

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
POSTGRADO DE CIRUGÍA BUCAL

**PERTINENCIA Y JUSTIFICACIÓN DE UNA UNIDAD
ODONTOQUIRÚRGICA AMBULATORIA EN
LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA U.C.V..
LINEAMIENTOS GENERALES PARA SU FUNCIONAMIENTO.**

Trabajo especial presentado ante la ilustre
Universidad Central de Venezuela por la
Odontóloga Marisabel Cedillo Ayala,
para optar al Título de Especialista
en Cirugía Bucal

Caracas, Noviembre 2004

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
POSTGRADO DE CIRUGÍA BUCAL

**PERTINENCIA Y JUSTIFICACIÓN DE UNA UNIDAD
ODONTOQUIRÚRGICA AMBULATORIA EN
LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA U.C.V..
LINEAMIENTOS GENERALES PARA SU FUNCIONAMIENTO.**

Autor: Od. Marisabel Cedillo Ayala

Tutor: Dra. María Elena Casanova

Caracas, Noviembre 2004

Aprobado en nombre de la Universidad
Central de Venezuela por el siguiente
jurado examinador

Prof. María Elena Casanova de Rojas

FIRMA

Prof. Raúl García Arocha

FIRMA

Prof. Alejandro Salazar

FIRMA

Observaciones: Finalizada la defensa pública del trabajo, el jurado decidió aprobarlo por considerar, sin hacerse solidario de las ideas expuestas por el autor, que se ajusta a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

Caracas 22 de Noviembre de 2004

DEDICATORIA

A mis padres,
quienes han estado a mi lado
en todo momento
ofreciéndome su valioso apoyo,
cariño y orientación.
Para ellos, mis logros.

AGRADECIMIENTOS

A mi tutora y asesora Dra. María Elena Casanova, por estar siempre dispuesta a brindarme su tiempo, experiencia, conocimientos y ayuda incondicional e invaluable para el logro y realización de este trabajo.

A la Dra. Leonor Lemmo, anesthesióloga de la Unidad Quirúrgica Cinco, por su generoso apoyo y asesoramiento.

Al Lic. Emilio Ugueto, de la Fundación U.C.V., quien me suministró datos importantes para la elaboración de la propuesta.

Al Arq. Pedro Tinoco, quién realizó el diseño arquitectónico.

Al Prof. Raúl García-Arocha, por estar siempre dispuesto a brindarme sus consejos oportunos y su ejemplo de rectitud.

Al Prof. Alejandro Salazar, por sus recomendaciones y sugerencias para la elaboración de la tesis.

A Dina De Leonardis, por su amistad, incondicional apoyo y generosa ayuda en la realización de esta Tesis.

A Carolina Bonilla por su amistad y estímulo en todo momento.

ÍNDICE

	Pág.
I. Resumen	x
II. Introducción	1
III. Objetivos	4
IV. Revisión de la literatura	
1. Anestesia general.	6
1.1. Definición de anestesia general	6
1.2. Indicaciones de la anestesia general en Odontología.	6
1.3. Clasificación de los pacientes que serán sometidos a anestesia general	7
1.4. Clasificación del estado físico del paciente según la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA)	9
2. Sedación. Definición y aspectos generales	10
3. Anestesia ambulatoria	12
3.1. Definición de anestesia ambulatoria	12
3.2. Paciente ambulatorio	14
3.3. Antecedentes históricos	15
3.4. Experiencias extranjeras	18
3.5. Anestesia ambulatoria en Venezuela. Reglamentación	24
3.6. Experiencia de la facultad de odontología, U.C.V.	27
3.7. Experiencias en el área metropolitana	36

3.8. Posibilidades de acceso del venezolano a los servicios de atención quirúrgica y/o anestesia general	39
4. Lineamientos para el establecimiento de unidades quirúrgicas ambulatorias	42
4.1. Requisitos arquitectónicos	42
4.2. Funcionamiento de las unidades de cirugía ambulatoria	46
4.3. Estructura y equipamiento	49
5. Propósito de la cirugía ambulatoria.	52
6. Cirugía ambulatoria y calidad en salud	53
7. Componentes de la calidad del servicio	59
8. Fundación U.C.V. y las empresas universitarias	62
8.1. Definición de fundación U.C.V.	62
8.2. Objetivos de la fundación U.C.V.	63
8.3. Definición de empresa universitaria	65
8.4. Esquema de funcionamiento de empresa universitaria	65
8.5. Requisitos para creación de empresas universitarias	67
V. Propuesta	68
VI. Conclusiones	81
VII. Recomendaciones	84
VIII. Referencias	85
IX. Anexos	92

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Pacientes atendidos en quirófano del postgrado de Cirugía Bucal por los diferentes postgrados	33
Gráfico 2. Pacientes atendidos en quirófano del postgrado de Cirugía Bucal por los diferentes postgrados por año	33

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla I. Pacientes atendidos en quirófano del postgrado de Cirugía Bucal por los diferentes postgrados	32

I. RESUMEN

En el presente trabajo se analizó la factibilidad, pertinencia y justificación de crear un servicio de atención odontoquirúrgica ambulatoria con el carácter de **empresa universitaria**, sobre la base de los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social y requisitos de la Fundación U.C.V. para este tipo de empresas, haciendo énfasis en los aspectos relativos a la calidad del servicio y por ende en la necesidad de una plataforma tecnológica que satisfaga los requerimientos de los profesionales que allí laboren, así como de una atención centrada en los pacientes y que, por tanto, cumpla con las expectativas que éstos tengan. Al analizar los elementos que justifican su creación, se tomó en consideración la mínima existencia de servicios similares, la experiencia exitosa que éstos han tenido, así como también las circunstancias que cada vez mas imposibilitan el acceso de la población a estos servicios. Igualmente, se aportan sugerencias generales y recomendaciones orientadas hacia la racionalización de su uso.

II. INTRODUCCIÓN

Los avances de la Odontología en cuanto al desarrollo de nuevas técnicas para el abordaje de situaciones clínico-patológicas, le han impuesto la necesidad de asumir otros campos del saber, que al elevar la capacitación científica del profesional enriquezcan la práctica profesional y por ende beneficien al paciente. Es así como la anestesia general constituye un valioso aporte para la ejecución de tratamientos en circunstancias específicas, derivadas de la condición del paciente, del tipo de patología y de la actividad clínica que se requiera para su solución.

La anestesia ambulatoria, como modalidad de gran vigencia en nuestros días, es un valioso recurso que utiliza la medicina y resulta de máxima utilidad para la atención odontológica. Es preciso señalar, que en las instalaciones físicas ubicadas en la planta baja del edificio sede de la Facultad de Odontología U.C.V., anexas al Servicio de Cirugía que funciona en convenio con el IVSS, se diseñó un programa docente asistencial de atención bajo anestesia general o sedación, que se encuentra en funcionamiento desde 1987, en el que participan los cursos de Post-grado en Cirugía Bucal y Odontopediatría. Previa a esta

experiencia, se aplicó la anestesia general en la Facultad de Odontología en procedimientos específicos de cirugía programados por la cátedra de Cirugía Bucal, pero sin obedecer a un diseño determinado. Sin embargo estos pueden considerarse como punto de partida de lo que hoy constituye un programa formal. Por lo tanto, las necesidades de atención bajo esta modalidad se incrementan cada día, circunstancia a la que se une la realidad económica de hoy, derivada de las restricciones para el financiamiento universitario, así como el impacto que esa realidad tiene en la población, esto hace imperativo que la Institución emprenda acciones tendentes a generar recursos, al tiempo que presente una alternativa para la atención odontológica dentro de un esquema docente asistencial y que contribuya, además, a una mayor participación del postgraduado.

Nuestro trabajo se orienta hacia esa idea, para lo cual, partiendo de una revisión, tanto de los criterios que determinan el carácter ambulatorio de una unidad de atención odontoquirúrgica, como de las experiencias que en este campo existen en nuestro país, de la evaluación y análisis de la actual de la Facultad de Odontología U.C.V., aspiramos suministrar elementos que en primer lugar evidencien y/o ratifiquen la

importancia de este tipo de servicios y su inserción como empresa universitaria, así como aportar sugerencias que a manera de lineamientos generales orienten hacia la racionalización de su uso, pudiendo además servir de modelo para el diseño y/o creación de otros en diferentes espacios del ejercicio profesional.

III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

A partir de la revisión de los criterios que rigen para la calificación y funcionamiento de unidades de atención odontoquirúrgica ambulatoria y del análisis de la situación socio-económica y de salud, así como de la experiencia de la Facultad de Odontología U.C.V., establecer la pertinencia de ésta y la importancia de su inserción como empresa universitaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Analizar los criterios que determinan el carácter ambulatorio de una unidad de atención odontoquirúrgica.
- Establecer a partir del análisis de la experiencia de la Facultad de Odontología de la U.C.V., la coincidencia o no con los criterios que sustentan el carácter ambulatorio de este tipo de atención,

- Recabar la experiencia existente en Servicios similares del área metropolitana de Caracas, así como de otros países.
- Justificar la inserción de la actividad odontoquirúrgica ambulatoria de la Facultad de Odontología de la U.C.V., con los lineamientos y disposiciones que rigen para las empresas universitarias.
- A partir de la evaluación de la información obtenida, aportar elementos que enriquezcan el diseño y funcionamiento de una unidad de atención ambulatoria odontoquirúrgica en la Facultad de Odontología de la U.C.V.

IV. REVISIÓN DE LA LITERATURA

1. ANESTESIA GENERAL.

1.5. DEFINICIÓN DE ANESTESIA GENERAL

La anestesia general se define como un estado reversible de inconciencia producido por agentes anestésicos, con pérdida de la sensación de dolor en todo el cuerpo. ⁽¹⁾

“Los agentes anestésicos o drogas, poseen una característica fundamental y es su reversibilidad, es decir, una vez que estas moléculas abandonan la célula, ésta retorna a su condición inicial o estado normal. La anestesia general se acompaña de pérdida de los reflejos protectores de la vía aérea, pérdida de la capacidad para respirar espontáneamente, esto dependerá del nivel de profundidad de la anestesia”. ^(2, 3)

1.6. INDICACIONES DE LA ANESTESIA GENERAL EN ODONTOLOGÍA.

El uso de anestesia general en odontología se indica en los

siguientes casos: ^(3, 4)

- a) Niños con experiencias previas médico-odontológicas iatrogenizantes.
- b) Pacientes alérgicos a los anestésicos locales.
- c) Niños y adultos con discrasias sanguíneas.
- d) Niños con trastornos psicomotores o trastornos genéticos.
- e) Niños con cardiopatías congénitas
- f) Pacientes Odontofóbicos.
- g) Procedimientos de cirugía buco maxilofacial y cirugía ortognática.
- h) Pacientes que la ameriten.

1.3. CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES QUE SERÁN SOMETIDOS A ANESTESIA GENERAL

En Odontología, se pueden clasificar los pacientes que serán sometidos a anestesia general en cuatro grupos: ^(1,5)

- *Ambulatorio en cirugía menor:* Aquél que es intervenido para extracción de piezas dentaria o trabajo en las mismas, con o sin infiltración de anestesia local.

- *Ambulatorio en cirugía mayor:* Paciente intervenido para trabajos prolongados con manejo múltiple y agresivo, en el que obligatoriamente se requiere de infiltración con anestésicos locales y sedación farmacológica.
- *No ambulatorios:* Aquellos pacientes que por la extensión del proceso patológico que se ha de tratar, la incomodidad del paciente y el trauma, exigen la administración de anestesia general en la clínica o en el hospital. Ejemplo de ello son los pacientes politraumatizados con fracturas del maxilar que requieren de reconstrucción y "amarres" interdentarios
- *Pediátricos:* los que pueden ser tratados de forma ambulatoria o no de acuerdo a cada caso en particular.

En cuanto al tipo de anestesia, ésta se elegirá de acuerdo a la clasificación del paciente y su patología, buscando la mayor comodidad y los menores riesgos, siempre con la participación conjunta del odontólogo y el anesthesiólogo; este último, de acuerdo a nuestra legislación vigente y dado su nivel de preparación, es el único autorizado para suministrar anestesia general o sedación profunda. ^(1,5)

1.4. CLASIFICACIÓN DEL ESTADO FÍSICO DEL PACIENTE SEGÚN LA SOCIEDAD AMERICANA DE ANESTESIOLOGÍA (ASA)

La clasificación del estado físico de la ASA, desarrollada para proporcionar una terminología común y facilitar la recopilación de datos estadísticos, fue comunicada originalmente por Saklad en 1941 ⁽⁶⁾. La denominación de "riesgo operatorio" fue evitada intencionalmente porque incluía consideraciones sobre la intervención propuesta y la habilidad del cirujano. En 1961, Dripps et al modificaron el sistema, denominándolo sistema de puntuación del estado físico. Estas modificaciones fueron adoptadas por la ASA en 1962, y son el sistema que se utiliza en la actualidad. ⁽⁷⁾

Clasificación del Status Físico de la American Society of Anesthesiologists (ASA): ^(3, 8, 9)

- *ASA I*: ninguna enfermedad sistémica. Paciente sano.
- *ASA II*: paciente con enfermedad sistémica leve o compensada (por ejemplo, Hipertensión controlada, paciente fumador, asmático).

- *ASA III*: paciente con enfermedad sistémica severa o descompensada (por ej.: cardiopatía severa, insuficiencia respiratoria de moderada a severa, etc).
- *ASA IV*: paciente con enfermedad sistémica incapacitante que amenaza su vida (por ej.: diabetes mellitus descompensada con complicaciones severas en otros órganos, etc.).
- *ASA V*: se trata del enfermo terminal o moribundo, cuya expectativa de vida no se espera sea mayor de 24 horas.
- *ASA VI*: paciente con muerte cerebral cuyos órganos se toman para transplante.
- *ASA E*: operación de emergencia.

2. SEDACIÓN. Definición y Aspectos Generales.

La palabra sedación deriva de la voz latina *sedatium*, que quiere decir calmar, apaciguar. El Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas Salvat, la define como el estado de

sosegamiento o calma producida por un sedante ⁽¹⁰⁾. En relación con su empleo en Odontología, la sedación inicialmente fue definida como “un estado inducido por un fármaco o fármacos, en el cual el paciente queda consciente pero menos sensible. Los reflejos de protección se retienen, y el paciente responde a una orden hablada. Es necesario la anestesia local” ^(11, 12).

