



“Implementación de un plan de mejora de la eficiencia del Intermedio Médico en el Hospital Clínico UC-Christus”

**Actividad Formativa Equivalente (AFE) para optar al grado de
MAGISTER EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD (MAS)**

Estudiante: Fernando Román O.

Profesor Guía: Cristián Rebolledo D.

Santiago, Noviembre 2023

AGRADECIMIENTOS

A mi mamá, por siempre estar a mi lado e impulsar mis sueños

A mi papá, por tu sencillez y tranquilidad, soy un orgulloso hijo

A mi hermano, por su paciencia y ayuda en el mundo de los números

A mi hermana, por su alegría y acompañarme en el mundo de la salud

A mi profesor guía, por sus certeras observaciones y apoyo en este proceso

A mi equipo gestor, por su compromiso y cariño en este desafiante trabajo

A Camila, por tu amor incondicional y acompañarme en este loco camino, en que se nos une un tercer participante

A ti Alfonsito, porque las ganas de conocerte y tenerte en nuestra vida me dio la fuerza para seguir, te espero con ansias

TABLA DE CONTENIDOS

	PÁGINA
RESUMEN EJECUTIVO	5
I. INTRODUCCIÓN	7
1. Antecedentes generales	
2. Contexto relevante del lugar de Intervención	
3. Evolución y características importantes de la situación actual	
4. Datos cualitativos y cuantitativos que aportan información que ayuda a caracterizar la situación actual	
5. Objetivo que busca el desarrollo de la AFE	
II. METODOLOGÍA	19
1. Aplicación de la metodología de ML a la realidad seleccionada	
2. Equipo gestor del proyecto	
3. Técnica y/o instrumentos metodológicos utilizados	
3.1. Etapa analítica	
3.2. Etapa de planificación	
III. ETAPA ANALÍTICA	23
1. Descripción del problema	
2. Análisis de involucrados	
3. Análisis de problemas	
3.1. Problemas principales	
3.2. Problema central	
3.3. Efectos	
4. Árbol de problemas	
5. Análisis de objetivos	
6. Árbol de objetivos	

7. Análisis de alternativas	
7.1. Ocupación precoz de las camas disponibles	
7.2. Disminución de la estadía hospitalaria	
7.3. Aumento de camas de Intermedio	
IV. ETAPA DE PLANIFICACIÓN	51
1. Resumen narrativo de los objetivos del proyecto	
1.1. Resumen narrativo de objetivos	
1.2. Indicadores	
1.3. Medios de verificación	
1.4. Supuestos	
1.5. Resumen Matriz de Marco Lógico	
2. Plan de ejecución	
3. Presupuesto	
3.1. Presupuesto por actividades	
3.2. Resumen de presupuesto	
4. Control de calidad de la propuesta	
V. CONSIDERACIONES ÉTICAS	84
VI. CONSIDERACIONES FINALES	85
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
VIII. ANEXOS	89

RESUMEN EJECUTIVO

En nuestro país, la situación hospitalaria se caracteriza por una demanda significativa de camas en contraste con una oferta insuficiente. Aproximadamente el 25 al 30% de los pacientes que acuden a los servicios de urgencia requieren hospitalización, y muchos de ellos necesitan inicialmente permanecer en camas monitorizadas. Las Unidades de Tratamiento Intermedio (UTI) se han vuelto esenciales debido a su capacidad para atender a pacientes de manera versátil y tratar a aquellos con una complejidad médica más alta. La utilización eficiente de éstas camas es crucial para garantizar un flujo intrahospitalario adecuado y seguro para la atención de los pacientes.

El presente proyecto, desarrollado como Actividad Formativa Equivalente (AFE), tiene como objetivo principal mejorar la eficiencia de las camas en la UTI del Hospital UC-Christus. Este enfoque busca reducir el tiempo de estadía de los pacientes que se hospitalizan desde la urgencia y mejorar la disponibilidad oportuna de camas de UTI. Para alcanzar este objetivo, se aplicó la metodología del marco lógico.

En una primera etapa, se llevó a cabo una priorización de problemas mediante una sesión de lluvia de ideas con el equipo gestor del proyecto. Posteriormente, se realizó un análisis de los problemas identificados, concluyendo que el retraso en la ocupación de las camas disponibles era un problema central. Para abordar esta problemática, se identificaron los actores clave, incluyendo las jefaturas del intermedio, jefatura de urgencia, enfermera jefa de la unidad de gestión de camas, enfermera jefa de la unidad de estadía de pacientes, gerencia general y dirección hospitalaria, subgerencia de operaciones y servicios generales, población beneficiaria, médicos y enfermeras de servicio clínicos involucrados.

En este punto, se llevó a cabo un análisis de los involucrados y se recopiló en una matriz que consideró la percepción del problema, el interés de mandato, el poder, el interés de intervención y el valor de cada actor. Se construyó un árbol de problemas y un árbol de objetivos, transformando las causas y efectos del problema central en afirmaciones positivas.

Luego, se realizó un análisis de alternativas con el equipo gestor, y a partir de las alternativas seleccionadas, se procedió a la fase de planificación. Se construyó la Matriz de Marco Lógico (MML), que incluye diversas jerarquías de objetivos con sus respectivos indicadores, fuentes de verificación y supuestos. Además, se desarrolló el plan de ejecución, detallando el presupuesto asignado para cada actividad.

En resumen, este proyecto busca abordar el problema crítico de falta de disponibilidad oportuna de camas de Intermedio, involucrando a los actores clave y utilizando un enfoque metodológico sólido como el Marco Lógico (ML) para garantizar una implementación efectiva y medible de las soluciones propuestas.

I. INTRODUCCIÓN

1. Antecedentes generales

En el mundo, latinoamérica y por supuesto, en nuestro país, la desproporción entre oferta y demanda de servicios sanitarios es un importante motivo de preocupación. Ante esto, la eficiencia de uso de los recursos se convierte en un imperativo ético.

En los hospitales, la cama es uno de los recursos centrales para la prestación de servicios. Sin embargo, la falta de éstas es una realidad innegable. El promedio de camas hospitalarias de la OCDE al año 2021 era de 4,4 por cada 1000 habitantes. En Chile, en cambio, este valor era de 2,0 por 1000 habitantes, dramáticamente inferior (1). Es por eso, que entre las medidas más relevantes de la eficiencia hospitalaria están aquellas que se relacionan con el uso adecuado que se le dé a este recurso.

Esta situación preocupante se da en todo nuestro sistema nacional de salud, tanto en lo público como en lo privado; afectando de forma transversal a prácticamente todos los servicios hospitalarios de una institución. Por ejemplo, si tenemos en cuenta que los Servicios de Urgencia (SU) son los responsables de la gran mayoría de los ingresos hospitalarios, la falta de acceso a camas de hospitalización se convierte en una situación que también se ve reflejada en la saturación de los SU, teniendo a veces pacientes hospitalizados en dichas unidades por varios días. Ésto aumenta la estancia de pacientes en unidades que no están diseñadas para su atención, afectando la calidad y seguridad de la atención que estos pueden llegar a requerir (2).

Es de público conocimiento que la pandemia del COVID-19 ha exigido a los equipos hospitalarios su máxima capacidad, haciendo aún más notorias la falta de camas. Y a pesar de que se han realizado esfuerzos nunca antes vistos para dar cumplimiento a la necesidad de atención de todos los pacientes, tanto a nivel de inversión en capital humano como en infraestructura e insumos, los centros continúan con una gran demanda. Uno habría esperado que con la disminución de casos por COVID 19 en este último tiempo la demanda por servicios de hospitalización disminuyese proporcionalmente, pensando en que la disponibilidad de camas y recursos se vio aumentada y no ha vuelto del todo a sus números

previos. Sin embargo, debido a patologías no resueltas o descompensadas producto de la falta de cuidado previo, ésto no ha sucedido. La situación descrita ha dado por resultado altas tasas de consulta en los SU y por consiguiente un aumento sostenido de la necesidad de hospitalización.

Dicho todo lo anterior, resulta sumamente importante y necesario abordar la implementación de una estrategia sólida y efectiva que tenga como objetivo principal la mejora de la gestión del recurso escaso que representan las camas hospitalarias. La optimización en el uso de éstas no sólo permitirá garantizar una atención de calidad a los pacientes, sino que también contribuirá a la eficiencia del sistema sanitario en su conjunto.

Es crucial en primer lugar, destacar que una estrategia enfocada en mejorar la gestión oportuna implica una revisión exhaustiva de los protocolos y procedimientos actuales. Es necesario evaluar de forma detallada cómo se asignan y distribuyen las camas, identificar posibles cuellos de botella y establecer medidas para agilizar los procesos de admisión y alta.

Se vuelve fundamental promover la colaboración y coordinación entre los diferentes actores involucrados en la gestión de las camas hospitalarias, tanto médicos, como personal de enfermería, administradores y responsables de la planificación estratégica. Esta colaboración permitirá una mejor comunicación y toma de decisiones basadas en datos obtenidos, lo que favorecerá una asignación más eficiente de las camas.

Debemos también evaluar la necesidad de implementación de tecnologías y sistemas de información que faciliten el seguimiento y monitoreo en tiempo real de la disponibilidad y ocupación de las camas hospitalarias. Esto proporcionará una visión más precisa de la disponibilidad y demanda, lo cual podría permitir una planificación más anticipada y precisa del recurso cama.

Otro aspecto relevante a considerar en esta estrategia es la necesidad de promover la formación y capacitación continua del personal sanitario en aspectos relacionados con la gestión de las camas hospitalarias. Esto incluye la adquisición de habilidades de gestión de recursos, la identificación de criterios de priorización y la implementación de estrategias para la optimización del flujo de pacientes. Es importante realizar retroalimentación entre

los distintos estamentos para fomentar el trabajo en equipo y el proceso de mejora continua.

De forma adicional, podría ser interesante conocer la experiencia de otras instituciones de salud tanto nacionales (públicas y privadas) como internacionales, para así aprender de los éxitos y desafíos enfrentados por otros y adaptar esas lecciones a nuestra realidad local.

Un último punto a considerar, pero no menos importante, es que una parte esencial de la estrategia debe ser el evitar el uso del recurso cama, incentivando la educación y promoción de la salud. El fomento de un estilo de vida saludable, la prevención de enfermedades y la promoción de una atención ambulatoria robusta pueden ayudar a reducir la demanda de camas hospitalarias y, por ende, optimizar su uso. Quizás no es un objetivo del presente trabajo en sí, pero claramente debe ser un objetivo global de todo nuestro sistema sanitario.

En suma, la necesidad de impulsar una estrategia integral para mejorar la gestión del recurso escaso que representan las camas hospitalarias no puede ser subestimada y analizada de un forma sólo superficial. Es necesario realizar una implementación de medidas como la revisión de protocolos, el trabajo colaborativo, el uso de tecnologías y sistemas de información, la capacitación del personal de salud, el intercambio de buenas prácticas y la promoción de la salud, para optimizar el uso de las camas y garantizar una atención de calidad y de manera oportuna a nuestros pacientes. Es así como el objetivo de la presente tesis será tratar de realizar todas estas acciones descritas.

2. Contexto relevante del lugar de la intervención

El Hospital Clínico UC-Christus, es un hospital de alta complejidad, docente y que está acreditado desde el año 2013 como prestador institucional de atención cerrada. Pertenece a la red UC-Christus, creada hace 10 años de la asociación de la Pontificia Universidad Católica de Chile con CHRISTUS Health, una institución de salud de Estados Unidos, perteneciente a la Orden de las Hermanas de la Caridad del Verbo Encarnado. La misión de la red UC-Christus es entregar a la persona y a su familia una atención de salud integral y de calidad que contribuya a su bienestar, respetando su dignidad e inspirada en principios cristianos, por equipos de gran calidad humana y excelencia profesional y académica.

El Hospital Clínico UC-Christus ubicado en Marcoleta 367, en la comuna de Santiago es un hospital con alta demanda. La tabla 1, muestra algunos datos relevantes de la institución obtenidos durante el año 2022 y su comparación con el año previo.

Tabla 1. Indicadores generales del Hospital Clínico UC-Christus. Año 2021-2022.

Indicadores	Año 2021	Año 2022
Número consultas SU	45.753	56.415
Número de pabellones	18.514	20.519
Número de partos	1.565	1.627
% Ocupación Hospitalaria	88,8%	87%
Egresos Hospitalarios	27.588	28.312

Fuente: Elaboración propia en base a Información Actividad Hospital UC. Gerencia de Procesos.

Como se aprecia en la tabla, ha existido un aumento del número de atenciones en el SU durante el último año, además de partos y pabellones, lo que se traduce en una creciente necesidad de camas, manteniendo de esta forma un índice elevado de ocupación hospitalaria. El Hospital cuenta con una dotación total de 440 camas a la fecha actual, de las cuales el 20% corresponde a camas pediátricas, las cuales tienen un % de ocupación global promedio de 80%. Por tal motivo, podemos inferir que la escasez de recurso cama para adultos es aún mayor al 87% que se observa en la tabla.

En relación al servicio de urgencia del Hospital Clínico UC-Christus, alrededor del 20-25% de las consultas de pacientes, requieren hospitalización en alguna de las unidades disponibles, ya sea cama básica, cuidados intermedios o unidades críticas. El aumento de consultas obliga a tener una mayor disponibilidad de hospitalización, para otorgar la mejor atención y en el lugar que corresponde. Debido a la falta de camas, es un fenómeno cada día más frecuente que los pacientes deban pasar sus primeras horas de hospitalización en el SU, con el riesgo de no recibir la monitorización, nivel de cuidados y/o tratamientos necesarios para la patología que les aqueja. Durante la presente intervención, nos centraremos fundamentalmente en la necesidad de camas de cuidados de intermedio.

3. Evolución y características importantes de la situación actual

Con la finalidad de brindar atención médica a pacientes que ya han sido estabilizados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y también para proporcionar cuidados y monitoreo adecuados en camas de baja complejidad pacientes con una creciente aumento de comorbilidades, se crearon hace un par de décadas las Unidades de Tratamiento Intermedio (UTI) (3)(4).

Los servicios de camas de Intermedio funcionan como unidades de mediana complejidad, versátiles y muy dinámicas; lo que las ha hecho fundamentales para mantener el flujo de pacientes dentro de un centro hospitalario. Pueden recibir pacientes de múltiples patologías, desde distintas unidades (Urgencia, UCI, Pabellón, Básica), con adecuación de los cuidados según necesidad. En general, están pensadas como unidades de paso, de corta estadía (menor a 5 días), donde los pacientes en su mayoría son estabilizados y trasladados a unidades de menor complejidad o dados de alta según sea su condición clínica.

En nuestra institución, desde la década del `90 contamos con este tipo de camas para hospitalización. Desde su aparición y en relación a la complejidad de nuestros pacientes (porcentaje importante con patología hemato-oncológica y trasplantados de órganos sólidos), han aumentado su número desde 4 inicialmente, hasta las 72 camas actualmente disponibles. Con la finalidad de sectorizar y dar cuidados específicos, las camas de Intermedio del Hospital se dividieron de la siguiente manera:

Tabla 2. Unidades de Camas de Intermedio Hospital Clínico UC.

Unidades de Intermedio	Dotación de Camas
Intermedio Médico (UTIM)	48
Intermedio Quirúrgico	12
Intermedio Neurológico	8
Intermedio Coronario	8

Fuente: Elaboración propia en base a Información Actividad Hospital UC. Gerencia de Operaciones.

Éstas 72 camas de Intermedio presentan la mayor tasa de ocupación del hospital (94.3% año 2022) y permiten mantener, sin duda, el flujo hospitalario.

Los principales ingresos a la unidad provienen de urgencia y UPC. A continuación, se detalla el flujograma desde el SU (Figura 1) y baja/alta complejidad (Figura 2), en los cuales posterior a la generación de necesidad de cama Intermedio por el personal médico y solicitud de cama por enfermería vía SAP, la unidad C3 de gestión de camas asume el rol coordinador, quedando posteriormente el traslado a cargo del equipo de HHS (Hospital Housekeeping Systems) via solicitud electrónica por el programa Bedwatch®. Las necesidades de camas son gestionadas por enfermero gestor, quien en conjunto con equipo médico prioriza y organiza los ingresos a la unidad.

Figura 1. Flujo Solicitud de Cama de Urgencia a Intermedio

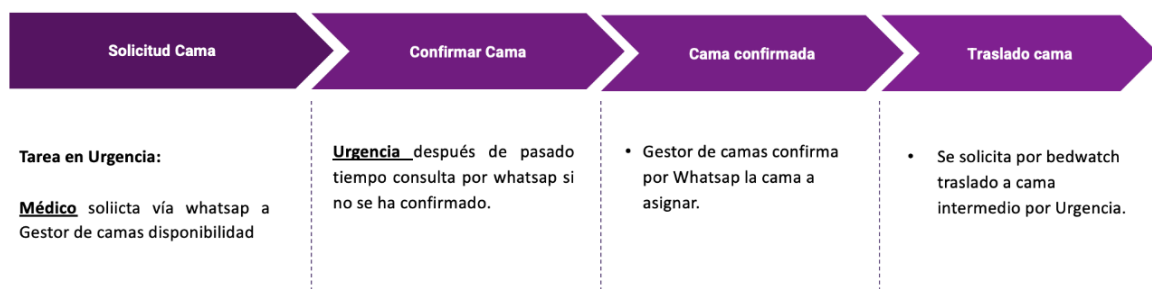
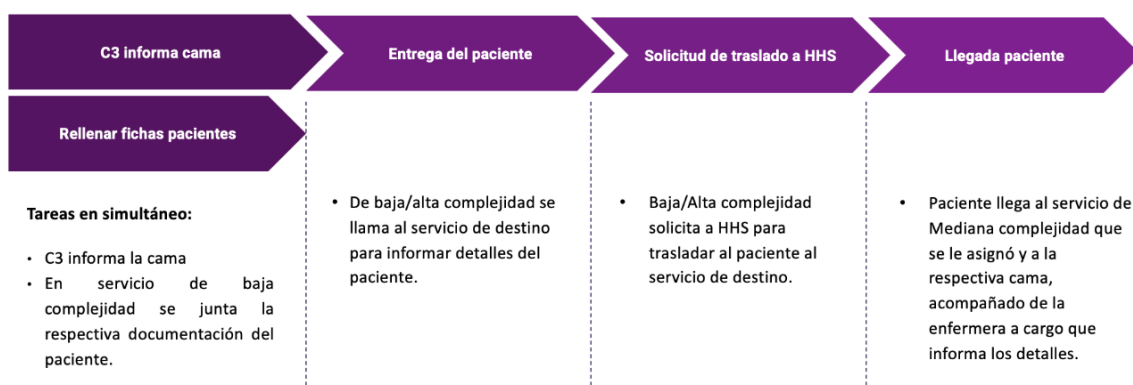


Figura 2. Flujo Solicitud de Cama de Baja/Alta a Mediana Complejidad



Fuente: Subgerencia de Operaciones. Hospital Clínico UC Christus.

Para efectos del presente plan de mejora nos enfocaremos en el Intermedio Médico (UTIM) del Hospital UC Christus. Este correspondía habitualmente a una unidad compuesta por 36 camas ubicadas en el quinto piso del edificio principal. Debido a la pandemia y a la necesidad de mayor monitorización, durante los años 2020-2021, se llegó a aumentar su capacidad a 56 camas. Actualmente en relación a ajuste de personal y reorganización hospitalaria, su capacidad corresponde a 48 camas. Este aumento de 12 camas previas a las que se contaba en la pandemia, viene a responder a la necesidad de mayor necesidad de camas de Intermedio tanto de urgencia como del resto de unidades del hospital. A pesar de este aumento de disponibilidad de camas, día a día amanecen pacientes esperando camas en el SU y pacientes de unidades de mayor/menor complejidad que no pueden trasladarse por falta de camas de Intermedio. ¿Por qué se produce este fenómeno de falta de camas a pesar del aumento que se produjo?

4. Datos cualitativos y cuantitativos que aportan información que ayuda a caracterizar la situación actual

La falta de disponibilidad de camas de Intermedio nos obliga a revisar la forma del cómo estamos usando nuestros recursos. Evaluar el desempeño hospitalario en relación a la gestión de camas, es bastante complejo, dado principalmente por la variedad de circunstancias involucradas y las diferencias biopsicosociales entre los pacientes que acuden a recibir atención médica. Se ha buscado dar respuesta a esta problemática, a través de distintas herramientas.

Para medir la actividad hospitalaria se utilizan diversos indicadores, que son parámetros de referencia, tanto para evaluar la calidad de la gestión administrativa como también el desempeño de la atención clínica. La utilidad de un indicador es que brinda información para guiar las decisiones de los distintos actores del sistema sanitario. Más allá de la complejidad que implica la medición del producto hospitalario los indicadores se convierten en instrumentos sumamente relevantes para quienes se proponen mejorar u optimizar el funcionamiento de los servicios de salud, que es el motivo final de este trabajo.

Numerosas investigaciones se han dedicado a identificar, analizar y mejorar los grupos de indicadores más convenientes para monitorear las dimensiones de esta actividad. Algunas

fueron apoyadas por organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (*Salas et al*) (5), donde se observan múltiples criterios o métodos de evaluación de la actividad hospitalaria.

