TESIS
GSS2004
S8

AAG1849

UNIVERSIDAD CATOLICA ANDRES BELLO
VICE-RECTORADO ACADEMICO
DIRECCIÓN GENERAL DE LOS ESTUDIOS DE POSTGRADO
POSTGRADO EN GERENCIA EN SALUD.

EVALUACIÓN DE LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTERNA HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS.

Autor:
Dr. Nelson Simonovis

Asesor:
Profesora Eugenia Csoban M.

Caracas, noviembre de 2004.

INDICE

	PAG.
I.-RESUMEN	3
II.-INTRODUCCIÓN	4
III.-MARCO TEORICO	5
IV.-METODO	10
V.-ANALISIS DE DATOS PROPUESTOS	19
VI.-CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	20
VII.-BIBLIOGRAFIA	21

RESUMEN

Actualmente la tendencia dominante en atención en salud es la atención ambulatoria. Este cambio ha sido debido al desarrollo tecnocientífico de la medicina. En el ambulatorio la atención puede ser primaria cuando el médico atiende por primera vez al paciente y secundaria cuando lo atiende a través de una referencia. Este cambio de atención en salud trae también como consecuencia cambios en la educación de pre y postgrado.

En el Hospital Universitario de Caracas, el modelo de salud dominante ha sido el hospitalario. Para poder realizar los cambios en atención de salud acordes con nuestros tiempos, se hace necesario evaluar primero la calidad de atención médica a través de indicadores de gestión (demanda efectiva, demanda efectiva atendida, organización funcional, organización estructural, recursos humanos, físicos y económicos) de una población de 1500 pacientes por año, de la cual se seleccionaran aleatoriamente 300 pacientes en los años 2001 y 2002. Los datos demográficos de esta población y los cálculos de los indicadores de gestión serán procesados a través del programa SPSS y expresados en gráficas y tablas que servirán de fundamento para proponer un nuevo modelo de gestión, lo cual constituye el propósito del presente proyecto. Actualmente no hay información disponible, obtenida a través de una investigación en política de salud.

INTRODUCCIÓN

La revolución técnico comunicacional ha traído como consecuencia, que problemas médicos que requerían hospitalización de los enfermos para la solución de sus problemas, ahora con los nuevos procedimientos tecnológicos y los avances terapéuticos se hace posible que los mismos sean resueltos efectiva y eficientemente a nivel de la atención ambulatoria. Esta atención puede ser primaria cuando el médico atiende al paciente la primera vez que consulta y secundaria cuando lo hace a través de una referencia. Este cambio en la atención de salud ocasiona también cambios curriculares en la educación de pre y postgrado.

El Hospital Universitario de Caracas ha mantenido vigente el modelo de atención hospitalaria, siendo la atención en Medicina Interna primaria o secundaria significativamente muy baja en números y poco resolutiva. La atención médico predominante se basa en la cultura de la subespecialidad. Hasta ahora, no existe ninguna evaluación reciente de la misma a través de indicadores de gestión de calidad médica. En consecuencia un trabajo de investigación realizado con tal fin, mostraría resultados que servirían de base para cambiar el modelo existente por uno más eficiente y eficaz.

EVALUACION DE LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTERNA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS.

MARCO TEORICO

A finales del siglo pasado la Medicina Interna vivió la experiencia de la división de la atención de pacientes en dos grandes grupos: La Medicina Hospitalaria y la Ambulatoria, basado principalmente en el desarrollo tecnocientífico de la Medicina (Wachter,1999 a). Aunque la tendencia predominante ha sido la atención primaria en salud, un nuevo movimiento fue introducido y conocido con el término de "hospitalista" (Wachter, y Goldman, 1996). Estos especialistas como su nombre lo indica, se encargan de la atención de los pacientes hospitalizados. Otros potenciales roles incluyen: el triaje en los Departamentos de Emergencia, manejo de pacientes críticamente enfermos en Unidades de Cuidados Intensivos, manejo de pacientes quirúrgicos en el pre y post operatorio y líderizar la mejoría en la calidad de atención de este tipo de pacientes a nivel hospitalario. Su meta es asegurar una atención eficiente y de alta calidad del paciente hospitalizado. Para ellos el mejor sistema de cuidado hospitalario es aquel que proporciona los mejores resultados, con la más alta satisfacción del paciente, al menor costo. Artículos recientes han señalado el beneficio de médicos especializados en la resolución de problemas específicos de pacientes hospitalizados, ya sea cuando está afectado un órgano, como el caso del infarto al miocardio, en la atención de enfermedades complejas como el SIDA o en la realización de procedimientos como la angioplastia coronaria percutanea transluminal (Wachter, 1999 b). Los hospitalistas han tenido un gran impacto en la educación médica y en los sistemas de salud académicos al mejorar la

