



**Estrategias para la creación de valor desde la gestión de pacientes en el
Hospital Metropolitano de Santiago**

AFE para optar al grado de Magister en Administración en Salud

Alumna: Paulina Schmidlin Olivares.

Profesor: Cristian Rebolledo

Santiago, 2022

Tabla de contenido

1 RESUMEN EJECUTIVO	4
2 INTRODUCCIÓN	6
2.1 Contexto del lugar de intervención	7
2.2 Evolución y características de la situación actual.	10
2.3 Datos cualitativos y cuantitativos	12
2.4 Objetivo que busca el desarrollo de la AFE.....	20
3 METODOLOGÍA	20
3.1 Aplicación de metodología de Marco Lógico	20
3.2 Identificación de actores claves/ equipo gestor	20
3.3 Técnicas e instrumentos metodológicos.	21
4 FASE ANALITICA	24
4.1 Identificación y priorización del problema	24
4.2 Selección y justificación del problema.....	24
4.3 Análisis de involucrados	27
4.4 Análisis de problemas.....	32
4.5 Análisis de objetivos	37
4.6 Análisis de viabilidad	39
4.7 Análisis de alternativas	39
4.8 Síntesis de la etapa analítica	41
5 FASE DE PLANIFICACIÓN	42
5.1 Objetivos por jerarquía.....	42
5.2 Indicadores.....	43
5.3 Medios de Verificación	45
5.4 Supuestos.....	47
5.5 Resumen Matriz de Marco Lógico	49
5.6 Plan de Ejecución.....	54
5.7 Presupuesto	60
5.9 Consideraciones éticas.....	66
5.10 Limitaciones	66

6 CONCLUSIONES 67

7. BIBLIOGRAFÍA 68

Glosario y abreviaciones.....70

Anexo 1: Procedimiento de Derivación de Pacientes72

Anexo 2 Modelo cartera de servicios HosMet.....102

Anexo 3 Plan de comunicaciones.....116

1 RESUMEN EJECUTIVO

Los sistemas de Salud a nivel mundial han enfrentado cambios en sus requerimientos asistenciales producto de la Pandemia SARS COV 2, es por eso que, en el contexto nacional, las nuevas estrategias organizacionales deben generar un aumento en el rendimiento en términos de producción hospitalaria, satisfacción usuaria y por ende valor público.

El valor en salud es un desafío asociado a la eficiencia y define como las políticas y prácticas operacionales aumentan la competitividad, mientras mejoran las condiciones sociales y económicas de las comunidades en las cuales opera ¹.

El presente proyecto presenta como propuesta las “Estrategias para la creación de valor desde la gestión de pacientes en el Hospital Metropolitano de Santiago.”

Se desarrolló según la Metodología de Marco Lógico, priorizando el trabajo en equipo y la participación de los involucrados en un proceso continuo de retroalimentación y consensos.

Da inicio con la identificación del problema central “Demora en la Gestión de Traslados” problema que se abarcó desde la gestión de pacientes y su posibilidad de intervenir dentro de los lineamientos y políticas institucionales.

Para poder conocer la disposición de los involucrados en el proyecto se realizó una matriz donde confluyen los intereses, mandatos y poder de estos sobre los problemas identificados, distinguiendo los roles en cada uno de los niveles de la organización y donde se contó con gran apoyo directivo.

Se realizó la elaboración del Árbol de Problemas el que grafica las causas directas indirectas y estructurales que delimitan el problema central, dentro de las que destacan: los cambios de demanda (camas no COVID), desconocimiento de esta cartera de servicios por la red y la falta de protocolos de traslado, entre otros generando como efecto un bajo ocupación de camas críticas y demora en las derivaciones intra red.

Para esquematizar el ámbito de la acción del proyecto, se realizó el árbol de objetivos con la relación Medios- Fin para poder poner en estado positivo los estados del árbol de problemas.

¹Porter, M.E. and Kramer, M.R. (2011) The Big Idea: Creating Shared Value. Harvard Business Review

Se definió dentro del análisis de alternativas intervenir en la socialización de cartera de servicios dentro de la red oriente y la creación de protocolo de gestión de traslados, optimizando el recurso de camas hospitalarias para asegura la continuidad del proceso de atención y mejora en la gestión.

En la etapa de planificación se creó de Matriz de Marco Lógico, para la ejecución y evaluación del proyecto con indicadores para la toma de decisiones tanto a nivel estratégico como operativo.

El proyecto fue validado por el equipo gestor, y puesto a disposición del equipo directivo de la institución para su aprobación y ejecución, contribuyendo finalmente a mejorar la gestión de traslados, impactando en su red asistencial.

Cuando analizamos la institución, vemos que es fundamental para el logro de los objetivos institucionales establecer planes de mejora continua, orientada hacia las necesidades del usuario, para contribuir a la salud pública con sentido estratégico que permitan mayor efectividad en la gestión y por lo tanto avanzar hacia la creación de valor de manera consistente.

2 INTRODUCCIÓN

La gestión hospitalaria durante la reciente pandemia del virus SARS-CoV-2 requirió un alto grado de agilidad y plasticidad de los servicios de salud, todas las estructuras hospitalarias debieron adecuarse a la demanda asistencial y las instituciones optimizaron los recursos y la correcta asignación de los mismos, para que mediante la planificación y organización la atención de salud de cada paciente fuera otorgada con altos estándares de calidad y equidad.

En respuesta a esta demanda inicia sus actividades el Hospital Metropolitano de Santiago (HosMet), en sus inicios para dar soporte al creciente requerimiento de camas para pacientes con patología COVID 19 del sistema público.

Dentro del HosMet, se encuentra la unidad de gestión de pacientes (UGP) la cual se encarga de regular los ingresos, traslados y altas, favoreciendo la mejor ubicación posible de los pacientes hospitalizados, tarea que en la práctica implica coordinar el proceso asistencial y la oferta de camas a la red asistencial. A este complejo engranaje es posible sumar otras tareas de coordinación interna que apoyan y agilizan la estancia hospitalaria, permitiendo una mejor experiencia del paciente y una optimización de los costos y tiempos asociados a su atención.

Para llevar a cabo estos procesos asociados a la demanda por camas básicas, intermedias y complejas de hospitalización, se requiere coordinación permanente entre UGP y el personal hospitalario, por lo tanto, se debe reconocer que la implementación de estrategias desde la gestión de pacientes, impacta en el éxito de las tareas, disminuyendo costos y aumentando los márgenes de ingresos.

El presente trabajo propone un proyecto de intervención enfocado a los problemas diagnosticados según el en foque de Marco Lógico, definiendo las actividades, plazos y condiciones de satisfacción para el proceso de ingreso y egresos de pacientes, mejorando la gestión y administración de los recursos de la institución.

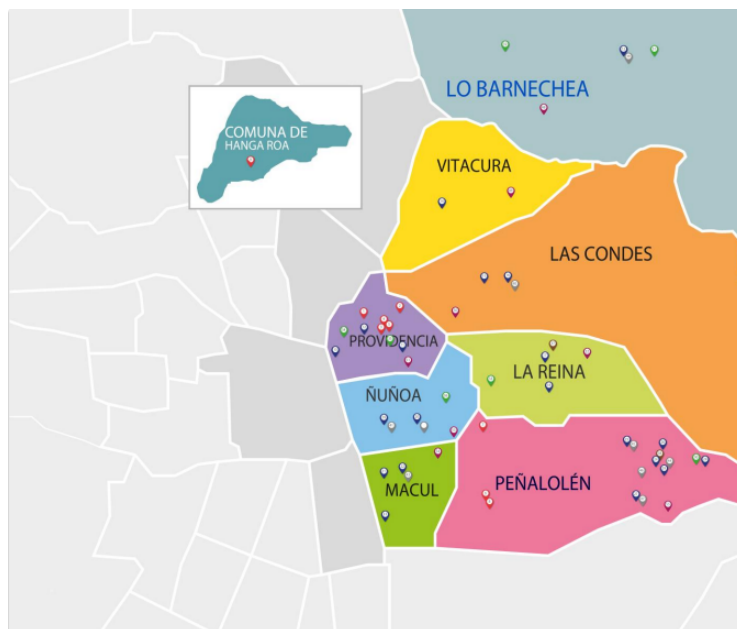
2.1 Contexto del lugar de intervención

HosMet abre sus puertas el 15 de mayo de 2020, como el primer hospital de atención exclusiva de patologías respiratorias derivadas de COVID-19, en el recinto que antes ocuparon el Hospital Militar y el Hospital Félix Bulnes, en calle Holanda N°60, con el fin de reforzar la red asistencial de salud, en respuesta a la emergencia sanitaria en nuestro país.

Dando soporte al creciente requerimiento de camas del sistema público poniendo a los pacientes en el centro del sistema de salud pública, respondiendo a principios de equidad, efectividad, transparencia, oportunidad y justicia en su atención, creando así valor.

Pertenece desde el año 2022 al Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO) que integra 4 hospitales, 4 institutos y el CRS cordillera, corresponde a la población de las comunas de Providencia, Las Condes, Lo Barnechea, Macul, Ñuñoa, La Reina, Vitacura, Peñalolén y Rapa Nui.

Mapa zonas de influencia SSMO



Fuente: Cuenta Publica SSMO 2021

Agrupan un total de 1.346.390 personas, lo que representa un 7,2% de la población del país y un 17,5% de la población de la Región Metropolitana, la población mayor de 60 años superará el 20% llegando a prácticamente 300 mil personas².

En las comunas continentales de la Red Oriente, el 43,2% de sus habitantes pertenecen a FONASA, mientras un 49,95% está adscrito a una ISAPRE, esto marca una significativa diferencia con el resto del país y la región, donde sobre el 71% está incorporado a FONASA³.

El Servicio de Salud Metropolitano Oriente cuenta con una extensa cartera de servicios que permite ofrecer casi todas las especialidades, lo que hace de este conjunto de establecimientos una de las redes con mayor complejidad en su oferta a nivel nacional.

Oferta de especialidades Red Oriente 2021

Consulta de Especialidades	
Anestesiología	Medicina Física y Rehabilitación
Cardiología	Medicina Interna
Cirugía Abdominal	Nefrología
Cirugía Adulto	Neurología
Cirugía Plástica (no estética)	Nutrición
Cirugía Proctológica	Oftalmología
Cirugía Tórax	Oncología
Cirugía Vascular Periférica	Otorrinolaringología
Dermatología	Psiquiatría
Endocrinología	Reumatología
Gastroenterología	Traumatología
Hematología	Urología
Infección de Transmisión Sexual (excluye VIH/SIDA)	VIH/SIDA

Fuente cuenta pública 2021 SSMO

Todo esto resultado de la complementariedad de carteras entre institutos, hospitales y establecimientos de atención primaria, sin embargo, si bien la oferta es amplia en variedad es insuficiente en cuanto cantidad ofrecida especialmente en adulto, ya que al ser varios de estos centros referentes nacionales (Trasplantes,

²Proyección Corta Censo 2014, INE

³ Encuesta CASEN 2017

Traumas oculares graves, Cardiopatías congénitas, prestaciones neuroquirúrgicas, etc.), se reduce la oferta disponible para la población objetivo del SSMO, lo que genera las listas de espera, de predominio quirúrgico y de servicios de urgencia.

Dentro de esta red se integra HosMet en enero del 2022, como un centro de atención cerrada de alta complejidad que entrega prestaciones en unidades de UCI, UCI weaning para la rehabilitación de pacientes que han estado largo tiempo en ventilación mecánica, UTI y cuidados medios de manera oportuna, eficiente y de calidad, contando con una cartera de servicio enfocada al manejo de pacientes COVID-19, además de contar con unidades de apoyo y diagnóstico para pacientes provenientes de todo Chile y derivados desde la Unidad de Gestión Centralizada de Camas del Ministerio de Salud (UGCC MINSAL) y red Oriente (SSMO).

Durante el año 2022, la cartera de prestaciones se amplía, adaptándose a las necesidades de la macro red de salud pública que ya comienza a sufrir una disminución considerable de demanda de camas para pacientes afectados por COVID19. Sin embargo, se evidencia la necesidad de camas hospitalarias para optimizar el funcionamiento de los hospitales públicos cuyas abultadas listas de espera requieren planes de intervención altamente eficientes.

En el escenario actual, HosMet se proyecta como un establecimiento que sigue dando respuesta a las necesidades de la red de salud pública y en ese contexto, trabaja actualmente ampliando su cartera de prestaciones de salud en el corto plazo, pensando en sus unidades y servicios ya instalados, y en el mediano y largo plazo con el desarrollo del proyecto del centro de referencia para la resolución de listas de espera quirúrgica para cirugía mayor ambulatoria.

Con la integración de HosMet se contribuye a la red con la mayor dotación de camas de cuidados intensivos (UCI), aumentando la disponibilidad de camas críticas en un 370% con su incorporación a la red, la cual representa un 19% de las camas UCI del país⁴.

⁴ Cuenta pública 2021 SSMO

Dotación de camas UPC Servicio de Salud Metropolitano Oriente

La Red público privada SSMO representa un 19% de las camas UCI del país.

CAMAS UCI ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS	N° de Camas Pre Pandemia	N° de Camas Peak 2020	N° de Camas Peak 2021	N° de Camas Enero 2022	N° de Camas Febrero 2022	N° de Camas Marzo 2022	Porcentaje de aumento en el peak, respecto a estado inicial
Hospital del Salvador	12	48	62	24	24	30	417%
Hospital Dr. Luis Tisné B.	8	32	38	20	16	20	375%
Instituto de Neurocirugía Dr. Asenjo	8	11	16	8	8	8	100%
Instituto Nacional del Tórax	15	36	44	18	18	24	193%
Hospital Metropolitano			158	72	72	94	
Total Público	43	127	318	142	138	176	640%

Fuente. Cuenta pública 2021 SSMO

HosMet Tiene como misión “Contribuir a elevar el nivel de salud de la población, a través de la realización de prestaciones médicas de cuidados medios y críticos, a personas adultas, además de la realización de exámenes y la entrega de servicios que satisfagan las exigencias de la alerta sanitaria, proporcionando resultados confiables y oportunos, con profesionales y tecnología al servicio del usuario”.

Dentro de sus unidades estratégicas se encuentra la unidad de gestión de pacientes (UGP) encargada de manejar la oferta de camas otorgada a la red y MINSAL, se dedica a la gestión centralizada del recurso cama, para dar hospitalización a pacientes que ingresan derivados desde otros centros, o la externalización de los pacientes que van empeorando su condición y necesitan otro tipo de asistencia o cartera de servicios que no se puedan otorgar, facilitando el ingreso de usuarios de forma oportuna, segura y coordinada, haciendo énfasis al final del proceso la reinserción de los usuarios a sus establecimientos de origen, hospitalización domiciliaria o su entorno habitual.

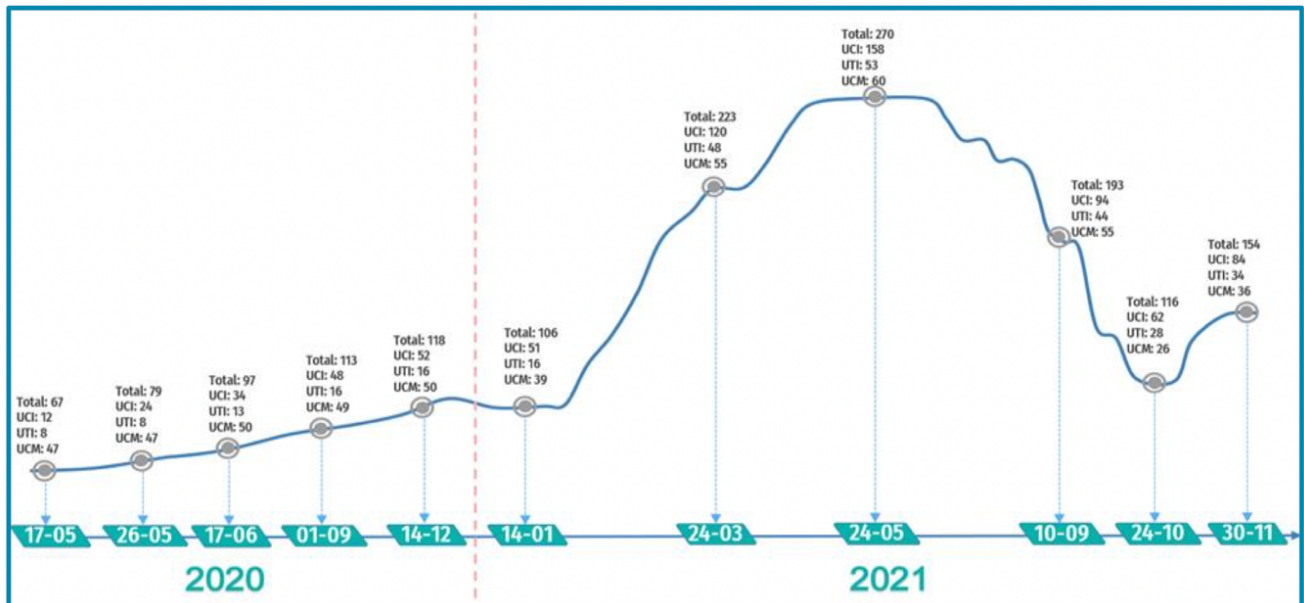
2.2 Evolución y características de la situación actual.

Es el primer hospital de Chile donde sus clientes exclusivos eran pacientes con patología respiratoria asociada a COVID-19, con requerimiento de hospitalización provenientes de todo el territorio nacional.

Como respuesta a la pandemia y la creciente demanda asistencial insatisfecha, el Ministerio de Salud destinó M\$25.336.057 en el año 2020 para la reestructuración y funcionamiento del Hospital Metropolitano para asegurar derechos de salud, que contribuyan efectivamente al bienestar de la población afectada reforzando

la red asistencial con la apertura progresiva de 301 camas, con complejidad de distribución variable según demanda, orientadas a la atención cerrada de pacientes hospitalizados, que requieren cuidados de mediana y alta complejidad.

Cronología apertura de camas HosMet



Fuente: Cuenta pública HosMet 2021.

Cuenta actualmente con una dotación de 180 camas, las que dan cobertura a los requerimientos de camas medias y críticas de pacientes adultos, con patología médica de toda el área metropolitana, además de ser centro receptor nacional exclusivo de COVID.

La capacidad para formar equipos de trabajo altamente calificados, aumenta el impacto en la población beneficiaria y la legitimidad que esta le otorga.

Cartera de servicios:

- Unidades de paciente crítico, weaning y cuidados agudos
- Imagenología
- Banco de sangre
- Laboratorio

- Hospitalización Domiciliaria.

Actualmente y dada a la evolución de la alerta sanitaria con disminución de sus porcentajes ocupacionales de camas críticas, el cambio de servicio de salud de pertenecía y su reciente incorporación en el mercado, se ve la creación de valor desde los procesos de gestión de pacientes como una oportunidad de impactar positivamente en los resultados institucionales.

Dada a su característica de hospital cerrado, el cual debe sus ingresos a la previa coordinación vía UGP, las mejoras en los procesos de la gestión de pacientes impactan positivamente en la eficiencia hospitalaria ya que, al admitir más pacientes, se aumentan los ingresos además de ayudar con una eficiente derivación la descongestión los servicios de urgencias de la red.

2.3 Datos cualitativos y cuantitativos

En la red asistencial pública, una de las restricciones más importante es el número y uso de las camas hospitalarias las cuales se ofertan y gestionan a través de unidades de gestión, la creación de estrategias que mejoren estos procesos impacta de manera directa en los márgenes institucionales.

Dentro de las fortalezas institucionales se cuenta con dotación de personal de 1441 personas aprox. donde el 96% se encontraba en la calidad contractual de honorarios, durante el segundo de semestre de 2021 se comenzó el trabajo de ajuste, determinación y planificación del personal, con el propósito de presentar un proyecto de expansión, que implicaba mejorar las condiciones contractuales de los funcionarios. Lo que permitió, a contar del 01 de enero 2022, contar con la aprobación de 1.109 cargos de contratación, tanto para personal médico, asistencial, de apoyo clínico y administrativo⁵.

Presenta el manejo de la casuística más compleja de su servicio de salud teniendo un peso GRD de 3.41 el año 2020 y 4.20 el 2021, aumentando un 23.2% la complejidad de los pacientes ingresados, dado a que su cartera está orientada a las unidades de alta complejidad.

Logrando ingresar en el año 2021 a 2.250 usuarios derivados desde diferentes centros asistenciales.

⁵ Cuenta pública 2021 Hospital Metropolitano

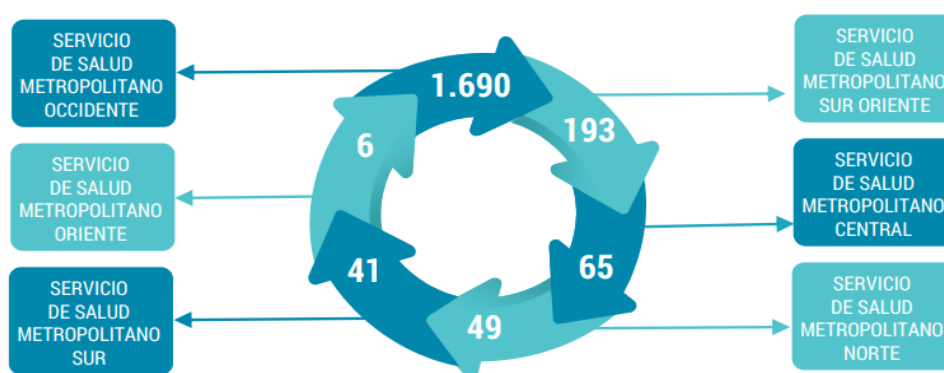
Distribución de ingresos por prestador 2021 HosMet

DERIVADOS DE CENTROS PÚBLICOS DE SANTIAGO	2.044
DERIVADOS DE CENTROS PÚBLICOS DE REGIONES	169
DERIVADOS DE CENTROS PRIVADOS	37
TOTAL	2.250

Fuente: Cuenta Pública HosMet 2021

De acuerdo con los datos de atención del año 2021, el hospital realizó un total de 2.250 ingresos, siendo el año un 59% mayor a los ingresos de 2020.

