

ARTÍCULO ORIGINAL

Recibido para publicación: Octubre 05 de 2011.

Aceptado en forma revisada: diciembre 05 de 2011.

Costo - beneficio social y económico de los pacientes atendidos en el programa de extensión hospitalaria de una clínica de iv nivel de atención, Cartagena

Social and economic cost-benefit of patients treated in the hospital extension program of an iv level clinic, Cartagena

[Fernández Aragón, Shirley](#);¹ Meza Licona, Carmen;² Gómez Araújo, Kris;² Castro Serrano, Evelin;² Botet Oviedo, Anais²

RESUMEN

Introducción: En la actualidad se presentan, cada vez con más frecuencia, propuestas alternativas a la gerencia y la organización tradicionales de los servicios de salud debido a la necesidad de que estos servicios funcionen con mayor eficiencia y eficacia. Por otra parte, el incremento de la demanda de servicios y del gasto para la salud, los cambios demográficos, sociales y de los patrones de morbilidad, y las constantes innovaciones en el campo de la tecnología, están estimulando la aparición y difusión de nuevas formas de asistencia y atención hospitalarias. Pese a que en la literatura hay varias definiciones de la hospitalización domiciliaria como modalidad de atención, así como controversias acerca del marco en que debe funcionar, parece haber consenso en que su función primordial sería brindar al paciente en su domicilio cuidados médicos y de enfermería en igual cantidad y calidad que en el hospital. **Objetivo:** Evaluación del costo y beneficio social y económico que reciben los pacientes del programa de extensión hospitalaria que ofrece una Clínica de IV nivel de atención. **Materiales y Métodos:** Es un estudio de naturaleza cuantitativa con una población total de 75 pacientes y una muestra de 63; se utilizó un muestreo aleatorio simple, con un nivel de confianza de 95% y de error de 5%; la recolección de datos se hizo a través de una encuesta que incluyó aspectos económicos así como beneficios sociales. **Resultados:** El 94% de los encuestados contestaron de manera positiva a las expectativas del servicio que presta el programa de extensión hospitalaria en cuanto a que daba respuesta a las necesidades del paciente y sus familiares, por otro lado el 100% de los encuestados opinaron que se sienten con más apoyo emocional es su casa. **Conclusión:** Las situaciones de salud más frecuentes que conllevan a los pacientes a ser

¹ Enfermera. Esp. en Gestión de la calidad y auditoría en salud. Programa de Enfermería, Corporación Universitaria Rafael Núñez.

² Enfermeras profesionales. Programa de Enfermería, Corporación Universitaria Rafael Núñez.

Correspondencia: shirley.fernandez@curnvirtual.edu.co

incluidos en el programa de extensión hospitalaria de Clínica de IV nivel de atención, son las infecciones de vías urinarias seguida de las secuelas por accidente cerebro vascular. Además, se presenta un porcentaje reducido a algunas complicaciones tales como obstrucción de la sonda nasogástrica, fiebre y flebitis.

Palabras Claves: Atención domiciliaria, costos, beneficio, social.

ABSTRACT

Introduction: It is now present, more and more often, alternative proposals to the traditional management and organization of health services due to the need for these services work more efficiently and effectively. On the other hand, increased demand for services and spending for health, demographic, social and morbidity patterns, and the constant innovations in the technology field, are stimulating the emergence and spread of new forms hospital care and assistance. Although in the literature there are several definitions of home care as a form of attention and controversy about the framework in which to work, seems to be consensus that its primary function would give the patient at home care and nursing equal quantity and quality in the hospital. **Objective:** Evaluation of cost and social and economic benefit that patients receive hospital outreach program that offers a level IV Clinical attention. **Materials and Methods:** It is a quantitative study with a total population of 75 patients and a sample of 63, we used a simple random sampling, with a confidence level of 95% and 5% error, and the data collection was done through a survey that included economic and social benefits. **Results:** 94% of respondents answered positively to the expectations of the service provided by the hospital outreach program in that it was responding to the needs of patients and their families, on the other side 100% of respondents felt that they feel more emotional support is their home. **Conclusion:** The most common health conditions that lead patients to be included in the extension program IV Clinic hospital level of care, are urinary tract infections, followed by stroke sequelae. It also presents a small percentage to some complications such as obstruction of a nasogastric tube, fever, and phlebitis. On the other hand provides great economic benefit to patients and their families according to the results of research.