Según las pautas de sedación, los pacientes ubicados en las categorías ASA 3 o 4, requieren cuidados especiales y no son candidatos a ser sedados para procedimientos odontológicos. De igual manera, no deben recibir anestesia general de tipo ambulatoria pues requieren de cuidados post operatorios especiales que sólo pueden ser suministrados en un hospital. ^(3, 13)

“El uso apropiado de la Sedación y Anestesia General Ambulatoria ofrece muchos beneficios al paciente y al Cirujano Bucal y Maxilofacial. El apropiado entrenamiento combinado con una buena técnica puede disminuir los riesgos y complicaciones de estos procedimientos a un mínimo”. ⁽¹⁴⁾

3. ANESTESIA AMBULATORIA

3.1. DEFINICIÓN DE ANESTESIA AMBULATORIA

Se puede definir como aquélla que permite una intervención quirúrgica de carácter menor, simple y de corta duración, se efectúa en pacientes externos o ambulatorios, sin que sufran dolor ni tengan complicaciones derivadas de las drogas o métodos usados. Debe realizarse en un centro hospitalario o en sitios donde existan los recursos físicos y humanos apropiados para administrarla. No requiere vigilancia estrecha en el post-operatorio tardío y puede ser:

- a) local
- b) loco-regional
- c) general inhalatoria
- d) general endovenosa
- e) regional peridural
- f) general balanceada

Las drogas que se usan en ella se caracterizan por su latencia corta: Inducción en segundos (anestésicos endovenosos), o en minutos (anestésicos inhalatorios), e inicio

de acción rápida (anestésicos locales). El período de recuperación se efectúa en corto tiempo (máximo de 3 a 4 horas). La calidad estará en función de la cirugía, y los fenómenos tóxicos y adversos durante el trans-operatorio o el post-operatorio deberán ser mínimos o nulos. ^(15, 16,17)

Ostman y White (1998), citados por Salazar, señalan que durante las dos últimas décadas, la cirugía ambulatoria ha crecido en forma exponencial. Inicialmente se efectuaban procedimientos sencillos en la consulta del médico y en la actualidad se atiende un amplio espectro de pacientes en centros independientes de cirugía ambulatoria, realizándose bajo esta modalidad casi el 60 % de las cirugías programadas. ⁽¹⁸⁾

Los autores citados mencionan, entre los procedimientos quirúrgicos ambulatorios frecuentes los pertenecientes a la cirugía bucal ⁽¹⁸⁾. Casanova y Salazar, incluyen dentro de ellos a todos aquellos del área odontopediátrica y odontológica en general, en los que las características tanto del paciente como de su patología requieran del uso de la sedación o de anestesia general; además de los que tradicionalmente se realizan mediante anestesia local. ⁽¹⁾

3.2. PACIENTE AMBULATORIO.

Es una persona en buenas condiciones generales, literalmente sana, que como único padecimiento presenta el problema quirúrgico motivo de su presencia en el hospital, al cual llega de sus ocupaciones por su propio pie, se presenta con el cirujano, recibe anestesia en cualquiera de sus tipos, es operado y debe regresarse a su domicilio tal como llegó, es decir, completamente consciente, despierto, capaz de caminar sin ayuda, sin dolor, sin complicaciones por la cirugía (hemorragia) ni por la anestesia ⁽¹⁹⁾. En todos los casos, sean pediátricos, geriátricos o adultos sanos, los pacientes deberán ir acompañados por una persona responsable que se encargue de su traslado al domicilio y de los cuidados postoperatorios inmediatos y mediatos. Su estancia en el hospital varía de unas horas hasta un día como máximo, sobretodo en las unidades que laboran hasta las 23 horas. ^(15, 16, 17, 20, 21)

3.3. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Los asirios, 3000 años A.C. conocían un método eficaz para causar “anestesia”, aunque muy riesgoso, éste consistía en

comprimir la carótida a nivel del cuello con la consiguiente isquemia cerebral y la aparición de un estado comatoso que era aprovechado para la cirugía. Las civilizaciones ribereñas del Tigris y Eufrates utilizaban narcóticos vegetales como la Adormidera, la Mandrágora y el Cannabis Indica, que se cultivaban en Persia o en la India. Dioscórides, médico griego, también llamado Pedanio, 50 años D.C., al describir los efectos de la Mandrágora, empleó la palabra anestesia como se usa en la actualidad. ^(22, 23)

La palabra "**anestesia**" aparece en el diccionario inglés de Bailey (1721). **Oliver Wendell Holmes** sugirió a **Thomas G. Morton** el término. ^(22, 23)

M. J. Seifert (1902) idea la palabra "anestesiología", como la ciencia que incluye los métodos y recursos para producir insensibilidad al dolor, con hipnosis o sin ella. "El anestésista es un técnico; el anestesiólogo es un médico, es una autoridad científica en anestesia y anestesiología". ^(22, 23)

A comienzos del siglo XIX, existía un ambiente propicio para el desarrollo de la anestesia. En 1800, Humpry Davy produce oxido nitroso y sugiere sus efectos analgésicos para cirugía, pero mezclado con oxígeno. ^(22, 24)

En 1842, Crawford W. Long, médico rural en Georgia, USA, administró el dietiléter para producir anestesia quirúrgica, en un paciente a fin de extirparle dos quistes en la cabeza. Anteriormente había utilizado este químico con éxito, pero no dio a conocer su experiencia sino después de la demostración que hiciera William Morton, años después. (22, 23, 24)

En 1844, Horace Wells y G.Q. Colton usan el óxido nitroso para producir analgesia dental en Wells, a quien se le extrajo un molar sin dolor. Esta exodoncia exitosa fue realizada por el Dr. John Riggs y fue Colton quien administró el gas hilarante (N₂O). (22, 24)

En 1845, Wells demuestra los efectos anestésicos de este gas, en el Massachusetts General Hospital, en un alumno del cirujano John Collins Warren, a quien extrae un molar, pero desafortunadamente se suspendió el gas antes de tiempo y el paciente gritó como si sintiera dolor, por lo cual esta demostración se consideró un rotundo fracaso. En realidad no fue así, pues el paciente indicó posteriormente que no había sentido dolor. (22, 23, 24)

En 1846, William Thomas Green Morton, dentista de Boston, utiliza el dietiléter en una demostración pública para producir

anestesia quirúrgica. Fue la primera demostración pública y premeditada con “letheon” (éter sulfúrico). El paciente fue Gilbert Abbot, a quien se le extrajo un tumor en el cuello. ^(22, 23, 24)

En 1846, Oliver Wendell Holmes sugirió la palabra “anestesia” para el estado de inconciencia que William Morton inducía en los pacientes con su éter sulfúrico en el Massachussets General Hospital. ^(22, 24)

En 1847, el Dr. Blas Valbuena efectuó en Maracaibo, Venezuela, la primera anestesia con éter. ⁽²⁵⁾

En 1936, se fundó la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA) en la Academia de Medicina de la ciudad de Nueva York, USA. ⁽²⁵⁾

Desde la época de Morton hasta nuestros días, innumerables e interesantes avances se han producido y se ha desarrollado la Anestesiología como una verdadera ciencia que permite la práctica de procedimientos quirúrgicos y otros que sin la anestesia general serían de imposible realización ⁽²²⁾. Específicamente, en el campo de la odontología constituye una

inmejorable ayuda, pues la aplicación de diversos procedimientos requiere de ella, tanto por el procedimiento en sí como por causas inherentes al paciente. Todo odontólogo antes de realizar una intervención bajo anestesia debe tener información adecuada sobre la evaluación pre-anestésica, así como de las drogas y procedimiento que serán aplicados por el médico anesthesiólogo, para el mayor éxito del tratamiento. ^(22, 26)

3.4. EXPERIENCIAS EXTRANJERAS.

La cirugía es una terapéutica que data desde la antigüedad. Cuando el hombre sufría heridas, penetración de cuerpos extraños, quemaduras, etc. y era atendido con intención de curarlo o aliviarlo se origina primitivamente la cirugía ambulatoria. ⁽²²⁾

A mediados del siglo XX, surge la cirugía mayor ambulatoria como sistema funcional y organizado, propiciado por el Sistema Público de Salud del Reino Unido. ⁽²⁷⁾

El primer reporte sobre cirugía ambulatoria lo publica en el British Medical Journal en 1909, el cirujano pediatra James H.

Nicoll, quien describe una serie de 8988 intervenciones en niños sin hospitalización en un lapso de (10) años, en el Hospital Pediátrico Royal Glasgow, con resultados muy satisfactorios ^(27, 28). Luego, en 1919, el doctor Ralph Waters describe su “Down Town Anesthesia Clinic” en Iowa, como el prototipo de un centro quirúrgico ambulatorio libre e independiente de hospitales. ^(21, 27, 29)

En 1938, Herzfelld reportó 100 hernioplastias efectuadas en niños como cirugías extra-hospitalarias. En 1943, Olson comunica su experiencia en casos de cirugía oral ⁽²⁷⁾. En 1959, en Vancouver, Canadá, Webb y Graves notifican 499 cirugías ambulatorias. ⁽²⁹⁾

El primer programa moderno se lleva a cabo en 1961, en el Butterworth Hospital de Grand Rapad, Michigan ^(27, 30). Un año después, Cohen y Dillon de la Universidad de Los Angeles llegan a la conclusión de que la seguridad de los pacientes no depende de que estén ingresados, sino que se relaciona más con una adecuada selección de enfermos y una cuidadosa práctica quirúrgica y anestésica. ⁽³¹⁾

Es en los Estados Unidos de América, en donde el auge, desarrollo y difusión ha sido más amplio. En 1962 y 1966, respectivamente, la Universidad de California y la Universidad de Washington establecieron los primeros programas de Trabajo. En esta última, en el Hospital Universitario George Washington se abrió la primera unidad quirúrgica “dentro y fuera” que sirvió como modelo para otras unidades de cirugía ambulatoria. ^(27, 30)

En 1968, el modelo de unidades de cirugía ambulatoria como centros autónomos descrito por Waters (Freestanding day surgery units) se reactivó cuando otros dos anesthesiólogos, John Ford y Wallace Reed, inauguraron el “Surgicenter” en Phoenix, Arizona, que tuvo gran éxito gracias a la visión administrativa de ambos. ⁽³²⁾

Desde hace algunas décadas se viene incrementando y popularizando en varios países el concepto de Cirugía Ambulatoria, seguramente propiciado por los grandes avances tecnológicos y científicos de la medicina moderna, por las crecientes listas de espera para pacientes pendientes de cirugía y principalmente por el elevado costo que tiene el ejercicio médico en el nivel hospitalario asistencial y privado. ^(27, 28)

Algunos autores han considerado la incidencia de factores determinantes en su expansión, mencionando que la atención ambulatoria resulta más económica, disminuye los gastos a la institución, libera espacios y camas que pueden utilizarse en pacientes que requieran hospitalización. Permite reducir listas de espera quirúrgica. Resulta más accesible a la población al ofertar variedad de precios. Posibilita la rápida incorporación del paciente al confort del hogar, facilitando la tarea al familiar que lo cuida. En resumen, se beneficia el paciente y la institución. ⁽³³⁾

Actualmente, la medicina asistencial en los EE.UU. de América destina alrededor del 14 % del Producto Nacional Bruto a la atención a la salud, mientras que en Alemania, Inglaterra y Japón la cifra oscila entre un 6 y 8%. En Latinoamérica la cantidad, en el mejor de los casos, no llega al 4 %; sin embargo, el alto costo de atención de la salud en las naciones a llevado a sus autoridades a propiciar la creación de programas que abatan los costos, tal es el caso del Programa de Cirugía Ambulatoria, que ha logrado consolidar su fama y éxito en los países antes mencionados ^(21, 27,28). Gracias a este programa, en los albores del siglo XXI, se pueden optimizar las ventajas de los servicios hospitalarios, atender a un mayor número de pacientes a tiempo

y reducir los costos por servicios de atención médica y de hospitalización. (27, 29)

En Europa, a mediados de la década de los setenta y de acuerdo al modelo americano, se desarrollaron los programas de cirugía ambulatoria en los países más avanzados de este continente. (34)

Los médicos, a menudo anesthesiólogos, fueron quienes establecieron los centros de cirugía ambulatoria, cuyas instalaciones cómodas y confortables dieron mayor satisfacción al paciente. Aunque el costo de construcción y equipamiento era elevado, ofrecían la ventaja de usar menos personal y servicios, sólo se trabajaba en dos turnos: matutino y vespertino, lo cual permitía disminuir costos directos e indirectos; contaban además con la cercanía a un hospital o tenían comunicación con éste a través de un túnel de acceso. A partir de 1985, la mayor parte de estas instalaciones pasaron a manos de compañías lucrativas, lo cual produjo su rápido desarrollo, con un mayor número de enfermos atendidos y con amplia participación en el mercado. (28, 29)

En Fresno, California, comenzó a funcionar el primer centro de restablecimiento similar a un hotel, adjunto a un centro autónomo de cirugía ambulatoria, con cuidados de enfermería hasta por 72 horas, para aquellos paciente que no podían ser atendidos en su domicilio después de la intervención quirúrgica, pero que no necesitaban la compleja atención de un hospital; mas aún, en estos centros comenzaron a brindarse servicios de asistencia domiciliaria postoperatorias por distintos profesionales del equipo de salud. ⁽²⁸⁾

En 1981, en el Instituto Nacional de Pediatría, en México, se implementaron áreas dentro de las instalaciones hospitalarias, particularmente en quirófanos y en recuperación para iniciar un programa de cirugía ambulatoria en esta Institución. ^(28, 35)

Existen en la ciudad de México, unidades dedicadas exclusivamente a la cirugía ambulatoria, que cuentan ex profeso con un área física y personal específico laborando en ellas, nos referimos al Hospital Juárez y el Hospital “Dr. Manuel Gea González” ambos de la SSA. En ellos se incluye dentro de las instalaciones la Unidad de Cirugía Ambulatoria, en donde hasta 1997, se realizaron en cada uno de ellos alrededor de 3.000 cirugías anualmente. ⁽³⁰⁾

En 1992, el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó la “Guía de Organización y Funcionamiento de la CMA” y, en 1993, la Sociedad Catalana de Cirugía designó una comisión para la elaboración de pautas y recomendaciones para el desarrollo de la CMA. ⁽³⁶⁾

3.5. ANESTESIA AMBULATORIA EN VENEZUELA. REGLAMENTACIÓN.

En Venezuela, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, mediante Resolución de fecha 11 de agosto de 1.998, define a la cirugía ambulatoria como "... aquélla que se realiza en pacientes no hospitalizados, en la cual el tipo de anestesia puede ser general, regional o local. El tiempo o período de observación no es mayor de 12 horas". ⁽³⁷⁾

Este organismo nacional, además, la clasifica en mayor y menor, así tenemos: ⁽³⁷⁾

- A) La cirugía ambulatoria menor es aquélla que se realiza en áreas acondicionadas para tal fin y en las que sólo

es necesario utilizar anestesia local, siendo inmediata la recuperación del paciente.

- B) La cirugía ambulatoria mayor es aquella que se realiza en áreas acondicionadas o construidas para tal fin, utilizando anestesia general, regional o local, con un periodo de recuperación no mayor de 12 horas, y que no interesen las principales cavidades del cuerpo excepto cuando se utilicen procedimientos de cirugía endoscopia en pacientes cuyo período de recuperación no sea mayor de 12 horas y solamente en unidades que se encuentren dentro de una institución pública o privada.

Asimismo, el Ministerio de Sanidad, hoy llamado Ministerio de Salud y Desarrollo Social, establece que la cirugía ambulatoria "es un procedimiento por el cual el paciente es restituido e incorporado prontamente a sus actividades en el seno de su vida familiar, laboral, social y económica, con indudable beneficio para la persona". ⁽³⁷⁾

Igualmente, mediante Resolución de fecha 20 de Febrero de 2.001, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, define a la

Unidad de Cirugía Ambulatoria como un establecimiento de salud médico asistencial donde se realizan procedimientos quirúrgicos, electivos menores o mayores que requieren de anestesia general, regional o local en medios adecuados y con personal calificado, donde el paciente requiere de un período de observación y recuperación post-operatoria no mayor de doce (12) horas. ⁽³⁸⁾

Establece, también, una clasificación de acuerdo a la ubicación y relación con otras dependencias o establecimientos médicos asistenciales, de la siguiente manera: ^(38, 39, 40)

- a) Integrada al Hospital o Clínica: Son aquéllas que ocupan un espacio en un área de la planta física del establecimiento médico asistencial, dependiendo administrativamente del Departamento de Cirugía o Servicio de Quirófanos, utilizando la estructura de personal e instalaciones de dicho Departamento.

- b) Autónoma controlada por el Hospital o Clínica: Son aquéllas que ocupan un espacio en un área de la planta física del establecimiento medico-asistencial, dependiendo de la Dirección del mismo, operando

independientemente de otros Departamentos o Servicios, teniendo estructuras propias de personal e instalaciones.

- c) Satélite del hospital o clínica: son aquéllas ubicadas en una localización. diferente a la planta física del establecimiento medico-asistencial, bajo dependencia jerárquica del Director, teniendo estructuras propias de personal y planta física.
- d) Independiente: Son aquéllas que poseen localización, planta física, estructura de personal y administración propia, y que cuentan con el equipamiento necesario para resolver cualquier complicación que se presente, teniendo a un establecimiento médico-asistencial hospitalario (clínica u hospital) como centro de referencia para aquellos pacientes que habiéndoles resuelto la complicación inicial, requieran permanecer hospitalizados.

