

**CARACTERISTICAS DE LA ATENCIÓN RELACIONADAS CON EL EGRESO
EFECTIVO EN PACIENTES DE UNA INSTITUCIÓN PÚBLICA DE SALUD.
ANTIOQUIA 2016**

**INVESTIGADORES PRINCIPALES
MARCELA PATRICIA MIRANDA CARDENAS
MARIA JOSÉ POSADA ESCOBAR
ESTUDIANTES MAESTRIA CALIDAD EN SALUD**

**DIRECTOR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
DR. RUBÉN DARÍO MANRIQUE**

**UNIVERSIDAD CES
DIVISIÓN DE SALUD PÚBLICA
GRUPO DE INVESTIGACIÓN: OBSERVATORIO DE SALUD PUBLICA
LINEA DE INVESTIGACIÓN: AUDITORIA Y CALIDAD EN SALUD
MEDELLIN – ANTIOQUIA
2018**

Tabla de Contenido

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
1.1. Planteamiento del problema	5
1.2. Justificación	10
1.3. Pregunta de investigación.....	13
2. MARCO TEÓRICO.....	14
2.1. Atención en salud	14
2.2. Egreso hospitalario	19
2.3. Egreso efectivo o alta efectiva	21
2.4. Teoría de colas	22
2.5. Tiempos muertos	25
2.6. Factores que influyen en el egreso hospitalario.....	28
2.6.1. El paciente y su familia.....	30
2.6.2. Estado funcional y complejidad del paciente.....	31
2.6.3. Días de hospitalización y estancias inadecuadas	33
2.6.4. La institución y el personal	34
2.6.5. Capacidad instalada.....	36
2.6.6. Costos	36
2.6.7. Sistema de salud.....	38
2.7. Calidad en salud e indicadores	38
2.7.1. Costos de no calidad.....	42
3. OBJETIVOS	45
3.1. Objetivo general.....	45
3.2. Objetivos específicos	45
4. METODOLOGÍA.....	46
4.1. Enfoque metodológico de la investigación.....	46
4.2. Tipo de estudio	46
4.3. Población de referencia	46
4.3.1. Criterios de inclusión	46

4.3.2. Criterios de exclusión	46
4.4. Muestra del estudio	47
4.5. Variables	48
4.6. Técnica de recolección de la información	51
4.6.1. Fuente de información.....	51
4.6.2. Instrumentos de recolección de la información	52
4.6.3. Proceso de obtención de la información	52
4.7. Análisis de datos.....	52
5. CONSIDERACIONES ÉTICAS	54
6. RESULTADOS.....	55
7. DISCUSIÓN	78
8. LIMITACIONES	96
9. CONCLUSIONES.....	98
10. CONFLICTO DE INTERESES	100
11. BIBLIOGRAFÍA	101

Índice de tablas

Tabla 1: Distribución del personal dentro de la institución al momento de realización del estudio.	9
Tabla 2: Fijación proporcional de la muestra para cada uno de los meses.	47
Tabla 3: Tiempo establecido para el egreso efectivo según cada servicio definido por juicio de expertos.....	48
Tabla 4: Variables incluidas en el estudio.....	49
Tabla 5: Distribución de los registros de egresos de acuerdo al lugar de residencia.	56
Tabla 6: Egreso efectivo/no efectivo de acuerdo al servicio.	60
Tabla 7: Medidas de tiempo en enfermería, farmacia y facturación.	61
Tabla 8: Asociación de variables al proceso completo de egreso.	64
Tabla 9: Asociación de variables al proceso de egreso realizado por el servicio de enfermería.....	67

Tabla 10: Asociación de variables al proceso de egreso realizado por el servicio de farmacia.	71
Tabla 11: Asociación de variables al proceso de egreso realizado por el servicio de facturación.	74
Tabla 12: Regresión logística del proceso de egreso en el servicio de farmacia. .	76
Tabla 13: Regresión logística del proceso de egreso en el servicio de facturación.	77

Índice de gráficos

Gráfico 1: Histograma de distribución de edades.	55
Gráfico 2: Ubicación de los registros de acuerdo a las salas de hospitalización. .	57
Gráfico 3: Distribución de los registros de acuerdo a especialidad tratante.	58
Gráfico 4: Esquema de tiempo proceso de egreso efectivo/no efectivo.	59
Gráfico 5: Relación tiempo estándar vs tiempo real de acuerdo al egreso realizado en cada servicio.	61
Gráfico 6: Tiempo de duración esperado vs. Tiempo obtenido	62

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

El problema del alta diferida o retardada ha sido escasamente tratado en la literatura, sin embargo, ha sido objeto de numerosas investigaciones en el Reino Unido, Suecia y EE. UU (1). Ésta ha sido una causa de preocupación en los últimos diez años; problemática que no se limita solo al Reino Unido, sino que existe información similar frente al tema en países como Israel (2), Estados Unidos (3), Noruega (4) y Nueva Zelanda (5) por mencionar algunos.

El alta diferida o retardada se define como la situación en la cual el paciente puede ser dado de alta de la institución, pero esta se ve retardada debido a que los acuerdos sobre cuidados prolongados y trámites administrativos no han concluido (6). Este hecho tiene consecuencias negativas para el paciente y para el sistema ya que el paciente continúa ocupando una cama (7) y hay mayor exposición de estos a riesgos innecesarios. Son los ancianos, con necesidades de salud complejas, los más vulnerables de presentar consecuencias negativas debido a dichas altas, y son estas necesidades las que tienen mayor asociación con las altas diferidas. En el año 2000 la Oficina de Auditoría Nacional estimó que entre los años de 1998 y 1999, 2,2 millones de días de cama se atribuían a los retrasos en la gestión para el alta de pacientes en este grupo, con un costo para el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido (NHS) de alrededor de £ 170 millones al año. (6)

Las altas diferidas o retardadas también son sinónimo de “Bloqueo de Camas” o “bed – blocking” en inglés, ya que la demora en el egreso de los pacientes genera un retraso en la disponibilidad de camas obstruyendo así el proceso de girocama. Dicha problemática refleja lo difícil y complejo que es mover a los pacientes a través de la cadena de cuidados y cumplimiento de trámites administrativos. (8)

El “bed – Blocking” tiene consecuencias en los diferentes niveles; a nivel micro, incrementa el tiempo de espera para los nuevos pacientes; y a nivel macro, el impacto en los costos del cuidado de la salud de una cama ocupada (9). En el Reino Unido dicha problemática se identifica como ineficiencia en el servicio y el uso inadecuado de las camas, lo cual ha llegado a convertirse en una problemática del sistema de salud. (9)

Durante la primera década del siglo XXI, algunos hospitales de los países bajos, trataron de abordar el problema mediante el uso de un “Departamento de Cuidados Intermedios” como un amortiguador para el bloqueo de camas. Sin embargo, la investigación ha demostrado que dichos departamentos no brindan suficiente resolución al problema pues esta se presenta muy a menudo por la falta de gestión intermedia. (8)

La existencia de altas diferidas en una organización de salud es un fenómeno con múltiples causalidades que reflejan circunstancias complejas entrelazadas entre sí. Por un lado, está el envejecimiento progresivo de la población, que es equivalente a un aumento del número de personas dependientes. Por otro, los cambios sociales experimentados en las últimas décadas que ha generado una modificación de las estructuras socio-familiares. Además, la necesidad y la importancia de hacer una valoración integral del paciente. Sin embargo, lo más significativo es el reflejo de las deficiencias del sistema socio-sanitario para responder a las demandas de la sociedad actual y la descoordinación existente entre las estructuras sociales y las sanitarias. (10)

El aumento de la demanda de camas en los hospitales públicos ha llevado a lo que muchos ven como una crisis que requiere un aumento sustancial en el número de camas. En Australia para el año 2050, si se conserva el aumento progresivo en la demanda, se mantienen las tendencias actuales del uso de camas hospitalarias, además del constante aumento, de manera exponencial, del número de pacientes

mayores frágiles, se requerirá un incremento del 62% de las camas hospitalarias para satisfacer la demanda esperada, a un costo casi igual a la totalidad del presupuesto sanitario de dicho país. (11)

El aumento de la demanda y la reducción en el número de camas hospitalarias disponibles se han incrementado en gran medida debido al volumen tan alto de ingresos de pacientes a través de los diferentes servicios hospitalarios, siendo el servicio de urgencias la principal puerta de entrada a hospitalización (entre 70 y 75% de los ingresos hospitalarios). Dicha problemática se ve reflejada en la saturación de los servicios, al punto de que pueden llegar a presentarse cierres temporales de estos ya que no cuentan con la suficiente disponibilidad de camas para atender sus necesidades. Ante tal desproporción entre oferta y demanda de servicios de salud, la eficiencia es una condición importante que se ve afectada debido a que los recursos son limitados. (12)

En los hospitales, las camas son uno de los recursos centrales para la prestación de servicios. Por eso, entre las medidas globales de la eficiencia hospitalaria están aquellas que se relacionan con el uso que se le dé a este recurso. El promedio de la estancia hospitalaria de pacientes es utilizado como indicador de eficiencia, porque resume el aprovechamiento de la cama y la agilidad de los servicios prestados en los hospitales. (12)

Es por esto que hoy en día, resulta muy importante aumentar la capacidad de camas de un centro hospitalario para poder así mantener una buena competitividad con respecto a las otras instituciones. En los diferentes países discrepan entre la necesidad del aumento en el número de camas y el aumento en la gestión de uso de esta; sin embargo, varios estudios demuestran que la capacidad de un hospital puede aumentarse significativamente sin requerir grandes inversiones para construir nuevas áreas o incluir nuevas camas. Una de las intervenciones que proponen y ha sido útil para aumento en la capacidad, es el uso de las tecnologías

de la información y la comunicación (TICs) para mejorar la coordinación del equipo interdisciplinario que participa en el proceso de alta, mejorando a su vez la comunicación interna entre disciplinas y así poder realizar una gestión más eficiente de las camas hospitalarias. (13)

La mayoría de los sistemas de salud buscan de manera activa reducir al máximo el número de camas y aumentar el giro cama convirtiéndolo en un proceso esencial para la mejora de la calidad incluyendo los siguientes pasos:

- Evaluación de un uso inadecuado de los servicios
- Determinación de causas de usos adecuados
- Identificación de procesos inadecuados y/o equivocados
- Corrección de procesos incorrectos
- Medición de cambios realizados

Esto conlleva a una reducción del uso inadecuado de los sistemas de salud y genera un ahorro en los costos de servicios de atención sin reducir la calidad de dichos servicios. (14)

Cabe anotar que son pocas las investigaciones que se tienen sobre características relacionadas con egresos efectivos hospitalarios en diferentes partes del mundo, y dicha problemática no es ajena en Colombia, pues en el país tampoco se encuentra evidencia de estudios de este tipo. A pesar de esto, el sistema obligatorio de la garantía de la calidad (SOGC) impulsa a un cumplimiento de indicadores de calidad en cuanto a eficiencia, oportunidad y productividad con el fin mejorar el proceso de giro cama, disminuir tiempos muertos, y disminuir los costos de no calidad, ya que estos ponen en riesgo el estado financiero de la institución. Actualmente no hay un análisis adecuado en la cadena de procesos asistenciales y administrativos que al fallar facilitan la ocurrencia de dichas situaciones. (15)

La institución donde se realizó la investigación es una empresa social del estado, prestador de servicios de salud de segundo nivel de complejidad, que cuenta con una población subsidiada de más del 50%. Cuenta con los servicios de urgencias, hospitalización, cirugía, y consulta externa, de estos servicios, el de hospitalización es el que representa más del 70% de la ocupación total de la capacidad instalada. Cuenta con servicios de hospitalización de medicina interna, pediatría, cirugía, urología, ginecobstetricia, maxilofacial, y ortopedia, con un giro cama de 6.5 días. Cuenta además con una planta de personal vinculado y tercerizados, constituido de la siguiente manera:

Tabla 1: *Distribución del personal dentro de la institución al momento de realización del estudio.*

Personal	Número de Personas
Médicos Especialistas	21
Médicos Generales	32
Jefes de Enfermería	40
Auxiliares Enfermería	130
Farmacia	15
Facturación	35
Aseo Hospitalario	25
Camilleros	18

Esta investigación estuvo enfocada principalmente en conocer las características relacionadas con el egreso efectivo de pacientes ubicados en el servicio de hospitalización de la institución entre los meses de enero y abril del 2016, debido a que podrían influir y afectar de una u otra forma en la eficacia y eficiencia de los tiempos de egreso, para así poder establecer específicamente cuáles de estos podrían llegar a ser los puntos críticos que afecten el proceso de giro cama que es uno de los indicadores de productividad a nivel institucional y que determinan calidad en la atención.

1.2. Justificación

Un sistema de salud engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos sanitarios, los cuales en conjunto tienen como objetivo principal llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud de los usuarios. La mayoría de los sistemas de salud nacionales están constituidos por el sector público, el sector privado, y las atenciones tradicional e informal. Las cuatro funciones principales de un sistema de salud se han definido como: la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión. (16)

Los procesos asistenciales integrados son una herramienta de mejora de la calidad dirigida a facilitar el trabajo de los profesionales y la gestión sanitaria. Dicho proceso detalla el itinerario de los pacientes y el conjunto de actuaciones, decisiones, actividades y tareas que se encadenan de forma secuencial en un evento asistencial específico dentro de la institución (17). Su elaboración depende del análisis del flujo de actividades, la interrelación entre ámbitos asistenciales y las expectativas del paciente; y se adapta al entorno y a los medios disponibles incorporando en su trayecto documentos prácticos que proporcionan evidencia científica (protocolos o guías o de práctica clínica). (18)

Muchos hospitales carecen de adecuada organización de dichos procesos y como tal de una política clara con respecto a las entregas de turno, los traslados entre servicios clínicos y la alta médica, procesos cruciales en la adecuada atención y seguridad del paciente. En el alta hospitalaria se requiere transferencia de responsabilidades entre servicios y entre personal asistencial y administrativo, los cuales por carencia de conocimiento o carencia de dichas políticas, y los múltiples trámites administrativos y una inadecuada planificación de tareas pueden derivar en mayor número de “bed-blocking” o bloqueo de camas. (19)

Como ya se mencionó, la existencia de altas diferidas puede ser reflejo de un fracaso en el proceso de planificación, sin embargo, la aplicación de gestión por procesos y la aplicación de herramientas como las TICs, han mostrado importantes resultados en lo referente a la disminución de altas diferidas o al menos reducir la demora. (10)

El proceso de altas reúne un conjunto de actividades claves en la gestión hospitalaria, las cuales son cruciales y requieren un control y manejo adecuado para realizar una planificación eficiente y adecuada de la gestión de camas hospitalarias. Es por esto que debe ser manejada de manera global, desde que el paciente ingresa en el hospital hasta que sale de este, siendo crucial una valoración integral del paciente incluyendo la situación socio-familiar y económica. (10)

El alta hospitalaria es considerada como uno de los puntos críticos y más frecuentemente alterada durante el proceso de atención al usuario tanto en el ámbito asistencial como en el administrativo, en la mayor parte de los sistemas sanitarios del mundo. Dicho proceso debe culminar cuando un paciente previamente ingresado (es decir, que al menos haya producido una estancia), desocupa la cama que tenía asignada, ya sea por alta médica (mejoría del cuadro clínico), alta voluntaria, traslado a otro centro o muerte. (13)

Realizar un adecuado control de este punto crítico es uno de los elementos claves a tener en cuenta por parte de los profesionales y del personal administrativos en el proceso de gestión hospitalaria, ya que los procesos de alta o egreso hospitalario van más allá del propio momento de alta, pues incluye una serie de estrategias que llevan a cabo el usuario y su familia para cuidados posteriores al alta y procesos administrativos pertinentes para la salida de la institución. (20)

Un aspecto importante y altamente debatible es la definición de alta diferida. Existen múltiples herramientas que pretenden establecer la adecuación de una estancia

hospitalaria y determinar consiguientemente si un alta es adecuada o está siendo indebidamente prolongada. Se han creado modelos matemáticos que otorgan un peso a cada paciente en función de sus características adjudicándole una estancia media previsible (21), sin embargo no hay definición clara sobre esta.

Es por esto que se define que un alta diferida es la que se produce cuando, un paciente es dado de alta del hospital, pero continúa ocupando la cama por un problema no médico. Esta circunstancia sobrecarga el sistema sanitario, aumentando así los costos de no calidad, sin embargo la frecuencia real de la ineficiencia durante el alta, los altos costos inoficiosos, y la pérdida de días útiles de hospitalización, no han sido evaluados en el país hasta la fecha. (17)

Sin embargo, cabe resaltar, que debido a la relevancia de los costos de inversión en calidad y los costos producidos por las fallas en la multiplicidad de procesos existentes, injustificados y significativamente altos (costos de no calidad), en las instituciones de salud se ha venido considerando cada vez con mayor importancia la medición y análisis de estos, con el fin de apoyar la toma de decisiones de mejoramiento y control, y en la adopción de estrategias de contención de costos, que logren garantizar la viabilidad financiera y la obtención de excedentes operativos para su desarrollo científico y tecnológico. (22)

La idea con este proyecto fue evaluar el estado del proceso de alta en la institución entre los meses de enero y abril de 2016, y evaluar las características de la atención relacionadas con el egreso para poder establecer estrategias destinadas a mejorarlo, de manera que se mejore tanto la seguridad del paciente como los indicadores hospitalarios de calidad y de esta forma disminuir los costos de no calidad, lo que ayudaría a mejorar el giro cama, y contribuiría a garantizar la suficiencia financiera de la institución debido a que se optimizan los recursos.

1.3. Pregunta de investigación

¿Cuáles son las características de la atención relacionadas con el egreso efectivo de pacientes ubicados en el servicio de hospitalización de una institución de segundo nivel de atención de Antioquia en el periodo comprendido entre enero y abril de 2016?

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Atención en salud

Las condiciones de salud pueden ser definidas como las circunstancias en la salud de las personas que se presentan de forma más o menos persistente y que exigen respuestas sociales reactivas o proactivas, eventuales o continuadas y fragmentadas o integradas de los sistemas de atención de salud. (23)

La atención en salud es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país... y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad” (24). Además, define los sistemas de atención de salud como el conjunto de actividades cuyo propósito primario es promover, restaurar y mantener la salud de una población para alcanzar los siguientes objetivos: un óptimo nivel de salud, distribuido de forma equitativa; la garantía para todos los ciudadanos de una protección adecuada frente a los riesgos; la acogida humanizada de los ciudadanos; la prestación de servicios seguros y efectivos; y la prestación de servicios eficientes. (23)

Dichos sistemas, son las respuestas sociales producidas a partir de las necesidades, demandas y preferencias de salud de los ciudadanos y, como tal, deben operar en total coherencia con la situación de salud de las personas que hacen uso de estos, dando valor agregado al enfrentar una condición de salud mediante un ciclo completo de atención a ella. (23)

Estas situaciones de salud están condicionadas por dos variables, el tiempo de duración de dicha condición y la forma de enfrentamiento por parte del sistema. En cuanto al tiempo de duración pueden ser calificadas como agudas las cuales en general, presentan un curso corto de duración, inferior a tres meses, y tienden a

auto-limitarse, o en crónicas las cuales tienen un período de duración más o menos largo y en los casos de algunas enfermedades, tienden a presentarse de forma definitiva y permanente. Cabe resaltar que algunas condiciones agudas pueden evolucionar y convertirse en crónicas, y por otro lado las condiciones crónicas pueden presentar períodos de agudización. (23)

Actualmente en el mundo estas condiciones de salud han ido aumentando debido a diferentes factores como: cambios demográficos, cambios en patrones de consumo y cambios en los estilos de vida. Según la OMS, las enfermedades crónicas y los disturbios mentales representan 59% del total de defunciones en el mundo. Se presume que ese porcentaje alcanzará 60% para el año 2020 y las mayores incidencias serán de enfermedades cardíacas, accidente cerebrovascular y cáncer. Para el año 2020 se estima que las condiciones crónicas serán responsables del 78% de la carga global de enfermedades en los países en desarrollo. (23)

En Colombia existe un modelo de aseguramiento social, con integración público--privado y dos regímenes de aseguramiento: subsidiado para aquellos sin capacidad de pago, y contributivo para la población del sector formal y los independientes con capacidad de pago. Su objetivo central es mejorar las condiciones de salud de la población a través de la política de atención integral en salud la cual orienta al sistema hacia el cumplimiento de dichas condiciones generando regulación de los agentes para que brinden “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud” de acuerdo con lo estipulado en la ley estatutaria de salud. Para esto el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) ha logrado avances en lo relacionado con cobertura, acceso y equidad; y en paralelo se ha evidenciado una expansión en la oferta nacional de los servicios de salud, sin embargo dicho comportamiento no es sostenido, principalmente en cuanto a capacidad instalada y

a recursos humanos se trata, denota recursos insuficientes para la demanda actual en salud. (25)

El proceso de atención hace referencia a aquella actividad mediante la cual se crea una relación médico – paciente que está dirigida a identificar y solucionar uno o más problemas de salud presentes en el paciente. Dicho proceso se realiza a través de un modelo simplificado, donde intervienen áreas asistenciales, administrativas, docentes e investigativas. Es un modelo elaborado de acuerdo a las actividades realizadas por parte del personal asistencial durante la evaluación del paciente en donde se identifican tres momentos: 1) la obtención de la información, 2) la interpretación de la información y 3) la toma de decisiones, cada uno de los cuales posee un objetivo específico en función del objetivo general del proceso (26). Este es aplicado por todo el mundo, incluyendo en Colombia, a través de las diferentes entidades ya sean estas públicas o privadas, o ambulatorias u hospitalarias, así como en los diferentes servicios de atención como consulta externa (general y especializada), hospitalización, urgencias, o atención domiciliaria.

