

**UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

***ANÁLISIS DE COSTOS EN LA APENDICECTOMÍA EN EL HOSPITAL
VARGAS DE CARACAS.***

Presentado a la Universidad Católica Andrés Bello,

por:

JOSÉ MANUEL DE ABREU DO MONTE

Como requisito parcial para optar al grado de:

ESPECIALISTA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Realizado con la Asesoría

JOSÉ MANUEL SAN MIGUEL

Caracas, Diciembre de 2.005



UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
Dirección de Postgrado
Especialización en Gerencia de Servicios de Salud

ANÁLISIS DE COSTOS EN LA APENDICECTOMÍA EN EL HOSPITAL
VARGAS DE CARACAS.

Este Trabajo Especial de Grado ha sido aprobado en nombre de la Universidad Católica Andrés Bello por el siguiente jurado examinador:

Jurado
(Nombre y firma)

Jurado
(Nombre y firma)

Asesor
(Nombre y firma)

Fecha

DEDICATORIA.

A mi querido hijo Carlos Manuel, para quien quiero y espero sea un hombre sabio y de bien.

RECONOCIMIENTOS.

Al Dr. José Manuel San Miguel, quien con su desinteresada colaboración en la Asesoría de este trabajo, no lo hubiese podido culminar.

Al Hospital Vargas de Caracas y a la Escuela de Medicina José María Vargas de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, quienes prestaron el apoyo, en tiempo y ambiente físico para la realización de este trabajo.

INDICE

CONTENIDO	PAG
INDICE	5-6
CAPÍTULO I.	9
1.1 Justificación.	9-15
1.1.2 Objetivos	16
1.1.3 Objetivo general	16
1.1.4 Objetivos específicos	16
1.1.5 Metodología	17
1.1.6 Consideraciones éticas.	17-18
1.1.7 Cronograma de ejecución	19
CAPÍTULO II.	20
2.1. Marco Referencial Conceptual.	20-25
CAPÍTULO III.	26
3.1 Marco Organizacional.	26
3.2 Hospital Vargas de Caracas.	26-27
3.2.1 Breve reseña histórica.	28
3.2.2 Visión, Misión, Objetivos.	28
3.2.3 Estructura.	29
3.3 Unidad Quirúrgica.	30
3.3.1 Estructura Unidad Quirúrgica.	30

CAPÍTULO IV.	31
4.1 Diagnóstico de la Situación.	31
4.2 Proceso Realizado.	31-32
4.3 Resultado y Conclusiones del Diagnóstico.	33
CAPÍTULO V	34
5.1 Consideraciones Éticas.	34
CAPÍTULO VI	35
6.1 Evaluación del Estudio.	35
CAPÍTULO VII.	36
7.1 Conclusiones y Recomendaciones.	36-38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	39-40
ANEXOS.	41-42
CURRÍCULUM VITAE	43

RESUMEN

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO

Dirección de Postgrado
Especialización en Gerencia de Servicios de Salud

*ANÁLISIS DE COSTOS EN LA APENDICECTOMÍA EN EL HOSPITAL
VARGAS DE CARACAS.*

Autor: José Manuel De Abreu.
Tutor: José Manuel San Miguel.
Fecha: Diciembre 2005

De importancia vital hoy día es conocer y determinar gastos en cualquier actividad de la vida, no se pueden planificar presupuestos sin conocer en que gastamos y cuanto gastamos.

Este trabajo busca el conocer en la patología quirúrgica aguda más frecuente a nivel mundial (apendicitis aguda-apendicectomía), cuál es su costo real en el Hospital Vargas de Caracas.

Debido a que es un estudio innovador en nuestro Hospital, no existen antecedentes de otro tipo de trabajo, hubo que realizar toda una programación de actividades que van desde que el paciente ingresa con el dolor abdominal agudo por la Emergencia, donde es evaluado, se realizan estudios y es llevado al área quirúrgica donde se le practica la apendicectomía, posteriormente es trasladado a la sala de hospitalización, de donde es egresado y controlado luego en consulta externa del Hospital, como se detalla hay niveles donde han de transcurrir dichos pacientes; se creó una metodología de trabajo basado en las actividades que han de realizarse para llegar al diagnóstico, tratamiento y egreso del paciente.

Es un estudio descriptivo no experimental, donde se utilizó fuentes documentales y una observación no participante para la obtención de datos, para lograr el costo de cada actividad y conocer el costo final de la apendicectomía.

La conclusión primordial del trabajo es que no existe en el Hospital Vargas de Caracas un sistema que permita conocer sus gastos en las diferentes patologías que ingresan en él, por lo que la planificación de presupuestos basados en costos no es real, creando conflictos como fallas de insumos, cirugías canceladas.

Descriptores: Costos -Apendicectomía- Apendicitis aguda.

CAPÍTULO I.

1.1 Justificación.

El incremento de los costos de los servicios de salud en los últimos años y, por consecuencia, la necesidad de aumentar el gasto en el sector y la eficiencia de los recursos financieros, han suscitado múltiples inquietudes entre los planificadores y ejecutores de las políticas públicas.

En esas condiciones, la demanda de atención médica no disminuye sino que aumenta y, además, se diversifica; asimismo, el elevado costo de las distintas alternativas de acción en este periodo de cambios sociales, económicos, demográficos y, por ende, epistemológicos, impone a los presupuestos institucionales una pesada carga que los gobiernos están tratando de controlar, sobre todo en materia de eficiencia, equidad, calidad y costos de la atención médica. Dentro de este contexto, se introduce el estudio de los costos de los servicios de salud como un indicador del análisis de la eficiencia técnica en la utilización de recursos, entendida como la capacidad para generar servicios de salud bajo la combinación de insumos más efectivos y al menor costo.

Todos los países industrializados están impulsando profundos y ambiciosos proyectos de reforma de sus servicios de salud y, muy especialmente, de sus unidades hospitalarias. Estos procesos ocurren en entornos complejos y cargados de incertidumbres, que implican el nacimiento de nuevos conceptos, estrategias e instrumentos de planificación y gestión, muchos de ellos procedentes del mundo empresarial, como sería el caso de la planificación estratégica, la prospectiva, el mercadeo de servicios o la gestión por actividades.

A medida que las organizaciones del cuidado de la salud comenzaron a identificar sus procesos clave, descubrieron numerosas oportunidades para eliminar pasos innecesarios, pérdidas de tiempo y errores. En estos momentos en los que el sector

sanitario reclama el máximo interés de los poderes públicos y de sus gestores con el fin de seguir garantizando la atención mínima necesaria para todos los ciudadanos, la coyuntura económica actual impide que se produzca un incremento suficiente de los recursos destinados a la sanidad; por este motivo, se hace imprescindible profundizar en el concepto de la gestión para sacar el máximo rendimiento de la infraestructura disponible.

Marteau Silvia, 2000. Señala que:

La experiencia de Estados Unidos de América (EUA) ha alentado varios esfuerzos similares en Europa y otras partes del mundo, y muchas instituciones del campo de la salud están obteniendo logros sobresalientes en la mejora de los resultados clínicos, la reducción de costos y la satisfacción de los pacientes.

Se están desarrollando nuevas formas de medir y comprender mejor los resultados clínicos reales, al igual que la satisfacción de los pacientes, relacionando estas últimas con los resultados y procesos. En estos tiempos de cambio acelerado, reestructuración de las organizaciones sanitarias, fusiones y adquisiciones, el rol de la dirección superior es crítico.

Casi todas las instituciones del área de la salud deben enfrentar tremendas presiones en diversos aspectos de los costos; la insatisfacción de los usuarios relacionada con los tiempos de espera extensos; el acceso limitado a los servicios; la inviabilidad de estructuras organizativas y asistenciales inapropiadas; la ausencia de estructuras e instrumentos de gestión eficiente; la inadecuada información sanitaria, en especial la referente a efectividad y costos de los servicios sanitarios, y la demanda de diagnósticos clínicos más precisos y creíbles. Lo anterior señala nítidamente la necesidad de promover investigaciones en la organización y la administración de los servicios y prestaciones, a fin de racionalizarlos sobre la base de las necesidades de la población y de la política adoptada, elaborando funciones de producción que permitan incorporar la tecnología adecuada a cada nivel de prestación, según su complejidad.

