

EFFECTOS DE LA RELACIÓN

INTERDEPARTAMENTAL

EN EL ALTA HOSPITALARIA.

R.10.536

JORDI COLETAS JUANICO.

JUAN RAMÓN MORÓN BERMEJO.

JULIO 1993 .

Las creaciones más admisibles no son sino las traducciones de este estado de conciencia, la huella visible de la emoción que ha atravesado a los creadores.

Una obra de arte es una proyección en el tiempo o sea, hacia el futuro de un momento pasado, de un presente que, de otra manera, quedaría relegado al olvido...

Pero ¿Acaso es más importante la huella que el curso del viajero? tal vez... ella es la que nos guía por el camino de la belleza... pero tal vez no, ya que es la conciencia absoluta del presente lo que abre las puertas de la creatividad.

Es la actitud interior lo que da a nuestra mirada la facultad de transformar el caos aparente del mundo en relación de verdad, siempre para el estupor incrédulo de los adormilados.

Es pues una actitud interior perceptiva lo que da a nuestra mirada la facultad de transformar el caos aparente del mundo en canto de verdad... ¿Que más da si la huella sólo se deja en la arena de la playa, entre dos olas?.

"Pharagonescia'sChronicles"

Moebius 1.986.

Í N D I C E:

- I JUSTIFICACIÓN.**
- II OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN.**
- III MARCO TEÓRICO.**
- IV HIPÓTESIS GENERALES.**
- V PROCESO.**
- VI RESULTADOS.**
- VII VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS Y CONCLUSIONES.**
- VIII PROPUESTAS.**
- IX BIBLIOGRAFÍA.**

JUSTIFICACIÓN.

I JUSTIFICACIÓN.

Antiguamente ya existían estructuras físicas en las cuales la gente se iba a curar, ya seguían un proceso de entrada y otro de salida, estas estructuras eran conocidas como casas de curación, hospitales.

Los hospitales fueron en sus comienzos instituciones nacidas de la caridad privada o pública, principalmente en la Edad Media, destinadas a asegurar la atención a los enfermos más pobres. Su evolución responde a un doble movimiento de secularización y de racionalización científica, ligado al desarrollo de la conciencia social y de la medicina como ciencia cada vez más compleja.

Hoy en día, en todos los países desarrollados hay hospitales de más o menos dimensiones, estrechamente ligados al proceso de la medicina y en la búsqueda científica del máximo aprovechamiento posible de las modernas técnicas, tanto en el tratamiento de las enfermedades en el mayor aspecto posible, como en la cada vez más difícil gestión de estos establecimientos llamados hospitales, que a veces llegan a constituir auténticas ciudades sanatoriales; ello influye en que el Estado asume en cada país la tarea de asegurar a toda la población la asistencia hospitalaria.

En cualquier hospital hay el proceso de entrada de un enfermo, bien por estar concertado el mismo, bien por el servicio de urgencias, este proceso es conocido como ingreso hospitalario, el poder declarar curada en toda su dimensión a una persona que ha estado enferma es reconocido a nivel universal como el alta hospitalaria.

A partir del ingreso de una persona, paciente, en el hospital se pone en marcha todo un complejo engranaje organizativo, en el cual entran principalmente en relación tres columnas mágicas de una estructura organizativa hospitalaria, tales como el departamento de admisiones, el departamento de enfermería y el departamento médico, sin ecuánime los tres departamentos responsables de la eficacia y eficiencia en la búsqueda de la salud reflejada hacia el paciente dentro del sistema hospitalario.

La estructura y organización de estos departamentos tanto a nivel individual, persé, como en un nivel de óptima relación repercute en beneficio del usuario, a la estancia y posterior alta, tanto y como en beneficio del hospital en la significación final de sus resultados, en un nivel de calidad asistencial y el final de la economía de resultados.

Actualmente uno de los mayores problemas de gestión en los hospitales es el proceso del alta, a mayor capacidad resolutive mejor es el resultado del balance final del hospital.

La facilidad de caer en el error tener o no, todas las camas ocupadas y tener camas vacias es perder dinero, está en mente de muchos gestores, y que se debe a la mala planificación del alta, se ha de saber ser flexible ya que a veces tener una cama vacía si está programada no supone perder dinero.

De todos es conocida la frase en referencia al servicio de urgencias, de los hospitales, de estar " colapsado " por no tener en el hospital ninguna cama libre y no poder drenar los pacientes a hospitalización y a veces tener que derivarse a otros centros hospitalarios, el hecho de tener que derivar a un paciente a otro centro hospitalario por falta de camas, deteriora de inicio la imagen del hospital, el paciente quiere ser atendido en el hospital al cual ha ido; con la confirmación del traslado el facultativo se desentiende indirectamente del paciente y tal vez la calidad de la asistencia no sea la misma. El propio traslado puede repercutir en el estado del paciente y a la larga en la mejora de su salud, en el tratamiento posterior.

Si no hay una correcta planificación de alta en el hospital, y el paciente no puede tener acceso al mismo por estar lleno, el paciente ve lejano el día de su ingreso y la resolución de su problema sanitario, en la programación de ingreso para poder efectuar el tratamiento correspondiente. Ha de existir una relación y comunicación entre los departamentos de admisiones, enfermería y médico, y establecer un circuito interdepartamental sobre el alta hospitalaria.

La decisión sobre la planificación del alta corresponde tanto al departamento de admisiones, como de enfermería y al departamento médico, buscando la calidad y eficiencia en el proceso, siendo los únicos responsables finales las direcciones de los mismos.

OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN:

OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN.

Tanto en el sector público como en el privado los esfuerzos para acortar la hospitalización son el foco de principal atención, por lo que se ha de incidir en la necesidad de establecer un patrón en las admisiones/altas hospitalarias, implantando un sistema para poder reducir los días de hospitalización y de esta forma derivar hacia un circuito programado de altas hospitalarias.

El objetivo principal es la necesidad de establecer un puente de unión entre los tres estamentos de admisiones-enfermería-médico, en relación al alta hospitalaria. Si los objetivos del departamento de admisiones están en un plano diferente al clínico y el personal de enfermería y médico actúan sólo en beneficio de ellos y los pacientes, ni se reducen los costes, ni se mejora la calidad de cuidados.

El objetivo específico de nuestra investigación, es la existencia de un circuito programado interdepartamental en el alta hospitalaria.

MARCO TEÓRICO:

MARCO TEÓRICO.

El poder recoger experiencias previas sobre una interrelación entre los departamentos de admisiones, enfermería y médico en referencia al alta hospitalaria, no lleva a la vertiente de la estructura organizativa de los departamentos; en concreto no existe documentación que permita fundamentar una reflexión sobre la problemática de la relación interdepartamental en el alta hospitalaria, creemos que el aporte que nos da el análisis organizacional del sistema hospitalario nos llevará al conocimiento estructural de los departamentos de admisiones, enfermería y médico hacia la realidad de sus interrelaciones que nos permita vislumbrar un hilo de conexión dirigido hacia la función de la relación interdepartamental en el alta hospitalaria.

Entendemos la organización como sistema complejo multivariado e interdependiente cuya dinámica depende no tan sólo de las aptitudes, valores, actitudes, necesidades y expectativas de sus miembros, de los procesos sociales internos y externos interpersonales, de grupo e intergrupo sino también de los cambios culturales y tecnológicos de su entorno.

La organización es quien optimiza el funcionamiento de las variables interdepartamentales que integran toda organización formal; estas variables son: - tareas.

- estructura organizativa.

- personas.
- tecnología.

Las organizaciones hospitalarias han conocido un desarrollo de complejidad más rápido y más importante aún que el de otros sectores. Se trata de actividades de servicios complejos que tienen que coordinar tareas de naturaleza cada vez más diversa, por lo que aumenta en dificultad el desarrollo formal de cada departamento específico (Admisiones, Enfermería, Médico) y repercuten de forma directa en las variables interdepartamentales que integran la organización departamental.

Debido a la evolución del sistema organizativo hospitalario, una serie de problemas se presentan como particularmente preocupantes. Dos grandes tendencias irresistibles han convulsionado y continuarán convulsionando cada vez más, las organizaciones hospitalarias tradicionales de los departamentos de admisiones, enfermería y médico: la progresiva profesionalización de las tareas, por una parte, la igualmente progresiva y fuerte diferenciación de estas tareas, de los oficios y de las categorías del personal, por la otra parte.

La profesionalización de los médicos es antigua. Lo que caracteriza sin embargo al hospital moderno, es que la profesionalización de élite afecta a categorías cada vez más numerosas y más amplias. Esta profesionalización tienden a ser más puntiagudas y menos convergentes. Ciertamente es que deben

coincidir y de forma más acuciante, en el objetivo común del soporte al enfermo.

Las lógicas profesionales de los médicos y del personal de enfermería pueden oponerse hasta el punto de afectar gravemente la capacidad del equipo.

En general la profesionalización constituye un inmenso progreso no sólo técnico sino también humano teniendo en cuenta que los procesos de integración absolutamente esenciales, se hacen más agotadores y a veces, incluso, se abandonan.

La diferenciación de los departamentos de admisiones, enfermería, médico, es inseparable de la profesionalización, pero no afecta sólo, específicamente sino también, a las categorías de personal y a las grandes funciones. ¿Qué hay de común entre las funciones de medicina, y las administrativas? Sin embargo la interpenetración de estas diferentes funciones es interna. Su eficaz realización puede condicionar el resultado directo de la actividad común.

Para el sistema hospitalario, el razonamiento en materia de organización interdepartamental y de gestión racional en toda su complejidad, la respuesta será la simplicidad de estructuras y procedimientos en los departamentos. El problema no es la estructura formal, sino la estructura pertinente para

el personal de admisiones, enfermería y médico; y de esta forma puede eliminarse la creciente separación entre el personal de enfermería y médico.

Cuando entramos en la estructura organizativa hospitalaria le damos una atención especial. En los últimos años los hospitales han aumentado de tamaño y complejidad. Por lo tanto las Direcciones Médicas, Enfermería, Admisiones también han crecido en importancia y complejidad, han de servir como nexo de unión entre sí y el personal dependiente como médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, administrativos.

Sus líneas de autoridad y de comunicación entre cargos es importante para comprender la filosofía directiva de cada departamento, teniendo en cuenta factores que afectan el ejercicio de sus funciones tales como las leyes sanitarias y la política nacional, las publicaciones éticas y legales sobre la asistencia sanitaria dirigida al enfermo hospitalizado.

Cuando hablamos de la organización del sistema hospitalario la dividimos en determinados centros de responsabilidad, concebidos como unidades organizacionales bajo la dirección del hospital, (DIRECCIÓN ADMISIONES, DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA, DIRECCIÓN MÉDICA).

Cada centro hospitalario tiene la responsabilidad de realizar ciertas actividades tendentes a la producción de servicios que requieren la utilización de ciertos recursos relacionados con la actividad que realizan, la planificación presupuestaria de cada centro hospitalario se puede realizar a través del establecimiento de unidades estándar por actividad, el control reside principalmente en el análisis de desviaciones, procurando que los costes o unidades reales sean iguales o inferiores al coste o unidades estándar, aunque no debemos olvidar que el control de gestión de un centro hospitalario, los costes operativos deben también incorporar aspectos tales como CALIDAD, SERVICIO, ESTANCIA MEDIA, MOTIVACIÓN, etc..., ha de haber una búsqueda de criterios de evaluación del grado de cumplimiento de los mismos, que hagan funcionar las diferentes partes de un sistema de control de gestión, dando coherencia y permitiendo su operatividad dentro de la interrelación departamental médica-enfermería-admisiones para una buena programación del alta hospitalaria, provocando ahí una disminución en las listas de espera por especialidades médicas, ya existentes hoy en día.

Por un lado, las nuevas tecnologías y procedimientos clínicos tienden a ser muy caros, pero es muy natural que el personal médico desee usar las nuevas técnicas y procedimientos ya que ello contribuye al bienestar de la población. Por otro lado, la demanda de servicios por parte de la sociedad se incrementa día a día, no sólo porque se soliciten nuevos servicios, sino también.

porque aparecen nuevas enfermedades, que bien por lo difícil que resulta su diagnóstico y elevado coste económico a invertir en investigación o bien por lo caro que resultan los tratamientos contribuyen al aumento de los costes sanitarios. Además, las mejoras de la ciencia médica y de los nuevos procedimientos contribuyen a un envejecimiento de la población que a su vez, requiere más servicios sanitarios.

Consideramos varios aspectos de los hospitales:

- Misión y objetivos estratégicos del hospital.
- Competencias y límites de cada servicio del hospital.
- Quién y como resuelven los conflictos entre distintos departamentos, servicios y unidades del hospital.
- Quién debe tomar determinadas decisiones en el hospital.
- Política de selección de personal.
- Normas internas sobre peticiones de gastos de los distintos departamentos, servicios y unidades del hospital.

En los centros hospitalarios se conoce la existencia de circuitos informales (usos, hábitos y costumbres), que influyen notablemente en el sistema de control de gestión dentro de la organización del hospital, pero que dado su carácter de informalidad no se pueden analizar.

La problemática fundamental de las altas hospitalarias es determinar la estancia en el centro hospitalario, justa y

equitativa del paciente ingresado y la espera del paciente que ha de ingresar en el centro hospitalario para aliviar su patología, como paciente en espera, la solución no es tan fácil como pudiera parecer a primera vista y depende de las circunstancias específicas de cada paciente ingresado y del sistema organizativo de los centros hospitalarios.

Algunos autores han expuesto que en condiciones de capacidad disponible de una unidad hospitalaria, el coste más adecuado es el coste variable por cama-hospital, siendo el coste marginal en la producción cama-hospital, el producir una cama más o el coste diferencial por cama. Sin embargo, y aún dado que se puede demostrar numerosamente que dicho coste es más beneficioso para el hospital en su conjunto, en condiciones de capacidad disponibles de una unidad la utilización de dicho coste tiene ciertas desventajas.

- hospital de nivel I X CAMAS, PRECIO CAMA X.
- hospital de nivel II X CAMAS, PRECIO CAMA X.
- hospital de nivel III X CAMAS, PRECIO CAMA X.

La tecnología, el aumento de personal especializado, aumento de plantilla, materiales, etc., hacen aumentar los costes del centro hospitalario, es de todos conocida la tendencia a disminuir el número de camas-hospital, sugiriendo siempre el acercamiento de la línea de la rentabilidad de cada centro hospitalario, estancias cortas y una máxima productividad quirúrgica.

Consecuentemente los gestores han desarrollado métodos para poder ofrecer el mejor servicio, con la máxima calidad posible y efectividad, recogiendo los factores influyentes en las cargas hospitalarias, tales como, listas de espera, ingreso pacientes, relación entre la estancia y el alta del paciente, costes de hospitalización, de lo que podemos deducir que es necesario un proceso de planificación del alta hospitalaria.

Cuando hablamos de planificar las altas hospitalarias nos encontramos con el problema de decidir con antelación que es lo que debe hacerse, como debe hacerse, quien debe hacerlo, cuándo y porqué debe hacerse, de forma que se logre de forma óptima la solución del problema. Interpretando preveer todas las necesidades del sistema lo que racionaliza una toma de decisión en alta hospitalaria, para ello es importante tener en cuenta las características de cada "paciente-hospital", patología, economía, política del hospital y social del medio en el cual nos desenvolvemos.

Podemos hablar de cuatro fases ya conocidas:

- ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN-DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE.
- DETERMINAR PRIORIDADES.
- DETERMINAR ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN.
- SELECCIONAR Y ELABORAR EL PLAN DE ACCIÓN DE EL ALTA HOSPITALARIA.

La implantación del sistema de Grupos de Diagnósticos Relacionados (G.D.R.), tiene como fin unir esfuerzos para aumentar la hospitalización y dar la máxima calidad de atención al paciente y poder llegar a una reducción de los costes finales. Para utilizar el sistema G.D.R., se han de cuestionar las posibilidades de demora que los pacientes pudiesen encontrar en el alta, hay una serie de factores influyentes en el retraso del alta al período de 24 horas y más de 24 horas, en 24 horas puede ser que la familia no pueda recoger al paciente del hospital, carencia de tiempo para hacer el alta (recetas, informe, burocracia), en más de 24 horas los retrasos pueden ser debidos a: defectos de comunicación entre diferentes disciplinas, retrasos en porcendimientos específicos de diagnostico (E.C.G., Rx, Scanner) y la de los mismos profesionales que no aseguran la necesidad del alta en el tiempo programado por el sistema G.D.R.

El curso de la línea a seguir para poder cumplir el sistema viene dado por definir la progresión en el proceso de altas en grupos específicos de pacientes, identificando los factores causantes de las demoras y los impactos relativos del alta. Como aspectos específicos en el proceso de alta, para poder cumplir el proceso, se han de tener en cuenta la situación del hogar del paciente a través de la propia familia, evidenciar su status funcional (como puede manejar el paciente sus actividades cotidianas), paciente y familia deben estar informados del proceso de altas programadas, responsabilidad en el tiempo de

la consulta, (¿Cuánto tiempo se necesita para examinar a un paciente?), estudiar el intervalo de tiempo necesario para discutir y ordenar las pruebas complementarias (¿desde que se prescriben hasta que se realizan, el tiempo es menor a 24 horas?).

Para la realización del sistema es necesario la colaboración de todos los profesionales y poner de manifiesto una serie de indicadores que no objetiva demoras, una pequeña relación de estos indicadores podrían ser:

- Los médicos deben escribir las ordenes antes de las 12 horas.
- Enfermería incrementar la asistencia al pase de visita el máximo posible.
- El plan de alta debe ser escrito diariamente para ser incorporado dentro del plan de cuidados como objetivo de todos los profesionales.
- Enfermería comunicará cada día a la 11 horas la política de alta a los nuevos pacientes y a sus familiares.
- Establecer un circuito diario con el departamento de admisiones para dar a conocer la posibilidad de alta y estar preparado para no demorarla por problemas burocráticos.

Cuando haya la existencia del sistema G.D.R., está en el supuesto correcto funcionamiento, ha de existir otro mecanismo de revisión o pre-admisión antes de un segundo ingreso del paciente para una intervención hospitalaria, para poder

conseguir una hospitalización más breve.

Para que la consecución de un programa de alta hospitalaria no de mayores porcentajes de estancia hospitalaria se ha de seguir un criterio idéntico a todos los estamentos implicados.

Otro sistema en la planificación del alta hospitalaria, es el Sistema de Pago Prospectivo (S.P.P.). Utilizado mayormente en EE.UU., el S.P.P. de Medicare ha ido acompañado de un descenso en la estancia hospitalaria, pero la pronta alta de algunos pacientes puede empeorar su recuperación, particularmente cuando los servicios posteriores a la hospitalización no sean buenos. Se ha de desarrollar un modelo empírico entre la elección de la duración de la estancia y el alta del paciente. Así como incorporar la condición médica de los pacientes, ya que el médico escoge la duración de la estancia del paciente, causa de desconocimiento de las condiciones para conseguir una alta más rápida, la consecuencia del S.P.P. para ser efectivo y con resultados eficaces hace falta un equipo de asistencia a domicilio. El fin común de estos dos sistemas es el de una pronta alta hospitalaria, pero sin una correcta actuación de cuidados posteriores en el domicilio, siempre y cuando sean necesarios, los hospitales pueden sufrir el efecto "puerta rotatoria" por la continuidad en posteriores ingresos del mismo paciente.

Si nos planteamos la eficacia de los departamentos médico-enfermería-admisiones, en cada uno de sus trabajos, está fuertemente condicionada por el conocimiento de la función a realizar por cada uno de los individuos que componen cada departamento, poner la forma de realización entre ellos y por la información que posean sobre el sistema del centro hospitalario en relación con las altas hospitalarias, desempeñando de una forma u otra su trabajo.

Creemos que es necesario para alcanzar un buen drenaje de pacientes hospitalizados, altas-ingresos del hospital, la unión de las relaciones interdepartamentales y obtener la información que necesariamente debe pasar para que el trabajo pueda ser realizado de forma consciente, racional y coordinada, aprovechando el uso de los recursos de los departamentos médico-enfermería-admisiones al máximo, garantizando así la consecución de nuestro fin, siendo éste el asegurar una atención adecuada al paciente, asegurando el uso adecuado de los recursos humanos y materiales que disponemos en cada centro hospitalario.

HIPÓTESIS GENERALES:

HIPÓTESIS GENERALES.

A). Cuando se efectúa el pase de visita médica y se da el alta al paciente sin estar programada, implica efectos de deterioro en el drenaje de enfermos, tanto a nivel de ingresos como de altas hospitalarias, repercutiendo en la gestión final del sistema sanitario hospitalario.

B). Las buenas o malas relaciones de gestión individualizadas de cada departamento admisiones-enfermería-médico en relación al alta o ingreso hospitalario no conlleva a la solución de la correcta gestión en el drenaje hospitalario.

C). La atención facultativa en régimen abierto o cerrado, si la misma es de carácter individual, dificulta la organización del departamento de admisiones y la organización final del departamento de enfermería.

D). Hoy en día no existe una cohesión real organizativa entre los departamentos de admisiones-enfermería-médico y esto repercute en el hospital incidiendo directamente en aumento de costes y generando un deterioro del servicio hacia el usuario.

PROCESO.

PROCESO:

El planteamiento de elaborar una encuesta para la búsqueda de los objetivos y relacionarla con las hipótesis, nos hizo definir un campo de acción en el municipio de Barcelona, con un ámbito de trece centros referenciales, tanto por capacidad como por tipo de institución.

Del total de la muestra de trece centros hospitalarios, sólo se consiguió la colaboración de siete centros debido a una serie de dificultades, tales como el acceso para efectuar la entrevista con las diferentes direcciones de los departamentos, teniendo las mismas conocimiento del tema a tratar, pero que no se pudo concretar por la posible interpretación de la categorización de respuestas sobre la institución y la repercusión en las propias direcciones.

La dificultad de un cuestionario único para tres departamentos diferentes conlleva a la estructura de tres cuestionarios diferenciados, uno por cada departamento por lo que la forma y contenido de los mismos se ha de adecuar al departamento entrevistado, pero han de tener un contenido en el cual se observen unas variables comunes, conocidas como variables de control.

El cuestionario dirigido a la dirección de admisiones se confeccionó pensando en obtener la información de base sobre las características del centro hospitalario, tales como capacidad en número de camas del centro y tipo de institución. Se incluyeron variables sobre el funcionamiento del propio departamento de admisiones, así como también se pulsaba la opinión dirigida a los departamentos de referencia de enfermería y médico hacia la búsqueda de una relación de excelencia. En el cuestionario se preguntaba también si existía algún método de programación de altas hospitalarias con antelación, tanto dentro como fuera de su departamento. En el cuestionario de enfermería estaban incluidas las variables sobre cargas de trabajo relacionadas con el alta hospitalaria del paciente y de su futuro ingreso y la repercusión misma de estas posibles causas sobre la organización del equipo asistencial en su unidad, y sobre la necesidad de programación de una alta en consonancia con el alta de enfermería. Sobre el cuestionario médico se tenía que incidir en los métodos de trabajo, sistemas de comunicación y programación relacionados con el alta/ingreso de pacientes, sobre el sistema de codificación de las patologías en el momento del alta, y la posible repercusión del código ético médico a la hora de tomar la decisión del alta hospitalaria según el estado de salud final del paciente.

Los tres tipos de cuestionarios ofrecían una serie de variables comunes sobre la relación interdepartamental de las direcciones

de admisiones, de enfermería y médica, de sus departamentos y sus equipos de trabajo. El modelo del cuestionario-entrevista de los diferentes departamentos de admisiones, enfermería y médico están incluidos en el apartado de anexos.

Con el total de los siete centros a los cuales se tuvo acceso se pudieron valorar tres entrevistas por centro dando un total de veinte, por falta de la dirección de enfermería en uno de los centros, fueron cotejadas ciento siete variables, siendo ochenta y una variables cuantitativas y veintiséis cualitativas, entró en un marco de discusión por querer saber realmente la fiabilidad de las respuestas dadas, a pesar de que dichas variables estaban acompañadas anteriormente, bien por preguntas indirectas, bien mediante preguntas proyectivas, así también posteriormente se usaron preguntas comprobatorias o de control.

