

## COMENTARIOS SOBRE LOS HOSPITALES Y ASISTENCIA MEDICA DE UNO QUE HA VIVIDO 38 AÑOS EN ELLO

Dr. Roberto J. Lucca E.\*

### INTRODUCCION:

Desde el año 1939, cuando comencé como Interno del Hospital "Carlos J. Bello" de la Cruz Roja Venezolana de Caracas, he VIVIDO, no sólo trabajado, en hospitales de distinto tipo y categoría hasta el momento actual. Ello me lleva a tener conceptos y criterios iconoclastas con relación a: programación, construcción, administración prestación de servicios y, algo que sé no gustará, subordinación a las normas y criterios que sobre el particular dicta la Organización Mundial de la Salud.

Vivimos en Venezuela, con sus características sociales y psicología propias, donde no cuajan muchos de los criterios que salen de la Organización antedicha, los que, además, cuando son lanzados a circulación pueden considerarse a veces como obsoletos.

### Plantearé algunos puntos de interés:

1) Considero que hay cierta incompatibilidad entre el criterio y el interés sanitario, y el criterio e interés asistencial. Ejemplo: el dinero que supone salvar cien (100) pacientes con quemaduras de 2do. y 3er. grado en un 70% sería de Bs. 13.000.000,00; dinero suficiente, en mi opinión, para algunas de las campañas de tipo sanitario-preventivo. Además, una generación que hizo una brillantísima labor altamente meritoria con relación a la sanidad y prevención de enfermedades en nuestro medio, necesaria y obligatoriamente se acostumbró a que con relativo poco dinero se conseguía mucho. Por desgracia ahora, exponencialmente, prolongar un año de vida más al venezolano supone una enorme suma de recursos financieros que para algunos sanitaristas no es comprensible.

2) Considero de imperiosa necesidad un mejor intercambio de información y coordinación entre los ministerios de Sanidad y Obras Públicas, los arquitectos y los médicos que VIVEN en los hospitales para planificación, programación y construcción, de éstos. Sin negar méritos al Médico Planificador, también es indispensable oír al que VIVE en los hospitales y que conoce en forma íntima los problemas habidos por una programación no propiamente acertada.

Por ejemplo, considero que en la planeación de un hospital debería obligarse al arquitecto responsable del proyecto a vivir en uno de ellos por lo menos dos meses.

Considero importante que el arquitecto VIVA en un hospital para que entienda que si al personal médico y paramédico que presta "asistencia directa

---

\* Director del Departamento de Anestesiología. Coordinador de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Privado "Centro Médico de Caracas".

al paciente", quitamos de ahí la docencia, familiares, personal rotante, etc., un hospital necesita un 40 a 42% de camas o cuartos para reposar, dormir, cambiarse y bañarse con relación a la totalidad de las camas.

Es costumbre programar un hospital sin recordar que la Ley del Trabajo obliga a las enfermeras a cuatro (4) horas de reposo en cama durante la noche. En cierta ocasión se me comentó que quien hace guardia no duerme; naturalmente esto fue expresado por alguien que nunca hizo guardia. Aquellos que VIVIMOS durante años en los hospitales, sabemos que muchas veces a la primera hora, bien por haber atendido a un politraumatizado, bien por diversas causas, estamos completamente empapados de sangre, vómito, sucio, pantano, etc. Es necesario ir al cuarto a ducharse y vestirse con ropa limpia. Además, como toda organización humana el hospital tiene "horas pico" y horas seno"; es cierto que hay muchísimas "horas pico" y muchas noches donde estas "horas pico" quitan al médico la oportunidad de recostarse. Pero también hay noches que la mengua del trabajo permite al médico reposar o leer en su cuarto durante una o dos horas. Terminada la guardia de aquel que VIVE en el hospital, puede que su trabajo comience en sitio de difícil acceso por el tráfico y descanse en el hospital hasta el momento de ingresar al otro turno, bien sea en el mismo hospital o en otro.

Además, los médicos que no hacen guardia algunas veces se ven obligados a permanecer en el hospital, porque a su paciente, que fue operado de tórax, de corazón o de cualquier otra causa grave, lo ve en peligro de muerte y considera que su deber es el de permanecer en el sitio para hacerle frente a cualquier eventualidad que solamente él está en capacidad de solucionar en un momento dado por tratarse de casos muy especiales. Esto aumentaría, según mis cálculos, a un 45% el número de camas para el personal que VIVE en el hospital.

