

Caracterización demográfica y farmacoeconómica en pacientes con artritis reumatoidea y osteoartritis del Hospital de Puerto Natales

MIRANDA CÁRDENAS, JOSÉ⁽¹⁾; RIQUELME CARO, ROMINA⁽²⁾; DÍAZ FABRES, ANA PAZ⁽¹⁾; COCIO ARCOS, ROLANDO⁽¹⁾; ALVARADO LEÓN, JIMENA⁽¹⁾ y ARAVENA CASTRO, CARLOS⁽¹⁾

INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoidea y la osteoartritis son enfermedades que generan un deterioro de las articulaciones causando dolor y molestias. El tratamiento farmacológico es muy variable y se enfoca en mejorar la calidad de vida del paciente. Ambas patologías están incluidas en el plan Auge y dan cobertura a un gran número de pacientes. Las prestaciones específicas contienen una lista de medicamentos que son garantizados y el acceso a ellos genera un gasto económico a la institución donde los usuarios son atendidos.

OBJETIVOS

Caracterizar los pacientes diagnosticados con artritis reumatoidea y osteoartritis que son atendidos en el Hospital de Puerto Natales. Identificando los grupos etarios, sexo, cobertura GES, medicamentos garantizados y su costo para la institución.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio retrospectivo observacional de las fichas clínicas de pacientes con diagnóstico de artritis reumatoidea (AR) y osteoartritis (OA) atendidos en el Hospital de Puerto Natales entre julio 2009 a junio 2010. Los datos fueron tabulados para ser analizados según características demográficas, diagnósticas, farmacológicas y farmacoeconómicas.

RESULTADOS

Se constataron 258 pacientes con diagnóstico de AR ó OA en agenda de traumatología en el periodo de observación y se ingresaron al estudio 185 pacientes (n). En promedio se atienden 15 pacientes mensuales con estos diagnósticos y el 94% tiene diagnóstico de OA dividido en cadera (13,8%), rodilla (67,6%), mano (8,7%), hombro (2,9%), otros (7%) y el 6% tiene diagnóstico de AR.

Del porcentaje de pacientes con OA, 67,6% son mujeres y 32,4%, hombres; con AR 75% son mujeres y el 25% son hombres.

La cobertura GES para los pacientes con diagnóstico de OA es de un 81,5%.

Los pacientes con diagnóstico de AR consumen, en promedio, diariamente al menos 3,4 medicamentos y los pacientes con OA 2,3.

El porcentaje de indicación en AR se divide en: paracetamol (18,9%), ácido fólico (5,4%), AINEs (18,9%), coxibs (21,6%), corticoide (21,6%), opiáceos (13,5%), fármaco modificador de la enfermedad (10,8%). El porcentaje de indicación en OA es: paracetamol (30,1%), AINEs (15%), IBP (2,4%), coxibs (28,1%), corticoide (17,2%) y opiáceos (6,9%).

El costo promedio mensual por pacientes para el tratamiento de AR es \$18.428 y para OA es de \$18.897, generando un gasto mensual a la institución por AR de \$221,138 y por OA de \$ 2.380.972.

⁽¹⁾ Hospital de Puerto Natales. josemiranda.qf@gmail.com

⁽²⁾ Universidad Austral.

CONCLUSIONES

Las características demográficas en AR y OA son similares a las descritas en las guías clínicas. Siendo la cobertura para los pacientes con OA insuficiente provocando pacientes que no tienen acceso a la totalidad de los medicamentos indicados. El consumo de medicamentos es importante en ellos y se debe considerar para evitar interacciones al tratar otras pato-

logías. El consumo de medicamentos para el manejo del dolor es la principal indicación y el costo relacionado es alto. La institución que trata a estos pacientes debe asumir una carga económica importante y se deben hacer esfuerzos en los tratamientos no farmacológicos, educación y prevención.

Palabras clave: Artritis reumatoidea, osteoartritis, farmacoeconomía.

Competencias para gestionar instituciones de salud: una aproximación desde las funciones esenciales de la salud pública

BASCUÑÁN CISTERNAS, RICARDO⁽¹⁾

INTRODUCCIÓN

Con el fin de mejorar las prácticas en salud pública durante los procesos de reformas de los sistemas de salud, la OPS puso en marcha la iniciativa La Salud en las Américas, que busca fortalecer el rol rector de la autoridad sanitaria mediante la definición de 11 funciones esenciales que esta autoridad debe realizar. Una de estas funciones (N° 5) alude a desarrollar políticas, planes y capacidad de gestión que apoyen los esfuerzos en salud pública y contribuyan a la rectoría sanitaria nacional. Debido a que el enfoque de competencias se ha mostrado como un marco verificado empíricamente para aumentar la productividad y cumplir con éxito una determinada labor o trabajo, la idea es definir la FESP N° 5 en base a competencias con el fin de estandarizar el nivel de la mesogestión (hospitales) y así facilitar la macrogestión (Ministerio de Salud), lo cual

permitiría asegurar el buen funcionamiento en cada uno de los campos de acción o áreas de trabajo de la salud pública, y desde esta investigación, desde la gestión de instituciones de salud basada en competencias.

OBJETIVOS

Explorar los discursos entregados por informantes claves sobre las competencias para realizar gestión en instituciones de salud desde el enfoque de las FESP.

METODOLOGÍA

Tipo descriptiva, cualitativa, de corte etnometodológico, realizada en Santiago, Chile, entre los años 2006 y 2007. Para esto, se entrevistó a 12 informantes claves, divididos en 3 grupos:

Grupo 1: Docentes relacionados con el área

⁽¹⁾ Universidad Central. ps_bascunan@hotmail.com

de gestión en instituciones de salud (grupo docentes).