Como variables dependientes en número de 67, quedaron enmarcadas en su totalidad dentro de las encuestas-entrevistas efectuadas a las direcciones de los departamentos de admisiones y de enfermería, debido a que sólo puede dar el alta hospitalaria el departamento médico, lógicamente entendemos que los departamentos de admisiones y de enfermería dependen del departamento médico en el alta hospitalaria. De esta forma las variables independientes, número de 37, corresponden a la entrevista-encuesta efectuada a la dirección del departamento médico.

El proceso estadístico ha sido realizado con soporte informático a través del programa S.P.S.S. Los gráficos han sido elaborados con el programa HARVARD GRAFICS y el tratamiento de textos con el programa WORD PERFECT 5.1 .

R E S U L T A D O S :

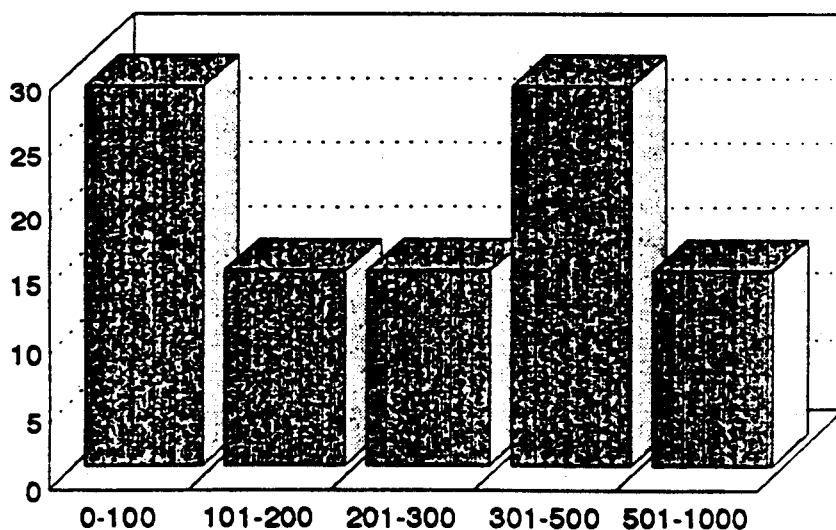
RESULTADOS.

Se van a mostrar los resultados diferenciados por departamentos, teniendo en cuenta que se efectuaron preguntas generales sobre gestión, planificación, organización, y de modo individual sobre tamaño del centro, tipo de institución y nivel del mismo.

NIVEL Y TAMAÑO DE LOS CENTROS.

Del total de los trece centros hospitalarios de la investigación, la distribución del número total de camas por centro va de 0 a 1.000 camas, dando unos resultados de un 21.6% los de 0 a 100 camas y de 301 a 500 camas; siendo el 14.3% restante para los centros de 101 a 300 camas y de 501 a 1.000 camas. (gráfico 1)

TAMAÑO DEL CENTRO BARCELONA



% según nº de camas.

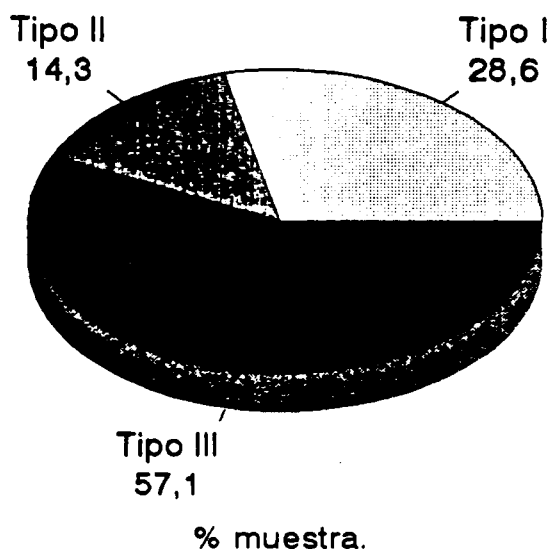
(Gráfico 1)

El tipo de institución hospitalaria abarca un abanico del 57.1% instituciones públicas, el 28.6% instituciones privadas y el 14.3% instituciones concertadas.

El nivel de los hospitales según la capacidad tecnológica y asistencial de los mismos, dió los siguientes porcentajes: (gráfico 2)

- Hospital nivel I 28.6 %.
- Hospital nivel II 14.3 %.
- Hospital nivel III 57.1 %.

NIVEL HOSPITALARIO BARCELONA



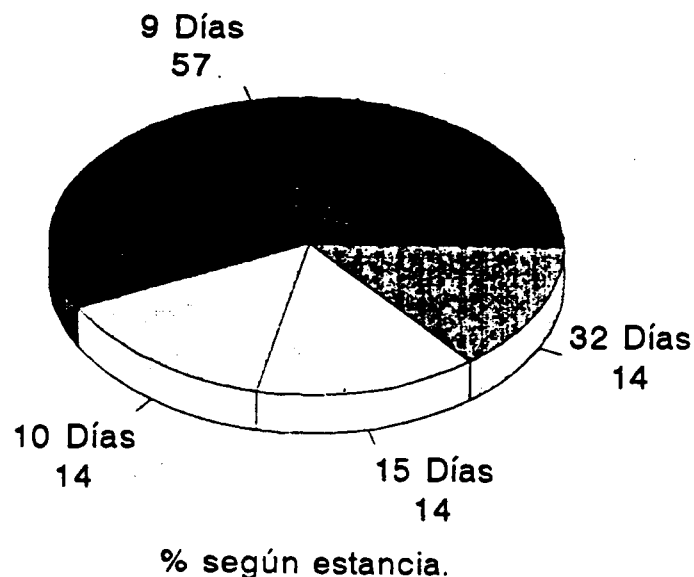
(Gráfico 2)

DIRECCIÓN DE ADMISIONES:

Las direcciones de admisiones de la muestra de los siete centros hospitalarios dieron los siguientes resultados.

Tienen hospital de día el 57.1% de los centros hospitalarios y el 42.9% carece de dicho servicio. Se practica la cirugía ambulatoria en el 28.1% y el 71.9% no la tienen. La estancia media es de 13.2% con un margen estándar de error de 3.22 comprendido entre valores de un mínimo de 9 días hasta un máximo de 32 días (gráfico 3); la estancia varia según sea la especialidad, en un 71.4% y sólo afecta al 28.6% restante, la especialidad de medicina interna, vascular, infecciosos, hacen variar la estancia media aunque la desviación más importante está en la especialidad de psiquiatría con un promedio de 20.5 días.

ESTANCIA MEDIA HOSPITALARIA BARCELONA



Cuando se pasa visita médica el departamento de admisiones conoce el alta en el momento de la visita en un 85.7% y en un 14.3% con 24 horas de antelación; el alta llega al servicio de admisiones a través de la supervisora del servicio en el 57.1% de las veces, la enfermera lo comunica en un 42; el médico responsable del paciente en un 28.6%; por otros medios en un 14.3%.

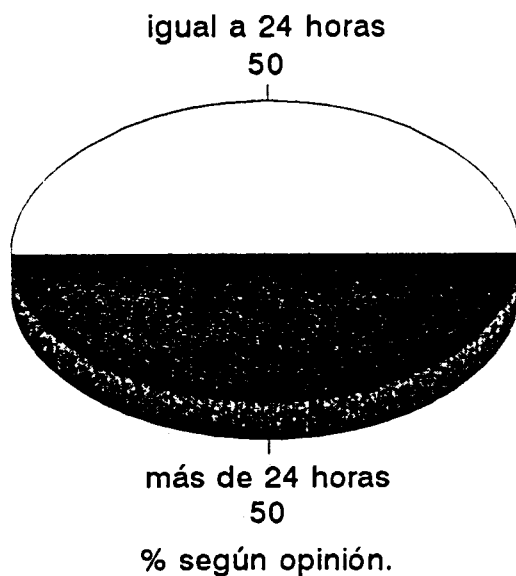
En los hospitales de la muestra se utiliza un método de programación de altas en el 14.3%, no utilizándose en el 85.7%, quedando unilateralmente reconocida sólo a través del departamento médico sin seguir realmente una metodología, por ser el método unas veces por el nivel medio de ingreso, otras veces a través de los Grupos de Diagnóstico Relacionados (G.D.R.), y otras sigue el circuito médico-enfermería-admisiones. La categorización final de fiabilidad es la de no existencia de un método de programación de altas.

El uso del sistema de estancias programadas es del 71.4%, con la existencia de un G.D.R. no bien aplicado, inefectivo; siendo mayor en pequeñas intervenciones por quirófano de cirugía menor. La posibilidad de aplicación de un método de estancias programadas (28.6%) se constata en que ya existe un método (57.1%), pero se confirma que no se puede aplicar ningún método en el 14.3%. Los sistemas de estancias programadas son de motu proprio de la institución (14.3%) y a través del G.D.R. (42.9%)

que se refleja con el (42.9%) que no utilizan ningún método específico.

El sistema de estancias programadas da posibles demoras de igual a 24 horas o mayor de 24 horas en el mismo margen porcentual del 50% (gráfico 4).

POSIBLES DEMORAS EN LAS ESTANCIAS PROGRAMADAS BARCELONA



(Gráfico 4)

El 71.4% de los centros entrevistados reconoce una previsión sistemática durante las 24 horas del día, el 100% de los familiares de los pacientes están informados del alta, quedando repartido en el 85.7% los que lo saben el mismo día y el 14.3% con una antelación de más de 24 horas. Los familiares de los pacientes desconocen si hay un sistema de altas programadas en un 71.4%; la muestra también reconoce que las instituciones han

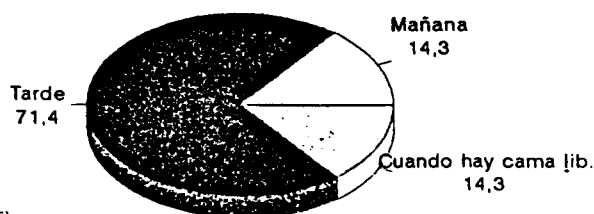
de dar a conocer el alta del paciente a los familiares para agilizar el alta hospitalaria y evitar retrasos que provoquen problemas de organización en el posterior ingreso.

La apreciación de la calidad asistencial en relación a la programación de las altas, da una opinión generalizada de que no se pierde la calidad asistencial en un valor del 85.7%; siendo la opinión general de que se pueda disminuir la estancia media y aumentar la calidad asistencial en un resultado del 85.7%.

Partiendo de valores del 100% en el conocimiento de los familiares informados del alta, sólo el 33% del total conoce la posibilidad de demora. Las instituciones hospitalarias valoran la situación socio-familiar del paciente en un 100% a la hora de dar el alta hospitalaria.

Cuando hablamos de ingreso, éste suele ser efectivo en un 14.3% por la mañana y un 71.4% por la tarde y extrañamente un 14.3% cuando hay camas libres, (gráfico 5), la relación de estos factores puede ser debido a que el circuito actual que sigue en las altas/ingresos esté condicionado al circuito médico-paciente-enfermería-admisiones, disponibilidad de quirófanos, o por no estar definido por el tipo de patología.

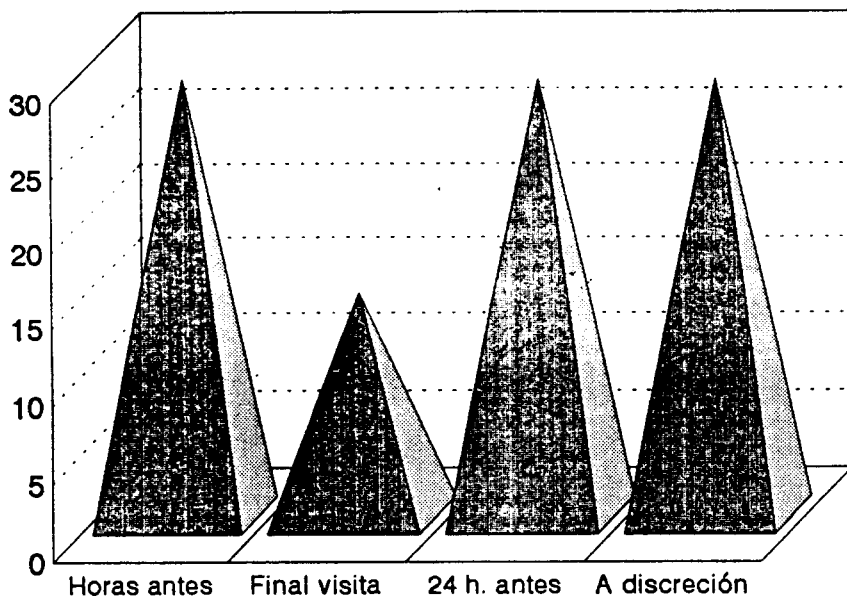
EFFECTIVIDAD DEL INGRESO PROGRAMADO
BARCELONA



(Gráfico 5)

El departamento de admisiones recibe la comunicación antes de 24 horas, unas horas antes y a discreción en un porcentaje igual al 28.6% y a través de un ingreso específico el 85.7% (gráfico 6).

MOMENTO DE LA COMUNICACION DEL ALTA HOSPITALARIA BARCELONA



% según acto médico del alta. (Gráfico 6)

El total de la muestra no cree que se pueda mejorar el circuito médico-enfermería-admisiones. El departamento de admisiones constata una relación muy buena con el departamento médico y el de enfermería, siendo regular-buena con el departamento de asistentes sociales.

Se desconoce en el 57.1% los problemas sociales que causaron el alta hospitalaria. Se coincide que el circuito de alta médica en el total, es de 100 %, médico-enfermería-admisiones pero sólo es utilizado en un 57.1% de la muestra, aceptándose como buen circuito.

Se considera el servicio de Asistentes sociales eficiente en el 85.7% de los casos, teniendo en cuenta la escasez de suficientes recursos internos y externos, estando reconocida en el 57.1%.

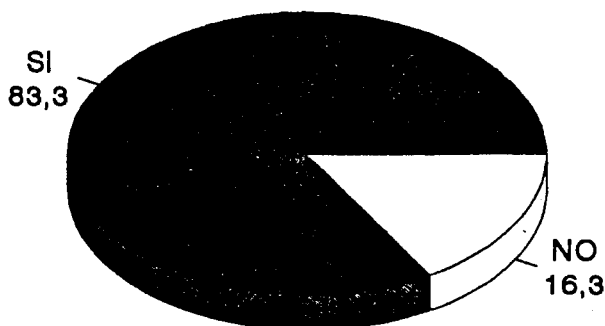
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA:

El conocer con antelación el ingreso y el alta del paciente no supone en un 100 % de los casos más trabajo para el equipo de enfermería, que no saberlo hasta el mismo día; ya que el equipo de enfermería es capaz de tener la habitación disponible al 100%. Con el ingreso del nuevo paciente en un tiempo que oscila de una a tres horas.

Al departamento de enfermería no le suponen nuevas cargas de trabajo el alta/ingreso de los pacientes si están programadas, no obstante cabe indicar la preferencia en su totalidad que las altas hospitalarias fuesen comunicadas por la mañana.

Las altas de enfermería se efectúan en el 83.3% de los centros hospitalarios, el alta médica del paciente se debe programar con antelación de 24 horas en su total del 100%, ya que la misma reduce los problemas de organización en un 83.3%. (gráfico 7).

REDUCCIÓN DE PROBLEMAS POR EL ALTA HOSPITALARIA ORGANIZADA
BARCELONA

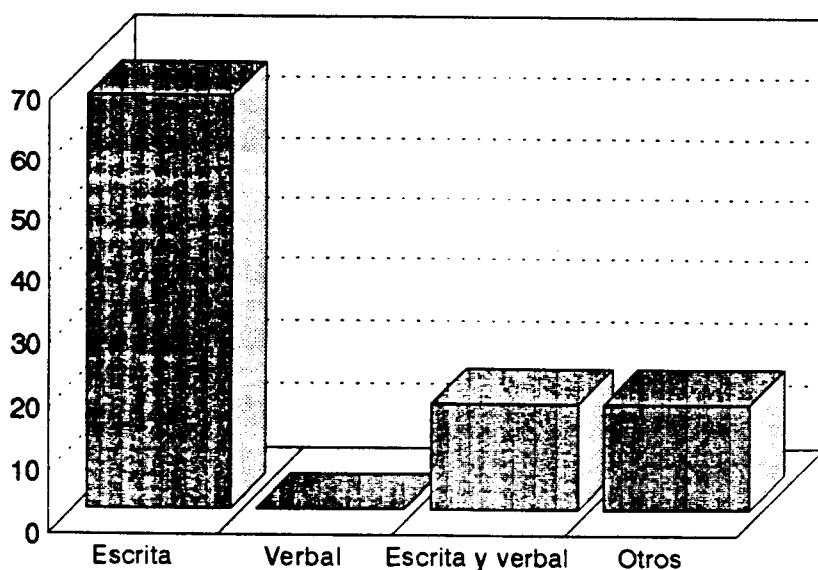


Al programar el alta hospitalaria con 24 horas de antelación se puede llegar a optimizar su organización, cargas de trabajo y los cuidados del paciente.

El departamento de enfermería valora el estar informado del alta del paciente con suficiente antelación en el 100% de los centros hospitalario, sugiriendo la programación del alta hospitalaria con 24 horas de antelación.

La notificación del alta escrita en las ordenes médicas sólo es el 66.7%, por lo que el departamento de enfermería cree que es necesario obtener en este concepto el 100%, planificando en su totalidad el alta hospitalaria, (gráfico 8).

NOTIFICACIÓN DEL ALTA HOSPITALARIA BARCELONA

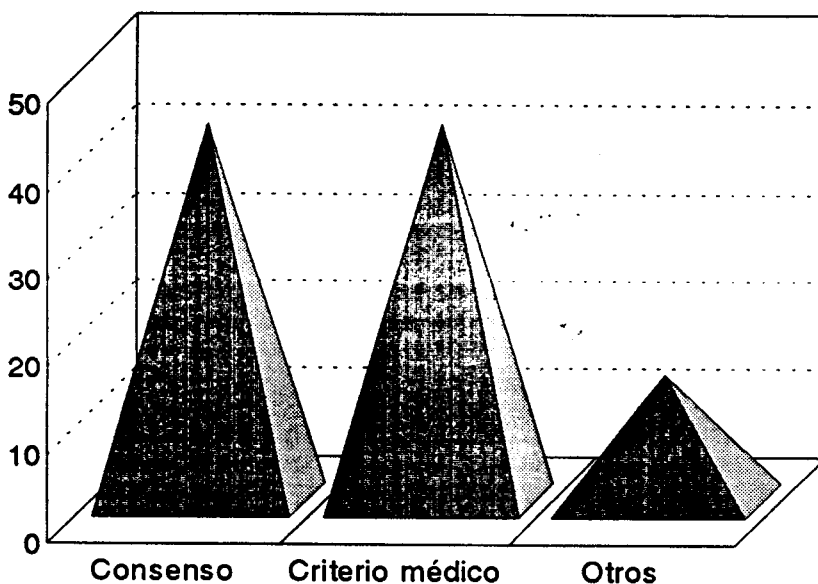


% según forma.

(Gráfico 8)

El circuito establecido en médico-enfermería-paciente, valorando en un 100% la situación socio-familiar en el momento del alta hospitalaria, teniendo que coincidir el alta de enfermería (cuidados de enfermería) con la del médico responsable del paciente (Diagnostico y tratamiento), en un 100% antes de cursar el alta definitiva. (gráfico 9).

CONFLICTO MÉDICO-ENFERMERÍA EN EL ALTA HOSPITALARIA BARCELONA



% según resolución (Gráfico 9)

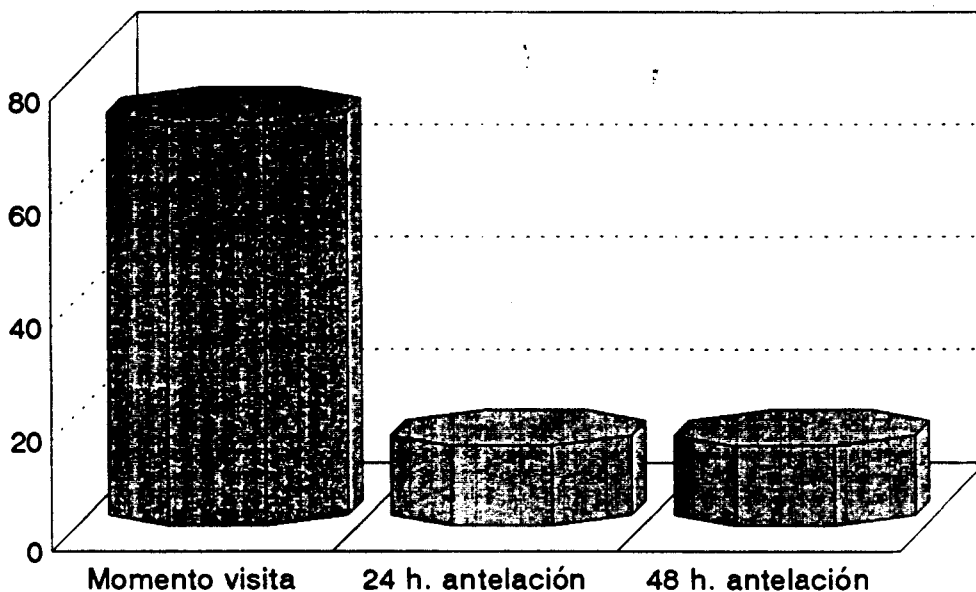
Enfermería comunica al departamento de admisiones el proceso de alta al paciente, en la unidad, en todos los casos. La relación del departamento de enfermería, en referencia a las altas hospitalarias, es muy buena con el departamento médico, buena con el de admisiones y sólo en casos especiales, (exitosa, relación), a la hora del alta hospitalaria con los Asistentes Sociales.

Para enfermería el servicio de Asistente Social en el hospital es eficiente en un 50%, y eficaz en un 33.3%, siendo deficiente en un 16.7%, valorando que dicho servicio no tiene los suficientes recursos para la resolución de casos, 66.7%.

DIRECCIÓN MÉDICA:

El número de médicos que dan el alta hospitalaria en los hospitales es de uno a diez dependiendo de la especialidad y nivel del hospital, su porcentaje es del 85.7%. La visita transcurre durante la mañana y en algunos casos por la tarde, la programación de las posibles altas hospitalarias, es del 71.4%, en el momento de la visita y del 14.3% con 24 horas y 48 horas de antelación, el alta siempre es comunicada a la supervisora del servicio. (gráfico 10).

PROGRAMACIÓN MÉDICA DE LAS ALTAS HOSPITALARIAS BARCELONA



% según sistemas.

(Gráfico 10)

El departamento médico sigue un método de programación de alta en el 42.9%, basándose en la disponibilidad de quirófano, por G.D.R. y buscando las posibilidades de alta en casos de extrema necesidad; no se utiliza ningún tipo de programación en el 57.1% alegando que la atención al paciente es personalizada e individualizada (médico-paciente) en atención a la patología que presenta.

Se confirma un sistema de estancias programadas del 71.4%, pero siempre hacia la vertiente del tipo de patología y del tipo de intervención quirúrgica, se puede entonces afirmar el método de estancias programadas. Para las estancias programadas se utiliza el sistema G.D.R. en el 42.9%, Estancia Media el 14.3%, otros propios 28.6% y ninguno 14.3%.

Las demoras en el alta hospitalaria con un sistema de programación es del 85.7%, dentro de las 24 horas, quedando fuera de la previsión sistemática un 14.3%.

El departamento médico informa a los familiares del alta del paciente pero sólo un 14.3% lo hacen con antelación de más de 24 horas, el 85.7% restante lo hace el mismo día, hecho por el cual en un porcentaje idéntico los familiares no conocen el sistema de las altas programadas, la razón por la que los familiares deben conocer el alta del paciente es muy variopinta, por lo especial de algunas patologías, para saber la situación,

El departamento médico sigue un método de programación de alta en el 42.9%, basándose en la disponibilidad de quirófano, por G.D.R. y buscando las posibilidades de alta en casos de extrema necesidad; no se utiliza ningún tipo de programación en el 57.1% alegando que la atención al paciente es personalizada e individualizada (médico-paciente) en atención a la patología que presenta.