El perfeccionamiento empresarial es un proceso que se está llevando a cabo en nuestro país, y uno de los aspectos a considerar en el mismo es diseñar sistemas de

gestión y de cálculo de costos que le permitan a los directivos un mejor desempeño. El objetivo central está encaminado a una propuesta de un modelo de cálculo de costo de una patología médica basado en las actividades.

Con este modelo se pretende lograr una mayor calidad en la obtención de la información necesaria para la gestión de los recursos y cálculo de costos en el Hospital Vargas de Caracas (HVC), la patología a analizar será el cuadro abdominal agudo de la apendicitis aguda y su curación, que es la realización de la apendicectomía (inflamación del apéndice cecal, primera causa de abdomen agudo quirúrgico a nivel mundial, 8% de los casos quirúrgicos agudos, de mayor incidencia entre los 15 y 30 años de edad. -Apendicectomía es la extirpación del apéndice cecal-).

Siendo el Hospital Vargas de Caracas un hospital tipo IV incompleto con extensión universitaria de pre-grado y sede de post grados universitarios, su área de influencia corresponde al Municipio Libertador, y es hospital de referencia nacional, presenta a nivel del área quirúrgica 13 quirófanos, en el que funcionan seis a capacidad total y uno de ellos es exclusivo para la realización de emergencias. Según, Furlow L, 1994.

En circunstancias competitivas en que hay gran conciencia de costos, el quirófano seguramente será un sitio importante para hacer cambios. Se calcula que 30,1% de todos los gastos médicos corresponden a costos quirúrgicos. En años pasados, los personales asistenciales y médicos se toparon con resistencia en sus intentos de controlar costos y mejorar la eficiencia. Los quirófanos son grandes productores de ingresos y por ello, desde el punto de vista histórico, se les ha considerado como sistemas cerrados. No existió motivación para el cambio hasta fecha reciente, cuando comenzó la tendencia a la capitalización y la limitación de cobros que son los parámetros básicos en el entorno de la asistencia "gestionada".

Con el comienzo de la asistencia recién comentada, los prestadores de servicios de salud han contado con menos recursos; además se les han impuesto mayores demandas para que brinden atención quirúrgica de buena calidad con eficacia proporcional al costo. Cuando los hospitales revaloraron su futuro, comenzaron a evaluar de nuevo las necesidades en el quirófano para incorporar este vínculo especializado de suma importancia, a un continuo en la línea de servicios, orientado

al consumidor. Entre los cambios necesarios están nuevos criterios de funcionamiento y rendimiento, nuevos modelos de prestación de servicios al paciente y reestructuración de los procesos en sus instalaciones, con objeto de crear un sistema médico que cumpla al máximo su cometido, para lo cual use recursos mínimos. Tal como propone, Senge P, 1994.

La reestructuración necesaria para orientar este cambio se funda en la teoría de sistemas o planificación integral. Peter Senge, autor de *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization*, describe la reorganización empresarial como una capacidad creciente para crear más información de la que se puede absorber, alentar más interdependencias de las que se pueden coordinar y acelerar cambios con mayor rapidez de lo que cualquier podría seguir.

La quinta disciplina identificada en el título de su obra es la teoría de sistemas, que es un esquema conceptual para aclarar los patrones de las complejas interrelaciones que surgen, a fin de ayudar a las personas a cambiarlas. Una parte inherente a la teoría de sistemas es la identificación de patrones de comportamiento, repetición de temas y los problemas que reaparecen en cualquier entorno. De este modo, podemos incluir el "sancta sanctorum" que es el quirófano. Se necesita desechar viejas ideas para crear eficiencia y control de costos, necesarios para sobrevivir en el nuevo entorno competitivo, que es la atención gestionada, según. Arthur Andersen, 1992:

Las "mejores prácticas" indican que el precio constituye el factor principal durante cualquier negociación de asistencia gestionada. Un dilema en la administración de costos es que, al conceder demasiado énfasis a la disminución de costos, habría menoscabo de la calidad, lo cual no tiene por qué ser necesariamente así. Los conceptos empresariales tradicionales consideran a los costos y la calidad como "dos caras de la misma moneda".

Senge P, (1994) sugiere;

Que la calidad y el control de costos mejoran siempre al unísono. El resultado es un servicio que atrae a los pacientes, los médicos y a los

"socios" de la asistencia gestionada, y un entorno que atrae y retiene a las enfermeras profesionales.

Los costos quirúrgicos nacen de la utilización del quirófano, el volumen de inventarios, los materiales utilizados y el costo del equipo. El diseño de la instalación también es un elemento que influye en la eficiencia y la capacidad para reducir costos. Hay que evaluar y vigilar todos los puntos anteriores para asegurar la mayor calidad en la atención médica, al menor costo.

Un sistema integrado de materiales y programación permite identificar la necesidad de recursos con base en los casos quirúrgicos programados. La utilización del proceso de previsión y solicitud de adquisiciones reduce al mínimo los niveles de inventario requeridos. Las notificaciones del estado de existencias permiten llevar un registro constante de los recursos en el almacén. La historia de uso aporta un resumen de puntos escogidos en un periodo particular, así como datos útiles para evaluar gastos de servicios. La automatización permite contar inmediatamente con información exacta de costos y también con datos comparativos. Es posible revisar datos específicos de cada médico, para comparar el costo de los materiales utilizados en cada operación quirúrgica; dicha información es aportada por las listas de preferencia y genera "órdenes de requisición" para cada intervención del cirujano. Además de la legibilidad y precisión de la información obtenidas son útiles para llevar una contabilidad de costos por operación quirúrgica."

En los centros de carácter totalmente gratuitos, como en los centros de atención privados se da la necesidad de un adecuado control de los recursos, en aras de elevar los niveles de utilización de los mismos y lograr una mejora en el estado de salud de las personas que asiste. Para el logro de estos objetivos es útil la introducción de técnicas de Contabilidad de Costos y de Gestión.

El paciente que arriba al hospital según su dolencia, es evaluado por el médico, y se somete a tratamiento. Como parte del tratamiento el paciente recibe medicamentos.

El paciente requerirá de pruebas y análisis que implican la intervención de otros departamentos o áreas ajenas al hospital.

Requerirá además de las anteriores, pruebas y análisis que no se efectúan en el centro por lo que se demandará la prestación de terceros. Obviamente necesitará alimentación, ropa limpia, materiales de aseo, etc. En lo referente al servicio prestado los aspectos comunes hallados en cada paciente son:

Es evaluado desde el punto de vista quirúrgico y sometido a tratamiento de este tipo en cada una de las sub-disciplinas que conforman la misma. El paciente requerirá de pruebas y análisis que implican la intervención de otros departamentos o áreas ajenas al hospital. Requerirá además de las anteriores, pruebas y análisis que no se efectúan en el centro por lo que se demandará la prestación de terceros. Requerirá, cada vez que su presencia física lo exija, su traslado en vehículos apropiados al efecto. Obviamente necesitará alimentación, ropa limpia, materiales de aseo, etc

El elemento final, y decisivo de la eficiencia y calidad dentro de los quirófanos es la administración de recursos humanos. Los administradores decididos, con orientación mercantil y que conocen el aspecto clínico del quirófano, son especialmente útiles para esta tarea. El juicio clínico firme y la información pecuniaria guían el proceso de decisiones. La integración y motivación del personal (en equipo), gracias a la "habilitación" o concesión de facultades, son aspectos de importancia trascendental para el funcionamiento satisfactorio del quirófano. Los puestos de liderazgo asistencial son de enorme utilidad.