Nos enfocaremos en el trabajo nacional de *Armijos et al* (6), en el cual se seleccionaron 84 indicadores en total agrupados en 5 categorías: indicadores de tiempo, calidad, capacidad, económicos y de eficiencia. Al realizar una revisión de dichos indicadores y su nivel de atingencia al servicio de Intermedio y centrado en medición de eficiencia hospitalaria que es el foco del presente trabajo, seleccionamos 5 indicadores que desarrollaremos durante el presente trabajo, los cuales se detallan en la Tabla 3.

Tabla 3. Indicadores de Gestión Hospitalaria

Indicador	Objetivo	Métrica
Promedio días de Estadía	Medir cuantos días en promedio está hospitalizado un paciente desde su ingreso hasta su egreso	Días de Estadía de pacientes egresados en un periodo dado / Total de egresos del mismo periodo = (días)
Índice de Rotación	Medir el número de pacientes que pasan por una cama en un periodo de tiempo determinado	Nro de Egresos en un periodo dado/Promedio de Camas disponibles o en trabajo del mismo periodo = egresos por cama / 12 = (mensual)
Intervalo de Sustitución Cama	Determinar el tiempo promedio que una cama permanece desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro	(Nro de días camas disponibles - Nro de pacientes día) / Nro de egresos hospitalarios = (días x 24 = horas)
Indice Ocupacional	Medir el grado de ocupación de las camas	(Nro de pacientes día / Total de Días Cama Disponibles) x 100 = (mensual)
Índice de Letalidad	Medir el porcentaje de mortalidad en un periodo de tiempo	(Nro de defunciones hospitalarias en servicio / Nro de Egresos en el mismo periodo) x 100 = (mensual)

Fuente: Elaboración propia en base a artículo de Armijos et a (5)

Dentro del ámbito de utilización, lo más frecuente es el uso del promedio de días de estadía (EP), la cual permite evaluar lo adecuado del tiempo de la hospitalización. Es un indicador que evalúa la celeridad con la que el hospital o en este caso el servicio efectúa el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y condiciones que presentan las personas que ingresan. La EP proporciona una visión de la efectividad clínica ya que las complicaciones y los eventos adversos prolongan su valor. Sin embargo, este indicador debe de interpretarse conjuntamente con otros que aporten información complementaria del proceso de atención hospitalaria. Por tal motivo, consideraremos en este análisis también el intervalo de sustitución cama, que corresponde al promedio de tiempo en que las camas permanecen desocupadas entre un egreso y el ingreso siguiente. Su duración idónea debe ser lo suficiente para preparar la cama y el entorno para un nuevo paciente y no debería superar el medio día o máximo un día según recomendaciones internacionales (8).

Otro indicador que tendremos en cuenta para nuestro análisis además de los egresos totales y el porcentaje de ocupación de camas, es el índice de rotación o giro de camas, para evaluar cuántos pacientes egresan por cama en promedio durante un periodo de tiempo determinado. Este indicador nos habla del rendimiento que tenemos por cama en nuestra unidad. Mientras mejor rendimiento, mayor flujo hospitalario y mejor uso de recurso cama.

Recopilando los indicadores mencionados, nos podemos hacer una idea del cómo estamos utilizando nuestras camas en el servicio, manteniendo el manejo adecuado de los pacientes, es decir sin aumentar su morbilidad (de ahí que consideraremos en nuestro análisis el índice de letalidad).

Debido a la complejidad y variabilidad de los centros hospitalarios, junto con la heterogeneidad de criterios de ingreso y características de los pacientes que se hospitalizan, es complejo realizar comparativas globales que nos permitan sacar conclusiones sobre el comportamiento del rendimiento hospitalario. Por tal motivo, parece prudente iniciar con el análisis de cómo se ha comportado la misma unidad con el pasar de los años. En la Tabla 4 se detalla el comportamiento que han tenido los indicadores anteriormente mencionados en los últimos 4 años en el Intermedio Médico.

Tabla 4. Indicadores del Servicio Intermedio Médico UC-Christus años 2019-2022.

Indicadores	2019	2020	2021	2022
Días Estadía	9.834	14.161	17.212	16.060
Días Cama Disponibles	10.758	15.668	18.240	17.037
Camas Disponibles	29	43	50	46
Egresos Totales	1.922	2.290	2.647	2.676
Fallecidos	49	87	118	48
Índice Ocupacional (IO)	91%	90%	94%	94%
Estadía Promedio (EP)	5,1	6,2	6,5	6,0
Índice de Rotación (IR)	5,5	4,4	4,4	4,6
Índice de Letalidad (IL)	2,5%	3,7%	4,4%	1,8%
Intervalo de Sustitución Cama (IS)	11,5	15,6	9,12	8,8

Fuente: Elaboración propia en base a Información Actividad Hospital UC. Gerencia de Operaciones.

En la evolución de los últimos años, marcados por la pandemia del COVID-19, destaca una estabilidad en las cifras de la unidad de Intermedio Médico UC-Christus. A pesar del aumento importante del número de camas de la unidad, se mantuvo un elevado porcentaje de ocupación, sin variaciones significativas del tiempo de estancia promedio ni el índice de rotación de la unidad. Es importante mencionar además, las bajas cifras de mortalidad que se mantuvieron, incluso el último año con las menores cifras del periodo, a pesar del importante número de pacientes cada vez más añosos y complejos que se reciben en la unidad.

Una vez obtenidos estos datos, parece interesante realizar el ejercicio de cómo lo estamos haciendo en relación a otros centro médicos, con similar complejidad de pacientes. Al revisar la situación del Intermedio Médico UC-Christus (UC) y compararla a un Intermedio de otro Hospital de Alta Complejidad de similares características, en este caso con el Intermedio

del Complejo Asistencial Hospital del Sótero del Río (CASR), obtenemos datos bastante interesantes, ilustrados en la tabla 5.

Tabla 5. Tabla comparativa de Indicadores de 2 Servicios de Intermedio en Región Metropolitana año 2021.

Indicadores	Hospital UC	Hospital CASR
Días Paciente	17.212	29.135
Días Cama Disponibles	18.240	30.656
Camas Disponibles	50	84
Egresos Totales	2.647	5.746
Fallecidos	118	192
Ocupación Promedio	94%	95%
Estadía Promedio	6,5	5,07
Índice de Rotación	4,4	5,7
Índice de Letalidad	4,4%	3,3%
Intervalo de Sustitución Cama	9,1	6,2

Fuente: Elaboración propia en base a Información Actividad Hospital UC y datos MINSAL (Consolidado de estadísticas sanitarias 2014-2021).

Al realizar la comparativa entre los servicios, destaca que a pesar que ambos presentan una elevada y comparable ocupación hospitalaria, la unidad de Intermedio del CASR presenta una significativa menor estadía hospitalaria, un mayor rendimiento por cama en base a mayor egresos y menor intervalo de sustitución de camas. Estos indicadores positivos se vienen a coronar con una menor letalidad en el periodo. Es decir una utilización más eficiente del recurso cama, digna de reconocer y tratar de asemejar.

5. Objetivo que busca el desarrollo de la AFE

En relación a los antecedentes expuestos previamente en este mismo documento, el objetivo de la presente Actividad Formativa Equivalente (AFE), es mejorar la eficiencia del recurso cama del Intermedio Médico del Hospital Clínico UC-Christus, mediante un proyecto orientado en corregir los problemas de disponibilidad y rendimiento de las camas.

Con motivo del desarrollo de la presente AFE, se busca incorporar herramientas de control de gestión al mundo hospitalario, para así agilizar y optimizar el uso de camas, tanto en el Intermedio como idealmente en todo el Hospital UC-Christus.

En la misma línea, se espera evaluar estrategias concretas que permitan disminuir la estadía hospitalaria en la unidad, revisando procesos de altas y traslados; y también disminuir el intervalo de sustitución cama, examinando los procesos de ingresos de pacientes a la unidad, tiempo de aseo o de procesos administrativos que pueda retrasar el ingreso al servicio. De este modo, se espera que al mejorar el uso eficiente de las camas, se puedan recibir más ingresos y descongestionar el servicio de Urgencia. Además, disminuyendo la estadía hospitalaria, disminuimos todos los riesgos que implica permanecer en el hospital (infecciones, caídas, errores de medicación, entre otros). Es importante recalcar que todo este plan de mejora no debe afectar la calidad y seguridad de la atención que damos a nuestros pacientes.

La metodología de Marco Lógico (ML) es la que mejor se adapta a resolver la inquietud señalada anteriormente, por la cual es la que usaremos en la presente AFE. Ya que permite la adecuada identificación, caracterización y categorización de los problemas subyacentes para transformarlos en un plan de trabajo específico que permita alcanzar este objetivo.

II. METODOLOGÍA

1. Aplicación de la metodología de ML a la realidad seleccionada

El Marco Lógico (9) es un enfoque que en el contexto de organizaciones sanitarias permite clarificar el problema principal (rendimiento insuficiente de las camas) y priorizar los secundarios, reconociendo además las actores involucrados en el proceso (médicos, enfermeros, administrativos, personal externo, etc), logrando establecer en conjunto el árbol de problemas y objetivos, analizando de forma posterior las alternativas de mejora y un plan de ejecución realista que, en este caso, nos permita mejorar el rendimiento de las camas del Intermedio Médico del Hospital Clínico UC-Christus. Por tal motivo, es el enfoque que desarrollaremos durante esta AFE.

2. Equipo gestor del proyecto

Para llevar a cabo este proyecto, además del autor de la AFE, la propuesta formulada fue trabajada en conjunto con un equipo colaborador constituido por personal clínico y administrativo de la red salud UC-Christus, que se relacionan íntegramente con la gestión del flujos de pacientes y desempeño hospitalario. Los integrantes del equipo gestor fueron:

- Jorge Melgarejo Urbano, Ingeniero Comercial, MBA en Administración de Empresa, que actualmente se desempeña como Sub Gerente de Operaciones de red UC-Christus, responsable actual de revisar procesos que permitan optimizar el flujo de pacientes dentro del hospital.
- Karina Wattier Valdés, Enfermera Jefa Unidad de Gestión de Altas y Camas, quien presenta una vasta experiencia en gestión hospitalaria y en su rol actual busca favorecer la optimización de flujos que permitan una buena coordinación entre las distintas unidades de nuestro centro de salud.
- Fernando Román Ortega, Medico Internista, Jefe Intermedio Médico Adultos, con doble rol en este plan de mejora, tanto como gestor del proyecto como de jefatura de unidad, por tal tengo un bonito desafío profesional que sacar adelante y pienso realizarlo de la mejor manera posible.

3. Técnicas y/o instrumentos metodológicos utilizados

Durante la elaboración de la presente propuesta, se utilizaron diversos instrumentos metodológicos, muy en relación a las distintas etapas de desarrollo del proyecto, los cuales detallamos a continuación:

3.1 Etapa analítica:

- *Identificación del problema:* en esta etapa, se recurrió a la realización de entrevistas de distintos actores, técnica de lluvia de ideas y de forma posterior matriz de priorización de problemas. En relación a la matriz de priorización, los criterios utilizados fueron: prioridad en los lineamientos de las autoridades, gobernabilidad (capacidad de incidir sobre el problema), características y magnitud de la población afectada, y por último incidencia sobre la generación de otros problemas.

- *Análisis de involucrados:* en este análisis, se elaboró una matriz de involucrados como herramienta que indaga en la capacidad de cada actor, ya sea en su interés en la intervención y capacidad de incidir con el problema relacionado y el plan propuesto. De esta forma, se puede dividir a las personas involucradas como actores favorables o no al proyecto, facilitando las posteriores decisiones y estrategias a diseñar. Para realizar el análisis, se debe tener en cuenta desde la perspectiva de cada actor los siguientes criterios (se enuncia en la matriz para cada actor):
 - Problemas percibidos: apreciación de cada actor desde su punto de vista sobre el problema central identificado.
 - Intereses y mandatos: intereses de cada actor involucrado en función del rol que representa en la organización sanitaria.
 - Poder o capacidad de incidir: recursos de cada actor para afectar el desarrollo del proyecto. Se enuncia en la matriz asignando números a significados conceptuales (1=Bajo; 2=Medio bajo; 3=Medio; 4=Medio alto y 5=Alto).
 - Interés en la intervención: disposición de cada actor ya sea apoyo, rechazo o indiferencia a determinada estrategia sobre el problema. Se operacionaliza asignando números a significados conceptuales dependiendo si el efecto de la

posible intervención es: Positivo (1=Bajo, 2=Medio y 3=Alto); Negativo (-1=Bajo, -2=Medio y -3=Alto) o Indiferente (0=Neutro).

- Valor: Se obtiene multiplicando el valor de la capacidad de incidir (Poder) por el valor del interés de la intervención.

- *Análisis de problemas:* en este punto, se recogió la información obtenida a partir de la Matriz de priorización junto con entrevistas y lluvia de ideas, para posteriormente confeccionar el árbol de problemas, a partir del problema principal, derivando sus causas y efectos.

- *Análisis de objetivos:* para este análisis se recurrió a la realización del árbol de objetivos, colocando en positivo los elementos del árbol de problemas confeccionado de forma previa, definiendo de tal manera la estructura con que se analizará el problema planteado.

- *Análisis de alternativas:* en el último análisis de esta etapa, se identifican las posibles soluciones alternativas que potencialmente pueden conducir al logro de los objetivos identificados. Para la selección de las estrategias potenciales y finalmente la estrategia a ser adoptada, se consideraron los siguientes criterios: intereses de los involucrados, factibilidad de alcanzar objetivo, costo financiero, capacidad técnica e institucional para la implementación y disponibilidad de recursos humanos.

3.2 Etapa de Planificación:

- *Elaboración de la Matriz de Marco Lógico (MML):* La MML es un instrumento de planificación que a partir de la información obtenida en la etapa analítica, permite enlazar los objetivos en cuatro categorías organizadas en orden jerárquico, y ascendente, con sentido desde “medios” a “fines”. Adyacente a la columna de objetivos, se distribuyen en el siguiente orden: los elementos de seguimiento y evaluación (indicadores), los medios de verificación o fuentes de información que sustentan a los indicadores y finalmente los supuestos del proyecto, que corresponde a las condiciones externas al proyecto que deben ocurrir para que se alcancen los

distintos objetivos. Gráficamente, la matriz se representa en la forma que se muestra en la tabla 6.

Tabla 6. Matriz de Marco Lógico

RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN			
PROPÓSITO			
RESULTADOS			
ACTIVIDADES			

Fuente: Manual para el diseño de proyectos de Salud. OPS

- *Elaboración del plan de ejecución:* El plan de ejecución, anexo a la MML, resulta en un indispensable a la hora de asegurar la ejecución real del proyecto. Para su confección, las actividades (tareas) del proyecto se desagregan en subtareas. A cada ítem, se le asignan plazos de ejecución, responsables y recursos, en forma gráfica como se muestra en la tabla 7.

Tabla 7. Plan de ejecución

TAREA	TIEMPO	RECURSOS	RESPONSABLE
SUBTAREA			
SUBTAREA			

Fuente: Manual para el diseño de proyectos de Salud. OPS

- *Elaboración del Plan de Control de Calidad:* este plan se hizo en base al esquema de verificación del diseño de proyectos planteado en el Manual de la OPS (9), para así evaluar la coherencia y calidad de la presente AFE.

III. ETAPA ANALÍTICA

1. Descripción del problema

El equipo gestor se reunió para establecer vía estrategia de lluvia de ideas, los problemas que se pueden asociar al bajo rendimiento del Intermedio Médico del Hospital Clínico UC-Christus, en particular en lo relacionado a la disponibilidad de camas. Algunos de los conceptos obtenidos en la lluvia de ideas inicial y enunciados de forma textual por los distintos colaboradores fueron los siguientes:

“Por la complejidad y comorbilidad de los pacientes que nos consultan, existe una falta de camas de Intermedio disponibles en nuestro Hospital”

“Existe falta de información a tiempo real del estado de disponibilidad de las camas, parte del proceso se realiza en rondas en terreno de enfermero gestor, lo cual retrasa la asignación de camas”

“En varias oportunidades hay discordancia entre lo que decide el Médico de Urgencia y el Médico de Intermedio sobre el destino del paciente”

“Hay una demora de más de dos horas entre que se le asigna el cupo y que el paciente suba a la cama asignada. En horarios punta, debido a la carga asistencial del servicio de Urgencia se genera incluso mayor retraso”

“Debido a la alta carga laboral y diferencias en el horario de las rutinas de ambos servicios, generalmente hay dificultad para contactarse entre ambos equipo de enfermería para las entregas de los pacientes”

“Para mayor disponibilidad de camas de Intermedio, se debe optimizar el traslado de pacientes de mediana (UTIM) a baja complejidad (MQ), donde también existen problemas de demora entre la asignación y traslado por entrega médica y enfermería”

“La solicitud de camas muchas veces se realiza de forma incompleta sin todos los requerimientos necesarios para la asignación adecuada de camas”

“Existen demoras en el proceso de altas para mejorar la disponibilidad de camas. Además retraso en el proceso de aseo de las camas”

“Existen pocos incentivos en los equipos clínicos para disminuir las estadías hospitalarias de los pacientes. Los datos de gestión hospitalaria no son difundidos en los equipos médicos, se podrían otorgar incentivos económicos o de equipamientos para los equipos más eficientes”

“A pesar de los riesgos atribuibles a las estadías hospitalarias prolongadas, los pacientes suelen rechazar las hospitalizaciones domiciliarias y otras alternativas creadas para favorecer las altas precoces. Se requiere un cambio socio-cultural en pro de la eficiencia hospitalaria”

Una vez obtenidos estos enunciados, se llevó a cabo una reunión adicional donde se tomó la decisión de unificar ciertas problemáticas y resumir los enunciados, lo cual dio lugar a la identificación de 6 problemas distintos que exploraremos y analizaremos en detalle. Los problemas obtenidos fueron los siguientes:

- Déficit de camas de Intermedio
- Demora en asignación de camas
- Retraso en utilización de camas
- Retraso en disponibilidad de camas
- Falta de incentivos en pro desempeño hospitalario
- Falta de cultura de eficiencia hospitalaria

A partir de los problemas enunciados, se analizó la importancia de cada uno en el problema central, esto en base a los criterios sugeridos por el manual de la OPS (magnitud, prioridad, gobernabilidad e incidencia sobre otros problemas), obteniendo la matriz de priorización, la cual quedó graficado en la tabla 8 y explicaremos su confección en los próximos párrafos.

Tabla 8. Matriz de Priorización de la presente AFE

CRITERIOS	PROBLEMAS					
	Déficit de camas Intermedio	Demora en asignación de camas	Retraso en utilización de camas	Retraso en disponibilidad de camas	Falta de incentivos en pro desempeño hospitalario	Falta de cultura eficiencia hospitalaria
Características y Magnitud	3	3	3	3	2	3
Prioridad	3	2	3	3	3	3
Gobernabilidad	3	3	3	3	2	3
Incidencia sobre otros problemas	3	3	3	3	2	3
TOTAL	12	11	12	12	8	12

Fuente: Manual para el diseño de proyectos de Salud. OPS

Dentro de los problemas que se priorizaron en la matriz recientemente expuesta, hay varias problemáticas que se repiten a nivel nacional y que por tal motivo, su revisión y resolución pudiesen servir para orientar la estrategia sanitaria tanto a nivel local como a nivel país, por tal motivo las revisaremos con más detalle. Además evidenciamos pocas diferencias en los puntajes obtenidos. Ambas situaciones se podrían explicar por el número acotado de participantes del equipo gestor, lo cual podría subestimar algunas problemáticas. Sin embargo, es destacable que siendo de áreas de trabajo distintas, identificamos puntos problemáticos en común, que detallamos a continuación.

La realidad actual es que necesitamos más camas de intermedio para satisfacer las necesidades de los pacientes que acuden a nuestra Institución. De los pacientes adultos que se hospitalizan a diario vía urgencia, entre un 50-60% de los ingresos (10) requiere cama de Intermedio de forma inicial para su manejo y estabilización clínica, de ahí la importancia de su disponibilidad para el funcionamiento de todo el hospital.