Se confirma un sistema de estancias programadas del 71.4%, pero siempre hacia la vertiente del tipo de patología y del tipo de intervención quirúrgica, se puede entonces afirmar el método de estancias programadas. Para las estancias programadas se utiliza el sistema G.D.R. en el 42.9%, Estancia Media el 14.3%, otros propios 28.6% y ninguno 14.3%.

Las demoras en el alta hospitalaria con un sistema de programación es del 85.7%, dentro de las 24 horas, quedando fuera de la previsión sistemática un 14.3%.

El departamento médico informa a los familiares del alta del paciente pero sólo un 14.3% lo hacen con antelación de más de 24 horas, el 85.7% restante lo hace el mismo día, hecho por el cual en un porcentaje idéntico los familiares no conocen el sistema de las altas programadas, la razón por la que los familiares deben conocer el alta del paciente es muy variopinta, por lo especial de algunas patologías, para saber la situación,

por agilización y comodidad.

Se valora la situación familiar y social en el momento del alta pero el 71.4% desconocen la posibilidad de demora en el alta programada.

La calidad asistencial no se pierde con las altas programadas y se puede aumentar la calidad asistencial, en opinión de todos los entrevistados.

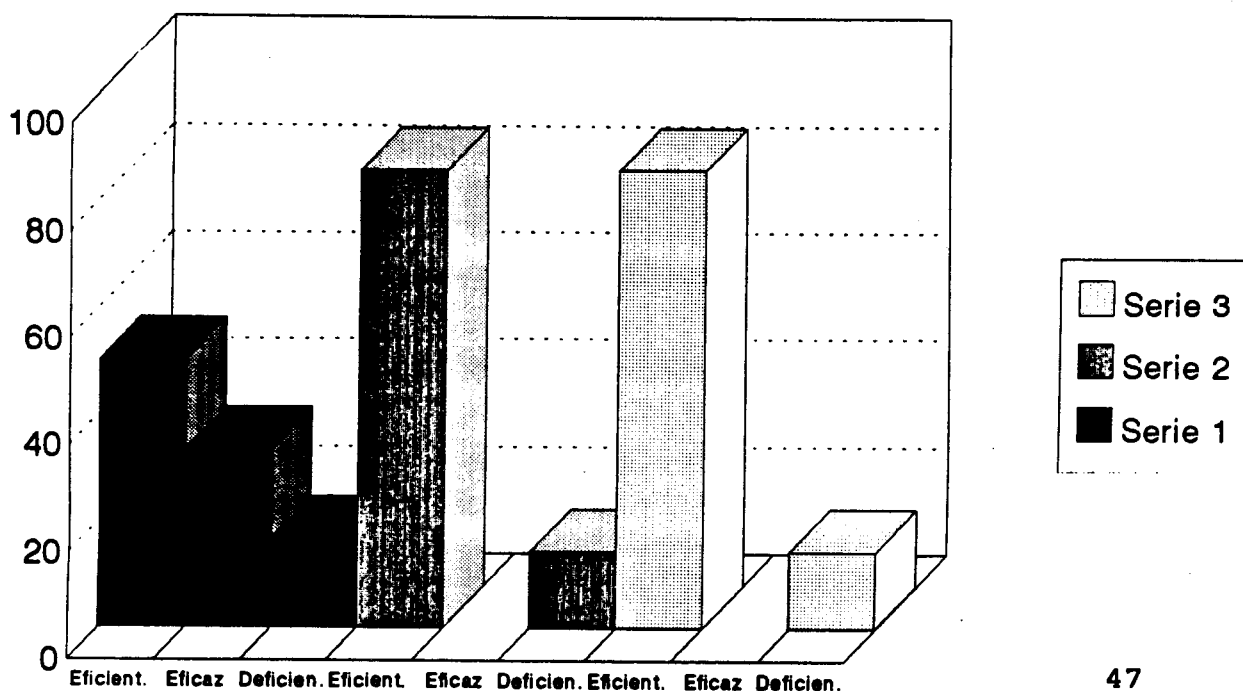
El ingreso programado se produce mayormente en el turno de tarde, el 71.4%. El circuito de alta/ingreso consiste en la reserva de camas para la programación de quirófanos y el resto es para enfermos que provienen de urgencias. Los pacientes dados de alta han recibido todos los cuidados necesarios y se alargaría el momento del alta para dar una mejor calidad, sino se garantiza la posibilidad de dar cuidados posteriores en el domicilio del paciente, no se da por efectiva el alta hospitalaria y se dan los cuidados hasta la completa recuperación de su salud.

Cuando existe el alta médica, pero no la de enfermería, el paciente es dado de alta en el 57.1% de las veces, la resolución de este conflicto viene dado por criterio médico en el 50%. El código de ética profesional de los médicos influye totalmente en la decisión de dar el alta hospitalaria de pacientes.

El sistema mayormente utilizado para la codificación de las patologías en el alta hospitalaria es el CIM-9-MC en el 85.4%. Los centros hospitalarios estudiados siguen un control del 71.4% de las altas voluntarias, las mismas quedan registradas en las historias clínicas de los pacientes.

Las relaciones con el departamento de admisiones es generalmente buena, aunque en algunos centros, está supeditada a la disponibilidad de camas libres para ingresos de urgencias. El servicio de asistencia social se considera eficiente por su trabajo en un 85.7%, pero no tiene suficientes recursos para desarrollar las tareas con plenitud. (gráfico 11). Con las asistentes sociales, la poca relación que hay es a través de enfermería.

VALORACIÓN DEL SERVICIO ASISTENTE SOCIAL BARCELONA



(Gráfico 11) ENFERMERÍA

MÉDICO

ADMISIONES

VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS
Y CONCLUSIONES.

VALORACIÓN Y CONCLUSIONES.

Para valorar los distintos centros hospitalarios, debemos tener en cuenta las distintas diversidades de la complejidad organizativa de los distintos centros hospitalarios, influyendo su tamaño, clase de institución y a que nivel pertenecen. Vamos a ver a que nivel situamos los centros hospitalarios.

En las hipótesis generales la única variable independiente es el médico, el resto de las variables son dependientes.

DIRECCIÓN DE ADMISIONES:

En los centros encuestados sólo tienen Hospital de Día para enfermos con tratamientos especiales, el 57.1%, van por la mañana o por la tarde, valoramos que hay un porcentaje muy bajo de hospitales que tienen Cirugía Ambulatoria, el 28.6 %, nos preguntamos si ingresan en los centros hospitalarios que no tienen Cirugía Ambulatoria, pacientes con patologías de bajo riesgo y fácil solución. La Estancia Media, nos varía según la especialidad, pero la encontramos alta porque hay especialidades como Psiquiatría que pueden tener hasta 20.5 días de Estancia Media por paciente.

El departamento de admisiones conoce el alta hospitalaria cuando pasa visita el médico, o sea, cuando el paciente se va del centro hospitalario, el servicio de admisiones organiza el ingreso sólo en el 14.3% de los casos, la lista de espera para el ingreso del paciente, debe ser estudiada día a día, mayoritariamente es comunicada por la supervisora y la enfermera, el departamento médico no sigue una metodología de programación de las altas hospitalarias, da el alta hospitalaria cuando pasa visita "ahora lo veo bien, ahora le doy el alta hospitalaria" creemos que en algunos casos podría ser debido a la espera de resultados de determinadas pruebas realizadas al paciente, se nos confirman las hipótesis relacionadas con él cuando se efectúan el pase de visitas y se da el alta hospitalaria al paciente sin estar programada, lo cual implica efectos de deterioro en el drenaje de enfermos tanto a nivel de ingresos como de altas hospitalarias, repercutiendo en la gestión final del sistema sanitario hospitalario, incidiendo en la atención facultativa siendo ésta de carácter individual, dificulta la organización del departamento de admisiones y la organización del departamento de enfermería. Si hubiera una comunicación entre los distintos departamentos, enfermería estaría preparada y admisiones tendría todo listo para el alta y el futuro ingreso, reduciendo así algunos problemas organizativos. Usan un sistema de estancias programadas en un 71.4% contradiciéndose después, afirmando en un 42.9% que no utilizan ningún método específico y la no existencia de la utilización de G.D.R. El 42.9% que nos da la

muestra es significativo, las demoras de las estancias programadas hasta 24 horas o más de 24 horas, nos da el mismo margen porcentual el 50%, estos hechos nos demuestran la confirmación de la hipótesis relacionada con la existencia de una cohesión real organizativa entre los departamentos de admisiones-enfermería-médico y esto repercute en el hospital incidiendo directamente en un aumento de los costes y generando un deterioro del servicio hacia el usuario.

Este hecho se nos repite en la variable que nos habla de la antelación de las altas hospitalarias, cuando el 71.4% de los centros entrevistados reconoce una previsión sistemática del alta hospitalaria durante el período de las 24 horas del mismo día.

Las variables relacionadas con la opinión sobre la calidad asistencial, conocimiento de los familiares, sobre una posible demora del alta hospitalaria del paciente y de la opinión en general sobre las altas hospitalarias, demuestran que las familias son informadas el mismo día, en un 85.7%, ésto ocasiona dificultades al departamento de admisiones y a la organización de enfermería, ya que nos preguntamos "cuándo la comunican"; cuando las visitas de los enfermos, suelen visitarlos por la tarde o como mucho por el mediodía, ésto ocasiona los inconvenientes cotidianos de las familias, trabajo, hijos, colegios, ropa del paciente, etc., que sólo pueden solucionar el 14.3% de las familias, que son a las que se le comunican el

alta hospitalaria del paciente con 24 horas de antelación, aquí confirmamos la hipótesis sobre las relaciones de gestión individualizadas de cada departamento admisiones-enfermería-médico en relación al alta o ingreso hospitalario, no conlleva a la solución de la correcta gestión en el drenaje hospitalario.

La organización de enfermería se altera con los familiares del paciente que hacen preguntas sobre el ahora y el después, dándose la circunstancia de dejarse al enfermo un día más, por no poder los familiares llevarse al paciente a su domicilio, es curioso que un comentario del médico, supervisora o enfermera diciéndole "mañana posiblemente se irá de alta, antes de las 12 horas", sirve para que los familiares se organicen y para que agilicen y eviten retrasos del futuro ingreso dando así una mejor atención asistencial, la estancia media y la lista de espera de los pacientes que deben ingresar.

Las instituciones valoran la situación socio-familiar en un 100% pero desconocen que un 57.1% de las altas ocasionan problemas sociales y que el servicio de asistencia social es eficiente, teniendo en cuenta sus escasos recursos internos y externos y todas sus dificultades ya conocidas por todos, pero los internos deben ser potenciados y recoger la valía de estos profesionales que cuando pueden, nos solucionan problemas sociales de gran importancia.

Toda la muestra cree que se puede mejorar el circuito médico-enfermería-admisiones, la relación entre los departamentos generalmente es muy buena y buena con el servicio de asistencia social.

Si realmente es así, debemos mejorar el circuito organizando y planificando el alta hospitalaria con una antelación de 24 horas, para poder detectar todas las posibles dificultades que se pueden encontrar en el día a día.

DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA.

El departamento de enfermería, asegura que es capaz de organizar el alta y el ingreso entre una y tres horas, una vez se ha ido el paciente.

A este departamento le sería preferible para su organización de la unidad, el conocer las altas hospitalarias con 24 horas de antelación, en el turno de mañana para que la supervisora optimice su organización, con las cargas de trabajo y en los cuidados del paciente informándole de los cuidados posteriores al alta hospitalaria; aquí se nos vuelven a confirmar las hipótesis relacionadas con el pase de visita médica dándole el alta hospitalaria al paciente sin estar programada, el deterioro en el drenaje de enfermos tanto a nivel de ingresos como de altas hospitalarias, no consiguen una correcta gestión en el drenaje hospitalario en relación con el alta e ingreso hospitalario, la atención facultativa es de carácter individual impidiendo la correcta organización del departamento de admisiones y la organización del departamento de enfermería. La muestra cree que se debería programar el alta hospitalaria con 24 horas de antelación y refiere a: mejorar, distribuir, mayor fluido, organizar, cargas de trabajo y la calidad asistencial del paciente.

La modificación del alta hospitalaria está escrita en las

órdenes m3dicas s3lo en el 66.7% creemos que se puede mejorar increment3ndolo al 100%.

El circuito m3s utilizado en el alta hospitalaria es el m3dico-enfermera-paciente y s3lo en el 50% llega a ser m3dico-enfermera-paciente-admisiones, creemos que este 3ltimo circuito es v3lido para enlazar los mecanismos necesarios para la obtenci3n del alta hospitalaria m3s correctamente, siendo el departamento de admisiones el 3ltimo al que se notifica el alta hospitalaria, podr3a potenciarse este circuito m3s estrechamente ya que las relaciones interdepartamentales seg3n la muestra es buena y muy buena con el departamento m3dico, seg3n nuestra hip3tesis no existe una cohesi3n real organizativa entre los departamentos de admisiones-enfermer3a-m3dico y 3sto sigue repercutiendo directamente en un aumento de los costes y genera un deterioro del servicio hacia el usuario.

Enfermer3a con Asistencia Social tiene una relaci3n seg3n la variable, de muy buena pero hacen menci3n de s3lo en casos especiales, de colaborar y comunicarse en las altas, alegando el 50% de eficiencia, el 33.3% de eficacia y el 16.7% de deficiencia, aceptando la escasez de recursos para la resoluci3n de casos. Creemos que para los casos problem3ticos sociales se deber3an reunir m3s y exponer sus puntos de vista cada parte implicada, 3sto potenciar3a los esfuerzos de la Asistente Social en tener mejores resultados.

DIRECCIÓN MÉDICA.

Los médicos que dan el alta hospitalaria lo hacen por la mañana y, en algunos casos por la tarde, en el momento de la visita al paciente, "última visita como enfermo ingresado", generalmente no utilizan ningún método programado y se guían por la programación de quirófano o por los métodos de G.D.R. que reconocen no aplicarlo bien, sólo pueden programar el 14.3% con 24 horas de antelación. Qué son comunicadas a la supervisora y ésta a la enfermera y la enfermera al servicio de admisiones, haciendo así un circuito informal pero efectivo en el 28.6% de las altas/ingresos. Cuando les hacen falta camas con extrema urgencia, hacen repaso de las futuras altas a corto plazo.

Vemos que según el tipo de patología y de su tratamiento tradicional o quirúrgico, utilizan un sistema conservador de estancias con sus referencias personales y profesionales de lo que entienden, por G.D.R. el 42.9%, estancia media el 14.3%, otros sistemas propios o ninguno el 14.3%.

Cuando hablan de sistemas propios entendemos que acentúan varios factores, como su criterio médico, filosofía del centro hospitalario, intereses de gestión hospitalaria, objetivos de la dirección médica; es un sistema incontrolado que puede beneficiar o perjudicar a la organización como centro sanitario.

Las variables relacionadas con la demora en el sistema de programación y de la previsión sistemática de las altas, nos vuelven a confirmar nuestras hipótesis relacionadas con el pase de visita médica dando el alta al paciente sin estar programada; nos implica efectos de deterioro en el drenaje de enfermos tanto a nivel de ingresos como de altas hospitalarias, y la no existencia de una cohesión real organizativa entre los departamentos de admisiones-enfermería-médico y esto repercute en el hospital, incidiendo directamente en un aumento de los costes y generando un deterioro del servicio hacia el usuario, apoyándonos diciendo que el 85.7% de las demoras de las altas hospitalarias están dentro de las 24 horas del día y sólo el 14.3% de las demoras se alargan a más de 24 horas.

El departamento médico informa a los familiares del alta con antelación de 24 horas el 14.3% y el restante 85.7% en el momento del alta, ocasionando de esta forma, los problemas a la organización de enfermería y de admisiones de dichos comentarios. Según la muestra la razón por la que los familiares deben conocer el alta es por: comodidad, situación familiar y social, información e igualdad.

El equipo investigador entiende que con estas variables, si el departamento médico programase las altas con 24 horas de antelación, se evitarían muchos altercados en la organización y la variable que nos da la opinión en las altas programadas y de

su calidad asistencial, creyendo que las altas programadas pueden llegar a disminuir la estancia media y aumentar la calidad asistencial, es una opinión de todos los entrevistados, confirmando las hipótesis sobre la no existencia de una cohesión real organizativa entre los departamentos de admisiones-enfermería-médico y ésto repercute en el hospital incidiendo en el aumento de los costes y el deterioro del servicio hacia el usuario. Pensamos en la función de las Areas Básicas en Atención Continuada, estos organismos deben contribuir a la recuperación total del antes del ingreso y en el después del alta hospitalaria, el equipo investigador acepta que los pacientes salgan recuperados y estabilizados de su patología en un nivel de Asistencia Hospitalaria, pero luego las instituciones de Asistencia Continuada deben contribuir a la total recuperación del enfermo, aquí existe un conflicto en el que por su complejidad no podemos entrar, ya que nos alejaríamos de nuestro trabajo de investigación, pero estamos seguros que la garantía de dar cuidados posteriores al enfermo en el domicilio del paciente, la deben garantizar los servicios de Atención Continuada ya que es función de ella y no de los hospitales, pues el no cumplimiento de esta función puede encarecer el sistema curativo y elevar los costes, entorpeciendo así la buena gestión de los recursos que dispone el centro Hospitalario, además de aumentar la lista de espera para poder ingresar en el Centro Hospitalario otro paciente.

Cuando hay discrepancias entre el departamento médico y el de enfermería sobre sus respectivas altas, el médico con el tratamiento y enfermería con los cuidados del paciente, en el 57.1% el paciente es dado de alta hospitalaria, aquí la comunicación no es completa, pero creemos que está bastante nivelada ya que hay consenso en el equipo, estos criterios son influidos por la ética profesional de cada colectivo, sería bueno que hubiese más comunicación entre los departamentos, aquí se confirma que enfermería es escuchada en sus diagnósticos con criterio profesional, confirma la hipótesis relacionada con la atención facultativa en régimen abierto o cerrado, si la misma es de carácter individual, dificulta la organización del departamento de admisiones y la organización final del departamento de enfermería.

Las codificaciones con el CIM-9-MC son del 85.7%, y con un control de las altas voluntarias del 71.4% que se refleja en la historia clínica; es un buen resultado conociendo el sistema de codificación CIM-9-MC que se compone de tres tomos, es bastante extenso, estamos seguros que en los centros hospitalarios hay personal cualificado para codificar los informes médicos, este personal suele ser administrativo.

El departamento médico, nos habla de una buena relación interdepartamental entre admisiones y enfermería, siempre que se consigan camas libres para ingresar a sus pacientes, sean

programados o por urgencias, confirmándose también las hipótesis otra vez sobre las buenas o malas relaciones de gestión individualizadas de cada departamento admisiones-enfermería-médico en relación con el alta hospitalaria y de que hoy en día no existe una cohesión real organizativa entre los departamentos de admisiones-enfermería-médico y esto repercute en el hospital incidiendo directamente en un aumento de costes y generando un deterioro del servicio hacia el usuario.

Con el servicio de Asistencia Social lo consideran eficiente por su trabajo en el 85.7%, siendo conscientes de los recursos que disponen, en estas variables coinciden los tres departamentos.

El equipo investigador considera necesaria la posibilidad de programación de las altas hospitalarias con una antelación mínima de 24 horas, para una mejor gestión hospitalaria de los recursos humanos y materiales, las hipótesis generales nos confirman esta necesidad de relación interdepartamental en el alta hospitalaria.

PROPUESTA.

PROPUESTA:

El equipo de trabajo en el consenso realizado sobre el tema "EFECTOS DE LA RELACIÓN INTERDEPARTAMENTAL EN EL ALTA HOSPITALARIA" observó que las hipótesis generales expuestas han quedado reflejadas en el trabajo, confirmadas dando a entender una relación interdepartamental en el tema de las altas hospitalarias, en la que cada departamento se limita a lo que cree que es su función dentro del centro hospitalario; en los resultados obtenidos el departamento de enfermería nos dice que les vendría bien programar las altas con 24 horas de antelación para poder organizar sus cargas de trabajo, el departamento de admisiones está de acuerdo con el de enfermería, el departamento médico en un 28.6% cree en la posibilidad de la aplicación del método indicado, el 57.1% dice que ya existe un método y el 14.3% afirma que no se puede aplicar ningún método.

Para poder programar el alta hospitalaria con una antelación de 24 - 48 horas, el circuito deberá ser Médico - Paciente - Enfermería - Admisiones. Cuando pasa visita el médico al paciente después de realizar la exploración y decide realizar el alta hospitalaria para dentro de las próximas 24 - 48 horas, lo deberá comunicar a la enfermera responsable del paciente por escrito en las ordenes médicas, la enfermera lo comunicará a la familia; para que se organice el traslado del paciente a su domicilio, y al departamento de admisiones para organizar el alta y el

ingreso, del futuro paciente a ingresar.

Cómo organizar este circuito: Los facultativos médicos deberán pasar visita a los pacientes, confirmando las altas previstas y cumplimentando la documentación necesaria de 8 a 11 horas de la mañana, facilitando así el drenaje de los pacientes ingresados, las altas se darán de lunes a viernes y todos los pacientes deberán abandonar la habitación después del desayuno y antes de las 12 horas del mediodía. Después de la visita médica se deberán reunir los responsables de la acción del alta hospitalaria del paciente, el médico, enfermería y admisiones para concretar las posibles anomalías que puedan surgir e intentar evitarlas, dando la enfermera las instrucciones pertinentes a la familia de lo que deben hacer; venir por la mañana antes de las 11 horas para recoger la documentación. El informe para el centro de Asistencia Continuada que le corresponda por zona y el papeleo burocrático ya estará hecho, sólo faltará la firma del médico, ya que el alta podrá ser anulada en el supuesto caso que el facultativo médico lo crea necesario por motivos del cuadro patológico que pudiera presentar un empeoramiento del estado del paciente. Según los resultados, los familiares conocen el alta hospitalaria del paciente, en el 85.7% el mismo día y sólo el 14.3% con más de 24 horas de antelación, además el departamento de admisiones recibe la comunicación unas horas antes del alta y el departamento de enfermería a discreción.

En estas reuniones diarias se pondrán también sobre la mesa la programación de quirófanos y las listas de espera para ingresar, de la especialidad de la unidad, dándose información mutua sobre los pacientes a ingresar y de las próximas altas, en los resultados los departamentos de enfermería y admisiones valoran estar informados sobre las altas de los pacientes con suficiente antelación en el 100% de los centros hospitalarios encuestados, sugiriendo la programación del alta hospitalaria con 24 horas de antelación.

INGRESOS:

-PROGRAMADOS. La programación de ingresos quirúrgicos o de otras especialidades, conjuntamente con la documentación de los pacientes a ingresar, se presentan en el departamento de admisiones con una semana de antelación, o como muy tarde a las 48 horas antes del ingreso; el departamento de admisiones confirmará el día y la hora que debe ingresar el paciente, la cama asignada se le comunicará en el mismo día del ingreso hospitalario.

-URGENCIAS. La ubicación de los pacientes que provienen del servicio de urgencias dependerá única y exclusivamente del servicio de admisiones, si se hubiera ocupado alguna cama en el hospital de día, este paciente irá a parar a una habitación de

la unidad correspondiente del centro hospitalario lo antes posible.

Los cambios de habitación serán tratados en las reuniones diarias con admisiones - enfermería o supervisión - médico, estas reuniones diarias si son participativas y concretas en los puntos a tratar (paciente - alta - ingreso - problemas detectados - etc...), con 10-15 minutos es suficiente para interrelacionar los tres departamentos el tema del alta hospitalaria del paciente ingresado con 24 - 48 horas de antelación, en esta programación se darán a conocer los aspectos del paciente, detectando sus necesidades dentro y fuera del centro hospitalario, para darnos tiempo antes del alta, para solucionar en la medida de lo posible dentro de nuestros recursos (Asistente Social, Área Básica, Ropa para el paciente, Transporte, etc...), pensando siempre en la curación del paciente tanto física como psíquicamente.

Con este sistema, creemos que se reducirían los costes y mejoraría la calidad de los cuidados asistenciales, optimizando recursos humanos y materiales para una mejor organización en conjunto del centro hospitalario, obteniendo una mejor capacidad resolutive con la mejora de los resultados en el balance final del hospital.

BIBLIOGRAFÍA.

Autor: Elizabeth. A. Farren.