3.6. EXPERIENCIA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA, U.C.V.

La Facultad de Odontología de la U.C.V., es una Institución en constante renovación, preocupada por sus avances

académicos y consciente de la obligación de las instituciones de educación superior de adecuar la formación de sus alumnos a los requerimientos de la realidad nacional, por ello se considera pertinente, ante la existencia de un gran número de pacientes que requieren atención odontológica en condiciones no convencionales, es decir, utilizando procedimientos de anestesia general o sedación, la creación de estructuras académicas que al prestar un servicio al paciente, cumplan a la vez con la capacitación del profesional para que su incorporación al equipo de salud sea con un nivel óptimo de eficiencia. ⁽¹⁾ Ejemplo de ello lo encontramos en la recién creada Cátedra de Anestesiología aprobada por el Concejo Universitario, la cual constituirá un apoyo académico a la propuesta inmersa en el presente trabajo.

Es preciso señalar, que en las instalaciones físicas ubicadas en la planta baja de su edificio sede, anexas al Servicio de Cirugía que funciona en convenio con el IVSS, se diseñó un programa docente asistencial de atención bajo anestesia general o sedación, que se encuentra en funcionamiento desde 1987, en el que participan los cursos de Post-grado en Cirugía Bucal y Odontopediatría. Previa a esta experiencia, se aplicó la anestesia general en la Facultad de Odontología en

procedimientos específicos de cirugía programados por la cátedra de Cirugía Bucal, pero sin obedecer a un diseño determinado. Sin embargo estos pueden considerarse como punto de partida de lo que hoy constituye un programa formal. (1, 41)

Dentro de la normativa dictada por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, vigente a partir de febrero de 2001, se clasifica al mencionado Servicio, como una unidad independiente; ésto es, que posee localización, planta física, estructura de personal y administración propia, y que cuenta con equipamiento necesario para resolver cualquier complicación que se presente, teniendo a un establecimiento médico asistencial hospitalario como centro de referencia. (38)

Este servicio depende jerárquicamente de la Facultad de Odontología, debido a su ubicación es coordinado por el Postgrado de Cirugía Bucal en cuanto a su funcionamiento; no así, en lo que respecta a su programación académica y de servicio, que es compartida entre los cursos de Cirugía Bucal y Odontología Infantil. (1)

El tipo de paciente allí tratado se corresponde con la clasificación ASA I y ASA II, las técnicas anestésicas son seleccionadas por el docente del área de anestesiología, atendiendo a las características del paciente en particular. ⁽¹⁾

Se es riguroso en cuanto a la selección del paciente; que, en el postgrado de Cirugía Bucal, se efectúa, en primera instancia, a través de un triaje realizado por los estudiantes de Primer Año, los que a su vez indican los exámenes requeridos: Laboratorio, estudio radiológico, etc., así como los procedimientos administrativos que rigen en la Institución, también elaboran la Historia Clínica General, que una vez discutida con el docente de planta y formulado el plan de tratamiento -cuando sea procedente- se somete a la aprobación del anesthesiólogo, el cual realiza una evaluación pre-anestésica, que consiste en una valoración global del paciente con el fin de que su curso per operatorio sea el mejor posible, esta debe incluir anamnesis, examen físico, estudios radiológicos, informes médicos y los exámenes complementarios que amerite el paciente. Asimismo, el anesthesiólogo deberá suministrar las indicaciones previas a la intervención, por escrito, en forma clara y detallada.

Posteriormente se presenta el caso, a los fines de su discusión, a los estudiantes de 1° y 2° año de Cirugía Bucal, docentes de planta y al Coordinador del post-grado; ello constituye un paso de obligatorio cumplimiento, previo a la intervención quirúrgica.

En el Postgrado de Odontología Infantil el procedimiento es similar, pero la selección se efectúa, en primera instancia, a través de un triaje realizado por el docente del área, y la historia clínica es elaborada por los odontólogos cursantes del postgrado y luego discutidas con el docente coordinador, como paso previo a la intervención; en ella se formula el plan de tratamiento, cuando las condiciones del paciente así lo permiten, caso contrario se efectúa durante el mismo acto anestésico y la realiza de inmediato el odontólogo.

El equipamiento del quirófano se corresponde con lo requerido por la Sociedad Venezolana de Anestesiología ⁽¹⁾, y el recurso humano lo integran médicos anesthesiólogos, odontólogos del mencionado post-grado, enfermeras y asistentes dentales.

El universo de atención está constituido por pacientes que acuden a la Clínica del post-grado de Cirugía Bucal o de

Odontología Infantil, bien sea en forma espontánea o referidos por profesionales o instituciones.

De acuerdo a referencias de quienes coordinan esta actividad y a nuestra vivencia la demanda ha sido considerable. Así tenemos que, en el período 1987 – 2003, se ha brindado tratamiento en quirófano bajo sedación y/o anestesia general a 489 pacientes en el área de cirugía bucal y 252 pacientes de Odontología Infantil, al igual que 19 pacientes con la intervención de ambas áreas, lo que conforma un total de 760 pacientes, todo ello de acuerdo al libro de registro del área de quirófano (Tabla 1 y gráfico 1).

POSTGRADO	PACIENTES	%
CIRUGÍA BUCAL	489	64%
INFANTIL	252	33%
C. B. + INFANTIL	19	3%
TOTAL	760	

Tabla I. Pacientes atendidos en quirófano del postgrado de Cirugía Bucal por los diferentes postgrados

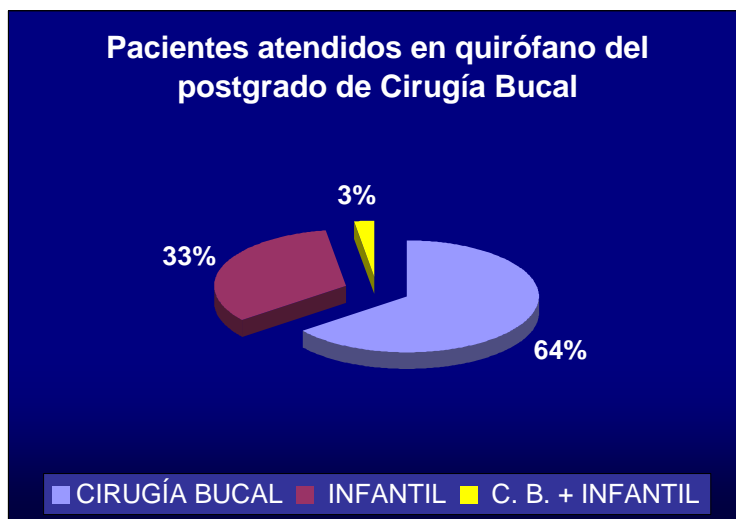


Gráfico 1. Pacientes atendidos en quirófano del postgrado de Cirugía Bucal por los diferentes postgrados

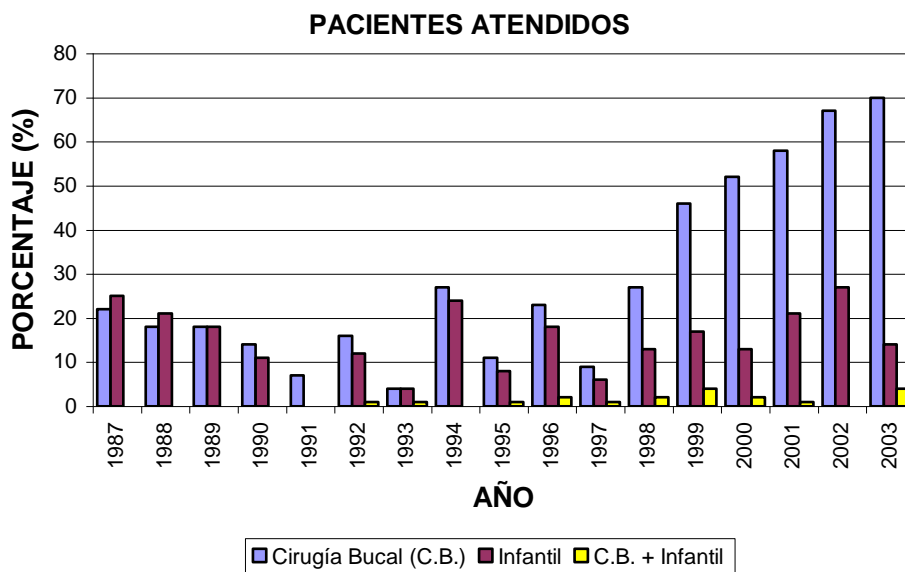


Gráfico 2. Pacientes atendidos en quirófano del postgrado de Cirugía Bucal por los diferentes postgrados por año

Como se aprecia en el Gráfico 2, se ha producido un crecimiento gradual desde 1987 al 2003 en las intervenciones quirúrgicas realizadas por los estudiantes del postgrado de Cirugía Bucal, lo cual evidencia la demanda y necesidad de atención bajo anestesia general.

Es importante destacar que desde el inicio de sus actividades este programa ha ofrecido excelentes resultados representados en una mortalidad del 0 % y una morbilidad muy baja y con óptima evolución en todos los casos.

No obstante lo exitoso del programa docente asistencial, en realidad existen muchas limitantes, como serían: La condición de quirófano compartido vs. disponibilidad horaria, el permanente déficit presupuestario de la U.C.V. y su incidencia en el incremento de recurso humano profesional (anestesiólogos) así como de suministros, las interrupciones derivadas de fallas en los servicios eléctricos, agua, etc., así como las acciones conflictivas; todo ello reduce la posibilidad, tanto de aprovechar al máximo el tiempo disponible como de mayor disponibilidad horaria.

Asimismo, resulta significativo mencionar que, el elevado costo de los medicamentos (Gases anestésicos, drogas y otros) unido al antes señalado déficit presupuestario y a la baja capacidad o condición económica de nuestros pacientes incide negativamente en la ampliación de su cobertura.

Ahora bien, las necesidades de atención bajo esta modalidad se incrementan cada día dada la actual realidad económica derivada, por una parte, de las restricciones para el financiamiento universitario, y por otra, del impacto que la realidad general del país en cuanto a nivel de ingresos e inflación, entre otros, tiene en la población, lo cual hace imperativo que la Institución emprenda acciones tendentes a generar recursos, al tiempo que presente una alternativa para la atención odontológica dentro de un esquema docente asistencial, que contribuya, además, a una mayor participación del post-graduando.

Nuestro trabajo se orienta hacia esa idea, para lo cual, partiendo de una revisión, tanto de los criterios que determinan el carácter ambulatorio de una Unidad de atención odontoquirúrgica, como de las experiencias que en este campo existen en nuestro país, y especialmente de la evaluación y

análisis de la experiencia actual de la Facultad de Odontología, U.C.V., suministrar elementos que, en primer lugar, evidencien y/o ratifiquen la importancia de este tipo de servicios, y su inserción como empresa universitaria, así como aportar sugerencias que a manera de lineamientos generales, orienten hacia la racionalización de su uso.

3.7. EXPERIENCIAS EN EL ÁREA METROPOLITANA

Se investigó acerca de la experiencia de algunos centros ambulatorios en el respectivo departamento de administración, específicamente en los siguientes: Unidad Quirúrgica Cinco, Ambulatorio de la Clínica “La Floresta”, Unidad Quirúrgica 57, Centro Integral Santa Rosa de Lima y Ambulatorio del Centro Médico San Bernardino.

UNIDAD QUIRÚRGICA CINCO.

Tiene diecisiete (17) años de fundada, funciona de lunes a viernes en el horario comprendido entre 7 a.m. y 8 p.m.. En ella se realizan al mes un promedio de 160 operaciones, de las cuales una o dos son de tipo odontológico. El costo de los servicios clínicos se calcula, previamente, de acuerdo al tiempo

estimado de duración de la respectiva intervención, tomando como base un mínimo de dos (2) horas.

Dicho costo sería aproximadamente dos millones quinientos mil bolívares (Bs. 2.500.000,00), que corresponderían a gastos de admisión, derecho a quirófano, equipo y materiales, anestésicos y gases, monitoreo cardíaco, uso de electrocauterio, recuperación, etc. A ello se agregarían los honorarios profesionales: cirujano, anesthesiólogo, ayudante, instrumentista, enfermera, médico de guardia y evaluación preanestésica, los cuales tienen un costo promedio de cinco millones quinientos mil bolívares (Bs. 5.500.00,00).

AMBULATORIO DE CLÍNICA LA FLORESTA.

Tiene dos años en funcionamiento, en un horario de 7 a.m. a 7p.m.. En él se efectúan, aproximadamente, veinte (20) intervenciones al mes. Esporádicamente se realizan cirugías de tipo odontológico.

UNIDAD QUIRÚRGICA 57.

Tiene siete años funcionando en un horario de 7 a.m. a 12 m. El costo de sus servicios clínicos oscila entre dos (2) y tres (3) millones de bolívares, mas honorarios profesionales.

CENTRO INTEGRAL SANTA ROSA DE LIMA.

Fue fundado hace diez años. En este ambulatorio no se practican intervenciones de Cirugía Máxilo-Facial.

AMBULATORIO DEL CENTRO MÉDICO SAN BERNARDINO.

Tiene nueve años funcionando de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m. En este ambulatorio se efectúan de tres (3) a cuatro (4) cirugías de tipo odontológico al mes.

En los ambulatorios consultados se han obtenido desde sus inicios excelentes resultados, representados en una mortalidad de 0%, y una morbilidad muy baja, siendo óptima la evolución en todos los casos.

En la mayoría de ellos se realizan, fundamentalmente, operaciones de cirugía plástica, otorrino-laringología y cirugía máxilo-facial en pacientes ASA I y ASA II, sin embargo, son minoría las de este último tipo. El servicio que prestan es de óptima calidad, pues, además de contar con un personal, tanto profesional como auxiliar, altamente calificado, poseen equipos modernos en instalaciones pulcras y confortables.

3.8. POSIBILIDADES DE ACCESO DEL VENEZOLANO A LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN QUIRÚRGICA Y/O ANESTESIA GENERAL

La caída de la economía venezolana en 7.1 % en el tercer trimestre del año 2003, se manifiesta en los hogares a través de la pobreza, desempleo disminución del poder adquisitivo. ⁽⁴²⁾

Durante el año 2003, el ingreso real de la poblaciones se contrajo en 14.5 %, debido a que los trabajadores sólo obtuvieron un incremento nominal de 8 % en el salario, mientras que los precios de bienes y servicios en general, se han acelerado en 22.5% al cierre de octubre ⁽⁴²⁾. El sueldo de la mayoría de la población no alcanza para cubrir las necesidades básicas de alimentación, servicios, vivienda, vestido y calzado. Y mas aún, cuando el salario mínimo de los trabajadores para Mayo de 2004 es de bolívares 296.524,80 mensuales frente a más de 1.000.000 bolívares que cuesta una cesta básica mínima, en la que se incluye, además de alimentos, el gasto en salud, vivienda, servicios públicos y educación. ⁽⁴³⁾

Según datos del Centro de Documentación y Análisis Social (Cendas) de la Federación Venezolana de Maestros, la canasta

alimentaria se ubicó en Abril 2004 en 507.793 bolívares, de allí que en el supuesto de que el ingreso se destine sólo a la compra de alimentos, se aprecie un déficit de 211.269 bolívares respecto al salario mínimo. ⁽⁴⁴⁾

Además, debemos tener presente el desempleo, cuyo índice cerró en Marzo 2004 en 22.2%, es decir, afectó a 2.7 millones de personas, según cifras del Instituto Nacional de Estadísticas (I.N.E.). ⁽⁴⁵⁾

Los servicios públicos de salud en Venezuela se han caracterizado por un creciente deterioro que se agudizó a partir de la década de los ochenta, y en la actualidad ha llegado a niveles significativamente críticos, debido a falta de insumos, presupuestos deficitarios, ineficiencia e ineficacia generadas por inadecuada gerencia y mala administración, a lo cual se suma la creciente corrupción y las huelgas derivadas del incumplimiento de los compromisos laborales y de las precarias condiciones de trabajo, en cuanto a materiales medico-quirúrgicos e infraestructura hospitalaria. ^(46, 47, 48)

A todas esas causas que han llevado al colapso de las instituciones hospitalarias se añade la actual condición socio-

económica de los venezolanos que ha obligado a un gran número de pacientes de clínicas privadas, ante los altos costos de esos servicios, acudir a los hospitales públicos agravando así la crisis existente. ^(46, 48)

En relación a los citados costos, se indagó en varias clínicas acerca de los montos que cobraban por los servicios quirúrgicos a finales del año 2003, apreciándose que sólo por derecho de admisión y gastos relativos a quirófano o generados en él, éstos oscilaban entre 1.800.000 y 2.800.000 bolívares, dependiendo de las clínicas. A ello se agregarían los honorarios profesionales y la hospitalización si la hubiere.

