



**“Implementación de Camas Críticas en el Hospital Clínico
Universidad de Chile Dr. José Joaquín Aguirre”**



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

Alumna: Mónica Vera Pérez

Profesor Guía: Profesor Dr. Pedro Crocco

Santiago, Enero 2021

Tabla de contenidos

1. RESUMEN EJECUTIVO	3
2. INTRODUCCIÓN	5
2.1 Contexto relevante del lugar de intervención.....	5
2.2 Evolución y características de la situación actual	7
2.3 Datos cualitativos y cuantitativos de la situación actual	8
2.4 El objetivo del desarrollo de la AFE	10
3. METODOLOGÍA	10
3.1 Aplicación metodología de Marco Lógico.....	10
3.2 Identificación de actores claves.....	11
3.3 Técnicas/o instrumentos metodológicos	11
4. FASE ANALÍTICA	13
4.1 Identificación y priorización de problemas	13
4.2 Selección y justificación del problema seleccionado	14
5. ANÁLISIS DE INVOLUCRADOS.....	14
5.1 Identificación de acuerdos o conflictos	16
5.2 Matriz de involucrados.....	16
6. ANÁLISIS DE PROBLEMAS	18
6.1 Identificación de problemas principales.....	18
6.2 Identificación y Caracterización del Problema Central.....	18
7. ANÁLISIS DE OBJETIVOS	21
7.1 Análisis usando el Árbol de Objetivos	21
7.2 Análisis de Viabilidad	21
7.3 Análisis de Alternativas	23
7.4 Síntesis de la etapa analítica.....	245
8. FASE DE PLANIFICACIÓN	256
8.1 Objetivos por Jerarquía	256
8.2 Indicadores	257
8.3 Medios de Verificación	278
8.4 Supuestos.....	30
8.5 Matriz de Marco Lógico.....	301
8.6 Plan de Ejecución.....	333
8.7 Cronograma de Actividades	344
8.8 Presupuesto	355
8.9 Esquema de verificación del diseño de proyecto	356
9. ANEXOS.....	377
9.1 Referencias Glosario, acrónimos, abreviaciones.....	388

1. RESUMEN EJECUTIVO

El escenario epidemiológico a partir del SARS-CoV2 en la región metropolitana llevó al límite las capacidades de manejo de pacientes críticos en la salud pública y privada que a nivel nacional se articuló de manera integrada, en este contexto la realidad del Hospital Clínico Universidad de Chile, Dr. José Joaquín Aguirre, no fue distinta, y ante la necesidad de camas de alta complejidad, se decidió implementar un servicio crítico con una dotación de 18 camas de cuidados críticos, intermedio médico – quirúrgico para pacientes adultos.

Para el desarrollo del proyecto abordado en este documento, “Implementación de camas críticas en el Hospital Clínico Universidad de Chile, (HCUCH), Dr. José Joaquín Aguirre”, se utilizó la metodología de Marco Lógico.

Esta metodología involucra distintos momentos de análisis y planificación, y se concibe como proceso continuo que puede modificarse de acuerdo a los cambios en el problema abordado.

Por lo tanto, en primera instancia se identificaron a los actores involucrados en el proyecto, estableciendo el rol de cada uno. Luego se identificó el problema central mediante una matriz de decisional de consenso realizada por los actores involucrados que acompañaran el proyecto (equipo gestor).

El problema priorizado fue “Oferta de camas críticas insuficiente para la demanda del HCUCH”.

Posteriormente se realizó el análisis de involucrados mediante una matriz de involucrados que establece la participación positiva o negativa y el poder que ejerce cada involucrado en la intervención que se definirá en el proyecto, en este caso fue positiva el equipo gestor apoyó el proyecto.

Esto permitió realizar el análisis de problemas mediante la construcción del árbol de problemas, que entrega una imagen completa de la situación negativa existente. El próximo paso fue transformar estos componentes del árbol de problemas en una situación ya resuelta. Esto se tradujo en el diseño del Árbol de objetivos, en el cual se establecen los objetivos con una connotación positiva.

A partir de la construcción del Árbol de Objetivos, se realizó el análisis de viabilidad de las diferentes alternativas para alcanzar las metas propuestas. Esto se realizó mediante una matriz decisional de consenso del equipo gestor. La alternativa viable definida dentro del ámbito de acción del equipo gestor fue “Optimizar la gestión de camas críticas en HCUCH”.

Terminada esta etapa analítica del Marco lógico, se inició la etapa de planificación, que es la construcción de la Matriz del Marco Lógico, que resume lo que se pretende hacer, permite precisar correctamente los objetivos de un proyecto en todos sus niveles y las relaciones de medios – fines que son establecidas entre ellos.

Por lo que en esta etapa de planificación se configuró el proyecto que refleja el proceso de diseño que incluye la definición de cuatro elementos claves: a. Objetivos, b. Indicadores, c. Medios de Verificación y d. Supuestos.

Concluida la etapa de planificación, se graficó el Plan de ejecución del Proyecto, que permitió distribuir, coordinar y asignar los responsables a cada una de las actividades definidas. Se apoyó además en un cronograma en el cuál se definieron las subtarear, tiempos y responsables.

Unido a lo anterior se definió un presupuesto basado en las actividades no rutinarias de la institución, con un costo mensual de \$ 651.520, por lo que en el primer año del proyecto el presupuesto asciende a \$7.818.240.

Posteriormente se aplicó el esquema de Verificación del diseño y planificación del proyecto de acuerdo a la guía del manual de OPS validando el proyecto.

Como conclusión, la realización de este proyecto permitirá contribuir con información objetiva, basada en los datos locales y desde los actores principales, siendo un insumo necesario para la toma de decisiones asociadas a la ejecución del proyecto. Desde esta perspectiva permitirá posteriormente, hacer seguimiento y evaluación de cumplimiento de metas en el corto, mediano y largo plazo. Del mismo modo puede favorecer en objetivar el impacto de su implementación y contribuir en el proceso de mejora continua.

Asimismo, lo que se espera en un mediano plazo que los rechazos de camas críticas al menos disminuyan en un 25% al término del primer año de iniciado el proyecto.

El propósito principal que abordó este proyecto fue optimizar la gestión de camas críticas, estableciendo mejoras en la integración de los equipos interdisciplinarios de la institución (directivos, jefes de servicio médicos y de enfermería y especialmente a la enfermera coordinadora de gestión de camas), potenciando su rol y estableciendo sistema de monitorización de indicadores para evaluar la eficiencia y eficacia de la intervención aplicada. La metodología de Marco Lógico aplicada en este proyecto involucró distintos momentos de análisis y planificación, con una mirada de proceso continuo y fundamentalmente de gestión integral.

2. INTRODUCCIÓN

2.1 Contexto relevante del lugar de intervención

El Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCH), Dr. José Joaquín Aguirre, es el primer hospital universitario del país y principal campo clínico de la Facultad de Medicina. Cumple un papel fundamental en la docencia e investigación en el campo de la medicina, de la asistencia y extensión hacia la comunidad nacional.

Su misión es “formar profesionales de la salud de excelencia a través de la investigación y la mejor práctica clínica. Asimismo, es líder en medicina de alta complejidad, otorgando a la comunidad soluciones integrales de salud”.

La primera clínica psiquiátrica, la primera unidad de tratamiento intensivo y la primera central de hemodiálisis que existieron en Chile, se inauguraron en este recinto. Ha estado a la vanguardia de la atención médica durante toda su existencia, en sus pabellones, salas de cuidados y laboratorios se han llevado a cabo intervenciones y procedimientos pioneros en Chile: Realizándose la primera laparoscopia diagnóstica, cirugía de corazón con circulación extracorpórea, trasplante renal y cirugías de reflujo gastroesofágico, entre muchas otras más.

Una gran crisis se inició a fines de 1994, al concluir un convenio existente por cuatro décadas entre HCUCH y el Ministerio de Salud, según el cual este último pagaba por las prestaciones médicas realizadas a pacientes derivados de los servicios médicos estatales. Esta situación obligó al hospital a asumir el desafío de un cambio en su modelo de gestión financiera y entrar al mercado de la salud, lo que le ha permitido en la actualidad generar prácticamente el 90% de su presupuesto y realizar una serie de inversiones con tecnología de punta, planta física y recursos humanos, que lo ubican entre los mejores establecimientos de salud del país.

El Hospital Clínico universitario forma parte del Consejo Integrador de la Red Asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Norte, colaborando activamente en los temas sanitarios y de salud. Está ubicado en el sector norte de la región metropolitana y cuenta con una superficie total de 65.000 m².

La población total de la zona norte región metropolitana, es de 1.167.285 hab. distribuidas en: 160.746 menores de 15 años, entre 15 a 64 años 899.377 y 65 años y más 107.168 (INE 2019).

La población objetivo predominantemente es de pacientes de nivel socioeconómico C2, C3 afiliados a ISAPRES en convenio con el Hospital (en un 60%) y de pacientes derivados de FONASA (40%).

En el trabajan 3.702 funcionarios, de los cuales 631 son médicos / académicos, 2.517 personal clínico y 554 funcionarios de servicios de apoyo y administrativos, (BD RRHH HCUCH agosto 2020).

El hospital mantiene una dotación de 494 camas, distribuidas en áreas médico – quirúrgicas, Gineco – obstétricas, institucionales y pensionados, áreas críticas, área pediátrica y de especialidad psiquiátricas. (tabla1).

Tabla N°1: Dotación de camas y distribución de acuerdo con especialidad. Diciembre 2019

<i>Dotación de camas</i>	<i>Distribución</i>
Críticas	107
Médico-quirúrgicas	277
Pediátricas	17
Gineco obstétricas	45
Clínica psiquiátrica	48
Total, dotación de camas	494

* Fuente: Informe estadístico HCUCH diciembre 2019

En la tabla N° 2, se observan los indicadores de gestión transversales del HCUCH, acumulativos desde enero a diciembre 2019, estos incluyen a las unidades críticas.