Fecha edición: 1.991

Titulo: *Effects of Early Discharge Planning on Length of Hospital Stay.*

Edición: *Nursing Economic\$ / January-February / Vol 9 / N° 1.*

Autor: Delfi Cosialls i Pueyo.

Fecha edición: 1.990

Titulo: *Elementos de gestión del movimiento hospitalario.*

Previsión de altas e ingresos con 24 horas de antelación.

Edición: *Todo Hospital / Julio- Agosto.*

Autor: Sally C. Stearns.

Fecha edición: 1.990

Titulo: *Hospital Discharge Decisions, Health Outcomes, and the Use of Unobserved Information on Case-Mix-Severity.*

Edición: *HSR: Health Services Research 26:1 (April).*

Autor: Julie Edwards, B.S.N., M.P.A., R.N.

Peggy Reiley, M.S., M.S.P.H., R.N.

Anne Marie Morris, M.S., R.N.

Joan Doody, B.S., R.N.

Fecha edición: 1.991

Titulo: *An analysis of the quality and effectiveness of the discharge planning process.*

Edición: *Journal of Nursing Quality Assurance / July.*

Autor: Ronald J. Lagoe, Phd.

Fecha: 1.986

Titulo: Differences in Hospital Discharge Rates
A Community-Based Analysis.

Edición: Medical Care / September / Vol. 24, N° 9.

Autor: Javier González Ubeda.

Miguel Sagüés.

Titulo: Conceptos Sobre Control de Gestión.

Edición: Servicio Sobre Publicaciones Económicas, S.A.

Autor: Joaquín tena Millan.

Fecha: 1.991, 3ª edición.

Titulo: Organización de la Empresa "Teoría y Aplicaciones".

Edición: Ediciones Gestión 2000 S.A.

Autor: Mª Teresa Arbúes Visus.

Fecha: 1.988

Titulo: Administración Enfermería.

Edición: Rol de Enfermería N° 115.

Autor: Rosalía Rodríguez Garcia.

Ada R. Davis.

Fecha: 1.988

Titulo: El Campo Evolutivo de la Administración de Enfermería en
EE.UU.

Edición: Rol de Enfermería N° 115.

Autor: André Montesinos.

Fecha: 1.984

Titulo: Actividades de Supervisoras y Enfermeras en Unidades de Cuidados.

Edición: Rol de Enfermería, N° 75.

Autor: Octave Gelinier.

Fecha: 1.980

Titulo: Nueva Dirección de la Empresa Personalista y Competitiva.

Edición: Asociación para el progreso de la dirección.

Autor: Alvin Toffler.

Fecha: 1.990

Titulo: El "SHOCK" del Futuro.

Edición: Plaza y Janes Editores, S.A.

Autor: Alvin Toffler.

Fecha: 1.990

Titulo: La Empresa Flexible.

Edición: Plaza y Janes Editores, S.A.

Autor: M. Mateu.

Fecha: 1.984

Titulo: La nueva Organización del Trabajo.

Edición: Hispano Europea Editorial.

Autor: Françoise Gonnet.

Fecha: 1.989

*Titulo: Las Relaciones de Trabajo en el Hospital: entre la
Complejidad y la Inseguridad.*

Edición: Revista Artement.

A N E X O S.

EFECTOS DE LA RELACIÓN

INTERDEPARTAMENTAL

EN EL ALTA HOSPITALARIA.

R. 10.537

JULIO 1993 .

A N E X O:

ENTREVISTAS:

REGUNTAS CERRADAS.

- A-09. Cuando pasan visita los médicos, se programan las posibles altas hospitalarias.
- A) en el momento de la visita.
 - B) unas horas antes.
 - C) con 24 horas de antelación.
 - D) con 48 horas de antelación.
- A-10. Quien le comunica el alta hospitalaria al servicio de admisiones.
- A) La Auxiliar de Enfermería.
 - B) La Enfermera.
 - C) La Supervisora.
 - D) El Médico responsable del paciente.
 - E) La Asistente Social.
 - F) Otros.....
- A-11. Se utiliza algún método de programación de altas hospitalarias en su centro.
- A) Si B) No
- A-12. Si es afirmativa decir: Cual.....
-
-
- A-13. Si es negativa que motivos dificultan los métodos...
-
-
- A-14. Se utiliza algún sistema de estancias programadas en su hospital.
- A) Si B) No
- A-15. Si es afirmativa decir: Cual.....
-
-
- A-16. Se podría aplicar en su hospital algún método.
- A) Si.
 - B) No.
 - C) Ya existe.
- A-17. Se utiliza algún sistema de estancias programadas, en base a que método, cual.
- A) G.D,R.
 - B) A.V.A.C.S.
 - C) Estancia Media.
 - D) Otros.....
 - E) No se utiliza ningún método.

- A-18. Si se utiliza alguno de estos sistemas, las posibles demoras en el alta son de.
 A) < a 24 horas.
 B) = a 24 horas.
 C) > a 24 horas.
 D) > a 48 horas.
- A-19. Hay una previsión sistemática de altas de hospitalización, con antelación al alta hospitalaria.
 A) < de 24 horas.
 B) = de 24 horas.
 C) > de 24 horas.
 D) > de 48 horas.
- A-20. Los familiares están informados del alta del paciente.
 A) Si B) No
- A-21. Cuando están informados los familiares del paciente, del alta del paciente, con una antelación de.
 A) < de 24 horas.
 B) = de 24 horas.
 C) > de 24 horas.
 D) > de 48 horas.
- A-22. Conocen los familiares de los pacientes el sistema de altas programadas.
 A) Si B) No
- A-23. Porque deben conocer los familiares el alta del paciente.

- A-24. Cree que se pierde la calidad asistencial con las altas programadas.
 A) Si B) No
- A-25. Conocen los familiares de los pacientes la posibilidad de demora en las altas programadas.
 A) Si B) No
- A-26. Se valora la situación familiar y social en el momento del alta hospitalaria.
 A) Si B) No
- A-27. Cree que con las altas programadas se puede llegar a disminuir la estancia y aumentar la calidad asistencial.
 A) Si B) No

- A-28. A que hora suele ser efectivo el ingreso programado.
 A) Por la mañana.
 B) Por la tarde.
 C) Cuando hay cama libre.
- A-29. Que circuito es el actual de las altas-ingresos.

- A-30. Cuando le son comunicadas las altas hospitalarias.
 A) Unas horas antes
 B) Justo al finalizar la visita médica
 C) Con 24 horas de antelación
 D) Con 48 horas de antelación
 E) A discreción.
- A-31. Como llega al departamento la comunicación del alta hospitalaria.
 A) Con un impreso específico para esta función.
 B) Por teléfono desde la unidad.
 C) Llega informaticamente a admisiones desde la unidad.
 D) Llega verbalmente a admisiones.
 E) Otros.....
- A-32. Cuantos enfermos han sido ingresados durante los últimos seis meses.....
- A-33. De los mismos cuantos han sido ingresados programados.

- A-34. Cantidad total de altas en el último período de seis meses.

- A-35. Conoce aproximadamente en numero de altas que ocasionaron problemas sociales.
 A) Si B) No
- A-36. Si es afirmativa decir: Cuantos.

- A-37. Utiliza algún tipo de circuito en su hospital para el alta médica.
 A) Si B) No
- A-38. El circuito a seguir en su hospital para el alta es médico-enfermera-admisiones.
 A) Si B) No

- A-39. Si responde afirmativamente, cree que es bueno este circuito.
 A) Si B) No
- A-40. Si responde negativamente, cree que se puede mejorar.

- A-41. Que tipo de relación existe entre el departamento de admisiones y el departamento de enfermería, con respecto a las altas hospitalarias.

- A-42. Que tipo de relación existe entre el departamento de admisiones y el departamento médico, con respecto a las altas hospitalarias.

- A-43. Que relación existe entre el departamento de admisiones y las asistentes sociales.

- A-44. El servicio de asistencia social del hospital lo encuentra.
 A) Eficiente.
 B) Eficaz.
 C) Equitativo (según rentas).
 D) Deficiente.
 E) Ineficaz.
- A-45. Cree que tiene suficientes recursos dicho servicio.
 A) Si B) No

ENCUESTA-ENTREVISTA A DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA.

E-01. Conocer con antelación el ingreso y el alta del paciente, ¿representa mas trabajo para el equipo de enfermería que no saberlo hasta el mismo dia?

- A) Si B) No

E-02. En cuanto tiempo tendrían la habitación disponible para el ingreso de otro paciente.

- A) 1 hora E) 10 horas
B) 2 horas F) 12 horas
C) 3 horas G) 24 horas
D) 6 horas H) 48 horas

E-03. Que cargas de trabajo supone el alta-ingreso de pacientes en la unidad.

.....
.....
.....

E-04. A que hora le vendría bien al departamento de enfermería que le comunicasen los médicos las altas, previstas.

.....
.....
.....

E-05. Efectúa el departamento de enfermería el alta de enfermería, (cuidados de enfermería al paciente).

- A) Si B) No

E-06. Cree que deberían programar el alta médica con 24 horas de antelación.

- A) Si B) No

E-07. Reduciría esto problemas de organización en la unidad.

- A) Si B) No

E-08. Si es afirmativamente decir: Cuales.....

.....
.....

E-09. El departamento de enfermería está informado con suficiente antelación del alta médica de los pacientes, para poder informar al paciente de los cuidados posteriores al alta hospitalaria.

- A) Si
- B) No

E-10. Si es negativo decir, cuanto tiempo les ocupa la preparación del paciente al alta médica con respecto a posibles cuidados posteriores al alta.

.....
.....

E-11. Con cuanto tiempo cree que se tendría que programar las altas en su departamento.

- A) En el momento de la visita médica.
- B) Unas horas antes.
- C) Con 24 horas de antelación.
- D) con 48 horas de antelación.

E-12. Como se recibe la notificación del alta médica.

- A) Verbalmente.
- B) Escrita en ordenes médicas.
- C) Otras formas.....

E-13. Cree su departamento que es necesario la planificación del alta hospitalaria.

- A) Si
- B) No

E-14. Como cree que debería ser el circuito del alta hospitalaria.

.....
.....
.....

E-15. Se valora la situación familiar y social en el momento del alta hospitalaria.

- A) Si
- B) No

E-16. Cree que deberían coincidir las altas de enfermería con la del médico responsable, antes de cursar el alta definitiva.

- A) Si
- B) No

E-17. El departamento de enfermería comunica al de admisiones el proceso del alta de la unidad.

- A) Si
- B) No

E-18. Que tipo de relación existe entre el departamento de enfermería y el departamento de admisiones, con respecto a las altas hospitalarias.

.....
.....
.....

E-19. Que tipo de relación existe entre el departamento de enfermería y el departamento médico, con respecto a las altas hospitalarias.

.....
.....
.....

E-20. Que relación existe entre el departamento de enfermería y las asistentes sociales.

.....
.....
.....

E-21. El servicio de asistencia social del hospital lo encuentra:

- A) Eficiente.
- B) Eficaz.
- C) Equitativo (según rentas).
- D) Deficiente.
- E) Ineficaz.

E-22. Cree que tiene suficientes recursos dicho servicio.

- A) Si
- B) No

ENCUESTA-ENTREVISTA A DIRECCIÓN MÉDICA

M-01. En su hospital cuantos medicos dan el alta hospitalaria a pacientes hospitalizados.

- A) de 1 a 10
- B) de 11 a 20
- C) de 21 a 30
- D) de 31 a 40
- E) más de 40

M-02. A que hora suelen pasar visita los médicos de la unidad.

.....
.....
.....

M-03. Cuando pasan visita, se programan las posibles altas.

- A) en el momento de la visita.
- B) unas horas antes
- C) con 24 horas de antelación
- D) con 48 horas de antelación

M-04. A quien se le comunica el alta hospitalaria.

- A) a la Auxiliar de Enfermeria
- B) a la Enfermera
- C) a la Supervisora
- D) a la Asistente Social
- E) otros.....

M-05. Se utiliza algún método de programación de altas hospitalarias en su centro.

- A) Si B) No

M-06. Si es afirmativa decir: Cual.....

.....
.....

M-07. Si es negativa que motivos dificultan los metodos.....

.....
.....

M-08. Se utiliza algun sistema de estancias programadas en su hospital.

- A) Si B) No

M-09. Si es afirmativa decir: Cual.....
.....
.....

M-10. Se podría aplicar en su hospital algún método.

- A) Si
- B) No
- C) Ya existe.

M-11. Se utiliza algun sistema de estancias programadas, en base a que método, cual.

- A) G.D.R.
- B) A.V.A.C.S.
- C) Estancia Media
- D) Otros.....
- E) No se utiliza ningún método.

M-12. Si se utiliza alguno de estos sistemas, las posibles demoras en el alta son de.

- A) < a 24 horas
- B) = a 24 horas
- C) > a 24 horas
- D) > a 48 horas

M-13. Hay una previsión sistemática de altas de hospitalización, con antelación al alta hospitalaria.

- A) < de 24 horas
- B) = de 24 horas
- C) > de 24 horas

M-14. Los familiares están informados del alta del paciente.

- A) Si B) No

M-15. Cuando están informados los familiares del paciente, del alta del paciente, con una antelación de.

- A) < de 24 horas
- B) = de 24 horas
- C) > de 24 horas
- D) > de 48 horas

M-16. Conocen los familiares de los pacientes el sistema de altas programadas.

- A) Si B) No

M-17. Porque deben conocer los familiares el alta del paciente.

.....
.....
.....

- M-18. Cree que se pierde la calidad asistencial con las altas programadas.
 A) Si B) No
- M-19. Conocen los familiares de los pacientes la posibilidad de demora en las altas programadas.
 A) Si B) No
- M-20. Se valora la situación familiar y social en el momento del alta hospitalaria.
 A) Si B) No
- M-21. Cree que las altas programadas se puede llegar a disminuir la estancia y aumentar la calidad asistencial.
 A) Si B) No
- M-22. A que hora suele ser efectivo el ingreso programado.
 A) Por la mañana
 B) Por la tarde
 C) Cuando hay cama libre.
- M-23. Que circuito es el actual de las altas-ingresos.

- M-24. Los pacientes dados de alta hospitalaria, ¿cree que reciben los cuidados necesarios para su total recuperación?.
 A) Si B) No
- M-25. En caso negativo ¿alargaríamos el alta para poder refrendar una mejor calidad en el alta del paciente?.
 A) Si B) No
- M-26. Si los pacientes no tienen la garantía de recibir los cuidados necesarios en su domicilio, no se da el alta hospitalaria y se efectúan los cuidados hasta su completa recuperación de su salud.
 A) Si B) No
- M-27. Cuando el médico da el alta al enfermo y la enfermera considera que todavía necesita cuidados de enfermería el enfermo se va de alta.
 A) Si B) No
- M-28. Como se resuelve el conflicto de la pregunta anterior.
 A) Consenso del equipo responsable.
 B) Criterio médico
 C) Otros.....

M-29. El código de ética de los médicos, influye en la decisión del alta hospitalaria.

- A) Si
- B) No

M-30. Siguen en su hospital algun sistema de codificación de patologías, para las historias clínicas.

- A) C.I.M.- 9 - M.C.
- B) C.D.M.- 10 -
- C) No se sigue ninguno
- D) Otros..... Cual.....

M-31. Siguen algún control de las altas voluntarias en su hospital.

- A) Si
- B) No

M-32. Si es afirmativa la respuesta anterior decir: Cual.....

M-33. Que tipo de relación existe entre el departamento médico y el departamento de admisiones, con respecto a las altas hospitalarias.

M-34. Que tipo de relación existe entre el departamento médico y el departamento de enfermería, con respecto a las altas hospitalarias.

M-35. Que relación existe entre el departamento médico y las asistentas sociales.

M-36. El servicio de asistencia social del hospital lo encuentra:

- A) Eficiente.
- B) Eficaz.
- C) Equitativo (según rentas)
- D) Deficiente.
- E) Ineficaz.

M-37. Cree que tiene suficientes recursos dicho servicio.

- A) Si
- B) No

DIRECCIÓN ADMISIONES.

A - 08: VARIA LA ESTANCIA MEDIA SEGÚN ESPECIALIDAD MÉDICA

- 01 - Si hay, Medicina interna 12 dias
- 02 - No solo hay psiquiatría
- 03 - No varia
- 04 - reumatologia 11,8 . Medicina interna 11,8
- 05 - Psiquiatría 20,5. Vascular 13,2. Infecciosos 13,4
- 06 - Es mas alta medicina interna 14,2. Vascular 11
- 07 - Medicina interna y vascular 11.

A - 12: Se utiliza algún método de programación de altas.

- Afirmativa: 01 - No.. 02 - No.. 03 - No.. 04 - No.. 05 - No
- 06 - No..
 - 07 - A traves del departamento de médicos.

A - 13: negativa: 01 - Se sigue un nivel medio de ingresos

- 02 - Es Psiquiatría
- 03 - -----
- 04 - No existe
- 05 - La buena organización del GDR.
- 06 - Sigue el circuito médico-admisiones-enfermeria.
- 07 - No

A - 15: Se utiliza algún sistema de estancias programadas en su hospital, si es afirmativa cual:

01 - Intervención

02 - No

03 - No

04 - GDR inefectivo

05 - GDR, pero no bien aplicado

06 - Pequeñas intervenciones sin ser un método específico.

07 - Cirugía pequeña.

A - 23: Porque deben conocer los familiares el alta del paciente.

01 - Para su comodidad y organización

02 - Por el tipo de patología

03 - Agilizar el alta hospitalaria

04 - Para agilizar el alta hospitalaria

05 - Para no retrasarla

06 - Para agilizar el alta y que no haya demoras

07 - Por comodidad y agilización del ingreso.

A - 29: Que circuito es el actual de las altas/ingresos

01 - Por disponibilidad de los quirofanos.

02 - No existe en circuito definido de tipo de patologías

03 - Alta y ingreso programado

04 - Ingreso = ucias-admisiones-sala

Alta = Médico-paciente-enfermería-admisiones.

05 - Posibilidad de ingreso por ucias una vez haya el alta.

06 - Bien por ucias-admisiones-sala o por ambulatorio.

07 - Altas = Médicos-enfermera

Ingresos = Ucias-sala.

A -40: Cree que se puede mejorar el circuito, Médico-Admisiones-
Enfermeras.

01 - No

02 - No

03 - No

04 - No

05 - No

06 - No

07 - No

A -41: Que tipo de relación existe entre el departamento de admisiones y el departamento de enfermería con respecto al alta hospitalaria.

01 - Muy buena

02 - Buena

03 - Buena

04 - Muy Buena

05 - Buena

06 - Muy buena

07 - Muy buena

A - 42: Que tipo de relación existe entre el departamento de admisiones y el departamento médico, con respecto al alta hospitalaria.

01 - Muy buena

02 - Casi no hay solo relación de disponibilidad de camas

03 - Buena

04 - Muy buena

05 - Buena

06 - Muy buena

07 - Muy buena

A - 43 Que relación existe entre el departamento de admisiones y las asistentes sociales.

01 - Regular

02 - Estrecha debido a la necesidad por el tipo de paciente

03 - Regular

04 - Buena

05 - Buena

06 - Muy buena

07 - Normal

DIRECCIÓN ENFERMERIA.

E - 03: Que cargas de trabajo supone el alta-ingreso de pacientes en la unidad.

01 - Ninguna

02 - Ninguna

03 - Ninguna

04 - Con antelación ninguna

05 - Si proviene de acaece de mas trabajo que si es programado

06 - Si se tiene programada no supone mas carga de trabajo

07 - -----

E - 04: A que hora le vendría bien al departamento de enfermería que le comunicasen los médicos las altas, previstas.

01 - Mañana

02 - Mañana

03 - Mañana

04 - Mañana

05 - Mañana

06 - Mañana

07 - -----

E- 08: Porque cree que deberían programar el alta hospitalaria con 24 horas de antelación.

01 - Para mejorar la atención al paciente.

02 - ----- No

03 - Fluidez en las camas del resto de pacientes

04 - Organización del trabajo asistencial

05 - Poder distribuir mejor las cargas de trabajo

06 - Ampliar el acumulo de cargas al no tener establecido un orden.

07 - -----

(si es negativa)

A - 10: Cuanto tiempo les ocupa la preparación del paciente al alta médica con respecto a posibles cuidados posteriores al alta.

01 - -----

02 - -----

03 - -----

04 - -----

05 - -----

06 - -----

07 - -----

E - 14: Como cree que debería ser el circuito del alta hospitalaria.

- 01 - Médico-enfermería-paciente
- 02 - A traves de relación médico-enfermera
- 03 - Médico-enfermera-paciente
- 04 - Médico-enfermera-admisiones
- 05 - Médico-paciente-enfermeria-admisiones
- 06 - médico-paciente-enfermeria-admisiones
- 07 - -----

E - 18: Que tipo de relación existe entre el departamento de enfermería y el departamento de admisiones, con respecto a las altas hospitalarias.

- 01 - Bueno
- 02 - Comunicación del alta
- 03 - Buena
- 04 - Buena
- 05 - Solo de comunicación del alta
- 06 - Colaboración y comunicación en altas
- 07 - -----

E - 19: Que tipo de relación existe entre el departamento de enfermería y el departamento médico, con respecto a las altas hospitalarias.

01 - Muy buena

02 - Buena comunicación y discusión del alta

03 - Falta comunicación

04 - Buena

05 - Solo de comunicación del alta

06 - Colaboración y comunicación total en altas

07 - -----

E - 20: Que relación existe entre el departamento de enfermería y las asistentes sociales.

01 - Poca

02 - Buena

03 - Buena

04 - Buena

05 - Solo en casos especiales a la hora del alta hospitalaria

06 - Colaboración y comunicación total en altas.

07 -

DIRECCIÓN MÉDICA.

M - 02: A que hora pasan visita los médicos.

01 - Mañana y tarde

02 - Mañana

03 - Mañana

04 - Mañana

05 - Mañana

06 - Mañana

07 - Mañana

M - 06: Utilización de método de programación de las altas hospitalarias: (afirmación).

01 - Por disponibilidad de quirófano

02 - No

03 - No

04 - G.D.R.

05 - No

06 - No

07 - Buscan la posibilidad de altas en la sección médica

M - 07 Negativa, que motivos dificultan los métodos.

01 - Si

02 - Por pacientes Psiquiátricos

03 - No es necesario

04 - Si

05 - Se sigue estancia media

06 - Debido a que es personalizada

07 - Si

M - 09: Se utiliza algún sistema de estancias programadas en su hospital. (afirmativas)

01 - Según tipo de patología o intervención quirúrgica

02 - No

03 - No

04 - Cirugía

05 - G.D.R. y estancia media

06 - Personalizada por servicios

07 - La pequeña cirugía y cambios de prótesis.

M - 17: Porque deben conocer los familiares el alta del paciente.

- 01 - Comodidad y agilización
- 02 - Por lo especial de la patología
- 03 - Para saber su situación
- 04 - No deben
- 05 - -----
- 06 - Información / Prohibición menor de edad /
Disminución del capital
- 07 - Agilización y comodidad.

M - 23: Que circuito es el actual de las altas/ingresos.

- 01 - Por índice de ocupación de quirofanos
- 02 - Alta según patología/ ingresos por UCIAS.
- 03 - Enfermería/Admisiones/Ingresos.
- 04 - Dejan camas para UCIAS guardando las de quirófano
programado
- 05 - UCIAS y admisiones.
- 06 - Por especialidad y siempre hay cama
- 07 - Según disponibilidad de camas y afluencia de UCIAS

M - 32: Siguen algún control de altas voluntarias en su hospital

si es afirmativa cual:

- 01 - No hay control
- 02 - Por el tipo de patología
- 03 - No hay control
- 04 - Control en la historia clinica
- 05 - Indicado en la historia clinica
- 06 - Escrito en el informe de alta
- 07 - A traves de la historia clinica.

M³³ Que tipo de relación existe entre el departamento médico y el departamento de admisiones con respecto al alta hospitalaria.

- 01 - Buena
- 02 - Buena
- 03 - Buena
- 04 - Buena
- 05 - Posibilidades de camas libres para los ingresos de UCIAS.
- 06 - Admisiones deja siempre camas libres para UCIAS, el médico de consultas externas hace el ingreso.
- 07 - Buena

M - 34: Que relación existe entre el departamento médico y el departamento de enfermería con respecto al alta hospitalaria.

