

ACTAS DE LA  
ASOCIACION ARGENTINA DE CIRUGIA  
Registro Nacional de la Propiedad Intelectual N° 1152468

---

Cuadragésimoquinto  
Congreso Argentino de Cirugía

BUENOS AIRES, 1974

---

Publicado bajo la dirección del  
COMITÉ DE PUBLICACIONES DE LA  
ASOCIACIÓN ARGENTINA DE CIRUGÍA

Santa Fe 1171  
BUENOS AIRES

ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO  
DE UN  
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA

Dr. EDUARDO R. TRIGO

# ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE UN DEPARTAMENTO DE CIRUGIA

DR. EDUARDO R. TRIGO

## INTRODUCCION

Para un médico cirujano que vive con intensidad su profesión, ocupar esta tribuna tradicional, desde la que se dieron las opiniones de los hombres más capaces de la Cirugía Argentina, constituye un honor. Cuando se le brinda, además, la oportunidad de aportar definiciones a un tema que tiene profunda vinculación con múltiples aspectos del quehacer quirúrgico en la comunidad y cuyo objeto principal es la mejor atención del enfermo, a quién hemos dedicado toda nuestra vida útil, es una tremenda responsabilidad.

Nos sentimos insertos en una generación que ama y venera todo el pasado de su patria, que respeta y agradece a sus padres y maestros lo que ellos le legaron, pero que vislumbra su papel como agente de cambio para interpretar a toda una legión de jóvenes que cuestionan lo que no conocieron y esperan de nosotros actitudes que interpreten sus afanes de perfeccionamiento para orientarse en el camino de su verdadera vocación. Esto genera la obligación de no defraudarlos.

Todas estas razones exigen discutir con claridad meridiana las opiniones que se ofrecen, para mejorar la administración de los sectores quirúrgicos de las instituciones destinadas al cuidado de la salud.

La preocupación de la Asociación Argentina de Cirugía por debatir los sistemas de organización ha sido permanente. En el informe cuya lectura recomiendo calurosamente, sobre Organización de los Servicios de Cirugía de los Hospitales, presentado al XVII Congreso Argentino de Cirugía<sup>78</sup> y que fuese aprobado por unanimidad, los Dres. Héctor Marino, Carlos Ottolenghi y Julio Piñeiro Sorondo agotaron el tema señalando hace casi treinta años las deficien-

cias, y puntualizando las proposiciones para corregirlas. Muchas de ellas son de palpante actualidad.

Nuevamente en el XXXVI Congreso, en un Simposio sobre Organización y Planeamiento de un Servicio de Cirugía, los Dres. Hugo Enríquez Frodden<sup>39</sup>, Andrés Santos<sup>102</sup> y Jorge Manrique<sup>77</sup>, actualizaron los objetivos desde todos los puntos de vista, precisando la forma de llevarlos a la práctica.

En el XLIII Congreso<sup>2-14-108</sup> se analizaron exhaustivamente los aspectos fundamentales de los métodos para la Enseñanza de la Cirugía y la formación del Cirujano en todas sus etapas.

El XLIV Congreso<sup>73</sup> se ocupó de la organización y el funcionamiento de las áreas para el cuidado del enfermo crítico, a la luz de los conocimientos más modernos.

Ahora se me confía el honor y la responsabilidad de interpretar el pensamiento actual de la Organización y Funcionamiento de un Departamento de Cirugía. Esta etapa evolutiva de los sistemas asistenciales tiene una vigencia mundial<sup>111</sup>.

Nadie podrá argüir que la entidad académica—que en el país agrupa a los cirujanos con inquietudes—no haya hecho sentir su opinión con seriedad y altruismo. La expuso a la crítica con ánimo constructivo, proponiendo soluciones concretas para salvaguardar la salud de todo el pueblo.

La suerte quiso que recorriera en mi profesión, caminos que me acercaron a grupos cuya meta esencial fue mejorar la cirugía con dedicación y sacrificio. Primero, en el viejo Hospital de Clínicas, donde aprendimos a respetar y admirar a quienes se organizaron con método y se transformaron en pioneros

de nuevos horizontes quirúrgicos. Luego en el Rawson, al lado del Dr. Diego E. Zavaleta (heredero y continuador indiscutible de las virtudes y la obra del gran maestro Ricardo Finochietto) organizador metódico e infatigable, que creó un sistema que permitió proseguir con la "democratización" —como decía Finochietto— de la Cirugía Argentina. Ahora en el Alvear, integrado en un pretendido sistema departamental, tratando de volcar lo que recibí, y adquiriendo una experiencia incalculable sobre cuales son las dificultades y problemas que deben sortearse para lograr una organización más acorde con la época.

Lo poco o mucho que he vivido, resumido en experiencia, y la recopilación de la literatura mundial a nuestro alcance, serán las bases fundamentales de este trabajo.

Agradezco a mi maestro, el Dr. Zavaleta, su consejo permanente; al Dr. Rothberg y a todo el Consejo Asesor Técnico Administrativo del Hospital Alvear (particularmente al Dr. Ariel Ferrari), el apoyo que me brindaron. Al Dr. Rubén Perino, a la Dra. Rita Regueiro de Comando y a todo el enjambre de jóvenes, especialmente los Dres. Badaloni, D'Estefano, Domínguez, Tonelli y Tonietto su colaboración en esta tarea; igualmente al Dr. Saúl Rossi, Jefe del Departamento de Información y Documentación del C. L. A. M., que puso a mi disposición la biblioteca de ese centro.

Por último agradezco a mi mujer y a mis hijos, que supieron tolerar y disimular siempre con su amor los trastornos que provoca en la vida familiar la actividad de un cirujano.

## PRIMERA PARTE

### EL HOSPITAL DE HOY

"...La más básica de todas las ideas básicas con que debe trabajar un Hospital Moderno es que el enfermo es responsabilidad de todo el Hospital, o sea que las habilidades de todo el personal deben ser puestas a su servicio cualquiera que sea el lugar en que está encamado o cualquiera que sea la consulta externa adonde se haya dirigido en un momento dado... Si se desea más claridad podemos añadir que el enfermo no pertenece (no es propiedad) de ningún médico y todo servicio debe beneficiarle cualquiera sea el lugar en que por razones técnicas esté localizado en un momento dado..."

Jorge Araujo Grau

#### FUNCIONES

El hospital es el producto de la lucha de la humanidad para lograr su inalienable derecho a la salud<sup>71-74</sup>. Este derecho se ha convertido ahora en una obligación de toda la comunidad, en cada uno de sus estratos y define las funciones del *Hospital Moderno* adaptadas a la época<sup>57-62-91</sup>:

- cuidado del enfermo;
- educación de todo su personal;
- preservación y promoción de la salud.

Las dos últimas funciones, a pesar de su importancia, siguen subordinadas a la primera. Desgraciadamente la ubicación del individuo enfermo hoy se puede realizar desde dos puntos de vista diametralmente opuestos: a) de acuerdo con su estado patológico; b) de acuerdo con su estado financiero<sup>74-75</sup>.

Desde el primer punto de vista todos sabemos que existen enfermos sumamente graves, medianamente graves, y leves o en la fase de recuperación; que existen los que necesitan aislamiento riguroso, y otros, por el contrario, vida y estada en común.

En cambio, desde el segundo punto de vista sólo existen dos grupos: aquéllos que pueden y los que

no pueden pagar una asistencia médica correcta, pues los sistemas de financiación de la atención de la salud no son adecuados a las complejas necesidades del paciente.

Diversos recursos (estatales, paraestatales, seguros privados, etc.) han sido creados para resolver el problema del segundo grupo<sup>15-76</sup>.

En cualquiera de los sistemas que se adopte, los hospitales o centros médicos deben<sup>62-74</sup>:

- 1) proveer todos los elementos para el diagnóstico y el tratamiento de los enfermos en el momento oportuno;
- 2) asegurar las comodidades necesarias para todos los sectores y especialmente para las intervenciones quirúrgicas, los partos, los recién nacidos y las emergencias;
- 3) incluir todos los elementos para una correcta rehabilitación;
- 4) asegurar un excelente cuidado médico y de enfermería;
- 5) garantizar un servicio de alimentación útil a los fines de un buen diagnóstico y tratamiento dietético.

Todas estas funciones reclaman, para que se cumplan, posibilidades materiales, equipamiento y servi-

cios eficientes. Ello demanda una organización costosa, compleja y especializada que necesita personal bien adiestrado. Casi todos sus integrantes reciben una parte de su educación en escuelas distintas, pero requieren terminar su perfeccionamiento y adquirir experiencia en el hospital (práctica en terreno) <sup>62-107</sup>. De este modo las actividades educativas penetran en todos los aspectos del ámbito hospitalario: médico, enfermería, administración, dietología, trabajo social, bibliotecología, técnica, ingeniería, etc., contribuyendo al aumento del costo operativo <sup>28</sup>.

La medicina preventiva es parte del hospital y necesita equipamiento especializado para proyectarse hacia la comunidad <sup>15-23-57</sup>:

- las enfermedades transmisibles deben ser internadas para su profilaxis y tratamiento,
- muchas afecciones son evitables y, diagnosticadas oportunamente, perfectamente curables,
- la difusión de normas de higiene son fundamentales para preservar la salud.

En el personal hospitalario deben existir profesionales especialmente entrenados para realizar este programa educativo <sup>29-58</sup>. El área de acción más adecuada para su capacitación es el consultorio externo.

Por otra parte, la investigación médica, operativa, administrativa, etc., aseguran el progreso permanente de todos los sectores para el mejor cumplimiento de sus funciones.

Para perfeccionar los hospitales es necesario adoptar una posición realista frente a los costos <sup>73-79-107</sup>. Por tal motivo su control resulta imprescindible. El progreso está en relación directa con la capacidad de los que dirigen y con el sistema que utilizan.

Por ello es cada vez más necesario lograr mejores instituciones que se aboquen a:

- 1) estudios universitarios de administración;
- 2) expansión de la profesión "administración hospitalaria";
- 3) desarrollar y utilizar mejores sistemas de gestión;
- 4) organización económica y científica para asesorar a la dirección en la toma de decisiones.

#### CARACTERÍSTICAS GENERALES DE SU ADMINISTRACIÓN

El hospital es una empresa <sup>29-62</sup>. Muy particular, es cierto, pero empresa al fin, destinada a producir salud. Lo dicho en párrafos anteriores lo confirma.

Para el manejo del hospital de hoy, se han perfilado 3 escuelas <sup>107</sup> que sostienen cada una distintos sistemas de conducción. Ellas son:

1) la que se opone a todo sistema empresario en los hospitales;

2) la que considera que, si bien poco puede hacerse sobre los mayores costos, una buena técnica administrativa puede aumentar el rendimiento mediante una utilización racional del personal y equipos;

3) la que sostiene que en los hospitales deben aplicarse lisa y llanamente los métodos de gestión empresaria.

Es indudable que la más lógica es la escuela de aquellos que consideran a la última mencionada como el instrumento más idóneo para la dirección de los hospitales, sin asociar la idea de "gestión empresarial" con "criterio utilitario". Este concepto para el manejo de un hospital, puede resultar urticante para quienes, imbuidos de la tradición, piensan que el hospital es resultado de la caridad y la filantropía <sup>107</sup>. Pero no lo es para quienes saben que adoptar una posición justa frente a la necesidad de una correcta conducción hospitalaria significa la responsabilidad hacia toda la comunidad, por lo que es necesario tener una visión muy realista del problema.

La prestación médica ha elevado enormemente sus presupuestos como consecuencia del gran avance tecnológico, de la explosión demográfica, de la medicina preventiva, del cambio de patologías, del mayor costo de la vida y del incremento de los salarios. Por otra parte, organizar y mantener una salud pública eficiente constituye una obligación ineludible para cualquier Estado moderno <sup>2-4-9-16-23-37-38-40-47-56-57-72-86-91-103-104</sup> y ello implica asegurar a toda la comunidad una prestación médica competente. La realidad nos enseña que si bien no debe escatimarse esfuerzo económico, es necesario que los recursos sean administrados en forma racional para obtener los mejores resultados. De aquí surge la necesidad de emplear las técnicas de gestión empresarial que consisten en la aplicación de todos los conocimientos para el estudio, desarrollo y diseño de métodos y sistemas que permitan establecer <sup>107</sup>:

- 1) normas de procedimiento;
- 2) normas de evaluación cuali-cuantitativa de los resultados que se pretenden lograr;
- 3) controles que permitan confrontar permanentemente lo que se realiza con el conjunto de las reglas establecidas para aconsejar las medidas a tomar para perfeccionar la conducción con el fin de obtener mejores servicios.

La aplicación racional, en el ámbito médico, de estas técnicas, es parte de la ciencia de la Administración, que consiste en fijar objetivos y guiar a los seres humanos hacia el logro de los mismos (cadena de medios y fines) <sup>41</sup>.

Dirigir es sólo una parte de esa función mucho más amplia y compleja que es administrar. A ésta se la confunde con frecuencia relegándola o subordinándola, por falta de esclarecimiento, a una actividad meramente contable, que no es más que una simple etapa del ciclo administrativo.

La ciencia de la Administración <sup>41-50</sup> es la que planea en función de las políticas fijadas, crea jerarquías y vías de comunicación (organiza), pone en función a los hombres y establece los mecanismos de supervisión (integra y dirige) para luego medir los resultados (evalúa). Para ello utiliza recursos humanos y materiales en forma eficiente.

La superposición innecesaria <sup>74</sup> de las mismas prestaciones, multiplicando idénticos servicios; el funcionamiento parcial de la capacidad instalada; la multiplicidad de jefaturas, etc., son el exponente de la "anti-administración" que lleva a malgastar el esfuerzo inversor de toda la comunidad para lograr una salud pública acorde con los tiempos. Si aún en las comunidades más poderosas los elementos materiales son siempre insuficientes, es de imaginar lo que ocurre en países con déficit adquisitivo externo o déficit de producción interno <sup>2-29</sup>.

La administración, según Fajardo Ortiz <sup>41</sup>, se divide en 5 etapas:

*Planeamiento:* investiga necesidades y recursos, señala prioridades y fija objetivos.

*Organización:* utiliza la estructuración técnica de las relaciones entre las jerarquías, asigna funciones y obligaciones individuales, colectivas y departamentales.

*Integración y dirección:* consiste en integrar los hombres a la organización fijando las normas y supervisando permanentemente la marcha del sistema; orientando, guiando y estimulando la iniciativa para un óptimo rendimiento.

*Evaluación:* es el resultado del cotejo entre lo realizado y los objetivos fijados.

En todo proceso administrativo el ciclo se cierra con la evaluación que permite, mediante un mecanismo de realimentación, la modificación de los métodos; re-planificando sobre la base de la evaluación de los resultados obtenidos. Si no existe esta etapa se derrochan los recursos humanos, materiales y financieros.

El mismo autor <sup>41</sup> ha definido las características fundamentales que deben considerarse en la administración de la atención médica en los hospitales:

1) son instituciones poco regularizadas en su estructura;

2) son lugares de gran contraste emocional, que crea una atmósfera muy particular, para ser administrados;

3) los servicios de atención médica son muy personales, no hay enfermedades sino enfermos; además el "producto" del servicio sólo es controlable dentro de ciertos límites;

4) en la atención médica siempre hay una autoridad dual; la administrativa o jerárquica y la médica <sup>62</sup>. La primera establece niveles de autoridad entre jefes y subordinados; la segunda, que se basa en el contacto médico-paciente, es una relación personal en la que el profesional determina lo que debe hacer, y es muy difícil de evaluar. La presencia de estos dos tipos de autoridad crea a menudo problemas, ya que médicos y enfermeras, educados para tener responsabilidad individual, no aceptan con facilidad los sistemas jerárquicos. Para ellos la autoridad no está en la organización sino en el "status profesional", en la competencia individual;

5) en los hospitales trabaja personal sumamente heterogéneo con preparación, niveles sociales y económicos muy diferentes;

6) el hospital nunca cierra, con numeroso personal de tránsito muy difícil de supervisar y que suele no estar identificado con la institución y sus objetivos, lo que resulta poco eficiente;

7) el trabajo del hospital es muy difícil de medir en unidades cuantificables (salud);

8) todos los servicios operan generalmente con déficit económico;

9) los hospitales son cada vez más, centros de educación y adiestramiento.

#### CONCEPTO SOBRE DEPARTAMENTO

Estas consideraciones previas, que fijan en cierto modo el objetivo primordial en el manejo de las instituciones dedicadas a la atención médica, son las que originan, por analogía con las empresas <sup>74</sup>, el concepto de la división del trabajo en departamentos dentro de la actividad hospitalaria <sup>50-62</sup>. Las leyes administrativas reconocen y buscan la fluidez y frecuencia de la comunicación, única forma de lograr la motivación de todos los grupos humanos y una posibilidad real de supervisión de los mismos. Para conseguirla es indispensable estructurar un sistema piramidal en donde cada directivo (vértice de la pirámide), con unidad de mando y autoridad, trabaje en continua y estrecha colaboración con pequeños núcleos (no más de siete personas) y que cada uno de sus integrantes, a su vez, lo haga con el mismo número de individuos <sup>29</sup>.

Dentro de ese concepto es necesario subdividir las actividades del hospital en los grandes sectores que lo integran, es decir, el médico, el técnico, el contable y el de servicios generales<sup>62</sup>. En cierto modo, el logro del producto final, *salud*, reconoce para su obtención sectores generales intermedios y finales.

Los primeros son todos aquellos encargados de financiar, montar y mantener los elementos necesarios para que los sectores finales elaboren el producto, utilizando con método y precisión todos los recursos disponibles para lograr mayor eficacia en el resultado (en algunos casos la salud y en todos sin excepción el bienestar del enfermo).

Simultáneamente, y con los resultados obtenidos, debe existir una permanente inquietud en la búsqueda de técnicas y elementos nuevos que permitan lograr los objetivos con mayor precisión y una dedicación ininterrumpida en la capacitación de todo el personal que integra la institución<sup>29</sup>.

Esta tarea docente y de investigación debe realizarse tanto en los sectores intermedios como en los finales y será programada en comités integrados por representantes de todos ellos<sup>62</sup>.

El médico es, en gran parte, el representante del sector final: el que elabora el producto, utilizando todos los recursos a su disposición, que deben brindarle los otros sectores.

En el área médica pueden emplearse distintos criterios de subdivisión. En primer lugar las grandes y tradicionales actividades que tienen relación con el enfermo: clínica, cirugía, obstetricia y pediatría. Ellas a su vez necesitan de otra actividad médica especializada, los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento (laboratorio, radiología, anestesia, electro-

diagnóstico, etc.) que les provean datos y les permitan realizar su tarea.

Por último, las actividades médicas tanto clínicas como quirúrgicas se realizan primordialmente en el consultorio externo y en menor proporción en las salas de internación. La gran primacía que adquirió el consultorio externo ha hecho que ambas formas fueran consideradas como dos grandes sectores del quehacer médico donde se realizan trabajos de responsabilidad para el enfermo y la institución.

Existen tendencias en la actualidad a buscar otras subdivisiones del trabajo médico, fundamentadas en la necesidad de conseguir la máxima competencia para resolver el problema de cada enfermo y se piensa que esa máxima calidad podría obtenerse mediante la subdivisión en aparatos, reuniendo en cada uno de esos sectores todo los recursos especializados en esa patología (departamentalización vertical)<sup>9-111</sup>.

*De cualquier manera esas grandes subdivisiones del trabajo hospitalario, en la que se realizan labores específicas y afines, constituyen una entidad técnico-administrativa<sup>50-83</sup> que se define como departamento.*

La vieja denominación de servicios se basaba en la subdivisión por el resultado de la actividad de un grupo de personas que realizaba determinadas tareas. Esta denominación llevaba una connotación filantrópica más acorde con las primitivas ideas respecto de los fines de la institución hospitalaria<sup>57</sup>, mientras que la de departamento se refiere más al ente técnico que administra la producción de esos servicios. Cada departamento admite subdivisiones de acuerdo con las características del trabajo que realiza y que luego se analizarán.

## SEGUNDA PARTE

### EL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA

Definido el concepto de Departamento, nos ceñiremos ahora al tema de este relato: el estudio de la organización y funcionamiento (con más precisión Administración) del Departamento de Cirugía.

Ello significa recorrer las distintas etapas del ciclo administrativo que ya hemos mencionado: "planeamiento", "organización", "integración y dirección" y "evaluación".

## CAPITULO I

### PLANEAMIENTO

#### OBJETIVO

Al estructurar un departamento quirúrgico es necesario definir claramente su objetivo, que, en el sentido más amplio será el tratamiento y bienestar del enfermo quirúrgico brindado por una organización eficiente. El análisis más exhaustivo del mismo nos permitirá distinguir en el objetivo caracteres generales y particulares.

#### CARACTERES GENERALES

El Departamento Quirúrgico estará subordinado al perfil de complejidad de la institución en la que funciona (cantidad y calidad de los recursos) y la estructura será sustancialmente distinta según se trate de un establecimiento estatal, semiestatal o privado (origen de recursos), asistencial o universitario, y especializado o general (finalidad).<sup>4-7-23</sup>

Las instituciones universitarias son de mayor com-

plejidad, ya sean de carácter general o especializado y son siempre mantenidas o asistidas económicamente por entidades públicas y/o fundaciones.

En contraposición, las instituciones asistenciales participan de cualquiera de los otros caracteres mencionados y el origen y monto de sus medios estará en relación con el tipo de política sanitaria implantada.

A pesar de estos rasgos distintos que crean situaciones diferentes, la consideración conceptual de este aspecto del objetivo puede reducirse a esquemas o módulos, cuya integración en diversas escalas se adapte a cualquier institución.

Esta sería una manera de establecer pautas mínimas de recursos materiales y humanos, imprescindibles para establecer un centro quirúrgico que brinde seguridad terapéutica.

Antes de comenzar el análisis es necesario tener

en cuenta los requisitos fundamentales que debe cumplir la Institución Médica donde funcionará el Departamento. Estas condiciones bien coordinadas son esenciales para el funcionamiento del Departamento Quirúrgico. Todos los países lo reconocen así.

Estos principios fueron perfectamente delineados por el Colegio Americano de Cirujanos en su Comité de Acreditación Hospitalaria<sup>5-6-97</sup> y desde entonces se mantienen y han sido adoptadas por casi todos los países con distintos matices<sup>100</sup>. Los conceptos fueron magníficamente resumidos por el Dr. H. Enriquez Frodden<sup>39</sup> en el XXXVI Congreso Argentino de Cirugía:

1) Es necesaria una Institución Organizada, con un Director con capacidad técnica y autoridad administrativa.

2) Es necesario un *Consejo Técnico-Administrativo* integrado por los jefes de los distintos departamentos, por los representantes del Cuerpo Médico, los administrativos, técnicos y generales, que asesore a la Dirección en la conducción y marcha del establecimiento<sup>50</sup>.

3) Es necesario un *grupo de profesionales* elegidos por el cuerpo médico, uno de cuyos representantes integre el antedicho consejo para discutir todos los problemas relacionados a su actividad dentro del establecimiento, así como los programas de perfeccionamiento, etc.

4) Es necesario *reglamentar la selección de los profesionales* por sus méritos técnicos y éticos exclusivamente, en concursos que tengan en cuenta sólo éstos, y en los que no pesen otras circunstancias.

5) Es necesaria una *planta física adecuada* que provea las seguridades básicas para cumplir toda la preocupación por la adaptación de sus instalaciones a las necesidades cambiantes y su mantenimiento correcto y permanente<sup>1-22-76</sup>.

Entre los factores que deben privar son necesarias: comodidades para la separación de pacientes por edad y sexo, y facilidades para el aislamiento de los casos sépticos o contagiosos, con elementos individuales para su cuidado.

6) *Iluminación de emergencia*. Asegurar un segundo abastecimiento y agregar, si es posible, una fuente de energía dentro del hospital, que asegure la iluminación de los sectores críticos (quirófanos, salas de recuperación y terapia intensiva).

7) *Controles de seguridad*. Mediante construcciones e instalaciones para evitar incendios y explosiones, sobre todo en sectores vulnerables.

8) *Mantenimiento y limpieza apropiadas* en las áreas más difíciles:

- sistema de ventilación y aire acondicionado;
- baños y servicios sanitarios;
- salas de preparación de materiales de enfermería en los distintos sectores (Consultorio Externos, Internación y Quirófano);
- cocinas y offices de alimentación;
- locales para ropa usada en los distintos sectores;
- comedores, pasillos de circulación, ascensores y escaleras.

