



**UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
DIRECCIÓN DE POSTGRADO**

ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO

*EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DE LOS PROCESOS
ASISTENCIALES DEL HOSPITAL VARGAS DE CARACAS EN
CUANTO A LOS TIEMPOS DE ESTANCIA DEL SERVICIO DE
MEDICINA III
ESTUDIO RETROSPECTIVO*

Presentado a la Universidad Católica Andrés Bello,
por:

YUBIZALY LÓPEZ RASQUIN
Como requisito parcial para optar al grado de:

ESPECIALISTA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Caracas, marzo de 2006

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

*EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DE LOS PROCESOS
ASISTENCIALES DEL HOSPITAL VARGAS DE CARACAS EN CUANTO A LOS
TIEMPOS DE ESTANCIA DEL SERVICIO DE MEDICINA III
ESTUDIO RETROSPECTIVO*

*Autor: Dra. Yubizaly López Rasquin **

RESUMEN

El promedio de estancia en el año 2005 en el Hospital Vargas de Caracas, para Medicina Interna fue de 13 días y el estándar internacional para la especialidad es de 3-5 días. Con el objetivo de evaluar el funcionamiento de los procesos asistenciales del Servicio de Medicina III del Hospital Vargas, en cuanto a los tiempos de estancia hospitalaria, se diseñó un estudio de tipo evaluativo, para analizar el funcionamiento de los procesos hospitalarios y su incidencia sobre los tiempos de estancia en el servicio de Medicina III. Se revisaron todos los ingresos ocurridos en el Servicio, durante el primer cuatrimestre del año 2005 y se evaluaron algunas variables de funcionamiento tales como: tiempo de respuesta de las interconsultas, tiempo transcurrido entre la decisión médica de alta del paciente y su egreso definitivo, razón de la interconsulta y año de residencia del médico tratante en relación al indicador Tiempo de estancia. Se espera encontrar aspectos del funcionamiento, susceptibles de modificación, que pudieran estar explicando tiempos de estancia, mayores que el promedio esperado para la especialidad Medicina Interna.

Palabras clave: Tiempo de estancia, Eficiencia, Medicina interna, Referencia Contrarreferencia, Interconsulta.

* Servicio de Medicina III. Hospital Vargas de Caracas y Escuela de Medicina JM Vargas, Universidad Central de Venezuela

INDICE

RESUMEN.....	ii
INDICE DE CONTENIDO.....	iii
INDICE DE GRAFICOS.....	v
INDICE DE CUADROS.....	vi
I. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	1
II. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
II. OBJETIVO ESPECÍFICO DE LA INVESTIGACIÓN	5
IV. METODOLOGÍA.....	5
IV.1. Marco Organizacional.....	5
Hospital Vargas de Caracas.....	6
Antecedentes.....	6
Misión.....	8
Visión.....	8
Valores	8
IV.2. Marco de Referencia.....	10
IV.2.1. Marco Conceptual.....	10
IV.2.2 Marco Metodológico.....	13
IV.2.2.1 Tipo de investigación.....	13
IV.2.2.2 Muestra	13
IV.2.2.3 Variables	14
IV.2.2.4 Definición de variables	14
IV 2.2.5 Etapas de la investigación.....	16
V.- RESULTADOS	16
VI.- CONCLUSIONES	32
VII.- RECOMENDACIONES	35
VIII.- BIBLIOGRAFÍA	37
IX.- CONSIDERACIONES ETICAS	40
X.- ASPECTOS LEGALES	41

XI.- CRONOGRAMA DE EJECUCION	42
---	-----------

X.- ANEXO:

Anexo A: Planilla de registro de datos

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico	PP
Gráfico No 1. Distribución de pacientes según estatus de atención	17
Gráfico No 2. Distribución de pacientes según estatus de atención y días de hospitalización	18
Gráfico No 3. Distribución de pacientes según servicio consultado	21
Gráfico No 4. Distribución de pacientes según servicio consultado y razón de interconsulta	22
Gráfico No 5. Distribución de casos según tiempo de respuesta de la interconsulta	23
Gráfico No 6. Distribución de egresos según días y causas de retardo	26
Gráfico No 7. Distribución de pacientes según año de residencia el médico ..	27
Gráfico No 8. Distribución de pacientes según estatus de atención y año de residencia del médico tratante	28
Gráfico No 9. Distribución de pacientes según estatus de atención y año de residencia del médico tratante y días de hospitalización	29

INDICE DE CUADROS

Cuadro	PP
Cuadro No 1 Distribución de casos según días de hospitalización	19
Cuadro No 2 Distribución de casos según días de hospitalización y estatus de atención	20
Cuadro No 3 Distribución de casos según causa de retraso en la respuesta de interconsulta	24
Cuadro No 4 Distribución de casos según causas y días de retardo en egreso y sus causas	25
Cuadro No 5 Tiempo de respuesta de las interconsultas según razón de la solicitud	30

I.- JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION

El costo de la atención médica hospitalaria se encuentra afectado tanto por el diagnóstico asociado a la hospitalización como por el tipo de tratamiento y los procedimientos realizados al paciente durante la misma. Los subprocesos involucrados en los procesos de diagnóstico y tratamiento del paciente hasta lograr su mejoría y egreso del centro, afectan su tiempo de permanencia en el hospital, lo que se conoce como Tiempo de Estancia.

El tiempo de estancia proporciona una medida de la eficiencia de los hospitales, siendo uno de los indicadores que con más frecuencia se utiliza para evaluar el desempeño de un centro hospitalario, pues en él se recoge el impacto de diferentes variables involucradas en la atención del paciente. Tanto es así, que el tiempo de estancia hospitalaria representa entre el 70 a 90% del costo total del tratamiento de las condiciones más frecuentes por las que ocurren las hospitalizaciones en Medicina Interna. Por esto la adecuada disminución de los tiempos de estancia hospitalaria constituye un aspecto importante de la administración médica moderna, en la que han insistido muchos países como mecanismo para lograr una disminución en el presupuesto de salud.

El tiempo de estancia también es un factor determinante cuando se analiza la estructura financiera de un hospital. Por ejemplo, si dos hospitales tienen el mismo promedio de ocupación diaria, pero uno de ellos tiene un tiempo de estancia 20% más corto entonces este último tendrá 20% más de admisiones con la misma estructura de costos, es decir será más eficiente y podrá ofrecer una mayor cobertura a la población.

Según los reportes del Servicio de Epidemiología del Hospital Vargas de Caracas el promedio de estancia en el año 2005, fue de 13 días para los Servicios de Medicina Interna, en contraste con el tiempo promedio de estancia de 14 días reportado para todo el Hospital.

Sin embargo cuando se revisa el tiempo promedio de estancia reportado por Hospitales de otras partes del mundo donde es indispensable la viabilidad financiera

de las instituciones para su funcionamiento, o donde existe una cultura orientada al control de los costos de la atención médica, vemos que el mismo es de 3-5 días para Medicina Interna.

El tiempo de estancia está influenciado por variables propias de la enfermedad y del tratamiento y por variables que no están relacionadas con los mismos. En el presente trabajo nos proponemos evaluar los factores no relacionados con la enfermedad o el tratamiento que afectan la duración de la hospitalización de nuestros pacientes en el Servicio de Medicina III.

La razón por la que escogemos este tipo de variables y no las relacionadas con el diagnóstico y tratamiento, es porque su modificación posterior, si fuese necesario, requeriría un esfuerzo organizativo para lograr influir positivamente en los resultados, más no una inversión importante de recursos económicos, es decir reportarían un mejor costo-beneficio. Por el contrario, para hacer modificaciones que optimicen el diagnóstico o los patrones de tratamiento de ciertas enfermedades se requiere, generalmente, invertir cuantiosos recursos económicos para entre otras cosas: realizar estudios econométricos, actualizar la tecnología existente, hacer variaciones en las políticas de compra de suministros etc.

En este trabajo pretendemos analizar los procesos asistenciales involucrados en la atención de los pacientes, y evaluar si el funcionamiento de los mismos puede estar explicando el prolongado tiempo de estancia de nuestro servicio en relación con los tiempos de estancia promedio internacionales para nuestra especialidad, independientemente del diagnóstico o condición del paciente y su tratamiento. Para lo cual nos formulamos la siguiente interrogante de investigación: ¿Cómo está funcionando el Servicio de Medicina III del HV de Caracas en cuanto a los tiempos de estancia de hospitalización?

Siendo que se trata de un hospital universitario donde los pacientes son atendidos directamente por residentes de post-grado, bajo la supervisión de los especialistas y docentes del servicio y que el estudio se realiza en un servicio de medicina interna donde la mayoría de las veces se requiere la interconsulta a otros especialistas para la realización de procedimientos especiales, consideramos de vital importancia analizar

el impacto que tiene sobre el tiempo de estancia factores tales como: año de residencia del médico tratante, existencia de mecanismos de referencia contra-referencia hospitalaria , tiempo de respuesta de las especialidades interconsultantes, mecanismos de reporte de resultados de laboratorio, tiempo transcurrido entre la solicitud de exámenes especiales y la realización de los mismos y el tiempo de respuesta del resultado de dichos exámenes.

En nuestro país como en otros de Latinoamérica, no existe una cultura de eficiencia económica en el manejo de los hospitales y a esto contribuye la inexistencia de sistemas de información que permitan conocer el costo económico de la atención médica. Por ello, cuando deseamos saber el costo cama día en nuestro hospital, lo tenemos que inferir basándonos en un criterio contable como es el gasto más que en el verdadero costo de producción de los servicios.

