

11226
201.121

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



**Evaluación y Análisis del programa de Cirugía
Ambulatoria en el H. G. R. c/z y M. F.
No. 1 Morelia, Michoacán.**

TESIS

**Que para obtener el Diploma de Especialista en
MEDICINA FAMILIAR**

presenta

DRA. ELVIA LUNA MEDRANO

Asesor de Tesis:

DR. RAFAEL OSEGUERA VALLADARES

DR. MIGUEL GORDILLO AYALA

Morelia, Michoacán

Febrero de 1986

FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

INTRODUCCION	1
MATERIAL Y METODOS	10
RESULTADOS	11
CONCLUSIONES	15
DISCUSION	16
BIBLIOGRAFIA	18

INTRODUCCION.

La cirugía es un método de tratamiento que permite la extirpación o modificación de la evolución de una enfermedad mediante técnica e instrumental adecuados.

Existen muchas clasificaciones de la cirugía, algunas de ellas están basadas en la amplitud del procedimiento y se clasifican en mayor y menor, otra clasificación se basa en las necesidades de resolución del padecimiento tratados por cirugía electiva, en la que el médico puede elegir el momento para realizar el acto operatorio, las medidas necesarias para la modificación del estado general del enfermo y el control de padecimientos asociados. Dentro de este grupo existen determinados tipos de procedimientos operatorios que permiten que sean llevados a cabo sin que el paciente sea internado al hospital -- reintegrándolo inmediatamente a su medio familiar. (2-6)

Antes del advenimiento de la anestesia general y de que se construyeran hospitales modernos, la mayoría de los enfermos que eran intervenidos quirúrgicamente se recuperaban en su hogar, y solamente los indigentes y los soldados eran hospitalizados para su restablecimiento, observándose desde esa época que la evolución de estos últimos era más satisfactoria en comparación con los que convalecían en sus hogares. (4)

Por tal motivo desde el siglo pasado se consideró la necesidad de hospitalizar a todos los enfermos que serían sometidos a cirugía, situación que se arraigó en el pensamiento de médicos y personal paramédico, familiares y pacientes originando temor en ocasiones infundado al desarrollo de complicaciones cuando el paciente es reintegrado a su hogar sin hospitalizarlo.

En el hospital Royal Glasgow de Inglaterra desde el principio de este siglo se informó de la realización de procedimientos quirúrgicos con rápida incorporación al medio domiciliario teniendo los mismos resultados que en los pacientes que se hospitalizaban. A este tipo de cirugía se le denominó cirugía del paciente ambulatorio, cirugía de corta estancia, cirugía de día, cirugía de entrada y salida, cirugía de externos, de todos los términos anteriormente mencionados el más utilizado ha sido el de cirugía ambulatoria, el cual se define como un procedimiento quirúrgico que aplicado a un grupo seleccionado de pacientes, resuelve un número importante de padecimientos con los mismos resultados que siguiendo el método tradicional de vigilancia intrahospitalaria. (1-3-4-5)

La medicina moderna se encuentra en una etapa en la que es importante la modificación de su estructura para una correcta adecuación a los cambios inherentes a esta modernización. Los padecimientos -

médicos quirúrgicos no podían ser la excepción y es por ello que la cirugía ambulatoria poco a poco va adquiriendo importancia merced al tipo de cobertura de población que atiende, la disminución de costos tanto para la familia del paciente como para la institución en que se practica permitiendo la optimización de los recursos de atención hospitalaria así como la reducción del stress al que se vé sometido el paciente y su familia por la hospitalización, es importante mencionar por tanto los hallazgos en cuanto a los efectos de la cirugía ambulatoria sobre la utilización y los costos hospitalarios, en un estudio efectuado en Michigan en 1981, por Donovan (Cuadro No. 1) en este estudio, se evidencia que existe un aumento en el número de ingresos totales y el de pacientes asistidos con una disminución en el costo de la unidad hospitalaria (costo por paciente) (4)

En el Instituto Mexicano del Seguro Social en su Hospital General con Zona y Medicina Familiar en Morelia, se puso en práctica el programa de cirugía ambulatoria, enviado por la Subdirección General Médica, a partir del mes de junio de 1984 con los objetivos generales del programa que se menciona a continuación:

1. - Disminuir el impacto emocional y económico que el procedimiento quirúrgico produce en el paciente y en el grupo familiar.

- 2.- Otorgar al paciente atención médico quirúrgica de alta calidad -- mediante un equipo de trabajo multidisciplinario con un enfoque de atención integral y humanista.
- 3.- Disminuir el riesgo de complicaciones hospitalarias.
- 4.- Hacer uso óptimo de los recursos hospitalarios.
- 5.- Aumentar la capacidad de absorción hospitalaria.

Este programa se implantó no como un proyecto de investigación, sino como la formalización de un enfoque hospitalario uniforme en el sistema para la mejor atención de los pacientes y para el aumento -- en la capacidad instalada en camas sin tener que incrementarse el número de éstas. (5)

Existen tres Unidades modelo para la cirugía ambulatoria.

- 1.- Unidad con base hospitalaria sin área de internamiento:

En este primer modelo la cirugía se practica bajo anestesia general y el enfermo es dado de alta directamente de la sala de recuperación en cuanto su estado lo permita.

Ejemplo: Centro Médico George Washington en Washington, D. C. y Church Home and Hospital de Baltimore (Davis Anales -- of Surgery Vol. 175: pag. 856, 1972). no ocupando nunca lecho hospitalario.

2. - Unidad con base hospitalaria definida: divididas en dos clases: --

Libre o situada en un hospital. La primera rige por sus propias normas asociada a las políticas generales del hospital a la que está adscrita, en ocasiones los enfermos pueden ser trasladados si surgen complicaciones. ~~Las unidades asociadas al hospital~~ se rigen por las normas de la unidad a que están adscritas y la protección al paciente es mejor, pero tiene las desventajas de que deben cubrir los detalles administrativos de los pacientes internados, que pueden ser desplazados por casos de urgencias o necesidades prioritarias del hospital o quizá reciban el impacto psicológico de mezclarse con los pacientes en estado crítico por lo que no se cumple la función de disminuir el impacto psicológico en enfermos y familiares.

3. - Unidad libre: Esta se encuentra físicamente separada de la asistencia a la salud, tienen sus propias áreas de registro, quirófano y áreas post/operatorias que dan amplia comodidad a enfermos, familiares y facultativos, los costos directos son menores sin embargo, la construcción y financiamiento son muy altas -- y no siempre muy aceptados por los médicos.

En cuanto a los criterios técnico-médicos necesarios para el correcto funcionamiento del programa de cirugía ambulatoria se comprende:

1. - Que el paciente esté informado de esta alternativa de manejo por su médico familiar.
2. - Tener padecimientos cuya complejidad permita una resolución dentro de un tiempo de cirugía menor de dos horas y que se ponga que al término del mismo no lo deje invalidado de sus funciones circulatorias, digestivas, respiratorias urinarias y neurológicas.
3. - Que el cirujano tenga una habilidad quirúrgica que le permita resolver dentro de un margen máximo de dos horas los procedimientos quirúrgicos tributarios de cirugía ambulatoria, que conozca las técnicas modernas de cirugía y sus complicaciones en orden de frecuencia y su manejo.
4. - Que el médico anestesiólogo conozca y aplique los procedimientos anestésicos más utilizados para la cirugía ambulatoria tales como: bloqueos locales, regionales, periodo epidurales o aquellos que establezcan una inducción rápida con analgesia o anestesia general, un transoperatorio estable sin grandes variaciones y una recuperación inmediata total, que permitan en un lapso máximo de 6 horas enviar a su domicilio al paciente.

Dentro de las complicaciones éstas se han dividido en leves y en ma

tores y en ambos casos el paciente deberá recibir información adecuada por el médico tratante de los síntomas y signos iniciales, las opciones de manejo en las complicaciones leves así como la indicación de acudir al servicio de urgencias de hospital en caso de presentar sintomatología o signología sugestiva de complicación mayor.

(1-5)

Para la correcta aplicación de este programa se requiere de la participación del personal paramédico hospitalario como se describe en la fioxogra que se anexa (cuadro No. 2)

En un análisis del número de cirugías realizadas en las diferentes unidades médicas de la Delegación en las cuales se implantó el programa de Cirugía ambulatoria, se observó que el mayor número de intervenciones quirúrgicas se había realizado en Uruapan con 249 de mayo a diciembre de 1984, en seguida Zamora con 101 quien inició en junio a diciembre, Zacapu con 74 inició en junio a diciembre, Los Reyes con 57 iniciando en junio a diciembre y Morelia con 47 iniciando el programa en junio a diciembre de 1984.

Este hallazgo de un número comparativamente mucho menor de cirugías realizadas mediante el programa de cirugía ambulatoria entre la unidad médica de Uruapan y la unidad médica de Morelia que alcanzó el número de 202 cirugías de diferencia, nos llevó a plantearnos la interrogante sobre las causas de esta diferencia.

1.- Cual es el nivel de participación del equipo multidisciplinario donde se tienen los principales bloqueos u obstáculos.

2.- Y que requerimientos de área física son necesarios.

Al proponernos analizar los resultados durante un año del programa de cirugía ambulatoria en el H.G.R. C/Z Y M.F. No. 1 Morelia, Michoacán, nos propusimos también mostrar los resultados de la cirugía ambulatoria como un procedimiento quirúrgico que presenta menos complicaciones y menor costo que la cirugía hospitalaria convencional.

Nuestros objetivos fueron:

- 1.- Conocer la actitud y las causas de aceptación o rechazo del personal multidisciplinario involucrado en el programa de cirugía ambulatoria.
- 2.- Evaluar la cirugía ambulatoria en relación a costo y complicaciones en relación a la cirugía ambulatoria.
- 3.- Conocer la distribución de los procedimientos quirúrgicos por especialidades en cirugía ambulatoria.
- 4.- Conocer la frecuencia y la clasificación de las complicaciones que se presentaron en los pacientes sometidos a cirugía ambulatoria

HIPOTESIS ALTERNA:

Valorar la actitud del personal del equipo multidisciplinario participante en el programa de cirugía ambulatoria ya que tiene menores complicaciones y representa menor costo que la cirugía convencional.

HIPOTESIS DE NULIDAD:

Valorar la actitud del personal del equipo multidisciplinario participante en el programa de cirugía ambulatoria ya que tiene iguales complicaciones y representa igual costo que la cirugía convencional.

MATERIAL Y METODOS.

1. - Se revisarán los expedientes de los pacientes que fueron intervenidos mediante el programa de cirugía ambulatoria durante el lapso comprendido del 1o. de julio de 1984 al 30 de julio de 1985.

Para conocer la distribución por frecuencia de las especialidades quirúrgicas que practicaron sus cirugías mediante el programa de cirugía ambulatoria; así como la detección y clasificación de las complicaciones presentadas por dichos pacientes, así como conocer el número total de cirugías realizadas mediante el mencionado programa y costo del mismo.

2. - Se diseñó un cuestionario para la aplicación en el personal del equipo multidisciplinario de salud participante en el programa de cirugía ambulatoria para conocer la actitud, el conocimiento y las causas de aceptación o rechazo (Gráfica No. 4).

Los resultados se presentan a continuación:

ENCUESTA SOBRE EL PROGRAMA DE CIRUGIA AMBULATORIA.

PUESTO DESEMPEÑADO _____ FECHA: _____

- | | | |
|---|----|----|
| 1. - Ha recibido información del programa de cirugía ambulatoria; | SI | NO |
| 2. - Conoce los requisitos del enfermo para efectuarle cirugía ambulatoria. | SI | NO |
| 3. - Le causa problema canalizar a estos enfermos. | SI | NO |
| 4. - Considera que es aceptada cirugía ambulatoria por los enfermos y familiares de estos. | SI | NO |
| 5. - Considera que disminuiría la angustia en los enfermos y familiares si conocieran el procedimiento a realizar. | SI | NO |
| 6. - En los pacientes que usted a programado, les ha proporcionado la información adecuada del flujo-grama del programa de cirugía ambulatoria. | SI | NO |

SUGERENCIAS:

Gráfica No. 4

ENCUESTA SOBRE EL PROGRAMA DE CIRUGIA AMBULATORIA.

Médico Familiar _____ Fecha _____

1. - Está usted de acuerdo en que la patología médica en un alto porcentaje requiere de tratamiento quirúrgico. SI NO
2. - La patología quirúrgica puede dividirse en padecimientos que requieren cirugía dada su magnitud se divide en mayor y menor. SI NO
3. - Hasta los años 50'S un buen número de la cirugía menor se realizaba en el consultorio del médico. SI NO
4. - En los tiempos actuales el incremento de la población ha requerido un incremento en el recurso hospitalario mismo que no ha podido lograrse en ninguna parte del mundo, situación esta que lleva a considerar el establecimiento de un programa de cirugía que no amerite la forzosos hospitalización. SI NO
5. - Sabe usted que el I.M.S.S. ha implementado desde hace más de un año un programa de cirugía ambulatoria que permita la realización del procedimiento quirúrgico sin ameritar la hospitalización y por lo tanto la optimización de los recursos disponibles en el momento. SI NO
6. - Recibió usted por parte de las autoridades de la unidad la información sobre el programa de cirugía ambulatoria. SI NO
7. - Sabe usted desde cuando se instaló el programa en esta unidad. SI NO
8. - Ha canalizado pacientes para el programa de cirugía ambulatoria. SI NO
9. - Considera usted que el programa de cirugía ambulatoria es de utilidad para nuestra unidad. SI NO
10. - Usted utilizaría el programa si este fuera expedito, rápido, efectivo. SI NO

SUGERENCIAS:

ENCUESTA SOBRE EL PROGRAMA DE CIRUGIA AMBULATORIA.

Especialidad _____ Fecha _____

1. - Está usted de acuerdo en que la patología médica en un alto por SI NO
centaje requiere tratamiento quirúrgico.
2. - La patología quirúrgica puede dividirse en padecimientos que re- SI NO
quieran cirugía que dada su magnitud se divide en mayor o me
nor.
3. - Hsta los años 50's, un buen número de la cirugía menor se rea SI NO
lizaba en el consultorio del médico.
4. - En los tiempos actuales el incremento de la población ha reque. SI NO
rido un incremento en el recurso hospitalario mismo que no
ha podido lograrse en ninguna parte del mundo, situación esta
que lleva a considerar el establecimiento de un programa en
cirugía que no amerite la forzosa hospitalización.
5. - Sabe usted que el I.M.S.S ha implementado desde hace más de SI NO
un año un programa de cirugía ambulatoria que permita la rea
lización del procedimiento quirúrgico sin ameritar la hospita
lización y por lo tanto la optimización de los recursos dispo
nibles en el momento.
6. - Recibió usted por parte de las autoridades de la unidad la in- SI NO
formación sobre este programa de cirugía ambulatoria.
7. - Sabe usted desde cuando se instaló el programa en esta unidad SI NO
8. - Se le entregó a usted el instructivo del programa de cirugía - SI NO
ambulatoria.
9. -Ha utilizado el procedimiento de la cirugía ambulatoria en los SI NO
pacientes de la unidad.
10. - Considera usted que el programa de cirugía ambulatoria es SI NO
de utilidad para nuestra unidad.
11. -Las ocasiones que usted ha intentado utilizar el programa -- SI NO
se ha encontrado con problemas para lograrlo.
12. - Estos problemas son del orden administrativo. SI NO
13. -Los problemas son por falta de inf. al personal involucrado SI NO
14. -Los problemas son porque no se han establecido el fluxogra SI NO
ma ni los eslabones de personal necesario.

15. - Usted utilizaría el programa si este fuera expédito, rápido, SI NO efectivo.

SUGERENCIAS:

Gráfica No. 4

RESULTADOS.

En total de cirugías ambulatorias realizadas durante el lapso de tiempo comprendido del 1o. de julio de 1984 al 30 de junio de 1985 fué de 155, la distribución en cuanto a sexos fué de 90 pacientes de sexo masculino para un 58.06% y de 65 pacientes de sexo femenino para un 41.93%.

La distribución en cuanto a frecuencia de la cirugía realizada por cada una de las especialidades fué la siguiente:

	Número	%
Oftalmología	52	33,6
Oncología	41	26,4
Urología	30	19,34
Traumatología	26	16,8
Cirugía reconstructiva	3	1,93
Cirugía general	3	1,93
T o t a l	155	100%

(Gráfica No. 5)

Tipo de cirugías ambulatorias más frecuentes realizadas durante este estudio:

Resección de Pterigi6n	28
Cirugfa de chalazi6n	17
Resección de fibroadenoma mamario	15
Resección de carcinoma baso celular	13

En todos los expedientes revisados no se detect6 la aparici6n de complicaciones imputables a el acto quir6rgico.

Si tomamos en cuenta que el n6mero total de cirugfas realizadas mediante el programa de cirugfa ambulatoria fu6 de 155 y que el n6mero promedio de dfas de estancia hospitalaria en los pacientes quir6rgicos fu6 durante el mismo lapso de tiempo de 5.36 dfas y que el costo por dfa de estos pacientes quir6rgicos fu6 de \$11,080.60 pesos tenemos un gran total de \$920,576.29.

Encontramos tambi6n que la distribuci6n en cuanto a tiempos quir6rgicos de las 155 cirugfas, 82 se realizaron en un tiempo menor de 30 minutos y 73 cirugfas en m6s de 30 minutos, teniendo en cuenta que el tiempo quir6rgico mayor fu6 de 55 minutos en cuenta que el tiempo quir6rgico mayor fu6 de 55 minutos

Los resultados de la encuesta aplicada al personal multidisciplinario participante en el programa de cirugfa ambulatoria en cuanto a

su actitud de aceptación o rechazo fueron los siguientes:

	Total	Aceptación	Rechazo
Médicos Familiares	110	68	42
Médicos no Familiares	225	163	62
Asistentes médicas	48	25	23
Enfermería	<u>48</u>	<u>31</u>	<u>17</u>
	431	287	144

(Gráfica No. 8)

En cuanto a las principales causas de rechazo se encontraron las siguientes:

Médicos Familiares:

1. - No conocen el programa.
2. - No conocen el fluxograma.
3. - No les interesa el programa.

Médicos no Familiares:

1. - Falta de un quirófano exclusivo para el programa de cirugía ambulatoria.
2. - Falta de un anestesiólogo exclusivo para el programa de cirugía ambulatoria.
3. - No quieren correr el riesgo de complicaciones
4. - No conocen el programa.

5. - No les interesa el programa.

Asistentes médicas:

1. - No conocen el programa.

2. - No conocen el fluxograma.

Enfermería:

1. - No hay una enfermera o un equipo quirúrgico -
exclusivo para el programa de cirugía ambula-
toria.

2. - Desconocen el fluxograma.

Como hallazgo digno de mencionar encontramos que multiplicando el costo de día estancia de cirugía y el número de cirugías realizadas - dentro del programa de cirugía ambulatoria, así como el número pro medios de días estancia del paciente quirúrgico, fué de \$920,576,29 pesos. Como dato adicional a partir del mes de noviembre en que se aplicaron las políticas obtenidas del análisis inicial la cirugía ambu- latoria subió el 3 % en que se encontró el primer año al 20 %.

CONCLUSIONES:

Al analizar los resultados de la cirugía ambulatoria se encontró una proporción de 1,8 a 1 a favor del sexo masculino; encontramos que las especialidades que más utilizaron este programa fueron oftalmología y oncología, principalmente por que una parte de la cirugía -- que se realizó en estas áreas puede hacerse con anestesia local sin riesgo para el enfermo, favoreciéndose el egreso hospitalario, las cirugías realizadas en estas áreas fueron: resección de pterigión, cirugía de chalazión, así como fibroadenoma mamario en pacientes -- menores de 25 años, resección de carcinoma basocelular, así como tumores de partes blandas.

Es de llamar la atención que no se presentaron complicaciones en el postoperatorio.

Por control histórico todo este tipo de cirugía se realizaba hospitalizando al enfermo con un costo de acuerdo a las 155 cirugías realizadas \$920,576.29.

Con respecto al análisis de campo realizado, se observó un rechazo -- por medicina familiar principalmente y asistentes médicas así como enfermería, considerándose entonces bloqueo en el área de medicina familiar y en el personal paramédico hospitalario.

DISCUSION:

La cirugía ambulatoria tiene como finalidad realizar un procedimiento quirúrgico seleccionando en condiciones óptimas y con una permanencia hospitalaria menor de 12 horas y sin ingreso al área de encamados, lo que permite reintegrar al enfermo a su medio familiar rápidamente, es un método que ofrece las mismas ventajas que - - cuando el paciente es internado, el hospital se ahorró 365 días cama sin que se hubiese presentado ninguna complicación ni trastorno para los enfermos.

El programa se está llevando a cabo dentro del tipo de unidad con base hospitalaria integrada por lo que con frecuencia dado el calendario de cirugías programadas y las cirugías de urgencias frecuentemente la cirugía ambulatoria se ven suspendidas o diferidas y el enfermo es sometido a un impacto emocional o psicológico innecesario al convivir durante unas horas con enfermos graves.

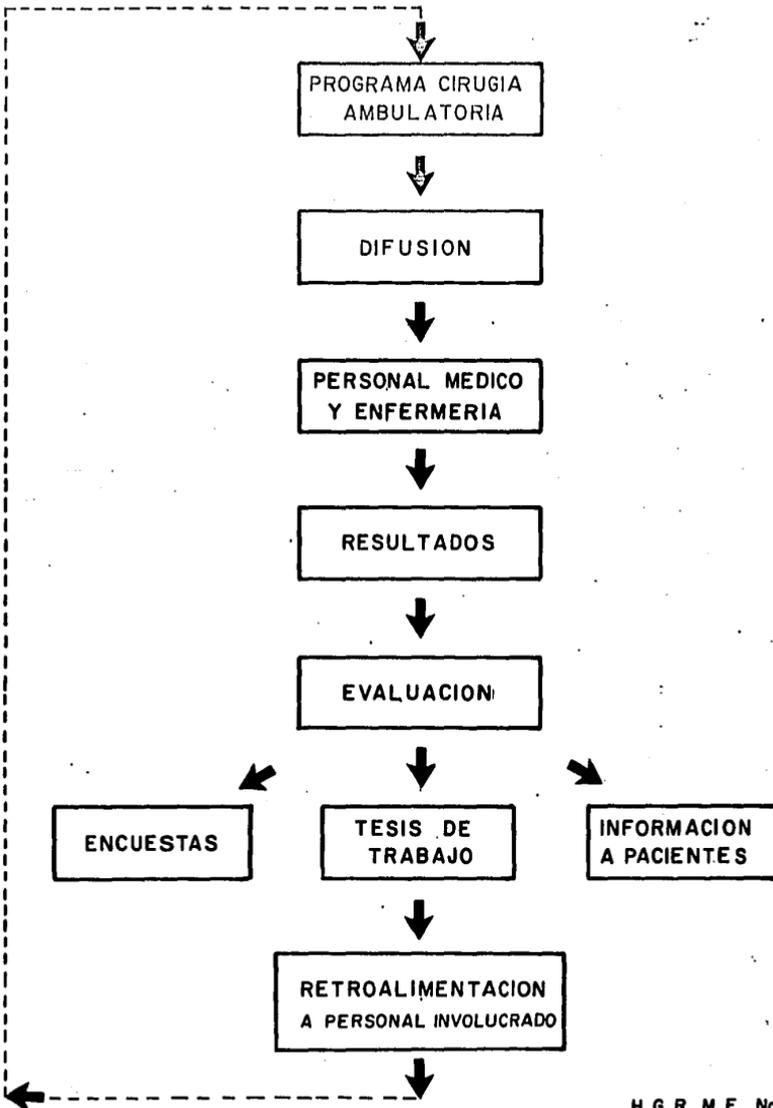
La actitud del personal hospitalario en una primera impresión parece de rechazo quizás porque se a mal entendido la finalidad del programa y se consideran que el Instituto lo hace con el sólo fin de ahorro económico y de tiempo, sin embargo, consideramos que con la difusión adecuada, la cual se llevó a cabo en una sesión en consulta externa y en hospital la retroalimentación sobre los resul-

tados, se puede llegar a cambiar esta mentalidad ya que en el presente estudio los resultados fueron inicialmente satisfactorios y se puede llegar a los objetivos esperados de que el 50 % de la cirugía programada sea ambulatoria así como ampliar en cuanto a magnitud el tipo de cirugía realizada con la participación más activa del médico familiar en visita domiciliaria.

En nuestro estudio corroboramos que con la aplicación del programa de cirugía ambulatoria los resultados han sido satisfactorios por lo que se debe insistir realizándose con mayor frecuencia haciendo énfasis de que es menester la aplicación estricta del fluxograma multidisciplinario facilitando el tránsito del paciente por las diferentes áreas y resolver su problema adecuadamente permitiendo su reintegración en forma temprana y su ambiente, evitando repercusiones psicológicas y en algunos casos orgánicas a los enfermos.

BIBLIOGRAFIA.

1. - Bertlet, M. K; Batlit, G.E.; Rockertt. A.M. the vole of sugery an on Suhterig patients in one tencliny hospital Arch. Surg. 114; 319, - 1979.
2. - Flanagan. Jr., Bascon, J.V., Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica 50;59 1983.
3. - Davis J.E. and Detme, D.E., The ambulatory surgical unit. Ann - - Surg. 125: 856,1972.
4. - Detmer Dan E. and Buchnan- Davison D. Cirugfa en pacientes ambula torios. Clin-Quir. Nor Amer. Vol. 4: 69,711; Ed. Interamericana - 1982'
5. - I.M.S.S Programa de Cir. Ambulatoria, Sub-dirección Gral. Médica 1977.
6. - Berri, F.A. Outpatient Anesthesia Should Not. Be Limited to asa - - class Patients Anesthesiology 60: 620,1984.



EFFECTOS DE LA CIRUGIA EN PACIENTES AMBULATORIOS SOBRE LA UTILIZACION DE HOSPITALES.

DESCRIPCION DEL HOSPITAL.

Efecto	Ocupación medicoquirúrgica alta y rezago del paciente (esto es, rezago de 2 meses para cirugía efectiva.	Variable pero generalmente ocupación medicoquirúrgica alta sin rezago de pacientes.	Ocupación medicoquirúrgica relativamente baja.
Impacto sobre los ingresos totales y el número de pacientes atendidos.	Aumento en ambos. -- todos los ingresos proyectados dependen de la mezcla de reemplazos con base de costo y sin base de costo.	Los ingresos totales -- pudieran aumentar si la unidad atrae nuevos pacientes para cirugía en el medio ambulatorio de los consultorios u otros hospitales, pero más probablemente el efecto es conservar los ingresos totales casi constantes o disminuirlos algo, -- pues los cobros para cirugía en pacientes ambulatorios tienden a ser menores que para internos con el mismo diagnóstico. El número de pacientes atendidos pudiera aumentar algo.	Disminución -- de los ingresos totales, -- pero pudiera aplicarse gran parte de lo dicho en la columna 2.
Aumento sobre la duración de hospitalización promedio.	Aumento porque muchos pacientes internos se convertirían en pacientes externos.	Aumento	Aumento.
Impacto sobre el número de servicios auxiliares y los ingresos de los mismos.	Aumento en ambos	Disminución en ambos	Disminución en ambos.

La asistencia de la salud (costo por paciente).

Impacto sobre los costos totales de la asistencia de la salud en la comunidad.

Aumento por el crecimiento de los servicios para los pacientes. Incluso si los hospitales que emprenden un programa de cirugía en sujetos ambulatorios reciben pacientes de hospitales más pequeños, los primeros pudieran no cubrir el costo y, como la mayor parte de los hospitales en Michigan tienen este reembolso grande a base del costo, el costo total para la comunidad probablemente no disminuya

Probable disminución, pero por el alto costo del reembolso en Michigan, pudiera significar disminución pequeña.

Pudiera significar disminución, pero sólo si las camas están cerradas y si el número de empleados disminuye (la misma lógica se aplica a la columna 2)

Efecto neto sobre las ganancias y las pérdidas del hospital.

Algo de aumento de las ganancias.

Probable disminución pequeña de las ganancias.

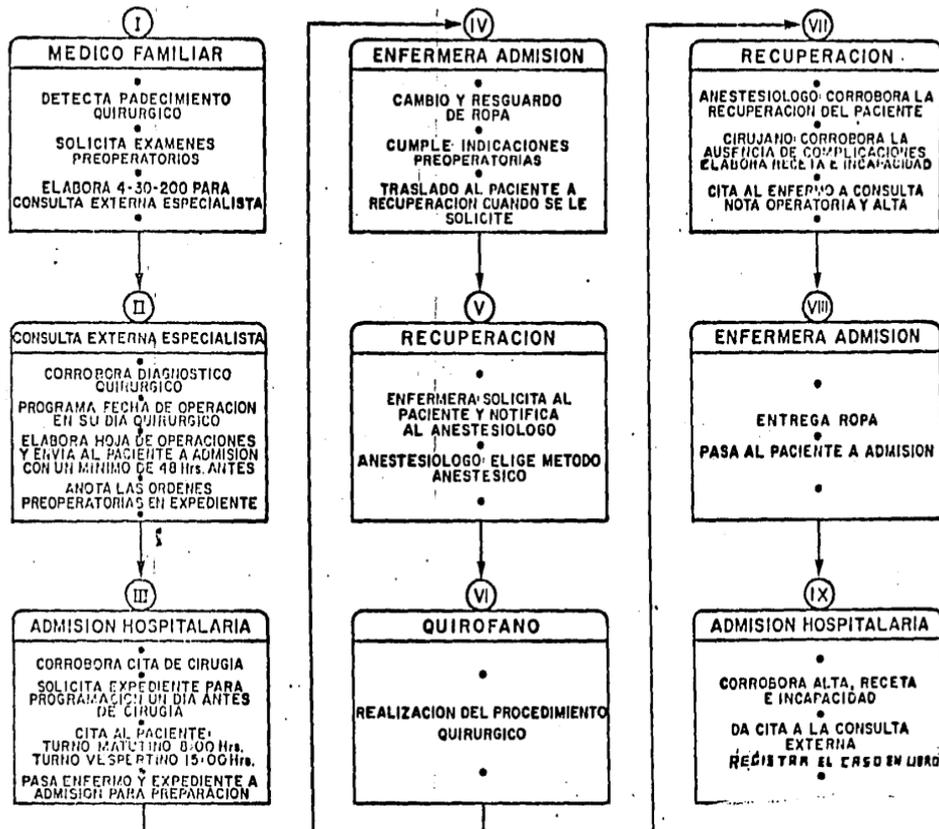
Posible disminución importante de las ganancias o aumento de las pérdidas).

Gráfica No. 1

DELEGACION REGIONAL EN MICHOACÁN
 HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MEDICINA FAMILIAR No.1
 MORELIA, MICH.

Cuadro 2

"PROGRAMA DE CIRUGIA AMBULATORIA"

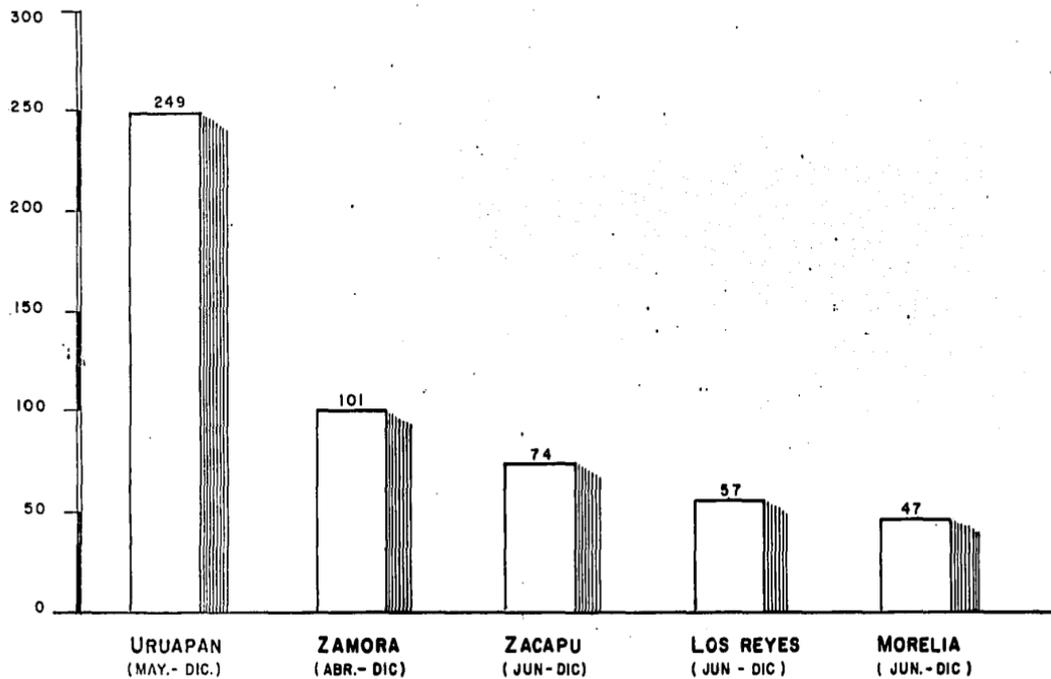


19

CIRUGÍA AMBULATORIA DELEGACION MICHOACAN
DISTRIBUCION POR UNIDADES MEDICAS

1984

OPERACIONES

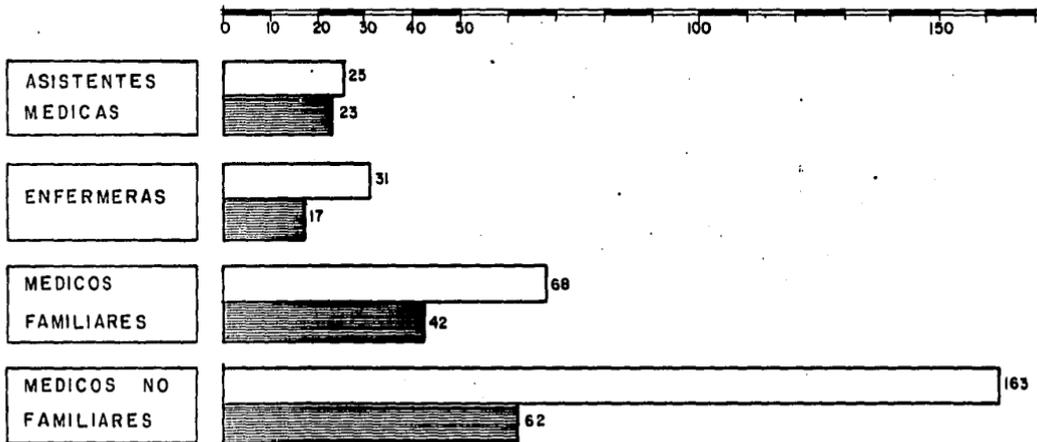


FUENTE:

Informe Delegacional del Programa de Cirugía Ambulatoria

H.G.R. M.F. No. 1
Morelia. Mich.

ENCUESTA SOBRE EL PROGRAMA DE CIRUGIA AMBULATORIA

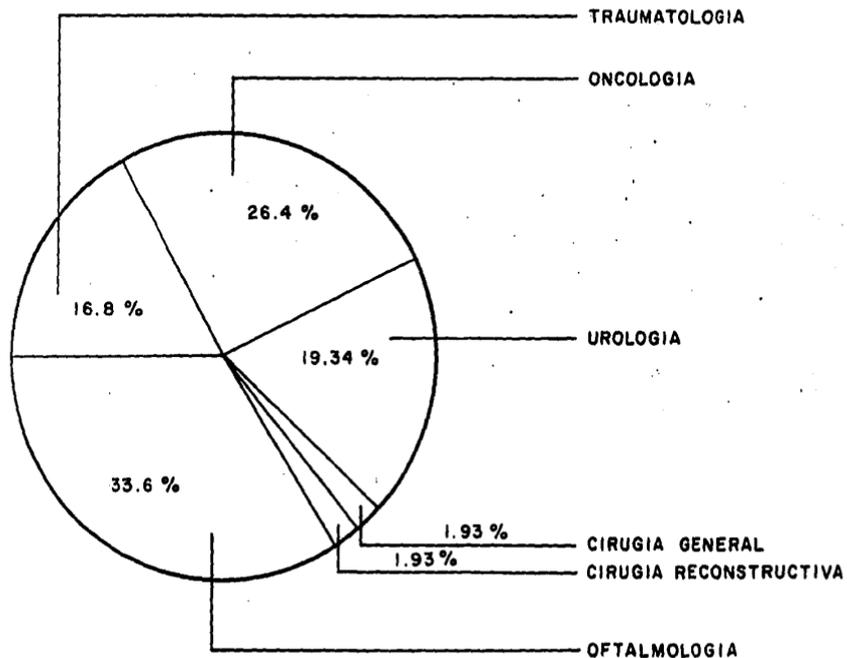


TOTAL SI ○ 287 (ACEPTACION)
 NO ● 144 (RECHAZO)

H.G.R. M.F. No. 1
Morella, Mich.

DISTRIBUCION DE CIRUGIA AMBULATORIA POR ESPECIALIDADES

6



FUENTE: Informe del Programa de
Cirugía Ambulatoria.

H.G.R. M. F. No. 1
Morelia, Mich.

MAD/NOV85

FLUJOGRAMA DE ENCUESTA
Y AREAS DE RECHAZO

MEDICO FAMILIAR



* MEDICO
ESPECIALISTA



* * ASISTENTE DE HOSPITAL
* * ENFERMERIA
* * ANESTESIOLOGIA
* * * PERSONAL COMPETENTE



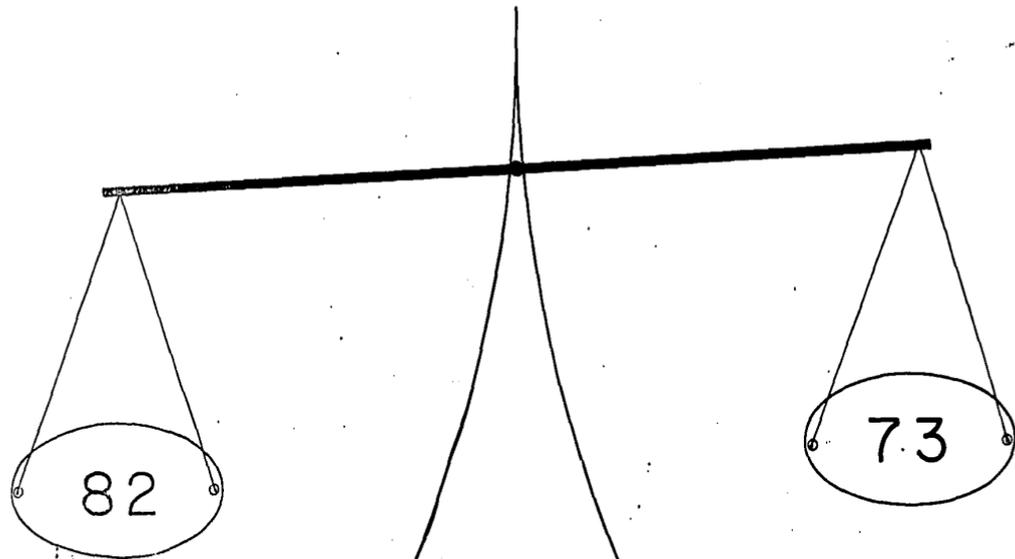
PROCEDIMIENTO
QUIRURGICO



A L T A

* BLOQUEO INICIAL
* * BLOQUEO SECUNDARIO
* * * BLOQUEO TERCARIO

H. G. R. M. F. No 1
Morelia, Mich.



MENOS DE 30 MINUTOS

MAS DE 30 MINUTOS

OPERACIONES REALIZADAS Y TIEMPOS QUIRURGICOS

FUENTE: Informes del Programa
de Cirugia Ambulatoria

H.G.R. M.F. No. 1
Morelia, Mich.