



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD**



ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

2013 - 2014

**Tesis para optar al Título de Maestro en Administración de Servicios de
Salud.**

**DISEÑO MÉDICO FUNCIONAL DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL
HOSPITAL MILITAR ESCUELA 'Dr. Alejandro Dávila Bolaños'.**

Autor: Tnte. Cnel. (DEM) Dr. Octavio Duarte Sotelo

Tutor: Msc. Miguel Orozco Valladares

Managua, Diciembre, 2014.

CONTENIDO

| | |
|--------------------------------------|-----|
| Dedicatoria | i |
| Agradecimiento | ii |
| Opinión del Tutor | iii |
| Resumen..... | iv |
| I. INTRODUCCIÓN | 1 |
| II. ANTECEDENTES..... | 2 |
| III. JUSTIFICACIÓN | 3 |
| IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 4 |
| V. OBJETIVOS | 5 |
| VI. MARCO DE REFERENCIA..... | 6 |
| VII. DISEÑO METODOLOGICO..... | 37 |
| VIII. RESULTADOS..... | 40 |
| IX. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS | 46 |
| X. CONCLUSIONES..... | 48 |
| XI. RECOMENDACIONES..... | 49 |
| XII. BIBLIOGRAFÍA | 50 |
| ANEXOS | 54 |

Dedicatoria

A mis padres Leticia Sotelo Coronado y José Dolores Duarte Sequeira (qepd), que con su esfuerzo lograron educarme bajo principios éticos, indicarme el camino correcto para poder llegar a culminar mi carrera.

A mi esposa Alba Marina Frenky T. por su apoyo incondicional, mis hijos Tania Marcela, Octavio José y Arlen Milagros que comparten la vida familiar y de trabajo.

Agradecimiento

A la Jefatura del Cuerpo Médico Militar por haberme seleccionado y ser parte de este grupo de la Maestría de Administración de Servicios de Salud.

Al Dr. Miguel Orozco Valladares por su apoyo como profesor y tutor del trabajo de Tesis.

Al Dr. Luis Carballo Palma asesor metodológico, por su empeño para la culminación del documento.

A todos y cada una de los profesores que nos impartieron los diferentes módulos.

Opinión del Tutor

El Cuerpo Médico Militar desde que fue fundado ha conservado un constante empeño por estar a la vanguardia entre los actores del sector salud nicaragüense. Así, como referente en la aplicación de los conceptos de la Mejora Continua de la Calidad y de cara al traslado hacia las instalaciones del Nuevo Hospital Militar Escuela ‘Dr. Alejandro Dávila Bolaños’, la pertinencia y oportunidad del estudio presentado por el autor trasciende por mucho el plano de satisfacer un requerimiento académico, llegando a establecer con habilidad una propuesta de Modelo Médico Funcional de uno de los Servicios de mayor demanda dado los fenómenos de transición demográfica y epidemiológica que acontecen en Nicaragua.

Felicitaciones al autor, al reconocer el aporte del estudio como una contribución importante ante los retos que desde ya están planteados, ante las cada vez más crecientes expectativas de civiles y militares, nacionales y extranjeros de la pronta apertura del Nuevo Hospital Militar Escuela ‘Dr. Alejandro Dávila Bolaños’.

Msc. Miguel Ángel Orozco Valladares
Docente Investigador
Director Ejecutivo
CIES – UNAN Managua

Resumen

La elevada demanda de atención médica que tiene el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” rebasa la capacidad instalada de las actuales instalaciones. Esto ha determinado que la Jefatura del Cuerpo Médico Militar estratégicamente tomara la decisión de contar con nuevas y más amplias instalaciones y la consecuentemente modernización de los medios diagnósticos y terapéuticos. Esto ha inspirado la realización del presente estudio, en que a la luz de lo que se conoce y de lo que se visualiza debería ser el Modelo Médico Funcional del Servicio de Medicina Interna.

Los objetivos del estudio giran alrededor de conocer las apreciaciones que tienen los actores claves del Servicio de Medicina Interna acerca del Modelo de organización del Servicio, las recomendaciones de mejora en la calidad de la atención y la propuesta de una guía de gestión de la lista de espera para atención especializada.

Con un diseño No experimental, transversal, descriptivo y utilizando métodos cualitativos, mediante una extensa revisión documental, la realización de entrevistas abiertas y un grupo focal, considerando como informantes clave a miembros de la jefatura, los especialistas y el personal médico, se concluye que el Servicio de Medicina Interna debe tener el nivel de Departamento, es necesario adoptar el enfoque de procesos en la gestión del servicio y que urge la implementación de un mecanismo de gestión de la lista de espera para la atención especializada.

Se recomienda crear el Departamento de Medicina Interna a quien estarían subordinados los Servicios de Medicina y Sub Especialidades, Servicio de Medicina Crítica, Servicio de Cardiología y Servicio de Nefrología.

I. INTRODUCCIÓN

Todo hospital o institución que oferta servicios de salud debe aspirar a la excelencia, y con ello el ser reconocido en la eficiencia de su modelo de gestión y organización.

El Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar, es uno de los que mayor demanda y complejidad organizativa tiene. A la luz del advenimiento de las nuevas instalaciones y en el marco de los principios de un nuevo modelo de gestión, requiere imperiosamente implementar ajustes en su funcionamiento que faciliten el asumir los retos que implican el crecimiento en demanda y en nivel de resolución.

Al finalizar el año 2014, están planteados muchos retos en la gestión de servicios de salud; así como muchas especializaciones clínicas que desempeñan diferentes funciones y procedimientos en la oferta de medios diagnósticos y terapéuticos aglutinados en el servicio de Medicina Interna, lo que complejiza más la organización funcional del mismo.

Por lo antes mencionado; el nuevo hospital militar se ha propuesto alcanzar y mantener los más altos estándares de eficacia y eficiencia en la práctica médica con el propósito de mantener el reconocimiento a la gestión y calidad de atención prestada a sus usuarios.

II. ANTECEDENTES

Desde 1979 cuando se inauguró el HMEADB el mando militar tomó la decisión de crear un Hospital líder en calidad y satisfacción para los usuarios siendo en su mayoría militares activos y sus familiares.

En su desarrollo las autoridades han trabajado arduamente en mantener altos estándares de calidad, gestión y organización para satisfacer las necesidades de los usuarios demandantes de una atención integral, logrando así un alto prestigio entre los establecimientos de salud públicos y privados del país a pesar de no regirse por ningún modelo de gestión pre establecido rigurosamente por escuelas o dogmas protocolarios.

Los establecimientos de salud modernos trabajan por procesos para obtener resultados de calidad donde se incluye la satisfacción y la seguridad para el usuario interno y externo (el paciente y el personal de salud); estos procesos, deben estar basados en una gestión de resultados por objetivos con la implementación de un modelo organizacional que facilite los resultados esperados de acuerdo a nuestra política, misión, visión y valores de nuestra institución.

III. JUSTIFICACIÓN

La jefatura del Cuerpo Médico Militar que ha previsto la necesidad de construir un nuevo Hospital Militar para satisfacer la demanda actualmente rebasada de su actual infraestructura, aspira no solo a mejorar el desempeño de su personal médico y de apoyo sino a mejorar los resultados e indicadores de calidad, prestación y organización de los servicios de salud, especialmente en el Servicio de Medicina Interna.

No se conocen trabajos de investigación relacionados con la implementación de un modelo de gestión integral en nuestro hospital militar a pesar de una propuesta de reorganización contemplada en un documento de consultoría realizada por la empresa “Gesaworld” realizado con fines de proponer una opción de buena organización médico funcional del nuevo hospital militar, presentada en el año 2008.

Los resultados de este trabajo deben ser implementados en el nuevo Hospital Militar Dr. Alejandro Dávila Bolaños teniendo como marco de referencia el modelo propuesto por Gesaworld para tal fin.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- ¿Cuáles son los requerimientos de organización para el Servicio de Medicina Interna del HMEADB según los actores claves?
- ¿Cuáles son las recomendaciones más relevantes para mejorar la calidad de la atención según los actores claves?
- ¿Qué variables deberá contener la gestión de la lista de espera para la atención especializada?

V. OBJETIVOS

A. Objetivo General

Proponer un nuevo modelo de organización del Servicio de Medicina Interna (SMI) del “Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños” a implementarse a partir del año 2015.

B. Objetivos Específicos

- 1) Obtener las apreciaciones de actores claves sobre un nuevo modelo de organización del Servicio de Medicina Interna.
- 2) Identificar las recomendaciones más relevantes que plantean los actores claves respecto a la mejora de la calidad de la atención.
- 3) Proponer una guía de gestión de la lista de espera para la atención especializada.

VI. MARCO DE REFERENCIA

En la actualidad, los servicios de salud están organizados en servicios médicos por especialidades. En los últimos años, la atención hospitalaria se ha preocupado por optimizar sus recursos y esfuerzos para aproximarse a las necesidades de los pacientes y de los profesionales para obtener mejores resultados en la gestión clínica. Este proceso plantea los siguientes retos:

- Necesidades y expectativas cada vez mayores de la población.
- Una práctica médica poco normatizada, con mucha variabilidad.
- Sistemas de información insuficientes y poco desarrollados para evaluar resultados de la atención médica.

La asistencia sanitaria trata de aplicar los conocimientos biomédicos a la resolución de problemas de salud. Una característica principal de la asistencia es que se ocupa en cada caso de un individuo concreto, que a su vez es un ser complejo y por lo tanto "único", que requiere una atención personalizada y adaptada a su necesidad.

La Medicina Interna va a aportar versatilidad, polivalencia, integración y sobre todo una visión holística del paciente, como persona completa (que es más que la suma de sus órganos independientes) en un contexto determinado.

El Servicio de Medicina Interna (SMI) organizado con un modelo asistencial "clásico" sufre de un "hospitalcentrismo" con una dependencia excesiva de la "cama", la actividad se referencia a la hospitalización convencional, minimizando otras formas de atención y con una postergación de las consultas externas. Se puede hacer un uso indebido de la hospitalización al realizar estudios y actividades que podrían llevarse a cabo de forma ambulatoria.

La principal amenaza sobre el SMI es el cambio del patrón epidemiológico, con envejecimiento poblacional, predominio de paciente crónico y pluri-patológico, dentro de una organización y estructura preparada fundamentalmente para la atención de pacientes agudos, junto con una gran presión asistencial canalizada

en su mayoría a través de los Servicios de Urgencias y que se traduce en sobreocupación de las camas hospitalarias.

Con este tema se pretende desarrollar la mejora continua en los servicios de salud con retos para asegurar un sistema sanitario solidario, equitativo y sostenible. ⁽¹⁾

Hospitales de Tercer Nivel

Según el marco normativo en Nicaragua, tienen como **Misión**: *‘Establecimientos de salud categorizados como Regional o Especializado, que brindan atención médico quirúrgica a usuarios en las áreas de emergencia, consulta externa y hospitalización, dentro de las especialidades básicas y subespecialidades de la medicina, según sus perfiles y considerados de referencia en sus respectivas regiones y a nivel nacional’. Y como Visión: ‘Hospitales de tercer nivel que brinden una atención integral de calidad dentro de las especialidades y subespecialidades en las áreas de emergencia, consulta externa y hospitalización obteniendo resultados e indicadores satisfactorios’.*

Su **objetivo general** es ofrecer atención de calidad a la población usuaria de los servicios hospitalarios, mediante la aplicación oportuna de los principios de la gerencia hospitalaria, acorde a las estrategias establecidas por las instancias rectoras del sector salud.

Entre los **objetivos específicos** está: a) Cumplir con los instrumentos técnicos jurídicos y documentos metodológicos emanados por la Dirección de Servicios de Salud, en coordinación con la Dirección de Regulación y Legislación en Salud. b) Establecer y cumplir con las Guías Clínicas propias de su nivel. Servir como centros de referencia del primer y segundo nivel, correspondiente a su área de responsabilidad. d) Cumplir con catálogo de prestaciones propio de su categoría en los procesos de atención médico-quirúrgica, para los casos de emergencia, hospitalización y consulta externa.

Funciones de los Hospitales de Tercer Nivel

Atención de pacientes médico-quirúrgicos de emergencia, hospitalización y consulta externa, acompañado de los servicios de apoyo necesarios, esto es para pacientes que sean referidos por el primer o segundo nivel de atención en las subespecialidades contempladas para el tercer nivel, tanto para resolver problemas de salud agudos o crónicos. En los casos de consultas a libre demanda de las cuatro especialidades básicas, se atenderán en la fase aguda y se referirán al nivel correspondiente.

Entre las **funciones específicas** está: a) Recibir de los Hospitales de Segundo nivel de atención (Departamentales o Regionales) aquellos casos referidos que por su complejidad requieran una atención altamente especializada, cumpliendo con los instrumentos técnicos jurídicos establecidos para el manejo adecuado del mismo. b) Participar en la planificación y evaluación de manera conjunta con centros de referencia nacional, para definir intervenciones que contribuyan a la calidad en el continuo de la atención de los pacientes más delicados y de las sub especialidades. c) Trabajar coordinadamente con el Sistema de Emergencias Médicas. d) Realizar actividades de promoción, educación y prevención de la salud a los usuarios y personal, que sean en coordinación con el Primer y Segundo Nivel. e) Realizar actividades de docencia e investigación, en coordinación con los centros formadores de recursos humanos en salud, y en educación en servicio intramural y con los Ecos Familiares y Ecos Especializados, en función de la red. ⁽¹⁾

Dentro de la estructura de los hospitales de tercer nivel; el SMI como unidad funcional debe formular su propia misión, visión y valores, planteándose:

Misión del SMI: ‘La resolución de los problemas de salud de las personas adultas, por medio de una atención médica integral, utilizando ésta para la docencia de los futuros profesionales y especialistas, así como para aportar al conocimiento científico.’