Lo que sí sabemos es que los costos de la atención médica son cada día mayores debido entre otras cosas a los avances tecnológicos propios de esta área del conocimiento, así como a los cambios demográficos y epidemiológicos de la población, expresados en la mayor incidencia de algunas enfermedades o la aparición de otras nuevas cuya atención es costosa. Por su parte los recursos asignados al sector salud son insuficientes, particularmente los destinados al funcionamiento de los hospitales universitarios tipo IV , como el Hospital Vargas de Caracas, el cual ha visto disminuir cada año la asignación presupuestaria que le otorga el gobierno central.

Algunos piensan que para mejorar la crisis de funcionamiento actual del Hospital Vargas únicamente se requiere la asignación de mayor cantidad de recursos económicos; para otros sin embargo, esto sólo contribuiría a hacer más costoso un modelo ineficiente de prestación de servicios. Si bien la importancia de los recursos financieros no se puede negar, es indispensable optimizar la operatividad y la organización misma de la institución, otorgándole una importancia prioritaria a la productividad y eficiencia interna de los servicios, lo que significaría una mejora de sus prácticas administrativas y asistenciales. Igualmente es necesario promover el uso racional de los recursos técnicos y humanos como una forma de garantizar la

continuidad del funcionamiento de la institución, con unos criterios razonables de satisfacción para los usuarios.

Los estudios para determinar los niveles de eficiencia y costos en salud, son esenciales para el monitoreo, la evaluación y el mejoramiento de los servicios de salud. No es suficiente que los organismos de salud se ocupen de evaluar la asignación y ejecución del presupuesto asignado a los centros de salud, antes por el contrario, es necesario incorporar en la gestión sanitaria, el análisis institucional de los procesos de asistencia y prestación de servicios con miras a optimizar los mismos y alcanzar una mayor eficiencia de las instituciones.

Sería inútil solicitar una mayor asignación de recursos, si antes no logramos disminuir el desperdicio derivado de la falta de un control sistemático de los procesos y una mejora continua de los mismos. Esta evaluación preliminar de los procesos de atención médica y su influencia en un indicador importante de costo, como lo es el tiempo de estancia, podría contribuir a mostrar el impacto que tendría sobre la productividad hospitalaria, tanto la sistematización de los procesos como la puesta en marcha de mecanismos de gestión sanitaria orientada hacia la eficiencia. Esto nos permitiría justificar la solicitud de recursos económicos basada en la productividad de los servicios, lo cual, dentro de un modelo de salud estatal sujeto a cambios que se perciben como amenazantes, es necesario para garantizar la supervivencia del Hospital Vargas.

La información que se recoja, servirá de base para el desarrollo de estudios posteriores orientados a determinar la adecuación de la utilización de los recursos sanitarios y particularmente el de la cama hospitalaria, que como sabemos representa, uno de los más costosos de la atención médica.

II.- OBJETIVO GENERAL

Evaluar el funcionamiento de los procesos asistenciales del Hospital Vargas, en cuanto a los tiempos de estancia hospitalaria del Servicio de Medicina III.

III.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Diagnosticar el funcionamiento de los mecanismos de referencia contrarreferencia hospitalaria.
- Evaluar el tiempo transcurrido entre la solicitud de exámenes de laboratorio y de diagnóstico especiales y la realización efectiva de los mismos.
- Evaluar los mecanismos de reporte de resultados y sus tiempos de respuesta
- Evaluar el tiempo transcurrido entre la solicitud de una interconsulta y la atención del paciente por parte del servicio inter-consultante.
- Evaluar el tiempo transcurrido entre la decisión médica de alta del paciente y su egreso definitivo.

IV.-METODOLOGÍA

IV.1.- Marco Organizacional

El Hospital Vargas fue creado por decreto de fecha 16 de agosto de 1888 por el Presidente de la República Dr. Juan Pablo Rojas Paul, e inaugurado el 1º de Enero de 1891, bajo la Presidencia del Dr. Raimundo Andueza Palacios.

La apertura de sus puertas se llevó a cabo el 5 de julio de 1891, e ingresaron 191 enfermos en sus 20 salas. A través del tiempo ha estado sujeto a una serie de ampliaciones y remodelaciones, para adecuarse por una parte a la explosión demográfica de la Ciudad de Caracas y por otra al desarrollo de nuevas tecnologías y especialidades en el campo de la salud. Es así como en el año 1922 se inaugura el Servicio de Emergencia, con lo que el Hospital deja de ser un centro orientado básicamente a la atención de patologías crónicas, par adaptarse a las exigencias de la

época, que reflejaban un cambio en los hábitos de vida de la población y su modernización con el consecuente cambio cualitativo de la morbilidad en el país.

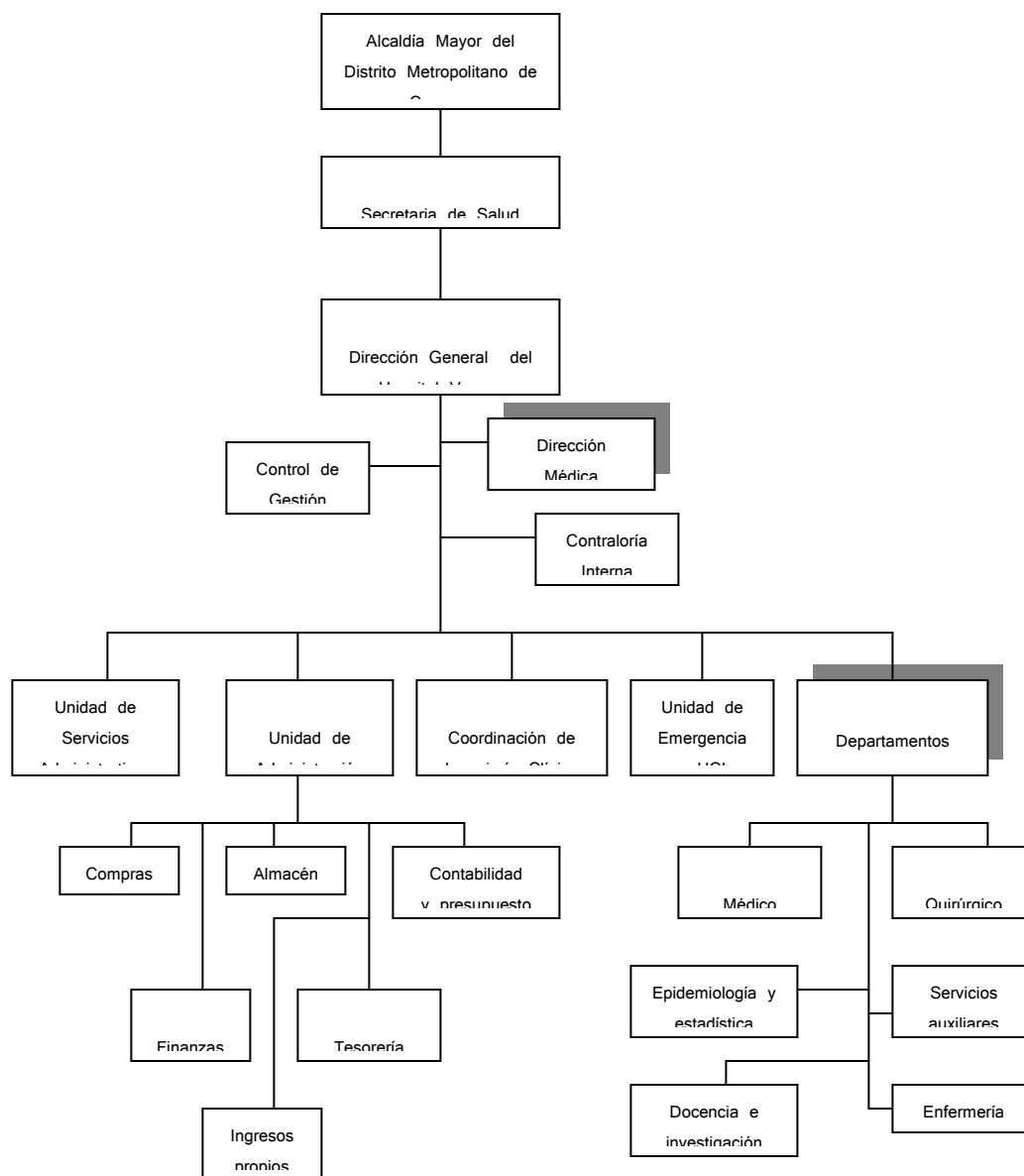
El Hospital Vargas dio origen a los Hospitales de especialidades que se construyeron posteriormente en Caracas, por lo que es considerado el Alma Pater de la Medicina hospitalaria. Desde su fundación fue la sede de las primicias médico asistenciales en el país.

Actualmente es un Hospital tipo IV, incompleto (carece de servicio de obstetricia) y cuenta con una capacidad de 494 camas para hospitalización. Cumple con funciones preventivas, curativas y de rehabilitación para atender las exigencias de defensa de la salud previstas en la Constitución y de acuerdo a la rectoría del Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

Como centro docente y de investigación, el Hospital es la sede de la enseñanza clínica a nivel de pre y postgrado de la Escuela de Medicina José María Vargas, dependiente de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, UCV.