Keywords: Home care, costs, benefit, social.

INTRODUCCIÓN

La modalidad de la Hospitalización Domiciliaria (HD) fue inaugurada en 1947 en Nueva York, Estados Unidos, como una extensión del hospital hacia el domicilio del paciente. Según se constata en la literatura, las razones para crear esta primera unidad de HD en el mundo eran descongestionar las salas hospitalarias y brindar a los pacientes un ambiente más humano y favorable a su recuperación. Desde entonces ha habido múltiples experiencias de este tipo tanto en Norteamérica como en Europa, con estructuras y procedimientos adaptados a cada sistema nacional de salud [1-6].

Ciertos criterios generales que enmarcan la implantación y el funcionamiento de las unidades de HD en los diferentes países se explican básicamente a partir de dos puntos de vista. En Estados Unidos y Francia, la justificación inicial para establecer la HD fue aumentar la disponibilidad de camas hospitalarias y humanizar más la atención al

paciente. Asimismo, otro objetivo de introducir esta modalidad asistencial ha sido simplemente reducir los costos hospitalarios; la literatura sobre el tema también indica que los países difieren en el uso de la HD según el diagnóstico de los pacientes, siendo los tumores y las enfermedades del aparato circulatorio las dos principales causas de hospitalización en el domicilio (con excepción de Quebec, que atiende a una población muy joven) [7-8].

Como consecuencia, en todo el mundo se han ideado y promovido numerosas opciones institucionales, ambulatorias y domiciliarias de atención de la salud. La HD, una de ellas, está adquiriendo cada vez más importancia en las distintas organizaciones sanitarias y sociales, así como en diferentes sectores de la sociedad (pacientes y familiares, administración sanitaria, profesionales y servicios de salud [9].

La internación domiciliaria es considerada como una extensión de la internación hospitalaria, dirigida a pacientes que por su patología, están en condiciones asistenciales para continuar la atención en su domicilio particular. Unos de los requerimientos que debe reunir el paciente para acceder a este programa es que su vivienda reúna las condiciones habitacionales necesarias y que su contexto familiar estén de acuerdo en asumir el cuidado del enfermo.

Es oportuno destacar aquí algunas características de la HD, señalando en qué difiere de otras formas de atención a domicilio. Si se revisa la literatura nacional e internacional, se observa una gran heterogeneidad de modelos de organización de atención domiciliaria que varían de acuerdo con la orientación y directrices generales de organización que tiene el sistema de salud de cada país, asociada a la fuente de financiación y al perfil de los pacientes (o enfermedades) a que se destinan. Los servicios de atención o cuidados a domicilio básicamente se diferencian en dos grandes grupos: hospitalización domiciliaria y atención domiciliaria desarrollada por el equipo de atención primaria (APD) [10].

En Colombia, los programas de extensión hospitalaria básicamente se financian, con los fondos de las empresas aseguradoras y las Empresas Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), que son las que reúnen los diferentes recursos de la salud del país pagados por la fuerza laboral. También contribuyen las empresas de medicina prepagada y en menor medida los pacientes particulares.

El nacimiento de los programas de extensión hospitalaria dio como respuesta a los altos costos hospitalarios del día-cama y de las demandas de los pacientes. La idea es poder desarrollar la cultura de la extensión hospitalaria y que esta especialidad no sea vista sólo como una solución a un problema de costos sino como un modelo de atención que tiene su lugar en el modelo sanitario.

No obstante, es preciso aclarar que la extensión hospitalaria no reemplaza el rol de hospitales y las clínicas, ya que estas instituciones deben ser de avanzada en lo científico y en lo tecnológico, capaces de dar respuestas diagnósticas e internaciones en el momento en que la patología del paciente lo justifique.

