



**CURSO DE POSGRADO
PLANIFICACIÓN DEL RECURSO FÍSICO EN SALUD**

**Organizan:
Universidad Nacional de Lanús (UNLa)
Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria (A.A.D.A.I.H.)**

TRABAJO MONOGRAFÍA

CENTROS de CIRUGÍA AMBULATORIA

Modelo “a la medida” de su tiempo

Arq. Victoria Ardizzone

Arq. Susana Sosa

Marzo 2013

ÍNDICE

Introducción.....	3
Capítulo 1.- Cirugía ambulatoria: la práctica médica.....	5
1.1.- Breve reseña histórica.....	7
1.2.- Ventajas e inconvenientes de la cirugía ambulatoria.....	10
Capítulo 2.- Centros de cirugía ambulatoria: el modelo prestacional.....	13
2.1.- Clasificación según funcionamiento: tipos de unidades.....	13
2.2.- Objetivo de la atención en un CCA.....	15
2.3.- Selección del paciente de cirugía ambulatoria.....	16
2.4.- Tipos de cirugías practicables según modalidad de funcionamiento...	18
2.5.- Cuerpo normativo- Certificación y acreditación.....	20
Capítulo 3.- Proyectar un CCA.....	26
3.1.- Ejemplos de modalidades funcionales.....	28
3.1.1.- CCA integrado a una institución de salud: Sanatorio Finochietto.....	28
3.1.2.- CCA autónomo: Instituto Quirúrgico de Callao.....	32
3.2.- Ventajas y desventajas de cada modalidad funcional.....	35
Capítulo 4.- Situación actual y perspectivas.....	40
4.1.- El presente en nuestro país.....	40
4.2.- Perspectivas de futuro.....	42
Conclusiones.....	45
Bibliografía.....	48
Anexo I.....	50
Anexo II.....	51

INTRODUCCIÓN

La constante y dinámica evolución de la ciencia médica, los avances tecnológicos y los cambios en las prestaciones y tratamientos han demandado la aparición de nuevas propuestas en los edificios de salud.

El hospital como tipología va modificando su estructura y configuración. El costo de internación, la falta de camas, y los quirófanos insuficientes para atender la creciente demanda actual, han sido decisivos a la hora de intentar nuevas y menos costosas modalidades para la práctica quirúrgica. Como oportuna respuesta a esta búsqueda surgen los Centros de Cirugía Ambulatoria (CCA). Nacen como una nueva “tipología de edificios de salud”, si la definimos desde la relación entre el programa médico arquitectónico y el edificio.

El objetivo de este trabajo es presentar esta nueva tipología, explorar las posibles variantes de funcionamiento, conocer sus posibilidades y obtener conclusiones que nos ayuden a pensar el futuro.

Para brindar un marco adecuado, diferenciaremos conceptualmente a la cirugía ambulatoria como práctica y como modelo de gestión. Para lograrlo definiremos esta modalidad de la cirugía (práctica médica) desde sus diferentes aspectos: jurídico, social, económico, administrativo y arquitectónico.

Haremos una breve reseña histórica para entender su evolución hasta nuestros días. La cirugía nació ambulatoria y acompañó al hombre desde sus orígenes. Hoy esta modalidad se encuentra en pleno desarrollo, ya que está íntimamente relacionada con las necesidades de la sociedad cambiante a escala mundial, y al desarrollo diario de las tecnologías médicas. Esta realidad provoca constantemente nuevas demandas, generando variadas respuestas. Las clasificaremos y podremos avanzar sobre la cirugía ambulatoria como modelo de gestión, los Centros de Cirugía Ambulatoria (CCA).

Esta modalidad en la prestación de servicios médicos originó reformulaciones en la normativa que se deben respetar al proyectar un CCA, así como también en las formas de acreditación. Las expondremos, con la intención de destacar la importancia que tienen la participación de las Sociedades Científicas en la evaluación de la calidad del modelo.

Avanzaremos sobre las particularidades a tener en cuenta al proyectar un CCA. Expondremos las diferentes posibilidades de unidades de esta naturaleza, para

enumerar sus ventajas e inconvenientes. Ejemplificaremos casos de Centros de Cirugía Ambulatoria de diferentes características, integrado y autónomo.

Si bien la cirugía sin internación no es nueva, en los últimos cuarenta años ha tenido un crecimiento relevante en el mundo. En nuestro país, a diferencia de lo que ocurrió en otras latitudes donde se han realizado esfuerzos para difundirla, sólo a partir de los últimos veinte años se la ha redescubierto y aceptado. Buscaremos los posibles motivos de esta realidad.

Nuestra intención es que el presente trabajo nos permita destacar la presencia de esta nueva tipología, inserta en los avances del modelo en la mayoría de los países desarrollados. Intentamos además contribuir con ideas para pensar el futuro, a fin de que los equipos profesionales puedan contar con las herramientas para responder a los cambios de modalidad de atención que se producen en un sector tan dinámico como el de la salud.

Esperamos que puedan generar interés, en especial en profesionales de distintas disciplinas -médicos, arquitectos, sociólogos-, para planificar en salud anticipándose a los nuevos desafíos.

Capítulo 1.- CIRUGÍA AMBULATORIA: LA PRÁCTICA MÉDICA

La Cirugía Ambulatoria es un tipo de Cirugía en la cual el paciente es operado y enviado el mismo día a su hogar, es decir, que requiere poco tiempo de estadía en el Establecimiento después de efectuado el procedimiento. Según Ferraina (1991) se puede afirmar que existen dos tipos de Cirugía Ambulatoria: la **Menor**, que es realizada con anestesia local y alta inmediata del paciente; y la **Mayor**, que incluye un período de observación y monitoreo del paciente antes de su alta. En este trabajo apoyamos la opinión de Ferraina (1991), que afirma que “debe denominarse Cirugía Ambulatoria solamente a la definida anteriormente como Cirugía Ambulatoria Mayor”

Esta modalidad es cada vez más común, por el rápido avance tecnológico (tanto de equipos que permiten efectuar procedimientos menos invasivos, como de drogas y anestésicos).

Una cirugía mayor ambulatoria -CMA- es un acto quirúrgico mayor, que puede ser de urgencia o programado. Según Menéndez Gac (2.007) “lo que diferencia a una Cirugía Mayor Ambulatoria de otra cirugía es que, si bien se realiza en un pabellón ambulatorio o central, la recuperación del paciente se hace en domicilio, **sin pasar la noche hospitalizado**. Por lo anterior, podemos decir que es un sistema alternativo a la hospitalización que permite atender a más pacientes con menos camas”.

En la Resolución 1712/2005, el Ministerio de Salud de la República Argentina se define la Cirugía Ambulatoria de la siguiente forma:

Art. 2º - Entiéndase por Cirugía Menor Ambulatoria a los procedimientos quirúrgicos menores que se realizan con anestesia local y que, sin ningún período de recuperación, permiten al paciente retirarse del consultorio o centro en forma inmediata.

Art. 3º - Entiéndase por Cirugía Mayor Ambulatoria a la modalidad de prestación del servicio quirúrgico realizada con anestesia local, regional o general, que requiere que el paciente reciba cuidados post operatorios poco intensivos, y cuya duración no podrá ser mayor a SEIS (6) horas, por lo que no necesitan internación y que cumplido el período de recuperación son derivados a su domicilio. Estos procedimientos son realizados dentro de un horario establecido en la Resolución 911/04 del MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE.

Con una mirada más amplia, la cirugía ambulatoria es un tipo de práctica médica que puede ser definida desde diferentes enfoques de la prestación de los servicios de salud. En sí misma es un modelo de atención médica.

Según Menéndez Gac (2007) Si bien no todas las cirugías son factibles de realizar de forma ambulatoria, casi el 75% de las cirugías se pueden efectuar de esta forma.

Existen diferentes aspectos que deben considerarse acerca de esta práctica quirúrgica.

Encontramos en los puntos de vista contemplados por Jaramillo Mejía (2005) un panorama completo para conocerla integralmente. Podemos definirla desde cada uno de los siguientes aspectos:

Desde el punto de vista jurídico, es posible delimitar de una manera bastante específica las obligaciones de las partes interesadas y esto hace que la relación contractual tenga más semejanzas con un contrato de obra, que con un contrato de venta de servicios hospitalarios.

Desde la consideración arquitectónica, la cirugía ambulatoria es aquella que se realiza por fuera de los quirófanos de uso general de una institución hospitalaria, bien sea en un centro de cirugía ambulatoria independiente o en un programa de cirugía ambulatoria que dependa de una institución con internación.

Desde la óptica administrativa, la cirugía ambulatoria es aquella que no genera un ingreso hospitalario, porque el paciente no duerme en el centro de cirugía, se marcha para su casa antes de las 6 a 8 hs. de postoperatorio y en horario diurno. Los procesos administrativos de una cirugía ambulatoria deben ser más simples, menos engorrosos y mejor estructurados que los que corresponden internación.

El paciente ambulatorio puede realizar los trámites de la admisión minutos, horas o días antes de la cirugía. Generalmente espera que no lo demoren y exige diligencia en los procesos. Estas instituciones desarrollan procesos administrativos específicos para sus pacientes más personalizados, ágiles y eficientes.

Desde la apreciación funcional, una cirugía ambulatoria es aquella que le permite al paciente irse por sus propios medios para su casa el mismo día que lo operan, porque puede "deambular" y "cuidarse solo", o con ayuda de un pariente.

En el aspecto prestacional, Jaramillo-Mejía (2005) entiende que el modelo de atención ambulatorio considera que la cirugía es otro campo más de la medicina, en el cual los pacientes pueden ser cuidados "en su casa", por su familia, con la orientación y el apoyo del personal de salud.

Desde el punto de vista médico, La Cirugía Ambulatoria es un tipo de Cirugía en la cual el paciente es operado y enviado el mismo día a su hogar, es decir, que

requiere poco tiempo de estadía en el Establecimiento después de efectuado el procedimiento.

Estas ópticas nos permiten vislumbrar los cuatro **principios filosóficos básicos** que sustentan este tipo de prácticas:

1. Prevención y disminución del sufrimiento que provoca la cirugía
2. Respeto por el paciente y su familia
3. Minimizar en lo posible las intervenciones
4. Brindar máxima seguridad

1.1- BREVE RESEÑA HISTÓRICA DE LA CIRUGÍA AMBULATORIA:

Mucho se ha escrito sobre la historia de la Medicina, y de la cirugía en particular. Al leer los tratados y documentos que nos legaron las culturas que nos precedieron, aparecen referencias a esta modalidad de la práctica quirúrgica que hoy nos ocupa. Arduo sería leer y sintetizar todo el material existente. Intentamos solamente presentar el marco histórico de nuestro tema. Por eso, elegimos remitirnos a publicaciones existentes cuyos autores Ferraina (1991) y por Rojas-Pérez (2012) nos brindan reconocida confiabilidad científica.

Desde antes de la aparición de la escritura, las primeras manifestaciones artísticas realizadas por el hombre, muestran evidencia de prácticas quirúrgicas primitivas y rudimentarias. Esto ubica a **la cirugía como una de las profesiones más antiguas en la evolución de la sociedad**, y ésta era ciertamente ambulatoria. A partir de la lectura y análisis de documentos sobre investigaciones realizadas por Ferraina para el relato oficial del LXII Congreso Argentino de Cirugía, publicado por de la Revista Argentina de Cirugía, año 1991, conocemos los orígenes de esta práctica:

Ferraina (1991) cita a J.H. Breasted ¹ quien afirma que “en la primera publicación conocida de una intervención quirúrgica, escrita por el médico egipcio Imhotep, se relatan 48 casos quirúrgicos con tratamiento racional y ambulatorio”.

El mismo autor continúa mencionando “el Susruta Samhita (Susruta Collection), el “Gran Libro de la Medicina India” donde se relatan este tipo de cirugías realizadas entre el 800 A.C. hasta el año 400 D.C.”²

Refiere también que muchos de los procedimientos quirúrgicos descriptos por Hipócrates, respondían a tratamiento ambulatorio. Si bien casi toda la cirugía se

¹J.H. Breasted: The Edwin C. Smith Papyrus Chicago. University of Chicago Press. 1930. 2ºvol.

² Garrison F. H.: The history of medicine. Philadelphia. W.B. Saunders company.p.72

realizaba de este modo, el sistema militar romano, contaba con Hospitales. Luego se inician los hospitales cristianos, los de la Edad Media contaban con cinco secciones, una de ellas dedicada a la cirugía ambulatoria.³

En la Edad Media, surgen las familias de “cortadores” ambulantes, que operaban cataratas, cálculos urinarios o hernias. Hasta fines del siglo XIX sólo los pobres se atendían en hospitales, el resto lo hacía en sus casas o en consultorios.

A partir de la aparición de la técnica quirúrgica aséptica en 1880, estas prácticas se concentraron en los hospitales.⁴

Según Rojas-Pérez (2012):

Cita a James H. Nicolls quien en la reunión de la British Medical Association en 1909, refirió 8.988 operaciones en niños realizadas durante el período 1.899-1.908 en el Glasgow Royal Hospital, sin admisión de los pacientes. Las conclusiones de su trabajo fueron que los buenos resultados permitieron que los chicos permanecieran con sus madres luego de la operación en casas cercanas a los hospitales. También concluyó que la internación en las intervenciones en adultos era muy prolongada y abogó por la deambulación precoz y el alta temprana.⁵

En relación a ello, relata Ferraina (1991), citando al mismo autor⁶:

En otro trabajo, cuatro años después, sostuvo que en las operaciones de hernia su estadística había demostrado que la modalidad ambulatoria era segura y eficiente. En 1913, Fullerton concluyó que estas operaciones podían realizarse en forma ambulatoria y designó en el Belfast Hospital for Sick Children un quirófano para este tipo de prácticas, siendo el primero de que se tiene noticias.

La primera operación con anestesia general hecha en forma ambulatoria se realizó en Iowa, Estados Unidos. Waters⁷ de la Sioux City publicó su caso en el 4° Annual Meeting of the Interstate Association of Anesthetists, en Indianápolis, en 1918. “The Down-Town Anesthesia Clinic” fue la primer clínica con esta modalidad, sin embargo pasaron varias décadas para que los anestésicos y cirujanos aceptaran este sistema luego de una anestesia general.

En Escocia, probablemente por falta de camas de internación y a las limitadas condiciones económicas, prosperó esta idea. En 1938, Gertrude Herzfeld⁸ publicó 1.000 hernias operadas en menores de 12 años en el Royal Edinburg Hospital for Sick Children, todas con anestesia general, y sus conclusiones fueron que los resultados fueron iguales a los tratados en forma internada, evitando los trastornos de esta última modalidad.

³ Guthrie D.: A history of medicine. London. Thomas Nelson & Son. Ltd. 1945.

⁴ Guthrie D.: A history of medicine. London. Thomas Nelson & Son. Ltd. 1945.

⁵ Nicoll J. H.: The surgery of infancy. Proceedings of 77th Annual Meeting of the British Medical Association. Br. Med.J.,2:753.1909

⁶ Nicoll J. H.: Six cases of hidrocele in infant treated by operation. Br. Med. J., 1: 384, 1913.

⁷ Waters R. M.: The down-town anesthesia clinic. Am. J. Surg. (Anesthesia Supplement). 33:7, 1919.

⁸ Herzfeld G.: Hernia in infancy. Am. J. Surg., 39: 422, 1938.

Desde entonces, hasta nuestros días se presentaron trabajos científicos que demostraron la seguridad de la deambulaci3n precoz. Podemos mencionar entre los defensores de esta modalidad a Erie Ries⁹ de Chicago, a Boldt¹⁰ de New York, a Howard Kelly¹¹ del John Hopkins, y a Farguharson¹² de Escocia, y a Stephens y Dudley¹³, quienes en el Reino Unido en 1950 fueron los encargados de establecer las primeras normas para algunas cirugías de esta modalidad.

En su recorrido por la historia de la cirugía ambulatoria, Ferraina (1991) afirma que el primer programa moderno en Estados Unidos de esta modalidad fue la unidad abierta en 1961 en Grand Rapids (Michigan), en el Butterworth Hospital¹⁴. Pocos años después, en 1965 un centro de cirugía ambulatoria fue establecido por James Treloar y P. Klassen en Vancouver. Ya hacia 1980, el crecimiento de esta práctica era notable y estaban establecidas sus ventajas económicas, seguridad y beneficios. El "Annual Survey of Hospital- 1968", de la American Hospital Associations¹⁵ consigna que el número de procedimientos quirúrgicos ambulatorios realizados anualmente aumentó de 3,2 millones a 8,7 millones. A su vez, la Health Care Financing Administration (HCFA) publicó que el número de centros de esta especialidad aprobados por Medicare creció de 150 en 1983 a 838 en 1988, atribuyéndolo en parte a avances tecnológicos, técnicas modernas de cirugía endoscópica y el Láser.