Los servicios médicos están organizados en una estructura de tipo departamental, que establece la existencia de los Departamentos Médico, Quirúrgico, de Servicios auxiliares y de Enfermería, que prestan apoyo a la Dirección Médica en la coordinación y supervisión de las actividades de atención que brindan las distintas especialidades que existen en el Hospital. Además se cuenta con el Departamento de Investigación y Docencia y de Epidemiología y Estadística, como instancias fundamentales para el desenvolvimiento de las actividades de investigación y docencia propias de un hospital universitario así como las de registro y vigilancia epidemiológica requeridas por los órganos rectores de salud del País. En esta estructura los servicios de emergencia y UCI están adscritos directamente a la Dirección del Hospital Vargas como una Unidad de servicio.

ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL VARGAS



Misión.-

Brindar servicios de atención médica integral de alta calidad, ajustados a los planes regionales y nacionales de salud, mediante el ejercicio de funciones asistenciales preventivas y curativas, de investigación y docencia, con la finalidad de atender de manera gratuita a pacientes e instituciones que demanden sus servicios; así mismo formar los estudiantes de la Facultad de

Medicina de la Universidad Central de Venezuela. Todo ello con recursos humanos de excelente formación académica, conocimientos actualizados y aplicación de tecnologías avanzadas.

Visión.-

Ser un complejo de gerencia, administración, prestación de servicios integrales de salud y docencia, con énfasis en la excelencia, en el compromiso y en la solidaridad social.

En el hospital Vargas se formarán profesionales de salud capaces de responder a las necesidades médico sanitarias de la población en el área de promoción, prevención y restitución de la salud, orientados hacia la investigación y el mejoramiento personal continuo.

Usaremos herramientas de informática para la automatización de los procesos internos, de información a la comunidad y de comunicación tanto con nuestros proveedores como con otros centros nacionales e internacionales.

Contaremos con una estructura organizativa, flexible ágil y efectiva que responda a las exigencias del entorno. Nuestro personal gozará de un clima de trabajo estimulante, percibirá sueldos y salarios adecuados a su nivel de desempeño, que funcionará en forma de incentivos para lograr la estabilidad económica que permita su dedicación exclusiva.

Promoveremos la participación social a través de una visión compartida, tomando en cuenta a la comunidad para el desarrollo, evaluación y control de gestión de nuestro servicio.

Valores.-

Responsabilidad

Honestidad

Equidad

Ética

Respeto

Productividad

El servicio de Medicina III

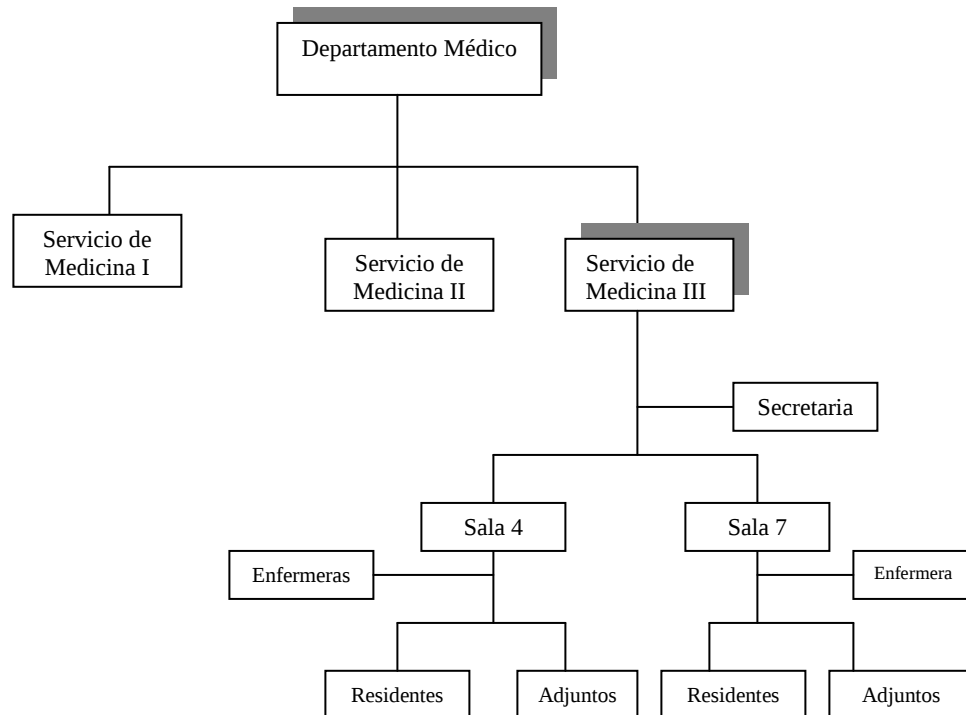
En el año 1924 se realizó una reorganización del Hospital Vargas por decreto del Gobernador Julio Hidalgo, quedando los Servicios de Hospitalización conformados en Medicina, Cirugía, Obstetricia, Pediatría, Oftalmología y Otorrinolaringología.

Los Servicios de Medicina a su vez, fueron divididos en Medicina I, Medicina II Y Medicina III. Como Jefe del Servicio de Medicina III fue designado el Dr. Pablo Hernández Madriz y el Dr. Martín Vegas su primer adjunto.

Desde entonces la mayoría de los adjuntos del servicio de Medicina III, además de ser especialistas en Medicina Interna han contado con otra especialidad. Por su parte tanto el Hospital como la Universidad Central de Venezuela apoyaron la dotación de equipos, recurso humano e infraestructura, necesaria para que esos especialistas desarrollaran el ejercicio de sus respectivas especialidades con la práctica de procedimientos diagnósticos y de tratamiento especiales. Es así como en una época el Servicio fue la sede de la unidad de enfermedades psicosomáticas, contaba con una unidad de gastroenterología, otra de cardiología donde se realizaba fonomecanocardiografía y fue pionera en la realización de estudios ecocardiográficos en el Hospital. Así mismo tenía un laboratorio general dotado especialmente para el diagnóstico hematológico, nefrológico y endocrinológico y se realizaban biopsias de diferentes tejidos tales como riñón, hígado y médula ósea. Todo esto le generó al servicio una gran independencia de acción para la evaluación integral de los pacientes.

Sin embargo más recientemente la orientación de las directivas del hospital ha sido más bien hacia la racionalización de los recursos, decidiendo como parte de este proceso la desaparición de las unidades y laboratorios ubicados en el servicio y la canalización de este tipo de atención hacia el laboratorio central y hacia los especialistas de otros servicios. Así mismo se redujo el número de nuestros adjuntos, así como el de los otros servicios de Medicina Interna. Lógicamente esta acción que parece razonable desde el punto de vista administrativo, obliga a la organización de los servicios y al establecimiento de procedimientos claros de atención e interconsulta que garanticen la estandarización de criterios clínicos y la atención oportuna de los pacientes. La institución no ha acometido esta acción de una manera sistemática y sólo algunos esfuerzos individuales han pretendido organizar ciertos procesos donde la integración de los servicios es indispensable para la atención adecuada de los pacientes.

ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA III



IV.2.- MARCO DE REFERENCIA

IV.2.1.- Marco Conceptual

Los aspectos a considerar como parte del problema planteado en esta investigación se mencionan a continuación:

- **Medicina Interna:** Especialidad de la Medicina orientada a la atención médica integral del paciente adulto
- **Días de Estancia:** Número de días que el paciente permanece en el hospital desde su ingreso hasta el alta.
- **Costo:** Se refiere al conjunto de actividades y elementos implícitos en el desarrollo de un producto, ya sea éste un bien o un servicio. Desde el punto de

vista económico el concepto de costo surge de la necesidad de usos alternativos de los recursos. Desde el punto de vista contable el costo está relacionado con las salidas de caja por unidad de recurso y desde el punto de vista operacional, los costos médicos se dividen en costos directos y costos indirectos según se trate de aquellos en que incurre el prestador para la producción del servicio o aquellos en que incurre el consumidor para la obtención del mismo, respectivamente. Los costos directos a su vez se clasifican en costos fijos y costos variables.

- **Costo cama día:** Es un indicador de costo, que resulta de dividir el costo mensual de una institución entre el número de camas y el cociente se divide entre 30 días. Este indicador mide la eficiencia de los centros hospitalarios ya que en él se incluyen costos fijos tales como: recursos humanos, equipo y mobiliario, así como costos variables de alimentación, lencería etc.
- **Proceso:** Es el conjunto de actividades que ocurren entre el médico y el paciente, durante la atención médica.
- **Referencia:** Es el mecanismo mediante el cual el médico o servicio tratante de un paciente solicita la participación de un médico de otra especialidad o servicio para que realice una evaluación o un procedimiento propio de dicha especialidad para la orientación del diagnóstico o del tratamiento de dicho paciente. Dicha referencia debe ser realizada por escrito especificando claramente el objetivo de la solicitud.
- **Contra-referencia:** Es el mecanismo mediante el cual el médico a quien se le ha solicitado la evaluación de un paciente de otra especialidad o la realización de un determinado procedimiento, responde al servicio solicitante, haciéndole saber los resultados de dicha evaluación o procedimiento.
- **Interconsulta:** Consiste en la evaluación médica de un paciente, que realiza el médico de una determinada especialidad, a solicitud del médico tratante del paciente quien generalmente, pero no necesariamente, es especialista en un área distinta a la especialidad del interconsultante.
- **Calidad:** Según lo expresa Malagón Londoño en su libro Administración Hospitalaria, la calidad “Se refiere a la mejor conveniencia de un producto o

servicio, en relación con el uso que se le va a dar, es decir su eficacia”. Para Donabedian, la calidad del cuidado médico se divide en 2 aspectos, uno técnico y otro interpersonal, donde la calidad técnica, se refiere a la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de manera que se obtenga el mayor beneficio, con el menor riesgo.