9) *Control de infecciones*. Mediante las siguientes bases:

- educación y adiestramiento continuo de todo el personal en los métodos conocidos de control;
- establecer en cada hospital las normas sistemáticas para el control de las infecciones;
- crear y mantener un Comité Central de Infecciones que vigile en forma permanente los distintos sectores para estudiar las normas tendientes a evitarlas. Este comité deberá integrarlo personal médico, administrativo y de enfermería;
- enseñar técnicas sobre asepsia a todo el personal, especialmente al que debe trabajar en quirófanos, salas de partos, laboratorios, etc. Resultan de suma utilidad los "cursillos de capacitación en terreno" con aplicación y discusión de procedimientos. No se exceptúan médicos y estudiantes de cumplir rigurosamente todos los métodos y normas;
- lavado y cepillado de las manos;
- colocación del delantal esterilizado;
- el uso adecuado de mascarilla;
- técnica de las curaciones;
- preparación del material, ropa e instrumental para ser esterilizados;
- métodos de esterilización;
- evitar el uso indiscriminado de antibióticos y otros medicamentos;
- control permanente del personal y de los métodos utilizados para la manipulación de elementos infectados, sistemas de esterilización, control mecánico de autoclave y estufas, uso obligatorio de controles térmicos en cada paquete que se esterilice.
- evitar que el personal del hospital portador de infecciones trabaje con los enfermos. Entre otras: forunculosis, acné, infecciones periungueales, micosis, enfermedades respiratorias superiores, diarreas, resfrío, etc. Controles periódicos de la salud del personal;

- aislamiento obligatorio de los pacientes que presentan infecciones con obligación de comunicarlas al Comité, junto con la historia clínica;
- segregación física y material de los locales que deban estar a cubierto de las infecciones entre los que figuran: quirófanos, salas de partos, nursery-maternidad.

10) *Historias clínicas*. Para cada paciente, con una información exhaustiva sobre el caso, que permita justificar el diagnóstico, verificar el tratamiento y conocer los resultados finales, en un archivo central donde se acopie y clasifique este material.

11) *Laboratorios y servicios de diagnóstico*. Será indispensable disponer de servicios de laboratorio clínico, radiología, anatomía e histología patológicas, para los estudios necesarios. Deben ser patrimonio de los hospitales grandes o correlacionados a otros establecimientos en los pequeños centros.

12) *Laboratorios y servicios centrales de tratamiento*. La farmacia deberá proveer todos los elementos indispensables para los tratamientos.

El servicio de hemoterapia o banco de sangre será necesario en hospitales que practiquen cirugía mayor. En los pequeños, bastará un servicio mínimo que trabaje en coordinación con el banco de sangre del hospital más importante.

El servicio de anestesiología. Justificado como servicio centralizado en el Hospital General, pues se hace cargo del tratamiento de muchos aspectos de la patología y de la sala de recuperación postoperatoria.

13) *Central de esterilización*. Indispensable en cualquier hospital y en especial si se cuenta con un servicio de cirugía, equipado con los mejores y más modernos aparatos. Conviene una instalación centralizada. Permite un mejor control, uniformar las técnicas, aprovechar el personal y una mayor economía de equipos, instrumental y ropa.

14) *Central de materiales (esterilizados o no)*. De gran utilidad porque permite crear normas en la confección de los equipos, capas de instrumental, bandejas de procedimientos, etc. Posibilidad de centralizar la entrega de diversos elementos esterilizados: jeringas, guantes quirúrgicos, material de curaciones, etc.

15) *Organización del cuerpo médico*. Por intermedio de comités que trabajan para la solución de los grandes problemas del hospital: historias clínicas, evaluación del trabajo médico, de enfermería, alimentación, docencia e investigación.

16) *Enfermería*. Es necesario contar con un departamento de enfermería bien organizado y dirigido por

personal idóneo que ubique dentro del área quirúrgica (quirófanos, esterilización, salas de recuperación, etc.), al personal más capacitado para esta tarea.

En todo el esquema delineado se hace hincapié en una serie de hechos aparentemente alejados de nuestro tema, pero que tienen importancia fundamental para proyectar un Departamento Quirúrgico cualquiera sea su tamaño. Desde las pequeñas instituciones rurales (en forma más simple) hasta los grandes centros universitarios, tanto públicos como privados, deben tener delineadas las áreas recién discutidas y conformada en todas ellas una organización similar. Sólo así se podrá evaluar la calidad del trabajo médico para su constante perfección.

#### CARACTERES PARTICULARES

Refiriéndonos al Departamento Quirúrgico en sí, será necesario describir los tres sectores dentro de los cuales su actividad se desenvuelve: el consultorio externo, el sector de internación, el quirófano.

Para proyectarlos con propiedad es necesario reflexionar sobre las características del enfoque quirúrgico. Este pasa por cuatro períodos críticos cuya jerarquía es imposible negar a cada uno de ellos.

#### *Primer período*

Se inicia desde el momento en que el enfermo, por ser portador de una patología que exija probablemente una acción quirúrgica, toma contacto con un médico entrenado en cirugía. Este acto fundamental se realiza en el consultorio externo o en otros sectores de internación (excluimos las salas de emergencia y quemados: la organización y funcionamiento de ambas exigirían otro relato)<sup>17-20-69</sup>.

Esta primera relación debe llevar al diagnóstico de enfermedad quirúrgica, elección del plan terapéutico, evaluación del riesgo que ese plan comporta, y preparación preoperatoria cuidadosa. Con frecuencia la primera etapa de este período es descuidada<sup>31</sup>. Debe realizarse en un ámbito propicio y con personal muy experimentado<sup>51</sup>.

Es un lugar que debe estar estratégicamente situado de tal manera que reciba un apoyo rápido y eficaz de todos los elementos de diagnóstico: Laboratorio general y especializado, Radiología, Endoscopia y Departamento de Medicina. Algunos autores incluso sostienen que ambos deberían trabajar conjuntamente en este sector para que el intercambio de opiniones fuera realmente fructífero<sup>51</sup>.

El consultorio externo<sup>33</sup> debe proveer comodidades imprescindibles, con instalaciones sanitarias apropiadas:

- 1) Salas de espera confortables.

2) Habitaciones para que la consulta sea individual y privada.

3) Sala de yesos anexa al consultorio de ortopedia.

4) Consultorio de proctología equipado para realizar los exámenes anoscópicos, rectosigmoidoscópicos y procedimientos menores.

5) Sectores con el instrumental necesario para la consulta urológica, ginecológica, otorrinolaringológica y oftalmológica de rutina. Los procedimientos de estudio que requieran dependencias e instrumental muy especializado deberán ubicarse en otros sectores.

6) Salas de curaciones asépticas y sépticas perfectamente independizadas en ambientes, instrumental y personal para realizar curaciones e intervenciones menores<sup>33-90</sup>.

En este complejo debe movilizarse personal técnico, administrativo y de mantenimiento. Son necesarias secretarías experimentadas, enfermería idónea y mucamas eficientes. En todas ellas debe sobresalir, como rasgo común, la capacidad para establecer una excelente relación humana<sup>22</sup>.

Esta organización requiere para su eficiencia: el equipo quirúrgico con la mayor experiencia en la patología del enfermo, que determinará si es que debe ser internado y en qué área.

La internación debe realizarse en el sector correspondiente a la gravedad que plantea su tratamiento quirúrgico. Por este motivo habrá que concebirlos de acuerdo con la definición sobre cuidado progresivo del enfermo<sup>29-32-82</sup>: "confeccionar el hospital para las necesidades del enfermo" y "el enfermo ubicado en el sitio adecuado con los servicios correctos y en el momento oportuno"; es decir, organizar el departamento quirúrgico de acuerdo con las necesidades tecnológicas, médicas y de enfermería de cada paciente.

La mayoría de los enfermos ingresan porque necesitan completar su estudio y/o realizar un preoperatorio cuidadoso.

En esta etapa se evidencia la necesaria interconsulta con clínica médica, anestesiología<sup>25</sup>, kinesiología y rehabilitación, dietología y servicio social. Será conveniente una sectorización por especialidad, aunque tal circunstancia no es fundamental, sobre todo en hospitales pequeños. Debe existir la separación por sexo y el aislamiento en caso de infección. En este sector no es necesario el apoyo de enfermería entrenada: bastará con buenas auxiliares y buena dotación de mucamas.

En general esta clase de enfermos se valen por sí mismos y, por lo tanto, para el sector que los albergue deberá pensarse en comodidades para comer, habitar, etc.

El resto de los enfermos que por su gravedad son internados para prepararlos con miras a una resolución quirúrgica de mayor urgencia, serán destinados a otras áreas en las que el cuidado médico, de enfermería y el apoyo tecnológico sean sobradamente suficientes para definir con rapidez la conducta terapéutica oportuna. La descripción más explícita de estos sectores se realizará más adelante, pues se integran con otros aspectos de la evolución del enfermo quirúrgico (fig. 1).



Fig. 1. — Esquema de la circulación del enfermo en un Departamento Quirúrgico

### Segundo período

Reúne caracteres tan especiales y resulta tan decisivo para el porvenir del enfermo, que necesita de un área especial, el quirófano, en la que se le brinden las máximas garantías para resolver su afección.

Durante su permanencia en este sector los pacientes sometidos a la inducción de la anestesia, a la intervención quirúrgica y luego a la reanimación del estado anestésico. Para cumplir este servicio único por sus caracteres, con seguridad y eficiencia, se ha desarrollado el "ambiente quirúrgico". Este consiste en una configuración de espacio y comodidades separado de todo tránsito, con equipos, materiales e instrumental a disposición permanente<sup>48</sup> para ser utilizados con el mínimo riesgo de infección, incendio y accidentes eléctricos.

### Tercer período

Etapa crítica del curso del enfermo quirúrgico: el postoperatorio inmediato.

En este período el organismo pone en marcha una serie de recursos especiales, distintos según el quantum de la agresión para mantener los sistemas fisiológicos adaptados a la etapa de restitución tisular y en la que uno de los mayores riesgos es la infección<sup>33</sup>.

Con este concepto general pueden establecerse 3 categorías de postoperatorios:

1) Aquel en el que los sistemas fisiológicos fundamentales (neuroeje, ventilación, hemodinamia), seriamente amenazados, necesitan de un apoyo tecnológico especial a disposición permanente, con vi-

gilancia constante de un equipo médico y de enfermería especializados<sup>73</sup>. El personal quirúrgico responsable debe asistir, colaborar y aconsejar al grupo que en ese momento apoya, vigila y trata al enfermo.

2) En la segunda categoría están comprendidos aquellos enfermos que mantienen una función adecuada de sus sistemas fisiológicos, pero que necesitan de una asistencia permanente para detectar las mínimas desviaciones de la dinámica postoperatoria normal y evitar o tratar las complicaciones que pueden sobrevenir. Para esa finalidad es menester disponer de enfermería eficiente en número y capacidad, apoyada por el equipo médico quirúrgico y anestesiológico responsable de su tratamiento.

3) El tercer tipo de postoperatorio corresponde a los que han sufrido un traumatismo quirúrgico mínimo y que recuperados de la anestesia mantienen sus condiciones fisiológicas intactas. Ellos pueden valerse por sí mismos y sólo necesitan escasa vigilancia técnica, dado que el restablecimiento integral es rápido y las complicaciones son excepcionales<sup>33-54-87</sup>.

Las dos primeras categorías de postoperatorios tienen elementos comunes entre sí y con el preoperatorio de aquellos enfermos que por su gravedad, necesitan una preparación enérgica y urgente para llevarlos al quirófano en las mejores condiciones: tal es la condición de los perforados, obstruidos, etc. Necesitan de áreas específicas perfectamente organizadas, donde se concentren en forma racional, todos los esfuerzos que permitan lograr el mayor beneficio para el enfermo.

Las variables que admiten los postoperatorios inmediatos, según las distintas especialidades, no justifican su sectorización por patología. Es el médico el que debe ir a ver al enfermo donde éste se encuentre mejor atendido y con el personal más idóneo. Una enfermería eficiente y numerosa será, sin duda, más útil para satisfacer el cuidado médico en estas instancias.

En cualquiera de las dos primeras categorías analizadas en este tercer período será imprescindible contar con sectores que permitan segregar y aislar al enfermo séptico en habitaciones, de ser posible individuales, con personal, ropa e instrumental separado<sup>21-89</sup>.

Si consideramos que los quirófanos y la técnica quirúrgica han sido impecables, el problema que resta para disminuir la infección de las heridas queda reducido a la infección cruzada en las áreas de internación. Douglas<sup>33</sup> considera que sería conveniente aceptar el concepto de "infección secundaria" para definir a la que se origina de esta manera en oposición a la "infección primaria" instalada desde el momento en que se terminó el último punto de piel.

Insisto en este tema: la infección es la complicación más grave para la cirugía, tanto desde el punto de vista de lo económico y social, como desde el del riesgo que significa para todos los demás pacientes<sup>67-112</sup>. Un cálculo estadístico realizado en EE.UU., tomando sólo la faz económica de esta complicación, ha permitido precisar en 2.000 dólares el costo promedio por enfermo infectado. Por este motivo, en todas las áreas del hospital, pero fundamentalmente en el departamento quirúrgico, las normas para evitar la infección deben ser escrupulosamente respetadas<sup>94</sup>.

#### *Cuarto período*

La rehabilitación postoperatoria mediata y alejada. En esencia las condiciones ambientales son similares a las que necesita en el primer período de preoperatorio normal no complicado. En cierta manera este hecho se justifica porque cumplen idéntica misión con un doble fin: preparar al individuo para dos actos fundamentales: la etapa quirúrgica y el reingreso a la sociedad. En las dos circunstancias, la interconsulta con kinesioterapia y rehabilitación, con dietología, con psicoterapia y asistencia social, constituyen actividades fundamentales para el porvenir del enfermo.

La etapa de rehabilitación puede y deberá prolongarse en el consultorio externo o en otros sectores fuera del departamento quirúrgico, dentro del hospital o en el domicilio del paciente<sup>29-54-89</sup>.

De este análisis surge la necesidad de que el departamento quirúrgico disponga para el sector de internación de<sup>29-33</sup>:

#### *AREAS DE CUIDADO LEVE:*

Para el preoperatorio normal y postoperatorio de procedimientos menores y rehabilitación mediata de la gran cirugía<sup>33-87</sup>.

#### *AREAS DE CUIDADO INTERMEDIO:*

Para el preoperatorio de enfermos de urgencia y el postoperatorio normal de intervenciones mayores.

#### *AREAS DE TERAPIA INTENSIVA:*

Para el enfermo crítico.

Cada una de estas áreas será concebida según las necesidades y magnitud del departamento quirúrgico. En general se destinará un 60 % a la primera, un 35 % a la segunda y un 5 % a la tercera. Este último cálculo deberá tenerse en consideración al proyectar la terapia intensiva para todo el hospital.

Es conveniente que las dos primeras áreas sean subdivididas en unidades de internación que no sobrepasen las 30 camas y que posean las dependencias

necesarias para las actividades médicas, de enfermería y del personal auxiliar. Las unidades de cuidado intermedio estarán ubicadas en la vecindad de terapia intensiva, para recibir con celeridad su apoyo y el de los servicios centrales de diagnóstico.

Será necesario adaptarlas para evitar las corrientes por convección, tema muy bien estudiado, que favorece la infección cruzada<sup>33-34</sup>. Una de las medidas más simples para evitarlas será instalar tabiques de separación entre cada cama.

En las áreas de terapia intensiva, Lorenzino y Rubianes<sup>72</sup> consideran la posibilidad de unidades quirúrgicas y determinan sus características de funcionamiento de acuerdo con nuestro proyecto operativo.

El siguiente cuadro esquematiza las condiciones esenciales que debe poseer cada una de las áreas de internación (fig. 2).

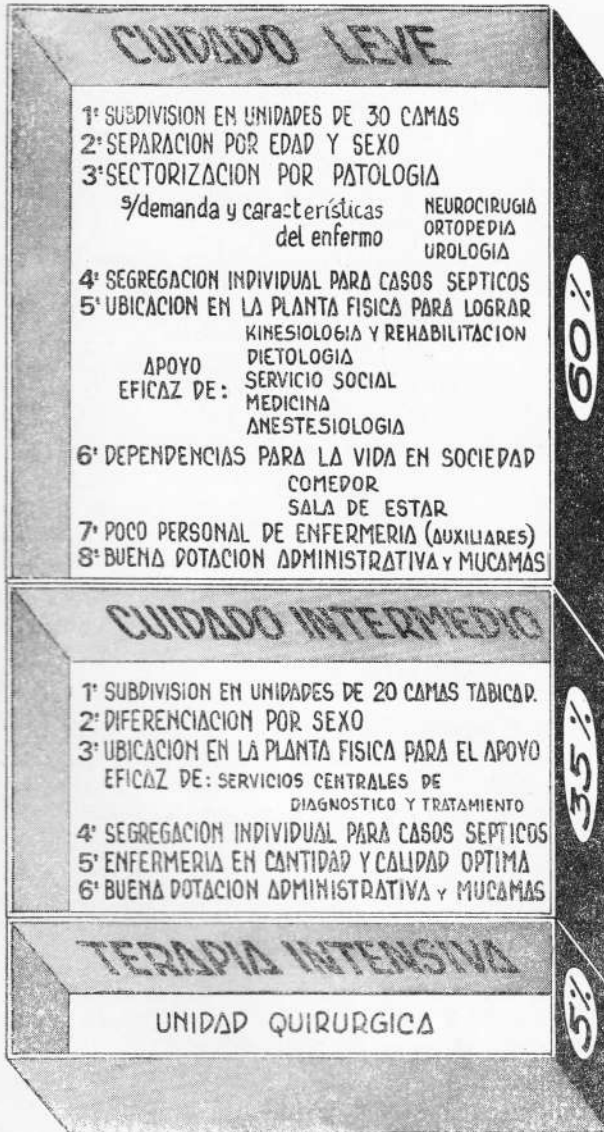


Fig. 2

## EL QUIROFANO

El ambiente quirúrgico<sup>68</sup>, cuyas características generales definimos, debe ser un área a cuya organización contribuyan todos los sectores del hospital. La falta de comprensión de este problema suscita permanentes controversias sobre quién debe administrarlo (enfermería, anestesiología, cirugía, etc.). Esta circunstancia merece que le dediquemos un capítulo especial, en el cual, desde nuestro punto de vista —cirujanos— señalaremos lo más sintéticamente posible las condiciones que requiere el quirófano para cumplir con verdadera eficiencia el acto quirúrgico.

Los avances de la tecnología ampliaron, principalmente, en las tres últimas décadas, el campo de la cirugía<sup>12</sup>.

En los hospitales se llevó a cabo, en la mayoría de los casos, utilizando la misma planta física en la que se trabajaba anteriormente<sup>1</sup>. Este progreso trajo aparejada la necesidad de contar con médicos y personal técnico-auxiliar de quirófanos en cantidad y calidad cada vez mayores para desempeñarse en horarios más prolongados. Para satisfacer estas exigencias se debió enfrentar, entre otros, el problema de mayores costos, proporcionales a la complejidad del hospital.

Desde ya dejamos sentada nuestra convicción de que los hospitales de mediana y alta complejidad deben contar con quirófanos centrales, es decir que toda o casi toda la actividad quirúrgica se realiza en una planta física única. Los beneficios de esta centralización son, desde todo punto de vista (administrativo, económico, profesional y técnico), fáciles de comprobar<sup>5-9-11-21-22-27-29-33-39-41-46-48-62-74-89-96-98-107</sup>.

Si consideramos que el quirófano central es un área de trabajo donde las unidades técnico-administrativas prestan sus servicios coordinando armónicamente sus acciones y adecuando las mismas a la modalidad de trabajo en ella<sup>82</sup>, se deduce que para un normal y eficiente funcionamiento y rendimiento del quirófano central es necesario establecer normas de trabajo rígidas y claras, a las que debe someterse todo aquel que tenga relación con esta actividad.

Para seguir un ordenamiento en el desarrollo de este tema, lo dividiremos en:

- 1) planta física;
- 2) normas de asepsia;
- 3) reglamento.

### PLANTA FISICA DE UN QUIRÓFANO CENTRAL

En ella consideraremos: a) número de quirófanos; b) distribución geográfica de las diversas partes componentes de la planta, y c) servicios de mantenimiento preventivo.

### Número de quirófanos:

Estará de acuerdo con el tipo de hospital y con el número de camas del mismo<sup>25-79-89-95-96</sup>. En general, para un hospital de 500 camas se necesita un promedio de 8 ó 10 quirófanos. Para distinguir el trabajo en ellos hay que separar la cirugía electiva (o programada) de la cirugía de urgencia.

Se debe disponer siempre de uno o dos quirófanos para las urgencias<sup>48</sup>, sean ellas provenientes del exterior del hospital (emergencias) o del interior del mismo (ileo postoperatorio por bridas, amputación, etcétera), y un quirófano "séptico" perfectamente independizado<sup>24</sup>. Además es muy importante dejar diariamente un quirófano libre para su limpieza, ventilación y mantenimiento preventivo de los equipos que se encuentran en él<sup>53</sup>. Esto se debe hacer en forma rotativa, por lo menos, cada tantos días como números de quirófanos se cuente.

### Distribución geográfica de las diversas partes componentes de la planta:

Tendremos en cuenta dos aspectos: ubicación del quirófano central y su distribución geográfica.

En un hospital vertical es preferible ubicar el quirófano central en los pisos más bajos<sup>29-89</sup>. De esta manera se evita que toda readaptación o ampliación futuras implique costos considerables por tendidos de cañerías y líneas eléctricas a través de varios pisos, etcétera.

En los hospitales de tipo horizontal, el quirófano central se debe emplazar en forma tal que tenga conexión rápida y fácil con el Departamento de Emergencia, el Departamento de Cirugía y con el Servicio de Esterilización.

No hablaremos de la estructura arquitectónica de la planta física de un quirófano central, asunto ampliamente debatido y cuya discusión excedería los límites de este relato. Sólo insistiremos en un punto que nos parece de importancia capital: su distribución geográfica interna.

El área quirúrgica debe ser dividida en dos zonas:

1) *Área de circulación semirrestringida*: incluye las salas de vestido del personal médico y auxiliar, de anestesia, de enfermería, salas de recuperación anestésica, cuartos para el revelado de material radiográfico, para anatomía patológica, laboratorio y una sala especial para equipos auxiliares (electrobisturí, osciloscopio, bomba corazón pulmón, respiradores, elementos de ortopedia, etc.)

Además, el paciente que llega al quirófano debe pasar en esta área de la camilla que lo trasladó desde la unidad de internación a la que lo llevará hasta la

mesa de operaciones. De esta forma disminuye la posibilidad de que la contaminación entre por vía de camillas y camilleros.

2) *Área de circulación restringida*: en ella se encuentran los quirófanos propiamente dichos, equipados con oxígeno y aspiración centrales, lavabos, cuartos para guardar elementos de anestesia, equipos esterilizados (ropa e instrumental), y material descartable (sondas, drenajes, catéteres, sueros, etc.). También se destinará un local para limpiar, controlar, empaquetar y esterilizar los instrumentos (sub-central de esterilización).

Entre ambas áreas, así como entre la primera de ellas y el exterior, se establecerá un sistema de gradientes de presiones y de ventilación unidireccional (de adentro afuera y de arriba abajo)<sup>66</sup>. El o los sistemas de ventilación deberán proveer aire filtrado, humidificado y climatizado.

El quirófano central contará con un equipo de energía eléctrica propio (grupo electrógeno o baterías) de funcionamiento automático en caso de falta de suministro eléctrico desde el exterior<sup>74-75</sup>.

En lo referente a medidas de seguridad ante incendios o explosiones: todo quirófano central poseerá extinguidores o sistemas contra incendios, pisos conductores y contacto a tierra asegurado mediante un planeamiento arquitectónico que incluirá el de todos los equipos que lo requieran.

### Servicios de mantenimiento preventivo:

El normal desenvolvimiento y rendimiento del quirófano central depende en gran parte de la inspección periódica que el Servicio de Mantenimiento ejerza sobre mesas de operaciones, sistemas de ventilación e iluminación, aparatos eléctricos, instrumental, obras sanitarias y edificaciones<sup>59-89</sup>.

### NORMAS DE ASEPSIA

Para operar es ideal disponer de un ambiente en lo posible libre de bacterias. Se ha demostrado que la cantidad de colonias aumenta varias veces desde que el paciente entra hasta que sale del quirófano<sup>38</sup>. Es causa importante de esta contaminación el número y movimiento de las personas dentro del quirófano. Para evitarlo es necesario controlar los movimientos del personal en el quirófano y mejorar la comunicación dentro de éste y entre éste y el resto del hospital. Queda implícito que el personal del quirófano central (médico y auxiliar), debe entrar y salir el menor número de veces posible. Esto es válido, sobre todo, para enfermeras y médicos anestesiólogos. De aquí la importancia de respetar estrictamente las áreas de

circulación semirrestringida y restringida. Una forma práctica de limitar la circulación entre el quirófano central y el exterior es el uso obligatorio de vestimenta de color vivo en el interior y su prohibición en el exterior.