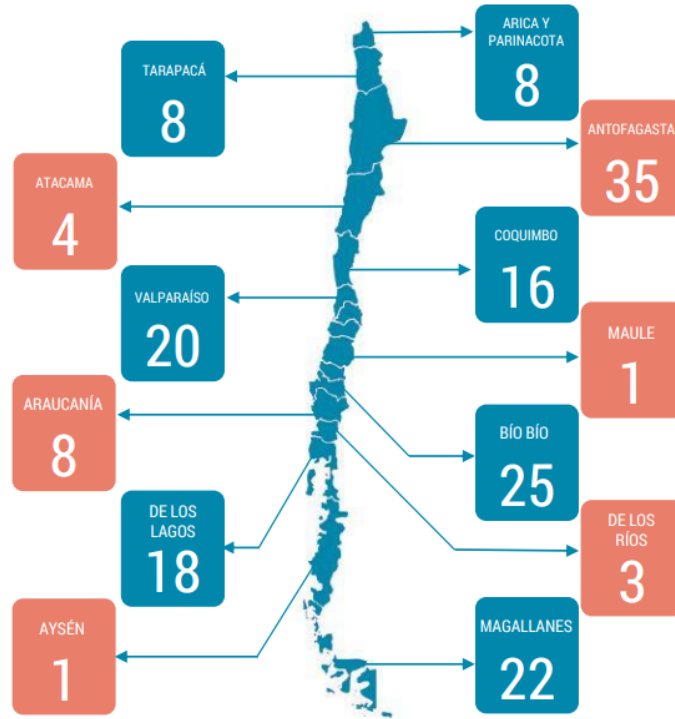
Distribución de ingresos por Servicio de Salud



Fuente: Cuenta Pública HosMet 2021.

Los usuarios ingresados el año 2021 corresponden a 2.044 pacientes provenientes de centros públicos de Santiago, 169 de Hospitales públicos de regiones y 37 derivaciones desde centro privado.

Distribución de ingresos por región



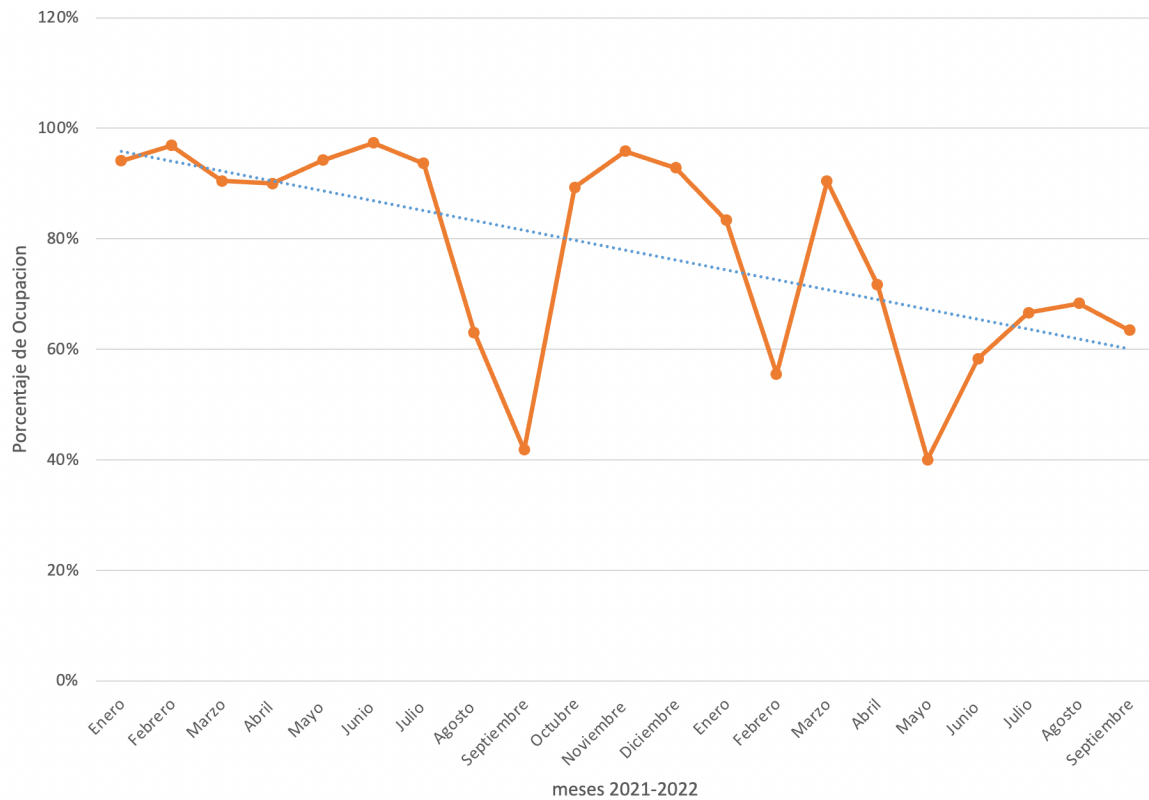
Fuente: Cuenta Pública HosMet 2021.

El equipo de UGP, está constituido por el Enfermero Supervisor de Gestión de Paciente que trabaja en horario hábil y un equipo operativo de 8 enfermeros que trabajan en base de turnos.

Actualmente con un porcentaje de ocupación variable dado a la disminución del uso de camas exclusivas COVID 19, el aumento de demanda de camas médicas no COVID y su cambio de servicio de salud.

Comparando el primer semestre de los años 2021 y 2022 el porcentaje de ocupación a capacidad presupuestada cae desde un 93% a un 60 % el presente año, esto nos indica el grado de utilización del recurso cama disponible en esos periodos, y resulta ser un excelente indicador cuando se obtienen cifras alrededor del 85%, las cuales eran logradas en el periodo anterior 2021.

Gráfico 1, Porcentaje de ocupación UPC HosMet.



Elaboración propia. Fuente de datos: Reporte UPC Plataforma UGCC Minsal

El promedio de camas UCI habilitadas en el periodo 2021 fue de 117 camas aprox. con un promedio de 109 camas ocupadas y un 93% de ocupación de camas críticas, cifras que disminuyen el primer semestre 2022 con 180 camas habilitadas y ocupación promedio 60 % en UCI⁶.

La sub- utilización conduce a un inadecuado uso de los recursos ya que las camas instaladas y no utilizadas cuentan con presupuesto, entre estos: recursos de personal y equipamiento que hacen posible la atención de los pacientes.

La información suministrada por los indicadores de capacidad, productividad y eficiencia hospitalaria supone su uso y análisis para generar mejores respuestas, facilitando la toma de decisiones acertadas para reducción de costes y aumento de la productividad, el valor agregado que se pretende entregar se desprende

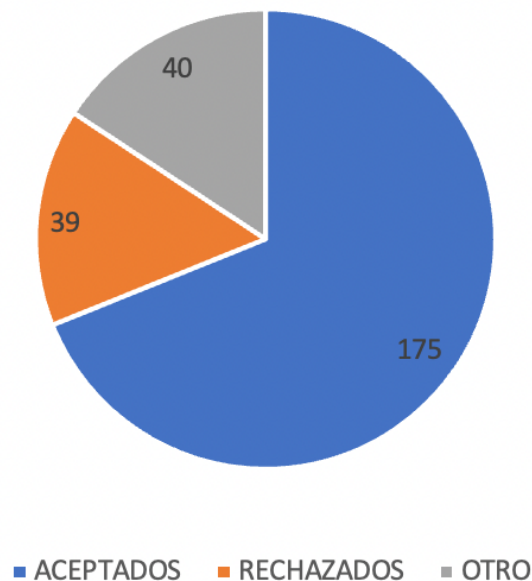
⁶ Reporte de ocupación UPC, plataforma UGCC Minsal

de las estrategias para la gestión que den un uso eficiente del recurso en la práctica para lograr dar atención a la mayor cantidad de población.

La información sobre la solicitud de cama de los distintos establecimientos de la región metropolitana y cómo se distribuyen por Servicio de Salud, y porcentaje de aceptación, entre otros, son de importancia al momento de analizar el impacto que las nuevas estrategias.

Se analizaron los reportes de solicitudes totales a la UGP durante periodo 01 al 17 de agosto de 2022 donde de un total de 254 solicitudes de cupo hospitalario a la UGP se ha entregado cama a un 69% de las personas que lo han necesitado, con un porcentaje de aceptados del 69%, rechazados 15% y otros 16%.

Gráfico 2, Total casos presentados a UPC HosMet 01-08 al 17-08 2021

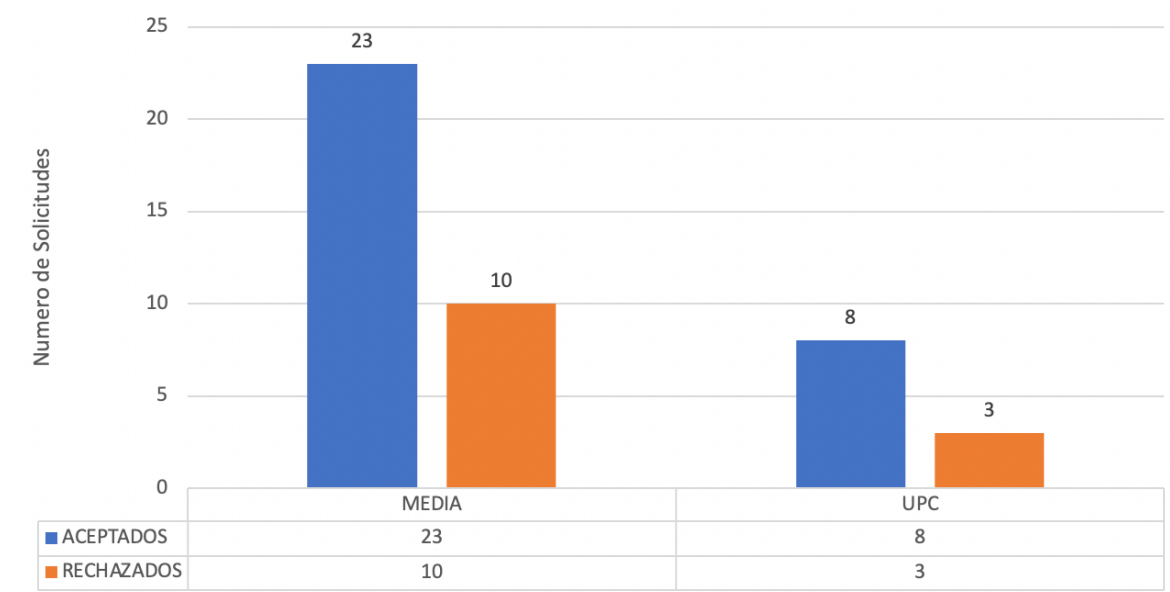


Elaboración propia. Fuente de datos: Reporte casos presentados UGP HosMet desde red oriente primer semestre 2021

En el análisis de su red en cuanto a demanda el 70% de la solicitud de camas es para Unidad de Cuidados medios (UCM).

Dentro de la solicitud de camas de UPC, corresponden a un 30%, la baja cantidad de solicitudes de camas complejas, pese a la necesidad de su red, puede estar relacionado con la cartera limitada de prestaciones.

Gráfico 3, Total casos red oriente desde red oriente a UGP HosMet 1er semestre 2022



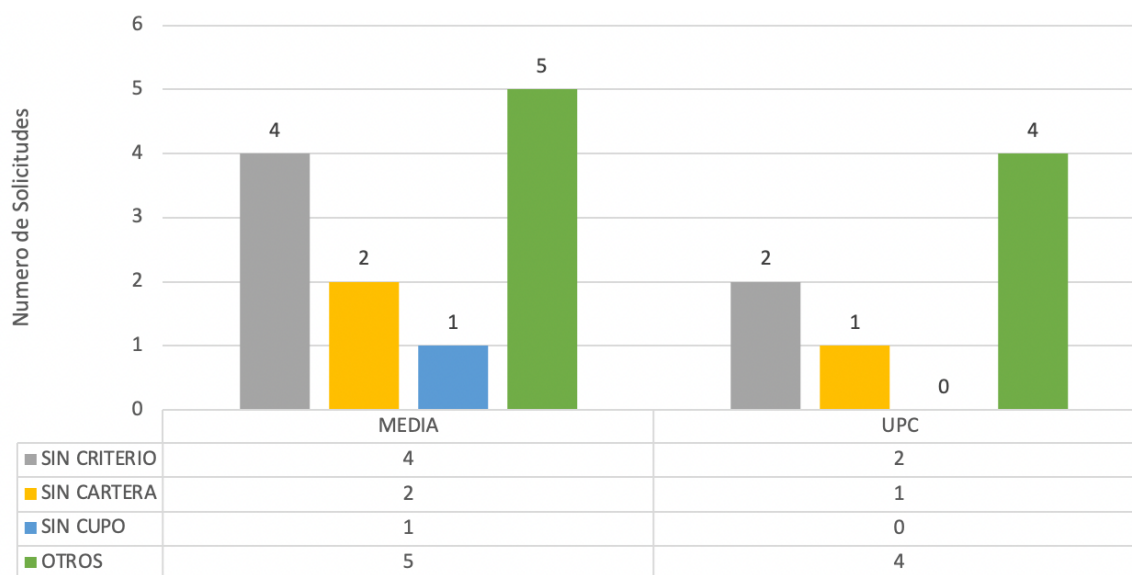
Elaboración propia. Fuente de datos: Reporte casos presentados UGP HosMet desde red oriente primer semestre 2021

Para generar el análisis de causas de rechazo el equipo gestor consensó en que se agrupen en:

1. Sin criterio clínico: Usuario no se beneficia de unidad solicitada por gravedad (menor o mayor al cupo solicitado).
2. Sin cartera de servicio o especialidad: No se posee cartera de servicios o especialidad que beneficie al usuario del cual se está solicitando cupo.
3. Sin cupo: No se encuentran unidades o aislamientos disponibles para el cupo solicitado

El ítem otros agrupan causas como desestimación de caso desde hospital derivador, falta de información solicitada y negación de familiar y/o usuario al traslado, entre las más importantes y no cuenta como causal de rechazo.

Gráfico 4, Causas rechazo a red oriente, 1er semestre 2022

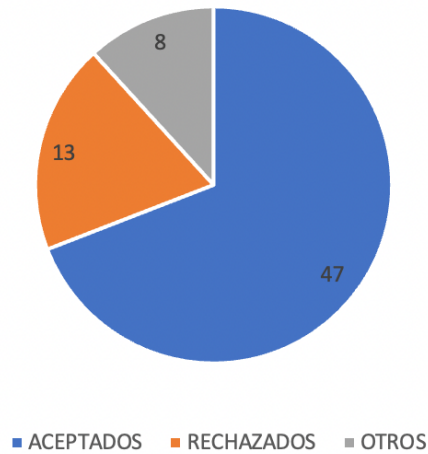


Elaboración propia. Fuente de datos: Reporte casos presentados UGP HosMet desde red oriente primer semestre 2021

Las mayores causas de no ingreso por derivación serán las causales de sin criterio clínico y otros, lo que se asoció al desconocimiento de cartera, criterios de ingreso y derivación a centro cerrado.

En el mismo periodo analizado el centro con la mayor cantidad de solicitudes agrupadas desde la red oriente es el Hospital del Salvador, centro referente del SSMO, del cual se reciben 68 del total de solicitudes en el periodo analizado, las que corresponden a un 27% del total de solicitudes, razón que justifica su análisis de su demanda.

Gráfico 5, Total casos presentados desde HDS a UGP HosMet

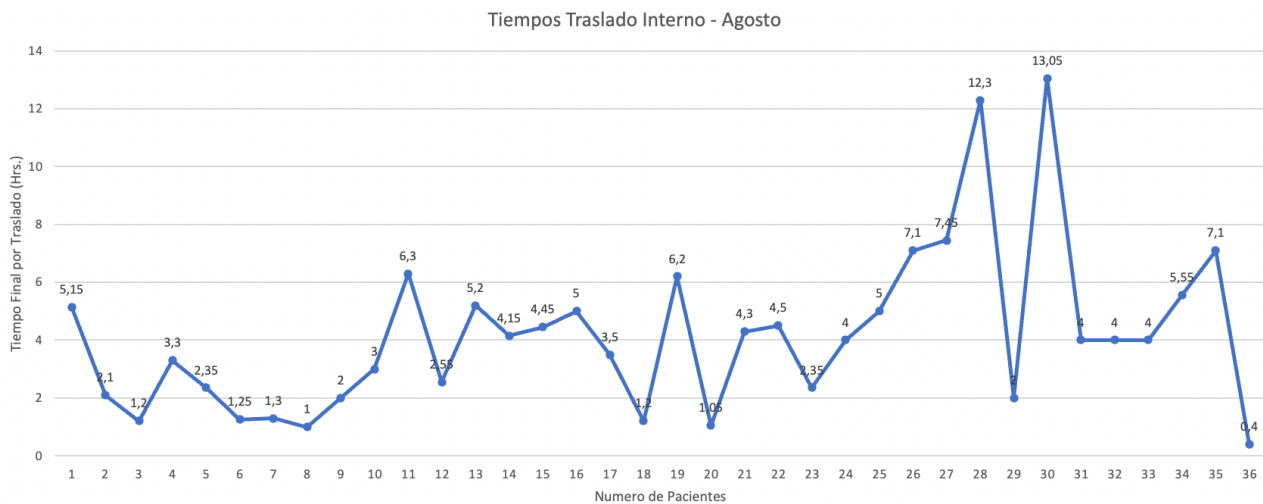


Elaboración propia. Fuente de datos: Reporte casos presentados UGP HosMet desde red oriente primer semestre 2021

Por último, se realizó el análisis de los tiempos de traslados internos durante el mes de agosto de 2022 como una causal de la disponibilidad de stock de recurso cama, lo que permitirá agilizar el ingreso de los usuarios programados y designación de la mejor unidad posible para sus necesidades.

El promedio de tiempo se acerca a las 04:00 horas desde la notificación de necesidad de traslado hasta la concreción de este, lo que disminuye la oferta de camas mientras no se encuentren disponibles para ingreso.

Gráfico 6, Tiempos de traslado interno HosMet agosto 2022



Elaboración propia. Fuente de datos: Reporte tiempos de traslado internos UGP HosMet agosto 2021

2.4 Objetivo que busca el desarrollo de la AFE

El objetivo general de la Actividad Formativa Equivalente (AFE) es dar al Hospital Metropolitano de Santiago, herramientas para aumentar su valor público y ser reconocidos por la comunidad y su red asistencial, diseñando estrategias para la creación de valor, que mejoren los tiempos de espera en la gestión de traslado de los pacientes, aumentando así los márgenes, de tal manera que éste responda a sus estrategia corporativa y objetivos organizacionales de efectividad, eficiencia, seguridad y satisfacción del cliente.

Desde un punto de vista estratégico, la baja ocupación del recurso de camas afecta al negocio principal del hospital, que es proporcionar asistencia sanitaria a sus pacientes, estas estrategias permitieron mejorar la disponibilidad y la eficiencia de la atención al paciente, la satisfacción de los usuarios internos y externos, así como el mejor uso de los recursos disponibles.

3 METODOLOGÍA

3.1 Aplicación de metodología de Marco Lógico

La metodología a utilizar fue el modelo de Marco Lógico para la consecución de objetivos logrando satisfacer las necesidades previamente identificadas de los clientes y actores principales de HosMet y así brindar un mejor servicio de salud a la red asistencial pública de Chile, entendiendo a la salud como un derecho fundamental al que cada uno de los ciudadanos del país debería poder acceder, con el fin de crear una institución que sea reconocida por su comunidad como un centro de referencia.

La Metodología de Marco Lógico permitió recoger los datos locales para lograr dar un diagnóstico de la situación actual del proceso de prestación de servicios asistenciales y su percepción en la comunidad y que a su vez este pueda ser usado en un futuro como referencia para entender de la forma más adecuada las necesidades de los clientes de la organización.

3.2 Identificación de actores claves/ equipo gestor

La selección del equipo gestor permitió optimizar los beneficios sociales e institucionales del proyecto.

Dentro de los actores claves corresponde la gran mayoría al equipo directivo de la institución, con posiciones definidas e identificadas con interés en la cooperación y diseño de estrategias propuesta

→ Enfermero Coordinador de Unidad Gestión de Pacientes:

- Sr. Emil Cartes Enfermero con 10 años de experiencia en Unidad de Gestión Centralizada de camas (UGCC) MINSAL.

→ Equipo operativo Unidad Gestión de Pacientes.:

- Sra. María Alejandra Cerda: Enfermera Diplomada en gestión de calidad y Gestión de organizaciones de Salud.
- Srta. María José Reyes: Enfermera con experiencia en unidad de Gestión de pacientes Hospital San Juan de Dios.

→ Enfermera Residente.

- Srta. Sofia Regodeceves: Enfermera con experiencia en servicios de urgencia y gestión de la demanda Clínica Las Condes.

Para lograr la comunicación deseada, se realizaron en primera instancia reuniones con cada uno de los integrantes, evaluando así su disponibilidad, interés en la intervención y cuáles son las causales y efectos desde sus puntos de vista.

La disponibilidad del equipo gestor fue alta y se usaron las instancias de reuniones de camas para la obtención de sus intereses por medio de la discusión de reporte de gestiones diarias.

3.3 Técnicas e instrumentos metodológicos.

Para el desarrollo de la AFE, se utilizaron los siguientes instrumentos metodológicos.

Etapas analíticas:

Identificación del problema: Mediante la participación de todo el equipo gestor, se utilizaron técnicas de discusión en grupo como lluvia de ideas, tormenta y matriz de priorización de problemas por consenso.

Al conocer los problemas y asignarles ponderación según los lineamientos e intereses de los involucrados, se asignó a los problemas a un peso relativo, además de en conjunto con interesados institucionales se dio a las actividades primarias una escala numérica cada calificación, identificando los eslabones de la cadena de valor donde se centran los procesos clave a desarrollar.

Análisis de involucrados: Se identificó a las personas, grupos o autoridades que ocupan un lugar preferente como beneficiarios directos o indirectos de las intervenciones, elaborando la matriz de involucrados la que valora de cada uno de ellos:

Problemas Percibidos: Perspectiva del involucrado o grupo respecto al problema central y las causas asociadas.

Intereses o Mandatos: Interés de cada actor o grupo desde su rol en la institución.

Poder: Representa la capacidad de cada involucrado o grupo de afectar o influir en el proyecto, se le asigna el valor numérico según intensidad (1=Bajo, 2=Medio Bajo, 3=Medio, 4=Medio Alto y 5=Alto).

Interés: Representa el interés del involucrado o grupo respecto al proyecto, se le asigna el valor numérico según intensidad y posee valor positivo, negativo o neutro, según su inclinación Positivo: (1=Bajo 2=Medio 3=Alto), Negativo (-1=Bajo -2=Medio -3=Alto), Neutro 0, permite analizar la viabilidad del proyecto.

Valor: Se obtiene multiplicando el valor de Poder por el valor de Interés.

Al obtener los distintos puntos de vista se puede potenciar el apoyo de involucrados con intereses coincidentes o complementarios al proyecto, disminuir la oposición de aquellos intereses opuestos al proyecto y conseguir el apoyo de los indiferentes.

Análisis de Problemas: Se describe los problemas como situaciones negativas percibidas y mediante la matriz de priorización se pudo construir el Árbol de Problemas donde se establecen las relaciones causa – efecto pudiendo identificar los factores directos, indirectos y estructurales que pueden estar influyendo en el problema central, elaborando un esquema que muestre esas relaciones.