01 - Buena

02 - Relación y comunicación y valoración a la hora de dar el alta hospitalaria

03 - Buena

04 - Muy buena

05 - Buena

06 - Estricta y buena

07 - Comunicación y estancia del paciente.

M - 35: Que relación existe entre el departamento médico y las asistentes sociales.

01 - Buena

02 - Comunicación a través de enfermería

03 - Poca relación

04 - Buena

05 - Buena

06 - Eficaz, Eficiente.

07 - Ninguna.

ANEXO:

PROCESO ESTADISTICO SPSS.

```
01223110911221122213422122221125110009010002 11111
021112232212122222225 13 12131 20099 20017521112
031112215212112222215 1222211231 25099 2502 21142
04312220911212222213132122221121116005516001 521112
0541312101122222121313212222114114720 861002 11112
0642312 9132211222115 2122211145450002150001 511111
0753311 9112212221131221212111221 70 2 11111
```

```
set listing='a:admision.lis'/length=72/width=80/more=off.
title ' analisis cuestionario direccion admisiones'.
data list file='a:admision.dat'/
```

```
 caso 1-2
v1 to v5 3-7
v6 8-9
v7 to v30 10-33
v31 34-37
v32 38-39
v33 40-43
v34 44
v35 45-46
v36 to v40 47-51.
var labels v1 'tama o centro'
v2 'tipo institucion'
v3 'nivel institucion'
v4 'hospital de dia'
v5 'cirugia ambulatoria'
v6 'estancia media'
v7 'variacion estancia por especialidad'
v8 'programacion de visitas medicos'
v9 'comunicador alta-auxiliar'
v10 'comunicador alta-enfermera'
v11 'comunicador alta-supervisora'
v12 'comunicador alta-medico'
v13 'comunicador alta-asis.social'
v14 'comunicador alta-otros'
v15 'uso metodo de programacion altas'
v16 'uso de sistema estancia programada'
v17 'posibilidad aplicacion metodo'
v18 'tipo de sistema de estancia programada'
v19 'demoras alta en el sistema'
v20 'antelacion altas hospitalarias'
v21 'informacion familiares alta'
v22 'antelacion informacion familiar'
v23 'conocimiento familiar del sistema'
v24 'opinion calidad asistencial'
v25 'conocimiento familiar de demora'
v26 'valoracion situacion familiar-alta'
v27 'opinion general altas hospitalarias'
v28 'horario de ingreso programado'
v29 'momento comunicacion alta'
v30 'circuito comunicacion alta'
v31 'numero ingresos 6 meses'
v32 'porcentage ingresos programados'
v33 'numero de altas 6 meses'
```

```

v34 'altas con problemas sociales'
v35 'numero de altas problematicas'
v36 'circuito para el alta medica'
v37 'circuito medico-enfer-admision'
v38 'valoracion circuito m-e-a'
v39 'valoracion servicio asis.social'
v40 'suficiencia recursos ser asis.social'.
value labels v1 1 '0-100' 2 '101-200' 3 '201-300' 4 '301-500'
5 '501-1000'/ V2 1 'PUBLICO' 2 'PRIVADO' 3 'CONCERTADO'/
v3 1 'tipo I' 2 'Tipo II' 3 'Tipo III'/
v4,v5,v7,v9 to v15,v24 to v27,v34,v36,v37,v38,v40 1 'si' 2 'no'/
v8 1 'momento visita' 2 'horas antes' 3 '24 h.antelacion'
4 '48 h.antelacion'/ v17 1 'si' 2 'no' 3 'ya existe'/
v18 1 'GDR' 2 'AVACS' 3 'estancia media' 4 'otros' 5 'ninguno'/
v19,v20,v22 1 'menos 24 h.' 2 '24 horas' 3 'mas 24 h.' 4 'mas 48
h.'/
v28 1 'ma ana' 2 'tarde' 3 'cama libre'/
v29 1 'horas antes' 2 'final visita' 3 '24 h.antes' 4 '48 h.
antes'
5 'a discreccion'/ v30 1 'impreso' 2 'telefono' 3
'informaticamente'
4 'verbalmente' 5 'otros'/v39 1 'eficiente' 2 'eficaz' 3
'equitativo'
4 'deficiente' 5 'ineficaz'.
frequencies variables=v1 to v5,v7 to v30,v34 to v40
/barchart.
frequencies variables=v6,v31 to v33
/format=condense
/hbar
/statistics=all.
finish.

```

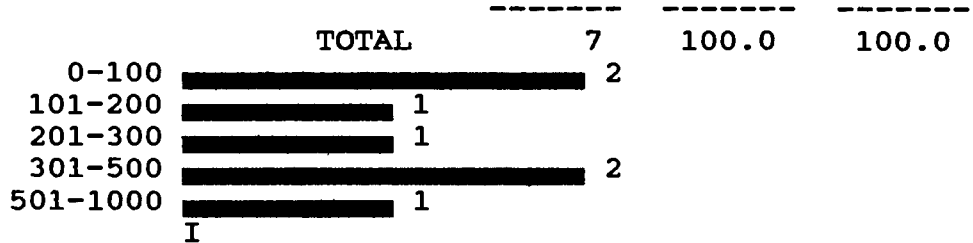
v11 '

The raw data or transformation pass is proceeding
7 cases are written to the uncompressed active file.
/barchart.

***** Memory allows a total of 6048 Values, accumulated across
all Variables.
There also may be up to 756 Value Labels for each
Variable.

V1 tamaño centro

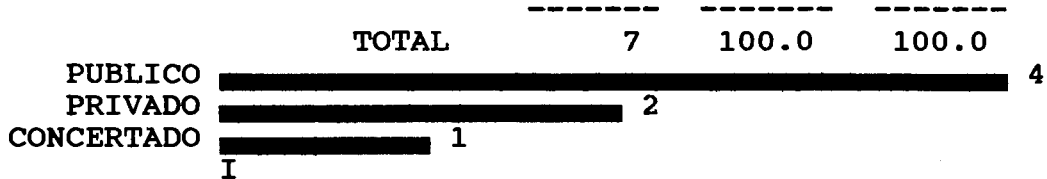
Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
0-100 28.6	1	2	28.6	28.6
101-200 42.9	2	1	14.3	14.3
201-300 57.1	3	1	14.3	14.3
301-500 85.7	4	2	28.6	28.6
501-1000 100.0	5	1	14.3	14.3



I.....I.....I.....I.....I.....I
 0 1 2 3 4
 5
 Valid Cases 7 Missing Cases 0

V2 tipo institucion

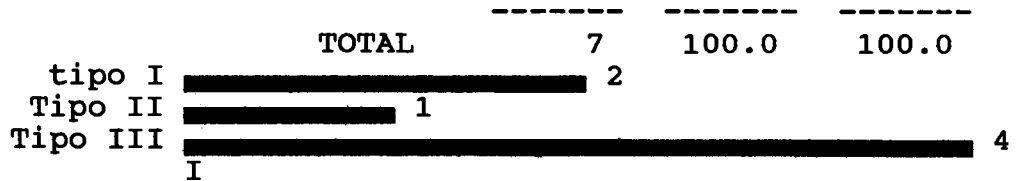
Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
PUBLICO 57.1	1	4	57.1	57.1
PRIVADO 85.7	2	2	28.6	28.6
CONCERTADO 100.0	3	1	14.3	14.3



I.....I.....I.....I.....I.....I
 0 1 2 3 4
 5
 Valid Cases 7 Missing Cases 0

V3 nivel institucion

Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
tipo I 28.6	1	2	28.6	28.6
Tipo II 42.9	2	1	14.3	14.3
Tipo III 100.0	3	4	57.1	57.1



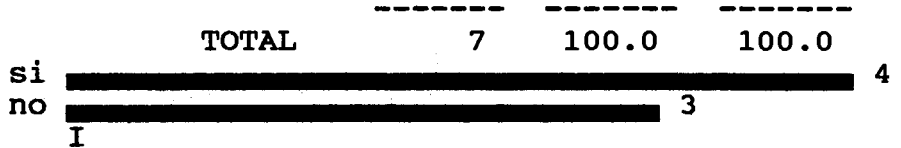
I.....I.....I.....I.....I.....I
0 1 2 3 4

5

Valid Cases 7 Missing Cases 0

V4 hospital de dia

Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
si 57.1	1	4	57.1	57.1
no 100.0	2	3	42.9	42.9



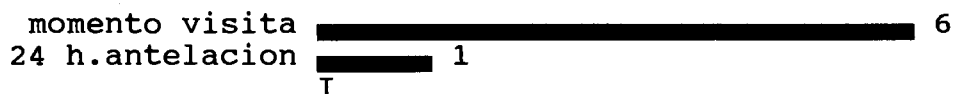
I.....I.....I.....I.....I.....I
0 1 2 3 4

5

Valid Cases 7 Missing Cases 0

V8 programacion de visitas medicos

Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
momento visita 85.7	1	6	85.7	85.7
24 h. antelacion 100.0	3	1	14.3	14.3
	TOTAL	7	100.0	100.0



I.....I.....I.....I.....I.....I
 0 2 4 6 8

10

Valid Cases 7 Missing Cases 0

4/18/93

V9 comunicador alta-auxiliar

Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
no 100.0	2	7	100.0	100.0
	TOTAL	7	100.0	100.0



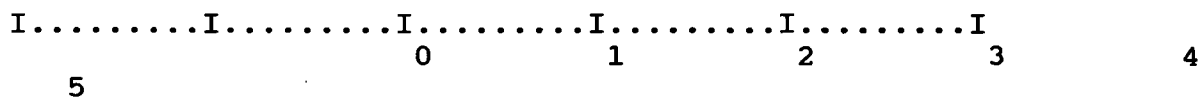
I.....I.....I.....I.....I.....I
 0 2 4 6 8

10

Valid Cases 7 Missing Cases 0

V10 comunicador alta-enfermera

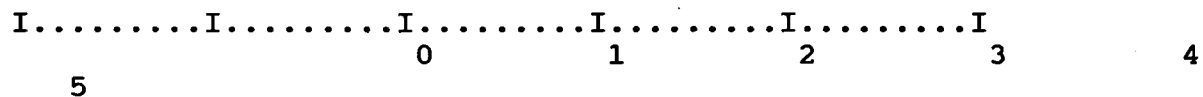
Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
si 42.9	1	3	42.9	42.9
no 100.0	2	4	57.1	57.1
	TOTAL	7	100.0	100.0



Valid Cases 7 Missing Cases 0

V11 comunicador alta-supervisora

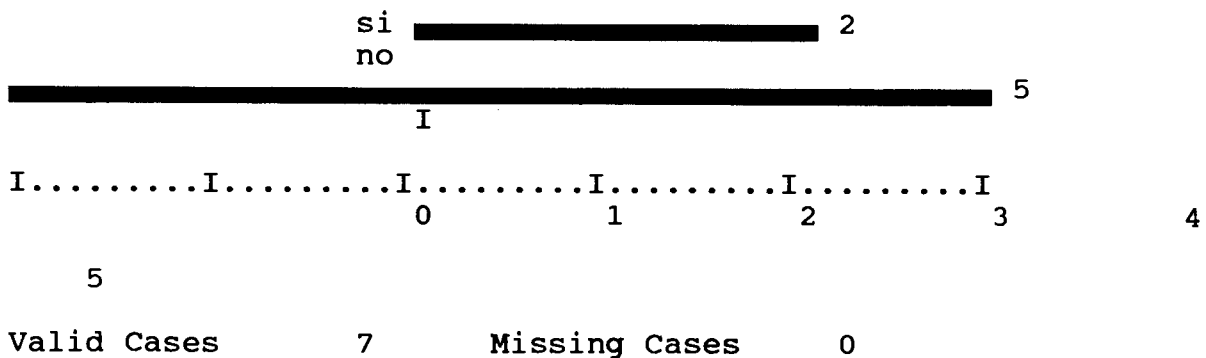
Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
si 57.1	1	4	57.1	57.1
no 100.0	2	3	42.9	42.9
	TOTAL	7	100.0	100.0



Valid Cases 7 Missing Cases 0

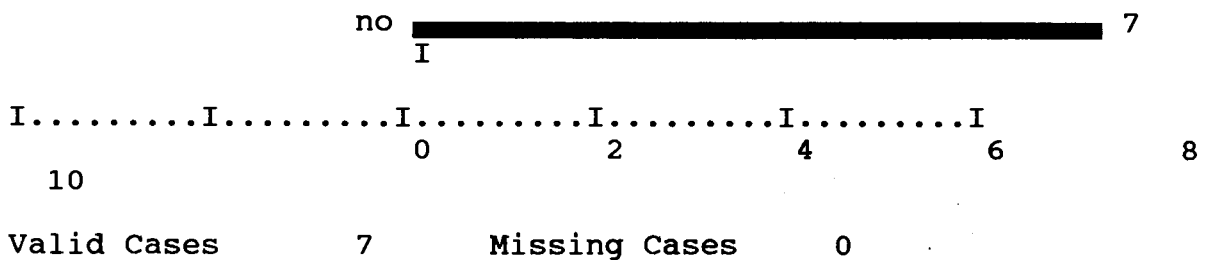
V12 comunicador alta-medico

Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
si 28.6	1	2	28.6	28.6
no 100.0	2	5	71.4	71.4
	TOTAL	7	100.0	100.0



V13 comunicador alta-asis.social

Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
no 100.0	2	7	100.0	100.0
	TOTAL	7	100.0	100.0



V14 comunicador alta-otros

Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
si 14.3	1	1	14.3	14.3
no 100.0	2	6	85.7	85.7
	TOTAL	7	100.0	100.0



I.....I.....I.....I.....I.....I
 0 2 4 6 8
 10

Valid Cases 7 Missing Cases 0

V15 uso metodo de programacion altas

Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
si 14.3	1	1	14.3	14.3
no 100.0	2	6	85.7	85.7
	TOTAL	7	100.0	100.0

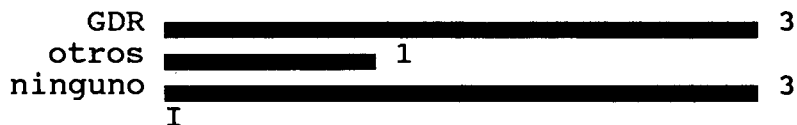


I.....I.....I.....I.....I.....I
 0 2 4 6 8
 10

Valid Cases 7 Missing Cases 0

V18 tipo de sistema de estancia programada

Cum	Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
	GDR	1	3	42.9	42.9
42.9	otros	4	1	14.3	14.3
57.1	ninguno	5	3	42.9	42.9
100.0					
	TOTAL		7	100.0	100.0

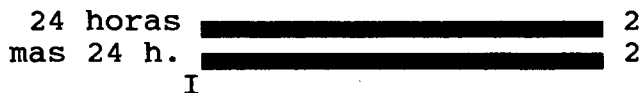


I.....I.....I.....I.....I.....I
 0 1 2 3 4
 5

Valid Cases 7 Missing Cases 0

V19 demoras alta en el sistema

Cum	Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
	24 horas	2	2	28.6	50.0
50.0	mas 24 h.	3	2	28.6	50.0
100.0	.		3	42.9	MISSING
	TOTAL		7	100.0	100.0

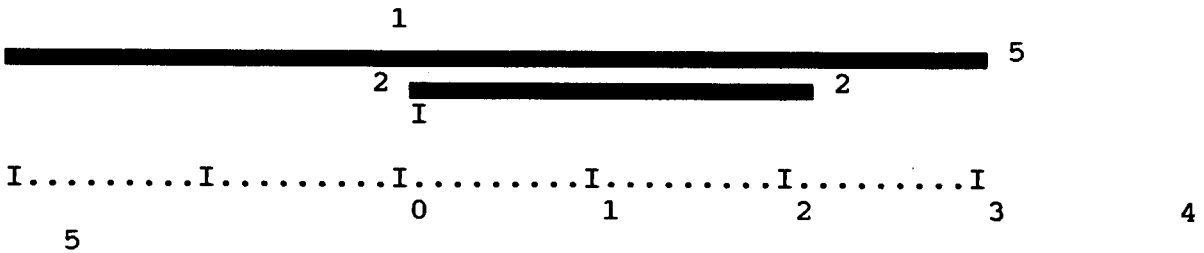


I.....I.....I.....I.....I.....I
 0 1 2 3 4
 5

Valid Cases 4 Missing Cases 3

V16 uso de sistema estancia programada

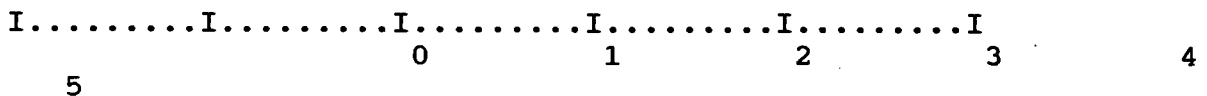
Cum	Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
71.4		1	5	71.4	71.4
100.0		2	2	28.6	28.6
		TOTAL	7	100.0	100.0



Valid Cases 7 Missing Cases 0

V17 posibilidad aplicacion metodo

Cum	Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
28.6	si	1	2	28.6	28.6
42.9	no	2	1	14.3	14.3
100.0	ya existe	3	4	57.1	57.1
		TOTAL	7	100.0	100.0

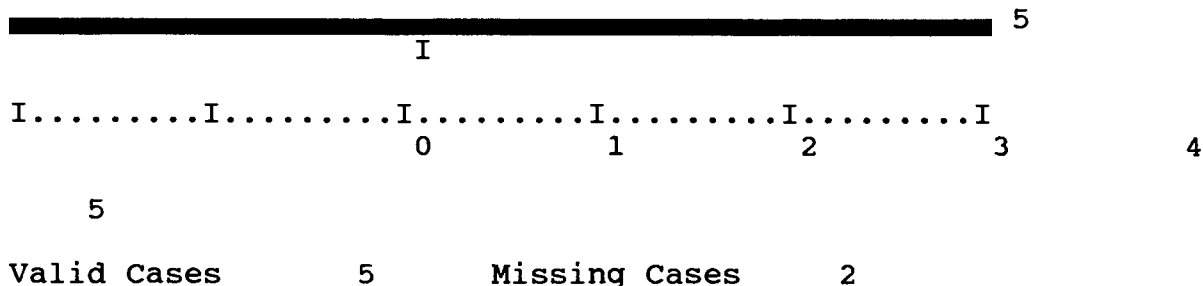


Valid Cases 7 Missing Cases 0

V20 antelacion altas hospitalarias

Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
24 horas 100.0	2	5	71.4	100.0
	.	2	28.6	MISSING
	TOTAL	7	100.0	100.0

24 horas



V21 informacion familiares alta

Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
100.0	1	7	100.0	100.0
	TOTAL	7	100.0	100.0



Valid Cases 7 Missing Cases 0

V 22 antelacion informacion familiar

Cum	Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
85.7	24 horas	2	6	85.7	85.7
100.0	mas 24 h.	3	1	14.3	14.3

	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
TOTAL		7	100.0	100.0
24 horas		6		
mas 24 h.		1		

I.....I.....I.....I.....I.....I
 0 2 4 6 8

10

Valid Cases 7 Missing Cases 0

V23 conocimiento familiar del sistema

Cum	Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
16.7	1	1	14.3	16.7	
100.0	2	5	71.4	83.3	
	.	1	14.3	MISSING	

	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
TOTAL		7	100.0	100.0
1		1		
2		5		

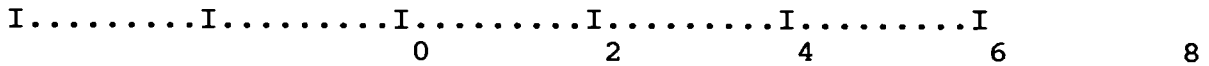
I.....I.....I.....I.....I.....I
 0 1 2 3 4

5

Valid Cases 6 Missing Cases 1

V26 valoración situacion familiar-alta

Cum	Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
si		1	7	100.0	100.0
100.0					
		TOTAL	7	100.0	100.0

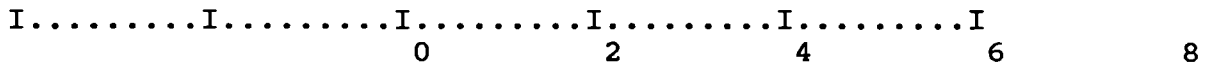


10

Valid Cases 7 Missing Cases 0

V27 opinion general altas hospitalarias

Cum	Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
si		1	6	85.7	85.7
85.7					
no		2	1	14.3	14.3
100.0					
		TOTAL	7	100.0	100.0

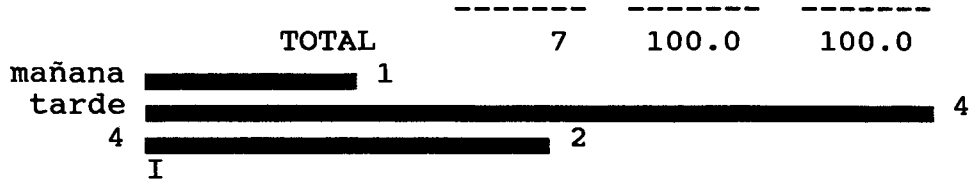


10

Valid Cases 7 Missing Cases 0

V28 momento comunicacion alta

Cum	Value	Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
	1	mañana	1	1	14.3	14.3
14.3	2	tarde	2	4	57.1	57.1
71.4	4		4	2	28.6	28.6
100.0						



I.....I.....I.....I.....I.....I

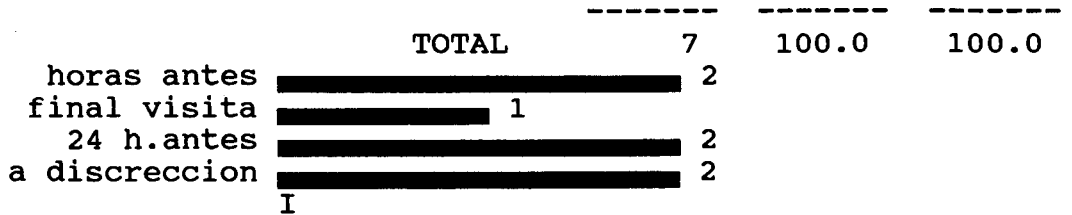
0 1 2 3 4

5

Valid Cases 7 Missing Cases 0

V29

Cum	Value	Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
	1	horas antes	1	2	28.6	28.6
28.6	2	final visita	2	1	14.3	14.3
42.9	3	24 h.antes	3	2	28.6	28.6
71.4	5	a discreccion	5	2	28.6	28.6
100.0						



I.....I.....I.....I.....I.....I

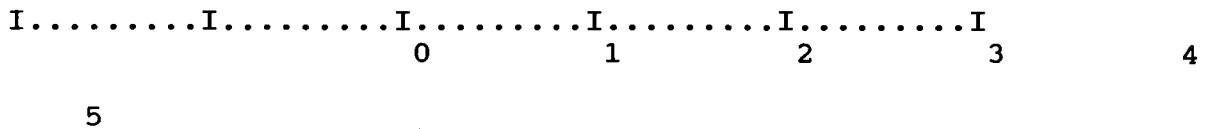
0 1 2 3 4

5

Valid Cases 7 Missing Cases 0

V35 numero de altas problematicas

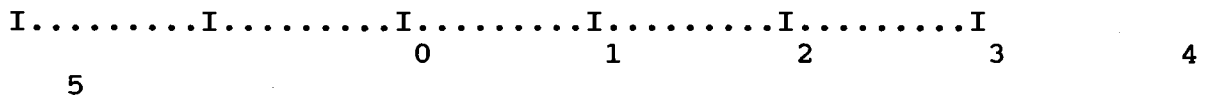
Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
66.7	5	2	28.6	66.7
100.0	75	1	14.3	33.3
	.	4	57.1	MISSING
	TOTAL	7	100.0	100.0



Valid Cases 3 Missing Cases 4

V36 circuito para el alta medica

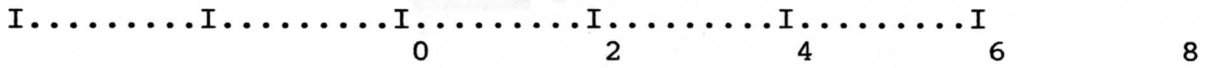
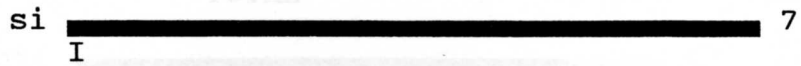
Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
57.1	1	4	57.1	57.1
100.0	2	3	42.9	42.9
	TOTAL	7	100.0	100.0



Valid Cases 7 Missing Cases 0

V37 circuito medico-enfer-admision

Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
si 100.0	1	7	100.0	100.0
	TOTAL	7	100.0	100.0

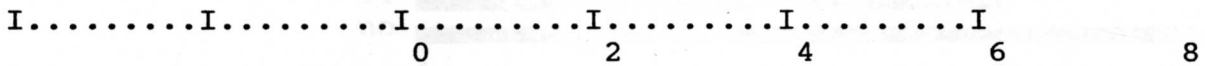


10

Valid Cases 7 Missing Cases 0

V38 valoracion circuito m-e-a

Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
si 100.0	1	7	100.0	100.0
	TOTAL	7	100.0	100.0

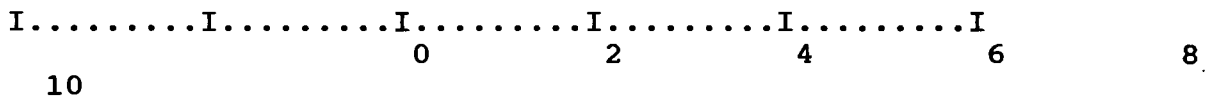


10

Valid Cases 7 Missing Cases 0

V39 valoración servicio asis.social

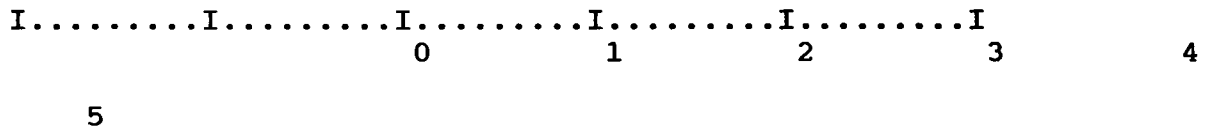
Cum	Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
85.7	eficiente	1	6	85.7	85.7
100.0	deficiente	4	1	14.3	14.3
	TOTAL		7	100.0	100.0



Valid Cases 7 Missing Cases 0

V40 suficiencia recursos ser asis.social

Cum	Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
42.9	si	1	3	42.9	42.9
100.0	no	2	4	57.1	57.1
	TOTAL		7	100.0	100.0



Valid Cases 7 Missing Cases 0

This procedure was completed at 22:45:18
 frequencies variables=v6,v31 to v33
 /format=condense
 /hbar
 /statistics=all.