Visión del SMI: Un SMI integrado en su área de salud de influencia, que contribuya a la vertebración y cohesión de la asistencia de su institución, con una proyección exterior dando soporte a la atención médica necesaria a pacientes de otras unidades, estableciendo una relación fluida con el segundo nivel de atención para mantener una integridad asistencial.

Valores del SMI

- Ético: respetar los valores de las personas y la autonomía de los pacientes
- Profesional: trabajo en equipo, eficacia, eficiencia, mejora continua, formación e innovación
- Equidad: proporcionar las mismas oportunidades en circunstancias semejantes.

Tratando de mejorar la eficiencia de la asistencia se han aplicado diferentes modelos de gestión: se organiza la asistencia en torno a los actos médicos; ordena la asistencia en líneas asíncronas, que se traducen en listas de espera independientes para todas las actividades

1. Gestión por procesos: organiza la asistencia en torno a una patología; existe un protocolo o guía que marca la línea a seguir dependiendo de la sospecha diagnóstica, sincronizando las diferentes líneas de actividad.
2. Gestión del caso: se organiza la asistencia en torno a la persona, partiendo de la visión de ésta como un todo dentro de su contexto; se planifica su devenir por su proceso asistencial de acuerdo a sus necesidades y a la disponibilidad de los recursos. El médico gestor del caso no se limita a transitar por el proceso de forma más o menos pasiva, esperando resultados y visitas, sino que es parte activa en el proceso, gestiona sus hitos, priorizando y sincronizando, adaptando las visitas, hasta llegar a establecer un diagnóstico y una estrategia terapéutica.

La mayor parte del costo de la asistencia sanitaria viene condicionada por la estructura de la hospitalización convencional, por lo que si se quieren ahorros

significativos, habrá que utilizar otras alternativas, que también se adapten al cambio de tipología de la demanda, donde cada vez es más frecuente el paciente pluri-patológico y crónico¹. Por ello el SMI debería trasladar el centro de su actividad, de la cama de hospitalización a la persona, debiendo adaptarse a las necesidades de cada paciente; de esta forma la cama resultará en algo puntual en su atención.

Se recomienda que un SMI tenga un **objetivo conceptual** que incluya: *"Reducir el peso de la hospitalización convencional a favor de la asistencia ambulatoria y de nuevas formas de atención, que permita una disminución de los ingresos y estancias, sin perjuicio de la calidad de atención"*.

Así mismo, debe formularse **objetivos estratégicos** que, aunque dependan del contexto de cada SMI, deberían girar en torno a:

- Atención diferenciada de los pacientes crónicos y pluripatológicos
- Optimización de las consultas externas
- Diagnóstico oportuno
- Aprovechamiento de otros modelos asistenciales
- Apoyo y coordinación con otros servicios y unidades en especial a los servicios de hospitalización quirúrgicos
- Mejorar la coordinación con Atención Primaria y con los Servicios de Urgencias de otros hospitales de Segundo Nivel

Hospitalización

Para disminuir la ocupación neta, que a su vez permita la reducción de estructura, hay que actuar a nivel de: ingresos, estancias, altas y reingresos.

Existen una serie de criterios para valorar la adecuación de los ingresos^{2,3}. Estos criterios, que son objetivos e independientes del diagnóstico, valoran la necesidad de cuidados que justifiquen la indicación para proceder a la hospitalización de un paciente. Por grave que sea el diagnóstico de un paciente, no se debería hospitalizar si no se cumplen estos criterios o, dicho de otra manera, si no existe la

necesidad de cuidados o no se prevé que los pueda necesitar en un futuro inmediato. En estos casos los estudios deberían hacerse de forma ambulatoria.

En los estudios de adecuación de los ingresos⁴⁻⁶ se observa que no son apropiados en el 15% aproximadamente. De éstos más de la mitad (60%) se producen "para acelerar" estudios. Es decir aproximadamente 15 de cada 100 ingresos se han realizado sin necesidad de cuidados que lo justifique y, de éstos, 8 para acelerar su estudio diagnóstico.

Los ingresos inapropiados procedentes de urgencias son los que más estancias inadecuadas producen. Se estima que las estancias inadecuadas prolongan la estancia media en más dos días. Estas estancias están causadas por: "fallos organizativos y de programación, realización de pruebas, exploraciones y estilo profesional del médico", sólo la espera de resultados y la demora de exploraciones explicaría el 50% de estancias inadecuadas. También la sobreocupación es causa de estancias inadecuadas al aplazarse las altas posibles en beneficio de la atención a los nuevos ingresos. Cuando un paciente deja de necesitar los cuidados específicos y su estado general lo permite aunque esté pendiente de estudios, debería ser dado de alta hospitalaria. Deben gestionarse las exploraciones pendientes para realizarlas de forma ambulatoria, manteniendo la cita de las que ya estén programadas y "negociando" con la unidad encargada las fechas de realización, de manera que el paciente en el alta hospitalaria posea todas las citas de exploraciones pendientes y todo pueda ser evaluado en una consulta de "visita única" posterior.

Una unidad de "corta estancia"⁷ tiene su principal indicación en el tratamiento de pacientes agudos o que necesiten estabilización antes de ser dados de alta o pasar a otra unidad. Suele tener una dotación estructural proporcionalmente mayor que las otras unidades de hospitalización convencionales, y aunque organizativamente pueda ser eficaz, sus buenos indicadores quedan compensados por la selección "negativa" hacia las otras unidades. No debería considerarse una auténtica alternativa a la hospitalización convencional, sino otra manera de organizar esta última.

El ingreso en una unidad de hospitalización de "corta estancia" tampoco está justificado sin la necesidad de cuidados. Utilizarla para acelerar los estudios diagnósticos puede suponer un mayor "coste de oportunidad" que el de una unidad convencional, por esa mayor dotación estructural.

Las Alternativas a la hospitalización convencional de agudos⁷, incluye propuestas que no utilizan las "camas convencionales de agudos" de los hospitales por ejemplo:

- Hospitalización a domicilio
- Programas de atención a pacientes crónicos y pluri-patológicos
- Consultas externas "ágiles" y de diagnóstico rápido
- Hospital de día
- Unidades de hospitalización media y larga estancia
- Unidades de hospitalización de paliativos.

El retraso de altas por motivos no médicos afecta al 3,5% de las mismas, siendo la mayoría por disfunciones socio sanitarias, y suponiendo una media de 5 días más de estancia⁸.

En todo caso significa la gestión real del caso, que comienza en la valoración de la derivación al SMI (urgente o programada), eligiendo la alternativa asistencial más adecuada y eficiente a la situación y necesidad del paciente.

Los tiempos de dedicación a los pacientes hospitalizados por parte de los médicos tienen una gran variabilidad^{9, 10}, oscilando desde 10' a 60'. Estos tiempos serán diferentes en dependencia de la estancia media y patología atendida. Una estancia media de 10 días y una ocupación del 100%, suponen el promedio de un ingreso y un alta y 8 visitas más de hospitalizados, cada 10 camas; 15 camas supondría una media de un ingreso o un alta más por día. Si se estima una dedicación media diaria de 60' para un ingreso 15' para cada uno del resto¹⁰ de los pacientes ingresados, un facultativo dedicaría una media neta de 4 horas 15' a la atención de 15 camas ocupadas de hospitalización, si la estimación es de 45' por

ingreso, 30' por alta y 15' el resto, la dedicación sería de de 5 horas y 15', se puede estimar una dedicación aproximada de 5 horas. Con una estancia media de 8 días ese mismo tiempo sería consumido por la atención a 12 camas y 10 camas con una estancia media de 7 días.

Reducir sólo la estancia media, aunque reduzca la ocupación neta, no reduciría la necesidad de estructura médica, ya que ésta última tiene una mayor dependencia de la rotación paciente/cama.

No es posible modificar los factores predictores de un reingreso, que son sobre todo el número de días de estancia previos y los ingresos en los últimos años¹¹, sin embargo si que se ha visto que algunas actuaciones en torno al alta pueden ayudar a reducir los reingresos¹², como puede ser: la realización de un informe estructurado, conciliación de la medicación, comunicación fluida con atención primaria y la revisión del paciente a las tres semanas del alta.

Hospitalización a domicilio (HAD)

Es la atención capaz de prestar los cuidados médicos y de enfermería propios del hospital, en el domicilio del paciente¹³. La estancia en esta unidad debe ser transitoria, exigiendo un "ingreso" y un "alta".

La creación de la HAD y una vez implantada, debe ir seguida por la reducción de camas convencionales. Dado que las estancias medias son un 30% más larga que en una unidad convencional, deberían reducirse aproximadamente 7 camas convencionales por cada 10 de HAD.

Es necesario el apoyo de las otras unidades hospitalarias, como farmacia, laboratorio y otros servicios centrales, de forma semejante a cualquier otro servicio hospitalario.

La HAD integrada en un SMI facilita y optimiza los recursos humanos, ya que son compartidos, rotando personal del SMI por la unidad, la asistencia continuada puede ser apoyada por el SMI y se mantiene el continuo asistencial de forma fluida en los dos sentidos.

Atención al paciente pluri-patológico

Se entiende por paciente pluri-patológico el que padece dos o más enfermedades crónicas que no tienen cura, que generan un deterioro progresivo que conduce a una pérdida gradual de la autonomía, con riesgo de sufrir además diversas patologías interrelacionadas¹⁴.

Busca una aproximación diferente a este tipo de pacientes, actuando de forma coordinada con Atención Primaria. Está descrita una disminución en el número de hospitalizaciones de estos pacientes, hasta el 45%, en los centros donde tienen instaurado un programa de atención diferenciada al paciente pluripatológico¹⁵.

Se estima un gran impacto del paciente pluri-patológico en los servicios de medicina interna, que algunos estudios sitúan en torno al 39% de los ingresos en un SMI¹⁶.

El objetivo de la atención al paciente pluri-patológico es un mejor control que retrase la evolución y evite/disminuya las complicaciones, que tendrá como consecuencia un menor número de hospitalizaciones y de requerimientos no programados de atención. Todo ello en beneficio de una mejor calidad de vida del paciente y de su entorno.

Es importante para su éxito la actuación conjunta y coordinada de: el SMI, atención primaria, farmacia hospitalaria, enfermería tanto hospitalaria como de atención primaria y trabajo social.

Cuidados paliativos

Los cuidados paliativos se dispensan a personas en la "fase final de la vida". No tienen por objeto ni la prolongación de la misma ni la curación, si no el: control de los síntomas (múltiples, multifactoriales y cambiantes), apoyo psicológico, espiritual y emocional, apoyo a la familia y el apoyo al duelo¹⁷.

Un plan de cuidados paliativos también debe contemplar a los pacientes crónicos en sus fases terminales, no sólo a los oncológicos.

La aplicación de los cuidados paliativos depende más de la actitud de los profesionales. Un paciente susceptible de cuidados paliativos debe ser diagnosticado de ello y desencadenar una serie de acciones y actitudes en consecuencia.

Consultas externas

Las consultas externas de los SMI se utilizan fundamentalmente para¹⁸⁻¹⁹:

- Revisión de pacientes que han sido ingresados previamente
- Atención de procesos seleccionados, poco prevalentes y que requieren cierta especialización
- Atención a procesos crónicos frecuentes y muchas veces estables, cuyas revisiones periódicas no significan cambios ni en el pronóstico ni en el tratamiento

Se les achaca falta de agilidad y que no dan una respuesta adecuada cuando se sospecha una enfermedad grave²⁰, siendo esta falta de agilidad una de las causas de hospitalizaciones inadecuadas con el motivo de "acelerar el estudio".

La consulta externa debe constituirse como el "pivote" alrededor del que debe girar la actividad asistencial^{19, 21}, siendo el lugar principal donde se reciben las derivaciones de Atención Primaria y con los objetivos de:

- Establecer la priorización más adecuada al caso, según los recursos disponibles
- Diagnosticar y establecer la estrategia terapéutica de los pacientes
- Estabilizar los procesos crónicos y remitirlos a Asistencia Primaria para su posterior seguimiento.

Los orígenes de los pacientes de consultas del SMI son: el Servicio de Urgencias, Asistencia Primaria, otros Servicios Asistenciales y el propio SMI.

Aunque se han hecho estudios sobre la calidad y adecuación de las derivaciones a consultas especializadas, no existen criterios uniformemente aceptados. La

derivación a consultas especializadas parece ir ligada con una mayor solicitud de exploraciones radiológicas y de laboratorio, sin encontrar más factor asociado que el estilo profesional del facultativo²². La formación del médico, así como la tutoría de médicos residentes parecen ser factores que favorecen la calidad de la derivación²³.

Las causas de la falta de agilidad de las consultas externas las podemos encontrar en su propia organización, con exceso de revisiones, poca coordinación entre niveles asistenciales y una nula planificación de los circuitos¹⁹, así como en las demoras consideradas excesivas de algunas exploraciones complementarias, sobre todo las de imagen²⁴, consultas saturadas y con poco tiempo de dedicación a la atención de cada paciente.

Existen múltiples experiencias de organización de las consultas externas con objeto de paliar esta falta de agilidad^{20,25-27}. En general, se aboga por la implantación de procedimientos para poder hacer una valoración rápida cuando exista una sospecha razonable de gravedad diagnóstica y en grupos de procesos seleccionados, así como una mejor coordinación con asistencia primaria.