Tabla N°2: Indicadores administrativos de gestión, enero a diciembre 2019

<i>Egresos: enero a diciembre 2019</i>	<i>30.610</i>
Promedio días de estada	4,5
Promedio Índice ocupacional	65,8 %
Promedio Índice de sustitución	2,4 días
Promedio Índice de rotación	42,6
Intervenciones quirúrgicas institucionales	14.656
Intervenciones quirúrgicas privadas	3.798
Consultas médicas institucionales	178.691
Consultas médicas no institucionales	78.814

*Fuente: Informe estadístico HCUCH acumulativo de enero a diciembre 2019

2.2 Evolución y características de la situación actual

El 31 de diciembre de 2019, la Organización Mundial de Salud (OMS) en China informó sobre casos de neumonía de etiología desconocida detectados en la ciudad de Wuhan, ubicada en la provincia de Hubei. Posteriormente se identificó que los casos de esta enfermedad estaban asociados a la exposición a un mercado de alimentos en la ciudad de Wuhan y el virus responsable fue identificado el 7 de enero de 2020 (OMS, 2020).

El 11 de febrero de 2020 la OMS nombró oficialmente al virus SARS-CoV-2 y a la enfermedad que causa COVID-19, por sus siglas en inglés (Coronavirus disease) (OMS, 2020). El 30 de enero 2020, OMS (2020) declara que el brote de COVID-19 constituye una Emergencia de Salud Pública de importancia Internacional (ESPII) y el 11 de marzo 2020 se declara pandemia global, dada la alta propagación del virus a nivel mundial (OMS, 2020).

Actualmente 216 países reportaron casos de COVID 19, con un total de 79 millones de casos confirmados y 1,7 millones de fallecidos (OMS, enero 2021).

En Chile, el primer caso se registró el 3 de marzo 2020, desde entonces y hasta el 30 de diciembre 2020 han ocurrido 614.267 casos COVID – 19, con un total de 17.294 fallecidos, con una tasa de 2568,8 por 100.000 habitantes. (Fuente: Sistema de Notificación EPIVIGILA. Depto. de Epidemiología, DIPLAS MINSAL).

Las mayores tasas de incidencia acumulada por 100.000 habitantes, según casos confirmados por laboratorio se encuentran en la región Metropolitana (3881,3), Región de Magallanes (3564,1) y Región de Tarapacá (3285,2) (<https://www.minsal.cl/informe-epidemiologico-covid-19>, 18-09-2020).

El escenario epidemiológico a partir del SARS-CoV2 en la región metropolitana llevó al límite las capacidades de manejo de pacientes críticos en la salud pública y privada que a nivel nacional se articuló de manera integrada, en este contexto la realidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, no fue distinta, y ante la necesidad de camas de alta complejidad en una primera instancia reconvirtió servicios para finalmente proceder a la creación de algunos nuevos, así como la instalación de un módulo de emergencias respiratorias de baja complejidad, que permitió disminuir tiempos de esperas, priorizar pacientes graves, disminuir el riesgo de contagio durante la espera de atención en la urgencia.

Luego del aumento de la capacidad de camas críticas hospitalarias, y ante la sostenida necesidad de estas, se decidió transformar la planta física de admisión central, en un servicio clínico para hospitalizar pacientes con precauciones específicas de aislamiento.

Esta Unidad Crítica COVID19 (UCC), fue implementado gracias a un esfuerzo colaborativo mancomunado del Hospital y sus funcionarios, las facultades de Medicina, Ciencias Químicas y Farmacéuticas y actores privados que realizaron donaciones en medio de la crisis. Importante es destacar que la creación de esta unidad significó trabajar con personal contratado en el contexto de la pandemia y por un tiempo definido, razón por la cual esta se cerró el día 31 de agosto 2020.

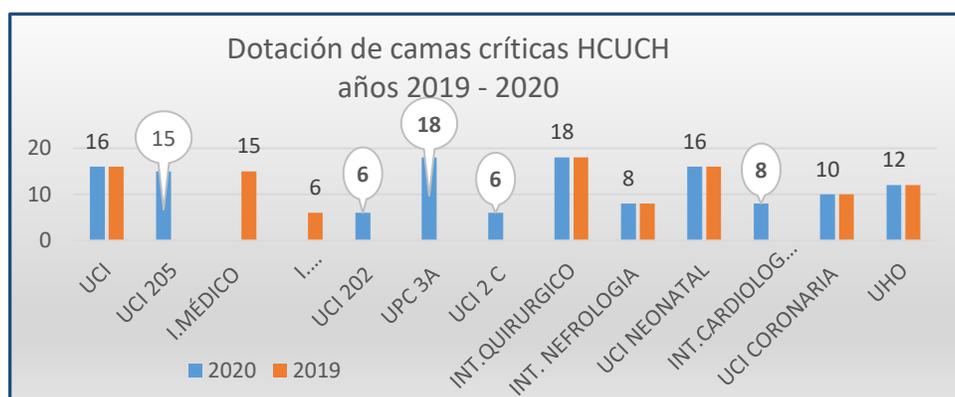
El espacio físico transformado para la UCC significó destinar 640 m², así como 25 nuevas camas completamente equipadas.

2.3 Datos cualitativos y cuantitativos de la situación actual

El hospital ha reconvertido camas y redireccionado sus recursos humanos ante la creciente demanda producto de la pandemia, ha convertido 53 camas de menor complejidad a críticas alcanzando un total de 133 camas lo que se traduce en más de, 2000 días de ventilación mecánica desde enero a julio 2020.

La reconversión de camas realizada durante la pandemia se inició en la sala de post anestesia con 6 camas de UCI (UCI 2C), siguiendo con intermedio médico (UCI 205) e intermedio indiferenciado (UCI 202), también se reconvirtió el pensionado de maternidad (UPC3° A), incrementándose en 69 camas UCI. Situación descrita en el gráfico N°1.

Gráfico N° 1: Dotación de camas críticas HCUCH Años 2019 – 2020



Fuente: elaboración propia, información estadística HCUCH

No obstante, el aumento de camas críticas, así como las nuevas directrices de comité de IAAS, respecto al N° de camas en habitaciones compartidas impactó en la dotación total de camas del hospital, durante el año 2020 el total de la dotación de camas disminuyó a 282 un 66,5% menos que el año 2019 (Tabla N° 3). Desde el mes de abril del año 2020 se inició por efecto de Pandemia una distribución del personal clínico en los servicios críticos, potenciando los cuidados a pacientes COVID 19, asimismo se elevó el índice de ausentismo los motivos dicen relación con el retiro del personal clínico con enfermedades

crónicas, embarazadas u otras consideraciones de alto riesgo junto con esto se incrementaron licencias médicas.

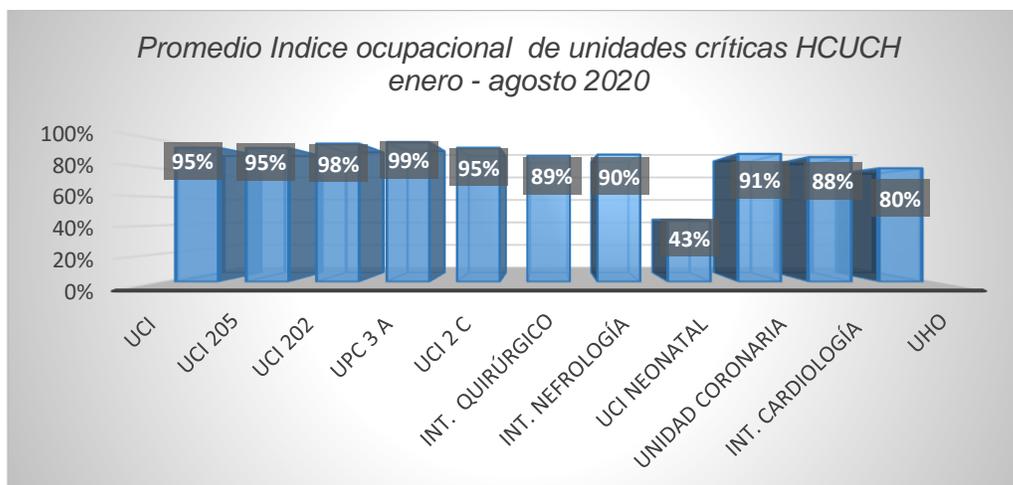
Tabla N°3: Dotación de camas y distribución de acuerdo con especialidad, agosto 2020

Dotación de camas	Distribución
Camas críticas	127
Médico – Quirúrgicas	110
Gineco obstétricas	31
Clínica Psiquiátrica	15
Total, camas hospital	282

Fuente: Elaboración propia, Información estadística HCUCH agosto 2020

Las camas críticas se mantuvieron con alto índice de ocupacional, (gráfico N°2).

Gráfico N°2: Promedio Índice ocupacional, unidades críticas HCUCH, Enero – Agosto 2020



Fuente: elaboración propia, Información estadística HCUCH año 2020

2.4 El objetivo del desarrollo de la AFE

El objetivo que busca el desarrollo de esta Actividad Formativa Equivalente (AFE), (Guía referencial para la presentación de defensa de la AFE), es desarrollar el marco epistemológico en el contexto del problema planteado es decir aportar y profundizar el conocimiento aplicado a la realidad y que se vincula plenamente con la disciplina. Para esto se escogió una situación actual relevante y prioritaria como la “Implementación de camas críticas en el hospital clínico Dr. José Joaquín Aguirre”. Que requiere de una evaluación e intervención especializada.

La realización de este proyecto permitirá contribuir con información objetiva, basada en los datos locales y desde los actores principales, siendo un insumo necesario para la toma de decisiones asociadas a la ejecución del proyecto. Desde esta perspectiva permitirá posteriormente, hacer seguimiento y evaluación de cumplimiento de metas en el corto, mediano y largo plazo. Del mismo modo puede posteriormente colaborar en objetivar el impacto de su implementación y contribuir en el proceso de mejora continua.

3. METODOLOGÍA

3.1 Aplicación metodología de Marco Lógico

Este proyecto se desarrolló en el contexto de la metodología de Marco Lógico realizando un análisis inicial del lugar de intervención explicitando la situación actual. Se identificó y analizó a los actores involucrados, se estableció el rol de cada uno, se establecieron sus intereses y expectativas, esto fue esencial para establecer las estrategias en pos del beneficio del futuro proyecto, ya que de acuerdo con el perfil de los involucrados estos pueden tener un impacto positivo o negativo en el desarrollo de este.

Se definieron y analizaron los principales problemas derivados del proyecto, analizando sus causas y efectos, logrando establecer el problema central de la situación existente, mediante una matriz de priorización por consenso.

Esto permitió construir el árbol de problemas, que entrega una imagen completa de la situación negativa existente.