La situación anteriormente expuesta deriva en un acceso difícil, tardío y limitado a los servicios de salud pública ⁽⁴⁷⁾. Ello nos lleva a pensar en la necesidad de desarrollar modelos fuera del marco institucional actual, que permitan gerenciar servicios de salud que, por su excelencia, sirvan de modelo a otros servicios de salud pública. ⁽⁴⁶⁾

4. LINEAMIENTOS PARA EL ESTABLECIMIENTO DE UNIDADES QUIRÚRGICAS AMBULATORIAS

4.1. REQUISITOS ARQUITECTÓNICOS

El Ministerio de Salud y Desarrollo Social estableció los citados lineamientos mediante el articulado que transcribimos a continuación: ⁽³⁷⁾

- En relación a los requisitos arquitectónicos de las unidades de cirugía ambulatoria expresa lo siguiente:
 - a) Los pasillos donde circulen Camillas y/o sillas de ruedas deben tener un ancho mínimo de 1.60 mts.
 - b) Las puertas de entrada y salida de pacientes en Camillas y/o sillas de ruedas, deben tener un ancho mínimo de 1.40 mts, ser de tipo vaivén, con visor y protector de Camillas.
 - c) Las Unidades de Cirugía Ambulatoria deben estar ubicadas en lo posible a nivel del acceso a la edificación. En caso de ubicarse en pisos superiores al primer piso deberán contar con un mínimo de un (1) ascensor.
 - d) El ambiente de quirófano de cirugía ambulatoria tendrá un área mínima de 16.00 mts² con un ancho no menor de

4.00 mts.

e) La altura mínima libre en el ambiente del quirófano debe ser de 2.80 mts entre el piso y el plafón o techo.

- En cuanto a las características que deben cumplir las unidades de cirugía ambulatoria de tipo independiente se señala lo siguiente:
 - a) Ambiente para espera de familiares, cuya capacidad será calculada en base a 2 personas por paciente, con un índice de 0,70 mts por persona, con espacio adicional para teléfono público y dispensador de agua, el cual podrá ser común con otros servicios.
 - b) Ambiente para secretaria, información y control en relación con el ambiente de espera, el cual podrá ser común con otros servicios.
 - c) Ambiente para vestuario de pacientes el cual contara con sanitario interno y guardarropas, en relación directa con el ambiente de preparación de pacientes.
 - d) Ambiente para preparación de pacientes, con un área mínima por puesto de 3.00 mts² y un ancho mínimo de 1.50 mts, con una capacidad de:
 - Dos (2) puestos por quirófanos, cuando el

establecimiento cuente con un quirófano.

- 1.5 puestos por quirófanos, cuando el establecimiento cuente con más de un quirófano y dotados de los elementos necesarios que permitan la privacidad del paciente.

e) Ambiente para recuperación inmediata de pacientes, una relación de:

- Dos (2) puestos por quirófanos, cuando el establecimiento cuente con un quirófano.
- 1,5 puestos por quirófano, cuando el establecimiento cuente con más de un quirófano.

f) Ambiente para recuperación mediata, el cual estará destinado a aquellos pacientes cuya recuperación amerite de un proceso de observación, con un área mínima por cama de 4.00 mts² y sanitario interno.

g) Un área administrativa, la cual estará ubicada a nivel del acceso y podrá estar conformada por un espacio único o diferenciado por ambientes, de acuerdo al criterio del diseñador y a la capacidad física del establecimiento, y estará formada por: secretaría, sala de reuniones, jefatura, registro, control y transcripción de operaciones.

h) En los ambientes de vestuario y sanitario, las unidades de Cirugía Ambulatoria podrán contar con un ambiente único

para el personal de ambos sexos con un mínimo de dos cubículos de vestuario y el número de piezas sanitarias establecidas en el literal N° 1.1 del artículo 13 de las normas de requisitos arquitectónicos publicadas en la Gaceta Oficial N° 35.574 de fecha 04-11-98.

- i) Un (1) lavamanos por quirófano.
- j) Ambiente para central de gases o sustituto de este.
- k) Ambiente para planta eléctrica de emergencia o sustituto de éste.
- l) Ambiente para depósito de desechos.
- m) Aquellos establecimientos de carácter privado deberán contar con un ambiente para caja y/o administración. En las unidades que posean un sólo quirófano de Cirugía Ambulatoria, podrán estar integradas al ambiente de secretaria y control.

Así mismo se establece:

- “En los ambientes ubicados en el área restringida así como en el ambiente de recuperación quirúrgica, la temperatura debe oscilar entre los 16°C y 20°C.”
- “En los ambientes ubicados en área restringida así como en el ambiente de recuperación quirúrgica, no podrán existir ventanas.”

- “Las tomas de gases medicinales, succión y aire comprimido, podrán estar ubicadas en el techo o en la pared.”

4.2. FUNCIONAMIENTO DE LAS UNIDADES DE CIRUGÍA AMBULATORIA

Las normas que rigen el funcionamiento son:

- “Las Unidades de Cirugía Ambulatoria deberán funcionar de 7:00 am a 7:00 pm. Las intervenciones a realizar serán electivas y en el horario de 07:30 am a 04:00 pm.”
- “Todo paciente de la UNIDAD DE CIRUGIA AMBULATORIA debe ser agrupado según los parámetros de Clasificación del Estado Físico aceptados por la Sociedad Venezolana de Anestesiología y podrán ser intervenidos los que se encuentren en las siguientes condiciones:
 - a) Paciente sin alteraciones orgánicas, fisiológicas, bioquímicas o psiquiátricas (ASA I).
 - b) Paciente con alteraciones sistémicas leves o moderadas que pueden guardar relación o no con el trastorno que hace necesaria la operación (ASA II).”

- “Los pacientes deben autorizar con su firma el acto quirúrgico y en el caso de pacientes menores de 18 años, será necesaria la autorización del representante legal. “

- “Todo paciente a ser intervenido deberá tener:
 - a) Historia completa con diagnóstico pre-operatorio.
 - b) Exámenes complementarios que incluyan como mínimo: radiología del tórax, electrocardiograma informado, hematología completa, urea, glicemia, creatinina, VDRL, prueba de coagulación sanguínea, orina, grupo sanguíneo y factor Rh, los mismos no deben tener más de tres (3) meses de vigencia tomando en consideración la individualidad de cada caso.
 - c) En pacientes mayores de 35 años deberá realizarse evaluación cardiovascular previa, por un médico internista o cardiólogo.”

- “Con el criterio médico y consentimiento del paciente se podrán solicitar pruebas para determinar anticuerpos HIV.”

- “El paciente deberá ser evaluado por un anesthesiólogo de la Unidad en un lapso previo no mayor de cinco (5) días a la fecha de la intervención. “

- “Todo paciente deberá ser ingresado mínimo una hora antes de la prevista para su intervención y deberá ser re-evaluado por el anesthesiólogo que le practicará la anestesia y quien corroborará que se cumplan todos los requisitos previos establecidos en esta Resolución, así como las indicaciones de la preparación pre-operatoria.”
- “El Anesthesiólogo podrá suspender la intervención hasta tanto se cumplan todos los requisitos e informará al Jefe de la Unidad y al paciente el motivo de la suspensión.”
- “Toda intervención considerada como cirugía mayor ambulatoria deberá contar por lo menos con un anesthesiólogo, un cirujano principal, un cirujano ayudante, un profesional de la enfermería profesional (instrumentista) y un auxiliar de enfermería certificado en área quirúrgica.”
- “Al concluir la intervención, el cirujano debe informar en la historia los datos del tipo de intervención practicada, evolución de la misma, hallazgos y muestras tomadas, así como las indicaciones post-operatorias.”
- “El paciente, al egresar de la Unidad deberá estar

acompañado por un adulto responsable y con la información necesaria para comunicarse en caso de emergencia.”

- “Los profesionales adscritos a la Unidad están en la obligación de garantizar una atención profesional de alta calidad.” ⁽³⁷⁾

4.3. ESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO

Para cumplir con su objetivo la Unidad debe llenar los siguientes requisitos: ^(37, 38)

- Dotación de equipamiento acorde a los procedimientos a realizar, así como los equipos que garanticen una atención de emergencia y traslado rápido y seguro a un centro hospitalario cuando sea necesario.
- La Unidad de Cirugía Ambulatoria deberá contar con los soportes básicos y avanzados de vida, los cuales incluyen: ventilador portátil de volumen controlado, desfibrilador portátil con marcapaso no invasivo, camilla de transporte y equipo de reanimación manual tipo ambú, independientes de los equipos requeridos para la Sala de Operaciones o Quirófanos y de la

Sala de Recuperación y deberán ubicarse en un ambiente adecuado para este fin.

- Las Unidades de Cirugía Ambulatoria deben contar con un depósito de sangre o con los mecanismos que garanticen la obtención inmediata de la misma, en caso de ser necesario.
- Toda sala de operaciones o quirófano deberá estar equipada para administrar anestesia general, regional o local y contendrá por lo menos los siguientes equipos:
 - a) Suministro de gases comprimidos: Oxígeno, Óxido Nitroso, aire comprimido y alarma de fallas de presión,
 - b) Monitor cardíaco.
 - c) Electrocardiógrafo.
 - d) Sistema anestésico integrado, constituido por: máquina de anestesia, vaporizadores, circuitos anestésicos, monitores, ventiladores y alarma de desconexión.
 - e) Estetoscopio
 - f) Monitor con Tensión arterial no invasiva
 - g) Fuente de luz
 - h) Tensiómetro
 - i) Oxímetro de pulso

- j) Capnómetro
 - k) Aparato de succión: aspiradores de gleras.
 - l) Laringoscopio con diferentes hojas
 - m) Cánula y mascarillas de diferentes tamaños
 - n) Ambú adulto y pediátrico
- Toda sala de recuperación deberá estar provista de por lo menos dos (2) camas de recuperación por Sala de Operaciones o Quirófano y contará con los siguientes equipos:
 - a) Sistema de oxígeno.
 - b) Sistema de aspiración.
 - c) Ambú
 - d) Equipo de intubación y reanimación
 - e) Tensiómetro
 - f) Silla de ruedas
 - g) Monitor de signos vitales
 - h) Sillones reclinables
 - i) Así mismo tendrá un profesional de enfermería para la supervisión del trabajo del personal de enfermería.

5. PROPÓSITO DE LA CIRUGÍA AMBULATORIA.

El objeto o finalidad de este tipo de cirugías se identifica con sus ventajas, las cuales han incidido en la expansión de estos procedimientos. ⁽⁴⁹⁾

Así tenemos, que las unidades especiales para anestesia y cirugía de pacientes externos se han desarrollado, fundamentalmente, para reducir los costos del cuidado médico, aumentar la disponibilidad de camas y quirófanos, ofrecer a los pacientes la misma y aún mayor calidad de cuidados médicos y de enfermería que se administran a pacientes internos, sin sus inconvenientes y riesgos potenciales. Así, como también, evitar la ruptura de la unidad familiar. ^(50, 51)

Entonces, podemos resumir sus ventajas en: ^(49, 50, 51)

- Menos riesgo de infección intra-hospitalaria.
- Reducción de costos.
- Mínimos cambios en la rutina de vida de pacientes.
- Disminución de ansiedad.
- Mayor atención individual.
- Inmediata incorporación del paciente a su hogar.
- Reincorporación laboral rápida.

- Realización de significativo volumen de procedimientos.
- Permanente control y relación médico–paciente.
- Satisfacción de pacientes.

6. CIRUGÍA AMBULATORIA Y CALIDAD EN SALUD

Actualmente, la cirugía ambulatoria acepta una posición relevante, con marcada tendencia a su expansión, pues cada vez son más los profesionales del área que se incorporan activamente a los programas de gestión de salud, no solo por el bajo costo de los procedimientos en comparación con los que se realizan con ingreso, sino también por la excelencia de sus resultados. Además, por la introducción de nuevos fármacos y la aparición de avances tecnológicos que permiten que se puedan realizar procedimientos cada vez mas complejos de modo ambulatorio. ^(52, 53)

En este tipo de procedimientos tiene suma importancia la calidad de la atención que se brinda. Al hablar de este tema debemos mencionar al médico libanés Avedis Donabedian quien obtuvo en 1955 una maestría en salud pública en la Universidad de Harvard; y posteriormente (1961) en la Universidad de

Michigan desarrolló la parte medular de su trabajo, por el cual fue conocido como fundador del estudio de la calidad de la atención a la salud y especialmente por sus conceptos que constituyen pilares sobre la calidad ⁽⁵⁴⁾. Aunque se habla de diversos modelos y metodologías para mejorar la calidad, la más efectiva continúa siendo la determinación de los líderes y responsables de conducir los servicios. Es importante resaltar que con su determinación conceptual y convencido de la validez de sus postulados, Donabedian dijo en 1966: “Cualquier método o estrategia de garantía de calidad que se aplique será exitosa.”
(55)

Resulta imperativa la exigencia de calidad al referirnos a servicios de salud y por ello se requiere el establecimiento de controles a través de indicadores fiables y estandarizados, que fácilmente se puedan reproducir y aplicar para la medida de los resultados que se obtienen del trabajo asistencial y para su comparación con otros centros ⁽⁵⁶⁾. Ello no se ha establecido como una actividad rutinaria en los servicios hospitalarios por diversas razones. Entre ellas se señala, por una parte, que el concepto de calidad es muy dinámico y relativo, depende de quien sea el observador y del lugar y el momento donde se estudia, por otra parte, la necesidad de disponer de indicadores

fiables para evaluar la calidad contrasta con la dificultad metodológica para ser identificados y cuantificados ^(55, 56). El producto final a evaluar, el balance salud–enfermedad es, en ocasiones, intangible. La relatividad del concepto calidad en la sanidad, dificulta el consenso entre lo que es importante y lo que resulta accesorio o menos relevante. ^(55, 56)

Además, la calidad se asocia a conceptos tales como el prestigio profesional, la carrera curricular y la incentivación económica. ⁽⁵⁷⁾

Es importante señalar, que tradicionalmente la calidad se ha asociado a conceptos como la acreditación de los centros a través de procesos de supervisión. ⁽⁵⁷⁾

Recientemente en Australia y EE.UU., se han desarrollado programas voluntarios de acreditación de las unidades de cirugía ambulatoria basándose en estándares, utilizando indicadores clínicos tanto en el proceso de acreditación como en el de evaluación continuada. Se elaboró un grupo inicial de estándares, para que posteriormente fueran revisados y mejorados, atendiendo a las recomendaciones de las distintas sociedades científicas. Algunos indicadores comúnmente

utilizados en el ámbito ambulatorio son las operaciones suspendidas antes y después de que el paciente llegue a la unidad. Los retornos no planeados al quirófano, los pacientes no dados de alta el día de la intervención quirúrgica, retrasos en el alta de la unidad o reingresos tras el alta. ⁽⁵⁷⁾

El concepto clásico en la atención médica se basa en el modelo de Donabedian de “control de calidad” en función del análisis de la estructura, del proceso y de los resultados. Este modelo se entiende como actividad inspectora del producto final, basado en la monitorización estadística. Los métodos de análisis de la estructura se basan en que si el centro tiene una buena estructura ofrecerá un buen producto. Los métodos de análisis del proceso estudian los distintos pasos del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, e infieren un potencial de calidad en el producto final obtenido. El análisis de los resultados consiste en la recopilación de datos sobre casos tratados en una unidad, para su análisis y comparación con otras series. Es lo que se conoce como *audit. Médico* (o quirúrgico). ^(55, 58)

Actualmente, los modelos de calidad se basan en la “mejora continua de la calidad” o “calidad total”, cuyo objetivo es conseguir mejoras progresivas de calidad. ⁽⁵⁵⁾

Los principios de la calidad total son: ⁽⁵⁹⁾

- a. Satisfacción de las necesidades y superación de las expectativas del paciente, para lo cual se requiere: Selección excelente del personal, instalaciones físicas agradables y confortables, dotación de equipos e instrumental adecuado, suministros suficientes, oportunos y de buena calidad, monitoría periódica del sistema de atención al paciente mediante el análisis de las quejas y de las sugerencias e investigaciones de mercado.
- b. Lograr un comportamiento ético, respetuoso y participativo.
- c. Sistemas basados en datos y mejoramiento continuo.
- d. Obsesión para eliminar el desperdicio mediante el trabajo en equipo, el análisis de los procesos claves, clínicos, administrativos y financieros.