MATERIALES Y MÉTODOS

Dada la temática a tratar (estudio de costo-beneficio) y la estrecha relación existente este proyecto tendrá un enfoque social y económico, ya que por medio de ello se permite detectar, valorar, apoyar y controlar los problemas de salud del individuo y la familia, potenciando la autonomía y mejorando la calidad de vida de las personas; por lo tanto Es un estudio de costo y beneficio con una perspectiva social y económica; en lo económico tiene como objetivo el determinar el impacto que el proyecto produce sobre la economía como un todo ya sea en los pacientes o en la institución y en lo social, su objetivo es identificar cualquier ventaja que produce el programa de extensión hospitalaria para el paciente y la familia sin realizar ningún pago directo por este beneficio. Es un estudio de naturaleza cuantitativa con una población total de 75 pacientes y una muestra de 63; se utilizó un muestreo aleatorio simple, con un nivel de confianza de 95% y de error de 5%; la recolección de datos se hizo a través de una encuesta que incluyo aspectos económicos así como beneficios sociales.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

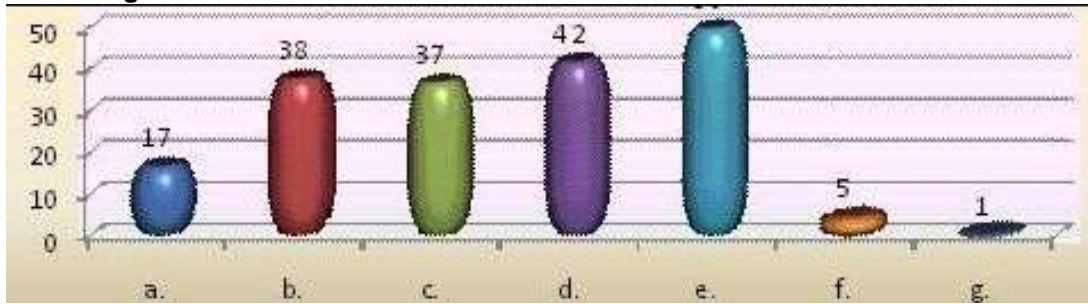
Figura 1. Enfermedad que lo llevó a ser incluido al programa de extensión hospitalaria



Fuente: Encuesta, Costo-Beneficio social y económico de una clínica de IV nivel de atención 2011

De las patologías que llevaron al paciente a pertenecer al programa de extensión hospitalaria las más relevantes son las infecciones en vías urinarias con un (43%), seguida de las enfermedades cerebro-vasculares con un (36%) y en menor prevalencia se encuentran: Enfermedades infecciosas con (3%), respiratorias con el (5%), curaciones con (6%), patologías crónicas con (2%), quirúrgicas con (2%), cardiológicas con (6%) y traumas con un (2%), metabólicas, respiratorias, oncológicos y tratamiento extenso con un (0%) (ver figura 1).

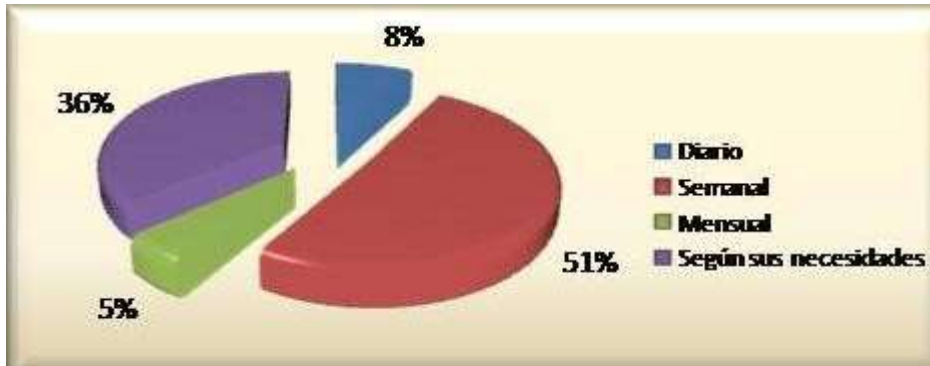
Figura 2. Cual se estas actividades de enfermería se le realiza a usted