El próximo paso fue analizar los objetivos a partir del Árbol de problemas y diseñar a su vez el Árbol de objetivos, todo esto con una connotación positiva.

Luego se realizó el análisis de las diferentes alternativas viables para alcanzar las metas propuestas.

El producto de esta metodología analítica es la Matriz de Marco Lógico, la cual resume lo que se pretende hacer, cómo, cuáles son los supuestos claves y cómo los insumos y productos del proyecto serán monitoreados y evaluados.

La etapa de Planificación está centrada en los elementos a intervenir de acuerdo con el análisis anteriormente realizado. Completada la etapa del diseño se avanzó hacia las etapas de implementación, seguimiento y evaluación del proyecto. Aplicando la gestión integral en cada una de las etapas definidas en esta metodología, diseño, ejecución y evaluación del proyecto elegido.

3.2 Identificación de actores claves

Se requirió identificar y coordinar con los siguientes actores del hospital:

- Director médico.
- Jefe de proyecto de remodelación y equipo de arquitectos, maestros carpinteros, albañiles, gasfitería, etc.
- Subgerencia de abastecimiento y su equipo de analistas de compras.
- Gerencia de RRHH, específicamente el Departamento de selección de personal: Reclutamiento del personal, Psicólogos laborales.

Se trabajó directamente con el equipo gestor seleccionado:

- Médico jefe de unidad de Pacientes Críticos y jefes técnicos de UPC.
- Enfermera Docente del Departamento de enfermería y secretaría.
- Enfermera Coordinadora de gestión de camas de la institución.
- Enfermera coordinadora de la nueva unidad.

3.3 Técnicas/o instrumentos metodológicos

Para interactuar con el equipo gestor, inicialmente se solicitó reuniones personalizadas explicando el objetivo de estas, indagando acerca de la disposición, interés y conocimiento acerca del proyecto.

De acuerdo con la disponibilidad de tiempo del equipo gestor, se organizaron reuniones en forma individual o por video llamada. La retroalimentación se realizó por mail (hubo escasa interacción en el equipo gestor en esta etapa).

Las técnicas/o instrumentos metodológicos que se usaron en las diferentes etapas del proyecto de salud fueron:

1. Identificación y descripción del problema central:
 - Técnica Brainstorming o tormenta de ideas con el equipo gestor
 - Se utilizó una Matriz de priorización por consenso para priorizar el problema
2. Análisis de involucrados:
 - Selección de actores involucrados que tienen participación directa en el proyecto a abordar, (equipo gestor).

- Análisis situacional y análisis de la percepción de los problemas desde la perspectiva de los actores involucrados
- Construcción de la matriz de involucrados
- Luego de identificar el problema central y realizar el análisis de involucrados, se realizó el análisis de problemas, estableciendo las relaciones causa – efecto de los problemas que actúan como factores explicativos para esto se identificaron los factores directos, indirectos y estructurales que pueden estar influyendo en el problema central con esta información se graficó el Árbol de problemas (diagrama 1).
- Luego se realizó el análisis de objetivos para describir la situación ¿superada? que origina el problema central, para esto se graficó el Árbol de Objetivos, (diagrama 2). Es decir que el conjunto de problemas identificados y relacionados bajo la lógica de **causa-efecto** en el Árbol de Problemas, en el Árbol de Objetivos se plantean como objetivos alcanzados y se relacionan bajo la lógica de **medios-fin**.
- Posteriormente se realizó el análisis de las alternativas, que permiten responder a los objetivos planteados, identificando las soluciones alternativas, seleccionado estrategias potenciales del proyecto y finalmente decidiendo por la estrategia que será adoptada en el proyecto.
- Se realizó un diagrama explicitando la síntesis de la etapa analítica
 1. Etapa Planificación: Se diseñó la Matriz de Marco Lógico, a fin de incorporar de manera resumida los aspectos relevantes del proyecto.
 2. Se explicitó el Plan de ejecución; incorporando las actividades, los responsables y el tiempo programado. Se elaboró un cronograma para determinar las tareas, los responsables y el recurso tiempo.
 3. Se elaboró el Presupuesto; se explicitaron las actividades que no estaban contempladas con anterioridad, en esta nueva organización de tareas.
 4. Se realizó el Control de calidad de las propuestas: Esquema de verificación del diseño del proyecto.

4. FASE ANALÍTICA

Descripción del problema detectado

4.1 Identificación y priorización de problemas

Durante las conversaciones realizadas con el equipo gestor, se utilizó la técnica de “lluvia de ideas”, con metodología individual para definir de acuerdo con el grupo de actores seleccionados, los posibles problemas de la situación que se estudió. La pregunta que se analizó fue “Por qué es necesario Implementar una unidad de cuidados intermedios médico -quirúrgica en HCUCH”.

El listado que se obtuvo se ordenó filtrando los temas duplicados y los que no tenían conexión con el tema en análisis. Se obtuvo un listado resumido de los tópicos enunciados.

La metodología ocupada en la priorización de los problemas enunciados fue una matriz de priorización por consenso, indicada en el Marco Lógico que consiste en asignar puntaje (Nulo es 0, Medio es 1 y Alto es 3) a cada problema enunciado de acuerdo con los 4 criterios siguientes:

- Características y magnitud de la población afectada.
- Prioridad que representa en los lineamientos de política definidos por las máximas autoridades.
- Capacidad del equipo de gestión para incidir sobre el problema (governabilidad).
- Incidencia que tiene el problema en la generación de otros.

El resultado determina que, a mayor puntaje obtenido por problema analizado, mayor será su prioridad.

Tabla N°4: Matriz de priorización de problemas por consenso

CRITERIOS	PROBLEMA 1	PROBLEMA 2	PROBLEMA 3	PROBLEMA 4	PROBLEMA 5	PROBLEMA 6
	Índice ocupacional de camas críticas entre 98 a 100%.	Oferta de camas críticas insuficiente para la demanda HCUCH	Alto rechazo de cirugías programadas que requieren salida a UCI	Incumplimiento de convenios cerrados con Isapres, generan reclamos	Derivación de pacientes a otros centros de salud (con cartas de resguardo)	Pacientes hospitalizados en el servicio de urgencia
CARACTERÍSTICAS Y MAGNITUD	6	12	3	5	3	9
PRIORIDAD	8	8	3	9	4	3
GOVERNABILIDAD	3	6	1	2	1	2
INCIDENCIA SOBRE OTROS PROBLEMAS	12	12	5	3	4	7
TOTAL	29	38	12	19	12	21

*Fuente: Elaboración propia, consenso equipo gestor.

El problema que obtuvo el mayor puntaje fue:

“Oferta de camas críticas insuficiente para la demanda HCUCH”, con 38 puntos.

4.2 Selección y justificación del problema seleccionado

La selección del problema N° 2 “Oferta de camas críticas insuficiente para la demanda del HCUCH”, fue el problema que obtuvo el mayor puntaje. Analizando los otros problemas enunciados, se puede inferir que son consecuencias de la oferta limitada de camas críticas para pacientes adultos, médico – quirúrgicas de que dispone el HCUCH.

Los pacientes permanecen hospitalizados en el servicio de urgencia, mientras el médico jefe técnico procura una cama en UCI o intermedio.

Esto conlleva a derivar pacientes a otros centros de salud, no logrando cumplir a cabalidad los convenios cerrados con ISAPRES.

Esto produce un detrimento financiero en la institución al trasladar pacientes a otros centros de salud con carta de resguardo.

La ocupación de las unidades críticas fluctúa entre 98 y 100%, y es permanente en el tiempo y no solamente producto de la Pandemia. Este nivel de ocupación no permite gestionar camas críticas en forma oportuna.

Las intervenciones quirúrgicas de los pacientes que necesitarán cursar su post operatorio en UCI deben programarse con anticipación, o quedan en espera afectando la fluidez de la tabla quirúrgica, pabellón y recuperación.

5. ANÁLISIS DE INVOLUCRADOS

El análisis de involucrados es un paso crucial en esta etapa porque al tener identificados los actores que directa o indirectamente interactúan en el proyecto, también se define su rol, sus intereses, expectativas y necesidades, esto otorga coherencia al diseño del proyecto y la intervención que este implica. Aumentando la probabilidad de recibir apoyo beneficiando el proyecto, disminuir la oposición y crear estrategias para asegurar su continuidad y posterior éxito.

El objetivo de este momento es realizar un análisis situacional que permita apreciar el contexto en el cual se trabaja el diseño y la ejecución del proyecto.

Esto es importante porque permite evaluar en profundidad a cada actor en relación con: su percepción y ubicación frente al problema abordado, sus intereses y recursos de poder, posibilidad de encontrar un aliado u oponente para la gestión.

Esto se observa en la tabla N° 5 en la cual se explicita la “Identificación y Análisis situacional de involucrados”.

Tabla N°5: Identificación y Análisis situacional de involucrados

Director Médico	<ul style="list-style-type: none"> -Alta percepción y conocimiento del problema, -Alto poder de decisión y autoridad frente al proyecto -Interesados en los resultados, gestiona los recursos necesarios y entrega su apoyo - Aliado en la viabilidad del proyecto.
Subgerencia de abastecimiento y equipo de analistas de compras	<ul style="list-style-type: none"> - Baja percepción y conocimiento del problema - Poder limitado financiero - Apoya en el suministros de insumos, equipos y dispositivos médicos Coordinación directa con la suscrita en las solicitudes de insumos, equipos y licitaciones
Departamento de Selección de personal	<ul style="list-style-type: none"> -Actuación por mandato -Baja percepción y conocimiento del problema -Interesado en cumplir su rol, bajo poder de decisión -Participación directa en el reclutamiento del personal -Enfrenta dificultades respecto de la búsqueda y reclutamiento del personal idóneo solicitado -Coordinación directa con la suscrita en definición del perfil del personal de enfermería
Médico jefe de Unidad de Pacientes Críticos	<ul style="list-style-type: none"> -Alta percepción y conocimiento del problema -Interesado en el cumplimiento del mandato -Gestiona camas críticas de UPC -Gestiona el equipo médico, dificultad actual que enfrenta es el reclutamiento del personal médico -Coordinación directa con la suscrita en el cumplimiento de los objetivos del proyecto -Aliado en la viabilidad del proyecto
Enfermera de la unidad de docencia del Departamento de enfermería y secretaría.	<ul style="list-style-type: none"> -Aliada en la formación del equipo de enfermería clínico. -Interesada en el cumplimiento del mandato -Ámbito de acción limitado a su rol -Bajo poder financiero -Coordinación directa con la suscrita en la formación y evaluación del RRHH.
Enfermera coordinadora de la nueva unidad	<ul style="list-style-type: none"> -Alta percepción y conocimiento del problema -Interesada y aliada en el cumplimiento del mandato -Bajo poder financiero -Área de responsabilidad se concentra en la gestión clínica de la nueva unidad -Bajo supervisión directa de la suscrita en el cumplimiento de los objetivos del proyecto
Enfermera coordinadora de gestión de camas	<ul style="list-style-type: none"> -Alta percepción y conocimiento del problema -Interesada y aliada en el cumplimiento del mandato -Bajo poder financiero -Área de responsabilidad se concentra en la gestión de camas de la institución -Se coordina directamente con los Directivos, jefes de servicios, jefes técnicos, Enf. Jefes y coordinadoras de servicios clínicos, Pabellón y servicio de urgencias. -Interesada en los resultados.