En cuanto a los equipos (lencería e instrumental) deben ser limpiados, controlados, empaquetados y esterilizados en la Central de Esterilización que debe estar ubicada en las adyacencias del área quirúrgica.

Para disminuir la posibilidad de infecciones debidas a los equipos, es conveniente el pre-empaquetamiento de éstos para cada operación en particular, agregando, si es necesario, los instrumentos solicitados por el cirujano. Este sistema requiere mayor cantidad de instrumental y por lo tanto es más costoso<sup>89-109</sup>.

El empaquetamiento ofrece menores posibilidades de contaminación que las cajas de instrumental y los tambores de lencería. Cajas y tambores poseen bordes que dejan de ser estériles al salir de las autoclaves y estufas<sup>45-94</sup>. Además los tambores suelen estar deteriorados o recargados de ropa y son impermeables al paso del vapor. Una de las ventajas de los paquetes es que no poseen bordes. Como dice R. Finochietto, "el empaquetamiento requiere una mística, mientras que el tambor suele ser una mistificación"<sup>45</sup>.

Entre las normas de asepsia es de importancia primordial el elemento humano. El paciente, sobre todo en cirugía electiva, debe ingresar al quirófano sin focos sépticos. Estas normas rigen también para médicos, personal auxiliar y visitantes. A todos ellos sólo se les permitirá el acceso al quirófano central con vestimenta adecuada (botas, pollera o pantalón, chaqueta, gorro y mascarilla, provisto en la sala de vestido).

Aunque el ideal es que dentro del quirófano exista el menor número de personas posible, el circuito cerrado de televisión y los miradores con micrófonos y parlantes no solucionan el problema de una mejor enseñanza. En este aspecto, las exigencias asépticas lesionan de alguna manera las exigencias docentes.

El equipo quirúrgico debe usar camisolines largos y de tejido compacto con protección dorsal. Los barbijos deben ser amplios, deben cubrir la boca y la nariz, deben estar confeccionados con dos capas de tela no traslúcida entre las que se incluirá una lámina de algodón prensado. Como su duración útil es, aproximadamente, de 2 horas<sup>33</sup>, en operaciones largas debe cambiarse. Debe utilizarse un nuevo barbijo en cada acto quirúrgico.

Las botas, íntegramente confeccionadas con lona, no deben usarse y serán reemplazadas por las que tengan suela de goma<sup>33</sup>. Se tendrá en cuenta que si las suelas de los zapatos se humedecen al contacto

con una bota de lona mojada, las bacterias que se encuentran en su superficie son fácilmente dispersadas.

La supervisión de la asepsia en el quirófano central debe estar a cargo de un bacteriólogo<sup>33-79</sup>, que será responsable de la práctica aséptica y de las previsiones para evitar la infección cruzada, particularmente en aquellos casos de sepsis postoperatoria. El ejercerá el control de la limpieza, ventilación, abastecimiento, esterilización y circulación del quirófano, como así también de la piel de los pacientes y del personal médico y auxiliar.

Por último, estas normas implican una verdadera lucha contra la llamada "infección hospitalaria". Para ser efectiva se hace necesaria una coordinación de medidas de cumplimiento obligatorio y estricto para toda persona que entre al quirófano central. La interrupción de este mecanismo, a cualquier nivel, hace inalcanzable el objetivo propuesto<sup>94</sup>.

Paralelamente a las normas enunciadas, debe destacarse la necesidad de permanecer fieles a los principios de la cirugía oligotraumática, frecuentemente olvidados. Merecen recordarse las palabras de Halsted: "creo que la obstrucción circulatoria producida por suturas y ligaduras, a menudo es la causa de supuración de heridas quirúrgicas"<sup>cit. 45</sup>.

## REGLAMENTO

### *De la dirección del quirófano central*

El trabajo en el quirófano central incluye la labor de cirujanos, anestesistas y personal auxiliar. La coordinación de las funciones de cada uno de ellos y el sometimiento a una rígida disciplina son factores fundamentales para un mejor rendimiento<sup>49</sup>.

Cada uno de estos 3 grupos humanos principales tiene un representante que, por sus condiciones personales de responsabilidad, idoneidad y autoridad, asume el papel de jefe: el Jefe de Quirófanos, el Jefe de Anestesiología y la Enfermera Jefe de Quirófano. El primero es la autoridad máxima y deberá actuar en íntima coordinación con los otros dos.

### *Del Jefe de Quirófanos*<sup>52</sup>

Sus funciones son:

- 1) Organizar el trabajo del quirófano, creando su reglamentación (especialmente en las normas a cumplir en el enfermo de elevado riesgo quirúrgico).
- 2) Hacer cumplir dicha reglamentación.
- 3) Recibir sugerencias para su perfeccionamiento.
- 4) Asistir a los ateneos semanales del Departamento Quirúrgico.

5) Participar en la confección diaria de la lista de operaciones en colaboración con el Jefe y la Enfermera Jefe.

6) Preparar periódicamente, en colaboración con la Enfermera Jefe el adecuado suministro de:

- instrumental;
- material de lencería;
- aparatos auxiliares;
- dotación de medicamentos.

7) Coordinar y preparar periódicamente con el jefe de Anestesiología los materiales y medicamentos necesarios para el normal desenvolvimiento de las anestésias.

8) Coordinar el trabajo con:

- Anatomía Patológica;
- Radiología;
- Laboratorio;
- Terapia Intensiva;
- Cardiología;
- Documentación fotográfica.

9) Reglamentar la conducta (prever simulacros) a seguir ante emergencias como:

- cortes de energía eléctrica;
- paro cardiorrespiratorio;
- explosiones;
- incendios.

10) Establecer las disposiciones necesarias para la observación de las normas de asepsia.

11) Coordinar inspecciones periódicas con el servicio de mantenimiento (vide supra).

12) Crear en el quirófano el clima sosegado y decoroso que corresponde.

13) Instruir al personal en el correcto desempeño de sus funciones y exigirle su cumplimiento sin omisiones ni negligencias.

14) Supervisar diariamente la labor del quirófano central.

15) Disponer las medidas tendientes a ubicar a los médicos visitantes y a los estudiantes sin alterar las normas de asepsia vigentes.

16) Designar por períodos cortos (un mes) a médicos jóvenes que actuarán como colaboradores encargados de efectivizar el cumplimiento de la reglamentación (encargados de quirófanos), de gran valor para su adiestramiento. Estos informarán en un parte diario las novedades e inconvenientes observados.

El Jefe de Quirófanos será renovado por lo menos anualmente. Sus funciones no son incompatibles con la labor asistencial.

#### *De la Enfermera Jefe de Quirófano*

Sus funciones son:

1) Colaborar con el Jefe de Quirófanos para adecuar el suministro periódico de:

- instrumental;
- lencería;
- aparatos auxiliares;
- dotación de medicamentos.

2) Hacer cumplir las medidas tendientes al mantenimiento del material y de las normas de asepsia.

3) Instruir permanentemente al personal auxiliar del quirófano.

4) Distribuir a dicho personal (instrumentadoras, enfermeras, mucamas y camilleros) de acuerdo con las necesidades de la labor diaria.

5) Supervisar el ingreso y egreso de ropa e instrumental.

6) Ordenar y supervisar la limpieza, control y empaquetamiento del instrumental.

7) Ordenar y supervisar la preparación de apósitos, gasas comunes y especiales, hilos, drenajes, etc.

8) Controlar el movimiento de personas dentro del quirófano central.

#### *Del jefe de Anestesiología*<sup>35</sup>

Se encargará de:

1) Organizar la labor de los anestésistas mediante normas tendientes a unificar criterios de trabajo.

2) Participar en la confección de las listas de operaciones y designar al anestésista para cada intervención. Es conveniente su participación en los ateneos ordinarios del Departamento Quirúrgico.

3) Coordinar periódicamente con el Jefe de Quirófanos el suministro de los materiales y medicamentos necesarios para el normal desenvolvimiento de las anestésias.

4) Supervisar constantemente a los anestésistas, quedando librado a su criterio la participación activa de éstos en la labor diaria cuando las circunstancias lo requieran.

5) Disponer de la metodología para asegurar la consulta previa de anestesia y cuidados preoperatorios del paciente quirúrgico en la unidad de intervención o en consultorios externos. De esta manera, para evitar el riesgo anestésico, seleccionar técnica, método y agente anestésico. Con ello no sólo se asegura el cuidado del paciente, sino también que el anestésista comparta la responsabilidad con el resto del equipo quirúrgico<sup>77</sup>.

Cuando la consulta previa de anestesia se realiza en la etapa ambulatoria del preoperatorio, se evita una internación más prolongada, si, como resultado de aquélla, el anestésista sugiere nuevos exámenes y/o tratamiento preoperatorio. De esta forma también disminuyen los días de internación, lo que evita mayores erogaciones.

6) Interesar e instruir a sus colaboradores para mejorar la eficiencia, recordando permanentemente que ellos son los responsables, en el más amplio sentido, del cuidado y seguridad de los pacientes antes y después del acto quirúrgico.

7) Promover el interés de sus colaboradores en el desarrollo de técnicas nuevas, para lo que es necesario contar con un laboratorio de investigaciones ad hoc.

#### *De la confección de las listas de operaciones*

De las reuniones semanales que se realizan en el Departamento de Cirugía (Ateneos), debe surgir un plan de trabajo quirúrgico semanal para la cirugía electiva (pre-lista de operaciones)<sup>5-6-52-74</sup>. La presencia del Jefe de Quirófanos y del Jefe de Anestesiología en dichas reuniones es de importancia fundamental, puesto que además de tener una visión general de la actividad a realizar deberán informar a la Enfermera Jefe de Quirófano para que ésta, conocedora de la tarca futura, adecue las disponibilidades del quirófano central (personal, instrumental, salas de operaciones) de la manera más eficiente.

*Solicitud para integrar las listas de operaciones:* Diariamente, antes de las 12 horas, las diferentes secciones o equipos del Departamento de Cirugía harán llegar a la secretaría del Jefe de Quirófanos las solicitudes del turno quirúrgico<sup>52</sup>, en las que figurarán los pacientes para el día siguiente, consignando en ellas:

- 1) Datos personales del enfermo (unidad, sector o equipo, edad, número de cama e historia clínica).
- 2) Diagnóstico.
- 3) Tipo de operación y duración aproximada.
- 4) Nombre del cirujano y ayudantes.
- 5) Tipo de anestesia solicitada.
- 6) Valorización del riesgo quirúrgico. A tal efecto bastará marcar con una letra A, B o C, los escasos, medianos y grandes riesgos.
- 7) Necesidad de canalización venosa, arterial, sondas nasogástrica, vesical y rectal, etc.
- 8) Necesidad de elementos accesorios: electrobisturí, rayos "X", anatomía patológica, monitores cardíacos, respiradores, etc.

9) Cantidad y grupo de sangre solicitada a Hemoterapia.

10) Orden de prelación (primer turno, segundo turno, etc.).

11) Estudio del problema de los candidatos a ser operados, con carácter suplente, para reemplazar a aquel cuya operación se excluye extemporáneamente. Esto a fin de no reducir el ritmo de rendimiento de los quirófanos.

12) Nombre de 2 ayudantes suplentes para cada unidad, sector o equipo.

13) Observaciones generales sobre tipo de paciente en relación con la caja de instrumental (vg.: apendicectomía, obeso, etc.).

14) Instrumental especial solicitado por el cirujano.

Una vez reunidas todas las solicitudes, el Jefe de Quirófanos, el Jefe de Anestesiología y la Enfermera Jefe de Quirófano confeccionarán la lista definitiva. Al establecer los turnos tendrán en consideración, entre otras cosas, la duración estimada para cada intervención y el tiempo necesario para preparar y limpiar la sala de operaciones entre una y otra intervención (entre 15 y 40 minutos)<sup>89</sup>.

*Normas generales para el cumplimiento de la lista de operaciones:* Una rígida disciplina en el quirófano central es esencial para realizar todas las operaciones programadas y por lo tanto aumentar el rendimiento.

Si los ayudantes, el anestésista y la instrumentadora, respetuosos de la puntualidad, coordinaron las tareas prequirúrgicas antes del ingreso del cirujano, el tiempo de ocupación de la sala de operaciones disminuirá considerablemente. El estricto cumplimiento del horario debe extenderse también al resto del personal del quirófano central y de las unidades de internación o sectores encargados de llevar al paciente al quirófano<sup>49</sup>.

Toda operación que no respete el horario con una tolerancia de 15 minutos será aplazada o suspendida y se estudiarán las causas, tomando las medidas preventivas y correctivas para evitar casos similares.

En el parte diario, los encargados de quirófano consignarán las causas de demora, aplazamiento o suspensión de la operación, con el objeto de notificar al jefe de quirófanos para que éste adopte las medidas que considere necesarias.

La aplicación de las medidas enunciadas facilitará una mejor organización y exigirá de cada uno de los responsables, Jefe de Quirófano, Jefe de Anestesiología y Enfermera Jefe de Quirófano, una perfecta y disciplinada supervisión.

## CAPITULO II

## ORGANIZACION

Concebida el área del hospital destinada al tratamiento de los enfermos que necesitan los cuidados médicos en un ámbito quirúrgico, es necesario establecer una organización que permita el logro de ese objetivo. El Departamento Quirúrgico debe reunir los siguientes requisitos:

*QUE SE SUBORDINE A LOS OBJETIVOS DEL HOSPITAL*

En cuanto a su complejidad y a sus fines. Si su actividad está enmarcada dentro de los límites que le imponen las circunstancias anotadas, prestará así una eficiente atención. Es estricta la correlación que debe existir entre la importancia del hospital y la cirugía a realizar en él <sup>23-57</sup>.

*QUE SEA INTEGRADO*

Este es uno de los problemas organizativos más arduos a considerar. En las últimas décadas se realizaron estudios muy serios en todos los órdenes de la actividad humana, para buscar cuáles eran las características de las organizaciones más eficientes en la industria, en el comercio, en la administración pública, etc. Esa investigación ha sido llevada a cabo también, aunque en menor escala, en las corporaciones médicas y ha podido establecer que su eficiencia es despareja como resultado de las siguientes circunstancias: <sup>56</sup>

1) *Tipo de organización y funcionamiento*: Las organizaciones efectivas están constituidas por grupos de trabajo relativamente pequeños (unidades organizativas) que se dedican a un tema específico que contribuye a integrar el contenido del objetivo final <sup>62</sup>. Los individuos que la componen no funcionan como entidades autónomas, sino como miembros de una

célula de trabajo, que perfecciona su quehacer para lograr metas muy definidas. Cada núcleo está vinculado con los demás a través de personas que cumplen funciones de comunicación o de coordinación.

De esta primera conclusión resulta que los jefes de departamento deben preocuparse por establecer *organizaciones en grupos superpuestos*. Cada uno de los encargados de esos conjuntos formará a los individuos que lo componen para resolver mejor el problema definido y se integrará a los demás grupos para contribuir a solucionar los problemas departamentales. Es decir cada coordinador debe ser capaz de presentar los resultados elaborados a los escalones organizativos más elevados, a los de su misma jerarquía y comunicar a los componentes de su núcleo los problemas y las resoluciones adoptadas en los niveles más altos.

Esto no vale sólo para los equipos médicos: en todo tipo de organización compleja se ha señalado la importancia de establecer, por parte de sus directivos, un modelo operativo grupal en vez de individual <sup>19-20-51</sup> (fig. 3).

Aquéllos que han pretendido actuar de esta última manera, han demostrado que el "modus":

a) no permite desarrollar el potencial completo de los individuos, tanto desde el punto de vista intelectual como del conocimiento;

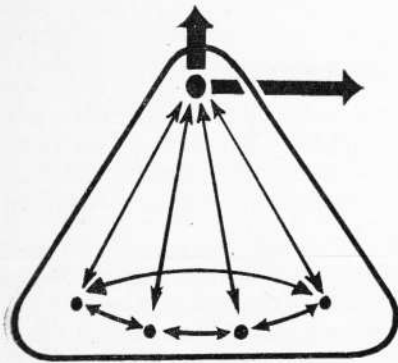
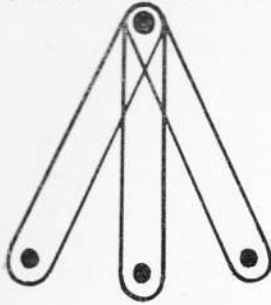
b) no consigue motivar al individuo ni crea la condición necesaria para controlar su conducta.

Funcionan mejor cuando todos los miembros, no sólo el jefe, conocen y sienten el objetivo, volcando sus ideas y experiencias para encontrar la forma de superar todos los obstáculos.

La participación en grupos confiere al individuo:

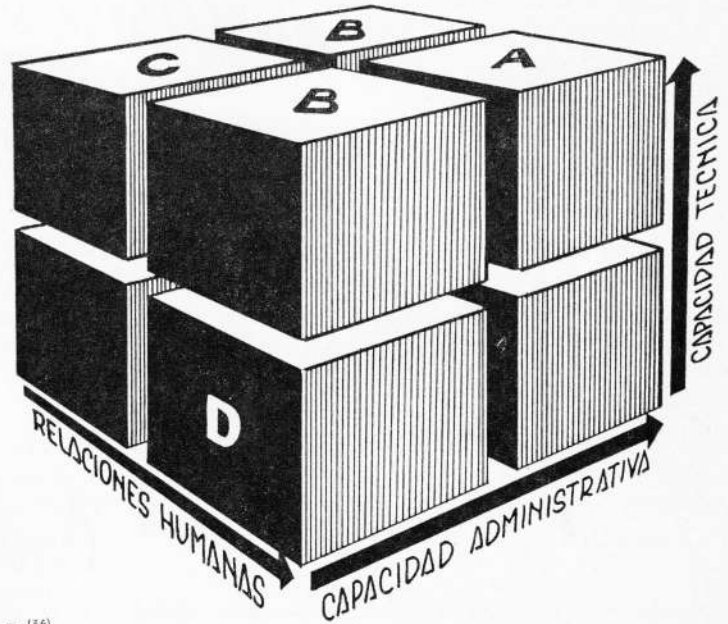
a) mayor oportunidad de hacer suyos la actividad y los problemas de su equipo;

### MODELO INDIVIDUALISTA



### MODELO GRUPAL

$\Delta$  : DIRECTORES  
 B : JEFATURAS  
 C : COORDINADORES DE GRUPOS  
 D : PERSONAL



MANN F. <sup>(56)</sup>

Fig. 3

- b) ambiente favorable para contribuir con sus ideas;
- c) mayor sentido de responsabilidad para el logro del éxito de la gestión común.

Para lograr el máximo rendimiento, los equipos deben tener sus metas y funciones *deletreadas (más que escritas)* <sup>6</sup> para que cada miembro conozca exactamente qué está tratándose de lograr. Es necesario también establecer periódicamente nuevas metas (objetivo en función tiempo) y mantenerlas actualizadas y adaptadas a la realidad cambiante.

2) *Tipo de gobierno y condiciones del jefe:* Los coordinadores de grupo, los jefes de departamento y los directores tienen muchos puntos en común: son agujas que enhebran estructuras dentro de un sistema. *La capacidad mental y energía física de los hombres son los medios y recursos principales en las organizaciones cuyo objetivo es de servicio.* Pero como los hombres tienen sus propias metas, que tratan de alcanzar trabajando dentro de la organización, uno de los problemas básicos de la dirección es coordinar e integrar las inquietudes de cada individuo y subor-

dinarlos y correlacionarlos a las necesidades de la Institución <sup>6</sup>.

Estas consideraciones sugieren ya 2 de las capacidades que deben poseer los jefes: 1) capacidad organizativa; 2) capacidad en las relaciones humanas. Además de ellas será necesaria la técnica.

La primera es la que se refiere a la virtud de pensar y actuar en términos de sistema. Es decir, buscar o formar personas capacitándolas para funciones específicas que, en un ordenamiento simple, pero continuo e integrado, resuelvan los problemas que se planteen. A los sistemas se los confunde a menudo con las rutinas, sobre todo en lo que a organización quirúrgica se refiere <sup>68</sup>. Grave error: la rutina es un hábito adquirido por medio de una serie repetitiva de actos relativamente invariables que expresan poca imaginación. La rutina exige poca capacidad de decisión. En general se cumple sin estar motivado y los objetivos, en general, se desconocen. En cambio, un sistema es un conjunto de principios y métodos que conforman un plan unificado y ordenado para cumplir un objetivo. Por esencia la búsqueda de ese fin

determinado es un proceso dinámico y más fácilmente definible en cada una de las etapas.

La perpetuación de conceptos no evaluados como corresponde, constituye una rutina y no es otra cosa que una forma fácil para evadir la realidad<sup>21</sup>.

Lo que fue bueno hace 60 años puede seguir siéndolo o no, de acuerdo con el análisis y crítica de sus resultados.

¿Quién puede discutir que los servicios aislados con hombres pluripotentes constituyeron una etapa de la cirugía? Reeditar esa experiencia sería imposible por la amplitud de los conocimientos actuales y por los costos del equipamiento tecnológico, de su explotación y mantenimiento adecuados. La aparición de distintas especialidades, aceptadas por todos, ha ampliado y profundizado el campo del conocimiento humano. Para realizar una labor quirúrgica eficiente en bien del enfermo se debe contar con todas las capacidades integradas. Superponer prestaciones, aislar físicamente áreas afines es aislarlas intelectualmente también, y sustraer gran parte de los esfuerzos disponibles para los enfermos, que los necesitan en cada uno de los momentos de su padecimiento y rehabilitación física y psíquica.

La segunda capacidad de un jefe es la de manejar las relaciones humanas, es decir, poner sus conocimientos y aptitudes personales para lograr que el trabajo esté imbuido del calor humano que exige la vinculación entre profesionales y pacientes. Esto se logra mediante tres virtudes: ética, responsabilidad y dedicación al trabajo.

La tercera capacidad de un jefe es la técnica. Esta le provee el conocimiento pertinente de la metodología necesaria para tareas quirúrgicas y la posibilidad de dirigir su realización.

La investigación ha demostrado que cualquiera que asuma una posición ejecutiva debe tener una combinación de estas 3 capacidades distribuidas en proporciones distintas según la escala de su función.

Tanto mayor será la técnica en los escalones más bajos y tanto más equilibradas las demás en las funciones más elevadas<sup>36</sup> (fig. 3).

3) *Del procedimiento para resolver los problemas dentro de todo el cuerpo médico:* El mecanismo funciona,

- cuando los miembros se sienten libres y útiles para discutir toda clase de problemas con sus pares y sus jefes;
- cuando los de mayor jerarquía consultan para requerir sus ideas y opiniones acerca de cómo manejar los problemas que surgen;
- cuando los jefes son accesibles y dialogan;

- cuando todos sienten que tienen influencia en el proceso de elaborar decisiones;
- cuando hay respeto, confianza, y altruismo entre los componentes.

4) *Del funcionamiento del equipo:* Los grupos más eficientes difieren en 2 aspectos,

- En el esfuerzo y capacidad demostrados para adquirir el conocimiento, para identificar los problemas y resolverlos.
- En las posiciones que son necesarias adoptar para mantener la cohesión del equipo como tal.

Es decir que no sólo sirve la capacidad en la resolución de los problemas, hecho que implica conocer acertadamente los pasos a seguir para lograrlo, sino que deben conocerse además métodos para mejorar el funcionamiento del grupo como grupo. Esto significa: inducción a participar y dar ideas aún a los que contribuyen en menor grado; manejar a los que creen que sus ideas son las únicas que valen (el dominador) y/o al que demuestra que las suyas son las únicas ideas que va a aceptar (el bloqueador).

Así pues, la función de los equipos es crear constantemente y mantenerse como tales. Particularmente importante es su aptitud y voluntad para evaluar sus propios fracasos, disponiendo el tiempo necesario para examinar periódicamente la forma en que funcionan y su efectividad.

5) *De la recepción de información organizada sobre el funcionamiento del sistema:* Como los jefes están dedicados en general a la organización y desenvolvimiento del sistema, es necesario que exista un grupo que investigue permanentemente la eficiencia y lo que acontece en él. La auditoría de todos los procesos y funciones se ha transformado en un procedimiento común a todos los géneros de la actividad humana<sup>6-18-36-43</sup>.

Los datos deben ser computados y analizados, de modo que la incidencia y magnitud de los problemas puedan ser determinados mucho antes de que se transformen en una bola de nieve inmanejable. Establecer un registro cuidadoso y esquematizado significa asegurar la provisión de información básica para auscultar y ajustar el sistema.