Fuente: Encuesta, Costo-Beneficio social y económico de una clínica de IV nivel de atención 2011

Al indagar sobre las actividades que realizaron los profesionales de salud en especial las del personal de enfermería, la muestra de los 63 pacientes que hacían parte del programa de extensión hospitalaria mostraron que la prevalencia de actividades fueron estas: de los 63 pacientes hacían valoraciones a 50 de ellos, el control de signos vitales en 42 pacientes; la administración de medicamentos y antibióticoterapia en 38 pacientes; en 37 de ellos se realizaba actividades de educación de cuidado; en 17 pacientes, curaciones; en 5 de ellos todas actividades y solo un paciente recibía además otro tipo de actividad (terapia respiratoria) (ver figura 2).

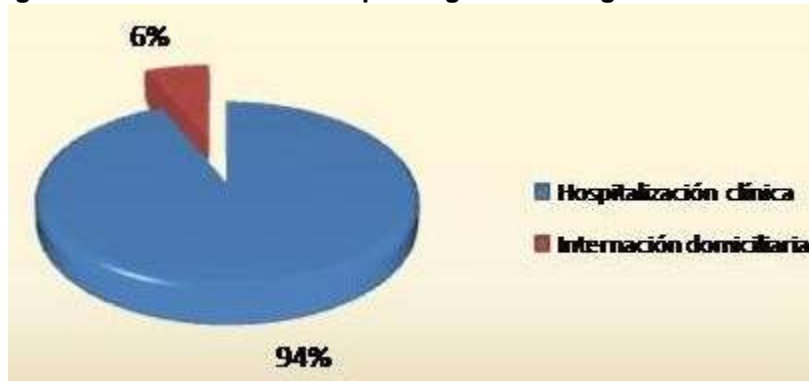
Figura 3. Cada cuanto lo visitan en personal de extensión hospitalaria?



Fuente: Encuesta, Costo-Beneficio social y económico de una clínica de IV nivel de atención 2011

En el estudio realizado se demostró que el 51% de los pacientes encuestados opinaron que recibían semanalmente visitas del profesional de la salud asignado al programa de extensión hospitalarias de la Clínica de IV nivel de atención; el 36%, afirmaron que las visitas se realizaban según las necesidades del paciente; el 8% diario y el 5% mensual de acuerdo a lo anterior se puede deducir que las visitas que se realizan es de acuerdo a las necesidades y no precisamente una visita diaria (ver figura 3).

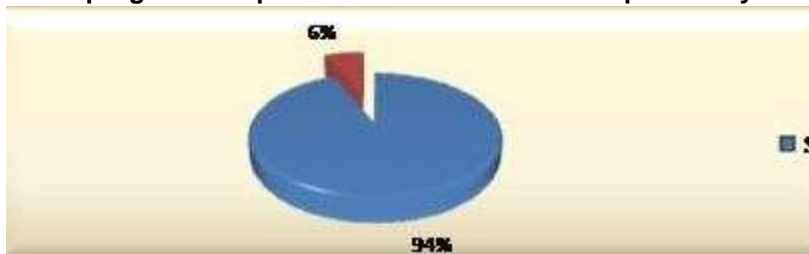
Figura 4. Cuál es el Servicio que le genera más gasto económico?



Fuente: Encuesta, Costo-Beneficio social y económico de una clínica de IV nivel de atención 2011

En el estudio realizado se evidencia que el 94% de los encuestados afirmaron que el servicio que más le generó gastos fue la hospitalización clínica; mientras que el 6% afirmó que la extensión hospitalaria, ya que debían pagar gastos adicionales por los especialistas. De acuerdo a lo anterior se deduce que el servicio que más gastos generó a los pacientes y familiares, es la Hospitalización en la clínica. Todo esto debido a que refirieron un aumento en sus costos por el transporte diario, alimentación, y por el pago de cuidadores para algunos de los pacientes. Por el contrario, en la internación domiciliar se refleja una disminución favorable en los gastos económicos de los familiares y pacientes (ver figura 4).