*Fuente: Elaboración propia

5.1 Identificación de acuerdos o conflictos que podrían desarrollarse en cada uno de los actores involucrados

El desacuerdo que se evidenció inicialmente se produjo en el equipo médico, debido que el perfil definido para atención clínica fue un equipo de médicos residentes internistas con un jefe técnico intensivista en jornada diurna.

Esto se flexibilizó e inicialmente el servicio se iniciará con médicos residentes de especialidad anestesiólogos con formación en pacientes críticos.

En general no hubo conflictos ni desacuerdos en el resto de los actores involucrados.

5.2 Matriz de involucrados

Para realizar el análisis de involucrados se utilizó la matriz que se presenta a continuación (Tabla N° 7), describiendo el problema percibido, intereses y mandato, asignando valor numérico a poder e interés tanto positivo como negativo, el valor como resultado final estima la magnitud de los acuerdos v/s conflictos que cada actor puede representar con relación a una estrategia de intervención.

En la tabla N° 7, se expresa que al multiplicar las columnas 3 y 4 es factible estimar el poder o magnitud de los acuerdos o conflictos que cada actor puede representar en relación con una estrategia de intervención. Los valores -15 indican un actor con mucha capacidad de incidencia y con alta posición y +15 un actor con mucha capacidad de incidencia siendo muy favorable en la intervención definida en el problema analizado.

Cabe señalar que, aunque los resultados son cuantitativos se deben interpretar cualitativamente ya que ponderan variables ordinales a la cual se le asignan significados conceptuales.

En síntesis, en este análisis se enriquece la mirada del equipo gestor sobre el problema y permite estimar la coincidencia o dispersión respecto del problema definido. Como resultado se puede evidenciar que apoyan el proyecto.

Tabla N° 7: Matriz de Involucrados

0. Actores	1. Problemas percibidos	2. Intereses y Mandatos	3. Poder	4. Interés	5. Valor
Directivos de la Institución	Ocupación de camas críticas 98 a 100% , genera alta tasa de rechazos de pacientes críticos	Mejorar oferta de camas críticas, con el fin de optimizar los resultados financieros	5	3	15
Subgerencia de abastecimiento	Dificultad en compras de equipos y dispositivos médicos, por escasos en el mercado habitual	Redoblar esfuerzo y acceder a otros mercados	2	3	6
Departamento de Selección de personal	Enfrenta dificultades respecto de la búsqueda y reclutamiento del personal idóneo	Interesado en cumplir el mandato	1	3	3
Medico Jefe de Unidad de Pacientes Críticos	Conoce y dimensiona la problemática de la alta ocupación de las camas críticas de la institución	Interesado en optimizar la oferta de camas críticas, presenta propuestas de mejoras en relación a > de oferta y gestión de camas críticas	3	3	15
Enfermera Docente del Departamento de enfermería y secretaría.	Ingreso de personal no calificado para atención de pacientes críticos, (sin experiencia recién egresados).	Redefine los programas de inducción y orientación, habilita sala de simulación para acelerar aprendizaje	4	3	12
Enfermera Coordinadora de la nueva unidad	Orientación y capacitación del personal nuevo que ingresa. En normas y protocolos clínicos. Organizar equipos de trabajo	Preparar al personal de enfermería en la gestión del cuidado del paciente crítico adulto medico - quirurgico.	2	3	6
Enfermera Coordinadora de Gestión de camas	Aplicar nueva metodología de trabajo, conformar equipos de trabajo	Mejorar la gestión de camas en el HCUCH	4	3	12

Fuente: Elaboración propia, basado en la Matriz de involucrados, del Manual para el Diseño de Proyectos de Salud.

6. ANÁLISIS DE PROBLEMAS

Luego de identificar el problema central y realizar el análisis de involucrados, se identificaron los problemas principales que se generan en torno al problema central.

6.1 Identificación de problemas principales

Los problemas principales identificados en torno al problema central dicen relación con:

- El alto índice ocupacional (sobre 98%) de las unidades críticas HCUCH, no permite hospitalizar oportunamente a los pacientes que consultan en el servicio de urgencias, debiendo quedar hospitalizados transitoriamente en esa unidad.
- Derivación de pacientes a otros centros de salud, no logrando cumplir a cabalidad los convenios cerrados con ISAPRES, generando reclamos.
- Los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas que necesitan cursar su post operatorio en UCI deben programarse con anticipación o quedan en espera afectando la fluidez de tabla quirúrgica, pabellón, recuperación.

6.2 Identificación y Caracterización del Problema Central

Posteriormente el análisis se enfocó a las causas que pueden estar originando el problema central y los efectos o consecuencias que se derivan de este

El instrumento que se diseñó para el análisis es el **Árbol de Problemas** (diagrama N°1), en el cual se explicitan las relaciones causa - efecto del problema central identificado, permitiendo visualizar gráficamente los factores directos, indirectos y/o estructurales, que inciden en el problema central.

Factores directos:

- Aumento del promedio de días de estada de pacientes en unidades críticas producto de COVID-19
- Pacientes de UCI con precauciones específicas (que requieren aislamiento), en condiciones de traslado que prolongan su estadía, al no contar con camas de salida a unidad intermedia.
- Hospitalización de pacientes con precauciones específicas en unidades intermedias generan bloqueo de camas adyacentes, al ser unidades compartidas
- Asignación de camas críticas se realiza de acuerdo a presión asistencial.

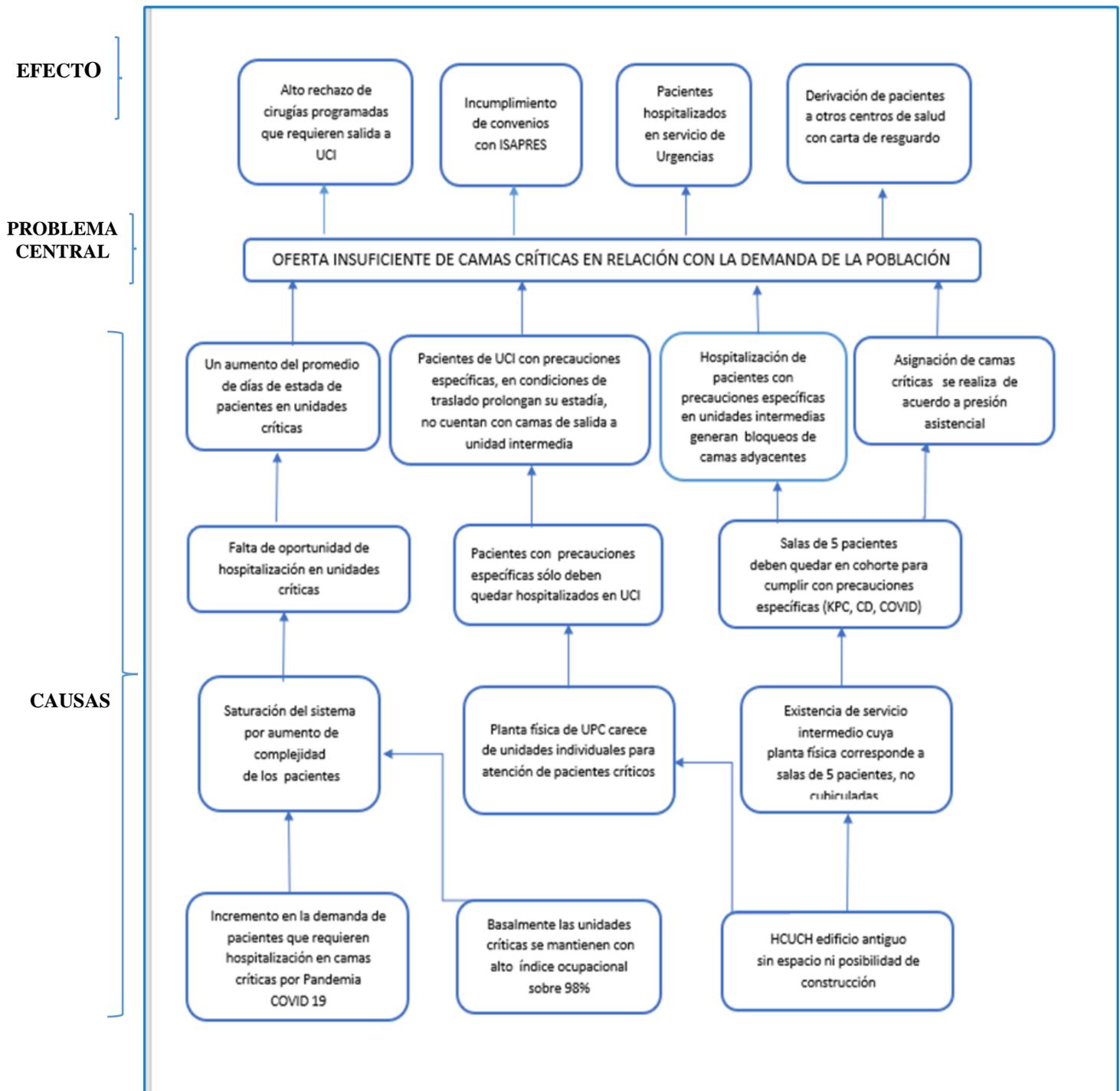
Factores indirectos identificados:

- Saturación del sistema hospitalario por aumento de complejidad de los pacientes, provoca falta de oportunidad de hospitalización en unidades críticas.
- Pacientes con precauciones específicas que requieren aislamiento, sólo deben quedar hospitalizados en UCI.
- Salas de intermedio, en las cuales hay capacidad de hospitalizar a 5 pacientes deben quedar en cohorte para cumplir con el aislamiento en el caso de precauciones específicas, (KPC, CD, COVID).