educación en pacientes hospitalizados para estudiantes y residentes de medicina, debido a su interés centrado en la mejoría del cuidado de pacientes dentro de la institución, lo que ha llevado a la creación de cátedras, desarrollo de pautas para la atención de pacientes, reingeniería clínica e investigación clínica (Goldman, 1999). Todos estos esfuerzos han traído como consecuencia que el médico hospitalista se haya legitimado científicamente, desarrollado nuevos formas de entrenamiento y creado departamentos académicos. El total desarrollo de las tres actividades anteriormente señaladas ha hecho posible su reconocimiento como una nueva especialidad médica, conjuntamente con las tres nuevas recientemente reconocidas: Medicina de Emergencia, Medicina Familiar y Medicina Crítica (Kelley, 1999). Este modelo hospitalista tiene tres potenciales desventajas: pérdida de la información clínica como resultado del trabajo discontinuo del paciente, insatisfacción del paciente y pérdida de la destreza en la atención de cuidados primarios. (Wachter, 1999 b). En nuestro medio, especialmente en el Hospital Universitario de Caracas, el sistema de atención hospitalario descrito, ha sido el modelo dominante, descuidándose la atención ambulatoria, que es actualmente la tendencia dominante en medicina (Wachter, 1999 a) y que subsana las potenciales desventajas del modelo hospitalista arriba mencionado.

¿Qué son cuidados primarios en un ambulatorio?. En 1978, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos describió el cuidado primario como el primer contacto, comprensivo y continuo de un paciente (Institute of Medicine, 1978). El cuidado primario se diferencia de otras áreas de la medicina por la atención del paciente como un todo como persona, holísticamente, en el contexto personal y de su historia médica conjuntamente con las circunstancias de su vida, más que enfatizar la

atención en una enfermedad particular, órgano o sistema. Finalmente, los médicos de atención primaria integran el cuidado que los pacientes reciben, dentro y fuera del sitio o lugar donde se lleva a cabo la atención primaria (Safran, 2003). Las definiciones anteriormente descritas están en concordancia con el rol del Médico Internista, en la atención de un paciente adulto, independientemente de que la atención se realice en el ambulatorio o en el hospital, o independientemente de si lo atiende como un primer contacto o referido de otro médico (Kelley y Howell, 2000). En la consulta externa ambulatoria del Hospital Universitario de Caracas, el médico internista ha actuado en ambos tipos de atención. Este modelo holístico de atención ambulatoria ha enfrentado y enfrenta diferentes dificultades, las cuales pueden resumirse enumeradamente de la siguiente manera (Sox, 2003):

1.- Los Médicos que realizan una actividad predominantemente clínica, reciben una remuneración inferior a los otros especialistas que realizan procedimientos.

2.- La atención ambulatoria es extremadamente demandante y los médicos sienten que tienen poco tiempo para la atención de su vida familiar y personal.

3.- Los pacientes perciben que no son atendidos de una manera profundamente humana como persona en la consulta ambulatoria, por que los médicos no disponen de suficiente tiempo para satisfacer sus expectativas como enfermos.

4.- Un crítico cambio social ha sido la emergencia del acceso de los pacientes a la información médica y los pacientes desean jugar un papel más activo en la toma de decisiones de sus necesidades de cuidado.

5.- Otro cambio social de importancia ha sido el incremento del número de pacientes ancianos atendidos, aumentando así el volumen de usuarios con enfermedades crónicas, lo cual obliga a un acercamiento sistemático y coordinado con diferentes subespecialistas para resolver los múltiples problemas de estos pacientes. Este punto es particularmente importante si se considera que por definición, el cuidado primario implica continuidad coordinación y comprensión, lo cual es completamente aplicable al cuidado de las enfermedades crónicas (Rothman y Wagner, 2003).