Como solución inicial, resulta evidente el aumentar la cantidad de camas de Intermedio, sin embargo, tanto por infraestructura como por dotación de personal médico y no médico, no

parece ser una posibilidad a mediano plazo. De ahí que cobra importancia que de las camas disponibles, debemos obtener el mejor rendimiento posible. Algunas de las problemáticas que afectan el rendimiento de nuestras camas, serían las siguientes:

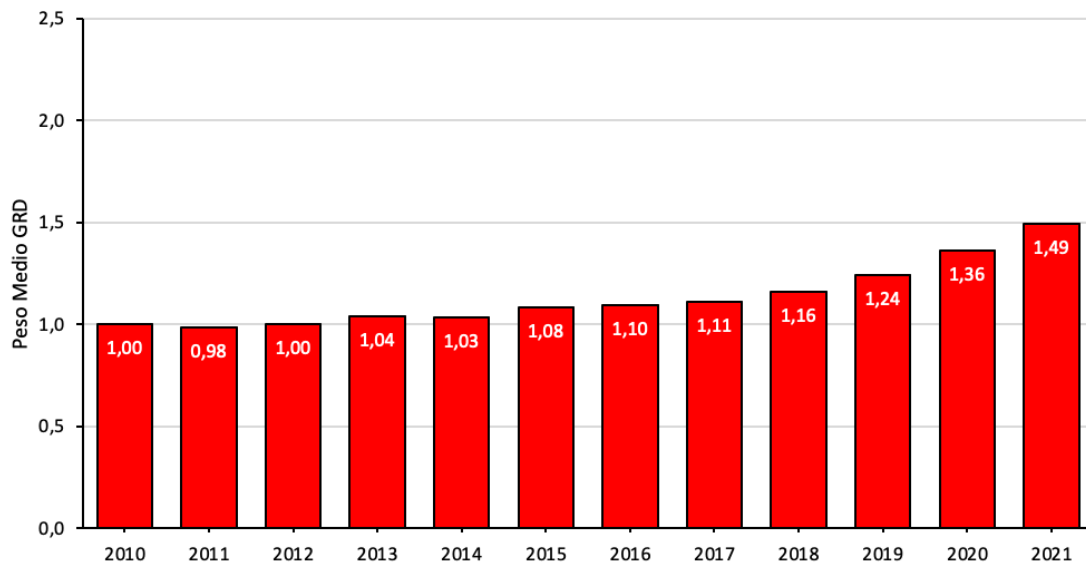
- Retraso en la ocupación de las camas: En un levantamiento de datos, realizado por McKinsey en Octubre de 2021 calculó el intervalo de sustitución cama en 6 horas en promedio en el hospital. Algunas de las posibles explicaciones posibles pudieran ser:
 - Falta de capacidad técnica de equipo de gestión de camas: El equipo C3 de gestión de camas no conoce a tiempo real el estado de ocupación de las camas, información muchas veces es recibida de forma retrasada y no se cuenta con las camas desocupadas en el momento que ocurre. Demora en el aseo de las habitaciones: dependiendo del horario en que se desocupen las camas, el retraso en el aseo puede ser incluso superior a 1 hora.
 - Demora en entrega desde SU a UTIM: Proceso de entrega de paciente tanto por equipo médico como equipo de enfermería depende de la disponibilidad de ambas entidades, lo cual muchas veces no ocurre de forma expedita y eso retrasa el movimiento del paciente y aumenta el tiempo libres de las camas disponibles.
 - Demora en traslado de pacientes por personal externo: Ante el gran aumento de los movimientos de los pacientes ya sea por ingresos, procedimientos, pabellones, etc, el servicio externo HHS no logra cumplir de forma expedita los traslados lo cual retrasa los ingresos a la unidad, tanto en horario hábil como inhábil.

- Aumento de estadía hospitalaria: Durante los últimos 5 años ha existido un aumento progresivo de la estadía en la unidad en promedio de 1.5 días, teniendo incluso en algunos meses estadías promedios de 9.6 días (Abril 2022), cifras récords para el hospital. Este aumento de media estadía implica una menor movilidad de pacientes desde la unidad, disminuyendo la posibilidad de ingresos de urgencia. Alguna de las explicaciones posibles:

- Mayor complejidad de pacientes: Cada año aumenta la complejidad de los pacientes que recibimos en todo nuestro hospital y de igual manera en la UTIM. Esto queda claramente graficado al revisar el peso de los Grupos Relacionados al Diagnóstico (GRD) de los pacientes ingresados en los últimos años en nuestro hospital (Gráfico 1). En nuestro servicio por ejemplo, se reciben un número importante de pacientes trasplantados (trasplante de médula ósea y órganos sólidos) tanto en su etapa diagnóstica como tratamiento inicial, además de rehospitalizaciones por complicaciones. Como queda expuesto en Gráfico 2, éstos programas se encuentran en claro crecimiento, con lo cual se reciben pacientes cada vez más complicados y con estadías prolongadas.
- Dificultad para trasladar pacientes a áreas básicas: en relación a la mayor complejidad de los pacientes recibidos, no se logran cumplir todos los requisitos para trasladar a los pacientes a áreas de menor complejidad. Uno de los factores más importantes asociados corresponde a la falta de cuidador en pacientes con agitación o con limitación de la movilidad que requieren apoyo para sus tareas básicas.
- Retraso en la realización de procedimientos o exámenes por disponibilidad finita de servicios de apoyo a unidades clínicas.

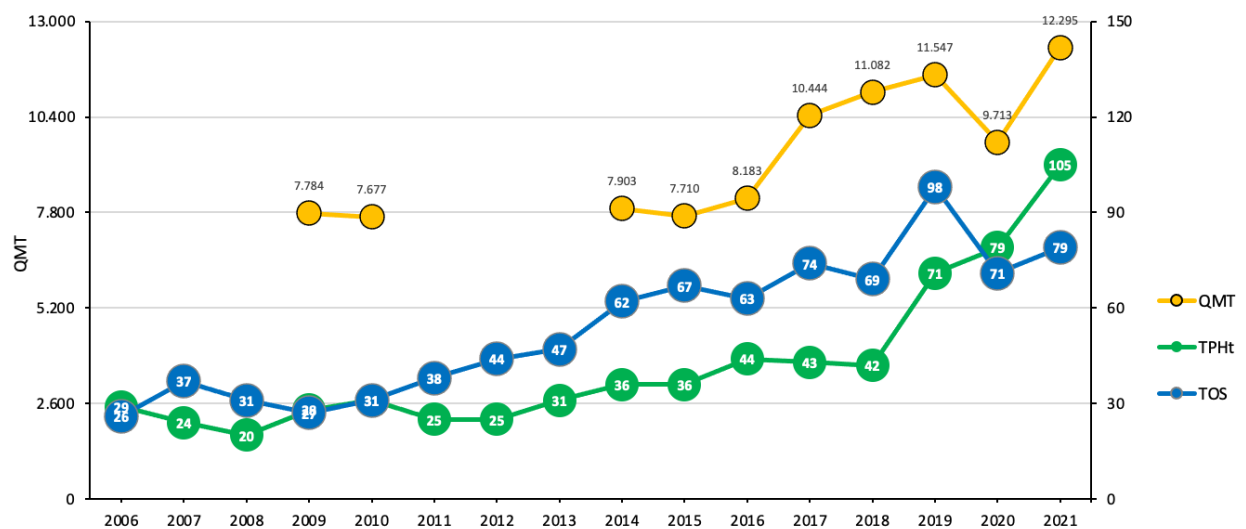
Dado todo lo descrito entonces, parece fundamental contar con una estrategia de solución que se aboque tanto en optimizar el proceso clínico de flujo de pacientes como también los procesos administrativos involucrados para así mejorar el proceso global de gestión, que traerá una mejora directa sobre la unidad de Intermedio, sin embargo de cierta forma también puede repercutir en disminuir la presión en el resto de los servicios hospitalarios involucrados (SU, UPC, MQ).

Gráfico 1. Peso Medio GRD (PM GRD) pacientes ingresados al Hospital Clínico UC años 2010-2021



Fuente: Unidad de Gestión Clínica. Dirección Hospital. Uso Interno

Gráfico 2. Número Anual de Quimioterapias (QMT), Trasplante de Precusores Hematopoyéticos (TPH) y de Órganos Sólidos (TOS), Hospital Clínico UC



Fuente: Unidad de Gestión Clínica. Dirección Hospital. Uso interno.

2. Análisis de Involucrados

Tal como se señaló en la sección de metodología, en el análisis de involucrados se identifica a los actores clave que estarán involucrados en el desarrollo del presente proyecto de mejora. Finalmente, los actores involucrados reconocidos por el equipo gestor fueron: Jefatura de Intermedio; Jefatura de Urgencia; Enfermera Jefa Unidad de Gestión de Camas (UGC); Enfermera Jefa Unidad de Estadía de Pacientes (UEP); Gerencia General y Dirección Hospital; Gerencia de Operaciones y de Servicios Generales; Población Beneficiaria; Médicos y Enfermeras de servicio clínicos involucrados.

En cuanto a la relevancia de los actores involucrados, destaca que el apoyo de la Gerencia General y Dirección del Hospital resultará clave para alinear al resto de los integrantes involucrados y también para incorporar las recomendaciones que puedan surgir de este trabajo. A continuación, se desarrolla la matriz de involucrados haciendo una estimación de sus percepciones e intereses respecto al problema de la eficiencia hospitalaria.

Tabla 9. Matriz de Involucrados

Actores Involucrados	Problema Percibido	Intereses de Mandato	Poder	Interés		Valor
				(+)	(-)	
Médico Jefe de Intermedio	Falta de Camas de Intermedio	Optimizar la productividad de camas	3	3		9
Enfermera Jefe de Intermedio	Retraso en entrega de pacientes	Mejorar flujo de ingresos-egresos de pacientes	3	3		9
Jefatura de Urgencia	Demoras en disponibilidad y asignación de camas	Asegurar camas para pacientes desde Urgencia	3	2		6
Enfermera Jefa UGC	Retraso en utilización de camas disponibles para uso	Acelerar flujo de pacientes	3	3		9
Enfermera Jefa UEP	Estancia prolongada de pacientes en Intermedio	Disminuir la estadía hospitalaria	2	3		6
Gerente General / Dirección Hospital	Falta de protocolos e incentivos en pro de eficiencia hospitalaria	Aumentar el rendimiento hospitalario	3	2		6

Gerente de Operaciones / Servicios Generales	Retraso en traslado de pacientes y aseo de habitaciones	Disminuir intervalo sustitución de camas	3	3		9
Equipo de Médicos y Enfermeras	Falta de cultura de eficiencia hospitalaria	Dar atención eficiente y de calidad	2	3		6
Población Beneficiaria	Tiempos de espera prolongados de pacientes que requieren Intermedio	Asegurar atención oportuna y hospitalización en unidad adecuada	2	2		4

Fuente: Elaboración propia adaptado desde Manual para el diseño de proyectos de Salud. OPS

3. Análisis de Problemas

Para desarrollar el análisis de problemas, etapa que concluye con la construcción del árbol de problemas, el equipo gestor contó entre sus filas con dos actores clave en la estructura del funcionamiento actual de flujo de pacientes desde urgencia a intermedio, cuya experiencia y colaboración, permitieron desarrollar el presente plan de mejora. Como mencionamos en la sección de metodología, estas personas fueron la Enfermera Jefa Unidad de Gestión de Altas y Camas, y el Sub Gerente de Operaciones del Hospital.

Para caracterizar mejor y profundizar en el flujo de ingreso de pacientes al Intermedio Médico del Hospital UC-Christus, se describen a continuación las actividades más importantes que se llevan a cabo en el proceso.

Flujo de Pacientes desde Urgencia a Intermedio

- Médico de urgencia indica hospitalización de paciente en unidad de Intermedio
- Solicitud de cama de Intermedio a unidad de gestión de camas
- Gestor de camas asigna cama a paciente, avisando a personal de urgencia e intermedio
- Médico de urgencia entrega vía telefónica paciente a médico de Intermedio, quien lo acepta en la cama asignada
- Enfermera de urgencia entrega vía telefónica paciente a enfermera de intermedio
- Enfermera de urgencia solicita traslado de paciente en sistema Bedwatch®

- Servicio de HHS traslada a paciente a unidad asignada, acompañado de personal clínico según corresponda
- Enfermera de intermedio asigna cama a paciente en sistema SAP

Flujo de Pacientes desde Intermedio a Médico Quirúrgico (MQ)

- Médico de intermedio indica traslado de paciente desde intermedio a médico quirúrgico
- Enfermera de intermedio solicita cama en sistema SAP
- Unidad de gestión de camas asigna, según disponibilidad, cama a paciente, avisando a personal de intermedio
- Médico de intermedio entrega vía telefónica o escrita paciente a médico de MQ
- Enfermera de Intermedio entrega vía telefónica paciente a enfermera de MQ
- Enfermera de intermedio solicita traslado de paciente en sistema Bedwatch
- Servicio de HHS traslada a paciente a unidad asignada

Así entonces, tras dialogar con los dos actores clave previamente mencionados, y utilizando la lógica del análisis de relación causa-efecto, se avanzó con los siguientes pasos:

- Identificación de los problemas principales agrupados en 3 niveles: problemas (causas) directos, indirectos y estructurales
- Se identificó y caracterizó el problema central
- Se hizo una estimación de los efectos derivados del problema central.

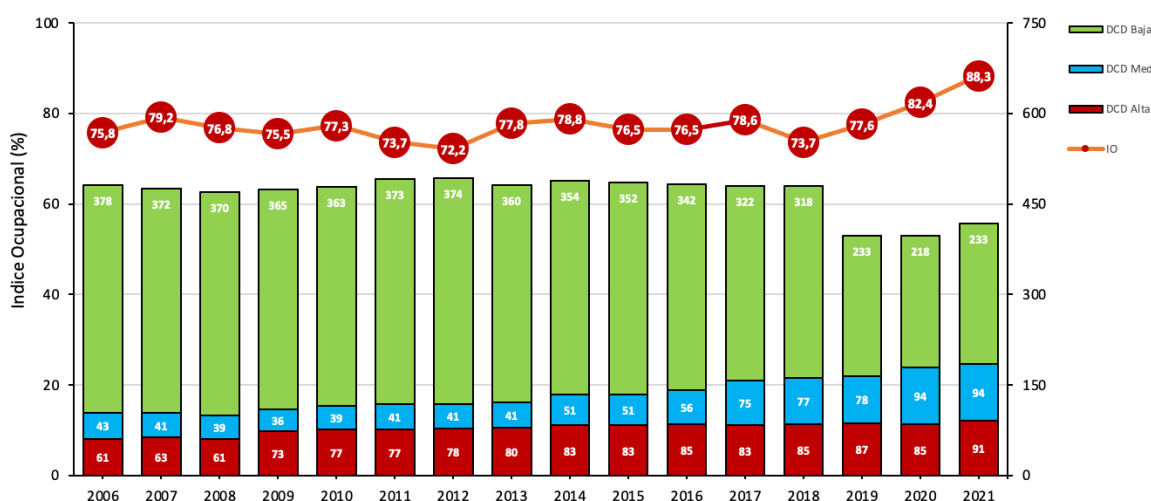
3.1 Problemas principales:

Como se dijo anteriormente, los principales problemas se agruparon en 3 causas: estructurales, indirectas y directas. Dentro de las causas directas, se identificaron algunas como: Falta de camas de intermedio, estadía hospitalaria aumentada y retraso en la ocupación de las camas disponibles.

Respecto a la falta de camas de intermedio, es evidente que una limitación en el número de camas influirá en una baja disponibilidad. Es notorio que dado lo multifacético del uso de las

camas de intermedio que hemos descrito en este trabajo, en nuestro hospital desde el año 2014 existe un fuerte crecimiento en el número de éste tipo de camas, con un porcentaje cada vez mayor en relación al total de camas hospital considerando las unidades de pacientes adultos como pediátricos. En el gráfico 3, se puede apreciar el aumento sustantivo de camas de mediana complejidad (barra celeste) destacando como un aumento de porcentaje de camas de un 8,9% el año 2006 hasta un 22,4% del total de camas el año 2021 (en contexto de pandemia COVID-19).

Gráfico 3. Índice Ocupacional vs Dotación de Camas Disponibles Promedio (DCDP) por Categoría, Hospital Clínico UC



Fuente: Unidad de Gestión Clínica. Dirección Hospital. Uso interno.

Sin embargo, la demanda por camas de intermedio. Al analizar el año 2022, podemos reconocer que las camas de Intermedio son las unidades más demandadas en nuestro hospital, con el índice de ocupación más elevado, como lo refleja la tabla 8. Pacientes cada vez más complejos requieren monitorización rigurosa a lo menos al principio de su hospitalización.

Tabla 8. Índice Ocupacional (IO) promedio anual por Área de Complejidad Adulto, Hospital Clínico UC. 2022

	ALTA COMPLEJIDAD	MEDIANA COMPLEJIDAD	BAJA COMPLEJIDAD	TOTAL HOSPITAL
CAMAS DISPONIBLES	55	76	240	371
INDICE OCUPACIONAL	87,1%	94,3%	85,8%	87%

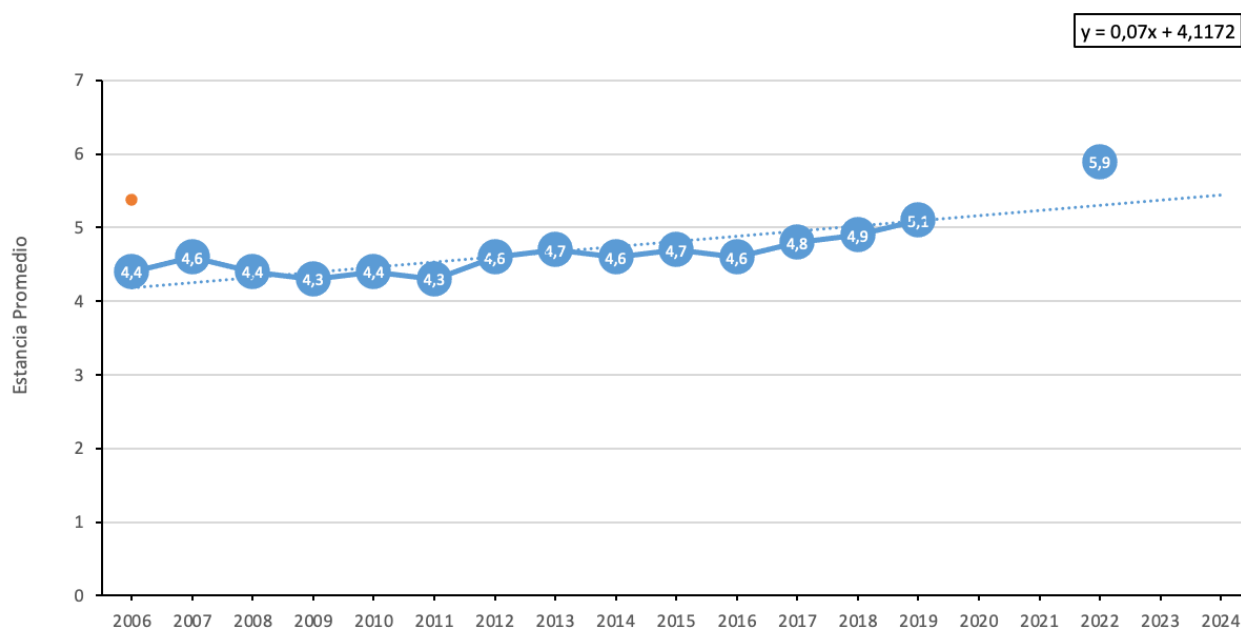
Fuente: Elaboración propia en base a Información Actividad Hospital UC. Gerencia de Operaciones. Uso interno

La falta de camas de disponibilidad de las camas de unidades de mediana complejidad nos obliga a ser cada vez más adecuados y efectivos en su uso. De las actuales camas para utilizar, una problemática que afecta ciertamente a la situación es el aumento de la estadía hospitalaria, situación que vemos patente en los últimos años y que se intensificó con la pandemia, tanto en la unidad como en el hospital y en toda la red hospitalaria nacional. Como consecuencia del aumento progresivo de las condiciones complejas admitidas en el hospital clínico, y de la diferenciación hacia ese perfil de paciente, el gráfico 4 ilustra el aumento sostenido en los días de estancia promedio global. No se cuentan con los datos de los años 2020 y 2021, pues el gran número de pacientes con infección por Covid-19 admitidos en ese periodo elevó las estancias promedios a cifras nunca antes vistas. Es probable que algo de pandemia haya afectado de igual manera el año 2022 con el alza a 5,9 días, pero igual el alza es consistente. De acuerdo con la ecuación de la línea de tendencia, en el año 2023 podríamos alcanzar una estancia promedio global de 5,4 días.

A pesar de los avances tecnológicos y las iniciativas para favorecer el manejo de los pacientes de forma ambulatoria (hospitalización domiciliaria, cirugía mayor ambulatoria, aumento de horas de policlínico), es clara la tendencia de aumento de más o menos 1 día de estadía hospitalaria global en los últimos años, que en nuestra unidad sería incluso mayor (6,5 días) según los datos expuestos en la tabla 5. En relación a la mayor complejidad de los pacientes descritos, no se logran cumplir todos los requisitos para trasladar a los pacientes a áreas de menor complejidad de forma segura, en los casos que ya no requieren

monitorización avanzada. La necesidad de cuidados básicos en pacientes dependientes, limita el traslado e implica que estos pacientes permanecen en intermedio hasta su egreso hospitalario, reduciendo la posibilidad de usos de esas camas. La posibilidad de cuidadores para estos pacientes podría ayudar a trasladar a esos pacientes y disminuir su consumo de cama de mayor complejidad.

Gráfico 4. Estadía Promedio Anual. Hospital Clínico UC.