Conceptualmente las consultas se pueden ordenar:

- Por el tipo de interacción:
 - Presenciales: se realiza con el paciente presente, siendo imprescindible esta modalidad cuando es necesaria la constatación de la información del paciente, tanto la subjetiva (anamnesis) como la objetiva (exploración).
 - No presenciales: no es necesaria la presencia del paciente, la información se obtiene de informes (propios, del médico de atención primaria o de otro especialista) y de las exploraciones existentes (analíticas, radiografías, etc.). Esta modalidad es muy útil para evitar consultas sucesivas presenciales.

- Virtuales: haciendo amplio uso de las tecnologías de la información y comunicación (TICs), incluyendo desde el uso del teléfono a la videoconferencia y correo electrónico.
- Por el tipo de acción:
 - Primer contacto (primera visita)
 - Sucesiva (resultados, revisiones)
 - De acto único (se resuelve el caso en una sola visita)
 - Consultoría o Interconsulta: la consulta es entre profesionales.

Las consultas externas son una alternativa para evitar ingresos y estancias inadecuadas, pero es necesario mejorar la agilidad y acortar los tiempos de estudio para que sean operativas para este fin^{25,26,31}, estableciendo:

- Criterios y procedimiento de derivación a la consulta.
- Información previa necesaria: informe médico, exploraciones complementarias realizadas previamente, cuestionarios auto-gestionados previos.
- Vías clínicas de los diferentes procesos, consensuando con otras unidades asistenciales su participación en las mismas, en especial con los Servicios de Radiodiagnóstico o Diagnóstico por la Imagen²⁶. Hay que acordar:
 - Condiciones de acceso a la exploración, con posibilidad de realización en el tiempo de consulta.
 - Tiempos máximos de espera, nunca superiores a los de un paciente hospitalizado.
 - Capacidades de las unidades implicadas con número de exploraciones ofertadas.
 - Persona de contacto en las unidades.

A pesar de todo para que una consulta resulte resolutive y no sólo una sucesión de pacientes, es necesario hacer una gestión personalizada de los procesos, ya que aunque existan protocolos de procedimientos rápidos, estos tienden a saturarse si se utilizan de forma rutinaria. La gestión de los procesos debe ser ejercida coordinadamente tanto por los facultativos como por la enfermería, siendo su función en la consulta esencial, no sólo para la realización o la ayuda en los procedimientos.

El proceso clínico de la consulta externa debe ser semejante al de hospitalización y contar con un inicio (primer contacto) y un alta con remisión del paciente a su Médico de Atención Primaria para su seguimiento, evitando las revisiones innecesarias que no aporten "valor" al proceso. El alta debe acompañarse del correspondiente informe médico estructurado, similar al emitido en los pacientes hospitalizados.

Los tiempos medios más utilizados para las consultas son de 30' para primer contacto de 15' para el resto⁹, excepto en los casos de consultas para diagnóstico rápido o de "alta resolución" en que los tiempos se duplican.

Las consultas virtuales no necesitan un local fijo, basta con acotar un tiempo determinado.

Gestión de listas de espera

La lista de espera es un instrumento de gestión que trata de optimizar el uso de los recursos disponibles, buscando la eficiencia. La lista de espera también es un indicador, del que se ha hecho un uso inapropiado. La espera para acceder a los servicios sanitarios suele ser lo peor valorado de nuestro sistema sanitario. La percepción del paso del tiempo es algo subjetivo y se vive de forma diferente entre los pacientes y el colectivo sanitario²⁸. La gestión de listas de espera debe realizarse a nivel de: la demanda, la oferta y el proceso.

Demanda: consensuar con asistencia primaria:

- Criterios: cuando derivar a la consulta del SMI
- Información y exploraciones previas
- Modo de interacción
- Discriminar entre pacientes, procesos y patologías, los tiempos que pueden ser razonables en unos casos en otros serán inaceptables, valorando previamente cada derivación.

Oferta: debe ser equilibrada al estado de salud poblacional y no a una demanda indiscriminada. Un incremento inapropiado de la oferta induce la demanda y se suele seguir de un incremento de las derivaciones o solicitudes de consulta, hasta volver a alcanzar los niveles previos³¹ de espera.

Proceso:

- Gestión adecuada del proceso que minimice el número de consultas necesarias y que siempre se produzca un alta o fin de proceso.
- Minimizar el número de revisiones de procesos crónicos que no cambian la actitud.

Relación con otras unidades, estamentos y atención primaria

La relación con los otros servicios y estamentos se realiza en el ámbito de las tres funciones principales de la institución: asistencial, docente e investigadora.

El resto de los servicios y unidades asistenciales, tanto de asistencia especializada como de atención primaria, aprecian como principales puntos fuertes de los internistas: el abordaje integral de los problemas junto con su polivalencia así como su capacidad resolutoria. Se valora como punto débil la falta

de definición que existe en cuanto a que pacientes son del ámbito de su actuación^{30,31}.

El SMI contribuirá a la vertebración del hospital dando su apoyo asistencial en los aspectos holísticos y de visión integral de los pacientes, al resto de los servicios hospitalarios.

Las denominadas interconsultas o colaboraciones, son la manera formal de interaccionar asistencialmente entre dos servicios hospitalarios diferentes. Habitualmente son los servicios quirúrgicos los que más las solicitan. La carga de trabajo generada por ellas justifica en la mayoría de los SMI, al menos, la actividad de un puesto de trabajo de médico internista^{25,32}.

El equivalente a la interconsulta en atención primaria lo constituye la derivación. Actualmente se han desarrollado nuevas formas, como son las consultorías en todas sus variantes³³.

Apoyo a los Servicios Quirúrgicos

Los servicios quirúrgicos achacan al sistema tradicional de interconsultas falta de continuidad, prefiriendo otras formas de apoyo como la asignación de un internista fijo o su integración en el equipo quirúrgico^{34,35}.

El cambio en el patrón epidemiológico mencionado anteriormente también afecta a los pacientes quirúrgicos, con una serie de comorbilidades y problemas concurrentes. La actuación del internista con un enfoque integral puede reducir sustancialmente la morbilidad, la mortalidad, así como el número de intervenciones rechazadas por descompensación del paciente y también hay una disminución drástica en la solicitud de interconsultas a otros servicios médicos³⁴.

Las funciones del internista serían:

- Valoración integral del paciente (médica, funcional y social)
- Identificación y control de comorbilidades y sus tratamientos
- Inicio, control y/o modificación de las profilaxis protocolizadas (prevención de TVP y TEP e infecciones)
- Prevención, monitorización, detección precoz y tratamiento de las complicaciones médicas que aparezcan en todo el curso de la hospitalización
- Implicación activa y coordinada en la recuperación funcional y en el continuo asistencial de los pacientes
- Previsión y ayuda para la reinserción social del paciente incluyendo valoración del entorno social y afectivo, grado previo de independencia y patología asociada
- Instauración de medidas adecuadas para el alta médica y administrativa

En ningún momento se trata de sustituir al cirujano ni al anestesista, ellos son los que tienen que tomar las decisiones de su ámbito que afecten al paciente.

El apoyo del internista debe ser efectivo durante el tiempo de ingreso quirúrgico, que no se debería prolongar por su actuación, si fueran necesarios más estudios o tratamientos no causadas por la patología quirúrgica el paciente debería ser trasladado al SMI o dado de alta si su estado lo permite y continuar el estudio ambulatoriamente.

Relación con otros servicios médicos

La relación de los internistas con las demás especialidades médicas ha venido marcada en muchas ocasiones por una competitividad mal entendida, derivada quizás de la falta de definición del ámbito de actuación de la medicina interna³⁵.

El internista no es la suma del resto de los especialistas médicos, es su capacidad integradora y polivalencia lo que puede complementar, pero no sustituir, a las otras especialidades, pudiendo servir de apoyo a servicios no quirúrgicos, de la siguiente forma:

- Servicios altamente especializados, en este caso de forma semejante a los quirúrgicos.
- Equipos multidisciplinarios que prestan su atención:
- Procesos oncológicos paliativos.
- Procesos de alta prevalencia.
- Apoyo a las consultas sobrecargadas de otros servicios médicos.

La relación con los servicios de medicina interna de otros centros se puede llevar a cabo coordinadamente a nivel de:

- Sesiones clínicas: además del valor propio de estas sesiones, tanto a nivel docente como asistencial, ayudarían a establecer relaciones fluidas entre los profesionales de los distintos servicios. Estas se pueden realizar mediante videoconferencia.
- Consenso de guías y protocolos en patologías prevalentes: disminuiría la variabilidad clínica entre los diferentes centros, además de aunar esfuerzos y objetivos.
- Unidades monográficas compartidas: las unidades monográficas, denostadas por algunos que opinan que el internista así dedicado perdería su propia identidad, pero sin embargo presentes en muchos servicios¹².

Estas unidades pueden estar justificadas en:

- Procesos de alta prevalencia, que rentabilizan la organización en torno al mismo, en muchos casos multidisciplinario.
- Procesos raros o de baja prevalencia: para la concentración de la patología que hará más eficiente su atención, estableciendo los referentes.
- Por motivos docentes y de investigación.

Relación con otros estamentos

Un "servicio asistencial" es principalmente un equipo humano que estará compuesto por diferentes profesionales: médicos, enfermeras, auxiliares, técnicos, etc., que aunque desde el punto de vista administrativo puedan tener dependencias orgánicas diferentes, funcionalmente deben actuar como una unidad.

Todos los estamentos comparten el objetivo último de prestar con sus acciones, de forma directa o indirecta, la mejor atención sanitaria posible a los pacientes.

Los estamentos no sanitarios dan el apoyo necesario de infraestructuras, técnico y logístico, a los estamentos sanitarios para que desempeñen su labor.

La función asistencial de la enfermería tiene identidad propia, siendo la principal dispensadora de cuidados, que además suelen ser la motivación principal de la hospitalización de un paciente. Su labor es complementaria a la del estamento médico.

Relación con el Servicio de Urgencia.

La sobrecarga y uso no apropiado de los Servicios de Urgencias indica una dificultad de acceso a los servicios médicos³⁶. Esta sobrecarga se transmite a los servicios con mayor presión de urgencias, como el SMI.

La mayoría de las hospitalizaciones se realizan a través del Servicio de Urgencias. La coordinación con el mismo es imprescindible para una correcta gestión y canalización de los casos y evitar los ingresos inadecuados.

La mayor parte de los ingresos inadecuados⁴ se realizan a partir del área de urgencias de los hospitales. Para evitarlos en lo posible sería necesaria una valoración de los pacientes, por parte del SMI antes de proceder a su ingreso^{5,37}, tomando en cuenta las alternativas posibles a una hospitalización convencional^{25,38}.

El SMI y el Servicio de Urgencias deben consensuar los protocolos de actuación, siendo especialmente importante este consenso en las situaciones en las que el paciente pasará a ser responsabilidad del SMI, independientemente de su ubicación.

El SMI debe tener un referente para el Servicio de Urgencias, generalmente el "internista de guardia".

La guardia del SMI debería tener tres objetivos fundamentales:

- Atender los requerimientos "urgentes".
- Valorar todas las indicaciones de ingreso en el SMI.
- Gestionar las alternativas a la hospitalización convencional, cuando se de el caso.

Formación y docencia

La docencia es inherente al ejercicio de la profesión médica, así se recoge en el "juramento hipocrático", los "códigos deontológicos de algunos colegios profesionales" y hasta en la "ley de ordenación de las profesiones sanitarias".

El razonamiento clínico es esencial en la práctica médica, es interpretativo, es decir valora la información disponible de acuerdo a un contexto. El conocimiento-experto necesario es adquirido fundamentalmente de forma empírica, la experiencia deberá ser contrastada con la "evidencia" disponible. Por este motivo "las prácticas ante situaciones reales" son imprescindibles en el aprendizaje de la profesión médica³⁹.

El mejor activo que el SMI puede aportar a la docencia es el derivado de la práctica clínica ordenada y con método, que se aplica para obtener una buena asistencia y proveerá la experiencia necesaria para adquirir los conocimientos y habilidades.

En todo momento se tratará de que el discente adquiera el protagonismo y la responsabilidad de su propia formación, por medio de la "inmersión en la actividad clínica" y una adquisición progresiva de las diversas competencias.

La docencia se puede ejercer a nivel de pregrado y postgrado y, en ésta última, en la formación de médicos especialistas y como formación continuada.

Proyectos científicos y de investigación

La mayor parte de la investigación biomédica en España se produce en las universidades y en los hospitales, donde se consigue el mayor factor impacto de los índices de citación (indicador universalmente aceptado de la producción científica).

Para poder realizar una investigación clínica de calidad es necesaria una asistencia clínica también de calidad, por lo que la principal base para la investigación, del mismo modo que para la docencia, será una práctica clínica ordenada y con método.

El SMI puede colaborar en investigación básica, pero su principal activo será en investigación clínica, concretamente en la epidemiología y en la investigación translacional. Dentro de esta última tienen especial importancia en un servicio asistencial los ensayos clínicos.

Otros aspectos

Acuerdos de gestión

Conceptualmente es el resultado del acuerdo de las dos partes: dirección del centro y servicio asistencial, por el que se establecen los objetivos de actividad y calidad, los recursos de que se van a disponer y los indicadores por los que se va a evaluar.

Es un instrumento de gestión útil cuando los objetivos del servicio están alineados con los del hospital, están en el ámbito de actuación del servicio y son alcanzables.