Grupo 2: Profesionales que hayan egresado desde el año 2000 del área de profundización de gestión de instituciones de salud (grupo egresados).

Grupo 3: Personas que contratan a profesionales que se hagan cargo de realizar tareas vinculadas a la gestión de un centro de salud u hospital (grupo personas que contratan).

RESULTADOS

Para la FESP N ° 5, serían necesarias, las siguientes competencias, según Le Boterf (1995):

- Capacidad de liderar, gestionar y/o alinear eficientemente los recursos humanos de la institución de salud.
- Capacidad de aplicar eficientemente conocimientos específicos de salud pública.
- Capacidad de aplicar eficientemente conocimientos básicos y/o relativos a la gestión en salud.

- Capacidad de conformar equipos de trabajo.
- Capacidad para crear, manejar y/o optimizar los sistemas de información.

CONCLUSIONES

Las competencias obtenidas (a nivel de la mesogestión) permiten concluir que este modelo facilitaría en alguna medida la macrogestión de la autoridad sanitaria por medio de coordinar los esfuerzos de los diversos hospitales, consultorios, centros médicos, por ejemplo, en función de estas competencias, a modo de un eje común del ejercicio de la mesogestión en la salud pública y de esta forma contribuir eficientemente a su cumplimiento. Finalmente, se sugiere continuar realizando investigaciones en cuanto a la relación entre FESP y competencias como parte del proceso de su Identificación, para luego evaluarlas, normalizarlas y certificarlas.

Palabras clave: FESP, mesogestión, competencias.

Consumo de alcohol y otras drogas en trabajadores chilenos

SEPÚLVEDA VELAZQUEZ, NANCY⁽¹⁾; ULLOA MONDACA, MARÍA CRISTINA⁽¹⁾ y MIRANDA GALAZ, MARÍA⁽¹⁾

INTRODUCCIÓN

En Chile, el consumo de alcohol y drogas ilícitas ha crecido durante las últimas décadas, en los distintos grupos etarios. Los estudios señalan que el mayor consumo está entre los 19 y los 34 años, en plena etapa productiva de la personas. Los datos disponibles provienen de estudios realizados en población general entre 12 y 64 años.

De esto, el interés de cuantificar la magnitud del problema específicamente a nivel laboral.

OBJETIVOS

Describir el consumo de drogas lícitas e ilícitas en trabajadores chilenos entre 19 y 65 años y establecer una comparación entre los años estudiados.

⁽¹⁾ Asociación Chilena de Seguridad. nsepulveda@achs.cl

METODOLOGÍA

Se desarrollaron cuatro estudios los años 2003 - 2007- 2008 y 2009. Se seleccionaron empresas de 50 o más trabajadores asociadas a la ACHS, de las 13 regiones del país. Se realizó muestreo de empresas y de trabajadores. Se aplicó una encuesta anónima (confiabilidad: 99.5%) para medir indicadores de consumo (prevalencia del año, de vida, incidencia, tasa de abandono) para las distintas drogas y caracterizar la población por grupos de riesgo al consumo de alcohol.

Población estudiada y muestras:

2003: 589.028 trabajadores, 2.543 empresas, muestra: 3.275.

2007: 1.354.137 trabajadores, 5.102 empresas, muestra: 3.869.

2008: 1.354.137 trabajadores, 5.102 empresas, muestra: 3.747.

2009: 1.482.269 trabajadores, 5.649 empresas, muestra: 2.525.

RESULTADOS

Consumo de psicotrópicos disminuye de 12.7% a 8.0% desde 2003 al 2009; automedicación aumenta de 25.5% a 35.7%. Medicamentos más consumidos: ansiolíticos e hipnóticos.

Consumo de tabaco: 65.3% (2003), descendiendo a 48.5% (2007), permanece en cifras similares 2008 y 2009. Consumo mayoritario:

menos de 5 cigarrillos al día.

Consumo abusivo de alcohol: Registrado por Test Audit: 2003: 26.3%, 2007: 30.8%, 2008: 34.0%, 2009: 31.7%

Según áreas de riesgo: bajo riesgo (0-4 puntos Audit), oscila entre el 73.7% al 66.0% riesgo intermedio entre 18.0% y 23.5% (5-6 puntos Audit) y el área de mayor riesgo (>7 puntos) entre 8.3% hasta 10.6%.

Consumo de drogas ilícitas: 2.3% (2003), aumenta a 5.3% (2007), a 6.0% (2008) y hasta 7.3% (2009). Drogas más consumidas: marihuana y cocaína.

Aumento en percepción de consumo de drogas en el trabajo y en la obtención de drogas en la empresa.

CONCLUSIONES

- Desde el año 2003 al 2009 se registra una disminución de 4.7 puntos porcentuales (p.p.)
- No el consumo de psicotrópicos y un aumento en la automedicación.
- El consumo de tabaco disminuye en 16.8 p.p.
- El consumo abusivo de alcohol aumenta en 5.4 p.p.
- El consumo de drogas ilícitas aumenta en 5 p.p.

Palabras clave: Drogas, indicadores de consumo, consumo abusivo de alcohol, trabajo.

Exploración de las causas de alta voluntaria en pacientes de la Clínica Dávila

HERRERA MARTÍNEZ, TANIA⁽¹⁾

INTRODUCCIÓN

La alta voluntaria es el procedimiento por el cual el paciente solicita el egreso del recinto asistencial donde cursa una hospitalización, sin la aprobación médica. A nivel mundial, la tasa de este tipo de alta oscila entre el 0.7% y el 2.2% en las internaciones generales y entre el 6% y 54% en los ingresos psiquiátricos, siendo más altas para los más jóvenes, los sujetos drogodependientes y aquellos con antecedentes de alta voluntaria previa. En Chile, este tipo de alta queda registrada en la hoja de egresos hospitalarios, pero no así sus causas, las cuales serían interesantes de explorar por las potenciales consecuencias que pudiese tener el egreso voluntario en la salud de los pacientes.