Fuente: Unidad de Gestión Clínica. Dirección Hospital (Agradecimientos al Dr. José Ignacio Rodríguez)

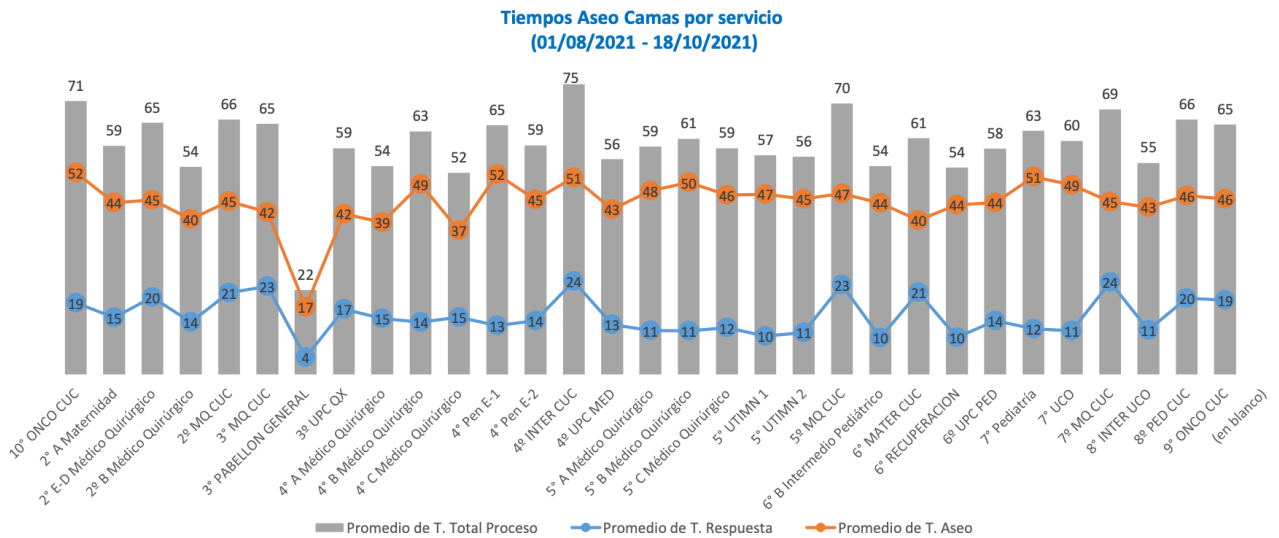
Como hemos señalado en los párrafos previos, el hospital cuenta el año 2023 con 76 camas de mediana complejidad, considerando pacientes adultos y pediátricos. Son esas camas las que debemos sacarles provecho. A pesar de la necesidad de su uso, se reportan importantes problemas de subutilización de las camas disponibles, con retrasos en los índices de sustitución de camas, en que se reportan en promedio 8 horas de cama libre de paciente entre egreso e ingreso a una unidad (levantamiento de datos, realizado por McKinsey en Octubre de 2021). Es cierto que este número es tendencioso ya que considera de igual manera cuando no hay pacientes que requieran el uso de la cama. Sin embargo, es claro que cuando hay necesidad, existe un retraso en el uso de las camas libres, tal como lo informan

distintos actores que están involucrados en la situación descrita. El proceso de ocupación de las camas y su flujo expedito es el que debemos optimizar durante este proyecto.

Para poder ocupar una cama de intermedio necesitamos esencialmente 3 condiciones que se encuentran relacionadas entre sí: disponibilidad, asignación y ocupación. En estas condiciones podemos encontrar problemáticas que dificultan y retrasan la utilización de las camas, que detallaremos a continuación.

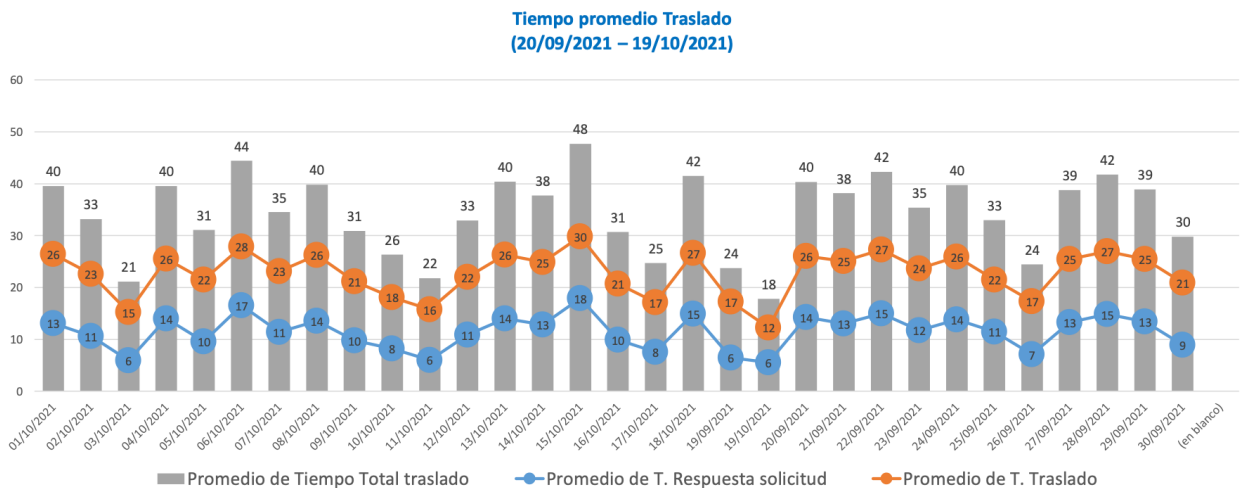
- Retraso en la disponibilidad: En primer lugar, un paciente de Intermedio una vez estabilizado puede tomar dos destinos: se puede trasladar o puede egresar de la unidad, para así poder disponer de esa cama para otro paciente. En relación a los traslados, la falta de disponibilidad de camas de baja complejidad puede impedir el uso de las camas de Intermedio, teniendo que mantener incluso por horas a pacientes en camas que ya no requieren de monitorización. En el caso de egresos, en muchas ocasiones no se cuenta con proceso expedito de alta de pacientes, pudiendo además existir demoras en personal externo HHS en traslado de pacientes hacia el exterior del hospital. Una vez desocupada la cama, dependiendo del aislamiento del paciente, viene un proceso de aseo que dependiente del aislamiento o la disponibilidad del recurso personal, incluso puede extenderse bastante para tener utilizable la unidad. En promedio, el tiempo de aseo se puede extender hasta 45 minutos y de traslado hasta 36 minutos, como podemos apreciar en el gráfico 5, con datos obtenidos por levantamiento McKinsey en Octubre de 2021.

Gráfico 5. Tiempo de Traslado y Aseo promedio. Hospital Clínico UC.



➤ **Tiempos aseo promedio**

T. Respuesta	T. proceso Aseo	T. Total proceso
11	34	45



➤ **Tiempos traslado promedio**

T. Respuesta	T. Traslado	T. Total proceso
12	24	36

Fuente: Subgerencia de Operaciones. Hospital Clínico UC Christus.

- Retraso en la asignación: El equipo C3 de gestión de camas no conoce en tiempo real el estado de ocupación de las camas, información muchas veces es recibida de forma retrasada y no se cuenta con las camas desocupadas en el momento que ocurre, lo cual aplaza el uso precoz de las camas disponibles, existiendo diferencias entre la necesidad de urgencia y la disponibilidad que se cuenta de camas en el Intermedio. A pesar de contar con sistema SAP como herramienta tecnológica, existe un retraso en la incorporación de la información por el personal sanitario (principalmente a cargo del equipo de enfermería en nuestra institución) dado muchas veces por la carga laboral diaria, que dificulta al personal administrativo el poder optimizar flujos de asignación de camas. El enfermero gestor de camas realiza 2 rondas por todo el hospital durante su turno de 12 horas, en la cual recopila la información de movimientos programados de la unidad en primera persona. Esta valiosa información es recibida y analizada en la central de gestión de camas, para programar los movimientos de pacientes durante la jornada. Obtener esta información de forma más rápida y certera parece ser un aspecto clave para mejorar el proceso de asignación de camas.

- Retraso en la ocupación: Una vez que la cama se encuentra disponible y fue asignada, se debe realizar la entrega del paciente a la cama correspondiente. El proceso de entrega tanto por equipo médico como equipo de enfermería depende de la disponibilidad de ambas entidades, lo cual muchas veces no ocurre de forma expedita y eso retrasa el movimiento del paciente y aumenta el tiempo libres de las camas disponibles. En la actualidad este proceso de entrega se realiza mayoritariamente vía telefónica, dejando la vía presencial solamente en pacientes inestables. Al ser un proceso que depende de forma exclusiva de las personas que están viendo (personal de urgencia) y que recibirán al paciente (personal de intermedio), permite poca flexibilidad de reemplazo y requiere una programación de ambas entidades que en el trabajo diario es a veces difícil de conseguir. La entrega del paciente es una instancia indispensable para mantener el cuidado óptimo del enfermo, una mejora en este proceso puede ayudar sin dudas en la optimización del flujo de ingreso al Intermedio y al resto de unidades del hospital.

3.2 Problema central:

Al identificar la falta de disponibilidad de camas del Intermedio como un problema central, se hace hincapié en la importancia de la unidad en la dinámica hospitalaria, en su versatilidad de uso y su necesidad para la atención adecuada de un gran número de pacientes que acuden a nuestro centro. Como mencionamos previamente, un importante porcentaje de los ingresos desde urgencia ocurre directamente a las unidades de Intermedio y su disponibilidad permite un manejo acorde a su gravedad.

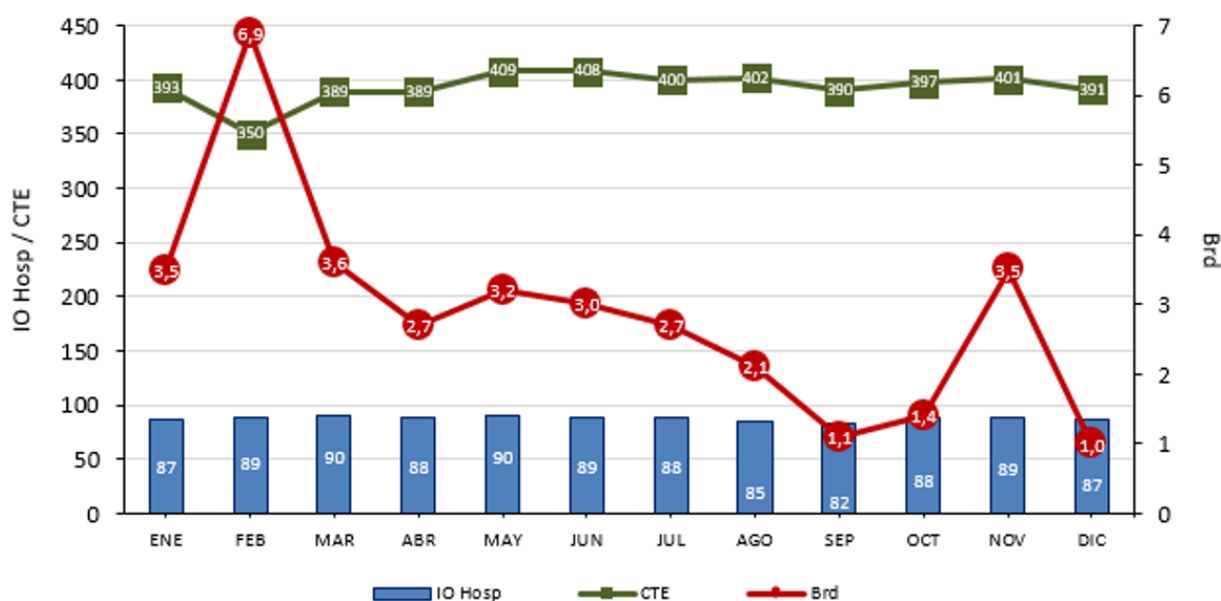
Optimizar la disponibilidad de camas del Intermedio impresiona relevante para mejorar la estrategia de productividad hospitalaria y los compromisos de gestión propuesto como estrategia global de la red.

3.3 Efectos:

Respecto de los efectos asociados al problema central descrito, podemos identificar de forma inicial a lo menos 2 resultados claros. En primer lugar, la baja disponibilidad de camas de Intermedio implica un aumento del número de pacientes que permanecen hospitalizados en la unidad de Urgencia, sin poder acceder a la unidad que les corresponde. Nuestra Urgencia está diseñada como una unidad de paso sin camas acondicionadas ni por capacidad técnica ni logística para realizar cuidados de pacientes hospitalizados. Por tal motivo, el que permanezcan pacientes con indicación de hospitalización en una unidad preparada para la atención inmediata de pacientes y no para el seguimiento, puede implicar unos cuidados inadecuados poniendo incluso en riesgo los cuidados de los pacientes. La situación descrita de pacientes que permanecieron hospitalizados en la Urgencia es algo que vivimos en nuestra institución durante el año 2021, afectado tanto por los altos índices ocupaciones como por las variaciones de camas totales del hospital disponibles, donde la falta de camas de intermedio es una constante. Como se aprecia en el gráfico 6, hubo en promedio hasta 7 pacientes en un mes, que amanecieron hospitalizados en urgencia por falta de camas, recibiendo una atención subóptima durante los primeros momentos de su hospitalización. Al analizar la importancia de las primeras horas de atención de pacientes graves, una atención inadecuada inicial puede tener consecuencias graves en la evolución

del paciente durante su hospitalización, aumentando su morbilidad o tiempos de estadía, perjudicando así la posibilidad de lograr camas disponibles de forma precoz.

Gráfico 6. Índice Ocupacional Mensual (IO Hosp) y Camas Totales Efectivas Promedio Mensual (CTE) vs Boarding Matinal Promedio Mensual (Brd). Hospital Clínico UC. 2021



Fuente: Subgerencia de Operaciones. Hospital Clínico UC Christus.

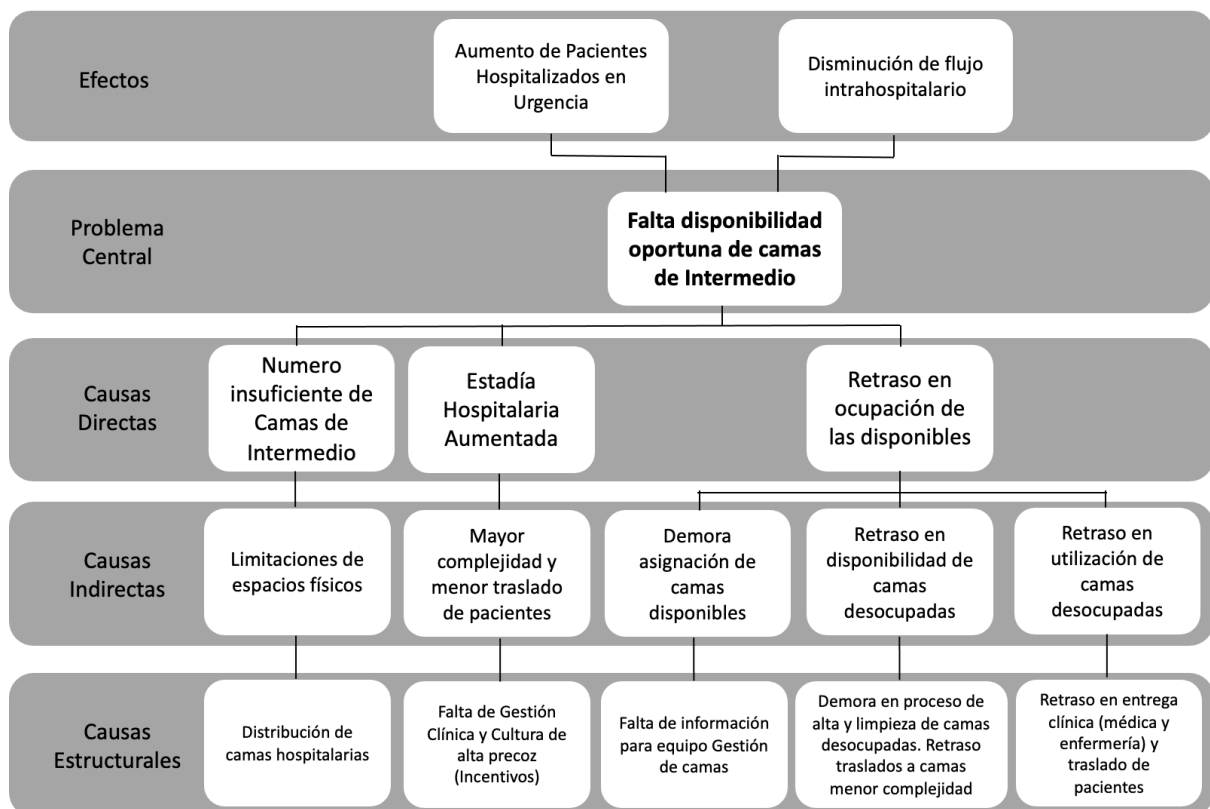
En segundo lugar, la falta de camas de Intermedio afecta a todo el flujo intrahospitalario, ya que su presencia permite el poder trasladar pacientes desde unidades de mayor complejidad como la unidad de paciente crítico (UPC), unidad coronaria (UCO) o recibir pacientes de menor complejidad como el medico quirurgico (UMQ) cuando requieren monitorización en caso de descompensación. En caso de falta de camas de cualquiera de las otras unidades mencionadas, la unidad de Intermedio se encuentra capacitada para dar la atención inicial para pacientes de alta o baja complejidad, lo que habla de la versatilidad de las camas de mediana complejidad. Una situación especial ocurre con la coordinación con pabellón. Pacientes que requieren monitorización inicial posterior a un procedimiento quirúrgico, no se pueden programar en caso de ausencia de camas de Intermedio, atrasando la tabla de pabellón y con ello un flujo importante de pacientes diarios. Contar con camas de

Intermedio asegura una circulación lógica de los pacientes por los distintos servicios que pueden requerir durante su estadía, la falta de camas de Intermedio puede llevar a que los pacientes permanezcan en unidades que no requieran (como es el caso de pacientes en UPC o UCO), lo cual puede encarecer innecesariamente la atención, estableciendo así un uso inadecuado de recursos.

4. Árbol de Problemas

En conclusión al análisis presentado en las páginas previas, se confeccionó el consecuente árbol de problemas, en base a los tres elementos señalados: causas (directas, indirectas y estructurales), problema central y efectos. Se presenta el resultado en la figura 3.

Figura 3. Árboles de Problemas



Fuente: Elaboración propia

5. Análisis de Objetivos

El análisis de objetivos, que guiará de forma posterior a la elaboración del árbol de objetivos, siguió las pautas de la metodología de Marco Lógico. De tal manera, las ideas descritas en el árbol de problemas como aspectos negativos, pasan a expresarse en términos positivos. Según en el nivel que nos encontremos, las causas pasarán a considerarse medios, los problemas, incluyendo el problema central, pasarán a considerarse objetivos y los efectos se considerarán fines, constituyéndose así una nueva matriz cuya coherencia interna estará dada por la lógica medios-fin, en vez de causa efecto de la matriz anterior.

Al realizar el análisis de los objetivos y evaluando la factibilidad de cada uno, se pueden obtener un grupo variado de soluciones, algunas más fáciles que otras, que depende de inversión económica y aprobación a varios niveles administrativos. Por lo descrito, se optó por priorizar aquellos problemas que parecen más asequibles y a partir de los cuales estos objetivos se pueden alcanzar.

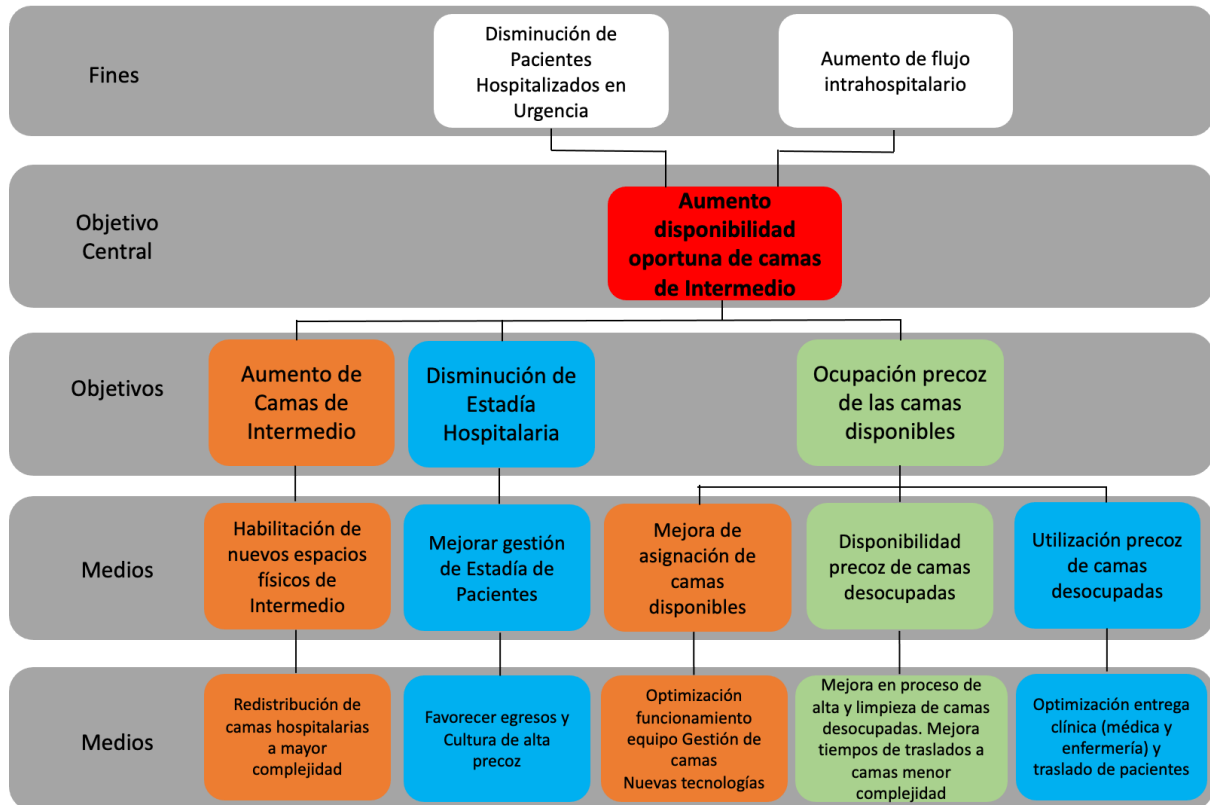
De tal manera, se seleccionaron y diferenciaron tres grupos de objetivos interrelacionados entre sí. Por una parte se consideraron los objetivos más plausibles a aquellos que implican mayormente estandarización o reorganización del trabajo que se realiza actualmente (color naranja), los objetivos que requieren una inversión de recursos financieros significativas (color celeste) y por último los que implica una mixtura tanto coordinación de múltiples equipos con recursos tecnológicos (color verde).