La realimentación del mismo es un elemento fundamental para su éxito, y resulta imprescindible para el aprendizaje. En esta tarea es fundamental la presencia de los comités dentro de los grupos médicos que hacen la auditoría y proveen información sobre cuantos aspectos se requieran para perfeccionar la organización de un departamento.

*QUE SEA DOCENTE*

Una de las grandes contradicciones, resabio de un concepto pretérito que ha contribuido a estancar y aún a destruir muchas organizaciones quirúrgicas, es la diferenciación entre los grupos docentes y los puramente asistenciales<sup>51-78</sup>.

La cirugía es una ciencia y es un arte. Como muy bien lo definió A. Santas<sup>101</sup>, se trata de una rama de la medicina que aplica el método quirúrgico (que puede ser tanto diagnóstico como terapéutico). Sólo se diferencia de la medicina interna por la técnica que usa y del investigador por el objeto de su dedicación, pero posee las cualidades fundamentales de ambas. Es una ciencia porque busca la verdad, y es un arte porque emplea un conjunto metódico de preceptos y reglas para hacer bien una cosa. Su práctica, cualquiera sea el aspecto que se considere, exige un sólido conocimiento de la Anatomía (tanto macro como microscópica), de la Fisiopatología, de la Semiología, de los elementos de diagnóstico, de las alternativas terapéuticas, a las que hoy es necesario agregar la Bioestadística, la Psicología, la Sociología y la Antropología.

Ricardo Finochietto<sup>44</sup> encabezaba uno de sus trabajos con una cita de Marañón: "... el deber de la directa, de la humilde pedagogía diaria. La que consiste en instruir al discípulo en todo, desde el conocimiento básico hasta cómo debe tomar, usar y cuidar el utensilio de trabajo. Esta pedagogía de plenitud se cumple sólo en una paciente, anónima, testaruda, suave labor de cada día, en la clínica, en el laboratorio, en la calle, donde sea...".

Todo grupo humano organizado para servir a seres humanos está inserto en una dinámica permanente: aprender y enseñar<sup>2-14-78-108</sup>. Desde los escalones más bajos, hasta los más altos, vive, en su cotidiana labor, una serie de experiencias (positivas y negativas), cuya suma algebraica constituye el aprendizaje. Es un deber de esos grupos transmitir sus vivencias y formar con responsabilidad, individuos con conocimientos sólidos y con vocación de servicio a su comunidad. Esta es una responsabilidad inherente a todo grupo médico quirúrgico organizado: funcione donde funcione y practique lo que practique, deberá *aprender y enseñar cirugía y formar cirujanos*.

De esta manera y solamente así podrá cumplir con plenitud su función asistencial.

Aprender y enseñar son inseparables<sup>106</sup>. Ya vimos en el capítulo anterior la significación que adquiere organizarse en grupos superpuestos para que cada uno en función del todo cumpla un papel activo, aprendiendo las mejores técnicas para resolver problemas y brindando sus ideas para mejorarlas. Vimos también la necesidad de hacer una revisión constante

del trabajo realizado dentro del sistema, dando información para realimentarla.

Todo este mecanismo cumple una excelente acción docente dentro del grupo mediante ateneos clínicos, anatomoclínicos, de morbimortalidad y administrativos. Es una obligación moral concurrir a ellos con ánimo de aprender, de opinar, de criticar y de ser criticado, cuando sabemos que en todo ello se juega un perfeccionamiento personal y de todo el grupo (docencia intragrupo).

También es elemental transmitir las experiencias del Departamento, hacia afuera (docencia extragrupo) en las sociedades médicas, académicas, revistas científicas, en los cursos de post-grado en establecimientos similares, y si existe vinculación con centros universitarios, volcarse también a la enseñanza del pregrado<sup>78</sup>.

Además deberá cumplir la segunda misión: *formar cirujanos*<sup>31</sup>.

Para ello cada grupo, desde el jefe hasta el recién iniciado, se manejará con normas y preceptos inviolables de la ética quirúrgica<sup>44-101</sup>:

- actitud responsable ante los enfermos, única manera de curar no sólo su enfermedad, sino de devolverle la salud;
- consultar permanentemente, dentro y fuera del departamento, al que conoce más para aplicar la conducta más sabia;
- valor para adoptar decisiones, reconociendo cada uno sus limitaciones en las situaciones complejas;
- humildad para reconocer los propios errores y aceptar los de los demás con el objeto de aprender y enseñar;
- crítica severa a los soberbios, egoístas e interesados, para que lo reconozcan y se modifiquen, y si no, aislarlos.

La programación de toda esta actividad debe recaer en manos de subcomités departamentales, que organicen los ateneos, coordinen los cursos, controlen y estimulen la actividad científica e informen permanentemente de sus planes y actividad a las instancias más altas.

*QUE SUS MIEMBROS ESTEN RESPALDADOS POR UNA SELECCION ADECUADA*

Otro de los problemas conflictivos en una organización de un grupo quirúrgico es la designación de sus miembros<sup>6</sup>.

En general, la justicia en la selección constituirá uno de los poderosos pilares en que se basará la efectividad de cualquier organización humana; tanto

más en las médicas y sobre todo en las quirúrgicas, en que la terapéutica final depende siempre de la decisión de una sola persona.

Cualquier procedimiento que se utilice debe tener una norma fundamental que lo guíe: *no defraudar a la colectividad*, que en cualquier circunstancia (estatal, semiestatal o privada) será la que mantenga y necesite de la organización<sup>42</sup>.

Tres métodos pueden ser utilizados para la elección de los miembros: la designación superior sin concurso, la designación por concurso de oposición, la elección por votación<sup>36</sup>.

Todos los sistemas han sido ensayados y están en vigencia<sup>36</sup>. Cuando la supervisión de la eficiencia médica se ejerce con absoluto equilibrio y buena fe, la responsabilidad que adquiere la autoridad competente es de tal magnitud que los resultados obtenidos son en general aceptables cualquiera sea el método empleado. Aquéllos que dirigen necesitan de los más capaces para obtener los mejores resultados y, por lo tanto, la evaluación será severa para respetar los derechos de toda la comunidad. La competencia intra y extra grupo crea derechos y obligaciones, ese doble y mutuo contrato es el principio intangible de autoridad. Delineada la función, el que llega a ella debe cumplirla en toda su magnitud.

Han pasado las épocas en que los miembros de un centro quirúrgico se elegían por simpatía, amistad o popularidad<sup>114</sup>. También es cosa pasada esperar que los jefes sean seres superiores omniscientes, paternales, investigadores, escritores, lectores y viajeros.

Pocos o ninguno de tales individuos existen. Los jefes deben velar por la calidad de la cirugía, por promover la educación continuada intra y extra grupo, y por despertar el interés en el desarrollo de la investigación clínica y experimental. Todas estas funciones son tan complejas que resultan imposibles para una sola persona. Se desprende de ello la necesidad de delegar autoridad, pero en aquel capaz de ejercerla<sup>50</sup>. Por ello los médicos que integran un plantel deben reunir los siguientes requisitos indispensables:

- integridad profesional y moral incuestionable;
- eficiencia en su especialidad;
- amor y delicadeza en el trato con sus enfermos;
- competencia para asumir la tarea de enseñar y aprender;
- responsabilidad para cumplir una función administrativa y profesional, en la supervisión de las actividades del departamento, determinando claramente

te y con equidad todo el potencial de cada uno de los miembros, para ubicarlo de acuerdo con su capacidad y promoverlo<sup>6-88</sup>.

Hay hombres en nuestro medio, como Ricardo Finochietto, que entrevieron todas estas circunstancias y con o sin conocimiento científico de la psicología de grupos, crearon las condiciones para ubicar el panorama científico de nuestro país con una gran visión de futuro. Su norte fue la perfección del acto quirúrgico adecuado. Su desvelo, la enseñanza de la buena cirugía. Su fe, la juventud. Su orgullo, la formación de grandes cirujanos que cubrieran todas las especialidades y que cada uno fuera como él decía: "capaz de hacer por el enfermo mucho más que él". Su exigencia, el sacrificio, la dedicación y la humildad. Solía decir que sus discípulos eran como minerales que de comienzo no parecen sino tierra.

Su Servicio de Cirugía llenó los requisitos del Departamento Quirúrgico moderno. Tenía grupos técnicos de acción y supervisión. En sus ateneos se ejercía el control de calidad, y sus permanentes sesiones quirúrgicas para graduados, demostraron su acendrada vocación por la docencia.

La selección de los miembros de su grupo fue rigurosa y quien deseara integrarse sabía de antemano sus deberes, pero también conocía sus derechos, de los cuales el más sagrado era aprender progresivamente.

Así como Halsted creó la residencia a la manera estadounidense, Ricardo Finochietto fue el creador de la residencia a la argentina<sup>114</sup>.

Auténtico sacrificio de aprendizaje acompañado de inmensa dedicación para enseñar: Anatomía, Patología, Idiomas, Cirugía en animales. Responsabilidad creciente en operaciones de progresiva complejidad. Promoción y estímulo de los que cumplían. Este era el programa a seguir al ingresar a su servicio.

El sistema de Residencias Médicas, que luego fue implantado en nuestro país por el esfuerzo del Dr. Mario Brea y su grupo médico, pioneros de la organización moderna, resulta el mejor estímulo para una generación que adquiere las bases de una disciplina de trabajo que lo transforma en "agente de cambio". Este progreso indudable en la formación de un cirujano fue la retribución más gratificante que pudo recibir Finochietto, el maestro por autonomía de la cirugía argentina, al ver oficializada y difundida su tarea, con criterio actualizado, en todos los servicios calificados del país. El Departamento Quirúrgico como asociación interdisciplinaria de especialidades afines, es la culminación de su concepción de la cirugía. Recordemos que en su servicio se

integraban: Neurocirugía, Ortopedia, Urología, Cirugía Torácica, Vascular, Cirugía Infantil, Cirugía Gastroenterológica, Cuello, Endocrinas, Plástica y Reconstructora, etc., y que casi todos sus discípulos fueron, y aún son, cultores distinguidos de su especialidad, porque todos sin excepción compartían esa concepción integral de la Cirugía<sup>31-114</sup>.

Esas experiencias nos indican que la Residencia Médica es la puerta grande para ingresar con deberes y derechos a todos nuestros grupos quirúrgicos. Su sistema de selección, malo o bueno, brinda a quien obtiene ese cargo el primer escalón de autoridada que sólo se devuelve con responsabilidad<sup>84-103</sup>.

De todas estas consideraciones emerge una conclusión: cuando no están previstos los mecanismos académicos, gremiales o legales que aseguren el control de una prestación quirúrgica eficiente, el único sistema que, aún con sus graves falencias, permite una selección más ponderada es la designación de todos los integrantes de un departamento quirúrgico por concurso de oposición.

Los niveles a considerar dentro de los mecanismos de selección son múltiples pero deberán fundarse, sobre todo en la calidad médica. Algunos de los sistemas que pueden ser empleados serán enunciados en el capítulo de evaluación.

## TIPOS DE GOBIERNO

Analizadas las pautas a las que deberá ceñirse la organización de un departamento será conveniente esquematizar los sistemas que puedan cumplirlas. En general son<sup>41</sup>:

### 1) *El lineal*

De absoluto verticalismo y en el que la autoridad desciende del jefe a los subordinados en forma directa. Hay una centralización de actividades en el directivo, que puede delegar, rotativamente, alguna autoridad en sus colaboradores. Este sistema puede ser empleado en instituciones pequeñas, con escasa especialización. El dirigente absorbe toda la función.

### 2) *El colegiado*

La toma de decisiones resulta de la deliberación de un consejo de miembros que, generalmente, elige a uno para representarlo en la función ejecutiva. Este sistema fue empleado en establecimientos asistenciales de distinto carácter, sobre todo universitarios<sup>111</sup>. En organizaciones de este tipo el Consejo Directivo puede integrarse con miembros de derecho en 50 %,

y miembros de elección en otro 50 %. En el primer grupo en general están los jefes, y en el segundo, los representantes de los distintos niveles que integran un departamento (incluyendo los residentes y estudiantes). Este consejo directivo elige un director o jefe con mandato por períodos variables no menores de 2 años.

Todo este complejo se maneja en general con otro organismo de consulta compuesto por todos los representantes del grupo médico que son convocados a instancias del Consejo Directivo. Las ventajas señaladas de esta estructura surgen del afianzamiento de la vida comunitaria, que permite un mayor aprovechamiento de la energía de los distintos grupos para una programación más completa.

Los inconvenientes fundamentales residen en la escasa funcionalidad, que retarda la vida departamental y crea inseguridad en la toma de decisiones, perturbando, en último término, el rendimiento<sup>111</sup>.

### 3) *El mixto*

En el que se tratan de utilizar las ventajas y evitar los inconvenientes de ambos.

Estructurado así el sistema, en los departamentos quirúrgicos existirán divisiones de tipo horizontal que complementen especialidades afines cuyos límites no están taxativamente delineados. Tal es el caso de la Cirugía General, Cirugía Plástica y Reparadora, Neurocirugía, Cirugía Torácica y Cardiovascular, Ortopedia y Traumatología, Urología, Otorrinolaringología, etc.

Los centros hospitalarios franceses están intentando la "departamentalización vertical", construyendo verdaderos "hospitales de especialidad" con servicios centrales comunes<sup>9</sup>. Es el caso de la Neurología, la Cardiología, la Neumonología, etc., cuyos especialistas se integran en esas disciplinas con resultados muy difíciles de evaluar hasta el presente por los enormes costos de explotación y mantenimiento. Estos costos, por referencias informales que se poseen, ya comienzan a producir problemas financieros al sistema.

La división de tipo horizontal, planeada de acuerdo con la demanda, es útil a los fines de supervisión técnico-administrativa de todo el departamento<sup>63-102-111-115</sup>. A esta división deberá agregarse la subdivisión vertical en equipos, de acuerdo con la complejidad del Departamento Quirúrgico que se dedique a la resolución de los problemas concretos de la patología de los distintos órganos o regiones. Esta subdivisión fue empleada con éxito en la Sala XV del Hospital Rawson. Para ello es necesario tener en cuenta no sólo la demanda sino también el perfec-

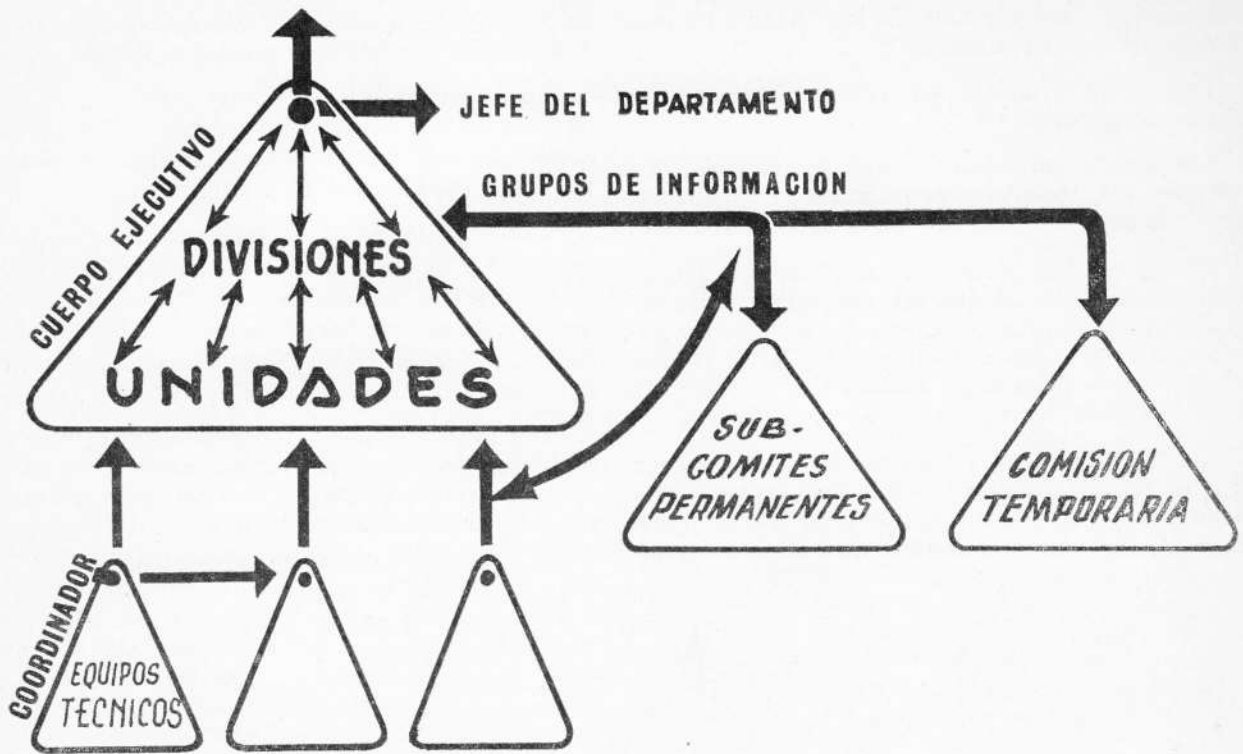


Fig. 4

cionamiento e integración de toda la cirugía. Sus fines serán docentes y de investigación (única forma de mejorar la calidad médica asistencial). Los equipos serán responsables de la atención médica de los enfermos de su patología, en todo el departamento desde el consultorio externo. Las ventajas surgen de las siguientes razones:

- 1) el eje de la atención médica se desplaza del sector internación al de consultorio externo, donde el seguimiento del enfermo es mejor controlado<sup>52</sup>;
- 2) el perfeccionamiento de los grupos médicos, y por ende de la medicina, resulta del estudio en profundidad de los distintos temas de la patología;
- 3) el planeamiento de la labor en equipos permite un trabajo intelectual de mayor eficiencia;
- 4) el estímulo de la investigación tanto clínica como experimental a medida que los distintos conjuntos van llegando a las fronteras del conocimiento, es el camino para que, en función del enfermo, evolucione la organización y aparezcan nuevas especialidades que interpreten la realidad con suficiente elasticidad.

En el ordenamiento tradicional<sup>102</sup>, las salas se

subdividen entre médicos, adjudicándoles sectores de camas, dejando al consultorio externo en manos de los bisoños<sup>31</sup>. Cada sector de internación, con un criterio netamente personal, resuelve los problemas de toda la patología, desconectado de sus resultados alejados y de sus orígenes. Como bien lo señala Santas<sup>102</sup>, "este sistema tiene el sello inconfundible de la cirugía individualista, otorgando ventajas a los "conseguidores" de enfermos aún al margen de su capacidad y contribución a la labor común. Lo habitual es que los jóvenes queden postergados y que "el jefe" decida hasta los mínimos detalles, adquiriendo su figura un carácter paternal."

Merece la pena releer todas las consideraciones de A. Santas formuladas en el simposio sobre organización y planeamiento de un servicio quirúrgico, en el XXXV Congreso Argentino de Cirugía, celebrado en 1966<sup>102</sup>.

Los grupos de trabajo pueden sectorizar su internación con extrema flexibilidad en el área de cuidados leves o ambulatorios, pero deben concentrar su labor en las áreas mejor dotadas, con el fin de intercambiar ideas en beneficio del enfermo.

Al lado de estos núcleos con funciones técnicas, será necesario crear otros para recopilar y brindar

información sobre aspectos técnicos, administrativos y docentes del departamento <sup>36</sup>.

Estos últimos pueden ser de dos clases: permanentes o temporarios <sup>41-74</sup>.

Los grupos permanentes serán los comités, que tendrán sus funciones perfectamente delimitadas, con miembros elegidos por un tiempo determinado.

De los estudios hechos en las distintas organizaciones médicas los comités más necesarios en los departamentos quirúrgicos serán: el de historias clínicas, el de tumores, el de infecciones, el de tejidos, el de análisis del trabajo médico y el de docencia e investigación <sup>74</sup>.

Los cinco primeros pueden ser integrados en uno solo de auditoría médica <sup>36</sup>. Estos comités deben proveer informes de su actividad para ser leídos en ateneos departamentales y elevado a su vez a los comi-

tés centrales del hospital. Un miembro de cada grupo debe formar parte de esos comités centrales.

Para que el trabajo de ambos grupos (técnicos y de información) sea fructífero deben existir normas estrictas, administrativas y técnicas, que constituyen una etapa fundamental de la dirección.

Además de los comités estables para la información permanente de los distintos aspectos de la calidad en la asistencia prestada, deberán crearse comisiones temporarias para actuar en determinadas circunstancias, cuya acción tendrá 3 características: duración limitada, tarea concreta y función ejecutiva (fig. 4).

Estos aspectos serán fundamentales para resolver problemas de interrelación con otras áreas no médicas del hospital: dietología, servicio social, enfermería, limpieza, etc., como integrantes del "equipo de salud".

## CAPITULO III

## INTEGRACION Y DIRECCION

En esta etapa del ciclo administrativo deben realizarse 2 procesos de gran importancia para el funcionamiento del Departamento Quirúrgico: el establecimiento de los preceptos de trabajo (*Reglamento*)<sup>50-54-114</sup> y la determinación de las actividades necesarias para el control de los mismos (*Supervisión*).

## REGLAMENTO

En su confección juegan un gran papel tanto los grupos directivos del hospital como los del departamento quirúrgico. Por este motivo es menester que los principios que surjan de este último, sean luego discutidos en el Consejo Asesor Técnico Administrativo para hacerlos conocer y lograr el consenso de la Dirección de la Institución.

Las normas se referirán esencialmente al cuidado del enfermo en cada una de las áreas del Departamento Quirúrgico (Consultorio Externo, Internación y Quirófano) y a las funciones que debe cumplir cada uno de los grupos que integran la organización.

## CONSULTORIO EXTERNO

Señalaremos las reglas de carácter general que podrán ser adaptadas a los diferentes tipos de hospitales, según su importancia y organización.

*De la admisión y funcionamiento*

—Excepto en la emergencia, el Consultorio Externo tendrá que ser organizado para trabajar con citación previa<sup>52</sup>.

—El enfermo deberá tener una ficha de ingreso. Es aconsejable que constituya parte del Archivo Ge-

neral de la Institución. La deserción que suele producirse después de la primera entrevista y la frecuencia de consultas por procedimientos mínimos, hace aconsejable, según nuestra experiencia, una ficha independiente que sólo en caso de que el enfermo complete su estudio será acoplada a su historia clínica definitiva en el Archivo General.

—Establecido el motivo de la consulta, el estudio del enfermo será realizado en el consultorio externo hasta que haya sido definido el diagnóstico y la conducta terapéutica. Esta secuencia significa:

- a) historia clínica completamente escrita;
- b) exámenes de laboratorio y radiológicos de rutina y especializados;
- c) interconsulta con clínica médica para la evaluación del riesgo quirúrgico;
- d) interconsulta odontológica;
- e) diagnóstico preoperatorio registrado;
- f) previsión de dadores de sangre;
- g) interconsulta con anestesiología;

—Los criterios de internación serán los siguientes:

- a) enfermo en las circunstancias antedichas;
- b) enfermo con padecimiento agudo;
- c) enfermo cuyo traslado (edad o domicilio) signifique para él o su familia un serio trastorno;
- d) enfermo que requiera procedimientos de estudio especializados que comporten algún riesgo (aortografías, endoscopías, etc.).

—En aquellos casos en que el enfermo requiera una intervención quirúrgica ambulatoria que implique el uso del quirófano, será incluido en la lista de operaciones por el mecanismo que corresponda<sup>54</sup>.

*De la Dirección*

(Ejercida por un cirujano de jerarquía)

—Establecer los horarios y el funcionamiento del personal médico en coordinación con los distintos jefes del Departamento Quirúrgico.

—Centralizar y autorizar la internación de todos los enfermos, controlando su ubicación dentro del Departamento.

—Llevar los controles técnico-administrativos del consultorio externo, velar por el mantenimiento de sus instalaciones y la provisión del material necesario para su funcionamiento.

—Supervisar el cumplimiento del reglamento.

—Proveer información permanente a las instancias superiores y a sus colegas de la marcha de su sector, señalando las dificultades que existan.

—Participar en los ateneos departamentales para explicar periódicamente las estadísticas, índices de rendimiento y cumplimiento de los diversos sectores desde su punto de vista y para compatibilizarlos con estas normas.

## INTERNACION

## A) EN CUIDADO LEVE

*De la administración y funcionamiento*

—Permanecerán en esta área los enfermos que se valgan por sí mismos y que necesiten escasa vigilancia de enfermería. Esta situación ocurre en las siguientes circunstancias:

- a) enfermos en estado preoperatorio;
- b) enfermos para exámenes especializados;
- c) postoperatorio de intervenciones menores en las que es conveniente que los enfermos permanezcan internados;
- d) postoperatorio mediato de intervenciones mayores;
- e) postoperatorio alejado que necesita rehabilitación especializada en el Departamento Quirúrgico.