La consecución de los objetivos debe mejorar de forma objetiva la práctica diaria y la asistencia en general.

El pacto de gestión debe ser aplicable a los miembros del SMI, consensuando el nivel de aportación de cada miembro o componente del SMI

Evaluación y gestión de resultados en el SMI⁴⁰

En gestión un indicador es una magnitud que se utiliza para medir o comparar algo, normalmente un resultado de una acción. Frecuentemente se confunden los indicadores con los objetivos.

Son necesarios varios indicadores para poder tener una idea del alcance de los objetivos y resultados.

El cuadro de mando es un instrumento de gestión que consiste en un conjunto de información e indicadores ordenados y periódicos, que se utilizan como base para la toma de decisiones.

La dificultad de identificar el "producto final" de la asistencia sanitaria hace que los indicadores estén basados en "productos intermedios" más fácilmente identificables.

La clasificación de enfermedades de la OMS (CIE-9 o el CIE-10), ordena los diagnósticos por patologías, y es muy utilizada como base para agrupar y clasificar a los pacientes.

Una buena aproximación al "producto final" lo constituye los "grupos relacionados por el diagnóstico" (GRD) que relacionan los diagnósticos finales y el coste estimado del proceso. Es un indicador fundamentalmente económico ya que agrupa los diagnósticos por su consumo de recursos, no por el tipo de patología; se ideó para poder facturar de forma sencilla a las compañías de seguros. Sólo se utilizan para pacientes hospitalizados.

En el caso de pacientes ambulatorios existen varios intentos de clasificación (como los APGs) pero su uso no está extendido.,

La calidad percibida se refiere a la apreciación subjetiva que nuestra atención produce en el paciente. Se mide por medio de encuestas y se ha demostrado una relación con:

- Las expectativas previas con respecto a la atención
- Tiempo de acceso (lista de espera)
- Tiempo de dedicación por parte del médico.

Cartera de Servicios

Las prestaciones deben estar alineadas con los objetivos. En un SMI deberían encuadrarse en:

- Diagnóstico y estrategia terapéutica de los procesos nosológicos "propios de la especialidad de Medicina Interna" y en los que sea requerido.
 - Seguimiento de los procesos nosológicos propios de la especialidad.
 - Atención a pacientes pluri-patológicos
 - Atención a pacientes subsidiarios de cuidados paliativos.
 - Atención a pacientes hospitalizados en el área convencional del Hospital.
-
- Atención a pacientes hospitalizados en HAD.
 - Apoyo asistencial a los pacientes ingresados en otros servicios sobre todo los quirúrgicos.
 - Atención solicitada por medio de interconsultas por otras unidades y servicios diferentes del SMI.
 - Atención a pacientes ambulatorios en consulta general.
 - Atención a pacientes ambulatorios en consulta de acto único.
 - Atención a pacientes ambulatorios en consulta de diagnóstico rápido.
 - Consultoría con Asistencia Primaria presencial y virtual.
 - Consulta de pacientes ambulatorios por medio de correo electrónico.

Nuevas tecnologías de la información

Las TICs se pueden aplicar a la asistencia sanitaria en tres niveles fundamentales: vegetativo (o automático), operativo (dirigido a un fin concreto) y epistemológico (o del conocimiento)⁴¹.

Como ventajas de la aplicación de las TICs en la asistencia sanitaria se aprecian: la inmediatez, accesibilidad, concurrencia múltiple, gestión de la información y gestión del conocimiento. Se evitan redundancias y errores, dando mayor consistencia a la información. Además permite la interacción a distancia (telemedicina). El acercamiento del uso de las TICs a la cabecera del paciente "aporta valor" a la actividad clínica⁴³, garantizando el éxito de este tipo de herramientas. El SMI ha demostrado su importancia en la implantación de la historia clínica electrónica en los hospitales⁴².

La Investigación Holística

La investigación holística es una propuesta que presenta la investigación como un proceso global, evolutivo, integrador, concatenado y organizado.

Trabaja los procesos que tienen que ver con la invención, con la formulación de propuestas novedosas, con la descripción y la clasificación, considera la creación de teorías y modelos, la indagación acerca del futuro, la aplicación práctica de soluciones, y la evaluación de proyectos, programas y acciones sociales, entre otras cosas.

Principios de la Investigación Holística

Principio de complementariedad: Los diferentes enfoques o teorías pertenecientes a una misma disciplina son complementarios.

Principio de continuidad: La realidad, más que estar constituida por cosas con límites propios, es una totalidad única de campos en acción que se interfieren; por tanto, los elementos del universo, más allá de constituir elementos físicos como tal, pueden entenderse como eventos, es decir, organizaciones que se reorganizan constantemente en sinergias, y cada evento de un campo contiene y

refleja todas las dimensiones de dicho campo. Este principio de continuidad origina las siguientes consecuencias sobre el proceso metodológico:

- a. Continuidad en el proceso metodológico: “El carácter de “continuo” que se le asigna a la investigación incluye tanto lo “secuencial” como lo “simultáneo” de los procesos... Por ejemplo, el proceso de selección y análisis de un tema, en una investigación cualquiera, implica una serie de acciones que se ejecutan conjuntamente, de manera integrada: se lee, pero al mismo tiempo se formulan interrogantes que van cambiando en la medida que la lectura avanza, y simultáneamente a la lectura se va construyendo el sintagma gnoseológico, el cual es una síntesis dinámica del conocimiento existente en relación al evento de estudio, que integra y trasciende lo que se ha llamado en la literatura tradicional “marco teórico.”
- b. Continuidad en la selección del tema: Para el holismo, el universo es una sola realidad, de modo que los límites son considerados abstracciones del ser humano que le permiten aproximarse al conocimiento, focalizando su atención en un evento específico de su interés.

Es el investigador quien crea una frontera o un límite para poder aproximarse al estudio, puesto que es imposible para el ser humano aprehender la totalidad del universo. Deberá, entonces, realizar una delimitación que implica familiarizarse con el evento a investigar, identificar eventos relacionados, visualizar el contexto, indagar lo que se ha hecho y estudiado anteriormente con respecto a ese evento, etc. A medida que el proceso avanza, el investigador debe tomar decisiones que le ayuden a focalizar con mayor precisión lo que desea estudiar; para ello debe concentrar su atención en ciertos eventos o en ciertos aspectos de un evento, y “renunciar” a otros, aunque le parezca que todo es importante. Pero el ser humano necesita focalizar y delimitar para aprehender de su contexto. Resulta paradójico, pero es la visión de lo global lo que le permite focalizar. Lo que determina la decisión es el interés particular del investigador, el cual se sustenta en su experiencia previa, su cosmovisión, su área de desempeño y su enfoque teórico personal, así como en las necesidades particulares del contexto.”

c. Los objetivos como logros sucesivos en un proceso continuo, más que como un resultado final: En la Investigación Holística, los objetivos más comunes que se enuncian como parte del proceso de indagación se organizan en cuatro niveles y se clasifican en diez categorías:

Nivel perceptual. Aproximación inicial al evento. Corresponden los objetivos: explorar (familiarizarse con la situación) y describir (hacer un diagnóstico de la situación, particularmente de los eventos de estudio).

Nivel aprehensivo. Aproximación más profunda para descubrir relaciones de la estructura interna del evento. Corresponden los objetivos: comparar (cómo se presentan los eventos de estudio en situaciones o contextos diversos) y analizar (descubrir los elementos que intervienen en la situación).

Nivel comprensivo. Estudia la relación del evento con otros, dentro de un holos mayor. Corresponden los objetivos: explicar (comprender por qué ocurre la situación y cuál es el proceso causal que la origina), predecir (prever lo que ocurrirá con el evento a modificarse si se siguen determinadas líneas de acción sobre el proceso causal), proponer (hacer la propuesta de cambio que se requiere para resolver la situación y cubrir las necesidades que se detectaron en el diagnóstico).

Nivel integrativo. Contempla acciones dirigidas a transformar o modificar el evento en algún aspecto. Corresponden los objetivos: modificar, confirmar, evaluar.

El objetivo general que desea alcanzar el investigador al finalizar el estudio, determina el tipo de investigación a realizar, pero los objetivos previos de menor nivel que deben ser logrados para obtener el objetivo general proporcionan una idea acerca de los objetivos específicos de la investigación. Así, si el objetivo general de un estudio es “proponer”, la investigación es “proyectiva”, y los objetivos específicos o logros sucesivos que el investigador deberá obtener para llegar al general probablemente sean explorar, describir, comparar, analizar, explicar, predecir, proponer.

Sin embargo no es determinante que el investigador mismo desarrolle todos los estadios anteriores al objetivo general, pues puede ocurrir que otros

investigadores previamente hayan desarrollado investigaciones en las que se han cubierto uno o varios de esos estadios. En tal caso, el investigador seguirá el proceso que sea pertinente a sus requerimientos particulares.

d. Los holotipos de investigación como estadios del proceso: "Un holotipo es una unidad genérica que expresa la globalidad de un conjunto. Un holotipo de investigación expresa las características esenciales de cualquier investigación contenida dentro de ese holotipo. En Investigación Holística se reconocen diez holotipos, los cuales se derivan, cada uno, de los diez objetivos básicos. Estos holotipos están ligados en una secuencia continua, y al igual que los objetivos, cada holotipo de mayor profundidad contiene los holotipos anteriores; son estadios de un proceso permanente, en el cual la realización de cada holotipo abre paso al siguiente. Los holotipos se organizan en lo que se denomina el Ciclo Holístico de la Investigación."

e. El ciclo holístico como continuidad: "El ciclo holístico es un modelo que integra, organiza y concatena los holotipos de investigación como momentos de un proceso continuo y progresivo, en el cual lo que un investigador deja a cierto nivel, otros investigadores lo retoman para hacer de cada conclusión un punto de partida."

Principio de las relaciones holosintéticas: cada aspecto de la investigación tiene sentido en su relación con el todo: En holística se considera a cada estructura como manifestación de un proceso subyacente propio de una red de relaciones intrínsecamente dinámica, de modo que las propiedades de los eventos fluyen de sus interrelaciones y se comprenden a partir de la dinámica de conjunto. En lo que respecta a la investigación Holística, cada aspecto de la investigación puede ser ampliamente comprendido en su relación con el resto de la investigación.

Principio de evolución: la investigación como devenir: "En holística se reconoce que todos los conceptos, teorías y descubrimiento son limitados y aproximados y, en consecuencia, flexibles... En este devenir, el conocimiento anterior no queda desactualizado o desechado completamente, sino que se integra dentro de una

nueva comprensión, pues ha sido la tarea evolutiva necesaria para alcanzar el nuevo aprendizaje. El ser humano se aproxima al conocimiento holístico en un proceso continuo en “espiral” (metafóricamente hablando), de modo que en algunas épocas pareciera que se estuviera regresando a etapas anteriores al conocimiento, pues se retoman conceptos y se revalúan. Sin embargo, cada vez la comprensión es diferente y ocurre a otro nivel más avanzado.”

El principio holográfico: el evento como contenido del holos. Según el principio de que cada evento de un campo contiene y refleja la totalidad del campo, en investigación holística cada aspecto y momento de la investigación contiene y refleja la investigación completa y es coherente y armónico con el todo. Este principio se refleja particularmente en el enunciado holopráxico, el cual se define como la frase, pregunta o planteamiento que refleja en pocas palabras lo que el investigador desea saber con el estudio que está desarrollando. Es básicamente una interrogante que indica exactamente que se pretende conocer, acerca de cuál evento, observando en cuáles unidades de estudio y dentro de qué contexto. El enunciado holopráxico es el germen de la investigación, por eso, siendo un aspecto de la investigación, contiene la totalidad de ella: a partir de él, se precisan los objetivos, se identifican los fenómenos de estudio, se discrimina cuál información es relevante, se determina el holotipo de investigación más conveniente, así como los métodos a seguir y las técnicas a utilizar, y con base en él se concluye.

Principio del conocimiento fenomenológico: Toda investigación es realizada por un investigador, que como persona está inserta dentro de un contexto y en una situación particular; no es posible olvidar que cada investigación será abordada con los recursos, motivaciones, interpretaciones y enfoques propios de la persona que la lleva a cabo, según el modelo teórico del investigador. Si se quieren conocer en mayor profundidad las implicaciones de una determinada investigación es necesario conocer a la persona que la ejecutó, su contexto histórico y social y la cosmovisión de la cual partió.

Principio de integralidad: la holopraxis como vivencia holística. “Se denomina holopraxis al conjunto de prácticas que permiten asumir una comprensión holística de la realidad. La holopraxis de la investigación es una vivencia holística en la cual se integran todas las dimensiones del ser humano (intelectiva, volitiva-social, bio-fisiológica y ética-moral) y cuyos objetivos también abarcan esas dimensiones (búsqueda de la verdad, búsqueda del bien, preservación de la vida); por eso es capaz de integrar ciencia, filosofía, arte y espiritualidad... La holística concibe la ciencia no solo como un proceso meramente intelectual y básicamente generado a partir de las funciones del hemisferio izquierdo (lógico, analítico y secuencial), sino como un proceso integrador. El investigador asume su trabajo a partir de su complejidad de ser humano, integrando valores, emociones, actitudes, pensamientos, intuiciones, etc.

La Teoría de los procesos

La base de las normas de los Sistemas de Gestión de la Calidad (SGC) de la familia ISO 9000 establece ocho principios básicos de la gestión de la calidad:

1. *Enfoque al cliente.* Las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deben comprender las necesidades actuales y futuras de ellos, satisfacer los requisitos de los clientes y esforzarse en exceder las expectativas de los clientes.
2. *Liderazgo.* Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.
3. *Compromiso del personal.* El personal, a todos los niveles, es la esencia de una organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.
4. *Enfoque a procesos.* Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.