No obstante lo anterior, este análisis de objetivos se enmarca en la estrategia general de aumento de disponibilidad de camas de Intermedio, por lo que realizar alguno de los objetivos propuestos, sin duda potenciará la realización de otros, incluso favoreciendo la inyección económica necesaria para lograr el plan de mejora en global.

6. Árbol de Objetivos

Tal como se explicó anteriormente, luego del análisis descrito, se construyó el árbol de objetivos, cuyo resultado se muestra en el diagrama que se muestra en la figura 4.

Figura 4. Árbol de Objetivos



Fuente: Elaboración propia

7. Análisis de Alternativas

A continuación, realizaremos el análisis de los objetivos que incluimos en el proyecto, en función de su factibilidad y gobernabilidad. En relación a lo anterior, se dará prioridad a los objetivos centrados en la gestión administrativa y clínica del proceso de flujo de pacientes, principalmente porque estos objetivos involucran en su mayor parte organización del ámbito local de las unidades involucradas. Es así como el objetivo de disminución de estadía hospitalaria y ocupación precoz de las camas disponibles, serán los que desarrollaremos en extenso durante el presente análisis.

Con respecto al objetivo de aumentar el número de camas de Intermedio, a pesar de ser un objetivo que involucra una gran inversión de recurso económico y una estrategia de planificación en sí, intentaremos en este análisis entregar una clara justificación que favorezca alcanzar este objetivo dentro del plan global propuesto.

Existen variados objetivos que podrían considerarse en este análisis, sin embargo, los objetivos priorizados que trabajaremos en este plan de trabajo son los siguientes:

1. Ocupación precoz de las camas disponibles
2. Disminución de la estadía hospitalaria
3. Aumento de camas de Intermedio

A continuación, presentaremos el análisis de cada una de estas alternativas.

7.1 Ocupación precoz de las camas disponibles

Que las camas disponibles sean usadas de forma eficiente y óptima corresponde a una estrategia central para lograr nuestro cometido. Como mencionamos en párrafos anteriores, hemos identificado varios factores que contribuyen al retraso en la ocupación.

En primer lugar, es importante destacar que nos enfrentamos a un desafío significativo en cuanto a la desocupación de las camas en nuestra unidad. Esta situación nos lleva a la necesidad de implementar mejoras en la gestión del traslado de pacientes desde la unidad hacia otras o hacia el domicilio. Una de las soluciones que proponemos es optimizar el proceso, agilizando los trámites administrativos y coordinando eficientemente los recursos

necesarios para su transferencia. Además, resulta fundamental fortalecer la comunicación entre los diferentes departamentos involucrados, con el objetivo de garantizar una transición fluida y sin demoras innecesarias.

Otro aspecto clave que debemos abordar es la limpieza de las camas desocupadas. Es esencial mejorar el sistema actual que permita realizar una higienización adecuada y oportuna de cada una de ellas, de manera que estén disponibles lo más rápido posible para los nuevos pacientes que lo requieran.

Para lograr estos objetivos, es fundamental establecer un plan de acción integral que involucre a todo el equipo de trabajo. Esto implica la capacitación constante del personal en cuanto a los protocolos de traslado y limpieza, así como la asignación de recursos adecuados para llevar a cabo estas tareas de manera eficiente.

En forma posterior, encontramos que la asignación de camas desocupadas para pacientes que requieren cuidados intermedios se retrasa debido a la falta de información sobre su disponibilidad. Como medida inicial, proponemos centralizar la información en tiempo real sobre las camas a través del sistema SAP, el cual actualmente se utiliza para gestionar la administración y las finanzas del sistema hospitalario. Al incorporar esta herramienta al equipo de gestión de camas, obtendremos una visión global del flujo de camas en el hospital. Es importante destacar que esta intervención no requiere una inversión adicional, sino más bien el apoyo de todo el personal sanitario para mantener la información actualizada en el sistema y garantizar una asignación oportuna.

Mejorando la asignación de camas, debemos implementar estrategias que permitan una óptima utilización de las camas disponibles en la unidad Intermedio. Con este fin, resulta fundamental mejorar la gestión de ingreso de los pacientes a dicha unidad. Para lograrlo, es necesario incorporar al flujo de trabajo una serie de medidas, entre las cuales se destaca la optimización del rol desempeñado por el médico jefe de turno en Intermedio, quien deberá coordinarse estrechamente con el equipo de urgencias.

En primer lugar, el médico jefe de turno deberá priorizar de manera adecuada el ingreso de los pacientes, considerando la gravedad de su estado y las necesidades de atención médica que presenten. Esto implica tomar decisiones informadas y velar por una asignación

eficiente de las camas disponibles, asegurando que aquellos pacientes que requieran cuidados intermedios sean atendidos de forma oportuna y adecuada.

Además, el médico jefe de turno debe desempeñar un papel activo en el manejo inicial de los pacientes que ingresen a la unidad Intermedio. Esto implica brindar la atención médica necesaria de manera inmediata, asegurándose de que se realicen las evaluaciones pertinentes, se establezcan diagnósticos preliminares y se implementen las medidas terapéuticas adecuadas. Para lograrlo, es crucial que el médico jefe de turno cuente con un estrecho vínculo de comunicación y colaboración con el equipo de urgencias, quienes serán responsables de remitir a los pacientes a la unidad Intermedio.

Una demora en la ocupación oportuna puede ocurrir también debido al retraso en la entrega de pacientes entre los distintos equipos, tanto médicos como de enfermería. Con el objetivo de mejorar esta situación, proponemos la implementación de un documento de entrega de paciente (Anexo 1), que resuma de manera concisa y clara los datos más relevantes para llevar a cabo una entrega segura. Este documento incluirá información crucial, como el motivo de ingreso, antecedentes relevantes, manejo inicial, condición de traslado y cualquier otro dato relevante que deba ser conocido por el equipo que recibirá al paciente. Además, se destacaría claramente el nombre y número de contacto de la persona a quien se puede llamar en caso de surgir alguna duda o emergencia. Con esta herramienta implementada, el paciente podrá ser trasladado de manera eficiente a su destino sin retrasar el flujo de atención y cuidado médico.

Objetivo: Ocupación precoz de las camas disponibles	
Acciones	Acción 1: Mejorar gestión de traslado y limpieza de camas de Intermedio
	Acción 2: Implementación estado de camas a tiempo real a través de sistema SAP
	Acción 3: Mejorar flujo de ingreso desde urgencia: rol médico coordinador de Intermedio
	Acción 4: Creación de hoja de entrega de paciente para traslado de unidad

7.2 Disminución de la estadía hospitalaria

Al examinar detenidamente el tema, resulta innegable que reducir la duración de las estancias hospitalarias brinda numerosos beneficios, entre ellos, una mayor disponibilidad de camas para aquellos nuevos pacientes que requieran hospitalización. Sin embargo, este acortamiento del tiempo promedio de estancia no puede lograrse sin un esfuerzo conjunto por parte del equipo de atención médica y los propios pacientes. Es crucial que nos convenzamos de los riesgos que conlleva mantener a los pacientes hospitalizados de manera innecesaria, ya que ello aumenta la probabilidad de que experimenten eventos adversos y también implica costos significativos. Por tanto, debemos establecer como objetivo común fomentar una cultura de alta precoz entre los pacientes, para asegurar su pronta recuperación y liberar recursos hospitalarios para aquellos que más los necesiten.

En la literatura existente sobre la reducción de la duración de las estadías hospitalarias, encontramos una amplia gama de estrategias que han sido descritas y estudiadas (11). En este contexto, nos enfocaremos en herramientas que nos permitan continuar el manejo de los pacientes fuera de nuestra unidad, buscando optimizar los recursos y mejorar la eficiencia del sistema de atención médica. Para comenzar, una estrategia prometedora consiste en implementar visitas multidisciplinarias en la unidad, donde participen tanto personal clínico como administrativo. Estas visitas permitirán identificar de manera integral los pendientes y las barreras que podrían obstaculizar el egreso del paciente. De esta forma, se podrá abordar de manera más efectiva cualquier problema que surja durante el proceso de alta.

En relación a lo anterior, será necesario determinar qué pacientes pueden continuar su hospitalización de forma ambulatoria y presentarlos al equipo de hospitalización domiciliaria de nuestro propio Hospital o del sistema público de salud, según corresponda a la previsión del paciente. Esta opción brinda una alternativa viable para aquellos pacientes que aún requieren atención médica, pero cuyo estado de salud les permite recibir cuidados en su entorno familiar, liberando así camas hospitalarias y reduciendo la carga asistencial.

De manera similar, para aquellos pacientes que aún necesitan permanecer hospitalizados pero que se encuentran en una etapa de mayor estabilidad, se puede fomentar el

acompañamiento por cuidadoras capacitadas. Estas cuidadoras pueden facilitar el traslado de los pacientes a áreas de menor complejidad dentro del hospital, donde puedan recibir los cuidados necesarios en un entorno más adecuado. Esto no solo contribuye a disminuir la estadía en unidades de mayor complejidad, sino que también puede promover la autonomía del paciente y su bienestar general.

Todas estas estrategias tienen un objetivo común: reducir la duración de la estadía de los pacientes en unidades intermedias, fomentando un alta o traslado precoz cuando sea apropiado y seguro. Al implementar estas medidas, no solo estaremos optimizando la utilización de recursos hospitalarios, sino que también estaremos brindando una atención más centrada en el paciente y mejorando la eficiencia global del sistema de salud.

Indudablemente, la reducción de la estancia hospitalaria implica un esfuerzo adicional por parte de todo el equipo de salud. Con el fin de promover este objetivo, es necesario establecer incentivos tanto administrativos como económicos que motiven y reconozcan a los equipos que logren cumplir con las metas propuestas.

En primer lugar, a nivel administrativo, es fundamental implementar políticas y protocolos que respalden y fomenten la reducción de la estancia hospitalaria. Esto puede incluir la asignación de recursos adecuados, la optimización de los flujos de trabajo y la promoción de la comunicación efectiva entre los diferentes miembros del equipo. Asimismo, se pueden establecer comités de seguimiento y evaluación que supervisen el cumplimiento de las metas y brinden retroalimentación constante para impulsar la mejora continua.

Además, es importante considerar incentivos económicos para los equipos que logren reducir de manera significativa la estancia hospitalaria. Estos incentivos pueden tomar la forma de bonificaciones como un reconocimiento a los esfuerzos y resultados obtenidos. Asimismo, se pueden establecer programas de reconocimiento público o premios que destaquen los logros individuales y colectivos en la reducción de la estancia hospitalaria.

Al establecer incentivos tanto administrativos como económicos, se crea un ambiente propicio para que el equipo de salud se comprometa y enfoque sus esfuerzos en reducir la estancia hospitalaria. Esto no solo beneficia a los pacientes al brindarles una atención más

eficiente y oportuna, sino que también impacta positivamente en la gestión y utilización de los recursos hospitalarios, generando ahorros y mejorando la calidad del servicio en general.

Objetivo: Disminución de la estadía hospitalaria	
Acciones	Acción 1: Fomentar cultura de alta precoz
	Acción 2: Favorecer estrategias de traslado/alta: visita multidisciplinaria, hospitalización domiciliaria, rol de cuidadoras
	Acción 3: Establecer incentivos y mejoras para los equipos que logren mejorar estadía hospitalaria

7.3 Aumento de camas de Intermedio

Pese a ser la alternativa que requiere mayor inversión inicial tanto económica como de gestión hospitalaria, es la que mayor utilidad nos puede entregar para mejorar la disponibilidad oportuna de camas.

Al analizar los datos obtenidos en esta revisión, nos damos cuenta que las camas de intermedio son las que tienen mayor índice de ocupación del hospital (tabla 8), además de una rentabilidad financiera positiva (figura 3). Estos datos revelan un hecho importante: durante Abril 2023, el servicio de camas de intermedio contribuyó con un 25% al EBIDTA total de camas, a pesar de representar sólo un 12% del total de camas del hospital. Por tanto, es evidente que contar con nuevas camas de intermedio no solo sería beneficioso a nivel local, sino que también tendría un impacto globalmente positivo en el funcionamiento y los resultados financieros de la institución.

Figura 3. Reporte de Rentabilidad Servicio Intermedio Hospital UC Christus. Abril 2023.

.- Resultados Financieros:

	Abr 2023	%Δ	Abr 2022	Ppto 2023	Δ 2023-2022	Δ 2023-Ppto
Net Patient Revenue	1.435		1.082	1.168	25%	19%
Prestaciones	835	58%	754	869	10%	-4%
Fármacos e Insumos	600	42%	329	299	45%	50%
Total Expenses	-694		-538	-542	22%	22%
Gastos Directos	-496	71%	-442	-470	11%	5%
Gastos Indirectos	-37	5%	-32	-14	15%	63%
Fármacos e Insumos	-160	23%	-64	-58	60%	64%
Resultado Operacional	741		545	626	27%	16%
Gastos Administrativos	-385		-160	-309	58%	20%
EBITDA	356		385	317	-8%	11%

.- Indicadores:

	Abr 2023	Abr 2022	Ppto 2023	Δ 2023-2022	Δ 2023-Ppto
Ticket de Venta	997.337	790.691	735.668	21%	26%
Ticket de Gasto	482.061	392.706	341.252	19%	29%
% Gasto por Salaries	22%	25%	26%	-13%	-15%
Margen por Supplies	73%	81%	81%	-10%	-10%
% Participación Ebitda (C)	25%	22%	17,7%		
% Participación Ebitda Total	13%	14%	9,6%		

Gerencia Control de Gestión - Finanzas

% Participación Ebitda (C) = EBITDA Servicio / EBITDA Camas -- % de Ebitda que aporta el servicio al Ebitda de camas
 % Participación Ebitda Total = EBITDA Servicio / EBITDA Hospital --% de Ebitda que el servicio aporta al total de Ebitda



Fuente: Gerencia Control de Gestión - Finanzas. Hospital Clínico UC-Christus.

Posterior a un exhaustivo análisis clínico y administrativo que respalde contundentemente la necesidad de aumentar la cantidad de camas de intermedio, nos enfrentamos a un desafío: la imposibilidad de expandir la infraestructura en el mismo edificio actual. Ante esta situación, surge la necesidad de transformar una unidad de baja complejidad en una unidad de mediana complejidad, lo cual implica una reorganización estratégica de las camas hospitalarias.

En el quinto piso de nuestro hospital, en la actualidad, nos encontramos con una única unidad destinada a la atención de adultos con baja complejidad (5to C). Es importante resaltar que el resto de las camas en ese piso ya están designadas para el servicio de Intermedio. Dada su ubicación estratégica y considerando diversos factores, resulta evidente que esta unidad representa una oportunidad inmejorable para llevar a cabo la tan necesaria actualización a una unidad de mediana complejidad.

Es fundamental mencionar que este cambio requerirá una cuidadosa planificación y coordinación entre los equipos clínicos y administrativos. Será necesario garantizar que se realice una transición sin contratiempos, garantizando la continuidad de la atención de los pacientes y minimizando cualquier posible impacto negativo en la calidad de los servicios brindados.

Una vez resuelto la creación de la nueva unidad, se deben realizar arreglos específicos para contar con las condiciones mínimas necesarias para funcionar como unidad de mediana complejidad. En primer lugar, se llevará a cabo el montaje de la monitorización individual y la implementación de áreas de vigilancia. Estas medidas son fundamentales para asegurar un seguimiento preciso y continuo de los pacientes, permitiendo la detección temprana de cualquier cambio en su estado de salud y facilitando la toma de decisiones clínicas acertadas. Asimismo, se realizarán los necesarios trabajos de reacondicionamiento en las áreas de trabajo, con el objetivo de adaptar los espacios a las necesidades específicas de una unidad de mediana complejidad, garantizando un entorno seguro y propicio para la atención de los pacientes.

En cuanto a la selección del personal de la unidad, se seguirá un enfoque integral. Por un lado, se evaluará la posibilidad de capacitar al personal existente que previamente se desempeñaba en la unidad de baja complejidad. Proporcionándoles la formación necesaria, se les brindará la oportunidad de adquirir las competencias requeridas para asumir las nuevas responsabilidades y tareas relacionadas con la atención en una unidad de mediana complejidad. Por otro lado, se procederá a contratar nuevo personal, como técnicos en enfermería (TENS) y personal de enfermería especializado en el nivel de complejidad correspondiente. Además, se deberán establecer turnos de residencia médica, garantizando una cobertura continua y de calidad las 24 horas del día. Para tal, se deberá realizar un proceso de selección de nuevo personal médico para la unidad. Todo esto permitirá atender eficientemente las necesidades de los pacientes y ofrecerles una atención integral y multidisciplinaria.

Una vez establecidos los requisitos y recursos necesarios para el funcionamiento óptimo de la nueva unidad de Intermedio, se podrá iniciar su operatividad. Los pacientes podrán ser admitidos, recibiendo así los cuidados y tratamientos adecuados a su condición clínica.

Objetivo: Aumento de camas de Intermedio	
Acciones	Acción 1: Análisis clínico y administrativo de aumento de camas de Intermedio
	Acción 2: Redistribución de camas hospitalarias. Selección de personal
	Acción 3: Habilitación de nueva unidad de Intermedio Médico

IV. ETAPA DE PLANIFICACIÓN

En esta etapa y a partir del árbol de objetivos y resto de antecedentes que hemos expuestos en este trabajo, se construyó la Matriz de Marco Lógico (MML). Esta matriz está estructurada en cuatro niveles jerárquicos, cuya primera parte corresponde al resumen narrativo de objetivos. Siguiendo la lógica causa efecto, los resultados serán productos del proyecto necesarios para lograr el propósito, que consiste a su vez en la hipótesis central del mismo. A la columna objetivos le siguen una columna de indicadores, otra de medios de verificación y una última de supuestos.

Los fines corresponden a la contribución que hará el proyecto al hospital, entendiendo que su consecución no depende solamente del proyecto en sí, sino de una serie de otras iniciativas que van más allá de los límites del proyecto y que no dependen de forma exclusiva del equipo gestor del proyecto. Los que sí desarrollaremos son los objetivos de los resultados y actividades, que detallaremos en esta etapa.

Por último, los supuestos son condiciones externas, ajenas al control del equipo gestor y de la institución, y que inciden en el logro de los objetivos. Son acontecimientos, condiciones o decisiones que deben de ocurrir para el cumplimiento de los niveles de objetivos del proyecto, por lo tanto, se pueden considerar riesgos que condicionan el logro de los objetivos. Los supuestos son variados, tales como factores sociales, políticos, financieros, institucionales, ambientales, etc.