Según Donabedian “garantía de calidad” es responder por el servicio que se otorga de manera que se proteja al paciente integralmente como ser humano, contra riesgos innecesarios y proporcionarle los mayores beneficios posibles. ^(58, 59)

Para lograr la garantía de calidad se requieren un conjunto de acciones sistematizadas para identificar problemas oportunamente, analizarlos objetivamente, proponer soluciones factibles y hacer seguimiento a las acciones propuestas. ⁽⁵⁹⁾

Para ello se requiere la definición de indicadores y estándares; así como, el diseño de un sistema de información, entendido no sólo como captura y procesamiento de datos y generación de información “hacia arriba” sino como sistema de retroalimentación y mecanismos de seguimiento para verificar que se corrigieron los errores o fallas detectadas. ⁽⁵⁹⁾

En líneas generales para asegurar la calidad deben establecerse estándares explícitos, susceptibles de ser verificados periódicamente. ⁽⁵⁹⁾

La calidad es un concepto relativo, en el que los beneficios y los riesgos deben ser establecidos de acuerdo con estándares de beneficios factibles y riesgos prevenibles. En este caso por estándar debe entenderse la asignación de valores a determinados indicadores, que permitan medir, de alguna manera, los niveles de calidad alcanzados en situaciones específicas. Así resulta la calidad un juicio comparativo. ^(59, 60)

En el concepto de calidad pueden distinguirse dos dimensiones íntimamente relacionadas a las que Donabedian denomina “Técnica” e “interpersonal”. La técnica se refiere a la aplicación de conocimientos científicos y técnicos para la solución del problema de salud del paciente; la interpersonal se refiere a la relación personal que se establece entre el proveedor del servicio y el paciente. ^(58, 59)

La calidad resulta imprescindible cuando de salud se trata, por ello es importante la creación de servicios de salud centrados en el paciente, con una metodología basada en el establecimiento de estándares capaces de medir la calidad y diagnosticar problemas, así como del análisis y priorización de estos últimos para formular acciones correctivas y de seguimiento con el objeto de obtener un mejoramiento continuo de la calidad. ^(59, 60, 61)

7. COMPONENTES DE LA CALIDAD DEL SERVICIO

Para medir la calidad del servicio a los fines de su mejoramiento continuo, debemos conocer las virtudes y las fallas

del mismo, mediante la evaluación de estándares o principales componentes de la calidad: (62, 63, 64)

- Relación Interpersonal: Se refiere a las condiciones de amabilidad y respeto hacia el paciente, tanto de los profesionales como del personal del servicio.
- Ambiente: Se traduce en las condiciones de confort y limpieza de las instalaciones.
- Rapidez: Consiste en la capacidad para realizar los procedimientos dentro de tiempos aceptables para el paciente. No retener mucho tiempo al paciente en sala de espera.
- Fiabilidad: Implica la realización correcta de los procedimientos.
- Credibilidad: Alude a la honestidad del profesional en sus palabras y actos.
- Capacitación: Referida al personal auxiliar, el cual debe estar suficientemente adiestrado para conocer las indicaciones relacionadas con el servicio a fin de transmitirlos claramente al paciente y así evitarle molestias y trámites innecesarios.

- Accesibilidad: Se traduce por la facilidad con la que el paciente puede utilizar el servicio cuando lo requiera.

Al hablar de calidad del servicio hay dos conceptos que debemos tener presente en todo momento, ellos son “Eficiencia y Eficacia”; se trata de nociones bien diferenciadas, que no dependen la una de la otra, pero que si llegan a coexistir se asegura el éxito de cualquier labor. ^(64, 65)

Eficiencia se define como la “virtud y facultad para lograr un efecto determinado”. En Economía se dice que es “el empleo de medios en tal forma que satisfagan un máximo cuantitativo o cualitativo de fines o necesidades humanas. Es también una adecuada relación entre ingresos y gastos”. ⁽⁶⁴⁾

En otras palabras es una utilización adecuada de los recursos para lograr su mayor productividad. Dos factores se utilizan para medir la eficiencia “Costo y Tiempo”. ⁽⁶⁴⁾

Si se obtienen mejores resultados con menor gasto de recursos y en menor tiempo, se habrá incrementado la eficiencia. ^(63, 64)

En forma más clara se dice que Eficiencia es “hacer bien las cosas debidas”. (66, 67)

Se habla de Eficacia cuando se alcanzan las metas ú objetivos que habían sido previamente establecidos. (66, 67)

“Eficacia” es la capacidad de escoger los objetivos apropiados. Eficaz será aquél que selecciona los objetivos correctos para trabajar en el sentido de alcanzarlos. (66, 67)

Para distinguir con claridad los conceptos podemos decir, “Eficiencia” es hacer las cosas bien, y “Eficacia” es hacer las cosas debidas. (66, 67)

8. FUNDACIÓN U.C.V. Y LAS EMPRESAS UNIVERSITARIAS

8.1. DEFINICIÓN DE FUNDACIÓN U.C.V.

La Fundación UCV es una entidad sin fines de lucro, creada mediante Resolución del Consejo Universitario, con personalidad jurídica propia que permite a la Universidad Central de Venezuela vincularse y actuar dentro del sector productivo, con

suficiente agilidad, autonomía y eficiencia en la consecución de recursos financieros necesarios para su desarrollo. La política de la Fundación UCV es la política de la Universidad, sólo que se separa en cuanto a los mecanismos de gestión. La Fundación actúa como interfase entre el sector productivo y la UCV, sus instituciones, profesores e investigadores, y permite que se involucren en negocios sin desvirtuar sus funciones de docencia e investigación. ⁽⁶⁸⁾

8.2. OBJETIVOS DE LA FUNDACIÓN U.C.V.

Los objetivos estratégicos que se persiguen, enmarcados dentro de las 4 perspectivas del Mundo Integral de Gestión se enuncian a continuación: ⁽⁶⁸⁾

- Identificar la oferta de Recursos Comercializables de la UCV, y mercadearlos entre los sectores productivos.
- Captar, mantener y retener algunos docentes, investigadores y profesionales con experiencia en transferencia y mercadeo de tecnología.

- Implantar una estructura de gestión participativa, competitiva, descentralizada y que trabaje por procesos.
- Implantar sistemas informáticos necesarios para apoyar los procesos claves de mayor prioridad.
- Asegurar recursos financieros necesarios para el desarrollo de productos, mediante la creación de un fondo que se alimente de los excedentes operativos y del cobro de derechos profesionales a los entes universitarios por los servicios que se le brinden al transferir y/o comercializar entre los sectores productivos, sus recursos comercializables.
- Informar sistemáticamente y en forma transparente a la comunidad U.C.V., a socios estratégicos y en general a los grupos de influencia.
- Hacer participar a la comunidad U.C.V., a socios estratégicos y a otros grupos de influencia en los procesos definidos para la Fundación.
- Desarrollar mecanismos para mejorar el funcionamiento de las empresas universitarias y sus formas de relación con la Fundación.
- Ajustar la actual constitución legal de la Fundación al nuevo modelo de gestión, así como a los cambios en

estrategias, procesos y organización.

8.3. DEFINICIÓN DE EMPRESA UNIVERSITARIA

Es una empresa creada entre la Fundación Universidad Central de Venezuela, la Universidad Central de Venezuela (a través de la respectiva Facultad) y en algunos casos, los investigadores o los profesionales que están interesados en desarrollar las actividades para lo cual se está creando la empresa. ⁽⁶⁸⁾

8.4. ESQUEMA DE FUNCIONAMIENTO DE EMPRESA UNIVERSITARIA

- En las empresas creadas por la Fundación Universidad Central de Venezuela, la Universidad Central de Venezuela y los investigadores, la fundación se reserva como mínimo, el 51% de las acciones a ser emitidas.

- Deben ser empresas rentables. Es decir, que generen suficientes ganancias. Estas ganancias deben ser el resultado de aplicarle a los ingresos, todos los costos y gastos necesarios, donde se contemplan entre otros, los costos por los servicios que se deberán cancelar a la Universidad Central de Venezuela, por la utilización de los espacios físicos, los servicios de agua, luz, electricidad, teléfono, etc. Además, los sueldos o los honorarios que correspondan, por la utilización de los profesores que trabajan para la Universidad Central de Venezuela a dedicación exclusiva. Debe tener un Contador y pagar sus honorarios y una firma de Contadores Públicos, quienes harán anualmente una auditoría.
- La ganancia del año se pondrá a disposición de la Asamblea de Accionistas, para que decida que hacer con ella. Se deberán decretar dividendos en efectivo, sobre la base de la ganancia del año y del porcentaje de participación que tendrán los accionistas. La Fundación Universidad Central de Venezuela y la Universidad Central de Venezuela, podrán decidir si aportan los

correspondientes dividendos a la Facultad o a cualquier dependencia de ella, para equipamiento, mejoras, etc.

- Deberán tener una Junta Directiva integrada por un Presidente, dos Directores Principales y dos Directores Suplentes, que serán designados por la Asamblea de Accionistas, por consenso. ⁽⁶⁸⁾

8.5. REQUISITOS PARA CREACIÓN DE EMPRESAS UNIVERSITARIAS

Los requisitos son:

- Estudio de mercado y de factibilidad económica.
- Proyección de resultados para los próximos 3 años.
- Determinación del monto necesario, para crear la empresa y ponerla a funcionar durante los primeros meses, antes de empezar a generar ingresos.
- Disposición de los accionistas, para la creación de la empresa y para realizar los respectivos aportes para la cancelación de los estudios antes mencionados.

V. PROPUESTA

Tomando como marco referencial las experiencias y consideraciones expresadas en capítulos anteriores, aunadas a nuestras vivencias durante la formación en el Post-Grado de Cirugía Bucal, se formula una propuesta orientada al establecimiento de una moderna Unidad de Cirugía Ambulatoria en la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela, mediante la adecuación de la infraestructura existente, tanto desde el punto de vista físico como operativo, atendiendo a los lineamientos que para ello establecen las Instituciones que reglamentan el funcionamiento de estas dependencias, así como las pautadas por la Fundación U.C.V., con la finalidad de transformar el Servicio existente en dicha Facultad en un auténtico y funcional servicio ambulatorio, que a la vez que atienda aspectos académicos constituya una fuente generadora de ingresos para la Facultad, así como también un espacio de asistencia para la población y práctica profesional de egresados y/o personal docente.

Resulta importante la configuración de este servicio a través de la figura de la EMPRESA UNIVERSITARIA, la cual ha sido exitosa en otras facultades de la Universidad, y que generaría

recursos económicos para la adquisición de los insumos que se requieran, así como también para cubrir otras necesidades y mejoras, en general, del servicio.⁽⁶⁸⁾

En este sentido, se precisa implementar los requerimientos para su óptimo funcionamiento, eliminando así actividades innecesarias o inadecuadas que no promueven la eficacia que se busca.

Para la inserción de esta unidad ambulatoria como empresa universitaria se requiere cumplir con una serie de requisitos establecidos para ello por la Fundación U.C.V. (ANEXO 1).⁽⁶⁸⁾

Entre ellos se considera fundamental la descripción del Proyecto o Propuesta antes mencionado, así como la Misión, Visión y Objetivos, e igualmente el Universo de Atención, la Clave del Éxito y el Plan Operacional.⁽⁶⁸⁾

MISIÓN:

Brindar atención odontoquirúrgica ambulatoria de alta calidad y a costo razonable, con la finalidad de permitir el acceso de un significativo grupo poblacional, al tiempo que se constituye la

empresa en un ente generador de conocimientos y de recursos; estableciendo, a la vez, un compromiso con los odontólogos que requieran la utilización de dicho servicio, de brindarles una plataforma tecnológica de alto nivel. ^(56, 69)

VISIÓN:

La inexistencia de empresas orientadas a brindar atención anestesiológica exclusivamente para procedimientos odontológicos se ha hecho evidente; por lo tanto, la que proponemos se constituiría en pionera en ese campo; esto nos da una visión de futuro que promete éxito, ello obliga además a fortalecer continuamente el servicio prestado a fin de llegar a ser una empresa reconocida por su excelencia en la prestación de servicios, al satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes; y que, a la vez, pueda servir de modelo para el diseño de otros servicios similares a nivel nacional. ^(56, 69)

OBJETIVO - PLAN OPERACIONAL:

Adecuar la organización, infraestructura y funcionamiento del servicio a los requerimientos de una unidad ambulatoria de alta

calidad sería el objetivo primordial, todo en función de la oferta de servicios especializados en el área de anestesiología aplicada a la Odontología, incluyendo además el abordaje y tratamiento del dolor, al tiempo que se desarrollen actividades académicas destinadas a la formación y/o actualización del recurso profesional; para ello, debe actuarse ajustado a las normas dictadas por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, anteriormente citadas, las cuales tienden a proporcionar a los profesionales y personal auxiliar que laboren en el servicio recursos suficientes y de buena calidad para el desempeño cabal de sus actividades; e igualmente, determinar espacios físicos confortables y condiciones de funcionamiento óptimas para lograr una adecuada organización, integrada por un factor humano competente y satisfecho con su trabajo, todo ello orientado a satisfacer las necesidades y expectativas del paciente. ^(55, 65, 70)

Adaptado a las normas arquitectónicas dictadas por el respectivo Ministerio, se elaboró el diseño sugerido de las áreas a remodelar dentro del quirófano y zonas anexas en el servicio de Cirugía Bucal de la Facultad de Odontología U.C.V. (ANEXO 2).

UNIVERSO DE ATENCIÓN Y CLAVE DE ÉXITO:

El grupo poblacional objeto del servicio asistencial odont quirúrgico, bajo la modalidad de anestesia general y sedación, está constituido por adultos y niños en condiciones físicas normales así como también personas discapacitadas, de cualquier nivel socio económico, que cumplan con los parámetros de la clasificación del Estado Físico de el ASA (ASA I y ASA II).

Dicho universo está conformado por pacientes que acuden a la Facultad de Odontología en forma espontánea o referidos por profesionales o Instituciones externos a la Facultad.

Al pensar en la Clave del Éxito se precisa mencionar que la preocupación por la calidad esta cambiando las condiciones de la práctica médica y odontológica. ⁽⁵⁶⁾

Para obtener esa calidad debe partirse de un buen diseño organizacional que esté dirigido al beneficio de los pacientes, para ello se requiere un enfoque gerencial estructurado que permita el desarrollo integral y armónico del servicio, lo cual no solo beneficia a los pacientes sino a todo el personal que lo integra. Ello configura una herramienta gerencial denominada

“Gestión integral por calidad”, en la que se combinan tres elementos: el direccionamiento estratégico, la gerencia del día a día y la transformación de la cultura. ^(56, 70)

Estas herramientas gerenciales permiten garantizar la calidad; y, al incursionar en ellas se aprende a definir los factores claves de éxito. Se logra crear una cultura de calidad y de mejoramiento continuo al diseñar indicadores de desempeño total. ⁽⁵⁸⁾

Es importante señalar que no sólo debe destacarse la dimensión técnica sino también la interpersonal y las condiciones físicas que privan en el servicio. ⁽⁵⁸⁾

Un elemento clave en el desarrollo de los programas de calidad durante los últimos años ha sido el “contrato programa” con el que se tiende a penalizar la actividad innecesaria o inadecuada y se potencian las actuaciones dedicadas a promover la eficiencia. ⁽⁷⁰⁾

El mejoramiento continuo de la calidad de los servicios requiere hacer énfasis en la capacitación del personal así como en su motivación, que puede ser premiando la labor de los

prestadores del servicio de salud que demuestren con acciones y resultados su compromiso con la calidad. ^(46, 58)

Otra herramienta gerencial que se puede considerar como clave de éxito es el “Benchmarking” (compararse con el mejor) que es un proceso sistemático y continuo para evaluar los servicios y procesos de trabajo de las organizaciones comparándolas con las de aquellas reconocidas por su excelencia con el propósito de efectuar mejoras organizacionales. ⁽⁶⁹⁾

En síntesis, se propone la transformación del Servicio de Atención bajo Anestesia General (Quirófano P.B.) de la Facultad de Odontología en una Unidad Quirúrgica Ambulatoria, de acuerdo con el siguiente esquema:

- **Definición.**

De conformidad con la normativa del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, la unidad en proyecto se trataría de un establecimiento quirúrgico independiente, por cuanto posee localización, planta física, administración propia y estructura de personal; en cuanto a esta última pudiera considerarse mixta, ya que estaría integrada por el personal docente administrativo

propio de la Institución, al que se agregaría todo aquel que se requiera contratar, lo cual se haría a expensas de los ingresos que la propia Unidad genere, así como también un personal esporádico, representado por los profesionales externos que ocasionalmente atiendan pacientes en ella, y cuya remuneración tendría el carácter de honorarios profesionales.

Igualmente, la norma antes señalada establece que las unidades de tipo independiente deben tener un establecimiento médico asistencial hospitalario como centro de referencia. En este sentido, se podría establecer un convenio con el Hospital Universitario adyacente a la Facultad de Odontología, o bien, con clínicas privadas cercanas, de acuerdo a la posibilidad y/o voluntad del paciente, y siempre que se encuentre dentro de un perímetro no mayor de cinco kilómetros, tal como está previsto en las disposiciones legales aplicables.

- **Población beneficiaria.**

El servicio odonto-quirúrgico se prestará a las personas especificadas al definir el Universo de Atención, es decir pacientes sanos y discapacitados. Se trabajaría sobre la base de una demanda programada que se derivaría de los pacientes que acudan a la Facultad de Odontología y se ampliaría la

cobertura a pacientes de consulta privada de los profesionales externos con quienes se realice convenio.

- **Mecanismo de ingreso.**

Para los pacientes que estén bajo tratamiento en la Facultad se seguirá el procedimiento rutinario y para los pacientes que, a los fines operativos, llamaremos externos se deberá establecer un sistema apropiado para su ingreso.

- **Personal profesional.**

Estaría constituido por los docentes de la Facultad y los profesionales externos. En cuanto a estos últimos se creará un comité de selección, a cuyo cargo estaría la evaluación de credenciales de quienes aspiren a ejercer su práctica profesional en esta Unidad. Dicho comité pudiera estar integrado por el Coordinador de la Comisión de Estudios para Graduados de la Facultad de Odontología, los Coordinadores de los Postgrados de Cirugía Bucal y Odontopediatría y el Jefe de Servicio (Quirófano). Además, puede contarse con un grupo de asesores conformado por los Coordinadores de los diferentes cursos de postgrado de la Facultad, cuyas áreas sean de susceptible aplicación en la Unidad.

- **Tarifas.**

Un análisis de costos adecuado a la realidad suministrará elementos que al contrastarse con las tarifas vigentes en la Facultad y las externas permitan obtener un valor de referencia, sobre cuya base se establecerían las tarifas que habrían de regir.

Es importante para la estimación de las tarifas, tomar en consideración el costo de las drogas anestésicas, el material odontoquirúrgico de orden general y los honorarios del anesthesiólogo y personal de enfermería. Esto conformaría una tarifa básica sobre la cual se recargarían los honorarios del Odontólogo así como cualquier insumo especial que se requiera (implantes, placas, entre otros...).

- **Tipo de tratamiento a ofrecer.**

Enmarcados dentro de las especificaciones requeridas para los servicios ambulatorios, los procedimientos abarcarán las diferentes áreas del campo de la Odontología en las que se requiera tratamiento odonto-quirúrgico bajo anestesia general o sedación.

- **Financiamiento.**

Para la inversión inicial se requieren aportes que pueden provenir de la asociación con entes individuales y/o con el patrocinio de empresas privadas relacionadas con la odontología, con las que ya se han realizado contactos iniciales.

LINEAMIENTOS PARA LA RACIONALIZACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO.

Los lineamientos son: (58, 60, 64, 66, 67, 70)

- **Exigencia de la calidad.** La calidad resulta imprescindible cuando de salud se trata, por ello es importante que el servicio que se preste esté centrado en el paciente, y que la metodología de la organización se base en el establecimiento de normas y controles a través de indicadores fiables y estandarizados capaces de medir la calidad y diagnosticar problemas, así como del análisis y jerarquización de estos últimos para formular acciones correctivas y de seguimiento con el objeto de obtener un mejoramiento continuo.

- **Diseño de sistemas de información.** La oportuna y adecuada utilización de la información (procedimientos y actividades realizadas) le permite a la Unidad Quirúrgica mantenerse al día. Actualmente es una necesidad permanente en la gerencia de las organizaciones para el mejoramiento de la productividad la utilización de sistemas computarizados, pues permite llevar un control de los procedimientos, y la recopilación y actualización de datos en forma rápida y oportuna. Por ejemplo: Datos del paciente, N° de Historia, tratamiento a realizar, diagnóstico, número de pacientes atendidos diariamente, etc.
- **Gerencia participativa.** El desarrollo de un estilo participativo de decisión se basa en el establecimiento de mecanismos de comunicación que aseguran la incorporación de diversos puntos de vista e intereses. Para ello se sugiere un sistema de reuniones periódicas para tratar temas de diversa naturaleza relacionados con el servicio, así como también verificar si se cumplen las normas previamente establecidas en la Unidad Quirúrgica.

ADECUACIÓN DE LA PLANTA FÍSICA

La remodelación que se propone obedece a un diseño arquitectónico elaborado por profesionales acreditados, sobre la base de los lineamientos para el establecimiento de unidades quirúrgicas ambulatorias, en lo que respecta a los requisitos arquitectónicos, contenidos en las normas vigentes dictadas por el Ministerio de Sanidad y Desarrollo Social.

Áreas a remodelar:

1. Sala de espera. Familiares. 5,00 m²
2. Sala de recuperación pacientes. 10,70 m²
3. Área de quirófano. 22,6 m²
4. Baño de visitantes y pacientes. 2,00 m²
5. Área de revelado. 3,00 m²
6. Faena esterilización e instrumentos. 11,3 m²
7. Área de desechos. 12,69 m²
8. Vestuario lockers. 5,54 m²
9. Faena esterilización manos. 6,3 m²
10. Baños – Doctores. 2,00 m²

Área total bruta a remodelar: 80,16 m² .(Anexo 2)

VI. CONCLUSIONES

- Ante el avance de la Odontología y su necesaria incursión en otros campos del saber resulta imperativo la adecuación de los modelos de práctica existentes a las realidades que dichos avances nos presentan.
- La anestesia Ambulatoria constituye un recurso de máxima utilidad para la atención odontológica, tomando en cuenta entre otros aspectos la incidencia que sobre el acceso a Servicios de Salud ha tenido el deterioro económico, que afecta en forma negativa a la gran mayoría de la población venezolana.
- Es evidente la ausencia de establecimientos de Anestesia Ambulatoria para la exclusiva prestación de Servicios Odontológicos, por lo que resulta innovadora y necesaria la aparición de ellos de manera programada y concordante con las normativas y regulaciones que para el país existen en esta área.

- La Facultad de Odontología U.C.V., como institución formadora de profesionales calificados, aparece como la plataforma adecuada para la creación de una Unidad de tipo ambulatorio, mas aún cuando se posee la estructura básica y la experiencia acumulada en la atención bajo esta modalidad, además de la necesidad de generar ingresos reinvertibles en docencia y asistencia.
- La figura de Empresa Universitaria resulta adecuada para el desarrollo de un Servicio como el que se propone, pues su visión, misión y objetivos están en correspondencia con los requerimientos de la Fundación UCV, ente generador y regulador de dichas empresas.
- Las necesidades del potencial universo de atención, la disminución de costos para acceder al tratamiento requerido bajo la modalidad ambulatoria vs. la modalidad convencional (paciente institucionalizado) unidas a la inexistencia de este tipo de establecimientos, ofrecen una visión de futuro exitoso.
- Con la creación de una Unidad Odontoquirúrgica Ambulatoria, la Facultad de Odontología UCV ofrecería al país y a la

profesión en sus áreas académicas y de servicio, un modelo de factible aplicabilidad reproducible a escala nacional y una solución a inminentes problemas que se derivan de las necesidades de atención en este campo.

- Como consecuencia de lo expuesto, se confirma la hipótesis que planteamos como Título del Trabajo, por lo que podemos afirmar la pertinencia de una Unidad Odontoquirúrgica Ambulatoria en la Facultad de Odontología U.C.V.

VII. RECOMENDACIONES

La propuesta que se deriva del presente trabajo constituye por sí misma una recomendación; no obstante, conscientes del rigor con que la Fundación U.C.V. considera los proyectos y a pesar de que dicha instancia fue parte asesora de este trabajo, a través de uno de sus ejecutivos, no podría descartarse la posibilidad de exigencias que limitaran la pronta puesta en marcha de ésta. En este sentido es conveniente la búsqueda de otra vía que planteamos a manera de recomendación como propuesta alternativa y que expresamos a continuación:

- Realizar el trámite pertinente que permita disponer de la información en los niveles de Administración y/o Contraloría de la U.C.V. a fin de elevar ante las instancias de decisión un planteamiento orientado hacia la creación de un ente con cierta autonomía para el manejo de los recursos que se generen del Servicio Odontoquirúrgico Ambulatorio, de manera que éstos al ser reinvertidos permitan una suerte de autofinanciamiento o financiamiento mixto, siempre por supuesto enmarcados dentro de la normativa legal existente. De igual manera se sugiere, también inmersa dentro de la propuesta alternativa, la búsqueda de financiamiento externo para la inversión inicial.

VIII. REFERENCIAS

1. COLLINS; 1980, citado por CASANOVA M.; SALAZAR, A. El contenido Gástrico como factor de Riesgo en Anestesia General. Estudio comparativo entre dos grupos de pacientes. Trabajo presentado para ascender a la categoría de Profesor Asociado y Asistente respectivamente en el Escalafón Universitario. Facultad de Odontología, UCV. Caracas-Venezuela. 1999. Págs.20-28.
2. COTE C. Sedation for the Pediatric Patient. Clin.Nort. Am. 1994; 41 (1): 823-57.
3. SALAZAR A. Anestesia General y Sedación en Odontología. Acta Odontológica Venezolana. 1999; Vol. 37 N°2. 67-73.
4. HIDALGO P.; BIANCO J. La Anestesia general y el Odontopediatra. Revista de la Facultad de Odontología Universidad Nacional de Córdoba. 1987; 15 (1, 2): 122-58.
5. ALDRETTE J. Anestesiología Teórico-Práctica. Tomo I. Salvat Editores. México, DF. 1990. Pág. 1838.
6. SAKLAD M. Grading of Patients for Surgical Procedures. Anesthesia. 1941. 2: 281.
7. DRIPPS R.D., LAMONT A., ECKENHOFF J.E. The Role of Anesthesia in Surgical Mortality. JAMA 1961, 178-261.
8. KWON P.; LASKIN. D. Manual Clínico de Cirugía Oral y Maxilofacial. 3ra. Edición. Editorial Amolca. 2003; 15: 297-98.
9. Clasificación de Estado Físico de la American Society of Anesthesiologists. Disponible en <http://www.anestesia.com.mx/asa.htm/>.

10. Diccionario Terminológico de Ciencias médicas. SALVAT Editores. 1974.
11. BELL, 1978, citado por SALAZAR, A. Pautas para la Aplicación de la Sedación Analgésica en la práctica Odontológica. (Una propuesta para la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela). Trabajo presentado para ascender a la categoría de Profesor Agregado en el Escalafón Universitario. Facultad de Odontología, UCV. Caracas-Venezuela 2001.
12. SCHREINER M. Preoperative and Postoperative Fasting in Children. *Pediatric Clin. of Nort. Am.* 1994; 41(1): 858-72.
13. MALAMED SF. Sedación a Guide to Patient Managment. 3ra. Edición. Mosby. 1944; 8: 33-35.
14. RYAN D. Sedación Ambulatoria, Anestesia General y Manejo de Emergencias Anestésicas en: Kwon P.; Laskin D. Manual Clínico de Cirugía Oral y Maxilofacial. Primera Edición. Editorial AMOLCA. 2003; 15: 297.
15. ALDRETE J.A. Texto de Anestesiología Teórico-Práctico. Tomo II. Ed. Salvat. 1990; 60: 1203-1218.
16. CAMPAN L. Comment Dé finir L'anesthesie ambulatoire. *Ann Anesth. Franc.* 1974 ; 15 : 799-802.
17. WOO S.W. Ambulatory Anesthesia Care. *Intern Anesth Clin.* 1982; págs. 125-134.
18. OSTMAN y WHITE. 1998. Citados por Salazar, Casanova. El contenido Gástrico como Factor de Riesgo en Anestesia General. Estudio comparativo entre dos grupos de pacientes. Trabajo presentado para ascender a la categoría de Profesor Asociado y Asistente respectivamente, en el Escalafón Universitario. Facultad de Odontología UCV. Caracas-Venezuela 1999. Págs. 20-21.

19. ALDRETE J.A. Texto de Anestesiología Teórico-Práctica. Tomo I. Salvat Editores, México, DF. 1990. Pág. 1838.
20. Anestesia Ambulatoria disponible en: http://www.drscope.com/pac/anestesia-1/C4/an1c4_pshtm. Consulta 2003. Agosto.
21. ORR JR, Pavlin J. Anestesia en Pacientes Ambulatorios. Clínicas de Anestesiología de Norteamérica. Mc Graw Hill Interamericana. 1996; 4: 535-549.
22. RING ME. Storia Illustrata della odontoiatria. Antonio Delfino Editore. Roma, 1989. Pág. 289-303.
23. CALVERLEY RK. Anesthesia a specialty: past, present and future. In: BARASH PG, CULLEN B, Stoelting R. eds. Clinical Anesthesia. Philadelphia. J.B. Lippincott, 1989: 3-33.
24. Historia de la Anestesiología. Disponible: <http://www.anestesia.com.mx/>. consulta: 2003-mayo-10. pp. 1-4.
25. MARCANO D. Historia de la Anestesiología en Venezuela. Revista Venezolana de Anestesiología, 2002; 7(2): 72-76.
26. PADFIELD A. The future of General Anesthesia in the dental surgery. J. Roy Soc. Med. 1989; 82: 30-2.
27. MARRON PM., CAÑAS H., RIOS B., ARAUJO N., VILLEGAS M., Conceptos fundamentales sobre anestesia en cirugía ambulatoria. Rev. Mex. Anest. 1995; 18: 137-144.
28. CUETO G.J. Selección de Pacientes y anestesia de elección. Manual de Cirugía Ambulatoria. México 1993; 19-33.
29. LEVINE D. El Paciente Quirúrgico Ambulatorio. En: Frost Me, Goldiner LP., Cuidados Post-Anestésicos. Ed. Mosby/Doyma 1994. 19: 295-310.

30. RUIZ M., CABRERA M. Antecedentes en: Cueto GJ. Manual de Cirugía Ambulatoria. Secretaría de Salud. 1993; pp 15-18.
31. MORGAN M., BEECH R. Variations in lengths of stay and rates of day. Case surgery: Implications for the efficiency of surgical management. J. Epidemiol Comm Health, 1990; 44: 90-105.
32. FORD J., REA W. The Surgicenter an innovation in the delivery and cost in medical care. Ariz Med 1969; 26: 801.
33. BECKER S., BIALA M., Ambulatory Surgery Centers, current business and legal issues. J. Health Care Finance 2000; 27(2): pp 1-7.
34. ROGERS MC. Principles and Practice of anesthesiology. Editorial Mosby Year Book. 1993, pág. 2257-2274.
35. MIER, TERAN GJ. Anestesia en la Cirugía Ambulatoria. Rev Col Anest. 1982; 10: pp 67-70.
36. Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria. Recomendaciones para el desarrollo de la CMA. (ASECMA), 1994.
37. Gaceta Oficial N° 36.515; Res. N° SG343-98 Art. 1, 2, 27, 29, 31, 32, 33, 35, 36, 38, 39, 40. MSAS 12/8/1998.
38. Gaceta Oficial N° 37.144; Res. N° 065. arts. 1°, 2°, 3°, 6° y 7°; 20/2/2001; pp 317.435 - 317.436.
39. SALES J. Place de l'ambulatoire en Chirurgie Digestive. Journal de Chirurgie, 2000 ; Vol. 137, N° 5.
40. O'DONOVAN Th., O'DONOVAN P. The future is now. En: Wetchler B, Editor. Anesthesia for Ambulatory Surgery. Illinois, 1981: 6-9.

41. CASANOVA M.E. Anestesia General, un nuevo programa de atención odontológica. Acta Odontológica Venezolana. 1987.
42. Centro de Documentación y Análisis Social de la Federación Venezolana de Maestros (CENDAS). El Nacional, 2003-Nov.30, Cuerpo A, 24.
43. Ingreso Real de la Población, Salario Mínimo, Canasta Alimentaria Familiar y Cesta Básica Familiar. Disponible en: www.EntornoInteligente.com. Consulta 2004, Junio 1, pp. 1-4.
44. Economía Venezolana. Disponible: Cendas@Fevemaestros.org. Consulta 2004, mayo 3.
45. Instituto Nacional de Estadística. Avances Informativos. Desempleo. Caracas-Venezuela, 2004.
46. MALAVE J. Gerencia en Salud, un modelo innovador. Ediciones IESA/Fundación Antonio Cisneros. Caracas, Venezuela. 1995 pp. 1-42.
47. Servicios Públicos de Salud en Venezuela. Actualidad en noticias. Disponible: www.el-nacional.com. 2003. Consulta: 1-8-2003.
48. Organización Panamericana de la Salud. Boletín Epidemiológico. Desarrollo del Índice de condiciones saludables usando sistemas de información geográfica en salud. 2002, Vol. 23, N° 4.
49. EDWARD G., MORGAN Jr., MIKHAIL M. Manual Moderno de Anestesiología Clínica. 2da. Edición. 1998. pp. 877-878.
50. MORGAN M., BEECH R. Variations in lengths of stay and rates of day case surgery: implications for the efficiency of surgical management. J. Epidemiol Comm Health 1990; 44: 90-105.
51. HATCH L.R. Day Care Surgery: Do we and our patients need it?. Canad Anaesth. Soc J. 1983; 30: 542-3.

52. ALCALDE G., PÉREZ A. Impacto Económico de las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria. En: Maestre JM, Editor. Guía para la planificación y desarrollo de un programa de Cirugía Mayor Ambulatoria. Madrid. Ediciones Ergón S.A.; 1997; 217-220.
53. MAESTRE J.M. Controversias en Anestesia Ambulatoria. En: Carrasco MS, Editor. Anestesia para la Cirugía Ambulatoria. Barcelona. Edika Med., 1999; 189-217
54. Calidad en Salud. Avedis Donavedian. Disponible: <http://gerencia.salud.com/>. Consulta 2003, Febrero 22, pp 1-2.
55. GINER M. Modelos de acreditación y garantía de calidad en Cirugía Mayor Ambulatoria. En: Carrasco MS, Editor. Anestesia para la Cirugía Ambulatoria. Barcelona. Edika Med, 1999; 17-29.
56. LORENZO S., ARANAZ J., RUIZ P., SILVESTRE M C., MIRA J. Indicadores para monitorizar la calidad en Cirugía. Cir Esp, 1999, 66: 245-249.
57. GARCÍA-AGUADO R., VIVÓ M., A., PEIRÓ C., ZARAGOZA C., CASTAÑO S., et al. Registro sistemático de las incidencias anestésicas perioperatorias como indicador de calidad en Anestesia Ambulatoria. Rev Esp Anestesiol Reanim 2000; 47: 101-107.
58. DONABEDIAN A. Continuidad y Cambio en la búsqueda de la Calidad. Vol. 35, N° 3. Mayo 1993.
59. GONZÁLEZ A. Principios de Calidad total. XXVIII Congreso Nacional de la Sociedad Colombiana de Cirugía. Cartagena, 2002.
60. CHASSIN M.R.; GALVIN R.W. The urgent need to improve Health care quality. JAMA 1998; Vol. 280, N° 11, pp 1000-1005.
61. Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas locales de Salud. OPS/OMS 1992; 3-11.

62. DEAN A.F. Fundamentals for Success. En: Wetchler B, editor. Anesthesia for Ambulatory Surgery. Illinois, 445-448.
63. Atención Odontológica con Calidad. Oficina de Mejoramiento y Gestión de Procesos de ESSALUD. Disponible en: <ichaw@ipss.sld.pe>. Consulta 2003, Mayo 14.
64. Organización Mundial de la Salud. Macroeconomía y Salud. Invertir en Salud en Pro del Desarrollo Económico. OMS, 2002.
65. Eficiencia y Eficacia. Autogestión del Hospital. Disponible: <http://www.monografias.com/trabajos5/autogestion/autogestion.Shtml>. Consulta: 13-9-2003.
66. STONER J., FREEMAN E. "Administración". 5ta. Edición. Editorial Prentice Hall Hispanoamérica SA., México. DF. 1994.
67. LONDOÑO J. Sistema de Información Hospitalaria. En: MALAGÓN G., GALÁN R., PANTON G. Administración Hospitalaria. Bogotá, Edit. Médica Panamericana, 1996; 452-462.
68. FUNDACIÓN U.C.V. Objetivos Estratégicos, Empresa Universitaria. Disponible: www.Fundacionucv.org. Consulta: 2003, Febrero 20, pp 1-3.
69. CAMP R. Benchmarking. 1ª. Edición. Editorial Panorama SA., 1993.
70. Plan de calidad del Servicio de Medicina Interna para 1999. Disponible: <http://club.telepolis.com/fmedrano/documentos/Calidad.htm> Consulta: 10-9-2003
71. HERNÁNDEZ R., FERNÁNDEZ C., BÁPTISTA P. Metodología de la Investigación. 2da. Edición. Editorial Mc-Graw-Hill. Interamericana. México, DF. 2000; 2: 10-20.

IX. ANEXOS

ANEXO 1

FUNDACIÓN UCV

I. RESUMEN DEL PLAN DE NEGOCIO

II. DESCRIPCIÓN DE LA OFERTA

- A. Nombre:
- B. Descripción del proyecto:
- C. Descripción de productos y servicios:
- D. Misión:
- E. Objetivos: (corto, mediano y largo plazo)
(Ajustar a las necesidades y flujo de caja del proyecto)

III. RAZONES POR LAS CUALES LOS POTENCIALES CLIENTES PARTICIPARÁN EN EL PROYECTO

IV. DESCRIPCIÓN DEL MERCADO AL QUE VA DIRIGIDA LA OFERTA

V. DESCRIPCIÓN DE LOS CLIENTES, PARTICIPANTES ESTIMADOS Y POTENCIAL DE PARTICIPACIÓN

TIPO DE CLIENTE Y TIPO DE APORTE	No.	POTENCIAL	OBSERVACIONES

VI. FACTORES CLAVES DE ÉXITO

VII. PLAN OPERACIONAL

- A. *Detalle parcial de cómo se implementará proyecto*

FUNDACIÓN UCV

1. **Conceptualización, planificación y diseño definitivo del negocio, incluyendo factibilidad y plan de negocio**
2. **Registros y establecimiento legal del proyecto**
3. **Negociar y acordar alianzas estratégicas**
4. **Ejecutar obtención de recursos (Esto hay que desglosarlo)**
5. **Mantenimiento de un sistema de seguimiento, control y evaluación que permita ajustes al modelo o sistema de negocio, así como la auditoría y la rendición de cuentas**

B. Descripción de los principales procesos del proyecto

VIII. PLAN DE MERCADEO

- A. Objetivos y Estrategias de Mercadeo
- B. Fijación y políticas de precios
- C. Promoción del proyecto
- D. Plan de introducción al mercado
- E. Distribución y puntos de venta
- F. Sistema y plan o proyecciones de ventas
- G. Material de apoyo

IX. EQUIPO DE TRABAJO

- A. *Descripción del equipo gerencial y de trabajo*
- B. *Estructura organizacional*

X. RECURSOS REQUERIDOS

- A. *Requerimientos de recursos humanos y capacidades requeridas*
- B. *Recursos financieros requeridos para ejecutar el proyecto*

ITEMS PRESUPUESTARIOS	MONTO en MM de Bs.	OBSERVACIONES
Conceptualización, planificación y diseño definitivo del negocio, incluyendo factibilidad y plan de negocio		Fase fundamental que define completamente el negocio y será financiada por los socios primarios
Registros y establecimiento del negocio		Incluye toda la permisología necesaria
Adquisiciones de muebles y equipos de		A ser financiada por los

FUNDACIÓN UCV

oficina		socios primarios
Adquisición de equipos y sistema informáticos, etc., etc.		Aquí se requiere tiempo y financiamiento externo parcial, especialmente de proveedores
Capital de trabajo 12 meses, incluyendo: alquiler de oficina, materiales y suministro, una secretaria, servicios públicos, servicios contratado, etc.		Se financiará con créditos de proveedores, además de los aportes de socios
COSTOS DE VENTA DE P y S (Desg.)		
OTROS COSTOS (Desg.)		
TOTALES		

XI. PLAN DE IMPLANTACIÓN Y CRONOGRAMA

XII. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE NEGOCIO



La universidad productiva

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
PRESENTACIÓN RECURSO, PRODUCTO O SERVICIO MERCADABLE.
Caso: Revelación conocimiento o innovación mercadeable

Entregar Formulario completado a:

FUNDACIÓN UCV
Dirección: Av. La Salle, Ed. Impreabogado, Piso 10, Los Caobos, Caracas
Telf: 7931589-7934525

Nombre del Recurso, Producto o Servicio

Empty box for Name of Resource, Product or Service

Breve descripción del Recurso, Producto o Servicio

Large empty box for Brief description of Resource, Product or Service

POR FAVOR INCLUIR COPIAS DE REFERENCIAS RELEVANTES CON ESTE FORMULARIO

Patrocinador

Gobierno _____ Comercial / Privado _____ UCV. _____ Personal _____ Otro _____
Nombre del Patrocinador _____ No. Contrato del Patrocinador. _____ No. de cuenta UCV. _____

Institución Colaboradora / Compañía / Organización

Organización _____	Nombre del Investigador Principal _____	Dirección _____

Registro del Recurso, Producto o Servicio

Fecha de Concepción, Diseño, Elaboración, etc. _____ Documentado: Si [] No [] Forma _____
Localidad _____ Prototipo, documentos, folletos Disponible: Si [] No []

Publicación(es) relacionadas con el Recurso, Producto o Servicio

Referido: Fecha _____ Publicación _____ Fecha de Pub. _____ [] Estimado [] Actual

Sectores y Áreas de C y T, Social y/o Productivas de origen y aplicación del Recurso, Producto o Servicio

Sectores y Áreas de origen: _____
Sectores y Áreas de aplicación: _____

Salto de página

Interés Comercial en el Recurso, Producto o Servicio			
Nombre de la Empresa, Institución, promotor, etc.	Localidad	Contacto	Teléfono

Datos del Promotor, investigador, etc., principal

Nombre _____	Facultad _____
Dirección/Dept. _____	
Dirección Hab. _____	Título _____
Ciudad _____	Nacionalidad _____
Email _____	Teléfono Hab. _____
	Teléfono Oficina _____
	FAX _____

Datos del Promotor, investigador, etc., asociado

Nombre _____	Facultad _____
Dirección/Dept. _____	
Dirección Hab. _____	Título _____
Ciudad _____	Nacionalidad _____
Email _____	Teléfono Hab. _____
	Teléfono Oficina _____
	FAX _____

Datos del Promotor, investigador, etc., asociado (2)

Nombre _____	Facultad _____
Dirección/Dept. _____	
Dirección Hab. _____	Título _____
Ciudad _____	Nacionalidad _____
Email _____	Teléfono Hab. _____
	Teléfono Oficina _____
	FAX _____

UTILIZAR HOJAS ADICIONALES DE SER NECESARIO

Nombre del Contacto Primario: _____

Revisión / Aprobación (Opcional Dependiendo de la Política del Departamento)

Decano / Nombre del Director _____	Firma _____	Fecha _____
------------------------------------	-------------	-------------

Firma(s) de Promotor, investigador, etc.,: Por Política de Propiedad intelectual de la Universidad Central de Venezuela, Yo, (Nosotros) aquí asignamos todos los derechos, interés, título de tipo intelectual de este **Recurso, Producto o Servicio** a la UCV y acordamos ejecutar todos los documentos requeridos para asignar nuestro (s) derechos a la UCV y a cualquier otro tipo de protección de propiedad intelectual mencionado en esta cláusula y cooperar con la FUCV en asegurar la protección del recurso presentado. La UCV compartirá cualquier beneficio derivado de este recurso con el (los) promotores (es) aquí registrados de acuerdo a sus políticas establecidas y su departamento.

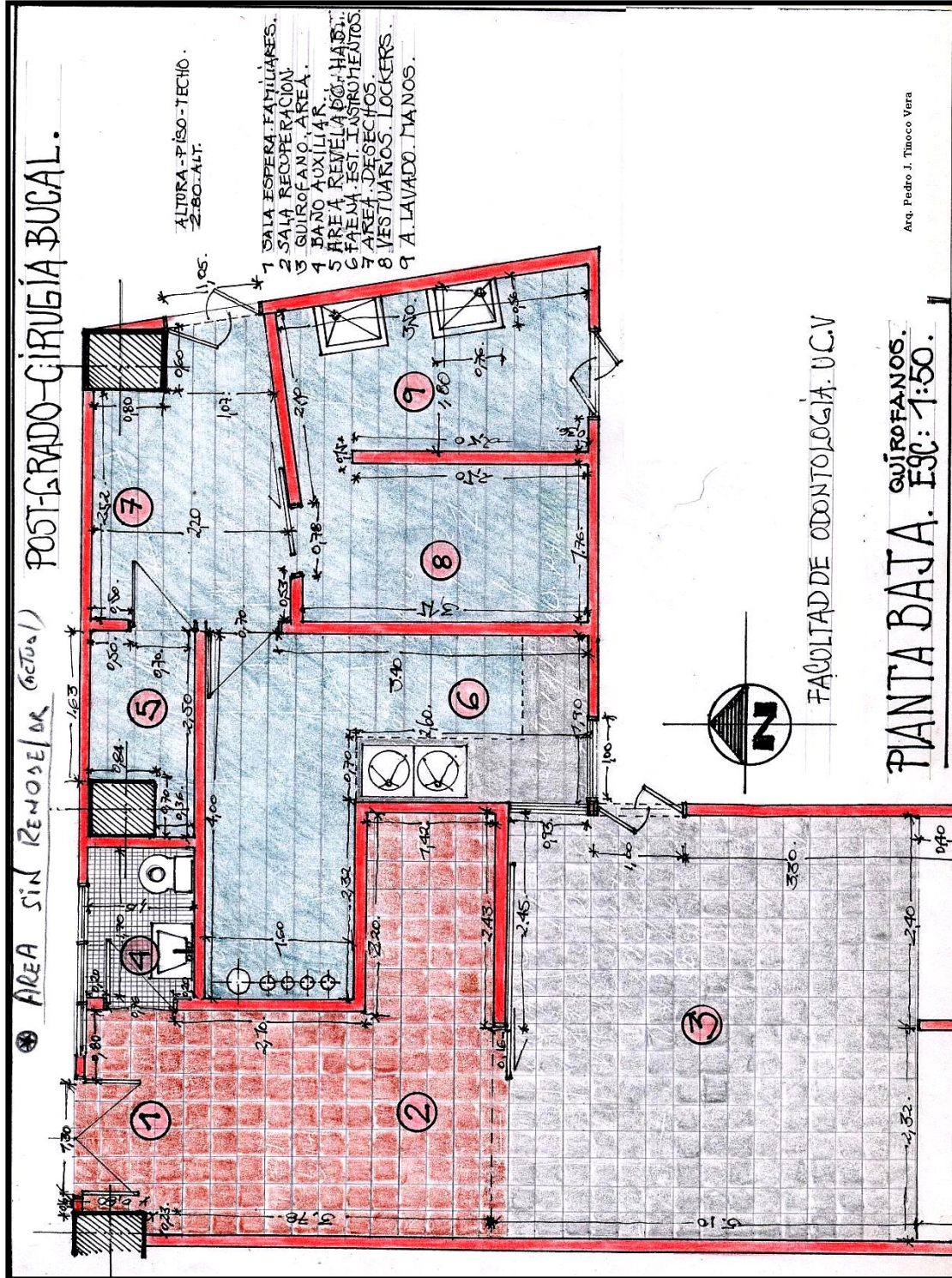
Firma(s) de Promotor, investigador, etc.,:	Fecha	Firma del testigo	Fecha
(1) _____	_____	_____	_____
(2) _____	_____	_____	_____
(3) _____	_____	_____	_____