En muchos hospitales, el bien máspreciado, es una jornada de quirófano. Esto obliga a que la planificación quirúrgica sea extremadamente rigurosa, evitando tiempos muertos y una capacidad residual elevada. En servicios con tiempos de espera quirúrgicos crecientes, esta actividad debe ser priorizada buscando el mayor rendimiento posible a las jornadas quirúrgicas en relación con las camas disponibles, utilizando sabiamente la modalidad de cirugía sin hospitalización cuando el uso de las

camas esté limitado. De forma más específica, con el análisis de las actividades se pretende:

Comprender cómo se genera el costo y cómo se lleva a cabo la ejecución de las actividades significativas manteniendo la calidad. Suministrar una base para poder determinar actividades alternativas de menor costo y/o mejor ejecución, identificando oportunidades de ahorro en costos-tiempo y mejoras en la eficiencia por ende en calidad de prestación. Suministrar una base para la mejora continua de los procesos mediante la racionalización de las actividades desarrolladas, por lo que al conocerse los costos reales de una apendicectomía en el Hospital Vargas de Caracas, este dato puede ser utilizado como punto de partida para una serie de investigaciones en la racionalización de costos y procesos en otras patologías quirúrgicas, al igual que implantar normas y procedimientos para el manejo de éstas mismas. Dado que no hay forma científica para disminuir costos sino se conocen los costos reales del problema.

1.1.2 Objetivos.

1.1.3 Objetivo General.

Determinar los costos reales y totales del procedimiento quirúrgico que implica la apendicectomía en el Hospital Vargas de Caracas, realizando el análisis económico de cada uno de los procesos previo al acto quirúrgico y luego del mismo.

1.1.4 Objetivos Específicos.

- Detallar los procesos que influyen en el diagnóstico y tratamiento de la apendicitis aguda, desde el momento de consulta hasta su ingreso al área quirúrgica.
- Identificar los costos reales de cada procedimiento inherente a la atención quirúrgica de pacientes con apendicitis aguda.
- Registrar los costos en cada proceso desde la sala de recuperación hasta su egreso en la sala de hospitalización.
- Establecer costos por consulta externa, en tres evaluaciones sucesivas en el post-operatorio de un paciente con apendicectomía.

1.1.5 Metodología.

En el marco de la investigación planteada, referido al Análisis de la Apendicectomía en el Hospital Vargas de Caracas, se define el diseño de investigación como una estrategia global para la descripción del estudio propuesto; desde la recolección de los primeros datos, hasta el análisis e interpretación de los mismos en función de los objetivos delimitados, de manera primaria.

El estudio propuesto se adecua a los propósitos de la investigación no experimental descriptiva, donde no se han planteado hipótesis, pero si se han definido un conjunto de variables. Se trata de un estudio descriptivo, en la medida que el fin último es el de describir con precisión los costos de un proceso quirúrgico

Definido así el estudio, el diseño de investigación estará basado sobre el cálculo de los costos en las diferentes actividades realizadas para llegar al diagnóstico, hasta la realización de la apendicectomía. Utilizando para las diferentes actividades hojas tabuladas con la especificación de cada proceso o material utilizado. Flujograma (Anexo 1) de procesos, permitirá mostrar gráficamente las diversas operaciones. Igualmente se solicitará el costo de cada medicamento al departamento de Compras, y al Departamento de Recursos Humanos la totalidad del salario del personal involucrado.

POBLACIÓN.

En la presente investigación las unidades de análisis objeto de observación o estudio, serán la totalidad de pacientes que ingresan con diagnóstico de apendicitis aguda en la unidad de Emergencia del Hospital Vargas de Caracas., desde el periodo Julio 2004 a Julio 2005.

MUESTRA.

Se tomarán los pacientes ingresados con diagnóstico de apendicitis aguda a quienes se les practicó apendicectomía en el Hospital Vargas de Caracas desde el mes de Mayo 2005 a Julio 2005. Dada las características de esta población que no varían por la época del año, y mantienen las características de la patología.

1.1.6 ÉTICAS

Como lo consagra la Constitución Bolivariana de la República de Venezuela. (1999) Art., 83, 84, 85 y 86, “La salud es un derecho social fundamental, obligación del estado, que lo garantizará como parte del derecho de la vida, promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de la vida, el bienestar colectivo el acceso a los servicios. Así es como el mismo estado es quien creará y ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud. El financiamiento del sistema público de salud es obligación del estado.”

Al igual el Código de Deontología Médica, 1985, nos estipula-“El respeto a la vida y a la integridad de la persona humana, el fomento y la preservación de la salud, como componentes del bienestar social, constituyen en todas las circunstancias el deber primordial del médico.” Artículo 1.

El interés fundamental de este estudio es poder realizar una evaluación de costos en un acto quirúrgico frecuente en la población y si estos costos elevados o no influyen en la calidad de atención al enfermo, al que esta el estado en obligación de prestar la mejor atención, dado que si hay fallas deben ser corregidas por el ente regulador y ejecutado -el estado venezolano-.

1.1.7 Cronograma de Ejecución.

CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN																
ITEM	ACTIVIDAD	DURACION	INICIO	FINAL	2005											
					ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY	JUN.	JUL.	AGOS.	SEP.	OCT.	NOV.	
I	ANTEPROYECTO				•											
1	Planteamiento del Problema									→						
2	Revisión Bibliografica								→	→						
3	Metodología								→	→						
4	Marco Organizacional								→	→						
5	Marco de Referencia								→	→						
6	ENTREGA DEL ANTEPROYECTO															
II	PROYECTO															
1	Metodología													→		
2	Elaboración de Matrices													→		
3	Identificación de Elementos													→		
4	Contraste de los Elementos con el HVC													→		
5	Evaluación													→		
6	Conclusiones y Recomendaciones													→		
7	ENTREGA DEL PROYECTO				15/12/2005											

CAPÍTULO II

2.1 Marco Referencial Conceptual.

Los servicios hospitalarios constituyen un tipo de operación clasificada, según la teoría de administración de las operaciones, en un taller de servicios, (lo cual viene dado por el elevado grado de interacción con el cliente (paciente) y de adaptación del servicio a las peculiaridades de cada uno; esto contrasta evidentemente con la heterogeneidad propia de los servicios que prestan estas instituciones de salud. Aunque resulte obvio la diferenciación que existe entre una consulta externa, intervenciones quirúrgicas relativas a apendicectomía. El hecho que algunos de estos actos médicos resulten repetitivos no evita la afirmación que se trata de "productos" distintos solicitados por personas concretas e identificadas.

Consecuentemente, se afirma que la actividad curativa obedece a las características de una producción discontinua y, por lo tanto, el sistema de **Costos Aplicables (costos inherentes a cada proceso)** es el de **Órdenes de Producción**, o más bien llamadas **Órdenes de Servicios (solicitud de prestación de servicios, evaluación, materiales)**, donde el documento básico es la hoja de costo por pacientes.

Es importante destacar que el paciente no demanda una consulta, y/o una radiografía, y/o una intervención quirúrgica, etc., sino pide una solución integral a un inconveniente de salud concreto que se lleva a cabo por la utilización de distintos servicios que integran el complejo sanatorial, por otra parte, diseñado para ello. Entonces, el producto que se "vende" en los centros hospitalarios debiera denominarse "solución de patologías", unidad de costo compuesta por la suma de los distintos servicios o actividades que deben aplicarse para obtenerla.

Ahora bien, nos podemos preguntar ¿qué método podemos aplicar para determinar el costo por patología?, según el estudio realizado, y comparando los

sistemas tradicionales de cálculo con el sistema de Costo Basado en las Actividades (ABC, se determina cada paso del proceso y su costo en la cadena) es obvio que este último ofrece una mayor exactitud en el cálculo, con el análisis de las actividades se logra, entre otros aspectos, una mejor gestión de los recursos, así como eliminar todas aquellas actividades que no añaden valor al producto. Según García Juan (2003).