Por otra parte, es muy importante y necesario intercambiar ideas entre los componentes de los distintos Departamentos o Servicios. Da pena ver cómo hospitales modernos, recién construidos, carecen totalmente de esos ambientes que llaman "Seminarios"; o sea, salones donde los componentes de un Servicio estén en capacidad de reunirse, discutir, leer, escribir, dictar, tener un buen servicio de intercomunicación y, en fin, hacer una vida un poco privada, de discutir privadamente —y no delante de enfermeras y público— los problemas internos. Una cosa muy distinta es una Sección de Secretaría y/o la Sección Administrativa o dependencia u oficina, como se le prefiera llamar, de un Departamento o Servicio. Ahí generalmente se tratan asuntos de índole económico-administrativo, pero no se puede hablar de ciertas cosas que solamente habría que tratarlas o discutir las en los temas de los Seminarios.

3) Es necesario una mejor orientación sobre la realidad de los costos de la asistencia médica. Hay una necesidad imperiosa de sincerar los presupuestos de los hospitales partiendo, por ejemplo, de los siguientes principios (investigación personal):

El costo de la cama hotel/día, el costo de la cama enfermo/día, el porcentaje de ocupación, la permanencia en el hospital y la relación personal paramédico y médico-enfermo.

Con relación a la cama/hotel, que sería aquella donde ingresaría un individuo con aspiraciones únicamente de reposo y en la cual recibiría sólo alimentación y control de signos vitales, costó en el año 1976, Bs. 380,00 diarios. El costo enfermo/día para el mismo año fue de Bs. 800,00; sin incluir para nada honorarios profesionales ni la mayoría de los servicios auxiliares, como: laboratorios, rayos X, etc.; solamente se dividió lo que pagaron los pacientes por la permanencia en sus cuartos más el gasto de medicinas, bandejas de curas, equipos de venoclisis, etc.

De esto se deduce que es imprescindible abaratar en forma urgente el costo de la asistencia, pero no con el criterio de desmejorarla, sino simplemente buscando soluciones viables y que podrían dar un magnífico resultado. Algunas de estas soluciones serían: El desarrollo de las unidades o salas llamadas "Cuidados Intermedios", las cuales en mi opinión, serán el futuro, el "leitmotiv" para todo hospital. Los "Cuidados Intensivos" son sumamente costosos, y la cama particular del paciente, bien sea en la sala de dos o tres enfermos o en cuarto que llaman "privado", para el tipo de asistencia médica requerida y por la cirugía de alto riesgo actualmente realizada, es demasiado peligrosa para el paciente y muy costosa. En cambio, si el hospital funciona alrededor de buenas Salas de Cuidados Intermedios, se atendería mejor a un mayor número de pacientes con un menor número de personal altamente calificado. El público ya lo acepta. Tengo el concepto perfectamente claro sobre el particular; además, he manejado por mucho tiempo una Unidad de Cuidados Intensivos que, aunque no es lo mismo, desde el punto de vista físico ambiental y psicológico del paciente sí lo es. Repito y hago énfasis: creo que el futuro de los hospitales y el abaratamiento de la asistencia hospitalaria está en el desarrollo de las Unidades de Cuidados Intermedios. El cuarto privado o semiprivado de dos o tres camas, serán usados única y exclusivamente para ingresar y quizás uno o dos días para el alta.

Con relación al porcentaje de camas que deberá tener en el futuro la Unidad de Cuidados Intermedios es imprevisible, pero repasando los planes quirúrgicos y las hojas diarias que en nuestro hospital se reparten como información sobre el estado de salud de los enfermos, y considerando que todo aquel que aparezca "de vigilancia" o "de cuidado" debería estar en la Unidad de Cuidados Intermedios, esto supone un 39% de la totalidad de camas; es decir, un 40% para fines prácticos.

Otra forma de abaratar en forma importante el costo del enfermo/día es haciendo uso, hasta donde sea posible, de la intercomunicación efectiva. Al hablar de ella no me refiero a la parte de audio, o sea verbal, sino también física: un buen sistema neumático en un hospital es capaz de reducir en forma importante el personal y, más aún en forma importantísima, el tiempo de funcionamiento de un quirófano. Ejemplo: los quirófanos de un determinado hospital pueden estar en 5º o 6º piso y el Departamento de Anatomía Patológica en el sótano; si se hace una pequeña biopsia de mama a una mujer para corte congelado con Criostato y si el quirófano dispone de un neumático, se manda inmediatamente por este conducto la pieza al laboratorio a donde llega segundos después. Aquí es procesado, elaborado, se hace el diagnóstico y por el neumático se devuelve al quirófano. En cambio, hoy en día ¿qué sucede?: La pieza se la entregan a una auxiliar, ésta va al ascensor del cual