- **Eficiencia:** Es la relación que resulta de comparar los recursos invertidos con los objetivos alcanzados, es decir es la mejor atención posible que se puede brindar con los recursos disponibles.
- **Ingreso:** Es el proceso mediante el cual se realiza la admisión de un paciente en un centro hospitalario o en un servicio de atención médica
- **Egreso:** Es el proceso mediante el cual se realiza el alta o egreso de un paciente de un centro hospitalario o servicio de atención médica una vez que ha culminado su proceso de atención.
- **Promedio de estancia:** Se define como los días de estancia o de permanencia generada por cada paciente. Se calcula dividiendo los días de hospitalización del período/ No de egresos del período
- **Residencia de post-grado:** Es un programa de especialización médica de 3 años de duración, durante los cuales el médico en formación, profundiza los conocimientos adquiridos en años precedentes, orientando los mismos hacia una determinada área del conocimiento médico; para ello debe permanecer la mayor parte de su tiempo en el hospital, dedicado en forma exclusiva al estudio y la atención de los pacientes.
- **% de ocupación:** Representa la relación existente entre los días cama que ofrece el hospital y la utilización en días que hace el paciente de la cama que ocupa. Se calcula dividiendo Días cama/ días paciente x 100, donde días cama se refiere al total de camas disponibles por el número de días del período (30 ó 365)

IV.2.2.- Marco Metodológico

El servicio de Medicina III cuenta con 34 camas distribuidas en 2 salas de hospitalización. Durante el año 2005 ocurrieron 724 egresos lo que representa un porcentaje de ocupación de 91%. Por su parte el promedio de estancia de los pacientes en el servicio fue de 16 días, lo que deriva en un intervalo de sustitución de 2 días y un índice de rendimiento de 20.

Para evaluar la influencia que puede tener el funcionamiento hospitalario sobre los días de estancia en el Servicio de Medicina III, realizaremos una investigación aplicada de tipo evaluativo.

IV.2.2.1.- Diseño de la investigación:

Se trata de un estudio descriptivo, en el cual se evaluaron los ingresos ocurridos en el servicio de Medicina III del Hospital Vargas de Caracas durante los primeros 4 meses del año 2005. Se elaboró una planilla especial para el registro de los eventos de la atención médica ocurrida durante la hospitalización de los pacientes cuyas historias fueron revisadas.

IV.2.2.2.- Muestra:

Se seleccionó una muestra no probabilística que se obtuvo solicitando al archivo general del Hospital Vargas de Caracas, el total de historias de pacientes ingresados en el Servicio de Medicina III en el período comprendido entre enero y abril del año 2005. El personal de archivo entregó un total de 105 historias, aunque se esperaban 240 según los ingresos reportados en dicho servicio para el mismo período en las estadísticas generales del Hospital; 5 de dichas historias fueron descartadas porque al revisarlas o bien no contenían los documentos referentes a hospitalizaciones del año 2005 sino a consultas u hospitalizaciones anteriores, o bien pertenecían a pacientes de otro servicio. En el estudio se procedió al análisis de esas 100 hospitalizaciones (ingresos y egresos hospitalarios), ocurridas durante los primeros 4 meses del año 2005, en las salas 4 y 7 del mencionado servicio, en las que se atienden pacientes

femeninos y masculinos respectivamente. Las 100 historias revisadas correspondían a 98 pacientes, ya que 2 de ellos requirieron hospitalización en 2 oportunidades durante el período de estudio.

IV.2.2.3.- Variables

Las variables que se consideraron para el registro fueron aquellas relacionadas con las actividades asistenciales propias del servicio, desde el ingreso de los pacientes hasta su egreso. Esto incluyó los procedimientos para la toma de decisiones de ingreso y egreso de los pacientes, tales como:

- Necesidad de interconsulta; que se denominó estatus de atención
- Frecuencia y razón de interconsulta a otros servicios
- Tiempo de respuesta de las interconsultas
- Oportunidad en la realización de exámenes o procedimientos especiales
- Alta clínica
- Alta real
- Año de residencia del médico tratante, en relación con los tiempos de estancia.
- Días recuperables
- Días desperdicio de hospitalización

Los datos fueron recogidos en un formato diseñado para tal fin (Anexo) y fueron tabulados en Excel, para luego ser procesados en tablas dinámicas de dicho programa, para el análisis de las variables.

IV.2.2.4.- Definición de las Variables

a.- Razón de interconsulta: Se define como el objetivo de la interconsulta y se refiere a al servicio que el médico tratante del Servicio de medicina III, especifica en su solicitud como requerimiento al servicio interconsultante. Se clasificaron en 3

tipos: Evaluación, procedimiento especializado y ambas (evaluación y procedimiento). Además se agregó un cuarto grupo para identificar aquellos casos en los que la razón de la interconsulta no estaba especificada en la solicitud o en la historia del paciente.

b.- Tiempo de respuesta: Es el tiempo que transcurre entre la fecha de solicitud de la interconsulta y la fecha de respuesta por parte del servicio consultado. El evento médico considerado como respuesta fue la evaluación del paciente por parte del especialista si la razón de la solicitud fue “evaluación” o la ejecución del procedimiento si la razón de la solicitud fue “procedimiento” o “ambas”

Cuando el tiempo entre la solicitud de interconsulta y su respuesta fue mayor de 48 horas, se consideró como un retraso en la respuesta y se investigó si en la historia clínica o en la nota de contrarreferencia, existía alguna razón que especificara la causa del mismo.

c.- Causas de retraso en la respuesta: Se identificaron 4 causas de retraso en la respuesta de la interconsulta: Falta de cupo para el examen, equipo dañado, falta de material o equipo, o causa no especificada.

d.- Fecha de alta clínica: Se definió como aquella fecha en la cual se describe en la historia clínica que el paciente está “en condiciones de egresar”, o que está “de alta por la revista médica”. Si en su lugar estaba descrito en la historia que la condición del paciente había cambiado a “mejores condiciones” o “condiciones estables” y se repetía así por 3 días consecutivos, se tomó el 4º día, como fecha de alta clínica.

e.- Fecha de Alta real: Se refiere a la fecha en que se registró en la historia clínica el egreso o salida efectiva del paciente del hospital, es decir el último día de hospitalización.

f.- Retardo en el egreso: Cuando la diferencia entre la fecha de alta clínica y la fecha de alta real era mayor de 24 horas.

g.- Causas de retardo en el egreso: Se codificaron 8 causas de retardo, en la planilla de registro de datos, para identificarlas en el momento de la recolección de datos:

1. Espera de resultado de procedimiento o examen
2. Espera de realización de evaluación o procedimiento intrahospitalario
3. Espera de cupo para realización de procedimiento extra-hospitalario
4. Espera de hemodiálisis
5. Espera ayuda social para procedimiento extra-hospitalario
6. No especificado
7. Completar Tratamiento
8. Espera de traslado definitivo a cargo de trabajo social

h.- Año de residencia del médico tratante: Año de postgrado que cursaba el médico tratante para el momento de la atención del paciente en hospitalización.

i.- Días recuperables: Se refiere al total de días que resulta de restar la fecha de realización del procedimiento a la fecha de su solicitud, siempre y cuando esa diferencia haya sido mayor de 48 horas.

j.- Días desperdicio de hospitalización: Se refiere al total de días que resulta de restar la fecha de alta clínica de todos los pacientes a la fecha de alta real, siempre y cuando la misma haya sido mayor de 24 horas.

IV.2.2.5.- ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN

- Planificación
- Recolección de información
- Análisis de resultados
- Diagnóstico
- Evaluación de resultados
- Conclusiones
- Recomendaciones
- Entrega del proyecto

V.- RESULTADOS

Del total de 240 pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina III durante el período Enero- Abril de 2005, se logró obtener la historia completa de 100 de ellos para ser analizadas en el presente estudio. Las mismas corresponden a 98 pacientes,

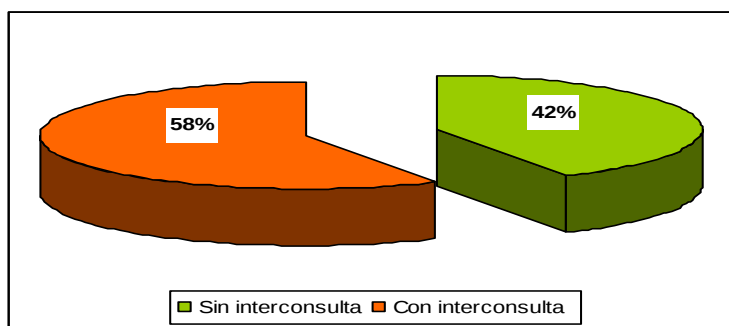
pues 2 pacientes fueron hospitalizados en 2 oportunidades durante el período de estudio.

V.1.- Estatus de atención.-

Entre los 100 casos que conforman la muestra del estudio, se encontró que 58% de los pacientes ameritó al menos una interconsulta a otro servicio para completar su evaluación integral y tratamiento; el 42% restante fue atendido sólo por Medicina Interna.

Gráfico No 1

Distribución de pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina 3 según estatus de atención Enero- Abril 2005



V.2.- Tiempo de estancia.-

El total de días de Hospitalización consumido por el grupo de 100 pacientes que componen la muestra fue de 1.393 días y el tiempo promedio de estancia fue de 14 días (Cuadro No 1).