Al referirse a la situaci3n en Argentina, continúa diciendo que a pesar de que algunas publicaciones referían procedimientos de cirugía ambulatoria en 1960¹⁶, y en el Hospital de Clínicas de Buenos Aires en 1965, Perraines¹⁷ inició un programa de cirugía infantil sin internaci3n; esta modalidad de tratamiento apenas se había desarrollado en 1991, a excepci3n de algunas especialidades como ginecología, oftalmología, y cirugía plástica. Destaca también que algunos hospitales comenzaron programas (Hospital de la Comunidad, de Mar del Plata. Hospital Británico. Hospital

⁹ Ries E.: Some radical changes in the after-treatment of celiotomy cases. J.A.M.A., 33: 454, 1899.

¹⁰ Bolt H. J.: The management of laparotomy patients and their modified after treatment. N. Y. Med. J., 85: 145, 1907.

¹¹ Kelly H. D.: Getting up early after grave surgical operations. Surg. Gynecol. Obstet., 13: 78, 1911.

¹² Farguharson E. L.: Early ambulation with special reference to herniorrhaphy as an out patient procedure. Lancet, 2: 517, 1955

¹³ Stephena F. O. and Dudley BAF: An organization for out-patient surgery. Lancet, 1: 1042, 1961.

¹⁴ Butterworth Hospitals News. Grand Rapids. MI. June. 1961.

¹⁵ Joint Commission on Accreditation of Hospitals: Accreditation manual of ambulatory health care. Chicago, pp. 31. 1986.

¹⁶ Mazzariello R. M.: Alcances de la cirugía ambulatoria. XVIII Jornadas Quirúrgicas. Paraná. 1960. Fasc.2: 273.

¹⁷ Perraines. Comunicaci3n personal del autor:: Ferraina. 1991.

de Clínicas) y algunos Seguros de Salud comenzaron a implementar centros independientes de cirugía ambulatoria.

Desde entonces, el crecimiento de este tipo de Centros ha sido importante en casi todos los países desarrollados y ha aumentado. En nuestro país, con menor intensidad se ha aceptado y ha comenzado a desarrollarse gradualmente.

1.2.- VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LA CIRUGÍA AMBULATORIA:

La Cirugía Ambulatoria tiene muchas ventajas tanto para el paciente como para el equipo médico y técnico. Según Sánchez de la Vega, D. y Esteban, F. (2005), “las cirugías de corta estancia se acompañan de ventajas importantes pero no están exentas de inconvenientes”. Las enumeramos a continuación.

Las principales **ventajas para el paciente** son las siguientes:

- 1) Tiene la posibilidad de recuperarse en su domicilio, en su ambiente familiar. Según el caso, el paciente recibe al equipo de monitoreo en su casa, recibiendo la misma atención personalizada y de calidad que recibiría internado en el establecimiento de salud. Se le efectúan los controles adecuados del dolor post-operatorio.
- 2) Al pasar el menor tiempo posible es el Instituto de Salud, decrece la posibilidad de contraer una infección intrahospitalaria.
- 3) Considerable disminución en los costos de Internación.
- 4) Esta metodología propone afectar lo menos posible la vida cotidiana del paciente, es decir, que puede retornar a sus actividades habituales en poco tiempo. En el caso de pacientes muy jóvenes la conveniencia es más sensible, ya que están involucrados los padres o tutores en el tiempo de recuperación.
- 5) El paciente no se siente desplazado por otro paciente que padece una patología más grave, como pasaría en un hospital general. Es decir, recibe atención más personalizada de la que recibiría en una institución con Internación.
- 6) Menor tiempo de admisión.

Para **el prestador del servicio, las ventajas** son las siguientes:

- 1) En un CCA el servicio ofertado está mejor organizado y ajustado a las necesidades del paciente.
- 2) Al ser más restringido el trabajo del cuerpo médico y de enfermeras, se estrecha y personaliza la relación médico/enfermeras-paciente.
- 3) Considerable disminución en los costos. Dice Ferraina (1991) que “la cirugía ambulatoria significa una disminución de gastos que puede llegar hasta el 70% para algunos procedimientos y que incide ya sea en el paciente o en el seguro médico.”

4) La Cirugía Ambulatoria se ha convertido en una alternativa al problema de Sanatorios con faltas de camas disponibles. De esta manera, los pacientes con más gravedad pueden acceder a una cama que sería ocupada por un paciente que se está recuperando en su domicilio.

En cuanto a las **desventajas**, podemos sintetizar lo siguiente:

1) Incumplimiento de las instrucciones preoperatorias. Muchas veces el paciente no respeta las instrucciones dadas por el cirujano, generando una reprogramación del procedimiento, y retrasos en la agenda.

2) Necesidad de transporte. Es esencial que el paciente tenga un medio de transporte, y un familiar o persona de confianza para trasladarse a su domicilio después de recibir el alta. Necesidad de transporte para eventual derivación de urgencia.

3) Las personas que no cuentan con algún familiar capaz de cuidarlos no están aprobados para ser atendidos en forma ambulatoria. En casos especiales se puede contratar personal enfermero para cumplir esta función.

4) Posibilidad de complicaciones que requieran internación de urgencia. “Es la desventaja más seria, y puede suceder que no se diagnosticó o se subestimó condiciones agudas o crónicas” Ferraina (1991)

Sánchez de Vega y Esteban (2005) lo resumen gráficamente (Tabla N° 1)

Tabla N°1. Ventajas e inconvenientes de la cirugía ambulatoria o de corta estancia

Ventajas	Inconvenientes
<p>Paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menor impacto emocional y físico de la cirugía • Mejor calidad y mayor satisfacción • Menor separación de la familia • Menores cambios en los hábitos personales y familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> • Temor o desconfianza del paciente • Traslado del peso de la recuperación al domicilio • Aumento de los gastos indirectos por traslado de gastos de asistencia al paciente. • Cambio de las rutinas familiares y domiciliarias.

Ventajas	Inconvenientes
Institucionales: <ul style="list-style-type: none"> • Reducción de las listas de espera • Mejorar la satisfacción del cliente • Uso más racional de los medios • Redistribución de camas, personal e instalaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de personal e instalaciones específicos • Duplicidad de instalaciones • Olvido o retraso en la instalación de otros problemas estructurales.
Económicas: <ul style="list-style-type: none"> • Descenso de gastos médicos directos 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento inicial de gastos estructurales • Supremacía del criterio economicista de la asistencia.
Médicas: <ul style="list-style-type: none"> • Menor agresión quirúrgica • Descenso de la frecuencia de afecciones nosocomiales • Acortamiento de la convalecencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inseguridad en el cumplimiento de las instrucciones médicas • Riesgo de mayores complicaciones • Posibilidad de aumento de denuncias legales • Cambio de condiciones laborales (turnos, actividad) • Sobrecarga de los servicios quirúrgicos con patologías complejas.
Otros:	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios formativos en alumnos y residentes (programas, técnicas) • Escasez de los generalistas y plétora de superespecialistas. • Cambios en la relación cirujano-enfermo.

Fuente: Sánchez de Vega y Esteban (2005). p. 313

Capítulo 2.- **CENTROS DE CIRUGÍA AMBULATORIA: EL MODELO PRESTACIONAL**

Para definir una unidad de cirugía ambulatoria nos apoyamos en Ferraina (1991), quien afirma:

Una unidad de cirugía ambulatoria es, por definición un edificio estructurado para un tratamiento quirúrgico programado cuyos pacientes arriban y se retiran del mismo en el día. Por lo tanto, las habitaciones de internación no son necesarias. Pero sí son necesarias las áreas de recuperación, de revisión, los servicios sanitarios, mantenimiento, servicios generales, como así también RX, laboratorios, sector de historias clínicas, y espacios destinados no sólo al personal sino también a los pacientes y sus familiares. Las áreas de operaciones y recuperación son tan complejas en lo mecánico y eléctrico como lo son en un hospital general.

2.1.- CLASIFICACIÓN SEGÚN FUNCIONAMIENTO: TIPOS DE UNIDADES

¿Dónde se pueden realizar las cirugías ambulatorias?

Conceptualmente, la clasificación más amplia presenta dos opciones fundamentales:

- 1) UNIDAD INTEGRADA: Se comparten los quirófanos y salas de recuperación del hospital. En un área especialmente destinada dentro del hospital se realiza evaluación pre-quirúrgica y control post operatorio.
- 2) UNIDAD AUTÓNOMA: es independiente. No forma parte de otra Institución de salud, ni geográfica ni administrativamente.

Existen otras posibilidades, que podemos calificar de variantes de funcionamiento de la versión Integrada:

- 1) UNIDAD CONTROLADA POR EL HOSPITAL: ubicada en el área del hospital pero su funcionamiento es autosuficiente. Brinda toda la atención en forma independiente de los demás servicios del hospital.
- 2) UNIDAD SATÉLITE DEL HOSPITAL: unidad localizada fuera del área geográfica del hospital pero es patrocinada y administrada por él.

Según Menéndez Gac (2007) se puede practicar Cirugía Mayor ambulatoria en las siguientes unidades:

- 1) Integrada al hospital
- 2) Freestanding o independiente

- 3) Office Based
- 4) Basada en Hospital

Si bien las denominaciones son diferentes, ambas clasificaciones son equivalentes por definición.

La normativa vigente en nuestro país clasifica a los CCA según complejidad de la cirugía a realizar en tres categorías:

- 1) Quirófanos anexos a consultorios
- 2) Centros Médicos que realicen Cirugía Menor Ambulatoria
- 3) Centros Médicos que realicen Cirugía Mayor Ambulatoria

En la Resolución 1712/2005 del Ministerio de Salud de la República Argentina establece lo siguiente:

Art. 4º - Establécese que los quirófanos anexos a consultorios deberán cumplimentar los requerimientos definidos en el ANEXO I y sólo podrán realizar Cirugía Menor Ambulatoria. Entendiéndose por Cirugía Menor Ambulatoria a la descripta en el Artículo 2º.

Art. 5º - Establécese que los quirófanos de los Centros Médicos que realicen Cirugía Menor Ambulatoria deberán cumplimentar los requisitos establecidos en el ANEXO II de la presente. Entendiéndose por Cirugía Menor Ambulatoria a la descripta en el Artículo 2º.

Art. 6º - Establécese que los quirófanos de los Centros Médicos que realicen Cirugía Mayor Ambulatoria deberán cumplimentar los requisitos establecidos en el ANEXO III de la presente. Entendiéndose por Cirugía Mayor Ambulatoria a la descripta en el Artículo 3º.

En el Anexo I de la Resolución, se define el concepto de Quirófano Único Anexo a Consultorio, se enumera las características programáticas y de materiales a utilizar, y se describe sus accesos y Circulaciones. A su vez, se enumeran los elementos del equipamiento que debe contener. Luego enumeran las características programáticas de la Sala de Recuperación y su equipamiento, y del Vestuario y Sanitario para Personal y Pacientes.

En el **Anexo II** de la Resolución, se define el concepto de Centro de Cirugía Menor Ambulatoria, y se procede a describir las características constructivas en general, las características programáticas de los accesos y circulaciones, instalaciones necesarias, y condiciones de seguridad. Por último enumera las áreas generales y comunes que debe tener un CCA (consultorios, salas de espera y área de recepción de pacientes).

En el **Anexo III** de la Resolución, se define el concepto de Centro de Cirugía Mayor Ambulatoria, y se procede a describir las características constructivas en

general, las áreas generales y comunes, las áreas quirúrgicas, las áreas complementarias (salas de recuperación y preparación de pacientes), los vestuarios para personal y pacientes.

Según Davis (1987), la accesibilidad, ausencia de barreras arquitectónicas, y el perfil del barrio que lo rodea, son de los factores más importantes a la hora de elegir una ubicación para implantar un CCA.¹⁸

2.2.- OBJETIVO DE LA ATENCIÓN AMBULATORIA EN UN CCA

Según Menéndez Gac (2.007) El objetivo del Servicio de Cirugía Mayor Ambulatoria es:

- Mantener a las personas en su medio natural, especialmente niños y ancianos.
- Optimizar el uso de las camas.
- Aumentar el acceso a los servicios quirúrgicos de los pacientes seleccionados
- Disminuir el riesgo de infecciones nosocomiales
- Disminuir la estadía media preoperatoria

Dice Davis (1987) respecto de este tema:

El éxito de un CCA depende de los siguientes parámetros: Flexibilidad del Programa (posibilidad de modificaciones según las necesidades del cuerpo médico, circunstancias socio-económicas, discapacidades varias, edades de los pacientes, tipos de procedimientos a efectuar, volumen de pacientes y necesidades post-operatorias); Participación (por parte del cuerpo médico, instrucción de pacientes, personal administrativo, equipo de seguimiento post-operatorio); Competencia (entre CCA mediante la incorporación de tecnología); Satisfacción del Paciente; una Estructura de Organización (la que a su vez, mejora las vías de comunicación entre las partes); Políticas y Procedimientos (manual de procedimientos, planilla de horarios, etc.)¹⁹

Según Jaramillo Mejía (2.005):

El objetivo primordial de la atención ambulatoria no es reducir los costos, sino prevenir el sufrimiento que puedan ocasionar la cirugía y la internación. Dado que la mayor fuente de sufrimiento es el miedo a lo desconocido, el personal de salud debe educar al paciente y a su familia. Además, la cirugía ambulatoria requiere auto-cuidado en casa, evaluación del curso postoperatorio por la familia, aplicación de medicamentos y curaciones en el hogar, desplazamientos a los centros médicos para control y gasto de dinero. Entonces, antes de la cirugía, se debe establecer si el paciente cumple con los criterios de admisión del servicio, si va a recibir los cuidados que necesita en el hogar, si el paciente y su familia pueden entender las instrucciones y recomendaciones que les da el personal de salud y si ellos pueden participar activa y eficazmente en la atención postoperatoria.

¹⁸ Traducción de la Arq. Victoria Ardizzone

¹⁹ Traducción de la Arq. Victoria Ardizzone

2.3.- SELECCIÓN DEL PACIENTE DE CIRUGÍA AMBULATORIA

Tabla N°2. Selección del paciente de cirugía ambulatoria

Estado Físico: Buen estado físico, activo, y sin limitaciones funcionales, constitución normal o sobrepeso con IMC inferior a 35.

Drogas o medicación excluyente: Alcoholismo, drogadicción, esteroides sistémicos, anticoagulantes, digoxina, inhibidores de la monoaminoxidasa, antiarrítmicos, nitroglicerina.

Enfermedades asociadas excluyentes: Hipertensión no controlada ($\geq 170/100$), angina o infarto previos, valvulopatía sintomática, insuficiencia cardíaca, asma o enfermedad obstructiva crónica, diabetes insulino-dependientes o diabetes no-insulino-dependientes no controlada, hepatopatía, accidente cerebro-vascular.

Fuente: Sánchez Vega, D. y Esteban, F. (2005).p. 316

Respecto de este tema, Ferraina (1991) afirma:

Debe ser alguien preparado psicológicamente para retirarse tan pronto como pueda y capaz de asumir un razonable grado de responsabilidad para su cuidado posoperatorio inmediato. (...) Como en todos los grupos, el estado psicológico es más importante que la edad cronológica.

El cuidado en todas las etapas quirúrgicas, desde el preoperatorio resulta relevante, al respecto, Jaramillo Mejía (2005) sostiene “Se han descrito muchos métodos para brindar información pero lo realmente importante es que todos los profesionales se preocupen por ofrecer instrucción, de una manera directa, clara y afectuosa”.

Por lo tanto se deben cumplir los siguientes ítems:

1. Los pacientes deben asistir antes de la cirugía a una consulta con los profesionales para detectar cualquier posible factor de riesgo: evaluación del paciente. Se entregan indicaciones y se resuelven dudas. (ver Anexo I)
2. La institución debe establecer normas de atención precisas para brindar seguridad y fomentar la común aceptación médico-paciente.
3. Los quirófanos deben contar con las instalaciones médicas e insumos necesarios para las cirugías. Se debe contar con un equipo de radioscopia

televisada, servicio de laboratorio y hemoterapia externo si es necesario, análisis de anatomía patológica y contrato con una unidad de terapia intensiva móvil y de traslado y derivación. (ver Anexos II y III de la Resolución 1712/2005).