Con la finalidad de soportar el renacer del cuidado primario y asegurar un futuro positivo, siete principios han sido sugeridos (Showstack, Lurie, Larson, Rothman y Hassmiller, 2003):

1. El cuidado de salud debe ser organizado para servir a las necesidades de los pacientes.

2. La meta de atención primaria debe ser la de dar la más alta calidad documentada por resultados mensurables.

3. La información y sistemas de información son piedras angulares en el proceso de cuidado primario.

4. Los sistemas de cuidado de salud existentes deben ser reconstruidos.

5. Un apropiado sistema financiero debe ser el soporte de una práctica de atención primaria excelente.

6. La educación en atención primaria debe ser revitalizada de acuerdo a modelos y entrenamientos en sitios excelentes.

7. El valor del cuidado primario debe ser continuamente mejorado, documentado y comunicado.

Finalmente, además de los principios arriba señalados, el cuidado primario requiere del apoyo de los sistemas ejecutivos de cuidados de salud, de los decanos de las facultades de medicina, de los legisladores y del público (Sox, 2003).

La atención holística primaria y secundaria de la consulta externa de medicina interna del Hospital Universitario de Caracas, nunca ha sido evaluada desde el punto de vista gerencial utilizando indicadores para tal fin, lo cual es el objeto del presente proyecto.

METODO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente la medicina vive un cambio de paradigma (Wachter, 1999 a). El advenimiento de procedimientos tecnológicos novedosos, así como también nuevos y poderosos medicamentos han hecho posible que muchos pacientes que antes requerían hospitalización, ahora pueden ser evaluados y controlados por consulta externa. Así por ejemplo, ha surgido la cirugía ambulatoria, procedimientos endoscópicos terapéuticos como la artroscopia y tratamiento ambulatorio de pacientes psicóticos. En los actuales momentos, este cambio ha sido tan importante, que ha surgido una nueva especialidad en Medicina Interna para la atención de pacientes hospitalizados, los cuales han sido reducidos a emergencias y procedimientos terapéuticos y exploratorios de tercer y cuarto nivel como por ejemplo, cirugía coronaria y transplante de órganos.

La prevención, la atención primaria y secundaria en ambulatorios, se ha convertido en uno de los ejes esenciales de la educación médica y atención de salud (Wachter, 1999 a). Es esperado que una buena consulta de Medicina Interna, además de una buena medicina preventiva, pueda resolver el 85% de los problemas de salud del adulto, rindiendo la mejor relación costo beneficio (Kelley y Howell, 2000).

En el Hospital Universitario de Caracas, sigue vigente el modelo tradicional basado en la atención hospitalaria, con una consulta externa del Departamento de Medicina basada en sub-especialidades como Cardiología, Neumonología y Gastroenterología. La consulta externa de medicina atiende un número significativamente bajo de pacientes y es poco resolutiva,

con gran número de enfermos atendidos en consultas sub-especializadas, altamente costosas, sin prevención ni atención integral, de acuerdo a los informes del Dr. Elio Flores, Coordinador anterior del Ambulatorio Docente.

El propósito del estudio es poder evaluar la consulta externa a través de indicadores de gestión de salud, conocer cuáles son las principales fallas actuales, para luego plantear un nuevo modelo de gestión, resolutivo, con una alta relación costo beneficio y en concordancia con el nuevo paradigma médico. Para el presente, se dispone de información procedente de la Coordinación del Ambulatorio, y de los archivos de historias médicas del Hospital Universitario de Caracas.

OBJETIVOS DEL TRABAJO.

Objetivo General:

1. Evaluar el rendimiento de la Consulta Externa de Medicina Interna del Departamento de Medicina del Hospital Universitario de Caracas.

Objetivos Específicos:

1. Conocer cuál es la proporción de usuarios por categorías que asiste a la consulta ambulatoria de medicina interna.

2. Identificar las 10 primeras causas de morbilidad.

3. Analizar y comparar cuál es la demanda efectiva y la demanda efectiva atendida

4. Describir cuál es la organización funcional y estructural de la consulta externa.

5. Identificar cuáles son los recursos humanos y físicos con los que se cuenta para la atención ambulatoria.

6. Conocer cuál es el presupuesto disponible para la prestación del servicio.

7. Describir la prestación del servicio: secuencia de pasos que debe seguir el usuario para solicitar y recibir la atención.

8. Conocer la productividad y rendimiento de la consulta ambulatoria.

Los ocho puntos arriba señalados son los indicadores y estándares de calidad de atención médica más comúnmente utilizados en una evaluación de gestión. (Pardo y Galan, 2000).

CONCEPTOS Y/O VARIABLES

1. Morbilidad de la Consulta Externa: consiste en establecer las causas por las cuales el usuario del hospital consulta ambulatoriamente, ordenando en forma prioritaria los diez primeros diagnósticos por edad, sexo y tipo de usuario.

2. Demanda efectiva: consiste en relacionar el número de usuarios que demandan atención médica durante el último ano, con el total de población de usuarios a mitad de período, en este caso por atención de consulta externa.