Factores Estructurales:

- Incremento en la demanda de pacientes que requieren hospitalización en unidades críticas por Pandemia COVID 19.
- Basalmente las unidades críticas HCUCH, se mantienen con alto índice ocupacional, sobre 98%.
- HCUCH edificio antiguo sin espacio ni posibilidad de construcción de nuevas dependencias.

Diagrama N°1: Árbol de Problemas de Unidades Críticas HCUCH



Fuente: creación propia; basado en el Manual de diseño proyecto OPS

7. ANÁLISIS DE OBJETIVOS

7.1 Análisis usando el Árbol de Objetivos

Para el análisis de objetivos se reformularon las causas desarrolladas en el Árbol de Problemas, con la finalidad de visualizar el escenario que podría existir una vez solucionado los problemas, identificando los medios que logran revertir la situación negativa (problema). A su vez se delimitó el ámbito propio que puede ser intervenido a través del diseño del proyecto.

Para el análisis de Objetivos, se usó el instrumento utilizado por la metodología del Marco Lógico, “**El árbol de Objetivos**” (diagrama N°2).

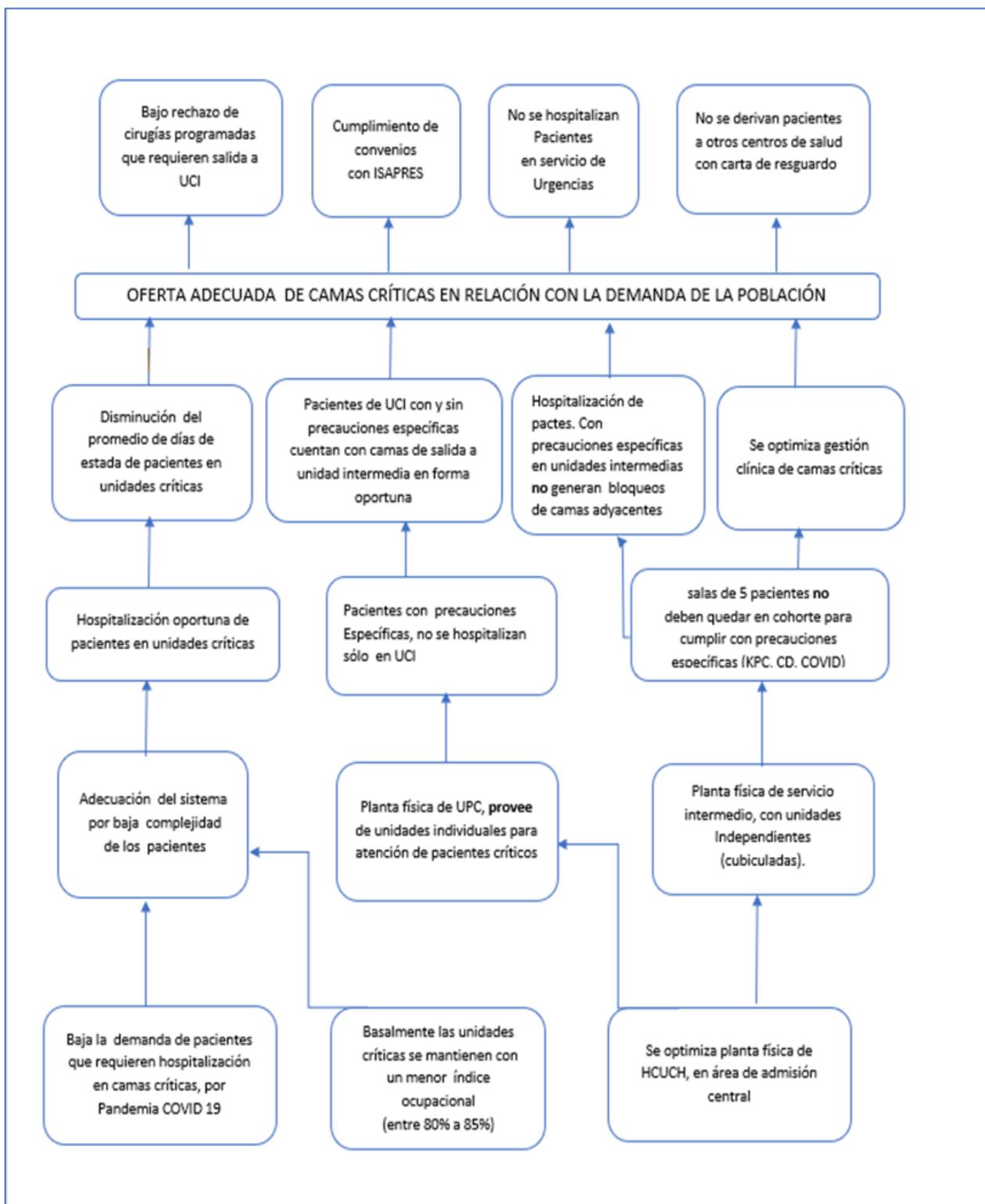
- Para elaborar el Árbol de Objetivos se reformuló, de arriba hacia abajo, las condiciones negativas del árbol de problemas en condiciones positivas, convirtiéndolos en objetivos transformando el problema central en objetivo central.
- Por lo tanto, lo que en el árbol de problemas se identificaron como causas, en el Árbol de Objetivos se transformaron en medios para lograr posibles soluciones y los efectos se transformaron en los fines para lograr la solución del problema central.

7.2 Análisis de Viabilidad

El Análisis de viabilidad se realizó a partir de la construcción del árbol de objetivos, con el fin de delimitar el ámbito de acción del proyecto. Los objetivos, destacados en el Árbol de Objetivos formaron parte de la planificación del proyecto:

- *Optimizar la gestión clínica de camas críticas en HCUCH*
- *Pacientes de UCI con y sin precauciones específicas cuentan oportunamente con camas de salida.*
- *Hospitalización de pacientes con precauciones específicas en unidades intermedias, no generan bloqueo de camas adyacentes.*

Diagrama N°2: Árbol de Objetivos para las Unidades Críticas del HCUCH



Fuente: creación propia; basado en el Manual de diseño proyecto OPS

7.3 Análisis de Alternativas

En esta etapa de análisis de alternativas se identificaron las posibles soluciones alternativas que eventualmente conducirán al logro de los objetivos identificados e incluidos dentro del ámbito de acción del equipo gestor.

Para seleccionar la alternativa más viable se consideraron criterios tales como:

- Intereses del equipo gestor
- Mayor factibilidad para alcanzar el objetivo
- Capacidad Técnica e institucional para la implementación
- Disponibilidad de recursos humanos

Una vez identificado el problema y analizado por el equipo gestor e incorporando los criterios que permitan seleccionar una alternativa concreta para ser incluida en el diseño del proyecto. Se evaluaron algunas alternativas que permitirán cumplir los objetivos seleccionados.

Optimizar la gestión de camas críticas en HCUCH	Pacientes de UCI con y sin precauciones específicas cuentan oportunamente con camas de salida	Hospitalización de pacientes con precauciones específicas en unidades intermedias, no generan bloqueo de camas adyacentes
Establecer un equipo de trabajo compuesto por EU coordinadora de gestión de camas, médico residente y Enfermera coordinadora de servicios críticos, Pabellón y Emergencias.	Establecer visita diaria y organizada de EU gestora a unidades críticas.	Actualización de criterios de ingresos y egresos específicamente de las unidades intermedias.
Organizar reuniones periódicas con EU encargadas de gestionar convenios con entidades privadas y públicas	Mantener actualizada agenda con los traslados de pacientes a camas de menor complejidad	Supervisión del cumplimiento de los criterios de ingreso y egreso

Fuente: elaboración propia

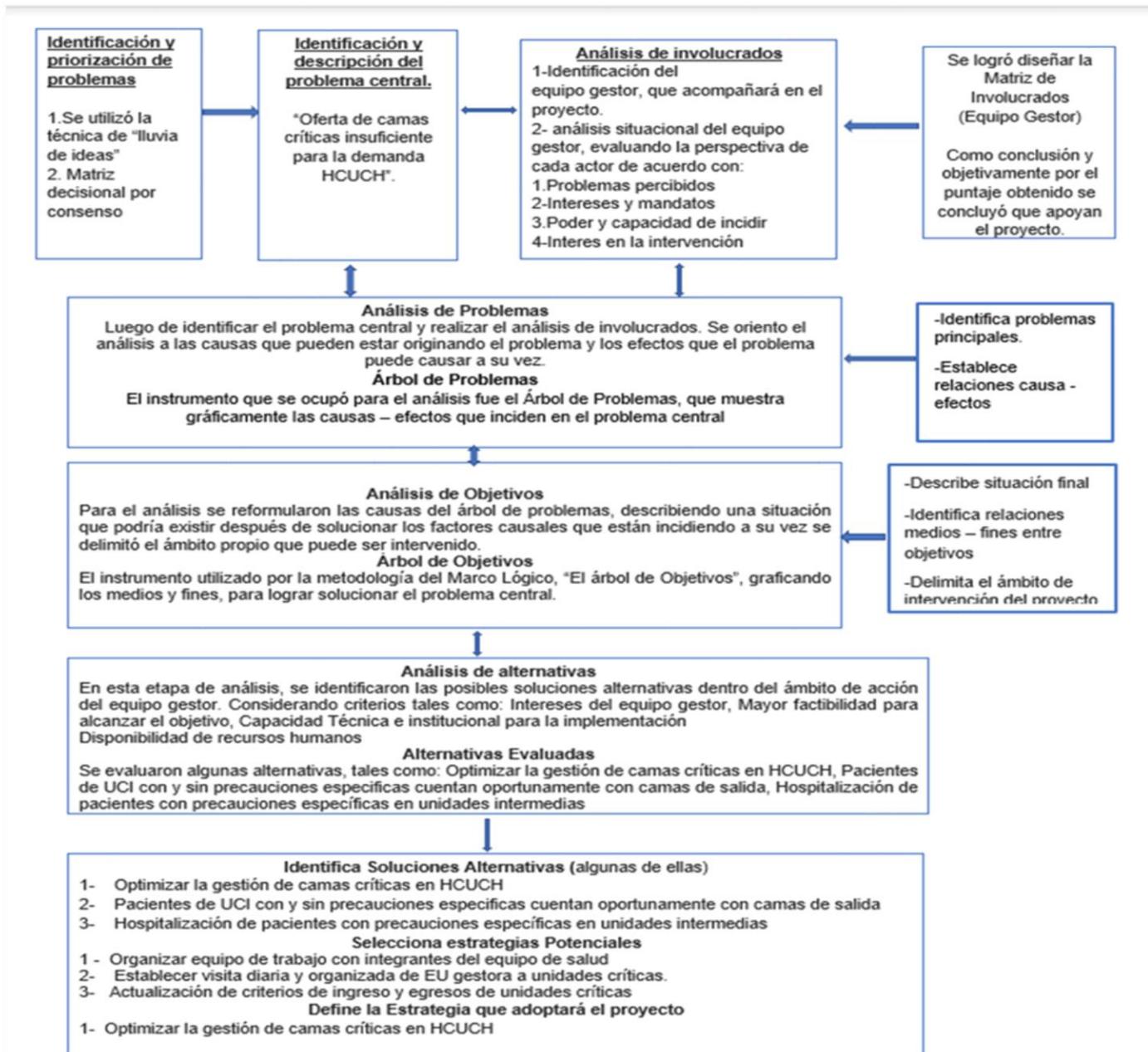
De acuerdo con lo expuesto en la tabla anterior de las tres alternativas evaluadas inicialmente y priorizadas por el equipo gestor, mediante una matriz de priorización por consenso. Se seleccionó la alternativa:

“Optimizar la gestión de camas críticas en HCUCH”.

7.4 Síntesis de la etapa analítica

En la síntesis de la etapa analítica se grafica el resumen de los elementos que dicen relación con el desarrollo de esta fase: Lo construido en el árbol de problemas, árbol de objetivos y el análisis de alternativas se ve plasmado sobre la estructura analítica del proyecto.

Esquema N° 1: Síntesis de la Etapa Analítica



Fuente: elaboración propia; en base a esquema del Manual para el diseño de proyectos de Salud (OPS)

8. FASE DE PLANIFICACIÓN

En esta etapa se elaboró la matriz de Marco Lógico, que permite resumir los aspectos principales del proyecto.

Este se grafica en cuatro columnas, que se describen como:

1. Un resumen narrativo de los objetivos en sus cuatro niveles jerárquicos.
2. Indicadores que definen los contenidos de los objetivos
3. Medios de verificación que indican la fuente de información de los indicadores
4. Supuestos o factores externos que implican riesgos para el logro de los objetivos.

Y cuatro filas que explicitan información acerca de los objetivos, indicadores, medios de verificación y supuestos en cuatro momentos diferentes en la vida del proyecto.

8.1 Objetivos por Jerarquía

Esquema: N°2 La Jerarquía de objetivos se basa en el árbol de objetivos desarrollado en la etapa analítica y responde a la lógica de medios – fines.

Proyecto “Implementación de camas críticas en el Hospital Clínico Universidad de Chile”
Fin (Objetivo de desarrollo) Se ha contribuido a optimizar la oferta de camas críticas de HCUCH en relación con la demanda de la población.
Propósito (Objetivo del proyecto) Aumento de la oferta de camas críticas de HCUCH en relación con la demanda de la población.
Resultados <ol style="list-style-type: none">1. Se optimiza la gestión de camas críticas en HCUCH2. Pacientes de UCI con y sin precauciones específicas cuentan oportunamente con camas de salida3. Pacientes con precauciones específicas que requieren aislamiento se hospitalizan en unidad intermedia.
Actividades <ol style="list-style-type: none">1.1 Programar reuniones a primera hora del día con: EU gestora de camas, Director médico, subdirector médico, el objetivo de estas es aportar información y tomar decisiones respecto a las necesidades de camas en el hospital.1.2 Establecer visita diaria de EU gestora de camas a servicio de emergencia y servicios clínicos.1.3 Mantener actualizada diariamente base de datos de ocupación de camas HCUCH1.4 Establecer sistema de coordinación diaria EU gestora de camas – EU convenios privados y públicos.2.1 Establecer visita diaria y organizada de EU gestora a unidades críticas2.2 Mantener actualizada diariamente agenda con los traslados de pacientes críticos a camas de menor complejidad3.1 Elaborar y difundir criterios de ingresos y egresos específicamente para las unidades Intermedias que forman parte de la Unidad de paciente crítico3.2 Supervisión del cumplimiento de los criterios de ingreso y egreso a las unidades críticas.

Fuente: elaboración propia

8.2 Indicadores

Los indicadores explicitados en los esquemas, dicen relación con las metas del proyecto en cada nivel de objetivos: Fin, Propósito y Resultados, en términos de cantidad, calidad y tiempo. De este modo se convierten en punto de referencia para guiar las actividades de gestión, monitoreo y evaluación del proyecto.

Esquema N°3: Indicadores de Fin y Propósito

Proyecto "Implementación de camas críticas en el Hospital clínico Universidad de Chile"	
Resumen Narrativo de Objetivos	Indicadores
Fin Se ha contribuido a optimizar oferta de camas críticas de HCUCH en relación con la demanda de la población.	A diciembre 2020 se habrán implementado, 18 camas críticas intermedias, médico – quirúrgicas.
Propósito Aumento de la oferta de camas críticas de HCUCH en relación con la demanda de la población	El rechazo de camas críticas por HCUCH habrá disminuido en un 25% al término del primer año.

Fuente: elaboración propia

Esquema N°4: Indicadores de los resultados

Proyecto "Implementación de camas críticas en el Hospital clínico Universidad de Chile"	
Resumen Narrativo de Objetivos	Indicadores
Resultados: 1. Se optimiza la gestión de camas críticas en HCUCH	Cumplimiento del 70% de las actividades de mejoras programadas para optimizar gestión de camas.
2. Pacientes de UCI con y sin precauciones específicas cuentan oportunamente con camas de salida	El primer año, el traslado de pacientes de UCI a unidad intermedia se concreta en un 60% durante las primeras 24 hrs
3. Pacientes con precauciones específicas, se hospitalizan en unidad intermedia.	El 70% de los pacientes con precauciones específicas se hospitalizan en unidad intermedia en el primer año

Fuente: elaboración propia

Esquema N° 5: Indicadores de Actividades

Proyecto	
“Implementación de camas críticas en el Hospital clínico Universidad de Chile”	
Resumen Narrativo de Objetivos	Indicadores
Actividades de componente 1	
1.1 Programar reuniones a primera hora EU gestora de camas, Director médico, subdirector médico, con el objetivo de aportar información y tomar decisiones respecto a las necesidades de camas en el hospital.	Calendario de reuniones con directivos se cumple en un 90%, en el primer año.
1.2 Establecer visita diaria de EU gestora de camas a servicio de emergencia y servicios clínicos.	Cumplimiento de un 90% de la visita diaria de EU gestora de camas a servicio de emergencia y servicios clínicos.
1.3 Mantener base de datos actualizada de ocupación de camas HCUCH	Base de datos de ocupación de camas HCUCH se mantiene actualizada en un 100%, de lunes a domingo.
1.4 Establecer sistema de coordinación diaria EU gestora de camas – EU convenios privados y públicos.	Gestora de camas mantiene registros actualizados de solicitud de camas externas.
Actividad de componente 2	
2.1 Establecer visita diaria y organizada de EU gestora a unidades críticas	Cumplimiento de visitas diarias de EU gestora a unidades críticas se cumple en un 90%.
2.2 Mantener actualizada agenda con los traslados de pacientes críticos a camas de menor complejidad	Agenda con solicitud de traslados de pacientes críticos se mantiene actualizada en un 90%.
Actividad de componente 3	
3.1 Actualizar criterios de ingresos y egresos específicamente de las unidades Intermedias	Criterios de ingresos y egresos de unidades intermedias actualizados a diciembre 2020
3.2 Supervisión del cumplimiento de los criterios de ingreso y egreso	Cumplimiento de un 80% de los criterios de ingresos y egresos a las unidades intermedias en el primer año

Fuente: elaboración propia

8.3 Medios de Verificación

Los "Medios de Verificación" descritos son las fuentes de información que se utilizarán para obtener los datos y monitorizar el cumplimiento de los valores de cada indicador enunciado. Evaluando así los objetivos establecidos en el proyecto.

Esquema N° 6: Medios de verificación

Proyecto		
“Implementación de camas críticas en el Hospital clínico Universidad de Chile”		
Resumen Narrativo de objetivos	Indicadores	Medios de verificación
<p>Fin</p> <p>Se ha contribuido a optimizar oferta de camas críticas de HCUCH en relación con la demanda de la población.</p>	<p>A diciembre 2020 se habrán implementado, 18 camas críticas intermedias, médico – quirúrgicas.</p>	<p>Supervisión en terreno del cumplimiento del indicador</p>
<p>Propósito</p> <p>Aumento de la oferta de camas críticas de HCUCH en relación con la demanda de la población</p>	<p>Al finalizar el proyecto. El rechazo de camas críticas por HCUCH habrá disminuido en un 25% al término del primer año.</p>	<p>Consulta trimestral sistema informático HCUCH, (exportación de datos TI) específicamente los indicadores de gestión.</p>
<p>Resultados:</p> <p>1. Se optimiza la gestión de camas críticas en HCUCH</p>	<p>Cumplimiento del 70% de las actividades de mejoras programadas para optimizar gestión de camas.</p>	<p>Registros del libro de entrega de turno de gestora de camas. Registros de</p>
<p>2. Pacientes de UCI con y sin precauciones específicas cuentan oportunamente con camas de salida</p>	<p>El traslado de pacientes de UCI a unidad intermedia se concreta en un 60% durante las primeras 24 hrs. En el primer año.</p>	<p>Registros de ficha clínica electrónica. (exportación de datos por TI)</p>
<p>3. Pacientes con precauciones específicas, se hospitalizan en unidad intermedia.</p>	<p>El 70% de los pacientes con precauciones específicas se hospitalizan en unidad intermedia en el primer año</p>	<p>Registros en ficha clínica electrónica (exportación de datos por TI)</p>