1. Resumen narrativo de los objetivos del Proyecto

PROYECTO

Mejoramiento de la eficiencia del Intermedio Médico en el Hospital Clínico UC-Christus

1.1 Resumen Narrativo de Objetivos

Fines <ul style="list-style-type: none">- Disminución de Pacientes Hospitalizados en Urgencia- Aumento de flujo intrahospitalario
Propósito <ul style="list-style-type: none">- Aumento de la disponibilidad oportuna de las camas de Intermedio
Resultados <ol style="list-style-type: none">1. Ocupación precoz de camas disponibles2. Disminución de la estadía hospitalaria3. Aumento de camas de Intermedio
Actividades
Actividad 1 <ol style="list-style-type: none">1.1 Mejorar gestión de traslado y limpieza de camas de Intermedio1.2 Implementación estado de camas a tiempo real a través de sistema SAP1.3 Mejorar flujo de ingreso desde urgencia: rol coordinador médico de Intermedio1.4 Creación de hoja de entrega de paciente para traslado de unidad
Actividad 2 <ol style="list-style-type: none">2.1 Fomentar cultura de alta precoz2.2 Favorecer estrategias de traslado/alta: visita multidisciplinaria, hospitalización domiciliaria, rol de cuidadoras2.3 Establecer incentivos y mejoras para los equipos que logren mejorar estadía hospitalaria
Actividad 3 <ol style="list-style-type: none">3.1 Análisis clínico y administrativo de aumento de camas de Intermedio3.2 Redistribución de camas hospitalarias. Selección de personal3.3 Habilitación de nueva unidad de Intermedio Médico

1.2 Indicadores

JERARQUÍA DE OBJETIVOS	RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	INDICADORES
FINES	Disminución de Pacientes Hospitalizados en Urgencia	Promedio de boarding matinal mensual de pacientes de Intermedio (Número de pacientes hospitalizados en urgencia matinal / Número de días del mes) Umbral: < 0.5
	Aumento de flujo intrahospitalario	Porcentaje de traslados pendientes matinal intrahospitalarios (Pacientes pendientes de traslado / Número total de traslados solicitados) x 100 Umbral: < 10% Indicador Cuantitativo: Eficacia

JERARQUÍA DE OBJETIVOS	RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	INDICADORES
PROPÓSITO	Aumento de la disponibilidad oportuna de las camas de Intermedio	Porcentaje cama disponibles vespertinas del total de camas de Intermedio (Camas disponibles en Intermedio a las 20:00 / Número Total de camas) x 100 Umbral: > 10% Indicador Cuantitativo: Eficiencia

JERARQUÍA DE OBJETIVOS	RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	INDICADORES
RESULTADOS O PRODUCTOS	1. Ocupación precoz de camas disponibles	Porcentaje de pacientes que se hospitalizan precoz (<2 horas) del total de ingresos a la unidad (Pacientes con ocupación de cama desde asignación hasta ocupación < 2 horas/Número Total de ingresos a la unidad) x 100 Umbral: > 50% Indicador Cuantitativo: Eficiencia
		Tiempo promedio de hospitalización de

	2. Disminución de la estadía hospitalaria del Intermedio	<p>paciente desde su ingreso hasta su egreso de la unidad</p> <p>(Días de Estadía de pacientes egresados mensual Intermedio / Total de egresos del mes en Intermedio = (días)</p> <p>Umbral: 5 días (Disminución en 20%) Indicador Cuantitativo: Eficiencia</p>
	3. Aumento de camas de Intermedio	<p>Aumento del número absoluto de camas de Intermedio</p> <p>Porcentaje camas de intermedio en relación a total del hospital</p> <p>(Número de camas de Intermedio/ Número de camas totales hospital) x 100</p> <p>Umbral: 8 camas (aumento a 20% total de camas)</p>

JERARQUÍA DE OBJETIVOS	RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	INDICADORES
ACTIVIDADES	1.1 Mejorar gestión de traslado y limpieza de camas de Intermedio	<p>Medir el tiempo promedio que una cama permanece desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro</p> <p>Intervalo Sustitución Cama (ISC): (Número de días camas disponibles - Número de pacientes día) / Número de egresos hospitalarios = (días x 24 = horas)</p> <p>Umbral: 4 horas (disminuir 50% ISC) Indicador Cuantitativo: Eficiencia</p>
	1.2 Implementación estado de camas a tiempo real a través de sistema SAP	<p>Adherencia a ingreso de datos en sistema SAP por personal a tiempo real</p> <p>Umbral: >85% adherencia de unidades</p>
	1.3 Mejorar flujo de ingreso desde urgencia: rol coordinador médico de Intermedio	<p>Disminución de porcentaje traslados < 24 horas de ingresos de urgencia</p> <p>(Número de Ingresos trasladados en < 24 horas / Número de Ingresos Totales) x 100</p> <p>Umbral: < 20% Indicador Cuantitativo: Eficiencia</p>
	1.4 Creación de hoja de entrega	(Pacientes con ocupación de cama desde

	de paciente para traslado de unidad	asignación hasta ocupación < 2 horas/Número Total de ingresos a la unidad) x 100 Umbral: > 50% Indicador Cuantitativo: Eficiencia
--	-------------------------------------	---

JERARQUÍA DE OBJETIVOS	RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	INDICADORES
ACTIVIDADES	2.1 Fomentar cultura de alta precoz, tanto diaria como hospitalización total	Porcentaje de altas tempranas del total de altas de la unidad (Número de altas antes de las 12 del día / Número de altas totales) x 100 Umbral: > 50% altas
	2.2 Favorecer estrategias de traslado/alta: visita multidisciplinaria, hospitalización domiciliaria, rol de cuidadoras	Documento de constitución de equipo de larga estadía, conformación y definición de integrantes, aprobado por la Dirección del Hospital
	2.3 Establecer incentivos y mejoras para los equipos que logren mejorar estadía hospitalaria	Documento de creación de programa "Reconocer" que establezca beneficios tanto económicos como laborales para equipos que logren metas de indicadores propuestos

JERARQUÍA DE OBJETIVOS	RESUMEN NARRATIVO D E OBJETIVOS	INDICADORES
ACTIVIDADES	3.1 Análisis clínico y administrativo de aumento de camas de Intermedio	Plan de diseño de unidad de Intermedio Médico C aprobado por la dirección del Hospital
	3.2 Redistribución de camas hospitalarias. Selección de personal	Elaboración de protocolo de funcionamiento y conformación de equipo de Intermedio Médico C
	3.3 Habilitación de nueva unidad de Intermedio Médico	Puesta en marcha de Intermedio Médico C

1.3 Medios de Verificación

INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
De Fines	
Promedio de boarding matinal mensual de pacientes de Intermedio	Censo diario Hospital UC-Christus
Porcentaje de traslados pendientes matinal intrahospitalarios	Reunión Safete Huddle Matinal diaria Hospital Registro Comando Central de Camas (C3)
De Propósito	
Porcentaje cama disponibles vespertinas del total de camas de Intermedio	Censo diario Hospital UC-Christus Registro Comando Central de Camas (C3)
De Resultados	
1. Tiempo promedio desde asignación de hospitalización hasta recepción en Intermedio en horas	Registro de Enfermero Gestor Registro del Proyecto
2. Tiempo promedio de hospitalización de paciente desde su ingreso hasta su egreso de la unidad	Registro en SAP Gerencia de Operaciones. Depto Estadísticas
3. Aumento del número absoluto de camas de Intermedio	Censo camas Hospital Planta física
De Actividades	
1.1 Medir el tiempo promedio que una cama permanece desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro	Registro propios de la unidad Registro del proyecto
1.2 Adherencia a ingreso de datos en sistema SAP por personal a tiempo real	Registro en SAP Registro del proyecto
1.3 Disminución de porcentaje traslados < 24 horas de ingresos de urgencia	Registro Comando Central de Camas (C3) Registro propios de la unidad
1.4 Medir el tiempo promedio de traslado paciente desde asignación hasta ingreso a intermedio	Registro de Enfermero Gestor - SAP Registro del proyecto
2.1 Porcentaje de altas tempranas del total de altas de la unidad	Registro en SAP Gerencia de Operaciones. Depto Estadísticas
2.2 Documento de constitución de equipo de larga estadía, conformación y definición de integrantes, aprobado por la Dirección del Hospital	Acta de constitución de equipo larga estadía
2.3 Documento de creación de programa "Reconocer" que establezca beneficios tanto económicos como laborales para equipos que logren metas de indicadores propuesto	Registro proyectos presentados en Dirección del Hospital

3.1 Plan de diseño de unidad de Intermedio Médico C aprobado por la dirección del Hospital	Dirección de presupuestos Registro proyectos presentados en Dirección del Hospital
3.2 Elaboración de protocolo de funcionamiento y conformación de equipo de Intermedio Médico C	Documentos de gestión y calidad, visdaos por la Dirección del Hospital
3.3 Puesta en marcha de Intermedio Médico C	Censo diario Hospital UC-Christus Registro Comando Central de Camas (C3)

1.4 Supuestos

RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	SUPUESTOS
De Fines	
Disminución de Pacientes Hospitalizados en Urgencia	No hay un aumento desproporcional al actual de demanda por hospitalización en Urgencia
Aumento de flujo intrahospitalario	Equipos medicos, administrativos y gestores se alinean en torno a objetivos del proyecto
De Propósito	
Aumento de la disponibilidad oportuna de las camas de Intermedio	Equipos medicos, administrativos y gestores adhieren a implementación del proyecto
De Resultados	
1. Ocupación precoz de camas disponibles	Urgencia y equipo gestor de camas adhieren a proyecto
2. Disminución de la estadía hospitalaria del Intermedio	Aprobación creación de equipo larga estadía Convenios aprobados para hospitalización domiciliaria y traslados centros externos
3. Aumento de camas de Intermedio	Aprobación de financiamiento de proyecto de ampliación
De Actividades	
1.1 Mejorar gestión de traslado y limpieza de camas de Intermedio	Disponibilidad de camas básicas para traslados Disponibilidad oportuna y suficiente de Personal de limpieza
1.2 Implementación estado de camas a tiempo real a través de sistema SAP	Soporte tecnológico suficiente Capacitación permanente de personal en sistema SAP
1.3 Mejorar flujo de ingreso desde urgencia: rol coordinador médico de Intermedio	Disponibilidad personal médico especialista y experimentado

1.4 Creación de hoja de entrega de paciente para traslado de unidad	Adherencia equipos clínicos a uso de hoja de entrega diseñada
2.1 Fomentar cultura de alta precoz, tanto diaria como hospitalización total	Equipos clínicos y administrativos se alinean en torno a objetivo
2.2 Favorecer estrategias de traslado/alta: visita multidisciplinaria, hospitalización domiciliaria, rol de cuidadoras	Convenios aprobados para hospitalización domiciliaria y traslados centros externos Disponibilidad cuidadoras
2.3 Establecer incentivos y mejoras para los equipos que logren mejorar estadía hospitalaria	Aprobación presupuesto y ajuste de contratos por recursos humanos
3.1 Análisis clínico y administrativo de aumento de camas de Intermedio	Aprobación de proyecto por Dirección y Gerencia de la Red
3.2 Redistribución de camas hospitalarias. Selección de personal	Disponibilidad de personal adecuado para la unidad
3.3 Habilitación de nueva unidad de Intermedio Médico	Aprobación de proyecto por Dirección y Gerencia de la Red

1.5 Resumen Matriz de Marco Lógico

PROYECTO

Mejoramiento de la eficiencia del Intermedio Médico en el Hospital Clínico UC-Christus

RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
De Fines			
Disminución de Pacientes Hospitalizados en Urgencia	Promedio de boarding matinal mensual de pacientes de Intermedio	Censo diario Hospital UC-Christus	No hay un aumento desproporcional al actual de demanda por hospitalización en Urgencia
Aumento de flujo intrahospitalario	Porcentaje de traslados pendientes matinal intrahospitalarios	Reunión Safety Huddle Matinal diaria Hospital Registro Comando Central de Camas (C3)	Equipos médicos, administrativos y gestores se alinean en torno a objetivos del proyecto

RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
De Propósito			
Aumento de la disponibilidad oportuna de las camas de Intermedio	Porcentaje cama disponibles vespertinas del total de camas de Intermedio	Censo diario Hospital UC-Christus Registro Comando Central de Camas (C3)	Equipos médicos, administrativos y gestores adhieren a implementación del proyecto

RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
Resultados Esperados			
1. Ocupación precoz de camas disponibles	Tiempo promedio desde asignación de hospitalización hasta recepción en Intermedio en horas	Registro de Enfermero Gestor Registro del Proyecto	Urgencia y equipo gestor de camas adhieren a proyecto
2. Disminución de la estadía hospitalaria del Intermedio	Tiempo promedio de hospitalización de paciente desde su ingreso hasta su egreso de la unidad	Registro en SAP Gerencia de Operaciones. Depto Estadísticas	Aprobación creación de equipo larga estadía Convenios aprobados para hospitalización domiciliaria y traslados centros externos
3. Aumento de camas de Intermedio	Aumento del número absoluto de camas de Intermedio	Censo camas Hospital Planta física	Aprobación de financiamiento de proyecto de ampliación

RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
Actividades			
1.1 Mejorar gestión de traslado y limpieza de camas de Intermedio	Medir el tiempo promedio que una cama permanece desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro	Registro propios de la unidad Registro del proyecto	Disponibilidad de camas básicas para traslados Disponibilidad oportuna y suficiente de Personal de limpieza
1.2 Implementación estado de camas a través de sistema SAP	Adherencia a ingreso de datos en SAP por personal a tiempo real	Registro en SAP Registro del proyecto	Soporte tecnológico Capacitación de personal en sistema SAP

RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
Actividades			
1.3 Mejorar flujo de ingreso desde urgencia: rol coordinador médico de Intermedio	Disminución de porcentaje traslados < 24 horas de ingresos de urgencia	Registro Comando Central de Camas (C3) Registro propios de la unidad	Disponibilidad personal médico especialista y experimentado
1.4 Creación de hoja de entrega de paciente para traslado de unidad	Medir el tiempo promedio de traslado paciente desde asignación hasta ingreso a intermedio	Registro de Enfermero Gestor - SAP Registro del proyecto	Adherencia equipos clínicos a uso de hoja de entrega diseñada
2.1 Fomentar cultura de alta precoz, tanto diaria como hospitalización total	Porcentaje de altas tempranas del total de altas de la unidad	Registro en SAP Gerencia de Operaciones. Depto Estadísticas	Equipos clínicos y administrativos se alinean en torno a objetivo
2.2 Favorecer estrategias de traslado/alta: visita multidisciplinaria, hospitalización domiciliaria, rol de cuidadoras	Documento de constitución de equipo de larga estadía, conformación y definición de integrantes, aprobado por la Dirección del Hospital	Acta de constitución de equipo larga estadía	Convenios aprobados para hospitalización domiciliaria y traslados centros externos Disponibilidad cuidadoras
2.3 Establecer incentivos y mejoras para los equipos que logren mejorar estadía hospitalaria	Documento de creación de programa "Reconocer" que establezca beneficios tanto económicos como laborales para equipos que logren metas de indicadores propuesto	Registro proyectos presentados en Dirección del Hospital	Aprobación presupuesto y ajuste de contratos por recursos humanos
3.1 Análisis clínico y administrativo de aumento de camas de Intermedio	Plan de diseño de unidad de Intermedio Médico C aprobado por la dirección del Hospital	Dirección de presupuestos Registro proyectos presentados en Dirección del Hospital	Aprobación de proyecto por Dirección y Gerencia de la Red
3.2 Redistribución de camas hospitalarias. Selección de personal	Elaboración de protocolo de funcionamiento y conformación de equipo de Intermedio Médico C	Documentos de gestión y calidad, visados por la Dirección del Hospital	Disponibilidad de personal adecuado para la unidad
3.3 Habilitación de nueva unidad de Intermedio Médico	Puesta en marcha de Intermedio Médico C	Censo diario Hospital UC-Christus Registro Camas (C3)	Aprobación de proyecto por Dirección y Gerencia de la Red

2. Plan de Ejecución

El plan de ejecución se realizó a partir de las actividades agrupadas para cada uno de los resultados esperados que se proponen en la Matriz de Marco Lógico.

Actividad 1.1 Plan de Ejecución. Mejorar gestión de traslado y limpieza de camas de Intermedio

SUBACTIVIDADES	TAREAS y SUBTAREAS	INICIO / TÉRMINO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
Actualización de protocolo de traslado intermedio-sala	<ul style="list-style-type: none"> - confección check-list para traslado eficiente - Planificar priorización de traslados según necesidad del día 	<p>Inicio: 1 de Septiembre</p> <p>Término: 2da semana de Octubre</p>	No requerido. Labor ejecutada en horario de funcionario	Jefatura Médica y Enfermería Intermedio
Revisión protocolo de limpieza camas desocupadas	<ul style="list-style-type: none"> - Levantar necesidad de unidad a empresa de aseo externa - Establecer priorización de limpieza según horario y necesidad 	<p>Inicio: 1 de Septiembre</p> <p>Término: 30 de Septiembre</p>	No requerido. Labor ejecutada en horario de funcionario	Jefe Servicios Generales

Carta Gantt Actividad 1.1

ACTIVIDAD	MES 1				MES 2			
	S 1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
Mejorar gestión de traslado y limpieza de camas de Intermedio								
Actualización de protocolo de traslado intermedio-sala								
Revisión protocolo de limpieza camas desocupadas								

Actividad 1.2 Plan de Ejecución. Implementación estado de camas a través de sistema SAP

SUBACTIVIDADES	TAREAS y SUBTAREAS	INICIO / TÉRMINO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
Capacitación de personal de enfermería en sistema SAP	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener listado al día de personal de enfermería y administrativo de unidad - Capacitación de ingreso online a sistema SAP - Supervisión aleatoria de correcta ejecución de ingresos 	Inicio: 1 de Septiembre Término: 31 de Octubre	No requerido. Labor ejecutada en horario de funcionario	Jefatura Enfermería Intermedio Jefe de Informática
Diseño de programa estado de camas en tiempo real	<ul style="list-style-type: none"> - Levantamiento requerimientos a unidad de informática - Monitoreo funcionamiento programa y correcciones necesarias 	Inicio: 1 de Septiembre Término: 30 de Noviembre	No requerido. Labor ejecutada en horario de funcionario	Jefe de Informática Jefe Comando Central de Camas

Carta Gantt Actividad 1.2

ACTIVIDAD	MES 1				MES 2				MES 2			
	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4
Implementación estado de camas a través de sistema SAP												
Capacitación de personal de enfermería en sistema SAP												
Diseño de programa estado de camas en tiempo real												

Actividad 1.3 Plan de Ejecución. Mejorar flujo de ingreso desde urgencia: rol coordinador médico de Intermedio

SUBACTIVIDADES	TAREAS y SUBTAREAS	INICIO / TÉRMINO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
Establecer equipo de Médicos R1 Turno Intermedio	- Capacitación de medicos en rol coordinador	Inicio: 1 de Septiembre Término: 31 de Octubre	No requerido. Labor ejecutada en horario de funcionario	Jefe Médico Intermedio
Coordinar trabajo entre médicos de Intermedio y Urgencia	- Diseño de flujo de ingreso de pacientes Urgencia-Intermedio - Monitoreo de flujo de ingresos, revisión de casos complejos	Inicio: 1 de Septiembre Término: 30 de Noviembre	No requerido. Labor ejecutada en horario de funcionario	Jefe Médico Intermedio Jefe Médico Urgencia

Carta Gantt Actividad 1.3

ACTIVIDAD	MES 1				MES 2				MES 3			
	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4
Mejorar flujo de ingreso desde urgencia: rol coordinador médico de Intermedio												
Establecer equipo de Medicos R1 Turno Intermedio												
Coordinar trabajo entre médicos de Intermedio y Urgencia												

Actividad 1.4 Plan de Ejecución. Creación de hoja de entrega de paciente para traslado de unidad

SUBACTIVIDADES	TAREAS y SUBTAREAS	INICIO / TÉRMINO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
Diseño de hoja de entrega	- Conformación de equipo - Establecer ítems indispensables - Revisión por pares	Inicio: 1 de Septiembre Término: 31 de Octubre	No requerido. Labor ejecutada en horario de funcionario	Jefe Médico Intermedio
Puesta en marcha de hoja de entrega	- Impresión de hojas - Capacitación de uso de herramienta - Revisión de primeras hojas y feedback grupal	Inicio: 1 de Septiembre Término: 30 de Noviembre	Insumos incorporados a ítems de gastos habituales. No requiere inversión adicional	Jefaturas Médicas y Enfermeras de Intermedio y Urgencia

Carta Gantt Actividad 1.4

ACTIVIDAD	MES 1				MES 2				MES 2			
	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4
Creación de hoja de entrega de paciente para traslado de unidad												
Diseño de hoja de entrega												
Puesta en marcha de hoja de entrega												

Actividad 2.1 Plan de Ejecución. Fomentar cultura de alta precoz, tanto diaria como hospitalización total

SUBACTIVIDADES	TAREAS y SUBTAREAS	INICIO / TÉRMINO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
Capacitación personal clínico en pro de alta precoz	- Revisión mapa de procesos y mejora puntos críticos proceso de alta	Inicio: 1 de Septiembre Término: 31 de Octubre	No requerido. Labor ejecutable en horario de funcionario	Jefatura unidad larga estadía
Capacitación personal administrativo en pro de alta precoz	- Actualizar mapa de procesos y mejora puntos críticos proceso de alta	Inicio: 1 de Septiembre Término: 31 de Octubre	No requerido. Labor ejecutable en horario de funcionario	Jefatura unidad larga estadía
Retroalimentación a equipos de resultados	- Monitoreo de flujo de altas y confección de informes mensuales	Inicio: 1 de Septiembre Término: 30 de Noviembre	No requerido. Labor ejecutable en horario de funcionario	Jefatura gestión de camas Dirección del Hospital