***** Memory allows a total of 6048 Values, accumulated across
 all Variables.
 There also may be up to 756 Value Labels for each
 Variable.

V6 estancia media

CUM				CUM						
CUM	VALUE	FREQ	PCT	PCT	VALUE	FREQ	PCT	PCT	VALUE	FREQ
PCT	PCT									
	9	4	57	57	15	1	14	86		
	10	1	14	71	32	1	14	100		



I.....I.....I.....I.....I.....I
 0 1 2 3 4
 5

Mean	13.286	Std Err	3.227	Median	9.000
Mode	9.000	Std Dev	8.538	Variance	72.905
Kurtosis	5.499	S E Kurt	1.587	Skewness	2.327
S E Skew	.794	Range	23.000	Minimum	9.000
Maximum	32.000	Sum	93.000		

Valid Cases 7 Missing Cases 0

V31 numero ingresos 6 meses

CUM				CUM						
CUM	VALUE	FREQ	PCT	PCT	VALUE	FREQ	PCT	PCT	VALUE	FREQ
PCT	PCT									
	200	1	17	17	1000	1	17	50	4720	1
17	83									
	250	1	17	33	1600	1	17	67	5000	1
17	100									

M I S S I N G D A T A			
VALUE	FREQ	VALUE	FREQ
.	1		

200	██████████	1
250	██████████	1
1000	██████████	1
1600	██████████	1
4720	██████████	1
5000	██████████	1

I.....I.....I.....I.....I.....I
 0 1 2 3 4

5

Mean	2128.333	Std Err	889.983	Median
1300.000		Std Dev	2180.004	Variance
Mode	200.000	S E Kurt	1.741	Skewness
4752416.67		Range	4800.000	Minimum
Kurtosis	-1.877	Sum	12770.000	
.744				
S E Skew	.845			
200.000				
Maximum	5000.000			

Valid Cases 6 Missing Cases 1

V33 numero de altas 6 meses

CUM				CUM						
CUM	VALUE	FREQ	PCT	PCT	VALUE	FREQ	PCT	PCT	VALUE	FREQ
PCT	PCT									
	200	1	17	17	1000	1	17	50	5000	1
17	83									
	250	1	17	33	1600	1	17	67	6100	1
17	100									

M I S S I N G D A T A					
VALUE	FREQ	VALUE	FREQ	VALUE	FREQ
.	1				

200	██████████	1
250	██████████	1
1000	██████████	1
1600	██████████	1
5000	██████████	1
6100	██████████	1
	I	

I.....I.....I.....I.....I.....I.....I
 0 1 2 3 4

5

Mean	2358.333	Std Err	1040.866	Median	
1300.000					
Mode	200.000	Std Dev	2549.591	Variance	
6500416.67					
Kurtosis	-1.448	S E Kurt	1.741	Skewness	
.877					
S E Skew	.845	Range	5900.000	Minimum	
200.000					
Maximum	6100.000	Sum	14150.000		

Valid Cases 6 Missing Cases 1

 This procedure was completed at 22:45:30
 finish.

End of Include file.

0121111132111121
0221112133111121
0321111132111142
0423111132111112
0523111134111112
0623211132111112

caso 1-2

v1 to v14 3-16.

```
var labels v1 'trabajo conocimiento alta'  
v2 'tiempo disponibilidad habitacion'  
v3 'alta depart.enfermeria'  
v4 'opinion antelacion 24 horas alta'  
v5 'antelacion reduce problemas organizacion'  
v6 'dpto informado antelacion del alta'  
v7 'tiempo necesario programar alta'  
v8 'notificacion del alta medica'  
v9 'necesidad de planificacion alta'  
v10 'valoracion situacion familiar'  
v11 'coincidencia alta enfermeria-alta medico'  
v12 'dpto. enfermeria comunica a admisiones'  
v13 'valoracion servicio asistencia social'  
v14 'recursos servicio asis.social'.
```

```
value labels v2 1 '1 hora' 2 '2 horas' 3 '3 horas' 4 '6 horas'/  
v1,v3 to v6,v9 to v12,v14 1 'si' 2 'no'/  
v7 1 'momento visita' 2 'horas antes' 3 '24 h.antelacion'  
4 '48 h.antelacion'/  
v8 1 'verbalmente' 2 'escrita' 3 'otros'/  
v13 1 'eficiente' 2 'eficaz' 3 'equitativo'  
4 'deficiente' 5 'ineficaz'.
```

frequencies variables=v1 to v14

The raw data or transformation pass is proceeding

6 cases are written to the uncompressed active file.

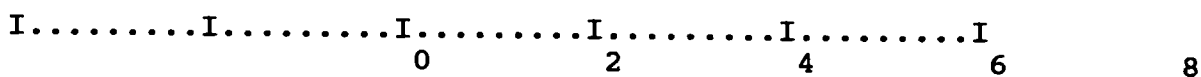
/barchart.

***** Memory allows a total of 6048 Values, accumulated across
all Variables.

There also may be up to 756 Value Labels for each
Variable.

V1 trabajo conocimiento alta

Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
no 100.0	2	6	100.0	100.0
	TOTAL	6	100.0	100.0

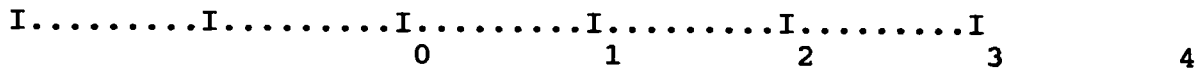


10

Valid Cases 6 Missing Cases 0

V2 tiempo disponibilidad habitacion

Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
1 hora 50.0	1	3	50.0	50.0
3 horas 100.0	3	3	50.0	50.0
	TOTAL	6	100.0	100.0

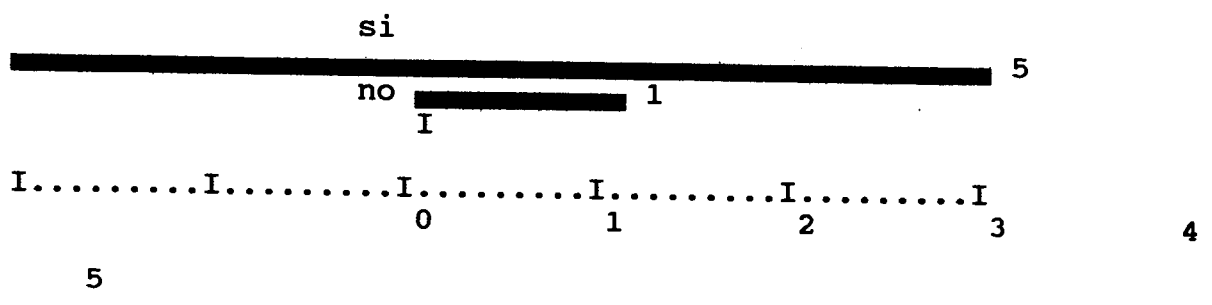


5

Valid Cases 6 Missing Cases 0

V3 alta depart.enfermeria

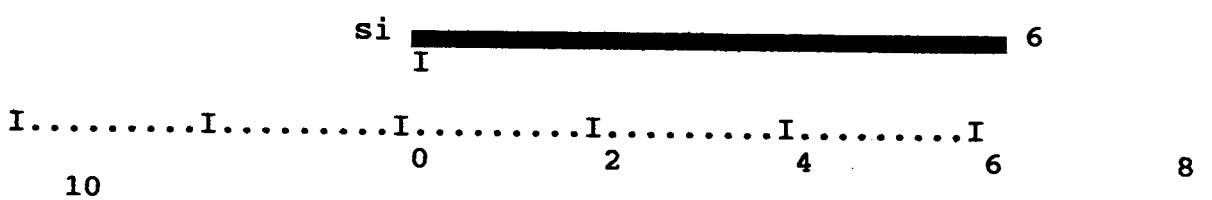
Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
si 83.3	1	5	83.3	83.3
no 100.0	2	1	16.7	16.7
	TOTAL	6	100.0	100.0



Valid Cases 6 Missing Cases 0

V4 opinion antelacion 24 horas alta

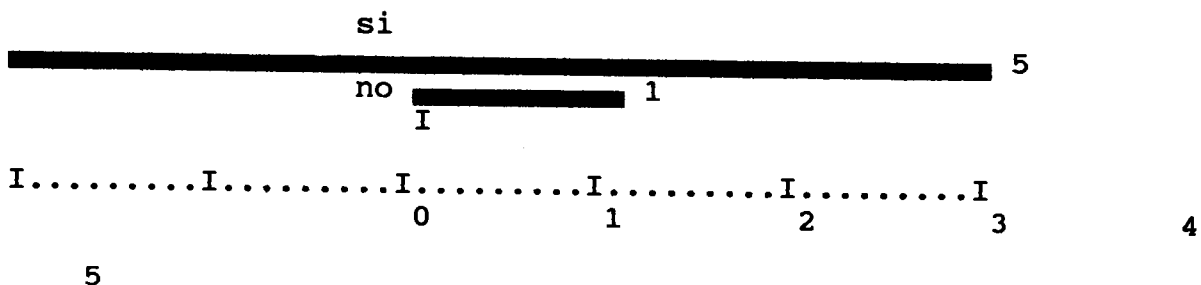
Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
si 100.0	1	6	100.0	100.0
	TOTAL	6	100.0	100.0



Valid Cases 6 Missing Cases 0

V5 antelacion reduce problemas organizacion

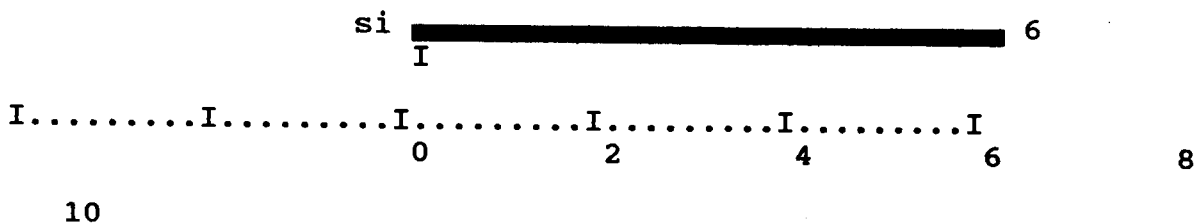
Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
si 83.3	1	5	83.3	83.3
no 100.0	2	1	16.7	16.7
	TOTAL	6	100.0	100.0



Valid Cases 6 Missing Cases 0

V6 dpto informado antelacion del alta

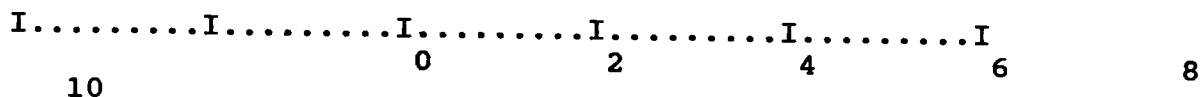
Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
si 100.0	1	6	100.0	100.0
	TOTAL	6	100.0	100.0



Valid Cases 6 Missing Cases 0

V7 tiempo necesario programar alta

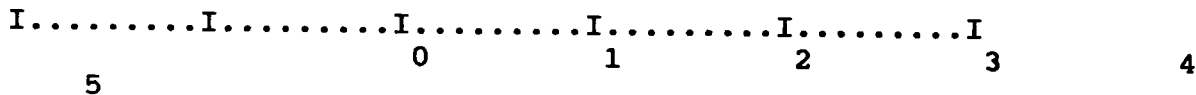
Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
24 h. antelacion 100.0	3	6	100.0	100.0
TOTAL		6	100.0	100.0



Valid Cases 6 Missing Cases 0

V8 notificacion del alta medica

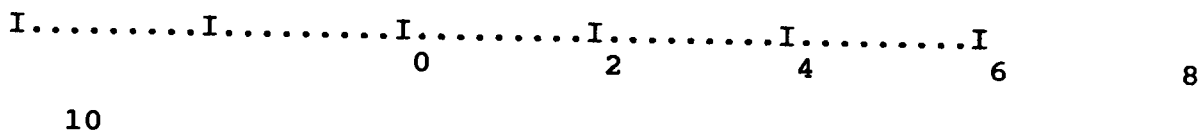
Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
escrita 66.7	2	4	66.7	66.7
otros 83.3	3	1	16.7	16.7
100.0	4	1	16.7	16.7
TOTAL		6	100.0	100.0



Valid Cases 6 Missing Cases 0

V11 coincidencia alta enfermeria-alta medico

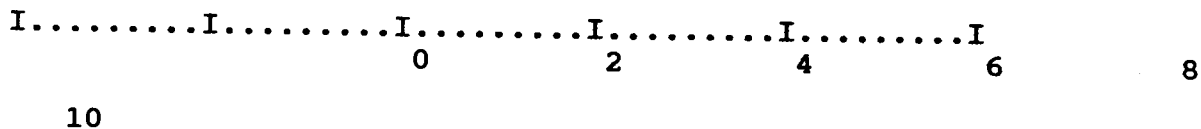
Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
si 100.0	1	6	100.0	100.0
	TOTAL	6	100.0	100.0



Valid Cases 6 Missing Cases 0

V12 dpto. enfermeria comunica a admisiones

Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
si 100.0	1	6	100.0	100.0
	TOTAL	6	100.0	100.0



Valid Cases 6 Missing Cases 0

V13 valoracion servicio asistencia social

Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
eficiente 50.0	1	3	50.0	50.0
eficaz 83.3	2	2	33.3	33.3
deficiente 100.0	4	1	16.7	16.7

	TOTAL	Frequency	Percent	Valid Percent
eficiente		3		
eficaz		2		
deficiente		1		
	TOTAL	6	100.0	100.0

I.....I.....I.....I.....I.....I
 5 0 1 2 3 4

Valid Cases 6 Missing Cases 0

V14 recursos servicio asis.social

Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
si 33.3	1	2	33.3	33.3
no 100.0	2	4	66.7	66.7

	TOTAL	Frequency	Percent	Valid Percent
si		2		
no		4		
	TOTAL	6	100.0	100.0

I.....I.....I.....I.....I.....I
 5 0 1 2 3 4

Valid Cases 6 Missing Cases 0

This procedure was completed at 22:50:20 finish.

End of Include file.

```

01223110911221122213422122221125110009010002 11111
021112232212122222225 13 12131 20099 20017521112
031112215212112222215 1222211231 25099 2502 21142
04312220911212222213132122221121116005516001 521112
0541312101122222121313212222114114720 861002 11112
0642312 9132211222115 2122211145450002150001 511111
0753311 9112212221131221212111221 70 2 11111

```

```

title 'análisis cuestionario dirección médica'.

```

```

data list file='a:medico.dat'/

```

```

caso 1-2

```

```

v1 to v27 3-29.

```

```

var labels v1 'numero médicos dan alta'

```

```

v2 'programación altas en visitas'

```

```

v3 'a quien se comunica el alta'

```

```

v4 'método programación alta'

```

```

v5 'sistema estancias programadas'

```

```

v6 'posibilidad aplicación algún método'

```

```

v7 'uso sistema de estancias programadas'

```

```

v8 'demoras en el sistema programación'

```

```

v9 'previsión sistemática de altas-horas'

```

```

v10 'familiares informados del alta'

```

```

v11 'antelación información familiares'

```

```

v12 'conocimiento familiares sistema altas'

```

```

v13 'calidad asistencial altas programadas'

```

```

v14 'conocimiento familiares de demoras'

```

```

v15 'valoración situación familiar'

```

```

v16 'opinión altas programadas calidad asis'

```

```

v17 'hora efectivo ingreso programado'

```

```

v18 'información cuidados pacientes altas'

```

```

v19 'alargamiento alta mejora calidad'

```

```

v20 'si no garantiza cuidados-no alta'

```

```

v21 'alta medida-no alta enfermería=paciente alta'

```

```

v22 'resolución conflicto médico-enfermera'

```

```

v23 'código ético influye alta'

```

```

v24 'sistema codificación patologías'

```

```

v25 'control altas voluntarias'

```

```

v26 'valoración servicio asis.social'

```

```

v27 'suficiencia recursos ser asis.social'..

```

```

value labels v1 1 '1-10' 2 '11-20' 3 '21-30' 4 '31-40'

```

```

5 'mas de 40'/

```

```

v3 1 'auxiliar' 2 'enfermera' 3 'supervisora' 4 'as.social'

```

```

5 'otros'/

```

```

v4,v5,v10,v12 to v16,v18 to v21,v23,v25,v27 1 'si' 2 'no'/

```

```

v2 1 'momento visita' 2 'horas antes' 3 '24 h. antelación'

```

```

4 '48 h. antelación'/

```

```

v6 1 'si' 2 'no' 3 'ya existe'/

```

```

v7 1 'GDR' 2 'AVACS' 3 'estancia media' 4 'otros' 5 'ninguno'/

```

```

v8,v9,v11 1 'menos 24 h.' 2 '24 horas' 3 'mas 24 h.' 4 'mas 48
h.'/

```

```

v17 1 'mañana' 2 'tarde' 3 'cama libre'/

```

```

v22 1 'consenso' 2 'criterio médico' 3 'otros'/

```

v24 1 'CIM-9-MC' 2 'CDM-10' 3 'NINGUNO' 4 'otros'/
 v26 1 'eficiente' 2 'eficaz' 3 'equitativo'
 4 'deficiente' 5 'ineficaz'.
 frequencies variables=v1 to v27
 The raw data or transformation pass is proceeding
 7 cases are written to the uncompressed active file.
 /barchart.

***** Memory allows a total of 6048 Values, accumulated across
 all Variables.
 There also may be up to 756 Value Labels for each
 Variable.

V1 numero medicos dan alta

Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
1-10 85.7	1	6	85.7	85.7
100.0	6	1	14.3	14.3
	TOTAL	7	100.0	100.0



I.....I.....I.....I.....I.....I
 0 2 4 6 8

10

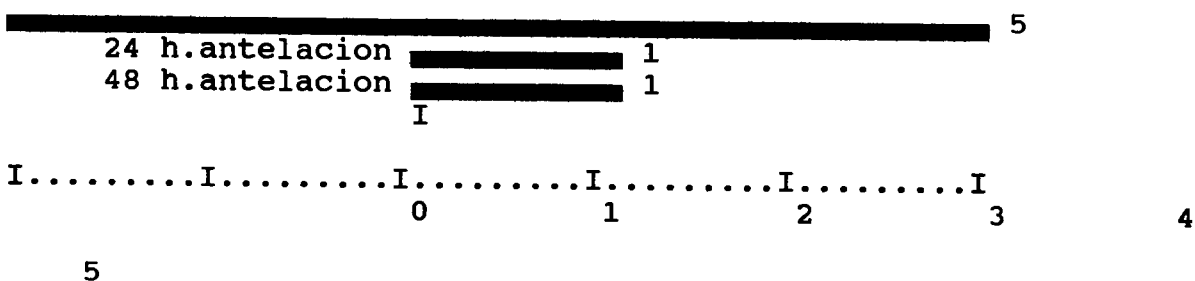
Valid Cases 7 Missing Cases 0

 --

V2 progrmacion altas en visitas

Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
momento visita 71.4	1	5	71.4	71.4
24 h. antelacion 85.7	3	1	14.3	14.3
48 h. antelacion 100.0	4	1	14.3	14.3
	TOTAL	7	100.0	100.0

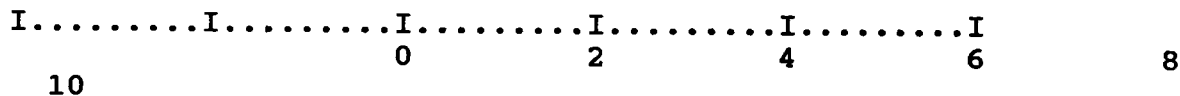
momento visita



Valid Cases 7 Missing Cases 0

V3 a quien se comunica el alta

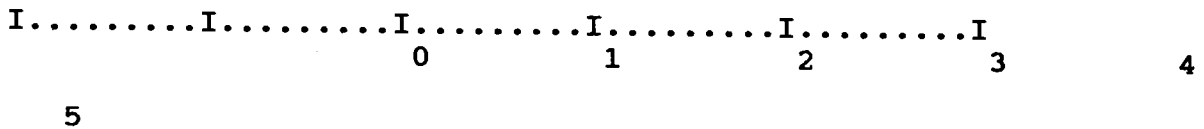
Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
supervisora 100.0	3	7	100.0	100.0
	TOTAL	7	100.0	100.0



Valid Cases 7 Missing Cases 0

V4 metodo programacion alta

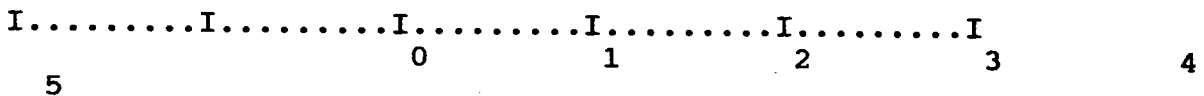
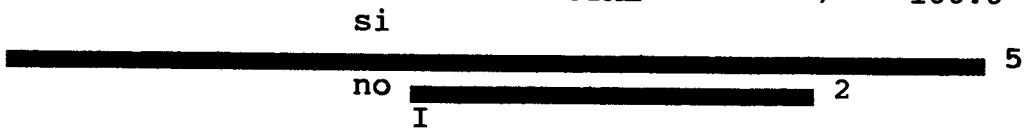
Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
si 42.9	1	3	42.9	42.9
no 100.0	2	4	57.1	57.1
	TOTAL	7	100.0	100.0



Valid Cases 7 Missing Cases 0

V5 sistema estancias programadas

Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
si 71.4	1	5	71.4	71.4
no 100.0	2	2	28.6	28.6
	TOTAL	7	100.0	100.0