Sin embargo, al evaluar los días de hospitalización del grupo que requirió interconsulta (58 pacientes) y lo comparamos con los días de hospitalización del grupo que no la requirió, encontramos que el primer grupo incurrió en 997 días de hospitalización, lo que genera un tiempo promedio de estancia de 17 días y el grupo de los 42 pacientes restantes, atendidos sin interconsulta, generó un total de 396 días

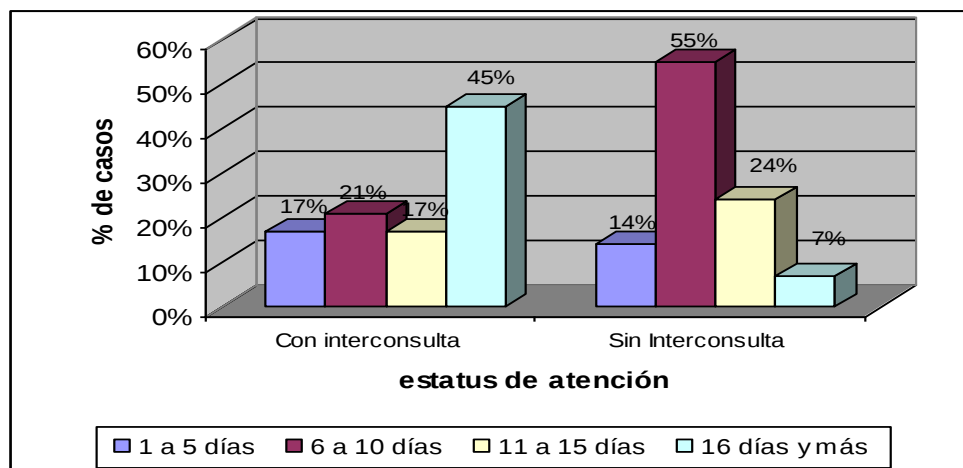
de hospitalización, lo que representa un promedio de estancia de 9 días. (Cuadro no 2).

Al organizar estos datos en rangos de días de hospitalización, vemos que el 45% de los pacientes que requirieron interconsulta se mantuvieron hospitalizados durante 16 días o más, mientras que sólo el 7% de pacientes atendidos sin interconsulta se encuentra en este rango de días de hospitalización. El mayor porcentaje de pacientes atendidos sin interconsulta (55%), estuvo hospitalizado entre 6 a 10 días (Gráfico 2).

Grafico No 2

Pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina III, según estatus de atención y días de hospitalización.

Enero- Abril 2005



Cuadro No 1
Distribución de casos según días de hospitalización

DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN	NUMERO DE PACIENTES	TOTAL DÍAS	PROMEDIO
1	1	1	1
2	1	2	2
3	2	6	3
4	6	24	4
5	6	30	5
6	5	30	6
7	9	63	7
8	6	48	8
9	5	45	9
10	10	100	10
11	6	66	11
12	4	48	12
13	5	65	13
14	4	56	14
15	1	15	15
16	3	48	16
17	1	17	17
18	2	36	18
19	1	19	19
20	3	60	20
21	1	21	21
22	2	44	22
24	2	48	24
25	1	25	25
27	2	54	27
28	1	28	28
32	1	32	32
33	1	33	33
36	1	36	36
37	1	37	37
38	1	38	38
40	2	80	40
43	2	86	43
52	1	52	52
TOTAL	100	1.393	14

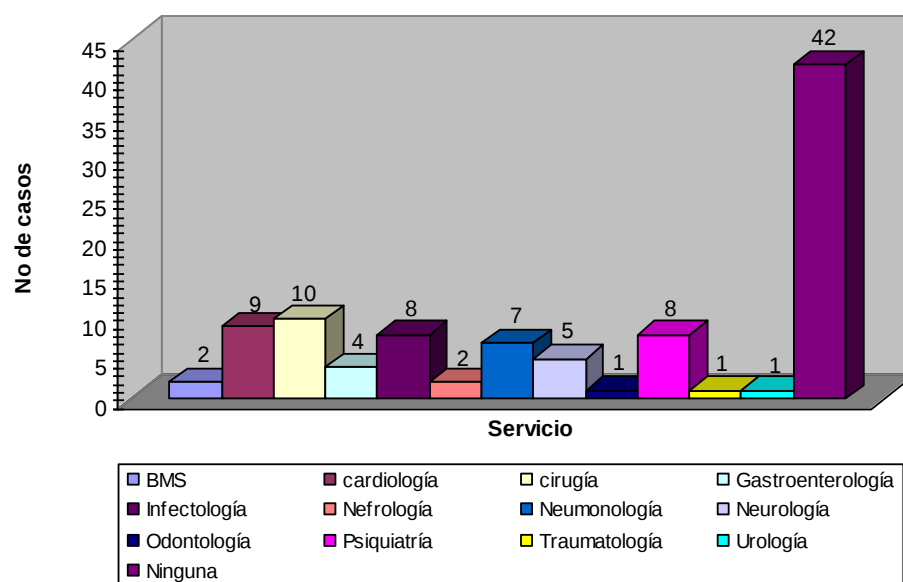
Cuadro No 2
Distribución de casos según días de hospitalización y estatus de atención

Días de hospitalización	Pacientes con interconsulta			Pacientes sin interconsulta		
	No	Total días	Promedio	No	Total días	Promedio
1	1	1	1			
2	1	2	2			
3		0		2	6	3
4	4	16	4	2	8	4
5	4	20	5	2	10	5
6	2	12	6	3	18	6
7	4	28	7	5	35	7
8	2	16	8	4	32	8
9	1	9	9	4	36	9
10	3	30	10	7	70	10
11	3	33	11	3	33	11
12	1	12	12	3	36	12
13	4	52	13	1	13	13
14	2	28	14	2	28	14
15		0		1	15	15
16	1	16	16	2	32	16
17	1	17	17			
18	2	36	18			
19	1	19	19			
20	3	60	20			
21	1	21	21			
22	2	44	22			
24	1	24	24	1	24	24
25	1	25	25			
27	2	54	27			
28	1	28	28			
32	1	32	32			
33	1	33	33			
36	1	36	36			
37	1	37	37			
38	1	38	38			
40	2	80	40			
43	2	86	43			
52	1	52	52			
TOTAL	58	997	17	42	396	9

V.3.- Servicios consultados.-

El servicio más frecuentemente consultado durante el período analizado fue el de cirugía general cuya participación fue solicitada en 10 casos (20% del total), seguido por: cardiología que atendió 9 pacientes, Infectología y Psiquiatría 8 pacientes cada uno, y Neumonología que intervino en la atención de 7 pacientes (Gráfico No 3).

Gráfico No 3
Pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina III, según la especialidad del servicio consultado



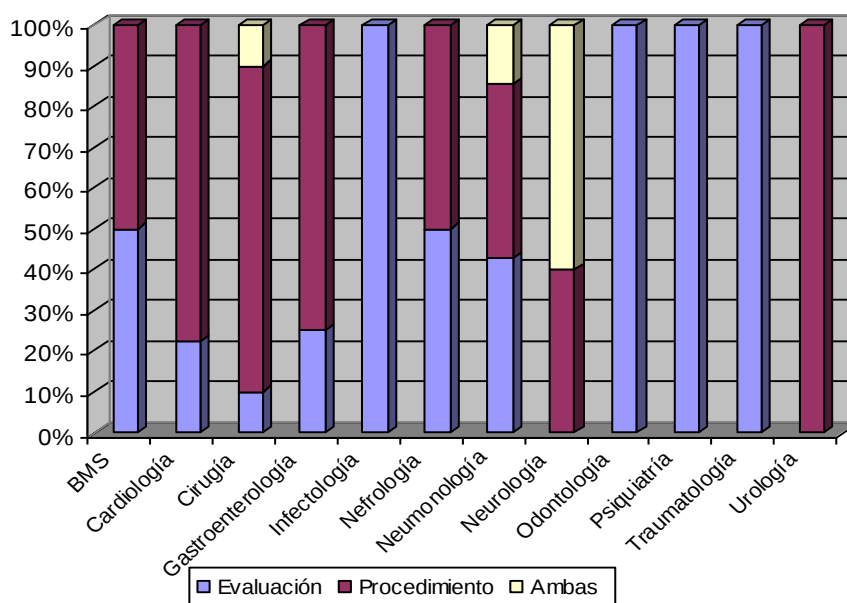
V.4.- Razón de interconsulta.-

Se clasificaron las interconsultas de acuerdo al objetivo de su solicitud; es decir la razón específica para la cual el servicio de Medicina III solicitó la intervención de otra especialidad. Encontramos que la razón de la interconsulta varió con la especialidad solicitada. Es así como algunas especialidades tales como Infectología o Psiquiatría fueron llamadas para evaluación de los pacientes en el 100% de los casos,

mientras que en otras especialidades tales como Cirugía general, cardiología o gastroenterología, su participación fue solicitada principalmente para que realizaran un procedimiento diagnóstico o terapéutico propio de su especialidad. Es así como de 10 solicitudes de consulta hechas a cirugía general 80% se pidieron para la realización de un procedimiento, igualmente 7 de las 9 solicitudes a cardiología (80%), y 2 de las 4 de gastroenterología (50 %). (Gráfico No 4)

Gráfico No 4

Distribución de casos según servicio interconsultado y razón de la interconsulta
Enero- Abril 2005