4. La Ingeniería Sanitaria debe asegurar el mantenimiento de los equipos. Se deben cumplir con los protocolos de funcionamiento, con los procedimientos de evacuación en caso de emergencia, y todas las medidas de seguridad y calidad.
5. El modelo de atención ambulatorio requiere un sistema de medición y un proceso de mejoramiento de la calidad, diferente del que se aplica en el modelo hospitalario. En las unidades ambulatorias se evalúa: la infraestructura, la celeridad de los procesos y la suficiencia de los recursos.
6. El personal debe ser seleccionado con criterios rigurosos, debe tener condiciones científicas y humanas excelentes para atender al paciente ambulatorio que “no quiere ser tratado como paciente de hospital”
7. La nueva dimensión de la relación médico-paciente se basa en la igualdad entre los seres humanos, en el respeto por la autonomía de las personas

Davis (1987) afirma que los pacientes prefieren este tipo de atención médica por sobre la que incluye la internación, porque es más conveniente, más rápida, menos humillante y porque afecta menos su estilo de vida y el de su familia.²⁰

Según Jaramillo Mejía (2005):

En síntesis, las instituciones de salud deben organizar los programas de cirugía ambulatoria partiendo de cuatro principios filosóficos básicos: la prevención del dolor y del sufrimiento que provoca la cirugía; el respeto por la autonomía del paciente y de su familia; la mínima intervención posible durante los procedimientos; la máxima seguridad para el paciente. Para hacer efectivos estos preceptos, las instituciones que prestan los servicios de cirugía ambulatoria deben emprender todas las acciones que sean necesarias para obtener los siguientes resultados: un esquema de contratación que sea congruente con las obligaciones legales de los servicios ambulatorios; un diseño arquitectónico que se ajuste a las exigencias de los usuarios, tanto internos como externos; un modelo administrativo que sea ágil, amable y eficiente; y un sistema de control de calidad que garantice la satisfacción de las expectativas del paciente y de su familia, del pagador y de los médicos que atienden al paciente en sus instalaciones.

²⁰ Traducción de la Arq. Victoria Ardizzone

2.4.- TIPOS DE CIRUGÍAS PRACTICABLES SEGÚN MODALIDAD DE FUNCIONAMIENTO

Ferraina (1991) afirma que “En realidad cualquier procedimiento que no requiera penetrar en una cavidad corporal puede considerarse compatible con cirugía ambulatoria”.

Dice Davis (1987) que la complejidad de los procedimientos quirúrgicos debe ser compatible con el estado físico y emocional del paciente, su vida habitual en su domicilio, y otros factores. De todas maneras, considerando estos parámetros, los profesionales de la salud siguen expandiendo, en todas las especializaciones quirúrgicas, los tipos de procedimiento que pueden realizarse con esta modalidad de atención médica.²¹

La siguiente enumeración de procedimientos realizables en un CCA es un extracto de la Resolución 1712/2005 – Anexo 4: Prácticas Quirúrgicas de Cirugía Menor y Mayor Ambulatoria Susceptibles de ser realizadas en Quirófanos Anexos a Consultorios o Centros de Cirugía Ambulatoria Según Especificidad de cada uno.

Tabla N°3: Procesos susceptibles de ser tratados en una unidad cirugía menor ambulatoria

Especialidad	Especificación
Cirugía General	Quiste pilonidal, cirugías del TCS, biopsias de piel, mucosas, shunt A-V para hemodiálisis.
Cirugía maxilofacial ORL y de cabeza y Cuello	Cirugía de los senos paranasales endoluminal, cirugía dentaria, biopsias orales, biopsia ganglionar, cirugía de las glándulas salivares, amigdalectomía, adenoidectomía, miringoplastia, cirugía del oído externo y medio.
Cirugía Obstétrica y Ginecológica	Raspado uterino diagnóstico con o sin biopsia de cuello o aspiración endometrial para citología exfoliativa, biopsia de cuello, escisión local de lesión de cuello (pólipo), electrocoagulación de cuello o cauterización química, colpotomía, vaginotomía de drenaje (absceso pelviano, escisión local de lesión vaginal), biopsia de vagina, punción de vagina (diagnóstica o exploradora, punción de saco de Douglas), escisión local de lesión de mama (quiste, fibroadenoma o tejido mamario aberrante) de lesión de conducto de pezón, escisión de lesión de mama o pezón para biopsia, drenaje de absceso mamario, punción de quiste mamario, punción biopsia de mama, marcación mamaria prequirúrgica, videohisteroscopia diagnóstica y/o terapéutica.

²¹ Traducción de la Arq. Victoria Ardizzone

Especialidad	Especificación
Cirugía Oftalmológica	Cataratas, estrabismo, cirugía de la cámara anterior, cirugía de párpados y conjuntiva, cirugía del conducto lagrimal
Cirugía Ortopédica y Traumatológica	Antroscopía diagnóstica, biopsia ósea y muscular, extracción de osteosíntesis.
Cirugía Urológica, Riñón y Uréter	Cambio de Nefrostomía, retiro de catéter uretral, biopsia renal por punción, punción evacuadora de quiste renal.
Vegiga	Punción evacuadora vesical, cristostomía por punción.
Uretra	Meatotomía uretral.
Próstata y vesículas seminales	Biopsia de próstata por punción
Testículo Deferente y Epidídimo	Biopsia de testículo, drenaje de absceso testicular, punción de derrame escrotal, biopsia de epidídimo, vasectomía.
Pene	Escisión de lesión de pene, biopsia de pene, cauterización de lesión HPV, postioplastia, circuncisión, sección de frenillo, escisión de cuerda dorsal o ventral.
Cirugía Plástica estética – Reparadora	Auricuoplastias, tumores de piel y celular subcutáneo, implantes capilares, zetaplastias, colajos por deslizamiento y rotación (menores), injertos de piel, inclusión de sustancias autólogas y/o heterólogas, toxina botulínica, blefaroplastia, peeling-dermoabrasión.

Fuente: Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Resolución 1712/2005

Tabla N°4: Procesos susceptibles de ser tratados en una unidad de cirugía mayor ambulatoria

Especialidad	Especificación
Cirugía General	Cirugía de hernias (inguinales, crurales, umbilicales), orquidopexia, várices, hemorroides, reparación de fisura anal.
Cirugía Plástica estética – Reparadora	Cirugía de fisura labio alvéolopalatina, lifting completo, mini dermolipsectomía, lipoaspiración localizada, tratamiento de quemaduras hasta un 15% de profundidad intermedia, rotación de coglajos medianos, mastoplastia de inclusión, mastoplastia reductiva y ptosis pequeña que no requieran transfusión sanguínea, rinoplastias, injertos de piel.
Cirugía Oftalmológica	Cirugía de cámara posterior.

Especialidad	Especificación
Cirugía Obstétrica y Ginecológica	Celioscopía, cuidoscopia o laparoscopia convencional con hidroturación, biopsia o debridación, laparoscopia con cirugía anexial, raspado uterino terapéutico, conización de cuello como única práctica con Leep, coiporrafia por herida, desgarro (fuera del parto), escisión de labios mayores, labios menores, glándulas de Bartholino, glándulas de Skene (absceso), episiorrafia, perineorrafia, o episiooperineorrafia (fuera del parto), cirugía mínimamente invasiva para incontinencia de orina.
Cirugía Ortopédica y Traumatológica	Cirugía de Hallus Valgus, artroscopia terapéutica

Fuente: Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Resolución 1712/2005

2.5.- CUERPO NORMATIVO – CERTIFICACIÓN Y ACREDITACIÓN

Para el presente trabajo, se hizo un estudio y una revisión del Manual de Acreditación de ITAES, de la JOINT COMMISSION, de la OPS/FLH, de la Resolución 1712/1005, de la Editorial de Ferraina (1991), y de artículos varios sobre los mismos. Queremos destacar que en nuestro país, para habilitar instituciones o centros de salud, sólo se requiere el cumplimiento de las normativas emitidas por el Ministerio de Salud de cada provincia, las que se basan en las reglamentaciones nacionales.

Otero (2011) afirma que “a partir de la segunda mitad del siglo XX, la Acreditación de establecimientos sanitarios se ha convertido en la más difundida de las metodologías de evaluación externa de la calidad”

Además agrega:

Si bien la Acreditación estaba limitada en un principio a los hospitales, hoy en día existen versiones para todo tipo de establecimiento, tanto para pacientes agudos (clínicas, sanatorios, hospitales, centros ambulatorios de diagnóstico y tratamiento, consultorios externos y centros odontológicos, etc etc), así como para crónicos (psiquiátricos, geriátricos) y especializados (centros de tratamiento del autismo y adicciones, por ejemplo.

Construir un sistema de estandarización de la calidad de los servicios implica un conjunto de acciones sistemáticas, continuas y deliberadas, dirigidas a evitar, prevenir o resolver oportunamente situaciones que puedan afectar negativamente la obtención de los mayores beneficios posibles para los pacientes y para el efector, con los menores riesgos.

La metodología básica de evaluación para lograr la Acreditación es la confrontación de la realidad con una serie de criterios de calidad, denominados “estándares”, que generalmente son el resultado del consenso entre científicos, especialistas, administradores y expertos en calidad.

Dice Ferraina (1991) que “Las Normas (standard) pueden ser definidas como el nivel o grado de excelencia. Algo usado por un acuerdo general para determinar si algo está bien o mal hecho”. Existen normas tanto para el plantel profesional, para evaluar la calidad del programa en marcha, y para el registro y documentación médica.

En el **Manual de Acreditación** emitido por la OPS en conjunto con la Federación Latinoamericana de Hospitales, se afirma que:

La Acreditación es un método de consenso, racionalización, y ordenamiento del Hospital. El primer instrumento de evaluación técnica, explícita, objetiva de la calidad es el propio Manual de Acreditación, y el segundo, de gran importancia, es la Comisión de Acreditación, que deberá ser apolítica, de representación múltiple, y realizar su tarea silenciosa y periódicamente.

¿Para qué Acreditarse?

Los objetivos de la Acreditación de un Establecimiento de Salud beneficiarios tanto para el establecimiento evaluado, como para la sociedad:

- Promover el estímulo para evaluar periódicamente las debilidades y puntos fuertes de una Institución.
- Otorgar prestigio a una Institución, y por ende generar competencia entre Prestadores de servicios de salud.
- Desarrollar una metodología de exigencias crecientes, por parte de las entidades acreditadoras.
- Mejoramiento permanente de la calidad de atención.
- Garantizar a los usuarios que los establecimientos acreditados cuentan con los recursos y capacidad de gestión hospitalaria para ofrecer servicios hospitalarios eficaces, eficientes y efectivos.

Características de la Acreditación

Según Otero (2011), las características más importantes de la Acreditación son:

- Ser **voluntaria** (la institución interesada en conseguir la acreditación debe solicitar la evaluación, y todos los gastos correrán por su cuenta);

- Ser **confidencial** (el resultado de la evaluación le pertenece al organismo evaluado, es decir que el evaluador tiene vedado compartirla con terceros por una cuestión ética);
- Ser **periódica** (debe avanzar y mejorarse continuamente, paralelo al crecimiento tecnológico, conocimiento científico, y la tecnología asistencial);
- Ser **llevada a cabo por estándares previamente conocidos** (la institución interesada conoce de antemano las definiciones y requisitos de calidad exigidos por los entes de acreditación. Los manuales de acreditación, de una u otra forma, están a disposición del público. Algunos perciben un arancel, otros se consiguen en forma gratuita)

La voluntariedad de la acreditación implica, según Otero (2011), que “el acreditador es un aliado del evaluado. No se trata de fiscalizar (es decir, buscar errores con un criterio punitivo), sino apoyar la mejora, brindando las herramientas para ello, o al menos, orientando hacia donde encontrarlas o como desarrollarlas”.

Opina Ferraina (1991) lo siguiente:

Es por eso que “el valor que tiene esta acreditación es que al ser voluntaria implica que el plantel médico de dicho centro expuso su conformidad para que una Institución Privada evalúe su trabajo y exprese su opinión sobre el nivel de calidad. (...) Finalmente, la implementación de un Centro de Cirugía Ambulatoria deberá tender a formar parte de un sistema de salud de una comunidad y no una fragmentación del mismo.

En países como Estados Unidos, el American College of Surgeons (Colegio Americano de Cirujanos) crea en el año 1917 el “Hospital Standardization Program” (Programa de Estandarización de Hospitales). Tenía como objetivo velar por la calidad de la atención en Centros efectores de Salud.

En nuestro país, el INOS (Instituto Nacional de Obras Sociales), y la Sociedad Argentina de Auditoría Médica SADAM (actualmente la Asociación Argentina de Auditoría y Gestión Sanitaria) fueron de las primeras organizaciones que tomaron interés en este tema, desarrollando actividades varias de evaluación sanitaria.

En 1990 la Federación Latinoamericana de Hospitales (FLH) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) establecieron un convenio para desarrollar un Manual de Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe adecuado a la realidad de los establecimientos públicos y privados de la región. Fue aprobado definitivamente con la presencia de 22 países en mayo de 1991, bajo el

título Manual de Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe. La idea original de la OPS era, en este manual, adaptar los estándares de la Joint Commission a los sistemas de salud de Latinoamérica.

Es importante recalcar que según la opinión de las autoras de este trabajo, cada país debe desarrollar sus propios estándares, ya que, como dice Otero (2011), “los sistemas no son iguales, así como tampoco sus características sociales, económicas, culturales, políticas y hasta religiosas”

La Joint Commission (JCAH) es una organización no gubernamental, independiente y sin ánimo de lucro fundada en 1951. Actualmente la JC acredita a 5.000 hospitales sobre un total de 6.500 y además a otras 2.800 organizaciones asistenciales. El Programa de Acreditación de la Atención Ambulatoria fue establecido en 1975. Las diferentes organizaciones acreditadas están categorizadas según sus especialidades, y por los servicios que brindan. La acreditación es dada por tres años, y de haberlos, se marcan observaciones y errores que deben ser corregidos en un tiempo específico.

Ferraina (1991) opina lo siguiente:

El prestigio que adquirió la “JCAH”, hizo que dicha acreditación sea buscada por el público y por los entes aseguradores como indicadores de buen servicio (...) Estas normas fueron desarrolladas por un grupo de expertos de la JCAH y un consenso entre una gran variedad de profesionales de distintas especialidades.

En el Standard Sampler for Ambulatory Surgery Centers (algo así como Muestras de estándares para Centros de Cirugía Ambulatoria), la JCAH establece que “el **ambiente** (del Establecimiento evaluado) se compone de los siguientes 3 elementos²²:

- El edificio, incluyendo cómo está implantado y sus medidas de seguridad para pacientes y personal
- El equipamiento médico utilizado para el cuidado del paciente durante su corta estadía
- Personas, tanto pacientes como personal médico, administrativo, y de mantenimiento, que entran y salen del establecimiento.

²² Traducción de la Arq. Victoria Ardizzone

Los siguientes estándares establecidos en la publicación están organizados en torno a los conceptos de planificación, implementación, y evaluación de los resultados:

- Seguridad (riesgo físico, accesos y circulaciones, áreas de fumadores).
- Materiales peligrosos y Residuos (riesgo debido a elementos químicos peligrosos o radioactivos, fuentes de energía potencialmente peligrosas, emisiones de gases tóxicos o peligrosos).
- Protección en caso de Incendios (Humo y otros productos de la combustión, planes de prevención y lucha contra incendios, planes de evacuación pertinentes, simulaciones de práctica, sistemas de detección y alarmas, y equipo e instalaciones de extinción del fuego).
- Equipamiento médico (selección, prueba y mantenimiento de equipos del establecimiento, y plan de procedimientos en caso de falla de un equipo en momento de uso).

A su vez, establece distintos tipos de controles periódicos, para el correcto funcionamiento de un CCA o de cualquier otro tipo de efector de Salud: Controles funcionales, controles operacionales (mantenimiento de equipos, horarios y organización de operaciones), controles químicos y biológicos (tienen que ver con el manejo de elementos radiactivos, recolección y evacuación de Residuos patogénicos y peligrosos, etc.)

En varias instancias de la publicación se reitera la importancia de mantener registros de todas las operaciones llevadas a cabo, el equipamiento médico utilizado (que a su vez tiene un registro de revisión y mantenimiento periódico), personal del día, los instrumentos utilizados y su correcta esterilización, los residuos generados, copiados y retirados por una empresa subcontratada especializada en la actividad.

El factor Humano tiene un capítulo aparte, en el que se fomenta la capacitación del personal, fomentando la competencia sana entre pares; y enfatiza el ambiente de trabajo relajado y seguro al que se aspira.

ITAES (Instituto Tecnológico para la Acreditación de Establecimientos de Salud) es una organización no gubernamental (ONG) que funciona desde 1994. Como asociación civil sin fines de lucro se propone brindar a la sociedad -y al Sector Salud en particular- un instrumento objetivo de evaluación externa conocido como Acreditación Hospitalaria, con el fin de garantizar la presencia de condiciones básicas de calidad y seguridad en los servicios. Esto se logra a través de la

verificación de un conjunto de estándares elaborados por consultores y expertos provenientes de distintas sociedades científicas nacionales e internacionales.

El ITAES emitió un **Manual para la Acreditación de Establecimientos Ambulatorios de Diagnóstico y Tratamiento**, en el que explica que la Acreditación “conforma un procedimiento dinámico que califica a la totalidad del establecimiento: el resultado sólo puede ser **sí** o **no acreditado** y considera desde la planta física hasta el proceso asistencial y el nivel de satisfacción de los usuarios”.

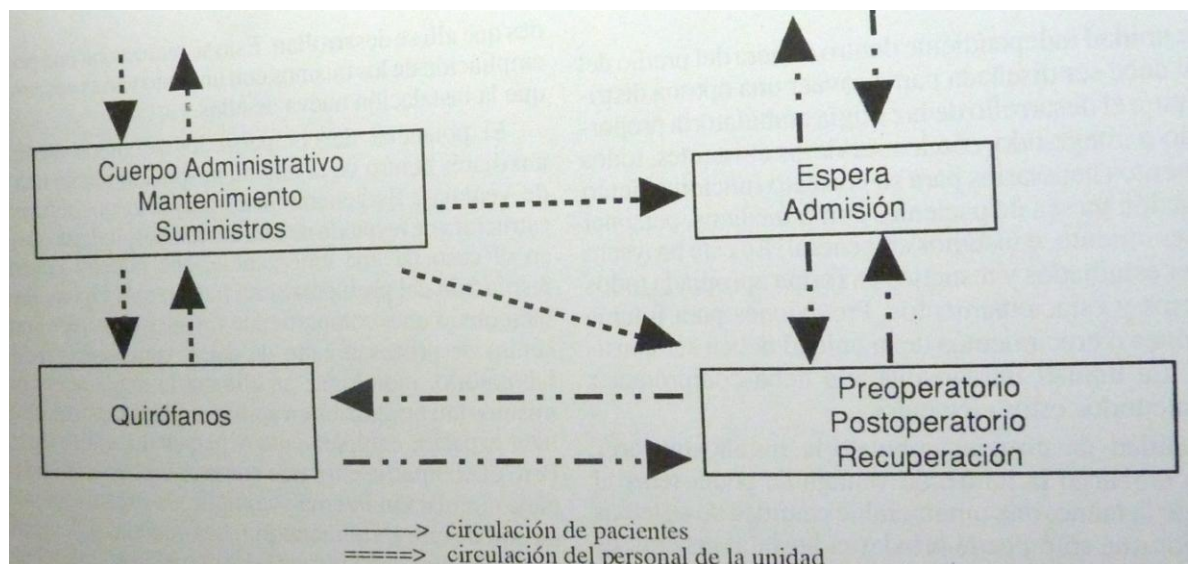
La acreditación del ITAES no tiene carácter obligatorio, aunque su reconocimiento otorgue prestigio y confiabilidad a cualquier institución.

En nuestro país, para habilitar cualquier institución de salud, se requiere cumplir con las reglamentaciones del Ministerio o Secretaría de Salud de cada provincia, que se rigen por el **Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica**, dictadas por la Dirección de Calidad de los Servicios de Salud, del Ministerio de Salud, Gobierno de la Nación. Éstas son normas que sólo establecen el umbral mínimo necesario para un correcto funcionamiento. Los funcionarios de Fiscalización, dependientes de las respectivas Secretarías de Recursos Físicos en Salud de cada Ministerio son los encargados de autorizar, categorizar y habilitar los establecimientos.

Las superficies mínimas recomendadas por las normas muchas veces resultan insuficientes. A nuestro criterio sería deseable que este tipo de centros considere mayor espacio para cada uno de los usos para lograr mayor confort en las prestaciones y así lograr una de las premisas básicas de este nuevo modelo.

El proceso de diseño: Como en todo proyecto de un edificio de salud, el proceso es particular y dinámico, requiere de un equipo de diseño interdisciplinario donde todos participan: arquitectos, asesores, especialistas en instalaciones, personal y profesionales de la salud. En particular, en estos centros deberá prestarse especial atención a los esquemas circulatorios, producto de los esquemas funcionales. El equipamiento, tema siempre importante en todo edificio de salud, adquiere en el caso del diseño de estos centros, un rol de máxima importancia ya que su instalación y su transporte, ya sea el ingreso para su instalación o su condición de transportable, condicionará superficies, anchos de puertas y accesos. Deberá tenerse en cuenta que una de las premisas de estos centros es contar con tecnología de punta.

Gráfico N°2: Relaciones funcionales



Fuente: Revista Argentina de Cirugía. Año 1991. pág. 51. Cirugía Ambulatoria

¿Obra nueva o remodelación?:

Aquí también se nos presenta una pregunta frecuente al momento de proyectar en salud. Dos opciones, diferentes opiniones. Muchas veces, cuando se trata de unidades integradas, sólo podemos adaptar y remodelar. Surgirán problemas

para adaptar superficies a las normas, relaciones entre áreas, planificación de tareas. En la organización de la obra: liberar espacios, programar las actividades en menor tiempo, reubicar servicios, prever imprevistos ya que se trata de un edificio de salud que sigue funcionando. En estos casos también se deberá evaluar el costo-beneficio a la hora de adoptar la modalidad integrada o satélite.

En el caso de tratarse de unidades autónomas, una obra diseñada para el fin que se destina siempre ofrecerá mejores posibilidades al equipo de proyecto.

3.1-EJEMPLOS DE MODALIDADES FUNCIONALES

Para la exposición de los dos siguientes casos de estudio de Centros Integrados y Autónomos, se hizo un estudio de la Documentación gráfica de las dos obras, además de publicaciones varias y ponencias de estos edificios.

3.1.1.- CCA INTEGRADO A INSTITUCIÓN DE SALUD – SANATORIO FINOCHIETTO

Inserto en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires está el Sanatorio Finochietto. Cuenta con aprox. 17000m² de superficie, y 12 plantas.

Es un claro ejemplo de Centro de Cirugía Ambulatoria integrada a una institución de salud ya existente.

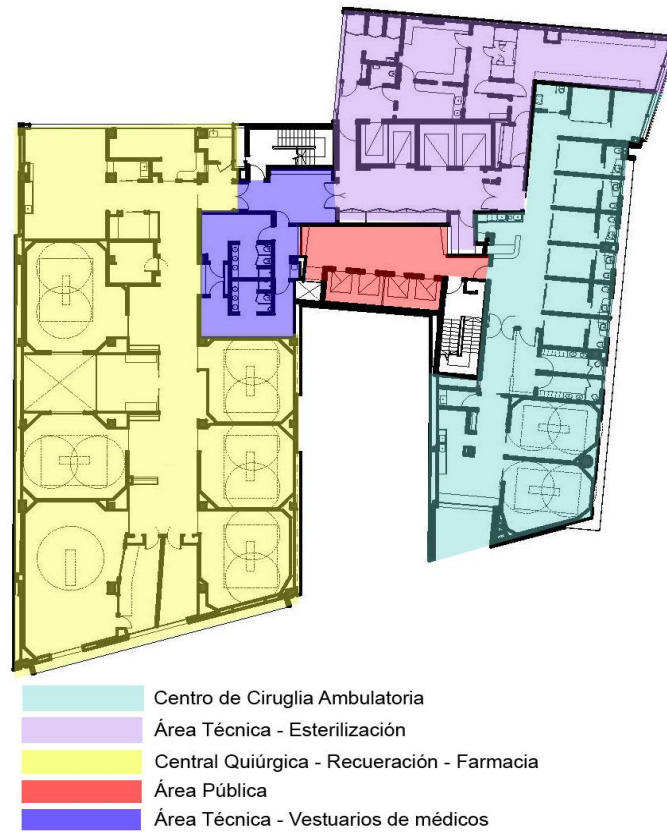
Programa Médico-Arquitectónico del Sanatorio Finochietto:

- 2ºSS: Planta de Estacionamiento, Salas de Máquinas y Tanques, Vestuarios de Personal, depósito de Farmacia y Laboratorio, Magistrales.
- 1ºSS: Guardia: Acceso de emergencias, triage, morgue, admisión y consultorios de guardia y Enfermería. Shockroom. Habitaciones de Observación. Área de Medicina Nuclear (sala de espera de inyectados, sala de Cámara Gamma, control, cuartos tibio y caliente, baños de personal y pacientes). Diagnóstico por Imágenes: Sala de espera, admisión, vestuarios y baños de pacientes, Sala de Rayos X, Tomógrafo, Seriógrafo, salas de comando y depósitos de equipos, salas de informes médicos.
- PB: Hall de acceso del público y del personal, oficinas de administración y atención al público, hall técnico con depósito de residuos, playa de carga y descarga de insumos, sala de tanque criogénico.
- 1º Piso: Laboratorio, cocina y comedor de personal, cafetería del público, área de oficinas de dirección médica.

- 2º Piso: Área de consulta externa: 9 consultorios, enfermería, sala de espera, batería de ascensores y sanitarios públicos. Planta Quirúrgica. 5 Quirófanos mayores, 1 Quirófano Híbrido, Sala de recuperación, Farmacia, vestuario y sala de médicos. Central de Esterilización. **Área de Cirugía Ambulatoria**: 2 Quirófanos menores, 8 boxes de recuperación, 2 enfermerías, batería de sanitarios para visitantes.
- 3º Piso: Área de consulta externa: 9 consultorios, enfermería, sala de espera, batería de ascensores y sanitarios públicos. Planta general de Sala de Máquinas.
- 4º Piso: Área de consulta externa: 5 consultorios, sala de endoscopía y 2 salas de recuperación, enfermería y lavado de instrumental, sala de espera, batería de ascensores y sanitarios públicos. Planta de Terapia Intensiva y Coronaria: Boxes individuales, enfermerías, Habitaciones de internación individuales.
- 5º Piso: Área de consulta externa: 7 consultorios con baño privado, enfermería, sala de espera, batería de ascensores y sanitarios públicos. Planta general de maternidad: Área de Neonatología, Habitaciones de Internación individuales, enfermerías, 2 salas de TPR y 2 quirófanos de partos.
- 6º a 10º Piso: Internación general. 23 habitaciones individuales por planta. Central de enfermería y depósito de residuos por piso, offices de comida y limpieza.
- 11º Piso: Salas de Máquinas de Ascensores, terrazas.

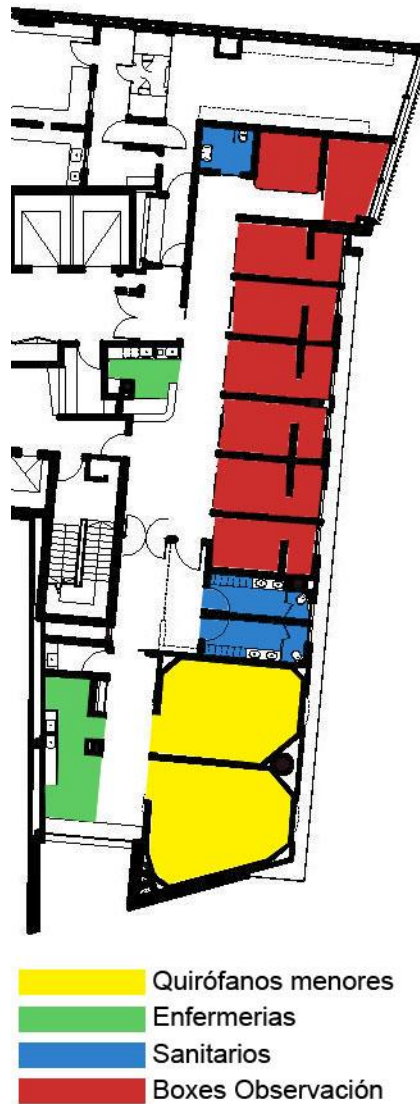
La Planta de Cirugía General del Sanatorio está ubicada en el segundo piso del Sanatorio. Cuenta con 2070m². El CCA, incluido en esta superficie, ocupa 235m². Pero se debe tener en cuenta que se comparten todos los servicios de la Planta General.

Plano N°1: Planta área quirúrgica Sanatorio Finochietto



Fuente: AFS Arquitectos (en obra. Fecha estimada de finalización: mayo 2013)
Sanatorio Finochietto - Áreas de la Planta Quirúrgica.

Plano N°2: Planta del Centro de Cirugía Ambulatoria



Fuente: AFS Arquitectos (finalización de obra estimada: mayo 2013)
Sanatorio Finochietto – Distribución Programática

El CCA cuenta con dos quirófanos totalmente equipados, una enfermería y un office de mantenimiento exclusivos para las intervenciones que allí se efectúan. La enfermería está equipada con sector limpio y sucio diferenciado, y conexión con el resto del Sanatorio a través de sistema de transporte Neumático. Anexo al sector de Quirófanos está la zona de recuperación: el Hospital de Día. Este está diseñado a

partir de una circulación lineal, con 8 boxes individuales de recuperación. Cada Box del Hospital de Día está equipado con un baño privado, y mueble de guardado para garantizar la privacidad de cada paciente durante su corta estadía, además de contar con poliducto de gases médicos, llamado de enfermeras y cámara de monitoreo. El Hospital de Día también cuenta con un puesto de enfermería exclusivo. Por su posición central, esta enfermería permite el monitoreo de todos los boxes sin interrupción de la mirada del equipo de enfermería, lo que facilita el trabajo del equipo de profesionales.

Como se mencionó anteriormente, una de las más grandes ventajas de un CCA integrado a un edificio de Salud es la posibilidad de compartir servicios, lo que representa un importante ahorro en equipamiento médico de alto costo y facilita su mantenimiento.

Esta situación también permite una inmediata derivación hacia áreas críticas del Sanatorio, en caso de presentarse alguna complicación en cualquiera de las intervenciones que allí se realicen: se podría utilizar el Quirófano Híbrido con el que cuenta el Sanatorio, Unidad Coronaria, Terapia Intensiva, etc.

Al compartir sala de espera de público, núcleo de ascensores públicos y técnicos, se reduce considerablemente la superficie exclusiva de circulaciones para el área, con el consiguiente ahorro económico. Los servicios de central de Esterilización, depósitos del Sanatorio, área de Diagnóstico por imágenes, Laboratorio, Lavandería, etc. también se comparten, lo que evita la necesidad de contar con ellos en forma exclusiva o en su defecto tercerizarlos.

La ubicación del Centro Quirúrgico Ambulatorio dentro de un efector de salud de mayor complejidad, evita la necesidad de contar con Servicio de Traslado con contrato permanente (servicio de Ambulancias), requisito que debe cumplir todo CCA autónomo.

3.1.2.-CCA AUTÓNOMO – INSTITUTO QUIRÚRGICO DE CALLAO

Este edificio está ubicado, al igual que el Sanatorio Finochietto, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Es una obra de remodelación y adaptación de uso. Tiene una superficie de 5500m² y 15 pisos de altura, incluyendo entre-subsuelo y entrepisos.