Los costos de operación por servicio. Es el costo total de operación de cada servicio y del establecimiento. Incluye los costos directos, producto de los insumos asignados a cada servicio, y los costos indirectos, producto de la demanda por servicios de apoyo que unos generan sobre otros.

Condicionantes: Nivel de consumo de insumos esenciales por unidad de producción. Tasas de uso de los servicios complementarios (intervenciones por egresos, exámenes por consulta.

Productividad del recurso humano: horas personal empleadas para generar una unidad de producción. Estructura de la oferta de servicios a su vez condicionada por el nivel de complejidad institucional. En general, a mayor complejidad, mayor costo. Uso de tecnología (la presencia de tecnología sofisticada determina mayor complejidad de procesos e insumos de mayor costo). La ausencia de buenos sistemas de gerencia hace que la dotación de insumos se haga en ausencia de criterios técnicos, generando distorsiones, improductividad, ineficiencia, mala calidad de atención.

“Restablecer la salud del paciente es el objetivo principal de los centros sanitarios como organizaciones. Para ello es necesario que exista una buena gestión y planificación de los recursos” (Esperalba 1996) y como lo afirma Aguado 1996.

Los sistemas de información de los centros asistenciales tradicionalmente se han centrado en forma totalmente separada, por un lado en la gestión de los pacientes, y por otro lado en la gestión académica-financiera, sin existir ningún tipo de relación entre ellos.

Los sistemas de información deben ser instrumentos útiles para los responsables de la gestión, este instrumento debe incluir información sobre:

-Identificación del paciente: como perfil de la enfermedad, nivel de severidad, procedencia geográfica.

-Servicios que requiere. Asistencia programada o urgente, atención ambulatoria, hospitalización.

-Procedimientos a realizar.

-Profesionales que han intervenido.

Para aplicar el sistema de costo basado en actividades se pueden seguir las siguientes etapas.

En el caso de los centros asistenciales como consecuencia al objetivo de fijación de precios motivado por los sistemas de financiación aplicados al sector, es interesante la utilización del sistema de costos basado en actividades. Este sistema imputa a cada producto, no sólo los costos directos también los indirectos, a través de los centros de responsabilidad.

“Con este sistema, todos los costos se suelen imputar directa o indirectamente a los productos que ofrece la organización” (Sáez 1993). Con este método se obtiene el costo total de un producto o servicio mediante la agregación de los costos de cada fase de su elaboración a los que se añaden los costos de las materias primas.

Para imputar costos de las **actividades** (pacientes) hay que distinguir dos tipos de costos; que están incluidos en los costos totales de cada centro asistencial final:

a) Los costos que pueden ser imputados directamente a las actividades y episodios.

-Costos directos (consumo de fármacos, prótesis).

-Costos de centros no asistenciales secundarios (cocina., lavandería) que han sido imputados al centro asistencial final a través de los consumos (comida, kilos de ropa lavada).

Costos de centros asistenciales intermedios (laboratorio, quirófano, tratamientos, radiodiagnóstico, rehabilitación) que han sido imputados al centro asistencial final a través de los consumos efectuados por la actividad y el episodio correspondiente.

b- Costos indirectos restantes de cada uno de los centros asistenciales finales que se originaron a las actividades a los episodios a través de un proceso de reparto con unidades.

Mayores niveles de utilización de servicios de apoyo (diagnóstico, terapéutico, general y administrativo) generan mayores costos (baja eficiencia) y viceversa. La calidad puede ser afectada tanto por insuficiente o excesivo nivel de uso de los servicios de apoyo.

En la institución objeto de estudio es factible la aplicación del ABC, pues se consideran los siguientes aspectos: Indirectos respecto a la patología son mayoritarios; y su tendencia es a crecer, mientras más actividades, mayores costos. Las posibilidades que brinda en el campo de la gestión empresarial el poder tomar decisiones gracias al conocimiento fiel de la actividad y su repercusión sobre la patología, su aportación o no a la cadena de valores o la necesidad de eliminarla por ser causa de despilfarro o baja calidad. Las posibilidades tecnológicas en el campo de la informática que propician poder captar, procesar y emitir volúmenes y detalles de información exigidos por un sistema ABC.

El trabajo versa sobre un cuadro abdominal agudo como lo es la apendicitis aguda. Y para poder aclararlo nos referimos de él como una tarea abrumadora en tratar de definir de manera significativa la amplitud del diagnóstico de cuadro abdominal agudo y correlacionar la evaluación y tratamiento del paciente dentro de un algoritmo con eficacia proporcional al costo.

En un intento de aportar información clínicamente útil sobre la administración o asistencia con eficacia proporcional al costo en el sujeto con cuadro abdominal agudo, el autor se ha tomado la libertad de escoger la apendicitis aguda como el cuadro representativo de trastornos agudos en el abdomen. La apendicectomía es la operación de urgencia que se practica con mayor frecuencia por el cirujano general. El diagnóstico de apendicitis aguda y la técnica de la apendicectomía constituyen los puntos de arranque lógicos para podar y manipular el robusto tronco que es el cuadro abdominal. Para el cirujano la apendicitis es un diagnóstico que se hace mejor con el tacto suave de una mano. Sí no hay dolor localizado a la palpación, suele bastar la observación y la repetición seriada de la exploración en un lapso de seis a 12 horas, a condición de que esté hidratada la persona y esté en el radio de trabajo del médico. Es

posible prever un futuro en que los pacientes sean revisados en una unidad de observación ambulatoria, con objeto de que los estudie en forma seriada el mismo cirujano responsable, en vez de someterlos a métodos de laboratorio rutinarios y radiografías en casos de sospecha de apendicitis

Gracias a los años de adiestramiento y experiencia que han acumulado, los cirujanos son los mejor calificados para dirigir la investigación clínica de sujetos con un cuadro abdominal agudo, en especial cuando la batería de estudios requiere métodos imagenológicos costosos (como tomografía axial computarizada, ultrasonografía y angiografía).

Los costos aumentan cuando el cirujano no interviene desde el principio en casos de cuadro abdominal agudo.

Es importante que los cirujanos tengan la voluntad de iniciar lo antes posible la fase de valoración (ser el médico que examina al paciente desde su ingreso al hospital y quien lleva el caso hasta su egreso) en los casos de cuadro abdominal agudo y seguir la vigilancia durante el período de observación, para disminuir al máximo estudios o pruebas de laboratorio innecesarios.

Según, Murphy Davis L, 1938.

La responsabilidad recae en el primer médico a quien se solicita atender al paciente fueron las palabras del Dr. J. D. Murphy hace más de 100 años, al destacar la asistencia adecuada y eficiente a individuos con un cuadro abdominal agudo y, más precisamente, apendicitis aguda. El galeno mencionado, en la Reunión de la Sociedad Médica en Chicago de 1889, presentó un trabajo en que describía 100 casos de apendicitis. El punto debatible en su momento era superar la aversión de la comunidad médica a aceptar la operación temprana en casos de apendicitis sospechada.

El punto crítico en la actualidad se ha vuelto en el abaratamiento de costos, y la asistencia que sea eficaz, en proporción a su costo. La responsabilidad que señalaba el Dr. Murphy hace más de 100 años correspondía al médico primario, es decir, que se realizara el diagnóstico y el tratamiento oportuno.

Según Gill, Brian. 1996

Desde el punto de vista histórico, el sistema médico militar ha sido hasta la fecha el que mayor conciencia ha tenido de costos, pero ahora incluso centros de "envío" federales, como el David Grant US Air Force Medical Center, por necesidad han tenido que incorporarse a la tendencia de costos para conservar su funcionamiento. Es posible calcular datos de costo real, pero se necesitan entradas de datos efectivos y vigilancia para llevar a la práctica los cambios de ahorro en patrones de práctica corriente. En lo que toca a la apendicectomía específicamente, advirtió que la forma con mayor eficacia en proporción al costo, para valorar y tratar un individuo con un cuadro abdominal agudo, es consultar al cirujano general responsable inmediatamente después de enterarse de los datos del interrogatorio del enfermo, para que él dirija las pruebas diagnósticas. En épocas pasadas, para descartar apendicitis, se registraba a los pacientes en la sala de urgencia; eran sometidos a valoración de enfermería y médica en dicho sitio; se les colocaba un catéter endovenoso; se extraía sangre para estudios de laboratorio (hematología completa, recuento diferencial, electrolitos, pruebas hepáticas y análisis de orina), y se tomaban radiografías de abdomen (todo antes de que se informara a los residentes quirúrgicos que había un sujeto esperando y cuya enfermedad tal vez estaba en evolución en la sala de urgencias del hospital).

En cuanto a las radiografías en la valoración preoperatoria de casos sospechosos de apendicitis, F.R. Lewis, 1975, realizó una revisión de 1 000 casos durante 10 años y señaló que;

Es posible concluir que las radiografías de abdomen no suelen ser útiles para diagnosticar apendicitis e, incluso si señalan datos anormales, quizá los hallazgos sean inespecíficos. El enfoque actual, en que hay conciencia de costos en cuanto a la apendicitis, se manifiesta en la creación de rutas críticas, ninguna de las cuales recomienda la práctica de radiografías abdominales de manera sistemática en el preoperatorio. Sin embargo, y sin ser forzado a reconocer excesos innecesarios, como las radiografías simples de abdomen, persiste la costumbre de ordenar excesivamente tales estudios. Con gran frecuencia, en la experiencia del autor y en particular en mujeres, las radiografías simples de abdomen y la ultrasonografía abdominal las realiza indefectiblemente el primer grupo médico (de sala de urgencias), antes de consultar a un cirujano experto o siquiera permitirle que "ponga un dedo en el paciente.

CAPÍTULO III

3.1 Marco Organizacional.

3.2. Hospital Vargas de Caracas.

3.2.1 Breve Reseña Histórica.

Según Chacin, Luis. 1991.

Una tarde de 1888 El Presidente, Juan Pablo Rojas Paúl, regresaba en su carroza a la casa amarilla, sede del gobierno nacional, cuando en uno de los portones de las hermosas casas coloniales de entonces, vio a un hombre que moría sin ningún tipo de asistencia médica, y en su corazón de inclinación médica, nació la idea de crear y construir un hospital, un gran hospital para Caracas y para Venezuela. El 16 de Agosto de 1888 fue decretada la construcción y publicada en la gaceta oficial de Venezuela. Ya en diciembre de 1888, se decide el nombre de Vargas, para el gran hospital. A continuación se seleccionó el terreno en los antiguos cementerios de San Simón y las Mercedes llamados pórtico Polinar. Ya para Diciembre de 1890, el hospital se prepara para la inauguración oficial y se hace colocar la estatua del sabio Vargas en el patio central en donde aun continúa.

El primero de Enero de 1891, se hace el acto de inauguración oficial sin estar culminada la obra, ni estar dotado el hospital del material necesario para su funcionamiento, posteriormente se abre al público el 05 de Julio de 1891. Desde 1891 hasta el presente, el Hospital ha ido creciendo en forma permanente, se han creado múltiples servicios, que durante toda su historia han tenido doble función, asistencial y docente desde su inicio en 1895.

El Hospital Vargas vino a llenar un vacío de inmensa proporción en la asistencia médica de la población pobre de Caracas y del interior de la República, así como también vino a contribuir en forma absoluta a la modernización y la reforma de los estudios médicos. Actualmente aunque teniendo la misma infraestructura desde hace 114 años, el Hospital Vargas sigue siendo el principal hospital del país, de sus salas han salido grandes médicos que han honrado a la medicina en Venezuela. El Hospital Vargas además de ser un semillero del conocimiento médico venezolano, también alberga dentro de sí a la Escuela de Medicina José María Vargas de la Universidad Central de Venezuela. Hoy en día sería imposible contar la historia de la medicina en Venezuela sin mencionar al Hospital Vargas y los ilustres médicos que por él han pasado.

El Departamento de Cirugía es la división estructural resultante de la unión de varios servicios que poseen un objetivo común. La distribución departamental es una forma de descentralización administrativa, por lo tanto tiene un responsable. Por otro lado, recordemos que la palabra Servicio proviene de (Lat. Servitium) acción y efecto de servir. Sinónimo de beneficio, favor o gracia. El Departamento de Cirugía, está formado por secciones que fundamentalmente tienen una organización de personal (interna), jerarquizada con una Jefatura.

Tal como está reseñado en el Anuario Estadístico Hospital Vargas de Caracas (1999-2004).

Capacidad operativa: Camas arquitectónicas, presupuestadas y operativas por servicio:

El hospital cuenta con 494 camas arquitectónicas de las cuales, el 56 % conforman el Departamento Quirúrgico, le sigue el Departamento Médico con el 36%, el Servicio de Pediatría con el 4% y la Unidad de Terapia Intensiva con el 4%. En cuanto a las camas presupuestadas y operativas el hospital cuenta con 446 camas presupuestadas de las cuales el 30 % (132 camas) conforman el Servicio de Cirugía General, le sigue el Servicio de Medicina con el 22% (98 camas), luego el Servicio de Urología con el 9% (42 camas), Traumatología con el 8% (36 camas), Cardiología con el 7% (33 camas). Neurocirugía con el 7% (32 Camas), Pediatría con el 5% (21 camas), Cirugía Cardiovascular con el 4% (16 camas), Psiquiatría con el 3% (14 camas), Ginecología con el 3% (14 camas), Unidad de Terapia Intensiva con el 2% (8 camas).

3.2.2 VISIÓN.

Según página Web. Hospital Vargas de Caracas, (año 2.004)

La visión del Hospital Vargas de Caracas es brindar un servicio de salud efectivo y eficaz, con personal altamente calificado capaces de responder a las necesidades médico sanitarias y ambientales de la población en el área de promoción, prevención y restitución de la salud, orientadas hacia la investigación y mejoramiento personal. Ser una institución especializada con tecnología de punta, que nos permite aportar los mejores indicadores de gestión, lo cual hará que los pacientes se sientan satisfechos de haber sido atendidos en el mejor Hospital del país”.

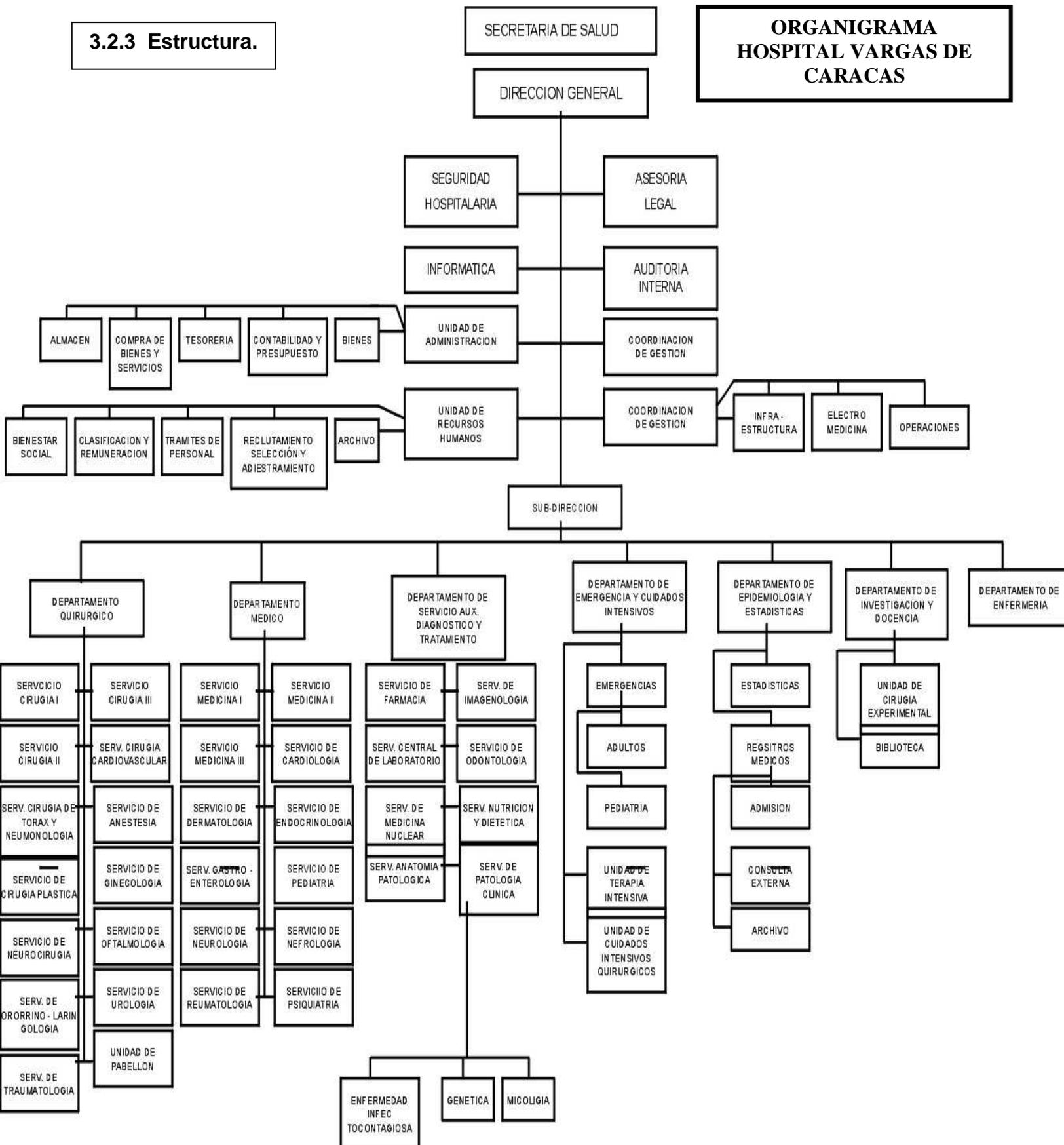
MISIÓN.

Según página Web. Hospital Vargas de Caracas, (año 2.004)

Es un hospital tipo IV de referencia nacional que brinda asistencia médica de calidad con énfasis en la equidad, excelencia, compromiso y respeto a los sectores más desposeídos de la sociedad, siendo el área prioritaria de influencia para la Gran Caracas, así como también impartir docencia a nivel de pre y post-grado en las diferentes disciplinas de la salud, formando profesionales que van desde nivel técnico hasta doctorado, comprometidos en el desarrollo y la búsqueda de la excelencia.

3.2.3 Estructura.

ORGANIGRAMA HOSPITAL VARGAS DE CARACAS

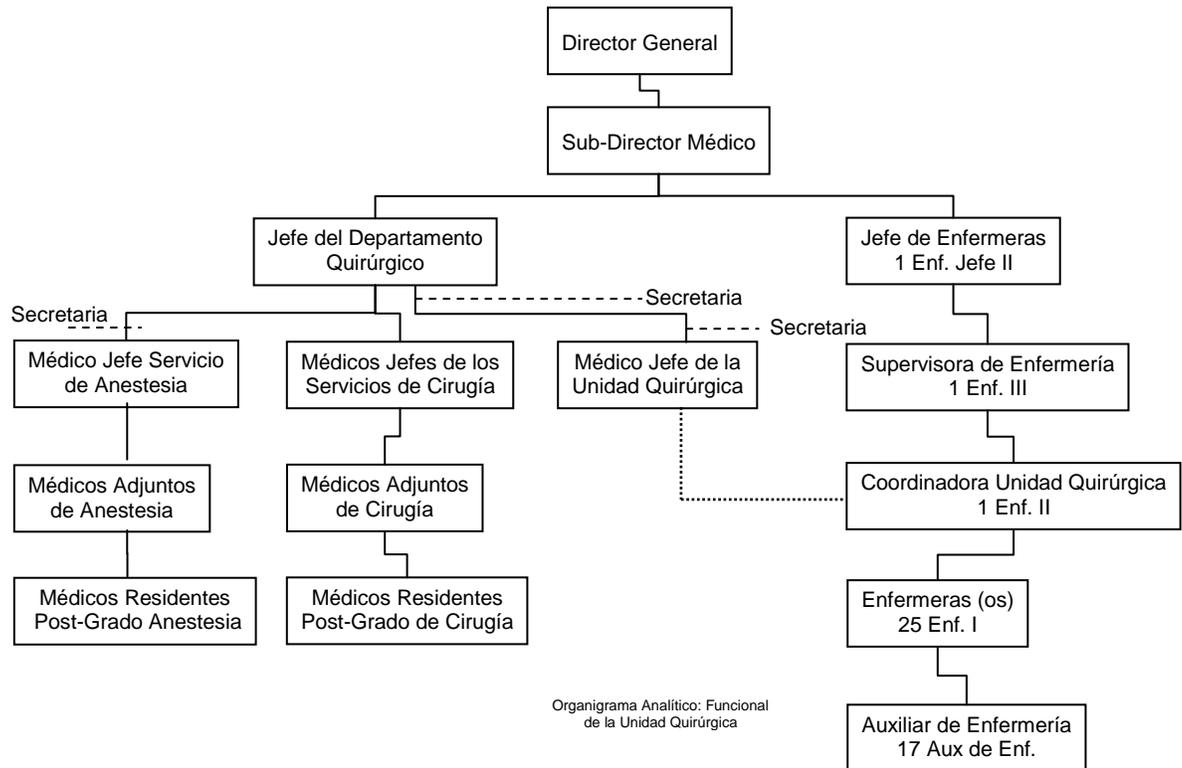


3.3 Unidad Quirúrgica.

3.2.3 Estructura.

República Bolivariana de Venezuela
Alcaldía Mayor del Distrito Metropolitano
Hospital Vargas de Caracas
Unidad Quirúrgica

Organigrama Analítico de la Unidad Quirúrgica



CAPÍTULO IV.

4.1 Diagnóstico de la Situación.

4.2 Proceso Realizado.

Consideraciones generales, tal como lo describe Ballestrini M (2002),

En toda investigación científica, se hace necesario, que los hechos estudiados, así como las relaciones que se establecen entre estos, los resultados obtenidos y las evidencias significativas encontradas en relación con el problema investigado, además de lo nuevos conocimientos que es posible situar, reúnan las condiciones de fiabilidad, objetividad y validez interna; para lo cual, se requiere delimitar los procedimientos de orden metodológico, a través de los cuales se intenta dar respuestas a las interrogantes objeto de investigación.

En consecuencia el Marco Metodológico, de la presente investigación donde se propone investigar los Costos de la Apendicectomía en el Hospital Vargas de Caracas en el periodo de Mayo de 2005 a Julio de 2005, en función de las características del problema investigado y de los objetivos delimitados al inicio de la misma, se introducirán las diversas procedimientos tecno-operacionales más apropiados para recopilar, presentar y analizar los datos, con la finalidad de cumplir con el propósito general de la investigación planteada, que en este caso se tratara de una investigación descriptiva(de campo); el universo o población estudiada, así como el número total de sujetos que la integran; la muestra que se utilizó y como fue relacionada.

Nuestro estudio descriptivo nos permite establecer una interacción entre los objetivos y la realidad de la situación de campo, tal como lo propone Ballestrini M, (2002); “observar y recolectar los datos directamente de la realidad, será longitudinal por ser un periodo delimitado” (ingreso del paciente, intraoperatorio, hospitalización y consulta externa).

Instrumentos de Recolección: En primer lugar, Fuentes Documentales (facilitan la descripción, el análisis e interpretación del dato que se valora. Como técnica operacional se utilizó la cita y notas de referencia bibliográfica. Documental; a través del departamento de Compras del Hospital Vargas de Caracas (HVC) se obtiene los costos de todos los productos adquiridos, posteriormente se determina costo unitario de cada medicamento o material para ser aplicado a la tabla pre-tabulada en cada uno de los pasos donde es evaluado el paciente. El Departamento de Recursos Humanos; aporta la nómina del Hospital, donde se determina por cargo, y tiempo el salario de cada profesional que evalúa al paciente(médicos, enfermeras, licenciada en bioanálisis, auxiliar de historias médicas, auxiliar de laboratorio, camilleros, vigilancia, obreros). El Departamento de mantenimiento; facilita el metraje de las áreas por donde ha de ser evaluado el paciente, para determinar los costos de energía eléctrica, limpieza, al igual que Ingeniería Clínica suministra los costos de los equipos para obtener costo/hora y depreciación de los mismos.

Al obtener los costos por actividad de cada persona involucrada en el acto médico, costos de equipos y material, se realiza la suma de cada uno de los ítems para obtener el monto total del costo de una apendicectomía.

En segundo lugar se utilizó la técnica de observación no participante en la realidad del objeto a estudiar, para la recolección de datos que son llevados ha hojas pre-tabuladas con la información inherente a cada proceso médico hecho por el paciente(ingreso en emergencia, quirófano, hospitalización, consulta externa), en relación a los estudios paraclínicos efectuados y material consumido, dado que el observador es no participante no se omiten pasos o procesos innecesarios para el manejo del paciente en el que el observador no estaría de acuerdo.

Cabe considerar por otra parte que para determinar costos en cada paso de la evaluación médica, hubo de especificar los costos basados en actividades de cada proceso.

Todos los datos se presentaran en forma escrita y en cuadro de barras horizontales.

4.3 Resultados y Conclusiones del Diagnóstico.

Al realizar el diagnóstico y comparar con la teoría documentada encontramos que a pesar de que en el HVC no se lleva un registro de las actividades en cada área, menos aún para cada paciente con determinadas patologías; es factible conociendo todos los datos de cada unidad ejecutora llevar a la puesta un método que facilite determinar los gastos que incurre un paciente que consulta, es indudable que para la realización y culminación del mismo es necesario el aporte de técnicas de operatividad como el implantar métodos automatizados de registro de gastos, de tiempo, de estudios de pacientes. Al conocer los gastos que acarrea una patología (apendicectomía) no permite actuar sobre la patología en sí ya que su resolución es un procedimiento quirúrgico que es ineludible; pero sí nos permite realizar posiblemente racionalización de personal, material, tiempo y a corto plazo costos; conocer esto permite su utilización para establecer un sistema que beneficie a toda el área hospitalaria al extrapolarlo a los pacientes en su totalidad, ya sean pacientes quirúrgicos o no.

CAPÍTULO V.

5.1 Consideraciones Éticas.

Código de Deontología Médica. (Aprobado durante la LXXVI reunión extraordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana). (1985). *Ediciones Boscán.*

Artículo 1. El respeto a la vida y a la integridad de la persona humana, el fomento y la preservación de la salud, como componentes del bienestar social, constituyen en todas las circunstancias el deber primordial del médico.

Indudablemente como lo estipula dicho artículo a pesar de que en cualquier centro no estén dadas las condiciones técnicas o administrativas, el deber del médico es prestar la atención; al no conocerse ni como están destinados los recursos ni como racionalizarlos por el ente, el médico debe hacer abstracción de ello y atender al paciente, que es la situación del HVC, donde al no conocerse como es la distribución de gastos eso no ha impedido que el personal médico no prosiga con su labor de atención asistencial.

CAPÍTULO VI.

6.1 Evaluación del Estudio.

Durante nuestra investigación la mayor dificultad presentada fue en el momento de aplicar la metodología; ya que para su realización, al ser una observación no participante hubo la necesidad primero de solicitar la información necesaria sobre costos de insumos a nivel del Departamento de Compras, donde hubo un retraso importante en su entrega, cercano a 1 mes; posterior a esto se debía realizar los cálculos para costo unitario del material. A nivel de Recursos Humanos dicho departamento no conoce cual es el personal que labora en las áreas del estudio, ni el horario de trabajo del personal profesional universitario, teniendo el observador que verificar quienes trabajan en dichas áreas, para determinar su costo hora/hombre (García Colina 2003), para poder obtener el costo basado en actividades de todo el personal involucrado. A nivel del Departamento de Mantenimiento no se presentaron inconvenientes; estos determinaron el área de trabajo (metros cuadrados) y la carga de energía eléctrica en relación al total del consumo del HVC. En la implantación de la metodología donde hubo un mayor esfuerzo fue en determinar todos los pasos (actividades) que se realizan durante la evaluación del paciente desde su ingreso por la Emergencia hasta su egreso.

En relación de los objetivos planteados tanto en los generales como en los específicos estos se cumplieron. El cronograma de entrega se logró ceñir según lo estipulado a pesar del retardo en la entrega de la información por el Departamento de Compras del HVC.

CAPÍTULO VII.

7.1 Conclusiones y Recomendaciones.

Conclusiones:

Es indudable que luego de realizada esta investigación podemos aseverar que el HVC no tiene conocimiento de cuanto es el costo de las patologías por paciente, lo que implica que para poder realizar racionalización de gastos, planificación de personal y equipamiento, lo primero que debemos tener a nivel administrativo es conocer todos los pasos (actividades) a efectuarse en los pacientes. Al conocer dichas actividades se pueden obtener los gastos en forma más aproximada a la realidad y al tener las proyecciones de pacientes ha ser atendidos en el año por niveles históricos, se puede ajustar un presupuesto que llegue a cubrir dicha demanda.

La falta de conocimiento de los procesos de producción a nivel del personal administrativo entorpece el desarrollo de la cadena, creando lapsos de espera prolongados para la compra y distribución de los materiales médicos y quirúrgicos, al igual que la obtención de productos de menor calidad y alto costo, incidiendo en una menor eficacia de la administración.

El no tener una planificación del personal que ha de desempeñarse en las diferentes áreas del HVC por parte del Departamento de Recursos Humanos produce que en determinados ambientes exista más o menos personal de lo requerido, incidiendo en la atención de los pacientes.

Se debe crear toda una infraestructura administrativa desde la parte gerencial ejecutiva hasta el personal obrero, ya que no hay un sentido de pertenencia por parte de la mayoría del personal del HVC.

El área quirúrgica del HVC no conoce cuales son las intervenciones que se practican en dicha área por no llevar registro de datos.

Durante la realización de actividades en el paciente ha realizar una apendicectomía sólo en el momento de estar éste en sala de hospitalización es cuando existe un control, y este es a nivel de Recurso Humano (médicos y enfermeras) en cual incide directamente sobre la disminución de la estadía de los pacientes(control directo sobre el paciente).

No existe un sistema de costo basado en actividades a nivel del HVC lo que acarrea que los presupuestos sean históricos provocando falta de insumos, tecnología en decadencia, aplazamiento de cirugías y poca calidad

En relación a los pacientes con el cuadro quirúrgico de apendicitis aguda no se conoce las actividades que han de realizarse para llegar a su diagnóstico, los costos de dichos procedimientos.

Recomendaciones:

Para poder establecer costos de una patología (apendicitis aguda-apendicectomía-) se debe elaborar un programa donde se especifique todas y una por una las actividades que han de realizarse a un paciente que consulta y es tratado por una apendicitis aguda; siendo esta la patología quirúrgica más frecuente a nivel mundial, nos permite subsanar los errores que tenga el programa más rápidamente debido a su frecuencia de presentación.

Al conocer los costos de cada patología la Dirección del HVC se verá en la obligación de presentar un presupuesto acorde con sus metas, basado en proyecciones reales.

Se debe realizar a nivel del personal administrativo, médico entrenamiento sobre los diversos procesos administrativos; demostrándoles que con el uso de técnicas específicas, se racionalizan los gastos y se puede incluso mejorar la calidad de atención de los pacientes.

Se debe implantar un sistema manual y automatizado de registro para cada paciente en las distintas áreas por donde ha de transcurrir un paciente con apendicitis aguda u otra patología, como primer paso para conocer los gastos en que incurren.

El Departamento de Recurso Humano debe conocer cuantos y quien es el personal que labora en cada área del HVC, para poder establecer el índice hombre/hora.

Se debe colocar al personal más capacitado científicamente y técnicamente en las áreas críticas para el manejo de estos datos que se obtendrán por vez primera, para ser analizados debidamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Aguado F, y Coromines M. (1996) Los SI como Instrumento para la Gestión en la División de Atención Primaria del Instituto Catalán de la Salud. *Fulls Econòmics del Sistema sanitari*. Barcelona. Enero.

Arthur Andersen. (1992). *Best practices: Putting insight into practice*. Dallas.

Código de Deontología Médica. (Aprobado durante la LXXVI reunión extraordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana). (1985). *Ediciones Boscán*.

Constitución Bolivariana de la República de Venezuela. (1999). *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, 5453, marzo 3, 2000.

Chacín, Luis Fernando. (1991). *Cien años del hospital Vargas. Su historia cronológica y significación nacional*. Caracas: Sociedad de médicos y cirujanos del hospital Vargas.

Esperalba J, Borrás P y Rovira M. (1996). Análisis del papel de los SI en la Gestión Hospitalaria. *Fulls Econòmics del sistema Sanitari*. Barcelona Enero.

Furlow, L. (1994). *Vend closed doors: What the nurse executive should know about surgical services*. *J. Nurs Adm* 24, 5-6.

Gill, B y Jenkins, Jeffrey. (1996). Eficacia en proporción al costo en casos de úlcera péptica sangrante. En R. Rossi y Blake C. *Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica*: 1 (pp. 71-82). México. McGraw-Hill Interamericana Editores

Jiménez, J., J. (2000). *Manual de gestión para jefes de servicios clínicos (2ª. ed)*. Madrid: Días de Santos, S.A.

Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral. (2001). *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, 5668, diciembre 2001.

Malagón-Londoño, Galán Morera y Pontón Laverde. (2000). *Administración hospitalaria (2da. ed.)*. México. Médica Panamericana.

Marteau, S. (2001). Modelo de costos basado en la actividad aplicado a consultas por trazadores de enfermedades cardiovasculares. [Documento en línea Disponible: <http://www.insp.mx/salud/index.html>] [Consulta: 2005, Mayo 12]

Murphy, Davis L, J.B. (1938). *Surgery practice*. New York: GP Putnam & Sons.

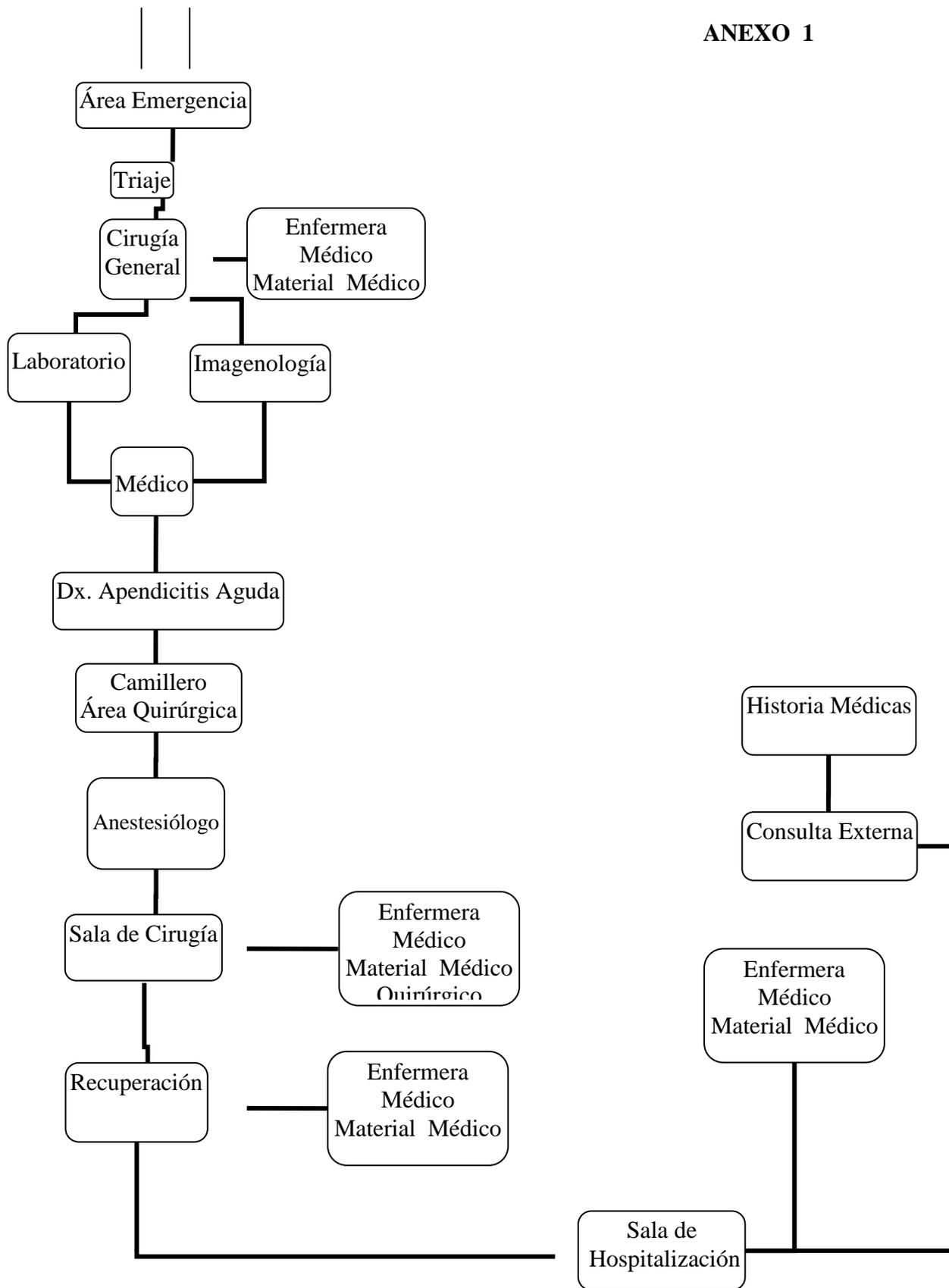
Sáez A, Fernández A y Gutiérrez G. (1993). *Contabilidad de Costes y Contabilidad de gestión*. McGraw-Hill. Madrid.

Senge, P. (1994). *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning organization*. New York. Doubleday.

Yaber, Guillermo y Valarino, Elizabeth. (2003). *Topología, Fases y Modelos de Gestión para la Investigación de Postgrado en Gerencia*.

ANEXOS.

ANEXO 1



CURRICULUM VITAE.

José Manuel De Abreu Do Monte. Caracas 29 de Octubre de 1958. CI: 4679624.

Médico Cirujano egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela en 1984.

Médico Especialista en Cirugía General egresado de la Universidad Central de Venezuela en 1990.

Jefe del Servicio de Cirugía I del Hospital Vargas de Caracas.

Miembro Principal de la Comisión Técnica del Hospital Vargas de Caracas 2004-2006.

Profesor Agregado de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela.

Jefe de la Cátedra de Clínica Terapéutica y Quirúrgica B de la Escuela de Medicina José María Vargas de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela.

Coordinador del Post Grado de Cirugía General del Hospital Vargas de Caracas.-

Representante Profesor Principal en el Consejo de Escuela de la Escuela de Medicina José María Vargas de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela 2004-2006.

Autor de los libros 1-Urgencias y Emergencias en Cirugía. 2- Urgencias Torácicas en Cirugía 2004. Caracas. Plasarte C.A.

Autor y/o coautor de 51 trabajos científicos presentados.

Trabajos publicados 10.

Autor de 32 capítulos de temas de cirugía en cuatro diferentes libros. (Dos publicados y dos en prensa).