Valid Cases 7 Missing Cases 0

V6 posibilidad aplicacion algun metodo

Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
si 28.6	1	2	28.6	28.6
ya existe 100.0	3	5	71.4	71.4

TOTAL 7 100.0 100.0

si [redacted] 2
ya existe [redacted]

[redacted] 5
I

I.....I.....I.....I.....I.....I
5 0 1 2 3 4

Valid Cases 7 Missing Cases 0

V7 uso sistema de estancias programadas

Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
GDR 42.9	1	3	42.9	42.9
estancia media 57.1	3	1	14.3	14.3
otros 85.7	4	2	28.6	28.6
ninguno 100.0	5	1	14.3	14.3

TOTAL 7 100.0 100.0

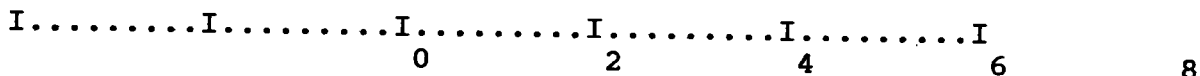
GDR [redacted] 3
estancia media [redacted] 1
otros [redacted] 2
ninguno [redacted] 1
I

I.....I.....I.....I.....I.....I
5 0 1 2 3 4

Valid Cases 7 Missing Cases 0

V8 demoras en el sistema programacion

Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
24 horas 100.0	2	6	85.7	100.0
	.	1	14.3	MISSING
	TOTAL	7	100.0	100.0

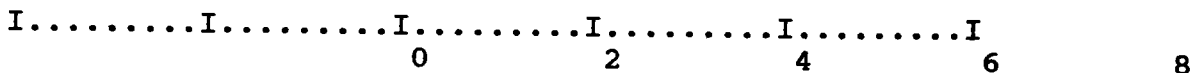


10

Valid Cases 6 Missing Cases 1

V9 prevision sistematica de altas-horas

Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
24 horas 85.7	2	6	85.7	85.7
mas 24 h. 100.0	3	1	14.3	14.3
	TOTAL	7	100.0	100.0

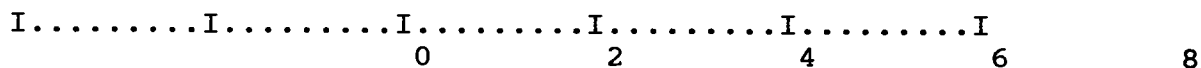


10

Valid Cases 7 Missing Cases 0

V10 familiares informados del alta

Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
si 100.0	1	7	100.0	100.0
	TOTAL	7	100.0	100.0

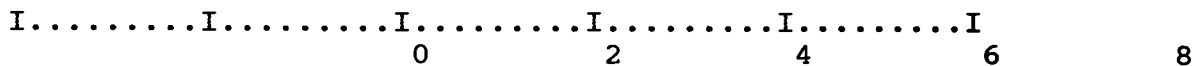


10

Valid Cases 7 Missing Cases 0

V11 antelacion informacion familiares

Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
24 horas 85.7	2	6	85.7	85.7
mas 24 h. 100.0	3	1	14.3	14.3
	TOTAL	7	100.0	100.0



10

Valid Cases 7 Missing Cases 0

V12 conocimiento familiares sistema altas

Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
si 14.3	1	1	14.3	14.3
no 100.0	2	6	85.7	85.7
	TOTAL	7	100.0	100.0



I.....I.....I.....I.....I.....I
 0 2 4 6 8

10

Valid Cases 7 Missing Cases 0

V13 calidad asistencial altas programadas

Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
no 100.0	2	7	100.0	100.0
	TOTAL	7	100.0	100.0



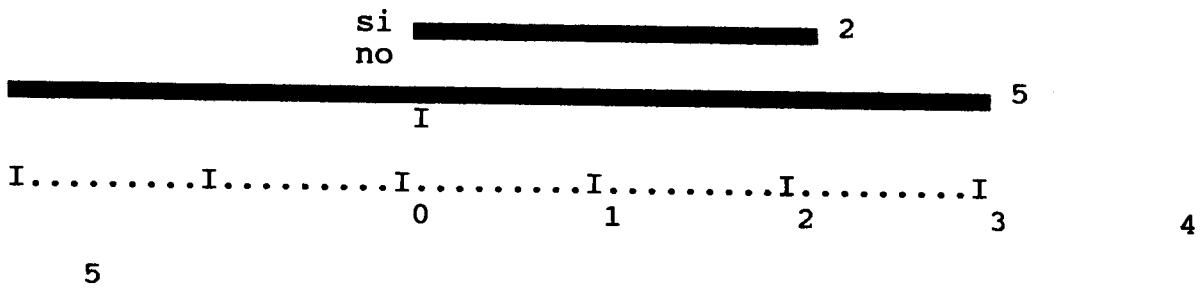
I.....I.....I.....I.....I.....I
 0 2 4 6 8

10

Valid Cases 7 Missing Cases 0

V14 conocimiento familiares de demoras

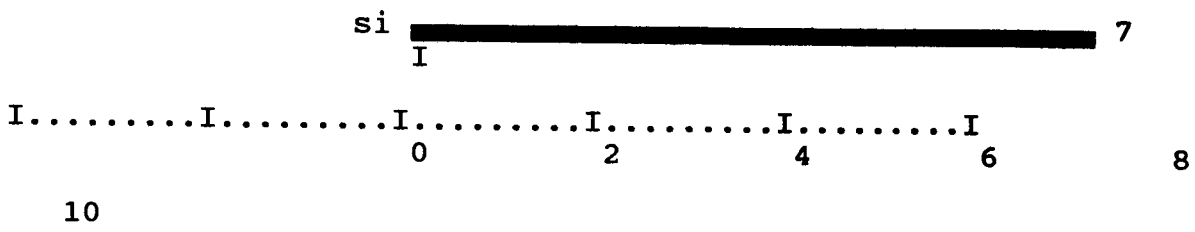
Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
si 28.6	1	2	28.6	28.6
no 100.0	2	5	71.4	71.4
	TOTAL	7	100.0	100.0



Valid Cases 7 Missing Cases 0

V15 valoracion situacion familiar

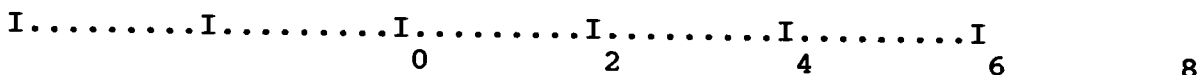
Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
si 100.0	1	7	100.0	100.0
	TOTAL	7	100.0	100.0



Valid Cases 7 Missing Cases 0

V16 opinion altas programadas calidad asis

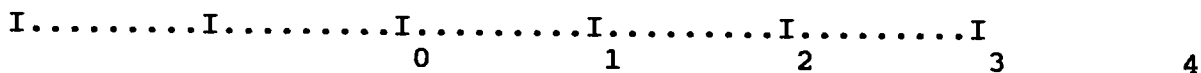
Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
si 100.0	1	7	100.0	100.0
	TOTAL	7	100.0	100.0



Valid Cases 7 Missing Cases 0

V17 hora efectivo ingreso programado

Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
mañana 14.3	1	1	14.3	14.3
tarde 85.7	2	5	71.4	71.4
100.0	4	1	14.3	14.3
	TOTAL	7	100.0	100.0



5

Valid Cases 7 Missing Cases 0

V18 informacion cuidados pacientes altas

Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
si 100.0	1	7	100.0	100.0
	TOTAL	7	100.0	100.0

si  7
I

I.....I.....I.....I.....I.....I
0 2 4 6 8

10

Valid Cases 7 Missing Cases 0

V19 alargamiento alta mejora calidad

Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
si 100.0	1	6	85.7	100.0
	.	1	14.3	MISSING
	TOTAL	7	100.0	100.0

si  6
I

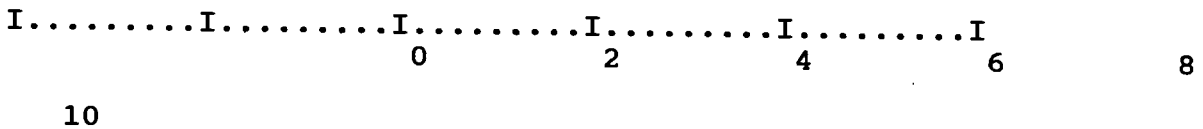
I.....I.....I.....I.....I.....I
0 2 4 6 8

10

Valid Cases 6 Missing Cases 1

V20 si no garantica cuidados-no alta

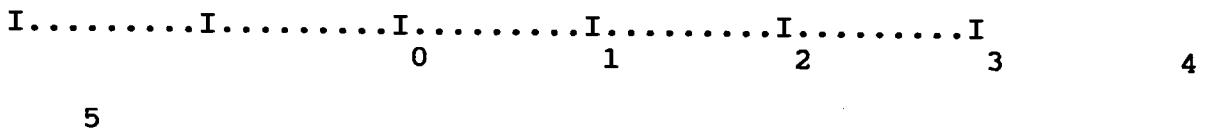
Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
si 100.0	1	7	100.0	100.0
	TOTAL	7	100.0	100.0



Valid Cases 7 Missing Cases 0

V21 alta medida-no alta enfermeria=paciente

Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
si 57.1	1	4	57.1	57.1
no 100.0	2	3	42.9	42.9
	TOTAL	7	100.0	100.0

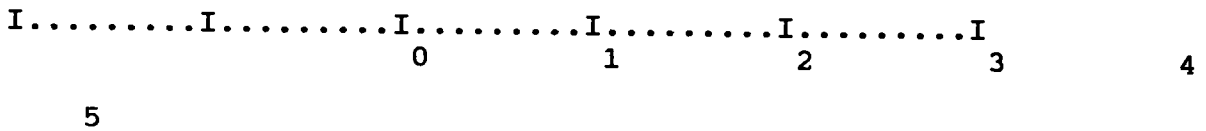


Valid Cases 7 Missing Cases 0

V22

resolucion conflicto medico-enfermera

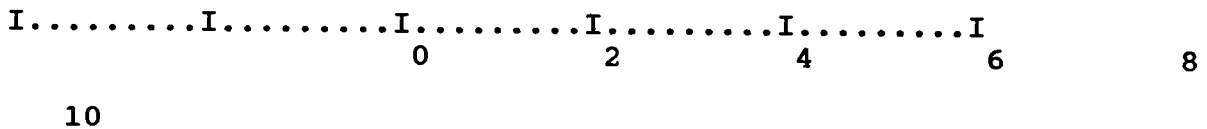
Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
consenso 50.0	1	3	42.9	50.0
critorio medico 100.0	2	3	42.9	50.0
	.	1	14.3	MISSING
	TOTAL	7	100.0	100.0



Valid Cases 6 Missing Cases 1

V23 codico etico influye alta

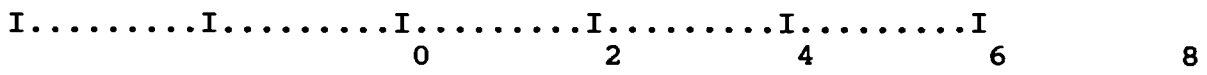
Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
si 100.0	1	7	100.0	100.0
	TOTAL	7	100.0	100.0



Valid Cases 7 Missing Cases 0

V24 sistema codificacion patologias

Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
CIM-9-MC 85.7	1	6	85.7	85.7
NINGUNO 100.0	3	1	14.3	14.3
TOTAL		7	100.0	100.0

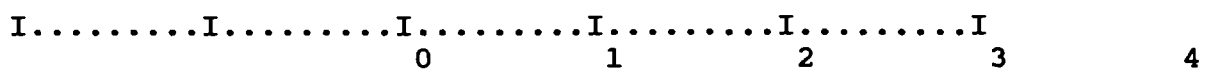
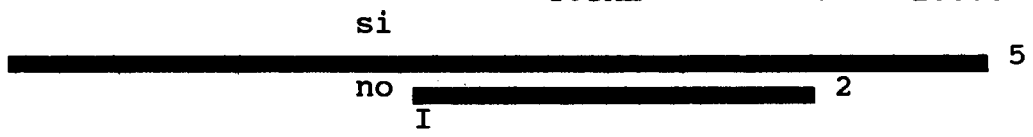


10

Valid Cases 7 Missing Cases 0

V25 control altas voluntarias

Cum Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
si 71.4	1	5	71.4	71.4
no 100.0	2	2	28.6	28.6
TOTAL		7	100.0	100.0



5

Valid Cases 7 Missing Cases 0

V26 valoracion servicio asis.social

Cum	Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
85.7	eficiente	1	6	85.7	85.7
100.0	deficiente	4	1	14.3	14.3
			-----	-----	-----
TOTAL			7	100.0	100.0



I.....I.....I.....I.....I.....I
 0 2 4 6 8
 10
 Valid Cases 7 Missing Cases 0

V27 suficiencia recursos ser asis.social

Cum	Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent
42.9	si	1	3	42.9	42.9
100.0	no	2	4	57.1	57.1
			-----	-----	-----
TOTAL			7	100.0	100.0



I.....I.....I.....I.....I.....I
 0 1 2 3 4
 5
 Valid Cases 7 Missing Cases 0

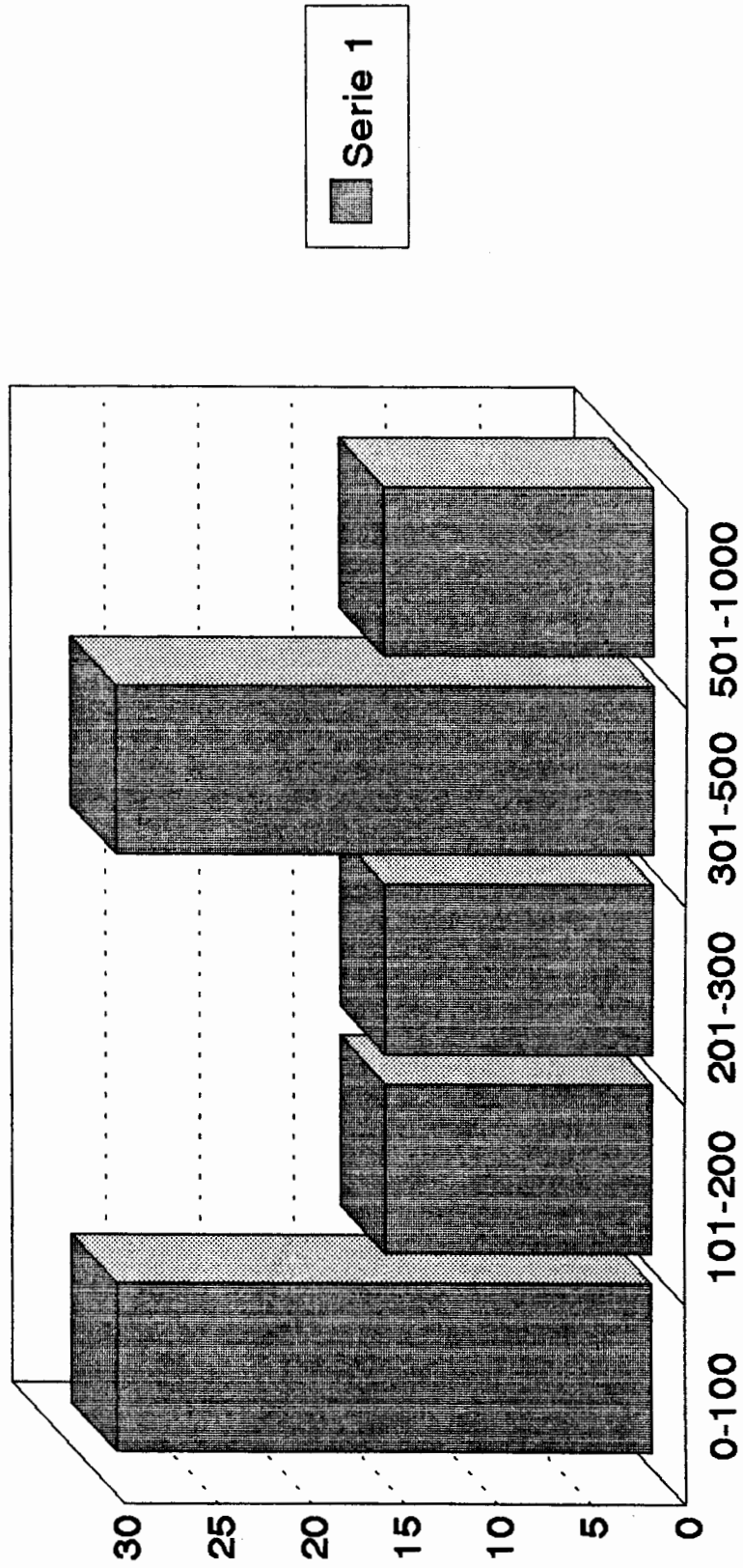
This procedure was completed at 22:56:32 finish.

End of include file.

ANEXO:

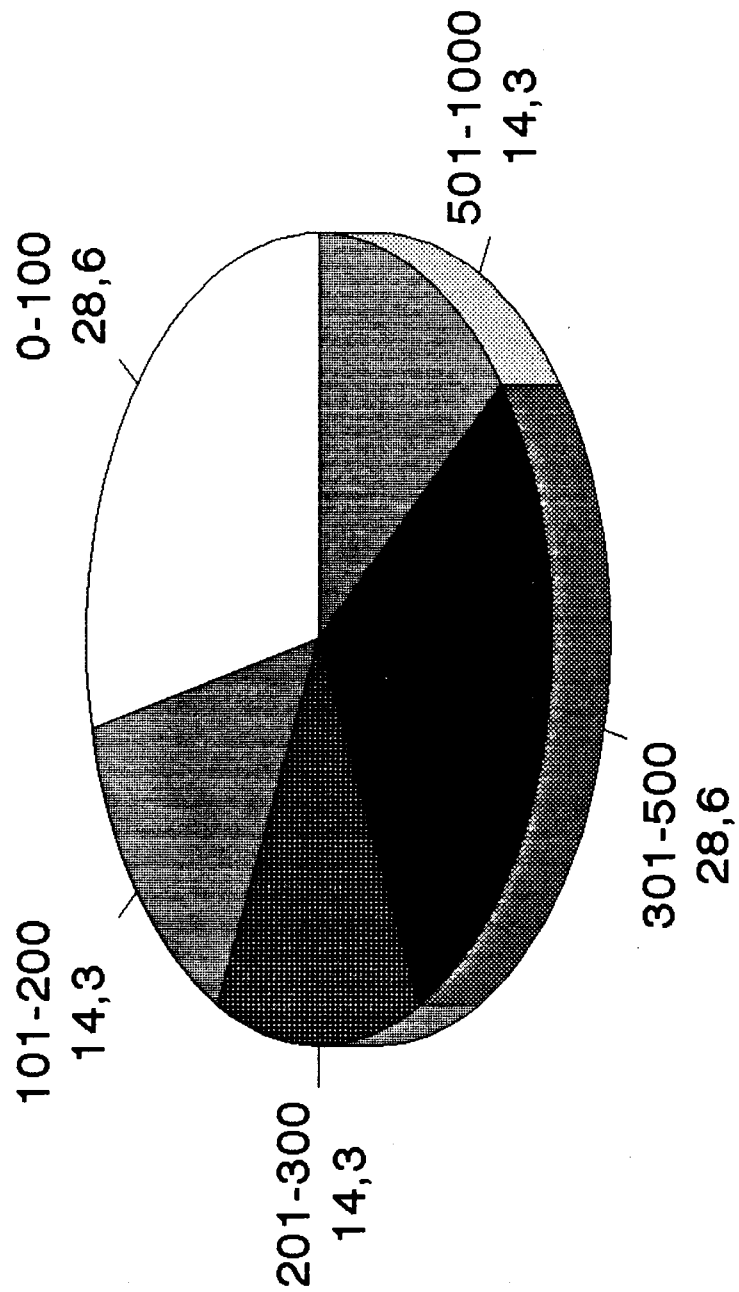
GRAFICOS.

TAMAÑO DEL CENTRO BARCELONA



% según nº de camas.

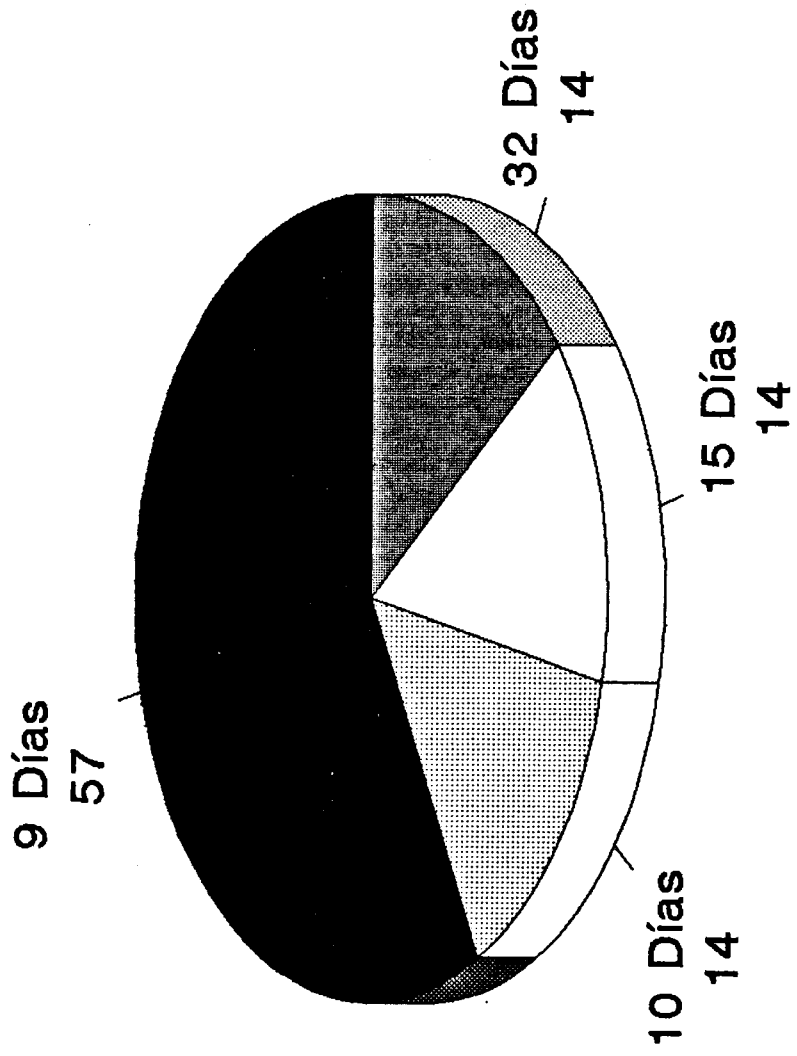
TAMAÑO DEL CENTRO



Serie 1

% según nº de camas.

ESTANCIA MEDIA HOSPITALARIA BARCELONA

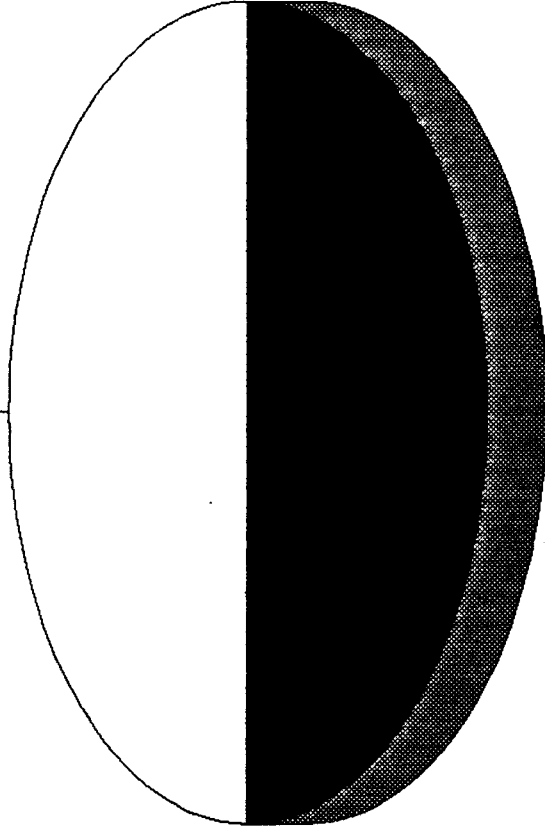


% según estancia.

POSIBLES DEMORAS EN ALS ESTANCIAS PROGRAMADAS BARCELONA

igual a 24 horas

50

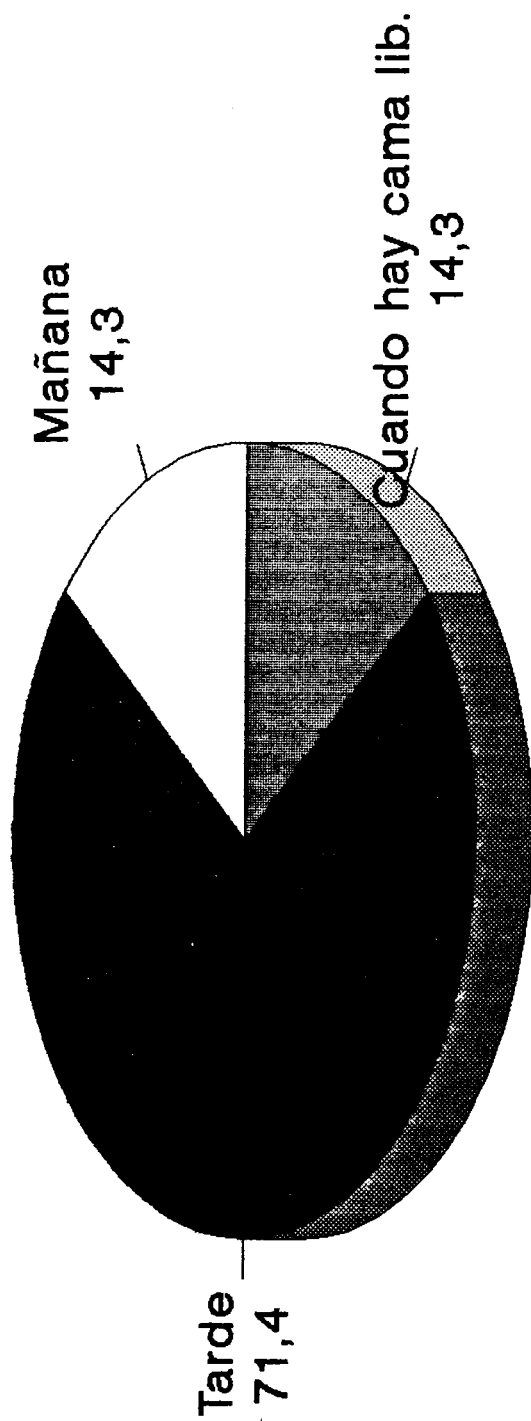


mas de 24 horas

50

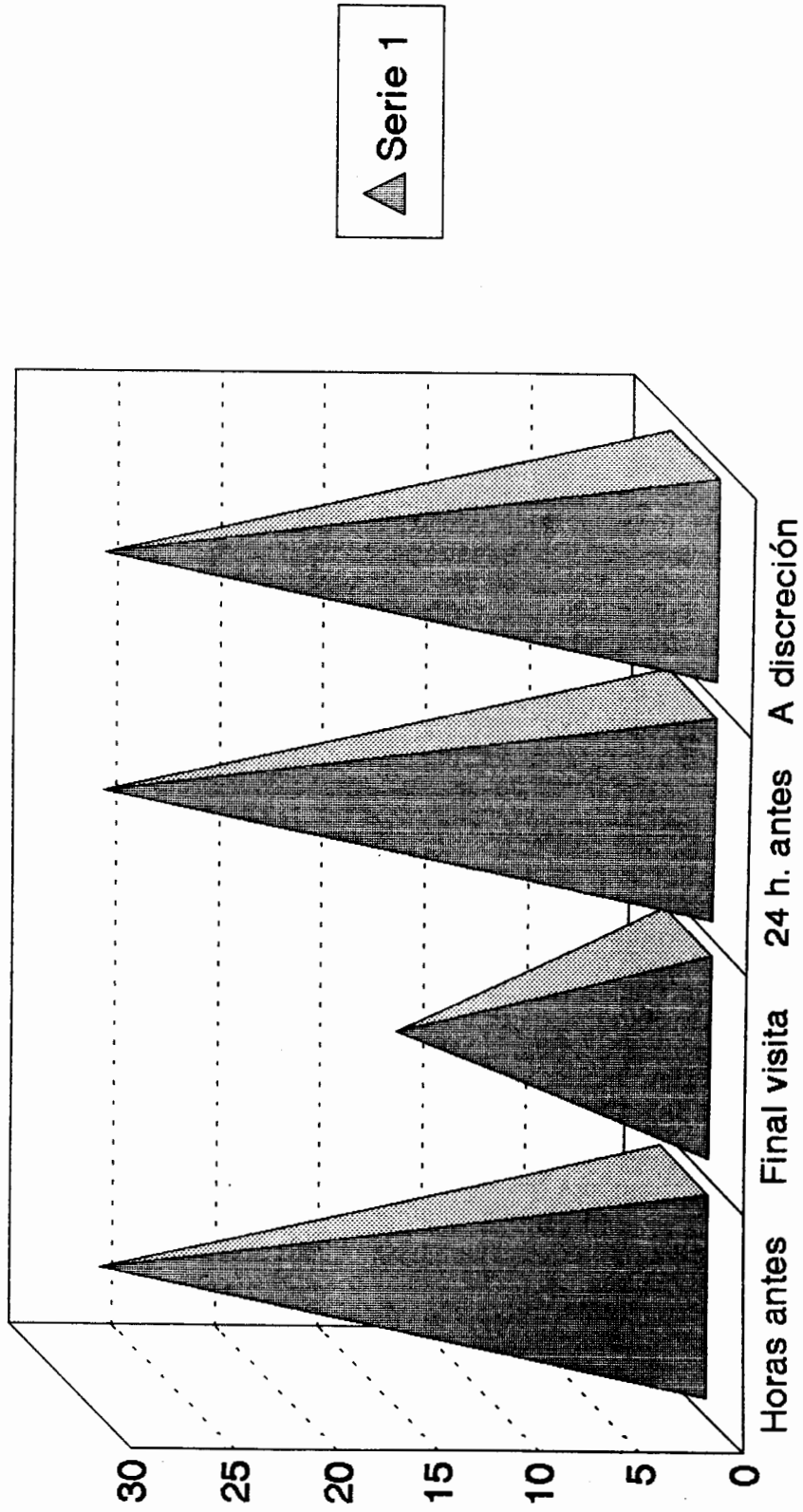
% según momento.

EFFECTIVIDAD DEL INGRESO PROGRAMADO BARCELONA



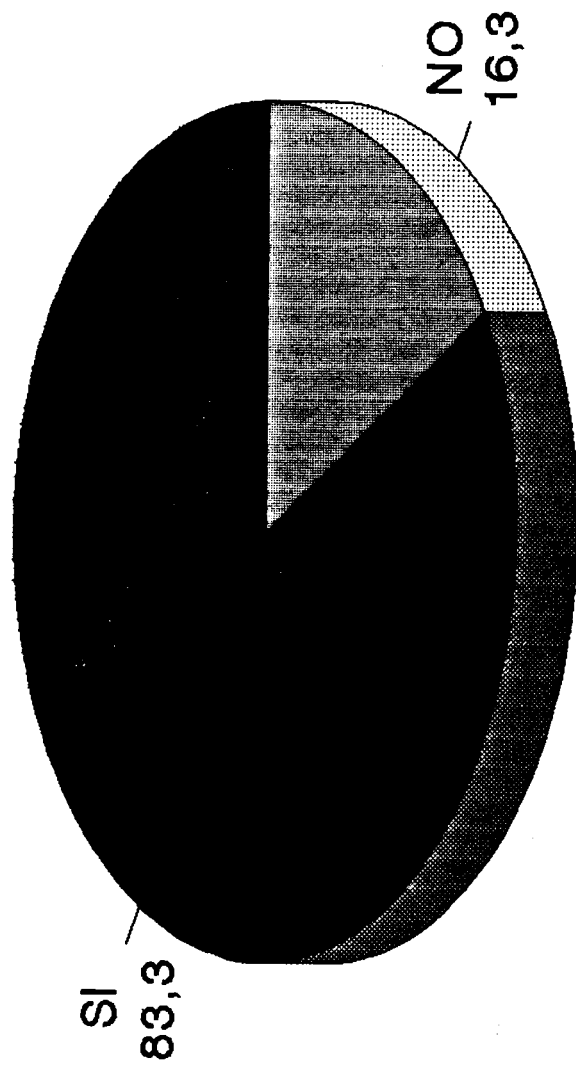
% según momento.

MOMENTO DE LA COMUNICACION DEL ALTA HOSPITALARIA BARCELONA



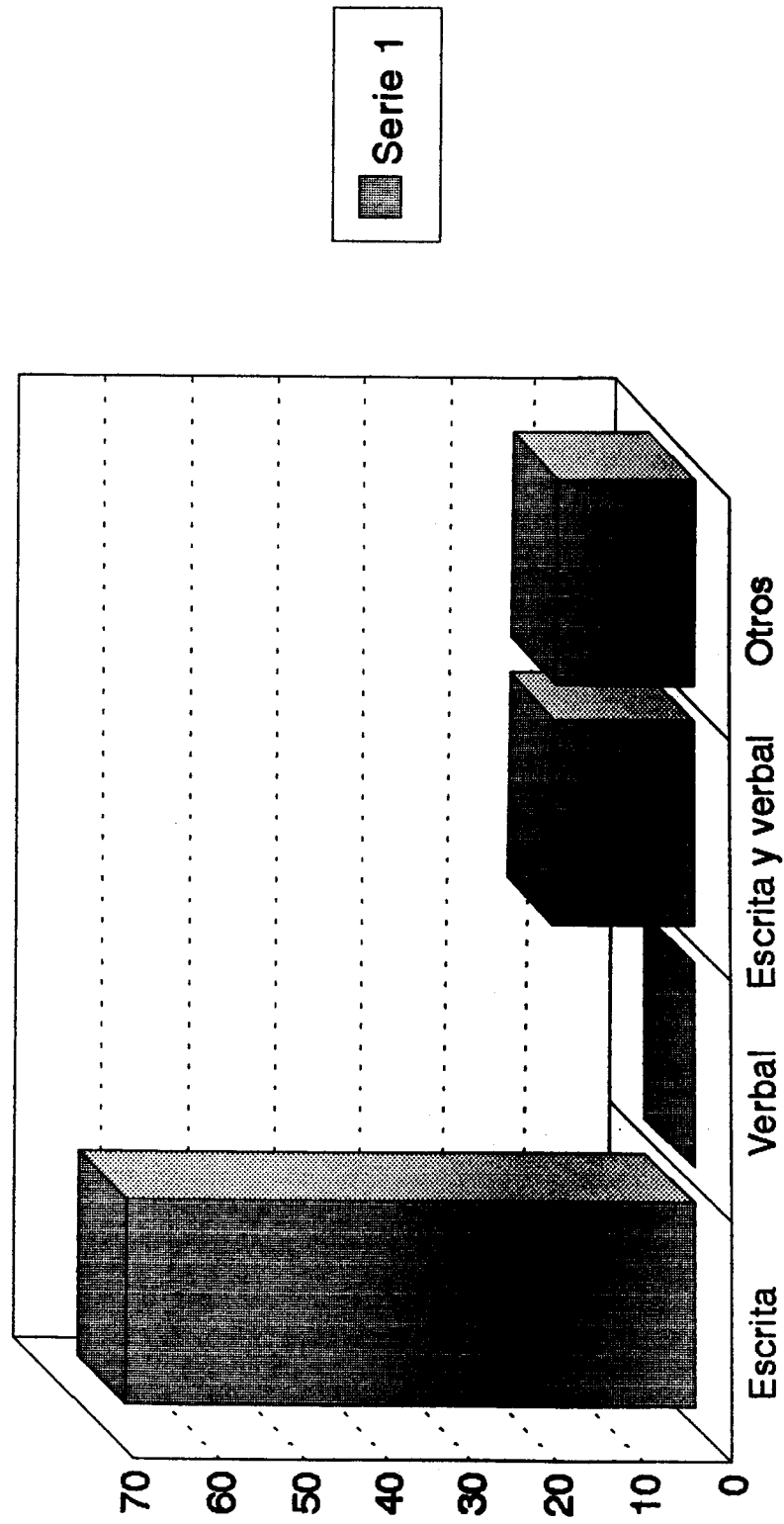
% según acto médico del alta.

REDUCCION DE PROBLEMAS POR EL ALTA HOSPITALARIA ORGANIZADA
BARCELONA



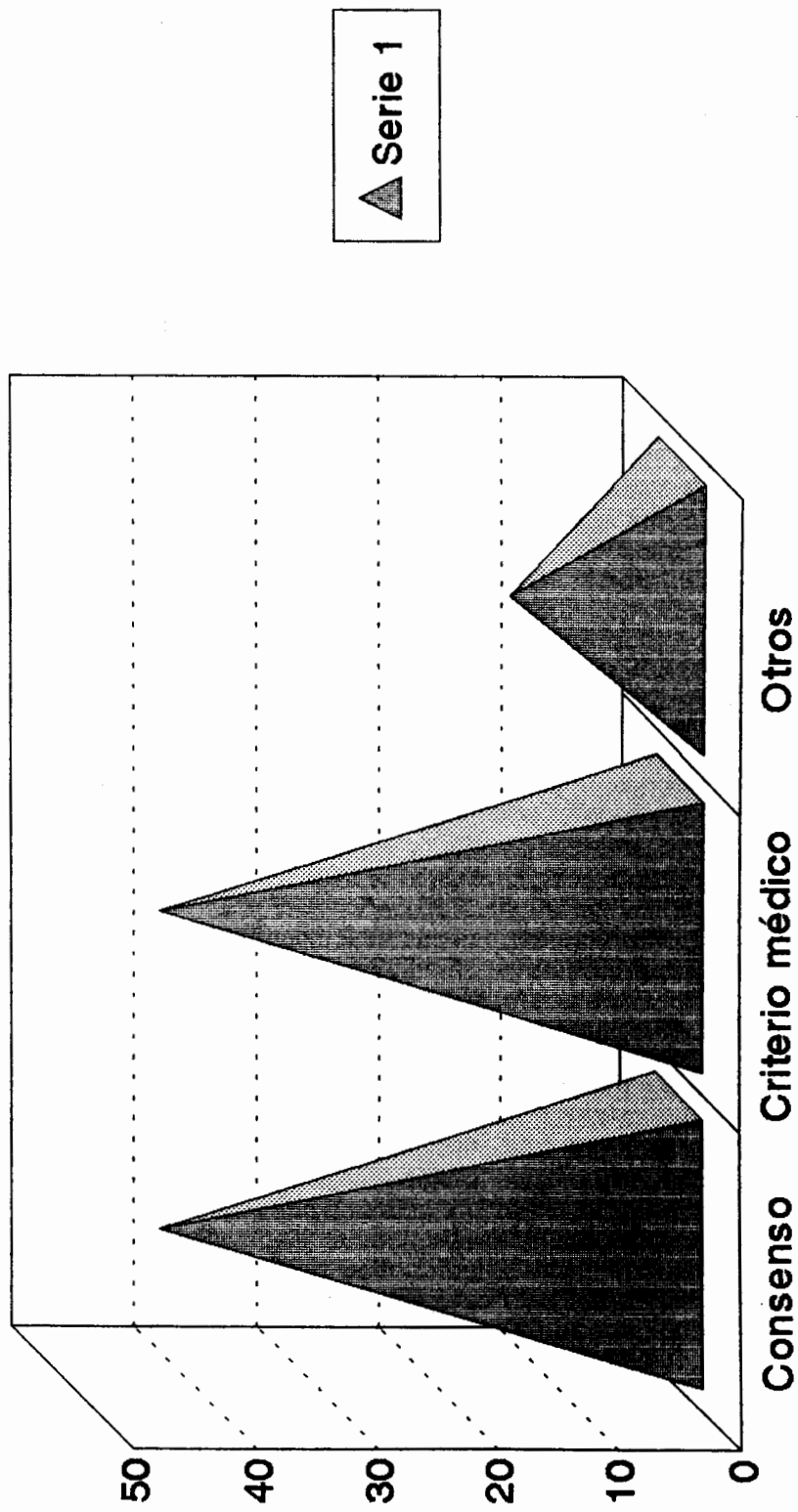
% según criterio.

NOTIFICACION DEL ALTA HOSPITALARIA BARCELONA



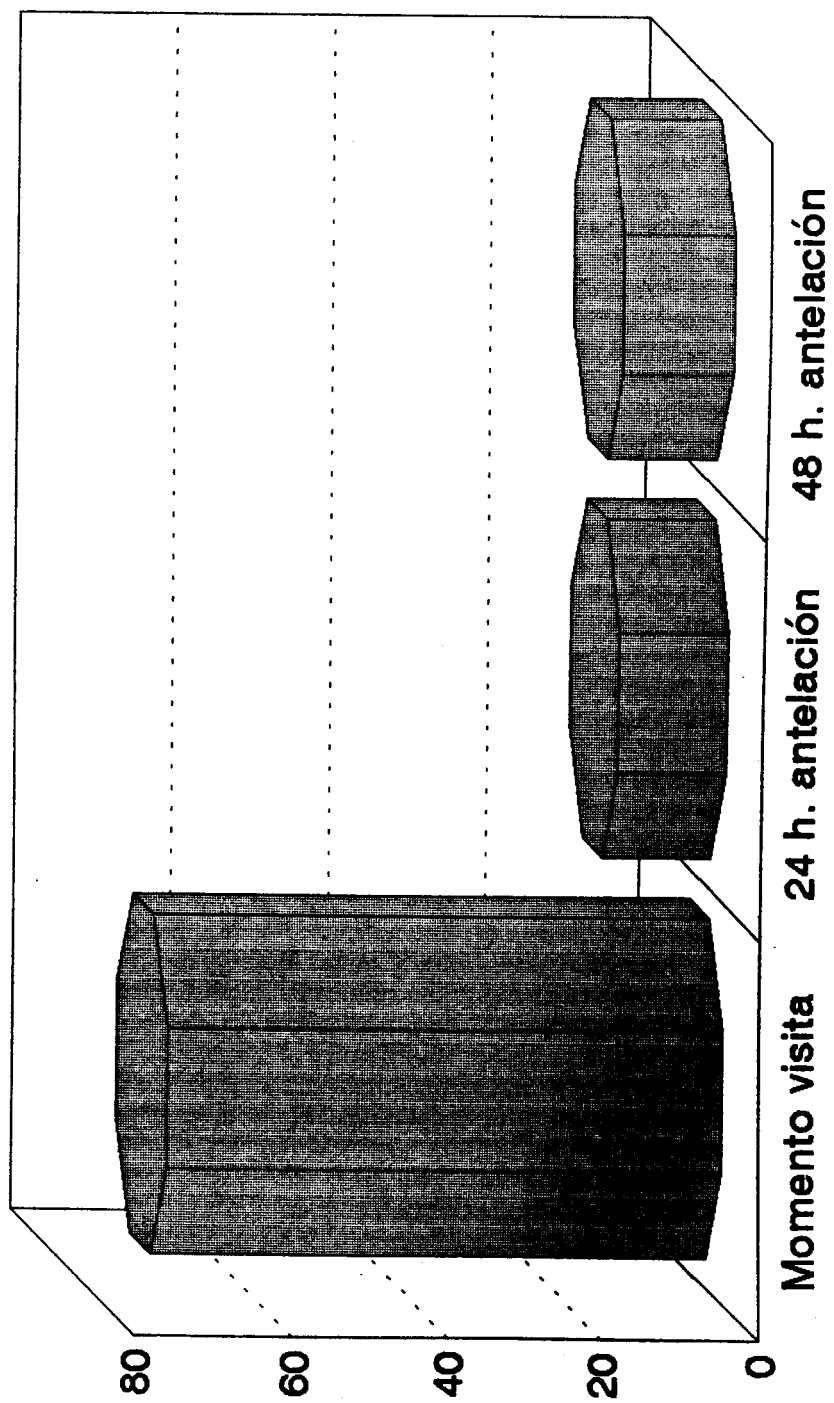
% según forma.

CONFLICTO MEDICO-ENFERMERIA EN EL ALTA HOSPITALARIA BARCELONA



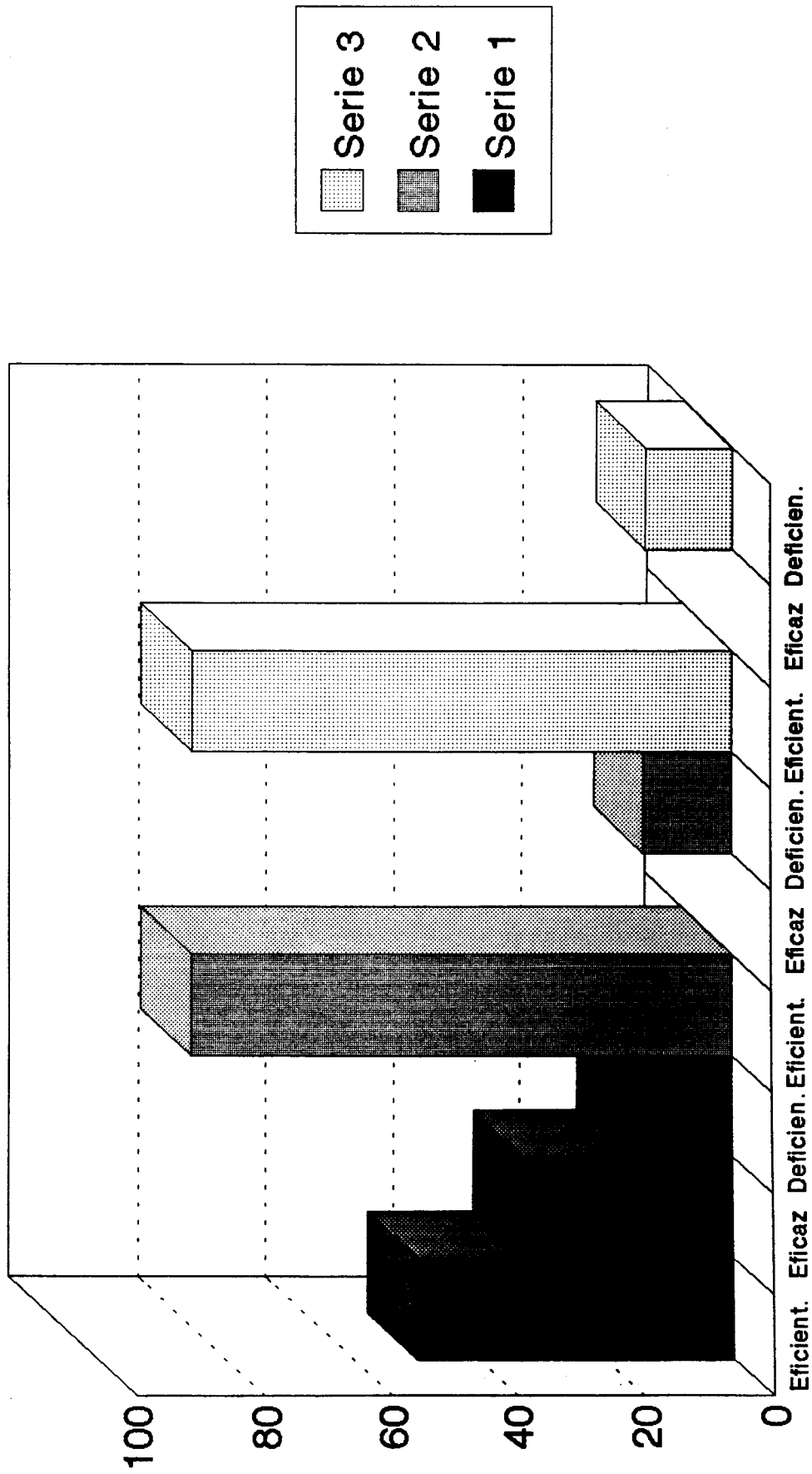
% según resolución

PROGRAMACION MEDICA DE LAS ALTAS HOSPITALARIAS BARCELONA



% según sistemas.

VALORACION DEL SERVICIO ASISTENTE SOCIAL BARCELONA



ENFERMERIA MEDICO ADMISIONES