ya todos conocemos los tremendos defectos que padece, luego baja al último piso, entrega a tercera persona la pieza y allí se queda a esperar el resultado; o bien sube, luego el laboratorio procesa pero no envía la pieza, llama al quirófano y la auxiliar tiene que bajar de nuevo. En todo esto pueden transcurrir fácilmente 45 minutos cuando, por intermedio del neumático, hubiese podido ser hecho en sólo 5 ó 10 minutos.

Otro aspecto de interés es la intercomunicación verbal y no de timbre ni de sonido, la cual ha dado en nuestro hospital resultados notables. La llamada por timbre, supone ir al Puesto, al sitio o a la cama del paciente, informarse de qué se trata, regresar al Puesto de Enfermeras, es decir, cuatro (4) viajes; mientras que con la intercomunicación verbal, de una vez el enfermo dice por el intercomunicador lo que desea (puede ser simplemente un vaso con agua) y el servicio se transforma en sólo dos (2) viajes, simplificándose, además, porque no sería entonces labor de enfermera sino de camarera.

Otra forma de abaratar el costo es preparar y planificar una Sección Quirúrgica de Ambulatorio. Advierto que aquí el criterio ambulatorio no es el criterio asistencial; me refiero al paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica de menor cuantía que no necesita permanecer en el hospital más de un día pero que al llegar tiene que tener donde guardar sus pertenencias, donde vestirse, donde regresar del quirófano a fin de tener tiempo de recuperarse lo suficiente del posible mareo que tenga por la impresión o porque necesitó una pequeña analgesia, o por cualquier razón, y donde, entonces, pueda ser recogido por algún familiar para marcharse en la tarde. Pero necesita de una cama —para cada paciente— y de un lugar donde guardar sus artículos personales, ya que para entrar en el área quirúrgica debe estar vestido estéril.

Con relación al porcentaje de pacientes que harían uso de éste y que aliviaría enormemente al hospital, el cual por otra parte se libraría de responsabilidades muy importantes, ya que estaría dado de alta el paciente bajo la supervisión estricta del médico responsable de esta Sala Ambulatoria, sería según el estudio de nuestras hojas de intervenciones, de un 24% del movimiento de quirófanos.

Otro punto que abarataría quizás en forma inesperada en lo cuantioso el costo de paciente/día, sería la creación y programación en todo hospital de los "Moteles Hospitales Anexos" y de los "Albergues o Unidades de Larga Estancia".

Por ejemplo, en nuestro hospital que tiene un altísimo movimiento de Cirugía Oncológica, de Cirugía General de gran categoría y un alto movimiento de Neurocirugía, el promedio de estancia es de cuatro (4) días. Este cuatro que, evidentemente, es bajo, se debe a dos causas: 1ª) A que el enfermo ingresa inmediatamente antes de ser sometido a tratamiento médico-quirúrgico, y 2ª) Que se diluye por los casos de Obstetricia y de Ambulatorios Quirúrgicos o Médicos, y de ORL. Pero estos son precisamente los aspectos de un Hospital General.

Quiero hacer otra observación: no creo que pueden haber hospitales altamente especializados, salvo, quizás, el de niños. En determinados momentos, hace años, pensé que sería muy útil la creación de un Centro de Quemados, pero después de bastante experiencia adquirida sobre el tratamiento de éstos, me he convencido de que es imposible desligar al Quemado de un hospital

general, en donde las especialidades están bien equipadas y manejadas por personal competente. El enfermo con enfermedad única no existe.

4) El desarrollo de las Unidades de Cuidados Intensivos es una necesidad imperiosa para todo hospital que se precie de tal, y según mi experiencia en nuestro hospital, es de un 8% de las camas de hospitalización. Es vital su ubicación y es necesario en nuestro medio que tenga también una Sala de Permanencia de Familiares. Aún más, son muchos los pacientes que llegan directamente de fuera a la Unidad de Cuidados Intensivos y, por ello, también necesitan, como necesitaría la Unidad de Cuidados Intermedios, de "locker" para que provisionalmente ese paciente, mientras se le asigne el cuarto, deje sus pertenencias.

A grandes rasgos, la investigación que he hecho a través de muchos años, pero especialmente aplicándola al año 1976, me permite decir que el costo del paciente grave por día podría ser el siguiente:

Para un quemado 70%, 2do. y 3er. grado cuesta, sin honorarios profesionales, aproximadamente 1.800,00 bolívares diarios y necesita para su rehabilitación completa un promedio de tres (3) meses.

Un insuficiente respiratorio cuesta aproximadamente 1.400,00 a 1.500,00 bolívares diarios, sin honorarios médicos, necesitando generalmente tres (3) semanas para pasar a un enfermo crónico a curado.

Un post-operatorio grave oncológico de los que tanto se hacen actualmente, puede llegar a costar 2.000,00 bolívares/día, sobre todo por la permanencia en la Unidad de Cuidados Intensivos y el uso de la llamada Hiperalimentación; su promedio podría ser de 21 días.

Y podría seguir citando numerosos casos que insospechadamente cuestan verdaderamente una fortuna, y eso es inevitable si se quiere salvar un paciente.

Cuando el que esto escribe estudiaba, el tratamiento de una Neumonía costaba unos pocos bolívares, pero el porcentaje de mortalidad era alto. Actualmente el tratamiento de una Neumonía es alto costo, pero el porcentaje de mortalidad es prácticamente despreciable. Aquellos que se interesen un poco de la parte matemática, sería interesante que buscaran cómo exponencialmente, a partir de determinada edad, mantener un año más de vida a una persona supone una razón logarítmica progresiva.

Otro punto de interés es el siguiente: 1) en la relación de personal paramédico/paciente es de 3.5, siendo posible en nuestro medio por las condiciones ambientales de 3.1. Pero si se aplica en procedimientos modernos, que a continuación enumero algunos, podría llegar a ser 2.5 a 1. Ejemplo: el sistema de archivo de todos los hospitales de Venezuela debería de ser a base, exclusivamente, del número de la célula de identidad del enfermo. Esto facilitaría enormemente el control de información de un enfermo de un hospital a otro, de los datos de ese paciente. 2) La instalación del sistema al estilo SENSOR (como el que tienen los suecos) evita el almacenaje fabuloso de historias y al mismo tiempo permite que en cualquier parte del país, marcando el número de la cédula de identidad del paciente, tener en la pantalla la última información sobre su estado de salud. Esto aparentemente podría ser costoso y utópico, pero, los suecos encontraron que el costo de su asistencia médica iba ascendiendo en

forma exponencial motivada al personal y la solución que encontraron fue el uso del Sistema SENSOR. (Sistema de Computación Nacional).

Por otra parte, todos aquellos que han administrado hospitales saben el problema del archivo y depósito de equipos que no están completamente anticuados pero que son útiles, se va transformando en un verdadero problema físico de ubicación; tanto es que nosotros nos hemos visto obligados a contratar almacenadoras para cierto y determinado tipo de aparatos, equipos que no son descartables por inoperantes, pero cuyo uso no es muy frecuente.

Otro punto que quiero hacer notar es el siguiente: conocido es por todos nosotros el tremendo problema que supone el tránsito, no sólo en la ciudad capital sino también en las otras ciudades capitales de Estado del país, y también la distancia que hay de ciertos medios rurales a los hospitales estatales. Curiosamente no se ha pensado en ninguno de ellos, salvo en el Hospital Militar, en la confección de helipuertos, los cuales si son planificados previamente a nivel de Planta Baja, tendrían un costo prácticamente despreciable, y podría en esta forma zanjarse la posibilidad de la muerte del paciente en el trayecto, por los problemas de vialidad. Además, al margen de las carreteras o autopistas, a cada determinado número de kilómetros (Oficinas de Peajes, etc.), se pueda establecer un pequeño helipuerto, lo que no costaría nada; así el salvamento de los politraumatizados en accidentes de tránsito, etc., etc., sería mucho más eficaz.

A título de curiosidad informo que en Caracas la cantidad de helicópteros, que ahora hay, entre los de la Policía, particulares, Guardias Nacionales, etc., es aproximadamente de 24, y eso ha sucedido en un lapso de muy pocos años. Por tanto, no tiene nada de particular que dentro de tres o cuatro años pueda ser 80 ó 100 helicópteros los que estén prestando servicio a la ciudad en distintas actividades.