V.5.- Oportunidad de respuesta de la interconsulta.-

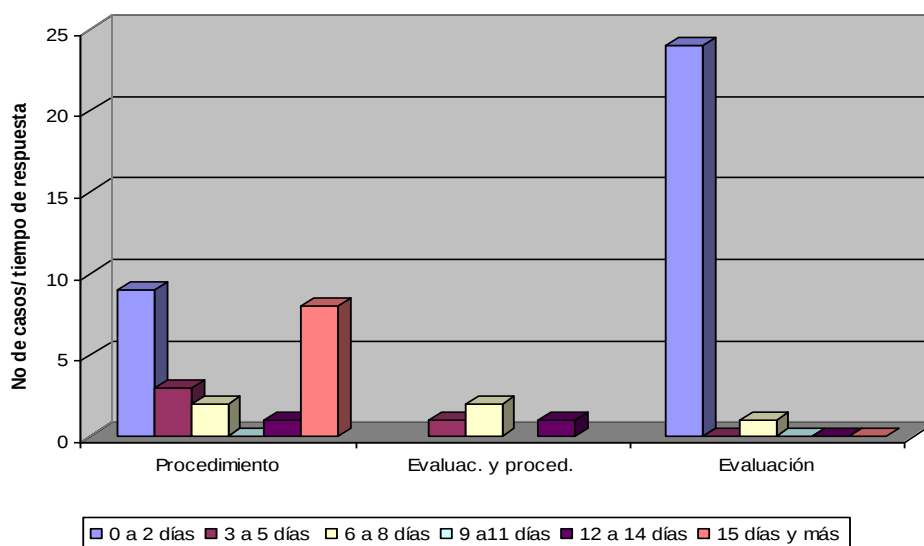
Se revisó la diferencia en días, entre la fecha de solicitud de la interconsulta y la fecha en que la misma fue respondida por el servicio consultado. En aquellos casos que la interconsulta tenía como objetivo la realización de un procedimiento, se tomó como fecha de respuesta aquella en que se realizó el procedimiento.

En 24 de los 27 casos (89%), que se solicitó interconsulta para evaluación, la misma fue atendida en menos de 2 días y en 1 caso entre 6-8 días. No se encontró identificación de la fecha de interconsulta en 2 casos de este grupo.

Entre los pacientes (26), cuya interconsulta se solicitó para un procedimiento, se encontró que en 9 de ellos, el procedimiento fue realizado en menos de 2 días; entre 3-5 días en 3 pacientes; entre 6-8 días 2 casos, entre 12-14 días 1 paciente y en más de 15 días ocho pacientes. (Gráfico No 5). En 3 casos no se encontró identificada en la historia la fecha del procedimiento.

Por último en el grupo de pacientes al que se le solicitó interconsulta para evaluación y procedimiento, uno fue atendido entre 3-5 días, 2 entre 6-8 días y 1 paciente entre 12-14 días. En un caso no se encontró la fecha del procedimiento.

Gráfico No 5
Distribución de casos, según tiempo de respuesta de la interconsulta.
Enero. Abril 2005



V.6.- Razón de retraso en la respuesta.-

Se revisó si en las historias existía información sobre la causa del retraso en la respuesta de la interconsulta, cuando la misma fue requerida para la ejecución de un

procedimiento.

Se encontró que 15 casos de los 35 con solicitud de procedimiento, tenía reportada una razón para explicar el retraso mayor de 48 horas en la respuesta por parte de los servicios interconsultantes.

La falta de cupo fue la razón reportada en 9 pacientes: 2 que fueron atendidos con retraso de 1-3 días, 3 de 4-6 días, 2 de 7-9 días, 2 de 13-15 días y 1 paciente en quien el procedimiento se realizó después de 15 días de solicitado el mismo.

El equipo dañado fue la razón expuesta en 3 pacientes: 2 cuyo retraso en la atención fue de 6-8 días, y 1 con 15 días y más.

La falta de material explicó el retraso de atención de 3 pacientes: 1 por 9-11 días y 2 pacientes cuyo procedimiento se realizó luego 15 días de haber sido solicitado.

Cuadro No 3
Distribución según causa de retraso en respuesta de la interconsulta
Enero- Abril 2005

Causa de retraso	Rango de retraso (en días)				
	3 a 5	6 a 8	9 a 11	12 a 14	15 y más
Falta de cupo	3	3		2	1
Equipo dañado		2			1
Falta material o equipo			1		2
No especificado	1	1		1	1

V.7.- Procedimiento de egreso.-

Se evaluó el proceso de egreso de los pacientes en lo que se refiere a la toma de decisión para que ocurra el mismo y el procedimiento efectivo de alta del paciente del hospital.

Se encontró que aún cuando las condiciones clínicas del paciente reportadas en la historia justificaban su alta o aún cuando en la revista médica se decidiera la misma, el egreso efectivo o alta real de 72 pacientes, es decir 72% de la muestra analizada, no ocurrió sino después de transcurridas 24 horas de haberse cumplido alguna de esas 2 condiciones, denominadas para efectos del trabajo alta clínica. De ellos 45 casos,

egresaron entre 1 a 3 días después de estar en condiciones de alta clínica y 20 pacientes entre 4 a 6 días después. Esto significa que 65% de los pacientes que conforman la muestra permanecieron hospitalizados en el servicio de medicina III durante el período de estudio, ente 1 a 6 días después de estar en condiciones de egresar o de haberse decidido su alta en revista médica.

Las razones recogidas en la historia para explicar esta situación, se muestran en el cuadro No 4.

Cuadro No 4
Distribución según días de retardo en egreso y causas de retardo
Servicio de Medicina III
Enero- Abril 2005

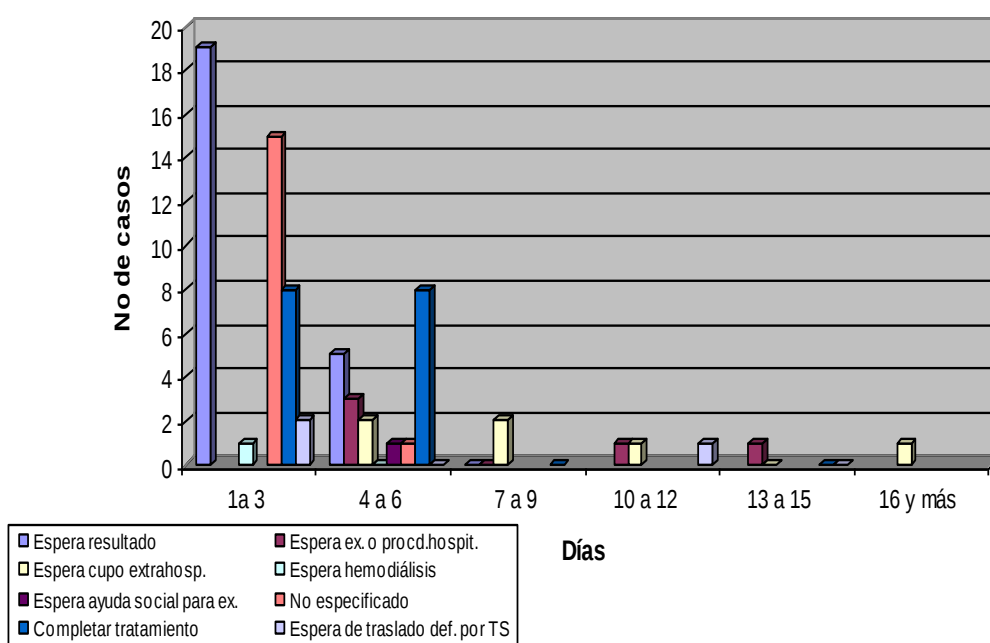
Causas de retardo en egreso	Días de retardo en egreso (Días)						Total
	1a 3	4 a 6	7 a 9	10 a 12	13 a 15	16 y más	
Espera resultado	19	5					24
Espera ex. o procd.hospit.		3		1	1		5
Espera cupo extrahosp.		2	2	1		1	6
Espera hemodiálisis	1						1
Espera ayuda social para ex.		1					1
No especificado	15	1					16
Completar tratamiento	8	8					16
Espera de traslado def. por Trab.Social	2			1			3
	45	20	2	3	1	1	72

Allí vemos como, 24 de los 72 pacientes egresados con retardo (33%), permanecieron en la sala a la espera del resultado de un examen o procedimiento; 16 (22%) esperando cumplir tratamiento; 5 pacientes (7%) permanecieron esperando que se les realizara un procedimiento en el hospital y 6 (8%), fuera el hospital. En 16 no se especificó la causa del retraso. Analizar si estas causas de retardo justifican la permanencia de estos pacientes en el Hospital, se escapa al alcance de este trabajo, sin embargo valdría la pena profundizar en esto en trabajos posteriores.

En el grupo cuya diferencia entre las fechas de alta clínica y alta real se ubicó en el rango de 1 a 3 días, la espera del resultado de un examen fue la causa más frecuente de retardo y en el grupo que se ubicó de 4 a 6 días, la causa más frecuente fue la necesidad de permanecer en el centro hasta completar el tratamiento.