5. *Enfoque a la gestión.* Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos.
6. *Mejora continua.* La mejora continua del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de esta.
7. *Toma de decisiones basada en evidencia.* Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.
8. *Relaciones mutuamente beneficiosas de los datos y la información.* Una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

Factores Críticos de Éxito.

Son las acciones críticas para el éxito de una organización con las que se pretende identificar los resultados que, de no conseguirse, pueden poner en peligro el éxito del negocio o la empresa. Técnicas con el análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas ayudan a identificar dichos factores. La Fundación Europea para la Gestión de la Calidad en su modelo de excelencia empresarial establece los siguientes factores críticos de éxito:

- Resultados empresariales.
- Satisfacción del cliente.
- Satisfacción del personal.
- Impacto en la sociedad.
- Proceso.
- Dirección del personal.
- Recursos.
- Estrategia y política.
- Liderazgo

Enfoque basado en procesos:

Todas las actividades de una organización, desde la planificación de las compras hasta la atención y seguimiento a las quejas deben considerarse como procesos. Para operar de manera eficaz, las organizaciones deben identificar y gestionar numerosos procesos interrelacionados y que interactúan. La identificación y gestión sistemática de los procesos que se realizan en la organización y en particular las interacciones entre dichos procesos se conoce como enfoque basado en procesos. ISO 9001 fomenta la adopción del enfoque basado en procesos para gestionar una organización, que al utilizarse en el desarrollo, la implementación y la mejora de la eficacia de un Sistema de Gestión de la Calidad concentra su atención en:

1. La comprensión y el cumplimiento de los requisitos de los clientes de cada proceso,
2. La necesidad de considerar y de planificar los procesos en términos que aporten valor (el cliente no debe pagar por algo que no le aporte valor),
3. El control, la medición y la obtención de resultados del desempeño y de la eficacia de los procesos
4. La mejora continua de los procesos con base en mediciones objetivas.

VII. DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio

Se ha realizado un estudio siguiendo un diseño no experimental, transversal, descriptivo y con métodos cualitativos para la obtención de las apreciaciones de los actores claves en la propuesta de un nuevo modelo de organización del Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños.

Área de estudio

El estudio fue realizado en las instalaciones del Hospital Militar Escuela 'Dr. Alejandro Dávila Bolaños', ubicado en la ciudad de Managua.

Universo y Muestra

Dado que se realizó con técnicas cualitativas, se prescinde de la identificación del Universo y Muestra. Sin embargo, como informantes claves se entrevistó a 5 médicos residentes de medicina interna de un total de 14 (7 de segundo y tercer año) y a todos los miembros de la Jefatura de las Unidades del Servicio de Medicina Interna (5); en el grupo focal participaron 5 médicos especialistas (de un total de 23). En el caso de los médicos especialistas y residentes, éstos fueron seleccionados al azar, determinándose la cantidad según la conveniencia y factibilidad del estudio.

Criterios de selección

Para la selección de participantes a entrevistas, en el caso de médicos residentes se aplicó el criterio de que fueran de segundo o de tercer año, debido a la experiencia acumulada en el servicio de medicina interna. En cuanto al personal

médico para el grupo focal se consideró la antigüedad en el cuerpo médico militar, el liderazgo dentro del hospital y la mayor preparación científica.

Fuentes de información

Fue utilizada fuente de tipo primaria, de carácter cualitativo provista por los actores claves. Y fuente de tipo secundaria obtenida de la revisión documental.

Técnicas e Instrumentos

El diseño de los instrumentos se realizó a la luz de las necesidades de información que requirió el estudio según los objetivos del mismo y contó con la opinión de expertos en el tema de organización de los servicios de salud en el área hospitalaria. Los instrumentos diseñados son:

- 'Ficha de Revisión Documental'.
- 'Guía de entrevista a informantes claves: Jefatura'
- 'Guía de entrevista a informantes claves: Personal'
- 'Guía para grupo focal: Personal Médico'

Para la aplicación de los instrumentos no se utilizó grabación del audio, solamente las notas tomadas por el entrevistador. No se ameritó realizar ninguna capacitación al entrevistador, ya que fungió como tal el mismo autor del estudio.

Para la revisión documental se hizo uso de motores de búsqueda en línea y en textos impresos, según la elección de tópicos alusivos a Modelos Médico-Funcionales, organización de la atención hospitalaria, avances y retos en la medicina interna y especialidades relacionadas, aspectos normativo - funcionales de la atención hospitalaria con énfasis en el servicio de medicina interna, aspectos conceptuales cotidianos y novedosos en la atención hospitalaria como la gestión tradicional de la lista de espera. Las fichas de revisión documental se organizaron según los tópicos y palabras claves.

Procesamiento y análisis de los datos

Para procesar la información provista por los informantes claves se realizó un análisis matricial, en el que se ‘volcó’ las principales apreciaciones en tablas según el informante y el ítem abordado durante la entrevista. La información así dispuesta facilitó el observar las coincidencias y diferencias en las opiniones de los actores respecto a cada ítem abordado en cada uno de los instrumentos y entre los instrumentos.

Trabajo de campo

El trabajo de campo se realizó en el mes de noviembre del 2014, posterior a la delimitación de aspectos claves del diseño del estudio incluyendo el diseño de los instrumentos. Las entrevistas y el grupo focal, así como la revisión documental fue realizada por el autor del estudio, conservándose así la claridad y dominio de los objetivos del estudio. Para la realización de las entrevistas se estableció coordinación con los actores claves para identificar el momento y espacio donde se realizaría la misma, procurándose condiciones que facilitarían el suministrar respuestas que ahondaran en detalles para ilustrar lo mejor posible las apreciaciones y recomendaciones para la organización del servicio de medicina interna.

Aspectos éticos

La realización de este estudio está en el marco de las acciones para la migración hacia el Nuevo Hospital Militar Escuela ‘Dr. Alejandro Dávila Bolaños’, y ha contado con la autorización y apoyo de la jefatura del Cuerpo Médico Militar para su realización. La guía de entrevistas realizadas al personal incluyen un párrafo inicial en el que se solicita a participar de forma libre y voluntaria, considerando el responder dicho instrumento como el consentimiento brindado por el /la informante.

VIII. RESULTADOS

La organización de los servicios y el funcionamiento del nuevo hospital militar parte de la situación organizativa y funcional que se tiene en las actuales instalaciones, lo que incluye al Servicio de Medicina Interna. Según la opinión de los informantes, se plantea que el modelo de organización necesita estar acorde a la realidad institucional, la tradición histórica y la evolución que ha tenido este establecimiento de salud, y además de incorporar cambios en la gestión y organización pretendiendo tener mayor eficacia y eficiencia en el cumplimiento de la visión, misión y la consecución de objetivos y metas.

Las apreciaciones obtenidas llevan a proponer que el Servicio de Medicina Interna, sea elevado a nivel de 'Departamento', lo que favorecería la gestión del mismo, mediante el que se goce de relativa autonomía dentro de la gestión global del Hospital, mejorando las oportunidades para brindar atención con mayor eficacia y eficiencia.

El nuevo modelo de organización del servicio de Medicina Interna

Entre integrantes de la jefatura de las Unidades del Servicio de Medicina se considera que indudablemente al disponer de nuevas y más amplias instalaciones y tecnología diagnóstica terapéutica la demanda se incrementará lo que implica la necesidad de disponer de mayores recursos financieros para incrementar la dotación de personal y la adopción de retos para incorporar cambios en la organización de la atención, que incluye mejorar la eficiencia y eficacia de lo que se tiene, así como de implantar técnicas que incluya mayor uso de las tecnologías de la información como el expediente electrónico y la informatización de las listas de esperas.

Servicios de Medicina Crítica y de Cardiología. Se plantea que el crecimiento que ha venido teniendo la demanda de pacientes por estos servicios ha ocasionado el disponer de mayor cantidad de recursos para satisfacerla, sin embargo las actuales instalaciones no han permitido las mejores condiciones, oportunidad que se vislumbra con las nuevas instalaciones y así el CMM está de cara al reto de la creación como tal de los Servicios de Medicina Crítica –siendo esto un hito en la atención hospitalaria en Nicaragua- y el Servicio de Cardiología. El disponer con el

nivel de 'Servicios' supondrá cuotas de responsabilidad que deben asumirse y conservarse como condición sine qua non para el desarrollo y liderazgo en salud del Hospital Militar.

El contexto de transición epidemiológica determina la confluencia de prevalencia creciente en enfermedades crónico-degenerativas en una población con historial de carencias nutricionales en diferentes momentos de la vida, lo que contribuye a que un mismo paciente padezca de más de una enfermedad y por tanto requiera de más de un especialista. Una alternativa ante esta realidad es la consulta de alta resolución y de pluri-patología, cuya implementación mejoraría la calidad científica de la atención al permitir reducir el tiempo para establecer diagnósticos –al evitarse duplicidades- y consecuentemente la oportunidad en la instauración terapéutica, todo ello repercutiría en la eficiencia para el hospital y reducción de costos para los pacientes y sus familiares.

Según el personal médico, el incremento en la demanda determinado por la expectativa de la población que trae el que el hospital cuente con instalaciones nuevas, mayor amplitud y capacidad que las actuales y el disponer de los más modernos medios diagnósticos y terapéuticos en Nicaragua determina el reto de estar a la altura de las exigencias en la calidad de la atención que se espera. El advenimiento de grandes contingentes de asegurados y beneficiarios de estos y una mayor intensidad de uso por parte de la población militar impone el reto de poder disponer de un número acorde a estándares aceptados internacionalmente. Ineludiblemente el asumir este reto además de pasar por las consideraciones concernientes a la organización de la atención y la asignación de recursos por el cuidado que se debe hacer sobre el quehacer formativo del hospital, el que debe también elevar los niveles de calidad, de cara a la necesidad de actualizar la protocolización de la atención de pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión arterial, que conlleve a un manejo eficiente y con un enfoque de prevención secundaria. Se reconoce que una revisión de los cargos y funciones vinculados a la calificación facilitan y favorecen la calidad en la atención que es brindada a los usuarios del hospital.

Los principales ajustes mencionados para asumir los retos incluye la organización de la emergencia, la planificación del abastecimiento, manejo multidisciplinario de los pacientes, actualización de normas y protocolos, monitoreo a estándares de

calidad en los servicios, reordenamiento en la asignación de los recursos principalmente el tiempo destinado a la consulta externa, el incorporar la agenda electrónica que facilite gestionar las citas (confirmación y reprogramación), mejorar el sentido de pertenencia institucional en los médicos residentes fomentando el crear conciencia sobre la misión, visión y valores institucionales, promover un mayor y empático acercamiento de los jefes al personal de la primera línea de atención.

La idea de crear los servicios de Medicina Crítica y de Cardiología es vista no solo como excelente, sino que permitiría otorgar el nivel real de importancia que tiene la atención y recursos que el hospital ha venido incrementando desde hace tiempo en pro de ofrecer mayor nivel resolutivo a pacientes con ese tipo de problemática. El darles nivel de 'Servicios' contribuirá a ser gestionados con mayor efectividad, pasando por generar la oportunidad de perfilar a los recursos humanos en sub especialidades.

Recomendaciones respecto a la mejora de la calidad de la atención

Entre integrantes de la jefatura de Unidades del SMI, se sugiere el profundizar en la relación entre recursos humanos y demanda de pacientes, pretendiendo que una adecuada relación médico-paciente contribuya a mejorar la satisfacción de los usuarios, la calidad técnica de la atención y una reducción en el tiempo de resolución de los problemas de salud que aquejan a la población que demanda del servicio de medicina interna.

Se reconoce que es posible escalar mayores niveles en actividades que contribuirían a asumir los retos planteados, como el cumplimiento de un programa de pase de visitas conjunta, el de la educación al personal sobre los cambios en el modelo de gestión que será inherente a la migración hacia las nuevas instalaciones, esto está relacionado a la actualización que debe surgir para el organigrama estructural y funcional de trabajo en el servicio de medicina interna, que a su vez desencadenará la necesidad de contratar internistas para continuar acorde a los estándares internacionales; el identificar –favoreciendo autocrítica y constructivamente- debilidades que ameriten en un corto plazo acciones para el fortalecimiento de las unidades asistenciales; el enfocar el servicio docente en forma que la formación continua y la supervisión de la calidad de la atención

directamente generen solución a las situaciones de contexto en el área hospitalaria.

Entre el personal del servicio de medicina interna la percepción del cliente interno –el personal– es un indicativo de la calidad en la atención que está siendo brindada, aunque es notorio que el ambiente es percibido como ‘Agradable’ se observa que esta no es la categoría más alta, y hay vínculo con el puntaje que se otorga a como son valoradas las funciones que tiene el personal y el desempeño que percibe tener. Los argumentos de estas apreciaciones giran principalmente alrededor de la práctica de la enseñanza que se realiza en el hospital. Así, en cuanto a las apreciaciones de cómo hacer una mejor educación médica continua entre los especialistas de medicina interna, hay una gama diversa de aportes, desde el promover con mayor frecuencia la realización de análisis de temas de la práctica médica que son polémicos, la presentación de casos clínicos en sesiones conjunta, propiciar los espacios para discusión de parte de los médicos de base que conlleve a direccionar la enseñanza de manera más efectiva. Destaca el que se menciona la conveniencia de una mayor utilización de medios de enseñanza apoyados por tecnologías de la comunicación (educación virtual).