Carta Gantt Actividad 2.1

ACTIVIDAD	MES 1				MES 2				MES 2			
	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4
Fomentar cultura de alta precoz, tanto diaria como hospitalización total												
Capacitación personal clínico en pro de alta precoz												
Capacitación personal administrativo en pro de alta precoz												
Retroalimentación a equipos de resultados												

Actividad 2.2 Plan de Ejecución. Favorecer estrategias de traslado/alta: visita multidisciplinaria, hospitalización domiciliaria, rol de cuidadoras

SUBACTIVIDADES	TAREAS y SUBTAREAS	INICIO / TÉRMINO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
Conformación de equipo multidisciplinario larga estadía	- Definición integrantes y funciones de equipo larga estadía - Diseño de organigrama con responsables y dependencias	Inicio: 1 de Septiembre Término: 31 de Octubre	Variable dependiendo necesidad de contratar nuevas personas	Jefatura unidad larga estadía
Relanzamiento programa hospitalización domiciliaria	- Evaluar situación y dotación de personal disponible - Estimación de demanda de servicio - Visibilizar programa a todos los integrantes de la red	Inicio: 1 de Septiembre Término: 30 de Noviembre	Variable dependiendo necesidad de contratar nuevas personas	Dirección del Hospital Jefatura de programa hospitalización domiciliaria
Reevaluación programa cuidadoras	- Revisar situación actual de empresas externas disponibles - Definir rol y responsabilidades de cuidadoras - Diseño de protocolo y coordinación de asignación de cuidadoras	Inicio: 1 de Septiembre Término: 30 de Noviembre	No requerido. Labor ejecutable en horario de funcionario	Dirección del Hospital Subdirección de Enfermería Subgerencia de operaciones

Carta Gantt Actividad 2.2

ACTIVIDAD	MES 1				MES 2				MES 2			
	S 1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
Favorecer estrategias de traslado/alta: visita multidisciplinaria, hospitalización domiciliaria, rol de cuidadoras												
Conformación de equipo multidisciplinario larga estadía												

Relanzamiento programa hospitalización domiciliaria												
Reevaluación programa cuidadoras												

Actividad 2.3 Plan de Ejecución. Establecer incentivos y mejoras para los equipos que logren mejorar estadía hospitalaria

SUBACTIVIDADES	TAREAS y SUBTAREAS	INICIO / TÉRMINO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
Relanzamiento programa "Reconocer"	<ul style="list-style-type: none"> - Diseñar política de incentivos acorde a la realidad actual - Establecer niveles de incentivos tanto administrativos como económicos en caso de lograr metas propuestas - Comunicar acuerdos a toda la comunidad 	<p>Inicio: 1 de Septiembre</p> <p>Término: 31 de Octubre</p>	Variable dependiendo necesidad de incentivos propuestos	<p>Dirección de Hospital</p> <p>Gerencia Hospital</p> <p>Subgerencia Recursos Humanos</p>

Carta Gantt Actividad 2.3

ACTIVIDAD	MES 1				MES 2				MES 2			
	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4
Establecer incentivos y mejoras para los equipos que logren mejorar estadía hospitalaria												
Relanzamiento programa "Reconocer"												

Actividad 3.1 Plan de Ejecución. Análisis clínico y administrativo de aumento de camas de Intermedio

SUBACTIVIDADES	TAREAS y SUBTAREAS	INICIO / TÉRMINO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
Diseño de Unidad de Intermedio Médico C	- Análisis de Costo-Efectividad de nueva unidad - Proyección de actividad de futura unidad - Emplazamiento físico y remodelación de la unidad	Inicio: 1 de Septiembre Término: 30 de Noviembre	\$ 50.000.000 *	Dirección de Hospital Gerencia Hospital Subgerencia Operaciones Jefe Servicios Generales

* Proyecto remodelación 5to C desde unidad MQ a 8 camas de Intermedio. Subgerencia de Operaciones. Presupuesto 2023.

Carta Gantt Actividad 3.1

ACTIVIDAD	MES 1				MES 2				MES 2			
	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4
Análisis clínico y administrativo de aumento de camas de Intermedio												
Diseño de Unidad de Intermedio Médico C												

Actividad 3.2 Plan de Ejecución. Redistribución de camas hospitalarias. Selección de personal

SUBACTIVIDADES	TAREAS y SUBTAREAS	INICIO / TÉRMINO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
Redistribución de Camas Hospitalarias	- Traslado de camas de MQ - Incorporación de 8 camas de Intermedio	Inicio: 1 de Septiembre Término: 31 de Octubre	\$ 8.000.000 (incorporado en proyecto remodelación)	Subgerencia Operaciones Jefe Servicios Generales
Estimación de dotación requerida	- Establecer dotación siguiendo referencia unidad de Intermedio - Contrato de	Inicio: 1 de Septiembre Término: 30 de Noviembre	\$ 30.000.000 mensuales *	Dirección de Hospital Gerencia Hospital

	personal requerido según necesidad - Capacitación de personal nuevo			Subgerencia Recursos Humanos Jefatura de Intermedio
--	--	--	--	--

* Estimación realizada en base a la necesidad de 8 enfermeras, 8 TENS, auxiliar y residencia médica.

Datos obtenidos desde Subgerencia de Operaciones Detalles en tabla de costos anexa

Carta Gantt Actividad 3.2

ACTIVIDAD	MES 1				MES 2				MES 2			
	S 1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
Redistribución de camas hospitalarias. Selección de personal												
Redistribución de Camas Hospitalarias	■	■	■	■	■	■	■	■				
Estimación de dotación requerida	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Actividad 3.3 Plan de Ejecución. Habilitación de nueva unidad de Intermedio Médico

SUBACTIVIDADES	TAREAS y SUBTAREAS	INICIO / TÉRMINO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
Estimación de equipamiento requerido	- Cotización de mobiliario y equipamiento requerido para upgrade	Inicio: 1 de Septiembre Término: 30 de Noviembre	\$2.500.000 en equipamiento por cada unidad x 8 = \$20.000.000 *	Subgerencia Servicios Generales
Conformación de equipo	- Establecimiento de integrantes, incluidos jefaturas, con misión y función de la unidad	Inicio: 1 de Septiembre Término: 30 de Noviembre	No requerido. Labor ejecutable en horario funcionario	Dirección de Hospital Subdirección Médica y Enfermería

Fuentes:

* Elaboración propia en base a norma técnica básica de atención cerrada de minsal y estimación de subgerencia de operaciones.

<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/01/04.-Norma-Tecnica-Basica-atencion-cerrada.pdf>

Carta Gantt Actividad 3.3

ACTIVIDAD	MES 1				MES 2				MES 2			
	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4
Habilitación de nueva unidad de Intermedio Médico												
Estimación de equipamiento requerido												
Conformación de equipo												

3. Presupuesto

El detalle presupuestario hace énfasis principalmente en los recursos incrementales que todo el presente proyecto requiere. Junto con esto, se explicitan además los recursos con que se cuenta desde ya para el desarrollo del proyecto, referido a la infraestructura y recursos humanos ya disponible en nuestro Hospital.

El presupuesto para cada actividad se presenta dividido para cada tipo de recursos, ya sea humanos o bienes y servicios de consumo. En relación a los recursos humanos, se indican los parámetros de tiempo requerido para cada tarea y valor hora de los participantes. En caso de no requerir recursos de bienes y servicios de consumos extras a lo ya disponible, se omitirá detalle presupuestario.

Los cuadros resumen para cada actividad, son los siguientes:

3.1 Presupuesto por actividades

Actividad 1.1 Mejorar gestión de traslado y limpieza de camas de Intermedio

a) Detalle Presupuestario Recursos Humanos

SUBACTIVIDADES	TAREAS y SUBTAREAS	N° Veces (que se realiza tarea o subtarea)	N° Horas RRHH 1 (Jefatura Médica Intermedio)	N° Horas RRHH 2 (Jefatura Enfermería Intermedio)	N° Horas RRHH 3 (Jefatura Gestión de Camas C3)	Total \$ (Suma del precio por cantidad de cada RRHH)
Actualización de protocolo de traslado intermedio-sala	- Confección check-list para traslado eficiente	6	1 hora x 6 veces -> 6 horas \$ 40 mil por hora	1 hora x 6 veces -> 6 horas \$ 30 mil por hora	1 hora x 6 veces -> 6 horas \$30 mil por hora	\$600.000 No aplica presupuesto. Labor realizable en horario.
	- Planificar priorización de traslados según necesidad del día	4	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$ 40 mil por hora	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$ 30 mil por hora	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$ 30 mil por hora	\$400.000 No aplica presupuesto. Labor realizable en horario.

SUBACTIVIDADES	TAREAS y SUBTAREAS	N° Veces (que se realiza tarea o subtarea)	N° Horas RRHH 1 (Jefatura Médica Intermedio)	N° Horas RRHH 2 (Jefatura Enfermería Intermedio)	N° Horas RRHH 3 (Jefatura Servicios Generales)	Total \$ (Suma del precio por cantidad de cada RRHH)
Revisión protocolo de limpieza camas desocupadas	- Levantar necesidad de unidad a empresa de aseo externa	4	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$ 40 mil por hora	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$ 30 mil por hora	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$ 30 mil por hora	\$400.000 No aplica presupuesto. Labor realizable en horario.
	- Establecer priorización de limpieza según horario y necesidad	4	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$ 40 mil por hora	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$ 30 mil por hora	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$ 30 mil por hora	\$400.00 No aplica presupuesto. Labor realizable en horario.

Actividad 1.2 Plan de Ejecución. Implementación estado de camas a través de sistema SAP

a) Detalle Presupuestario Recursos Humanos

SUBACTIVIDADES	TAREAS y SUBTAREAS	N° Veces (que se realiza tarea o subtarea)	N° Horas RRHH 1 (Jefatura Informática)	N° Horas RRHH 2 (Jefatura Enfermería Intermedio)	Total \$ (Suma del precio por cantidad de cada RRHH)
Capacitación de personal de enfermería en sistema SAP	- Mantener listado al día de personal de enfermería y administrativo de unidad	4	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$ 30 mil por hora	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$ 30 mil por hora	\$240.000 No aplica presupuesto. Labor realizable en horario.
	- Capacitación de ingreso online a sistema SAP	4	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$ 30 mil por hora	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$ 30 mil por hora	\$240.000 No aplica presupuesto. Labor realizable en horario.
	- Supervisión aleatoria de correcta ejecución de ingresos	6	1 hora x 6 veces -> 6 horas \$ 30 mil por hora	1 hora x 6 veces -> 6 horas \$ 30 mil por hora	\$360.000 No aplica presupuesto. Labor realizable en horario.

SUBACTIVIDADES	TAREAS y SUBTAREAS	N° Veces (que se realiza tarea o subtarea)	N° Horas RRHH 1 (Jefatura Intermedio)	N° Horas RRHH 2 (Jefe de Informática)	N° Horas RRHH 3 (Jefe Comando Central de Camas)	Total \$ (Suma del precio por cantidad de cada RRHH)
Diseño de programa estado de camas en tiempo real	- Levantamiento requerimientos a unidad de informática	4	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$ 40 mil la hora	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$ 30 mil la hora	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$ 30 mil la hora	\$400.000 No aplica presupuesto. Labora realizable en horario
	- Monitoreo funcionamiento programa y correcciones necesarias	8	1 hora x 8 veces -> 8 horas \$ 40 mil la hora	1 hora x 8 veces -> 8 horas \$ 30 mil la hora	1 hora x 8 veces -> 8 horas \$ 30 mil la hora	\$800.000 Labor realizable en horario.

Actividad 1.3 Mejorar flujo de ingreso desde urgencia: rol coordinador médico de Intermedio

a) Detalle Presupuestario Recursos Humanos

SUBACTIVIDADES	TAREAS y SUBTAREAS	N° Veces (que se realiza tarea o subtarea)	N° Horas RRHH 1 (Jefatura Médica Intermedio)	N° Horas RRHH 2 (Médicos Residentes=6)	Total \$ (Suma del precio por cantidad de cada RRHH)
Establecer equipo de Médicos R1 Turno Intermedio	- Capacitación de medicos en rol coordinador	4	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$ 40 mil por hora	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$ 35 mil por hora	\$1.000.000 No aplica presupuesto. Labor realizable en horario.

SUBACTIVIDADES	TAREAS y SUBTAREAS	N° Veces (que se realiza tarea o subtarea)	N° Horas RRHH 1 (Jefatura Médica Intermedio)	N° Horas RRHH 2 (Jefatura Médica Urgencia)	N° Horas RRHH 3 (Residentes Médicos Intermedio y Urgencia=12)	Total \$ (Suma del precio por cantidad de cada RRHH)
Coordinar trabajo entre médicos de Intermedio y Urgencia	- Diseño de flujo de ingreso de pacientes Urgencia-Intermedio	4	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$ 40 mil por hora	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$ 40 mil por hora	(-)	\$480.000 No aplica presupuesto. Labor realizable en horario.
	- Monitoreo de flujo de ingresos, revisión de casos complejos	12	1 hora x 12 veces -> 12 horas \$ 40 mil por hora	1 hora x 12 veces -> 12 horas \$ 40 mil por hora	1 hora x 12 veces -> 12 horas \$ 35 mil por hora	\$6.000.000 No aplica presupuesto. Labor realizable en horario.

Actividad 1.4 Plan de Ejecución. Creación de hoja de entrega de paciente para traslado de unidad

a) Detalle Presupuestario Recursos Humanos

SUBACTIVIDADES	TAREAS y SUBTAREAS	N° Veces (que se realiza tarea o subtarea)	N° Horas RRHH 1 (Jefatura Médica Intermedio)	N° Horas RRHH 2 (Jefatura Enfermería Intermedio)	N° Horas RRHH 3 (Jefatura Médica y Enfermería Urgencia)	Total \$ (Suma del precio por cantidad de cada RRHH)
Diseño de hoja de entrega	- Conformación de equipo	2	1 hora x 2 veces -> 2 horas \$ 40 mil por hora	1 hora x 2 veces -> 2 horas \$ 30 mil por hora	1 hora x 2 veces -> 2 horas \$ 70 mil por hora	\$280.000 No aplica presupuesto. Labor realizable en horario.
	- Establecer ítems indispensables	4	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$ 40 mil por hora	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$ 30 mil por hora	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$ 70 mil por hora	\$560.000 12 horas. No aplica presupuesto.
	- Revisión por pares	4	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$ 40 mil por hora	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$ 30 mil por hora	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$ 70 mil por hora	\$560.000 Labor realizable en horario.

SUBACTIVIDADES	TAREAS y SUBTAREAS	N° Veces (que se realiza tarea o subtarea)	N° Horas RRHH 1 (Jefatura Médica y Enfermería Urgencia e Intermedio)	N° Horas RRHH 2 (Médicos en Intermedio y Urgencia= 12)	N° Horas RRHH 3 (Enfermera de Intermedio y Urgencia= 12)	Total \$ (Suma del precio por cantidad de cada RRHH)
Puesta en marcha de hoja de entrega	- Impresión de hojas	2	1 hora x 2 veces -> 2 horas \$140 mil por hora	(-)	(-)	\$280.000 Labor realizable en horario.
	- Capacitación de uso de herramienta	4	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$140 mil por hora	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$40 mil por hora	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$30 mil por hora	\$3.920.000 No aplica presupuesto. Labor en horario

	- Revisión de primeras hojas y feedback grupal	6	1 hora x 6 veces -> 6 horas \$140 mil por hora	1 hora x 6 veces -> 6 horas \$40 mil por hora	1 hora x 6 veces -> 6 horas \$30 mil por hora	\$5.880.000 No aplica presupuesto. Labora en horario
--	--	---	---	--	--	--

Actividad 2.1 Fomentar cultura de alta precoz, tanto diaria como hospitalización total

a) Detalle presupuestario Recursos Humanos

SUBACTIVIDADES	TAREAS y SUBTAREAS	N° Veces (que se realiza tarea o subtarea)	N° Horas RRHH 1 (Dirección Hospital y Subdirección de Enfermería)	N° Horas RRHH 2 (Jefatura Comando Central de Camas)	N° Horas RRHH 3 (Jefatura Larga Estadía)	Total \$ (Suma del precio por cantidad de cada RRHH)
Capacitación personal clínico en pro de alta precoz	- Revisión mapa de procesos y mejora puntos críticos proceso de alta	8	1 hora x 8 veces -> 8 horas \$140 mil por hora	1 hora x 8 veces -> 8 horas \$30 mil por hora	1 hora x 8 veces -> 8 horas \$30 mil por hora	\$1.600.000 No aplica presupuesto. Labor realizable en horario.
Capacitación personal administrativo en pro de alta precoz	- Revisión mapa de procesos y mejora puntos críticos proceso de alta	8	1 hora x 8 veces -> 8 horas \$140 mil por hora	1 hora x 8 veces -> 8 horas \$30 mil por hora	1 hora x 8 veces -> 8 horas \$30 mil por hora	\$1.600.000 No aplica presupuesto. Labor realizable en horario.
Retroalimentación a equipos de resultados	- Monitoreo de flujo de altas y confección de informes mensuales	12	1 hora x 12 veces -> 12 horas \$140 mil por hora	1 hora x 12 veces -> 12 horas \$30 mil por hora	1 hora x 12 veces -> 12 horas \$30 mil por hora	\$2.400.000 No aplica presupuesto. Labor realizable en horario.

Actividad 2.2 Favorecer estrategias de traslado/alta: visita multidisciplinaria, hospitalización domiciliaria, rol de cuidadoras

a) Detalle presupuestario Recursos Humanos

SUBACTIVIDADES	TAREAS y SUBTAREAS	N° Veces (que se realiza tarea o subtarea)	N° Horas RRHH 1 (Jefatura Larga Estadía)	N° Horas RRHH 2 (TENS)	N° Horas RRHH 3 (Secretaria)	Total \$ (Suma del precio por cantidad de cada RRHH)
Conformación de equipo multidisciplinario larga estadía	- Definición integrantes y funciones de equipo larga estadía	No aplica	44 hrs	44 hrs	44 hrs	Enfermera \$ 1.500.000 TENS \$ 750.000 Secretaria \$500.000
	- Diseño de organigrama con responsables y dependencias	4	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$30 mil por hora	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$15 mil por hora	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$15 mil por hora	\$240.000 No aplica presupuesto. Labor realizable en horario.
					MENSUAL	\$2.750.000
TOTAL					ANUAL	\$33.000.000

SUBACTIVIDADES	TAREAS y SUBTAREAS	N° Veces (que se realiza tarea o subtarea)	N° Horas RRHH 1 (Dirección Hospital y Subdirección de Enfermería)	N° Horas RRHH 2 (Jefatura Hospitalización domiciliaria)	N° Horas RRHH 3 (Jefatura Larga Estadía)	Total \$ (Suma del precio por cantidad de cada RRHH)
Relanzamiento programa hospitalización domiciliaria	- Evaluar situación y dotación de personal disponible	4	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$140 mil por hora	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$30 mil por hora	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$30 mil por hora	\$800.000 No aplica presupuesto. Labor realizable en horario.
	- Estimación de demanda de servicio	4	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$140 mil por	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$30 mil por	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$30 mil	\$800.000 No aplica presupuesto.

			hora	hora	por hora	
	- Visibilizar programa a todos los integrantes de la red	8	1 hora x 8 veces -> 8 horas \$30 mil por hora	1 hora x 8 veces -> 8 horas \$30 mil por hora	1 hora x 8 veces -> 8 horas \$30 mil por hora	\$1.600.000 No aplica presupuesto. Labor realizable en horario.

SUBACTIVIDADES	TAREAS y SUBTAREAS	N° Veces (que se realiza tarea o subtarea)	N° Horas RRHH 1 (Dirección Hospital y Subdirección de Enfermería)	N° Horas RRHH 2 (Subgerencia de Operaciones)	N° Horas RRHH 3 (Jefatura Larga Estadía)	Total \$ (Suma del precio por cantidad de cada RRHH)
Reevaluación programa cuidadoras	- Revisar situación actual de empresas externas disponibles	4	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$140 mil por hora	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$50 mil por hora	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$30 mil por hora	\$880.000 No aplica presupuesto. Labor realizable en horario.
	- Definir rol y responsabilidades de cuidadoras	4	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$140 mil por hora	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$50 mil por hora	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$30 mil por hora	\$880.000 Labor realizable en horario. No aplica presupuesto
	- Diseño de protocolo y coordinación de asignación de cuidadoras	4	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$140 mil por hora	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$50 mil por hora	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$30 mil por hora	\$880.000 No aplica presupuesto. Labor realizable en horario

Actividad 2.3 Establecer incentivos y mejoras para los equipos que logren mejorar estadía hospitalaria

a) Detalle presupuestario Recursos Humanos

SUBACTIVIDADES	TAREAS y SUBTAREAS	N° Veces (que se realiza tarea o subtarea)	N° Horas RRHH 1 (Dirección Hospital y Subdirección de Enfermería)	N° Horas RRHH 2 (Gerencia Hospital)	N° Horas RRHH 3 (Subgerencia Recursos Humanos)	Total \$ (Suma del precio por cantidad de cada RRHH)
Relanzamiento	- Diseñar política	4	1 hora x 4	1 hora x 4	1 hora x 4	\$1.040.000

programa "Reconocer"	de incentivos acorde a la realidad actual		veces -> 4 horas \$140 mil por hora	veces -> 4 horas \$70 mil por hora	veces -> 4 horas \$50 mil por hora	12 horas. No aplica presupuesto. Labor realizable en horario
	- Establecer niveles de incentivos tanto administrativos como económicos en caso de lograr metas propuestas	6	1 hora x 6 veces -> 6 horas \$140 mil por hora	1 hora x 6 veces -> 6 horas \$70 mil por hora	1 hora x 6 veces -> 6 horas \$50 mil por hora	Variable dependiendo necesidad de incentivos propuestos
	- Comunicar acuerdos a toda la comunidad	2	1 hora x 2 veces -> 2 horas	1 hora x 2 veces -> 2 horas	1 hora x 2 veces -> 2 horas	6 horas. No aplica presupuesto.