Gráfico No 6

**Distribución de egresos, según días y causas de retardo. Servicio de Medicina 3.
Enero-Abril 2005**



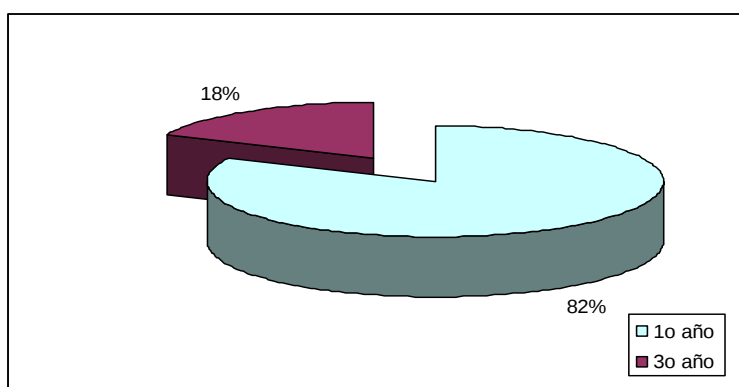
V.8.- Año de residencia.-

Los residentes de 1º año aparecen como médicos tratantes en el mayor número de casos hospitalizados en el período estudiado. Fueron responsables de la atención de 82% de los casos analizados durante el cuatrimestre Enero-Abril 2005. Los residentes de tercer año aparecen como tratantes en el 18% de los casos restantes (Gráfico No 7).

No aparece ningún caso identificado con el residente de 2º año como médico tratante, porque durante el período de estudio, los médicos de este nivel de postgrado

se encuentran realizando rotaciones clínicas fuera del hospital Vargas de Caracas, por lo tanto no tiene pacientes asignados en las salas de hospitalización.

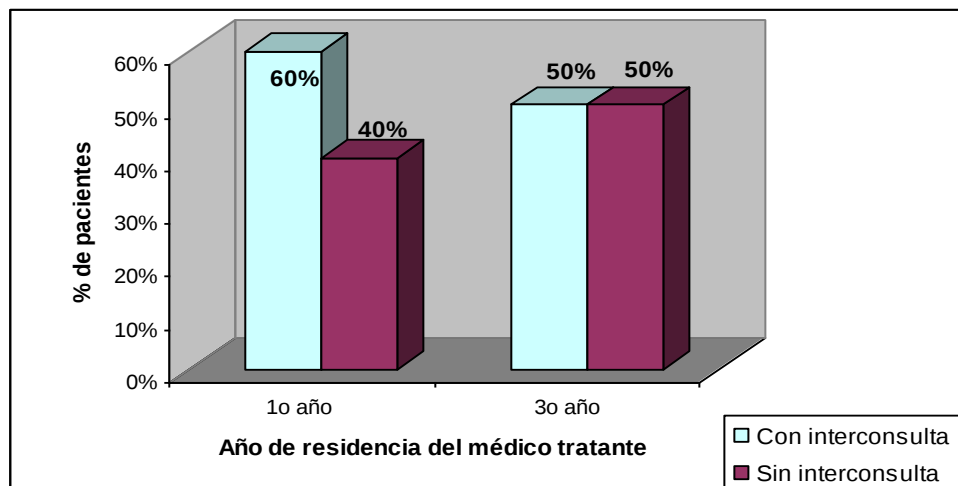
Gráfico No 7
Distribución porcentual de pacientes según año de residencia del médico
tratante. Servicio de Medicina III. Enero-Abril 2005



El residente de 1º año solicitó interconsulta para la atención del 60% de sus pacientes (49 pacientes) y el residente de 3º año en 50% de sus pacientes. (Gráfico no 8)

Gráfico No 8

Distribución de pacientes, según estatus de atención y año de residencia del médico tratante. Servicio de Medicina III. Enero-Abril 2005

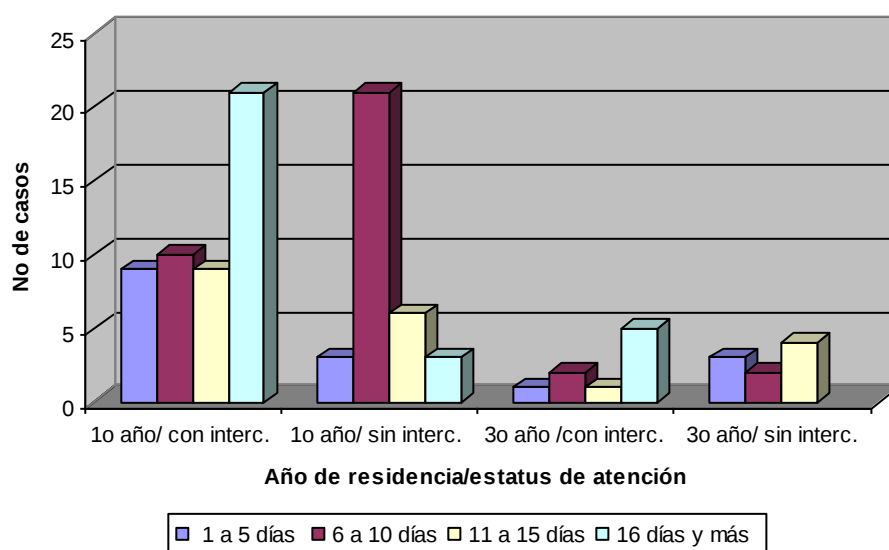


En relación al tiempo de hospitalización, de los 49 pacientes atendidos por el residente de 1º año que requirieron interconsulta, 21 permanecieron hospitalizados por 16 días o más, lo que representa un 44%, 10 pacientes (20%) permanecieron entre 6 a 10 días y en el rango de 1 a 5 días y el de 11 a 15 días se encontraron 9 pacientes en cada grupo (18% cada uno). (Gráfico No 6).

Del grupo de 33 pacientes que no requirieron interconsulta 21 permanecieron hospitalizados entre 6 a 10 días (64%), y sólo 9% 16 días o más.

Del total de 82 pacientes atendidos por el residente de 1º año, 15% (12 pacientes), fueron egresados entre los días 1º y 5º de la hospitalización y 24 pacientes (29%) después de 15 días.

Gráfico No 9
Distribución de casos, según año de residencia del médico tratante, días de hospitalización y estatus de atención. Servicio de Medicina III.
Enero-Abril 2005



En relación a los 18 pacientes atendidos por el residente de 3º año 9 de ellos requirieron interconsulta y 9 no la necesitaron. 55% (5 pacientes), de los 9 que requirieron interconsulta, permanecieron hospitalizados más de 16 días y los 9 pacientes (100%) que no requirieron interconsulta egresaron antes del día 16, 33% de los cuales lo hicieron entre los días 1 y 5 (3 pacientes).

V.9.- Días de Hospitalización recuperables.-

La muestra estudiada representada por 100 pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina 3, durante el período Enero- Abril 2005, consumió un total de 1.393 días de hospitalización, tal como se mencionó anteriormente (Cuadro No 1)

Si totalizamos los días de retraso en la ejecución de los procedimientos, definidos como aquellos derivados de la diferencia mayor de 48 horas entre la fecha de solicitud del procedimiento y la fecha de ejecución del mismo, encontramos que 18

casos en los que se solicitó al servicio consultado la ejecución de un procedimiento éste se realizó con un retraso mayor de 48 horas (Cuadro No 5). La diferencia de días de hospitalización entre la fecha de solicitud del procedimiento y la de su ejecución en estos 18 casos totalizó 171 días.

Esto hace pensar que probablemente hubiera sido posible disminuir los días totales de hospitalización del grupo estudiado, si se hubieran podido realizar los procedimientos de una manera más oportuna

Cuadro No 5
Tiempo de respuesta de las interconsultas según la razón de solicitud
Servicio de Medicina III
Enero- Abril 2005

Razón de interconsulta	Tiempo de respuesta de la interconsulta (días)							TOTAL
	0 a 2	3 a 5	6 a 8	9 a 11	12 a 14	15 y más	No especificado	
Procedimiento	9	3	2		1	8	3	26
Evaluación y procedimiento		1	2		1		1	5
Evaluación	24		1				2	27
TOTAL	33	4	5		2	8	6	58

V.10.- Días desperdicio de Hospitalización.-

En relación a los días de diferencia entre el alta clínica y el alta real o retraso en el egreso mostrados en el Cuadro No 3 encontramos que los 72 pacientes que egresaron 24 horas o más, después de estar en condiciones de alta clínica, generaron 274 días de hospitalización, que para efectos de este estudio hemos denominado como

desperdicio, tomando en cuenta que pudieran considerarse no justificados desde el punto de vista médico o innecesarios para la recuperación del paciente.

Habría que determinar el costo cama día del Hospital Vargas, para calcular el ahorro que se hubiera podido obtener de haber egresado los pacientes oportunamente de las salas de hospitalización del Servicio de Medicina III, durante el período estudiado, pero esto escapa del alcance de la presente investigación.

VI.- CONCLUSIONES

1. El sistema de archivo del Hospital Vargas de Caracas, presenta insuficiencias que impiden la adecuada búsqueda de información y por ende la ejecución de trabajos de investigación a partir de los documentos que allí se resguardan.
2. Se analizaron 100 historias correspondientes a igual número de hospitalizaciones (casos), de 98 pacientes que fueron ingresados en el Servicio de Medicina III durante el período Enero-Abril 2005
3. Los 100 casos analizados generaron 1.393 días de hospitalización y un promedio de estancia de 14 días.
4. 58% de los pacientes que fueron hospitalizados en el servicio de Medicina III del Hospital Vargas de Caracas, durante el período Enero- Abril 2005, y que fueron analizados en este estudio, requirieron la participación de especialistas de otro servicio, para su atención.
5. El promedio de estancia de los pacientes atendidos con interconsulta a otros servicios, fue mayor que el promedio de estancia de los casos atendidos por el servicio de Medicina III únicamente. En el primer grupo el promedio de estancia fue de 17 días y en el segundo grupo de 9 días.
6. El servicio que fue consultado con mayor frecuencia fue el servicio de Cirugía General, seguido por los servicios: Infectología, Psiquiatría y Neumonología.
7. La razón para la interconsulta fue identificada como Evaluación en 27 casos (46%), Procedimiento en 26 casos (45%) y ambas, Evaluación y procedimiento en 5 casos (9%).