Casi por unanimidad los informantes coinciden en estar totalmente de acuerdo en la implementación obligatoria de un Plan de Educación Médica Continua para los especialistas. Lo anterior se corresponde con las alternativas que son propuestas para mejorar el desempeño Docente-Asistencial en el Servicio de Medicina Interna, en el que los pase de visita conjunta vuelve a ser considerado como importante, pero además se acuñan algunas características para una mejor efectividad como el poder contar con mayor tiempo y destinar mejor empeño a la enseñanza de parte de los médicos de base a los médicos residentes, y otros como el hecho de que los pase de visita sean más interactivos, dándole mayor oportunidad de participación a los médicos residentes y pidiendo a los médicos de base ser más exigentes. También es mencionado el que puede hacerse mejor aprovechamiento de los medios audiovisuales y otorgar alguna participación a jefes de unidad.

Tanto los informantes de nivel de jefatura como del personal médico coinciden en que los tiempos para asignar cita con un especialista son excesivos, el hecho de que cada caso nuevo estará reiteradamente acudiendo para atenciones de

seguimiento hace que el congestionamiento de la consulta externa tenga un comportamiento en espiral, y esto ocasiona insatisfacción de los pacientes y también del personal. Se percibe una urgente necesidad de instaurar un sistema de gestión que incluya el monitoreo de las referencias desde los Médicos Generales (adecuada – no adecuada), la demora para la resolución de los problemas de los pacientes y la instauración de un sistema de dispensarización de pacientes cuyo seguimiento –por el tipo de problema que tienen– inexorablemente quedará a cargo de los especialistas. Un sistema de gestión de la lista de espera contribuiría a brindar evidencia de las verdaderas necesidades de recursos humanos.

Un reto, de cara a la integralidad e integración de la atención de los pacientes es el abordaje de pluri-patología con alta resolución, el personal plantea que disponer de un especialista en medicina interna que integre el abordaje de los especialistas de otras ramas de la medicina y así se cuide la poli-medicación interactuando con los demás especialistas para tomar las mejores decisiones integradas es una de las alternativas. La implementación de la consulta de alta resolución y pluri-patología requerirá, para asegurar cumplir con la finalidad que está siendo pensada, contar con la conciencia del trabajo en equipo, flexibilidad en los trámites para procedimientos diagnósticos y estimular la generación de evidencia sobre los efectos, resultados e impacto de esta forma de organizar la atención.

Gestión de la lista de espera.

Uno de los retos más visibles es lo concerniente al tiempo de espera para la atención especializada, se reconoce la necesidad de que sea establecido un mecanismo de gestión que reduzca dichos tiempos, utilizando elementos de la teoría de los procesos en la que los cambios que se introduzcan se enfoquen en el paciente, en la percepción de la calidad que se pueda tener, cuidando el hecho de que el personal asume dicho reto con apropiación, sin que se descuide el que con los recursos disponibles es posible tener mejor efectividad y esto a la vez deberá suministrar la evidencia requerida para dar trámite a mayor consecución de recursos.

Según las opiniones y apreciaciones de los informantes y con respaldo en la revisión documental realizada se propone un mecanismo para gestionar la lista de

espera en base a un registro que preferentemente sea llevado en forma informatizada con los siguientes campos:

1. Número consecutivo que ocupa el paciente que es referido desde la atención de medicina general.
2. El número de expediente del paciente.
3. Nombre y apellidos del paciente.
4. Sexo biológico del paciente.
5. Dirección de residencia del paciente.
6. Número telefónico residencial o móvil para localización del paciente.
7. Fecha de nacimiento.
8. Fecha de la consulta de medicina general de la que procede la referencia para atención especializada.
9. Fecha de la cita que se brinda para la atención especializada.
10. Fecha de la primera consulta de atención especializada.
11. Fecha de cita para atención especializada subsecuente 1 (si fuera necesario).
12. Especialidad que se solicita.
13. Impresión diagnóstica.
14. Fecha de alta dada por la atención especializada
15. Diagnóstico de alta.
16. Nombre del especialista que brindó la última atención especializada.

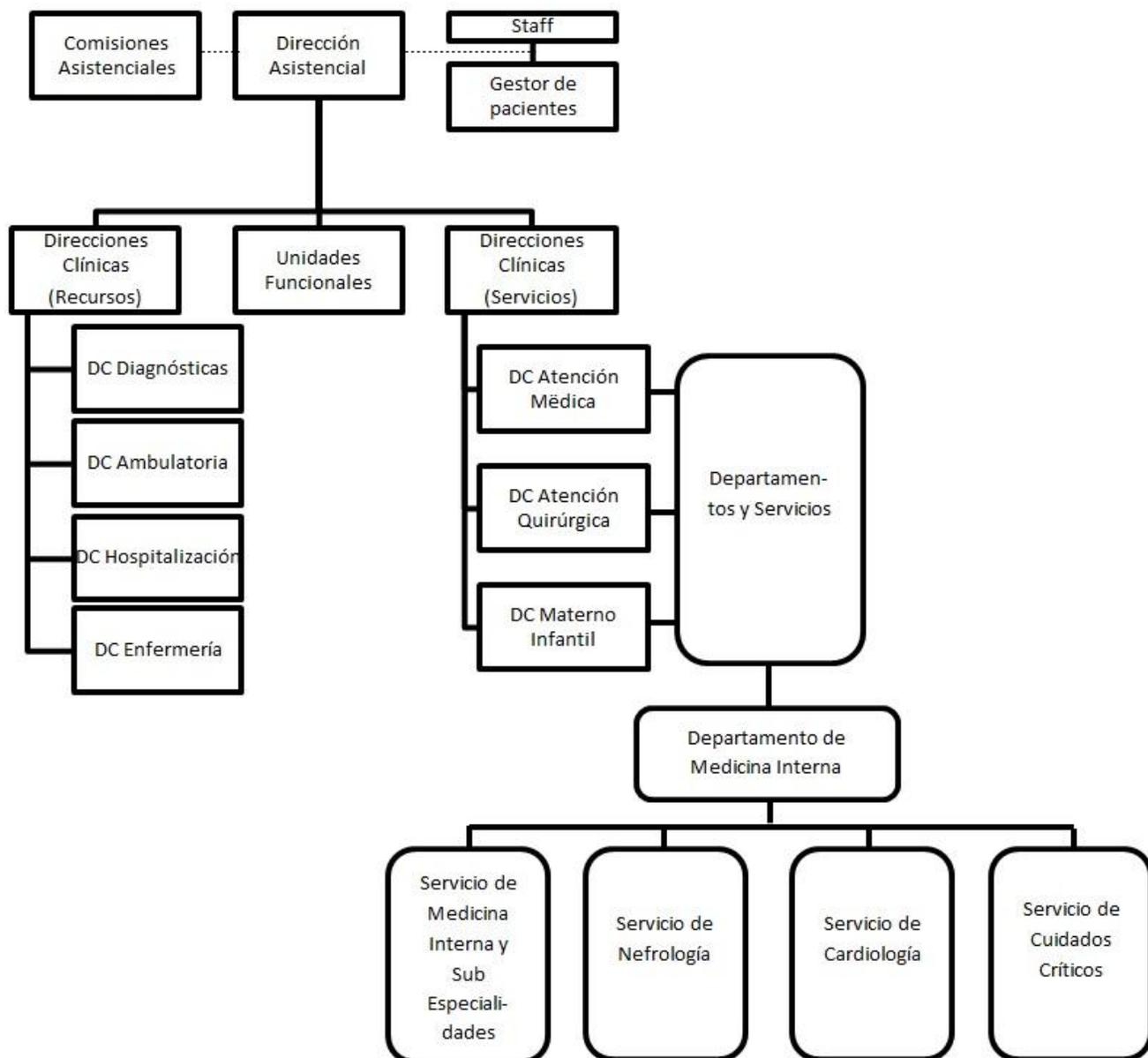
De estos campos es posible establecer, entre otros, los siguientes indicadores:

1. Número de días que transcurren entre la atención de medicina general y la cita para atención.
2. Número de días que transcurren entre la atención de medicina general y la primera atención especializada.
3. El promedio de días que transcurren entre la atención de medicina general y la atención especializada, según tipo de especialidad.
4. Número de días que transcurren entre la atención de medicina general y el alta.
5. El promedio de días que transcurren entre la atención de medicina general y el alta dada por la atención especializada.

IX. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Las apreciaciones y recomendaciones de los informantes se sintetizan en el siguiente diagrama sobre el Modelo Organizativo:

Modelo Organizativo Funcional Propuesto



La ubicación en el organigrama de la atención del Servicio de Medicina Interna ha venido cambiando. En la estructura organizacional del año 2008, se encontraba subordinado al Departamento Clínico Junto al Servicio de Pediatría. En los últimos seis años se crean las Unidades de Coronarios, Hemodiálisis y Hemodinámica los cuales han crecido en personal Técnico y Especialistas convirtiendo al Servicio de Medicina en una estructura hipertrofiada. El advenimiento de contar con nuevas, amplias y modernas instalaciones permite las condiciones para la creación del Departamento de Medicina Interna el que dependería de la Dirección Clínica de Atención Médica, proponiéndose –a la luz de las opiniones de expertos, del personal, de la jefatura y de las recomendaciones para un mejor y efectivo desarrollo organizacional crear los Servicios de Medicina Interna y Sub-especialidades, Servicio de Medicina Crítica, Servicio de Cardiología y el Servicio de Nefrología subordinados al Departamento de Medicina Interna y de esta forma tener una estructura que permita un Modelo Medico-Funcional en la búsqueda de una mejor gestión clínica.

X. CONCLUSIONES

El Servicio de Medicina Interna, de cara a contar con nuevas, amplias y modernas instalaciones y equipos amerita tener su propia dinámica de gestión que incluye cambiar su estructura a nivel de Departamento y las unidades principales en servicios.

Se han propuesto mecanismos que la jefatura, el personal médico y de apoyo recomiendan para hacer más efectiva y eficiente la atención de pacientes que demandan cuidados de Medicina Interna.

Así mismo, se ha planteado la conveniencia de adoptar elementos de la gestión con enfoque en los procesos como alternativa para mejorar los estándares de calidad de la atención y la docencia, en camino a alcanzar las metas proyectadas.

La gestión de la lista de espera, amerita la urgente implementación de un Sistema de Monitoreo que entre otros genere evidencia sobre la pertinencia de las referencias a especialidades de parte de médicos generales y los tiempos que lleva a los especialistas dar por resuelto los casos asignados. Esto con claridad generará elementos para la dotación de más recursos.

XI. RECOMENDACIONES

Crear el Departamento de Medicina con los Servicios de Medicina Interna y Subespecialidades, Servicio de Medicina Crítica, Servicio de Cardiología y Servicio de Nefrología.

Implementar nuevas formas de atención como la consulta de alta resolución, consulta de pluri-patología, consulta no presencial y en un futuro consultas virtuales para pacientes subsecuentes para incidir en la lista de espera y búsqueda de la calidad de atención y eficiencia.

Incorporar a un internista en los servicios Quirúrgicos (Cirugía, Ortopedia y Ginecología).

Incorporar el pase de visita conjunto a la actividad asistencial, la educación médica continua para los especialistas, y elevar el nivel de la investigación clínica.

Implementar la gestión de la lista de espera para la atención especializada.

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez Rodríguez A. El enfermo con pluri-patología: la necesidad de una atención integral coordinada. *Med Clin (Barc)*. 2005;125: 12-13.
2. Gertman PM, Restuccia JD. Related Articles. The appropriateness evaluation protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care. *MedCare*. 1981 Aug;19(8):855-71.
3. Peiró S, Meneu R, Roselló ML, Portella E, Carbonell-Sanchís R, Fernández C, et al. Validez del protocolo de evaluación del uso inapropiado de la hospitalización. *MedClin (Barc)* 1996; 107: 124-129.
4. Perales R, Amores P, Escrivá R, Pastor A, Alvarruiz J, de la Calzada J. Adecuación de los ingresos hospitalarios no quirúrgicos desde un servicio de urgencias. *Emergencias* 2004; 16: 111-115.
5. Rodríguez-Vera, FJ, Marín Y, Sánchez A, Borrachero C, Pujol de la Llave E. Adecuación de los ingresos y estancias en un Servicio de Medicina Interna de un hospital de segundo nivel utilizando la versión concurrente del AEP (AppropriatenessEvaluationProtocol). *AN. MED. INTERNA* 2003; 20: 297-300.
6. Velasco L, García S, Oterino D, Suárez F, Diego S, Fernández R. Impacto de los ingresos urgentes innecesarios sobre las estancias hospitalarias en un hospital de Asturias. *RevEsp Salud Pública* 2005; 79: 541-549.
7. Torres M, Capdevila JA, Armario P, Montull S, grupo de trabajo de los Servicios de Medicina Interna de los Hospitales de Cataluña. Alternativas a la hospitalización convencional en medicina interna. *MedClin (Barc)*. 2005; 124: 620-626.
8. Mendoza Giraldo D, Navarro A, Sánchez-Quijano A, Villegas A, Asencio R, Lissen E. Retraso del alta hospitalaria por motivos no médicos. *RevClin Esp*. 2012; 212: 229-234.
9. Losa JE, Zapatero A, Barba R, Marco J, Plaza S, Canora J; por el Grupo de Trabajo de Gestión Clínica de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Encuesta de la SEMI sobre la oferta asistencial de los internistas en el Sistema Público de Salud. *RevClinEsp* 2011; 211: 223-232.
10. Del Castillo Rueda A, De Portugal Álvarez J. Proyecto técnico de gestión y funcionamiento de la unidad asistencial de Medicina Interna. *AnMed Interna*. 2004; 21: 31-38.