<p>Actividades de Componente 1</p> <p>1.1 Programar reuniones a primera hora EU gestora de camas, Director médico, subdirector médico, con el objetivo de aportar información y tomar decisiones respecto a las necesidades de camas.</p>	<p>Calendario de reuniones con directivos se cumple en un 90%, en el primer año.</p>	<p>Registros de secretaría de la dirección.</p>
<p>1.2 Establecer visita diaria de EU gestora de camas a servicio de emergencia y servicios clínicos.</p>	<p>Cumplimiento de un 90% de la visita diaria de EU gestora de camas a servicio de emergencia y servicios clínicos.</p>	<p>Registros de libro entrega de Turno de EU gestora de camas.</p>
<p>1.3 Mantener actualizada diariamente base de datos de ocupación de camas HCUCH</p>	<p>Base de datos de ocupación de camas HCUCH se mantiene actualizada en un 100%, de lunes a domingo.</p>	<p>Registros sistema informático HCUCH</p>
<p>1.4 Establecer sistema de coordinación diaria EU gestora de camas – EU convenios privados y públicos.</p>		<p>Registros en ficha clínica, (exportación de datos por TI)</p>
<p>Actividad de componente 2</p> <p>2.1 Establecer visita diaria y organizada de EU gestora a unidades críticas</p>	<p>Cumplimiento de visitas diarias de EU gestora a unidades críticas se cumple en un 90%.</p>	<p>Registros de libro entrega de turno y ficha clínica electrónica, revisión trimestralmente</p>
<p>2.2 Mantener actualizada agenda con los traslados de pacientes críticos a camas de menor complejidad</p>	<p>Agenda con solicitud de traslados de pacientes críticos se mantiene actualizada en un 90%.</p>	<p>Exportación de datos por TI de ficha clínica electrónica,</p>
<p>Actividad de componente 3</p> <p>3.1 Actualizar criterios de ingresos y egresos específicamente de las unidades Intermedias</p>	<p>Criterios de ingresos y egresos de unidades intermedias actualizados a diciembre 2020</p>	<p>Se constata documento con criterios de ingresos y egresos actualizados a diciembre 2020</p>
<p>3.2 Supervisión del cumplimiento de los criterios de ingreso y egreso</p>	<p>Cumplimiento de un 80% de los criterios de ingresos y egresos a las unidades intermedias en el primer año</p>	<p>Estudio de prevalencia cada 6 meses en el primer año, para constatar el cumplimiento de los criterios de ingreso y egresos.</p>

Fuente: elaboración propia

8.4 Supuestos:

Los supuestos son condiciones o factores externos suficientes para garantizar el éxito del proyecto en cada uno de sus niveles; no son controlables por el equipo gestor.

Esquema N°7: Supuestos

Proyecto: "Implementación de camas críticas Hospital Clínico Universidad de Chile"	
Resumen Narrativo de objetivos	Supuestos
<p>Fin</p> <p>Se ha contribuido a optimizar oferta de camas críticas de HCUCH.</p>	Se aumenta la dotación de camas críticas de HCUCH, ajustado a la demanda de la población.
<p>Propósito</p> <p>Aumento de la oferta de camas críticas de HCUCH en relación con la demanda de la población</p>	El equipo directivo y equipo gestor reconocen la necesidad optimizar la oferta de camas críticas. Permite mejorar la oferta de camas críticas
<p>Resultados</p> <p>1. Se optimiza la gestión de camas críticas en HCUCH</p>	Se establece sistema de coordinación efectiva con el equipo de salud: gestora de camas, médicos residentes de servicio de emergencia y servicios críticos y de cuidados estándar.
<p>2. Pacientes de UCI con y sin precauciones específicas cuentan oportunamente con camas de salida</p>	Se priorizan traslados de pacientes de UCI a salas de menor complejidad, según requerimientos.
<p>3. Pacientes con precauciones específicas, se hospitalizan en unidad intermedia.</p>	Se permite la hospitalización de pacientes con precauciones específicas en unidad intermedia sin bloquear camas adyacentes.
<p>Actividades de Componente 1</p> <p>1.1 Programar reuniones a primera hora EU gestora de camas, Director médico, subdirector médico, con el objetivo de aportar información y tomar decisiones respecto a las necesidades de camas.</p>	El equipo de salud conformado por Director médico, subdirector médico, gestora de camas, jefes técnicos, jefe de emergencia se integran optimizando la comunicación efectiva.
<p>1.2 Establecer visita diaria de EU gestora de camas a servicio de emergencia y servicios clínicos.</p>	
<p>1.3 Mantener base de datos actualizada de ocupación de camas HCUCH</p>	
<p>1.4 Establecer sistema de coordinación diaria EU gestora de camas – EU de convenios privados y públicos.</p>	
<p>Actividad de componente 2</p> <p>2.1 Establecer visita diaria y organizada de EU gestora a unidades críticas</p> <p>2.2 Mantener actualizada agenda con los traslados de pacientes críticos a camas de menor complejidad</p>	EU coordinadora de gestión de camas socializa a su equipo en la actualización de las nuevas actividades definidas.
<p>Actividad de componente 3</p> <p>3.1 Actualizar criterios de ingresos y egresos específicamente de las unidades Intermedias</p> <p>3.2 Supervisión del cumplimiento de los criterios de ingresos y egresos</p>	Dirección de calidad valida documento de criterios de ingresos y egresos a unidades intermedias HCUCH.

Fuente: Elaboración propia.

8.5 Matriz de Marco Lógico

En esta etapa de planificación se construye la Matriz de Marco Lógico que registra en forma resumida los aspectos principales del proyecto. Brindando estructura al proceso de planificación y comunicando información esencial relativa al proyecto. Se grafica en una Matriz de 4x4.

Proyecto: "Implementación de camas críticas Hospital Clínico Universidad de Chile"				
Resumen de Objetivos	Narrativo de	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
Fin Se ha contribuido a optimizar oferta de camas críticas de HCUCH en relación con la demanda de la población.		A diciembre 2020 se habrán implementado, 18 camas críticas intermedias, médico – quirúrgicas en HCUCH.	Supervisión en terreno del cumplimiento del indicador	Se establece una mejora en la dotación de camas críticas en el HCUCH.
Propósito Aumento de la oferta de camas críticas de HCUCH en relación con la demanda de pacientes críticos adultos médico – quirúrgicos.		Al finalizar el proyecto. El rechazo de camas críticas por HCUCH habrá disminuido en un 25% al término del primer año.	Consulta trimestral sistema informático HCUCH, (exportación de datos TI) específicamente los indicadores de gestión.	Al mejorar la oferta de camas críticas, disminuirán los rechazos
Resultados 1. Se optimiza la gestión de camas críticas en HCUCH 2. Pacientes de UCI con y sin precauciones específicas cuentan oportunamente con camas de salida 3. Pacientes con precauciones específicas, se hospitalizan en unidad intermedia.		1. Cumplimiento del 70% de las actividades de mejora de la EU gestora de camas en el primer año. 2. El traslado de pacientes de UCI a unidad intermedia se concreta en un 60% durante las primeras 24 hrs. En el primer año. 3. El 70% de los pacientes con precauciones específicas se hospitalizan en unidad intermedia en el primer año	Registros del libro de entrega de turno de gestora de camas. Registros de ficha clínica electrónica. (Exportación de datos por TI). Registros en ficha clínica electrónica (exportación de datos por TI)	Se establece sistema de coordinación efectiva: gestora de camas, médicos residentes de servicio de emergencia y servicios críticos y de cuidados estándar. Se priorizan traslados de pacientes de UCI a salas de menor complejidad. Hospitalización de pacientes con precauciones específicas en unidad intermedia sin bloquear camas adyacentes
Actividades 1.1 Programar reuniones a primera hora EU gestora de camas, Director médico, subdirector médico, con el objetivo de aportar información y tomar decisiones respecto a las necesidades de camas. 1.2 Establecer visita diaria de EU gestora de camas a servicio de emergencia y servicios clínicos.		Calendario de reuniones con directivos se cumple en un 90%, en el primer año. Cumplimiento de un 90% de la visita diaria de EU gestora de camas a servicio de emergencia y servicios clínicos. Base de datos de ocupación de camas HCUCH se mantiene actualizada en un 100%, de lunes a domingo.	Registros de secretaría de la dirección. Registros de libro entrega de Turno de EU gestora de camas. Registros sistema informático HCUCH	El equipo de salud conformado por Director médico, subdirector médico, gestora de camas, jefes técnicos, jefe de emergencia se integran optimizando la comunicación efectiva. Se optimiza coordinación interna de gestora de camas con EU a cargo de convenios.

<p>1.3 Mantener base de datos actualizada de ocupación de camas HCUCH</p> <p>1.4 Establecer sistema de Coordinación diaria EU gestora de camas- EU de convenios privados y públicos.</p>			
<p>2.1 Establecer visita diaria y organizada de EU gestora a unidades críticas</p> <p>2.2 Mantener actualizada agenda con los traslados de pacientes críticos a camas de menor complejidad</p>	<p>Cumplimiento de visitas diarias de EU gestora a unidades críticas se cumple en un 90%.</p> <p>Agenda con solicitud de traslados de pacientes críticos se mantiene actualizada en un 90%.</p>	<p>Registros de libro entrega de turno y ficha clínica electrónica, revisión trimestral.</p> <p>Ficha clínica electrónica (exportación de datos por TI).</p>	<p>EU coordinadora de gestión de camas socializa a su equipo en la actualización de las nuevas actividades definidas.</p>
<p>3.1 Actualizar criterios de ingresos y egresos específicamente de las unidades Intermedias</p> <p>3.2 Supervisión del cumplimiento de los criterios de ingresos y egresos.</p>	<p>Criterios de ingresos y egresos de unidades intermedias actualizados a diciembre 2020.</p> <p>Cumplimiento de un 80% de los criterios de ingresos y egresos a las unidades intermedias en el primer año</p>	<p>Se constata documento actualizados a diciembre 2020</p> <p>Estudio de prevalencia cada 6 meses en el primer año.</p>	<p>Dirección de calidad valida documento de criterios de ingresos y egresos a unidades intermedias HCUCH.</p>

Fuente: elaboración propia

8.6 Plan de Ejecución

El plan de ejecución graficado a continuación dice relación con las actividades definidas en la Matriz de Marco Lógico.