8. Cuando la interconsulta se solicitó para evaluación del paciente, la misma fue respondida en menos de 2 días en el 89% de los casos.
9. Cuando la interconsulta fue realizada para la ejecución de un procedimiento por parte del servicio consultado (26 casos), éste fue realizado en menos de 2 días en 9 casos, es decir en 35% de ellos y en más de 15 días en 8 casos (31%). Los casos restantes se atendieron en el rango de 3 a 14 días.
10. La causa de retraso registrada en la historia para justificar un retraso mayor de 24 horas en la ejecución del procedimiento solicitado después de realizada la solicitud fue: Falta de cupo en el servicio en 10 casos (32%), equipo dañado en 6 casos (19%), falta de material en 4 casos (13%) y no especificado 11 casos, 1 de los cuales fue trasladado a otro centro para culminar su hospitalización y allí se realizó el procedimiento.
11. La falta de cupo fue identificada como la razón de retraso en 3 pacientes (10%), cuya atención por el servicio interconsultante se retrasó más de 13 días.
12. En relación al momento de egreso de los pacientes, se encontró que 72% de los casos fueron egresados después de 24 horas luego que se decidió su alta en revista o luego de estar en condiciones de egresar, de acuerdo al criterio de alta clínica establecido en este estudio.
13. La causa del retardo en el egreso de 33% de los casos fue la espera del resultado de un examen y la espera para cumplir tratamiento en 22% de ellos.
14. 5 pacientes (7%), egresaron entre 4 y 15 días después de estar en condiciones de egresar, a la espera de realizarse un procedimiento en el Hospital.

15. Los residentes de 1° año, aparecen como médico tratantes en 82% de los casos que componen la muestra estudiada, 18% restante fueron atendidos por el residente de 3° año. No aparece ningún paciente tratado por residentes de 2° año, porque para el período de estudio este grupo de médicos se encuentra en pasantía fuera del Hospital Vargas.
16. 60% de los casos atendidos por el residente de 1° año y 50% de los atendidos por el residente de 3° año requirieron interconsulta.
17. El retraso mayor de 48 horas en la ejecución de un procedimiento contadas a partir de la fecha de su solicitud, explica un total de 171 días de hospitalización en la atención de todos los pacientes de la muestra estudiada.
18. El retardo mayor de 24 horas en el egreso de los pacientes, contadas a partir de la fecha de la decisión de alta clínica, determinó un total de 274 días desperdicio de hospitalización.

VII.- RECOMENDACIONES

A Corto plazo:

1. Revisar el sistema de archivo del Hospital Vargas de Caracas y procurar el establecimiento de un mecanismo que garantice la seguridad y el acceso a la información.
2. Divulgar los resultados del presente estudio entre los diferentes servicios y departamentos del hospital.
3. Revisar el sistema de prioridades para la asignación de citas que utilizan los servicios del Hospital Vargas de Caracas para atender las interconsultas de otros servicios.
4. Revisar y actualizar de los procedimientos asistenciales de egreso del Servicio de Medicina III.

A mediano plazo:

1. Diseñar un estudio de investigación que permita evaluar el impacto financiero de los resultados del presente trabajo.
2. Revisar las políticas de dotación y mantenimiento de material y equipos médicos

A largo plazo:

1. Desarrollar guías de la práctica médica sobre las cuales alcanzar la estandarización de la atención de las patologías más frecuentes en el Hospital.

2. Desarrollar indicadores que sirvan como guía para evaluar la productividad y eficiencia del Hospital.
3. Elaborar un manual de normas y procedimientos

VIII.- BIBLIOGRAFÍA.-

1. Bond, C. A; Raehl, C. L. Interrelationships among Mortality Rates, Drug Costs, Total Cost of Care, and Length of Stay in United States Hospitals: Summary and Recommendations for Clinical Pharmacy Services and Staffing. *Pharmacotherapy* 21(2):129-141, 2001. © 2001 Pharmacotherapy Publications.
2. Chacín, L. (1999). Cien años de historia del Hospital Vargas. Caracas Sociedad Médica del Hospital Vargas.
3. Cortés, A; Contador, E. ; Duque, G.; Análisis de costos de la atención médica hospitalaria. Experiencia en una clínica privada de nivel II-III.
4. D de Jong J, Westert Gert P, Noets Ch. M, Groenewegen P. P. Does managed care make a difference? Physicians' length of stay decisions under managed and non-managed care. Publicado en *BMC Health Services Research* 2004, 4:3. Artículo disponible en internet en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/4/3>. Consultado en marzo 3, 2005
5. Donabedian, A. (1980). The definition of Quality and approaches to its assesment. Health Administration Press Ann Arbor Michigan.
6. García Servén, J R. (1992). Guía práctica de los indicadores de gestión para establecimientos de atención médica. Caracas. Disinlimed C.A.

7. Ginsburg, P. B. Controlling Health Care Costs. *New England Journal of Medicine*. 351;16 Publicación periódica disponible en www.nejm.org. october 14, 2004 Consultada en 2005 Febrero 13.
8. Hernandez Sampieri, R. , Fernandez Collado, C., Baptista Lucio, P., (2003). *Metodología de la Investigación* (3ª ed.). McGraw-Hill Interamericana.
9. Health Cost and Utilization Project, Agency for Healthcare Research and Quality *Health, United States, 2002*. Average Length of Hospital Stay. Disponible en <http://www.fatrat.com/HospBed.htm> consultado en febrero 2005
10. Length of Hospital Stay Guidelines May Be Inadequate for Pediatric Patients *Pediatrics*. 2000;105:733-737
11. Malagón-Londoño; Morera, G; Laverde, P. (2000). *Administración Hospitalaria* .(2ª ed.) Editorial Médica Panamericana. Colombia.
12. Méndez Alvarez, C.E. (2001) *Metodología. Diseño y desarrollo del proceso de investigación*. (3ª ed.). Mc Graw Hill.
13. Servicio de salud del principado de Asturias. Objetivos de calidad. Disponible en Internet http://www.hsa.es/calidad/indicadores_calidad.htm. Consulta 2005-febrero-12.
14. Universidad Pedagógica Experimental Libertador, Vicerrectorado de Investigación y Postgrado. Manual de trabajos de grado, de especialización y maestría y tesis de doctorales. Disponible en [http:// colombiamedica. Univalle. Edu.co/Vol33Nº2/contenido.htm](http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol33Nº2/contenido.htm) 2002

15. Vikas Parekh; Sanjay Saint; Scott Furney; Samuel Kaufman; Laurence McMahon. What Effect Does Inpatient Physician Specialty and Experience Have on Clinical Outcomes and Resource Utilization on a General Medical Service?. J Gen Intern Med 19(5):395-401, 2004. © 2004 Blackwell Publishing.
16. Wiebe, C. Controversy Over Payers' Use of Guidelines Remains Strong
Medscape Money & Medicine 2000. © 2000 Medscape Portals, Inc
17. Zhiming, J.L. Approaches to Analysis of Length of Hospital Stay Related to Antibiotic Therapy in a Randomized Clinical Trial

IX.- CONSIDERACIONES ETICAS

Los artículos del Código de Deontología Médica involucrados en el presente trabajos se indican a continuación:

Artículo 28: El médico debe evitar la indicación de exámenes injustificados, lo mismo que hospitalizaciones innecesarias para la realización de exámenes paraclínicos que, por su misma naturaleza pudieran muy bien efectuarse en condiciones ambulatorias. Evitará también la reclusión en las Unidades de Cuidados intensivos para el tratamiento de afecciones susceptibles de ser atendidas en Unidades de cuido intermedio y para la atención de enfermos en la fase final de una afección irreversible.

Las hospitalizaciones innecesarias aparte de los problemas emocionales que acarrearán, contribuyen al costo injustificado del costo de los servicios médicos.

Artículo 45: El médico debe prestar debida atención a la elaboración del diagnóstico, consagrándole el tiempo requerido y ocurriendo cuando ello es posible a los procedimientos científicos aprobados a su alcance, solicitando la colaboración de otros colegas cuando lo considere necesario y procurando por todos los medios posibles que las indicaciones terapéuticas se cumplan.

Artículo 91: Los reglamentos internos de Hospitales y Clínicas, tanto públicos como privados, serán elaborados por las autoridades de la institución y sometidos al conocimiento del cuerpo médico. Finalmente, el director de la institución hará la participación respectiva la Colegio de Médicos para su debida aprobación.

X.- ASPECTOS LEGALES

Los aspectos legales involucrados en la realización del presente proyecto se refieren a los artículos de la Constitución Bolivariana de Venezuela que tienen que ver con el derecho a la salud y a la seguridad social del venezolano:

Artículo 83.- La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, responsabilidad intransferible el Estado, quien lo garantiza como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, y de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República

Artículo 84.- Para garantizar el derecho a la salud, el Estado crea, ejerce la rectoría, gestiona un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud da prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

Así mismo nos fundamentaremos para nuestros planteamientos en el Reglamento de hospitales y en las Normas y Procedimientos del servicio de Medicina III