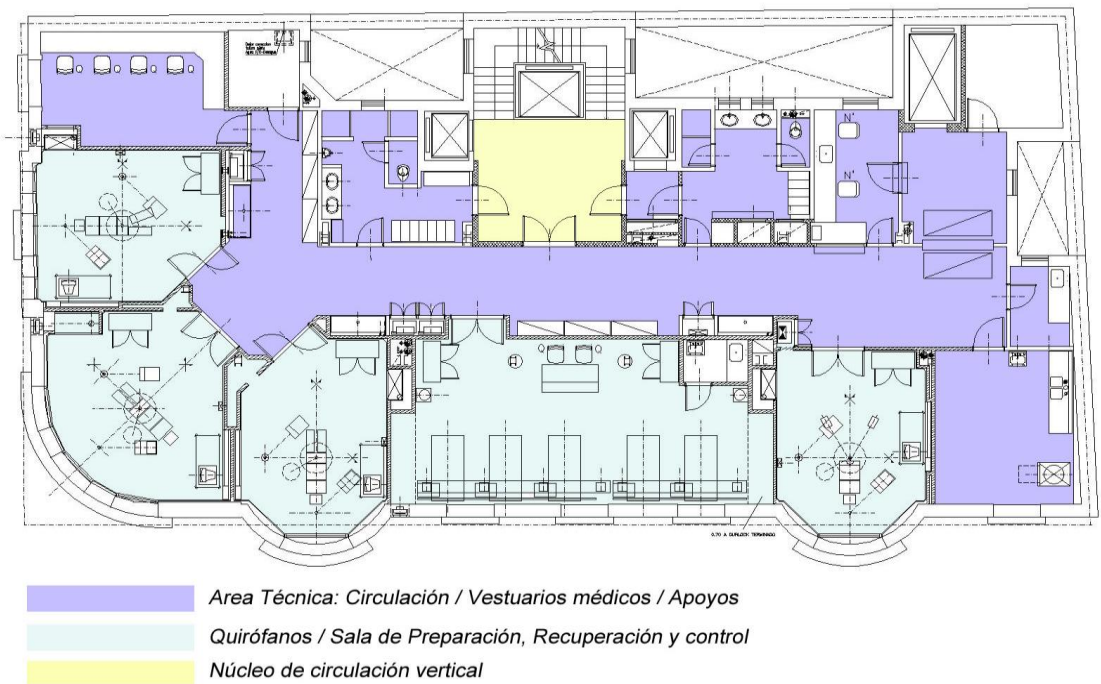
Programa médico-arquitectónico del Instituto Quirúrgico de Callao:

En los subsuelos se ubican las áreas de estacionamiento y servicios. En planta baja, recepción y atención al paciente. Luego, se desarrollan los siguientes niveles:

- Entrepiso: Diagnóstico por Imágenes: Ecografía, Mamografía, Rayos X, Tomografía. Salas de espera e informes médicos. Laboratorio: Boxes de extracción, Sala de donantes de sangre, Hemoterapia. Baterías de sanitarios públicos, para personal y vestuarios.
- 1º Piso: Odontología. 6 Consultorios odontológicos, 1 taller dental, 2 quirófanos. Office esterilización. Recepción, secretaría, salas de espera, oficinas.
- 2º Piso: Consultorios Externos (ginecología, neurología, plástica, traumatología, cardiopulmonar y cardiología). Recepciones, salas de espera, enfermerías, baterías de sanitarios públicos y de personal.
- 3º Piso: Endoscopía (Gastroenterología, Urología, ORL, Neumonología, Ginecología. Angiografía y sala de control. Office limpio y sucio, salas de espera y recuperación, recepciones y enfermerías, baterías de sanitarios públicos y de personal.
- 4º Piso: **Área de Cirugía Ambulatoria**. 4 Quirófanos, sala de recuperación, central de lavado, vestuarios para pacientes y médicos, sala de informes médicos, recepciones, salas de espera, enfermerías, baterías de sanitarios públicos y de personal.
- 5º Piso: **Área de Cirugía Ambulatoria**: 5 Quirófanos, sala de recuperación, vestuarios para pacientes y médicos, sala de informes médicos, recepciones, salas de espera, enfermerías, baterías de sanitarios públicos y de personal.
- 6º Piso: Recuperación e Internación. 5 Habitaciones de corta estadía, sala de recuperación / preparación, recepciones, salas de espera, enfermerías, baterías de sanitarios públicos y de personal.
- 7º Piso: Terapia e internación corta estadía, sala de cuidados intensivos, recepciones, salas de espera, enfermerías, baterías de sanitarios públicos y de personal.
- 8º Piso: Central de Esterilización (lavado, autoclaves, guardado y depósito de limpios) , sala de guardias, 3 consultorios de oftalmología, recepciones, salas de espera, enfermerías, baterías de sanitarios públicos y de personal.

- 9º Piso: Oficinas, Administración. Sala de reuniones, bar / confitería, cocina, recepciones, salas de espera, baterías de sanitarios de personal.
- 10º Piso: Docencia y área técnica. Biblioteca, sala de conferencias, salas de máquinas.
- 11º Piso: Salas de máquinas.

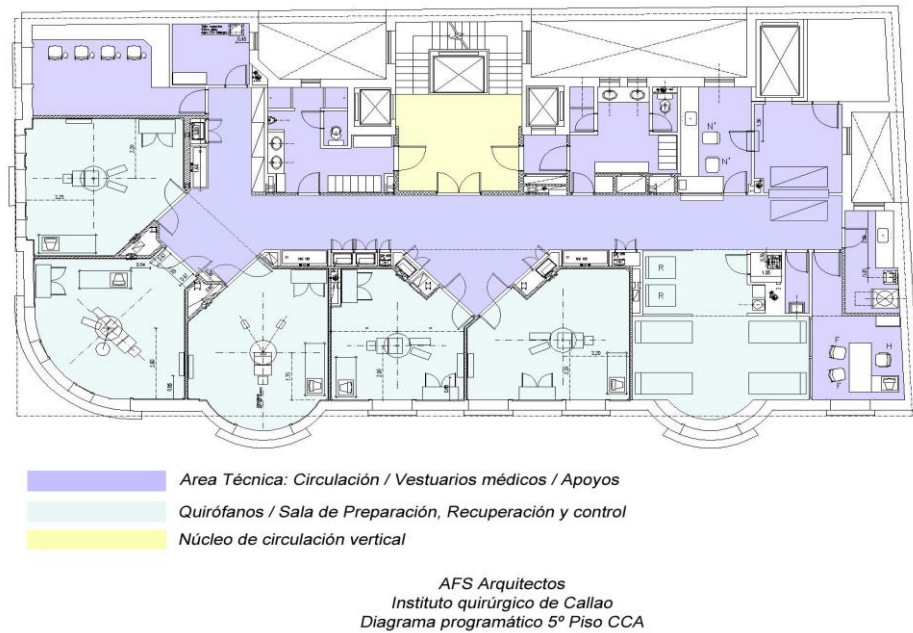
Plano N°3: Planta 4º piso Instituto quirúrgico de Callao



*AFS Arquitectos
Instituto quirúrgico de Callao
Diagrama programático 4º Piso CCA*

Fuente: AFS arquitectos (1995/1996)

Plano N°4: Planta 5° piso Instituto quirúrgico de Callao



Fuente: AFS arquitectos (1995/1996)

3.2.- VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE CADA MODALIDAD FUNCIONAL

La cirugía ambulatoria se lleva a cabo en una variedad de unidades. Algunos centros se encuentran dentro de un hospital (“unidad integrada”. Ej.: el Sanatorio Finochietto en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires). Por el contrario, los centros pueden estar en las cercanías o no del Hospital y ser controladas por éste. (“satélites”). También existe la alternativa de los centros totalmente independientes (“free-standing”. Ej.: Instituto Quirúrgico de Callao en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires). Los consultorios de los médicos también pueden servir como ubicaciones para estos procedimientos, en algunos procedimientos de baja complejidad como lo contempla la Resolución 1712/2005.

Ventajas de un centro integrado a un Hospital:

- Cercanía con los servicios del Hospital, por cualquier complicación.
- Se comparten los equipos, salas de Diagnóstico por Imágenes, Central de Esterilización, etc.
- Requiere pocas reformas estructurales. La puesta en marcha es muy rápida por la existencia de los quirófanos y la sala de recuperación.

Desventajas de un centro dentro de un Hospital:

- En la versión Integrada se tiene que compartir al cuerpo médico con el resto del Hospital, por lo que la atención no es tan personalizada. El paciente puede llegar a sentirse desplazado por pacientes con patologías más graves o urgentes.
- Generalmente se les da a los pacientes ambulatorios menos prioridad que pacientes de otras áreas porque sus patologías no son urgentes (por ejemplo, los pacientes en Terapia Intensiva)
- Se comparten zonas como la recepción e ingreso de pacientes, situación que puede devenir en esperas innecesarias

Ventajas de un centro autónomo:

- Horarios de procedimientos fijos, no suelen surgir imprevistos por aparición de pacientes con mayor urgencia.
- Especialización del cuerpo médico, al estar acotados a ciertas prácticas.
- Atención completa del cuerpo de enfermeras, al no tener pacientes de otras áreas.
- Ambiente distendido y relajado, por ser los procedimientos de bajo riesgo, y porque el paciente sabe que el mismo día vuelve a su domicilio.

Desventajas de un centro autónomo:

- Riesgo de falta de equipos en caso de una complicación. Éste preconcepto aún es un factor de miedo en algunos pacientes.
- Los costos de construcción pueden ser más altos que los de un hospital ya que al no compartirse servicios, los valores de estas obras inciden directamente en el precio final. Además, estos Centros en general buscan una imagen más cuidada, brindar mayor confort y usan tecnología de punta.

Tabla N°5: Ventajas y desventajas de unidad integrada a un centro de salud

VENTAJAS	DESVENTAJAS
Cercanía con los servicios del Hospital, por cualquier complicación.	Se debe compartir al cuerpo médico con el resto del Hospital, por lo que la atención no es tan personalizada. El paciente puede llegar a sentirse desplazado por pacientes con patologías más graves o urgentes.

VENTAJAS	DESVENTAJAS
Se comparten los equipos, salas de Diagnóstico por Imágenes, Central de Esterilización, etc.	Generalmente se les da a los pacientes ambulatorios menos prioridad porque sus patologías no son urgentes que pacientes de otras áreas (por ejemplo, los pacientes en Terapia Intensiva)
Requiere pocas reformas estructurales. La puesta en marcha es muy rápida por la existencia de los quirófanos y la sala de recuperación.	Se comparten zonas comunes, como la recepción e ingreso de pacientes, situación que puede devenir en esperas innecesarias

Fuente: Ferraina, P.A. Revista Argentina de Cirugía. 1991. p. 9

Tabla N°6: Ventajas y desventajas de unidad autónoma de un centro de salud

VENTAJAS	DESVENTAJAS
Horarios de procedimientos fijos, no suelen surgir imprevistos por aparición de pacientes con mayor urgencia	Riesgo de falta de equipos en caso de una complicación. Éste preconceito aún es un factor de miedo en algunos pacientes.
Especialización del cuerpo médico, al estar acotados a ciertas prácticas.	Los costos de construcción pueden ser más altos que los de un hospital
Atención completa del cuerpo de enfermeras, al no tener pacientes de otras áreas	Duplicación del equipo, material y personal.
Ambiente distendido y relajado, por ser los procedimientos de bajo riesgo, y porque el paciente sabe que el mismo día vuelve a su domicilio.	No cuenta con servicio nocturno para atender complicaciones mayores.

Fuente: Ferraina, P.A. Revista Argentina de Cirugía. 1991. p. 9

¿Autónomo e Integrado?

Deberíamos abordar el tema, en primera instancia, desde la óptica del paciente. Para éste, a priori, sentir que está siendo tratado en una institución con todos los servicios en caso de una complicación indeseada, parecería ser decisivo. En el caso de los profesionales, si bien intervienen otras cuestiones, especialmente legales, trabajar al amparo de un establecimiento de mayor complejidad, resultaría deseable. Sin embargo, vimos que para que este tipo de prácticas resulten exitosas, deben cumplirse estrictas normas de procedimientos.

El primer paso es la elección del paciente, la información, la mutua aceptación médico-paciente, el cumplimiento de todas las indicaciones médicas antes y después de la cirugía, mayor compromiso y participación de parte del paciente.

Por todo lo anterior, podemos decir que las cirugías ambulatorias son prácticas programadas y específicas, que se realizan en un marco de mayor seguridad y no revisten gravedad en sí mismas.

Como vimos, no todos los pacientes pueden ser tratados como ambulatorios, ni todas las prácticas quirúrgicas lo son. Es más, los procedimientos factibles de realizarse sin internación, más allá de clasificarse como cirugía menor o mayor, siempre son intervenciones que no interesan cavidades corporales.

De cumplirse todos los pasos y todas las recomendaciones tanto pre como post-quirúrgicas, las posibilidades de complicaciones se reducen al máximo. La versión autónoma debe cumplir con “convenio con Establecimiento Asistencial con internación que cuente con Unidad de Terapia Intensiva, habilitado por autoridad competente” y con “convenio de derivación con Empresa de traslado sanitario de pacientes, que cuente con unidades de alta complejidad de traslado habilitado por autoridad competente” según la Reglamentación 1712/2005 del Ministerio de Salud de la Nación. (ver Anexo II)

Desde esta óptica entonces, la modalidad autónoma presentaría las siguientes ventajas: brindar un clima más amable y un servicio centrado en el paciente, y los hospitales podrían dedicar sus recursos tanto físicos como humanos y económicos a la atención de patologías de mayor complejidad.

Desde el punto de vista de la arquitectura, la modalidad integrada y sus variantes presentan en general, los inconvenientes relativos a la remodelación y el impacto de toda obra a realizarse en una institución de salud en funcionamiento. Por otro lado, la ventaja de compartir espacios comunes, con una importante economía de recursos.

La versión autónoma presenta la ventaja de realizarse, ya sea remodelación u obra nueva, en una locación sin actividades. Y como contracara, la necesidad de una mayor inversión inicial al requerir mayor superficie para la ubicación de todos los servicios. Sin embargo, muchos de ellos pueden ser contratados externos al establecimiento.

Pensamos que cuanto más se acepten este tipo de centros, cuanto más se difunda el modelo y sus variantes, éstas irán encontrando su ubicación dentro de las

tipologías reconocidas. Cada versión será una solución específica ya que cada una responde en forma eficiente a diferentes demandas.

Capítulo 4.- **SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS**

Conocer **el presente** nos permitirá imaginar **el futuro**, anticiparnos a los problemas facilitando la visión a largo plazo. Prever el futuro a partir del presente, en definitiva nos permitirá planificar.

En este trabajo hemos expuesto los cambios que propiciaron y alentaron el aumento en la práctica de la Cirugía Ambulatoria y el desarrollo de los Centros CCM como respuesta edilicia posible. Hemos comentado también su aceptación en la mayoría los países desarrollados, lo que permitió una rápida evolución que ya lleva varias décadas.

4.1.- EL PRESENTE EN NUESTRO PAÍS

En Argentina, sin embargo, su aceptación fue tardía. En los años 70, mientras crecía rápidamente en otros países, la CMA estaba muy lejos de imponerse aquí. En la década de los años 80 el interés por este tipo de prácticas era aún muy escaso. Esta idea adquiere notoriedad entre los médicos y los pacientes a partir de 1990. En relación a ello podemos decir que la normativa que la regula la acreditación de estos centros en Argentina nos remite al año 2004 y 2005. Con algunos casos pioneros anteriores a esa fecha, su evolución fue tímida comparada a otros países como EEUU, Gran Bretaña o España donde su avance fue inmediato e importante.

Nos preguntamos entonces ¿cuál es el presente de estos modelos en nuestro país? Anticipamos en la reseña histórica una tardía aceptación local. Fue éste uno de los motivos por los cuales el tema propuesto por la Asociación Argentina de Cirugía como relato oficial del LXII Congreso Argentino de Cirugía, fue "Cirugía Ambulatoria" y el relator, el Dr. Pedro A. Ferraina.

En su relato oficial, Ferraina (1991) concluye invocando las razones e inconvenientes para desarrollar la cirugía ambulatoria y por consiguiente los CCA en nuestro país y finalmente exponiendo las recomendaciones para su desarrollo:

- 1) Los cirujanos deben estar convencidos que los procedimientos quirúrgicos no pierden seguridad realizados fuera del hospital. Para ello se debe contar con CCA debidamente equipados y acreditados, en donde exista participación de Sociedades Científicas y se estimule la valuación constante de la calidad de servicios.

- 2) Deberá existir una selección adecuada de pacientes teniendo en cuenta todos los factores y en especial la voluntad del enfermo de aceptar este método.
- 3) Estimular la información del público.
- 4) En Centros independientes cumplir con la normativa y contar con un centro hospitalario para la derivación correspondiente.