Actividad 3.1 Plan de Ejecución. Análisis clínico y administrativo de aumento de camas de Intermedio

a) Detalle presupuestario Recursos Humanos

SUBACTIVIDADES	TAREAS y SUBTAREAS	N° Veces (que se realiza tarea o subtarea)	N° Horas RRHH 1 (Dirección Hospital y Subdirección de Enfermería)	N° Horas RRHH 2 (Subgerencia de Operaciones)	N° Horas RRHH 3 (Jefe Servicios Generales)	Total \$ (Suma del precio por cantidad de cada RRHH)
Diseño de Unidad de Intermedio Médico C	- Análisis de Costo-Efectividad de nueva unidad	4	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$140 mil por hora	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$50 mil por hora	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$30 mil por hora	\$880.000 No aplica presupuesto. Labor realizable en horario.
	- Proyección de actividad de futura unidad	4	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$140 mil por hora	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$50 mil por hora	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$30 mil por hora	\$880.000 Labor realizable en horario. No aplica presupuesto

b) Detalle presupuestario Bienes y Servicios de Consumo

SUBACTIVIDADES	TAREAS y SUBTAREAS	Ítem de Materiales	Cantidad	Precio
Diseño de Unidad de Intermedio Médico C	- Emplazamiento físico y remodelación de la unidad	- Presupuesto estimado de remodelación* -> 500.000 x mt2	100 mt2	\$ 50.000.000

* Estimación realizada por Subgerencia Servicios Generales. Presupuesto 2023.

Actividad 3.2 Plan de Ejecución. Redistribución de camas hospitalarias. Selección de personal

a) Detalle presupuestario Recursos Humanos

SUBACTIVIDADES	TAREAS y SUBTAREAS	N° Veces (que se realiza tarea o subtarea)	N° Horas RRHH 1 (Subgerencia de Operaciones)	N° Horas RRHH 2 (Jefe Servicios Generales)	Total \$ (Suma del precio por cantidad de cada RRHH)
Redistribución de Camas Hospitalarias	- Traslado de camas de MQ	2	1 hora x 2 veces -> 2 horas \$50 mil por hora	1 hora x 2 veces -> 2 horas \$30 mil por hora	\$160.000 No aplica presupuesto. Labor realizable en horario.

SUBACTIVIDADES	TAREAS y SUBTAREAS	N° Veces (que se realiza tarea o subtarea)	N° Horas RRHH 1 (Dirección Hospital y Subdirección de Enfermería)	N° Horas RRHH 2 (Jefe Recursos Humanos)	N° Horas RRHH 3 (Jefatura Intermedio)	Total \$ (Suma del precio por cantidad de cada RRHH)
Estimación de dotación requerida	- Establecer dotación siguiendo referencia unidad de Intermedio	4	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$140 mil por hora	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$50 mil por hora	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$40 mil por hora	\$920.000 No aplica presupuesto.
	- Capacitación de personal nuevo	6	-	1 hora x 6 veces -> 6 horas \$50 mil por hora	1 hora x 6 veces -> 6 horas \$40 mil por hora	\$540.000 Labor realizable en horario.

SUBACTIVIDADES	TAREAS y SUBTAREAS	N° Veces (que se realiza tarea o subtarea)	N° Horas RRHH 1 (Medicos)	N° Horas RRHH 2 (Enfermeras)	N° Horas RRHH 3 (TENS)	N° Horas RRHH 4 (Auxiliar de Servicio)	Total \$ (Suma del precio por cantidad de cada RRHH)
Estimación de dotación requerida	- Contrato de personal requerido según necesidad	No aplica	44 hrs x 6 \$18.000.000	44 hrs x 4 \$6.000.000	44 hrs x 4 \$3.000.000	44 hrs x 2 \$1.000.000	\$28.000.000
						MENSUAL	\$28.000.000
TOTAL						ANUAL	\$336.000.000

b) Detalle presupuestario Bienes y Servicio de Consumo

SUBACTIVIDADES	TAREAS y SUBTAREAS	Ítem de Materiales	Cantidad	Precio
Redistribución de Camas Hospitalarias	- Incorporación de 8 camas de Intermedio	- Presupuesto estimado por cama \$ 1.000.000	8 camas	\$ 8.000.000

Actividad 3.3 Plan de Ejecución. Habilitación de nueva unidad de Intermedio Médico

a) Detalle presupuestario Recursos Humanos

SUBACTIVIDADES	TAREAS y SUBTAREAS	N° Veces (que se realiza tarea o subtarea)	N° Horas RRHH 1 (Dirección Hospital y Subdirección de Enfermería)	N° Horas RRHH 2 (Jefe Recursos Humanos)	Total \$ (Suma del precio por cantidad de cada RRHH)
Conformación de equipo	- Establecimiento de integrantes, incluidos jefaturas, con misión y función de la unidad	4	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$140 mil por hora	1 hora x 4 veces -> 4 horas \$50 mil por hora	\$760.000 Labor realizable en horario. No aplica presupuesto

b) Detalle presupuestario Bienes y Servicio de Consumo

SUBACTIVIDADES	TAREAS y SUBTAREAS	Ítem de Materiales	Cantidad	Precio
Estimación de equipamiento requerido	- Cotización de mobiliario y equipamiento requerido para upgrade	- Presupuesto estimado por unidad* \$ 2.500.000	8 camas	\$ 20.000.000

* Estimación realizada por Subgerencia Servicios Generales. Presupuesto 2023.

3.2 Resumen de Presupuesto

No se consideró en presupuesto final los montos de valores que se realizan en horario laboral y no implica un nuevo gasto para realizar nuestra propuesta.

ITEM	COSTO ACTIVIDAD 1	COSTO ACTIVIDAD 2	COSTO ACTIVIDAD 3	TOTAL
Recursos Humanos (Anual)	-	\$33.000.000	\$336.000.000	\$369.000.000
Bienes y Servicios de Consumo	-	-	\$20.000.000 \$8.000.000 \$50.000.000	\$78.000.000
TOTAL				\$447.000.000

4. Control de calidad de la propuesta

El control de calidad de la propuesta se basa en los criterios definidos en el Manual para el Diseño de Proyectos de Salud OPS/OMS, libro base del presente escrito. Para verificar que la matriz cumple con la calidad de un buen diseño de proyecto, realizamos la siguiente pauta de verificación con los criterios establecidos.

Pauta control de calidad de diseño de proyecto

CRITERIOS	CUMPLE	
	SI	NO
Respecto al Fin		
1. El fin responde al problema central identificado	x	
2. Presenta una justificación suficiente para el proyecto	x	
3. Está claramente expresado como una situación ya alcanzada	x	
4. Están definidos explícitamente los grupos beneficiarios	x	
5. Los indicadores del fin son verificables en términos de cantidad, calidad y tiempo	x	
Respecto al Propósito		
6. El proyecto tiene un sólo propósito	x	
7. El propósito está claramente expresado como un estado ya alcanzado	x	
8. Contribuye significativamente al logro del fin del proyecto	x	
9. Están presentes los grupos de beneficiarios del proyecto	x	
10. Los indicadores del propósito son una forma independiente de medir el logro del propósito y no un resumen de los resultados	x	
11. Los Indicadores del propósito sólo miden lo que es importante	x	
12. Los Indicadores del propósito miden los resultados esperados al final de la ejecución del proyecto	x	
13. Los Indicadores del propósito tienen medidas de cantidad, calidad y tiempo.	x	
Respecto a los Resultados		
14. Los resultados están expresados como logros	x	
15. Los resultados del proyecto están claramente expresados	x	

16. Todos los resultados son necesarios para cumplir el propósito	x	
17. Los resultados incluyen todos los rubros de los cuales es responsable el equipo de gestión del proyecto	x	
18. Los indicadores de los resultados son verificables en términos de cantidad, calidad y tiempo.	x	
Respecto a las Actividades		
19. Las actividades incluyen todas las acciones necesarias para producir cada componente	x	
20. Las actividades son las tareas para las cuales se incurre en costos para completar los resultados	x	
21. Las actividades identifican todas las acciones necesarias para recoger información sobre los indicadores	x	
22. Solamente están incluidas las actividades que el proyecto tiene que ejecutar	x	
23. La relación entre las actividades, el tiempo y el presupuesto es realista	x	
Respecto a las Condiciones Necesarias y Suficientes		
24. La relación si/entonces entre el propósito y el fin es lógica y no omite pasos importantes	x	
25. La relación entre los resultados y el propósito es realista	x	
26. La lógica vertical entre las actividades, los resultados, el propósito y el fin es realista en su totalidad	x	
27. El propósito, junto con los supuestos a ese nivel, describen las condiciones necesarias, aún cuando no sean suficientes, para lograr el fin	x	
28. Los resultados, junto con los supuestos a ese nivel, describen las condiciones necesarias y suficientes para lograr el propósito	x	
29. Los supuestos al nivel de actividad no incluyen ninguna acción que tenga que llevarse a cabo antes	x	
Otras		
30. La columna de medios de verificación identifica dónde puede hallarse la información para verificar cada indicador	x	
31. El ML define la información necesaria para la evaluación del proyecto.	x	

V. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Junto con mantener en todo momento el respeto irrestricto a la ley de derechos del paciente, la presente implementación considera a lo largo de todo su diseño e implementación, el principio hipocrático “primum non nocere”. Cualquiera de los procesos que se buscan optimizar, no deben poner en riesgo la salud e integridad de cada uno de los pacientes. Dado que uno de los objetivos del presente trabajo es disminuir la estadía hospitalaria, esta no debe favorecer un aumento de la tasa de readmisión hospitalaria (en nuestro centro existe de forma global un 9,3% de reingreso a los 7 días y un 17,6% de reingreso a los 30 días); de lo contrario no se logra el objetivo de una intervención de mejora global en los cuidados de los pacientes. De igual manera, la optimización de los flujos intrahospitalarios no debe aumentar el riesgo de eventos adversos (caídas, infecciones, errores de medicación, entre otros), que de producirse pueden aumentar la estadía hospitalaria y no lograría cumplir el objetivo del estudio.

Me parece relevante mencionar que como gestor del proyecto, es de mi interés personal mostrar una problemática actual que es posible mejorar, para así poder otorgar una atención segura, oportuna y digna a más pacientes que confían en nuestra institución para aliviar su sufrimiento. Como jefe de la unidad, me interesa desarrollar un plan de mejora que permanezca en el tiempo y provocar una mejora de procesos en diversas áreas de la red UC-Christus.

VI. CONSIDERACIONES FINALES

La elaboración de esta AFE no sólo nos ha brindado a mí y al equipo gestor la oportunidad de identificar de manera sistemática un problema, sino también de proponer alternativas para abordarlo. La carencia de camas de intermedio es una realidad compartida por diversas instituciones en nuestro país, y en este proyecto nos hemos dedicado a analizar las posibles causas que subyacen a esta situación. Conforme a la metodología de marco lógico, hemos logrado ordenar y priorizar los problemas, establecer objetivos claros y presentar alternativas que se alinean con el conjunto de planteamientos realizados.

Al analizar detalladamente el último punto, resulta evidente que las soluciones propuestas son no solo viables y practicables, sino que también tienen un impacto directo en la mejora de la atención brindada a nuestros pacientes. Como equipo gestor, nos enfrentamos al desafío de llevar a cabo estas ideas, persuadir a las autoridades sobre la necesidad de inversión y superar las posibles limitaciones que puedan surgir en el camino.

En cuanto a las limitaciones de este trabajo, estas pueden vincularse tanto a aspectos teóricos como prácticos. En la etapa inicial del diagnóstico, los problemas mencionados podrían haberse exagerado o alterado debido al entorno sanitario post pandemia, donde los equipos clínicos y no clínicos están agotados, y las problemáticas podrían estar relacionadas con factores externos al proceso mismo. Además, el reducido equipo gestor podría haber debilitado la priorización y la construcción del árbol de problemas, dejando posiblemente ciertas problemáticas de lado o considerando objetivos no alineados con el propósito central. No obstante, para mitigar cualquier sesgo de selección, se ha enfocado en realizar una fase inicial robusta, recopilando antecedentes de diversas fuentes para establecer objetivos más adecuados al proyecto.

En la etapa de planificación del proyecto, se reconoce la limitación constante de recursos económicos para mejoras en equipamiento o la contratación de nuevos trabajadores. Para abordar esta limitación, hemos seleccionado actividades que, más que representar gastos financieros significativos, implican mejoras en la gestión de procesos y en el diseño de flujos.

En los casos que requieren inversión económica, se ha elaborado un presupuesto claro que evidencia los beneficios de dicha intervención.

Este plan de mejora de la eficiencia del Intermedio Médico en el Hospital Clínico, plasmado en esta AFE, debe considerarse como el punto de partida para un enfoque multidisciplinario destinado a mejorar la atención a nuestros pacientes.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) OECD (2021), Health at a Glance 2021: OECD Indicators, OECD Publishing, París. <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.
- (2) Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. Ceballos-Acevedo T, Velásquez-Restrepo PA, Jaén-Posada JS. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2014; 13(27): 274-295. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.dehm>
- (3) Unidades de Cuidados Intermedios: Consecuencias asistenciales en un hospital de referencia. Heras, A., Abizanda, R., Belenguer, A., Vidal, B., Ferrándiz, A., Micó, M.L. *Medicina Intensiva* (2007), 31(7), 353-360. Recuperado el 27 de febrero de 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007000700001&lng=es&tlng=es.
- (4) Intermediate care units. Waydhas, C., Herting, E., Kluge, S. *et al. Med Klin Intensivmed Notfmed* 113, 33–44 (2018). <https://doi.org/10.1007/s00063-017-0369-7>
- (5) Revisión sistemática de indicadores de desempeño hospitalario. Morera-Salas, M., (2013). *Acta Médica Costarricense*, 55(2),70-78.[fecha de Consulta 28 de Febrero de 2023]. ISSN: 0001-6002. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=43427048002>
- (6) Indicadores de gestión para evaluar el desempeño de hospitales públicos: Un caso de estudio en Chile y Ecuador. Armijos, Juan Carlos, & Núñez Mondaca, Alicia. (2020). *Revista médica de Chile*, 148(5), 626-643. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000500626>
- (7) Inappropriate hospitalizations: their impact on the efficiency of hospital bed use. Moscoso, N., Pisani, M. (2017). *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, vol. XXIII, núm. 3, julio-septiembre, 2017, pp. 39-47 Universidad del Zulia Maracaibo, Venezuela. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/280/28056735004.pdf>
- (8) INDICADORES DE GESTIÓN Y EVALUACIÓN HOSPITALARIA, PARA HOSPITALES, INSTITUTOS Y DIRESA DOCUMENTO DE TRABAJO AÑO 2013. Oficina General de Estadística e

Informática. Ministerio de Salud del Perú. Disponible en:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2739.pdf>

(9) Manual para el Diseño de Proyectos de Salud. Organización Panamericana de la Salud (OPS): 2019. Blaisten N.

(10) Información Actividad Hospital UC. Unidad de Gestión de Camas. Gerencia de Operaciones. Reporte Mensual. Uso interno.

(11) Estrategias para la reducción de la estancia hospitalaria prolongada, implementadas en el Sistema de Salud Colombiano entre el periodo 2011-2021. M Rodríguez, M. Gómez. Trabajo de Grado para optar al título de Especialistas en Auditoria en Salud. Universidad de Antioquía. 2022. Disponible en:

https://bibliotecadigital.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/32873/1/RodriguezMayerli_GomezMelissa_2022_ReducccionEstanciaHospitalaria.pdf

(12) LA EVALUACIÓN DEL RENDIMIENTO EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS ESPAÑOLES: UNA PRIMERA APROXIMACIÓN. Beatriz González Sánchez Ernesto López-Valeiras Sampedro Jacobo Gómez Conde Universidad de Vigo (España). Disponible en:
http://www.observatorio-iberoamericano.org/ricg/N%C2%BA_14/Beatriz_Gonz%C3%A1lez_S%C3%A1nchez,_Ernesto_Lopez-Valeira_Sampedro_y_Jacobo_G%C3%B3mez_Conde.pdf

(13) Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. Ceballos-Acevedo T, Velásquez-Restrepo PA, Jaén-Posada JS. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2014; 13(27): 274-295. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.dehm>

(14) Reducing Room Turnaround Time at a Regional Hospital. Brown, Evelyn C. PhD; Kros, John PhD, Quality Management in Health Care: January 2010 - Volume 19 - Issue 1 - p 90-102 doi: 10.1097/QMH.0b013e3181ccbd50

(15) Desempeño hospitalario en un sistema de salud segmentado y desigual: Chile 2001-2010. Cid C, Herrera CA, Prieto L. Salud Publica Mex 2016;58:553-560. <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i5.7972>

VIII. ANEXOS

1. Glosario de términos

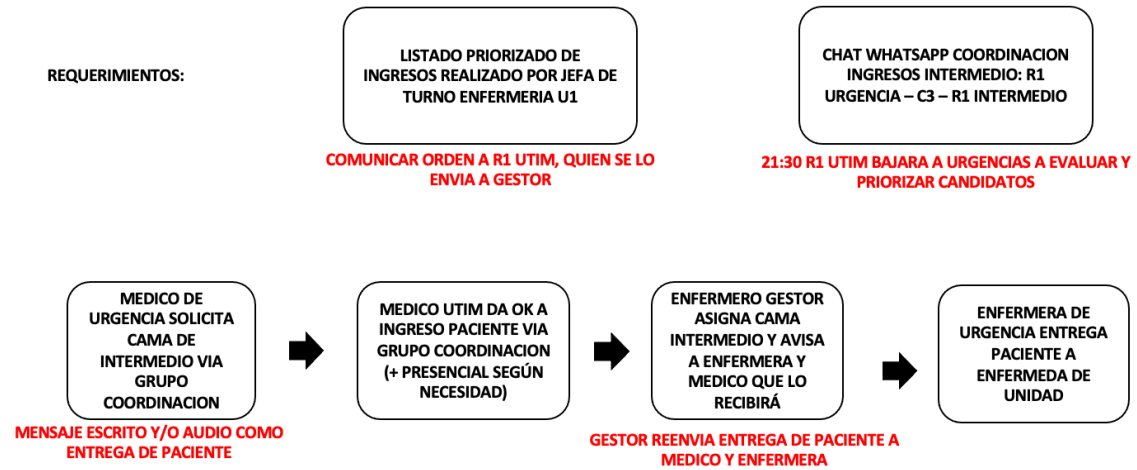
- Eficiencia: es la capacidad que tiene una persona o un proceso para utilizar adecuadamente las herramientas con el fin de lograr los objetivos marcados; ejecuta solo las acciones necesarias. Por lo tanto, para las empresas es la facultad para mejorar la utilización de recursos para completar sus objetivos de negocio.
- Unidad Tratamiento Intermedio: Área hospitalaria con dotación técnica y humana suficiente para proporcionar una vigilancia y cuidados asistenciales con nivel inferior a las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), pero muy superior a las áreas convencionales de hospitalización. Se realiza manejo de múltiples patologías y enfermedades, diferenciándose de las unidades UCI por no tener pacientes conectados a ventilación mecánica invasiva (VMI).
- Boarding: Fenómeno que ocurre cuando existen pacientes hospitalizados en urgencias sin una cama de hospitalización a la cual trasladarse.

2. Hoja de Entrega de paciente

ENTREGA PACIENTES DESDE URGENCIA A INTERMEDIO

- **Datos Demográficos: (Nombre, Edad, RUT, Previsión)**
- **Antecedentes Relevantes: (Mórbidos, Quirúrgicos, Alergias)**
- **Diagnóstico de Ingreso**
- **Evaluación Inicial**
- **Exámenes Relevantes (Laboratorio, Imágenes)**
- **Tratamiento Realizado (Medicamentos, Horarios)**
- **Invasivos (CUP, Vías venosas, O2)**
- **Pendientes (Exámenes, Evaluaciones)**
- **Últimos signos vitales**
- **Manejo (Activo, AET, etc)**
- **Observaciones**
- **Profesional Responsable (Contacto)**

3. Flujo de Ingresos de pacientes desde Urgencia a Intermedio



- Casos especiales tipo aislamientos, necesidad de cama individual se debe ver caso a caso
- UTIM 4 mantiene prioridad para ingresos de pabellón
- UTIM Torre favorecer ingreso pacientes inmunosuprimidos: Trasplantados y Oncológicos