—Será necesario dictar normas para las interconsultas con los siguientes sectores:

- a) Clínica Médica y Odontología;
- b) Dietología;
- c) Kinesiología;
- d) Asistencia Social;
- e) Anestesiología.

*De la Dirección*

(Ejercida por un cirujano de jerarquía)

Supervisará técnicamente el trabajo de todos los grupos técnicos, velará por el bienestar de los enfermos internados y llevará el control administrativo.

—Autorizará el procedimiento quirúrgico y el alta definitiva.

—Participará en los planes docentes para la capacitación del personal en todos sus niveles.

—Mantendrá estrecho contacto con los Jefes de las Divisiones y del Departamento Quirúrgico.

—Participará en los ateneos departamentales e informará periódicamente sobre la marcha de su sector.

—Velará por el mantenimiento de sus instalaciones y la provisión del instrumental necesario para toda su unidad.

## B) EN CUIDADO INTERMEDIO

*De la admisión y funcionamiento*

—Permanecerán en Cuidado Intermedio los enfermos que necesiten estrecha vigilancia de enfermería idónea. Se considerará cumplido este criterio en las siguientes circunstancias:

- a) enfermos que requieran:
  - terapia endovenosa continua;
  - controles vitales horarios;
  - manejo y control de avenamientos especializados;
- b) postoperatorio inmediato de intervenciones mayores, que mantengan funciones primordiales conservadas (neuroeje, hemodinamia y ventilación) sin apoyo de tecnología especial.

—Será necesario reglamentar el apoyo de interconsulta rápida y efectiva con:

- a) radiología;
- b) hemoterapia;
- c) terapia intensiva.

*De la Dirección*

Cada unidad de Cuidado Intermedio tendrá un jefe que conocerá profundamente el postoperatorio de la gran cirugía y ejercerá las siguientes funciones:

- a) vigilar, en estrecho contacto con los grupos responsables, la atención de todos los enfermos de su área;
- b) ocuparse del mantenimiento y provisión de todo su sector;

c) ocuparse de la capacitación de todo el personal del Departamento Quirúrgico en todos sus niveles (médicos, enfermeras, técnicos y auxiliares), y de su colaboración con la dependencia correspondiente;

d) vigilar el cumplimiento de las normas en el sentido más amplio;

e) documentar toda la tarea realizada para proveer la información necesaria a todos los niveles;

f) participar en los ateneos departamentales, haciendo conocer los resultados de todas las actividades de su sector.

### C) EN CUIDADO INTENSIVO

Las normas de funcionamiento de este sector deberán ser conocidas y explicadas a todo el plantel en la forma más adecuada<sup>73</sup>.

### QUIROFANO

Todo el personal ejecutivo del Departamento Quirúrgico contribuirá a efectivizar el cumplimiento de las normas delineadas en el capítulo correspondiente y velará por la calidad de la cirugía que se practique en este sector. Permanecerá en el quirófano durante las intervenciones quirúrgicas que realicen los médicos de su plantel, contribuyendo con su experiencia a guiar y evaluar especialmente a los jóvenes cirujanos.

Su actividad como operador se limitará a aquellos enfermos que, por la calidad de su patología, requieran de su destreza y conocimiento<sup>74</sup>. Ocasionalmente, y con un fin docente, destinará parte de su labor quirúrgica a intervenciones de menor importancia, para destacar las maniobras técnicas fundamentales.

### EQUIPOS TÉCNICOS

#### *De su finalidad y constitución*

—Cada División creará grupos especializados de trabajo a los cuales supervisará en toda su tarea asistencial, docente y de investigación.

—Cada grupo actuará en Consultorio Externo, Internación y Quirófano, de tal manera que se canalicen hacia él todos los enfermos cuya patología le corresponde.

—Cada grupo trabajará en estrecha vinculación con todas las unidades y secciones del Departamento de Medicina, con el fin de integrar un núcleo que adquiera amplia experiencia y sea capaz de establecer las mejores normas para el diagnóstico y tratamiento de enfermos a su cuidado.

—Cada grupo tendrá un coordinador y un número variable de médicos adscriptos y residentes, según la complejidad de la patología y los objetivos de su formación<sup>36</sup>.

#### *De su funcionamiento*

—En el consultorio externo los equipos técnicos tendrán días y horarios fijos de atención.

—Serán los encargados de la atención de todos los enfermos de su especialidad que concurran al Departamento Quirúrgico. Si el médico de cabecera pertenece a éste deberá colaborar con el grupo si así lo prefiere.

—Se ocuparán de sugerir pautas para consignar todos los datos que consideren de utilidad en las historias. A tal fin propondrán al comité de Historias Clínicas la confección de "hojas tipo" para computar en ellos los elementos que faciliten el seguimiento y tabulación de sus enfermos, a la vez que permitan mantener informado al médico mandante. La historia clínica será confeccionada por los médicos residentes supervisados por los de mayor experiencia y el coordinador.

—*En las áreas de internación* serán los responsables de la terapéutica según las normas de cada división y en estrecha dependencia de los jefes de las unidades respectivas. Consignarán diariamente en la historia clínica la evolución, el tratamiento y los resultados de las interconsultas. Al ser dado de alta el enfermo, la historia clínica será presentada con todos sus elementos necesarios al jefe de la unidad.

Harán un informe sucinto de todo lo actuado para remitirlo al médico de cabecera y facilitar el seguimiento alejado.

—*En el quirófano*, los integrantes de cada equipo deberán participar en todas las operaciones correspondientes a los enfermos estudiados, tanto en carácter de ayudantes como de cirujanos<sup>59</sup>. Participarán con mayor asiduidad aquéllos que demuestren mayor dedicación a todas las tareas del equipo, en un programa de creciente responsabilidad y complejidad. Estas designaciones serán propuestas por los coordinadores y controladas por los Jefes de Unidad y División correspondientes. El Jefe de Departamento supervisará periódicamente estas designaciones.

#### *De los coordinadores*

—Propondrán un reglamento que se adapte a las funciones de cada equipo, encuadrado dentro de las normas generales de la División y el Departamento Quirúrgico.

—Serán responsables de la supervisión de todas las tareas a cumplir por los médicos de su grupo e informarán permanentemente a las instancias superiores.

—Realizará por lo menos, una reunión semanal con todos los médicos de su grupo con el objeto de:

- a) discutir todo lo actuado como grupo y comentar todos los casos en tratamiento;
- b) analizar con el patólogo las piezas de resección correspondientes a los enfermos operados de su equipo;
- c) discutir y difundir las normas de procedimiento para cada patología;
- d) informar y analizar las directivas que surjan de la superioridad.

—Propondrán a sus jefes las sugerencias que, producto de la experiencia obtenida en la práctica diaria, les sean encomendadas por los integrantes de su equipo.

—Arbitrarán los medios para que cada equipo lleve un fichero en el que reúna la documentación de cada enfermo que resulte útil a los fines didácticos (iconografía, estadísticas, etc.).

—Establecerán un programa de reuniones bibliográficas y actualizaciones y presentaciones de enfermos dentro del grupo, a cargo de los médicos más jóvenes con el fin de capacitarlos para los ateneos.

—Propondrán un plan de concurrencia a otros centros quirúrgicos, sociedades científicas, cursos de perfeccionamiento, jornadas, congresos, etc., preparado de manera tal que no interfiera la labor asistencial.

—Planearán trabajos científicos fiscalizados por los jefes respectivos para elevarlos al Comité de Docencia e Investigación departamental y hospitalario que les otorgará el aval correspondiente.

—Sugerirán temas para optar a becas nacionales y extranjeras con el objeto de aumentar el panorama del conocimiento del grupo.

—En los departamentos quirúrgicos vinculados a los centros universitarios, participarán en la docencia de pregrado enseñando a los alumnos los conocimientos básicos e integrándolos en la práctica asistencial con el objeto de que aprendan a tomar decisiones correctas.

—Se ocuparán de organizar cursos de perfeccionamiento para graduados con la participación activa de todos los médicos de su grupo, cuyo programa será supervisado por los jefes respectivos y elevado al Comité de Docencia e Investigación.

—Participarán activamente en los ateneos departamentales estableciendo la lista de candidatos quirúrgicos de la semana y designando al enfermo que será presentado.

—Elevarán un informe periódico de todo lo actuado al Jefe de División quien se encargará de hacerlo llegar al Jefe del Departamento Quirúrgico.

## RESIDENCIA

Es deber del Jefe del Departamento elaborar un programa de capacitación que encuadre en las normas generales aconsejadas por Spátola en el XLII Congreso Argentino de Cirugía<sup>108</sup>. Cada departamento quirúrgico dentro del sistema, el ordenamiento que crea más lógico para lograr el objetivo de capacitación al cirujano, confrontando las distintas experiencias que permitan evaluar correctamente los resultados obtenidos<sup>26-78-110</sup>.

## GRUPOS DE INFORMACION (COMITES)

### *Del Comité de análisis del trabajo médico*

Para comprender el territorio que compete a estos grupos, será necesario estudiar el proceso que los determina y demostrar las connotaciones positivas que ese proceso posee para los médicos participantes<sup>36</sup>.

El cuidado profesional que brindamos a los enfermos es el resultado del conocimiento difundido a través de los esfuerzos docentes de toda la comunidad médica (fig. 5).

La investigación provee constantemente métodos para mejorar el estudio y perfeccionar el diagnóstico y tratamiento de los enfermos. Estos métodos deben ser conocidos por los grupos técnicos y elaborados de tal manera que los comités los transformen en normas de calidad, ya que es muy difícil disponer de otros métodos capaces de definir lo que debe entenderse por "calidad de una prestación médica cualquiera"<sup>30</sup>.

De este modo, pues, los grupos de información tendrán definidos las mejores pautas en cada una de las facetas de la atención médica: la historia clínica, el grado de asepsia, los procedimientos de estudio, las tácticas, las técnicas y cada una de las actividades del Hospital vinculadas al Departamento Quirúrgico.

Con estos datos reunidos, se definirán los procedimientos que deben ser empleados para obtener los mejores resultados (normas de calidad).

La segunda etapa consiste en determinar qué elementos podremos utilizar para obtener la informa-

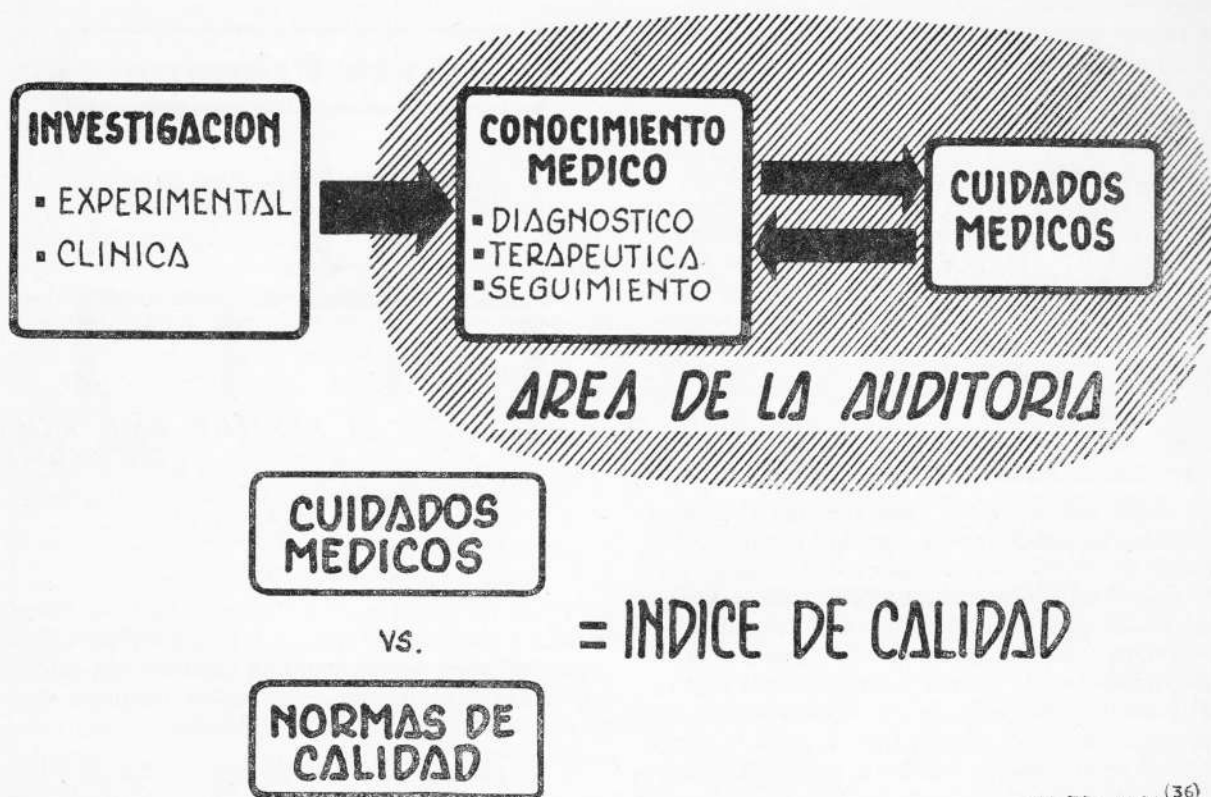


Fig. 5

ción correcta de todo lo practicado en un determinado enfermo. La historia clínica, en la que toda actividad es registrada con pulcritud y avalada con la consiguiente firma de los responsables de cada acto u opinión vertida sobre el enfermo, es el documento más idóneo para brindar el máximo de información sobre todos los aspectos del cuidado médico prestado. Esta instancia podrá objetarse en el sentido de que sería la evaluación de las historias y no la del cuidado médico. Es evidente que esto puede ocurrir en sus comienzos pero, paulatinamente perfeccionada la historia clínica, surgirá de ella la calidad de la atención médica. De cualquier manera y desde el comienzo de su gestión, estos grupos no confundirán una mala historia con una mala atención ni viceversa. Sin embargo, el resultado de la información que brindan contribuirá a mejorar las historias y a transformarlas en un documento idóneo, esencial para una buena práctica médica.

Un comité integrado por un grupo de médicos representando a distintas jerarquías e interesados en la tarea, será el encargado de distribuir dentro del Departamento Quirúrgico la recopilación y tabulación de la información que brinden las historias clí-

nicas<sup>74-80</sup>. Deberá por lo tanto designar subcomités que tomarán aspectos parciales del cuidado médico, tales como infecciones, correlación clínico-patológica, métodos de estudio, tumores y otras patologías determinadas, etc., evitando tomar historias al azar para alimentar su información. Cada uno de estos subcomités elaborará una relación completa del aspecto formal que les compete.

Para evitar un trabajo que puede resultar pesado y transformarse en un trámite meramente burocrático y poco útil desde el punto de vista docente, en los EE. UU. se ha delineado un esquema que consiste en transferir toda la información que brinda la historia clínica a tarjetas perforadas y cintas magnéticas. Los datos estadísticos son provistos en forma cada vez más detalladas utilizando el criterio de "magnificación progresiva", es decir: segmentos más pequeños de la actividad hospitalaria son demostrados en mayor detalle, involucrando a cada departamento clínico, enfermedad, grupo operativo, clasificación diagnóstica, procedimiento quirúrgico, actuación individual de cada médico o cirujano<sup>10-55-95-118</sup>.

El informe estadístico global está basado en el resumen de los casos individualmente considerados.

de tal modo que cada uno de los que integran la estadística puedan ser identificados, su historia reconstruida y el cuidado médico brindado, analizando con detalle. Para lograr este objetivo, el uso extenso de la automatización ha permitido computar y presentar la información para establecer comparaciones interhospitalarias que sirvan de preceptos para el perfeccionamiento de los distintos grupos. Tal es el programa del MAP (Medical Audit Program) y PAS (Professional Activity Study) actualmente en vigencia en los EE. UU.<sup>15-58-64-88</sup>.

Luego de esta disgresión, que sirve para demostrar el interés y el esfuerzo que se brinda a este aspecto de la actividad médica, volvamos a nuestro esquema, menos ambicioso pero útil para perfeccionar la actividad médica.

Los datos obtenidos por estos subcomités servirán para elaborar, previo cotejo con las normas de calidad, un informe de la clase del cuidado médico prestado. Este documento será proporcionado periódicamente a todo el equipo médico y a los ejecutivos de todo el departamento, señalando desde ya que la responsabilidad de este comité termina con el registro, confección y transmisión de los hechos sin sugerir, proponer o establecer ningún tipo de medida o cambio. Es el mismo cuerpo médico a través de sus grupos técnicos y los directivos, los que educados por esta información, determinarán los cambios con miras a su perfeccionamiento. La Auditoría Médica, realizada de esta manera no puede dar más que satisfacción y oportunidad de aprendizaje a todo el cuerpo médico, técnico y auxiliar de un departamento quirúrgico, así como contribuir magníficamente a mejorar la eficiencia del cuidado que reciben los enfermos<sup>36-43-74</sup>.

Es un proceso que permite y motiva la autoevaluación<sup>93</sup> proveyendo el pilar fundamental de la educación continuada, tanto para los médicos que actúan dentro de los comités como para los que reciben los informes correspondientes.

Cada Jefe de Departamento, provisto de la documentación que resulte de esta actividad, formará parte del Comité Central de Auditoría del Hospital, cuyo responsable no deberá ser Jefe de ninguno de los sectores del Hospital.

Sin embargo, debemos hacer notar que los jefes que pertenezcan al Departamento, no integrarán el comité respectivo. Sus funciones se limitarán a supervisar el correcto desempeño del mismo (fig. 6).

#### *Del Comité de Docencia e Investigación*

En un Departamento Quirúrgico de mediana o gran complejidad, es obvia la necesidad de un Subcomité de Docencia e Investigación cuyas funciones serán:

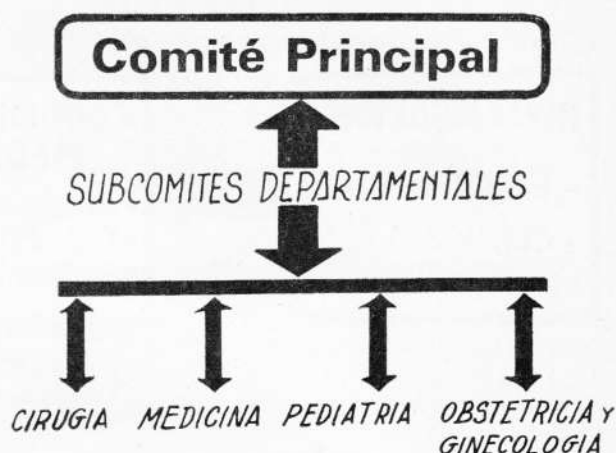


Fig. 6

1) la recepción para su coordinación, de los planes de trabajo de los grupos técnicos de las distintas especialidades, estimulando la colaboración interdisciplinaria y sometiendo los puntos comunes a los distintos jefes de las especialidades;

2) el planeamiento ordenado de los cursos a todos los niveles. Es decir, desde aquéllos que tienen como objetivo la capacitación del personal técnico y auxiliar hasta el destinado a la educación permanente del postgraduado<sup>80-90-116-117</sup>;

3) la coordinación de los planes de investigación, velando para concentrar los recursos destinados a ese fin y administrarlos adecuadamente. (Contribuir al mantenimiento del laboratorio de cirugía en animales)<sup>51</sup>;

4) coordinación y planeamiento de la enseñanza de pregrado y residentes acumulando, mediante informes adecuados, la experiencia docente de los distintos grupos dedicados a ella en el Departamento Quirúrgico;

5) contribuirá a la formación y mantenimiento de gabinetes de documentación gráfica, para conformar un archivo que permita cumplir las necesidades docentes del Departamento Quirúrgico en todos sus niveles.

Esta tarea, será ampliamente discutida con los respectivos jefes e informada a todos los integrantes del cuerpo médico del mismo, para que todo el programa elaborado sea llevado al seno del Comité de Docencia e Investigación del Hospital, donde podrá coordinarse con el de los otros departamentos y contribuir así a la tarea conjunta de toda la Institución (fig. 6).

Una de las misiones más importantes de este comi-

té será la de coordinar, de acuerdo con las normas establecidas por los jefes, la enseñanza a los grupos más jóvenes: residentes y concurrentes. Esta coordinación se referirá sobre todo a las rotaciones periódicas de los recién iniciados para distribuirlos progresivamente en todas las especialidades<sup>44</sup>. De esta manera podrán adquirir un conocimiento real por medio de las vivencias de cada sector, que les permita completar su formación con miras a la toma de decisiones correctas en función del enfermo. Otro aspecto positivo que poseen las rotaciones sucesivas reside en la posibilidad de despertar el interés por determinadas especialidades de la cirugía, que, por la ignorancia de su contenido, son subestimados<sup>98-116</sup>.

La participación de los médicos jóvenes debe ser plena: integración a los sectores con la supervisión correspondiente a todas las funciones y participación en todas las actividades del mismo.

### SUPERVISION

La supervisión de todas las funciones y normas delineadas necesita un cuerpo directivo coherente, compenetrado de los objetivos y dispuesto a sacrificar intereses personales para contribuir a elaborar un programa de amplia colaboración interdisciplinaria entre todo el grupo<sup>8</sup>.

La tarea se inicia desde los escalones más bajos, que serían los coordinadores de los grupos técnicos, cuyas normas de funcionamiento han sido puntualizadas y su campo delimitado al control de los mismos.

En escala sucesiva, los jefes de unidades de las distintas áreas supervisarán toda la unidad técnica administrativa a sus órdenes, preocupándose por su capacitación permanente.

Los jefes de las distintas divisiones de especialidades afines a la disciplina madre, que es la Cirugía, guiarán y supervisarán, en el sentido más amplio, a los grupos técnicos que los integran en las distintas áreas; desde el Consultorio Externo en adelante, aportando su experiencia para el mejor adiestramiento y producción de todo su sector.

Finalmente el Jefe del Departamento será el responsable de fijar la política y las pautas a desarrollar por cada una de las divisiones, para cumplir los objetivos proyectados dentro del marco de la Institución, con miras a perfeccionar por encima de toda la calidad de la atención brindanda al enfermo.

Los caminos para cumplir la tarea de supervisión, en términos generales, son los siguientes:

#### *Del trabajo en Consultorio Externo*

Cada Jefe de División y/o Departamento participará con los distintos equipos, en forma permanente

y con carácter rotativo, en la refirmación de las técnicas de atención y en dar el mayor apoyo a este sector del Departamento Quirúrgico<sup>28-51</sup>.

#### *De las Unidades de Internación*

Cada jefe las visitará con los médicos destinados por cada equipo para proveer la información pertinente que le sea recabada. El Jefe de Unidad informará a los Jefes de División sobre la marcha de su sector y sobre la atención de los diversos equipos que la integran.

Periódicamente, el Jefe del Departamento recorrerá los distintos sectores para verificar el cumplimiento de las normas<sup>8</sup>.

#### *De los equipos*

El Jefe de Departamento y los Jefes de División y Unidades se reunirán periódicamente con cada uno de los equipos para discutir el funcionamiento de los mismos y elaborar en conjunto las correcciones necesarias.

Será conveniente, a su vez, que en estas reuniones participe siempre el jefe de los consultorios externos y un representante de los distintos comités.

#### *De los ateneos*

Al margen de las reuniones de cada uno de los equipos o divisiones, deberán existir los siguientes ateneos a nivel departamental<sup>6-8-74-89</sup>.

*Clinicos.* Se realizarán semanalmente, con el siguiente ordenamiento:

- 1) Inscripción de todos los pacientes a ser operados por cada división, proveyendo un elemento que permita preparar la labor semanal del quirófano.
- 2) Discusión de aquellos casos que permitan una educación interdisciplinaria, que presenten dificultades en el diagnóstico o en la táctica y que por su simplicidad, configuren un verdadero esquema docente.
- 3) Análisis de la morbimortalidad de la semana a cargo de los médicos residentes que, a tal fin, resumirán los hechos salientes de toda la evolución de los enfermos para discutir sus características de la complicación.
- 4) Una vez por mes deberá agregarse el informe proporcionado por los comités, en lo que se refiere al análisis del trabajo médico, en forma esquemática y fácilmente accesible a todo el grupo médico<sup>51</sup>.

*Anatomoclínicos.* Se realizarán con la participación del equipo de patólogos y serán invitados todos

los médicos de la Institución y en especial aquéllos que hayan participado en el estudio y/o tratamiento del caso en consideración. La frecuencia de estos ateneos no podrá ser menor de uno cada dos meses, y serán elegidos solamente aquellos enfermos que, a juicio de los patólogos, presenten un especial interés para la discusión diagnóstica en relación con la táctica empleada y con fines especialmente docentes.

*Administrativos*<sup>51</sup>. Se convocarán cada 6 meses y concurrirán todos los sectores, tanto médicos como paramédicos, especialmente los de enfermería y los auxiliares técnicos. Cada sector aportará sugerencias para mejorar los métodos asistenciales: en los consultorios externos, en los sectores de internación, en los quirófanos, etc.

*Tecnológicos*<sup>54</sup>. Han sido empleados con éxito en Latinoamérica. Son los efectuados con técnicos vinculados a la producción y mantenimiento de los equipos e instrumental empleados en el Departamento Quirúrgico, con miras a la instalación de centros para su fabricación dentro del hospital. Estimulan la capacidad de sus integrantes para buscar soluciones que se adapten al funcionamiento de los distintos grupos y sectores.

Por último, uno de los privilegios de la estructura departamental es la de poder realizar reuniones integradas con grupos de las distintas divisiones para agotar temas de gran actualidad y estrechar vínculos interdisciplinarios muy útiles para la docencia de los integrantes del grupo.

La participación de todo el cuerpo médico de un Departamento en los distintos tipos de ateneos, es una obligación moral que demuestra la voluntad de contribuir a una tarea de gran responsabilidad que exige preparación, humildad para aceptar criterios a veces opuestos y decisión para manifestar los puntos de vista que puedan contribuir al esclarecimiento de los distintos problemas.

La simple enumeración de las diferentes escalas de supervisión demuestra la imposibilidad de su realización por parte de una sola persona. Surge por lo tanto la necesidad de todo un cuerpo ejecutivo que debe reunir las siguientes condiciones:

1) Acuerdo absoluto sobre las tácticas y métodos que aplique cada uno de los equipos de trabajo con miras a establecer programas de acción que impliquen una consolidación, perfeccionamiento e investigación de nuevos sistemas de trabajo médico.

2) Aceptación, previa discusión de las normas a cumplir en cada una de las actividades, tanto asistenciales como docentes y de investigación, para transformarse en celosos custodios de su cumplimiento.

3) Comunicación permanente para lograr, mediante un diálogo fluido, construir una organización médica moderna, eficiente para el enfermo y excepcionalmente motivada para brindar a las nuevas generaciones el enorme potencial que las caracteriza.

Una de las condiciones fundamentales del grupo, será deponer todo individualismo y resignar aparentes prerrogativas cronológicas o académicas; éstas sólo sirven de escudo para el espíritu bloqueador o soberbio, que constituye la barrera más difícil de vencer para lograr una tarea en pos del bien común y de la mejor asistencia a los enfermos.

Nuevas técnicas y sistemas deben ser constantemente analizados, a la luz de los resultados obtenidos con el empleo de los distintos métodos de evaluación, que luego expondremos y que resultan de la actividad de cada uno de los grupos que lo integran.

La gran responsabilidad que implica la dirección de todo este complejo descripto, no hace más que reafirmar una de las premisas fundamentales que señalamos en el capítulo sobre organización y que consiste en la selección de todo este grupo humano en concursos con reglas de juego perfectamente establecidas y al margen del capricho de las autoridades de turno.

La constante variación de sistemas para satisfacer apetencias de grupos sólo redundará en el deterioro de la atención médica distraendo el escaso tiempo de que disponemos, en discusiones subalternas, sin dedicarnos al mejor porvenir de la institución en la que los únicos privilegiados deben ser los sanos y enfermos que necesitan de ella.

## CAPITULO IV

## EVALUACION

La evaluación de la actividad médica resulta difícil por la imposibilidad de establecer elementos cuantificables que permitan juzgar la calidad de los servicios prestados <sup>20-30-49</sup>.

Las pautas administrativas delineadas son capaces, sin embargo, de proveer información suficiente para evaluar el funcionamiento de un Departamento Quirúrgico.

Aunque hemos señalado repetidamente que la docencia con la investigación son necesarias para una correcta labor asistencial, podemos establecer, con fines prácticos, la evaluación de cada uno de estos sectores, es decir: asistencial y docencia e investigación.

La evaluación asistencial es verificar la "calidad de prestación" que recibe el paciente en todos los sectores. Otro aspecto de esta valoración es el rendimiento del Departamento Quirúrgico en relación con los recursos que dispuso la Institución para sus fines <sup>43-70-118</sup>.

## DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA

Williamson <sup>110</sup> divide la atención médica en 4 etapas:

1) proceso de diagnóstico: forma en que se han llevado a cabo los procedimientos necesarios para establecer un diagnóstico (incluye actividades médicas, técnicas y auxiliares);

2) resultados del diagnóstico: datos recopilados para establecer la necesidad de atención, terapia específica, riesgos y pronóstico;

3) proceso terapéutico: conocer toda la instrumentación técnica del procedimiento elegido;

4) resultado terapéutico: el estado del enfermo en distintos períodos posteriores al tratamiento.

Al considerar de esta manera la atención médica surgirán hechos positivos y negativos que se refieren a la eficiencia de los siguientes elementos:

a) de la infraestructura: tanto de la planta física como del equipamiento (recursos) para cumplir las distintas etapas;

b) de la capacidad del personal (médico, técnico y auxiliar) para cumplir correctamente con cada uno de los períodos del diagnóstico y terapéutica.

El documento más idóneo es la historia clínica del enfermo que permite obtener todos los datos necesarios para evaluar este proceso. Como hemos dicho desde un principio estos datos deben ser comparados con normas de calidad previamente establecidas. El modo de hacerlo es una tarea difícil y merece ser discutido. Para muchos autores las normas deben surgir del análisis y recopilación de los últimos adelantos en cada tema. Para otros sería mejor adaptar los que utilizan las instituciones más destacadas en cada especialidad. Pensamos, sin embargo, que cada grupo (si bien debe conocer aquellas circunstancias), debe establecer sus preceptos de acuerdo con el medio en que se desenvuelve, los recursos con que cuenta y el tipo de enfermos que maneja. Tenderá no obstante a señalar el modo de perfeccionarlos. Por este motivo, la discusión de estos principios en todas las instancias ejecutivas del departamento contribuirá eficazmente a conformarlos.

La flexibilidad de las "normas de calidad" en medios como el nuestro es necesaria. Pero sin prescindir de las condiciones básicas para que esas normas no se aparten demasiado del nivel aceptado para la medicina actual <sup>100</sup>.

Esas condiciones son:

1) función adecuada de la planta física (recursos y equipos) en cada uno de los sectores descriptos,

sobre todo en lo que se refiere a controles de seguridad e infecciones;

2) historia clínica impecable. Consignaremos especialmente, aunque parezca redundante, todos los elementos que debe contener cuando está bien confeccionada:

- Examen clínico exhaustivo.
- Exámenes radiológicos y de laboratorio, la oportunidad y la idoneidad del personal.
- Interconsultas para recabar nuevos elementos de diagnóstico y evaluar los riesgos.
- Diagnóstico provisorio o de trabajo y plan terapéutico.
- Descripción detallada de la preparación realizada.
- Relato minucioso del procedimiento efectuado.
- Informe histopatológico de los tejidos extirpados.
- Informe del médico, en forma cotidiana, de la evolución.
- La hoja de enfermería correspondiente a cada una de las áreas en que transcurrió su internación.
- Diagnóstico final, consignando las complicaciones, accidentes o muerte, así como sus causas probables.
- Lo que revela la autopsia.
- Notas agregadas por cada uno de los equipos en relación a la evaluación alejada en el consultorio externo.

La simple computación de todos estos antecedentes por el o los comités respectivos permitirá conocer:

a) Si el enfermo fue guiado e internado en las áreas correspondientes a su gravedad, y si el cuidado fue correcto.

b) Si los elementos empleados para su diagnóstico fueron insuficientes o excesivos.

c) Si la preparación fue adecuada.

d) Si las interconsultas permitieron acercarse a los más capaces para afirmar el diagnóstico y prever los riesgos.

e) Si los hallazgos correspondieron al diagnóstico y al procedimiento empleado.

f) Si los estudios patológicos de los tejidos extirpados estaban en concordancia con el diagnóstico y procedimiento efectuado.

g) Carácter de las complicaciones así como su causa probable.

h) Calidad de las autopsias.

i) Evolución alejada, juzgada en términos de cantidad y calidad de sobrevivida (confort y reanudación de actividades habituales).

#### EL RENDIMIENTO DEL DEPARTAMENTO QUIRURGICO

Este aspecto de la evaluación es más fácil porque los índices de rendimiento hospitalario surgen de medidas más cuantificables, ilustrando con evidencia inapelable el aprovechamiento de la capacidad instalada y permitiendo detectar las características de las fallas y las causas a que obedecen.

Se podrá detectar:

1) El número de pacientes atendidos en los consultorios externos (de primera vez y ulteriores).

2) El porcentaje de admisiones por enfermos atendidos.

3) El promedio de días de internación, establecido en relación al tipo de patología.

4) El promedio de utilización de los quirófanos y su rendimiento en relación a la demanda.

5) La verdadera proporción de los planteles (que podrán medirse en horas médicas y de enfermería) en relación a la demanda.

#### DE LA ACTIVIDAD DOCENTE

Se comenzará por examinar los esfuerzos realizados para perfeccionar y motivar a todo el personal médico, de enfermería y auxiliar que integra el Departamento. Ello surgirá del número y nivel de las siguientes actividades programadas por las jefaturas y coordinadas en los comités:

- Cursos de adiestramiento en todos los niveles y de todas las disciplinas.
- Seminarios sobre las técnicas asépticas.
- Discusión permanente de las normas a seguir especialmente en los enfermos de elevado riesgo quirúrgico y en quirófanos.
- Simulacros periódicos de las emergencias para mantener el entrenamiento del personal: paro cardíaco y respiratorio, cortes de energía, incendios, etc.
- Reuniones de cada equipo, división, etc.
- Graduación progresiva de las normas de calidad para la auditoría médica. La correlación interdepartamental en la realización de tareas comunes tanto organizativas como médicas.

Según la complejidad del Departamento Quirúrgico es menester, en segundo término, considerar el trabajo realizado para mantener:

- Relaciones interhospitalarias <sup>62</sup> del mismo o superior nivel con planes perfectamente coordinados (educación continua). Esto fue motivo de un análisis exhaustivo hecho por el Dr. Aguilar <sup>2</sup> en su relato al XLIII Congreso Argentino de Cirugía.
- Participación en programas conjuntos con otros departamentos quirúrgicos, con análisis del trabajo médico, particularmente referido a sistemas organizativos (para asegurar una mejor prestación médica); capacitación de enfermería, auxiliares técnicos y médicos (especialmente residencias); métodos terapéuticos (investigación clínica y experimental); autoaprendizaje, etc.
- Definición concreta de una metodología para la educación médica del pregrado (departamentos quirúrgicos vinculados a centros universitarios) por parte de todos los docentes de las distintas especialidades.

Esta sería una forma ideal de concretar planes que establezcan verdaderas "unidades de educación médica" en los hospitales, creando las condiciones de infraestructura necesarias para acercar las ciencias básicas a su ámbito. No debemos olvidar el aporte de los cirujanos a las distintas disciplinas biológicas <sup>80-120</sup>.

El resultado final de todos estos esfuerzos y otros cuya enumeración resultaría repetitiva de temas agotados en congresos anteriores, daría motivo a plantear algunas pautas que permitieran evaluar el grado de conocimiento alcanzado por los participantes del sistema (educandos y educados) como grupo en general e individualmente como médico cirujano <sup>75</sup>.

Una sugerencia para realizar evaluaciones de grupo sería establecer, como lo piensa el Dr. Diego Zavaleta, "Jornadas de Evaluación" (semestrales o anuales). Cada sección presentaría un informe completo del nivel técnico conseguido.

Otro tema a considerar, y quizás más importante para desarrollar en el futuro, sería la posibilidad de establecer los grados del conocimiento individual de cada uno de los médicos en las distintas categorías, particularmente los más jóvenes (es decir los que están en el período de capacitación).

Señalaremos 2 procedimientos que valoran aspectos del aprendizaje:

#### *El autojuicio quirúrgico*

En contraste con toda la literatura sobre la responsabilidad y metodología del maestro para formar al

cirujano de una generación que le sigue, no existen trabajos que traten específicamente sobre el valor del juicio quirúrgico, la responsabilidad de enseñarlo, procedimiento para desarrollarlo y los elementos para evaluarlo.

En un Departamento Quirúrgico se dan todas las posibilidades para satisfacer estos interrogantes. En él se coordinan tareas afines que utilizadas para la formación quirúrgica, facilitan la posibilidad de discernir y comparar. Esta actividad intelectual permite al profesional formarse una opinión propia que habrá de aplicar cuando ejercite la responsabilidad de decisión y ejecución en un acto quirúrgico supervisado (durante la residencia), o con mayor razón cuando se ha logrado la independencia profesional.

El conocimiento es la base para discernir y comparar. Es obvio que cuanto más variado sea, mayores serán los elementos disponibles para enriquecer a los dos últimos procesos. Al coordinar disciplinas quirúrgicas se favorece y simplifica la posibilidad de obtener en menor tiempo conocimientos más amplios y diversos.

La rotación de cirujanos en formación por toda la gama de actividades del departamento, los vincula con todas las vivencias de los acontecimientos, para que al discernir y comparar formen su opinión. Esto implica tener conciencia, no equivocarse, reconocer y admitir el error para no volver a cometerlo. A su vez el contacto con cirujanos de mayor y variada experiencia les permite ver, escuchar y juzgar con mayor solidez crítica la calidad de cada método.

El autojuicio quirúrgico <sup>93</sup> surge de toda esta elaboración del conocimiento, es un acto de valoración en el que actúa como elemento fundamental el protagonista, es decir, el cirujano.

Por ello es importante —como procedimiento de evaluación de todo un sistema— que el propio educando realice su autojuicio quirúrgico. En la división Neurocirugía del Departamento Quirúrgico del Hospital Alvear se confeccionó una planilla con una serie de preguntas para que los cirujanos analicen su actuación en cada caso <sup>93</sup>.

Barlett <sup>12</sup> demostró que entre los jóvenes residentes (a quien va dirigido sobre todo el estudio), algunos se autclasificaron en exceso y otros en forma insuficiente. El autojuicio ejercido con responsabilidad puede evidenciar la aptitud docente de todo un plantel.

Las preguntas fueron:

¿Tengo suficientes conocimientos para realizar un diagnóstico preciso?

¿Puedo definir una conducta terapéutica que puede ser llevada a la práctica?

¿Medité sobre el peligro de los gestos quirúrgicos en relación a los beneficios que brindarán?

¿Preparé al enfermo en las mejores condiciones para evitarle riesgos?

¿Estoy capacitado para realizar el acto quirúrgico que me propongo?

¿Me equivoqué en el diagnóstico, procedimiento, o técnica?

¿Tomé las medidas necesarias para prevenir las complicaciones?

¿Fui solícito con las necesidades del enfermo?

¿Acepto mis errores y me arrepiento?

### Capacidad psicofísica quirúrgica

Kopta<sup>64</sup> diseñó un método muy objetivo para juzgar la conducta del cirujano en la sala de operaciones, y lo puso en práctica en una residencia de ortopedia. La ingeniosa elaboración reconoce numerosos puntos de contacto con todo el entrenamiento quirúrgico en general.

La evaluación considera 5 aspectos: conocimiento, actitud, habilidad psicomotriz, resultado final e incidentes críticos.

1) *El conocimiento*: Se juzgará sobre la conducta en condiciones reales, es decir durante la acción. No es útil el conocimiento que pueda ser poseído pero no utilizado en el momento de la ejecución de un acto quirúrgico.

Para demostrar la calidad del conocimiento en esta categoría se incluyen 6 áreas de valoración y se le adjudica a cada una un puntaje de 0 a 2. Estas son:

A) Del personal que participa en la operación:

- los conoce por su nombre y su función;
- ese conocimiento es parcial;
- conoce sólo a sus ayudantes.

B) De la técnica aséptica:

- es diligente en su práctica;
- la descuida en ocasiones pero tiende a corregirse;
- la descuida y no le importa.

C) De la anatomía quirúrgica:

- la conoce y actúa con seguridad;
- hace preguntas ocasionales y/o demuestra vacilación;
- es menester guiarlo para que no cometa errores groseros en anatomía.

D) Del procedimiento a ser realizado:

- lo conoce y demuestra confianza;
- pregunta ocasionalmente y demuestra dudas;
- hay que guiarlo para que no cometa errores de procedimiento.

E) De los instrumentos requeridos:

- conoce los instrumentos necesarios y la utilidad de estos;
- pide instrumentos especiales que no son útiles;
- solicita instrumentos básicos que no son útiles para el procedimiento ni sabe como emplearlos.

F) De la patología:

- la patología coincide con el diagnóstico y es tratada en la forma correspondiente;
- la patología no es la prevista pero la trata correctamente;
- no está preparado para reconocer y solucionar el hallazgo operatorio.

2) *La actitud*: Reconoce que puede cambiar en condiciones de "stress". Prevé su calificación, según el comportamiento, en estas 2 circunstancias de 0 a 2. La actitud la juzga:

A) Con el cuerpo de enfermeras:

- cordial, y lo considera parte del equipo quirúrgico;
- lo ignora excepto cuando lo necesita específicamente;
- abusador e intolerante en sus exigencias.

B) Con el anestesista:

- muestra preocupación y coopera;
- lo ignora y considera a la anestesia de otro dominio;
- protesta, es impaciente e intolerante.

C) En el papel de cirujano:

- es él quién conduce la operación;
- inseguro, busca ayuda ocasional;
- arbitrario o fácilmente intimidado por otros.

D) Con el enfermo:

- lo conoce y se preocupa por su porvenir post-operatorio;
- sólo le preocupa el buen resultado quirúrgico;
- confía en otros el conocimiento del enfermo y piensa sólo en su entrenamiento quirúrgico.

- E) Con los ayudantes:
  - a) los instruye con eficiencia;
  - b) los ignora excepto cuando los necesita, y los utiliza como corresponde;
  - c) les grita por sus errores y espera que ellos adivinen su pensamiento.
- F) Con los médicos consultores:
  - a) amistoso, discute el procedimiento y busca sus opiniones;
  - b) indeciso, los espera para iniciar la intervención;
  - c) hostil, resentido y los ignora.
- G) Con las complicaciones:
  - a) calmo, eficiente;
  - b) excitado pero efectivo;
  - c) incapaz de resolverlas.
- H) En la transmisión de sus órdenes:
  - a) habla claramente y con directivas precisas;
  - b) tiene dificultades en comunicar sus deseos e ideas;
  - c) murmura, pretende hacerse entender por ademanes.

3) *Habilidad psicomotriz*: Su adquisición se basa en etapas que se definen según la fase y nivel de

automatización. Inicialmente se configura un cuadro mental o percepción de la tarea a ser realizada. Esta es luego integrada en forma contigua a la actividad motora y finalmente se automatiza. Estas fases deben ser reconocidas en la evaluación y deben ser examinadas por separado. La primera se refiere al conocimiento del empleo técnico básico de los instrumentos. La segunda considera la contigüidad, es decir la integración de la percepción a la acción hasta alcanzar la automatización y la tercera considera la realimentación corrigiendo el posible error cometido mediante un mecanismo intrínseco o extrínseco. Estas 3 fases, cuando funcionan coordinadamente, son una serie ininterrumpida de acciones en las que es difícil diferenciarlas. Sin embargo, Kopta<sup>64</sup> propone tomar estas 3 circunstancias y calificarlas de acuerdo con la fase de integración en que se encuentra (fig. 7).

CONOCIMIENTO			CONTIGÜIDAD			REALIMENTACION		
NO	INCOMPLETO	COMPLETO	DESINTEGRADA	INTEGRADA	AUTONOMA	NO	EXTRINSECA	INTRINSECA
0	1	2	0	1	2	0	1	2
1	UTILIZACION DEL BISTURI							
2	MANEJO DE LOS TEJIDOS							
3	HEMOSTASIA							
4	CONSERVACION DEL RITMO (MOVIMIENTO/TIEMPO)							
5	USO DE INSTRUMENTOS PARA HEMOSTASIA							
6	USO DE INSTRUMENTOS PARA DISECCION							
7	USO DE INSTRUMENTOS PARA SUTURA Y LIGADURA							
8	USO DE INSTRUMENTOS ESPECIALES							

Fig. 7

4) *Resultado final*: Sería el aspecto más subjetivo de la evaluación porque tiene en cuenta sólo el resultado final, independiente de la forma en que se lo ejecutó. Se califica en una categoría distinta y utiliza el mismo puntaje 0.1.2.:

- a) Terminación anatómica y fisiológica adecuada.
- b) Terminación anatómica y fisiológica aceptable.
- c) Terminación inaceptable.

5) *Incidentes críticos*: El último instrumento sería una hoja de trabajo donde el que juzga registraría las características específicas de la conducta del cirujano, que influyen en la calificación de los otros sectores. Sería una forma de forzarlo a justificar sus apreciaciones, para que sirvan como guía para corregir errores y deficiencias específicas, por ejemplo: la utilización de "tics quirúrgicos". Estos se observan

en casi un 75 % de los cirujanos y consisten en movimientos repetitivos sin propósito definido. Reflejarían una desintegración temporaria entre la actividad cortical y motora (indecisiones, reflexiones) que significan para cada maniobra útil agregados de tiempo que varían desde segundos, hasta más de un minuto para cada alternativa.

La calificación de cada uno de los aspectos considerados determina el promedio global. Este deberá ser considerado en relación a un nivel que se establece previamente para cada categoría de cirujano, determinando un coeficiente de correlación en cada una de ellas. Para no considerar solamente las reacciones que pueden presentarse en un cirujano sometido a una evaluación durante un acto quirúrgico, debe agregarse al promedio de los jueces, la opinión responsable de sus jefes respectivos<sup>26-88</sup>.

## CAPITULO V

## EXPERIENCIA Y CONCLUSIONES

La experiencia argentina en la organización y funcionamiento de departamentos quirúrgicos, según el modelo descripto, es parcial, fragmentaria e insuficiente <sup>79-81-85</sup>.

Si consideramos el aspecto exclusivamente operativo, es decir grupal, multidisciplinario e integrado, existen antecedentes en institutos universitarios, en hospitales de especialidad y en algunos servicios quirúrgicos hospitalarios <sup>31-44-61-114</sup>.

El reconocimiento oficial de numerosas especialidades como ramas autónomas de la disciplina madre; unido al criterio de descentralizarlas en dependencias físicas, perfectamente aisladas, con camas, consultorios externos, quirófanos y si era posible laboratorio y radiología, contribuyó a dispersar esfuerzos.

El concepto antiguo de "jerarquía hospitalaria" reside en el número de camas y en la cantidad de salas, que comprenden a servicios de cirugía general y de especialidades, que también son ejercidas en aquéllos. Esto aumentó los costos operativos y provocó una seria crisis de personal auxiliar: en 1970 había en el Hospital Rawson 56 quirófanos.

La necesidad de elementos técnicos —cada vez más costosos— para el diagnóstico y la práctica quirúrgica, unido al deseo de conseguirlos para "mi servicio" y satisfacer el lógico afán de perfeccionamiento, aunque quizás no hubiera sido prevista la utilización racional y el mantenimiento preventivo de los elementos técnicos, fue la desfinanciación.

Conservar horarios médicos restringidos, dejando una enorme capacidad instalada (aparatos muy costosos completamente ociosos durante más de 20 horas diarias promedio), aumentó el déficit a niveles inestimables. Se trató de paliar el insuficiente presupuesto con el apoyo de las cooperadoras, pero los recursos no alcanzaron para renovar ni readaptar instalaciones y reemplazar equipos. La consiguiente

disminución en la calidad de los servicios médicos, produjo el éxodo de enfermos hacia otras instituciones semiestatales y privadas que, manejadas con criterio empresario, racionalizaban, más correctamente la prestación de sus servicios.

La disminución de pacientes condujo a que los planteles médicos (aumentados año tras año por jóvenes generaciones que buscan su perfeccionamiento a través del sistema de residencias o de la concurrencia) fueron desproporcionados para las necesidades asistenciales y para asegurar a todos los médicos el entrenamiento necesario para mantener su eficiencia.

Esto determinó que buena cantidad de profesionales buscaran cargos similares en otros establecimientos, cuyo carácter ya fue mencionado <sup>3-5-92</sup>. Así aseguraban su nivel de adiestramiento primero, y segundo su subsistencia, con la disminución del rendimiento e interés por el hospital.

En medio de este triste y lamentable panorama <sup>60</sup>, con un conocimiento progresivo de la Administración Hospitalaria, en cursos de nivel universitario, se divulgaron las nuevas ideas con respecto a las funciones y características de un hospital moderno, proyectadas para la comunidad <sup>29-51-57-70-79-96</sup>.

El consultorio externo, los servicios de diagnóstico y tratamiento centralizado, son los pilares de un buen funcionamiento hospitalario.

La internación es programada para ubicar al enfermo de acuerdo a la organización del hospital, en el lugar que su dolencia y bienestar requieran.

Los médicos se organizan en grupo o equipos especializados para tratar al enfermo en la dependencia que a éste le corresponde; allí se conocen y toman contacto, cambian ideas, suman experiencias y aunan criterios de procedimiento. Esto hace que se integren y coordinen todos sus conocimientos <sup>114</sup>. Surge así la

noción de Departamento. Dijimos en el primer capítulo que las técnicas de gestión empresarial se basan en la reunión de actividades afines, y aquí afirmamos que la unión interdisciplinaria lleva también a la integración departamental.

Estas 2 fuerzas de origen opuesto buscan idéntica solución. Esta generación médica trata de introducir una modificación a nuestro esquema tradicional organizativo, creando los departamentos en muchos hospitales argentinos (universitarios, municipales, nacionales y privados)<sup>3</sup>

Ha llegado el momento de que hagamos nuestro examen de conciencia. Para ello, nada será mejor que referir la experiencia en el Departamento Quirúrgico del Hospital Alvear. Tomaremos como índice el lapso de un año, que va desde junio de 1971 hasta junio de 1972. Elegimos este período, aparentemente caprichoso, porque pone en marcha una organización proyectada de acuerdo al esquema analizado, pero adaptada a la estructura y funcionamiento del hospital.

Poco tiempo después de esa fecha, se produjo el conflicto médico que desembocó en la supresión de las cooperadoras. Sin manifestarnos partidarios de ese sistema de financiación, la inquietud y malestar que provocó en todo el cuerpo médico incidió en el rendimiento hospitalario y por ende en el Departamento Quirúrgico. Este a su vez sufrió el embate de aquellos médicos no comprometidos con la filosofía de este ordenamiento<sup>78-107</sup>, provocando una alteración en la disciplina de los grupos (quizá incluso por insuficiente capacidad directiva para hacerla comprender en todos sus alcances), hasta que, en agosto de 1975, la fuerza y el empuje de las generaciones más jóvenes vuelve a poner en marcha el sistema aquí descrito<sup>3</sup>.

Por tal motivo hemos tomado este período para proceder al examen de conciencia que proponemos.

En primer término analizaremos las condiciones de funcionamiento de todo el hospital.

En una planta física vetusta, sin pasillos techados entre los distintos pabellones y construida anteriormente para otro fin, se había intentado establecer todos los sectores del hospital moderno.

El cuerpo directivo tenía capacidad técnica y autoridad administrativa, adquiridas en cursos universitarios sobre este tema. La dirección técnica era ejercida por un diplomado en Salud Pública; existía un archivo central, historia clínica única y una oficina de estadística muy bien organizada.

El personal médico directivo, en más del 70 %, ejercía sus funciones con carácter interino (por falta de selección en concursos idóneos).

No existían comodidades para la segregación co-

rrecta de los casos sépticos, ni controles adecuados para las situaciones de emergencia.

El mantenimiento y limpieza del hospital adolecía de defectos, causados por la falta de personal: a pesar de ello funcionaba, contratado por la cooperadora, un sistema de control de aparatos (radiológicos y de quirófanos), que tendía a ser preventivo, y un servicio de saneamiento (desratización, desinfección, etc.).

Un Comité Central establecía normas y vigilaba su cumplimiento para el control de las infecciones. El Comité tropezaba con enormes dificultades por las características de la planta física. No obstante, proporcionaba y recopilaba una serie de datos que permitían adoptar algunas medidas de seguridad, que se cumplían en forma precaria por falta de recursos o educación del personal médico, técnico y auxiliar.

Existían servicios auxiliares de diagnóstico (laboratorio, radiología y anatomía patológica), con plantas inadecuadas, aparatos insuficientes y perimidos.

En algunos sectores funcionaban descentralizados laboratorios especializados (endocrinología, cardiología y gastroenterología). Era muy difícil establecer en forma fluida la coordinación de estos servicios y no se contaba con el apoyo necesario y oportuno.

Existían servicios centrales: a) farmacia con lucha permanente para obtener los recursos necesarios, b) hemoterapia<sup>99</sup>: a pesar de funcionar en una planta física por demás inadecuada, era un modelo en su género gracias a la capacidad técnica y organizativa de su jefe, el Dr. J. C. Pinto, c) anestesiología: con planteles y elementos relativamente suficientes, pero con escasas comodidades y recursos para una labor docente, d) laboratorio de radioisótopos con elementos precarios, e) esterilización con aparatos obsoletos, pero con personal muy idóneo para la preparación y control de paquetes de lencería, jeringas, guantes, bandejas, gasas, apósitos, etc.

El instrumental quirúrgico se preparaba en cajas que se esterilizaban en forma centralizada.

La División de Enfermería contaba en su dirección con egresadas de cursos universitarios y personal muy capacitado en casi todos los sectores (especialmente los críticos). Sin embargo resultaba insuficiente en cantidad para cubrir las necesidades de un complejo antifuncional.

Existían Comités de Historias Clínicas, de Farmacia, de Tumores, de Docencia e Investigación, que cumplían su cometido con las limitaciones impuestas por el horario restringido.

El hospital tenía vinculaciones con la Universidad de Buenos Aires (unidad hospitalaria) y funcionaba una Cátedra titular de Obstetricia en el Departamento Materno-Infantil.

Había Residencias, en Medicina, Pediatría, Cardiología, Tocoginecología, Psicopatología y Cirugía.

El Departamento de Consultorios Externos centralizaba la atención en cada uno de los sectores (Medicina, Pediatría, Tocoginecología) con personal capacitado para estas tareas; aunque la planta física, en cada área, era deficiente en instalaciones sobre todo sanitarias.

El Departamento de Urgencia, bien organizado, disponía de camas de observación y administraba además, el área de Terapia Intensiva, con una dotación de 12 camas, bien equipada y con personal muy capaz, pero insuficiente para las necesidades de todo el hospital.

El Departamento de Medicina cubría todas las especialidades con personal de reconocida capacidad y jerarquía en instalaciones a veces muy precarias. En la División Cardiología funcionaba la Unidad Coronaria provista de 4 camas.

El Departamento Quirúrgico estaba ubicado en un bloque de la planta física con consultorios externos centralizados. Estaba integrado por una División de Cirugía General (con 3 unidades de internación); Divisiones de Urología, Neurocirugía, Ortopedia y Traumatología y Otorrinolaringología, y Unidades de Cirugía Cardiovascular, Plástica y Reparadora, Oftalmología y Odontología. Las unidades de internación recibían además las emergencias tratadas en la guardia e internadas en observación.

El quirófano central estaba constituido por 7 unidades. Tenía una subcentral de abastecimiento y farmacia, un "office" de enfermería y otro para anestesiología, una habitación para guardar aparatos (bomba oxigenadora, prótesis, etc.) y una pequeña subcentral de hemoterapia. Todos los quirófanos tenían un aparato de aire acondicionado, de aspiración y electrobisturí. Había 2 monitores desfibriladores y marcapasos, y 2 equipos portátiles de radiología. Las áreas de circulación no estaban bien delimitadas, no había vestuarios para cirujanos ni ropa que los distinguiera. La lencería, elementos de vidrio y de goma, etc. eran empaquetados (no se usaban tambores); el instrumental, suficiente en calidad y cantidad, era preparado en cajas. Personal de enfermería muy idóneo con una jefa encargada de confeccionar la lista operatoria; 16 enfermeras para los 3 turnos, 3 auxiliares de anestesia, 3 mucamas y 2 camilleros.

Funcionaban además quirófanos descentralizados en Otorrinolaringología y Urología. Este último se integró a los quirófanos centrales a los 7 meses del período considerado.

Existían Jefes Titulares en una Unidad de Cirugía, en Cirugía Plástica y Reparadora; en la División Neurocirugía y en Otorrinolaringología; las restantes jefaturas estaban cubiertas por médicos interinos.

Con respecto a la organización, cada unidad (de

acuerdo al sistema tradicional) trabajaba independientemente y se regía por normas propias. Sus médicos estaban distribuidos en sectores de camas, excepto en una, que tenía una subsectorización en cirugías de pared abdominal, mama y tórax. Los enfermos pertenecían al médico que los internaba o al jefe, quien decidía cuál sería el cirujano. Atendían separadamente en los consultorios externos centrales sin relación interdisciplinaria.

El personal médico era de cantidad y calidad variables según los sectores. Los jefes eran técnicamente idóneos en su tarea.

La residencia en Cirugía era exclusiva de una de las unidades de cirugía general y existía otra en neurocirugía.

Como puede observarse de lo antedicho, este hospital trataba de poner en marcha una estructura departamental sin tener todas las condiciones necesarias para su funcionamiento correcto.

Con las ideas expuestas en los capítulos precedentes, decidimos, previas consultas y discusiones en reuniones semanales con los jefes, establecer un esquema organizativo basado en la estructuración de los siguientes equipos:

Cabeza y cuello  
 Cirugía cardíaca  
 Cirugía vascular periférica  
 Esófago, estómago y duodeno  
 Hígado y vías biliares  
 Neurocirugía  
 Ortopedia  
 Otorrinolaringología  
 Paredes  
 Plástica y Reparadora  
 Proctología  
 Tórax  
 Urología

De acuerdo con el Jefe del Departamento Materno-Infantil se constituyó un solo equipo conjunto de Patología Mamaria en ambos departamentos y para todo el hospital.

Se solicitó el curriculum de todos los médicos y previo acuerdo con la mayoría de los jefes se designaron Coordinadores para todos los sectores. Estos internarían indistintamente en las unidades de cirugía general y en la demás especialidades.

Se insistió en la necesidad de que cada enfermo visto o ingresado al consultorio externo, fuera fichado y seguido por el equipo correspondiente a su patología en toda su evolución. El médico de cabecera, en caso de pertenecer al Departamento Quirúrgico debía trabajar en colaboración con el equipo.

Se nombró un encargado de docencia y otro de infecciones. El primero debía programar la rotación

por todas las especialidades de los médicos concurrentes, y se estableció como norma, que ningún profesional joven podía ingresar a una especialidad, si no hacía un período de entrenamiento previo en los equipos afines de menor complejidad. Este sistema permitió que médicos concurrentes de varios años de antigüedad en cirugía general luego de la rotación correspondiente pidieron su adscripción a Urología en 2 oportunidades, y en 3 a Ortopedia.

Los residentes pasaron a depender del Departamento Quirúrgico y durante la mañana se los distribuyó por todos los equipos de Cirugía, por Terapia Intensiva y Anestesiología. Debían rotar periódicamente, comenzando por los grupos que trataban patología de menor complejidad, en un plan que comprendía: 1) Cirugía parietal; 2) vascular; 3) visceral.

Se estableció además, una tarea vespertina obligatoria dividida en: actividades prácticas 3 veces por semana y actividades académicas las restantes <sup>113</sup> (fig. 8).

Para las actividades prácticas se dividió a la residencia en 3 grupos (dirigido cada uno de ellos por un residente de 3er. año) que concurrían al quirófano para realizar en horas de la tarde operaciones planeadas de antemano, o al anfiteatro. Posteriormente y con parte de los integrantes de cada grupo, se comenzó con cirugía en animales una vez por semana.

Las actividades académicas se realizaron de acuerdo con el esquema descrito anteriormente.

En ese primer año de actividad, los residentes participaron como cirujanos en 563 operaciones, 209 por la tarde y actuaron como ayudantes en 1190 operaciones. Es decir que cada residente participó en un promedio mayor de 150 intervenciones anuales.

Se efectuaron 192 disecciones que motivaron 3 monografías (anomalías del nervio recurrente, del pedículo hepático y del periné). En los ateneos bibliográficos se comentaron 234 trabajos, se actualizaron 12 temas; hubo clases dialogadas en 24 oportunidades y ateneos anatomoclínicos en 14.

HORA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
07.15 08.00	<b>ACTIVIDAD EN INTERNACION</b>					
08.00 12.30	<b>ACTIVIDAD EN LOS EQUIPOS QUIROFANO-CONSULTORIO EXTERNO-INTERNACION</b>					
12.30 14.00						
	GRUPO 1 QUIROFANO	ACTIVIDADES ACADEMICAS	GRUPO 2 QUIROFANO	ACTIVIDADES ACADEMICAS	GRUPO 3 QUIROFANO	
	GRUPOS 2 y 3 ANFITEATRO	1) ATENEO CONJUNTO DE RESIDENTES	GRUPOS 1 y 3 ANFITEATRO	1) ACTUALIZA- CION DE TEMAS	GRUPOS 1 y 2 ANFITEATRO	
	CIRUGIA EN ANIMALES PARTE DE 1/GRUPO	2) ATENEO BIBLIOGRAFICO		2) CLASES POR INVITADOS		
17.30	<b>VISITA VESPERTINA-PASE DE GUARDIA</b>					
17.30 07.15	<i>GUARDIA</i>	<i>GUARDIA</i>	<i>GUARDIA</i>	<i>GUARDIA</i>	<i>GUARDIA</i>	<i>GUARDIA</i>

Fig. 8

Para los concurrentes se organizó un curso anual de cirugía básica que implicaba una actividad similar a la Residencia durante las horas matinales y en las primeras horas de la tarde. Se invitó semanalmente a los cirujanos más calificados en las distintas especialidades para actualizar un tema con un cuestionario previo sometido a la consideración del disertante.

Se realizaron actividades interdisciplinarias (como parte de la educación integrada) con Neurocirugía, Ortopedia, Cirugías Plástica y Torácica, en temas como hombro doloroso, cáncer del pulmón, secuelas neurovasculares en traumatismos de los miembros, etc.; a su vez los equipos respectivos se reunieron semanalmente con los sectores de gastroenterología, endocrinología, cardiología, etc., del Departamento de Medicina.

Toda esta actividad fue producto de las ideas multidisciplinarias que nos animaron siempre: la cirugía es una sola, la cirugía general lo es todo y no es nada, la cirugía especializada, sin excepción, no tiene límites precisos, sus fronteras se confunden con las de todas las otras especialidades y la mejor forma de integrarlas es dividiéndolas para que cada grupo conozca más y enseñe más a los demás, conformando lo que consideramos la verdadera sabiduría quirúrgica<sup>115-116-117</sup>.

Con respecto a la organización del quirófano se nombró un Jefe de Quirófano, encargado de reglamentar todas las tareas y 4 Encargados de Quirófanos rotativos mensuales (2 de cirugía general y 2 de especialidades). Se establecieron normas para la confección de las listas de operaciones. Para evaluar las tareas diarias fue deber del encargado de quirófano confeccionar un parte diario, consignando todos los inconvenientes suscitados en su funcionamiento: horas de comienzo, suspensiones, causas de las mismas, etc.

Se instalaron cartillas en todos los quirófanos para actuar en la emergencia y se intentó establecer la conducta para controlar al enfermo de alto riesgo durante la intervención y el postoperatorio inmediato. En toda esta tarea colaboró con entusiasmo, entre otros, el Dr. Miguel Domínguez, de sólidos conocimientos y capacidad organizativa.

Se realizaron ateneos departamentales semanales, dirigidos en forma rotativa por cada uno de los jefes y ordenados de la siguiente manera:

1) Prelista semanal de cada sector para planear la labor del quirófano. No podía alterarse salvo en circunstancias especiales en que alguno de los anotados desertara por causas extemporáneas (debían preverse incluso enfermos en exceso).

2) Cada equipo debía presentar un enfermo que se prestara, en lo posible, para:

- la discusión interdisciplinaria;
- esclarecer el diagnóstico (por su complejidad);
- servir exclusivamente al aspecto docente (por su frecuencia).

3) Análisis de la morbimortalidad semanal por los residentes.

De ese primer año de trabajo se realizaron una serie de controles para establecer el funcionamiento del sistema.

En la evaluación tomaremos los datos obtenidos de la División Estadística y de la oficina de Personal del Hospital Alvear; de los informes diarios de los encargados de quirófano; de los informes semestrales de cada equipo y del encargado de infecciones que actuó durante ese período.

CUADRO 1

## INDICES DEL RENDIMIENTO DEL DEPARTAMENTO QUIRURGICO DEL HOSPITAL ALVEAR

Período 1-VI-1971 a 31-V-1972

Indicadores	Cirugía General	Departamento de Cirugía
Consultas externas	16.041	71.659
Camas disponibles	125	285
Egresos	2.524	4.412
% de ocupación	69,5	73,2
Promedio de días de estada	15,2	16,7
Operaciones	1.567	3.980
Promedio de días preoperatorio	8,4	8,5
Tasa de mortalidad	4,6	6,9
Tasa de autopsias	60,4	31,2

En primer lugar analizaremos los indicadores de rendimiento (cuadro 1). En él se destaca el bajo porcentaje de ocupación, el promedio de estadía prolongado y el del preoperatorio extraordinariamente largo. Estas 3 circunstancias generan la cantidad relativamente escasa de egresos, para el número de camas disponibles. Estos indicadores revelan aprovechamiento parcial de la capacidad instalada, cuyas causas pueden ser las siguientes:

- demanda insuficiente;
- servicios centrales de diagnóstico no efectivos;
- servicios centrales de tratamiento deficientes;
- patología muy importante;

- cuerpo médico mal organizado;
- problema económico-social (pacientes imposibilitados de trasladarse, falta de comodidades para albergarlos).

La demanda acusó el descenso progresivo que caracterizó a los últimos años (éxodo de enfermos).

Los servicios centrales de diagnóstico se desarrollaron con las dificultades anotadas al comienzo (equipos obsoletos, dificultad de coordinación por el tipo de planta física<sup>60</sup>).

Con respecto a los servicios centrales de tratamiento, analizaremos el rendimiento del Quirófano Central (cuadro 2) y luego el de los Quirófanos Periféricos (cuadro 3). Con respecto al primero, haremos notar, antes de considerar el cuadro estadístico, que aproximadamente el 20 % de las solicitudes para integrar la lista operatoria, no fueron incluidos en el

CUADRO 2

RENDIMIENTO DEL QUIROFANO CENTRAL  
DEL HOSPITAL ALVEAR

Período 1-VI-1971 a 31-V-1972

Nº de Quirófanos: 7

DEPARTAMENTOS DE CIRUGÍA Y MATERNO-INFANTIL:

Operaciones de la mañana (electivas). 8-12 horas

Departamentos de Cirugía y Materno-Infantil:

Días quirúrgicos .....	288
Operaciones programadas .....	4.400
Operaciones realizadas .....	3.548
Operaciones suspendidas .....	852 (19%)
Causas hospitalarias .....	271 (32%)
Causas médicas .....	515 (60%)
Anestesiistas .....	119 (14%)
Equipo quirúrgico .....	214 (25%)
Programación .....	182 (21%)
Enfermos de Consultorio Externo ausentes .....	66 (8%)
Promedio diario de operaciones .....	12.3
Operaciones diarias por quirófano .....	1.8

Operaciones de la tarde (electivas) - Residencia:

Días quirúrgicos reales .....	144
Días quirúrgicos posibles .....	288
Operaciones realizadas .....	209
Promedio diario de operaciones .....	1.4
Promedio diario en días posibles .....	0.7

DEPARTAMENTO DE URGENCIA - EMERGENCIAS - 24 horas

Días quirúrgicos .....	365
Operaciones realizadas .....	544
Promedio diario de operaciones .....	1.5
Promedio diario total de operaciones (288 días) ..	14.5
Rendimiento diario por quirófano en 24 horas (288 días) .....	2.2

CUADRO 3

RENDIMIENTO DE QUIROFANOS  
DESCENTRALIZADOS

Período 1-VI-1971 a 31-V-1972

1) Urología (7 meses): 3 mesas quirúrgicas	
Días quirúrgicos reales .....	84
Días quirúrgicos posibles .....	168
Operaciones realizadas .....	270
Promedio por día quirúrgico:	
Real .....	3.2
Posible .....	1.6
Rendimiento diario por cada mesa:	
Real .....	1.0
Posible .....	0.5
2) Otorrinolaringología (12 meses):	
Días quirúrgicos .....	288
Operaciones realizadas .....	627
Promedio por día quirúrgico .....	2.2

programa quirúrgico diario. Esta anomalía se debió a 2 circunstancias:

1º solicitudes que exigían el primer turno, limitado a 7 operaciones;

2º solicitudes rechazadas por anestesiología: operaciones de 2º turno debido a que no todo el personal podía eludir sus compromisos más allá de las 15 horas y otra tenía ocupaciones antes de esa hora.

El número total de operaciones inscriptas ascendió a 4.400 en ese período. Como puede observarse se suspendieron 852, es decir el 19 %.

Para investigar la importancia de las causas que motivaron esa deserción, las clasificaremos en 3 grupos:

a) causas hospitalarias (32 %); correspondientes a fallas de infraestructura. Se destacaron entre las más frecuentes:

- quirófano séptico;
- asueto imprevisto;
- falta de aprovisionamiento o llegada tardía de los tubos de oxígeno (especialmente los días lunes).
- en menor proporción falta de personal, esterilización, ropa, farmacia y hemoterapia.

b) causas médicas (60 %). Se establecieron 3 subgrupos:

1) Anestesiología (ausencia del anestesiista, imposibilidad de cumplir el horario, etc.). Es de hacer

notar que para subsanar este problema hubo que cubrir, durante un período más o menos prolongado, muchas anestias con personal contratado por la cooperadora, a pesar de contar con un plantel que osciló entre 12 y 14 anestias rentados durante todo el año.

2) Equipo quirúrgico: las suspensiones determinadas por el propio cirujano (ausencia, horario, enfermo imperfectamente estudiado o preparado, etc.).

3) Programación: incumplimiento del horario para el comienzo o mal cálculo del tiempo operatorio (intervenciones que se prolongan más allá de las 11 horas impidiendo la realización del resto de la lista).

4) Causas provocadas por la deserción de enfermos citados por consultorio externo (8 %): es la de menor frecuencia.

CUADRO 4

EQUIPOS Y ESPECIALIDADES	0	50	100	150	200	250	300	350	400	450	500	550	600	650	700
CABEZA y CUELLO	150														
ESOFAGO, ESTOMAGO, DUODENO	127														
HIGADO y VIAS BILIARES	251														
PROCTOLOGIA	208														
MAMA	204														
PAREDES ABDOMINALES	542														
TORAX	84														
CARDIACA	78														
VASCULAR PERIFERICA	162														
NEUROCIRUGIA	163														
OTORRINOLARINGOLOGIA	668														
PLASTICA	612														
TRAUMATOLOGIA, ORTOPIEDIA	345														
UROLOGIA	385														

El promedio diario de operaciones (12.3) o por quirófano (1.8) es bajo; no obstante es uno de los más elevados si los confrontamos con los datos de la encuesta realizada por la Dra. Celina Leprette en el año 1967, en hospitales similares<sup>70</sup>.

Es indudable que si agregamos las operaciones resperinas y las de urgencia, el índice de rendimiento es de 2.2 en 24 horas; aunque bajo, es de los más elevados en esta encuesta, y demuestra que la centralización permitió un mejor aprovechamiento de la capacidad instalada.

Este hecho es más evidente aún si se compara con el rendimiento obtenido en el quirófano periférico de Urología (cuadro 3) durante los 7 primeros meses de nuestra evaluación (1 operación por quirófano/día real ó 0,5 por quirófano/día posible). Es interesante el rendimiento del quirófano de otorrinolaringología, aunque se trata de operaciones menores.

Analizaremos el tipo de patología tratada. Para

ello tomaremos el número de operaciones por sector (cuadro 4) y luego la cantidad de algunas operaciones mayores realizadas por los equipos (cuadro 5). Esta apreciación nos dará una idea con respecto a la calidad de patología tratada. El estudio de estos datos nos demuestra que el 30 % del total de intervenciones fueron importantes y de ellas, el 30 % fueron de gran complejidad.

CUADRO 5

OPERACIONES MAYORES MAS FRECUENTES

Esofagectomía, gastrectomía y vagotomía	97
Mastectomías radicales y conservadoras	55
Tiroidectomía, parotidectomía y vaciamiento de cuello	75
Vesícula y vías biliares	221
Circulación extracorpórea	73
Operaciones intracraneanas	87
Colectomías	38
Hernias y eventraciones	201
Toracotomías	51
Cirugía arterial directa	89
Total	987

Estableceremos el rendimiento de anestias y cirujanos (cuadro 6 y 7). Se observa cómo tiende a cerrarse el círculo vicioso esbozado al comienzo que explica el bajo rendimiento hospitalario.

Otra causa que podría explicar la poca eficiencia sería el porcentaje de infecciones; sin embargo, sobre 1.204 enfermos operados en el Quirófano Central, fue del 5,9 % (en concordancia con otras estadísticas y de acuerdo con las condiciones de infraestructura en que se trabajó<sup>113</sup>). En los infectados el pro-

CUADRO 6

RENDIMIENTO DE LA UNIDAD ANESTESIOLOGICA DEL HOSPITAL ALVEAR

Período 1-VI-1971 a 31-V-1972

Personal médico total	15
Ritmo de trabajo: día por medio.	
Horario de trabajo: 7.30 a 13.30 (6 hs.)	
Días quirúrgicos	288
Anestias generales	2.242
Anestias peridurales	653
Total de anestias	2.895
Promedio de anestias por día	10
Promedio diario por anestesista	1.3

## CUADRO 7

RENDIMIENTO DEL PERSONAL MEDICO DEL  
DEPARTAMENTO QUIRURGICO DEL  
HOSPITAL ALVEAR

Periodo 1-VI-1971 a 31-V-1972

<b>Cirujanos:</b>	
Rentados .....	108
Concurrentes .....	47
Residentes .....	14
Total .....	169
<b>Días quirúrgicos</b> .....	288
<b>Consultas:</b>	
Total .....	71.659
Promedio anual (1º y ulterior) por cirujano .....	424
<b>Egresos:</b>	
Total .....	4.412
Promedio anual por cirujano .....	25,5
<b>Operaciones:</b>	
Total .....	3.980
Promedio anual de participación en actos quirúrgicos: cirujano o ayudante (1º o 2º) .....	67,2

medio de días de estadía fue de 44,75 siendo el menor de 17 y el mayor de 102 días (confirma el elevado costo de la infección) con una mortalidad de casi el 25 % (confirma el elevado tributo en vidas) que demuestra la importancia que adquiere su control adecuado.

Por último, la falta de comodidades para un cuidado leve o una rehabilitación alejada dentro del hospital o anexo a él, contribuyó a prolongar la permanencia de enfermos internados por circunstancias sociales o económicas.

Las estadísticas citadas se prestan a múltiples reflexiones. Como dice Sevlever<sup>105</sup>: "Hemos heredado ladrillos y monumentos (hospitales) con una tradición que sólo puede ser útil si de ella extraemos el espíritu de abnegación que permita convertirlos en establecimientos adecuados a las nuevas concepciones médicas y sanitarias".

Interpretamos que el déficit en planta física y equipamiento sólo se soluciona con recursos empleados racionalmente, es decir adaptando instalaciones o construyendo nuevos hospitales.

El rendimiento humano aumentaría con:

- 1) Horarios de trabajo que cubran de 8 a 10 horas diarias de las actividades hospitalarias, coordinando todas las tareas de los grupos.
- 2) Adaptación de los planteles médicos a las verdaderas necesidades asistenciales.
- 3) Asignación para ocupar los cargos necesarios

en concursos por oposición con reglas inamovibles que tengan en cuenta sobre todo idoneidad y ética profesional, estableciendo una continuidad en la legislación sanitaria.

Para terminar nuestro relato resumiremos algunas de las proposiciones que H. Marino y col.<sup>79</sup> establecieron en el congreso y que fueron aprobadas por unanimidad:

1) Mejorar el conocimiento sobre administración sanitaria y hospitales mediante una carrera universitaria de especialización.

2) Racionalizar la estadística para afrontar en forma realista los costos.

3) Crear oficinas de costos para proporcionar datos verídicos en tiempo oportuno.

4) Mejorar el empleo de los fondos mediante un planeamiento adecuado y tendiente a readaptar internación, centralización de quirófanos y esterilización.

5) Fusionar los pequeños servicios quirúrgicos en grandes centros especializados con tendencia a la desaparición de los servicios de cirugía general.

6) Cada servicio de cirugía deberá obligatoriamente tener una reglamentación escrita.

7) Deberá realizar reuniones científicas, por lo menos una vez por mes, para presentación de casos, investigación de infecciones, estadísticas globales y discusión de casos fallecidos.

8) Horario mínimo de 4 horas todos los días hábiles.

9) La dedicación exclusiva de algunos de sus médicos beneficiará en gran medida a los servicios de cirugía, no sólo para su organización sino también para el aprendizaje en mucho menor tiempo. Esto permitirá contratar cirujanos de una ciudad a otra y de una provincia a otra para extender los beneficios de una organización moderna.

10) La redistribución de hospitales y pacientes, sobre todo en el interior.

11) La realización de congresos periódicos sobre organización administrativa de hospitales y servicios.

12) La continuidad en la legislación sanitaria.

13) La ley de responsabilidad médica para terminar con los médicos incapacitados para la práctica de la cirugía.

Desde entonces muchos pasos positivos y negativos se han dado en el país en materia organizativa. En los últimos 30 años el progreso técnico formidable determinó la subdivisión cada vez mayor de la cirugía en especialidades sin fronteras. Fueron necesarios equipos de muy elevado costo. La participación del Estado resultó imprescindible para su adquisición y mantenimiento; sin embargo no se cumplió con su utilización racional y centralizada.

La necesidad de preparar personal idóneo para estas actividades, introdujo la obligación de aprender, enseñar e investigar en forma permanente e integrada en todos los aspectos de las disciplinas madres.

Es necesario extender y coordinar los horarios de trabajo, adaptando los planteles a las verdaderas necesidades de la población, teniendo en cuenta el lugar del país que lo necesite.

El hombre enfermo no admite subdivisión, es necesario que todas las capacidades humanas estén a su disposición para prevenirle o devolverle la salud. Se le debe brindar el mayor confort bienestar y seguridad.

La subdivisión en Departamentos de los hospitales y el cuidado progresivo es una etapa en el intento racional para lograr esos fines. Para organizar los

hospitales y ponerlos en marcha de acuerdo a esa manera de pensar, es necesario cumplir leyes administrativas precisas, mal conocidas a veces y otras mal interpretadas.

Mediante la función y control de los resultados se podrá cotejar si con ellos se logró el principal objetivo: curar al hombre enfermo.

Para no engañarnos nuestra misión será señalar las imperfecciones con meridiana claridad. Con el sacrificio que nos impone nuestra digna profesión, deberemos utilizar al máximo los recursos a nuestra disposición para acercarnos al ideal propuesto.

Sólo la experiencia dirá con ponderación cuál será la mejor organización quirúrgica en función de comunidad para proteger la salud del hombre como ser humano.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1) Aguilar H. D.: *Hospitales y médicos de Europa*. Rev. Argent. Tuberc. y Enf. Pulmonares, 25:65, 1962.
- 2) Aguilar O. L.: *Enseñanza de la cirugía en el graduado. Su educación continua*. Rev. Argent. Cirug., Número Extraordinario, 1972, pág. 185.
- 3) Altemeier W. A.: *Presidential address: Crisis and apathy*. Ann. Surg., 175:315, 1970.
- 4) Alvarez Gutiérrez R. y Neri R.: *Atención Médica en la U.R.S.S.* Salud Pública de México, 10:459, 1968.
- 5) American College of Surgeons: *Manual of Hospital Standardization*, 1920.
- 6) Am. Coll. Phy., Am. Coll. Surg., Am. Hosp. Ass., and Am. Med. Ass.: *Model medical staff bylaws, rules and regulations*. Joint Commission on accreditation of Hospitals, Chicago, EE.UU., 1964.
- 7) American Hospital Association: *Clasificación de las instituciones de atención médica*. Medicina Administrativa, 3:206, 1969.
- 8) Araujo Grau J.: *Conceptos generales sobre departamentos clínicos modernos*. 1º Congreso Departamental de Hospitales, Colombia, 1959, pág. 113.
- 9) Arousseau P. y Cheverry R.: *L'Hopital de demain. L'Hopital d'adultes*. Masson et Cie., Edit., 2ª edic., París, 1969.
- 10) Averbach S.: *Unneeded operations put at two million a year*. Washington Post and Times Herald, 95:1, 1972.
- 11) Baker C. D.: *Problemas and delays were analyzed and O. R. utilization increased*. Hosp. Manag., 111:29, 1971.
- 12) Barnard C.: *The new surgery depends on the new technology*. Modern Hospital, 114:75, 1970.
- 13) Bartlett R. M.: *The teaching of surgical judgement*. Am. J. Surg., 121:220, 1971.
- 14) Berra J. L.: *Enseñanza de la cirugía en el pregrado*. Relato al XLIII Congreso Argentino de Cirugía, Rev. Argent. Cirug., Número Extraordinario, 1972, pág. 101.
- 15) Bréhan J.: *Une analyse critique de la nouvelle loi portant réforme hospitalière*. Presse Méd., 79:649, 1971.
- 16) Brewer J. T.: *The Joint Commission on Accreditation of Hospitals. An historical background of a changing organizational structure*. Bull. Am. Coll. Surg., 56:74, 1971.
- 17) Brook R. H. y Stevenson R. L.: *Effectiveness of patient care in an emergency room*. New Eng. J. Med., 285:904, 1970.
- 18) Brook R. H., Appel F. A., Avrery Cr., Orman M. y Stevenson R. L.: *Effectiveness of in-patient follow-up care*. New. Engl. J. Med., 285:1509, 1971.
- 19) Bunker J. P.: *Surgical manpower. A comparison of operations and surgeons in the United States and in England and Wales*. New Eng. J. Med., 282:135, 1970.
- 20) Bunker J. P.: *Surgical priorities and the quality of medical care*. Bull. N. Y. Acad. Med., 48:173, 1972.
- 21) Burgun A. J.: *El hospital del futuro descentralizado pero integrado*. Cuadernos de Salud Pública, 3:29, 1969.
- 22) Ceresetto P. L.: *Hospitales del Extremo Oriente*. Rev. Asoc. Med. Argent., 81:566, 1967.
- 23) Comité de Expertos en organización de la Asistencia Médica: (1er. informe). *Regionalización de los hospitales*. Bol. Asoc. Argent. Salud Pública, 3:208, 1964.
- 24) Converse M. E.: *Surgery classification. What determines whether an operation is classified as major or minor and "clean" or "septic"*. Hospitals, J. A. H. A., 42:36, 1968.
- 25) Cortes D.: *Organizaçao do centro cirurgico. Terceiro Instituto Internac. de Organizaçao e Administraçao de Hospitais (julio 1950)*. Repartição Sanitaria Panamericana. Escritorio regional da Organizaçao Mundial de Saude, Washington, 1952.
- 26) Chase R. A.: *The "core knowledge" principle and erosion of speciality barriers in surgical trainings*. Ann. Surg., 171:987, 1970.
- 27) D'Abreu M.: *Organización de los servicios de cirugía de los Hospitales*. (Discusión del 3º tema oficial). Actas Asoc. Argent. Cirug., XVII Congr. Argent. Cirug., 2:149, 1946.
- 28) Darley W.: *El futuro rol del Hospital Universitario desde el punto de vista de la Educación Médica*. Atención Médica, 1:52, 1972.

- 29) Dávila C.: *El programa funcional del Hospital*. Tecn. Hospital, 15:7, 1968.
- 30) De Geyndt W.: *Five approaches for assessing the quality of care*. Hosp. Admin., 15:21, 1970.
- 31) De Nicola C. P.: *Organización de los centros quirúrgicos*. Inst. Perfec. Méd. Quirúrg., Conferencias, 1940, pág. 7.
- 32) Department of Health, Education and Welfare: *Elements of progressive patient care*. Public Health Service, U. S. A., 1962.
- 33) Douglas D. M.: *Surgical Departments in Hospitals. The surgeon's view*. Butterworth and Co., Edit., Londres, 1972.
- 34) Drinker P. D.: *Bioengineering research and postgraduate training: The surgeon and the engineer*. Surgery, 72:521, 1972.
- 35) Dripps R. D.: *Graduate training in anesthesiology*. Surgery, 72:525, 1972.
- 36) Eisele C. W.: *The medical staff in the modern hospital*. Mc. Graw Hill Book Company, Edit. Nueva York, 1967.
- 37) Eiseman B.: *A view of graduate surgical education from The Veterans Administration*. Surgery, 72:546, 1972.
- 38) Encke A.: *The role of government in graduate medical education in Germany*. Surgery, 72:505, 1972.
- 39) Enriquez Frodden H.: *Contribución a la administración y organización del hospital para el buen funcionamiento del servicio de cirugía*. Actas Asoc. Argent. Cirug., XXXVI Congr. Argent. Cirug., 2:38, 1965.
- 40) Fajardo Ortiz G.: *Panorama de la atención hospitalaria en México*. Medicina Administrativa, 3:59, 1969.
- 41) Fajardo Ortiz G.: *Teoría y práctica de la Administración de la atención médica y de Hospitales*. La Prensa Médica Mexicana, Edit., México, 1970.
- 42) Faulconer A.: *Can speciality boards respond to change?* J. A. M. A., 218:1411, 1971.
- 43) Feld S.: *El contralor de la atención médica: auditoría, fiscalización y evaluación de servicios*. Cuadernos de Salud Pública, 3:35, 1969.
- 44) Finochietto R.: *Bases para formación de un servicio de cirugía y escuela quirúrgica para graduados*. A. Arg. de Méd. 5:13, 1960.
- 45) Finochietto R.: *Cirugía básica*. López Libreros Edit., Bs. As., 1962.
- 46) *Fundamental requirements for graduate education in surgery*. Bull. Am. Coll. Surg., 58:30, 1973.
- 47) Gelin L. S.: *The role of government in graduate medical education in Sweden*. Surgery, 72:502, 1972.
- 48) Ginsberg F.: *Costly as it is, night surgery must equal day performance*. Modern Hospital, 110:108, 1968.
- 49) Ginsber F.: *How to judge the quality of our surgical program*. Modern Hospital, 109:114, 1967.
- 50) Gómez Villafañe J. M.: *Organograma hospitalario*. Rev. de la Salud Pública, 3/4:59, 1962.
- 51) Guerrero R.: *Departamento de medicina interna*. 1er. Congreso Departamental de Hospitales, Colombia, 1959, pág. 144.
- 52) Gutiérrez H.: *Departamento de cirugía*. 1er. Congreso Departamental de Hospitales, Colombia, 1959, pág. 149.
- 53) Halberstam J. L.: *Foreign surgical residents in University-Affiliated Hospitals: A unique case in United States Graduate Medical Education*. Ann. Surg., 171:485, 1970.
- 54) Haley, T. y col.: *Surgery by day, home by night, savings all the time*. Modern Hospital, 111:113, 1968.
- 55) Heasman M. A.: *How long in hospital? A study in variation in duration of stay for two common surgical conditions*. Lancet, 2:539, 1964.
- 56) Hilton H. D.: *The role of government in graduate medical education in Russia*. Surgery, 72:509, 1972.
- 57) Hogg Peralta Ramos R.: *Hospitales en la Argentina*. Tercero Instituto Internac. de Organización e Administración de hospitales. Repartição Sanitaria Panamericana. Escritorio Regional da Organização Mundial de Saude. Washington, 1952.
- 58) *Hospital services in the U. R. S. S. reports of the U. S. delegation on hospital systems planning*. Public Health Service Publication N° 930, Nov., 1966.
- 59) Hughes E. F. X., Fuchs Y. R., Jacob Y. E. y Lewit E. M.: *Surgical work loads in a community practice*. Surgery, 71:315, 1972.
- 60) Introzzi A. S.: *Reflexiones sobre el estado actual de los servicios quirúrgicos en la Argentina*. Día Méd., 42:75, 1970.
- 61) Jorge J. M.: *Organización de los servicios de cirugía de los hospitales*. (Discusión al 5° tema oficial). Actas Asoc. Argent. Cirug., XVII Congr. Argent. Cirug., 2:135, 1946.
- 62) Kast Fremont E. y col.: *Comparative organizational analysis: the Hospital. Organization and management, a systems approach*. Mc. Graw Hill Book Company, Edit., N. Y., 1970.
- 63) Kirklin J. W.: *A University Department of Surgery*. Am. Surg., 37:706, 1971.
- 64) Kopta J. A.: *An approach to the evaluation of operative skills*. Surgery, 70:297, 1971.
- 65) Kuehn H. R.: *The commision on Professional and Hospitals Activities*. Bull. Am. Coll. Surg., 58:7, 1973.
- 66) Lancet editorial: *Better Operating conditions*. Lancet, 1:1051, 1965.
- 67) Lange W. G.: *Primeras jornadas de Organización y Administración Hospitalaria*. Rev. Asoc. Med. Argent., 85:148, 1969.
- 68) Laufman H.: *O. R. systems as seen by a surgeon. Evaluation and analysis of the component parts of the surgical suite should precede change*. Hospitals J. A. H. A., 44:56, 1970.
- 69) Lee B.: *Shock room: equivalent of military field hospital*. Modern Hospital, 118:92, 1972.
- 70) Leprette C. C.: *Encuesta evaluativa de servicios de cirugía. Año 1965*. Rev. Argent. Cirug., 16:303, 1969.
- 71) Llewelyn Davies R. y Macaulay H. M.: *Planificación y Administración de Hospitales*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1970.
- 72) Longmire W. P.: *Allen O. Whipple Surgical Society. Summary of the meeting*. Surgery, 72:495, 1972.
- 73) Lorenzino G. A. y Rubianes C. A.: *Terapia Intensiva. Organización y funcionamiento*. Relato al XLIV Congreso Argentino de Cirugía Rev. Argent. Cirug., Número Extraordinario 1973, pág. 1.
- 74) Mac Eachern M. T.: *Hospital organization and management*. Physician's Record Company, Edit., Bernyn, Illinois, EE. UU., 1969.
- 75) Mac Eachern M. T.: *The organization and management of the surgical department*. Tercero Instituto Internac. de Organización e Administração de Hospitais. R. de Janeiro, 1950. Repartição Sanitaria Panamericana. Escritorio Regional da Organização Mundial da Saude. Washington, 1952.
- 76) Malbec E. F.: *Cómo funcionan los hospitales en Nueva York*. Orient. Méd., 17:930, 1968.
- 77) Malpica Guada O. y Cisneros Pérez A.: *La consulta previa de Anestesiología en el Hospital Central de Valencia. Resultados y beneficios*. Técn. Hosp., 15:3, 1968.
- 78) Manrique J.: *Docencia e investigación en servicios de cirugía*. Actas Asoc. Argent. Cirug., XXXVI Congreso Argent. Cirug., 2:61, 1965.
- 79) Marino H., Ottolenghi C. E. y Piñeiro Sorondo J.: *Organización de los servicios de cirugía de los Hos-*

- pitales*. Actas Asoc. Argent. Cirug., XVII Congreso Argent. Cirug., 1:55, 1946.
- 80) Mellièrre D.: *Améliorer l'enseignement de la médecine... nécessité et affaire de volonté*. Revue du Practicien, 22:1, 1972.
- 81) Michans J. R.: *Historia de la cirugía en la República Argentina*. Sem. Méd., 75:131, 1969.
- 82) Molina A.: *El plan de cuidados progresivos de los pacientes*. El Hospital, 25:6, 1969.
- 83) Montenegro J. A.: *Unidades técnico-administrativas y áreas de trabajo en departamentalización hospitalaria*. Medicina Administrativa, 1:220, 1967.
- 84) Moore F. D.: *Surgical residencies: To shorten or to shrivel*. Surgery, 72:659, 1972.
- 85) Morel C. T. L.: *La cirugía en la Argentina*. Prensa Universitaria, 194:3035, 1967.
- 86) Mueller C. B.: *The role of government in graduate medical education in Canada*. Surgery, 72:500, 1972.
- 87) Nellis W. L.: *Surgery, in brief. A hospital with a high utilization of patient beds and a low utilization of operating rooms should consider surgical day care as a solution to its problems*. Hospitals J. A. H. A., 46:154, 1972.
- 88) Nunenmaker J. C., Holden W. D., Kinney T. K., Reemtsma K. y Chase R. A.: *Credentialing in graduate education in surgery. The symposium on graduate education from the 58th Clinical Congress*. Bull. Am. Coll. Surg., 58:12, 1973.
- 89) Owen J. F.: *Conceptos modernos sobre administración de hospitales*. Editorial Interamericana S. A., 1965.
- 90) Patiño J. F.: *The role of government in graduate medical education in Latin America*. Surgery, 72:515, 1972.
- 91) Patiño J. F.: *The role of government in graduate medical education in other countries. Introductory remarks*. Surgery, 72:498, 1972.
- 92) Patiño J. F.: *The surgical manpower drain*. Surgery, 72:668, 1972.
- 93) Perino F. R.: *Auto-evaluación*. XXX Jornadas Argentinas de Cirugía. Soc. Argent. Cirujanos, Círculo Médico y Soc. Cirug. de Salta, 1972.
- 94) Pinto J. C.: Comunicación personal, 1974.
- 95) Puyó Villafañe E.: *Bases de la organización quirúrgica hospitalaria*. Jornada Médica, 2:456, 1967.
- 96) Puyó Villafañe E.: *Organización de los servicios de cirugía de los Hospitales*. Discusión del 3º tema oficial. Actas Asoc. Argent. Cirug., XVII Congr. Argent. Cirug., 2:160, 1947.
- 97) Reemtsma K.: *A view of graduate surgical education from the American College of Surgeons*. Surgery, 72:549, 1972.
- 98) Ribeiro E. B.: *Organização de um serviço cirúrgico. A Cirurgia no Sanatório São Lucas*. São Paulo Editora S. A., 1955, vol. I.
- 99) Romero Alvarez A. M.: Discusión del tercer tema oficial. Actas Asoc. Argent. Cirug. XVII Congr. Argent. Cirug., 2:146, 1946.
- 100) Sabogal: Discusión del tercer tema oficial. Actas Asoc. Argent. Cirug. XVII Congr. Argent. Cirug., 2:159, 1946.
- 101) Santas A. A.: *Cirujano general, cirujano especializado y jefe de servicio de cirugía*. Día Méd., 4:569, 1969.
- 102) Santas A. A.: *Organización y planeamiento de un servicio de cirugía*. Actas Asoc. Argent. Cirug., XXXVI Congr. Argent. Cirug. 2:46, 1965.
- 103) Serigó Segarra A.: *La asistencia hospitalaria de España*. Medicina Española, 58:61, 1967.
- 104) Serigó Segarra A.: *La asistencia hospitalaria de España*. Medicina Española, 58:130, 1967.
- 105) Sevlever D.: *El hospital moderno. Breve historia de los hospitales*. Bol. Asoc., Argent. Salud Pública, 3:7, 1964.
- 106) Sheps C. G.: *Medical schools and hospitals. Interdependence for education and service*. J. Med. Educ., 40:100, 1965.
- 107) Smalley H. E. y Freeman J. R.: *Dirección y Organización de Clínicas y Hospitales*. Edit. Ibérico Europea de Ediciones, Madr'd, 1970.
- 108) Spatola J.: *Enseñanza de la cirugía para graduados. Residencias*. Relato al XLIII Congr. Argent. Cirug., Rev. Argent. Cirug., 1973, vol. 25.
- 109) Sprague G. R.: *Key to O. R. design: who processes applies, and how*. Modern Hospital, 114:110, 1970.
- 110) Tanturi C.: *La formación del médico cirujano. Requisitos fundamentales*. Sustentado por el Colegio Americano de Cirujanos. Bs. As., 1961.
- 111) Tavola Rotonda su *II dipartimento in Chirurgia*. 72º Congresso della Societa Italiana di Chirurgia, Min. Med. 62:219, 1971.
- 112) Trigo E. R. y Calcagno J. L.: *Incidencias etiológicas de las infecciones en cirugía*. XLIII Congr. Argent. Cirug., Rev. Argent. Cirug., 24:88, 1973.
- 113) Trigo E. R., D' Estéfano J. y Badaloni A.: *Residencia de Cirugía en un Hospital Municipal*. XLIII Congr. Argent. Cirug. Rev. Argent. Cirug., 1973, vol. 25.
- 114) Turco N. R.: *Reseña histórica de la escuela quirúrgica municipal para graduados*. Prensa Méd. Argent., 55:1959, 1968.
- 115) Vollenweider E. R.: *Informe sobre clínicas quirúrgicas universitarias en Alemania*, 1969.
- 116) Wangenstein O. H.: *Historical aspects of some surgical training programs: a plea to retain the surgical generalist in the academic arena*. Surgery, 72:692, 1972.
- 117) Wells Ch.: *Tomorrow's surgeon: education, specialization and staffing structure*. Proc. Roy. Soc. Med., 64:761, 1971.
- 118) Welch C. E.: *Quality care, quasi care and quackery*. Bull. Am. Coll. Surg., 58:7, 1973.
- 119) Williamson J. W.: *Evaluating quality of patient care*. J. A. M. A., 218:564, 1971.
- 120) Wilson H.: *The contribution of surgeons to basic science: Implications for medical education*. Ann. Surg., 175:623, 1971.