3. Demanda efectiva atendida: se refiere al número de usuarios del hospital que recibieron atención médica durante el último año, con el total de la población de usuarios que solicitaron servicio. Esta información será obtenida de los archivos del hospital.

4. Procedencia: se refiere a la proporción de usuarios según su residencia habitual.

5. Educación: la proporción de usuarios según su nivel educativo, teniendo en cuenta la siguiente escala:
   - Primaria incompleta.
   - Primaria completa.
   - Secundaria incompleta.
   - Secundaria completa.
   - Universitaria incompleta.
   - Universitaria completa.

6. Descripción de cargos: consiste en establecer los perfiles de cargo del personal técnico asistencial y administrativo vinculados al hospital.

7. Organización estructural: son los niveles jerárquicos y de decisión en el hospital en actividades docentes, asistenciales e investigativas y administrativas.

8. Recursos Humanos: número de horas contratadas por tiempos completos según se trate de personal ejecutivo, profesional, técnico, operativo y administrativo por población de usuario.

9. Recursos físicos: número de consultorios disponibles.

10. Presupuesto de funcionamiento: es la cantidad de presupuesto de funcionamiento incluyendo los rubros de servicios personales y gastos generales.

11. Sistema de información: Es el que corresponde al vigente en los servicios.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es un estudio descriptivo, donde primero se establecerán las características demográficas de la población estudiada por sexo, edad, procedencia y nivel educativo; luego se describirán los hallazgos de los indicadores de la calidad de atención médica y la posible asociación entre las variables estudiadas, así como también las diferencias encontradas entre ellas y la significación cuantitativa y estadística de estas diferencias.

POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA CONSULTA EXTERNA.

De la población total de aproximadamente 1.500 pacientes por año atendidos en la consulta ambulatoria, se seleccionarán por azar, usando una tabla de números aleatorios, 300 pacientes de los años 2001 y 2002. Se estudiará el rendimiento de los todos los residentes de Medicina Interna con dedicación a tiempo integral, durante esos mismos años.

INSTRUMENTOS, EQUIPOS Y MATERIALES

Se elaborara una hoja de extracción de datos, la cual contendrá los datos demográficos de sexo, edad, educación, ocupación, estado civil y procedencia de la población estudiada y todas las variables ya descritas, con los datos pertinentes para los cálculos de los indicadores de la calidad de atención médica (número de usuarios por año que solicitaron consulta, número de usuarios atendidos, perfil de cargo del personal asistencial, docente y administrativo, organigrama, número de horas contratadas a tiempo completo por tipo de profesión, número de recursos físicos disponibles, número de consultorios, número de consulta por día, presupuesto gastado, valor de consultorios, tiempo promedio de espera, tiempo promedio de actividad médica y gastos por actividades administrativas, asistenciales, docentes y valor total de las horas mes). El programa de SPSS, será utilizado para el procesamiento de los datos.

PROCEDIMIENTO

Después de recoger todos los datos arriba señalados en un registro de extracción elaborado para tal fin los índices serán calculados de la siguiente manera:

1. Usuarios = No. de usuarios Cat. A x 100 / Total de usuarios.

2. Demanda efectiva = No. de usuarios que demandan atención x 100 / Total de la población de usuarios a mitad de Período.

3. Demanda efectiva atendida = No.usuariosquereciben atenciónx100 / Total de población de usuarios que solicitaron servicios el mismo año

4. Edad: incluirá pacientes mayores de 12 años y serán divididos por décadas para su estudio.

5. Procedencia = No. de usuarios según última estadía x 100 / Total de usuarios

6. Sexo = No. de usuarios hombres o mujeres x l00 / Total de usuarios

7. Educación = $\frac{\text{No. usuarios según nivel educativo x 100}}{\text{Total de usuarios}}$

8. Ocupación = $\frac{\text{No. usuario administradores x 100}}{\text{Total usuarios}}$

9. Organización funcional: análisis del manual de funciones de personal vinculado a actividades asistenciales, docentes, investigativas y administrativas. Análisis de manuales de procedimientos científico y administrativo.

10. Organización estructural: análisis del Organigrama.

11. Recursos humanos = $\frac{\text{No. de horas contratadas a la semana, por tipo de profesión a tiempo completo}}{\text{Total de población de usuarios}}$

12. Recursos físicos = $\frac{\text{No. de recursos físicos definidos}}{\text{Total de población de usuarios}}$

13. Presupuesto de funcionamiento: análisis del presupuesto de funcionamiento de los programas relacionados con las actividades intermedias y finales y los servicios personales y gastos generales.