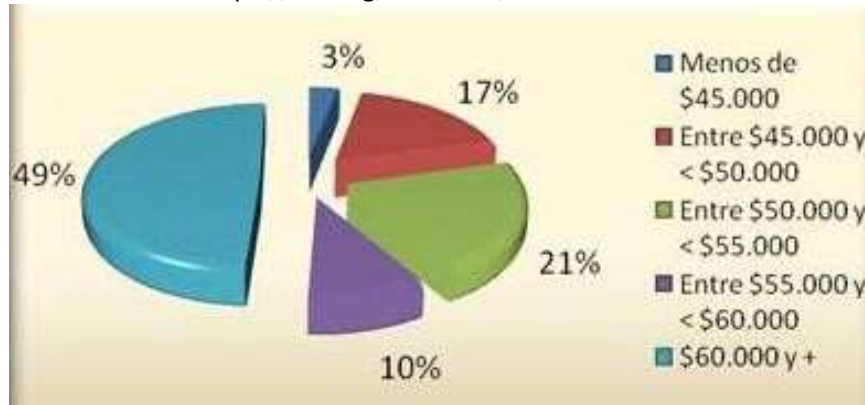
Figura 5. El programa responde a las necesidades del paciente y la familia?



Fuente: Encuesta, Costo-Beneficio social y económico de una clínica de IV nivel de atención 2011

De los encuestados el 94% contestaron de manera positiva a las expectativas del servicio que presta el programa de extensión hospitalaria en cuanto a que daba respuesta a las necesidades del paciente y la familia; mientras que el 6% contestaron de manera negativa (ver figura 5).

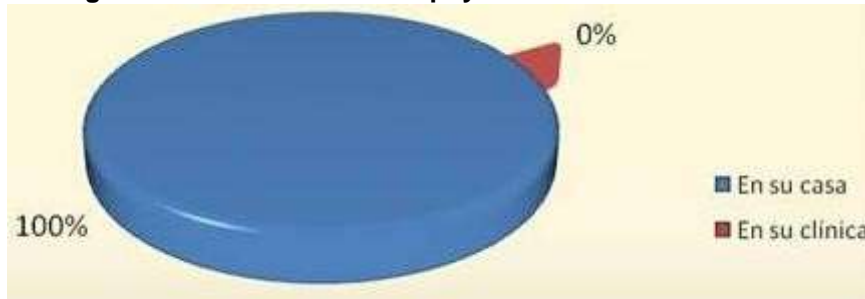
Figura 6. De acuerdo a su ingreso mensual cuanto cree usted, que es su ahorro estando incluido en el programa de extensión hospitalaria?



Fuente: Encuesta, Costo-Beneficio social y económico de una clínica de IV nivel de atención 2011

Se evidenció que el 49% de los encuestas opinaron que el programa de extensión hospitalaria le generó mensualmente un ahorro de \$60 mil o mas; el 21%, entre \$50 mil y < \$55 mil; el 17% entre \$45 mil y < \$50 mil; el 10% entre \$55 mil y menos de \$60 mil y el 3% le generó un ahorro mensual de < \$45 mil (ver figura 6).

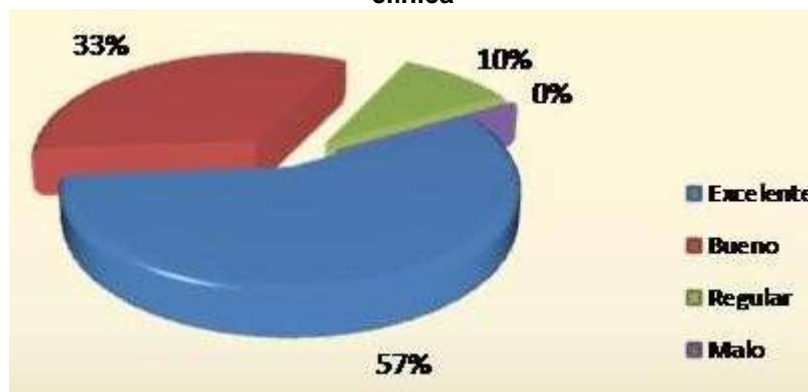
Figura 7. Donde siente más apoyo emocional de su familia