La promesa de valor para el paciente en cualquier sistema de salud en el mundo suele ser la prestación de una atención segura y de alta calidad, y para esto es importante la organización de los hospitales como parte esencial de todo programa de asistencia médica. Es necesario que los médicos generales y los especialistas puedan contar con un servicio hospitalario eficaz, y requiere de una institución con capacidad de desempeñar un papel importante en los programas de salud y bienestar social. Es cada vez más urgente que dispongan de información básica sobre los problemas relacionado con la planificación y administración de hospitales para así poder mantener una institución sólida y estable económicamente. (27)

La efectividad clínica es un tema inherente a la misión de las instituciones de salud. Por esa razón, no puede estar ajena en una visión responsable de la calidad asistencial. Es muy probable que la evolución en la efectividad esté liderada por

equipos de salud con una actitud proactiva, conformados por profesionales dispuestos a cerrar la brecha entre el conocimiento y la acción, y que se muestren responsables en el uso de los recursos. Esto en conjunto con la estandarización de procesos asistenciales avizora una alternativa más pausada, progresiva, y racional en un contexto de calidad y seguridad. (28)

La estandarización de procesos asistenciales en los servicios de salud fue implementada durante años a través de las clásicas normas de diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, el desarrollo de epidemiología clínica, medicina basada en la evidencia e investigación en servicios de salud le otorgaron nuevas dimensiones. Los puentes que están surgiendo entre éstas áreas son cada día más sólidos y tanto la actividad asistencial, la administración de salud y la salud pública están dejando de ser temas separados. La información fluye en todos los sentidos generando una retroalimentación positiva entre todas estas actividades. La medición sistemática de procesos y de resultados clínicos, así como las repercusiones económicas que éstos generan, y las intervenciones en las organizaciones para mejorarlos, surgen como nuevas áreas de desarrollo en los servicios de salud. Éstos empiezan medir su efectividad en forma colectiva, más allá de las experiencias individuales entre los pacientes y los profesionales de la salud. (29)

Uno de los mecanismos para realizar las mediciones previamente mencionadas es la auditoría, la cual es uno de los componente de mejoramiento continuo en el sistema obligatorio de la garantía de la calidad en salud (SOGC) del país, y es definida como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad “concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el sistema único de habilitación” (12). De acuerdo a los últimos planteamientos referentes a la clasificación de los métodos de evaluación, implica que las técnicas a través de las cuales se implementa la auditoría se incluyen en la categoría de métodos de

evaluación de problemas de calidad (30). Estos problemas son entendidos como un resultado de calidad deseable que no se consigue o un resultado no deseable que se presenta durante la prestación de los servicios y que está relacionado con una atención previa. (31)

Para el país, el SOGC y en particular la auditoría apuntan específicamente hacia la atención en salud (32), y tanto este como el mejoramiento de la calidad deben trascender en su alcance al ámbito de los servicios asistenciales. En efecto, el cuidado de la salud de la población debe concebirse como un esfuerzo articulado en el cual concurren el sector salud, los usuarios, y los diversos sectores productivos del país. (33)

La atención en salud, como parte del proceso de cuidado de la salud, comprende el conjunto de actividades que realizan los organismos de dirección, vigilancia, inspección y control, tanto en el ámbito nacional como en los territorios, las entidades administradora de planes y beneficios, y las instituciones prestadoras de servicios de salud, los profesionales independientes de salud y los grupos de práctica profesional. Para esto, todas las organizaciones del SGSSS de acuerdo con sus objetivos y competencias, tienen como propósito garantizar la calidad de la atención en salud. (33)

Para el SOGC la calidad en la atención en salud está definida como “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”. Cabe resaltar que dicha definición introduce el concepto básico de la calidad, y es entendida como una relación entre beneficios, riesgos y costos, teniendo en consideración los recursos disponibles, y debe estar basada en el conocimiento de la evidencia científica y no ser ajena a la eficacia, la efectividad y la eficiencia. (33)

Es importante saber que la calidad en la atención concede una gran importancia a la accesibilidad y la equidad como condiciones complementarias entre sí, e indispensables para contribuir al logro de resultados deseables en salud. En efecto, el primer reto en materia de calidad de un servicio, en cualquier sector de la economía, consiste en garantizar el acceso a toda la población, y en la medida en que el acceso se restrinja a cualquier grupo, los resultados diferenciales serán una prueba de la inequidad de dichos servicios.

En este contexto, resulta de singular importancia la acción coordinada entre EPS, IPS y entidades territoriales de salud, las cuales en conjunto con unos niveles profesionales óptimos pueden ofrecer un excelente resultado al tener interacción entre factores estructurales y factores de procesos de acuerdo con guías de atención basadas en la mejor evidencia científica disponible. (33)

El otro pilar del SOGC es la atención centrada en el usuario o cliente externo el cual es un elemento transversal en la definición de calidad en la atención. En la actualidad la integridad y la continuidad son aspectos necesarios para el buen resultado de la atención y el bienestar de la población. Para lograr estos objetivos se requiere que las organizaciones cambien la forma de planear, realizar y evaluar los procesos. El esfuerzo debe estar dirigido a la atención y entrega del servicio en forma planeada e integral, acompañada de una gestión transparente para el usuario y su familia, e incorporando las necesidades del paciente y su familia en el diseño, ejecución, evaluación y mejoramiento de los procesos de atención. Esta forma de evaluación implica que la organización debe coordinar y articular todas las actividades desde que el usuario llega a la institución hasta que sale. (33)

2.2. Egreso hospitalario

El proceso hospitalario consiste en una agregación de actividades hospitalarias en un paciente, y culmina con el alta hospitalaria; su análisis de eficiencia se ha venido desarrollando desde la década 1980-89 (34). El egreso hospitalario está definido

como la salida de la institución del usuario que ocupó una cama hospitalaria, y fue dado de alta por médico tratante, quien elaboró la nota de egreso correspondiente, y ésta quedó registrada en las indicaciones médicas (35). Éste puede darse por alta médica, remisión a otra institución o establecimiento, fallecimiento o retiro voluntario por parte del paciente (36). Es un procedimiento técnico administrativo que está a cargo de diferentes servicios y es responsabilidad del personal de la institución como el médico, la enfermera jefe, los auxiliares de enfermería, el regente de farmacia y los facturadores llevarlo a un término adecuado. (37)

Varios estudios han demostrado que un equipo multidisciplinario permite mejorar la evaluación de las necesidades sociales de los pacientes y sus familiares al momento del alta. Un plan de alta estructurado adaptado a cada caso reduce discretamente las estadías hospitalarias y los reingresos en adultos mayores con patología médica (20). El proceso adecuado permite la reincorporación del paciente a su medio habitual, estandarizando el conocimiento, las estrategias y herramientas que acordes a sus necesidades de salud dé continuidad a sus cuidados, precisando la documentación clínica legal exigida para su salida del centro hospitalario. (37)

Las intervenciones que pueden tener un impacto positivo en la reducción de los problemas post alta en adultos, son aquellas con componentes educativos, y las que combinan intervenciones pre y post alta (37). Sin embargo los médicos sobreestiman el tiempo invertido en educación y el grado de comprensión de los pacientes, lo cual resalta la necesidad de mejorar los métodos de comunicación (19). Por parte de enfermería, buscando siempre mantener la salud y el bienestar de los pacientes, tienen una función educadora esencial ya que la salida de los pacientes desde la institución a sus hogares implica que los familiares o cuidadores deban aprender a realizar tareas complejas y muchas veces desconocidas. (38)

2.3. Egreso efectivo o alta efectiva

Cada vez son más los hospitales que reconocen la importancia del momento de transición del paciente del entorno hospitalario al ambulatorio, y con ello, aumentan los esfuerzos por identificar los problemas en el proceso y evaluar posibles intervenciones para optimizarlo. (38)

Un estudio realizado en Canadá en 2010, contabilizó que los retrasos en las altas suponían cerca del 2% de los días de hospitalización, lo que supone un costo significativamente elevado (38). Las instituciones de salud tienen la necesidad de reducir la estancia hospitalaria para aumentar el flujo de pacientes a través del logro de mayores niveles de eficiencia. Según el grupo de investigación de Advisory Board Company, los hospitales que logran reducir las estancias prolongadas de pacientes pueden agregar camas, aumentando así la capacidad efectiva (39). Una de las intervenciones que se proponen como útiles es la planificación del alta.

La ley de seguridad social en salud en Colombia enfrenta a las instituciones de salud al reto de la competitividad en el que la calidad en la atención es un factor determinante para la sobrevivencia en el mercado. (39)

La duración del proceso de alta hospitalaria es variable, sin embargo es poca la información encontrada sobre el tiempo que debería durar, usualmente este es establecido por cada institución, e idealmente debe durar menos de dos horas (120 minutos), considerando esto como un egreso efectivo. Cuando el proceso se retrasa, se conoce cómo, como se mencionó anteriormente, alta diferida o retardada, tema que también ha sido escasamente tratado en la literatura (1). Este se presenta cuando existe un retraso en el alta por más de dos horas debido a un problema no médico, generado así un retraso en la disponibilidad de camas, obstruyendo el proceso de girocama, sobrecargando el sistema sanitario y aumentando los costos de no calidad. (17)

Una mala realización del proceso de alta incrementa los costos de operación por el uso no apropiado de los recursos. La estancia prolongada implica un desperdicio o

mala utilización de los recursos económicos y humanos, ya que lleva a costos adicionales en términos de personal, alimentación, insumos, uso de equipos y utilización de recursos extras del hospital. (40)

2.4. Teoría de colas

El aumento significativo de la demanda de servicios crea al interior de las organizaciones un crecimiento y mejoramiento como parte dinámica de su evolución corporativa; así mismo, el aumento en sus utilidades ofrece la posibilidad de invertir en ellas mismas con el ánimo de ampliar y expandir su influencia en el mercado al que pertenecen. A pesar de esto, los problemas por la inadecuada planeación de los recursos en pro de satisfacer las necesidades de sus clientes continúan y de hecho se intensifican conforme va creciendo la organización. Situaciones de espera y congestiones se presentan en la medida en que la oferta del servicio es inferior respecto a la demanda del mismo y se crean las denominadas colas, que además de molestas, restan puntos a la calidad percibida del servicio. (33)

Muchas industrias de servicios tienen un sistema de colas, en el que los productos o clientes llegan a una estación y esperan en una fila, obtienen algún tipo de servicio y luego salen del sistema. Este tipo de fenómeno se origina cuando los usuarios de un determinado servicio llegan con mayor rapidez a la que este tiene capacidad de despachar, y por tal motivo se acumula personas u objetos que deben esperar para ser atendidos. (33)

La teoría de colas es la rama de la investigación de operaciones que estudia el comportamiento de los sistemas de atención, en que los clientes eventualmente esperan por el servicio Su estudio inició en 1909 cuando A. K. Erlang aplicó en 1909 la teoría de las probabilidades al comportamiento de las conversaciones telefónicas. Este y otros trabajos permitieron comprender y controlar las redes de telefonía, cuyos altos costos obligaban a asignar de manera óptima los componentes

electrónicos para mantener los tiempos de espera dentro de estándares aceptables. (39)

A pesar de que la idea de la teoría de colas surgió de una red, solo fue concebida, trabajada y determinada como tal en los estudios realizados por Jackson cincuenta años después, en donde se analizaron las redes abiertas y cerradas de colas y se evidenció que las tasas de llegada son independientes del estado de la red. (33)

La aplicabilidad de la teoría de colas es muy amplia en la administración de las organizaciones, pues el dilema entre la eficacia (dar un buen servicio) y la eficiencia (hacerlo con pocos recursos) es universal (39). Es el estudio de dicha espera en sus diferentes formas, usando los modelos de colas que representan los sistemas de líneas de espera que surgen en la práctica. Las fórmulas para cada modelo indican cual debería ser desempeño del sistema correspondiente y señalan la cantidad esperada de tiempo y personas en una cola, en una gama de circunstancias. (33)

En los sistemas de atención en donde se forman dichas colas, se hace necesaria la gestión eficiente de los recursos con el propósito de brindar un mejor servicio. Para ello, se debe conocer el comportamiento de dichos sistemas a través de un estudio de las variables que intervienen en él y cómo estas afectan las medidas de desempeño, buscando llegar a conclusiones acerca de diseño óptimo de un sistema en las complejas estructuras de colas que existen actualmente. (33)

Los modelos de colas apoyan la toma de decisiones al identificar y relacionar los indicadores de desempeño de interés del administrador (por ejemplo, la capacidad instalada) y los de interés de sus clientes (por ejemplo, el tiempo de espera). Los modelos también ayudan a mejorar la calidad del servicio, estimando e informando al cliente cuánto tiempo debe esperar hasta ser atendido. (39)

Una línea de espera está constituida por un cliente que requiere de un servicio que es proporcionado por un servidor en un determinado periodo. Los clientes entran aleatoriamente al sistema y forman una o varias colas para ser atendidos. Si el servidor está desocupado, de acuerdo a ciertas reglas preestablecidas con el nombre de disciplina del servicio, se proporciona el servicio a los elementos de la cola en un periodo determinado de tiempo, llamado tiempo de servicio y luego abandonan el sistema. (33)

Un aspecto determinante para la calidad del servicio es el tiempo que se debe esperar para obtenerlo. El tiempo se divide en dos componentes: el lapso de servicio y el tiempo de espera. En general se prefiere tiempos de atención breves, si bien algunos servicios demandan un lapso mínimo. Casi siempre el costo psicológico del tiempo de espera es mucho mayor que el del lapso de servicio. (39)

Quizás el principal motivo por el cual el costo psicológico de esperar es tan alto, es que usualmente los clientes no ocupan su tiempo mientras. Para evitar esta pérdida de tiempo, en algunos casos se adelanta el inicio de la atención. Una manera de aliviar la molestia del cliente es respetar ciertas normas de justicia, como por ejemplo, que se atienda primero a quienes llevan más tiempo esperando. (39)

En el caso de los sistemas de una sola cola, esto implica utilizar la política FIFO (first in first out), es decir, atender en orden de llegada. En los sistemas de varias colas, no se puede garantizar la norma de atender primero a quienes llevan más tiempo esperando, porque cualquiera de las colas puede atrasarse fortuitamente. (39)

Esta teoría apoya la gestión de las empresas y organizaciones que atienden público, cuantificando la manera en que se combinan los indicadores de efectividad (calidad del servicio), de eficiencia (uso de recursos) e internos (de diseño del sistema). Dependiendo de las características específicas de cada sistema, las fórmulas

muestran de manera estilizada las relaciones de transacción entre estos indicadores. (39)

Los objetivos de la teoría consisten en: - Identificar el nivel óptimo de capacidad del sistema que minimiza el coste global de mismo. - Evaluar el impacto que las posibles alternativas de modificación de la capacidad del sistema tendrían en el coste total del mismo. - Establecer un balance equilibrado (“óptimo”) entre las consideraciones cuantitativas de costes y las cualitativas de servicio. - Hay que prestar atención al tiempo de permanencia en el sistema o en la cola: la “paciencia” de los clientes depende del tipo de servicio específico considerado y eso puede hacer que un cliente “abandone” el sistema. (41)

Sus características son: - El número de clientes atendidos al mismo tiempo, puede tratarse de un único cliente atendido a la vez o varios, es decir, atendidos en grupo. - Si permite o no la prioridad. - El primer cliente que llega es atendido inmediatamente, pero durante el transcurso del tiempo los clientes se van acumulando y se forman las colas. El tiempo que tienen que esperar aumenta gradualmente con el tamaño de la cola. (41)

Esta teoría con sus efectos, a pesar de que usualmente se aplica para empresas de producción, también puede ser aplicada a los servicios de salud, entre estos los servicios hospitalarios en donde en el traslado de pacientes entre servicios y al momento del alta se pueden generar esperas prolongadas entre y para los usuarios.

2.5. Tiempos muertos

Los sistemas de salud, al igual que el resto de la sociedad, se encuentran inmersos en la dinámica de la economía, por lo tanto, la escasez de los recursos, el alto costo de la atención y el presupuesto asignado a la salud adquieren relevancia. (42)

La adecuada planificación y programación de los recursos de un hospital influye directamente en la calidad de atención que se brinda a los pacientes. La ausencia de algún equipo, material o personal en el momento crítico, puede traer consecuencias tan graves que afecten la salud, integridad física e incluso la vida del paciente (42). Es entonces en aquellos momentos donde no hay una adecuada coordinación, cuando se crean los tiempos muertos. Estos tiempos, son aquellos momentos en donde no se está realizando un trabajo útil del que sólo el operario es responsable, intencional o no intencionalmente y dejando de usar eficientemente los recursos, aumentando así los costos de no calidad. (43,44)

Las instituciones de salud que manejan altos volúmenes de pacientes son incapaces de responder a las necesidades de los clientes y cumplir con los indicadores de calidad establecidos por el ministerio de protección social debido al alto costo de los servicios de salud que se generan por las largas estancias, incapacidad resolutiva secundario a la falta especialistas, y a la deficiencia de la gestión por parte de las áreas de apoyo aumentando así desperdicios de tiempo. Esto debido a fallas en los procesos, ya sea por su inadecuada construcción, inexistencia o desconocimiento por parte de los ejecutores de los mismos. (44)

El estudio de los tiempos y movimientos se ha desarrollado en organizaciones de tipo industrial y productivo, poco se conoce en instituciones de salud. Se busca, por medio de la optimización de los movimientos, disminuir los tiempos en la manufactura de algún producto y así poder aumentar la producción y por supuesto la rentabilidad de la empresa. (44)

Con la creación y el rápido crecimiento de la economía en salud, la identificación de los costos de la atención se ha configurado como una actividad prioritaria (28). La publicaciones en torno a los costos ha sido bastante extensa, y la metodología utilizada para su cálculo se ha caracterizado por ser muy variada (29). Ante este panorama, se postula que el uso eficiente de los recursos asignados, considerando

que en una institución de salud el costo de la atención entre diferentes unidades médicas debe ser similar, se plantea como objetivo estimar e identificar la variación del costo según el motivo de atención. (41)

Con respecto a los costos, Los establecimientos de salud se organizan bajo tres tipos de centros de costos: finales, intermedios y de apoyo. Los finales son los que entregan atenciones directas al paciente, los intermedios generan servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico y los de apoyo son los que entregan soporte logístico y administrativo. Los centros finales son aquellos que generan el producto final por el que se perciben principalmente los ingresos. Como ejemplo de estos, están los servicios clínicos (medicina, cirugía, pensionado, etc). Los centros intermedios o de apoyo son aquellos cuyo producto es necesario para que los centros finales cumplan a cabalidad su función, ejemplo: esterilización, imaginología, laboratorio clínico, etc. Por último están los centros funcionales o logísticos, que son los centros de costos cuya función es entregar su producción a otros centros de la organización, para que estos puedan cumplir en forma normal con la suya, ejemplo: central de alimentación, movilización, etc. (45)

La precisión de costos es de vital importancia, puesto que determina la viabilidad de la actividad. Para ello los hospitales deben costear todos los elementos que se utilizan en las distintas actividades realizadas en la atención de los usuarios desde el momento en que manifiesta la necesidad de hospitalización, hasta que egresa de la institución hospitalaria. (45)

Para esto se han implementado modelos de gestión clásicos tales como la aplicación de gestión de procesos, tiempos y movimientos, análisis sectorial del entorno estratégico, cuadro de mando integral entre otros que se enfocan en impactar tanto factores externos como internos de la organización. Sin embargo, ninguno de los modelos conocidos genera cambios en la ejecución de los procesos, en tiempo real puesto que se ha evidenciado que su implementación requiere de

tiempo, que en muchos casos se traduce en meses, lo cual no le permite a la organización generar respuestas en el día a día. (44)

2.6. Factores que influyen en el egreso hospitalario

Los estudios generalmente tienen como objetivo generar perfiles de los pacientes, analizar principalmente los factores demográficos, socioeconómicos y clínicos de los pacientes como la edad, el género, las condiciones de vida antes de la hospitalización, la dependencia de las actividades de la vida diaria, etc. (46)

Un importante porcentaje de la población cursa con patologías que requieren manejo de urgencias, hospitalización o de alto costo que sobrecargan el gasto del sistema de salud Colombiano y la capacidad instalada de las instituciones prestadoras de servicios de salud tanto en infraestructura como en insumos, medicamentos, profesionales de apoyo, médicos generales, especialistas y sub-especialistas. (44)

Durante el proceso de hospitalización, específicamente en el de egreso, son múltiples los factores que influyen, y este se ve afectado cuando uno o más de estos factores se alteran, por lo que es necesario corregir el proceso de acuerdo a la complejidad de estos (34). El alta retardada no puede ser explicada solo por barreras administrativas. La literatura sobre el problema sugiere que un número de otras variables relevantes para la política son responsables de los retrasos en los egresos. Las investigaciones realizadas recientemente sugieren que las características del paciente, el hospital y el área de servicio influyen en el uso innecesario de los servicios hospitalarios. (3)

Las características de los pacientes en las que los hallazgos parecen ser generalmente consistentes incluyen datos demográficos (edad, sexo, raza y arreglo de vida antes de la hospitalización); participación de la familia; y estado de alta real.

En otros estudios, los resultados reportados son menos consistentes en cuanto a los efectos de las necesidades de atención de los pacientes, incluyendo los procedimientos de cuidados intensivos y problemas de comportamiento, y el impacto de la situación financiera de los pacientes en relación con la fuente de pago anticipada para el cuidado postoperatorio en estadía. (3)

Las características del hospital, como la mezcla de casos, el tamaño de la cama, las tasas de ocupación, la garantía de los servicios relacionados con el cuidado a largo plazo y la carga financiera creada por los retrasos en el egreso también se han sugerido como factores que contribuyen a los retrasos del alta. Por último, el efecto de las características del área de servicio, en particular el suministro de camas de enfermería, ha recibido considerable atención en la literatura sobre los retrasos en los egreso. (3)

Las causas de los retrasos en los egresos son extremadamente diversas, pero otros estudios han identificado tres razones principales: a) los factores hospitalarios internos como causa principal, como esperar a otra opinión, una investigación planificada o una decisión de otro consultor; b) la falta de servicios de rehabilitación; c) otros factores, tales como la espera de las evaluaciones de la asistencia social o la financiación, las cuestiones relacionadas con los pacientes y los cuidadores, o factores tales como la vivienda.

En la revisión de la literatura se encuentra que las estancias prolongadas en los hospitales son a causa de factores derivados de los diferentes actores del sistema: personal de salud, administración hospitalaria, pacientes y relación entre entidades de la red de atención. (40)

2.6.1. El paciente y su familia

En la literatura se identifica un grupo específico de pacientes que generan más obstáculos para un alta hospitalaria más rápida que la población general. Este es el caso de las personas mayores que parecen hacer un uso más inadecuado de camas de hospital, demostrando mayores tasas de retraso. Estos retrasos son generalmente causados por mayores niveles de ingresos hospitalarios en las personas mayores, mayor discapacidad y necesidades sociales relacionadas. (3)

Otros grupos identificados que a menudo se piensa que bloquean camas de atención aguda con más frecuencia incluyen pacientes con enfermedades crónicas y personas con enfermedad mental o deterioro cognitivo. Esta población parece crear más retrasos debido a la falta de instalaciones comunitarias adecuadas para satisfacer sus necesidades. (3)

Cabe resaltar que los pacientes ancianos con bastante frecuencia requieren cuidados de enfermería en el hogar (3). Sin embargo en otros estudios, se ha demostrado que el incremento del riesgo es independiente del sexo, la edad, el tipo de servicio y la procedencia del ingreso, si bien puede haber otros factores, como la estacionalidad, la enfermedad en cuestión o las condiciones familiares y sociales. (47)

Cabe mencionar que en la literatura, se encuentra que la duración de la estancia hospitalaria también se puede ver afectada por características del paciente como el sexo viéndose en ocasiones más afectada las mujeres. Además su situación socio-familiar condiciona el apoyo a los cuidados en su domicilio, el rechazo de la familia a aceptar el traslado a un hogar de ancianos, o las condiciones inadecuadas de las viviendas. (40)

Por un lado, se registraron los motivos de la imposibilidad para el alta por parte de los familiares y/o pacientes, englobándose en los siguientes grupos: carencia de familiares y/o red de apoyo social; sobrecarga y/o incapacidad de los familiares para cuidar o imposibilidad de conciliar cuidados y vida laboral; no preparación al alta (no estar entrenados en el manejo de los cuidados, insuficiente rehabilitación o movilización del paciente en planta); domicilio inadecuado (barreras arquitectónicas, inhabitable, insalubre); carencia de domicilio; y otros, como problemas con el traslado. (48)

Por otro lado, se registraron otros motivo de la demora en sí como la espera de respuesta o de plaza vacante tras demanda de traslado a un hospital concertado; búsqueda de recurso privado (residencia, cuidador); búsqueda de recurso público; espera de resolución de la situación familiar; espera de acondicionamiento del domicilio, y otros. (49)

A veces el retraso se produce simplemente por el tiempo necesario para encontrar una fuente de pago para el paciente que sea aceptable para un proveedor.

2.6.2. Estado funcional y complejidad del paciente

El estado funcional de los pacientes puede ser clasificada de diferentes maneras y usando diferentes escalas. Entre las muchas escalas existe la realizada por la NYHA (New York heart asociation), también llamada WHO o escala de Zubrod. Su clasificación va desde I a IV en que I corresponde a “completamente ambulatorio” y IV a “discapacitado”, en algunos las describen desde 0 a 5 donde agregan el estadio cero como asintomático y el estadio 5 como muerto o fallecido (46):

- I – Sintomático, pero completamente ambulatorio (Restricción en actividad física exigente, pero ambulatorio, capaz de trabajar)

- II - Sintomático, < 50% del día en cama (ambulatorio, cuida de sí mismo, pero imposibilitado para trabajar.)
- III - Sintomático, >50% del día en cama, pero no postrado. (Limitado en los cuidados de sí mismo)
- IV - Postrado (Completamente discapacitado. No puede cuidar de sí mismo. Totalmente confinado a la cama o una silla)

El egreso de un paciente cuyo tratamiento es simple y que no tiene complicaciones asociadas, no tiene el mismo impacto que un paciente de alta complejidad. (34)

Según la Organización Mundial de la Salud (2013), en los últimos años, se ha generado una alarma mundial por el incremento de la enfermedad crónica no trasmisible (ECNT), en especial, en los países en desarrollo. Estas enfermedades son complejas, se prolongan en el tiempo y, por lo general, demandan apoyos de cuidado. Los planes de transición y de egreso hospitalario, usualmente confinados al plan de alta hospitalaria, es una expresión de este tipo de cuidado. (50)

El alta es un proceso complejo y multidisciplinario que debería ser especialmente minucioso en pacientes con alto riesgo de reingreso o de eventos adversos entre los que se encuentran pacientes dados de alta a casas de reposo; con hospitalizaciones muy breves; con hospitalización en los últimos 6 meses; en cuidados paliativos; con pobre red social de apoyo; con baja comprensión en relación a cuidados médicos; con consumo de sustancias; con limitada disponibilidad de transporte a controles; con polifarmacia; usuarios de digoxina, aspirina y clopidogrel, insulina y warfarina; adultos mayores con depresión; con cáncer, insuficiencia cardíaca o accidente cerebro vascular. (51)

2.6.3. Días de hospitalización y estancias inadecuadas

Las altas tardías se han convertido en un problema importante porque conduce a una duración imprevista de la estancia y el bloqueo de camas. Como resultado tanto la calidad como la rentabilidad de la atención pueden verse comprometidas.

Dentro de los instrumentos de identificación del uso inapropiado de estancias hospitalarias, el más conocido y utilizado es el Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) que consta de dos conjuntos de criterios: a) Criterios de admisión inapropiada, en el que valora la gravedad del estado del paciente (10 ítems) y la intensidad de los servicios que necesita (6 ítems); y b) Criterios de estancia inapropiada (a partir del primer día de ingreso), en el que valora la prestación de servicios médicos (11 ítems), servicios de enfermería (7 ítems) y la situación clínica del paciente (9 ítems). (52)

En cada uno de los dos conjuntos de criterios basta con reunir un criterio para considerar apropiada la estancia hospitalaria en el día revisado, e inapropiado cuando no cumpla ninguno de ellos. Pese a que el AEP está construido con criterios objetivos se ha valorado que en algunos casos pueden ser necesarias consideraciones adicionales y ciertas variantes, como en los pacientes sujetos a cirugía electiva. (52)

Dentro de la utilidad de este método de identificación de la hospitalización inapropiada, conviene no olvidar sus limitaciones: no tienen en cuenta el punto de vista de los pacientes ni de sus familias sobre la inadecuación del ingreso o estancia hospitalaria, no se valora la percepción del propio paciente de la gravedad de sus síntomas, ni otros factores sociodemográficos como el origen étnico, la inmigración, el nivel socioeconómico y el desempleo, que podrían actuar como determinantes de la utilización de servicios sanitarios. (52)

El AEP no evalúa la pertinencia de la atención médica que recibe el paciente, sino el nivel asistencial donde ésta se presta, de modo que pretende informar sobre el uso innecesario de recursos. (52)

2.6.4. La institución y el personal

Probablemente debido a diferencias económicas, organizativas y socioculturales, en los países anglosajones y nórdicos el fenómeno de altas diferidas ha aparecido con anterioridad, existiendo múltiples publicaciones al respecto. En las últimas décadas se han implementado reformas políticas que tratan de reducir las altas diferidas en los hospitales públicos. Todas ellas siguen un modelo similar: transferir los costos de la estancia hospitalaria de estos pacientes a los servicios sociales. De este modo, países como Suecia, Escocia o el Reino Unido han conseguido reducir las altas diferidas, aunque no tan sustancialmente como habría de esperarse. (48)

En España se aprobó en 2006 la «ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia», un proyecto del gobierno para financiar las necesidades de las personas dependientes. Se trata de un paso favorable, pero el proceso para su adjudicación resulta demasiado lento como para modificar notablemente el problema de las altas diferidas. (49)

Los retrasos en las altas pueden considerarse como un indicador de la escasez de formas alternativas de atención o pueden tomarse como una consecuencia de ineficiencias en el proceso de planificación de los egresos. La existencia de altas diferidas pueden ser el reflejo de un fracaso en el proceso de planificación del alta, proceso que se ha mostrado como una herramienta crucial para disminuir la aparición de este tipo de altas o al menos reducir la demora. La planificación del alta debe ser llevada a cabo desde que el paciente ingresa en el hospital, siendo crucial realizar una valoración integral del paciente que incluya la situación socio familiar y económico. (49)

Hay consenso en la literatura en que la utilización de los recursos hospitalarios es en ocasiones inadecuada e innecesaria, lo que supone un encarecimiento de la atención y la pérdida de recursos que podrían distribuirse de manera más eficiente. Se ha visto que las tasas de uso inapropiado del servicio de hospitalización oscilan entre el 6 y el 40% de las admisiones y el 12 y 39% de las estancias, habiéndose relacionado principalmente con ineficacias de los médicos (manejo médico conservador) o del hospital (52). Además la ausencia de un registro continuado de la evolución del paciente incrementa un 36% el riesgo de sufrir una estancia inapropiada y un proceso de egreso más lento. (47)

Tanto para la estancia inadecuada como para un egreso retardado en los factores asociados al personal de salud, se destacan factores propios relacionados con el criterio y competencia médica y la conciencia con respecto a la estancia del paciente en el hospital. Esto se traduce en no prestar atención a la necesidad de generar el alta una vez conseguido el propósito de la hospitalización. Además, fallas al ingreso del paciente por falta de un diagnóstico claro al ingreso y una admisión prematura. (40)

Con referencia a la administración hospitalaria, se observa que los factores asociados se deben a la eficiencia en la interacción del servicio de hospitalización con otros servicios del hospital. Además, se encuentran estudios que muestran que el flujo de atención se reduce en los fines de semana, ya que la disponibilidad de personal se reduce. (40)

Como la estancia y el alta hospitalaria no solo están relacionadas con problemas en la eficiencia de la administración hospitalaria, sino también con las características de los pacientes, se hace necesario recurrir a un método de “ajuste por riesgo” de la estancia, para determinar cuándo se incurre en estancia prolongada por problemas de la atención. (40)

2.6.5. Capacidad instalada

En los países latinoamericanos, la desproporción entre oferta y demanda de servicios de salud es un importante motivo de preocupación. En el caso de Colombia, el sistema de salud atraviesa una crisis por la incontenible demanda de los servicios de salud, que supera la capacidad de los hospitales para atender pacientes. Ante la desproporción entre oferta y demanda de servicios de salud, que conlleva la saturación de los servicios, la eficiencia es una condición importante debido a que los recursos son limitados. (40)

En los hospitales la cama es uno de los recursos centrales para la prestación de servicios (40). Las implicaciones financieras de los retrasos en los procesos de alta de los hospitales se relacionan con la incertidumbre que rodea los costos de la capacidad instalada de camas hospitalarias.

La institución de salud donde se realizó el estudio, es una entidad de segundo nivel en Antioquia la cual cuenta con dos sedes, las cuales tienen diferentes servicios de hospitalización distribuidos así: para medicina interna cuatro salas, para cirugía general seis salas, el servicio de ortopedia, pediatría y ginecobstetricia cuentan cada uno con una única sala. Presta servicios de medicina interna, cirugía general, pediatría, ortopedia, urología, ginecobstetricia y maxilofacial.

2.6.6. Costos

Los sistemas de salud, al igual que el resto de la sociedad, se encuentran inmersos en la dinámica de la economía, por lo tanto, la escasez de los recursos, el alto costo de la atención y el presupuesto asignado a la salud adquieren relevancia. (42)

El incremento permanente de los costos en la atención de la salud es causa de preocupación constante para aquellos cuya responsabilidad se basa en administrar sistemas o instituciones de ese mercado (53). Quienes parten del financiamiento

como base de los procesos de cambio para mejorar la situación de salud, presumen simplemente que las carencias son financieras y buscan nuevas formas de agregar más recursos a una organización cuyas deficiencias harán incrementar las ineficiencias. Desde luego que son necesarios recursos adicionales, pero también debe fortalecerse la capacidad para hacer un uso racional, institucional y socialmente eficiente de los mismos, pues como se sabe, una gran parte de los recursos de salud se desperdicia por prácticas de administración deficientes y el empleo de tecnología o de recursos humanos inadecuados. (51)

La evaluación de indicadores debe tenerse en cuenta ya que una disminución de los ingresos y de la estadía hospitalaria, condiciona no solo una reducción de los días/paciente, sino también de la utilización de las camas reales y de la dotación. Esto genera una limitación del gasto variable, lo cual se revierte en un gasto menor de medicamentos y material, del consumo de alimentos y del empleo de reactivos; un uso racional de los medios de diagnóstico, de la lencería y otro avituallamiento; un mejor mantenimiento de los equipos, así como una adecuada medición de la eficacia y efectividad de las estrategias sanitarias frente a los costos incurridos, donde el objetivo fundamental es invertir correctamente lo que en realidad se necesite para ser más eficientes y lograr una mayor satisfacción por parte de pacientes y familiares. (53)

El incremento del costo institucional presiona el paso de servicios de mayor a menor complejidad y de la institución al hogar (50). Las prolongaciones innecesarias, ya sea por causa administrativa o científica (deficiencias en la calidad técnica o prestación inapropiada de los servicios), genera costos por hospedaje y terapéuticos a la institución hospitalaria, que se identifican como ineficiencia y poca productividad, debido a que el promedio de estancia está relacionado directamente con el índice de rotación. (53)

2.6.7. Sistema de salud

Las principales fallas del sistema de salud en Colombia que afectan el proceso de alta son: la dificultad de la remisión de pacientes a otro nivel de complejidad cuando así lo requieren y la demora en las autorizaciones por parte de las entidades aseguradoras de salud. Esto evidencia los factores asociados con la falta de la consolidación de una red de atención. (40)

Sobre los gastos de sanidad se ha evidenciado que las variaciones de los períodos de estancia y de los costos diarios correspondientes, pueden deberse a las funciones que cumplen los establecimientos especiales dentro del sistema hospitalario, condiciones sociales, servicios de asistencia pos-hospitalaria a domicilio y tradiciones culturales, entre otras. (53)

2.7. Calidad en salud e indicadores

Los cambios en el escenario económico mundial exigen de los servicios de salud que produzcan los mejores resultados con la menor cantidad de recursos, en un escenario de aumento progresivo de las diferencias entre los recursos disponibles y la demanda de servicios de salud (54). La calidad es uno de los elementos estratégicos en que se fundamenta la transformación y mejora de los sistemas sanitarios modernos.

El concepto de calidad no es unidimensional y su valoración debe comprender todo un rango de atributos y perspectivas. No hay una sola definición o categoría, sobre lo que es la calidad de la atención en salud, en cualquiera se considera ésta, como los resultados esperados sobre los logros y expectativas deseados en salud y a las influencias positivas de los pacientes hospitalizados y de la población en general (55). Será el resultado de las políticas sanitarias, de hacer bien lo correcto, de la imagen de la organización que perciben los prestadores y receptores de los

cuidados, de la definición del servicio atendiendo al cliente interno y externo, y de la adecuada interacción entre ambos.

Dado el presente y futuro inmediato de austeridad en el sector sanitario, no resulta extraño que la búsqueda de la eficiencia en la hospitalización sea un marcador clave dentro del concepto de calidad asistencial. Se trataría de favorecer un uso más eficiente del hospital a través de la identificación y disminución de las admisiones y estancias inapropiadas. Esta definición asume que los cuidados prestados a los pacientes son siempre pertinentes desde el punto de vista clínico, ya que sólo se cuestiona el nivel asistencial donde tales cuidados se prestan y el momento y tiempo de su prestación. (52)

La evaluación de dicho proceso se refiere a aquello que los proveedores hacen a y para los pacientes y, en el otro sentido, a cómo los pacientes buscan la atención médica y responden a las pautas terapéuticas recomendadas. El impacto de estos procesos sobre la salud de los enfermos se denomina resultado. Los resultados médicos son aquellos cambios, favorables o no, en el estado de salud actual o potencial de personas, grupos o comunidades, que pueden ser atribuidos a la atención sanitaria previa o actual.

La revisión de la literatura permite identificar diferentes metodologías en el marco de la logística hospitalaria para entender y abordar los diferentes factores que prolongan el proceso y los efectos derivados de este. Estas metodologías se encuentran orientadas a lograr mayores niveles de eficiencia en la administración hospitalaria. (40)

En el objetivo de la búsqueda de la calidad asistencial confluyen los puntos de vista de cuatro protagonistas claves: (52)

- Al paciente le interesan los resultados médicos en términos de preferencias personales como la calidad de vida y duración del efecto.
- Al clínico le interesan los resultados en términos objetivos de riesgo/beneficio, junto a los atributos de la calidad del proceso asistencial, es decir, su relación con estándares científicos.
- Al gestor le interesa la eficiencia, la mejor relación costo/resultados de sus recursos en la realidad cotidiana, y la satisfacción de usuarios y trabajadores.
- Al político le interesa la eficacia de la estructura, entendida como consecución de objetivos en el tiempo, y la equidad, si los recursos están adecuadamente distribuidos y accesibles.

Sin embargo, uno de los aspectos más conflictivos entre estos es vencer la mutua desconfianza que se profesan médicos y gestores. Es preciso una nueva cultura de cooperación, en la que el médico debe entender que el más interesado en liderar la mejoría de la calidad asistencial es él, y el más capacitado, ya que es quien tiene más a mano la producción y comprensión de datos que aporten evidencias sobre los beneficios o perjuicios de los servicios de salud. (52)

En la formación académica de cada profesión del área de la salud está implícito el que a través de la aplicación de los conocimientos y la tecnología aplicada a la salud, se favorecerá la calidad de la atención para las personas a cargo y responsabilidad, sin obviar que la práctica profesional debe estar sujeta a marcos y códigos de ética, que se deben conocer, aplicar y hacer respetar. (55)

Todos los días, los pacientes son admitidos, reciben altas y son transferidos entre las unidades. En este contexto, cuando el flujo de pacientes se considera óptimo, los procesos prosiguen en una tasa estandarizada y constante. Sin embargo, con la existencia de ineficiencias, nos damos cuenta que surgen cuellos de botella que pueden comprometer la totalidad de la operación de la cadena de atención y operación hospitalaria, dañando la calidad, la seguridad y la satisfacción de los

pacientes, también de los médicos y empleados y, del mismo modo, limitando la sostenibilidad financiera de la organización (26). En los procesos de alta, un retraso puede afectar la calidad con la costo-efectividad de la atención. (56)

El sistema de información para la calidad en Colombia tiene por objeto monitorear la calidad de los servicios de salud para estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector y orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes, y en los niveles de calidad de los prestadores de servicios de salud y de las empresas administradores de servicios de salud, para que tome decisiones informadas al momento de ejercer los derechos que contempla el sistema general de seguridad social en salud (53). Sus mediciones las realiza a través de indicadores.

Los indicadores son variables que intentan medir u objetivar en forma cuantitativa o cualitativa, sucesos colectivos (especialmente sucesos bio-demográficos) para así, poder respaldar acciones políticas, y evaluar logros y metas. La OMS los ha definido como "variables que sirven para medir los cambios". Ellos son necesarios para poder objetivar una situación determinada y a la vez poder evaluar su comportamiento en el tiempo mediante su comparación con otras situaciones que utilizan la misma forma de apreciar la realidad. En salud, estos son instrumentos de evaluación que pueden determinar directa o indirectamente modificaciones, dando así una idea del estado de situación de una condición. (57)

Estos realizan evaluación de: la política sanitaria, las condiciones socioeconómicas, las prestaciones de atención de salud y el estado de salud de la población (mortalidad, morbilidad, natalidad, calidad de vida). Su información debe ser tomada de fuentes confiables, y debe tener técnica y rigurosidad en su construcción e interpretación. (58)

2.7.1. Costos de no calidad

La creciente incorporación de tecnología, los altos costos de los medicamentos, materiales y equipos, unido a las previsiones demográficas para las próximas décadas que indican un aumento en la población de la tercera edad, con el consiguiente aumento en el uso de las camas de hospital, han obligado a gerentes y/o gestores hospitalarios a utilizar esas camas de manera óptima, reduciendo los derroches en la atención a los pacientes durante su hospitalización, con el fin de garantizar un mayor acceso mediante el aumento la capacidad para distribuir a los pacientes, a partir de la búsqueda de servicios más eficientes con una atención integral, coordinada y compartida. (54)

Los servicios clínicos hospitalarios deben detallar todos los elementos de la infraestructura que se deben disponer para recibir un enfermo. Los costos generados por estos están a cargo de la institución, así como todas las tareas y actividades que se deben realizar en la atención del usuario de acuerdo a su problema de salud desde que éste manifiesta la intención de hospitalizarse, hasta que egresa de la institución. (59)

La implementación de un sistema de costos en las empresas de salud proporciona perspectivas al gerente y a todo el personal para proyectar su capacidad de inversión, elaborar presupuestos y apoyar los planes de desarrollo, lo cual es necesario para saber cuánto y qué capacidad de endeudamiento se tiene para la ejecución de estrategias. La identificación de los componentes del costo en la prestación de los servicios de salud debe conducir a un óptimo conocimiento de los distintos factores y elementos que en su oportunidad deban facturarse para generar una correcta recepción de los ingresos. (60)

La calidad persigue esencialmente producir al menor costo posible productos o servicios que satisfacen las necesidades de los clientes y simultáneamente, la máxima motivación y satisfacción de los empleados. (60)

Un sistema de costos es una de las herramientas de la gestión de la calidad, que pretende hallar oportunidades que faciliten los esfuerzos de mejora y que conduzcan a una reducción de los costos operativos. Sin embargo, no resuelve en sí mismo los problemas; para que sea realmente de utilidad debe ir acompañado de un proceso de mejora eficaz (60). Para las organizaciones dicho sistema es de suma importancia, ya que estos son los que determinan la viabilidad del servicio, el grado de productividad y eficacia en la utilización de los recursos. El modelo no puede basarse solamente en asignar los costos sobre un factor determinado, sino que deben identificar adecuadamente los recursos involucrados en las actividades realizadas en el respectivo centro. (35)

Los costos de no calidad en cualquier tipo de empresa son definidos como los costos incurridos derivados de las fallas cometidas. Se pueden dividir en tangibles e intangibles. Los tangibles a su vez se dividen en interno (se detectan antes de la entrega de un producto o servicio al cliente) y externo (se detectan cuando ya se le ha entregado el producto o servicio al cliente). Los intangibles son aquellos que no se pueden medir, en salud se ven representados la insatisfacción de los usuarios y en la pérdida de imagen institucional. (60)

El paciente durante el proceso de atención y egreso hospitalario recibe costos directos e indirectos, en donde los directos son aquellos producidos por la atención del paciente (medicamentos, intervenciones, procedimientos, hospitalización). Los indirectos, son aquellos que ayudan en la atención del paciente pero no son específicos para el (personal, electricidad, infraestructura, aseo), son los costos directos de la institución, que pasan a ser indirectos del paciente. Esto último genera una complicación en la determinación de búsqueda de un inductor de costos

apropiado que permita igualar los costos incurridos con los costos reconocidos. Arredondo y De Icaza señalan que el peso relativo de costos indirectos representa un alto porcentaje del costo total de la prestación de salud. (59)

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

Determinar las características de la atención relacionadas con el egreso efectivo en los pacientes ubicados en el servicio de hospitalización de una institución pública de segundo nivel de atención de Antioquia para el periodo comprendido entre enero y abril de 2016

3.2. Objetivos específicos

- Establecer las características sociodemográficas del paciente con orden de egreso del servicio de hospitalización de una institución pública de segundo nivel de Antioquia.
- Analizar los tiempos de espera de las áreas de farmacia, enfermería y facturación para el egreso de los pacientes.
- Identificar las características de la atención relacionadas con el egreso efectivo de los pacientes hospitalizados.
- Describir factores de la atención que puedan estar relacionados con el egreso efectivo en pacientes hospitalizados en una institución de salud.

4. METODOLOGÍA

4.1. Enfoque metodológico de la investigación

El siguiente estudio contó con un enfoque metodológico cuantitativo, el cual buscaba medir las características de la atención y su relación con el egreso efectivo.

4.2. Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, de corte trasversal, con intención analítica, según la clasificación del egreso (efectivo o no efectivo) realizado en el servicio de hospitalización de una institución de segundo nivel de atención de Antioquia.

4.3. Población de referencia

Como población de referencia se tomaron todos los registros de egresos de pacientes en el servicio de hospitalización en una institución pública de segundo nivel de atención de Antioquia en el periodo comprendido entre enero y abril de 2016.

4.3.1. Criterios de inclusión

Se incluyeron los pacientes hospitalizados ubicados en salas de hospitalización de una institución pública de segundo nivel de Antioquia que tuvieran orden de egreso.

4.3.2. Criterios de exclusión

- Registros de egresos con datos incompletos
- Pacientes hospitalizados ubicados en salas de urgencias que tengan orden de egreso
- Pacientes que llevaran menos de 24 horas hospitalizados

4.4. Muestra del estudio

Se tomó todo el censo de egresos de pacientes hospitalizados en los servicios de hospitalización de una entidad pública e segundo nivel de Antioquia, constituida por los registros obtenidos mediante criterios probabilísticos a partir de la población de referencia que estaba conformada por 4138 registros de egresos de pacientes en periodo de estudio.

La unidad de análisis fueron los registros de los egresos generados entre los meses de enero y abril de 2016 en el servicio de hospitalización de una institución pública de segundo nivel de Antioquia.

Para el cálculo de la muestra se utilizaron los siguientes supuestos estadísticos utilizando el módulo de muestreo de EPIDAT 4.2:

1. Confianza del 95%
2. Proporción esperada del evento (egreso efectivo): 50%
3. Precisión de la proporción esperada: 5%

Bajo estos supuestos se obtuvo un tamaño muestral de 352 registros.

Con el fin de que la muestra de estudio tuviera una composición proporcional a los datos para cada uno de los meses de acuerdo con el número de datos en la población de estudio se realizó un procedimiento de fijación proporcional, como se muestra en la tabla siguiente:

Tabla 2: Fijación proporcional de la muestra para cada uno de los meses.

Mes	Datos	Porcentaje	n
Enero	1287	31,1%	109
Febrero	1020	24,6%	87

Mes	Datos	Porcentaje	n
Marzo	774	18,7%	66
Abril	1057	25,5%	90
Población	4138	100%	352

Utilizando el mismo módulo de muestreo de Epidat 4.2 se hizo la selección muestral de cada uno de los meses de estudio, utilizando el criterio de muestreo aleatorio simple.

4.5. Variables

Debido a que en la literatura no se encontró información de cuanto debía durar el proceso efectivo y los procesos en enfermería, facturación y farmacia, estos se definieron a través juicio de expertos. Se consultó con médicos generales, médicos especialistas y personal administrativo de la institución y se determinó que un egreso efectivo era aquel cuya duración era máxima de 120 minutos, y se definía desde el momento en que se daba la orden de alta por el médico, hasta que el usuario dejará la institución; para el total de los dos procesos en enfermería la duración sería de 55 minutos como máximo; para facturación 45 minutos y para farmacia 20 minutos (tabla 3).

Tabla 3: Tiempo establecido para el egreso efectivo según cada servicio definido por juicio de expertos.

Proceso	Egreso Efectivo	
	Si	No
Egreso	120 minutos o menos	Más de 120 minutos
Enfermería	55 minutos o menos	Más de 55 minutos
Facturación	45 minutos o menos	Más de 45 minutos
Farmacia	20 minutos o menos	Más de 20 minutos

Para la evaluación de las características de la atención relacionadas con el egreso se tomaron en cuenta las siguientes variables.

Tabla 4: Variables incluidas en el estudio.

Nombre	Definición	Categorías
Egreso efectivo	El proceso de alta del paciente se realizó dentro del tiempo establecido (menos de 120 minutos)	1. Si 2. No
Egreso efectivo enfermería	El proceso de alta del paciente por parte de enfermería se realizó dentro del tiempo establecido (menos de 55 minutos)	1. Si 2. No
Egreso efectivo facturación	El proceso de alta del paciente por parte de facturación se realizó dentro del tiempo establecido (menos de 45 minutos)	1. Si 2. No
Egreso efectivo farmacia	El proceso de alta del paciente por parte de farmacia se realizó dentro del tiempo establecido (menos de 45 minutos)	1. Si 2. No
Servicio de hospitalización	En qué servicio estaba ubicado el paciente al momento del alta	1. Medicina Interna 2. Pediatría 3. Ortopedia 4. Quirúrgicas 5. Ginecología
Tipo de especialidad tratante	Especialidad tratante al momento del alta	1. Medicina interna 2. Cirugía general 3. Ortopedia 4. Urología 5. Maxilofacial 6. Ginecología 7. Pediatría
Mes de estancia	Mes en el que estuvo el paciente hospitalizado	1. Enero 2. Febrero 3. Marzo 4. Abril
Edad	Edad del paciente en años	1. 1-10 años 2. 11-59 años 3. Mayores de 60 años
Sexo	Sexo del paciente	1. Femenino 2. Masculino

Lugar de residencia del paciente	Lugar de residencia del paciente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Medellín 2. Otros
Régimen de afiliación	Régimen de afiliación del paciente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Régimen Especial 4. Pobre no asegurado 5. Particular
Red de apoyo familiar	El paciente cuenta con familiares/acompañantes o instituciones a cargo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
Días de hospitalización	Cuanto tiempo permaneció hospitalizado el paciente (en días)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1-4 días 2. 5-10 días 3. 11 o más días
Clase funcional del paciente	Estado funcional del paciente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Clase funcional I 2. Clase funcional II 3. Clase funcional III 4. Clase funcional IV
Número de pacientes	Número de pacientes que están realizando proceso de egreso al mismo tiempo que el paciente al que se le está realizando la medición	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1 a 5 pacientes 2. 6 o más pacientes
Tipo de egreso	Causa de egreso del paciente al momento del alta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mejoría 2. Muerte 3. Remisión 4. Retiro voluntario
Duración proceso de egreso	Tiempo que se demora desde el alta médica hasta el cierre en censo – Se toma desde hora de cierre de historia clínica por parte del médico hasta hora de cierre de censo por parte de enfermería	-
Primer tiempo de trámites de alta por parte de enfermería	Tiempo en minutos que se demora personal de enfermería en trámites administrativos a partir de la alta médica hasta proceso de devolución de insumos biomédicos y medicamentos al servicio de farmacia. - Se toma desde la hora de cierre de historia clínica por parte del médico hasta la hora de confirmación de devolución de insumos por parte de enfermería	-

Tiempo de trámites de alta por parte de farmacia	Tiempo en minutos que se demora personal de farmacia en confirmar devolución de insumos y medicamentos realizada por enfermería - Se toma desde la hora de confirmación de devolución de insumos por parte de enfermería hasta la hora de confirmación de devolución de insumos por parte de farmacia	-
Tiempo de trámites de alta por parte de facturación	Tiempo en minutos que se demora el personal de facturación desde confirmada la devolución de insumos y medicamentos por parte de farmacia hasta cierre de cuenta por parte de facturación – Se toma desde la hora de confirmación de devolución de insumos por parte de farmacia hasta hora de cierre de cuenta por parte de facturación	-
Segundo tiempo de trámite de enfermería	Tiempo en minutos que se demora enfermería desde cierre por parte de facturación hasta realizar egreso del paciente en censo hospitalario	-
Trámites pendientes por parte de la institución para el alta del paciente	Trámites requeridos por parte del paciente, los cuales deben ser realizados por la institución para poder ser dados de alta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Medicina en casa 2. Oxígeno domiciliario 3. Ninguno
Trámites pendientes por parte del paciente para ser dado de alta	Trámites que debe realizar el paciente previo al alta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Copago 2. Firma pagaré 3. Ninguno

4.6. Técnica de recolección de la información

4.6.1. Fuente de información

La fuente de información fue secundaria, ésta se obtuvo de los registros de egreso de los pacientes del servicio de hospitalización de una institución pública de segundo nivel de Antioquia en los meses comprendidos entre enero y abril de 2016.

4.6.2. Instrumentos de recolección de la información

Se construyó un instrumento en un documento de Excel que constaba con 23 variables distribuidas en características sociodemográficas de los registros, tiempos de espera de acuerdo a cada servicio y características de la atención relacionadas con el egreso.

Posterior a tener confinada la información se procedió a realizar re-categorización de las variables como puede observarse en la tabla 4.

4.6.3. Proceso de obtención de la información

La información se obtuvo a partir de los registros de egreso de los pacientes ubicados en los servicios de hospitalización; los investigadores se dirigieron hacia la institución pública de segundo nivel de Antioquia en los meses posteriores a abril de 2016 dos veces a la semana para realizar la recolección de la información.

4.7. Análisis de datos

Para las variables cualitativas se realizó distribución de frecuencias. Para las variables cuantitativas primero se aplicó la prueba de Kolmogorov – Smirnov, para probar la hipótesis de normalidad en la distribución. Para aquellas variables que se distribuyeron de manera normal, se utilizaron medidas de tendencia central como media y mediana; y de dispersión, como desviación estándar. En aquellas variables que no cumplían la condición de normalidad se describieron mediante mediana y rango intercuartil.

Para comparar el comportamiento de las variables cualitativas se utilizó la prueba de Chi - cuadrado. Para comparar variables cuantitativas y cualitativas de distribución normal se utilizó la prueba de T – student para comparar promedios entre variables. Aquellas variables que no cumplieron la condición de normalidad se

compararon por medio de la prueba de U – Mann – Whitney. Para aquellas variables que fueron cuantitativas con distribución normal con más de dos categoría se utilizó la prueba de ANOVA y cuando no seguían distribución normal se utilizó la prueba no paramétrica de Kruskal Wallis.

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con la resolución 008430 de 1993, norma científica y administrativa para la investigación en salud en Colombia, se considerará este estudio como investigación sin riesgo en el cual solo se estará utilizando información procedente de los registros de egresos.

Los registros de egresos se manejarán de forma anónima sin contar con ningún dato de identificación de la persona.

La entidad pública de segundo nivel de Antioquia conoce y aprueba la ejecución de esta investigación facilitando el acceso y disposición de los datos.

Los investigadores garantizarán la confidencialidad de los datos, en donde la información de la historia clínica no será divulgada por ningún motivo distinto que para los intereses de la investigación.

Ninguno de los pacientes será identificado con los hallazgos que tengan.

Todas las variables serán variables agregadas, ninguna de individualización.

El informe será entregado solo a la institución de segundo de nivel de Antioquia.

Esta investigación estuvo sujeta a normas y principios éticos que promuevan el respeto a los seres humanos, a proteger su salud y sus derechos individuales.

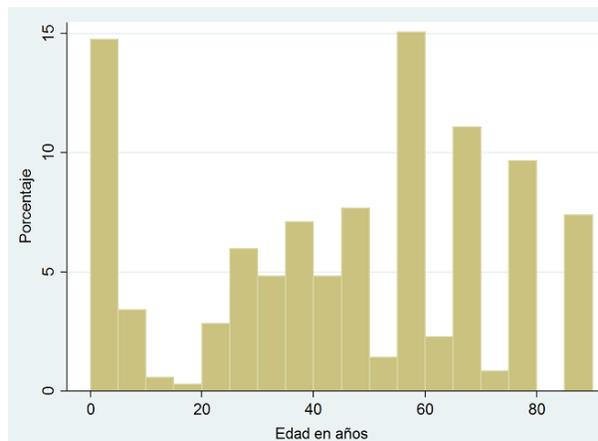
6. RESULTADOS

A continuación, se muestran los resultados obtenidos en el estudio, inicialmente se presenta un análisis descriptivo de las características de los registros de las personas que egresaron del servicio de hospitalización y posteriormente se realizó un análisis comparando el egreso no efectivo con el efectivo en los servicios de enfermería, farmacia y facturación.

La muestra analizada estuvo compuesta por 352 registros de egreso hospitalario del año 2016, de los cuales 184 registros correspondían a mujeres (52,3%) y 168 fueron hombres (47,7%).

Con respecto a la edad se encontró que el 49,4% (n= 174) tenía entre 11 y 59 años y el 32,4% (n= 114) tenían 60 años o más. Tan solo el 18,2% (n=64) de los registros tenían de 0 a 10 años. Con un promedio de edad de 46 años, una desviación estándar de 26 años, una mediana de 48 años y un rango intercuartil entre 27 y 67 años.

Gráfico 1: Histograma de distribución de edades.



El gráfico de distribución de las edades mostró que de cero a cinco años y las personas de 55 a 60 años, representaron cerca del 30% de los egresos. Además, se pudo concluir que la edad no seguía una distribución normal.

De los 352 casos, 190 de los registros (54%) correspondían a personas del régimen subsidiado, 134 (38%) del contributivo, 12 (3,4%) del régimen especial, y finalmente 16 (4,6%) casos no tenían ninguna afiliación a un régimen de salud.

La institución pública de segundo nivel de atención está ubicada en el municipio de Bello sin embargo se encontró que del total de los egreso 107 de estos (30,4%) tenían como lugar de residencia el municipio de Medellín y 245 (69,6%) otros municipios, predominando entre estos último los residentes en el municipio de Bello con 158 registros (44,9%). (Tabla 5).

Tabla 5: Distribución de los registros de egresos de acuerdo al lugar de residencia.

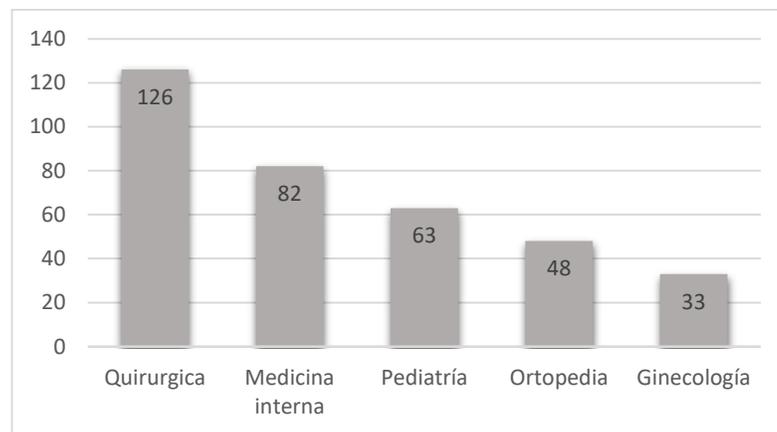
Lugar	Frecuencia	Porcentaje
Bello	158	44,9
Caldas	1	0,3
Copacabana	15	4,3
Envigado	52	14,8
Girardota	18	5,1
Medellín	107	30,4
Santuario	1	0,3

Predominaron los registros de pacientes completamente ambulatorios capaces de valerse por sí mismos, clase funcional I, con el 83,5% (n=294), seguido de aquellos que también eran ambulatorios, pero pasaron menos del 50% del día en cama, clase funcional II, con el 7,7% (n=27). La distribución entre de clase funcional III, aquellos que pasaban más del 50% del día en cama y eran parcialmente dependientes, y la clase funcional IV, pacientes que eran completamente dependientes, fue similar, aventajando mínimamente a la clase funcional III con el 4,8% (n=17) y solo el 4% (n=14) fueron clase funcional IV.

Se encontró que la mayoría de los pacientes (n=323 - 91,8 %) contaban con algún tipo de red de apoyo; solo el 8,2% (n=29) no tenían ningún tipo de apoyo.

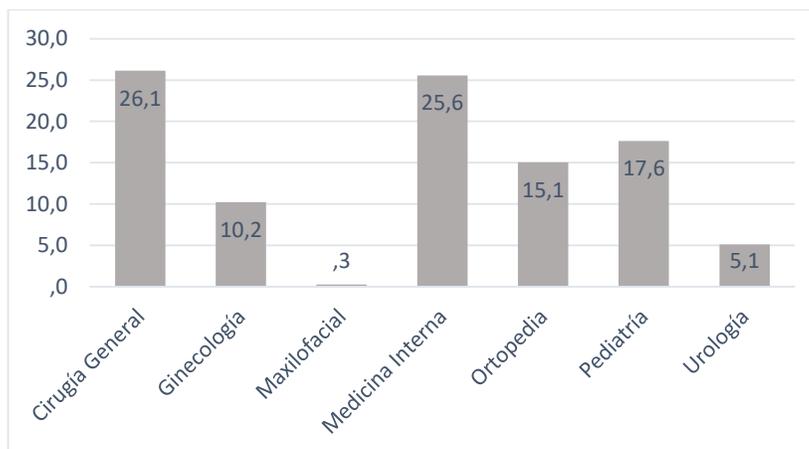
En cuanto a la ubicación dentro de las salas de hospitalización, predominaron los registros ubicados en salas de hospitalización quirúrgicas con el 35,8% (n=126), seguido de aquellos ubicados en sala de medicina interna 23,3% (n=82). Hubo una distribución similar entre pediatría y ortopedia, aventajando a aquellos hospitalizados en el servicio de pediatría con el 17,9% (n=63) mientras que el 13,6% (n=48) se encontraban en salas de ortopedia. En menor proporción, el 9,4% (n=33), estaban ubicados en salas de ginecología (Gráfico 2).

Gráfico 2: Ubicación de los registros de acuerdo a las salas de hospitalización.



De acuerdo a la especialidad tratante, se encontró que había una distribución similar entre aquellos casos que tuvieron como especialidad tratante cirugía general (26,1% - n=92) y medicina interna (25,6% - n=90), seguido de aquellos manejados por pediatría (17,6% - n=62) y ortopedia (15,1% - n=53). En menor proporción, estuvieron aquellos registros que contaban con manejo por ginecología (10,2% - n=36) registros que duplicaban a aquellos manejados por urología (5,1% - n=18). Tan solo un 0,3% (n=1) tenían como especialidad tratante cirugía maxilofacial. (Gráfico 3).

Gráfico 3: Distribución de los registros de acuerdo a especialidad tratante.



Para los días de hospitalización, se pudo observar que hubo una distribución parecida para aquellos registros que estuvieron de uno a cuatro días hospitalizados (49,1% - n=173) y aquellos registros con cinco a diez días de hospitalización (35,2% - n= 124) aventajando mínimamente el primer grupo. Solo el 15,6% (n=55) de los registros estuvieron once o más días hospitalizados.

Al momento del alta, se encontró que de aquellos registros que estaban realizando el proceso de egreso, el 91,8% (n=323) de estos, tenían uno a cinco paciente más realizando a la vez el mismo proceso, tan solo en el 8,2% (n=29) de los registros se pudo observar que había seis o más pacientes haciendo el mismo trámite.

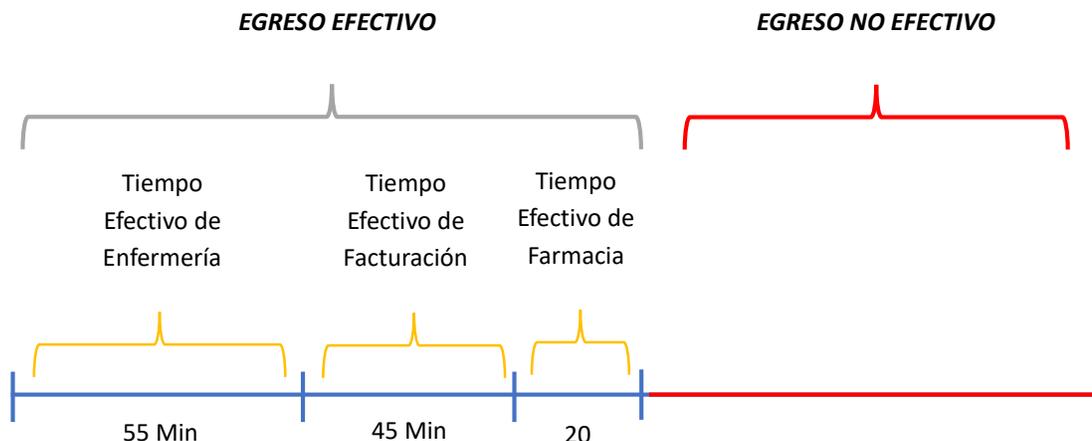
Revisando la condición de egreso, se pudo determinar que el 97,4% (n=343) fueron dados de alta por mejoría y apenas el 2.6% (n=9) fueron retirados del censo con condición de egreso muerto. No se encontraron pacientes dados de alta por proceso de remisión o retiro voluntario.

Se evidenció que al momento del egreso el 92,2% (n=327) no tenían ningún trámite institucional pendiente para poder ser dado de alta, mientras que el 4,3% (n=15) requerían de medicina en casa. Tan solo el 2,8% (n=10) requerían el trámite para tener oxígeno domiciliario para poder egresar de la institución.

Ahora, mirando los trámites pendientes dependientes del paciente, predominaron

aquellos que no tenían ningún trámite pendiente para poder ser dados de alta (35,8% - n=126); tan solo el 9,9% (n=35) tenían pendiente cancelación de copago. No se encontraron pacientes con firma de pagaré pendiente.

Gráfico 4: Esquema de tiempo proceso de egreso efectivo/no efectivo.



En el esquema de tiempo, se puede ver el proceso creado por la institución para la realización del egreso de un paciente de acuerdo al tiempo establecido, este dividido entre los servicios que intervienen durante el proceso. El cumplimiento del tiempo por parte de cada uno de los actores, genera un egreso efectivo (menor de 120 minutos); de lo contrario, en caso de sobrepasar el tiempo estipulado para la realización del alta, llevara a una demora y prolongación del proceso, sobrepasando el tiempo establecido generando un egreso no efectivo.

Tomando como referencia 120 minutos para la realización del proceso de alta, desde que el paciente es dado de alta por el médico y sale de la institución, se pudo observar que solo el 8,52% (n=30) presentaron egreso efectivo y su proceso duró menos de 120 minutos (dos horas). En su mayoría, el 91,48% (n=322), tuvieron egreso no efectivo incumpliendo el tiempo establecido para la realización de dicho proceso. (Tabla 6)

Realizando ahora la revisión por cada servicio que interviene durante el egreso, en

cuanto al proceso realizado en enfermería, se encontró que casi el total de la muestra, (83,8% - n=295) tuvieron demoras, sobrepasando el tiempo estándar de 55 minutos. Tan solo el 16,2% (n=57) correspondía a los egresos que cumplieron con el tiempo establecido. (Tabla 6) Se pudo observar una media de 78 minutos y una desviación estándar de 22,8 minutos. La mediana de tiempo fue de 77 minutos, con un mínimo de 23 y un máximo de 168 minutos. (Tabla 7)

En facturación, el 62,8% (n=221) de los registros presentaron un tiempo no efectivo, superando los 45 minutos establecidos para el proceso, y un 37,2% (n=131) de los egresos cumplieron con dicho tiempo (tabla 6). Se encontró una media de 75 minutos con una desviación estándar bastante amplia (65,2 minutos), y una mediana de 56 minutos, con un mínimo de cero y un máximo de 279 minutos. (Tabla 7)

Al contrario de los demás servicios, en el área de farmacia, con un tiempo estándar de 20 minutos, el 75,9% (n= 267) de los registros cumplieron con dicho tiempo presentando un tiempo efectivo, y tan solo el 24,1% (n= 85) tuvieron tiempo en farmacia no efectivo (tabla 6). Se observó una media de 16 minutos con una desviación estándar de 11 minutos, una mediana de 13 minutos, y un mínimo y máximo de 1 y 86 minutos respectivamente. (Tabla 7)

Tabla 6: Egreso efectivo/no efectivo de acuerdo al servicio.

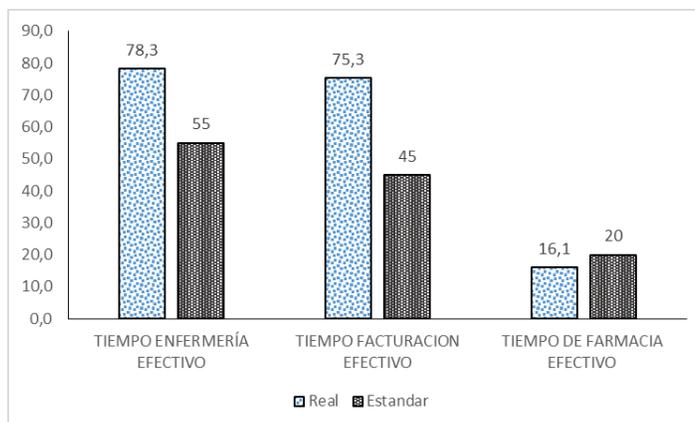
Egreso efectivo	Si	No
Total	30 8,52%	322 91,48%
Enfermería	57 16,20%	295 83,80%
Facturación	131 37,20%	221 62,80%
Farmacia	267 75,90%	85 24,10%

Tabla 7: Medidas de tiempo en enfermería, farmacia y facturación.

Servicio	Media	DE	Mínimo	Máximo	Mediana
Tiempo enfermería	78,3	22,8	23	168	77
Tiempo facturación	75,3	65,2	0	279	56
Tiempo farmacia	16,1	11	1	86	13

En el gráfico cinco se puede ver la relación entre el tiempo estándar establecido versus el tiempo real. Observándose que en facturación fue donde hubo mayores demoras en el proceso, sobrepasando el tiempo estándar en 30.3 minutos, casi duplicando el tiempo estándar. Así mismo para enfermería, el tiempo fue sobrepasado pero en menor proporción, este con una media de 78.3 minutos, 23.3 minutos más que el tiempo establecido. Por el contrario, el servicio de farmacia fue donde menos demoras se encontraron, tuvo una mediana de 16,1 minutos, 3,9 minutos menos que el tiempo establecido para la realización del proceso.

Gráfico 5: Relación tiempo estándar vs tiempo real de acuerdo al egreso realizado en cada servicio.

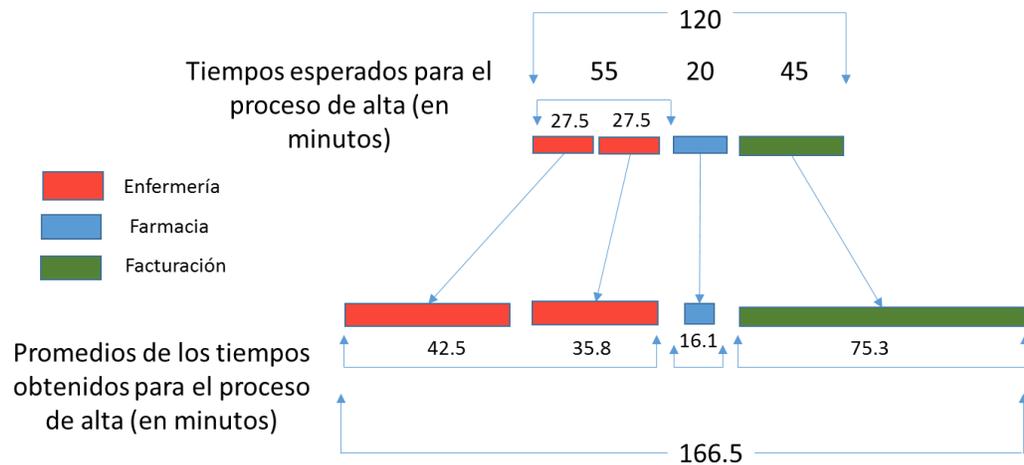


Con relación a lo anterior, en el gráfico seis, se puede observar la diferencia entre el tiempo de duración esperado en todo el proceso, y para cada servicio versus el tiempo real encontrado para estos. En la parte superior de la gráfica, como explicado anteriormente, está la distribución determinada por la institución para la duración completa del proceso (120 minutos), y los tiempos establecidos para cada servicio:

enfermería 55 minutos, dividido en dos para cada uno de los momentos en los que interviene dicha área en el proceso (27,5 minutos para cada uno); facturación 45 minutos y farmacia 20 minutos. En la parte inferior, la gráfica corresponde al tiempo real tomado por el proceso completo y por cada servicio para el egreso. La media para la duración del proceso completo fue 166,5 minutos sobrepasando el tiempo estipulado en 46,5 minutos.

En enfermería el mayor tiempo tomado corresponde al primer tiempo de trámites enfermería, aquel que va desde el momento del alta médica hasta confirmar devolución de insumos a farmacia por parte de enfermería, con una media de 42,5 minutos, casi doblando el tiempo que está estipulado para el cumplimiento de este (27,5 minutos).

Gráfico 6: Tiempo de duración esperado vs. Tiempo obtenido



Al analizar el egreso efectivo para el proceso completo, se pudo observar que de acuerdo a los grupos de edad evaluados, fueron aquellos con una edad entre los cero y diez años quienes presentaron mayor número de altas efectivas (14.1%) ya que usualmente no presentan tantas comorbilidades en su estado de salud y constantemente cuentan con una red de apoyo, lo que facilita el proceso de egreso.

Entre los grupos de 11 a 59 años y 60 años o más no se encontró diferencia importante frente al egreso.

En cuanto al lugar de residencia se pudo observar se presentaron mayor número de egresos efectivos en aquellos registros que se encontraban ubicados en lugares diferentes a Medellín (9.8%) lo cual pudiera ser explicado a la cercanía de algunos de los municipios dentro de la categoría al lugar donde está ubicada la institución.

Revisando el régimen de afiliación se encontró que fueron aquellos que se contaban con el régimen especial quienes presentaron mayor número de egresos efectivos (16,7%), mientras que entre el régimen contributivo y subsidiado no se encontró gran diferencia. La totalidad de los caso de pobres no asegurados (n=1 – 100%) y aquellos con régimen particular (n=15 – 100%) presentaron egresos no efectivos, esto pudo haberse explicado ya que usualmente no cuentan con el sustento monetario para saldar las deudas y deber realizar mayores trámites para poder ser dados de alta.

Se evidenció que algunos de los casos que contaban con red de apoyo familiar presentaron egreso efectivo (n=30 – 9.3%) a pesar de que la mayoría de los registros con red de apoyo tenían egresos no efectivos. Por el contrario, no se encontraron casos de egresos efectivos en aquellos registros que no contaban con ningún tipo de red de apoyo; la totalidad de quienes no contaban con ningún tipo de red de apoyo presentaron egresos no efectivos (n= 29 – 100%).

Según los días de hospitalización, en todas las categorías, la mayoría de los registros presentaron egresos no efectivos. El mayor número de casos con egresos efectivos fueron aquellos que tuvieron de uno a cuatro días de hospitalización con 13 registros, seguido de los que permanecieron de 5 a 10 días hospitalizados con 11 casos. Solo se presentaron 6 casos con egreso efectivo en los registros con hospitalización de 11 o más días, lo que sugiere que a más prolongada la estancia más largo es el proceso de egreso, lo cual pudiera ser explicado al aumento de gastos y procesos aplicados a los usuarios.

Valorando los trámites dependientes de la institución para que el paciente pudiera ser dado de alta, se pudo observar que solo hubo casos con egreso efectivo en aquellos registros que no tenían ningún tipo de trámite pendiente (n=30 – 9.2%), sin embargo todos los casos de los registros que tenían pendiente ya fuera medicina en casa u oxígeno domiciliario presentaron egreso efectivo, lo cual puede ser explicado debido a la demora en el proceso de autorización de estos por parte de las aseguradoras y la demora en conseguir disponibilidad de dichos servicios.

Revisando el tipo de especialidad tratante y el tipo de servicio de hospitalización se encontró que el mayor porcentaje de egresos efectivos se presentaron en el área de pediatría, pues como se expuso anteriormente, usualmente cuentan con acompañamiento y no tienen tantas complicaciones lo que agiliza más los trámites para el alta. Por el contrario el menor porcentaje de egresos efectivos para ambos grupos fue en el servicio de ortopedia y esto puede deberse a que sus procedimientos quirúrgicos son más complejos y requieren de materiales y herramientas específicas, además que sus complicaciones usualmente deben manejarse por periodos intrahospitalarios más largos. No se toma en cuenta maxilofacial ya que este es un caso único aislado.

Tabla 8: Asociación de variables al proceso completo de egreso.

Variables sociodemográficas		Egreso Efectivo				Valor p
		Si		No		
		n	%	n	%	
Edad	0-10	9	14,1	55	85,9	0,205
	11-59	12	6,9	162	93,1	
	60 y más	9	7,9	105	92,1	
Sexo	Femenino	16	8,7	168	91,3	0,903
	Masculino	14	8,3	154	91,7	
Lugar de residencia	Medellín	6	5,6	101	94,4	0,195
	Otros	24	9,8	221	90,2	
Régimen de afiliación	Contributivo	11	8,2	123	91,8	0,632
	Subsidiado	17	8,9	173	91,1	
	Régimen especial	2	16,7	10	83,3	

	Pobre no asegurado	0	,0	1	100	
	Particular	0		15	100	
Red de apoyo familiar	Si	30	9,3	293	90,7	0,086
	No	0	,0	29	100	
Días de hospitalización	1-4	13	7,5	160	92,5	0,724
	5-10	11	8,9	113	91,1	
	11 y más	6	10,9	49	89,1	
Clase funcional	I	26	8,8	268	91,2	0,596
	II	3	11,1	24	88,9	
	III	0	,0	17	100	
	IV	30	8,5	322	94,8	
Condición de egreso	Mejoría	28	8,2	315	91,8	0,136
	Muerte	2	22,2	7	77,8	
Trámites pendientes por parte de la institución para el alta del paciente	Medicina en casa	0	,0	15	100	0,285
	Oxigeno domiciliario	0	,0	10	100	
	Ninguno	30	9,2	297	90,8	
Trámites pendientes por parte del paciente para ser dado de alta	Pago de copago	3	8,6	32	91,4	0,991
	Ninguno	27	8,5	290	91,5	
Número de pacientes	1 a 5	27	8,4	296	92	0,714
	6 y más	3	10	26	90	
Mes de estancia	Enero	10	9,2	99	91	0,981
	Febrero	7	8,1	80	91	
	Marzo	6	9,1	60	91	
	Abril	7	7,8	83	92	
Tipo de servicio	Medicina interna	7	8,5	75	92	0,257
	Pediatría	9	14	54	86	
	Ortopedia	1	2,1	47	98	
	Quirúrgicas	10	7,9	116	92	
	Ginecología	3	9,1	30	91	
Tipo de especialidad	Medicina interna	7	7,8	83	92	0,38
	Cirugía general	9	9,8	83	90	
	Ortopedia	1	1,9	52	98	
	Urología	1	5,6	17	94	
	Maxilofacial	0	0	1	100	
	Ginecobstetricia	3	8,3	33	92	
	Pediatría	9	15	53	86	

A pesar de los hallazgos reportados, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables estudiadas y el proceso completo de egreso.

Se realizó entonces un análisis del proceso de egreso en cada uno de los servicios que intervienen durante el proceso de alta.

Para el servicio de enfermería se encontró para todos los meses evaluados, la mayoría de los casos presentaron egresos no efectivos, el mes de enero con el mayor número de casos, con 101 (92,7%) de los registros. En febrero fueron 79 (90,8%) casos con altas diferidas, 51 (77,3%) en el mes de marzo y 64 (71,1%) en el mes abril. La mayoría de casos de egreso efectivo se presentaron en el mes de abril (26 registros), hubo una distribución igual entre enero y febrero con ocho caso; en el mes de marzo se presentaron 15 casos de egreso no efectivo.

Tanto para el tipo de servicio hospitalario como para el tipo de especialidad tratante se evidenció que la mayoría de los casos en todas las categorías fueron no efectivos. Sin embargo se puede resaltar que quienes presentaron mayor número de casos con egresos efectivos fueron aquellos en las categorías de medicina interna y, quirúrgicas o cirugía general.

De los trámites institucionales pendientes se encontró que también el mayor número de registros fueron de egresos no efectivos, predominando aquellos con oxígeno domiciliario con el 90% de los casos. Se encontró que el 40% (n= 6) de quienes tenían pendiente medicina en casa y el 10% (n= 1) de quienes tenían pendiente oxígeno domiciliario presentaron egreso efectivo. Por otro lado de quienes no tuvieron ningún trámite pendiente, el 15, 3% (n= 50) presentaron egreso efectivo mientras que el 84,7% (n= 277) presentaron egreso no efectivo. No se encontraron registros pendientes de remisión.

Para la clase funcional, en relación al servicio de enfermería se pudo observar que de los registros que tenían clase funcional I, 47 de estos (16%) presentaron egreso efectivo, mientras que 247 (84%) presentaron egreso no efectivo. En la clase

funcional II, 2 de los registros (7,4%) presentaron egreso efectivo y 25 de estos (92,6%) no. De la clase funcional III, también 2 de los registros (11,8%) presentaron egreso efectivo, mientras que 15 (88,2%) tuvieron egreso no efectivo por parte de enfermería. Por último, en la clase funcional IV, 6 de los registros (42,9%) presentaron egreso efectivo y 8 de estos (57,1%) egreso no efectivo. En todas las categorías predominó el egreso no efectivo, sobresaliendo aquellos registros con clase funcional II con un 92,6%.

En cuanto a la edad, el sexo, y lugar de residencia del paciente, también predominaron los casos con egresos no efectivos, sin embargo no se encontró una diferencia importante entre las categorías con lo cual se puede deducir que para dicho servicio no hay afectación del proceso de egreso por la edad, el sexo o el lugar de residencia del paciente.

Así mismo, no se encontró diferencia importante entre los días de hospitalización, la condición de egreso del paciente, y el número de pacientes realizando el mismo trámite durante el proceso de egreso en enfermería, por lo que puede concluirse que dichas variables no afectan el servicio para realizar el alta.

Para este servicio, se encontró que solo hubo evidencia estadísticamente significativa en el mes de estancia ($p= 0,000$), la clase funcional ($p= 0,028$) y los trámites institucionales pendientes ($p= 0,034$).

Tabla 9: Asociación de variables al proceso de egreso realizado por el servicio de enfermería.

Variables	Egreso efectivo Enfermería				Valor p	
	Si		No			
	n	%	n	%		
Tipo de servicio	Medicina interna	17	20,7	65	79,3	0,593
	Pediatría	9	14,3	54	85,7	
	Ortopedia	7	14,6	41	85,4	
	Quirúrgicas	17	13,5	109	68,5	
	Ginecología	7	21,2	26	78,8	
Tipo de					0,143	

especialidad	Medicina interna	17	18,9	73	81,1	
	Cirugía general	15	16,3	77	83,7	
	Ortopedia	8	15,1	45	84,9	
	Urología	0	,0	18	100	
	Maxilofacial	1	100	0	,0	
	Ginecobstetricia	7	19,4	29	80,6	
	Pediatría	9	14,5	53	85,5	
Mes de estancia	Enero	8	7,3	101	92,7	0,000
	Febrero	8	9,2	79	90,8	
	Marzo	15	22,7	51	77,3	
	Abril	26	28,9	64	71,1	
Edad	0-10	9	14,1	55	85,9	0,708
	11-59	27	15,5	147	84,5	
	60 y más	21	18,4	93	81,6	
Sexo	Femenino	25	13,6	159	86,4	0,165
	Masculino	32	19,0	136	81,0	
Lugar de residencia	Medellín	20	18,7	87	81,3	0,400
	Otros	37	15,1	208	84,9	
Régimen de afiliación	Contributivo	27	20,2	107	79,8	0,316
	Subsidiado	24	12,6	166	87,4	
	Régimen especial	2	16,7	10	83,3	
	Pobre no asegurado	1	100	0	,0	
	Particular	4	26,7	11	73,3	
Red de apoyo familiar	Si	54	16,7	269	83,3	0,372
	No	3	10,3	26	89,7	
Días de hospitalización	1-4	32	18,5	141	81,5	0,509
	5-10	17	13,7	107	86,3	
	11 y más	8	14,5	47	85,5	
Número de pacientes	1-5	52	16,1	271	83,9	0,873
	6 y más	5	17,2	24	82,8	
Condición de egreso	Mejoría	56	16,3	287	83,7	0,675
	Muerte	1	11,1	8	88,9	
Trámites pendientes por parte de la institución para el alta del paciente	Medicina en casa	6	40,0	9	60,0	0,034
	Oxigeno domiciliario	1	10,0	9	90,0	
	Ninguno	50	15,3	277	84,7	
Trámites	Pago de copago	7	20,0	28	80,0	0,519
	Ninguno	50	15,8	267	84,3	

pendientes por parte del paciente para ser dado de alta

Clase funcional	I	47	16,0	247	84,0	0,028
	II	2	7,4	25	92,6	
	III	2	11,8	15	88,2	
	IV	6	43	8	57	

En el servicio de farmacia, contrario al servicio de enfermería se evidenció que la mayoría de los registros para el tipo de servicio de hospitalización fueron de egresos efectivos, el mayor porcentaje en los servicios de ortopedia (89,6%) y ginecología (84,9%), aventajando mínimamente el servicio de ortopedia. En medicina interna el 79,3% (n= 65) presentó egreso efectivo, mientras que el 20,7% (n= 17) tuvo egreso no efectivo; en pediatría el 69,8% (n= 44) presentó egreso efectivo y el 30,2% (n=19) egreso no efectivo. En quirúrgicas el 69,1% (n= 87) fueron efectivos y el 30,9% (n= 39) no efectivos.

Para el tipo de especialidad tratante el mayor porcentaje de egresos efectivos también fue en el servicio de ortopedia con 88,7% de los registros. Hubo una distribución similar para ginecobstetricia, cirugía general y medicina interna. No se tuvo en cuenta maxilofacial ya que fue un caso aislado.

Tanto para especialidad tratante como para tipo de servicio de hospitalización sobresalió ortopedia con mayor porcentaje de egresos efectivos lo cual puede deberse a que en dicha especialidad hay menor uso de medicamentos y de insumos.

Al mirar el mes de estancia, predominaron los egresos efectivos en los meses de marzo y abril. Se observó que en enero 60 de los registros (55,1%) tuvieron egreso efectivo y 49 (44,9%) de estos fueron no efectivos. Para febrero, 58 de los registros (66,7%) presentaron egreso efectivo y 29 de ellos (33,3%) no efectivo. En marzo el 93,9% (n= 62) y para abril el 96,7% (n= 87) presentaron egresos efectivos, mientras

que el 6,1% (n=4) de los registros de marzo y el 3,3% (n= 3) de los de abril fueron egresos no efectivos.

En cuanto a la red de apoyo familiar se observó que el mayor porcentaje de egresos efectivos se presentó en aquellos que contaban con algún tipo de red de apoyo con el 77,4% (n= 250). . Se encontró que el 58,6% (n= 17) de quienes no tenían red de apoyo tuvieron egreso efectivo mientras que el 41,4% (n= 12) presentaron egreso no efectivo.

No se encontró una diferencia significativa entre la edad, el sexo y el lugar de residencia del paciente con lo que puede concluirse que dichas variables no afectan el proceso de egreso realizado por el servicio de farmacia.

De acuerdo al régimen de afiliación se pudo observar que el mayor porcentaje de egresos efectivos fueron en aquellos que tenían régimen particular con el 93,3%. Hubo una distribución similar entre los regímenes contributivo y subsidiado.

Analizando el número de pacientes realizando al mismo tiempo el proceso de egreso, donde había uno a cinco paciente realizando el mismo proceso de egreso, se pudo observar que en el 77,4% (n= 250) de los casos presentaron egreso efectivo, mientras que el 22,6% (n= 73) tuvieron egreso no efectivo. Cuando se presentaron seis o más pacientes haciendo dicho trámite, se observó que el 58,6% (n= 17) de los registros presentaron egreso efectivo y el 41,4% (n= 12) de estos fueron egresos no efectivos. Hubo un porcentaje más alto de altas efectivas en aquellos donde había menor número de pacientes realizando el trámite, lo que puede deberse a que hay menor número de trámites a realizar mientras haya un menos número de pacientes para egresar.

Se evidenció que entre las categorías de clase funcional hubo una porcentual similar en cuanto a los egresos efectivos, pudiendo concluir que el estado funcional del paciente no afecta el proceso de egreso realizado por el servicio.

Según la condición de egreso, hubo mayor porcentaje de egresos efectivos en

aquellos con condición de egreso muerto, esto podría explicarse ya que no requiere de trámites adicionales sino solo de devolución de medicamentos e insumos, mientras que para aquellos con condición de egreso mejoría pueden quedar pendientes últimas dosis, curaciones o procedimientos, previo a poder realizar el adecuado proceso de devolución.

De los trámites institucionales pendientes en relación al egreso en el servicio de farmacia, el mayor porcentaje de egresos efectivos estuvo en aquellos que tenían pendiente medicina en casa con el 93,3%. Sin embargo, se evidenció que el mayor número de casos correspondían a registros sin ningún tipo de trámite pendiente, lo que explicaría que el mayor número de egresos efectivos estuvo en dicha categoría. Se observó que de aquellos que no tenían ningún trámite pendiente al momento del alta el 75,8% (n= 248) tuvieron egreso efectivo mientras que el 24,2% (n= 79) fueron no efectivos. De los que tenían pendiente oxígeno domiciliario la mitad fueron efectivos y la mitad no efectivos (n= 5 – 50%).

Tabla 10: Asociación de variables al proceso de egreso realizado por el servicio de farmacia.

Variables	Egreso efectivo Farmacia				Valor p	
	Si		No			
	n	%	n	%		
Tipo de servicio	Medicina interna	65	79,3	17	20,7	0,023
	Pediatría	44	69,8	19	30,2	
	Ortopedia	43	89,6	5	10,4	
	Quirúrgicas	87	69,1	39	30,9	
	Ginecología	28	84,9	5	15,1	
Tipo de especialidad	Medicina interna	68	75,6	22	24,4	0,100
	Cirugía general	70	76,1	22	23,9	
	Ortopedia	47	88,7	6	11,3	
	Urología	10	55,6	8	44,4	
	Maxilofacial	1	100	0	,0	
	Ginecobstetricia	28	77,8	8	22,2	
Mes de estancia	Pediatría	43	69,4	19	30,7	0,000
	Enero	60	55,1	49	44,9	
	Febrero	58	66,7	29	33,3	

	Marzo	62	93,9	4	6,1	
	Abril	87	96,7	3	3,3	
Edad	0-10	44	68,8	20	31,2	0,278
	11-59	137	78,7	37	21,3	
	60 y más	86	75,4	28	24,6	
Sexo	Femenino	137	74,5	47	25,5	0,522
	Masculino	130	77,4	38	22,6	
Lugar de residencia	Medellín	81	75,7	26	24,3	0,965
	Otros	186	75,9	50	24,1	
Régimen de afiliación	Contributivo	105	78,4	29	21,6	0,332
	Subsidiado	139	73,2	51	26,8	
	Régimen especial	8	66,7	4	33,3	
	Pobre no asegurado	1	100	0	,0	
	Particular	14	93,3	1	6,7	
Red de apoyo familiar	Si	250	77,4	73	22,6	0,024
	No	17	58,6	12	41,4	
Clase funcional	I	224	76,2	70	23,8	0,945
	II	20	74	7	26	
	III	12	71	5	29	
	IV	11	79	3	21	
Días de hospitalización	1-4	128	74,0	45	26,0	0,097
	5-10	91	73,4	33	26,6	
	11 y más	48	87,3	7	12,7	
Número de pacientes	1-5	250	77,4	73	22,6	0,024
	6 y más	17	58,6	12	41,4	
Condición de egreso	Mejoría	259	75,5	84	24,5	0,355
	Muerte	8	88,9	1	11,1	
Trámites pendientes por parte de la institución para el alta del paciente	Medicina en casa	14	93,3	1	6,7	0,046
	Oxígeno domiciliario	5	50,0	5	50,0	
	Ninguno	248	75,8	79	24,2	
Trámites pendientes por parte del paciente para ser dado de alta	Pago de copago	31	88,6	4	11,4	0,064
	Ninguno	236	74,5	81	25,5	

En el servicio de farmacia se encontró que el tipo de servicio (p. 0,023), el mes de estancia (p. 0,000), la red de apoyo familiar (0,024), y los trámites institucionales pendientes (0,046) tuvieron diferencias estadísticamente significativas.

Por último al revisar el servicio de facturación se encontró que el mayor número de egresos fueron no efectivos. En cuanto al mes de estancia, el menor porcentaje de egresos efectivos se presentó en el mes de abril (n= 14 - 15,6%), sin embargo el número de casos fue similar al mes de marzo (n= 15). Para el mes de enero el 57,8% (n=63) de los registros tuvieron egreso efectivo, mientras el 42,4% (n= 46) presentaron egreso no efectivo. En febrero, el 44,8% (n= 39) de los registros tuvo egreso efectivo; fueron egresos no efectivos 48 (55,2%) de los registros.

Tanto para el tipo de servicio como para el tipo de especialidad tratante, se pudo observar que le mayor porcentaje de egresos no efectivos se presentó en el servicio de ortopedia pues como se comentó anteriormente son casos que cuando son manejados de manera intrahospitalaria estas suelen ser prolongadas, además requieren de materiales para los procedimientos quirúrgicos que usualmente son por entidades externas a la entidad lo que puede dificultad y prolongar el proceso de egreso en dicho servicio.

Así como en los demás servicios, para el sexo y la edad hubo una distribución similar lo que indica que tampoco en el servicio de facturación hay afección del proceso de alta por estas variables. En cambio, mirando el lugar de residencia, el mayor número de egresos efectivos se presentaron en aquellos registros que tenían como lugar de residencia otros municipios diferentes a Medellín, lo cual puede deberse a que gran proporción de los registros en esta categoría están ubicados más cerca al lugar donde está situada la institución.

Para este servicio, la distribución de la red de apoyo entre egresos efectivos y no efectivos fue similar, pudiendo concluir que no se ve afectado el proceso si se cuenta o no con algún tipo de red de apoyo.

Analizando el régimen de afiliación, el mayor porcentaje de egresos no efectivos se encontró en aquellos que tenía régimen particular con el 73,3%. Hubo menor proporción de egresos no efectivos para los regímenes contributivo y subsidiado, con una distribución similar entre estos.

Tabla 11: Asociación de variables al proceso de egreso realizado por el servicio de facturación.

Variables	Egreso efectivo Facturación				Valor p	
	Si		No			
	n	%	n	%		
Tipo de servicio	Medicina interna	33	40,2	49	59,8	0,194
	Pediatría	24	38,1	39	61,9	
	Ortopedia	12	25,0	36	75,0	
	Quirúrgicas	53	42,1	73	57,9	
	Ginecología	9	27,3	24	72,7	
Tipo de especialidad	Medicina interna	40	44,4	50	55,6	0,184
	Cirugía general	32	34,8	60	65,2	
	Ortopedia	14	26,4	39	73,6	
	Urología	10	55,6	8	44,4	
	Maxilofacial	0	,0	1	100	
	Ginecobstetricia	11	30,6	25	69,4	
Mes de estancia	Enero	63	57,8	46	42,2	0,000
	Febrero	39	44,8	48	55,2	
	Marzo	15	22,7	51	77,3	
	Abril	14	15,6	76	84,4	
Edad	0-10	25	39,1	39	60,9	0,569
	11-59	60	34,5	114	65,5	
	60 y más	46	40,4	68	59,6	
Sexo	Femenino	67	36,4	117	63,6	0,744
	Masculino	64	38,1	104	61,9	
Lugar de residencia	Medellín	32	29,9	75	70,1	0,061
	Otros	99	40,4	146	59,6	
Régimen de afiliación	Contributivo	51	38,1	83	61,9	0,501
	Subsidiado	69	36,3	121	63,7	
	Régimen especial	6	50,0	6	50,0	
	Pobre no asegurado	1	100	0	,0	
	Particular	4	26,7	11	73,3	

Red de apoyo familiar	Si	121	37,5	202	62,5	0,751
	No	10	34,5	19	65,5	
Días de hospitalización	1-4	63	36,4	110	63,6	0,596
	5-10	50	40,3	74	59,7	
	11 y más	18	32,7	37	67,3	
Número de pacientes	1-5	117	36,2	206	63,8	0,198
	6 y más	14	48,3	15	51,7	
Condición de egreso	Mejoría	128	37,3	215	62,7	0,807
	Muerte	3	33,3	6	66,7	
Trámites pendientes por parte de la institución para el alta del paciente	Medicina en casa	4	26,7	11	73,3	0,681
	Oxígeno domiciliario	4	40,0	6	60,0	
	Ninguno	123	37,6	204	62,4	
Trámites pendientes por parte del paciente para ser dado de alta	Pago de copago	11	31,4	24	68,6	0,455
	Ninguno	120	37,9	197	62,1	
Clase funcional	I	108	36,7	186	63,3	0,389
	II	13	48	14	52	
	III	7	41	10	59	
	IV	3	21	11	79	

Para el servicio de facturación solo se encontró asociación entre el egreso efectivo y el mes de estancia (p. 0,000).

En cuanto al proceso completo de egreso, las variables edad, lugar de residencia, red de apoyo familiar y condición de egreso, por criterio hosmer lemeshow fueron tomadas como variables para ser incluidas en el modelo multivariado ya que en el análisis bivariado presentaron valores de p. menor de 0,25. Sin embargo al ingresarlas en el modelo de regresión logística mostraron que no había ninguna influencia.

Así mismo, como en el análisis bivariado, se realizó un análisis multivariado para cada uno de los servicios que actúan en el proceso de egreso.

Realizando una evaluación del proceso de enfermería, se ingresaron al modelo de

regresión logística las variables tipo de especialidad, mes de estancia, sexo, trámites pendientes y clase funcional pues contaban con un valor de p menor de 0,25 en el análisis anterior. Sin embargo al realizar dicho análisis se encontró que no había variable asociadas.

Ahora, revisando el área de farmacia, las variables tenidas en cuenta, acuerdo al criterio de hosmer lemeshow y por contar con una p. menor de 0,25, fueron el tipo de especialidad, el tipo de servicio, el mes de estancia, la red de apoyo familiar, los días de hospitalización, el número de pacientes, los trámites pendientes por parte de la institución y los trámites pendiente por parte del paciente.

Al ingresarlas en el modelo se encontró que para este servicio la variable “días de estancia” fue un factor de riesgo para presentar un egreso no efectivo en donde tener estancias superiores a cinco días aumenta en 1,56 veces el riesgo de presentar egreso no efectivo frente a aquellos que tenían 4 días o menos de estancia hospitalaria (OR=1,56; IC: 1,050 – 2,330)

Además se encontró en este servicio, que contar con una red de apoyo familiar es un factor protector para presentar egreso no efectivo en el servicio de farmacia, en donde contar con red de apoyo disminuye el riesgo de presentar egreso no efectivo en 0,385 veces frente a los casos que no cuentan con red de apoyo. (OR= 0,385; IC: 0,150 – 0,985)

Tabla 12: Regresión logística del proceso de egreso en el servicio de farmacia.

Variable	OR	IC95%		z	p
Red de apoyo	0,385	0,15	0,985	-1,99	0,046
Días de estancia hospitalaria	1,564	1,05	2,33	2,2	0,028

Por último, para el servicio de facturación, las variables mes de estancia, tipo de servicio, tipo de especialidad, sexo, lugar de residencia y número de pacientes realizando al mismo tiempo trámite de egreso, con p menor de 0,25 y de acuerdo al criterio hosmer lemeshow, fueron tomadas como variables para ser incluidas en el

modelo multivariado.

Al realizar el modelo de regresión, solo se encontró que la variable “lugar de residencia” es un factor de riesgo para presentar egreso no efectivo en este servicio. En donde tener como lugar de residencia Medellín aumenta 1,87 veces el riesgo de presentar egreso no efectivo frente aquellos que residen en otros municipios (OR= 1,878, IC: 1,110 – 3,173).

Tabla 13: Regresión logística del proceso de egreso en el servicio de facturación.

Variable	OR	IC95%	z	p
Lugar de residencia	1,87	1,11 3,17	2,35	0,019

7. DISCUSIÓN

El alta hospitalaria es considerada como uno de los puntos críticos dentro de todo el ciclo de atención de un paciente. Requiere transferencia de responsabilidades entre servicios y entre personal asistencial y administrativo e incluye una serie de estrategias que llevan a cabo el personal a cargo, el usuario y su familia para cuidados posteriores al alta y procesos administrativos pertinentes para la salida de la institución. (38)

Es el proceso que con mayor frecuencia se ve alterado ya que existe carencia de conocimiento y políticas institucionales, además una inadecuada planificación de tareas y excesivos trámites para realizar previo a la salida del paciente de la institución. (51) Al presentarse algún tipo de alteración en este se generan las ya previamente mencionadas altas diferidas o retardadas (35), y es de donde se derivan los egresos no efectivos ya que sobrepasan el tiempo estipulado por la institución para completar las tareas del proceso de alta.

La existencia de este tipo de altas, conlleva a consecuencias negativas tanto para el paciente como para el sistema, pues el paciente continúa ocupando una cama (36) y se genera bloqueo del proceso de giro cama afectando así el funcionamiento adecuado del servicio y de la institución. Así mismo afecta al sistema, a nivel micro pues incrementa el tiempo de espera para los nuevos pacientes; y a nivel macro, ya que impacta en los costos del cuidado de la salud de una cama ocupada. (38)

Dicha problemática ha sido escasamente tratada en la literatura (24) y son pocas las investigaciones que se tienen sobre características relacionadas con egresos efectivos hospitalarios en diferentes partes del mundo y en Colombia; en el país no se encuentra evidencia de estudios de este tipo. Este estudio, es el primero que realiza un acercamiento al tema de altas diferidas y egresos no efectivos con el fin

de conocer aspectos sociodemográficos, identificar las características de la atención relacionadas a estos y establecer los factores que más los explican.

Al realizar una comparación entre los egresos no efectivos en Colombia y España, existe una diferencia importante que podría explicar el retraso o corto avance en materia del proceso de alta para el país. En esta investigación de los 352 registros de egreso hospitalario el 91,48% (n=322) tuvieron egreso no efectivo mientras que en un estudio realizado en el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla en 2011 se encontró que de 4850 altas solo 170 (3,5%) fueron altas diferidas (42). Por otro lado en otro estudio realizado en el hospital Cantoblanco, La Paz Madrid en 2015 el 63,2% fueron altas diferidas, a pesar de ser más elevado el porcentaje, es significativamente menor que el encontrado en el realizado en 2016 en Antioquia. (61)

Esto podría ser explicado por la aplicación de gestión por procesos y la aplicación de herramientas como las TICs en países desarrollados, las cuales han mostrado importantes resultados en lo referente a la disminución de altas diferidas o al menos reducir la demora. Así mismo expone a los países en desarrollo como Colombia, y muestra las deficiencias del sistema socio-sanitario para responder a las demandas de la sociedad actual y la descoordinación existente entre las estructuras sociales y las sanitarias. (42)

Siguiendo en esta misma línea, otras investigaciones también afirman que los pacientes con egresos demorados son aquellos que presentan mayores necesidades y tienen mayores barreras en el proceso reflejando lo difícil y complejo que es mover a los pacientes a través de la cadena de cuidados y cumplimiento de trámites administrativos. (37,59)

Haciendo una revisión comparativa de los aspectos sociodemográficos abordados en la presente investigación con los resultados publicados por Lenzi y colaboradores

en el año 2014 en Italia, se encuentran las siguientes variables, el promedio de edad de pacientes en proceso de alta en Italia para el año 2014 fue de 74 años (62); hay una diferencia de 28 años con la edad media encontrada en Antioquia para el año 2016 (46 años), observándose una población muchísimo más joven en Antioquia, lo cual llama la atención ya que es más frecuente el retraso en aquellos pacientes de edades más avanzadas puesto que usualmente presentan múltiples comorbilidades y tienen mayor dependencia. En una revisión de literatura publicado en 2010 en el British Medical Bulletin reportaron que los ancianos con necesidades de salud complejas son los más vulnerables de presentar consecuencias negativas debido a las altas diferidas, y son estas necesidades las que tienen mayor asociación con este tipo de altas. (35)

Tanto para el estudio realizado en Italia en el 2014 como para el realizado en Antioquia en el 2016 hubo un porcentaje similar frente al sexo, encontrándose una mayor prevalencia en mujeres (54,4% para el 2014 y 52,3% en 2016) pero ésta no muy significativa; en otro estudio realizado en India en el 2017 a pesar de tener igual una distribución similar entre hombres y mujeres, en este predominaron más los hombres con 52,5% (63); al comparar los 3 estudios y relacionarlos con si hubo o no asociación al proceso de egreso se encontró que esta variable no afectaba el alta. Puede determinarse que el sexo no es una variable que afecte el proceso adecuado de egreso de un paciente.

En el mismo estudio realizado en Italia, donde tomaron en cuenta el lugar de residencia como posible factor de riesgo para las demoras en el proceso de alta, se encontró que no importaba el sitio de residencia del paciente para presentar o no alteración en el proceso de egreso, sin embargo la mayoría de los registros reportados con egreso efectivo residían cerca al lugar donde se encontraba la institución donde estaban siendo atendidos (89,2%) (62). A diferencia de este, en el estudio realizado en Antioquia en 2016 se evidenció que había mayores egresos no efectivos de acuerdo el lugar de residencia, tanto para aquellos que residían en

Medellín (n= 75 – 70,1%) como para aquellos que residían en otros lugares (n=146 – 59,6%), pero predominaban aquellos residentes en la ciudad de Medellín y se determinó que existe 1,8 más riesgo de presentar egreso no efectivos si se vive en esta ciudad. Esto hace pensar en la posibilidad de que exista mayor riesgo cuando se reside lejos del lugar de ubicación de la institución.

En Italia cuentan con el “servicio nacional sanitario” el cual maneja una gestión descentralizada y consta de varios servicios regionales o “agencia sanitaria local” los cuales están encargados de los respectivos servicios de salud (64,65). Por el contrario, Colombia cuenta con un sistema que a pesar de tener el principio de descentralización, la prestación del servicio se realiza bajo la dirección, coordinación y control del Estado con la participación de agentes públicos y privados. A pesar de contar con instituciones que presten el servicio en áreas lejanas al área metropolitana, y que están impulsadas a realizar su autogestión y tratar de que logren ser auto-sostenibles financieramente, aún existe desorden y poca claridad frente al tema, y muchos de los procesos terminan siendo manejados desde un área central. (66,67)

Esto puede generar demoras durante el proceso administrativo, ya que todo se maneja desde un mismo lugar y de la misma manera. Además es en donde deben dar respuesta a las múltiples solicitudes de los diferentes usuarios generando un retraso en el tiempo de respuesta. Es claro que el sistema de salud en Colombia presenta desafíos para los ciudadanos, en tanto que hay un sobre diseño técnico que el ciudadano muchas veces no comprende, y hace que los trámites burocráticos para el acceso a la salud se conviertan en obstáculos para la efectiva atención. {Citation}

El mayor número de casos estudiados para el 2014 en Italia se reportó en el servicio de medicina interna con el 42,7% (2703 casos). Para el 2016, hubo una distribución similar entre cirugía general (26,1% - n=92) y medicina interna (25,6% - n=90). De

la población abordada en el estudio del 2014, predominaron los egresos no efectivos en aquellos pacientes ubicados en los servicios de medicina interna 32,6% (n= 166), mientras que en el realizado en 2016 se encontró que predominaba este tipo de egresos en aquellos ubicados en los servicios de ortopedia con un 98% de los casos (62) . La diferencia entre especialidades pudiera explicarse puesto que hay hospitales e instituciones que a pesar de tener las diferentes disciplinas y prestar los diferentes servicios, tienen mayor experticia y manejo de un mayor número de pacientes de una misma especialidad. Además, las cifras de patologías y diagnósticos, varía de país en país, y puede que para Italia sean mayores los casos que requieran atención por medicina interna, tal vez por un mayor envejecimiento de la población.

Así mismo, medicina interna como especialidad, es una de las que tiene mayor demanda en los servicios de hospitalización, y esta va cada vez más en aumento. Esto es debido a los cambios sociales experimentados en las últimas décadas, asociado al envejecimiento progresivo de la población, que es equivalente a un aumento del número de personas dependientes, y a otros factores de riesgo, que conllevan a un incremento en el número de comorbilidades y patologías, estas usualmente conocidas como enfermedades crónicas no transmisibles, como son la diabetes y la hipertensión arterial, las cuales se prolongan en el tiempo y, por lo general, demandan apoyos de cuidado. (50)

Revisando el tiempo de estancia hospitalaria, y comparar este estudio frente al estudio realizado en India en 2017, se encontró que a pesar de que hubo una categorización diferente de las variables en ambos hubo un mayor porcentaje en el grupo de pacientes que permanecieron pocos días en el hospital (2-4 días en el estudio realizado en India y 1-4 días en este estudio) (63). Se podría asociar esto al trabajo que se ha venido realizando en diferentes partes del mundo frente a las altas tempranas para la disminución de posibles complicaciones, y así mismo la disminución en los gastos generados por estas. Una corta hospitalización, reduce

los trámites que deben realizarse al momento del alta, posiblemente reduciendo así el tiempo que se demore la ejecución de este.

En un estudio realizado en agosto de 2004, donde tomaron todos los registros de pacientes de un hospital pediátrico de tercer nivel, se pudo observar que los registros que presentaron mayor demora en el proceso de egreso (n=39 – 22,8%) eran aquellos que tenían mayores estancias hospitalarias (7,64 días – DE: 7,15) (68). Así mismo, en Antioquia se encontró que existe 1,56 veces más riesgo de presentar egreso no efectivo en aquellos pacientes que permanecen 5 días o más hospitalizados. Estancias hospitalarias prolongadas generan mayores gastos, y son un factor de riesgo para complicaciones, elementos que generan aumento en el número de trámites que se realizan al momento del alta.

Diferentes estudios, como el realizado en el Hospital de San José en Bogotá, Colombia acerca de los procesos médico – administrativos en hospitalizados y la prolongación de la estancia, reportan que los riesgos inherentes directos e indirectos que presenta el paciente durante la estancia hospitalaria, hacen necesario que el tiempo para resolver un proceso intra-institucional, sea el adecuado, ni mayor ni menor, ya que pueden ocasionar problemas como aumento en costos para los aseguradores y las familias, y pueden afectar tanto la esfera familiar como el estado de salud de los pacientes. Las estancias hospitalarias prolongadas están asociadas con riesgos de infección, fatiga del cuidador, trastornos psicológicos del paciente, solvencia en el sistema de salud y eficiencia de las instituciones por lo que una buena gestión redundará en una mejor calidad del sistema de salud. (69)

Analizando los trámites institucionales pendientes entre Italia 2014 y Antioquia 2016, se encontró similitud entre la cantidad de pacientes esperando por alguno de estos en ambos estudios (6,4% para el 2014 y 7,1% para el 2016) (62). Al realizar una evaluación de estos frente al estudio realizado en Sevilla en 2011, se encontró una distribución similar (3,5%). De los 170 caso que presentaron demoras en el

proceso de alta en Sevilla, 123 (72,4%) de los casos fueron debido a la realización de algún tipo de gestión para obtener un recurso público o privado (plaza en residencia o cuidador profesional), 23 (13,5%) de estos tuvo demora debido a la espera de una respuesta para remisión o de plaza vacante en un hospital concertado, 8 de los registro (4,7%) tenían pendiente el acondicionamiento del domicilio, y por último 2 de los caso(1,1%) estaban en espera de traslado en ambulancia (42). Para Antioquia en 2016 se observó que de los 322 casos con egreso no efectivo, 15 de estos tenían pendientes medicina en casa y 10 estaban a la espera de oxígeno domiciliario, la mayoría de los casos no tenían trámites pendientes.

A pesar de no haber encontrado asociación frente a esta variable en el estudio, cabe resaltar la importancia que existe la presencia de este tipo de demoras para el sistema de salud ya que denota las dificultades que existen frente autorizaciones y requerimientos de los usuarios para poder ser dados de alta. Dicha problemática no es ajena a Colombia en donde las principales fallas del sistema son: la dificultad de la remisión de pacientes a otro nivel de complejidad, y la demora en las autorizaciones por parte de las entidades aseguradoras de salud evidenciando así la falta en la consolidación de una red de atención. (42)

Por otro lado, al realizar una comparación de este estudio frente a un estudio realizado en Madrid en 2015 en cuanto a la red de apoyo familiar, se encontró que para ambos solo un pequeño porcentaje no contaban con red de apoyo familiar (Madrid 5,1%, Antioquia 8,2%) (61). Estos resultados hacen pensar que si ha funcionado el trabajo que se ha venido instaurando con las campañas sobre la humanización del cuidado, fomentando el cuidado de los familiares e invitando al no generar maltrato y a prevenir el abandono.

Así mismo, la importancia en la implementación de las estrategias creadas para incorporar a los familiares en el manejo y tratamiento de los pacientes, e

implementando guías y políticas sobre acompañamiento a estos, disminuyendo así los casos de abandono y ausencia de red de apoyo familiar. En un estudio realizado entre el 2013 y 2014 en estados unidos sobre como el compromiso del paciente y la familia en el proceso de salud es un elemento importante para generar cambio del sistema de salud reportaron que, el 86% de las instituciones contaban con políticas de visitas, el 67% de estos incluían a los familiares o cuidadores para el cambio de turno, y el 38% contaban con apoyo psicosocial. (70)

Revisando los estudios de Italia 2014 y Antioquia 2016, se evidenció que para el 2014 el 16,7% de los egresos no efectivos no tenían red de apoyo, mientras que en el realizado en 2016 se encontró que el 100% (n=29) de los registros que no contaban con esta, presentaron egresos no efectivos. En el estudio previamente mencionado, realizado en Madrid en el año 2011, reportó que el 21,8% de los registros de egresos no efectivos fueron por causa de carencia de familiares o red de apoyo social, en donde reportan además, que doce de los registro (7%) que presentaron demoras en el egreso estaban en espera de resolución de la situación familiar, y dos de los casos (1,1%) se retrasaron debido a la espera del aprendizaje de los cuidados necesarios por parte de la familia y/o cuidador (42). Esto denota la importancia de los acompañantes para un buen desenlace en el proceso de egreso.

Llama la atención que a diferencia de Madrid, que si bien presentó egresos no efectivos por carencia de red de apoyo, su porcentaje fue muchísimo menor en relación al de Antioquia, en donde la totalidad de los registros presentaron egresos no efectivos. Esto deduciría que para Antioquia existe la necesidad de contar con un acompañante de manera constante siempre que se esté hospitalizado para poder realizar un adecuado proceso de egreso, lo cual no tiene sentido. Claro está, que si bien es de suma importancia tener un apoyo durante el proceso de evolución de la enfermedad y duración de estancia hospitalaria, y así tener un mejor desenlace, además ayudaría en el proceso de egreso, esto no debería ser un motivo para que se genere un retraso en este último.

Realizando una comparación frente al cubrimiento en seguridad social, en el presente estudio se encontró que el 95,4% (n= 336) tenían algún régimen de afiliación y solo el 4,6% (n= 16) no tenían ninguno, mientras que en un estudio realizado en 2013 en Pune en India solo el 29,4% contaba con algún tipo de cubrimiento, mientras que el 64,1% no tenían ninguno.

Según el reporte realizado en 2015 por la OMS, los países han hecho progresos significativos hacia la cobertura universal de salud, con el aumento en la cobertura y el acceso a servicios de salud de la población, el gasto público en salud, y una disminución de los pagos directos de su bolsillo; pero pese a estos avances, aún resta mucho por hacer para cerrar la brecha de la equidad y abordar los nuevos retos de la salud en la región (71). Para el 2017 muestra que ha aumentado el número de personas que pueden obtener determinados servicios básicos de salud, sin embargo la progresión es bastante desigual, y reporta que al menos la mitad de la población mundial está privada de los servicios esenciales de salud. (72)

Para Colombia, en el documento “La salud en Colombia, más cobertura pero menos acceso” publicado en el centro de estudios económicos regionales del banco de la república en 2014 se reporta un aumento en la cobertura de aseguramiento, pasando del 56,9% al 90,8% entre los años 1997 y 2012 (73). Dicho aumento en la cobertura se debió a la implementación de la Ley 100, con el objetivo principal de aumentar la cobertura para los más pobres, y brindar salud a todos los colombianos. (67)

Este sistema de salud a diferencia de otros, sobresale por sus beneficios puesto que algunos de los sistemas de salud en el mundo brindan cobertura según el pago o una cobertura parcial; como ejemplo está el sistema de salud en Estados Unidos que brinda un apoyo parcial a algunos de sus residentes a través de los programas medicare y medicaid. En dicho sistema se brinda un beneficio parcial a sus usuarios, pero el resto del cubrimiento queda a cuesta de ellos, con un valor monetario

desbordado, que en muchos de los casos, principalmente en enfermedades graves o accidentes severos, las personas terminan entregando todos sus bienes, quedando en quiebra. El sistema colombiano como está planteado genera muchas expectativas, sin embargo por el desorden y corrupción, la idea que tienen planteada nunca podrá salir a flote, y se encuentra frente a la triste realidad de un sistema que se está desangrando.

A pesar de la amplia cobertura que ofrece el sistema colombiano, queda un interrogante importante y es, ¿por qué a pesar del alto porcentaje en cobertura, no existe un verdadero acceso efectivo, y oportuno a servicios de calidad? Según el documento del banco de la república de 2014, el acceso a los servicios de salud en Colombia, entendido como el porcentaje de personas que utilizó los servicios médicos al momento de necesitarlos, disminuyó en el mismo período (entre 1997 y 2012), pasó del 79,1% al 75,5% de acuerdo a los datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida. Tal vez por esto es que la Ley 100 y el sistema como tal, han sido objeto de tantas críticas en diversos sectores de la población. (67,72)

Revisando las altas diferidas frente a los meses de estancia hospitalaria entre Escocia y Colombia, se encontró que para el país la mayoría de los casos en los cuatro meses evaluados fueron egresos no efectivos, predominando los meses de enero y febrero con el 92,7% (n= 101) y 90,8% (n= 79) respectivamente; sin embargo, no hubo una relación estadísticamente significativa entre ambos. En el resumen anual de camas ocupadas y cifras censales en Escocia, se realizó una comparación de las altas diferidas a través de los diferentes meses del año (abril de 2015 a marzo de 2016), mostrando diferentes picos a través de los años sin denotar diferencias significativas, a pesar de que los picos más altos se presentaron en los meses de mayo y octubre 2015 y enero y marzo 2016. Además, en dicho reporte realizan una comparación con los años anteriores (2012/13, 2013/14 y 2014/15) mostrando inicialmente un aumento en las altas diferidas frente al primer año

evaluado (2012/13, 2013/14), pero una disminución progresiva con respecto al año siguiente (2014/15). (57)

Se puede inferir según lo encontrado, que no existe una clara asociación frente al mes de estancia para que se presenten retrasos en el proceso de alta. Sin embargo, los resultados en Escocia frente a la disminución de altas diferidas a través de los años, muestra el trabajo que han realizado para tratar de disminuir tanto el número de hospitalizaciones como las altas diferidas. Es difícil establecer lo mismo para Antioquia puesto que no se tienen datos previos a los tomados para realizar esta investigación, y no se encuentran estudios similares en el país; a pesar de esto, se recomienda realizar un estudio retrospectivo similar teniendo en cuenta un lapso de tiempo más prolongado, incluyendo un mayor número de meses, incluso años y tal vez teniendo en cuenta otras instituciones.

Al revisar el proceso de alta de acuerdo a las diferentes áreas que intervienen en este, se encontró que para ésta investigación, durante el proceso de egreso realizado por parte del servicio de farmacia el 75,9% (n= 267) presentaron egreso efectivo. Por el contrario, un estudio realizado en Inglaterra en 2001 en donde 362 pacientes evaluaron la efectividad de un plan de alta de farmacia, no encontraron impactos en los resultados. (74) Se podría pensar, que de acuerdo a estos hallazgos, los servicios de farmacia tienen un rol diferente en el proceso de alta dependiendo de la institución, y tal vez para el establecimiento donde se realizó este estudio existe un rol y compromiso mayor durante el proceso de alta.

Mirándolo con respecto a otro estudio realizado en Bangalore en 2016 en cuanto a la duración de la totalidad del proceso y el tiempo tomado de este por parte del servicio de farmacia, este tiempo fue similar al tomado en el mismo servicio durante el proceso de alta en el estudio realizado en Antioquia el mismo año (12 y 13,3% respectivamente) (75). Es importante resaltar que en este estudio la media del tiempo utilizado para el proceso, 16,1 minutos, fue menor al establecido para

realizarlo (20 minutos), esto pudiera significar que dicho servicio tiene bien implementado y organizado el proceso que debe realizar al momento de alta de un paciente; o bien su función no es tan relevante o son pocas las actividades que debe ejercer, y debe replantearse el tiempo establecido para proceso de egreso en esta área.

Analizando el proceso de enfermería, en el presente estudio se encontró que es en dicho servicio donde se encuentra el mayor retraso; la mayoría de la muestra (83,8% - n=295) presentó demoras superando el tiempo estipulado. Al contrario, en el estudio realizado en India en 2017, mencionado previamente, se encontró que solo el 19% de los retrasos fueron debidos a procesos en el servicio de enfermería. (63) En un estudio realizado en Pakistán en el 2001 donde encuestó al personal de enfermería sobre el proceso de alta, reportan que el 93% del personal dijo que no podían realizar la planificación del alta pues es una mayor carga de trabajo. Otras razones que plantearon fueron, la falta de tiempo (60%), falta de interés y motivación (27%), y falta de conocimiento y entrega tardía de información por parte de los médicos (20%). (76)

Realizando una revisión frente al tema, se encontraron estudios adicionales como el realizado en Estado de San Luis Potosí, México en 2015 el cual reportó que el 4,2% del cuidado perdido por parte de enfermería fue debido a la planificación del alta del paciente y de la enseñanza; además reportan que más del 40% del tiempo perdido corresponde debido a un número insuficiente de personal, y el 39,4% se debe al aumento inesperado en el volumen de pacientes y/o carga de trabajo en el servicio (77). Así mismo, en el artículo publicado en 2010 en el Journal for Nurses in Staff Development reportaron que la falta de participación de la enfermera en la planificación del alta hospitalaria contribuye hacia el retraso del proceso de alta, y lo asocian a que consideran que dicho proceso cuenta con un conjunto de actividades adicionales que necesariamente requieren de más tiempo.

El servicio de enfermería es uno de los principales actores dentro del proceso de egreso hospitalario, ya que son quienes preparan al paciente para la salida del hospital; además son los encargados de explicarle a este y a su familia los cuidados posteriores al alta. Sin embargo, en la mayoría de los casos, tanto el mismo personal de enfermería como el personal médico y administrativo de la institución no lo ven de esta manera. Usualmente no se tiene un proceso de planificación de alta, no hay unas tareas establecidas para entrenamiento de los usuarios y de las tareas a realizar por parte de dicho servicio.

En cuanto a esto se recomendaría montar un proceso de planificación de alta individual para el servicio de enfermería que se interrelacione con aquel de planificación para el proceso de egreso, y en donde se incluyan las tareas básicas del día a día que se deben realizar en este servicio, incluyendo aquí el proceso de entrenamiento a al paciente y su familia. Así mismo, revalorar el tiempo establecido para el proceso en dicho servicio y determinar si este es acorde al número de tareas que se realizan en dicho tiempo.

Por último, para el servicio de facturación, al realizar la comparación de este estudio frente al estudio realizado en India en 2017, se pudo observar un contraste importante frente al retraso en el proceso de egreso debido a esta área, con una diferencia de 43,8 puntos porcentuales, presentando para Antioquia retrasos en el 62,8% de los casos, mientras que para India solo tuvieron retrasos el 19% de estos. En este caso, se podría pensar igual a los demás servicios, sea una excelente estrategia para cumplir con el proceso o una organización importante en este en otros países; o por el contrario no hay un adecuado cumplimiento del proceso en la institución por dicha área, no cuentan con un proceso establecido con tareas específicas, o no se está teniendo en el tiempo indicado que debería tener el proceso y habría que replantearlo, o simplemente no hay un orden para este.

El servicio de facturación es el servicio administrativo que actúa dentro del proceso

de alta y juega un papel sumamente importante durante el este, es uno de los puntos más sensibles del proceso y puede afectar tanto al paciente como a la institución. De este servicio depende cierta parte de la solvencia económica de ambos, para la institución que se facture lo que en realidad se gastó, ni más ni menos y al paciente se le cobre lo que en realidad es. El presupuesto varía entre las entidades públicas y privadas; para la entidad pública para poderle dar de alta a un paciente debe pasar por el proceso de egreso teniendo en cuenta el presupuesto económico que tiene asignada la entidad lo que genera mayor retraso teniendo en cuenta las dificultades que presenta actualmente el sistema de salud colombiano y la poca solvencia económica de las entidades públicas.

No se encuentra información donde realizan un estudio del proceso de egreso y lo dividan según los servicios que intervienen y como se afecta el alta según la actuación que tenga cada uno de estos, sin embargo se consideraría importante y se sugiere entrar a indagar cuales son los servicios que deberían hacer parte del proceso de egreso, verificar las tareas que debe tener cada uno de estos, y el tiempo necesario para cumplirlas, para así poder montar el proceso completo de manera adecuada, estimar un tiempo aproximado para realizarlo y así cumplir con un egreso efectivo.

Así mismo, se sugiere realizar un estudio similar a este, pero individual para cada uno de los servicios (enfermería, farmacia y facturación) revisando el tiempo que se demora en el proceso, las tareas que realizan durante este, y las variables que pueden afectarlo, para así determinar causas que sean específicas en cada servicio, poder intervenirlas y generar mejorías en este y en proceso completo del egreso del usuario.

Analizado nuevamente las diferentes variables que pudieran afectar el proceso de alta o generar un retraso en este, se realizó una comparación frente al estudio realizado en Madrid en 2015 donde se encontró que ni el sexo, el estado civil, tener

o no familia o cuidador y los ingresos económicos no se asociaban con retrasos, sin embargo reportaron que tener una residencia previa al ingreso se asociaba estadísticamente con la presencia de alta retrasada ($p < 0,001$)(41), así mismo, en el estudio realizado en Antioquia no hubo asociación con la presencia de o ausencia de retraso en el proceso, excepto para las variables “red de apoyo familiar”, “días de estancia hospitalaria” y “lugar de residencia”

Debido a estos hallazgos y posterior a realizada una valoración en la literatura donde se encontraron estudios similares que si presentaron asociaciones significativas entre diferentes variables, se tuvo en consideración otras posibles causas para que en el presente estas no existieran.

Revisando los documentos dentro de la institución, se encontró que en esta, a pesar de contar con un proceso de alta o egreso establecido y escrito, este solo aborda el proceso de una manera superficial y no cuenta con actividades que son importantes y se deben tener en cuenta para realizar un adecuado proceso y en el tiempo establecido. Así mismo a pesar de contar con este, no se ejecuta a cabalidad y como está establecido, en algunas oportunidades se saltan pasos del proceso e incluso hay ocasiones en donde ni siquiera es en tenido en cuenta al momento de ejecutar el proceso de alta para un paciente.

Como se mencionó previamente, se recomendaría realizar una valoración del proceso actual que se tiene, revisar las tareas que se están teniendo en cuenta y como y quienes lo están poniendo en práctica. Revisar en la literatura, otros procesos de alta establecidos en otras entidades y los resultados con la implementación de estos; con esto poder tener un modelo para realizar las correcciones pertinentes en el proceso actual, que sea estandarizado, e incluir en este las tareas y servicios que se requieran además de definir el tiempo que sea adecuado y acorde para poder realizarlo. Cabe resaltar que este debe estar centrado en el paciente y su familia y deben ser tenidos en cuenta dentro del

proceso; así mismo que incluya un proceso de planificación del alta que tenga en cuenta al paciente desde que ingresa al hospital hasta que sale de este, siendo crucial una valoración integral del paciente incluyendo la situación socio-familiar y económica. (42)

Se sugiere diseñar lineamientos específicos para implementar un adecuado proceso de alta a través de un manual o guía técnica que incluya un paso a paso y tiempo estipulado para cumplimiento de este, que cuente con diferentes metodologías de análisis y medición. Implementar un protocolo, norma o proceso donde se establezca el tiempo que debe durar el proceso de alta en todas las instituciones.

Así como en muchas otras instituciones del país y tal vez en el mundo, no hay una verdadera integralidad de los procesos tanto intra-institucional como interinstitucionalmente; generalmente estos no son transversales dentro del establecimiento, y suelen tener un sistema vertical donde cada servicio maneja su propio proceso y trabaja de una manera diferente, lo que puede generar confusiones y demoras durante el egreso, puede llegar incluso hasta generar un reproceso. Es importante tener comunicación entre servicios, donde todos hablen un mismo idioma y sepan exactamente en qué punto del proceso está el paciente y en qué momento debe intervenir cada servicio. Esto también podría ser tenido en cuenta para ser incluido dentro del mejoramiento del proceso previamente mencionado.

Es importante aclarar que debido al diseño del software con el que cuentan dentro de la institución para el registro de la historia clínica, no permite medir con exactitud el tiempo exacto de la duración del proceso y de los tiempos que se demora cada servicio que interviene y que parte del proceso les corresponde a cada uno. No permite visualizar horas de apertura de historias o evento sino solo la hora de cierre por lo cual no se tiene en cuenta por ejemplo la demora que tiene el médico al momento de diligenciar el alta. Por esto, debió tomarse un aproximado de los

tiempos lo que pudo crear un bache y una limitación pudiendo así afectar los verdaderos resultados y no obtener asociación entre variables.

Para esta problemática se recomienda a la institución realizar mejoras o cambios en su software para así realizar una adecuada medición de los tiempos en donde pueda incluir al personal médico ya que es un factor importantísimo y determinante para dicho proceso. Así mismo, con dichos cambios podrían delimitar adecuadamente los tiempos de demora en cada servicio, hacer una medición más precisa y en caso de presentar retrasos poder ajustarlos.

Comparando el presente estudio con los demás evaluados, se encontró una diferencia frente a la categorización, el tamaño de los grupos dentro de las mismas categorías, así como el tipo de variables tenidas en cuenta dentro de los mismos, que tal vez podría explicar los hallazgos. Por lo que se sugiere que para futuras investigaciones o valoraciones de la información tomada para este estudio se realice una re-categorización de las variables incluso se tengan en cuenta variables adicionales.

Hay que tener en cuenta, además, el momento en el que se hizo el estudio, tanto los meses en los que se realizó, como la duración del mismo. Durante el transcurso del tiempo que se tuvo en cuenta para la toma de la información, hubo paro del personal asistencial, por lo que obligó a la institución a cesar muchas de sus actividades y solo autorizar principalmente las atenciones derivadas de una urgencia vital. Dicha eventualidad seguramente disminuyó el número de ingresos hospitalarios lo que pudo afectar a la muestra y así los resultados. Así mismo, si se compara esta investigación con los otros estudios previamente mencionados, Madrid, India, Italia, aquellos son casos en donde se tomó un periodo de valoración de la información de mínimo un año, mientras que en la presente solo fueron 4 meses.

Cabe resaltar que esta temática es de gran interés tanto para los hospitales públicos como privados, en donde entra a jugar la microeconomía de cada instituciones ya que no son gastos secundarios a glosas las cuales deben ser cubiertas por las entidades aseguradoras sino que es el abordaje a un sobre costo que debe ser asumido por cada institución afectando así negativamente su sector financiero. Es tal vez por este motivo que muchas de las entidades no realizan estudios de este tipo ya que puede comprometer tu imagen.

Se recomienda que todas las instituciones de salud, tanto pública como privada, realicen nuevas mediciones y seguir buscando las causas para así poder intervenirlas puesto que es claro que existe un retraso importante en el proceso de egreso. Se sugiere un estudio prospectivo teniendo una herramienta de medición bien instaurada que logre medir con precisión el egreso efectivo, establecer las causas que más lo afectan y así poder definir si existe una desviación tan marcada en servicio como enfermería y facturación. Se propone, además, que estos sean realizados en periodos más prolongados, como mínimo un año.

8. LIMITACIONES

El tema de la investigación está relacionado con el retraso en el proceso de alta y el tiempo perdido durante este. Como se mencionó anteriormente, por el sistema de información usado dentro de la institución, no se pudo tomar la totalidad del tiempo que se demora el proceso. No se pudo tener en cuenta el tiempo que se demoró el médico desde que abrió la historia clínica (hora que no registra el sistema) hasta que hizo cierre de esta posterior a haber definido el alta (hora que se registra en el sistema); así mismo, tampoco se pudo tomar las horas de inicio de intervención por cada proceso, ya que el sistema tampoco reporta las horas de apertura de los mismos, por lo que solo se pudo tomar las horas de cierre y hacer un promedio de la duración de estos.

Así mismo, por lo mencionado anteriormente, hubo un tiempo que no pudo medirse ya que en el mismo transcurso de este, había servicios que se intercalaban entre sí: como le fue durante el proceso realizado entre la confirmación de devolución de insumo por parte de farmacia hasta el cierre del proceso en facturación; donde interviene enfermería, recogiendo documentación en farmacia y llevándola al servicio de facturación, y facturación, desde que recibe la documentación por parte de enfermería, hasta que realiza el cierre en dicho servicio.

En el tiempo en el que se realizó la investigación hubo paro de prestación de servicios por parte del personal asistencial, obligando a la institución a cesar muchas de sus actividades, lo que pudo afectar, prolongar o desvirtuar el adecuado proceso de alta, tanto por la disminución del número de ingresos hospitalarios, como por la disminución del personal acorde y necesario para el adecuado proceso.

Así mismo, como se mencionó anteriormente, el tiempo de valoración del proceso, cuatro meses, y la evaluación de una sola institución limita la posibilidad de realizar inferencia de los hallazgos a todo el departamento de Antioquia.

A esto mismo, siguiendo esta misma línea, tampoco se puede realizar inferencia de los hallazgos ya que el sector financiero entre las entidades públicas y privadas, en donde el capital de las instituciones privadas vienen de inversionistas y accionistas que dan mayor sustento económico y el tipo de pacientes manejados son particulares, con póliza, contributivo o con capacidad de pago, mientras las entidades públicas dependen del presupuesto de salud el cual debe distribuirse entre todos los pacientes.

El tiempo de duración del proceso fue establecido por juicio de expertos puesto que en Colombia no se cuenta con un documento, norma o protocolo que lo establezca.

9. CONCLUSIONES

El alta diferida o retardada es una temática que si bien escasamente tratada se está convirtiendo en un tema de tendencia mundial en la práctica diaria, tiene una puerta de investigación y exploración en miras de identificar estrategias y proceso para planificación del proceso de alta que se puedan implementar con el objetivo de garantizar un adecuado proceso con la menor demora brindando una atención más segura a los pacientes.

El problema del alta diferida no está solo explicada por problemas administrativos o en si por problemas del paciente, puede ser un problema en la estructuración y planificación del proceso o incluso un fracaso de este.

La existencia de un número considerable de “altas diferidas” reportadas en el estudio implica un uso poco eficiente de camas hospitalarias y una pérdida de días útiles de hospitalización. Además pueden indicar una elevada sobreutilización de los recursos hospitalarios, de modo que muchos de los días que los pacientes permanecen ingresados lo están de forma inadecuada.

Los factores sociodemográficos tales como el sexo, la edad, lugar de residencia, régimen de afiliación, entre otros, no presentan una asociación estadísticamente significativa al proceso de egreso hospitalario.

Los factores que pueden llegar a explicar la alteración son los días de estancia hospitalaria, la ausencia de red de apoyo familiar, y el lugar de residencia.

Cabe destacar la relevancia de este estudio, ya que en Colombia no se había realizado una investigación que determine las características de la atención relacionada con el egreso efectivo. Por esta razón, resulta ser de gran importancia en la investigación de calidad en la atención en salud, y podría considerarse un

punto de partida importante para el establecimiento de pautas claras que definan el proceso adecuado del alta hospitalaria; lo cual redundara directamente en beneficio de los pacientes y las instituciones.

Esta investigación será entregada a la entidad donde se realizó para que sea evaluada por estos y realicen de acuerdo a la pertinencia los ajustes necesarios.

10. CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Manzano S. A. From bed-blocking to delayed discharges: precursors and interpretations of a contested concept. *Health Serv Manage Res.* agosto de 2010;23(3):121-7.
2. Epstein J, Kaplan G, Lavi B, Noy S, Shahar IB, Shahaf P, et al. A Description of Inappropriate Hospital Stays in Selected In-Patient Services: A Study of Cases Receiving Social Work Services. *Soc Work Health Care.* 8 de junio de 2001;32(4):43-66.
3. Falcone D, Bolda E, Leak SC. Waiting for placement: an exploratory analysis of determinants of delayed discharges of elderly hospital patients. *Health Serv Res.* agosto de 1991;26(3):339-74.
4. Hermans E, Diederiks JP, Philipsen H. Home care--a realistic alternative for bed-blocking stroke victims in acute hospital wards? The conceptions of caregivers in six disciplines concerned. *Scand J Caring Sci.* 1996;10(2):81-7.
5. Vetter N. Inappropriately delayed discharge from hospital: What do we know? *BMJ.* 26 de abril de 2003;326(7395):927-8.
6. Bryan K. Policies for reducing delayed discharge from hospital. *Br Med Bull.* 1 de septiembre de 2010;95(1):33-46.
7. Kydd A. The patient experience of being a delayed discharge. *J Nurs Manag.* marzo de 2008;16(2):121-6.
8. Mur-Veeman I, Govers M. Buffer management to solve bed-blocking in the Netherlands 2000–2010. Cooperation from an integrated care chain perspective as a key success factor for managing patient flows. *Int J Integr Care* [Internet]. 25 de julio de 2011 [citado 5 de marzo de 2018];11(Special 10th Anniversary Edition). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3180700/>
9. Maloney C, Wolfe D, Gesteland P, Hales J, Nkoy F. A tool for improving patient discharge process and hospital communication practices: the «Patient Tracker». *AMIA Annu Symp Proc AMIA Symp.* 11 de octubre de 2007;493-7.
10. Mendoza G D, Navarro A, Sánchez Q A, Villegas A, Asencio R, Lissen E. Retraso del alta hospitalaria por motivos no médicos. *Rev Clínica Esp.* mayo de 2012;212(5):229-34.
11. Scott I. Public hospital bed crisis: too few or too misused? *Aust Health Rev.* 2010;34(3):317.

12. Fariñas A, Valle I, Rodríguez J, González A. El balance entre la oferta y la demanda en salud. El caso de los servicios de rehabilitación integral en La Habana, Cuba. 2009-2010. Rev INFODIR. 2011;(12).
13. Moreno D P, Estevéz L, Moreno R J. Indicadores de Gestión Hospitalaria - Sedisa Siglo XXI [Internet]. 2010 [citado 5 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.sedisasigloxxi.es/spip.php?article38>
14. Ghods A, Khabiri R, Raeisdana N, Ansari M, Hoshmand M N, Sadeghi M, et al. Predictors of Inappropriate Hospital Stay: Experience From Iran. Glob J Health Sci [Internet]. 17 de noviembre de 2014 [citado 5 de marzo de 2018];7(3). Disponible en: <http://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/view/39192>
15. Ortiga F B. Reingeniería de los procesos de ingreso y alta para una gestión eficiente [Internet]. 2010. Disponible en: http://www.bellvitgehospital.cat/info_corporativa/ebellvitge/reingenieria.pdf
16. Ministerio de salud de Colombia. Anexo técnico # 6 Manual único de glosas, devoluciones y respuestas. Unificación Resolución 3047 de 2008 modificada por la resolución 416 de 2009 [Internet]. 3047 2009 p. 15. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Anexo%20tecnico%20No.%20%206%20Res%203047-08%20y%20416-09.pdf>
17. Ministerio de la protección social. Resolución 3047 de 2008 [Internet]. 3047, 3047 2008 p. 90. Disponible en: https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R_MPS_3047_2008.pdf
18. Ministerio de la protección social. Decreto 1011 de 2006 [Internet]. 1011, 1011 2006. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf
19. Eymin G, Aizman A, Lopetegui M, Manjarrez E. Proceso de alta hospitalaria, revisión de la literatura. Rev Médica Chile. febrero de 2014;142(2):229-37.
20. Martínez R M. Evaluación y mejora del proceso de alta hospitalaria [Internet]. Universidad de Alicante; 2010. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/36417/1/tesis_maria_martinez_ramos.pdf
21. Congreso de Colombia. Ley 100 de 1993 [Internet]. 100, 100 1993. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>
22. Congreso de la República de Colombia. Ley 1231 de 2008 [Internet]. 1231, 1231 2008. Disponible en:

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=31593>

23. Vilaca M E, organización panamericana de la salud. Las redes de la atención en salud [Internet]. 2013. Disponible en: <http://apsredes.org/wp-content/uploads/2013/05/LAS-REDES-DE-ATENCIO.pdf>
24. Organización Mundial de la salud. OMS | Atención primaria de salud [Internet]. WHO. 20113 [citado 5 de marzo de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/
25. Ministerio de Salud de Colombia. Política de atención integral en salud [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
26. Corona M L, Fonseca H M. Un modelo simplificado del proceso de atención médica. Implicaciones asistenciales, docentes e investigativas. *MediSur*. abril de 2010;8(2):34-7.
27. Presidencia de la República. Decreto 2423 de 1996 [Internet]. 2423, 2423 1996. Disponible en: http://www.consultorsalud.com/sites/consultorsalud/files/manual_tarifario_soat_2017_-_consultorsalud.pdf
28. Congreso de Colombia. Ley 1122 de 2007 [Internet]. 1122, 1122 2007. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22600>
29. Malgón L G, Gálán M R, Pontón L G. Administración Hospitalaria [Internet]. 3.^a ed. Panamericana; 2016. Disponible en: <https://www.medicapanamericana.com/Libros/Libro/5703/Gerencia-Hospitalaria.html>
30. Afanador G. Atención segura y de calidad al paciente a través del manejo del proceso hospitalario. *Revista Inalde* [Internet]. 2013; Disponible en: <http://www.inalde.edu.co/sala-de-prensa/revista-inalde/detalle-blog/ic/atencion-segura-y-de-calidad-al-paciente-a-traves-del-manejo-del-proceso-hospitalario/icac/show/Content/>
31. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, Asociación Centro de Gestión Hospitalaria. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. 2007.
32. Eymín G, Aizman A, Lopetegui M, Manjarrez E. Proceso de alta hospitalaria, revisión de la literatura. *Rev Médica Chile*. febrero de 2014;142(2):229-37.

33. Roldán P, Vargas C, Giraldo C, Valencia G, García C, Salamanca L. Evaluación de la calidad en la atención en salud. Un estudio de caso. *Colomb Médica*. 2001;32(1):14-8.
34. Santelices C E, Ormeño C H, Delgado S M, Lui M C, Valdés V R, Durán C L. Análisis de la eficiencia técnica hospitalaria 2011. *Rev Médica Chile*. marzo de 2013;141(3):332-7.
35. Hareb. Manual de procedimientos Egreso programado del paciente hospitalizado [Internet]. 2010. Disponible en: http://www.hraeb.salud.gob.mx/contenidos/normas/procedint/3-Ago-2010/MP_egreso_del_paciente_.pdf
36. Ministerio de Salud. Definiciones datos básicos de la actividad hospitalaria [Internet]. 2013 [citado 6 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://deis.minsal.cl/deis/NOTAS%20TECNICAS%20REM-20.htm>
37. Estudiantes IX semestre enfermería universidad surcolombia. Protocolo de egreso del paciente hospitalizado. [Internet]. 2016. Disponible en: http://www.esecarmenemiliaospina.gov.co/2015/images/calidad/mapa3/7%20Servicios%20Hospitalarios/2%20Subprocesos/2%20Obstetricia%20Baja%20Complejidad/4%20Documentos%20de%20Apoyo/SH-S2D18-V1Protocolo_Egreso_pacientes_Hospitalizados.pdf
38. Freire C. Plan de egreso del paciente en el cuidado. Cumplimiento en pacientes del área de medicina interna del hospital Pablo Arturo Suarez [Internet]. 2014. Disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/2951/1/UDLA-EC-TLE-2014-02%28S%29.pdf>
39. Villarreal R E, Salinas M AM, Medina J A, Garza E ME, Núñez R G, Chuy D ER. The cost of diabetes mellitus and its impact on health spending in Mexico. *Arch Med Res*. octubre de 2000;31(5):511-4.
40. Ceballos A T, Velásquez R P, Jaén P J. Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. *Gerenc Políticas Salud* [Internet]. 19 de diciembre de 2014 [citado 6 de marzo de 2018];13(27). Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/11972>
41. Universidad del Bío-Bío, Chile, Medina G A, Gallegos M C, Leyton P C, Torres M B. Costo día cama servicio pensionado para una enfermedad en un hospital de Chile. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 1 de septiembre de 2015;47(3):301-12.
42. Reveco C, Weber R. Gestión de Capacidad en el Servicio de Urgencia en un Hospital Público [Internet]. 2011. Disponible en: <http://www.dii.uchile.cl/~ris/RISXXV/hospital.pdf>

43. Emprendedor Argentina. Plan de empresa - Creación de empresas - Emprendedor XXI en Argentina [Internet]. 2011 [citado 6 de marzo de 2018]. Disponible en: http://www.emprendedorxxi.coop/html/creacion/crea_pempresa_art9b.asp
44. Penagos G, Yaneth H, Palomino B A. Aplicación de los modelos de mejoramiento de procesos y de tiempos y movimientos en las áreas de urgencias y hospitalización de la Clínica Belén de Fusagasugá para garantizar la prestación del servicio en salud con calidad.
45. Villarreal R E, Mathew Q A, Garza E M, Núñez R G, Salinas M A, Gallegos H M. Costo de la atención de la hipertensión arterial y su impacto en el presupuesto destinado a la salud en México. *Salud Pública México*. enero de 2002;44(1):7-13.
46. Berrios M. Bases de la medicina clínica [Internet]. 2010. Disponible en: http://www.basesmedicina.cl/oncologia/115_cuidados_paliativos/11_5_cuidados_paliativos.pdf
47. Luquero A F, Santos S S, Pérez R A, Tamames G S, Cantón Á M, Castrodeza S J. Factores determinantes de la estancia inadecuada en un hospital de tercer nivel. *Gac Sanit*. enero de 2008;22(1):48-51.
48. Epicentro, Rada G. Indicadores en salud [Internet]. 2007. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/insintrod6.htm>
49. Epicentro. Indicadores en salud [Internet]. El epicentro. [citado 27 de junio de 2016]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/insintrod6.htm>
50. Sánchez B, Carrillo G, Barrera L. El plan de transición y egreso hospitalario y su efecto en el cuidado de la salud: una revisión integrada. *Rev UDCA Actual Divulg Científica*. 2014;17(1):13–23.
51. Monografias.com. Producción, Eficiencia y Costos de Servicios de Salud en el Paraguay - Monografias.com [Internet]. 2011 [citado 6 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos10/parag/parag.shtml>
52. Gonzalez de Dios J, Mateos M. Hospitalización inapropiada: Un marcador de calidad asistencial. *Esp Pediatr*. 1997;46:521–524.
53. Veranes L, Nerys F, Rodríguez V, Rafael C, Chirino R, Walda M, et al. Efecto económico del incremento de la estadía hospitalaria promedio. *MEDISAN*. noviembre de 2011;15(11):1540-7.
54. Cluster Salud. Mejoras en la calidad y eficiencia hospitalaria mediante un

modelo integral de gestión de flujo de pacientes | Cluster Salud | AméricaEconomía [Internet]. 2016 [citado 6 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://clustersalud.americaeconomia.com/mejoras-la-calidad-eficiencia-hospitalaria-mediante-modelo-integral-gestion-flujo-pacientes>

55. Sistemas Hypatia. Impacto sobre la calidad de la atención médica [Internet]. 2013 [citado 6 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.revistahypatia.org/component/k2/item/46-impacto-sobre-la-calidad-de-la-atencion-medica.html>
56. Ou L, Young L, Chen J, Santiano N, Baramy L, Hillman K. Discharge delay in acute care: reasons and determinants of delay in general ward patients. *Aust Health Rev.* 2009;33(3):513–521.
57. NHS. Delayed Discharges in NHSScotland [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.isdscotland.org/Health-Topics/Health-and-Social-Community-Care/Publications/2016-06-28/2016-06-28-DelayedDischarges-AnnualReport.pdf>
58. Silva F J, Ramón C S, Vergaray V S, Palacios F V, Partezani R R. Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público. *Enferm Univ.* abril de 2015;12(2):80-7.
59. Costa A, Poss J, Peirce T, Hirdes J. Acute care inpatients with long-term delayed-discharge: evidence from a Canadian health region. *BMC Health Serv Res* [Internet]. diciembre de 2012 [citado 8 de marzo de 2018];12(1). Disponible en: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-12-172>
60. Cardona A S, Vásquez R C, Bedoya T J. Comparación entre los costos de no calidad y los costos de calidad de los eventos adversos en la atención en el servicio de urgencias de la ese Hospital Marco Fidel Suárez de Bello-Antioquia [PhD Thesis]. 2013.
61. Carrillo G R, Pascual P J, Garcia C C, Monteoliva E, Nieto G J, Martinez P J, et al. Causas de retraso del alta hospitalaria por problemas no médicos en pacientes ingresados en medicina interna [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.revclinesp.es/controladores/congresos-herramientas.php?idCongreso=21&idSesion=1779&idComunicacion=19094>
62. Lenzi J, Mongardi M, Rucci P, Ruscio E, Vizioli M, Randazzo C, et al. Sociodemographic, clinical and organisational factors associated with delayed hospital discharges: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. diciembre de 2014 [citado 8 de marzo de 2018];14(1). Disponible en: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-128>

63. Kaur L, Dilawari P. A Study to Assess the Efficiency of Discharge Process in Inpatient, Cause of Discharge Delays, and their Impact on Increase Average Length of Stay. 2015; Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/9bb1/c2279bb464a22391779244d695523cf798d3.pdf>
64. April international. El sistema sanitario italiano [Internet]. APRIL International. 2013 [citado 8 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://es.april-international.com/global/destino/el-sistema-sanitario-italiano>
65. Belmartino S, Bloch C. La política sanitaria argentina y las estrategias de desarrollo. Cuad Méd Soc. 1980;14:5–25.
66. Guerrero R, Gallego A, Becerril M V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia [Internet]. 2011 [citado 8 de marzo de 2018]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800010
67. Pereira A M. La prestación del servicio de salud en Colombia y sus implicaciones para la gobernanza [Internet]. 2007 [citado 8 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.institut-gouvernance.org/es/analyse/fiche-analyse-276.html>
68. James B, Young P, Srivastava R, Srivastava R, Stone B, Patel R, et al. Delays in discharge in a tertiary care pediatric hospital. J Hosp Med [Internet]. 1 de octubre de 2009 [citado 8 de marzo de 2018];4(8). Disponible en: <https://www.journalofhospitalmedicine.com/jhospmed/article/126879/delays-pediatric-discharge>
69. Mora SL, Barreto CA, García LR. Procesos médico-administrativos en hospitalizados y prolongación de la estancia. Repert Med Cir. 2015;24(4):285.
70. Herrin J, Harris K, Kenward K, Hines S, Joshi M, Frosch D. Patient and family engagement: a survey of US hospital practices. BMJ Qual Saf. 2015;bmjqs–2015.
71. Valdes A, <https://www.facebook.com/pahowho>. Avances hacia la cobertura universal de salud y la equidad en América Latina y el Caribe | OPS OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2015 [citado 8 de marzo de 2018]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11059%3A2015-universal-health-coverage-lac-2&catid=4669%3Aannouncements-hss&Itemid=39594&lang=es
72. OMS. OMS | Banco Mundial y OMS: la mitad del mundo carece de acceso a servicios de salud esenciales y los gastos en salud abocan aún hoy a la pobreza

extrema a 100 millones de personas [Internet]. WHO. [citado 8 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/half-lacks-access/es/>

73. Ayala G J. La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. Banco Repúb Colomb Doc Trab. 2015;
74. Nazareth I, Burton A, Shulman S, Smith P, Haines A, Timberal H. A pharmacy discharge plan for hospitalized elderly patients--a randomized controlled trial. *Age Ageing*. enero de 2001;30(1):33-40.
75. Khyathi G, Aileen J M, Srivatsa H. Streamlining the Hospital Discharge Process in a Tertiary Care Hospital with a Holistic Approach. 2016;4(7). Disponible en: <http://ijsem.org/papers/v1/i4/8.pdf>
76. Lalani NS, Gulzar AZ. Nurses' role in patients' discharge planning at the Aga Khan University Hospital, Pakistan. *J Nurses Staff Dev JNSD Off J Natl Nurs Staff Dev Organ*. diciembre de 2001;17(6):314-9.
77. Hernández C R, Moreno M M, Cheverría R S, Díaz O A. Factors influencing the missed nursing care in patients from a private hospital. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2017 [citado 8 de marzo de 2018];25(0). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100354&lng=en&tlng=en