Como es posible que los costos de la medicina sigan aumentando con operaciones cada vez más complejas (transplantes) aumentar el número de pacientes que puedan ser sometidos a cirugía ambulatoria beneficiaría a la sociedad siempre que no se sacrifique la calidad.

Finaliza su relato diciendo que nuestro país no puede seguir pagando un alto costo porque los cirujanos no están dispuestos a aceptar este método por desconocimiento o mala información. Y destaca que lo más importante es y seguirá siendo el paciente; el personal de salud deberá preocuparse por brindarle seguridad, calidad, conveniencia y comodidad.

Desde entonces, y en gran medida a este importante aporte, hoy en la Argentina, esta práctica y estos modelos han comenzado a conocerse y desarrollarse. Si bien en forma aún dispar y en general dedicados a especialidades tales como Cirugía estética, Oftalmología y Ginecología principalmente.

Para conocer esta realidad entrevistamos a Pettinari, R.L. MACC FACS, jefe del Departamento de Cirugía del Hospital Regional de Comodoro Rivadavia desde 1998. Entre sus múltiples trabajos científicos presentados en congresos nacionales e internacionales, figura Hernias inguinales infantiles, cirugía ambulatoria, presentado en el LXII Congreso Argentino de Cirugía 1991. Relator oficial del Congreso Argentino de Cirugía 1988. (comunicación personal, febrero 14, 2013):

La aceptación de la modalidad ambulatoria en los procedimientos quirúrgicos y la efectividad de los CCA son, aún hoy un tema importante de discusión en nuestro país. El punto de partida fundamental para lograr resultados exitosos en este tipo de prácticas, es la aceptación mutua médico-paciente. Uno de los principales problemas que debe enfrentar un cirujano al proponer esta modalidad es la resistencia del paciente por la falta de información y su nivel cultural.

Los Centros de esta modalidad quirúrgica deben brindar seguridad y calidad en las prestaciones, cumpliendo estrictamente con las normativas y acreditaciones de modo de garantizar una metodología de trabajo que

contemple los protocolos pertinentes y evite complicaciones legales a los profesionales intervinientes y satisfacción al paciente. Esta ha sido otra de las probables causas de la implementación “tardía” en nuestro país y aún hoy sigue preocupando.

La clave para el desarrollo y definitiva aceptación en nuestro país deberá enfocarse en promocionar y reforzar la información para lograr un cambio cultural del paciente, del médico, de las instituciones, de los Seguros de Salud (Obras Sociales, Prepagas, Hospitales).

El seguimiento de los pacientes debe realizarse minuciosamente ya sea por paramédicos domiciliarios, vía telefónica u on-line para evitar complicaciones post-operatorias.

Debe estar bien claro y protocolizado el tipo de patologías factibles de tratarse ambulatoriamente.

Otro de los temas de incompleta solución en la Argentina es el económico: es un modelo que busca reducir costos, y aún hoy ofrece resistencias entre prestadores, Instituciones y seguros. Todas éstas han sido las causas del lento crecimiento de estos centros en nuestro país, sin embargo creo que el tratamiento integral del tema (económico, médico, sociológico, arquitectónico, etc.) hará que posiblemente entendamos que es un cambio importante para los recursos en salud, pues redundará en la relación costo-beneficio.

4.2.- PERSPECTIVAS DE FUTURO:

En su análisis sobre el futuro de los edificios para la salud, reflexiona Monza (2011)

Hace tiempo que el hospital ha dejado de ser el único tipo de efector de salud sino que, debido a las nuevas modalidades de atención y a los avances tecnológicos, han surgido nuevas tipologías edilicias que nos llevan a hablar del futuro de los edificios para la salud dentro de un paradigma edilicio de mayor complejidad.(...) Estamos dentro de un cambio de paradigma (...) y esto incluye tanto a la salud como a la arquitectura.

Al respecto, opina Urruty (2008)

Cada época tiene su particularidad: actores, programas, procesos y una realidad económica-política diferente. Cambian las patologías, los temas de salud a solucionar, los conceptos médicos, los tratamientos, nuevas respuestas físicas, nuevos actores que impactan en las resoluciones arquitectónicas y sus resultados (las tipologías)

Según Martínez- Ramos (2012) “Actualmente se considera que uno de los mayores avances de la Sanidad Española ha sido el desarrollo de la Cirugía Mayor Ambulatoria, entendida como una forma “revolucionaria” de prestación de servicios quirúrgicos, de alta calidad, seguridad y eficacia.

En Argentina, si bien se percibe una presencia cada vez más importante, aún no ha alcanzado la difusión que logró en pocos años a nivel mundial. Para elaborar una perspectiva a futuro, nos apoyaremos en las experiencias probadas y analizadas en países como España, lo que nos permitirá con mayor seguridad, hacer una proyección del horizonte sostenible de este tipo de prácticas y del futuro desarrollo de los CCA.

Vimos que uno de los principios filosóficos de la CMA es la valoración del paciente, el involucrarlo en su recuperación. Al respecto, Urruty (2008) sostiene, refiriendo a Federico Tobar:

Sabemos que hasta el presente, la inversión más poderosa para salvar vidas no ha sido ni un medicamento, ni ninguna tecnología médica, sino involucrar a las personas en el cuidado de su propia salud (...) Esto requiere de un profundo cambio de paradigma sanitario: convertir en activo y protagonista a quien, desde hace siglos, se lo llama paciente.

Dice Martínez Ramos (2009):

Quizás uno de los nuevos enfoques estratégicos que probablemente se producirán en los próximos años, será el de considerar a una gran parte de los pacientes quirúrgicos inicialmente como “ambulatorios” mientras no se demuestre lo contrario. Es decir la CMA será considerada, para muchas patologías, como la forma de cirugía de primera elección y dejará de ser entendida como alternativa.

Urruty (2008) continúa diciendo: La incorporación de la informática está modificando los procesos y la gestión, por lo tanto también se modificará la respuesta arquitectónica, aunque aún no somos conscientes de cuán profunda será esa transformación.

Esta reflexión nos hace preguntarnos: ¿serán los Centros de Cirugía Ambulatoria, esa “transformación necesaria”?

Dice Marín (2012):

Las consecuencias de la crisis son impredecibles pero no saldremos de ella aumentando la cirugía con ingreso y gastando más, sino reduciendo nuestros costes, aumentando la productividad y la calidad, lo que significa hacer más CCA para dejar de ser una innovación periférica, que no ha molestado en demasía al status quo hospitalario, y ser una inversión decidida, pues el retorno que produce a la sociedad y a la organización sanitaria es manifiesta. La CMA puede y debe estar de moda otra vez.

Al contemplar la dinámica generada en estos últimos tiempos debido principalmente a los adelantos tecnológicos y en las comunicaciones, Urruty (2008) se pregunta si el nuevo hospital será un gran “call center” sin gente o volveremos al médico de familia. Plantea que esto es un desafío, y que ante las nuevas prácticas y tecnologías, la respuesta del recurso físico está abierta.

CONCLUSIONES

“La inteligencia consiste no sólo en el conocimiento, sino también en la destreza de aplicar los conocimientos en la práctica”.
Aristóteles

“Si buscas resultados distintos, no hagas siempre lo mismo”.
Einstein

Por los múltiples motivos expuestos, aunque las razones iniciales de Nicoll en Glasgow fueron fundamentalmente éticas, han sido principalmente económicas las motivaciones que han colaborado en la dispar pero importante difusión de los centros de Cirugía Ambulatoria.

Los edificios para la salud son la respuesta física de los nuevos modelos de atención en salud en un determinado espacio y tiempo. Son entonces la respuesta posible que genera esa necesidad para esa realidad. Así nacieron, se desarrollaron y evolucionaron los Centros de Cirugía Ambulatoria (CCA).

En un contexto en el que la población crece, aumenta la expectativa de vida, cambian las patologías; se produce el incremento de la demanda sanitaria. La tecnología avanza y los presupuestos no logran ajustarse, por todo esto, a nuestro criterio, los CCA, deberían ser prioridad. Así lo pensamos porque la cirugía ambulatoria es probadamente una práctica científica eficiente que logra resultados equivalentes o mejores que la cirugía convencional a menor costo, con satisfacción de los pacientes, sin disminución de la calidad asistencial.

Uno de los principios filosóficos del modelo ambulatorio es ubicar al paciente en un lugar central, evitarle sufrimientos, cuidarlo integralmente, darle protagonismo en su recuperación y brindarle un entorno amigable y familiar en sus cuidados postoperatorios. La recuperación domiciliaria permite ocupar recursos y camas de internación en beneficio de la atención de los más vulnerables, tanto por sus patologías como por sus recursos.

Consideramos importante destacar que el hecho de que en los últimos años haya crecido este tipo de intervenciones, de ningún modo significa que la cirugía tradicional y por consiguiente los centros quirúrgicos convencionales, dejen de existir. El auge de estas prácticas y los CCA no reemplazan lo conocido. Tampoco son alternativa de éstos. Son una nueva propuesta, un modelo instalado y de alta efectividad que da respuesta a una demanda concreta que genera la dinámica de la atención sanitaria. En síntesis, una “transformación necesaria”.

Pensamos que es importante que los responsables políticos, los profesionales de la salud, los pacientes conozcan esta tendencia con el objeto de estimular su crecimiento y desarrollo, porque es una solución que favorece la sustentabilidad quirúrgica, sin necesidad de encarecerla, en un importante porcentaje de procedimientos.

En cuanto a las variables funcionales-edilicias, centros autónomos o integrados, cada modalidad tiene sus aspectos favorables y sus inconvenientes que expusimos en el trabajo. Como dijimos, un edificio responde a una realidad determinada en un contexto y un tiempo particulares. Creemos que ambos responden adecuadamente a la demanda que deben satisfacer, los tipos de cirugías que se practiquen en cada modelo deberán responder estrictamente a los procedimientos permitidos por la resolución que regula su habilitación. Como sostuvimos creemos que es primordial el cumplimiento con los protocolos y acreditaciones, para lograr máxima calidad en las prestaciones. Destacamos la recomendación de cumplir con ellas, más allá de que aún no revistan la condición de obligatoriedad.

Desde el punto de vista de la **seguridad**, la variante integrada garantiza a pacientes y profesionales la vinculación inmediata con las áreas críticas del mismo establecimiento ante un imprevisto no deseado. Esta posibilidad, si bien puede y debe reglamentariamente efectivizarse, en la versión autónoma queda sujeta al traslado. Quizás sea éste uno de los principales motivos de la tímida aceptación del modelo en Argentina.

La adecuada elección del paciente será relevante para el éxito de las prestaciones. El seguimiento médico y el cuidado ambulatorio deben ser considerados parte importante de esta modalidad. Sintetizando diremos que la prestación médica de un CCA no termina en los límites de un edificio, sino que éste es sólo una parte del proceso.

Pero cualquiera sea la elección de la modalidad de gestión, preferimos enfocar nuestra mirada en el tema de fondo y no en la forma. Hoy más que nunca la cirugía ambulatoria debería ser una primera elección y no una alternativa, porque ofrece lo mejor para el paciente con el menor gasto. Creemos importante optimizar y difundir la creación de Centros destinados a este fin para que puedan realizarse cada vez más cirugías ambulatorias siempre que sea posible. Es importante que los CCA deban cumplir con criterios de eficiencia y calidad para brindar respuestas adecuadas a profesionales y pacientes evitando gastos innecesarios y disminución

de infecciones. Por esto, la normativa debe anticiparse y acompañar su desarrollo y evolución en forma dinámica.

Buscando un horizonte sostenible, un futuro posible, queremos concluir nuestro trabajo parafraseando a Marín (2012) Por todo lo expuesto los CCA “pueden y deben estar de moda”.

BIBLIOGRAFÍA

- Davis, J. E. (1987). The major ambulatory surgical center and how it is developed. *The Surgical clinics of North America*, 67(4), 671. Traducción Arq. Victoria Ardizzone.
- Ferraina, P. (1991). Cirugía Ambulatoria. Relato en LXII Congreso Argentino de Cirugía. *Revista Argentina de Cirugía. Nº extraordinario*. pp. 2/61.
- ITAES – CEDIM – CADIME (2003) Manual de Acreditación para Establecimientos Ambulatorios de Diagnóstico y Tratamiento. Buenos Aires.
- Jaramillo Mejía, J. (2005) Principios filosóficos de la cirugía ambulatoria. Rev. colomb.anestesiol.vol.33 n°.4. Recuperado de www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-33472005000400001
- Marín, J. (2012) Horizonte sostenible para la cirugía mayor ambulatoria. *Cirugía mayor ambulatoria* 17(1). Recuperado de: http://www.asecma.org/revista/R_1_2012_AP2_horizonte.pdf
- Martínez-Ramos, C. (2009) Cirugía mayor ambulatoria. Implantación en España. Perspectivas de futuro. En *Reduca (Recursos educativos). Serie Medicina*. 1(1): 305-316. Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad Complutense. Madrid. Recuperado de: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca/article/view/62/92>
- Menéndez Gac, C. (2007) *Cirugía Mayor Ambulatoria - Clínica Quilín - Hospital Clínico U. de Chile*. Ponencia en el 18º Congreso Latinoamericano de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria. Buenos Aires. Argentina.
- Monza. L (2011) Principales tendencias en el futuro de los edificios para la salud. *Revista Temas Hospitalarios*, p.10. Recuperado de: http://www.temashospitalarios.com.ar/pdf/TH_16.pdf
- Otero, R.(2011) La Acreditación en Salud. Características, antecedentes internacionales y desarrollo en la República Argentina. *Revista ITAES*. 13(3), 10-11. Buenos Aires: Base de datos del ITAES. Recuperado de <http://www.itaes.org.ar/biblioteca/3-2011/ITAES-3-2011-acreditacion.pdf>
- Pettinari, R. L. (14 febrero 2013). Comunicación personal.
- Rojas Pérez, E. (2012) . Evolución de la cirugía ambulatoria. *Revista Mexicana de Anestesiología.. Cirugía ambulatoria*. 35(1). Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2012/cmas121c6.pdf>

- Sánchez de Vega, D. y Esteban, F. (2005) Unidades de cirugía mayor ambulatoria y de cirugía de corta estancia. En *Arias, J. Propedéutica quirúrgica*. Cap 24. p. 312. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de:
<http://books.google.com.ar/books?id=4k3NZuoAKyGc&pg=PA311&lpg=PA311&dq=Proped%C3%A9utica+quir%C3%BArgica+sanchez+de+vega+unidades+de+cirug%C3%ADa&source=bl&ots=8kM3Za8QkY&sig=IMxRm8m0NGVyPK-tvm2VhYul05A&hl=es&sa=X&ei=aFo1Ue-DG4eM0QGU IDACQ&sqi=2&ved=0CCsQ6AEwAA#v=onepage&q=Proped%C3%A9utica%20quir%C3%BArgica%20sanchez%20de%20vega%20unidades%20de%20cirug%C3%ADa&f=false>
- Urruty, E. (2008) ¿La tecnología como respuesta a nuevos requerimientos? En *Anuario 08 AADAIH Asociación Argentina de Arquitectura Hospitalaria*. p. 28-29.

DOCUMENTOS Y NORMATIVAS

Joint Commission International. Standards Sampler for Ambulatory Surgery Centers. Manual para la Acreditación de Establecimientos Ambulatorios de Diagnóstico y Tratamiento. Recuperado de:
<http://www.adecra.org.ar/comercio64/html/459258Manual-Laboratorio.pdf>

República Argentina. Ministerio de Salud (2005). Dirección de Calidad de los servicios de Salud. Programa Nacional de Garantía de la calidad de Atención Médica. Resolución 1712/05. Normas e Instrumentos para la Habilitación Categorizante de los Servicios de Quirófanos como anexos de consultorios, Centros Médicos, Servicios Médicos y/u Odontológicos de Urgencia e Institutos y el listado de Procedimientos de Cirugía Menor Ambulatoria y Cirugía Mayor Ambulatoria.
Recuperado de:
http://www.msal.gov.ar/pngcam/resoluciones/msres1712_2005.pdf

Organización Panamericana de Salud - Federación Latinoamericana de Hospitales (OPS - FLH) (1994) Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales en América Latina y el Caribe. Introducción.

ANEXO II

República Argentina. Ministerio de Salud. Resolución 1712/2005.