PLAN DE EJECUCIÓN					
ACTIVIDADES	RESPONSABLES	RESULTADOS ESPERADOS	CRONOGRAMA	RECURSOS / PRESUPUESTOS	CONTROL DE CALIDAD
Programar reuniones a primera hora EU gestora de camas, Director médico, subdirector médico, con el objetivo de aportar información y tomar decisiones respecto a las necesidades de camas.	Director medico/EU gestora	Tener claridad de los requerimientos diarios para programación diaria	Actividad diaria/ extensión anual	15 minutos	Cumplimiento de KPI 90%
Establecer visita diaria de EU gestora de camas a servicio de emergencia y servicios clínicos.	EU gestora	Comprobar personalmente condiciones de uso de camas en unidades de ingreso de pacientes	Actividad diaria/ extensión anual	1 hora EU gestora	Cumplimiento de KPI 90%
Mantener base de datos actualizada de ocupación de camas HCUCH	EU gestora	Tener acceso inmediato y de calidad a información actualizada	Actividad horaria / extensión anual	10 min/hr EU gestora	Cumplimiento de KPI 90%
Establecer sistema de coordinación diaria EU gestora de camas – EU de convenios privados y públicos.	EU gestora y convenios	Mantener coordinación de ingresos futuros para programación	Actividad diaria/ extensión anual	Permanente seguimiento online	Cumplimiento de KPI 90%
Establecer visita diaria y organizada de EU gestora de camas a unidades críticas	EU gestora	Comprobar personalmente condiciones de uso de camas en unidades de ingreso de pacientes	Actividad diaria/ extensión anual	1 hora EU gestora	Cumplimiento de KPI 90%
Mantener actualizada agenda con los traslados de pacientes críticos a camas de menor complejidad	Director medico/EU gestora	Tener claridad de las disponibilidades de camas para programación diaria	Actividad diaria/ extensión anual	30 minutos EU gestora	Cumplimiento de KPI 90%
Actualizar criterios de ingresos y egresos específicamente de las unidades Intermedias	Equipo de salud conformado EU Jefe UPC, Jefe UPC, Jefes técnicos UPC	Adaptar los criterios a situaciones peak y complejas	Actividad semanal	1 hora equipo en pleno	Cumplimiento de KPI 90%
Supervisión del cumplimiento de los criterios de ingresos y egresos.	EU Monitoreo Clínico	Seguimiento periódico de las adaptaciones de los criterios de ingresos y egresos de pacientes	Actividad semanal	1 hora	Cumplimiento de KPI 90%

Fuente: elaboración propia

8.8 Presupuesto

El presupuesto se precisó teniendo en cuenta las actividades definidas en la Matriz de Marco lógico, considerando el costo de las actividades no contempladas en la gestión clínica rutinarias de la organización.

Proyecto					
“Implementación de Camas Críticas Hospital Clínico Universidad de Chile”					
ACTIVIDAD N° 1	CAPITAL HUMANO	CANTIDAD	TOTAL	VALOR/HORA	VALOR /MES
		/FRECUENCIA			
Reunión L – V : Con Directivos	EU Coordinadora gestión de camas	30 min/20	10 hrs.	11.363	113.630
Elaboración calendario reuniones	Secretaria dirección	1 hora/1	1	5.420	5.420
Acta reuniones	Secretaria Dirección	30 min./4	2	4.830	9.660
Base datos actualizada (ocupación de camas)	Analista Depto. Gestión de la información	30 min./30	15	7.500	112.500
Subtotal					241.210
ACTIVIDAD N° 2					
Actualización de agenda solicitud de traslados.	Equipo gestora de camas	30 min./20	10 hrs.	7.955	79.550
Monitorización de indicadores en registros FCE	Analista Depto. Gestión de la información	1 hora/4	4 hrs.	7.500	30.000
Visita diaria Gestora de camas a servicios clínicos y emergencia	Equipo gestora de camas	1 hora/20	20 hrs.	7.955	159.100
Subtotal					268.650
ACTIVIDAD N° 3					
Actualización de criterios de ingreso y egreso	EU Jefe y medico Jefe servicio servicio, Dirección de calidad	4 hrs. /1	4 hrs.	16.665	66.660
Supervisión cumplimiento criterios de ingreso – egresos	EU Monitoreo clínico	2 hora/8	8 hrs.	9.375	75.000
Subtotal					141.660
Valor Total					\$ 651.520 mensual

Fuente: elaboración propia

El costo del primer año del proyecto asciende a \$7.819.920.

8.9 Esquema de verificación del diseño de proyecto

Respecto al Fin	Si cumple	No cumple
1. El Fin responde al problema central identificado	✓	
2. Presenta una justificación suficiente para el proyecto	✓	
3. Está claramente expresado como una situación ya alcanzada	✓	
4. Está, definidos explícitamente los grupos beneficiarios	✓	
5. Los indicadores de FIN son verificables en términos de cantidad, calidad y tiempo	✓	
Respecto al Propósito		
6. El proyecto tiene un solo propósito	✓	
7. El Propósito está claramente expresado como un estado avanzado	✓	
8. Contribuye significativamente al logro del FIN del proyecto	✓	
9. Están presentes los grupos de beneficiarios del proyecto	✓	
10. Los indicadores del Propósito son una forma independiente de medir el logro del Propósito y no un resumen de los resultados	✓	
11. Los indicadores del propósito sólo miden lo que es importante	✓	
12. Los indicadores del Propósito miden los resultados esperados al final de la ejecución del proyecto		
13. Los indicadores del propósito tienen medidas de cantidad, calidad y tiempo	✓	
Respecto a los resultados		
14. Los resultados están expresados como logros	✓	
15. Los resultados del proyecto están claramente expresados	✓	
16. Todos los resultados son necesarios para cumplir el propósito	✓	
17. Los resultados incluyen todos los rublos de los cuales es responsable el equipo de gestión del proyecto		
18. Los indicadores de los resultados son verificables en términos de cantidad, calidad y tiempo	✓	
Respecto a las Actividades		
19. Las actividades incluyen todas las acciones necesarias para producir cada componente	✓	
20. Las actividades son las tareas para las cuales se incurren en costos para completar los resultados	✓	
21. Las actividades identifican todas las acciones necesarias para recoger información sobre los indicadores	✓	
22. Solamente están incluidas las actividades que el proyecto tiene que ejecutar	✓	
23. La relación entre las actividades, el tiempo y el presupuesto es realista	✓	
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	✓	
25. La relación entre los Resultados y el Propósito es realista	✓	
26. La lógica vertical entre las actividades, los resultados, el propósito y el Fin es realista en su totalidad	✓	
27. El Propósito junto con los supuestos a ese nivel, describen las condiciones necesarias aun cuando no sean suficientes, para lograr el Fin	✓	
28. Los Resultados junto con los Supuestos a ese nivel, describen las condiciones necesarias y suficientes para lograr el Propósito	✓	
29. Los supuestos al nivel de actividad no incluyen ninguna acción que tenga que llevarse a cabo antes que puedan comenzar las actividades	✓	
Otros		
30. La columna de medios de verificación identifica donde pueda hallarse la información para verificar cada indicador.	✓	
31. El Marco Lógico define la información necesaria para la evaluación del proyecto	✓	

Fuente: creación propia; basado en el Manual de diseño proyecto OPS

9. ANEXOS

9.1 Referencias

1. Edgar O; Juan F; Adriana P. Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas.
2. Valdés Herrera Clemente. (2009, junio 19). *Técnicas y métodos para la toma de decisiones*. Recuperado de <https://www.gestiopolis.com/tecnicas-metodos-toma-decisiones>
3. <https://rodrigodelolmo.wordpress.com/2012/03/30/tecnicas-para-la-toma-de-decisiones-en-grupo/>
4. Nora B; Pablo P; y Adrián; Liliana H; Hernán R; Levinson –Base Vich Manual para el Diseño de Proyectos de Salud, Organización Mundial de la Salud.
5. Oscar Arteaga H; Adaptación de Material OPS/OMS para uso docente en Magister en Administración en Salud de la Universidad de Chile Metodología de Marco Lógico.
6. CP-REPORTE-COVID-19-Lunes-21.09.2020
7. <https://www.gob.cl/coronavirus/cifrasoficiales/>
8. <https://www.cerem.es/blog/que-es-y-como-hacer-una-matriz-de-priorizacion>
9. Betancourt, D. F. (12 de enero de 2017). *Cómo hacer el análisis de alternativas de un proyecto + ejemplo práctico*. Recuperado el 06 de noviembre de 2020, de Ingenio Empresa: www.ingenioempresa.com/analisis-de-alternativas.
10. Sergio Gálvez G.¹, Hugo González D.², Eduardo Labarca M.³, Rodrigo Cornejo R.⁴, Alejandro Bruhn C.⁵, Héctor Ugarte E.⁶, Jorge Canteros G.⁷, Eduardo Tobar A.⁸, Rodrigo Soto F.⁹, Luis Castillo F.¹⁰; Medicina intensiva en Chile: desafíos para su desarrollo. Documento de la Comisión Nacional de Medicina Intensiva del Ministerio de Salud: **Rev. méd. Chile vol.141 no.1 Santiago ene. 2013**
11. <https://uchile.cl/u9338>
12. Actualización epidemiológica semanal - 29 de diciembre de 2020, who.int
13. 20201229_weekly_epi_update_con_20_cleared.pdf
14. Sistema de Notificación EPIVIGILA. Depto. de Epidemiología, DIPLAS MINSAL

9.2 Glosario, acrónimos, abreviaciones

1. Precauciones específicas: Medidas de aislamiento definidos para prevenir infecciones asociadas a la atención en salud, (ej. higiene de manos).
2. Cohorte: En medicina es un grupo de personas que comparten una característica común, quedando en observación (ej. enfermedad transmisible).
3. CD: Clostridium difficile, bacteria gran +, se transmite por contacto de persona a persona.
4. KPC: Klebsiella Pneumoniae Carbapenemasa, bacteria resistente a la mayoría de los antibióticos, se transmite por contacto de persona a persona.
5. COVID: coronavirus, causante enfermedad respiratoria grave, se transmite por gotitas de persona a persona.
6. UPC: Unidad de pacientes críticos
7. HCUCH: Hospital clínico universidad de chile
8. Unidades críticas: Se refiere a pacientes hospitalizados en Unidad de cuidados intensivos y Unidad de cuidados intermedios.
9. Indicador KPI: Indicador clave de rendimiento o medidor de desempeño se expresa en valor porcentual