OBJETIVOS

Caracterizar a los pacientes que solicitaron el alta voluntaria desde la Clínica Dávila durante el año 2008 y explorar las causas que habrían motivado su egreso sin aprobación médica.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo incluyendo a todos los pacientes clasificados como egresos voluntarios durante el año 2008 en la clínica Dávila. Los pacientes fueron caracterizados según su edad, sexo, previsión, comuna de residencia, días de estadía hospitalaria,

especialidad del médico tratante y complejidad (evaluada con el GRD). Además, se revisaron las fichas en busca de las causas que originaron el egreso. Con esta información se confeccionó una base de datos y se analizaron los resultados con el programa estadístico SPSS.

RESULTADOS

Las altas voluntarias durante el año 2008 corresponden a 95 pacientes (0,35% de los egresos hospitalarios). 56,8% son mujeres y 43,2% hombres. La edad promedio es 46,5 años (DE= 27,12), 60% adultos (15 y 64 años), 28% adultos mayores (65 años y más) y 12% niños (menores de 15 años). Un 46,3% es paciente Fonasa, 49,5% Isapre y 4,2% particular. La distribución por comuna no muestra un predominio de ninguna en particular.

El promedio de días de estada es 2,57 días (mínimo cero y máximo 13) y el GRD promedio es de 0,93 (mínimo 0,23 y máximo 3,82). Las especialidades del médico tratante más frecuentes son gastroenterología (26,3%), psiquiatría (15,8%), broncopulmonar, pediatría e infectología (10% cada una).

Sólo 23,2% de los pacientes tiene registrada la causa de egreso. Las razones son continuar el estudio en forma ambulatoria (7,4%), motivos económicos (6,3%), rechazo de tratamiento (4,2%), disconformidad con la atención (3,2%), cambio de clínica y motivos familiares (1,1%).

⁽¹⁾ Escuela de Salud Pública. tshml7@yahoo.com

CONCLUSIONES

El porcentaje de egresos voluntarios de la Clínica Dávila está por debajo de lo que se ha reportado a nivel internacional. Los pacientes son mayoritariamente adultos con patologías de baja complejidad y los motivos económicos surgen como primera causa. Sin embargo, para la ma-

yoría de los egresos voluntarios se desconoce la causa y, en consecuencia, se propone la creación de un sistema de registro específico que permita al paciente hacer uso de su autonomía y, a la vez, resguarde tanto al médico tratante como a la clínica de eventuales complicaciones posteriores.

Palabras clave: Alta voluntaria.

Gestión y satisfacción en servicios de salud de Chile: contraste de percepciones funcionarios-usuarios

RIVEROS SUDY, JORGE⁽¹⁾; BERNE MANERO, CARMEN⁽²⁾ y MUGICA GRIJALBA, JOSÉ⁽³⁾

INTRODUCCIÓN

La naturaleza interactiva de los servicios de salud elevan la necesidad de examinar las percepciones de implicados en el encuentro, tanto profesionales como pacientes.

Es habitual que sean los profesionales los que deciden, sobre su experiencia y conocimiento, qué es lo mejor para el paciente. No obstante, el carácter técnico es sólo una de las dimensiones de la calidad, necesaria pero no suficiente, para satisfacer las necesidades de éstos.

En consecuencia, es esencial que la gestión sanitaria dirija sus mejoras en el ámbito de la calidad; desde el conocimiento y aceptación del punto de vista del usuario. Sin embargo, existen reservas sobre la visión parcial que proporciona la investigación sólo centrada en éste, lo que aumenta la necesidad de complementarla con mediciones centradas en el proveedor.

OBJETIVOS

El objetivo del trabajo es presentar un estudio comparativo de las percepciones de funcionarios y usuarios en el ámbito hospitalario público. Desde dos trabajos publicados anteriormente sobre variables relacionadas con la aplicación del marketing desde la perspectiva de estos actores (Rev Méd Chile 2006; 134: 353-60 y Rev Méd Chile 2007; 135: 862-70); la investigación se dirige ahora a la obtención de conclusiones relevantes desde el contraste de sus opiniones. La relevancia del estudio se deriva de la utilidad de sus implicaciones para los responsables de la gestión hospitalaria, interesados en buscar, desarrollar e implementar medidas que mejoren el proceso de atención.

METODOLOGÍA

La investigación se llevó a cabo en dos

⁽¹⁾ Universidad Austral de Chile. jriveros@uach.cl

⁽²⁾ Universidad de Zaragoza.

⁽³⁾ Universidad Pública de Navarra.

hospitales públicos del sur de Chile (H1 y H2). Para ambos casos, se desarrolló primero un análisis cualitativo de fuentes secundarias a través de documentos proporcionados por ambos hospitales y desde fuentes primarias (reuniones con directivos y con funcionarios). Este análisis sirvió para ubicar con mayor confiabilidad, facilidad y rapidez los aspectos de interés para la investigación y el contenido de los cuestionarios utilizados para su desarrollo.

Los temas descubiertos fueron trasladados a un cuestionario que medía el nivel de ocurrencia de la afirmación (desde 1= nunca hasta 7 = siempre). Los receptores eran (i) una muestra representativa de los escalafones de funcionarios; 196 en H1 y 181 en H2) y (ii) una muestra de conveniencia de 200 usuarios de cada hospital. Se trata de muestras independientes de similar tamaño, lo que permite la aplicación del test t de Student para el contraste de medias de cada variable susceptible de análisis.

RESULTADOS

Para el caso de H1, la tónica general es que las percepciones medias de los usuarios superan a las de funcionarios. Muestran así los primeros una actitud menos crítica.

Los resultados del análisis para H2 siguen la tónica general de H1, aunque de forma más moderada.

CONCLUSIONES

El análisis realizado concluye información valiosa para mejorar la toma de decisiones de cada hospital. Distintas áreas de mejora emergen a través de la comparativa de percepciones de usuarios y funcionarios.

Este proceso puede ser replicado en otros establecimientos, públicos como privados, interesados en buscar, desarrollar e implementar medidas que mejoren el proceso de atención al usuario.

Palabras clave: Gestión hospitalaria, satisfacción usuarios, percepciones actores.

Implementación de las redes asistenciales de salud: percepción de los profesionales de la salud

FERRADA MARILAF, OCTAVIO⁽¹⁾ y MÉNDEZ VALENZUELA, CLAUDIO⁽²⁾

INTRODUCCIÓN

En Chile, desde el año 2004 se implementa una reforma al sistema de salud a través de la cual se introdujo el modelo de redes asistenciales de salud. Si bien se ha descrito

la dificultad en transitar desde el diseño a la implementación de las reformas, en la actualidad no existe evidencia cualitativa a nivel regional y provincial en el país respecto de cómo los profesionales del sector evalúan la implementación de las redes asistenciales de

⁽¹⁾ Universidad Austral de Chile. claudiomendez@uach.cl

⁽²⁾ Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Austral.

salud y sus implicancias para la provisión de servicios de salud.

OBJETIVOS

- Identificar logros y avances que perciben los profesionales de la salud en la implementación de las redes asistenciales de salud.
- Identificar problemas y obstáculos que perciben los profesionales de la salud en la implementación de las redes asistenciales de salud.
- Determinar los cambios que los profesionales de la salud reconocen como necesarios para mejorar la implementación de las redes asistenciales de salud.

METODOLOGÍA

Se condujo un estudio cualitativo y exploratorio en base a entrevistas individuales semi-estructuradas en profundidad a profesionales de la red asistencial pública de salud de la Provincia del Ranco durante el período mayo-junio de 2010. Este tipo de metodología aplicada a investigación en políticas y servicios de salud, permite explorar las percepciones de equipos e individuos relacionadas a la implementación e impacto de programas y políticas.

Se seleccionó una muestra intencionada y por bola de nieve de 20 profesionales de diferentes niveles de atención de la red asistencial de la Provincia. Para la recolección de la información se utilizó la técnica cualitativa de entrevista semi-estructurada en profundidad. Se realizaron 20 entrevistas, las cuales fueron grabadas -previa suscripción del respectivo consentimiento informado- y transcritas en forma

literal. El análisis de las entrevistas se realizó mediante la técnica de análisis de contenido.

RESULTADOS

Para los entrevistados, la implementación de la gestión en red ha implicado una mayor coordinación entre los distintos niveles de complejidad de la red asistencial y disposición al trabajo en equipo. A su vez, otro aspecto relevante para los entrevistados ha sido la separación entre lo referente a la salud pública y lo relacionado a la gestión sanitaria.

Las dificultades para la implementación de la red y coordinación de los equipos de salud, ha estado determinada por la escasez de recursos humanos y la ausencia de estudios que evidenciaran las capacidades de los servicios de salud para enfrentar la etapa de implementación de la reforma. Sin embargo, esta percepción se diferencia de acuerdo al nivel de responsabilidad administrativa de los profesionales.

Para mejorar la implementación de la gestión, se hace necesario fortalecer los mecanismos de asignación de recursos y sistemas de gestión de recursos humanos.

CONCLUSIONES

El establecimiento de la red asistencial ha permitido mejorar la provisión de servicios de salud en los distintos niveles de la red asistencial. No obstante, para mejorar la etapa de implementación se hace indispensable el definir nuevas estrategias para la gestión de los recursos humanos y financieros.

Palabras clave: Reforma de la salud, políticas en salud, Chile.

Introducción de consideraciones de procesos para modernizar la gestión de unidades de hospitales

NERIZ JARA, LILIANA⁽¹⁾; ZAPATA MUÑOZ, VÍCTOR HUGO⁽²⁾; RAMIS LANYON, FRANCISCO JAVIER⁽³⁾ y ASTUDILLO ENCINA, WILLIAMS BERNARDO⁽²⁾

INTRODUCCIÓN

La creciente demanda por más y mejores servicios de salud de parte de la población, acompañados de un permanente aumento de los costos para prestar los servicios, pone gran presión en los directivos y funcionarios del área de la salud para satisfacer la demanda con calidad y oportunidad. El presente artículo deriva de la experiencia obtenida en el desarrollo de una línea de investigación en gestión en salud para hospitales públicos, financiada parcialmente por los proyectos Fondef D04I1168 y Fondef D07I1012 y por las universidades de Chile y del Biobío. La hipótesis de investigación es que el desarrollo e introducción de herramientas de apoyo a la toma de decisiones en el área de la salud permitirá mejorar el desempeño de las instituciones, teniendo como resultado una mejor calidad y productividad de sus procesos. Se reporta la experiencia desarrollada en un centro de imagenología en un hospital clínico.

El problema planteado no es sólo nacional sino que también global. Una referencia importante de Estados Unidos donde el costo de salud llega al 17% del Producto Geográfico Bruto dice “Los sistemas de entrega de servicios de salud en Estado Unidos de América y la mayoría de los países desarrollados están enfermos y en urgente necesidad de cura y ayuda. Si, los tratamientos médicos han experimentado sorprendentes avances a lo largo de

los años, pero la forma en que ellos son generados y entregados es ineficiente, inefectiva y poco amigable para los usuarios. Aún persisten altas tasas de errores médicos y costos que aumentan sin control”. Regina Hertzlinger, *Why Innovation in Healthcare is so Hard*, HBR Press 2007.

OBJETIVOS

El presente trabajo reporta la integración de tres herramientas y su aplicación en un centro de imagenología de un hospital, como elementos para identificar oportunidades de mejoras y evaluar el impacto de las alternativas propuestas en términos de tiempos de ciclo y tiempos de espera, principalmente. Los centros de imagenología son de gran importancia como apoyo a la generación de diagnósticos de los pacientes. Una operación no eficiente del centro, no sólo puede demorar el diagnóstico sino que también bloquear otras unidades que están esperando por los resultados.

METODOLOGÍA

La metodología empleada demandó, inicialmente, el levantamiento de todos los procesos existentes en imagenología, así como las actividades, tiempos y recursos consumidos por cada una de ellas. Las tres herramientas empleadas son costeo basado en actividades, procesos lean y simulación de procesos.

⁽¹⁾ Universidad de Chile. Ineriz@fen.uchile.cl

⁽²⁾ Hospital Clínico. Universidad de Chile.

⁽³⁾ Universidad del Biobío.

RESULTADOS

Mediante la aplicación de costeo basado en actividades se identificó que, prácticamente, 50% de los costos de un examen de imagenología son fijos, razón por la cual se debe maximizar el uso de los equipos. Estos procesos han permitido identificar las limitantes de producción de las unidades y, mediante simulación, se verificó que en algunos casos podría aumentarse la productividad de una máquina de rayos en hasta un 125%.

CONCLUSIONES

Las herramientas empleadas son válidas en el ámbito de la salud. Las dos primeras permiten identificar oportunidades de mejoramiento, y mediante la aplicación de simulación de procesos, se puede verificar el impacto de las alternativas propuestas.

Palabras clave: Herramientas de procesos, mejoramiento de procesos, gestión en salud.

Modelo integración clínico financiero exitoso de ortogeriatría

BIZAMA O'KINGHTONS, XIMENA⁽¹⁾; CARTER CUADRA, RICARDO⁽²⁾; DÍAZ BAZO, HORACIO⁽¹⁾; ARIAS BARREDO, ANA⁽¹⁾; VILLALÓN BARBERO, EVELYN⁽¹⁾; WAGNER RETAMAL, ARMANDO⁽¹⁾ y AZÓCAR BIZAMA, CRISTÓBAL⁽²⁾

INTRODUCCIÓN

Una de las áreas de mayor demanda insatisfecha corresponde a la atención de especialidad ambulatoria. Es así como la asignación de horas médicas es probablemente una de las prestaciones que genera mayor sensibilidad del usuario en el sector salud, en particular, por la oportunidad en que se resuelve.

Consecuentemente la obtención de una hora de especialidad podría considerarse un bien preciado, no obstante, la evidencia demuestra alto número de pérdida de ellas generando menor productividad de las instituciones, aumento de las listas de espera, deterioro en la calidad del servicio y subutilización del recurso humano y equipamiento destinado a la atención de pacientes.

OBJETIVOS

Establecer la utilización de horas médicas de especialidad asignadas en el Hospital Clínico Regional de Valdivia (HCRV) durante el período 2008-2009.

METODOLOGÍA

Se condujo un estudio descriptivo-transversal. Se exploró el registro del sistema Sinetsur constituido por 372.022 horas de especialidad asignadas durante 2008-2009. Se excluyó 3236 citas cuya información se consideró inconsistente o mal registrada, analizándose finalmente 368.786 observaciones. Las variables consideradas en este estudio fueron: especialidad médica, resultado de la citación (realizada/perdida), tipo de consulta (nueva/control), día,

⁽¹⁾ Hospital del Salvador. xbizama@hsalvador.cl

⁽²⁾ Alumno Universidad de Los Andes.

mes y hora de consulta. El análisis de los datos se realizó mediante estadística descriptiva calculando distribución de frecuencias y medidas de tendencia central y dispersión. Se usó Stata versión 10.

RESULTADOS

De las 368.786 horas estudiadas 175.795 fueron asignadas en 2008 y 192.991 en 2009. Las especialidades con mayor proporción de horas programadas fueron traumatología (10%), oftalmología (9,2%), otorrinolaringología (6,3%), psiquiatría y ginecología (5,1%) sin diferencias entre los años. Las horas se distribuyeron en 68,1% consultas de control y 31,9% nuevas. Se consignó 20,2% de horas perdidas (n=74.616), 20% en 2008 y 20,5% en 2009. La pérdida por especialidad osciló entre 12,3 y 30,3% siendo las especialidades con mayores pérdidas: pediatría (30,3%), dermatología (28,1%) y cirugía proctológica (24,7%). El mes con mayor proporción de horas perdidas fue noviembre (25,5%), mientras el día con mayor pérdida fue el sábado (35,8%). Cronológicamente las consultas programadas a las 8:00 horas fueron las que mayor porcentaje de

pérdida presentaron (23,4%). Se constató diferencias en las horas perdidas por especialidad de acuerdo al tipo de atención, observándose que para las horas nuevas, las mayores pérdidas ocurrieron en cirugía proctológica (41,9%), cirugía adulto (39,2%) y medicina (38,6%), en tanto para las de control pediatría (26,6%), obstetricia (26%) y neonatología (23,7%). Por su parte, las que presentaron menor porcentaje de pérdidas en las consultas nuevas correspondieron a las especialidades de oncología (10,3%), obstetricia (15,9%) y cirugía de mama (16,3%), mientras que para las horas de control fueron cardiología (8,7%), oftalmología (10,4%) y cirugía proctológica (10,9%).

CONCLUSIONES

Existe un porcentaje importante de horas programadas no efectuadas, lo cual impacta negativamente en la provisión de servicios de salud.

Palabras clave: Administración hospitalaria, prestación de atención de salud, servicios de salud.

Pérdida de horas médicas de especialidad en el Hospital Clínico Regional de Valdivia, 2008-2009

GARRIDO CISTERNA, FRANCISCO JAVIER⁽¹⁾; BARRÍA PAILAQUILÉN, RENÉ⁽²⁾; NAVARRETE URIBE, EDISON⁽³⁾; ALCALDE GUDENSCHWAGER, FELIPE⁽¹⁾ y MÉNDEZ VALENZUELA, CLAUDIO⁽⁴⁾

INTRODUCCIÓN

La alta demanda en urgencia de pacientes con fractura de cadera traumática, (2 pacientes por día), falta de disponibilidad horas- pabellón y horas contratadas de especialistas, generan una espera quirúrgica promedio 15.81 días, prolongando la estadía a valores altos (25.12 días), una alta ocupación días camas en el área quirúrgica, comprometiendo al 50% de la disponibilidad para otras especialidades, consecuencia, alto costo e insatisfacción usuaria.

OBJETIVOS

Reducir la estadía hospitalaria preoperatoria y total de pacientes mayores 65 años, que ingresan de urgencia con fractura cadera, requiriendo cirugía y que debe ser resuelto por programa extraordinario, costo efectivo, sustentable en el tiempo.

METODOLOGÍA

Un programa basado en protocolo, define paciente ingresando por urgencia, diagnosticado por traumatólogo y geriatra, quienes definen las condiciones clínicas óptimas para la cirugía inmediata.

Medición del proceso: utilización del Sistema Grupos Relacionados al Diagnóstico (GRD) que clasifica a los enfermos en grupos homogéneos de igual condición clínica y financiera.

Sistema Winsig: que da cuenta de la contabilidad analítica.

Egresados junio, urgentes.

Diagnóstico Principal: fractura cadera traumática.

Procedimiento Principal: sustitución total cadera, sustitución parcial cadera, reducción abierta fractura cadera con fijación interna fémur.

Costo adicional equipo (fuera de horario)

Equipo traumatólogos \$310.000; anestesisista \$145.000. Total \$455.000

Definición de los días óptimos utilización días camas debe enfrentarse a variable disponible GRD de Valor comparación con estándar ajustado a funcionamiento (Base comparación, comportamiento casuística española 2002).

RESULTADOS

Sistema GRD:

1. El grupo total, 41 personas, estadía media 35.17 días y pre operatorio 17.49.
2. El patrón de comparación estadía media óptima, 6.6 días.
3. Base 6.6 días para cada evento, lo que excede los 35.17 corresponde a hospitalización prolongada por ineficiencia en el uso de camas.
4. Días ineficientes, representan 81%, con valor de \$52.180.-
5. El grupo de estudio alcanza al 24% (10 casos).
6. Pre operatoria baja de 17.5 a 3.5 sólo 20%

⁽¹⁾ Estudiante Medicina. Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile. ffgarrido@gmail.com

⁽²⁾ Instituto de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile.

⁽³⁾ Consultorio Adosado de Especialidades. Hospital Clínico Regional.

⁽⁴⁾ Instituto de Salud Pública. Facultad de Medicina, Universidad Austral.

- del tiempo.
8. Reduce en el 57% la estadía media total, sólo un 7% de estadías prolongadas.
 9. Este 7% como indicador ineficiencia del grupo control, que se traduce en 8.4 días camas prolongados pp.
 10. Los pacientes intervenidos bajo las mismas variables no adjudicados al programa fueron 31, indicador de ineficiencia 35.06 días estadía total, suman 1087 días cama prolongadas.
 - Días camas ineficientes PP
 - Programa especial 8,4
 - Resolución normal 35,06
 - Ahorro días cama 26,66
 - Costos día cama básica (Winsig) \$44.537
 - Costo día cama (40 % variable) \$17.815
 - Economía uso eficiente camas
 - PP (26,6 x \$17,815) \$474.948
 - Economía uso de camas \$474.948

Costo equipo quirúrgico \$455.000
Resultado \$19.948

CONCLUSIONES

- El programa es costo efectivo, se financia sólo por el concepto de evitar la prolongación de la estadía hospitalaria.
- Rentabilidad superior, fundada en el ahorro en diagnóstico terapéutica de complicaciones asociadas a la resolución tardía.
- Ajusta la oferta a demanda, satisface la necesidad de salud de la población.
- Destacar trabajo en red hospitalaria.
- Socialmente una percepción positiva, confianza, atención con equidad al grupo más vulnerable del país.

Palabras clave: Resolución quirúrgica, fractura de cadera traumática.

Plataforma de registro y monitoreo del EMPA, estudio piloto en centro APS de Región Metropolitana

PEÑA ARIAS VÍCTOR HUGO⁽¹⁾ y RETAMAL RODRÍGUEZ, MARCELO⁽²⁾

INTRODUCCIÓN

Se define el Examen Médico Preventivo del Adulto (EMPA) como un plan de monitoreo y evaluación de salud dirigido a población de 20 a 64 años, cuyo propósito es reducir la morbimortalidad y discapacidad por enfermedades o condiciones prevenibles o controlables. EMPA constituye un derecho para toda la población beneficiaria de los subsistemas público y pri-

vado de salud, consignado en la ley de Garantías Explícitas en Salud (GES). Para el caso de usuarios Fonasa, se ejecuta en la red de atención primaria de salud y contempla metas de cobertura. Hasta hoy, no se cuenta con sistemas informáticos de apoyo a la gestión del EMPA que permitan realizar monitoreo y seguimiento caso a caso, determinar resultados y evaluar el cumplimiento de las intervenciones correspondientes

⁽¹⁾ Seremi de Salud. Región Metropolitana. victor.pena@asrm.cl

⁽²⁾ DUOC-UC.

OBJETIVOS

Evaluar la gestión del EMPA mediante el uso de una plataforma informática de registro, monitoreo y seguimiento de casos, realizados en un centro de atención primaria de Santiago.

METODOLOGÍA

Estudio longitudinal que registra la totalidad de EMPA realizados en un centro de atención primaria de la ciudad de Santiago, entre el 1 de abril y el 30 de mayo de 2010. Datos se recogen desde el formulario de aplicación respectivo contenido en la ficha clínica de cada paciente y se incorporan a una plataforma informática con arquitectura cliente-servidor, diseñada en lenguaje de programación PHP estructurada en cinco componentes principales: apertura, resultados, intervención, seguimiento y cierre; y que contempla una base de datos elaborada en MySQL.

RESULTADOS

Durante el periodo evaluado se registraron 311 EMPA. 190 de éstos se realizaron a mujeres (61%), mientras que 121 se aplicaron a hombres (38,9%). 121 casos (38,9%) presentaron hábito tabáquico. En 18 casos en que se aplicó test Audit se detectaron 2 casos (11,0%) con consumo de riesgo, 2 casos (11,0%) con

consumo perjudicial y 4 casos (22,2%) con dependencia de alcohol. 7 casos (2,3%) resultaron con presión arterial sistólica ≥ 160 mmHg y 9 (2,9%) con presión arterial diastólica ≥ 100 mmHg; 5 (1,6%) casos mostraron nivel de colesterol total ≥ 280 mg/dL y 22 casos (7,1%) presentaron glicemia en ayunas ≥ 126 mg/dL. 247 casos (79,4%) correspondieron a EMPA cerrados el mismo día de aplicación; mientras que 41 casos (13,2%) permanecieron abiertos (con exámenes pendientes) al cierre del estudio (30 de junio). De los exámenes pendientes, el 93,8% correspondió a mujeres y de éstas, el 50% consignó PAP pendiente y el 18,3% mamografía pendiente.

CONCLUSIONES

La individualización y seguimiento de casos, el análisis periódico de resultados y la verificación de las intervenciones realizadas mediante el uso de plataformas informáticas de gestión clínica, permiten caracterizar el riesgo de la población usuaria de un establecimiento, mejorar la gestión de procedimientos e intervenciones asociadas al EMPA y contribuir a la toma de decisiones locales que permitan aumentar la resolutivez en el nivel primario de atención.

Palabras clave: EMPA, atención primaria de salud, gestión clínica.

Propuesta al Hospital Central de Maracay, dirigido al fortalecimiento de la gestión administrativa, Venezuela

GÓMEZ G, WUILMAN⁽¹⁾ y DÁVILA L, FANNY⁽¹⁾

INTRODUCCIÓN

Actualmente representa un reto para la gestión hospitalaria, el poder activar en forma efectiva procesos de planificación, organización, dirección y control pertinentes con los procesos de gestión de la salud que deben desarrollarse al interior de éstos.

OBJETIVOS

Por ello con el objetivo de desarrollar una propuesta al Modelo Gerencial del Hospital Central de Maracay dirigido al fortalecimiento de la gestión administrativa

METODOLOGÍA

Se desarrollo un investigación en el paradigma cuantitativo tipo proyecto factible. La población fue de 121 personas en cargos de responsabilidad gerencial y la muestra 41 individuos. Se utilizó un cuestionario validado por juicio de expertos y con confiabilidad según coeficiente KR-20 de Kuder Richardson. Para el análisis de resultados se usó la estadística descriptiva.

RESULTADOS

Se encontró que el personal del Hospital Central de Maracay conoce la existencia de un organigrama estructural, aunque que no existe un modelo administrativo aplicable a las diversas áreas de la organización. El proceso administrativo esta fortalecido en áreas como la planificación, control y evaluación y con debilidades en la ejecución y dirección.

CONCLUSIONES

Se denota la ausencia de los procesos y actividades administrativas en la misión y visión, los elementos del modelo organizacional están presentes en el Hospital. Se evidenció la existencia de instrumentos de medición de satisfacción del usuario interno, con un mecanismo de atención de quejas y sugerencias. Finalmente, el personal gerencial puntualizó no sentirse satisfecho con las condiciones laborales ni por la calidad del servicio que se presta, ante esto se presento una propuesta.

Palabras clave: Modelo gerencial, gestión administrativa, hospital, Maracay.

⁽¹⁾ IAES. wuiled2@yahoo.com

Rol del médico en los procesos GES de la Clínica Dávila

SILVA BUSTOS, HELIA⁽¹⁾ y ALVARADO AGUILAR, NELLY⁽²⁾

INTRODUCCIÓN

De los múltiples actores que intervienen en las Garantías Explícitas en Salud (GES) en el prestador privado, es relevante conocer el rol médico desde una perspectiva exploratoria que permita adentrarse en el qué, cómo y por qué de sus acciones, así como las opiniones y percepciones de los participantes de este proceso que comienza con la sospecha diagnóstica y culmina con el cierre del caso.

OBJETIVOS

- Explicitar el rol y funciones del médico en los procesos GES de Clínica Dávila.
- Identificar las principales dificultades relacionadas con la información, las personas, el registro y el soporte informático.
- Pesquisar los nudos, brechas y quiebres del proceso desde el accionar médico.
- Señalar las herramientas de gestión propuestas que permitan optimizar el rol y funciones del médico.