14. Prestación de servicio: esquematizar en forma secuencial los pasos seguidos en un determinado proceso, identificando los promedios de tiempo por actividad y los períodos de espera. Esta

información será obtenida directamente de los pacientes o familiares.

15. Productividad y rendimiento:

a. Recursos humanos = $\frac{\text{No. de tiempos completos}}{\text{No. de consultas.}}$

b. Recursos físicos = $\frac{\text{No. de consultorios existentes}}{\text{No. de consultas y egresos}}$

c. Recursos económicos = $\frac{\text{valor gastado}}{\text{No. de actividades intermedias y finales}}$

d. Recursos humanos vs. Recursos económicos = $\frac{\text{Valor total horas mes}}{\text{Total horas contratadas}}$

e. Recursos humanos vs. Recursos físicos = $\frac{\text{No. de tiempos completos}}{\text{No. de consultorios}}$

f. Recursos físicos vs. Recursos económicos = $\frac{\text{Valor de consultorios}}{\text{No. de consultas}}$

CONSIDERACIONES ETICAS

Este proyecto para su realización requerirá de la aprobación de un permiso por parte de los directivos del hospital para la obtención de la información de los archivos y de las historias médicas. Por otra parte este trabajo debe ser aprobado por la Comisión de Bioética del H.U.C. antes de dar comienzo al mismo.

ANÁLISIS DE DATOS PROPUESTOS

Los datos obtenidos a través de las hojas de registro de información serán procesados en el programa SPSS. Los resultados serán expresados en tablas de estadística descriptiva, tanto los datos demográficos, como los indicadores de evaluación de gestión. Las tablas contendrán la distribución de la población por sexo, edad en décadas, procedencia, estado civil y educación. Cualquier diferencia cuantitativamente importante será evaluada a través del estadístico CHI cuadrado, con el propósito de conocer si la diferencia observada no es debida al azar, especialmente la diferencia observada entre demanda efectiva y demanda atendida recursos humanos y recursos físicos, recursos humanos y físicos y demanda efectiva, sexo y demanda atendida, educación y demanda atendida, ocupación y demanda atendida, procedencia y demanda atendida, edad y demanda atendida y recursos humanos y económicos y demanda atendida.

CRONOGRAMA DE LAS ACTIVIDADES PROPUESTAS

ACTIVIDADES	TIEMPO EN SEMANAS
Búsqueda de la información Bibliográfica y resumen en tablas	4
Recolección de los datos en formato de extracción	12
Procesamiento y análisis de datos y resumen de la información en cuadros	6
Redacción del trabajo y entrega	4

Nota: Las semanas comenzarán a contarse a partir de la fecha de aprobación del proyecto.

BIBLIOGRAFÍA

Goldman, L. (1999). The Impact of Hospitalists on Medical Education and the Academic Health System. Ann Intern Med, 130,364-367.

Institute of Medicine. (1978). Report of a study: a manpower policy for primary health care. Washington, DC. National Academy of Sciences.

Kelley WN y Howell JD. (2000). Introduction to Internal Medicine as a discipline. En Kelley WN, Kelley's. Textbook of Internal Medicine (pp.2-4). Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.

Kelley, MA. (1999). The Hospitalist: A New Medical Specialty?. Ann Intern Med, 130, 373-375.

Pardo, F. y Galan, R. (2000). Indicadores y estandares de calidad de atención médica. En Londoño M., Morera G., La Verde P. (Eds), Administración hospitalaria (pp.560-576). Bogotá: Editorial Médica internacional.

Rothman, A.A. y Wagner, E.H. (2003). Chronic Illness Management: What Is the Role of Primary Care?. Ann Intern Med, 138, 251-261.

Safran, DG. (2003). Defining the Future of Primary Care: What Can We Learn from Patients?. Ann Intern Med, 138, 248-255.

Showstack, J; Lurie N; Larson, E.B; Rothman, A.A. y Hassmiller, S. (2003). Primary Care: the Next Renaissance. Ann Intern Med. 138, 168-272.

Sox, HC. (2003). The Future of Primary Care. Ann Intern Med, 138, 230-232.

Wachter RM y Goldman L. (1996). The emerging role of "hospitalists" in the American health care system. Nengl J Med, 335, 514-7.

Wachter, RM. (1999 a). Foreword. Ann Intern Med, 130, 337.

Wachter, RM.(1999 b). An Introduction to the Hospitalist Model. Ann intern Med, 130, 338-342.