Deseo referirme a otro aspecto de interés: todos sabemos los defectos de la telefonía en nuestro medio. Los hospitales deberían tener, como tienen ya los ganaderos, su frecuencia autorizada por el Ministerio de Comunicaciones para tener contacto con las medicaturas rurales y con las diferentes secciones del interior. Los equipos son de muy bajo costo y, por otra parte, para el personal médico que le presta servicios y donde el funcionamiento del teléfono es tan deficiente, podría perfectamente bien pensarse en la instalación, en el Canal 2 de la Banda Ciudadana, de lo que llaman "SINGLE SIDE BAND", que es la única forma de evitar la interferencia de los otros usuarios de esos canales o una frecuencia en 2 metros F. M. con buenas repetidoras. Se observa también la tendencia de hacer en los hospitales grandes auditorios, los que a la larga se transforman casi siempre en sitio de reunión de los sindicatos; esto se debe a que la capacidad física es tan grande que no es copado por el Cuerpo Médico y las reuniones se ven frías y poco ambientadas. Creo más útil hacer dos o tres pequeños auditorios, en forma tal que dos o tres entidades, sociedades, etc., puedan reunirse simultáneamente.

Otro aspecto de interés es el señalamiento de la circulación dentro del hospital. El suscrito ha viajado a bastantes hospitales del mundo y considera que de todos los sistemas que ha visto, el mejor es simplemente el de tiras de color en el piso. Al sujeto, al ingresar, se le entrega una tarjeta del color de la tira que debe seguir y con esa tira llegará al Puesto donde debe ser

recibido. Este sistema de señalamiento de circulación del personal de enfermos, facilita enormemente llegar a donde se desea sin preguntar, y llegar a tiempo a los Puestos de Enfermeras.

Sobre el Puesto de Enfermeras quiero hacer un comentario: El Puesto de Enfermeras en los hospitales actualmente se encuentra convertido en un híbrido donde se cumplen dos funciones: una administrativa y una de enfermería. Sería bueno que en la misma área, con el mismo tamaño, se diferenciara la parte administrativa de la parte de enfermería. Es decir, que en el Puesto de Enfermeras, propiamente dicho, debe haber también un Puesto de Secretaría pero diferenciado, lo que es imprescindible actualmente.

Con relación al tipo de circulación dentro del hospital, el ideal sería que fueran tres:

- 1) La circulación médica y paramédica.
- 2) La circulación de limpieza.
- 3) La circulación flotante.

Pareciera que esto es imposible, pero no lo es; es totalmente factible.

Otro aspecto de interés se refiere a los parlantes: Un hospital es un mundo tal que las llamadas luminosas no cumplen su función; los parlantes bien ubicados, a un volumen conveniente que no moleste, bajaron en nuestro hospital la mortalidad por Paro Cardíaco, del 70% al 30%, con simplemente lo que se llama "Clave 1". Al decir el parlante: "Clave 1, sitio tal...", se desplaza hacia el lugar un determinado tipo de médicos ya debidamente seleccionados o el que está a la mano en ese momento. Además, hay otras claves, por ejemplo: Clave 2: Incendio, Clave 3: Atraco, Clave 4: Inundación. Y podrían establecerse todas las claves que sean necesarias para no alarmar al público.

A título de información podría decir que la Clave de Atraco en nuestro hospital, en dos ocasiones salvó la situación y los asaltantes fueron capturados; porque basta con levantar el teléfono y discar a Central y decir "Clave 3", consultorio tal...", y las puertas del hospital son controladas por los serenos.

Un último dato de interés es que, según la OMPU, un hospital de 150 camas, necesita 800 puestos de estacionamiento para automóviles.

#### **CONCLUSION:**

Es necesario adaptarse mentalmente al concepto de que hoy en día, bien sea a nivel privado o del Estado, la asistencia médica es costosa si se presta como es debido.

#### **NOTA:**

A pesar de que este trabajo fue leído frente a la reunión de la Asociación Venezolana de Hospitales, en Puerto La Cruz, del 12 al 14 de Octubre de 1977, y posteriormente publicado en "Técnica Hospitalaria", Volumen XXV, No. 2 Junio 1978, lo considero válido para el momento actual, pero teniendo en cuenta el aumento de los costos por hospitalización, equipos y tratamiento.

Así pues, el costo de un quemado, de un post-operatorio grave, de un insuficiente respiratorio severo, etc., son en la actualidad mucho mayores. Sin embargo, el "leit-motiv" del trabajo que se refiere al hecho de que en el trabajo hay que tener conciencia que la asistencia es muy cara, comparada con sanidad sigue perfectamente evidente.