Resolución 1712/05. Centro Médico con Cirugía Ambulatoria

Ministerio de Salud y Ambiente

Apruébanse las normas e instrumentos para la habilitación categorizante de los servicios de quirófanos como anexo de Consultorios, Centros Médicos, Servicios Médicos y/u Odontológicos de Urgencia e Institutos y el Listado de procedimientos de Cirugía Menor Ambulatoria y Cirugía Mayor Ambulatoria.

Bs. As., 28/11/2005

VISTO el expediente N° 1-2002-7972/05-0 del registro de este Ministerio, la Ley N° 17.132, el Decreto N° 6216/67, la Resolución del MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE N° 911/04, la Resolución de la ex-SECRETARIA DE ESTADO DE SALUD PUBLICA N° 2385/80, la Resolución de la ex-SECRETARIA DE SALUD PUBLICA N° 914/88 y la Disposición de la ex-SUBAREA DE CONTRALOR DEL EJERCICIO PROFESIONAL N° 575/84, y

CONSIDERANDO:

Que la Resolución de la ex-SECRETARIA DE ESTADO DE SALUD PUBLICA N° 2385 de fecha 11 de agosto de 1980 establece las normas mínimas de habilitación que hacen posible el adecuado funcionamiento de los establecimientos asistenciales en el ámbito de fiscalización del Ministerio de Salud y Ambiente.

Que ante la incorporación de nuevas tecnologías, equipamiento-dispositivos médicos y técnicas de procedimientos, así como la aparición de nuevas especialidades médico-quirúrgicas, se autorizó, por Disposición de la ex-SUBAREA DE CONTRALOR DE EJERCICIO PROFESIONAL N° 575/84, el funcionamiento de quirófanos como anexo de Consultorios, Centros Médicos, Servicios Médicos y/u Odontológicos de Urgencia e Institutos.

Que, en aras de garantizar la calidad de la atención del paciente y su seguridad, el MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE ha dictado la Resolución N° 911/04 de fecha 9 de setiembre de 2004, en la que estableció las condiciones físico funcionales mínimas que deben poseer para su funcionamiento, indicando las prácticas quirúrgicas autorizadas para su realización en estas instituciones.

Que, tales limitaciones han sido establecidas para la realización de las prácticas de cirugía ambulatoria en los quirófanos como anexo de Consultorios, Centros Médicos, Servicios Médicos y/u Odontológicos de Urgencia e Institutos, establecidos por Disposición de la ex-SUBAREA DE CONTRALOR DE EJERCICIO PROFESIONAL N° 575/84 no resultando de aplicación a los establecimientos con internación habilitados conforme lo establecido en la Resolución N° 2385/80 de la ex-Secretaría de Estado de Salud Pública.

Que, a pesar de los plazos fijados por el Artículo 6° de la citada Resolución, existieron presentaciones extemporáneas por parte de las Entidades y Sociedades Científicas solicitando la ampliación y/o modificación del listado de prácticas quirúrgicas de su Anexo I. Que estas presentaciones han sido consideradas para su tratamiento e inclusión, en virtud de resultar contestes las fundamentaciones emitidas por las Sociedades Científicas recurrentes y la opinión de las áreas técnicas competentes de este Ministerio.

Que por el artículo 4° de la Resolución Ministerial N° 911/04 se encomendó a la DIRECCION DE CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD elaborar, un proyecto de normas e instrumentos para la habilitación categorizante de los servicios de cirugía ambulatoria en el ámbito de fiscalización del Ministerio de Salud y Ambiente.

Que ante el incremento de procedimientos quirúrgicos ambulatorios, es necesario precisar cuales de ellos y en que ámbito es posible su realización, teniendo en cuenta los parámetros establecidos a nivel internacional.

Que importa esclarecer la diferencia existente entre la capacidad de resolución quirúrgica que deben ofrecer los distintos prestadores de servicios de cirugía.

Que resulta relevante establecer no sólo las consideraciones edilicio-estructurales, de equipamiento y de recurso humano de los ámbitos donde se desarrollan estas prácticas, sino también las condiciones psicofísicas de los pacientes susceptibles de ser sometidos a estos procedimientos, además de la variabilidad clínica de las patologías.

Que el MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE debe propender a ejecutar aquellas facultades regulatorias que le son propias, y que resultan indelegables, con miras a la protección de la población general y del ejercicio de sus derechos y obligaciones como paciente — usuarios de los servicios quirúrgicos que pudiere utilizar.

Que se ha definido en el ámbito del CONSEJO FEDERAL DE SALUD —COFESA—, como política prioritaria federal, el adherir a un modelo de habilitación categorizante de servicios de salud, motivo por el cual, deberán las futuras autorizaciones de los servicios que practican cirugía ambulatoria enmarcarse en las normas e instrumentos que al efecto determine la DIRECCION DE CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD, en lo atinente a los aspectos técnicos.

Que, oportunamente, la Comisión ad hoc del CONSEJO NACIONAL CONSULTIVO DEL SECTOR SALUD ha prestado su conformidad para el dictado de la Resolución N° 911/04, que por la presente se reglamenta y amplía.

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS ha tomado la intervención que le compete.

Que se actúa en virtud de las facultades conferidas por la Ley de Ministerios (T.O. por Decreto N° 438/1992 y sus modificatorias, artículo 23 , apartados 3, 5, 12 y 15) y el artículo 2° del Decreto N° 6216/67, Reglamentario de la Ley N° 17.132.

Por ello,

EL MINISTRO DE SALUD Y AMBIENTE

RESUELVE:

Artículo 1°— Apruébanse las normas e instrumentos para la habilitación categorizante de los servicios de quirófanos como anexo de Consultorios, Centros Médicos, Servicios Médicos y/u Odontológicos de Urgencia e Institutos para el ámbito de fiscalización del Ministerio de Salud y Ambiente.

Art. 2°— Entiéndese por Cirugía Menor Ambulatoria a los procedimientos quirúrgicos menores que se realizan con anestesia local y que, sin ningún período de recuperación, permiten al paciente retirarse del consultorio o centro en forma inmediata.

Art. 3°— Entiéndese por Cirugía Mayor Ambulatoria a la modalidad de prestación del servicio quirúrgico realizada con anestesia local, regional o general, que requiere que el paciente reciba cuidados post-operatorios poco intensivos y cuya duración no podrá ser superior a SEIS (6) horas, por lo que no necesitan internación y que cumplido el período de recuperación son derivados a su domicilio. Estos procedimientos son realizados dentro del horario establecido en la Resolución N° 911/04 del MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE.

Art. 4°— Establécese que los quirófanos anexos a consultorios deberán cumplimentar los requerimientos definidos en el ANEXO I y sólo podrán realizar Cirugía Menor Ambulatoria. Entendiéndose por Cirugía Menor Ambulatoria a la descrita en el Artículo 2°.

Art. 5°— Establécese que los quirófanos de los Centros Médicos que realicen Cirugía Menor Ambulatoria deberán cumplimentar los requisitos establecidos en el ANEXO II de la presente. Entendiéndose por Cirugía Menor Ambulatoria a la descrita en el Artículo 2°.

Art. 6°— Establécese que los quirófanos de los Centros Médicos que realicen Cirugía Mayor Ambulatoria deberán cumplimentar los requisitos establecidos en el ANEXO III de la presente. Entendiéndose por Cirugía Mayor Ambulatoria a la descrita en el Artículo 3°.

Art. 7°— Apruébase el listado de procedimientos de Cirugía Menor Ambulatoria y Cirugía Mayor Ambulatoria, que como ANEXO IV se agrega a la presente, y que resultan

susceptibles de ser realizados en los quirófanos anexos a Consultorios y en Centros Médicos.

Art. 8°— Establécese como condición para determinar la viabilidad del procedimiento quirúrgico en forma ambulatoria que el profesional actuante, en forma previa haya considerado las condiciones psicofísicas del paciente, la variabilidad clínica de la patología, el examen prequirúrgico y el consentimiento informado del mismo.

Art. 9°— Será condición obligatoria e ineludible para las instituciones cuya actividad se reglamenta por esta Resolución, garantizar la presencia de un profesional médico en el ámbito de la misma, hasta el egreso de//los paciente/s de sus instalaciones, siendo el mismo el profesional actuante o miembro de su equipo. El alta y retiro del paciente debe contar con la autorización del médico actuante debidamente rubricada.

Art. 10. — A fin de dar cumplimiento a lo establecido por la Ley N° 17.132 y su Decreto Reglamentario, se establece la obligatoriedad de llevarse un libro registro de cirugía para la inscripción de la totalidad de las intervenciones quirúrgicas efectuadas en las instituciones cuya actividad se reglamenta por la presente.

El citado libro registro deberá estar encuadernado y foliado y haber sido registrado en la DIRECCION DE REGISTRO, FISCALIZACION Y SANIDAD DE FRONTERAS. En él deberán establecerse los datos de identificación del paciente, tipo de intervención quirúrgica, tipo de anestesia utilizada, fecha y hora de inicio y finalización de las mismas, indicándose, además, los datos completos del equipo quirúrgico y del médico a cargo de la anestesia. Los requisitos exigidos previamente no excluyen la realización de la historia clínica del paciente.

Art. 11. — Todo Consultorio o Centro Médico con quirófano habilitado que realice cirugías ambulatorias deberá poseer y acreditar mantener:

- a. Convenio de derivación con Empresa de Traslado Sanitario de Pacientes, que cuente con unidades de alta complejidad de traslado habilitada por autoridad competente.
- b. Convenio con Establecimiento Asistencial con Internación que cuente con Unidad de Terapia Intensiva, habilitado por autoridad competente.
- c. Convenio con Empresa de Traslado de Residuos Biopatogénicos, habilitada por autoridad competente.

Art. 12. — Las eventuales modificaciones del ANEXO IV, deberán ser aprobadas por Resolución Ministerial. A tal efecto, el Ministerio podrá solicitar fundamentación y justificación a las Sociedades Científicas Acreditadas, la que deberá ser avalada por las áreas técnicas competentes pertenecientes a este Ministerio.

Art. 13. — La presente Resolución será de aplicación a los Servicios Médicos y Odontológicos de Urgencia e Institutos, en todo aquello que resulte pertinente.

Art. 14. — Se habilitarán por esta Resolución los quirófanos anexos a consultorios ya habilitados por reglamentaciones previas o que tengan habilitación provisoria a la fecha.

Art. 15. — A partir de la presente sólo se habilitarán centros médicos para la realización de cirugía ambulatoria menor o mayor.

Art. 16. — Derógase la Disposición de la ex-SUBAREA DE CONTROL DEL EJERCICIO PROFESIONAL N° 575/84 y la Resolución N° 911/04 del Ministerio de Salud y Ambiente en todo aquello que se oponga a la presente.

Art. 17. — Establécese un plazo máximo de 365 días corridos a partir de la fecha para la adecuación de las instituciones a esta normativa, luego de la cual se darán de baja las habilitaciones preexistentes.

Art. 18. — Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial, póngase en conocimiento a quien corresponda a través de la DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO, FISCALIZACION Y SANIDAD DE FRONTERAS. Cumplido, archívese. — Ginés M. González García.

ANEXO I

QUIROFANO UNICO ANEXO A CONSULTORIO	SI
Entiéndese por Cirugía Menor Ambulatoria a los procedimientos quirúrgicos menores que se realizan con anestesia local y que, sin ningún período de recuperación, permiten al paciente retirarse del consultorio o del Centro en forma inmediata.	
CONDICIONES GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO	
Cuenta con planos y construcción aprobada por autoridad competente	
Accesos y Circulaciones	
Los accesos posibilitan el control de ingresos y están debidamente identificados.	
Las circulaciones son independientes de las áreas de trabajo .	
El quirófano anexo a consultorio tiene un fácil acceso desde el exterior	
QUIROFANO	
Es independiente del resto de los locales, con acceso directo desde el área de lavado.	
Tiene espacio adecuado que permita la libre circulación del profesional actuante.	
Superficie mínima para este quirófano: 9 metros cuadrados.	
Posee adecuada iluminación natural y/o artificial.	
Posee un sistema de luz eléctrica de emergencia .Cuenta con sistema de puesta a tierra para todos los circuitos de tomacorrientes (monofásicos y trifásicos) conectados al correspondiente dispositivo que cumpla con los fines propuestos. Las instalaciones poseen los dispositivos de seguridad eléctrica: protecciones termomagnéticas y diyuntores	
Puertas: El ancho libre permite el normal acceso de una camilla o silla de ruedas al local.	
Pisos: resistentes al uso, lavables, impermeables, lisos con ángulos redondeados	
Paredes y cielorrasos: resistentes al uso, impermeables, lavables, ignífugos, superficies lisas, sin molduras, que no acumulen suciedad y de fácil limpieza.	
Adecuada climatización.	
Si se utiliza aire acondicionado no deberá ser recirculado. El aire inyectado al local deberá ser filtrado o esterilizado. En todos los casos las tomas de aire deberán hacerse de zonas no contaminadas.	
Seguridad contra incendios: se deberán tomar todas las previsiones vigentes establecida por autoridad competente.	
Equipamiento:	
Mesa quirúrgica: De material cromado o inoxidable o material lavable con movimiento universal y con los accesorios correspondientes para distintas posiciones o sillón según procedimientos.	
Mesa para instrumental: De material inoxidable o cromado	
Mesas accesorias: con características similares a las anteriores.	
Bancos altos o taburetes	
Soportes o carriles para frascos de venoclisis	
Lebrillos o palanganas	
Aspirador mecánico.	
Fuente de oxígeno	
Fuente de luz central o frontal	
Carro de paro cardíaco y de traqueostomía según normativas vigentes	
CUENTA CON AREA DE LAVADO	
Esta ubicada de manera que una vez utilizada por el cirujano, el mismo tenga acceso directo a la sala de operaciones.	
Las piletas cuentan con equipos de accionamiento a codo o pedal o automático no manual., dispositivo proveedor de jabón o proveedor de solución antiséptica con accionamiento no manual.	
CUENTA CON SALA DE RECUPERACIÓN	
Localizada adyacente al quirófano.	
El ancho libre de las puertas debe permitir el normal acceso de una camilla o silla de ruedas	
Superficie mínima de 9 m2 con acceso a un sanitario	
Características pisos, zócalos, paredes y cielo rasos similar al quirófano	
Instalaciones generales de electricidad y de prevención de incendios similar al quirófano.	
Equipamiento	
Lavabo, toallero para descartables.	

