

**FACTORES ADMINISTRATIVOS QUE INFLUYERON EN LA PROLONGACION
DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN EL SERVICIO DE RECIEN NACIDOS
DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER DURANTE EL ULTIMO
TRIMESTRE DEL AÑO 2005**

**JAMMES ALBERTO GUZMAN CRUZ
LIBBIA YANETH SUPELANO TAVERA
DIOGENES ALEXANDER ARRIETA GIL**

**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD "CES"
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN SALUD – GRUPO XXXII
BUCARAMANGA-COLOMBIA
2007**

CONTENIDO

	Pág.
1. Resumen y palabras clave	3
2. Introducción	4
3. Objetivos	5
3.1 Objetivo general	5
3.2 Objetivos específicos	5
4. Justificación	6
5. Marco teórico	7
6. Metodología	10
6.1 Objeto de estudio	10
6.2 Unidad de análisis	10
6.3 Tipo de estudio	10
6.4 Universo	10
6.5 Tamaño de la muestra	10
6.6 Plan de recolección de la información	11
6.7 Instrumento de recolección de datos	11
6.8 Variables	11
6.9 Control de sesgos en la recolección de datos	12
6.10 Consideraciones éticas del proyecto	13
6.11 Plan de análisis	13
7. Resultados	14
7.1 Análisis descriptivo	14
7.2 Género	14
7.3 Peso	14
7.4 Morbilidad	15
7.5 Distribución de la estancia	16
7.6 Pertinencia de la estancia	17
7.7 Número de días de estancia no pertinente	17
7.8 Causas de estancia no pertinente	18
8. Conclusiones	20
9. Sugerencias	21
10. Bibliografía	22
11. Anexo No. 1	23
12. Anexo No. 2	24

1 RESUMEN

La estancia hospitalaria prolongada por cualquier causa es uno de los problemas que enfrentan a diario las instituciones hospitalarias. En el caso de las estancias prolongadas por problemas de tipo administrativo es importante conocer las razones que las originan para plantear y realizar acciones correctivas. En el presente estudio de tipo descriptivo se analizaron de forma retrospectiva las historias clínicas de los recién nacidos egresados durante el último trimestre del año 2005 en el Hospital Universitario de Santander (HUS) en la ciudad de Bucaramanga. De la información obtenida se caracterizó la población y se identificaron las estancias prolongadas no pertinentes por motivos administrativos, sus causas y se sugirieron las medidas correctivas con el objetivo de que sean tenidas en cuenta por las directivas del hospital. Entre los resultados más relevantes se encontró que el 8% de las estancias fueron no pertinentes por problemas administrativos y las causas principales fueron los problemas en la liquidación de la cuenta (46.15%) y demoras en la contraremisión de pacientes (15.38%).

Palabras clave: recién nacidos, estancia hospitalaria prolongada, acciones correctivas, motivos administrativos.

ABSTRACT

Prolonged hospitalization for any cause is one of the problems that hospitals confront every day. In case of prolonged hospitalizations by administrative reasons is important to know their causes to propose and to realize corrective actions. In this descriptive study the hospitalizations of newborns during last three months in 2005 in the Hospital Universitario of Santander (HUS) in Bucaramanga city were analyzed. Obtained information was used to characterize the population and to identify prolonged hospitalizations non pertinent by administrative reasons and their causes, furthermore corrective measurements were suggested to be taken into account for directives of the hospital. Among findings 8% of hospitalizations were non pertinent by administrative troubles and main causes were problems with account liquidation (46.15%) and delays in patients remission (15.38%).

Keywords: newborns, prolonged hospitalization, corrective actions, administrative reasons.

2 INTRODUCCION

El seguimiento de los neonatos de alto riesgo constituye una estrategia mundial para disminuir la morbimortalidad infantil. Los diferentes institutos materno-infantiles a nivel mundial atienden a una población de gestantes de alto riesgo, con escaso o nulo control prenatal y cuyos recién nacidos con riesgos clínicos (prematuridad, asfixia, sepsis, estancia hospitalaria prolongada, ventilación asistida, transfusiones) y/o sociales (ambiente hospitalario, familiar, nivel socio-económico) ameritan un adecuado manejo y seguimiento por el alto riesgo y bajo la responsabilidad de un equipo multidisciplinario.

Se podría decir que el tiempo de estancia hospitalaria es un indicador de la eficiencia en la utilización de los recursos y puede ser utilizado como una estrategia de contención de costos en las instituciones prestadoras de servicios de salud. Dada la relevancia que tiene la estancia como un factor que influye en los costos hospitalarios, es importante conocer las características asociadas a la prolongación de dicha estancia en forma innecesaria y que influyen negativamente en los costos del servicio, no solamente para identificarlas sino para sugerir soluciones.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

- Describir los factores administrativos que influyeron en la prolongación del tiempo de estancia hospitalaria en el servicio de recién nacidos del Hospital Universitario de Santander durante el último trimestre de 2005.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Caracterizar la población que se hospitaliza en el servicio de recién nacidos del Hospital Universitario de Santander en cuanto al género, peso, diagnóstico, distribución de la estancia, pertinencia, número de días de estancia no pertinente y causas de la no pertinencia.
2. Establecer el tiempo promedio de estancia hospitalaria en el servicio de recién nacidos.
3. Describir la distribución y la frecuencia de los días de estancia no justificada por motivos administrativos en dicho servicio con sus respectivas causas.
4. Sugerir acciones correctivas a las fallas detectadas.

4 JUSTIFICACION

El servicio de recién nacidos del Hospital Universitario de Santander presenta una ocupación del 100% en forma permanente debido a que es un punto de referencia del nororiente colombiano.

Es importante para el Hospital Universitario de Santander conocer las principales causas administrativas que están contribuyendo a prolongar la estancia hospitalaria en el servicio de recién nacidos con el fin de tomar las medidas correctivas según corresponda y mejorar la accesibilidad y la oportunidad del servicio.

En la medida en que se conozcan dichas causas y se realicen los correctivos necesarios, se podrá disminuir el porcentaje de glosas por parte de las entidades contratantes y esto redundará en mayores ingresos para el hospital a la vez que mejorará la accesibilidad y oportunidad para los pacientes que requieran del servicio.

5 MARCO TEORICO

El tiempo de estancia hospitalaria de cada paciente depende de varios factores, entre los cuales se destacan la comorbilidad (enfermedades asociadas) y el grado de severidad o compromiso de la enfermedad. Las instituciones hospitalarias cuentan con guías clínicas de atención con el fin de unificar criterios para el manejo adecuado de las distintas patologías en los diferentes servicios.

Resulta de vital importancia identificar los factores administrativos que influyen en la prolongación de la estancia hospitalaria.

Espinoza V. y col. en su estudio “Importancia de la aplicación de un protocolo de atención especializada en el seguimiento del recién nacido de alto riesgo”- Lima, Perú (1998) evaluaron los resultados obtenidos al aplicar un protocolo de atención del recién nacido de alto riesgo a 275 pacientes (enero a junio 1998) y sus variables fueron el peso y los antecedentes perinatales (sepsis, prematuridad, hipoxia). (1)

Slava J. y col. en su estudio “Factores asociados a la estancia hospitalaria en instituciones de segundo y tercer nivel en Santafé de Bogotá” en 1998 investigaron el tiempo de estancia hospitalaria como indicador de la eficiencia en la utilización de los recursos dada la importancia que tiene la estancia como un elemento fundamental de los costos hospitalarios. (2)

Ahora bien, existen condiciones clínicas que en un momento dado también contribuyen a incrementar la estancia hospitalaria, como veremos a continuación:

Las infecciones nosocomiales son un importante problema de salud pública asociadas a una elevada morbilidad y mortalidad en unidades de alto riesgo, así como a una prolongada estancia y elevada carga económica para el sistema de salud. En un estudio prospectivo de 6 meses de duración (mayo a octubre de 2000) llevado a cabo por la Universidad Autónoma de Barcelona (España) del total de 121 pacientes en la unidad de cuidado intensivo neonatal, el 46.3 % (56 neonatos) adquirieron al menos una infección nosocomial, con una incidencia de 74.3 infecciones por cada 100 egresos y una densidad de incidencia de 2.7 infecciones por 100 pacientes-día. (3)

Por otra parte, la resistencia bacteriana determinada por la aparición de cepas microbianas refractarias al efecto bactericida y bacteriostático de los antibióticos es un problema de salud pública que afecta todo tipo de instituciones, siendo de mayor importancia en los pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. La resistencia bacteriana es condicionante de altos costos hospitalarios, complicaciones y mayor morbilidad y mortalidad, fenómeno al cual no escapan las unidades de cuidado neonatal y pediátrico. (4) (5) (6)

Además se han descrito complicaciones, entre otras, en el desarrollo psicomotor de los recién nacidos que tuvieron hospitalizaciones prolongadas; esto es especialmente cierto en los que fueron sometidos a largos periodos de ventilación mecánica. (7)

Más de la mitad de los que sobreviven al alta hospitalaria lo hacen con complicaciones como hemorragia intracerebral, retinopatía del prematuro, displasia broncopulmonar, enterocolitis necrotisante e infecciones intra-hospitalarias, hospitalizaciones prolongadas, entre otras patologías que afectan la calidad de vida del individuo y su familia y demandan una cantidad importante de recursos médicos. (8)

Por otra parte, el establecimiento de programas para autocuidado favorece una mejoría en la calidad de vida. Mientras el niño permanezca hospitalizado es necesario instruir a la madre sobre la forma como debe cuidar a su bebé mediante un programa por parte de alguien que pueda valorar las condiciones en el hogar y aconsejar cualquier mejora que se requiera, pero desafortunadamente esto no sucede en la mayoría de nuestras instituciones hospitalarias. (9)

A pesar que las consideraciones anteriores se relacionan con aspectos clínicos, está demostrado desde hace mucho tiempo que todo paciente hospitalizado tiene un riesgo elevado de sufrir, por ejemplo, infecciones nosocomiales, las cuales a su vez prolongan más la estancia y perpetúan un círculo vicioso alrededor de esta.

El presente estudio se enfoca en determinar las causas administrativas de la prolongación innecesaria de la estancia y sugerir las posibles acciones correctivas con el fin de disminuir por un lado los costos, además de evitar reprocesos en la facturación y mejorar la oportunidad del servicio. En este último aspecto es importante recordar que el niño recién nacido es particularmente lábil y una demora en el tiempo de ingreso a una unidad de cuidado neonatal por no disponibilidad de cubículo, podría significar la diferencia entre la vida y la muerte.

También se debe tener en cuenta que los resultados obtenidos en este estudio pueden ser un reflejo de lo que esté sucediendo en los demás servicios ofrecidos por el hospital y en ese orden de ideas podría incentivar la realización de estudios en otras áreas, además que las medidas correctivas que se puedan tomar (por ejemplo en el área de facturación) beneficiaría a los demás servicios.

Por último, hay que hacer énfasis en el hecho de que este tipo de estudios son necesarios en nuestras instituciones dentro del sistema del mejoramiento continuo. Vemos con preocupación que la Auditoría Médica tanto en IPS como en EPS se ha centrado casi que exclusivamente en la contención del costo alrededor del término “glosa” pero no se genera información tendiente a mejorar los procesos existentes ni se desarrollan ideas nuevas que aporten positivamente para el logro de este objetivo.

Sea este el momento de invitar a reflexionar sobre la manera como se está desarrollando la Auditoría Médica para que se oriente en la búsqueda continua de la verdadera calidad de la atención que se brinda a los usuarios por el bienestar de ellos y de nuestras instituciones.

6 METODOLOGIA

6.1 OBJETO DE ESTUDIO

- Las historias clínicas de los pacientes recién nacidos hospitalizados en el servicio durante el último trimestre de 2.005.
- Censo diario del servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Santander.

6.2 UNIDAD DE ANALISIS

- Registros clínicos de los pacientes recién nacidos egresados del servicio durante el último trimestre de 2.005.

6.3 TIPO DE ESTUDIO

- Estudio descriptivo retrospectivo.

6.4 UNIVERSO

- Total de egresos del servicio de recién nacidos del Hospital Universitario de Santander durante el último trimestre del 2005.

6.5 TAMAÑO DE LA MUESTRA

- Universo: 249 pacientes (total de egresos del periodo analizado).
- Tamaño de la muestra: 166 pacientes (66.6% del total de egresos).

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó el programa Epi Info 2000.

Se introdujo el dato de la población (249 pacientes) y se obtuvo que para un nivel de confianza del 95% se necesitaba una muestra de 151 pacientes.

Ahora bien, teniendo en cuenta la posible pérdida de la información en el estudio (historias clínicas ilegibles, historias clínicas incompletas) se aumentó la muestra en un 10% adicional, esto es, un total de 166 pacientes.

6.6 PLAN DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

Para acceder a la información se obtuvo el permiso del director del Hospital Universitario de Santander (HUS), Dr. Martín Mejía, con el fin de revisar las historias clínicas de los pacientes seleccionados.

Se designó al Director del Departamento de Estadística para que facilitara las historias clínicas en número de diez y revisarlas entre los tres integrantes del grupo durante 17 jornadas por un periodo de tres meses.

Se diseñó y se diligenció un instrumento para la recolección de los datos y estos a su vez se tabularon en el programa Epi Info 2000.

6.7 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

El formato utilizado para la recolección de los datos se denominó “Instrumento de recolección de información sobre estancia en el servicio de recién nacidos – HUS”, en su diseño se tuvieron en cuenta las siguientes características: historia clínica, género, peso, fecha de ingreso, fecha de egreso, diagnóstico principal, días de estancia, hallazgos, pertinencia de la estancia y observaciones. (Anexo No 1).

6.8 VARIABLES

Se consideraron un número de variables de utilidad para desarrollar el presente estudio de acuerdo con la información obtenida en las historias clínicas.

Las variables utilizadas se resumen en la siguiente tabla:

TABLA 1. DESCRIPCION DE VARIABLES UTILIZADAS

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Género	Sexo del recién nacido	Cualitativa nominal dicotómica	Femenino Masculino
Peso	Peso en gramos al ingreso en el servicio	Numérica continua	Gramos
Diagnóstico	Diagnóstico principal registrado al egreso del paciente que originó la estancia	Cualitativa nominal politómica	Diagnóstico según CIE-10
Estancia	Número de días que permaneció hospitalizado el paciente	Numérica discreta	Número de días
Pertinencia	Estancia justificada o no desde el punto de visto administrativo	Cualitativa nominal dicotómica	Si No
Días de estancia no pertinente	Número de días de hospitalización que no fueron pertinentes	Numérica discreta	Número de días
Causas de estancia no pertinente	Motivos administrativos por los cuales se encontraron estancias no pertinentes	Cualitativa nominal politómica	Causas diversas

6.9 CONTROL DE SEGOS EN LA RECOLECCION DE DATOS

Para evitar sesgos en la recolección de datos se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones:

El tamaño de la muestra obtenida en el programa Epi Info 2000 con un nivel de confianza del 95%, además con un 10% adicional considerando una posible pérdida de la información en el estudio.

La selección aleatoria de las historias clínicas de la muestra.

La revisión exhaustiva de las historias clínicas consignando los datos en el instrumento diseñado de manera objetiva y veraz.

6.10 CONSIDERACIONES ETICAS DEL PROYECTO

En cuanto a las consideraciones éticas del presente proyecto se debe tener en cuenta, como ya se dijo, que se obtuvo el respectivo permiso y apoyo de las directivas del hospital quienes facilitaron la recolección de la información.

Por otra parte para garantizar la confidencialidad de los datos y la reserva de la identidad de los pacientes incluidos en el estudio no se utilizaron los nombres sino los números de las historias clínicas, los cuales aparecen en el instrumento de recolección de la información pero no en la tabulación de los datos (Anexo No. 2).

6.11 PLAN DE ANALISIS

El análisis se realizó por cada variable de la siguiente manera:

- Distribución de la población según género femenino o masculino.
- Clasificación según peso en gramos al ingreso: extremadamente bajo (menor de 1000 gramos), bajo (1000 a 2499 gramos), normal (2500 a 3499 gramos) y sobrepeso (mayor o igual a 3500 gramos) con sus respectivos porcentajes.
- Morbilidad según diagnóstico principal de egreso en una tabla de diagnósticos de mayor a menor frecuencia y porcentaje de participación.
- Distribución de la estancia según días de hospitalización.
- Pertinencia de la estancia teniendo en cuenta criterios administrativos pero no clínicos, porcentaje de la estancia no pertinente.
- Distribución de la no pertinencia según el número de días encontrados por cada estancia no pertinente.
- Causas administrativas de estancias no pertinentes según frecuencias y porcentajes.

7 RESULTADOS

7.1 ANALISIS DESCRIPTIVO

En el último trimestre del año 2005, se presentaron un total de 249 egresos en el servicio de recién nacidos del Hospital Universitario de Santander. Para este análisis se tomaron un total de 166 historias clínicas de dichos egresos las cuales fueron analizadas retrospectivamente.

Para el análisis se contó con el instrumento de medición ya descrito.

Para la tabulación y posterior análisis de los datos recolectados se trabajó con el programa Epi Info 2000. Los datos tabulados se convirtieron a un archivo Excel (Anexo No. 2).

Los resultados se muestran a continuación por cada variable:

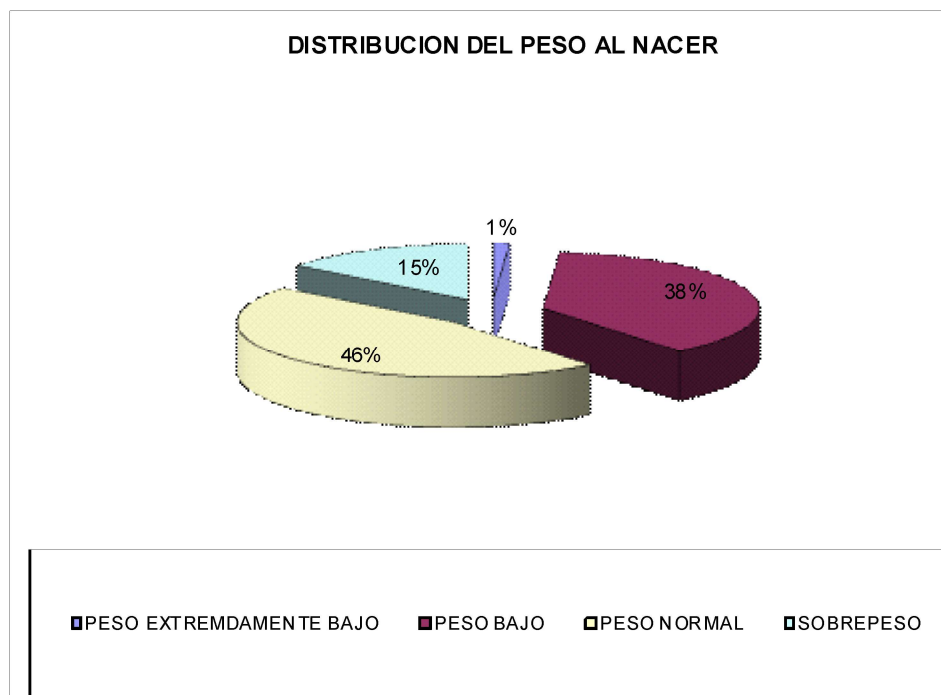
7.2 GENERO

La distribución del género de los recién nacidos que egresaron del Hospital Universitario de Santander en el cuarto trimestre de 2005 es la siguiente: el 56% pertenecen al género masculino y el 44% al género femenino.

7.3 PESO

Para el análisis del peso al nacer de los recién nacidos se presenta la siguiente gráfica:

Gráfica 1



El 46% de los recién nacidos tienen un peso normal al nacer, el 38% bajo peso al nacer, el 15% sobrepeso y el 1% un peso extremadamente bajo al nacer; es importante aclarar que los casos de peso extremadamente bajo corresponden a dos casos de recién nacidos pretérminos extremos.

7.4 MORBILIDAD

La morbilidad según el diagnóstico principal de egreso es la siguiente:

El síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido tiene el mayor peso porcentual con un 25.30%, seguido del recién nacido potencialmente infectado (22.30%), la sepsis neonatal (16.27%), el recién nacido pretérmino (10.85%) y la ictericia neonatal (8.44%). (Tabla 2).

**TABLA 2. MORBILIDAD SEGUN DIAGNOSTICO PRINCIPAL DE EGRESO
SERVICIO DE RECIEN NACIDOS HUS - CUARTO TRIMESTRE DE 2005**

DIAGNOSTICO	CASOS	PORCENTAJE
Síndrome de dificultad respiratoria (EMH, TTRN, BAM, asfixia perinatal)	42	25.30
Recién nacido potencialmente infectado (RPMO, IVU, parto domiciliario.)	37	22.30
Sepsis neonatal	27	16.27
Recién nacido pretérmino	18	10.85
Ictericia neonatal	14	8.44
Neumonía del recién nacido	8	4.82
Onfalitis	4	2.41
Obstrucción intestinal	3	1.81
Ano imperforado	2	1.20
Trastorno de succión del recién nacido	2	1.20
Enfermedad diarreica aguda invasiva	2	1.20
Recién nacido hijo de madre con dengue hemorrágico	1	0.60
Hipoglicemia refractaria del recién nacido	1	0.60
Retardo del crecimiento intrauterino asimétrico	1	0.60
Cardiopatía congénita	1	0.60
Sífilis congénita	1	0.60
Atresia esofágica del recién nacido	1	0.60
Trastorno hemorrágico del recién nacido	1	0.60
Total	166	100.00

Convenciones:

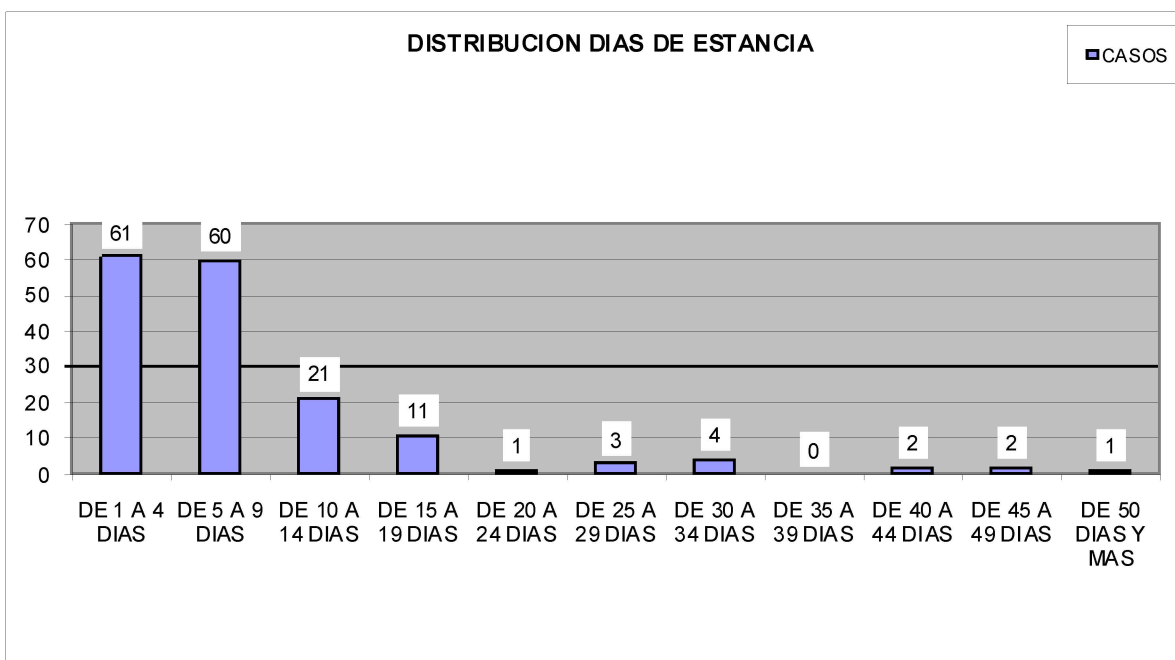
BAM: Broncoaspiración de meconio
 EMH: Enfermedad de membrana hialina
 IVU: Infección de vías urinarias
 RN: Recién nacido
 RPMO: Ruptura prematura de membranas ovulares
 TTRN: Taquipnea transitoria del recién nacido

7.5 DISTRIBUCION DE LA ESTANCIA

Con respecto a la forma como se comportan los días de estancia, se observa lo siguiente:

El 36.75% de las estancias se encuentran en el rango de uno a cuatro días y el 36.14% corresponden al rango de cinco a nueve días, concentrándose el 72.89% entre uno y nueve días de estancia. (Gráfica 2).

Gráfica 2



7.6 PERTINENCIA DE LA ESTANCIA

En la verificación de la pertinencia de la estancia de los 166 egresos analizados se observa como en 13 de ellos, correspondientes al 8% de los casos, la estancia no fue pertinente por motivos administrativos.

7.7 NUMERO DE DIAS DE ESTANCIA NO PERTINENTE

Para mirar más a fondo los motivos de las estancias no pertinentes y su comportamiento se tiene lo siguiente:

El 61.55% de los casos de prolongación de la estancia corresponden a un día adicional, el 7.69% a dos días adicionales, el 15.38% a tres días, el 7.7% a cinco días y el 7.7% restante a trece días. (Tabla 3).

TABLA 3. DIAS DE ESTANCIA PROLONGADA POR MOTIVOS ADMINISTRATIVOS SERVICIO DE RECIEN NACIDOS HUS - CUARTO TRIMESTRE DE 2005

DIAS ESTANCIA	CASOS	PORCENTAJE
1 día	8	61.55
3 días	2	15.38
2 días	1	7.69
5 días	1	7.69
13 días	1	7.69
Total	13	100.00

De los 166 egresos se encontraron 13 de ellos (8%) con estancia prolongada no pertinente.

El total de días pertinentes de los 166 egresos analizados es de 1.441 días y el total de días estancia no pertinentes es de 34 (correspondiente al 2.31% del total de días), es decir, que el 8% de egresos con días no pertinentes de estancia por motivos administrativos corresponden al 2.31% del total de días de estancia de dichos egresos.

7.8 CAUSAS DE ESTANCIA NO PERTINENTE

Los motivos administrativos por los cuales se prolonga la estancia son los siguientes:

TABLA 4. MOTIVOS ADMINISTRATIVOS QUE PROLONGAN LA ESTANCIA SERVICIO DE RECIEN NACIDOS HUS - CUARTO TRIMESTRE DE 2005

MOTIVOS	CASOS	PORCENTAJE
No autorización de salida por problemas de liquidación de la cuenta	6	46.15
Demora en trámite de contraremisión	2	15.38
Demora por adiestramiento de la madre en manejo de sonda nasogástrica	1	7.69
La aseguradora no autoriza oportunamente la cirugía	1	7.69
No se toma oportunamente ayuda diagnóstica	1	7.69
Daño en equipo de laboratorio clínico	1	7.69
Salida un día después sin ninguna justificación	1	7.69
Total	13	100.00

El 46.15% de los casos de estancia prolongada corresponden a la no autorización de salida por problemas en la liquidación de la cuenta (las aseguradoras no autorizan a tiempo los procedimientos realizados, falta de firmas de auditores de las aseguradoras, entre otras). El 15.38% corresponde a demoras en los trámites de contrareferencia y el resto corresponde a daño de equipos que no permiten oportunidad en la realización de exámenes y adiestramiento de la madre en el manejo del recién nacido, entre otras. (Tabla 4).

Es importante aclarar que la estancia prolongada por 13 días corresponde a la no autorización de una cirugía de forma oportuna por parte de la aseguradora del recién nacido.

Los hallazgos se pueden resumir como sigue:

- El 56% de los recién nacidos evaluados fueron del sexo masculino, mientras que el 46% restante fueron del sexo femenino.
- El 46% de los recién nacidos tuvieron peso normal al nacer, el 38% peso bajo, el 15% tuvieron un peso por encima del promedio normal y el 1% tuvieron un peso extremadamente bajo.
- En cuanto a morbilidad según el diagnóstico principal de egreso, el primer lugar fue para el síndrome de dificultad respiratoria con el 25.30%, seguido del recién nacido potencialmente infectado (22.30%), la sepsis neonatal (16.27%), el recién nacido pretérmino (10.85%) y la ictericia neonatal (8.44%).
- El 72.89% de las estancias oscilaron entre uno y nueve días, mientras que el 27.11% restantes fueron iguales o superiores a 10 días.
- El 92% de las estancias fueron pertinentes mientras que en el 8% restante se encontraron días no pertinentes de estancia por motivos administrativos.
- De los 13 casos con estancia no pertinente, los días no pertinentes variaron entre uno (8 casos) y trece días (1 caso).
- Por último, de los 13 casos con estancia prolongada los motivos de la misma fueron por problemas en la liquidación de la cuenta (6 casos), demoras en el trámite de la contraremisión (2 casos) y luego otras causas con un caso cada una.

8 CONCLUSIONES

- Con los hallazgos anteriormente descritos vemos que en el servicio de recién nacidos del Hospital Universitario de Santander (HUS) se encontró un 8% de estancias no pertinentes por motivos administrativos durante el periodo analizado; este es un porcentaje relativamente alto que debe ser tenido en cuenta para realizar acciones tendientes a su disminución.
- Estas estancias no pertinentes generan un impacto económico negativo en el hospital ya que las entidades aseguradoras glosan los días de estancia no pertinentes, como también los honorarios, terapias, ayudas diagnósticas solicitadas y medicamentos suministrados durante estos días.
- Se podría decir que la mayoría de las causas administrativas encontradas como generadoras de estancias no pertinentes pueden ser evitables realizando mejoras en los distintos procesos que se llevan a cabo en el hospital.
- Estas acciones de mejora podrían beneficiar por extensión a otras áreas o unidades estratégicas de negocio que desarrollen o compartan procesos comunes.

9 SUGERENCIAS

Por último, se elaboraron las siguientes sugerencias teniendo en cuenta los hallazgos descritos y los análisis realizados:

- Teniendo en cuenta que el 46.15% de las estancias no pertinentes se debieron a problemas en la liquidación de la cuenta y estos a su vez se relacionan principalmente con demoras en la expedición de las autorizaciones por parte de las entidades aseguradoras, es necesario realizar contratos que estipulen procesos ágiles de autorizaciones, mejor relacionamiento con los Auditores Médicos de estas entidades (brindarles espacios dentro del hospital para que puedan desarrollar más fácilmente y con cierta comodidad sus funciones, por ejemplo). Esto demostraría el interés que tiene el hospital con los contratantes y sus usuarios.
- Es importante también mejorar el proceso de referencia y contrareferencia de pacientes pues la falta de coordinación y comunicación intra e interinstitucional ocasiona demoras injustificadas y estancias prolongadas no pertinentes.
- También se sugiere tener subcontratados algunos servicios pues el daño o el mantenimiento de algunos equipos pueden retrasar una salida al no haber oportunidad en la realización de diversos exámenes.
- Cuando el equipo de salud detecte pacientes susceptibles de un cuidado domiciliario especial posterior a su internación, es necesario identificarlos e iniciar un plan de entrenamiento a los padres antes del alta para que no se retrase la salida por el inicio tardío de dicho entrenamiento.
- De igual manera reviste importancia el hecho de involucrar a todo el personal concientizándolo de los efectos negativos que tienen las estancias no justificadas tanto para la institución como para ellos mismos.

El primer paso es que exista el deseo de mejorar por parte de las directivas del hospital y que se incluyan a todas las áreas de la organización.

Si esto se logra se podría disminuir el porcentaje de glosas por parte de las entidades contratantes, mejorarían los ingresos del hospital, la oportunidad del servicio y también el giro-cama de pacientes.

10 BIBLIOGRAFIA

1. Espinoza V. Importancia de la aplicación de un protocolo de atención especializada en el seguimiento del recién nacido de alto riesgo. Perú (1998). http://sisbib.unsm.edu.pe/BvRevistas/Paediatica/v04_n1/importancia.htm
2. Eslava J. y col. Factores asociados a la estancia hospitalaria en instituciones de segundo y tercer nivel en Santafé de Bogotá. Bogotá – Colombia (1998). www.saludcapital.gov.co/secsalud/navleft/investigaciones/resumeninvs.html
3. Urrea Ayala, Mireya. Estudio prospectivo de la incidencia de infección nosocomial en las unidades de cuidados intensivos pediátricas y neonatales. Universidad Autónoma de Barcelona, 2003. www.tdx.cesca.es/TDX-0621104-194731/
4. Casellas JM. Resistencia bacteriana por producción de beta-lactamasas de espectro extendido: La perspectiva global y Latinoamericana en el escenario hospitalario. Infect Dis in Clin Pract 2001: S12-S16.
5. Navarrete-Navarro, Susana y col. Costos secundarios por infecciones nosocomiales en dos unidades pediátricas de cuidados intensivos. Salud Pública de México 1999; Vol. 41 (sup 1): 51-58.
6. Gómez A. y col. Mecanismos de resistencia en Pseudomona aeruginosa: entendiendo a un peligroso enemigo. Universidad Nacional de Colombia. <http://www.revmed.unal.edu.co/revistafm/v53n1/a3n1v53.html>
7. Fernández Carrocera, Luis Alberto y col. El neurodesarrollo a los dos años de vida de neonatos tratados en una unidad de cuidados intensivos neonatales. Revista Panamericana de Salud Pública Vol. 5 No. 1 Washington Enero 1999.
8. Llanos M. y col. Morbilidad y mortalidad del recién nacido menor de 1500 gramos: experiencia de un hospital regional de la red internacional Vermont Oxford. Revista Chilena de Pediatría 77 (4); 363-374, 2006.
9. Hernández F. y col. Intervención educativa en el manejo del recién nacido prematuro. Rev Enferm IMSS 2000; 8 (1): 21-25.