1. Use un título breve, suficientemente descriptivo, para ayudar en la identificación del Producto o Servicio. Al describir el Producto o Servicio, anexe material que cubra los siguientes puntos:

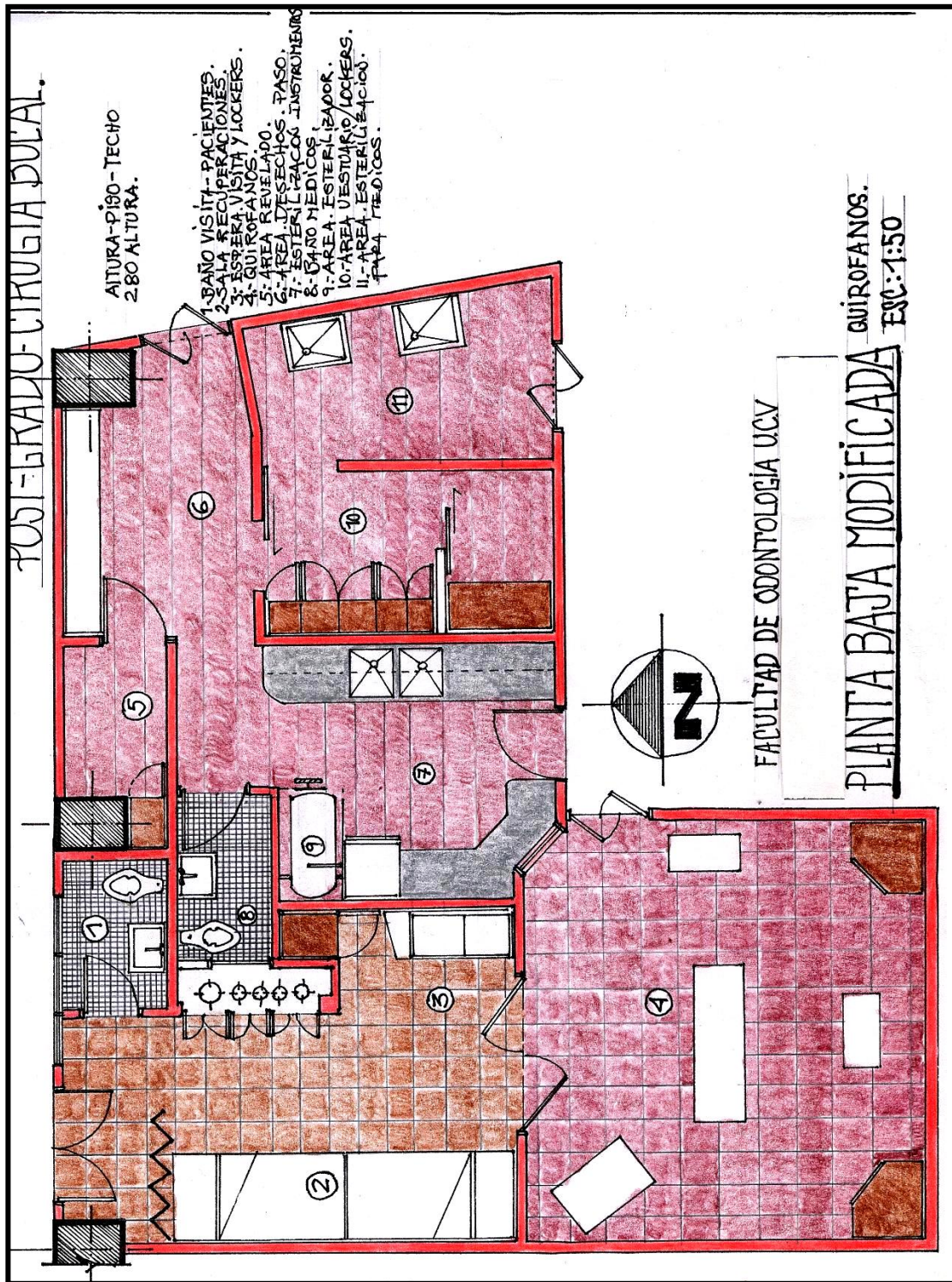
1. Propósito General del Recurso, Producto o Servicio
2. Descripción Técnica del Recurso, Producto o Servicio
3. Justificaciones y beneficios institucionales, sociales y económicas
4. Posibles variaciones y modificaciones a Recursos, Productos o Servicios existentes
5. Posibles características nuevas
6. Publicaciones referidas al Recurso, Producto o Servicio, parecidos o relacionadas
7. Publicaciones introduciendo el recurso, Producto o Servicio, incluyendo manuscritos en preparación

ANEXO 2

Área quirúrgica del Postgrado de Cirugía Bucal (actual)



Área quirúrgica del Postgrado de Cirugía Bucal (modificada)



PRESUPUESTO A TODO COSTO

Nº	PARTIDA	UNID	CANTID	PRECIO UNIT.	PRECIO TOTAL
001	Remoción de paredes de bloque existentes según diseño acordado (incluye embolse y traslado de escombros)	MT2	35,56	8.000	284.480
002	Remoción de cerámica en piso (incluye embolse y traslado de escombros)	MT2	85	8.000	680.000
003	Remoción de cerámica en paredes (incluye embolse y traslado de escombros)	MT2	185,59	8.000	1.484.720
004	Suministro de material y elaboración de paredes de bloque de arcilla 10 cms de espesor (incluye remate y acabados)	MT2	40	35.000	1.400.000
005	Suministro de material y elaboración de friso base, acabado liso en paredes de bloque de arcilla	MT2	1000,64	25.000	2.516.000
006	Suministro de material y elaboración de friso liso (incluye mezclilla y empastado)	MT2	2,73	30.000	81.900
007	Suministro de material y colocación de cerámica tipo marmolato en área de piso, color y acabado según diseño acordado (incluye remate y acabados)	MT2	63,85	80.000	5.108.000
008	Suministro de material y colocación de piso conductivo vinílico, color y acabado según diseño acordado (incluye remate y acabados)	MT2	21,15	150.000	3.172.500
009	Suministro de material y colocación de cerámica tipo marmolato en área de paredes, color y acabado según diseño acordado (incluye remate y acabados)	MT2	264,2	80.000	21.136.000

Van 35.863.600

Nº	PARTIDA	UNID	CANTID	PRECIO UNIT.	PRECIO TOTAL
010	Suministro de material e instalación de techos de yeso tipo dry-wall en el área de post-grado	MT2	80	8.000	2.240.000
011	Suministro de material y aplicación de pasta profesional en área de techos (incluye empastado y lijado)	MT2	80	8.000	1.200.000
012	Suministro de material y aplicación de pintura tipo esmalte color blanco en área de techos (incluye remate y acabados, 2 manos)	MT2	80	9.800	784.000
013	Remoción de piezas sanitarias para colocar futura cerámica nueva y posterior instalación de las mismas	PZA	2	100.000	100.000
014	Remoción de 2 bateas 0,76 X 0,56 para posterior colocación de cerámica nueva y posterior instalación de las mismas	PZA	2	150.000	150.000
015	Reubicación de lavaplatos tipo industrial según nuevo diseño (incluye instalación completa de nuevo)	PZA	1	80.000	80.000
016	Lijado y aplicación de fondos anticorrosivos a tuberías existentes vapor agua, gas, oxígeno, nitrógeno etc. Y posterior aplicación de esmaltes, (colores según especificación)	ML	300	9.800	2.940.000
017	Reubicación de Pts. Eléctricos, tomacorriente, cambio de tapas- swiches (nueva imagen incluye instalación completa)	PZA	20	35.000	700.000
018	Remoción y desarme de mueble existentes en quirófanos	ML	4,70	50.000	235.000

Van 44.292.600

Nº	PARTIDA	UNID	CANTID	PRECIO UNIT.	PRECIO TOTAL
019	Suministro de material y aplicación de esmaltes en marcos de ventanas existentes	ML	40	9.800	392.000
020	Suministro de materiales y aplicación de fondos anticorrosivos a marcos de puertas metálicos existentes y posterior aplicación de esmalte gris igual al actual (incluye 2 manos c/u y remate)	PZA	7	30.000	210.000
021	Suministro de material para recuperación de puertas de madera existentes (incluye lijado, aplicación de selladores y colocación de poliuretano mate 2 manos c/u)	PZA	5	60.000	300.000
022	Suministro de material. Rescate de camas metálicas existentes de 1,00 1,90 (incluye lijado, fondeado y pintado según diseño)	PZA	3	70.000	210.000
023	Suministro e instalación de marcos metálicos 0,10 X 0,90 para puertas	PZA	2	90.000	180.000
024	Suministro e instalación de puertas de madera tipo batiente con visor (0,90 X 2,05)	PZA	1	280.000	280.000
025	Suministro e instalación de puertas de madera tipo vaivén doble con protector de camilla 1,80 X 2,05	PZA	1	560.800	560.000
026	Suministro e instalación de cerraduras tipo slage doble pomo cromado (seguro ambos lados)	PZA	1	80.000	80.000
027	Suministro e instalación de lámparas executive 4 X 40, luz fluorescente (modelo de oficina, incluye instalación completa)	PZA	16	180.000	2.880.000

Van 40 384 600

Nº	PARTIDA	UNID	CANTID	PRECIO UNIT.	PRECIO TOTAL
028	Suministro e instalación Pts. Luz en techo (incluye tramo, tubería, cajetín,) de puntos existentes para surtir energia a lamparas nuevas e instalar en techo	PZA	16	60.000	960.000
029	Suministro y elaboración de paraban-medico para impedir vision al publico (incluye marcos y telas plasticas)	PZA	3	190.000	570.000
030	Suministro y elaboración de mesón en concreto armado esp. 8 cm, con acero de refuerzo 3/8 (incluye vaciado, encofrado y remate según diseño acordado) area de esterilización.	MT2	3	85.000	255.000
031	Suministro instalación de revestimiento cerámico, trafico 3 alta resistencia, formato de 33 X 33 en superficie de mesón de trabajo (incluye remate y acabado	MT2	3	80.000	240.000
032	Suministro y elaboración de mobiliario en compuesto cedrillo blanco forrado en chapilla de cedro para área de quirófano, deposito de material quirúrgicos 1,00 X 0,80 X 2,60 (incluye sellador y laqueado a base de poliuretano)	PZA	2	500.000	1.000.000
033	Suministro y elaboración de marcos de madera y puertas entamboradas, para areas de tuberías de vapor de agua 1,60 X 2,10, 4 hojas de 0,30 X 2,10, en madera compuesto 16mm forrada en chapilla de cedro (incluye tinta, sellado y laqueado de poliuretano)	PZA	1	400.000	400.000
034	Suministro y elaboración de mobiliario en cedrillo balnco 16mm enchapillado en cedro para area de esterilización de instrumento 3,70 X 0,60 (según diseño acordado)	ML	3,70	500.000	1.850.000
035	Suministro y elaboración de mobiliarioi aereo en cedrillo blanco 16mm enchapillado en cedro para area de esterilización de instrumento 3,70 X 0,35 (según diseño acordado)	ML	4,50	500.000	2.250.000

036	Suministro y elaboración de mobiliario para área de desechos en cedrillo blanco 16mm enchapillado en cedro 2,70 X 0,50 (según diseño acordado)	ML	2,70	500.000	1.350.000
-----	--	----	------	---------	-----------

Van 58.259.600

Nº	PARTIDA	UNID	CANTID	PRECIO UNIT.	PRECIO TOTAL
037	Suministro y elaboración de mesón en concreto armado esp. 8 cm, con acero de refuerzo 3/8 (incluye vaciado, encofrado y remate según diseño acordado) 2,60 X 0,50 para área de desechos.	MT2	1,3	80.000	104.000
038	Suministro y colocación de revestimiento cerámico-porcelanato de alto tráfico, resistencia 3, color y diseño según lo acordado (incluye remates y acabados)	MT2	1,4	80.000	112.000
039	Suministro y elaboración de mobiliario para área de vestuario y lockers 0,50 X 0,40 X 2,60 alt. Banca-cambio de vestuario 1,20 X 0,60 elaborado en madera maciza, cedrillo blanco y chapilla de cedro. Colores, tamaño y formas según diseño acordado (incluye remates de acabados)	ML	3,2	500.000	1.600.000
040	Suministro y elaboración de mobiliario. Área cuarto de Fotografía 0,60 X 0,40 X 2,80 en cedrillo blanco 16 mm chapilla de cedro. Colores tamaño y forma según diseño (incluye remates y acabados)	ML	2,80	500.000	1.400.000
041	Rescate de mobiliario existente en cuarto de fotografía 1,70 X 0,50 (incluye remates y acabados)	ML	1,70	300.000	510.000
042	Suministro de materiales y elaboración de 3 lockers para vestuario de paciente y familiares (incluye remates y acabados)	ML	2,80	500.000	1.400.000
043	Suministro e instalación de unidad a/c York 5 tons enfriamiento para área: pacientes esterilización, vestuario, área quirúrgica 220 watts (incluye ducterías, rejillas, soportes, resv-acustico y termica etc.)	TONS	5	2.000.000	10.000.000
044	Limpieza total del área	UND.	85	20.000	170.000
045	Bote de escombros y limpieza del área	VIAJES	3	100.000	300.000

046	Suministro de sillas, 3 módulos en metal y tela para visitantes suministrado por Muebles La Carpeta	PZA	1	520.000	520.000
-----	---	-----	---	---------	---------

Van 74.195.600,00

Nº	PARTIDA	UNID	CANTID	PRECIO UNIT.	PRECIO TOTAL
047	Suministro de material y reubicación de Pts. De servicio gas, nitrógeno (no incluye instalación de equipos ni unidades luz para quirófano o agua).	PTS.	VARIOS	3.000.000	3.000.000
048	Suministro y elaboración de mobiliario en cedrillo blanco. Esp- 16 mm y chapilla de cedro, para área esterilización de instrumentos según diseño acordado.	ML	1,70	500.000	850.000
049	Suministro y elaboración de acometida aguas negras para baño doctores – pto. 5 4” – 2”- tapón de registro. Pto. Centro piso-tubería ventilación 2”- (incluye remates y acabados).	PTS.	6	80.000	480.000
050	Suministro y elaboración de acometida aguas blancas para baño – pto. Agua fría ¾ y ½ respectivamente 3 pto. Incluye válvulas conexiones y tuberías para instalación piezas sanitarias.	PTS.	3	60.000	180.000
051	Suministro de lavamanos pedestal blanco, modelo según diseño acomodado WC- tipo huxometro modelo según diseño acordado, (incluye instalación, anclajes, herrajes y piezas de conexión).	PZA	2	850.000	850.000
052	Suministro y colocación de cerámica tipo porcelanato, formato 33 X 33, color según diseño acordado (incluye remate y acabados en piso).	Mts ²	2,4	80.000	192.000
053	Suministro e instalación de cerámica tipo marmolato formato 33 X 33, color según diseño acordado en paredes, (incluye remate y acabados).	Mts ²	16,8	80.000	1.344.000
054	Suministro e instalación de piezas – baño 1 panera, 1 porta papel, 1	PZA	4	180.000	180.000

055	Suministro y colocación de luminaria, techo tipo plafón y swiche interruptor para iluminación de baño, (incluye acometida, cableado, cajetines swiche-lámpara).	PTO	2	170.000	170.000
-----	---	-----	---	---------	---------

Precio Total.....Bs. 81.441.600,00