Camilla, cama o sillón.
Accesibilidad a Oxígeno y carro de paro del quirófano.
CUENTA CON VESTUARIO Y SANITARIOS PARA PACIENTES
CUENTA CON VESTUARIO Y SANITARIOS PARA PERSONAL
CUENTA CON ÁREA DE ROPA LIMPIA Y SUCIA
RECURSO HUMANO
El quirófano esta a cargo de un cirujano general o especialista validado por la autoridad competente.
De ser necesario, Médico Anestesiista validado por la autoridad competente.
En caso de ser necesario podrá ser asistido por enfermera y/o instrumentadora con título validado por la autoridad competente.
MARCO NORMATIVO
Cuenta con convenio de derivación con Empresa de Traslado Sanitario de Pacientes, que cuente con unidades de alta complejidad de traslado habilitada por autoridad competente.
Cuenta con convenio con Establecimiento Asistencial con Internación que cuente con Unidad de Terapia Intensiva, habilitado por autoridad competente.
Cuenta con Esterilización propia de materiales.
Cuenta con contrato con empresa esterilizadora habilitada.
Cuenta con convenio con empresa de residuos biopatologicos.
ANEXO II
CENTRO DE CIRUGIA MENOR AMBULATORIA
Entiéndese por Cirugía Menor Ambulatoria a los procedimientos quirúrgicos menores que se realizan con anestesia local y que, sin ningún período de recuperación, permiten al paciente retirarse del consultorio o del Centro en forma inmediata.
Accesos y Circulaciones
Los accesos posibilitan el control de ingresos y están debidamente identificados.
Las circulaciones son independientes de las áreas de trabajo .
El centro de cirugía tiene un fácil acceso desde el exterior
Características Constructivas
Pisos: Resistentes al uso, Lisos, Lavables, Continuos, Impermeables, sin comunicación con red cloacal (en area de quirofono). Zócalos: Impermeables y Angulos Redondeados(en áreas de circulación restringida).
Paredes y Cielorrasos: Superficies Fácilmente lavables, Lisas Aislantes y Resistentes al Fuego
Puertas : de acceso de luz libre, que permita el paso de camillas y ó sillas de ruedas.
Instalación Eléctrica:
Cuenta con sistema de puesta a tierra para todos los circuitos de tomacorrientes (monofásicos y trifásicos) conectados al correspondiente dispositivo que cumpla con los fines propuestos. Las instalaciones poseen los dispositivos de seguridad eléctrica: protecciones termomagnéticas y diyuntores.
Cuenta con instalación o dispositivos para luz de emergencia en accesos, circulaciones, local de enfermería, y Quirófanos.
Gases medicinales:
Cuenta con el abastecimiento y suministro, centralizado o individual, de aquellos gases (oxígeno, vacío, aire comprimido, etc.) que se requieran.
Condiciones de Seguridad
Cuenta como mínimo con matafuegos autorizados por la autoridad competente y según reglamentaciones vigentes.
Salidas de emergencia debidamente señalizadas.
AREAS GENERALES
Cuenta con:
- Consultorios
- Sala de espera

- Area de recepción de pacientes
AREA QUIRURGICA
Zona de Circulación Restringida
Quirófanos en cantidad variable según cada unidad.
QUIROFANO
Es independiente del resto de los locales, con acceso directo desde el área de lavado.
Espacio adecuado que permita la libre circulación del profesional actuante.
Superficie mínima 9 metros cuadrados.
El ancho libre de las puertas deberá permitir el normal acceso de una camilla o silla de ruedas al local.
Adecuada iluminación natural y/o artificial.
Pisos: resistentes al uso, lavables, impermeables, lisos con ángulos redondeados.
Paredes y cielorrasos: resistentes al uso, impermeables, lavables, ignífugas, superficies lisas, sin molduras, que no acumulen suciedad y de fácil limpieza.
Adecuada climatización.
Si se utiliza aire acondicionado no deberá ser recirculado. El aire inyectado al local deberá ser filtrado o esterilizado. En todos los casos las tomas de aire deberán hacerse de zonas no contaminadas.
Cuenta con sistema de puesta a tierra para todos los circuitos de tomacorrientes (monofásicos y trifásicos) conectados al correspondiente dispositivo que cumpla con los fines propuestos. Las instalaciones poseen los dispositivos de seguridad eléctrica: protecciones termomagnéticas y diyuntores.
Gases medicinales: Cuenta con el abastecimiento y suministro de aquellos gases (oxígeno, vacío, aire comprimido, etc.) que se requieran.
EQUIPAMIENTO
Mesa quirúrgica: De material cromado o inoxidable o material lavable con movimiento universal y con los accesorios correspondientes para distintas posiciones o sillón según procedimientos.
Mesa para instrumental: De material inoxidable o cromado
Mesas accesorias: con características similares a las anteriores.
Bancos altos o taburetes
Soportes o carriles para frascos de venoclisis
Lebrillos o palanganas
Aspirador mecanico.
Fuente de luz central o frontal
Carro de paro cardíaco según normativa vigente
Cuenta con AREA DE LAVADO
Esta área está ubicada de manera que una vez utilizada por el cirujano, el mismo tenga acceso directo a la sala de operaciones.
Las piletas cuentan con equipos de accionamiento a codo o pedal o automático no manual., dispositivo proveedor de jabón o proveedor de solución antiséptica con accionamiento no manual.
Cuenta con SALA DE RECUPERACIÓN
Localizada adyacente al quirófano.
El ancho libre de las puertas permite el normal acceso de una camilla o silla de ruedas
Superficie mínima de 9 m2 con acceso a un sanitario
Las condicionantes ambientales de privacidad y asepsia.
Características pisos, zócalos, paredes y cielo rasos similar al quirófano
Instalaciones generales de electricidad y de prevención de incendios similar al quirófano.
Equipamiento
Lavabo, toallero para descartables.
Camilla, cama o sillón.
Accesibilidad Oxígeno .
Carro de paro del quirófano.
CUENTA CON:

Vestuario y sanitarios para personal y pacientes
Area de ropa limpia y sucia
Local para Abastecimientos y Procesamientos Periféricos limpios
Local para Abastecimientos y Procesamientos Periféricos usados
Depósito de Equipos
Depósitos de Limpieza
Depósitos de Residuos Comunes y /o Biopatogénicos
RECURSO HUMANO
Cuenta con un Director médico de la Institución habilitado por autoridad competente de la Jurisdicción.
Area Quirúrgica: a cargo de un médico especialista en Cirugía(validado por autoridad competente), cuya función es la coordinación operativa y asistencial del área.
Médicos asistenciales especialistas en cirugía (validado por autoridad competente).
De ser necesario, Médico Anestesiista validado por la autoridad competente.
Instrumentadoras y/o enfermeras validadas por autoridad competente.
Personal administrativo y de limpieza.
MARCO NORMATIVO
Cuenta con convenio de derivación con Empresa de Traslado Sanitario de Pacientes, que cuente con unidades de alta complejidad de traslado habilitada por autoridad competente.
Cuenta con convenio con Establecimiento Asistencial con Internación que cuente con Unidad de Terapia Intensiva, habilitado por autoridad competente.
Cuenta con Esterilización propia de materiales.
Cuenta con contrato con empresa esterilizadora habilitada.
Cuenta con convenio con empresa de residuos biopatologicos.
Plan de evacuación en caso de siniestro.
ANEXO III
CENTRO DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA
Se entenderá por Cirugía Mayor Ambulatoria a la modalidad de prestación del servicio quirúrgico realizada con anestesia local, regional o general, que requiere que el paciente reciba cuidados post-operatorios poco intensivos y cuya duración no podrá ser superior a SEIS (6) horas, por lo que no necesitan internación y que cumplido el período de recuperación son derivados a su domicilio.
Accesos y Circulaciones
Los accesos posibilitan el control de ingresos y están debidamente identificados.
Las circulaciones son independientes de las áreas de trabajo .
El centro de cirugía tiene un fácil acceso desde el exterior
Características Constructivas
Pisos: Resistentes al uso, Lisos, Lavables, Continuos, Impermeables, sin comunicación con red cloacal (en quirofanos). Zócalos: Impermeables y Angulos Redondeados(en áreas de circulación restringida).
Paredes y Cielorrasos: Superficies Fácilmente lavables, Lisas Aislantes y Resistentes al Fuego
Puertas : de acceso de luz libre, que permita el paso de camillas y ó sillas de ruedas.
Instalación Eléctrica:
Cuenta con sistema de puesta a tierra para todos los circuitos de tomacorrientes (monofásicos y trifásicos) conectados al correspondiente dispositivo que cumpla con los fines propuestos. Las instalaciones poseen los dispositivos de seguridad eléctrica: protecciones termomagnéticas y diyuntor.
Cuenta con instalación o dispositivos para luz de emergencia en accesos, circulaciones, local de enfermería, y Quirófanos.
Gases medicinales:
Cuenta con el abastecimiento y suministro, centralizado o individual, de aquellos gases (oxígeno, vacío, aire comprimido, etc.) que se requieran.
Condiciones de Seguridad

Cuenta con matafuegos autorizados por la autoridad competente según reglamentación vigente.
Salidas de emergencia debidamente señalizadas, aptas para su uso.
AREAS GENERALES
Cuenta con:
Consultorios
Areas de espera
Area de recepción de pacientes
AREA QUIRURGICA
Zona de Circulación Restringida
Quirófanos en cantidad variable según cada unidad.
QUIROFANO
Deberá ser independiente del resto de los locales, con acceso directo desde el área de lavado.
Espacio adecuado que permita la libre circulación del profesional actuante.
Superficie mínima 12 metros cuadrados. (cada lado con un minimo de 3 mts.).
El ancho libre de las puertas deberá permitir el normal acceso de una camilla o silla de ruedas al local.
Adecuada iluminación natural y/o artificial.
Pisos: resistentes al uso, lavables, impermeables, lisos con ángulos redondeados.
Paredes y cielorrasos: resistentes al uso, impermeables, lavables, ignífugas, superficies lisas, sin molduras, que no acumulen suciedad y de fácil limpieza.
Adecuada climatización.
Si se utiliza aire acondicionado no deberá ser recirculado. El aire inyectado al local deberá ser filtrado o esterilizado. En todos los casos las tomas de aire deberán hacerse de zonas no contaminadas.
Cuenta con un sistema de energía eléctrica de emergencia.
Cuenta con sistema de puesta a tierra para todos los circuitos de tomacorrientes (monofásicos y trifásicos) conectados al correspondiente dispositivo que cumpla con los fines propuestos. Las instalaciones poseerán los dispositivos de seguridad eléctrica: protecciones termomagnéticas y diyuntores.
Gases medicinales: Cuenta con el abastecimiento y suministro de aquellos gases (oxígeno, vacío, aire comprimido, etc.) que se requieran.
Equipamiento:
Mesa quirúrgica: De material cromado o inoxidable o material lavable con movimiento universal y con los accesorios correspondientes para distintas posiciones.
Mesa y máquina de anestesia.
Mesa para instrumental: De material inoxidable o cromado
Mesas accesorias: con características similares a las anteriores.
Bancos altos o taburetes
Soportes o carriles para frascos de venoclisis
Lebrillos o palanganas
Aspirador mecánico.
Fuente de luz central o frontal
Carro de paro cardíaco y de traqueostomía según reglamentación vigente
Cuenta con AREA DE LAVADO
Esta área está ubicada de manera que una vez utilizada por el cirujano, el mismo tenga acceso directo a la sala de operaciones.
Las piletas cuentan con equipos de accionamiento a codo o pedal o automático no manual, dispositivo proveedor de jabón o proveedor de solución antiséptica con accionamiento no manual.
Cuenta con SALA DE RECUPERACIÓN y PREANESTESIA
Cuenta con superficie mínima de 12 m ² y su crecimiento según el número de puestos de recuperación, estará acorde a la demanda de cirugías.
Equipamiento mínimo: lavabo, toallero para descartables, camilla, cama, sillón, recipiente con tapa y papelerero.
Insumos requeridos por anestésista y accesibilidad al equipamiento de quirófano (carro de paro y

gases medicinales)
CUENTA CON:
Vestuario y sanitarios para personal y pacientes
Area de ropa limpia y sucia
Local para Abastecimientos y Procesamientos Periféricos limpios
Local para Abastecimientos y Procesamientos Periféricos usados
Depósito de Equipos
Depósitos de Limpieza
Depósitos de Residuos Comunes y /o Biopatogénicos
RECURSO HUMANO
Cuenta con un Director médico de la Institución habilitado por autoridad competente.
Area Quirúrgica: a cargo de un médico especialista en Cirugía(validado por autoridad competente), cuya función es la coordinación operativa y asistencial del área.
Médicos asistenciales especialistas en cirugía (validado por autoridad competente).
Médico Anestesiista validado por la autoridad competente.
Instrumentadoras y/o enfermeras validadas por autoridad competente.
Personal administrativo y de limpieza.
MARCO NORMATIVO
Cuenta con convenio de derivación con Empresa de Traslado Sanitario de Pacientes, que cuente con unidades de alta complejidad de traslado habilitada por autoridad competente.
Cuenta con convenio con Establecimiento Asistencial con Internación que cuente con Unidad de Terapia Intensiva, habilitado por autoridad competente.
Cuenta con Esterilización propia de materiales o contrato con empresa esterilizadora habilitada.
Cuenta con convenio con empresa de residuos biopatológicos.
Plan de evacuación en caso de siniestro.
ANEXO IV
PRACTICAS QUIRURGICAS DE CIRUGIA MENOR Y MAYOR AMBULATORIA SUSCEPTIBLES DE SER REALIZADAS EN QUIROFANOS ANEXOS A CONSULTORIOS O CENTROS DE CIRUGIA AMBULATORIA SEGÚN ESPECIFICIDAD DE CADA UNO
Nota : para la factibilidad de la realización de estos procedimientos es importante tener en cuenta las condiciones psicofísicas del paciente, el examen prequirúrgico, la variabilidad clínica de la patología y el consentimiento informado del paciente
CONTESTE SI o NO EN TODOS LOS ITEMS SEGÚN CORRESPONDA
CIRUGIA MENOR AMBULATORIA
Realiza Cirugía General
Cirugía Quiste pilonidal.
Cirugías del TCS.
Biopsias de piel, mucosas.
Shunt A-V para hemodiálisis
Realiza Cirugía Máxilofacial ORL y de Cabeza y Cuello
Cirugía de los senos paranasales endoluminal
Cirugía dentaria.
Biopsias orales.
Biopsia ganglionar.
Cirugía de las glándulas salivares.
Amigdalectomía.
Adenoidectomía
Miringoplastia.
Cirugía del oído externo y medio.

Realiza Cirugía Obstétrica y Ginecológica
Raspado uterino diagnóstico con o sin biopsia de cuello o aspiración endometrial para citología exfoliativa.
Criocoagulación.
Escisión local de lesión de cuello (pólipo), electrocoagulación de cuello o cauterización química, biopsia de cuello.
Colpotomía, vaginotomía de drenaje (absceso pelviano escisión local de lesión vaginal)
Biopsia de vagina, punción de vagina (diagnóstica o exploradora, punción de saco de Douglas)
Amniocentesis transabdominal o vía vaginal
Escisión local de lesión de mama (quiste, fibroadenoma o tejido mamario aberrante) de lesión de conducto de pezón.
Escisión de lesión de mama o pezón para biopsia.
Drenaje de absceso mamario.
Punción quiste mamario, punción biopsia de mama
Marcación mamaria prequirúrgica.
Videohisteroscopia diagnóstica y/o terapéutica.
Realiza Cirugía Oftalmológica
Cataratas.
Estrabismo.
Cirugía de la cámara anterior.
Cirugía de párpados y conjuntiva.
Cirugía del conducto lagrimal.
Realiza Cirugía Ortopédica y Traumatológica
Artroscopia diagnóstica
Biopsia ósea y muscular.
Extracción de osteosíntesis.
Realiza Cirugía Urológica
Realiza de Riñón y Ureter
Cambio de nefrostomía
Retiro de cateter ureteral
Biopsia renal por punción
Punción evacuadora de quiste renal
Realiza de Vejiga:
Punción evacuadora vesical
Cistostomía por punción
Realiza de Uretra:
Meatotomía uretral
Realiza de Próstata y vesículas seminales:
Biopsia de próstata por punción.
Realiza de Testículo, Deferente y Epidídimo:
Biopsia de testículo
Drenaje de absceso testicular
Punción de derrame escrotal
Biopsia de epidídimo
Vasectomía
Realiza de Pene:
Escisión de lesión de pene
Biopsia de pene
Cauterización de lesión HPV

Postioplastia-Circuncisión
Sección de frenillo
Escisión de cuerda dorsal o ventral
Realiza Cirugía plástica estética y reparadora
Auriculoplastias
Tumores de piel y celular subcutáneo
Implantes capilares
Zetaplastias
Colgajos por deslizamiento y rotación (menores)
Injertos de piel
Inclusión de sustancias autólogas y/o heterólogas
Toxina Botulínica
Blefaroplastia
Peeling-Dermoabrasión
Realiza CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA
Realiza Cirugía General
Cirugía de Hernias (inguinales, crurales, umbilicales)
Orquidopexia
Cirugía de várices.
Hemorroides.
Reparación Fisura anal.
Realiza Cirugía plástica estética y reparadora
Cirugía de fisura labio alveolo palatina
Lifting completo
Mini Dermolipectomía
Lipoaspiración localizada
Tratamiento de quemaduras de hasta un 15% de profundidad intermedia
Rotación de colgajos medianos
Mastoplastía de inclusión
Mastoplastía reductora y ptosis pequeñas que no requieran transfusión sanguínea
Rinoplastias
Injertos de piel
Realiza Cirugía Oftalmológica
Cirugía de Cámara Posterior
Realiza Cirugía Obstétrica y Ginecológica
Celioscopia, culdoscopia o laparoscopia convencional con hidroturación, biopsia o debridación.
Laparoscopia con cirugía anexial
Raspado uterino terapéutico
Conización de cuello como única práctica con Leep.
Colporrafia por herida, desgarro (fuera del parto)
Escisión de labios mayores, labios menores, de glándulas de Bartholino, glándulas de Skene (absceso)
Episiorrafia, perineorrafia o episioepineorrafia (fuera del parto)
Cirugía mínimamente invasora para incontinencia de orina.
Realiza Cirugía Ortopédica y Traumatológica
Cirugía de Hallus valgus
Artroscopia terapéutica