Análisis de objetivos: Se realizó para describir en estados positivos la situación planteada desde el árbol de problemas, o sea como si se hubiera solucionado con la implementación del proyecto, se grafica el Árbol de Objetivos desde las relaciones medios- fin.

Análisis de las alternativas: Esta etapa se analizan posibles alternativas, viables y sustentables que logren la consecución de las metas planteadas.

Etapa Planificación:

Finalizada la etapa Analítica, se avanzó a la etapa de Planificación la que involucra los elementos a intervenciones de acuerdo con el análisis anteriormente realizado.

Se basò en reflejar el proceso del proyecto e incluye dentro de sus elementos: Objetivos, Indicadores, Control de Calidad y Supuestos desarrollándose dentro del instrumento de Matriz del Marco Lógico, el que presenta de forma clara, lógica y secuenciada, los elementos centrales de la intervención propuesta.

Para su construcción se graficaron 4 columnas con los siguientes elementos:

1. Objetivos: Resumen de los objetivos ordenados por jerarquía según su nivel a partir de las relaciones medios – fin.
2. Indicadores para cada objetivo definido que permitan el seguimiento y evaluación del proyecto.
3. Medios de Verificación para los indicadores creados.
4. Supuestos: se realiza análisis de riesgos externos del proyecto, para su monitoreo y amortiguación de sus posibles impactos.

Con el análisis de La Matriz de Marco Lógico, se continuo con las etapas de implementación, seguimiento y evaluación, además de establecer los criterios y alcances necesarios para satisfacer de manera efectiva y eficiente las necesidades detectadas.

4 FASE ANALITICA

4.1 Identificación y priorización del problema

Al ser una institución que cuenta con 2 años de experiencia en el mercado, ante los cambios, debe contar con las acciones, que proporcionen la estructura necesaria para desarrollar un sistema de gestión estratégica con claridad en las necesidades a satisfacer, y las propuestas de valor que se tiene para ofertar a sus clientes.

El éxito de la institución depende de su capacidad para desarrollar de la manera más eficiente el desarrollo de sus tareas para así alcanzar la ventaja competitiva, se debe valorar los costos y rendimientos en cada actividad creadora de valor, así como los costos y rendimientos como puntos de referencia para buscar mejoras.

Con las entrevistas y lluvia de ideas realizadas con los actores claves, se hace mención a una serie de problemas administrativos, logísticos y de operación donde se especificaba la necesidad de contar con competencias administrativas y procesos.

Se detectan los siguientes problemas:

1. Demora en la gestión de traslados.
2. Acotada cartera de servicios.
3. Falta en la estandarización de los procesos a nivel Hospitalario.
4. Falla en la comunicación de los equipos.

Los problemas mencionados evidencian dificultades para transmitir la estrategia y la misión organizacional a los miembros que trabajan en ella, y todos estos factores involucran a la cadena de valor, en el proceso de prestación de servicios asistenciales.

4.2 Selección y justificación del problema

Es esencial priorizar los problemas detectados en la prestación de servicios asistenciales, para así definir estructuras de gestión integral y conseguir los objetivos organizacionales de eficiencia, eficacia, seguridad y satisfacción, del cliente beneficiario de estos servicios y la capacidad interna de satisfacer estas necesidades y agregarle valor.

Mediante entrevistas, lluvia de ideas y decisiones por consensos, se recogió la información sobre la posición de los involucrados frente al problema evaluando su relevancia.

Los problemas a priorizar son los siguientes:

1. Demora en la gestión de traslados (lo más importante).
2. Acotada cartera de servicios (muy importante).
3. Falta en la estandarización de los procesos a nivel Hospitalario (importante).
4. Falla en la comunicación de los equipos, no actúan de forma integrada (poco importante).

En primer lugar, el equipo gestor asignó un peso relativo a cada uno de los problemas, de acuerdo a sus prioridades. La suma del peso relativo de todos los problemas es 100%.

- Demora en la gestión de traslados (lo más importante) 40%.
- Acotada cartera de servicios (muy importante) 30%.
- Falta en la estandarización de los procesos a nivel Hospitalario (importante) 20%.
- Falla en la comunicación de los equipos, no actúan de forma integrada (poco importante) 10%.

Se asignó una evaluación por escala numérica a cada actividad primaria de la cadena de valor en la que se pueda intervenir desde la gestión de pacientes según consenso con equipo gestor e involucrados institucionales, utilizando escalas de 1 a 5, donde el 1 indica el menor grado de importancia; por su parte el 5, indica el mayor grado de importancia para el problema con el cual se promediaron.

- Más importante = 5
- Importante = 4
- Regular = 3
- Menos importante = 2
- No importante = 1

Por último, se realizó una tabla para calcular el promedio ponderado de cada una de las Actividades Primarias de acuerdo con la cadena de valor, multiplicando el peso del problema y la evaluación de escala numérica de cada actividad.

Cuadro 1, Promedio ponderado actividades primarias de intervención

Problema	Peso	Logística Entrada		Operaciones		Logística Salida		Marketing y Ventas		Servicio	
		Calificacion	Puntos	Calificacion	Puntos	Calificacion	Puntos	Calificacion	Puntos	Calificacion	Puntos
Demora Gestion	40%	5	2	4	1,6	4	1,6	5	2	5	2
Acotada Cartera	30%	4	1,2	3	0,9	3	0,9	4	1,2	3	0,9
Falta Estandarizacion	20%	5	1	4	0,8	4	0,8	3	0,6	4	0,8
Falta Comunicación	10%	3	0,3	5	0,5	5	0,5	3	0,3	3	0,3
Total		4,5		3,8		3,8		4,1		4	

Elaboración propia, consenso con equipo gestor.

Se seleccionó el problema “Demora en la gestión de traslados” con un 40 % de consenso en priorización, se intervino desde las actividades primarias de la cadena de valor, que tienen mayor impacto en los problemas detectados y finalmente en los índices ocupacionales.

El desarrollo de estrategias desde la actividad primaria seleccionada de la cadena de valor permite al hospital la consecución de sus objetivos organizacionales y sociales, mediante el aprovechamiento óptimo de los recursos disponibles, tanto tangibles como intangibles, logrando mejores rendimientos costo/ efectividad.

Se evidenciaron deficiencias propias de una organización que inicia su constitución y se encuentra en etapa de crecimiento, por lo que dar solución a esas necesidades de sincronización logística serán su principal proceso generador de valor para el cliente beneficiario de los servicios asistenciales.

La propuesta, contribuye activamente a los objetivos de la institución, al aprovechamiento de recursos económicos, físicos e intelectuales, y a la óptima gestión de manera que contribuir de manera activa al desarrollo de la organización.

4.3 Análisis de involucrados

Como mencionamos anteriormente, el análisis de los involucrados y sus intereses limita los impactos negativos, ya que al conocer sus expectativas se puede aprovechar y potenciar el apoyo de aquellos con intereses coincidentes o complementarios al proyecto, disminuir la oposición de aquellos intereses opuestos al proyecto y conseguir el apoyo de los indiferentes.

Para posicionar y caracterizar a los involucrados, según su posición, fuerza e intensidad se realizó la Matriz de interesados.

Como primera actividad se identificaron a los actores y se realizó el análisis situacional de los involucrados, los que pertenecen en gran parte al equipo directivo de la institución, tienen interés y se benefician en varios niveles de la investigación.

Involucrados:

- Directora o subdirectora médica.
- Jefa de OIRS.
- Subdirectora de Gestión del Cuidado.
- Médico jefe de Unidad de Pacientes Críticos.
- UGCC MINSAL
- Referente Gestión de Camas SSMO
- Comunidad.

Para estos ciclos se utilizó la instancia de las reuniones de coordinación de camas ya cuenta con la gran parte de los involucrados responsables de los procesos, políticas e indicadores de la institución, además de reuniones a distancia según coordinación de agenda.

Problemas percibidos: en estas reuniones se expresaron las problemáticas percibidas por los involucrados y se consensan problemas centrales, además de identificar los intereses y mandatos de los involucrados, de los cuales dependerá el apoyo u oposición al proyecto.

Lineamiento e intereses: los involucrados y equipo gestor coinciden en lineamientos e intereses, fue de interés e importancia alta, mejorar y flexibilizar los cupos de camas hospitalarias para así mejorar los índices ocupacionales, teniendo en cuenta, que la falta camas UPC es transversal al país, y dentro de esto, cómo generamos una estrategia para optimizar nuestros procesos de gestión.

Poder: se consideró en una escala numérica según la capacidad de influir con recursos de cualquier índole al proyecto, brindando una puntuación inferior en caso de baja influencia y una puntuación superior en al to Poder de Influencia

Poder de influencia	Bajo	Medio-Bajo	Medio	Medio-Alto	Alto
Puntuación	1	2	3	4	5

Interés: también se consideró una escala numérica, pero esta cuenta con polos negativos, positivos y neutros que permitieron evaluar el apoyo, rechazo o indiferencia al proyecto:

Interés	Efecto Negativo			Neutro	Efecto Positivo		
Puntuación	-3	-2	-1	0	1	2	3

Para poder realizar el proyecto, fue necesario contar con el respaldo del equipo directivo, además del apoyo logístico y económico, por lo cual el alto interés de los involucrados permitió mejorar tanto la eficiencia en la atención de los pacientes, la satisfacción de usuarios internos y externos, así como el mejor uso de recursos disponibles.

Valor: se obtiene de la multiplicación del ítem de Poder e interés permitió prever posibles conflictos y potenciar el apoyo de los con más alto puntaje.

Fue de alto interés según consenso el optimizar el proceso de traslados para dar respuesta a las inquietudes de los involucrados lo que permite el alineamiento de las metas organizacionales a los equipos y las personas, como también la calidad y disponibilidad de los recursos humanos para el desempeño de las tareas.

Cuadro 2, Matriz de involucrados

Actores	Problemas percibidos	Intereses o mandatos	Poder	Interés (+/-)	Valor
Directivos de la Institución.	Demora en la gestión de traslados internos y bajo porcentaje de ocupación de camas críticas	Mejorar los porcentajes de ocupación institucional.	5	3	15
Médico jefe de Unidad de Pacientes Críticos.	Bajo porcentaje de ocupación de camas críticas Estrictos criterios de ingreso por unidad	Interesado en optimizar la oferta de camas críticas, presenta propuestas de flexibilización de criterios de ingreso	3	3	9
Equipo de Gestión del Cuidado.	Déficit de personal capacitado para prestaciones ofrecidas a la red Demora en la gestión de traslados internos y externos	Preparar al personal de enfermería en la gestión del cuidado del paciente crítico adulto Asegurar la calidad y seguridad de los procedimientos	4	1	4
Equipo Unidad Gestión de Pacientes.	Demora en la gestión de traslados internos y externos. Desconocimiento de la red de cartera de servicios y prestaciones.	Interesados Mejorar la gestión de traslados y porcentaje de ocupación. Interés en mejorar la disponibilidad de camas ofrecidas	3	3	9
UGCC MINSAL	Déficit de cartera de servicios ofrecidas a la red	Optimizar la productividad de las camas críticas del país.	2	2	4

Actores	Problemas percibidos	Intereses o mandatos	Poder	Interés (+/-)	Valor
Referente Gestión de Camas	Criterios muy estrictos de ingreso	Interesado en optimizar la oferta de camas críticas de la red.	4	2	8
Jefatura OIRS y Comunidad	Limitaciones en la prestación de servicios de salud. Es frecuente que los pacientes tengan que trasladarse a otros centros para lograr resolver diversas patologías.	Interesados en recibir una atención eficaz, de calidad y equitativa en un Centro con capacidad adecuada que evite el tener que trasladarse	2	1	2

Elaboración propia, consenso con equipo gestor e involucrados institucionales.

4.4 Análisis de problemas.

Posterior al análisis a los involucrados se logra analizar los problemas percibidos, los que permiten la realización del árbol de problemas.

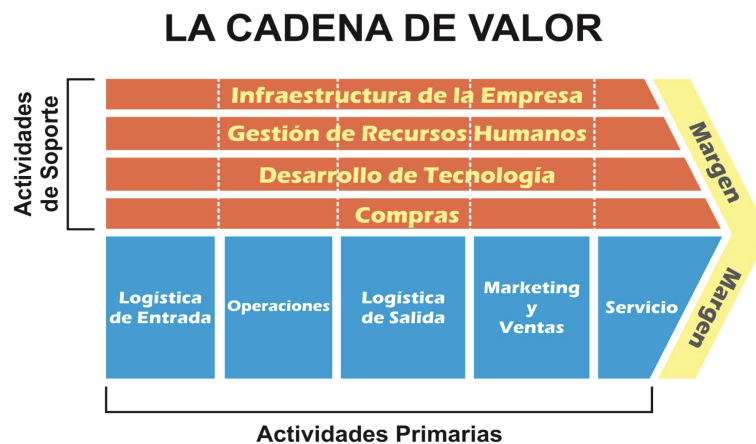
Dado su contexto de inicio donde solo se contaba con cartera respiratoria, los cambios de requerimientos asistenciales sumado a su reciente ingreso a la red oriente, impactan en la gestión de traslados y finalmente en los porcentajes ocupacionales y tiempos de espera.

El equipo gestor, los directivos institucionales y sectoriales, perciben como problema la demora de las gestiones de traslados (internos y externos) como de alto impacto en cuanto al porcentaje de ocupación de camas críticas y lo ven como una oportunidad para la creación de valor institucional.

Michael Porter propone la Cadena de Valor como la principal herramienta para identificar fuentes de generación de valor para el cliente⁷.

Cada empresa realiza una serie de actividades para diseñar, producir, comercializar, entregar y apoyar a su producto o servicio; la cadena de valor identifica 9 actividades estratégicas de la empresa, cada una con un costo, a través de las que se puede crear valor para los clientes, estas 9 actividades se dividen en 5 actividades primarias y 4 de apoyo.

Imagen 2, Cadena de Valor de Porter



Fuente: La cadena de valor de Michael Porter

⁷Porter, Michael E. 1998. Competitive Advantage

Para dar respuesta a las necesidades como organización, se encuentra pertinente la realización de estrategias desde actividades primarias, ya que serían más sensibles a ser intervenidas desde la gestión de pacientes.

Actividades primarias seleccionadas:

1. Logística Interna: Reúne los procesos de adquisición de recursos (en este caso, camas) y su stock, mediante las actividades orientadas a las mejoras en tiempos de traslados internos.
2. Marketing y Ventas: Actividades con las que se publicita el producto (camas) para darlo a conocer, incluye la promoción, comunicación y gestión de canales de distribución.

Con esto se espera contar con un marco de referencia para mejorar la gestión de pacientes y por ende la actuación de la organización, y que esta pueda aumentar su margen a través del análisis de sus procesos y procedimientos.

El análisis de la cadena de valor es dinámico y puede ser tan profundo como se quiera se sugiere que una finalizado el proyecto se pueda rediseñar y ser así un proceso constante que genere ventaja competitiva.

4.4.1 Problemas principales:

1. Demora en la gestión de traslados: Los principales problemas detectados, son en torno a la ocupación de camas críticas y la disminución de los porcentajes ocupacionales que se derivan de los desconocimientos de procesos de gestión de traslados y del Hospital y su cartera de servicios por sus clientes externos (Hospitales derivadores).
2. Su cartera de servicios de predominio ventilatorio, dada a su cambio en la pertenencia de Servicio de Salud y resolución de la pandemia, ha requerido una reestructuración para aumentar los ingresos y disminuir el porcentaje de rechazo de pacientes por falta de especialidad.
3. Falta en la estandarización de los procesos a nivel Hospitalario (importante).
4. Falla en la comunicación de los equipos, no actúan de forma integrada (poco importante)

4.4.2 Problema Central

El problema priorizado según matriz de consenso, percibido como lo más importante con un 40% de ponderación es la “Demora en la gestión de traslados internos y externos”, para analizar el problema y sus efectos, se utilizó como instrumento el Árbol de Problemas.

Como problema central se identifica la demora en la gestión de traslados internos y externos, lo que genera un inadecuado uso del recurso cama para toda la red, ya que, al ser un centro cerrado, sin servicio de

urgencias, todos los ingresos se realizan vía gestión de pacientes por derivación programada, lo que permite una determinación más eficiente dado a que los ingresos son más controlados.

4.4.3 Análisis de relaciones causa efecto

Se analizó el problema central y sus causas las que se describen como: estructurales, indirectas y directas.

Factores directos:

- Desconocimiento de las prestaciones (cartera de servicios) del hospital por su red lo que conlleva a elevar el porcentaje de informes rechazados y la demora en rescates desde hospitales derivadores.
- Alta rotación de personal directivo.
- Falta de protocolos de traslado para la gestión de pacientes.

Factores Indirectos:

- Limitación planta física, la cual impide creación de nuevas unidades ej.: Pabellón.
- Criterios de ingreso estrictos.
- Acotada cartera de servicios dentro de su compleja red.
- Incertidumbre por la situación país y por ende la permanencia del Hospital.

Factores Estructurales:

- Finalización de Alerta sanitaria y control de la Pandemia.
- Cambio de Servicio de Salud reciente.

Efectos:

- Bajo porcentaje de ocupación de camas críticas.
- Demora en la derivación a otros centros de salud por falta de cartera de servicios.
- Aumento de días de cama para pacientes que necesitan rescates para manejo por especialidad.

4.4.4 Árbol de Problemas.

En la metodología de Marco Lógico, el árbol de problemas es la gráfica que logra caracterizar la problemática central abordada de la demora en la gestión de traslados, el árbol de problemas es una representación de las relaciones causa- efecto y muestra la consecuencia de estas relaciones.

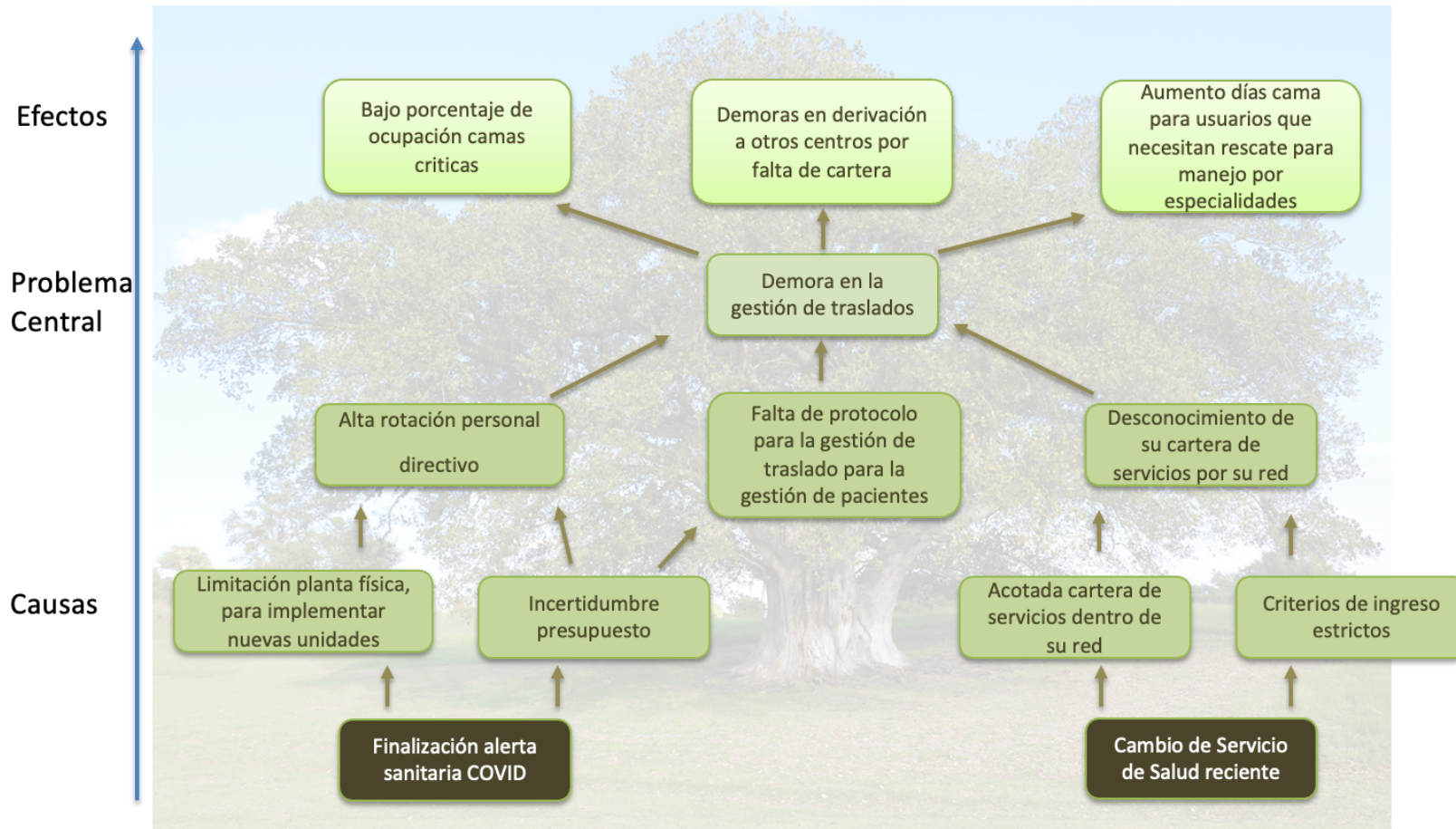
La raíz del árbol de problemas nos indica que los factores estructurales están dados por los cambios de demanda (camas no COVID) y cambio de servicio de salud.

Sumado a sus factores indirectos como las limitaciones de planta física para la creación de nuevas unidades que sean resolutivas ante la demanda, la acotada cartera de servicios o especialidades y la incertidumbre política del país lo cual podría impactar en la continuidad del Hospital y su presupuesto.

Como causas directas tenemos el desconocimiento de cartera de servicios por la red, alta rotación del personal directivo y la falta de protocolos de traslado y criterios de ingreso actualizado.

Todo esto genera efectos como el bajo porcentaje de ocupación de camas críticas, el aumento en los días de cama en espera de rescate por centros con especialidad y la demora en la derivación a otros centros

Cuadro 3, Árbol de Problemas



Elaboración propia, consenso con equipo gestor

4.5 Análisis de objetivos

Se reformularon las causas del árbol de problemas y se plantearon en positivo como si la problemática fuera solucionada a partir de los resultados del proyecto, como el Árbol de Objetivos donde las causas serán ahora los medios por el cual se logró la resolución de los problemas.

Objetivo:

- Mejorar la gestión de traslados internos y externos.

Fin:

- Aumentar el porcentaje de ocupación de camas críticas
- Disminución de tiempos de derivación a otros centros
- Disminución días camas de usuarios en espera de rescate

Medios Directos:

- Socialización de cartera de servicios dentro de la red Oriente.
- Creación de protocolo de gestión de traslados.
- Incentivar la permanencia de los equipos directivos.

Medios Indirectos

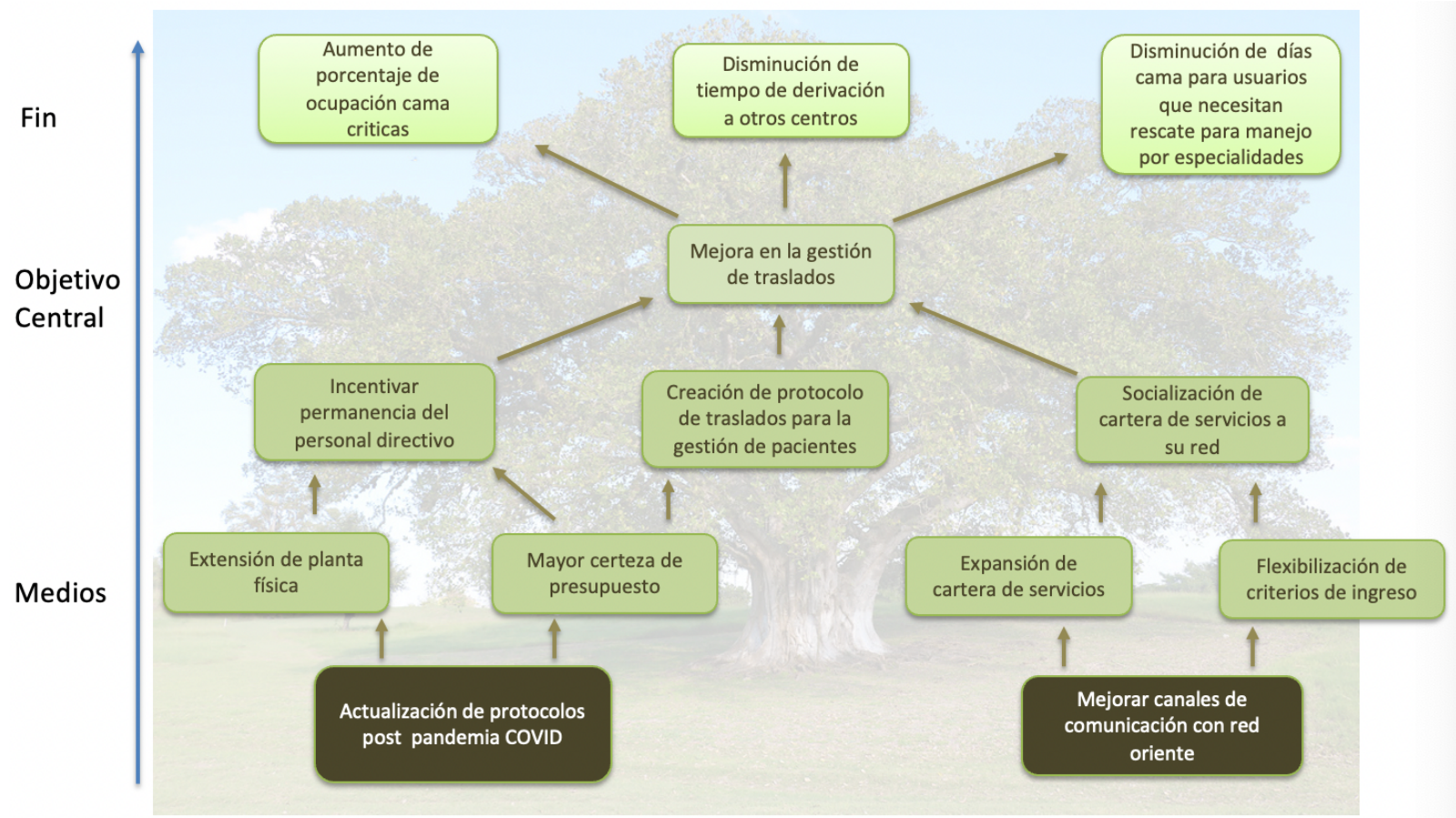
- Extensión de la planta física
- Implementación de criterios de ingreso flexible.
- Estabilización de la situación política.
- Incremento de cartera de servicios.

Medios Estructurales

- Reestructuración de visión y misión institucionales por resolución de pandemia
- Mejorar los canales de comunicación con la red oriente

4.5.1 Árbol de Objetivos

Cuadro 4, Árbol de Objetivos



Elaboración propia, consenso con equipo gestor.

4.6 Análisis de viabilidad

El árbol de objetivos delimitó el ámbito de acción de la propuesta de valor con los siguientes objetivos:

1. Socialización de cartera de servicios dentro de la red Oriente.
2. Creación de protocolo de gestión de traslados.
3. Implementación de criterios de ingreso flexible.

Los objetivos antes mencionados se tradujeron en una propuesta de valor otorgando mejoras en los tiempos de espera de traslado de los pacientes, mejorando el índice ocupacional y los costos.

4.7 Análisis de alternativas

En el análisis del árbol de objetivos se muestra que, si bien el problema tiene varios abordajes, desde el ámbito de la acción, el equipo gestor priorizo según criterios de:

- Intereses de los involucrados
- Disponibilidad de recurso humano
- Factibilidad técnica del Equipo Gestor
- Presupuesto

Descartamos los incentivos de permanencia y la diversificación de la cartera de servicios por no encontrarse dentro de los criterios planteados por el equipo gestor e involucrar presupuestos no contemplados en el proyecto.

Se seleccionan las alternativas que pueden ser intervenidas, para ser incluidas en el proyecto y que dentro sus acciones permitan conseguir los objetivos seleccionados.

Actividad 1: Socialización de cartera de servicios a involucrados dentro de la red Oriente.

Acciones:

- 1.1 Actualizar y difundir cartera de servicios y mapas de derivación dentro de la red.

1.2 Gestionar reuniones periódicas con UGP de la red para actualización de carteras.

1.3 Difundir criterios de ingresos y egresos específicamente para las unidades de paciente crítico a red Oriente mediante una planilla de comunicaciones.

1.4 Supervisión de criterios de ingreso y egresos de UPC.

Actividad 2: Creación de protocolo de gestión de traslados.

Acciones:

2.1 Crear protocolo de traslados internos y externos.

2.2 Capacitación de los protocolos de traslado a equipo de UGP.

2.3 Supervisión de cumplimiento de protocolo.

2.4 Incorporar la visita diaria por servicios clínicos por parte de EU Gestor de camas, para la identificación de médicos residentes, EU jefes de turno y posibles traslados y altas.

Actividad 3: Implementación de criterios de ingreso flexible.

Acciones:

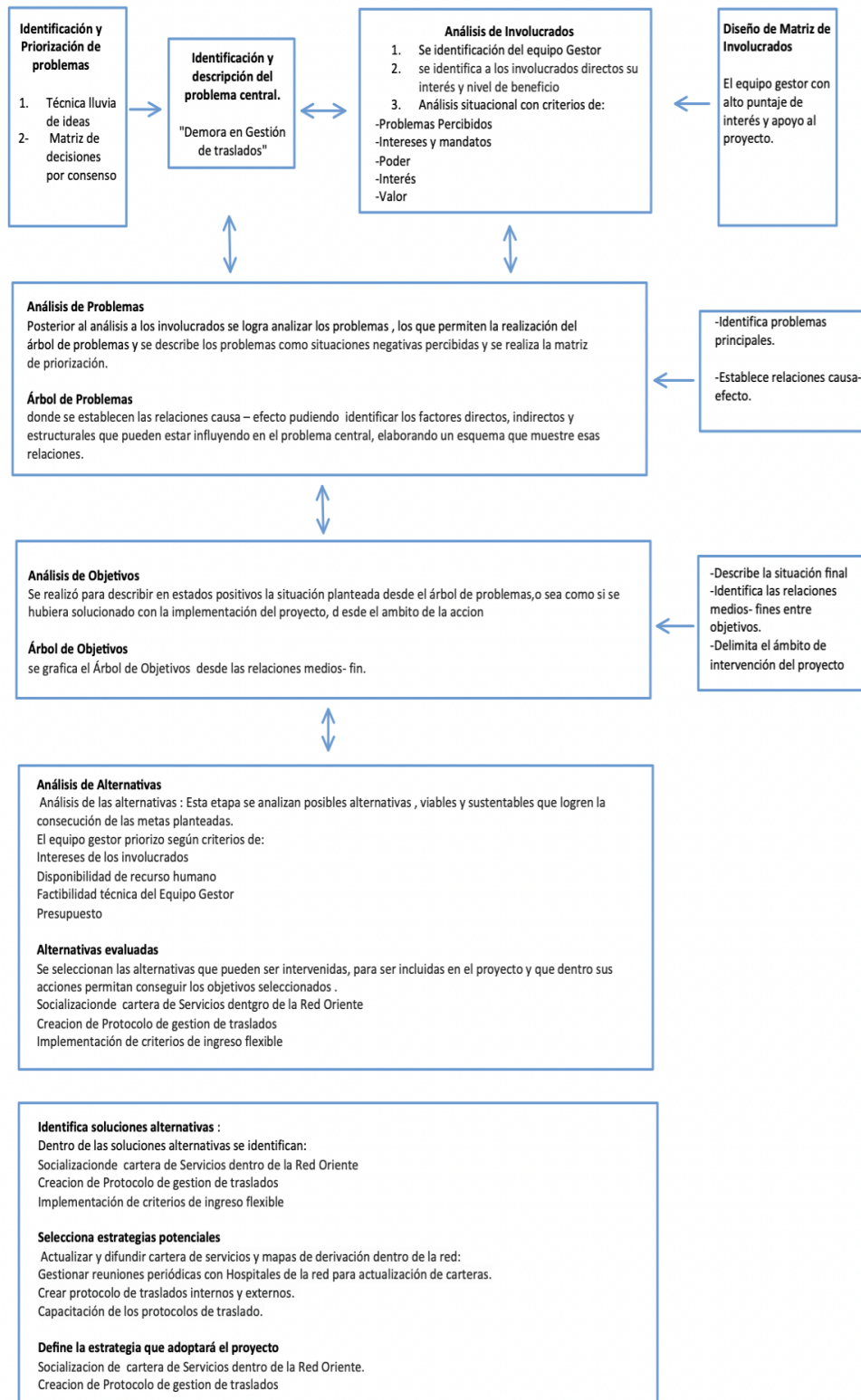
3.1 Actualización de los criterios de ingreso y egreso de cada unidad.

3.2 Capacitación al equipo de gestión de pacientes de criterios de ingreso por unidad.

3.3 Difundir en la red la flexibilización de criterios de ingreso por unidad.

4.8 Síntesis de la etapa analítica

Cuadro 5, Síntesis etapa analítica



5 FASE DE PLANIFICACIÓN

En la fase de planificación el equipo gestor acordó priorizar las 2 primeras actividades sugeridas con sus tareas y subtareas correspondientes, la creación de la Matriz de Marco Lógico permite reflejar este proceso definiendo los Objetivos, indicadores, medios de verificación y supuestos en relación al árbol de objetivos.

5.1 Objetivos por jerarquía

Cuadro 6, Resumen Narrativo de Objetivos

Proyecto “Estrategias para la creación de valor desde la gestión de pacientes en el Hospital Metropolitano de Santiago”
Fin (objetivo de desarrollo) Se ha aumentado el porcentaje de ocupación de camas críticas
Propósito (Objetivo del proyecto) Se ha contribuido a mejorar la gestión de traslados internos y externos
Resultados <ol style="list-style-type: none">1. Se socializa de cartera de servicios involucrados de la red oriente.2. Protocolo de traslados internos difundido y en uso.
Actividades Actividad 1 <ol style="list-style-type: none">1.1 Actualizar y difundir cartera de servicios y mapas de derivación dentro de la red.1.2 Gestionar reuniones periódicas con UGP de la red para actualización de carteras.1.3 Difundir criterios de ingresos y egresos específicamente para las unidades de paciente crítico a red Oriente mediante una planilla de comunicaciones.1.4 Supervisión de criterios de ingreso y egresos de UPC. Actividad 2

- 2.1 Crear protocolo de traslados internos y externos.
- 2.2 Capacitación de los protocolos de traslado a equipo de UGP.
- 2.3 Supervisión de cumplimiento de protocolo.
- 2.4 Incorporar la visita diaria por servicios clínicos por parte de EU Gestor de camas, para la identificación de médicos residentes, EU jefes de turno y posibles traslados y altas.

Elaboración propia.

5.2 Indicadores

El objetivo de los indicadores es tener un seguimiento y evaluación de los cambios propuestos, la información en las cuales se sustentan es de acceso y fuentes existentes y permiten decidir sobre futuras correcciones o reestructuraciones del proyecto.

Estos indicadores responden a metas anuales y pueden ser consultadas de manera mensual en las reuniones directivas.

Cuadro 7, Indicadores

Resumen Narrativo de Objetivos	Indicadores
<p style="text-align: center;">Fin</p> <p>Se ha aumentado el porcentaje de ocupación de camas críticas</p>	<p>Incremento del 10 % de de los usuarios aceptados desde la red Oriente para ingreso a hospitalización el primer año de ejecutado el proyecto.</p>
<p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>Se ha contribuido a mejorar la gestión de traslados internos y externos</p>	<p>Existencia de protocolo de traslados internos y externos.</p> <p>Objetivo: Verificar la existencia y el cumplimiento del Protocolo de traslados.</p> <p>Métrica: SI/ NO</p> <p>Frecuencia: Anual</p> <p>Estándar: SI</p>

	<p>Aumentar porcentaje de Ocupación de camas críticas.</p> <p>(indicador de eficiencia)</p> <p>Objetivo: Medir porcentaje de ocupación de camas críticas</p> <p>Métrica:</p> <p>(N° de pacientes / total de días camas disponibles) x 100</p> <p>Frecuencia: Mensual</p> <p>Estándar: >70%</p>
<p>Resultados o Productos</p> <p>Se socializa de cartera de servicios involucrados de la red Oriente.</p>	<p>Al menos el 80 % de los establecimientos pertenecientes a la Red Oriente conoce y aplica cartera de servicios al primer año del proyecto.</p>
<p>Protocolo de Traslados difundido y en uso.</p>	<p>El 100% de UGP Local aplican protocolo de Traslados al primer año.</p>
<p>Actividades</p> <p>Actividad 1</p>	<p>Presupuesto Actividad 1=241.042 CLP</p>
<p>Actividad 2</p>	<p>Presupuesto Actividad 2= 543.754 CLP</p>

Elaboración propia

5.3 Medios de Verificación

Los medios de verificación elegidos permiten obtener la información necesaria sobre el comportamiento de los indicadores, corresponde principalmente a información disponible dentro de las unidades involucradas, deben ser prácticos y económicos, además de ser ampliamente utilizados por el personal del hospital en el día a día, son fáciles de procesar en hojas de cálculo y generan información diaria y mensual.

Cuadro 8, Medios de verificación

Indicadores	Medios de Verificación
Incremento del 10 % de los usuarios aceptados desde la red Oriente para ingreso a hospitalización el primer año de ejecutado el proyecto.	Registros de solicitudes a UGP, planilla de aceptados y rechazados (la que incluye causas y SS de pertenencia) al primer año de implementado el proyecto
Existencia de protocolo de traslados internos y externos. Objetivo: Verificar la existencia y el cumplimiento del Protocolo de traslados. Métrica: SI/ NO Frecuencia: Anual Estándar: SI	Verificación de Protocolo de Traslados su contenido y actualización en Intranet institucional.
Aumentar porcentaje de Ocupación de camas críticas.	Registros de ocupación de camas críticas del Sistema informático de la UGCC.

<p>(indicador de eficiencia)</p> <p>Objetivo: Medir porcentaje de ocupación de camas críticas</p> <p>Métrica:</p> <p>(N° de pacientes / total de días camas disponibles) x 100</p> <p>Frecuencia: Mensual</p> <p>Estándar: >70%</p>	
<p>Al menos el 80 % de los establecimientos pertenecientes a la Red Oriente conoce y aplica cartera de servicios al primer año del proyecto.</p>	<p>Registros de solicitudes a UGP, planilla de aceptados y rechazados (la que incluye causas y SS de pertenencia) al primer año de implementado el proyecto</p>
<p>El 100% de UGP Local conocen y aplican protocolo de Traslados al primer año.</p>	<p>Registro de asistencia a capacitación y toma de conocimiento de Protocolo de Traslados.</p> <p>Rubrica de evaluación.</p>
<p>Presupuesto Actividad 1=241.042 CLP</p> <p>Presupuesto Actividad 2=543.754 CLP</p>	<p>Sistema de rendición de cuentas adoptado por el proyecto.</p>

Elaboración propia

5.4 Supuestos

Dentro de los supuestos se priorizó el apoyo, validación y patrocinio de los involucrados directivos institucionales, es así como los supuestos se establecieron como factores que promueven el éxito del proyecto.

Por las características del proyecto, es decir, el tipo de institución y la unidad de gestión de pacientes, lo convierten en un marco ideal para el apoyo ya que tendrá un impacto positivo en la imagen de la institución y apoyará sus objetivos estratégicos.

Cuadro 9, Supuestos

Resumen Narrativo de Objetivos	Supuestos
Fin Se ha aumentado el porcentaje de ocupación de camas críticas	Se obtiene apoyo logístico y económico desde la dirección de la institución lo que permite establecer el protocolo de gestión de traslados y cartera de servicios.
Propósito Se ha contribuido a mejorar la gestión de traslados internos y externos	El equipo gestor e involucrados institucionales reconocen la necesidad de la creación de valor para mejorar márgenes institucionales.
Resultados o Productos Se socializa de cartera de servicios involucrados de la red Oriente.	UGP HosMet mantiene canales de comunicación fluidos entre Unidades de Gestión de Pacientes.
Protocolo de Traslados difundido y en uso.	Equipo directivo y profesionales aceptan y promueven el uso del protocolo de traslados.

<p>Actividades</p> <p>Actividad 1</p> <p>1.1 Actualizar y difundir cartera de servicios y mapas de derivación dentro de la red.</p> <p>1.2 Gestionar reuniones periódicas con UGP de la red para actualización de carteras.</p> <p>1.3 Difundir criterios de ingresos y egresos específicamente para las unidades de paciente crítico a red Oriente mediante una planilla de comunicaciones.</p> <p>1.4 Supervisión de criterios de ingreso y egresos de UPC.</p>	<p>UGP y Dirección del Hospital adhieren a diseño de proyecto.</p> <p>UGP de la Red se adhieren a la propuesta y participan activamente de las reuniones periódicas.</p>
<p>Actividad 2</p> <p>2.1 Crear protocolo de traslados internos y externos.</p> <p>2.2 Capacitación de los protocolos de traslado a equipo de UGP.</p> <p>2.3 Supervisión de cumplimiento de protocolo.</p> <p>2.4 Incorporar la visita diaria por servicios clínicos por parte de EU Gestor de camas, para la identificación de médicos residentes, EU jefes de turno y posibles traslados y altas.</p>	<p>Dirección y calidad validan protocolo y sus criterios para difusión.</p> <p>El EU Gestor de camas y equipo asistencial institucionales se comunican en las visitas diarias para la coordinación de traslados.</p>

Elaboración propia

5.5 Resumen Matriz de Marco Lógico

Se realizó la Matriz de Marco Lógico la que muestra de forma sistemática la causalidad a los objetivos definidos previamente.

Cuadro 10, Resumen Matriz de Marco Lógico.

Proyecto			
“Estrategias para la creación de valor desde la gestión de pacientes en el Hospital Metropolitano de Santiago”			
Resumen Narrativo de Objetivos	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
<p>Fin</p> <p>Se ha aumentado el porcentaje de ocupación de camas críticas</p>	<p>Incremento del 10 % de los usuarios aceptados desde la red Oriente para ingreso a hospitalización el primer año de ejecutado el proyecto.</p>	<p>Registros de solicitudes a UGP, planilla de aceptados y rechazados (la que incluye causas y SS de pertenencia) al primer año de implementado el proyecto.</p>	<p>Se obtiene apoyo logístico y económico desde la dirección de la institución lo que permite establecer el protocolo de gestión de traslados y cartera de servicios.</p>

Resumen Narrativo de Objetivos	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
<p>Propósito</p> <p>Se ha contribuido a mejorar la gestión de traslados internos y externos</p>	<p>Existencia de protocolo de traslados internos y externos.</p> <p>Objetivo: Verificar la existencia y el cumplimiento del Protocolo de traslados.</p> <p>Métrica: SI/ NO</p> <p>Frecuencia: Anual</p> <p>Estándar: SI</p>	<p>Verificación de Protocolo de Traslados su contenido y actualización en Intranet institucional.</p>	<p>El equipo gestor e involucrados institucionales reconocen la necesidad de la creación de valor para mejorar márgenes institucionales.</p>
	<p>Aumentar porcentaje de Ocupación de camas críticas.</p> <p>(indicador de eficiencia)</p> <p>Objetivo: Medir porcentaje de ocupación de camas criticas</p> <p>Métrica:</p> <p>(N° de pacientes / total de días camas disponibles) x 100</p> <p>Frecuencia: Mensual</p> <p>Estándar: >70%</p>	<p>Registros de ocupación de camas críticas del Sistema informático de la UGCC.</p>	

Resumen Narrativo de Objetivos	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
<p>Resultados o Productos</p> <p>Se socializa de cartera de servicios involucrados de la red Oriente.</p>	<p>Al menos el 80 % de los establecimientos pertenecientes a la Red Oriente conoce y aplica cartera de servicios al primer año del proyecto.</p>	<p>Registros de solicitudes a UGP, planilla de aceptados y rechazados (la que incluye causas y SS de pertenencia) al primer año de implementado el proyecto</p>	<p>UGP HosMet mantiene canales de comunicación fluidos entre Unidades de Gestión de Pacientes.</p>
<p>Protocolo de Traslados difundido y en uso.</p>	<p>El 100% de UGP Local conocen y aplican protocolo de Traslados al primer año.</p>	<p>Registro de asistencia y toma de conocimiento de Protocolo de Traslados.</p> <p>Rubrica de evaluación.</p>	<p>Equipo directivo y profesionales aceptan y promueven el uso del protocolo de traslados.</p>

Resumen Narrativo de Objetivos	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
<p>Actividades</p> <p>Actividad 1</p> <p>1.1 Actualizar y difundir cartera de servicios y mapas de derivación dentro de la red.</p> <p>1.2 Gestionar reuniones periódicas con UGP de la red para actualización de carteras.</p> <p>1.3 Difundir criterios de ingresos y egresos específicamente para las unidades de paciente crítico a red Oriente mediante una planilla de comunicaciones.</p> <p>1.4 Supervisión de criterios de ingreso y egresos de UPC.</p>	<p>Presupuesto Actividad 1= 241.042 CLP</p>	<p>Sistema de rendición de cuentas adoptado por el proyecto.</p>	<p>UGP y Dirección del Hospital adhieren a diseño de proyecto.</p> <p>UGP de la Red se adhieren a la propuesta y participan activamente de las reuniones periódicas.</p>

Resumen Narrativo de Objetivos	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
<p>Actividad 2</p> <p>2.1 Crear protocolo de traslados internos y externos.</p> <p>2.2 Capacitación de los protocolos de traslado a equipo de UGP.</p> <p>2.3 Supervisión de cumplimiento de protocolo.</p> <p>2.4 Incorporar la visita diaria por servicios clínicos por parte de EU Gestor de camas, para la identificación de médicos residentes, EU jefes de turno y posibles traslados y altas.</p>	<p>Presupuesto Actividad 2=</p> <p>543.754 CLP</p>	<p>Sistema de rendición de cuentas adoptado por el proyecto.</p>	<p>Dirección y calidad validan protocolo y sus criterios para difusión.</p> <p>El EU Gestor de camas y equipo asistencial institucionales se comunican en las visitas diarias para la coordinación de traslados.</p>

Fuente: Elaboración propia

5.6 Plan de Ejecución

Para el plan de ejecución nos centramos en la identificación de las principales cuestiones estratégicas relacionadas con los planes de ejecución y las condiciones necesarias para su aplicación e integró un conjunto de actividades para mejorar el flujo de pacientes en el hospital.

En el período de implementación se generaron reuniones mensuales informales con los involucrados para la evaluación de los indicadores y la retroalimentación temprana para definir los posibles cambios que puedan surgir durante el proceso de implementación. Estas reuniones no se consideran como hitos en las actividades, sólo como una forma de evaluar lo que está sucediendo en el lugar día a día; estas reuniones permitieron al equipo gestor y directivos entender mejor los avances y así podrán tomar decisiones más rápidamente, también se define para el presupuesto del proyecto la autorización a al pago de horas necesarias por los profesionales responsables.

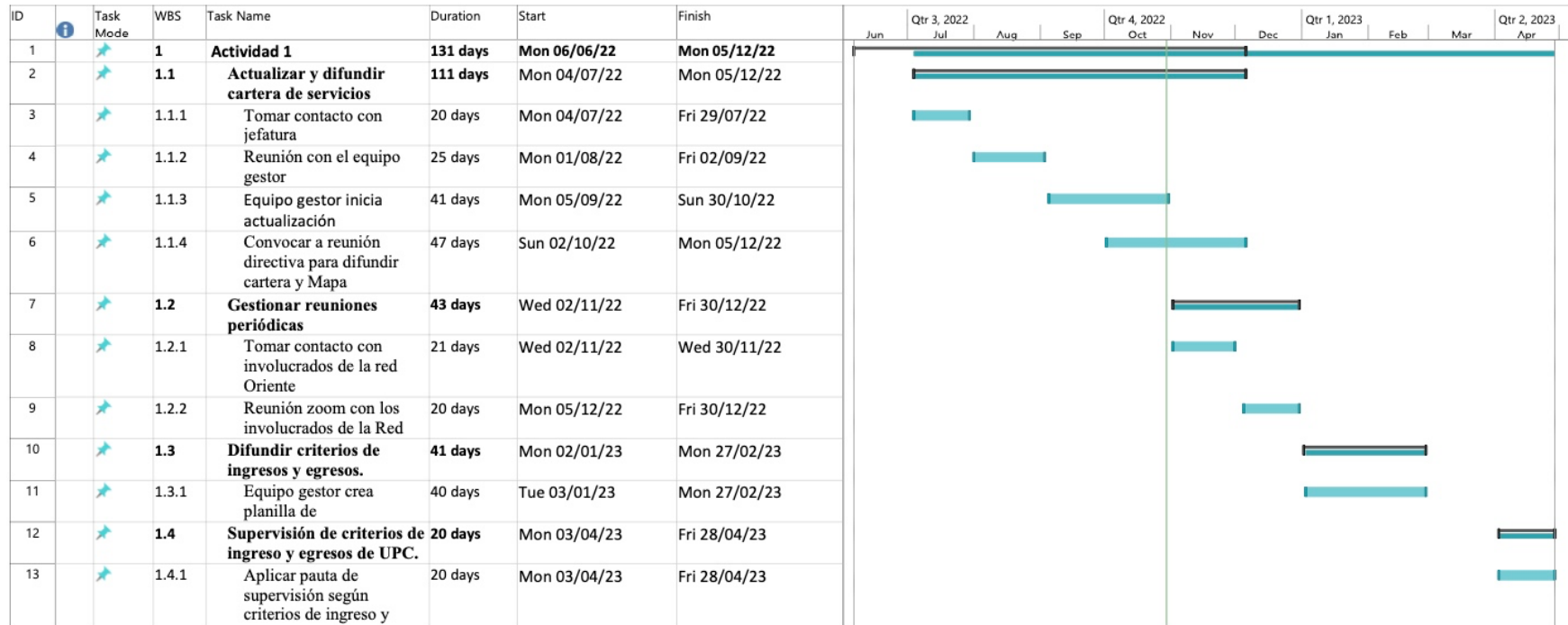
Cuadro 11, Plan de ejecución actividad 1

Actividad 1	Tarea y Subtarea	Inicio-Termino	Presupuesto	Responsable
1.1 Actualizar y difundir cartera de servicios y mapas de derivación dentro de la red.	Tomar contacto con jefatura UGP para proponer la intervención.	04-jul-22 29-jul-22	17.828 CLP	Coordinadora del Proyecto
	Reunión con el equipo gestor para establecer fechas de reuniones	01-ag-22 02-sep-22	17.828 CLP	Coordinador y equipo gestor
	Equipo gestor inicia actualización de la cartera de servicios y Mapa de derivación	05-sep-22 30-oct-22	53.484 CLP	Coordinador y equipo gestor
	Convocar a reunión directiva para difundir cartera y Mapa entre los involucrados institucionales.	02-oct-22 05-dic-22	35.656 CLP	Coordinador, equipo gestor e involucrados institucionales

1.2 Gestionar reuniones periódicas con UGP de la red para actualización de carteras.	Tomar contacto con involucrados de la red Oriente y solicitar reunión para presentar cartera y Mapa.	02-nov-22 30-nov-22	17.828 CLP	Coordinador, equipo gestor e involucrados red Oriente
	Reunión zoom con los involucrados de la Red para presentar nueva cartera y Mapa con el respaldo del HosMet y SSMO.	05-dic-22 30-dic-22	8.914 CLP	Coordinador, equipo gestor e involucrados red Oriente
1.3 Difundir criterios de ingresos y egresos específicamente para las unidades de paciente crítico a red Oriente mediante una planilla de comunicaciones.	Equipo gestor crea planilla de comunicaciones para difusión de criterios a los involucrados de la red oriente.	03-ene-22 27-feb-22	53.484 CLP	Coordinador y equipo gestor
1.4 Supervisión de criterios de ingreso y egresos de UPC.	Aplicar pauta de supervisión según criterios de ingreso y egreso.	03-abr-22 28-abr-22	35.656 CLP	Coordinador y equipo gestor

Elaboración propia

Carta Gantt Actividad 1



Elaboración propia

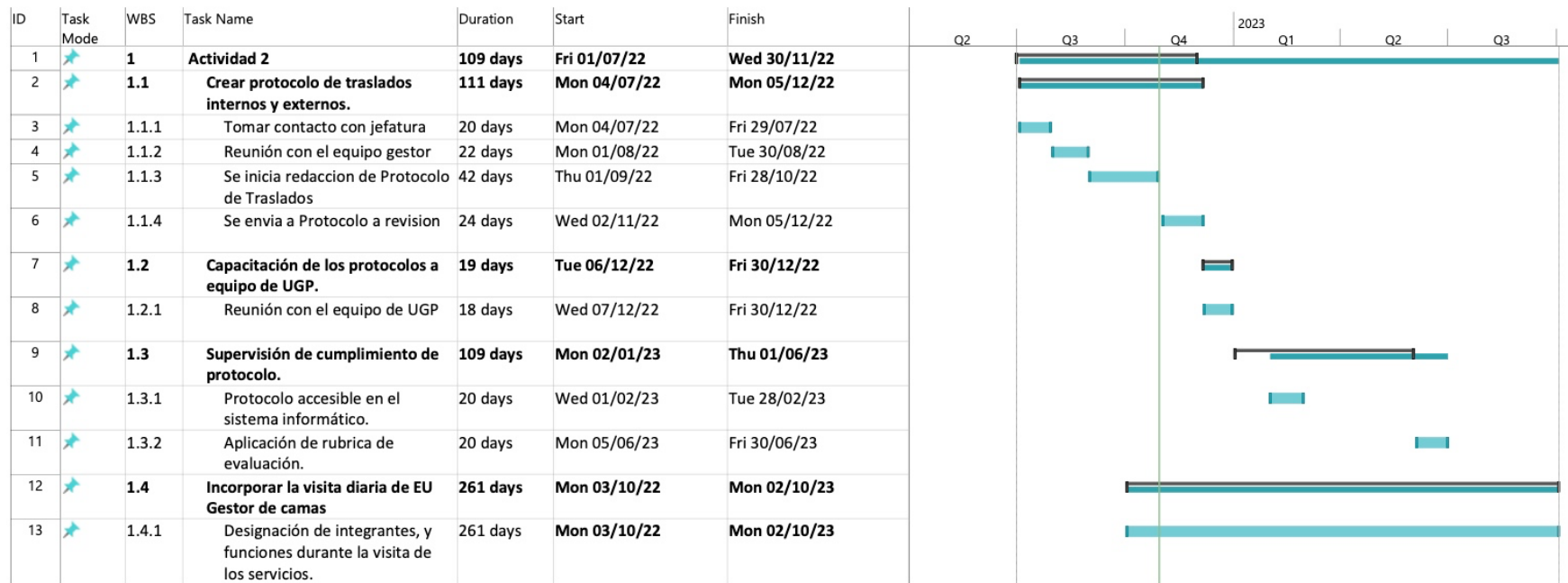
Cuadro 12, Plan de ejecución actividad 2

Actividad 2	Tarea y Subtarea	Inicio-Termino	Presupuesto	Responsable
2.1 Crear protocolo de traslados internos y externos.	Tomar contacto con Dirección y jefatura UGP para proponer la intervención.	04-jul-22 29-jul-22	17.828 CLP	Coordinador y equipo gestor
	Reunión con el equipo gestor para establecer fechas de reuniones.	01-ago-22 30-ago-22	17.828 CLP	Coordinador y equipo gestor
	Equipo inicia redacción del Protocolo.	01-sep-22 28-oct-22	401.130 CLP	Coordinador y equipo gestor
	Enviar documento a la subdirección médica y calidad para firma y resolución.	02-nov-22 05-dic-22	26.742 CLP	Coordinador y equipo gestor e involucrados institucionales.
2.2 Capacitación de los protocolos de traslado a equipo de UGP.	Reunión con el equipo de UGP al que se le realizará la capacitación para fijar fechas de reuniones de	07-dic-22 30-dic-22	26.742 CLP	Coordinadora del Proyecto

	trabajo y nombrar al responsable de la actividad.			
2.3 Supervisión de cumplimiento de protocolo.	Protocolo accesible en el sistema informático.	01-feb-23 28-feb-23	17.828 CLP	Coordinador y equipo gestor
	Aplicación de rubrica de evaluación.	05-jun-23 30-jun-23	35.656 CLP	Coordinador y equipo gestor
2.4 Incorporar la visita diaria por servicios clínicos por parte de EU Gestor de camas, para la identificación de médicos residentes, EU jefes de turno y posibles traslados y altas.	Designación de integrantes, y funciones durante la visita de los servicios.	03-oct-22 02-oct-23	17.828 CLP	Coordinador y equipo gestor

Elaboración propia

Carta Gantt Actividad 2



Elaboración propia

5.7 Presupuesto

El proyecto contempló el uso de la infraestructura y recursos disponibles en la institución para su implementación, y se apoyan en las herramientas tecnológicas y humanas de la unidad de gestión de pacientes.

Los insumos considerados principalmente son de tecnología para la difusión, materiales de papelería y recuso humano.

Recursos tecnológicos de difusión y material de papelería se consideró en este ítem lo disponible en infraestructura dadas en la unidad de desarrollo del proyecto.

1. Computador con internet
2. Impresora multifuncional
3. Mail institucional
4. Teléfono fijo red MINSAL y celular
5. Oficina de trabajo
6. Sala de reuniones

En el ítem RRHH se consideró por consenso y carga las horas de los profesionales involucrados que corresponden al desarrollo y la ejecución del proyecto.

Se contó con profesionales de enfermería contratados en Grado 10⁸, según escalafón de remuneración, que cuenta como fuente de financiamiento la aprobación de horas para el proyecto por la subdirección médica.

1. Profesional de Enfermería 4to Turno 10^o valor hora diurna: 8.914 CLP

A continuación, se realiza cálculo y desglose de los recursos humanos involucrados en las actividades.

⁸Escala de remuneración del servicio público de salud

Cuadro 13, Presupuesto en RRHH actividad 1

Tarea y Subtarea Actividad 1	N de Horas Profesional	Total (CLP)
Tomar contacto con jefatura UGP para proponer la intervención.	2	17.828 CLP
Reunión con el equipo gestor para establecer fechas de reuniones.	2	17.828 CLP
Equipo gestor inicia actualización de la cartera de servicios y Mapa de derivación.	6	53.484 CLP
Convocar a reunión directiva para difundir cartera y Mapa entre los involucrados institucionales.	4	35.656 CLP
Tomar contacto con involucrados de la red Oriente y solicitar reunión para presentar cartera y Mapa.	2	17.828 CLP
Reunión zoom con los involucrados de la Red para presentar nueva cartera y Mapa con el respaldo del HosMet y SSMO.	1	8.914 CLP
Equipo gestor crea planilla de comunicaciones para difusión de criterios a los involucrados de la red oriente.	6	53.484 CLP
Aplicar pauta de supervisión según criterios de ingreso y egreso.	4	35.656 CLP
Total	27	241.042 CLP

Elaboración propia

Cuadro 14, Presupuesto en RRHH actividad 1

Tarea y Subtarea Actividad 2	N de Horas Profesional	Total (CLP)
Tomar contacto con Dirección y jefatura UGP para proponer la intervención.	2	17.828 CLP
Reunión con el equipo gestor para establecer fechas de reuniones.	2	17.828 CLP
Equipo inicia redacción del Protocolo.	45	401.130 CLP
Enviar documento a la subdirección médica y calidad para firma y resolución.	1	8.914 CLP
Reunión con el equipo de UGP al que se le realizará la capacitación para fijar fechas de reuniones de trabajo y nombrar al responsable de la actividad.	3	26.742 CLP
Protocolo accesible en el sistema informático.	2	17.828 CLP
Aplicación de rubrica de evaluación.	4	35.656 CLP
Designación de integrantes, y funciones durante la visita de los servicios.	2	17.828 CLP
Total	61	543.754 CLP

Elaboración propia.

El costo total de las actividades propuestas en base a remuneración de RRHH:

Cuadro 15, Presupuesto total de actividades

Recurso Humano	Valor actividad 1	Valor Actividad 2	Total
88 horas	241.042 CLP	543.754 CLP	784.796 CLP

Elaboración propia

5.8 Esquema de verificación del diseño de proyecto

Se utilizó el esquema de verificación de diseño de proyecto⁹ y fue validado por el equipo Gestor.

Cuadro 16, Esquema de verificación de diseño del proyecto

Criterios	SI	NO
Respecto al Fin		
El Fin responde al problema central identificado		
Presenta una justificación suficiente para el proyecto		
Está claramente expresado como una situación ya alcanzada		
Están definidos explícitamente los grupos beneficiarios		
Los indicadores de Fin son verificables en términos de cantidad, calidad y tiempo		
Respecto al Propósito		
El proyecto tiene un sólo Propósito		
El Propósito está claramente expresado como un estado ya alcanzado		
Contribuye significativamente al logro del Fin del proyecto		
Están presentes los grupos de beneficiarios del proyecto		
Los indicadores del Propósito son una forma independiente de medir el logro del propósito y no un resumen de los resultados		
Los indicadores del Propósito sólo miden lo que es importante		
Los indicadores del Propósito miden los resultados esperados al final de la ejecución del proyecto		
Los indicadores del Propósito tienen medidas de cantidad, calidad y tiempo		
Respecto a los Resultados		
Los Resultados están expresados como logros		
Los Resultados del proyecto están claramente expresados		

⁹Manual para Diseño de Proyectos de Salud OPS

Todos los Resultados son necesarios para cumplir el propósito		
Los Resultados incluyen todos los rubros de los cuales es responsable el equipo de gestión del proyecto		
Los Indicadores de los resultados son verificables en términos de cantidad, calidad y tiempo		
Respecto a las Actividades		
Las Actividades incluyen todas las acciones necesarias para producir cada componente		
Las Actividades son las tareas para las cuales se incurre en costos para completar los resultados		
Las Actividades identifican todas las acciones necesarias para recoger información sobre los indicadores		
Solamente están incluidas las Actividades que el proyecto tiene que ejecutar		
La relación entre las Actividades, el tiempo y el presupuesto es realista		
Respecto a las condiciones necesarias y suficientes		
La relación, si/entonces, entre el Propósito y el Fin es lógica y no omite pasos importantes		
La relación entre los Resultados y el Propósito es realista		
La lógica vertical entre las Actividades, los Resultados, el Propósito y el Fin es realista en su totalidad		
El Propósito, junto con los Supuestos a ese nivel, describen las condiciones necesarias, aun cuando no sean suficientes, para lograr el Fin		
Los Resultados, junto con los Supuestos a ese nivel, describen las condiciones necesarias y suficientes para lograr el Propósito		
Los Supuestos a nivel de Actividad no incluyen ninguna acción que tenga que llevarse a cabo antes de que puedan comenzar las actividades. (Las condiciones precedentes se detallan en forma separada).		
Otras		

La columna de medios de verificación identifica dónde puede hallarse la información para verificar cada indicador		
El ML define la información necesaria para la evaluación del proyecto		

Fuente: Manual para el Diseño de Proyectos de Salud OPS

5.9 Consideraciones éticas

Nos adherimos a las disposiciones de la Ley de Derechos y Deberes del Paciente y protegeremos la confidencialidad de la información recogida, que se utilizará exclusivamente para el desarrollo del proyecto.

5.10 Limitaciones

Al ser un proceso que involucra a todas las partes interesadas se consideraron dentro de las limitantes y riesgos la resistencia al cambio de los equipos ante la intervención de la forma en la que realizan los procesos, por lo cual el uso de la mejora continua con enfoque en los cambios pequeños y recurrentes generó impacto en todos los involucrados y la institución

Al ser el equipo gestor de alta participación directiva, se priorizó el uso de reuniones a distancia debido a las limitaciones de tiempo y recursos, pero también por su eficacia para garantizar una comunicación clara, así también el desarrollo de este proyecto se vio potencialmente limitado por los cambios estructurales en los puestos de dirección o los cambios en los servicios de gestión de la cartera.

6 CONCLUSIONES

El objetivo de la creación de valor desde la gestión, fue poner a la organización en condiciones de integrar eficaz y eficientemente su nueva red asistencial. Requiriendo que las estrategias se basaran en las realidades locales y planteando las intervenciones desde la mejora continua de procesos, así como la estandarización de traslados y socialización de su cartera de servicios, buscando la creación de herramientas prácticas para aumentar el valor público.

Para la realización del proyecto, se utilizó la Metodología de Marco Lógico, herramienta que favoreció el análisis de involucrados y de problemas, guiando al equipo gestor y los interesados en la priorización y su abordaje, como una manera de aportar a la estrategia corporativa, resaltando como lo más importante la mejora de los traslados, mediante el desarrollo de un protocolo claro y accesible para las redes integradas.

La formulación de los objetivos, actividades, plazos, feedback y control del proyecto fue posible con la creación de la matriz de marco lógico, adaptándose a los recursos y circunstancias institucionales, ya que no solo bastaba con contar con una estrategia orientada a la creación de valor, sino que además esta se acompañó de sistemas de medición adecuados con el propósito de saber si se consiguieron los objetivos entendiendo la premisa que de que no podemos controlar, lo que no podemos medir.

Uno de los mayores retos a enfrentar durante el proceso, fue desarrollarlo en un ambiente de cambios frecuentes en la configuración de su equipo directivo, por lo que la incorporación de protocolos y procesos puede llevar al éxito de las tareas aun en circunstancias de incertidumbre, definiendo la estrategia con claridad en las responsabilidades, los recursos necesarios y la colaboración entre los equipos para alcanzar los objetivos planteados.

Con la introducción de nuevas estrategias, HosMet busca aumentar sus competencias y su capacidad de atención de pacientes y hacer un mejor uso de sus camas, teniendo una visión transversal, donde se analizó la problemática local, teniendo en cuenta no sólo las necesidades de aumentar los porcentajes ocupacionales sino también la de descongestionar las urgencias de los centros de su red asistencial, fortaleciendo la organización y mejorando la calidad de vida y la salud de la población.

7. BIBLIOGRAFÍA

2. Porter, M.E. and Kramer, M.R. (2011) The Big Idea: Creating Shared Value. Harvard Business Review-
3. CENSO 2014, INE
4. Encuesta CASEN 2017
5. Cuenta Pública 2021, Servicio de Salud Metropolitano Oriente
6. Cuenta Pública 2021, Hospital Metropolitano
7. Reporte de ocupación UPC, plataforma UGCC Minsal
8. “Porter, Michael E. 1998. Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance. Nueva York: Simon & Schuster.
9. <https://regionalsantiago.cl/wp-content/uploads/2019/08/01-Oficial-TABLA-DE-SUELDOS-2019.pdf>
10. Consulta ciudadana CP 2021, Hospital Metropolitano de Santiago.
11. Cuenta Pública 2020, Hospital Metropolitano.
12. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Informe Epidemiológico N° 28, Enfermedad por SARS-COV-2 (COVID-19). Chile 23/06/2020. Departamento de Epidemiología. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/06/16062020_Reporte_Covid19.pdf. [Consultado el 20 de Marzo de 2022]
13. WHO Director-General’s opening remarks at the media briefing on COVID-19: 11 March 2020. Published March 11, 2020. [Internet]. [cited 2020 August 30]. Available from: Available from: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-4>
14. Informe epidemiológico COVID-19. Ministerio de Salud de Chile. [Internet]. [cited 2020 August 30]. Available from: Available from: <https://www.minsal.cl/nuevo-coronavirus-2019-ncov/informe-epidemiologico-covid-19>.

15. Encuesta diaria realidad nacional intensivo. Sociedad Chilena de Medicina Intensiva. [Internet]. [cited 2020 August 30]. Available from: Available from: https://www.medicina-intensiva.cl/site/post_covid.php?id=190
16. Estrategia Competitiva: Técnicas para el análisis de Industrias y Competidores, Porter (1985).
17. Nassir Sapag Chain. Proyectos de Inversión, formulación y evaluación.
18. <https://www.saludorientecol/websaludorientecol/wp-content/uploads/2020/11/REDISEÑO-DEFINITIVO-24-DE-NOVIEMBRE.pdf>
19. <https://www.saludorientecol/websaludorientecol/wp-content/uploads/2022/03/BALANCE-DIRECTORA-CONSEJO-TÉCNICO-RED-ORIENTE.pdf>

Glosario y abreviaciones

Cama de Hospital: Es aquella que se encuentra instalada y dispuesta las 24 horas del día para uso regular de pacientes hospitalizados.

Camas disponibles: Son las camas habilitadas en las salas del establecimiento, en condiciones de uso inmediato, para la atención de los pacientes hospitalizados, independiente de que estén ocupadas o no. Las camas de reconversión (por ejemplo, por campaña de invierno o por otra emergencia sanitaria) deben ser consideradas como cama disponible en el servicio clínico a que se destinaron y se disminuyen en el servicio clínico de origen.

Cama ocupada o día paciente: Es la permanencia de un paciente hospitalizado ocupando una cama de hospital, durante el periodo comprendido entre las 0 horas y las 24 horas de un mismo día.

Días de estancia: Es el total de días que el paciente permaneció hospitalizado en el establecimiento y corresponde al número de días transcurridos entre la fecha de ingreso y la fecha de egreso.

Egreso hospitalario: Es el retiro de los servicios de hospitalización de un paciente que ha ocupado una cama del hospital. El egreso puede darse por alta médica, traslado a otro establecimiento, fallecimiento, retiro voluntario del paciente u otro.

Gestión de Cama: Es el conjunto de actividades de gestión realizado por el equipo de un establecimiento hospitalario, con el objetivo de asegurar el acceso a hospitalización de un paciente en un servicio clínico, coordinando ingresos y altas, urgencias y cirugías programadas. Y con esto contribuir a la eficiencia y eficacia del proceso de hospitalización. La gestión de camas es un subproceso del proceso de hospitalización.

Gestor (a) de Camas Establecimiento: Profesional de salud a cargo de ejecutar un modelo de gestión hospitalaria en relación con el recurso cama a través de una Unidad que permite canalizar la disponibilidad y uso de este recurso optimizando la producción Hospitalaria, en el marco del modelo de atención Progresiva y gestión en Red. Es necesario considerar que en horario no hábil debe existir responsable del Procesos en cada establecimiento definido localmente.

HDS: Hospital Del Salvador

HOSMET: Hospital Metropolitano

Ingreso hospitalario: Es la aceptación formal de un paciente por el hospital para su atención médica, observación, tratamiento y recuperación. Todo ingreso al hospital involucra la ocupación de una cama hospitalaria y la mantención de una historia clínica para el registro de todas las atenciones otorgadas.

SSMO: Servicio de Salud Metropolitano Oriente

Traslado de Paciente: Es la movilización del paciente desde un lugar a otro dentro del mismo establecimiento hospitalario, cuando el usuario requiere de un procedimiento diagnóstico o terapéutico disponible en otra zona, o debido a requerimiento de cama. Éste debe ser realizado utilizando las medidas de seguridad dispuestas según protocolo local.

Traslado Extrahospitalario: se refiere al transporte de un paciente desde un establecimiento de salud a otro, o al domicilio del paciente, derivado de una indicación médica.

Anexo 1: Procedimiento de Derivación de Pacientes

INTRODUCCIÓN

El Hospital Metropolitano nace durante la pandemia por COVID19 en el año 2020 para dar respuesta a la necesidad de camas para manejo de pacientes afectados con esta enfermedad, en sus distintas complejidades (camas medias, unidad de cuidados intermedios, unidad de pacientes críticos), usuarios de FONASA derivados desde distintos centros de salud públicos y privados a lo largo de todo Chile. Durante el año 2021, la cartera de prestaciones se abre para usuarios con otras patologías y actualmente, recibe pacientes derivados desde la macro red Metropolitana y/o nacional, a través de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC).

La UGCC, es la unidad encargada de apoyar la derivación de pacientes que requieren cama en un establecimiento público, monitorea diariamente las unidades de emergencia hospitalarias con reporte a la autoridad y de las camas críticas a nivel nacional. A nivel Hospitalario este procedimiento, al igual que en los otros hospitales de la red, está a cargo de la Unidad de Gestión de Pacientes (UGP).

Para que el Procedimiento de Derivación de Pacientes se realice, requiere de un trabajo integrado con los diferentes niveles de atención (Hospitales, Servicios de Salud y MINSAL), lo que permite mejorar el acceso oportuno a una cama hospitalaria de los beneficiarios del FONASA, en base a la optimización de recurso público, fundamentado en la colaboración de las redes con menor demanda en beneficio de las más sobre-demandadas, contribuyendo de esta manera, a garantizar con equidad la distribución de este recurso.

Cabe mencionar que el Hospital Metropolitano, es una institución de atención cerrada, que pertenece a la Red Asistencial Oriente, por lo tanto, recibe pacientes directamente (UGP) desde la Red Oriente y a través de Unidad de Gestión Centralizada de camas (UGCC) a aquellos usuarios pertenecientes a los servicios de salud a lo largo de Chile.

1. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Estandarizar los procesos de derivación y rescate de pacientes desde y hacia el Hospital Metropolitano.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Optimizar y fortalecer la gestión de camas y de pacientes, mediante la integración y articulación de la red del Servicio de Salud Oriente principalmente, región metropolitana y pacientes presentados por la UGCC (Unidad de gestión de camas Centralizados).
- Coordinar y gestionar el proceso de traslado de pacientes entre los hospitales que conforman el área de influencia de HosMet.
- Coordinar y gestionar el proceso de ingreso y egreso de pacientes de HosMet.
- Registrar el proceso de contra referencia de los pacientes al momento del alta del hospital, independiente de la vía de salida (fallecimiento, alta, derivación hospital de origen, hospitalización domiciliaria, entre otros) en la plataforma MINSAL.
- Monitorizar el seguimiento y apoyo en la gestión local de camas de cuidados medios y UPC, a fin de contribuir a dar respuesta a la necesidad de camas requeridas (vía telefónica y con visita Presencial a piso).
- Actualizar y difundir los criterios de ingreso, egreso, exclusión y contra referencia a toda la macro red, en coordinación directa con los jefes de las unidades clínicas.

2. ALCANCE

- Todas Las Unidades Clínicas que requieran derivación y rescate de pacientes.
- Unidad de Gestión Centralizada de Camas UGCC.
- Unidad de gestión de Pacientes UGP de los Hospitales pertenecientes a la Red asistencial Oriente y la Región Metropolitana.
- Jefes de servicio, jefes técnicos, médicos y médicos residentes de todos los servicios clínicos del HosMet.

4. RESPONSABILIDADES

RESPONSABLES	ACTIVIDADES
Sub Dirección Médica	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisión de cumplimiento de este protocolo.
Jefe De Gestión De Pacientes	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración y actualización periódica del presente protocolo. • Ejecutar la gestión operativa y estratégica del recurso cama optimizando su uso. • Establecer prioridades en el marco del modelo de atención de cuidados progresivos. • Asegurar el acceso de pacientes a camas de hospitalización. • Supervisión continua del proceso de derivación. • Elaborar actualizaciones periódicas del presente protocolo. • Dar cumplimiento al presente protocolo.
Gestores de Pacientes	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener y difundir la información actualizada respecto a la disponibilidad de camas en el Hospital Metropolitano (Hosmet). • Categorizar la demanda de manera oportuna y eficiente del recurso cama.
Médico residente unidades clínicas HosMet	<ul style="list-style-type: none"> • Recepción al paciente de otra unidad clínica del mismo hospital previa presentación de paciente con médico derivador.
Médico derivador Hosmet	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar solicitud de la derivación del paciente a cargo de unidad clínica de Hosmet, cuando sus necesidades no se encuentren en la cartera de prestaciones del establecimiento, de manera clara y oportuna.
Personal de Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • A cargo de dar continuidad del cuidado de enfermería.

3. DEFINICIONES

Emergencia: patología que amenaza la vida del paciente que debe ser resuelta de forma inmediata.

Urgencia: Patología que amenaza la vida del paciente y debe ser resuelto dentro de 24 horas.

Médico solicitante de derivación: médico responsable de determinar y solicitar la derivación del paciente por exceder la capacidad de resolución de la institución

Establecimiento receptor: establecimiento hospitalario que confirma cupo y/o prestación necesaria para resolver patología del paciente y por ende donde será derivado el paciente.

Establecimiento de origen: establecimiento hospitalario que corresponde de acuerdo a dirección de paciente.

Gestión de Camas: Unidad creada con el objeto de gestionar el recurso cama según el modelo de atención progresiva de acuerdo al nivel riesgo dependencia. Su enfoque se centra en la continuidad de los cuidados y la coordinación con la red asistencial para la derivación de los pacientes.

Derivación externa: Es la derivación de pacientes desde una institución de salud hacia Hosmet, ya sea de forma definitiva o transitoria con cupo disponible.

Derivación interna: Es el traslado que se ejecuta entre las diferentes unidades clínicas del Hospital Metropolitano, de mayor a menor complejidad o viceversa.

Proceso De Contra referencia: es la gestión de rescate del paciente por parte del hospital derivador, cuando el paciente está dado de alta médica o cuando requiere de una prestación que nuestro hospital no cuenta.

Ambulancias: Vehículos destinados a la asistencia de pacientes en situaciones de emergencia, que cuentan con características técnicas de superficie, altura, potencia y suspensión adecuadas para realizar esta labor y están dotadas de equipo de comunicaciones y sistema de balizas y sirenas.

Rescate de paciente: Es la acción mediante la cual el hospital de origen gestiona el retorno del usuario a su hospital base.

Tipos de Traslado

Transporte Sanitario Simple: Transporte de pacientes en una ambulancia tripulada por un conductor y un auxiliar de enfermería, sin vigilancia especializada ni equipamiento complejo, con asistencia mínima constituida por la posición del paciente o el suministro de algún elemento de ayuda básica.

Transporte Avanzado: Aquel que se efectúa en una ambulancia cuya tripulación y equipamiento permiten que actúe proporcionando soporte vital avanzado, tripulada por un médico, un técnico paramédico y un conductor. Constituye, de acuerdo a su implementación, una unidad de tratamiento intensivo móvil, dirigida por el médico reanimador y equipada con material de alta complejidad.

Tipos de Ambulancia:

Ambulancia de Transporte Simple (ATS): Ambulancia destinada únicamente al traslado de pacientes, sin riesgos vitales aparentes o potenciales.

Ambulancia de Emergencia Básica (AEB): Ambulancia destinada al transporte de pacientes, cuyos estados de salud no presentan riesgos inmediatos que requieren una asistencia médica básica y condiciones especiales durante el traslado.

Ambulancia de Emergencia Avanzada (AEA): Ambulancia equipada con medios e instrumental especializados, destinada al transporte de pacientes en estado crítico, de alto riesgo, que requieren asistencia médica avanzada durante el traslado.

4. DESARROLLO

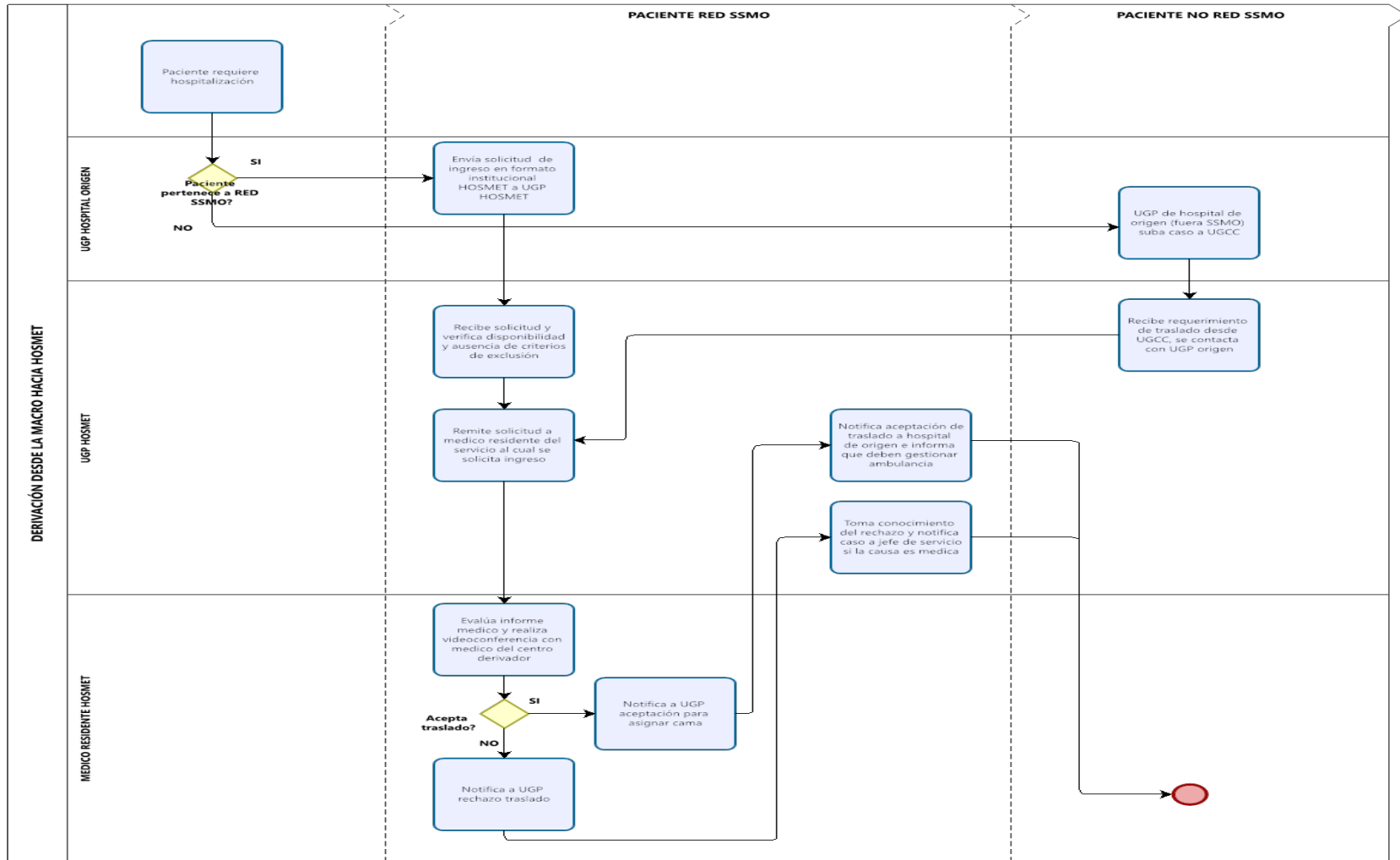
Todos los Pacientes que ingresan al HosMet cumplen con el requisito de pertenecer al FONASA. Quienes son derivados del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, lo hacen directamente a través de la Unidad de Gestión de Pacientes y quienes provienen de otros Servicios de Salud a lo largo de todo Chile, lo hacen a través de la UGCC.

El proceso de ingreso de pacientes, es moderado y liderado directamente por la UGP, quienes evalúan la pertinencia de la derivación en términos generales y gestionan la comunicación directa entre el centro derivador y el residente a cargo de hacer revisión de antecedentes médicos y aceptar o rechazar la derivación.

5.1 Solicitud y derivación a Hosmet.

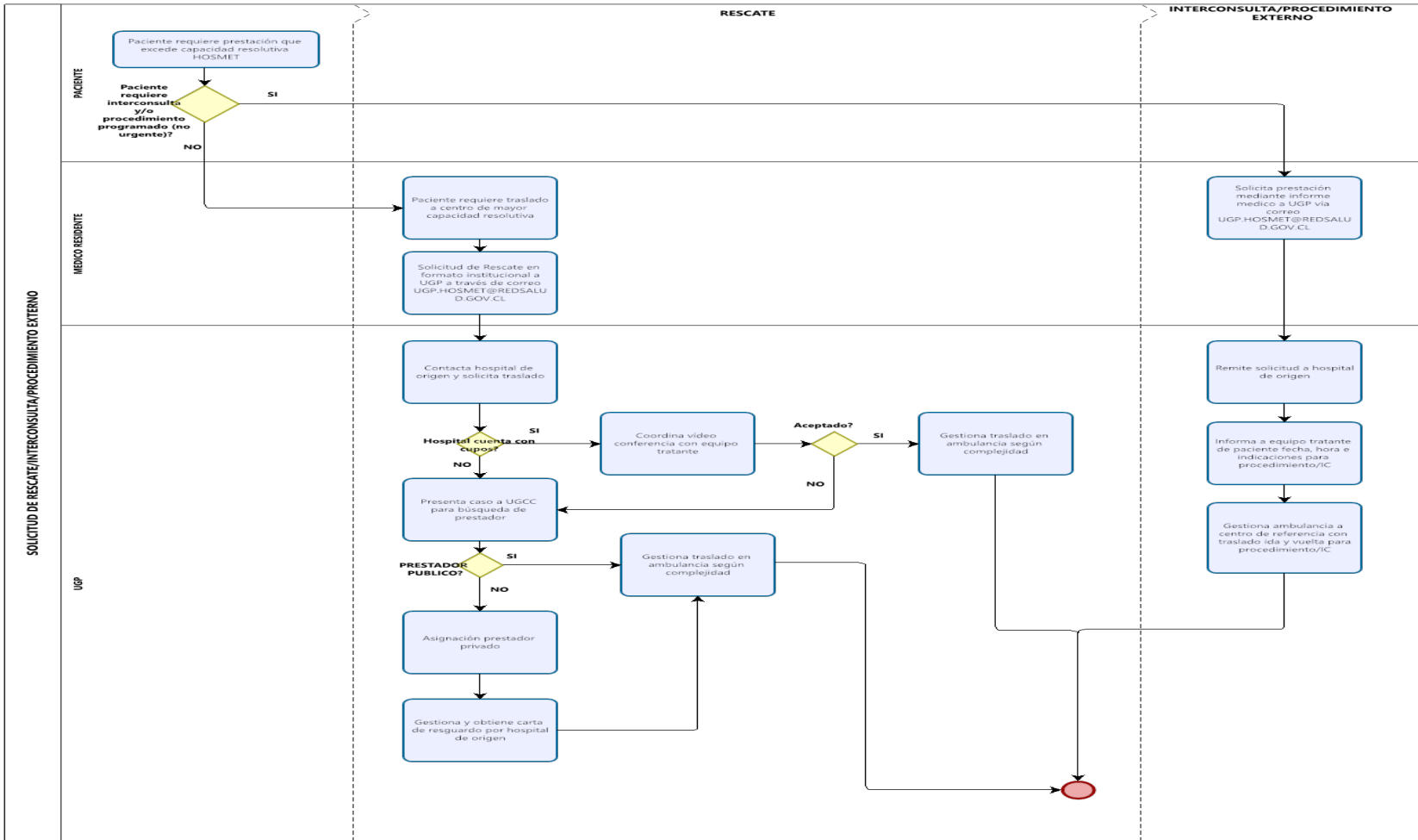
La solicitud de ingreso de pacientes desde la macro red hacia el HosMet, se realiza de dos formas dependiendo del servicio de salud de origen de los usuarios; si el paciente pertenece al Servicio de Salud Metropolitano Oriente, la derivación se realiza directamente a través de la UGP de ambos establecimientos. Si el paciente proviene de otro servicio de salud, la solicitud se realiza a través de la UGCC, como se resume en la **figura.1**.

Figura 1. Derivación de pacientes desde la macro red hacia HosMet:



5.2 Gestión de requerimientos que exceden la capacidad resolutive del HosMet

Cuando un paciente hospitalizado en HosMet tiene requerimientos que exceden la capacidad resolutive del establecimiento, es necesario tomar contacto con el hospital de origen para solicitar dicha prestación. En base a la naturaleza la misma (interconsulta a especialidad; procedimiento; o rescate ante urgencia/emergencia) se procede tal como se resumen en la siguiente figura.



4.2.1 Derivación de pacientes para evaluación de Especialidades y/o procedimientos médicos:

Cuando los pacientes hospitalizados en HosMet requieren evaluación por especialidades que no se encuentran en la cartera de prestaciones o necesitan exámenes o procedimientos en otro centro de salud, el procedimiento es el siguiente:

- Confección de Interconsulta (IC) por Médico tratante, especificando motivo por el cual requiere evaluación de especialista (o diagnóstico que motiva el procedimiento, según cada caso).
- Médico envía solicitud de interconsulta a especialista o procedimiento vía correo electrónico a correo Institucional UGP (ugp.hosmet@redsalud.gov.cl), la que será enviada al Hospital de origen del paciente.
- Una vez que Hospital de origen de respuesta, se informará a equipo tratante médico y de enfermería, especificando fecha y hora del traslado (si procede), y solicitando al tratante identificar la complejidad del móvil para gestionar traslado en ambulancia.
- Enfermera(o) del servicio solicita a UGP la ambulancia el día antes del traslado de paciente al examen o evaluación por especialista.
- Personal de Ambulancia retira al paciente desde sala de hospitalización y lo traslada a examen o evaluación por especialista, según corresponda junto con la documentación clínica necesaria.
- Una vez realizado el examen o evaluación, la ambulancia espera hasta finalizar el procedimiento retornando al paciente a su servicio y sala de origen.

5.2.2 Solicitud de derivación desde HosMet ante Urgencias/Emergencias:

En caso de requerir derivación a centros de mayor complejidad, el responsable de determinar la emergencia/urgencia médica y decidir la derivación es el Médico tratante y/o residente de turno que se denominará médico solicitante de derivación.

La Red de derivación de emergencias/urgencias médico quirúrgicas y o interconsultas dentro de la red oriente, se describe en el Anexo N° 1.

En el Anexo N°2 se describen contactos telefónicos de la Macro red metropolitana, necesarios para contactar al centro derivador en caso de ser necesaria la derivación a un centro de mayor resolutiveidad.

Las acciones que debe realizar el médico solicitante de derivación son:

- a. Iniciar y/o continuar con la estabilización al paciente.
- b. Gestionar y solicitar a la Unidad de Gestión de pacientes (UGP) de HOSMET, traslado del paciente a centro de mayor resolutiveidad a través de un contacto telefónico, presentando en forma verbal el requerimiento de cama (UCI/UTI), con el tipo de requerimiento de resolución (Médico o Quirúrgico), según corresponda y las especificaciones clínicas de cada caso.
- c. Completar el pre- informe médico de solicitud de traslado (Anexo N°2), el que se debe hacer llegar a UGP en un plazo no superior a 30 minutos y debe contener al menos:
 - Identificación del establecimiento derivador.
 - Identificación completa del paciente.
 - Hipótesis diagnóstica de derivación, otros diagnósticos del paciente.
 - Descripción del cuadro que motiva la derivación.
 - Exámenes que fundamentan el motivo de derivación.
 - Requerimiento de solicitud, signos vitales actuales del paciente, nombre y/o timbre del médico solicitante de derivación.
- d. Enviar a UGP informe médico de solicitud de traslado vía correo electrónico.
- e. Avisar a Jefatura del Servicio clínico correspondiente.
- f. Informar y registrar firma del consentimiento informado de traslado del paciente (Anexo N°6). Si esto no es posible, se debe informar a su tutor legal y registrar la firma de consentimiento por parte del tutor. De no estar disponible tutor legal y si el paciente no está en condiciones de ejercer su derecho de autonomía, primará el derecho de proteger la vida (capítulo iii de los derechos y deberes. constitucionales. arts. 19).
- g. La solicitud de firma de consentimiento informado de traslado, así como el consentimiento de traslado firmado, con la aceptación o rechazo del mismo, deben quedar en la ficha clínica electrónica del paciente como archivo adjunto.
- h. Elaborar informe médico definitivo (con un tiempo no mayor a 2 horas) este debe contener:
 - Datos personales del paciente
 - Anamnesis
 - Diagnóstico
 - Tratamiento actual
 - Requerimiento.

- i. Enviar Informe definitivo vía correo electrónico a UGP, jefe del Servicio clínico respectivo y Subdirección médica.

Las actividades que debe realizar las UGP HosMet son:

a. Paciente Corresponde al Servicio de Salud Oriente.

- Unidad de Gestión de Pacientes (UGP) HosMet, envía pre informe médico a establecimiento de la Red de Salud Oriente que cuenta con la prestación solicitada, según se detalla en Anexo N°1.
- Establecimiento receptor confirma la disponibilidad de cupo y/o prestación y envía correo a UGP HOSMET precisando el contacto del médico receptor del establecimiento.
- En caso de que el servicio de salud no disponga de la prestación y /o disponibilidad de cupo, deberá autorizar a UGP HOSMET para gestionar el caso con la Unidad de Gestión Centralizada de Cama.
- La Carta de resguardo debe ser realizada por el Hospital derivador con firma del Director o quien supla sus funciones y enviarla vía correo electrónico a la Entidad que realizará la prestación.

b. Paciente no corresponde al Servicio de Salud Oriente.

- Unidad de Gestión de Pacientes (UGP) HosMet, envía pre informe médico a establecimiento de origen del paciente.
- Establecimiento de origen confirma disponibilidad de cupo y/o prestación y envía correo electrónico a UGP HOSMET, precisando el contacto del médico receptor del establecimiento.
- En caso de no contar con cupo y/o prestación disponible, el establecimiento de origen debe gestionar caso con su Red de Salud resolutive.
- Si el servicio de salud de origen no dispone de la prestación y /o disponibilidad de cupo, deberá autorizar a través de correo electrónico a UGP HOSMET para gestionar el caso con la Unidad de Gestión Centralizada de Cama. Teniendo en cuenta que prima la Emergencia por sobre la autorización, el paciente se traslada y después se cumple con la parte administrativa (carta de resguardo que debe ser realizada por el Hospital derivador con firma del director o quien supla sus funciones y enviarla vía correo electrónico a la Entidad que realizará la prestación

Una vez disponible el informe médico definitivo del paciente, UGP debe enviarlo vía correo electrónico a UGCC quien lo presentará a establecimiento receptor, realizando conferencia telefónica entre el médico derivador (HosMet) y el médico receptor (Hospital o Clínica que recibirá al paciente).

Una vez confirmada la aceptación del paciente por parte de la Institución receptora, la UGCC llamará a UGP para solicitar conferencia entre profesionales de enfermería (entrega de enfermería).

En el caso que el paciente no sea aceptado por médico del establecimiento receptor, médico solicitante de la derivación, deberá avisar a UGP HOSMET para que éste solicite a la UGCC continuar con la búsqueda de cupo.

Una vez aceptado el paciente en el establecimiento receptor:

Médico Solicitante debe:

- Avisar a UGP por vía telefónica y correo electrónico de la condición de aceptación del paciente.
- Determinar el tipo de ambulancia (Anexo N°5), según la gravedad y requerimientos clínicos del paciente.
- Enviar a UGP correo solicitando Ambulancia para el traslado del paciente al centro Receptor.
- Avisar a enfermero a cargo para preparar al paciente.
- Informar al tutor legal del paciente el nombre del establecimiento a donde será derivado y los motivos que lo justifican, dejando registro en ficha clínica de la entrega de esta información, especificando nombre de la persona que recibe información y hora de entrega de la misma, solicitando firma de consentimiento informado si la situación lo permite.

Enfermera (o) tratante debe:

- Elaborar informe clínico de enfermería.
- Recopilar información del paciente: informe médico, informe de enfermería, epicrisis médica, consentimiento informado escrito si procede, exámenes e imágenes atinentes al

motivo de derivación, pertenencias con su respectivo registro, medicamentos de uso habitual.

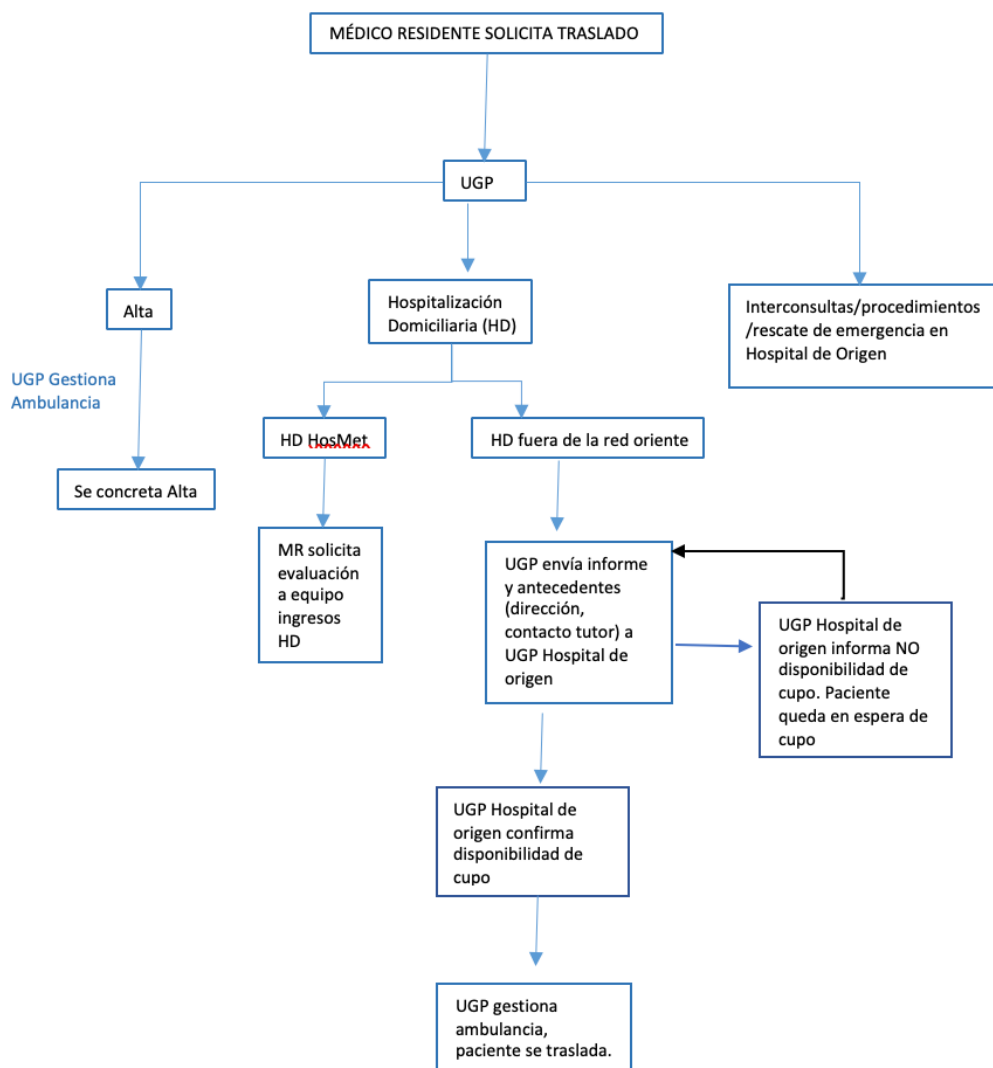
- Preparar al paciente para su traslado: corroboración de brazalete de identificación, dispositivos invasivos fijados y funcionantes.

4.3 Traslado de pacientes

La necesidad de traslado de pacientes dice relación a 5 escenarios en general: Traslado interno (descrito en Anexo N° 8), Alta médica, derivación a hospitalización domiciliaria, traslado por requerimientos que exceden la capacidad resolutive del establecimiento (interconsultas, procedimientos y urgencias/emergencias).

El procedimiento se resume en la

figura 3. Proceso de traslado:



Tipo y condiciones de traslado

Toda vez que un usuario requiera traslado a un centro de mayor resolutiveidad, se deberá proceder según lo descrito en los Anexos N°5 y N°6, a saber:

- a. El paciente se trasladará en ambulancia en convenio vigente con HosMet:
 - 08:00 a 20:00 horas. Ambulancia Básica MYS contacto: 958794982
 - 24 horas Ambulancia Avanzada y Básica con Ambulancia Santa Lucia contacto: 22044278.

El paciente se debe trasladar con:

- Brazaletes de identificación
- Medicamentos
- Dispositivos invasivos fijados y funcionando
- Documentación requerida (detallada a continuación).

Documentación requerida para traslado, según Check List de traslado (Anexo N°7):

- El informe médico definitivo (anexo N°3)
- Informe de enfermería
- Consentimiento informado firmado según corresponda (anexo N° 4)
- Exámenes e imágenes según corresponda

Datos importantes para traslado de pacientes:

1. El Médico derivador define paciente a trasladar y elabora epicrisis médica con los siguientes datos.

Documentación que será parte del check list.

- Nombre del paciente.
- RUT.
- Edad.
- Diagnostico de ingreso
- Fecha de ingreso

- Fecha de Egreso.
- Diagnostico de Egreso.
- Resumen clínico.
- Tratamiento efectuado
- Indicaciones de Egreso
- Importante señalar dirección del paciente.

8. INDICADOR Y MÉTODO DE EVALUACIÓN: si corresponde, indicar cómo se evaluará el cumplimiento del protocolo.

Nombre del indicador	Pacientes que cumplen correctamente con documentación de ingreso.
Tipo de Indicador	De Proceso
Dimensión	Seguridad.
Fórmula	$\frac{\text{Número de Pacientes que cumplen correctamente con documentos de ingreso}}{\text{Número total de pacientes que fueron ingresados en el mismo periodo de tiempo}} \times 100$
Fuente de datos	Informe Pauta de Cotejo (Anexo N° 7)
Umbral	80%
Periodicidad	Mensual
Responsable (s)	Jefe de Servicio UGP

9. DISTRIBUCIÓN DEL DOCUMENTO:

- Dirección.
- Subdirección de Gestión Asistencial.
- Jefaturas UPC y UCM.
- Subdirección del Cuidado.
- Unidad de Gestión de Pacientes.
- Enfermeras Supervisoras Hosmet.

10. Referencias bibliográficas

- Ambulancias para el Transporte Terrestre de pacientes. Norma chilena oficial NCh 2426 Of 98. Decreto N°1.159, de fecha 31 de diciembre de 1998, del Ministerio de Salud.
- Aprueba reglamento de servicios privados de traslado de enfermos. Decreto 218. 1997. Ministerio de Salud.
- Manual de Gestión de derivación Hospital Guillermo Grant Benavente.

11. Anexos:

Anexo N°1: Red de Derivación ante emergencias/urgencias médico quirúrgicas

Especialidad	Patologías y/o prestación	Establecimiento receptor
Patologías neurológicas o neuroquirúrgicas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accidente vascular encefálico con indicación de trombólisis o manejo neurocrítico (GES) ▪ Hemorragia subaracnoidea (GES) ▪ Hematomas cerebrales con indicación quirúrgica ▪ Síndromes neuromusculares que requieran plasmaféresis 	INCA UGP:254837 Urgencia:254650
Patologías cardiacas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Síndrome coronario agudo con indicación de angioplastia (GES) ▪ Disección aórtica 	INSTITUTO NACIONAL DEL TORAX UGP: 255094
Patologías respiratorias	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuficiencia respiratoria grave con necesidad de ECMO ▪ Mediastinitis con indicación quirúrgica ▪ Tromboembolismo masivo con indicación de trombectomía 	INSTITUTO NACIONAL DEL TORAX UGP:255094
Patologías digestivas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abdomen agudo quirúrgico ▪ Hemorragia digestiva alta o baja masiva ▪ Obstrucción intestinal mecánica ▪ Hernias abdominales atascadas o estranguladas ▪ Necrosis pancreática con indicación quirúrgica ▪ Colangitis 	HOSPITAL DEL SALVADOR UGP:254104 UGP 990151743
Patologías psiquiátricas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intento suicida ▪ Brote psicótico 	HOSPITAL HORWITZ UGP:258945
Patologías hematológicas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patologías que requieran plasmaféresis o leucoferesis 	HOSPITAL DEL SALVADOR UGP:990151743

Oftalmología	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ojo rojo agudo profundo (Glaucoma agudo, uveítis, queratitis) ▪ Desprendimiento de retina (GES) ▪ Hemorragia Vítrea ▪ Trauma ocular (GES) 	UTO DEL HOSPITAL DEL SALVADOR UGP:990151743
Otorrino	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Epistaxis masiva no contenida 	URGENCIA DE HOSPITAL DEL SALVADOR UGP: 990151743
Cirugía vascular	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Isquemia arterial aguda con amenaza de perdida de extremidad 	HOSPITAL DEL SALVADOR UGP:990151743
Cirugía General	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infección de partes blandas profundas que requieran aseo quirúrgico 	HOSPITAL DEL SALVADOR UGP: 990151743
Urología	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Retención urinaria que requieren cistostomía 	URGENCIA HOSPITAL DEL SALVADOR UGP:990151743

Anexo N°2: Contactos Telefónicos Red Región Metropolitana

CONTACTOS TELEFONICOS RED PUBLICA REGION METROPOLITANA		
SERVICIO DE SALUD ORIENTE		
HOSPITALES	CENTRAL	GESTOR DE CAMAS
DEL SALVADOR	25744000	253598 // 94005045 // 90151743
LUIS TISNE	24725200	24725793 // 68476675
INCA	25754600	254837 // 942624087
TORAX	25755000	255094 // 952152089
GERIATRICO	25752490	
SERVICIO DE SALUD NORTE		
HOSPITALES	CENTRAL	GESTOR DE CAMAS
SAN JOSE	25680000	280493//2807507 // 89210310
SERVICIO DE SALUD OCCIDENTE		
HOSPITALES	CENTRAL	GESTOR DE CAMAS
SAN JUAN DE DIOS	25750000	242236 // 989210516 // 962389543
FELIX BULNES CERDA		257806//281772//994337927
H .DE TALAGANTE	25744200 244214	244221// 989210517
H DE MELIPILLA	245667 245555	242644// 990476637
H DE PEÑAFLORES		Servicio medicina 242527 // 242644
TRAUMATOLOGICO	25746150	gestor 989213767
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE		
HOSPITALES	CENTRAL	GESTOR DE CAMAS
SOTERO DEL RIO	25762527	262664// 91628883

PADRE HURTADO	25760600	260778//73986606
METROPOLITANO DE LA FLORIDA	26121291	221647173//974312320// Diurna:221243//940923415
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR		
HOSPITALES	CENTRAL	GESTOR DE CAMAS
BARROS LUCO	25763000	263091 // 961921762
EL PINO	25767300	267399 // 989027114
LUCIO CORDOVA	25763520	263497 // 263520
SERVICIO DE SALUD CENTRAL		
HOSPITAL	CENTRAL	GESTOR CAMAS
HUAP	25681100	281410 // 942811835
SAN BORJA ARRIARAN	25749000	248728 // 999185317
EL CARMEN	26120491	220570/568 // 958585241

Anexo N.º 3: Formato institucional Informe médico HosMet.



PRE-INFORME SOLICITUD DE DERIVACION

FECHA SOLICITUD:		HORA DE SOLICITUD :	
ESTABLECIMIENTO SOLICITANTE:		SERVICIO CLINICO (UCI, UTI, UCM):	
REQUERIMIENTO DE SOLICITUD (Ej: trombolisis, angioplastia, aseo quirurgico, manejo neurocritico, resolución quirurgica, manejo endoscopico de sangrado, etc):			

NOMBRE PACIENTE			
RUT		EDAD	
FECHA INGRESO HOSMET		ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN	

HIPOTESIS DIAGNOSTICA, MOTIVO DE DERIVACION	
DIAGNOSTICOS SECUNDARIOS (principalmente los que se relacionen con el motivo de derivación)	

ANAMNESIS Y EXAMEN FISICO (precisar cuadro clinico que fundamenta la derivación, describiendo resultados de exámenes y/o imágenes que respalden el motivo de derivación)

SIGNOS VITALES AL MOMENTO DE LA SOLICITUD DE DERIVACION					
PRESION ART	FREC CARD	FREC RESP	SAT O2	FIO2	ESTADO CONCIENCIA

NOMBRE MEDICO SOLICITANTE DE DERIVACION	
RUT MEDICO SOLICITANTE DE DERIVACION	

Anexo N° 4: Consentimiento Informado de Traslado.



FECHA		FOLIO	
-------	--	-------	--

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRASLADO DE PACIENTE QUE EXCEDE CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN

Yo, _____, cédula de identidad N° _____, obrando en la calidad abajo indicada, por medio del presente documento, vengo en declarar lo siguiente:

- Declaro que, he recibido por parte del médico tratante, la información comprensible acerca de mi estado de salud, del diagnóstico de mi enfermedad, de los tratamientos disponibles para mi recuperación y de los riesgos asociados.
- Declaro haber sido debidamente informado(a) sobre todos los aspectos concernientes al procedimiento de traslado a otra institución que el personal de salud del Hospital Metropolitano me ha dado a conocer y los motivos de dicho traslado.
- Declaro que se me ha explicado y que he podido comprender que mi traslado se efectuará a:

Con fecha _____

- Declaro que acepto expresamente y estoy de acuerdo con el traslado a otra institución;
- Declaro que he comprendido las explicaciones que se me han entregado en un lenguaje claro y sencillo y el facultativo me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO (marque con una X la opción):

- Como paciente.
- Como responsable del paciente: (Padre o Madre si es menor; representante legal, _____ familiar, tutor u otras personas que figuren como tales en historial clínico)

Fecha de notificación: _____

Médico Tratante:

Yo _____, cédula de identidad N° _____ certifico que he explicado en detalle todo lo relacionado con el traslado de paciente y he contestado todas las preguntas del paciente (tutor). Considero que el (la) paciente, tutor/representante comprende completamente lo que he explicado.

OTRAS CONSIDERACIONES:

Nombre y firma médico: _____

Nombre y firma paciente (tutor): _____

REVOCATORIA: Mediante la presente, vengo en expresar mi revocación al traslado expresado más arriba.

Fecha: _____

Nombre y firma paciente o representante: _____

Anexo N° 5: Tipo de Ambulancia.

Tipo de Ambulancia	Descripción / Tripulación	Equipamiento
Ambulancia M1 o básica	<p>Móvil destinado al transporte de pacientes que no tienen compromiso vital, con escasa o nula potencialidad de agravación. El equipamiento de esta ambulancia, por lo tanto, no necesita ser complejo y el requerimiento está dado por lo necesario para asegurar la posición del paciente y algún elemento de ayuda básica. Dentro de éstos se contemplan elementos de inmovilización y extricación y de manejo no invasivo de la vía aérea.</p> <p>Tripulación: considera dos personas; un conductor y un técnico paramédico, ambos debidamente capacitados en atención prehospitalaria.</p>	<p>Férulas extremidades Inmovilizador lateral de cabeza Collares cervicales diferentes tamaños Tabla espinal larga, con sus correspondientes correas de fijación Tabla espinal corta, con sus correspondientes correas de fijación, o chaleco de extricación Motor de aspiración Bolsa de reanimación adulto con mascarilla Bolsa de reanimación pediátrica con mascarilla Sondas de aspiración de diferentes lúmenes Cánulas de Mayo de distintos tamaños Balón de oxígeno portátil con manómetro y flujómetro Glucómetro Desfibrilador semiautomático (opcional) Equipo básico para atención del parto Equipo para el manejo de lesiones y heridas. Esfigmomanómetro Fonendoscopio Mascarillas Linterna Guantes de procedimientos Anteojos de seguridad</p>

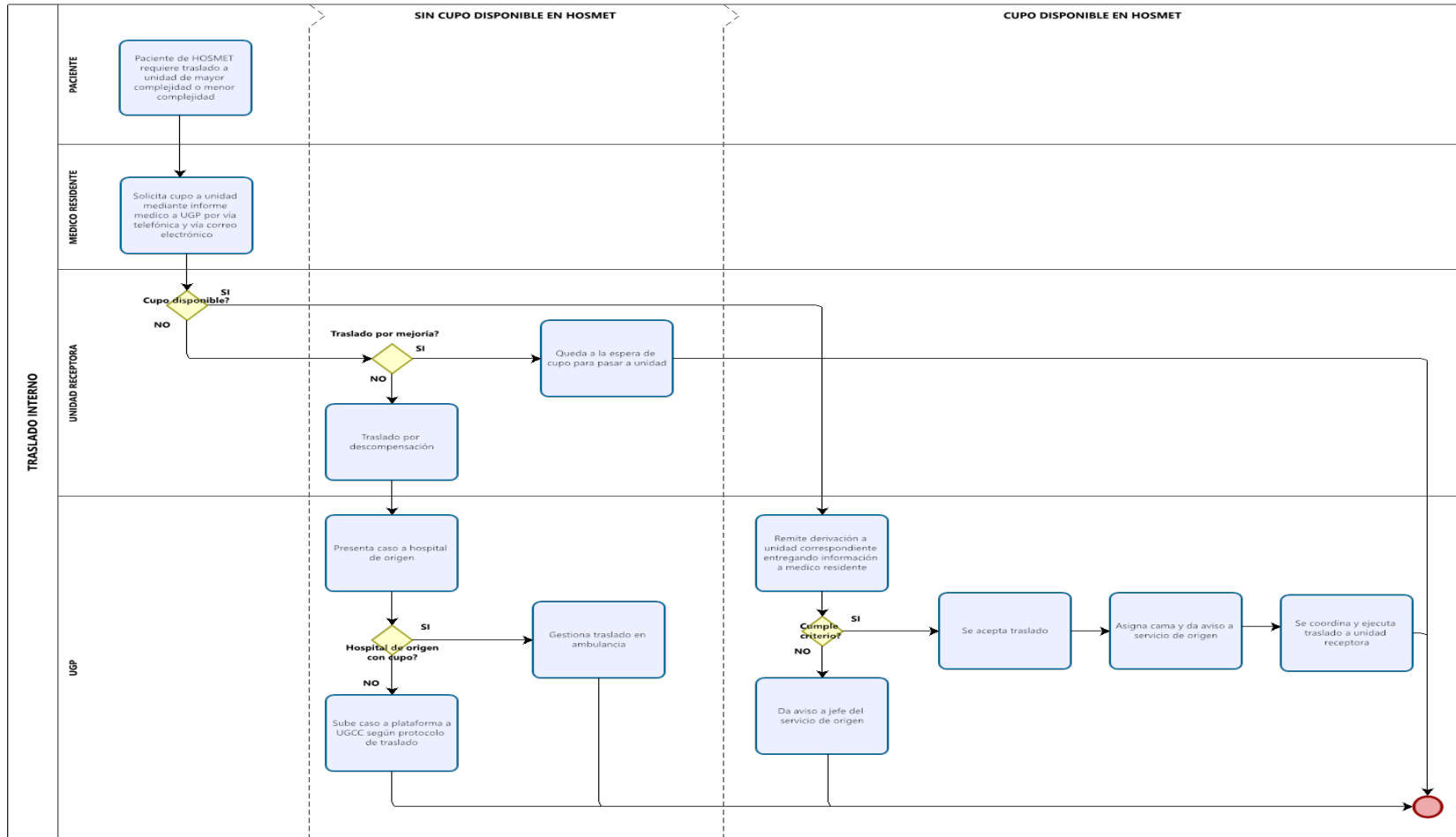
Tipo de Ambulancia	Descripción / Tripulación	Equipamiento
Ambulancia avanzada (M3)	<p>Ambulancia destinada al transporte de pacientes con compromiso vital, que pueden o no estar inestables. El equipamiento de este móvil incluye, además de los especificados en la ambulancia básica, elementos necesarios para apoyar un procedimiento de reanimación cardiopulmonar avanzada, elementos de manejo avanzado de la vía aérea, acceso vascular, soporte farmacológico, monitorización y / o desfibrilación</p> <p>Tripulación: considera a tres personas que pueden estar conformadas de alguna de las siguientes maneras:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Un conductor, un técnico paramédico y un profesional reanimador 2. Un conductor, y dos profesionales reanimadores 3. Un conductor, un técnico paramédico y un médico <p>Todos capacitados en atención prehospitalaria.</p>	<p>Equipamiento de ambulancia básica más:</p> <p>Tubos endotraqueales de diferentes tamaños</p> <p>Laringoscopio con hojas de diversos tamaños</p> <p>Sondas de aspiración rígidas y controladas</p> <p>Equipo de cricotiroidostomía</p> <p>Monitor cardio desfibrilador portátil.</p> <p>ECG de 12 derivaciones.</p> <p>Monitor de presión no invasiva</p> <p>Saturómetro</p> <p>Intravénulas de diferentes tamaños</p> <p>Equipos de fleboclisis</p> <p>Jeringas de diferentes tamaños</p> <p>Agujas</p> <p>Tela adhesiva</p> <p>Trócar de osteoclisis</p> <p>Tijeras</p> <p>Matraces de diversos tamaños y soluciones</p> <p>Drogas para enfrentamiento inicial de la emergencia vital</p> <p>Disponer de acceso a Ventilador mecánico de transporte.</p> <p>Disponer de acceso a Incubadora de transporte</p> <p>Electrodos adulto y pediátricos</p> <p>Termómetro</p>

		Recipiente para deshechos contaminados Caja de deshechos cortopunzantes
--	--	---

Anexo N. ° 7: Check List de traslado.

Documentos de Ingreso	SI	NO
1. Identificación correcta del paciente (comparar nombre del paciente con brazalete respectivo).		
2. Identificación de familiar y/o tutor.		
3. Antecedentes Mórbidos y Diagnósticos.		
4. Exámenes y Registros de Signos vitales.		
5. Epicrisis, Dato de Atención de Urgencia.		
6. Recepción de otros documentos.		

Anexo N°8: Flujograma traslado interno de pacientes.



Anexo 2 Modelo cartera de servicios HosMet

CRITERIOS DE INGRESO DE PACIENTES A UNIDAD DE CUIDADOS MEDIOS

I. CRITERIOS DE INGRESO UNIDAD CUIDADOS MEDIOS (UCM)

1. Paciente con resultado de antígeno y/o PCR COVID (independientemente de resultado) asociado a:
 2. Pacientes con Neumonía por Covid-19 con score precoz de complicación (SPC) < a 7 (ver Anexo 1)
 3. Pacientes con o sin comorbilidades que presenten insuficiencia respiratoria con requerimientos de O₂ suplementario con FiO₂ inferior o igual a 40% para saturación mayor a 92%, pCO₂ <60, con frecuencia respiratoria (FR) menor a 30 por /min por al menos 24hrs
 4. Pacientes con ventilación mecánica no invasiva (VMNI) egresados desde la unidad de paciente crítico (UPC) en periodo de destete, o bien, que sean usuarios crónicos de VMNI.
 5. Pacientes con patologías pulmonares crónicas o de otra etiología, que se encuentren descompensados sin criterios de ingreso a UPC.
 6. Pacientes estables hemodinámicamente, con presión arterial sistólica (PAS) >90 mmHg y/o presión arterial media (PAM) >60 mmHg. Sin uso ni requerimientos de drogas vasoactivas (DVA).
 7. Pacientes con deterioro en su función renal, pero sin necesidad de diálisis de urgencia.
 8. Pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en hemodiálisis crónica (HD), con acceso venoso permeable o fistula arteriovenosa (FAV) funcional, con disponibilidad de diálisis en su centro respectivo.
 9. Pacientes con antecedentes de trasplante mayor a 1 año, que cumplan con los criterios clínicos de estabilidad antes descritos y traigan su terapia específica requerida. Debe estar claramente establecido el nombre y número de contacto de su tratante previo a su ingreso.
10. Pacientes con cardiopatía coronaria aguda **resuelta** y que egresan de UPC estables, sin arritmias graves. Sin dolor anginoso recurrente.
11. Paciente con patología cardíaca no coronario que requiera compensación (insuficiencia cardíaca descompensada, trastorno del ritmo de manejo médico y sin necesidad de instalación de marcapaso)
12. Paciente con necesidades de cuidados de la salud y/o tratamiento médico sin criterios de Hospitalización Domiciliaria.
13. Pacientes con criterios de hospitalización, pero en los que se haya definido el manejo proporcional y/o los cuidados de fin de vida.

14. Paciente con patología médica y con criterios de hospitalización, sin red de apoyo, con el compromiso de rescate por parte del centro derivador, una vez resuelta la patología médica

II. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN UNIDAD CUIDADOS MEDIOS

1. Paciente embarazada
2. Pacientes pediátricos y neonatológicos
3. Urgencia dialítica concomitante
4. Síndrome coronario agudo que requiera manejo con hemodinamia o no resuelto Paciente con antecedentes de sangrado digestivo agudo (48 horas previa a la solicitud de ingreso) y/o sangrado digestivo durante la hospitalización sin endoscopia agendada (al momento de la solicitud) en hospital de origen.
5. Pacientes con fracturas expuestas y/o fracturas que requieran de resolución quirúrgica inmediata.
6. Paciente cursando con accidente vascular encefálico en periodo de ventana y/o con transformación hemorrágica.
7. Paciente con patología quirúrgica aguda no resuelta.
8. Pacientes que requieran estudio cardiológico/hemodinámico (coronariografía, angioplastia)
9. Pacientes que requieran procedimientos endoscópicos digestivos,
10. Pacientes que requieran tratamientos o estudios hemato-oncológicos
11. Gran quemado
12. Poli traumatizad
13. Patología psiquiátrica no compensada
14. Patología urológica aguda no resuelta.
15. Paciente que cumple criterios de ingreso a UPC.

ANEXO N°1: Score precoz de complicación (SPC)
(Score asociado directamente al riesgo de deterioro clínico).

Parámetros fisiológicos	Puntaje						
	3	2	1	0	1	2	3
Frecuencia respiratoria (rpm)	≥8		9-11	12-20		21-24	≥25 y/o uso de musculatura accesoria*
Saturación de oxígeno (%)	≤91	92-93	94-95	≥96			
Oxígeno suplementario		si		no			
Temperatura (°C)	≤35		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥39.1	
Presión arterial sistólica (mmHg)	≤80	81-90	91-100	101-179		180-199	≥200
Frecuencia cardíaca (lpm)	≤40		41-50	51-90	91-100	111-129	≥130
Nivel de conciencia				Alerta			Comp. Conciencia: Agitación-sopor

**Uso de musculatura accesoria: Retracción supraclavicular, aleteo nasal, retracción costal, asincronía ventilatoria tórax-abdomen, retracción abdominal a la inspiración.*

ANEXO N°2: ESCALA MANEJO DE SECRECIONES DE VÍA AÉREA

ESCALA DE MANEJO DE SECRECIONES VÍA AÉREA					
Puntaje	Tos a la succión	Viscosidad de Secreciones	Aspecto de secreciones	Cantidad de secreciones	Frecuencia de succión
0	Vigoroso	Acuosa	Claras	No tiene	>3 horas
1	Moderada	Espumosa	Café Claro	Leve	Cada 2 horas
2	Débil	Ligosa	Amarillo	Moderada	Cada 1-2 horas
3	No tiene	Adherente	Verde	Abundante	< 1 hora
PUNTAJE TOTAL: /15					

Interpretación de escala de manejo de secreciones vía aérea

- ≤ 8 Cumple con manejo aceptable de secreciones
- >8 Manejo irregular de secreciones

CRITERIOS DE INGRESO DE PACIENTES A UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO

Paciente con resultado de antígeno y/o PCR COVID (independientemente de resultado) asociado a:

1. Pacientes con Neumonía grave por clínica o imagen tomográfica compatible, asociado a insuficiencia respiratoria con necesidad de VM invasiva., FR >30, uso de musculatura accesoria, Fio2 > o= a 60%.
2. Pacientes que presentaron paro cardiorrespiratorio, con resucitación exitosa.
3. Insuficiencia respiratoria aguda por evolución de neumonía por Covid19 o de otra etiología, que requiere soporte ventilatorio invasivo.
4. Situación clínica de Shock séptico o hipovolémico con necesidad de drogas vasoactivas y de ventilación mecánica invasiva.
5. Tromboembolismo pulmonar masivo.
6. Deterioro de función renal y necesidad de hemodiálisis de urgencia.
7. Paciente con alteraciones de conciencia de causa no traumática y que requiera intubación orotraqueal para asegurar la vía aérea y conexión a VMI para lograr una adecuada oxigenación.
8. Cetoacidosis diabética y/o síndrome hiperosmolar no cetótico, con alteración del nivel de conciencia y/o disfunción respiratoria grave que requiera VMI.
9. Infecciones SNC (meningitis, encefalitis)
10. Paciente epiléptico conocido que presente estado epiléptico o crisis convulsivas de difícil manejo.
11. Disfunción hepática fulminante con requerimiento de VMI.
12. Pancreatitis grave, con necesidad de ventilación mecánica, sin indicación quirúrgica.
13. Crisis adrenal con inestabilidad hemodinámica y/o necesidad de VMI.
14. Paciente Crítico con Barthel mayor a 50.

II. CRITERIOS DE INGRESO A UNIDAD DE TRATAMIENTO INTERMEDIO (UTI)

Paciente con resultado de antígeno y/o PCR COVID (independientemente de resultado) asociado a:

1. Pacientes con o sin comorbilidades con neumonía o insuficiencia respiratoria aguda que requiera manejo con ventilación mecánica no invasiva.
2. Pacientes con inestabilidad hemodinámica con necesidad de drogas vasoactivas, sin necesidad de VMI.
3. Pacientes con neumonía con imagen tomográfica compatible y criterios de severidad y score precoz de complicación (SPC; ver Anexo 1) con score SPC 5 a 7. Considerar con médico residente que recibe ingreso, si requiere ingreso a intermedio o UCI).
4. Pacientes con extubación exitosa luego de las 48 horas, con o sin traqueostomía.
5. Pacientes que requieran drenaje pleural con compromiso hemodinámico.
6. Pacientes con cetoacidosis diabética y/o Síndrome hiperglicémico hiperosmolar no cetótico en etapa aguda, sin necesidad de VMI.
7. Trastornos electrolíticos severos y/o con repercusión electrocardiográfica y/o compromiso hemodinámico.
8. Pacientes con crisis convulsivas sin haber presentado un estatus epiléptico.
9. Síndrome coronario agudo mayor a 48 horas post revascularización
10. Edema pulmonar agudo de origen no coronario
11. Tromboembolismo pulmonar no masivo
12. Taquiarritmia con compromiso hemodinámico o que requieran o hayan requerido cardioversión eléctrica
13. Hipertensión pulmonar secundaria leve a moderada
14. Disfunción valvular de manejo médico

III. CRITERIOS DE EXCLUSION A UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO (UCI y UTI)

1. Pacientes embarazadas
2. Pacientes pediátricos y neonatológicos
3. Pacientes que requieren recursos que no se pueden proporcionar en el Hospital Metropolitano, tales como:
 - a. estudio hemodinámico: coronariografía/angioplastia/ revascularización coronaria
 - b. procedimientos endoscópicos digestivos no agendados en hospital de origen, al momento del ingreso
 - c. tratamiento o estudio hemato- oncológico
 - d. gran quemado
 - e. politraumatizados
 - f. necesidad de trasplante.
4. Paciente con patología quirúrgica aguda de resolución inmediata.
5. Paciente con fracturas que requieran resolución quirúrgica inmediata.
6. Paciente que se encuentren cursando accidente vascular encefálico en periodo de ventana.
7. Síndrome coronario agudo no resuelto
8. Post operatorio inmediato de cirugía cardiovascular
9. Endocarditis
10. Pericarditis y taponamiento cardíaco
11. Síndrome aórtico agudo
12. Disfunciones valvulares moderadas y severas de resolución quirúrgica
13. Arritmia que requiera marcapaso
14. Disfuncionalidad de marcapaso
15. Pacientes con buen estado general y que no cumplen de forma estricta criterios de gravedad.

ANEXO N°1: Score precoz de complicación (SPC)

(Score asociado directamente al riesgo de deterioro clínico).

Parámetros fisiológicos	Puntaje						
	3	2	1	0	1	2	3
Frecuencia respiratoria (rpm)	≥8		9-11	12-20		21-24	≥25 y/o uso de musculatura accesoria*
Saturación de oxígeno (%)	≤91	92-93	94-95	≥96			
Oxígeno suplementario		si		no			
Temperatura (°C)	≤35		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥39.1	
Presión arterial sistólica (mmHg)	≤80	81-90	91-100	101-179		180-199	≥200
Frecuencia cardíaca (lpm)	≤40		41-50	51-90	91-100	111-129	≥130
Nivel de conciencia				Alerta			Comp. Conciencia: Agitación-sopor

**Uso de musculatura accesoria: Retracción supraclavicular, aleteo nasal, retracción costal, asincronía ventilatoria tórax-abdomen, retracción abdominal a la inspiración.*

CRITERIOS DE INGRESO, EGRESO Y EXCLUSIÓN A LA UCI WEANING

Respiratorio:

Inclusión

-Insuficiencia respiratoria secundaria a patología aguda recuperable en proceso de

Weaning:

Exclusión:

- Trastorno neurológico primario o secundario que comprometa crónicamente la motricidad diafragmática.
- Hipertensión pulmonar severa.
- Enfermedad pulmonar intersticial avanzada
- ICC avanzada con FEVI-R
- EPOC en etapa GOLD-D o con oxígeno dependencia previa.
- Neoplasia pulmonar o sistémica activa
- Presencia o sospecha de metástasis pulmonares.
- Cardiopatía coronaria aguda no resuelta.
- Patología respiratoria aguda quirúrgica no resuelta (empiema pleural, neumotórax, derrame preneoplásico).

Neurológico:

Inclusión

- ACV isquémico y/o hemorrágico
- Lesión traumática con compromiso de SNC o de nervios periféricos
- Enfermedades con compromiso de nervios periféricos (miopatías, enfermedades

de UNM, neuropatía, radiculopatías, plexopatías)

Exclusión:

- Anomalías congénitas con compromiso medular, musculoesquelético y óseas.
- Sección medular o injuria grave medular.
- Patología traumática grave del SNP no estudiada con sospecha de neurotmesis

(VCN/EMG)

- Enfermedad infecciosa aguda musculoesquelética y del SNC no resuelta.
- Enfermedad desmielinizante del SNC o SNP activa, en periodo de manejo agudo
- Hernias espinales con déficit neurológico progresivo.
- Siringomielia
- Neoplasia del SNC o SNP, sistema musculoesquelético o de órganos sólidos.
- Hidrocefalia aguda no resuelta
- Status epiléptico no resuelto
- Distrofias musculares avanzadas
- Miopatías inflamatorias activas
- Escoliosis severa o malformaciones musculoesqueléticas severas
- ACV isquémico y/o hemorrágico en etapas crónicas de la enfermedad
- ACV isquémico y/o hemorrágico fuera del alcance médico definidos con

Adecuación del esfuerzo terapéutico (AET)

- Patologías quirúrgicas no resueltas o que requieren de manejo y seguimiento por neurocirugía y/o equipos de cirugía maxilofacial, traumatología.
- Enfermedades degenerativas crónicas en etapas avanzadas.
- Patologías agudas con GGT; 3 meses desde ocurrido el evento sin avances en la rehabilitación.
- Patología psiquiátrica descompensada que requiera de evaluación por especialista.

Criterios generales de exclusión

- Paciente obstétrica
- Paciente sin red de apoyo social/familiar.
- Paciente con patología médica terminal (neoplasia/otras)
- Encefalopatía hipóxica isquémica.
- Paciente en falla orgánica múltiple.
- Paciente con estado de postración previa con Score de Barthelt 60.
- Paciente con establecimiento de AET.
- Necesidad de manejo o seguimiento agudo por equipos quirúrgicos o Cardio quirúrgico.
- Distrés respiratorio severo o patología cardíaca con necesidad de ECMO
- Pacientes con UPP extensas que requieren resolución por cirugía plástica.

Criterio general:

- Pacientes con recuperación total o parcial (proporcional al pronóstico específico), que sean capaces de desenvolverse de forma independiente o asistidos en las actividades básicas y/o instrumentales de vida diaria.

CRITERIOS ESPECÍFICOS DE EGRESO DE UPC-REHABILITACIÓN Y WEANING

1. Hemodinamia estable sin DVA, por al menos 24 hrs.
2. Paciente sin requerimientos de apoyo ventilatorio invasivo o no invasivo, por lo
3. menos por 24 hrs o establecida su condición de cronicidad.
4. Arritmias controladas por más de 24 hrs.
5. Estabilidad neurológica alcanzada según pronóstico de la enfermedad de base y los avances definidos por el equipo sin presentar mayor progresión de la rehabilitación de acuerdo a los hitos esperados.

6. Remoción de la monitorización hemodinámica invasiva
7. En pacientes con VM crónica, resolución de la patología descompensante, llevando al paciente a su condición basal y/o en condiciones de alta a domicilio.
8. Traqueostomizado sin apoyo ventilatorio y/o establecida su condición de cronicidad.
9. Pacientes con insuficiencia renal aguda resuelta sin criterios de terapia de reemplazo renal.
10. ERC con indicación de terapia de reemplazo renal crónico establecida su confirmación GES, accesos vasculares y centro de HD.
11. Paciente cardiológico que alcanza una adecuada capacidad funcional establecida
12. de acuerdo al pronóstico de la patología de base de ingreso.

PROYECTO UNIDAD CORONARIA

Criterios de ingreso a Unidad Coronaria (UCO) etapa 1

- 1- Infarto con SDST resuelto a través de estudio angiográfico y descartada la necesidad de segunda mirada (“second-look”) angiográfico.
- 2- Infarto con IDST con estudio angiográfico realizado y resuelto.
- 3- Angina inestable con al menos dos troponinas negativas que descarte IAM.
- 4- Shock cardiogénico de causa isquémica con estudio coronario realizado y resuelto.
- 5- Insuficiencia cardiaca crónica descompensada.
- 6- Pericarditis aguda (sin taponamiento cardíaco).
- 7- Miopericarditis aguda.
- 8- Endocarditis de válvula nativa.
- 9- Fibrilación auricular paroxística/permanente.
- 10- Hipertensión arterial secundaria.
- 11- Aneurisma Aórtico Stanford B, asintomático, con hora programada para resolución endovascular.
- 12- Tromboembolismo pulmonar.

Criterios de exclusión:

- 1- Paciente con SCA con evidencia o sospecha de complicación mecánica (por ej.: insuficiencia mitral o sospecha de rotura de pared libre ventricular).
- 2- Enfermedad coronaria de 3 vasos con requerimientos de cardiocirugía.
- 3- Enfermedad coronaria estudiada con indicación de second-look (nuevos estudios adicionales angiográficos).
- 4- Shock cardiogénico de causa valvular o arrítmica.
- 5- Arritmias ventriculares

6- Arritmias supraventriculares con necesidad de estudio electrofisiológico (Flutter, TPSV, Wolff Parkinson White (WPW)

7- Necesidad de instalación de marcapaso definitivo, DAI o TRC.

8- Disección Aórtica Stanford A

9- Disección Aórtica Stanford B sintomática o con requerimientos de cirugía vascular sin agenda previa.

10- Miopericarditis que requiera asistencia ventricular u otro dispositivo invasivo de apoyo circulatorio.

11- Endocarditis infecciosa en válvula protésica o cualquier endocarditis que tenga criterios de cirugía cardíaca.

12- Tromboembolismo pulmonar con compromiso hemodinámico en que no se haya completado terapia (trombolítica, intervencional por angiografía o quirúrgica).

Anexo 3 Plan de comunicaciones

PLAN DE COMUNICACIONES

Cartera de servicios HOSMET		Unidad gestión de pacientes		Fecha última actualización	Versión 1	
	Informe / Reunión	Frecuencia	¿Para quién?	¿Cuándo?	¿Dónde?	Responsable
	Socialización de cartera de servicios HOSMET	Mensual	Referente de camas SSMO	1era semana de cada mes	Reunión vía Zoom Se envía correo con criterios por unidad a los involucrados	Jefatura UGP
	Socialización de cartera de servicios HOSMET	Semanal	UGCC MINSAL	Todos los lunes	Se envía correo con criterios por unidad a los involucrados	UGP HOSMET
	Socialización de cartera de servicios HOSMET	Mensual	Unidades de gestión de pacientes red oriente	1era semana de cada mes	Se envía correo con criterios por unidad a los involucrados	UGP HOSMET
	Actualización de cartera de servicios HOSMET	Mensual	Equipo directivo HOSMET	1era semana de cada mes	Reunión directiva AM	Jefatura UGP
Notas:						
<i>Frecuencia:</i> diaria, semanal, quincenal, mensual, bimestral, etc.						
<i>¿Para quién?:</i> directores, gerentes, cliente, trabajadores, etc.						
<i>¿Cuándo?:</i> si es un informe cuando se estima su publicación; si es una reunión colocar la fecha y hora.						
<i>¿Dónde?:</i> si es un informe colocar dónde será publicado o distribuido; si es una reunión colocar el lugar físico o virtual de la misma						

Elaboración propia, consenso con equipo gestor