METODOLOGÍA

Se utilizó metodología cualitativa a través de entrevistas semiestructuradas, vía diseño muestral intencionado con la técnica bola de nieve, a informantes claves hasta alcanzar el punto teórico de saturación con 9 participantes de distintas profesiones y cargos relacionados al tema. Se realizaron preguntas abiertas y se aplicó una pauta de cotejo de cuatro ámbitos

de dificultades. Se agruparon las frases textuales más ilustrativas en categorías y supracategorías (GES, rol y funciones del médico, soportes, recursos, principales dificultades y propuestas de solución), lo que permitió una visión más integral del problema.

RESULTADOS

De un total de 31.551 notificaciones realizadas en el año 2009, el 44% se realizó en el centro médico, y el 28% tanto en hospitalizados como en urgencia.

El médico se reconoce como tratante y sólo notifica ante la sospecha y/o confirmación diagnóstica del caso GES.

Entre las principales dificultades destacan con un 77% cada una: el desinterés por registrar el resto de las prestaciones y la falta de supervisión y control del registro de las acciones. La ausencia de flujos de información aparece con un 67%.

Se identificaron como nudos: la ausencia de mecanismos de coordinación y supervisión de los procesos; como brecha: la escasez de capacitación del personal y problemas informáticos; y como quiebre: el desinterés médico.

El 100% de los entrevistados propone la creación de un comité GES para la Clínica.

CONCLUSIONES

El registro GES se realiza, en su mayoría, en el centro médico, lo que se explica por el gran so-

⁽¹⁾ Escuela Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. helia_s@yahoo.com

⁽²⁾ Clínica Dávila.

porte informático y las condiciones de atención.

Las notificaciones del resto de las prestaciones médicas son ejecutadas a petición de la Isapre respectiva, y el cierre del caso constituye un proceso administrativo.

La disgregación entre el área comercial que maneja el GES desde una perspectiva financie-

ra-administrativa y, la contraparte médica, gestiona el requerimiento de crear una instancia que actualice, capacite constantemente, vincule y coordine entre unidades, supervise y retroalimente los procesos GES.

Palabras clave: Médicos, GES, procesos.

Tendencia en hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención ambulatoria en el HUAP

VARGAS RONA, CLAUDIO⁽¹⁾ y UBILLA FONCEA, SOLEDAD⁽²⁾

INTRODUCCIÓN

Con el propósito de encontrar herramientas para la evaluación de la gestión en el cuidado ambulatorio, Billings et al. iniciaron el estudio de las hospitalizaciones sensibles al cuidado ambulatorio (ACSC, del inglés Ambulatory Care Sensitive Conditions), en especial como una manera de medir barreras de acceso a la atención primaria o que esta atención no fuese efectiva. La racionalidad del estudio de las internaciones por ACSC se basa en que se trataría de hospitalizaciones hasta cierto punto prevenibles con una atención ambulatoria adecuada y oportuna. El estudio de las ACSC no sólo es importante como un indicador de atención inadecuada o presencia de barreras de acceso a la atención, sino que en sí mismas las hospitalizaciones por tales condiciones son costosas, recargan los ya saturados hospitales públicos y en especial los servicios de urgencia de la red pública que, al menos, en Santiago

se encuentran al máximo de su capacidad. En este estudio preliminar se determina la magnitud del fenómeno en el HUAP y su tendencia a través de los últimos años. Asimismo, se estudia la relación de estas hospitalizaciones y el seguro de salud de los pacientes hospitalizados por ese tipo de condiciones.

OBJETIVOS

Determinar la importancia de las hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención ambulatoria en el HUAP y su tendencia a través de los últimos años.

Evaluar la asociación de estas hospitalizaciones con la previsión de los enfermos como variable proxy de su nivel socioeconómico.

METODOLOGÍA

Se utilizó la base de egresos hospitalarios del HUAP, años 2003 al 2007. De allí se ex-

⁽¹⁾ Usach. cvarona@vtr.net

⁽²⁾ Universidad del Desarrollo.

trajo el primer diagnóstico para determinar si el egreso correspondía a alguna de las condiciones reconocidas como ACSC: insuficiencia cardiaca, EPOC, celulitis, HTA, diabetes mellitus y asma bronquial.

Se estimó la proporción de ingresos anuales correspondientes a ACSC y la tendencia promedio de esa proporción mediante regresión logística (ajustada por sexo, edad y previsión de los pacientes).

Se estimó también mediante regresión logística el riesgo de una hospitalización por esa causa versus otras causas para cada nivel Fonasa en relación a los egresos no Fonasa.

RESULTADOS

Hubo un total de 66.675 hospitalizaciones en el período estudiado de 5 años. De ellas, 5.472 (8,2%) correspondieron a condiciones ACSC.

El número y la proporción de hospitalizaciones por ACSC han aumentado durante el período en un 5,9% promedio anual ajustado por edad, género y seguro de salud [IC 95% entre 3,8%-8,0%]. El riesgo de hospitalización por ACSC se asocia también al seguro que el paciente posee: OR para Fonasa a 2,09 (1.78-2.45) comparado con Isapre.

CONCLUSIONES

Este estudio muestra que una proporción creciente de las hospitalizaciones en el HUAP corresponde a condiciones sensibles a la atención ambulatoria. Se hipotetiza que las tasas de estas hospitalizaciones pueden constituir en un indicador sensible de calidad y acceso a la atención ambulatoria.

Palabras clave: Hospitalizaciones, atención ambulatoria, ACSC.

Usted puede comentar éste y otros artículos publicados en la Revista Chilena de Salud Pública, enviando un correo electrónico a revistasp@med.uchile.cl