Fuente: Encuesta, Costo-Beneficio social y económico de una clínica de IV nivel de atención 2011

El 100% de los encuestados opinaron el lugar en donde se sienten con más apoyo emocional es su casa. De acuerdo a lo anterior, se deduce que todos los pacientes incluidos en el programa de extensión hospitalaria, sienten un mayor apoyo emocional de sus familiares, debido a la presencia constante de estos en sus casas (ver figura 7).

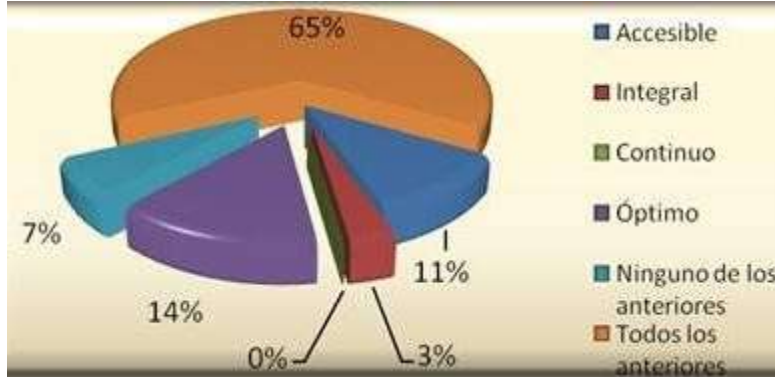
Gráfico 8. Como le parece el servicio del programa de extensión hospitalaria que le ofrece la clínica



Fuente: Encuesta, Costo-Beneficio social y económico de una clínica de IV nivel de atención 2011

De acuerdo al grado de satisfacción el 57% de los encuestados valoraron como excelente el programa de extensión hospitalaria, el 33% como bueno y el 10% como regular. De acuerdo a lo anterior se considera que el programa cumple con las expectativas y necesidades de los pacientes, clasificando con un mayor porcentaje en un rango de excelencia para estos (ver figura 8).

Figura 9. Como considera usted el programa de extensión hospitalaria



Fuente: Encuesta, Costo-Beneficio social y económico de una clínica de IV nivel de atención 2011

Se puede evidenciar que el 65% de la población encuestada consideran que el programa de extensión hospitalaria es accesible, integral, continuo y óptimo; el 14% opinaron que es óptimo, el 11% que es accesible y el 3% integral; mientras que el 7% le da una opinión negativa al programa (ver figura 9).

Discusión: La presente investigación, se realizó en el programa de extensión hospitalaria de una clínica de IV nivel de atención, de la ciudad de Cartagena, su importancia radica en el costo-beneficio que se proporcionan a los pacientes Incluidos de este programa.

La modalidad de los programas de extensión hospitalaria se inició en el mundo con la necesidad de descongestionar las salas de los hospitales y brindar al paciente un ambiente más humano y favorable a su recuperación. A partir de los años sesenta en Canadá comenzaron a funcionar servicios de HD orientados a pacientes quirúrgicos dados de alta tempranamente. En hospitales de Montreal se realizó, en 1987, una experiencia piloto (bautizada Hospital extra-mural) que consistía en la administración y control de antibióticos parenterales en el domicilio de pacientes con problemas agudos [6-7].

Cabe destacar que para la mayoría de los países donde se utiliza, la Hospitalización Domiciliaria se destina principalmente a personas ancianas que necesitan cuidados paliativos y a pacientes de cáncer u otras enfermedades degenerativas terminales [78], hoy en día de acuerdo a los encontrado en los resultados de la investigación, estos programas manejan diferentes tipos de pacientes no solo con problemas agudos sino también crónicas y diferentes tipos de patologías en este caso como infecciones urinarias y secuelas de enfermedades cerebro vasculares.

De acuerdo a lo planteado anteriormente la investigación arroja resultados que demuestran que los pacientes incluidos en este programa no requieren de un rango edad específico como se planteo anteriormente, ya que se encuentran pacientes de cualquier edad, incluyendo jóvenes, adultos y adultos mayores, éste último con una prevalencia mayor entre los encuestado.

Estudios realizados demuestran que los pacientes se recuperan de una enfermedad grave o accidente, más rápido en un ambiente hogareño. En casa, la familia y los amigos pueden jugar un papel vital en el proceso de recuperación de la persona y el bienestar mental. Es más, la hospitalización domiciliaria ofrece un adulto mayor sentido de independencia, ofreciendo una importante medida de control sobre los acontecimientos del día a día [6-12]. De acuerdo a lo anterior y a los resultados arrojados por la investigación, se evidencio que un 100% de los encuestados respondieron que reciben más apoyo estando en contacto permanente con sus familiares y en su entorno cotidiano.

CONCLUSIÓN

Las situaciones de salud más frecuentes que conllevan a los pacientes a ser incluidos en el programa de extensión hospitalaria de una clínica De IV nivel de atención, son las infecciones de vías urinarias y en segundo lugar las secuelas de accidente cerebro vascular dando lugar a que se presenten un porcentaje reducido a algunas complicaciones tales como obstrucción de las sonda naso gástrica, fiebre y flebitis.

De acuerdo a las actividades realizadas por el personal de enfermería del programa de extensión hospitalaria que se presentaron con mayor frecuencia fueron la administración de medicamentos como antibióticos para tratar las infecciones de vías urinarias. Cabe destacar que son muchos, los beneficios que reciben los pacientes incluidos en el programa extensión hospitalaria ya que el personal interdisciplinario que les presta la atención, cuenta con la capacitación adecuada para ejercer las actividades asignadas de acuerdo a cada una de las patologías que se presentan. Otro de los puntos a destacar es el ahorro económico que se evidencio en los resultados a través del estudio realizado en los pacientes y familiares incluidos en este programa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Saltman RB, Figueras J. European Health Care. Reform: Analysis of current strategies. Copenhagen. [WHO, Regional Office for Europe: 1997.](#)
2. Brodsky J, Habib J. New developments and issues in home care policies. *Disabil Rehabil* 1997; 19: 150-154. Disponible en: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/09638289709166520>
3. Neuhauser D. Home care, medical care and the new competitive environment. *Disabil Rehabil* 1997;19: 155-157. Disponible en: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/09638289709166521>
4. Oterino D, Ridao M, Peiró S, Marchan C. Hospitalización a domicilio y hospitalización convencional: una evaluación económica. *Med Clin (Barc)* 1997;109:207-211.
5. Del Castillo JR. Análisis del origen, situación y perspectivas de futuro del proceso de descentralización sanitario español. *Rev Española Salud Publica* 1998; 72:13-24
6. Gonzalez VJ, Valdivieso B, Ruíz V. Hospitalización a domicilio. *Med Clin (Barc)* 2002;118:659-664

7. Raffy-Pian N. La hospitalización a domicilio: un lugar marginal dentro de los sistemas sanitarios. [Rev Gerontol 1997;7:5-9.](#)
8. Cline CM, Israelson BY, Willenheimer RB, Broms K, Erhardt LR. Cost effective management programme for heart failure reduces hospitalisation. [Heart 1998; 80:442-446.](#)
9. LoFaso V. The doctor-patient relationship in the home. Clin Geriatr Med 2000;16: Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10723620>
10. Orton P. Shared care. Lancet 1994;344: 1413-1415.
11. Hardy B, Mur-Veemanu I, Steenberger M, Wistow G. Inter-agency services in England and the Netherlands: a comparative study of integrated care development and delivery. Health Policy 1999;48: Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851099000378>
12. Alarcón JJ. Beneficio social: Índice del Bienestar Económico y Social – IBES. 2000-2004. Disponible en: <http://www.limmat.org/ES/filelinks/IBES-BenSoc-Beta01-04.pdf>