11. Diz-Lois Palomares MT, De la Iglesia Martínez F, Nicolás Miguel R, Pellicer Vázquez C, Ramos Polledo V, Diz-Lois Martínez F. Factores predictores de reingreso hospitalario no planificado en pacientes dados de alta de una Unidad de Corta Estancia Médica. *AnMed Interna*. 2002; 19: 221-225.
12. Zapatero-Gaviria A, Barba-Martín R. Gestión de los reingresos en Medicina Interna. *RevClin Esp*. 2012. doi: 10.1016/j.rce.2012.03.007.
13. González VJ, Valdivieso B, Ruiz V. Hospitalización a domicilio. *MedClin (Barc)* 2002; 118: 659-664.
14. Ollero Baturone M, Orozco Betrán D, Domingo Rico C, et al. "Declaración de Sevilla". Conferencia Nacional para la Atención al Paciente con Enfermedades Crónicas. <http://www.fesemi.org/documentos/1335540346/grupos/edad-avanzada/publicaciones/declaracion-sevilla.pdf>
15. Gamboa Antiñolo F, Gómez Camacho E, de Villar Conde E, Vega Sánchez J, Mayoral Martín L, López Alonso R. Un nuevo modelo para la asistencia a los pacientes multiingresadores. *ReviClin Esp*. 2002; 202: 187-196.
16. García Morillo JS, Bernabeu-Wittel M, Ollero Baturone M, Aguilar-Guisad M, Ramírez-Duque N, González de la Puente MA, et al. Incidencia y características clínicas de los pacientes con pluri-patología ingresados en una unidad de medicina interna. *Medclin (Barc)*. 2005; 125: 5-9.
17. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guías De Práctica Clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo. Edit: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz. 2008.
18. Alfredo del Campo Martín. Sociedad Española de Medicina Interna. Estudio Socioprofesional de la Medicina Interna en España: Prospectiva 2010. Dirección del estudio: Medical ScienceService. 2006. old.fesemi.org/publicaciones/otras/estudio_socioprofesional_medicina_interna.pdf
19. Zambrana García JL. Consultas ambulatorias de atención especializada. Presente y propuestas de futuro. *MedClin (Barc)*. 2004; 123: 257-259.
20. Franco Hidalgo S, Prieto de Paula JM, Martín Serradilla JI, Martín Carbayo JL. Unidades de diagnóstico rápido o consultas de atención inmediata en medicina interna. Análisis de los primeros 6 meses de funcionamiento en Palencia. *Semergen*. 2012; 38: 126-130.

21. Marcos Sánchez F, Albo Castaño MI, Joya Seijo D, de Matías Salces L, del Valle Loarte P. La consulta de Medicina Interna puede funcionar en un alto porcentaje de casos como una consulta de alta resolución. *AnMed Interna*. 2007; 24; 147-148.
22. Naveiro-Rilo JC, Flores-Zurutuza L, Diez-Juárez D, González-Álvarez F, Romero-Blanco A, Pérez-Laorden A. Factores asociados a la variabilidad en la utilización de recursos en la consulta de los médicos de atención primaria. *Semergen*. 2011; 37: 540-548.
23. Franquelo Morales P, García Mateos D, Moya Martínez P, Lema Bartolomé J, Buendía Bermejo J, Sáiz Santos S. Tasa de Derivación y factores asociados a la Calidad de la Hoja de Derivación en Atención Primaria. *RevClínMedFam* 2008; 2: 199-205.
24. De Santos Castro PÁ, Jimeno Carrúez A, García Cobo MC, Elices Calzón MI, Almaraz Gómez A, Muñoz Moreno MF. Evaluación de las consultas de atención inmediata en Medicina Interna (Hospital Clínico Universitario de Valladolid). *RevClin Esp*. 2006; 206: 84-89.
25. Zambrana García JL, Jiménez-Ojeda B, Marín Patón M, Almazán González S. La consulta única o de alta resolución como una alternativa de eficiencia a las consultas externas hospitalarias tradicionales. *MedClin (Barc)* 2002; 118: 302-305.
26. Rubio-Rivas M, Vidaller A, PujoliFarriols R, Mast R. Unidad de Diagnóstico Rápido en un hospital de tercer nivel. Estudio descriptivo del primer año y medio de funcionamiento. *RevClin Esp*. 2008; 208: 561-563.
27. Capell S, Comas P, Piella T, Rigau J, Pruna X, Martínez F, et al. Unidad de Diagnóstico Rápido: un modelo asistencial eficaz y eficiente. Experiencia de 5 años. *MedClin (Barc)*. 2004; 123: 247-250.
28. Bayés R. Los tiempos de espera en medicina. *Med Clin (Barc)*. 2000; 114: 464-467.
29. Smethurst DP, Williams HC. Self-regulation in hospital waiting lists. *J R SocMed*. 2002; 95: 287-289.
30. Bernabeu-Wittel M, García Morillo S, Ollero M, Hernández-Quero J, González de la Puente MA, Montero Pérez-Barquero M, et al. El Plan Estratégico para el desarrollo de la Medicina Interna en Andalucía. *RevClin Esp*. 2008; 208: 295-301.

31. Pérez Miranda M. La tarea actual de los internistas. *AnMed Interna*. 2006; 23: 403-405.
32. Montero Ruiz, E; López Álvarez, J; Hernández Ahijado, C. Estudio de las interconsultas solicitadas a un servicio de Medicina Interna. *RevClin Esp*. 2004; 204: 507-510.
33. Pujol Farriols R, Corbella Virós X. El especialista en medicina interna como consultor de atención primaria. *MedClin (Barc)* 2004; 122: 60-61.
34. Monte Secades R, Rabuñal Rey R, Peña Zemsch M, BalAlvaredo M. Adscripción de un internista a un servicio de cirugía ortopédica y traumatología: encuesta de satisfacción. *RevClin Esp*. 2011; 211: 267-274.
35. MendezLopez I, EtxeberriaLekuona D. Organización del trabajo de las interconsultas recibidas desde servicios quirúrgicos en los servicios de medicina interna. *RevClin Esp*. 2011; 211: 61-63.
36. Sánchez López J, Bueno Cavanillas A. Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias* 2005; 17: 138-144.
37. Fernández Moyano A, García Garmendia JL, Palmero Palmero C, García Vargas-Machuca B, Páez Pinto JM, Álvarez Alcina M, et al. Continuidad asistencial. Evaluación de un programa de colaboración entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria. *RevClin Esp*. 2007; 207: 510-520.
38. Jiménez S, Aguiló S, Antolín A, Coll-Vinent B, Miró O, Sánchez M. Hospitalización a domicilio directamente desde urgencias: una alternativa eficiente a la hospitalización convencional. *MedClin (Barc)* 2011; 137: 587-590.
39. Escolar F, Martínez-Berganza MT. Asistencia clínica en la cabecera del paciente. En: 6 Informe SEIS. El sistema integrado de información clínica. Edit SEIS. Pamplona 2004. Pag: 95-122.
40. Asenjo Sebastián MA. Gestión diaria del hospital. 3ª edición. Ed. Masson. Barcelona 2006.
41. Escolar F. Inferencia de un Sistema de Información Sanitario basado en la Historia de Salud Electrónica. En: 5 Informe SEIS. De la historia clínica a la historia de salud electrónica. Edit SEIS. Pamplona 2002. Pag: 287-314.

**Diseño Médico Funcional del Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar
'Dr. Alejandro Dávila Bolaños'**

Instrumento A

Guía de entrevista a informantes claves: Jefatura

Objetivo: Obtener opiniones, valoraciones y recomendaciones de Jefes de Unidad y Médicos Especialistas del Servicio de Medicina Interna para proponer ajustes al funcionamiento del servicio de cara al compromiso que implica las nuevas instalaciones del Hospital Militar.

- 1.- ¿Qué retos se avecinan en la gestión del Nuevo Hospital Militar?

- 2.- ¿Ante estos retos, que ajustes deben ser incorporados en el funcionamiento de los diferentes servicios? ¿Y en el caso concreto de Medicina Interna?

- 3.- ¿Qué opina acerca de la creación del Servicio de Medicina Crítica? ¿Y del de Cardiología?

- 4.- ¿Cómo valora la lista de espera para la primera consulta en el Servicio de Medicina Interna?

- 5.- En cuanto a la lista de espera ¿Qué áreas es posible mejorar en el Servicio de Medicina Interna? ¿Cómo?

- 6.- ¿Qué puede comentar sobre el implementar una consulta de alta resolución y de pluri-patología? ¿Cree que ayudaría a mejorar la gestión clínica? ¿Por qué?
¿Cómo?

**Diseño Médico Funcional del Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar
'Dr. Alejandro Dávila Bolaños'**

Instrumento B

Guía de entrevista a informantes claves: Personal

Objetivo: Obtener opiniones, valoraciones y recomendaciones de Jefes de Unidad y Médicos Especialistas del Servicio de Medicina Interna para proponer ajustes al funcionamiento del servicio de cara al compromiso que implica las nuevas instalaciones del Hospital Militar.

Introducción: Esta guía es para ser respondida en forma anónima por el personal médico del Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar. Se solicita sea respondida atendiendo la valoración y opinión que se tiene respecto a los tópicos abordados, información que será de mucha importancia para establecer la propuesta del Diseño Médico Funcional de dicho servicio.

Consentimiento: La participación es totalmente voluntaria, entendiéndose que al ser respondidos los ítems que contiene este instrumento, el / la participante acepta libremente brindar sus respuestas.

1.- ¿Cómo valora el ambiente laboral?

- Desagradable Poco agradable
Agradable Muy agradable

2.- Del 0 al 10, en que 'cero' es 'Totalmente insatisfecho' y 'diez' es 'Totalmente satisfecho', que valor daría al cómo se siente:

con sus funciones: /____/; y

con su desempeño: /____/

3.- ¿Cómo cree que sería la mejor forma para hacer educación médica continua para especialistas de medicina?

4.- ¿Qué opina de que sea implementado un plan de educación médica continua para especialistas de medicina en forma obligatoria?

Totalmente desacuerdo En desacuerdo Me da igual

De acuerdo Totalmente de acuerdo

5.- ¿Cómo se pudiera mejorar el desempeño Docente-Asistencial del Servicio de Medicina Interna?

Gracias por participación!

**Diseño Médico Funcional del Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar
'Dr. Alejandro Dávila Bolaños'**

Instrumento C

Guía para grupo focal: Personal Médico

Objetivo: Obtener opiniones, valoraciones y recomendaciones de Jefes de Unidad y Médicos Especialistas del Servicio de Medicina Interna para proponer ajustes al funcionamiento del servicio de cara al compromiso que implica las nuevas instalaciones del Hospital Militar.

- 1.- ¿Qué retos se avecinan en la gestión del Nuevo Hospital Militar?

- 2.- ¿Ante estos retos, que ajustes deben ser incorporados en el funcionamiento de los diferentes servicios? ¿Y en el caso concreto de Medicina Interna?

- 3.- ¿Qué opinión les merece el crear el Servicio de Medicina Crítica? ¿Y del de Cardiología?

- 4.- ¿Qué piensan sobre la lista de espera para la primera consulta en el Servicio de Medicina Interna?

- 5.- En cuanto a la lista de espera ¿Qué áreas es posible mejorar en el Servicio de Medicina Interna? ¿Cómo?

- 6.- ¿Qué pudieran decir sobre el implementar una consulta de alta resolución y de pluri-patología? ¿Ayudaría a mejorar la gestión clínica? ¿Por qué? ¿Cómo?

Guía de entrevista a informantes claves: Jefatura (A)

| Ítem | Informante | | | | |
|--|---|---|--|-------------------------------------|--|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1.- ¿Qué retos se avecinan en la gestión del Nuevo Hospital Militar? | El mayor número de pacientes a atender, exigirá mayor gestión para los innumerables problemas planteados, exigirá mayor acercamiento diagnóstico. | Mayor cuantía de personal, cambios en el modelo de gestión, adecuación del formato electrónico en vez de papel. | Administrando y aumentando la calidad de los servicios | Organización, educación, motivación | <p>Coordinación interdisciplinaria: la nueva estructura del hospital militar ofrecerá un nuevo esquema de trabajo, en las cuales las diferentes áreas deberán crear un organigrama de flujo para sus pacientes a los que atienden para agilizar con eficacia su atención. Así mismo el mismo personal de trabajo deberá familiarizarse con los diferentes servicios y su ubicación correspondientes en el mismo hospital.</p> <p>Expediente electrónico: el expediente electrónico creado, no recoge información de distintas áreas que son sub-especializadas y que por su naturaleza contienen distintas informaciones que aún no se han desarrollado en el expediente electrónico por ejemplo incluir los datos de cada sesión de hemodiálisis del paciente que está siendo atendido. El expediente electrónico de nefrología contiene algunas variantes que deberían ser tomadas de manera muy importante suponemos que en otras subespecialidades debe ocurrir lo mismo.</p> <p>Recursos humanos: cada área de atención debe tener proyectado a cantidad necesaria de recursos humanos a utilizar, ya que la cantidad de asegurados va en incremento y esto amerita una proyección.</p> |

| Ítem | Informante | | | | |
|--|--|---|--|---|--|
| <p>2.- ¿Ante estos retos, que ajustes deben ser incorporados en el funcionamiento de los diferentes servicios? ¿Y en el caso concreto de Medicina Interna?</p> | <p>Que exista un pase visita conjunto cosa que no se ha logrado hasta el momento.</p> | <p>Educación al personal, sobre este modelo nuevo (capacitación completa) talleres prácticos sobre el modelo de gestión</p> | <p>Fortalecer las unidades asistenciales</p> | <p>Un servicio docente, la formación continua y la supervisión de la calidad médica que se traduce en resolución.</p> | <p>Se debe crear un organigrama estructural y funcional de trabajo para medicina interna. Considerar la contratación de recursos humanos necesarios, según guía internacionales, ejemplo sabemos la carencia de internistas, en cada sala de medicina interna deberá de haber un internista de base, así como también un nefrólogo menos de la cantidad que deberíamos de tener.</p> |
| <p>3.- ¿Qué opina acerca de la creación del Servicio de Medicina Crítica? ¿Y del de Cardiología?</p> | <p>Está bien diseñado eso permitirá mayor responsabilidad y respuesta efectiva</p> | <p>Completamente de acuerdo, se contara con una planta física una grande y mayor número de personal de médicos de base lo que deberá ir seguido de la formación de personal para el área(residentes, técnicos y enfermeras de críticos)</p> | <p>Son necesarias para el desarrollo del hospital para retomar el liderazgo de salud</p> | <p>No tengo experiencia suficiente para tocar el tema.</p> | <p>Consideramos que ambos servicios han crecido en la demanda de pacientes y en la cantidad de recursos humanos, estas son las bases necesarias para la creación de un servicio, sin embargo se deberá de contar con capacidad admirativa resolutive así como también capacidad de resolución(cuando se crea un servicio se debe brindar la mayor resolutive medica de dicha subespecialidad).Ejemplo se debería de crear el servicio de nefrología intervención-biopsias renales, nefropatologías) en el caso concreto de medicina crítica y cardiología consideramos que es adecuada la creación del servicio.</p> |
| <p>4.- ¿Cómo valora la lista de espera para la primera consulta en el Servicio de Medicina Interna?</p> | <p>Muy extensa se necesita mayor personal médico de medicina interna para paliar esta lista de espera.</p> | <p>Es prolongada, en gran medida por la falta de resolución de problemas por medicina general y por un aspecto cultural de la población de pacientes quienes demandan ser transferidos a una especialidad.</p> | <p>Está sesgada y debe manejarse consultando o ajustando a consulta clínica</p> | <p>Larga pero es debido a la falta de resolución del nivel primario(léase medicina general)</p> | <p>Es tardía, no debería ser más de un mes. Se considera que debería de haber una relación de cantidad de pacientes atendidos con la cantidad de internistas que se atienden.</p> |

| Ítem | Informante | | | | |
|---|--|---|--|---|---|
| <p>5.- En cuanto a la lista de espera ¿Qué áreas es posible mejorar en el Servicio de Medicina Interna? ¿Cómo?</p> | <p>Aquí el detalle está en medicina interna, no en la subespecialidad excepto reumatología y gastroenterología</p> | <p>Capacitación a medicina general, establecimiento de protocolos y algoritmos para la toma de decisiones y manejo de las principales patologías.</p> | <p>Optimizar recursos con mejora de la lista de espera ,y contar con más especialistas</p> | <p>En el caso de gastroenterología, muchos casos no son de subespecialidad. Insisto en la calificación y formación.</p> | <p>. Se debería de extender la oferta de patologías en dispenzarizado, no solo incluir diabetes e hipertensión, son también, artritis crónica, asma, enfermedad renal crónica de origen laboral. Debería de existir un sistema de clasificación de atención de medicina interna así como un sistema de revisión de altas.</p> |
| <p>6.- ¿Qué puede comentar sobre el implementar una consulta de alta resolución y de pluri-patología? ¿Cree que ayudaría a mejorar la gestión clínica? ¿Por qué? ¿Cómo?</p> | <p>Esto permitirá diagnósticos más precisos y dirigir tratamiento, efectivos y disminuir estancia hospitalización.</p> | <p>Si ayudaría, evitaría la duplicidad de esfuerzos sobre un mismo paciente, evitaría la polifarmacia.</p> | <p>Si se puede por lo que elevaría la calidad de atención y la opinión del usuarios refiriéndolos directamente con los especialistas</p> | <p>Mejoraría, necesitamos más internistas altamente capacitados sino todo se deriva</p> | <p>No, lo que se debe mejorar es la atención de diferentes áreas, atendiendo los puntos antes mencionados, que mejoren la calidad en tiempo y eficacia. La alta resolución es una responsabilidad de cada servicio</p> |

Guía de entrevista a informantes claves: Personal (B)

| Ítem | Informante | | | | |
|--|---|--|---|---|--|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Cómo valora el ambiente laboral? | Agradable | Agradable | Poco agradable | Agradable | Agradable |
| 2.a- Del 0 al 10, que valor daría al cómo se siente con sus funciones? | 8 | 9 | 6 | 9 | 8 |
| 2.b- Del 0 al 10, que valor daría al cómo se siente con su desempeño? | 9 | 9 | 8 | 8 | 7 |
| 3. ¿Cómo cree que sería la mejor forma para hacer educación médica continua para especialistas de medicina? | Simposios, Análisis temáticos específicos (pros y contras), Educación virtual. | Más presentación de casos clínicos. Más sesiones conjunta. | Aumentar número de clases, Mayor cumplimiento de programas, Disminuir tiempo para la consulta externa, Más sesiones conjunta. | Reuniones sólo de médicos de base para evaluar casos y temas, Sala audiovisual de calidad. | Orientación académica dirigida al bloque que se está impartiendo, Establecer local de estudios con bibliografía seleccionada, Dirección de médicos de base con respecto a lo estudiado. |
| 4.- ¿Qué opina de que sea implementado un plan de educación médica continua para especialistas de medicina en forma obligatoria? | De acuerdo | Totalmente de acuerdo | Totalmente de acuerdo | Totalmente de acuerdo | Totalmente de acuerdo |
| 5.- ¿Cómo se pudiera mejorar el desempeño Docente-Asistencial del Servicio de Medicina Interna? | Pases de visita conjunta dos veces por semana todas las especialidades, Pases de coordinación por especialidad. | Más participación del docente y del residente. | Exigir más interés al enseñar, Mayor interacción en pases de visita. | Promover participación en congresos nacionales e internacionales. Medios visuales de calidad, Invitación a jefes de unidad. | Médicos de base cuenten con el tiempo suficiente para compartir experiencias con médicos residentes, Médicos residentes cuenten con más tiempo para aprender, contando con más personal médico para cubrir las necesidades del hospital. |

Guía para grupo focal: Personal Médico(C)

| Ítem | Informante | | | | |
|---|---|--|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ¿Qué retos se avecinan en la gestión del Nuevo Hospital Militar? | Cumplir las expectativas de la gran demanda de atención médica tanto de la población asegurada, privada y militar ,contratación de personal clasificado | <p>Re-ordenamiento en espacios de diferentes áreas.</p> <p>Crecimiento en usuarios y por ende en recursos médicos, enfermería ,paramédicos</p> <p>Disminución de listas de espera en consulta externa.</p> <p>Planificación de mantenimiento preventivo de grupos médicos</p> <p>Educación al personal sobre manejo de nuevos equipos para garantizar manejo óptimo de los mismos.</p> <p>Elaborar programas protocolizados de patologías crónicas como DM,HTA, etc., con el objetivo de optimizar recursos y prevenir complicaciones de aumento de costo.</p> | <p>Mayor satisfacción de los usuarios.</p> <p>Mejorar la calidad de atención.</p> | <p>Mejorar la calidad de atención al paciente INSS y militar.</p> <p>Mejorar la docencia y la calidad de los residentes, incorporarlos como MB en las actividades académicas y científicas.</p> <p>Subir el nivel de nuestro hospital para tener reconocimiento científico.</p> | <p>Debe revisarse los cargos, calificación ya que son los facilitadores e influyen directamente en la dinámica y la calidad de la atención.</p> |
| 2.- ¿Ante estos retos, que ajustes deben ser incorporados en el funcionamiento de los diferentes servicios? ¿Y en el caso concreto de Medicina Interna? | Organización de la emergencia, adecuada planificación en el abastecimiento de medicamentos e insumos médicos, manejo multidisciplinario de la enfermedad. | <p>Protocolos de atención</p> <p>Actualizar normas de cada sala.</p> <p>Cumplimiento de estándares de servicios.</p> <p>Reordenamiento de tiempos de atención en consulta externa.</p> <p>Promover agenda electrónica, call center para confirmar citas, reprogramaciones y optimizar el uso de los tiempos de consulta externa.</p> | <p>Contratar más médicos internistas.</p> <p>Organizar las agendas de cita.</p> | <p>Implementar ensayos clínicos como tesis monográfica con los residentes, los médicos internistas debemos estar en sala al menos 3 días a la semana, para docencia y atención del paciente en base a visión cursos de inglés, relaciones humanas, crear conciencia en base a la misión y visión.</p> | <p>Los jefes deben de tener más acercamiento a las bases médicas y enfermeras, supervisar y controlar las problemáticas que existen y las diferentes salas.</p> |

| Ítem | Informante | | | | |
|---|---|--|--|--|--|
| 3.- ¿Qué opinión les merece el crear el Servicio de Medicina Crítica? ¿Y del de Cardiología? | Ambos servicios desde hace mucho tiempo cuentan con un amplio flujo de pacientes y de médicos que al descentralizarlos facilitaron una mejor planificación de sus servicios | Medicina crítica: beneficios perfilar a los recursos y enfermería en la subespecialidad. | excelente | Cardiología perfecto, tenemos clínicos, intervencionistas y arritmólogos. Es urgente tener una mejor UCI, por la alta demanda que tenemos aparte que se espera la llegada de pacientes privados. | Importante para tener autonomía de decisiones, propia de la especialidad. |
| 4.- ¿Qué piensan sobre la lista de espera para la primera consulta en el Servicio de Medicina Interna? | Injustificadamente larga, en gran parte por la inadecuada referencia de pacientes | Las citas de control saturan las citas para los nuevos, dejar cupos reservados para nuevos. | No es adecuado, deben contratar más internistas y mejor salario. | Considero que no deben pasar más de 1 mes la primera consulta y más de 3 meses la de seguimiento | Considero que sigue siendo un problema entre la carga de atención y la cantidad de recursos calificados para dicha atención. |
| 5.- En cuanto a la lista de espera ¿Qué áreas es posible mejorar en el Servicio de Medicina Interna? ¿Cómo? | Consulta externa y dispensarizados adecuado referencia de pacientes de consulta externa de medicina general. Contratación de un internista para la coordinación de dispensarizado .Evaluación periódica de pacientes poli-medicados y con pluri-patología, Implementación de un sistema de tarjeta para pacientes | Call center para agenda electrónica, permitirá optimizar los tiempos de atención, garantizar asistencia del paciente, optimizar los tiempos de atención, garantizar asistencia de paciente usar los cupos que podrían asistir. | Mayor consultas y médicos | La dificultad que tenemos es que somos pocos médicos tanto internistas como sub-especialistas | Emergencia: estructura y organización: cantidad y calificación de recursos. |

| Ítem | Informante | | | | |
|--|--|---|--|---|------------------------------------|
| | crónicos y de dispensarizados para retiro de tratamiento en farmacia. | | | | |
| <p>6.- ¿Qué pudieran decir sobre el implementar una consulta de alta resolución y de pluri-patología? ¿Ayudaría a mejorar la gestión clínica? ¿Por qué? ¿Cómo?</p> | <p>Un internista contratado para atender casos complejos de dispensarizados tales como: poli-medicados, con pluri-patologías, descompensaciones etc., así como adecuada referencia de pacientes procedentes de medicina general.</p> | <p>Excelente el modelo, el problema es el filtro de pacientes, manejar los pacientes por patología (grupos), evitando que el paciente rote por varias especialidades aumentando el número de consultas de medicina interna</p> <p>El internista puede ser el encargado de este tipo de pacientes remitiéndolos pero no desligándose de ellos.</p> | <p>No sería la solución, solo la crearía más agenda y mayor lista de espera.</p> <p>El problema radica en la falta de médicos y consultorios y agenda de citas muy cargadas.</p> | <p>Para ser el mejor hospital, debemos ofertar lo mejor y tener nivel de resolución, para crear esta consulta se necesita conciencia, trabajo en equipo, medios diagnósticos de avanzada y la instalación, servicios como innovación y un inicio para que podamos desarrollarnos y crear nuestros propios estudios.</p> <p>Nota: No sobrecargar agenda de médicos no se puede brindar calidad con muchos pacientes a parte que el usuario queda insatisfecho.</p> | <p>No comprendo esta pregunta.</p> |

Hospital Militar Escuela 'Dr. Alejandro Dávila Bolaños'
Gestión de la lista de espera para atención especializada
Servicio de Medicina Interna

| No. | No. Expediente | Nombres y apellidos | Sexo | Domicilio | Teléfono | Fechas | | | | | Especialidad que se solicita | Impresión diagnóstica | Fecha de alta por la atención especializada | Diagnóstico de alta | Nombre del especialista |
|-----|----------------|---------------------|------|-----------|----------|------------|-------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|--|------------------------------|-----------------------|---|---------------------|-------------------------|
| | | | | | | Nacimiento | Atención con medicina general | Cita para la atención especializada | 1era consulta especializada | Cita para atención especializada subsecuente | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | |