

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso
Centro de Estudios y Asistencia Legislativa

**Propuesta de mejoras para una hospitalización
oportuna en la unidad emergencias adulto del
Hospital Carlos Van Buren**

Por

Leticia Polanco Retamal

Trabajo final de graduación para optar al grado de
Magister en Dirección Pública

Profesor guía: Dr. Guillermo Bustos Reinoso

Junio 2017

ÍNDICE

Índice.....
Índice de tablas	iii
Índice de gráficos	v
Índice de figuras.....	v
Glosario.....	vi
Abreviaturas.....	ix
Resumen.....	viii
Introducción.....	1
CAPITULO 1. SITUACIÓN ACTUAL DE LOS HOSPITALES EN CHILE	
1.1 Hospitales autogestionados	3
1.1.1 Evaluación de los EAR.....	3
1.1.2 Definición de la estrategia operacional.....	5
1.1.2.1 Eficiencia operacional.....	5
1.1.2.2 Procesos internos.....	7
1.2 Sobre la red y el organismo de salud	9
1.2.1 Misión y visión de la institución	10
1.3 Organización de los servicios clínicos en el HCVB	11
1.3.1 Características de la unidad de emergencia	14
1.3.2 Descripción del proceso de atención de paciente en urgencias.....	16
1.3.3 Situación actual del servicio de urgencia adultos del hospital Carlos Van Buren.....	22
CAPITULO 2: MARCO TEÓRICO Y METODOLÓGICO	
2.1 Marco teórico.....	26
2.1.1 Proceso de negocios y herramientas del rediseño de proceso utilizado en este estudio.....	26
2.1.2 Rediseño de procesos.....	29
2.1.3 Herramientas del rediseño de proceso utilizadas en el estudio.....	30
2.1.4 Atención humanizada en salud	30
2.2 Metodología y resultados	32
2.2.1 Método de investigación.....	32
2.2.2 Documentos revisados.....	33
CAPITULO 3: ANTECEDENTES Y RESULTADOS CASO DE ESTUDIO	
3.1 Revisión documental	34
3.1.1 Revisión datos según gestión de camas	34

3.2 Revisión datos segun Grupo Relacionado a Diagnóstico:.....	37
3.3 Revisión de manual organizacional de urgencias	39
3.3.1 Estructura física del hospital Carlos Van Buren:	39
3.3.2 Dotación de RRHH:.....	39
3.3.3 Normativas:	39
3.3.4 Entrevista con Enfermera Supervisora urgencias	41
3.5 Análisis de casos clínicos	42
3.6 Revisión de datos de área hospitalización	48
CAPITULO 4: ANÁLISIS Y PROPUESTA DE MEJORA	
4.1 Diagnóstico de la situación.....	53
4.1.1 Análisis segun Diagrama de Ámbito.....	53
4.1.2 Modelo de Brechas	55
4.1.3 Modelo de Relaciones Causales Factores Congestión Urgencias	56
4.2 Análisis de las información obtenida.	57
4.2.1 Factores externos.....	57
4.2.2 Factores internos de urgencias y servicios clínicos.....	58
4.3 Propuestas de mejora	59
4.3.1 Factores externos.....	59
4.3.2 Factores internos de la institución	60
4.3.2.1 Análisis de diagrama de actividad hospitalización mejorado.....	69
4.3.2.2 Análisis del diagrama de actividad de atención de urgencia rediseñado:.....	72
4.4 Impacto y simplicidad de las propuestas	73
4.5 Gestión del cambio.....	74
4.5.1 Análisis foda	74
4.5.2 Propuesta de intervención.....	76
CONCLUSIONES.....	81
BIBLIOGRAFIA	83
SITIOS WEB	84
ANEXOS	85

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Mapa de camas Hospital Carlos Van Buren.....	11
Tabla 2: Oportunidad de hospitalización antes de las 12 horas, HCVB, año 2015. ..	23
Tabla 3: Oportunidad de hospitalización antes de las 12 horas HCVB primer semestre 2016.....	24
Tabla 4: Ingresos y egresos de unidad emergencia adultos año 2015	35
Tabla 5: Revisión estadística de Gestión Camas HCVB 1° semestre año 2016	36
Tabla 6: Promedio de día estada de los de pacientes previo a traslado	36
Tabla 7: Ingresos y egresos según GRD año 2015.....	37
Tabla 8: Informe de egresos según GRD 2015-2016.....	38
Tabla 9: Entrevista Enfermera supervisora de Urgencia	41
Tabla 10: Programación de visitas médico-quirúrgicas	64
Tabla 11: FODA del Hospital Carlos Van Buren.....	75

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Pacientes en espera en UEH, más de 12 horas y % de espera a nivel país	8
Gráfico 2: Total de atenciones de UEH y % de pacientes categorizados en UEH a nivel país	8
Gráfico 3: Egresos hospitalarios año 2015.....	10
Gráfico 4: Distribución de pacientes según categorización Año 2015.....	15
Gráfico 5: Pacientes hospitalizados antes de las 12 horas de Enero a Agosto de 2016	24
Gráfico 6: Distribución por sexo	43
Gráfico 7: Días de hospitalización en urgencias.....	43
Gráfico 8: Ingreso de pacientes de acuerdo a franja horaria.....	44
Gráfico 9: Afluencia de público en urgencia	44
Gráfico 10: Estado de control de exámenes.....	45
Gráfico 11: Estado de los exámenes de imágenes	45
Gráfico 12: Frecuencia de realización de imágenes complejas.....	46
Gráfico 13: Tiempo de demora en realización de un examen	46
Gráfico 14: Estado de interconsultas.....	47
Gráfico 15: Casos de hospitalización prolongada	47
Gráfico 16: Causas de hospitalización prolongada	48
Gráfico 17: Distribución por sexo en sala de hospitalización	49
Gráfico 18: Vía de ingreso del paciente a sala de Hospitalización.	49
Gráfico 19: Tiempo de permanencia del paciente hospitalizado en UEA.....	50
Gráfico 20: Franja Horario ejecución del traslado desde urgencias.	50
Gráfico 21: Pacientes de alta por servicio	51
Gráfico 22: Tiempo de ejecución del alta	51

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Indicador de Oportunidad de hospitalización para pacientes desde UEH....	6
Figura 2: Categorización de demanda en unidad de emergencia Hospitalaria	7
Figura 3: Red Asistencial Valparaíso San Antonio	9
Figura 4: Categorización según Gravedad	15
Figura 5: Proceso atención de paciente hospitalizado.	16
Figura 6: Diagrama de actividad atención de paciente adulto hospitalizado	18
Figura 7: Diagrama de actividad atención de paciente en urgencias	20
Figura 8: Esquema del paciente en urgencias	21
Figura 9: Indicador Oportunidad de hospitalización para pacientes desde UEH.....	23
Figura 10: Diagrama de ámbito: Atención de pacientes hospitalizados en urgencias...	53
Figura 11: Modelo de Brechas	55
Figura 12: Modelo de Relaciones Causales	56
Figura 13: Escala NEDOCS	61
Figura 14: Plan de acción que mitigue la contingencia	62
Figura 15: Diagrama de actividad rediseñado: Atención de pacientes adultos hospitalizados.....	70
Figura 16: Diagrama de actividad atención de paciente en urgencias rediseñado....	71
Figura 17: Impacto y complejidad de las propuestas	73
Figura 18: Carta Gantt.....	79

GLOSARIO:

Categorización: clasificación del paciente según índice de gravedad.

Emergencia: situación de urgencia donde la salud e incluso la vida del paciente o población pueden estar gravemente comprometidos y precisar atención sanitaria inmediata. Situación de inicio o aparición brusca de riesgo vital o de peligro inmediato (minutos) real o potencial para la vida con efecto de secuelas graves permanentes si no recibe atención calificada de inmediato. En esta categoría se incluye C1 y C2.

Triage: acto de categorización de pacientes para establecer un orden de atención según condición de gravedad del consultante y no por orden de llegada.

Urgencia: serie de procesos, que, si bien no conllevan un riesgo vital para el paciente, si requieren su corrección (resolutiva o paliativa) en un corto espacio de tiempo.

Urgencia Vital: urgencia que compromete la vida del individuo

ABREVIATURAS:

ACV: Accidente Cerebro Vascular

APS: Atención Primaria en Salud

BCM: Baja Complejidad Médica

BSC: *balanced scorecard*

C1: paciente en riesgo vital, atención inmediata.

C2: paciente agudo, requiere atención dentro de 30 minutos.

C3: paciente sin riesgo vital, atención dentro de 90 minutos

C4: paciente leve, atención no urgente

C5: paciente debe ser derivado a consultorio atención primaria.

COMGES: Compromiso de Gestión

COSAM: Centro De Salud Mental Comunitaria

DEIS: Departamento De Estadística e Información En Salud.

EAR: Establecimiento Autogestionado en Red

GRD: Grupo Relacionado A Diagnóstico

HCVB: Hospital Carlos Van Buren

HEP: Hospital Eduardo Pereira

IEH: Hoja De Ingreso Y Egreso Hospitalario

MCM: Mediana Complejidad Médica

SAPU: Servicio Atención Primaria De Urgencia

SAR: Servicio De Alta Resolución

SUR: Servicio De Urgencia Rural

UEA: Unidad Emergencia Adultos

UEH: Unidad Emergencia Hospitalaria

UPC: Unidad De Paciente Critico

RESUMEN

En la mayoría de los servicios de urgencia chilenos, la sobredemanda de la atención de urgencia hospitalaria, es una situación que hace algunos años se presentaba solamente en periodos estacionales según el comportamiento de algunas enfermedades, sin embargo, gradualmente este escenario ha ido variando, transformándose en uno permanente, que bordea la deshumanización de los cuidados, debido a que no se aseguran las condiciones mínimas necesarias para atender a los pacientes en el marco del respeto y dignidad. Cambios en el perfil epidemiológico y demográfico de la población, tales como el aumento de las expectativas de vida y envejecimiento, sumado a los incrementos sostenidos de los costos en salud y las brechas en atenciones médicas de especialidad, hospitalizaciones en camillas, tiempo de espera excesiva para traslado del paciente a una cama hospitalaria y la insatisfacción en los usuarios de los sistemas públicos, obliga a realizar intervenciones orientadas a modelar esta situación.

Existen estudios que describen algunos factores que provocan una mayor congestión en los servicios de urgencia, sin embargo, a nivel local no están claramente identificados. La demora en el ingreso de los pacientes a una cama hospitalaria influye directamente en la calidad de la atención brindada, implica un retraso en la entrega de los cuidados y en la administración de los tratamientos para una pronta recuperación, afecta el pronóstico de la enfermedad, aumenta las probabilidades y los riesgos de complicaciones de cualquier patología.

En el marco de los cambios en salud se crean los EAR, con el afán de mejorar la gestión y eficiencia de los hospitales, para medir esta eficiencia se utilizan 48 indicadores, dos de ellos se relacionan con el motivo de estudio, el primero dice relación con la oportunidad de hospitalización de los pacientes que ingresan a la institución desde los servicios de urgencia, y el otro indicador tiene relación con la categorización de la demanda, mediante un estudio descriptivo, cuantitativo y observacional, este trabajo busca conocer cuáles son los factores que se asocian a esta problemática, realizar un análisis que permita determinar localmente los factores que al ser modificados utilizando rediseño de proceso, puedan generar un cambio orientado a mejorar la eficiencia y la dignidad de la atención brindada a los pacientes del Hospital Van Buren.

Dentro de los principales hallazgos de este trabajo, destaca la inexistencia de un sistema de medición objetivo de la congestión, la realización de exámenes de los pacientes que se hospitalizan en urgencias se efectúan en tiempos razonables, lo que permite determinar presunción diagnóstica y definir derivación, existen algunas patologías que retienen al paciente en sala de urgencias por requerir intervención de especialistas, cuya disponibilidad se restringe solo al horario hábil. La estandarización de la actuación médica, traducida en protocolos adaptados a la realidad local, que permitan guiar al profesional en el diagnóstico, en el tratamiento de los pacientes, sin duda permitirá mejorar la oportunidad de hospitalización.

INTRODUCCIÓN

Los servicios de urgencia son clave dentro de la gestión hospitalaria, corresponden a unidades destinadas a brindar atención de salud a pacientes de diferentes edades y con diferentes requerimientos. La necesidad de atención puede estar dada por patologías agudas o patologías crónicas descompensadas, con potencial riesgo vital para el paciente, por lo que debe ser resuelta o compensada en un tiempo breve y oportuno. Constituyen la puerta de entrada al sistema de salud, tanto para atención ambulatoria o como también, aquella que por su complejidad o riesgo hace necesario ingresar al paciente a la institución para iniciar un determinado estudio y tratamiento.

El servicio de urgencia atiende las 24 horas del día, los 365 días del año y cuenta con una demanda variable durante el día y las distintas estaciones del año. Los cambios asociados al comportamiento de la población y las deficiencias de resolutivez en la atención primaria, como la descrita en el análisis de la demanda en los servicios de urgencia (según Ministerio de Salud Departamento de Estadística e Información en Salud, año 2014) muestran que entre un 45 y un 53% de las consultas del servicio de urgencia son de baja complejidad, es decir, pueden ser resueltas sin necesidad de servicios especializados o complejos, en otro nivel de atención, es por esta razón que el servicio de urgencia es visualizado con una congestión progresiva, permanente en el tiempo y en ocasiones colapsado. Tal escenario provoca malestar, insatisfacción, reclamos y merma en la satisfacción del usuario, quién, además, busca solución de sus dolencias en un contexto de tensión emocional y vulnerabilidad. También, en el funcionario aparecen y/o aumentan sentimientos de insatisfacción y sobrecarga, lo que genera impacto negativo en el prestigio de la institución.

Existen estudios nacionales¹ e internacionales^{2 3} que sugieren que gran parte de los embotellamientos y la saturación en los servicios de urgencias, corresponden a una ineficiencia operativa del flujo de pacientes que debe ser hospitalizado, ya sea por la no disponibilidad de camas en la unidad, o por la falta oportuna de equipos médicos especializados para su atención. A partir de esto, se presenta un cuello de botella en las diferentes salas del hospital, por ejemplo, pacientes recién intervenidos sin cupo en sala de recuperación deben permanecer en observación de urgencias, por no tener una cama disponible en el servicio de destino, ocasionando con esto retraso en las siguientes intervenciones o suspensión de cirugías por falta de un espacio donde trasladar pacientes, por lo tanto, un proceso que debiera ser fluido y organizado, se

¹ Garrido Nicolás, Retamal Andrea, Tobar Eduardo Elementos de gestión para un servicio de urgencias de un hospital universitario. Revista Hospital clínico Universidad de Chile 2014, 189- 200.

² Gaceta Médica de México. 2013;149:417-24

³ Flores, Carlos: La saturación de los servicios de urgencias: Una llamada a la Unidad Departamento de Emergencia. Lawrence Hospital Center. Brownsville. Nueva York, EE.UU.

ve entorpecido, generando aumento de las horas de espera de todos los pacientes que requieren atención.

En ese mismo sentido, otros estudios muestran que gran parte de los pacientes que asisten a las unidades de emergencias necesitan una atención más especializada⁴.

En este estudio se ilustran factores internos y externos que facilitan la congestión de camas al interior de la unidad de emergencia adultos del Hospital Carlos Van Buren, tomando algunas herramientas de ingeniería de negocios, con el fin de establecer un diagnóstico de situación. Al conocer cuáles son los factores a optimizar se pueden implementar medidas de mejora orientadas a elevar la calidad del servicio.

Para ello se elabora la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores internos y externos modificables que permiten disminuir la congestión de camas al interior de la unidad de emergencia del Hospital Carlos Van Buren?

Para responder esta interrogante, se considera el siguiente objetivo general:

- Elaborar propuestas de mejora que permitan elevar la calidad de atención del paciente y establecer un flujo adecuado de los usuarios hospitalizados en la unidad de emergencias del Hospital Carlos Van Buren.

Los objetivos específicos son:

1. Identificar factores externos que inciden en la congestión de camas de urgencia adulto, a través de la aplicación de diagrama de ámbito.
2. Identificar factores internos que inciden en la congestión de camas de urgencia adulto, utilizando diagrama de actividad del proceso de atención de urgencias adultos del hospital Carlos Van Buren.
3. Establecer objetivamente el nivel de saturación del servicio de urgencia.
4. Establecer propuestas de mejora, que permitan disminuir la congestión del servicio de urgencias del Hospital Carlos Van Buren.

⁴ Pérez Adads, Poblete Troncoso, Pug Olavarría K. Optimización del flujo de pacientes en un servicio de urgencias 2008.

CAPITULO 1. SITUACION ACTUAL DE LOS HOSPITALES EN CHILE

Este capítulo permite mostrar como el Ministerio de salud chileno ha organizado a los hospitales complejos para orientar y medir la eficiencia, se describen aquellos indicadores que se relacionan con el objeto del estudio, además de mostrar el comportamiento de estos indicadores a nivel país.

1.1 HOSPITALES AUTOGESTIONADOS

Los cambios demográficos de la población en relación a su envejecimiento y las complicaciones de las enfermedades, han provocado un cambio significativo en las necesidades de salud en el país. El aumento de los costos y las brechas existentes son preocupaciones vigentes en las autoridades. Debido a esto aparece en el año 2005 bajo marco regulatorio de la ley 19.937, la figura de los Hospitales Autogestionados en Red (EAR), como una forma de orientar y mejorar la eficiencia de los hospitales más complejos. Esta ley les otorga a los directores de los hospitales tipo uno y tipo dos, mayores atribuciones y responsabilidades en la gestión de recursos económicos, físicos y del capital humano, así como en el manejo de transacciones con terceros.

El Decreto Ley 2.763, a través de la Ley 19.937 y la modificación del DS 42⁵, permite a los directores:

- ✓ Definir autónomamente la organización interna y sus normas de funcionamiento
- ✓ Presentar un presupuesto
- ✓ Celebrar contratos de compras de servicio
- ✓ Celebrar convenios directivos con FONASA (*leasing* , inversiones)

1.1.1 EVALUACION DE LOS EAR

Durante el año 2011, se establece que para cumplir con los requisitos de autogestión, el establecimiento debe certificar cumplimiento de esas prestaciones anualmente, los cuales se enuncian en los artículos 16 y 18 del D.S. N° 38. El cumplimiento de ellos, debe certificarse anualmente, mediante las instrucciones que definan de manera conjunta los Ministerios de Salud y Hacienda, para lo cual fue necesario, establecer herramientas de gestión que faciliten la evaluación y cumplimiento de indicadores.

En el año 1992, la revista *Harvard Business Review*, publicó el artículo “*The Balanced Scorecard*”, el que traducido al español se conoce como cuadro de mando integral (CMI). Dicho artículo fue elaborado por los profesores Robert Kaplan y David

⁵ Anon, (2016). [en línea] Disponible en: http://www.hjnc.cl/docs/Hospital_Chile_autogestionado01.pdf [Acceso 19 Jun. 2016].

Norton, ambos de la Universidad de Harvard. El cuadro de mando integral es una herramienta de gestión estratégica, que permite definir con mayor precisión los objetivos que conducen a la supervivencia y desarrollo de las organizaciones. Traduce el tránsito estratégico entre la visión y misión conocido como planificación estratégica en un mapa en el que se descuelgan indicadores, los que dan cuenta del comportamiento de dicho camino. Facilita la toma de decisiones, generando un conjunto coherente de indicadores que proporcionan a la alta dirección y a las unidades responsables, una visión comprensible de su área de responsabilidad.

La información aportada por el cuadro de mando permite enfocar la tarea, alineando a los equipos directivos, unidades, recursos y procesos, con las estrategias de la organización. En estos hospitales (autogestionados) se desea impulsar estratégicamente los procesos orientados a sustentabilidad financiera, eficiencia operacional, gestión clínica y excelencia en la atención. Los requisitos mínimos que los establecimientos autogestionados para aprobar la evaluación anual, son:

- BSC: 75% de cumplimiento.
- Artículos 16 y 18 del Decreto Supremo N° 38: 100% de los requisitos.
- A su vez, todo documento citado en los Artículos 16 y 18 siguientes, del Decreto N° 38 de 2005.

Mapa Estratégico

Contempla aquellos objetivos e indicadores, que permitirían medir la actuación del EAR desde cuatro perspectivas equilibradas:

- ✓ Usuarios,
- ✓ Financiera,
- ✓ Procesos Internos
- ✓ Aprendizaje y Desarrollo.

En relación al objeto de este estudio se encuentran asociados algunos compromisos de gestión, desde la perspectiva de procesos internos a nivel hospitalario orientados a:

- Optimizar la coordinación entre la unidad de emergencia y servicios Clínicos
- Mejorar la oportunidad de hospitalización de pacientes
- Mejorar la estandarización, medición y calidad del selector de demanda.

Existen 48 indicadores para evaluar la gestión hospitalaria, para efecto de este estudio son relevantes dos, desde la perspectiva de procesos internos y dicen relación con la oportunidad de hospitalización y selección de la demanda, descritos a continuación:

1.1.2 DEFINICION DE LA ESTRATEGIA OPERACIONAL

1.1.2.1 EFICIENCIA OPERACIONAL

Estrategia: Eficiencia operacional

Nombre del indicador: B.2_1.3 Oportunidad de Hospitalización para Pacientes desde Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH)

Objetivo: Fortalecer y optimizar los procesos clínicos críticos

Descripción: Este indicador mide el número de pacientes que teniendo la indicación de hospitalización desde UEH, acceden a una cama en un tiempo menor a 12 horas.

Responsable: Gestor de pacientes o Subdirector médico

Frecuencia de medición: Mensual

Fórmula: (Número de pacientes provenientes de la UEH, que se hospitalizan antes de 12 horas desde la indicación, en el periodo / Total de pacientes ingresados a los servicios clínicos con indicación de hospitalización provenientes de la UEH, en el periodo) x 100

Meta: $\geq 70\%$

Razonamiento meta: La demora en el ingreso a una cama hospitalaria implica un retraso en la entrega de los cuidados y tratamientos necesarios para una pronta recuperación, afectando directamente el pronóstico de los pacientes atendidos en un servicio de urgencia. Además, entorpece el adecuado flujo de pacientes, al tener bloqueada una camilla de atención.

Iniciativas:

1. Implementación de gestores de pacientes
2. Registro fidedigno en UEH y servicios clínicos, de datos necesarios para medir el indicador.
3. Protocolos de atención de urgencia y hospitalización.

Figura n°1: Indicador de Oportunidad de hospitalización para pacientes desde UEH

Perspectiva: Procesos Internos	Nombre indicador: Oportunidad de Hospitalización para Pacientes desde UEH (B.2_1.3)	Responsable: Gestor de Pacientes o Subdirector Médico.
Estrategia: Eficiencia operacional	Objetivo: Fortalecer y optimizar los procesos clínicos críticos	
<p>Descripción: Este indicador mide el número de pacientes que teniendo la indicación de hospitalización desde la unidad de emergencia hospitalaria (UEH), acceden a una cama en un tiempo menor a 12 horas.</p> <p>Para efectos de cálculo del indicador, se deberán sumar todas las hospitalizaciones adulto y pediátricas (excluida obstétrica), provenientes de la UEH del establecimiento.</p> <p>El servicio de urgencia, no debe ser considerado con camas de hospitalización.</p> <p>El establecimiento debe implementar un sistema de registro local de los tiempos:</p> <p>Tiempo 1 (T1): Hora de indicación de hospitalización en UEH.</p> <p>Tiempo 2 (T2): Hora de ingreso al servicio clínico, entendido como paciente acostado.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual	Tipo de unidad: Porcentaje	Polaridad: Los valores altos son buenos
Fórmula: $(\text{Número de pacientes provenientes de la UEH, que se hospitalizan antes de 12 horas desde la indicación, en el periodo} / \text{Total de pacientes ingresados a los servicios clínicos con indicación de hospitalización provenientes de la UEH, en el periodo}) \times 100$		
Fuente de datos: REM A08 sección G (Numerador: Columna C Fila 69. Denominador: Columna C filas 69 a 71).		
Línea de base: Sin línea base	Meta: $\geq 70\%$	
Razonamiento meta: La demora en el ingreso a una cama hospitalaria implica un retraso en la entrega de los cuidados y tratamientos necesarios para una pronta recuperación, afectando directamente el pronóstico de los pacientes atendidos en un servicio de urgencia. Además, entorpece el adecuado flujo de pacientes, al tener bloqueada una camilla de atención.		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementación de gestores de pacientes. 2. Registro fidedigno en UEH y servicios clínicos, de los datos necesarios para medir el indicador. 3. Protocolos de atención de urgencia y hospitalización. 	

Fuente: Minsal. Plataforma Evaluación de Autogestión hospitalaria, año 2016.

También es relevante para el estudio el compromiso de gestión n° 8, relacionado con de la disminución de consultantes categorizados C4 y C5, que se presenta a continuación.

1.1.2.2 PROCESOS INTERNOS

Estrategia: procesos internos

Nombre del indicador: B.2_1.2 Categorización de la Demanda en Unidad de Emergencia Hospitalaria.

En la gestión clínica se ha determinado disminuir las consultas espontáneas de casos de baja complejidad (C4 y C5) en las unidades de emergencia hospitalaria, detallado en la siguiente figura:

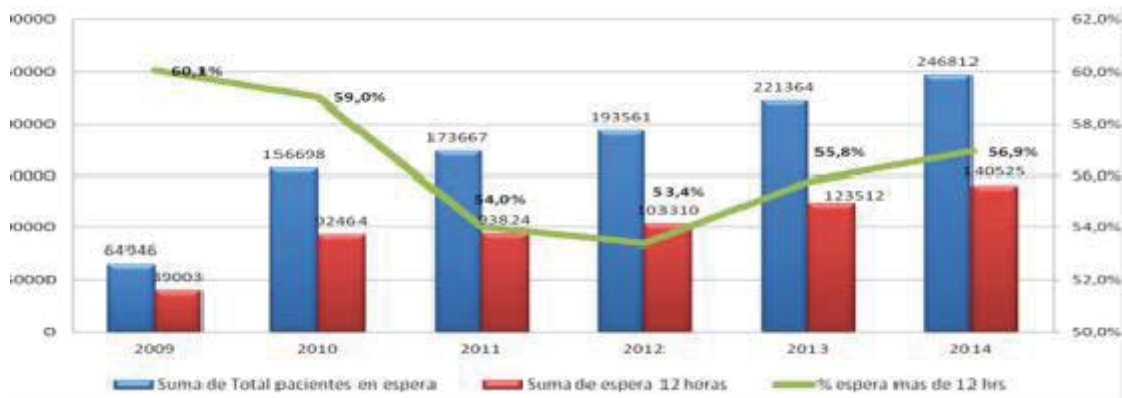
Figura n°2: Categorización de demanda en unidad de emergencia Hospitalaria

Perspectiva: Procesos Internos	Nombre indicador: Categorización de la Demanda en Unidad de Emergencia Hospitalaria (B.2_1.2)	Responsable: Encargado Servicio de Urgencia
Estrategia: Eficiencia Operacional	Objetivo: Fortalecer y optimizar los procesos clínicos críticos	
<p>Descripción: Este indicador mide el porcentaje de pacientes clasificados al ingreso de la unidad de emergencia hospitalaria (UEH), que acceden a la consulta médica, en función de los síntomas y signos referidos por el paciente o acompañante, en aras de priorizar la atención médica y cuidados de enfermería, acorde con los recursos materiales y humanos dispuestos por el establecimiento. Las acciones de categorización deben efectuarse:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Por un selector de demanda (personal clínico). 2. A todos los consultantes (niños y adultos). No incorpora consulta obstétrica. 3. Antes de efectuarse la atención médica. 4. En cinco niveles de clasificación, de C1 a C5. 5. De manera ininterrumpida, las 24 horas del día, los siete días de la semana. <p>La clasificación de pacientes previa a la atención en la UEH, debiera ser la puerta de entrada a una atención oportuna. Por tanto, debe aplicarse en forma rápida, con el propósito de obtener un valor predictivo de la complejidad del cuadro clínico.</p>		
Frecuencia de medición: Mensual	Tipo de unidad: Porcentaje	Polaridad: Los valores altos son adecuados
<p>Fórmula: $(\text{Número de pacientes categorizados al ingreso a la UEH en el periodo} / \text{Total de consultas médicas de urgencia en la UEH en el periodo}) \times 100$</p>		
Fuente de datos: REM A08 sección A.1 y A.2 (Numerador: Columna B filas 15 a 19. Denominador: Columna B fila 10)		
Línea de base: Acumulada a diciembre del año anterior	Meta: $\geq 90\%$ del total de consultas médicas de la UEH.	
<p>Razonamiento meta: La categorización de la atención en las UEH, ha permitido entregar atención en forma prioritaria a los pacientes que más lo necesitan, de acuerdo a la clasificación de su nivel de gravedad. Sumado a lo anterior, esta categorización ha dado cuenta del perfil de los consultantes.</p>		
Iniciativas:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitar en categorización a la totalidad del personal clínico de urgencia. 2. Cuando un hospital no tenga un selector de demanda exclusivo las 24 horas del día, asegurar que la categorización se siga realizando con personal de turno. 	

Fuente: Minsal. Plataforma de Evaluación de autogestión hospitalaria, año 2016.

Al realizar la revisión del indicador del cumplimiento de oportunidad de hospitalización, la realidad país muestra que el tiempo de espera por hospitalización, retarda más de 12 horas en al menos 56,9% de los pacientes a nivel nacional, según datos aportados por gestión camas centralizadas (MINSAL). Estando bajo el nivel de cumplimiento, tal como muestra siguiente gráfico:

Gráfico n° 1: Pacientes en espera en UEH, más de 12 horas y % de espera a nivel país



Fuente: Ministerio de Salud, año 2015.

En el indicador que dice referencia con los pacientes categorizados se encuentra un buen cumplimiento a nivel nacional, ya que un 95% de los pacientes se encuentra categorizado, es decir, se conoce cual es su nivel de riesgo y tiempo que puede esperar para atención de urgencia, como muestra el siguiente gráfico:

Gráfico n°2: Total de atenciones de UEH y % de pacientes categorizados en UEH a nivel país



Fuente: Ministerio de Salud, año 2015.

1.2 SOBRE LA RED Y EL ORGANISMO DE SALUD

La red asistencial del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio la conforman 5 Hospitales: 2 de alta complejidad (**Carlos Van Buren** y **Eduardo Pereira**), 1 de mediana complejidad, (**Claudio Vicuña**), y 1 de menor complejidad (**Hospital San José de Casablanca**), además del **Hospital Psiquiátrico Del Salvador**.

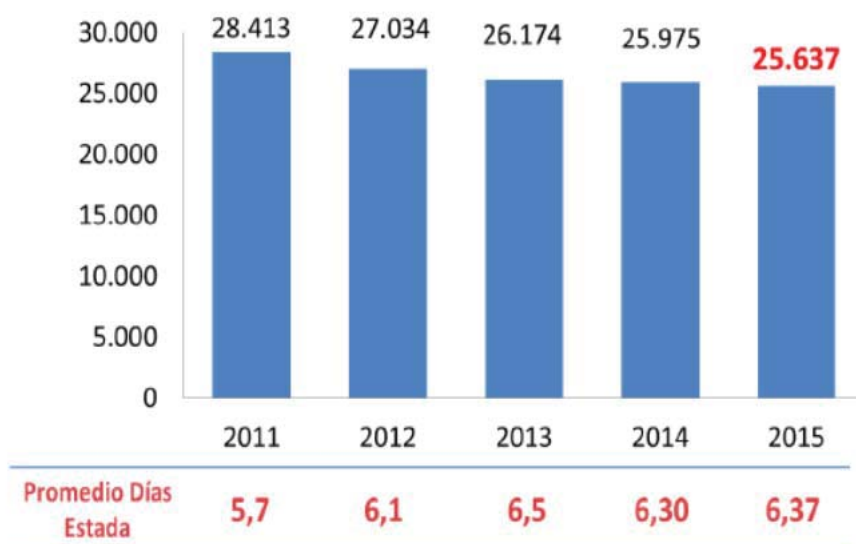
Figura n° 3: Red Asistencial Valparaíso San Antonio



Fuente: Minsal. Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, año 2016.

El Hospital Carlos Van Buren es uno de los establecimientos docente asistencial de alta complejidad en Valparaíso perteneciente a la red asistencial del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, cuenta con 526 camas de dotación, referente regional y suprarregional en diversas patologías, posee la única unidad de emergencias adultos de la red pública para la ciudad de Valparaíso, con un promedio de 675 atenciones diarias durante el año 2015, con un total de 25.637 egresos hospitalarios y un promedio de días estada correspondiente a 6,37 días, cifra que ha evidenciado un aumento de un 11% en relación al año 2011, y que se puede visualizar en el gráfico N° 3.

Gráfico n°3: Egresos hospitalarios año 2015



Fuente: Departamento de Planificación y Control HCVB, año 2016

1.2.1 MISIÓN Y VISIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Como institución pública, el hospital tiene estipuladas sus declaraciones fundamentales entre misión, visión y valores, las que se relacionan con el interés de este estudio (la calidad de la atención y los valores en que se sustentan), se detallan a continuación:

Misión:

“Somos una institución pública de salud de alta complejidad, asistencial y docente, integrada a la Red, que entrega prestaciones de calidad a su comunidad, contribuyendo a resolver integralmente los problemas de salud”.

Visión:

“Queremos ser líderes nacionales en Salud, centrados en el usuario, con calidad, innovación y a la vanguardia tecnológica”.

Valores:

- **Compromiso**
- **Respeto**
- **Equidad**
- **Excelencia**
- **Responsabilidad**

1.3 ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS CLINICOS EN EL HCVB

A partir del año 2005, con el fin de optimizar el recurso de camas disponibles, se instruye a los hospitales que deben mantener camas indiferenciadas, subclasificándose solo en camas médicas y quirúrgicas diferenciadas por nivel de complejidad básica, medias o críticas, y a su vez, en neonatales, pediátricas, adultos y gineco-obstétricas.

Según lo declarado en Resolución Exenta N° 6732, del 11.07.2016, la Dotación de camas HCVB del año 2016 es la siguiente:

Tabla n° 1: Mapa de camas Hospital Carlos Van Buren

Área funcional	Servicio clínico	Tipo de cama	Dotación
Área médica cuidado básico	Baja complejidad médica(BCM)	Cuidados básicos	65
	Oncología	Cuidado básico	30
Total área			95
Área médica cuidados medios	Mediana complejidad médica (MCM)	Cuidado medios	51
	Unidad médicos agudos	Cuidados medios	32
Total área			83
Área medico quirúrgicos cuidados básicos	Otorrinolaringología-Oftalmología (BCQ)	Cuidados básicos	31
	Ginecología	Cuidados básicos	21
	Neurocirugía	Cuidados básicos	23
Total área			75
Área quirúrgica cuidados medios	Mediana Complejidad quirúrgica (MCQ)	Cuidados medios	65
Total área			65
Área cuidados intermedios adulto	Unidad cuidados intermedios (UCIM)	cuidados críticos	22
Área critica	Unidad de paciente critico (UPCA)	Cuidados críticos	14
Total área			36
Área pediátrica básica	Aislamiento	Cuidados básicos	5
	Lactante	Cuidados básicos	12
	Neurología	Cuidados básicos	6
	Segunda infancia	Cuidados básicos	12
Total área			35

Mapa de camas HCVB			
Área pediátrica cuidados medios	Oncología	Cuidados medios	6
Área médica - quirúrgica Pediátrica cuidados básicos	Cirugía y traumatología infantil	Cuidados básicos	30
	Unidad hospitalización abreviada	Cuidados Básicos	5
Total área			35
Área quirúrgica pediátrica C. Medios	Neurocirugía infantil	Cuidados medios	5
Área pediátrica cuidados intensivos	Unidad de cuidados intensivos pediátricos (UJCP)	Cuidados críticos	6
Área pediátrica cuidados Intermedios	Unidad de cuidados intermedios pediátricos	Cuidados críticos	9
Área neonatológica Básicos	Neonatología cunas	Cuidados básicos	8
Área neonato cuidados medios	Unidad de cuidados intermedios neonatólogicos	Cuidados medios	8
Área neonato cuidados intensivos	Unidad de cuidados intensivos neonatólogicos	Cuidados intensivos	6
Área pensionado	Neurología y urología	Cuidados medios	2
Área obstétrica	Patología obstétrica	Cuidados básicos	16
Área obstétrica	Puerperio normal	Cuidados básicos	34
Total			526

Fuente: Departamento de planificación y control HCVB, año 2016.

Desde el año 2012, el Ministerio de Salud declara las características de la atención bajo la Ley 20.584, de Deberes y Derechos de los Pacientes, publicada en Diario Oficial el 24 Abril del año 2012, que básicamente modifica las expectativas de los usuarios, requiriendo, además del diagnóstico y la resolución oportuna de su

patología, calidad y trato adecuado en la atención, declarando orientaciones que tienen que ver con la humanización de los cuidados. Sin embargo, en la actualidad la capacidad del hospital, no permite llegar a los estándares indicados, es frecuente encontrar pacientes hospitalizados en los box de atención ambulatoria, lugar donde el paciente solo debe ser examinado para definir su destino. Actualmente, en urgencias existen un total de 18 camas de observación, las que no son suficientes.

La motivación de este estudio, además de sostener la humanización de los cuidados, concuerda con los lineamientos estratégicos del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, entre aquellos se encuentran:

- Mejorar la resolutiveidad de la red en salud
- Promover uso adecuado de los recursos de los usuarios de la red
- Entregar una atención oportuna
- Fortalecer la gestión clínica
- Mejorar la coordinación entre atención primaria, hospitales y dirección del servicio de salud.

El Hospital Carlos Van Buren es el hospital base de la red del servicio de Salud Valparaíso San Antonio, al año 2011 presenta un total de 303.245 consultas de atención médica de urgencias, de las cuales 177.719 corresponden a atenciones de la Unidad de Emergencias de Adultos (UEA), con un promedio mensual de 14.809 consultas, cuyo tiempo para la atención ambulatoria es mayor a cuatro horas, se atienden alrededor de 25 pacientes por hora, de los cuales aproximadamente 40 se hospitalizan en plazo de 24 horas. Si este dato se asocia al aumento de promedio del día de estada por envejecimiento de la población, la situación se complejiza aún más, ya que supera la capacidad de respuesta de los servicios.

La situación de congestión a nivel de los servicios de urgencias es un problema que ocurre a nivel mundial, que aún no tiene un marco de definición claro y para el cual se ha tratado de plantear soluciones, pensadas de acuerdo al diseño y funcionamiento de los servicios de urgencias de cada país. La definición más acertada del significado del “*overcrowding*” o la congestión, se describe cuando un número importante de pacientes en el servicio de urgencias, supera la capacidad de atención del mismo, trayendo como consecuencia tiempos de espera prolongados, especialmente para aquellos que no se consideran pacientes críticamente enfermos, produciendo a su vez, insatisfacción, quejas y disminución del compromiso y de la motivación por parte del personal médico. (Cowan & Trzeciak, 2004)⁶. Aunque no existe una definición de saturación de la unidad de emergencia a nivel local, se puede considerar que: “se refiere a aumento de cantidad de pacientes hospitalizados sobre la dotación de camillas con las que cuenta la unidad, para esto se han definido

⁶ Castro Canoa, J., Cohen Olivella, E., Lineros Montañez, A., & Sánchez Pedraza, R. (2010). Escala Nedocs para medir congestión en urgencias: estudio de validación en Colombia (Licenciatura). Universidad del Rosario Bogotá Colombia.

parámetros utilizando sistema de semáforo, consistente en definir un color en relación al número de pacientes en espera de cama, acostados en camilla, a saber:

Verde: menos de 15 camillas. Equivalente a tener menos de 33 pacientes hospitalizados en UEA.

Amarillo: Desde 16 a 24 camillas. Equivalente a tener desde 34 a 42 pacientes hospitalizados en UEA.

Rojo: Mayor a 25 camillas, equivalente a más de 43 pacientes hospitalizados en UEA”.⁷

Algunos indicadores de que la unidad de emergencia se encuentra en situación de saturación son:

- Tiempo de espera para atención mayor a 1 hora
- Camas o box de atención ocupados al 100%, por más de seis horas
- Pacientes recibiendo tratamiento medicamentoso en los pasillos.
- Existencia de pacientes que abandonan la unidad sin ser atendidos.
- Sensación de sobrecarga por parte del personal.
- Permanencia de pacientes con indicación de hospitalización en la sala de observación, por un periodo mayor a doce horas.

1.3.1 CARACTERÍSTICAS DE LA UNIDAD DE EMERGENCIA

En urgencias, el primer contacto con el paciente es con el equipo de salud (técnico paramédico/enfermera), la toma los signos vitales y registro de los antecedentes clínicos del paciente, datos vitales que permiten realizar una categorización, es decir, clasificar al paciente de mayor a menor gravedad. Esta acción permite priorizar la respuesta asistencial de acuerdo a la gravedad de la patología, así se logra atender al que requiere atención en forma más inmediata, con independencia del orden de llegada de los consultantes.

Clasificación: la categorización relaciona variables que permiten ordenar la atención médica de urgencia, estableciendo un índice de gravedad que va desde mayor a menor de 1 a 5, y permite diferenciar los pacientes graves cuya vida corre riesgo de aquellos que pueden esperar por la atención, se enumera de 1 al 5 con disminución progresiva de la gravedad y relaciona los tiempos que se requieren para atención médica, tal como se muestra en la en la siguiente figura:

⁷ Gestión camas, Plan de contingencia y compra de cama básica para pacientes que excedan capacidad de resolución de UEA en HCVB, año 2013.

Figura n° 4: Categorización según Gravedad



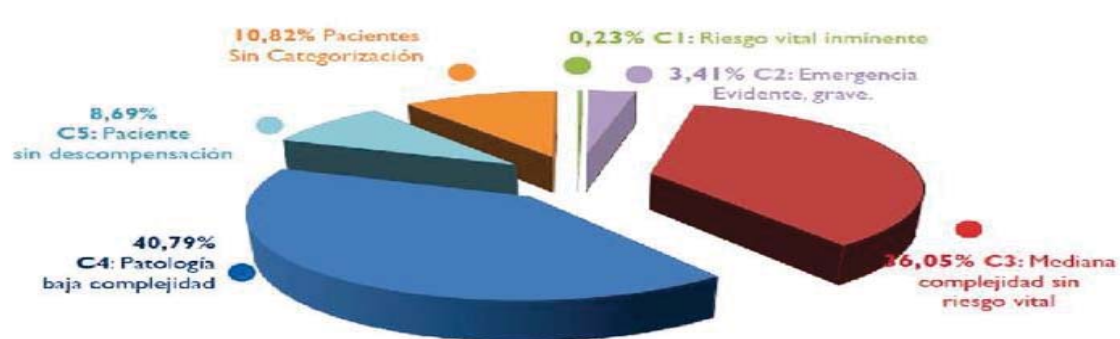
Fuente: Ministerio de salud año 2010.

Luego de esta clasificación, se realiza la evaluación médica en la que se decide si la resolución de la problemática es ambulatoria o se requiere la hospitalización, esta toma de decisión también debe ser oportuna, ya que los servicios de urgencias no están diseñados para estudiar a los pacientes. Una vez tomada la decisión, el paciente se clasifica para asignar cama básica o cama paciente crítico (UPC o intermedios) en espera de cama básica, el tiempo de permanencia en estas unidades no debiera superar las 12 horas.

El 50 % de las consultas de pacientes en urgencias no corresponden a una atención que involucre riesgo vital, pudiendo ser resueltas en nivel primario de atención en salud y dado que el número de consultas va en disminución gradual 5,06% en relación al año 2014, según cuenta pública de HCVB año 2015, la orientación de este estudio se dirige a la gestión del traslado del paciente desde la indicación de hospitalización de urgencia a la sala de hospitalización en cama básica.

El gráfico N° 4 evidencia que el gran porcentaje de pacientes que consulta en el servicio de urgencias no tiene riesgo de vida.

Gráfico n° 4: Distribución de pacientes según categorización Año 2015



Fuente: Cuenta Pública HCVB, año 2015.

Las orientaciones ministeriales han logrado mejorar considerablemente la cantidad de los pacientes categorizados a nivel país, en el Hospital Van Buren un 85% de los pacientes son categorizados, lo que concuerda con la realidad país, indicada en el grafico n°2.

Sin embargo, es deficiente el cumplimiento de la oportunidad de la hospitalización, para lo cual, se revisa el flujo de los pacientes.

1.3.2 DESCRIPCION DEL PROCESO DE ATENCION DE PACIENTE EN URGENCIAS

Luego de esta categorización del paciente, se realiza la evaluación médica en la que se decide si la resolución de la problemática es ambulatoria o se requiere la hospitalización. Esta toma de decisión también debe ser oportuna, ya que los servicios de urgencias no están diseñados para estudiar a los pacientes. Una vez tomada la decisión, el paciente se clasifica para asignar cama básica o cama crítica (Uci o intermedios). En espera de cama básica, el tiempo de permanencia en estas unidades no debiera superar las 12 horas.

La metodología utilizada para la realización de este estudio se basa en la ingeniería de negocios*, la que provee de herramientas para el diseño formal de negocios, permite integrar todos los componentes de un proceso, visualizando sistémicamente la organización, considerando partes de un todo y no un proceso de manera aislada.

Proceso de negocio: Atención de paciente adulto hospitalizado.

Dado que el proceso de la atención de pacientes, en general, es un proceso complejo, se divide en tres subprocesos, con el objeto de lograr una mejor comprensión, considerando que la mayoría de los ingresos de los pacientes a la hospitalización se realiza a través de la atención de urgencia (foco de este estudio) y no constituye un proceso aislado, por esta razón se desglosa y presenta como diagrama actividad inmersa en el proceso de atención del paciente hospitalizado.

Figura n°5: Proceso atención de paciente hospitalizado.



Fuente: Elaboración propia.

Este se describe con mayor detalle en capítulo 2: Marco teórico y Metodológico.

Diagrama de actividad: Atención de pacientes adultos hospitalizados.

Objetivo: Brindar atención médico quirúrgica a usuarios adultos del Hospital Van Buren

Cliente: Paciente adultos

Estimulo: consulta urgencia

Funciones: recaudador, técnico paramédico, enfermero, medico, auxiliar de servicio

Gestora de camas, sistema computacional, familiar o tutor de paciente.

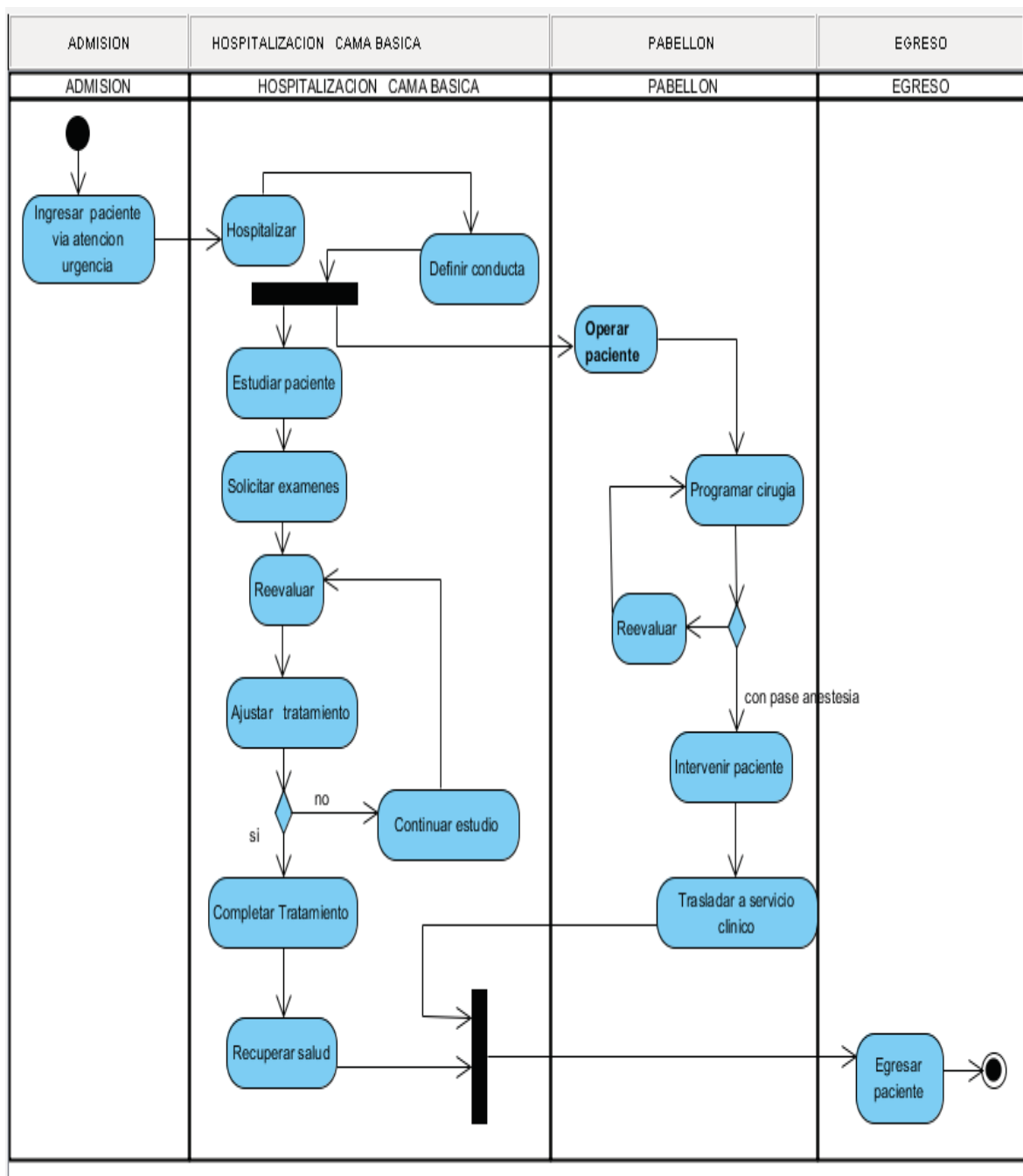
Actividades:

1. Ingresar paciente vía atención de urgencia
2. Hospitalizar paciente
3. Definir conducta
4. Estudiar paciente
5. Operar paciente
6. Solicitar exámenes
7. Reevaluar
8. Ajustar tratamiento
9. Completar tratamiento
10. Recuperar salud
11. Egresar paciente

Ver anexo N°4: Diagrama de actividad Atención de paciente en urgencias.

El diagrama correspondiente, se puede visualizar en la figura n° 6.

Figura n° 6: Diagrama de actividad atención de paciente adulto hospitalizado



Fuente: En base a: Bustos R., Guillermo (2016). Apuntes Taller De Rediseño. Magister En Dirección Pública. Pontificia Universidad Católica De Valparaíso.

Para entender la atención de urgencia, se define el proceso de atención de urgencia paciente adulto, ya que el estudio se centra en el funcionamiento de esta unidad.

Proceso: Atención de urgencia paciente adulto.

Diagrama de actividad

Objetivo: Brindar atención médica de urgencia a usuarios del hospital Van Buren

Cliente: Paciente del servicio de urgencias

Estimulo: consulta urgencia

Funciones: recaudador, técnico paramédico, enfermero, medico, auxiliar de servicio

Gestora de camas, sistema computacional, familiar.

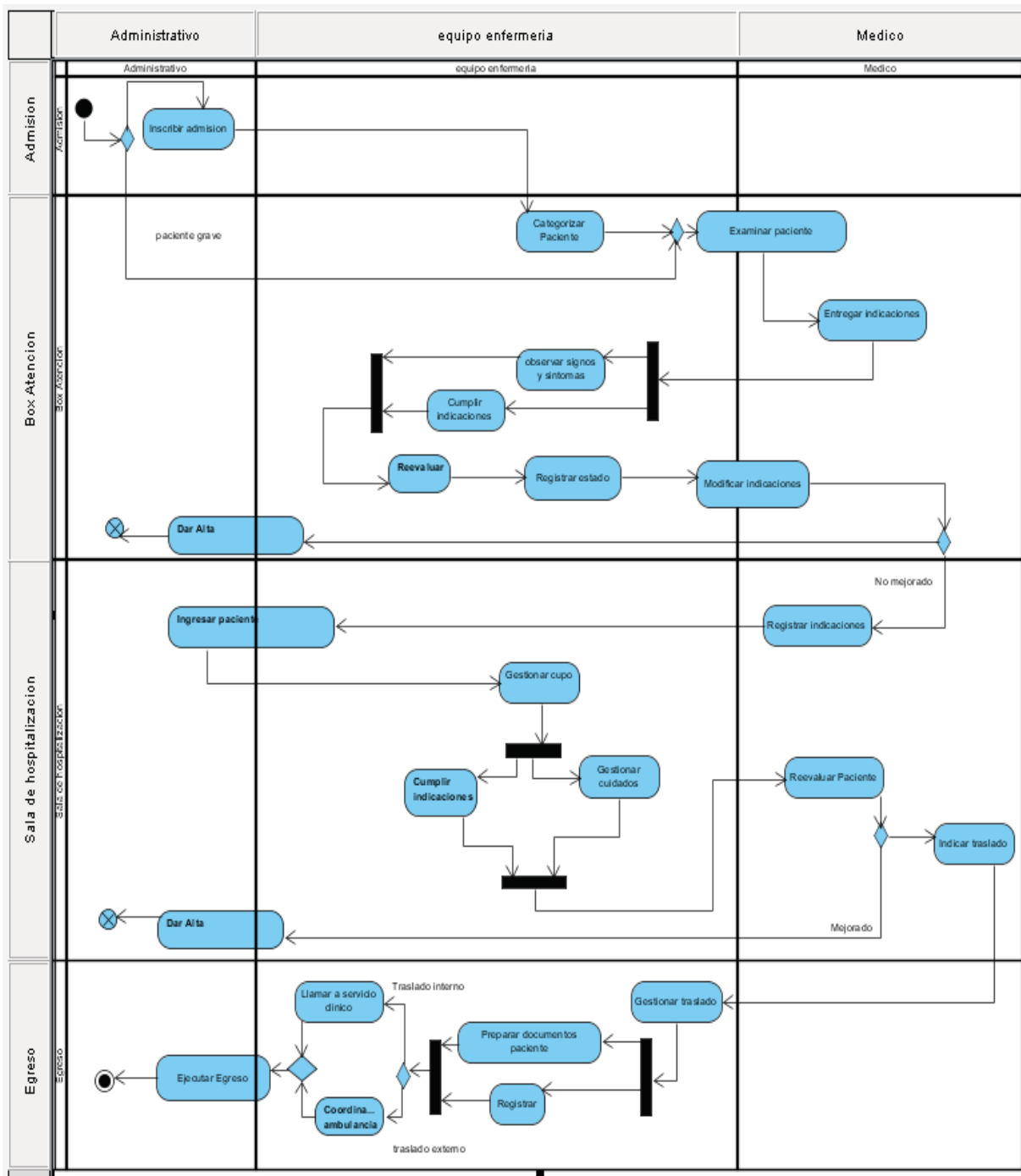
Actividades:

1. Inscribir en admisión de urgencia
2. Categorizar paciente
3. Examinar paciente
4. Entregar indicaciones
5. Cumplir indicaciones
6. Observar Signos y Síntomas
7. Reevaluar
8. Registrar estado
9. Modificar indicaciones
- 10.Registrar ingreso paciente
- 11.Ingresar paciente
- 12.Gestionar Cupo
- 13.Cumplir indicaciones
- 14.Gestionar cuidados
- 15.Reevaluar paciente
- 16.Indicar traslado
- 17.Gestionar traslado
- 18.Preparar información y documentación
- 19.Registrar
- 20.Coordinar con ambulancia
- 21.Llamar a servicio clínico
- 22.Ejecutar egreso.

Ver anexo n°5: Diagrama de actividad de atención de paciente adulto hospitalizado

El proceso puede ser visualizado en la figura n° 7.

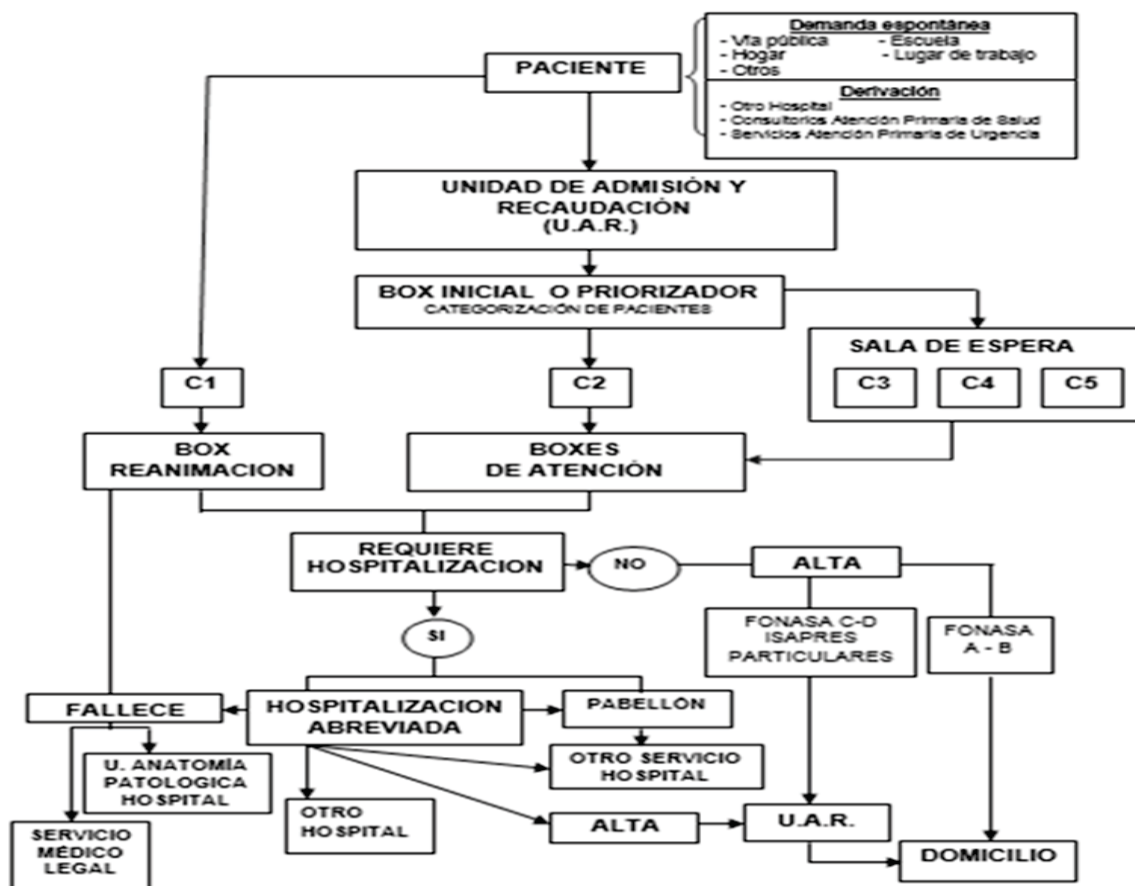
Figura n° 7: Diagrama de actividad atención de paciente en urgencias



Fuente: En base a: Bustos R., Guillermo (2016). Apuntes Taller De Rediseño. Magister En Dirección Pública. Pontificia Universidad Católica De Valparaíso.

La siguiente figura muestra cómo se han determinado localmente, los flujos de la atención de urgencia.

Figura n° 8: Esquema del paciente en urgencias



Fuente: Protocolo flujo de pacientes Unidad de Emergencia HCVB, año 2012.

1.3.3 SITUACION ACTUAL DEL SERVICIO DE URGENCIA ADULTOS DEL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN

La mayoría de los servicios de urgencia presentan sobre demanda en algunos horarios cuando la demanda supera la capacidad de oferta de las instituciones, genera consecuencias variadas y complejas, tales como insatisfacción en el usuario, una atención inoportuna aumenta el riesgo de complicaciones y alta exigencia del personal clínico que ahí trabaja. Las atenciones médicas de urgencia vienen presentando una disminución de 3,6% desde el año 2009 al 2011, lo que representa una disminución de 11.310 consultas, esto debiera traducirse en disminución de la demanda. Sin embargo, al revisar las categorizaciones del año 2011, se observa que el 34,32% corresponde a C3, mientras que el 30,92% corresponde a C4, lo que objetiva que gran parte de los pacientes debieran solucionar su consulta en otro nivel, es decir en atención primaria (APS).

Existe una elevada demanda de atención de la población de Valparaíso a la Unidad de Emergencias Adultos:

- Promedio de consultas diarias igual a 493 durante año 2015, de las cuales aproximadamente un 8% se hospitaliza, requiriendo una dotación estimada de 40 camas. En la unidad de emergencia existe dotación de 18 camillas, por lo tanto existe un 50% de los pacientes no tiene donde ser acostado.
- Tiempo de espera para atención en pacientes C3 es de hasta cuatro horas y más.
- Consultas de pacientes C4 y C5 se pueden extender hasta diez horas, lo cual provoca insatisfacción en el usuario, que pese a que en un 50% no son pertinentes, hay estudios que demuestran que los pacientes que debieran consultar en APS, no lo hacen por diferentes razones tales como capacidad de pago, cercanía y percepción de calidad del recinto, además de buscar soluciones rápidas a sus problemas⁸.
- Aumento progresivo de días cama de los pacientes hospitalizados, asociado a la complejización de atención por envejecimiento de la población, este cambio demográfico genera que los pacientes requieran más intervenciones y demoren más en su recuperación. Se observa un aumento en los tramos de etarios de 15 a 64 años de un 11,3% y para el tramo de 65 años y más un crecimiento de 14, 8%, siendo este último el más alto, lo que indica un mayor número de personas adultos mayores⁹.
- Capacidad de respuesta limitada evidenciada en pacientes hospitalizados en silla esperando cama.
- Incumplimiento de compromiso de gestión del indicador de Oportunidad de

⁸ Tobar Eduardo: Elementos de gestión para un servicio de urgencia de un hospital universitario, pág.190. Año 2014.

⁹ MINSAL: Diagnostico regional, Departamento de Epidemiología, Año 2012.

Hospitalización para pacientes desde UEH (B.2_1.3, figura N°1).

Durante el año 2015, este indicador se mantuvo bajo los niveles esperados, alcanzando solo un cumplimiento de 67.9%, las cifras variaron entre un 63% y un 73%, destacando que del año solo alcanzó el 70% o más en un tercio del año, no logrando alcanzar los 4 puntos con los que el indicador contribuye a la sumatoria general del BSC, para lograr mantener al hospital en la condición de EAR, cifras indicadas en tabla N° 2.

Tabla n° 2: Oportunidad de hospitalización antes de las 12 horas, HCVB, año 2015.

Oportunidad de Hospitalización														
TIPO DE PACIENTES		enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre	TOTAL
TOTAL DE PACIENTES CON INDICACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN		549	479	547	604	578	607	621	648	671	706	559	506	7,075
PACIENTES QUE INGRESAN A CAMA HOSPITALARIA SEGUN TIEMPO DE DEMORA AL INGRESO	MENOS DE 12 HORAS	367	342	365	441	393	405	439	414	442	478	365	354	4,805
	12-24 HORAS	54	47	52	66	52	49	51	87	86	77	62	67	750
	MAYOR A 24 HORAS	128	90	130	97	133	153	131	147	143	151	132	85	1,520
INDICADOR		66.8%	71.4%	66.7%	73.0%	68.0%	66.7%	70.7%	63.9%	65.9%	67.7%	65.3%	70.0%	67.9%

Fuente: Hospital Carlos Van Buren, Unidad de Planificación y Control (2015- 2016)

Durante el primer semestre del año 2016, las cifras muestran que se encuentra en cumplimiento límite del porcentaje requerido, lo cual exhibe un avance respecto del año anterior, sin embargo, el escenario es frágil, según se grafica en figura N° 9 donde el valor del indicador actualmente está en 70%, bordeando el nivel de incumplimiento.

Figura n° 9: Indicador Oportunidad de hospitalización para pacientes desde UEH

Estrategia: Perspectiva: Año:

Lista Indicadores

Nombre	Estrategia	Perspectiva	Progreso
B.2.1.1 - Porcentaje de Cirugía Mayor Ambulatoria en Pacientes Mayores de 15 Años	Eficiencia Operacional	Procesos Internos	49,38%
B.2.1.2 - Categorización de la Demanda en Unidad de Emergencia Hospitalaria	Eficiencia Operacional	Procesos Internos	97,3%
B.2.1.3 - Oportunidad de Hospitalización para Pacientes desde UEH	Eficiencia Operacional	Procesos Internos	70,0%
B.2.2.1 - Porcentaje de Despacho de Receta Total y Oportuno	Eficiencia Operacional	Procesos Internos	98,1%

Fuente: Hospital Carlos Van Buren, Unidad De planificación y control (2015- 2016).

Durante el año 2016 (ver tabla N° 3), hay cumplimiento en un 70%, mantiene el cumplimiento en límite inferior, lo que hace necesario ejecutar intervenciones que permitan mejorar la oportunidad.

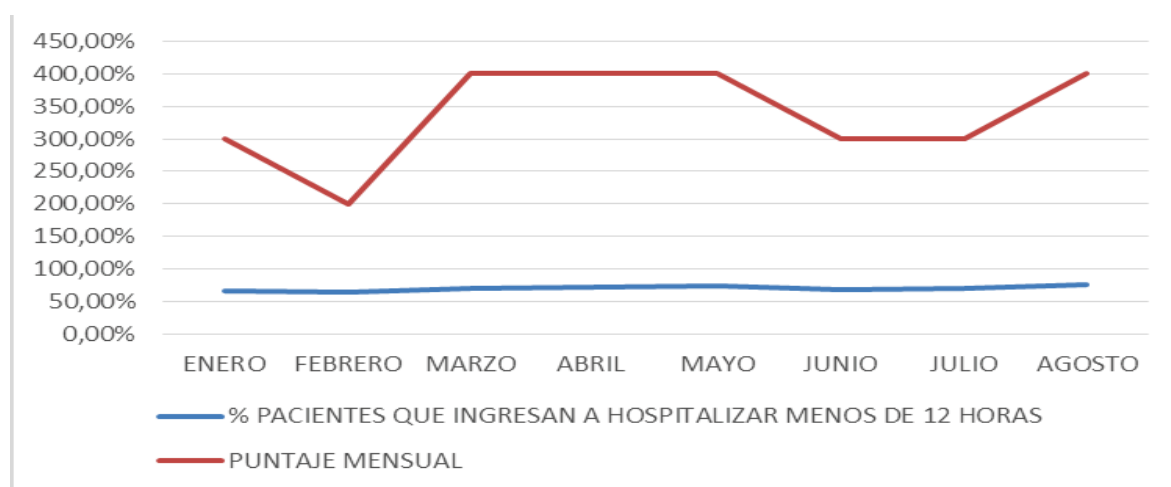
Tabla n° 3: Oportunidad de hospitalización antes de las 12 horas HCVB primer semestre 2016

Tipo de paciente	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
% Pacientes que se hospitalizan en menos de 12 horas	66,4%	64,3%	70,3%	72,2%	73,6%	68,7%	69%	75%
Puntaje mensual	3	2	4	4	4	3	3	4

Fuente: Departamento planificación y control de gestión HCVB 1° semestre año 2016.

A nivel país, la situación no es tan diferente, según muestra el siguiente gráfico, ya que existe un cumplimiento de este indicador bajo el 70%, lo cual muestra que el sistema no es eficiente, este indicador está en incumplimiento en todos los hospitales.

Gráfico n° 5: Pacientes hospitalizados antes de las 12 horas de Enero a Agosto de 2016



Fuente: Departamento Red de Urgencia, Ministerio de Salud, Septiembre 2016.

En la actualidad no existe capacidad de dar respuesta a la demanda de camas para hospitalización de pacientes agudos desde la urgencia en la red del SSVSA. Se utilizan espacios destinados a atención ambulatoria para mantener pacientes hospitalizados en espera de camas, lo que pone en riesgo a la población, la demanda sobrepasa los espacios físicos, los recursos humanos y materiales para entregar una atención digna y segura a los usuarios de la red. Existe un promedio de pacientes que abandonan el servicio sin recibir tratamiento adecuado para el dolor o reciben con retraso el inicio de terapia antibiótica, aumentando los costos asociados.

Esto lleva a:

- Falta de oportunidad en la atención requerida.
- Aumenta la insatisfacción usuaria por los tiempos de espera prolongados.
- Aumenta los riesgos por falta de oportunidad en la atención médica.
- Incumplimiento de indicador de gestión.

Las consecuencias del alto tiempo de espera es un problema que afecta la calidad y de la seguridad de los pacientes y no solo a la organización. También, existe un número de pacientes que abandonan el servicio sin ser atendidos cuando el porcentaje de ocupación de urgencias alcanza el 140%¹⁰.

La problemática es causa de preocupación de las autoridades ministeriales y regionales, quienes han ejecutado cambios y nuevas estrategias tendientes a mejorar la gestión del Hospital Carlos Van Buren; en los últimos años se han creado dos alternativas de solución que están aún en proceso de desarrollo, estos son:

- Servicios de urgencia primaria de alta resolutivead (SAR):
Los SAR corresponden a centros comunales de atención de urgencia con mayor resolutivead, concebidos para ser nodos integradores de la red de urgencia de sus respectivos servicios de salud y dotados de imagenología y kit de exámenes de laboratorio. En Valparaíso en funcionamiento desde Mayo del año 2016, siendo el primer SAR de la comuna.
- Proyecto en desarrollo: 40 camas en Hospital Carlos Van Buren: proyecto en proceso de construcción, con fecha probable de termino a fines del año 2016. Sin embargo, el aumento de camas no asegura que pueda solucionar el problema de la congestión. Se agrega, además, que por factores económicos del responsable de la ejecución de obras el proyecto ha sufrido retrasos sin lograr concretarse a la fecha.

¹⁰ Flores, C. (Vol. 23 N° 1, 2011). La saturación de los servicios de urgencias una llamada a la unidad. Emergencias: Revista De La Sociedad Española De Medicina De Urgencias Y Emergencias. Extraída de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=6698>. [Acceso 20 Nov.2016]

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO Y METODOLÓGICO

2.1 MARCO TEÓRICO

En este estudio descriptivo se pretende analizar el cumplimiento del indicador de la oportunidad de la hospitalización en urgencias, a través de la metodología de rediseño de proceso, utilizando algunas de sus herramientas tanto para el análisis, como para la formulación de propuestas tendientes a modelar aquellos factores que permitan realizar una mejor gestión al interior de institución, con cuidados humanizados.

2.1.1 PROCESO DE NEGOCIOS Y HERRAMIENTAS DEL REDISEÑO DE PROCESO UTILIZADO EN ESTE ESTUDIO.

Para una mejor comprensión de los conceptos utilizados se realiza un resumen de estos, siguiendo con una aplicación a la realidad del objeto de estudio, para finalmente, presentar las herramientas utilizadas en este trabajo

✓ Modelamiento de proceso de negocio

Para entender mejor el modelamiento de proceso de negocio, se deben definir dos aspectos relevantes:

1. Proceso de negocio:

Se define como:

“Conjunto organizado de actividades interfuncionales que colectivamente crean valor para un cliente”¹¹

Según Davenport corresponde a: “Un conjunto estructurado, medible de actividades diseñadas para producir un producto especificado, para un cliente o mercado específico. Implica un fuerte énfasis en CÓMO se ejecuta el trabajo dentro de la organización, en contraste con el énfasis en el QUÉ, característico de la focalización en el producto”, (Davenport 1993).

Otro de los autores más citados lo define como: “Un proceso de negocio contiene actividades con propósito, es ejecutado colaborativamente por un grupo de trabajadores de distintas especialidades, con frecuencia cruza las fronteras de un área funcional, e invariablemente es detonado por agentes externos o clientes de dicho proceso”, (Ould 1995)

¹¹ Bustos, Guillermo. Apuntes curso de modelamiento y rediseño organizacional. Magister en Dirección Pública. Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. (2015).

Entonces, para complementar la definición, los rasgos que caracterizan este proceso son aquellos iniciados por un estímulo, tienen su tiempo de ejecución, consume recursos y tienen una lógica de repetitividad, el cliente tiene un rol como beneficiario, pudiendo ser una persona, grupo, empresa o institución, pudiendo también ser quien inicia el proceso. Un proceso de negocio para cumplir como tal debe crear un valor para algún cliente que lo motive a demandar de él, con múltiples dimensiones, económico, físico, emocional, social, cognitivo, político.

2. Modelamiento

Un modelo es una representación de una realidad compleja. Modelar es desarrollar una descripción lo más exacta posible de un sistema y de las actividades llevadas a cabo en él.

Cuando un proceso es modelado, con ayuda de una representación gráfica (diagrama de proceso), pueden apreciarse con facilidad las interrelaciones existentes entre distintas actividades, analizar cada actividad, definir los puntos de contacto con otros procesos, así como identificar los subprocesos comprendidos. Al mismo tiempo, los problemas existentes pueden ponerse de manifiesto claramente dando la oportunidad al inicio de acciones de mejora.

Un modelo que proporciona la oportunidad de organizar y documentar la información sobre un sistema (Vernadat, 1996). Por lo tanto, la finalidad del modelado del negocio es describir cada proceso, especificando sus datos, actividades (o tareas), roles (o agentes) y reglas de negocio (García-Molina, 2007). Kosanke (2003), resume los objetivos del modelado en: (1) la adquisición de conocimiento explícito sobre los procesos de negocio en la operativa del negocio, (2) la explotación de dicho conocimiento en proyectos de reingeniería o mejora, (3) la ayuda a la toma de decisiones y (4) la facilidad de interoperabilidad entre los procesos de negocio.

Curtis et al. (1992), afirman que existen cuatro puntos de vista en cuanto al modelado de los procesos de negocio: vista funcional (qué), la cual representa la dependencia funcional entre los elementos del proceso; vista dinámica (cuándo, cómo), que proporciona una secuenciación y control de la información sobre el proceso; vista informacional, que incluye la descripción y relación entre las entidades que son producidas, consumidas o incluso manipuladas por los procesos, y la vista organizacional (quién, dónde) que describe quién desarrolla cada tarea o función y dónde se desarrolla dentro de la organización.

3. Gestión por proceso en salud:

Los procesos establecerán las formas en que los profesionales sanitarios entregarán los servicios de salud demandados por la población. Es el proceso sistemático mediante el cual los recursos son transformados en objetivos, en forma organizada y con ciertas lógicas que responden a los intereses de los distintos actores sociales y políticos.

Es la dimensión más técnica y específica del sector:

- Centrada en el usuario
- Busca acerca la atención a la población beneficiaria
- Aumentar las actividades de promoción y prevención
- Incorporar mecanismos eficientes de participación
- Brindar una atención de calidad

Actualmente existe una transición en salud, desde modelo tradicional (funcional), a modelos de gestión por procesos y gestión clínica, en búsqueda de respuestas a las necesidades actuales de la población, este proceso está fundamentado en el modelo de atención integral. Los hospitales son organizaciones de servicios que cumplen una función social esencial, necesitan desarrollar una gestión que, escuchando y comprendiendo los fenómenos que conforman su entorno, sepan identificar y proyectarse a las necesidades de sus usuarios, adaptarse a las características, flujo, ritmo y evolución de la demanda de las comunidades, especialmente en el sector sanitario, donde se exige respuestas crecientemente flexibles, oportunas, efectivas y eficientes.

La gestión por procesos es una forma de organización diferente a la clásica organización funcional, en la que prima la visión del cliente/usuario por sobre las actividades de la organización, y define como proceso en salud al conjunto de actividades relacionadas al proceso de atención de salud del establecimiento sanitario, las actividades están mutuamente relacionadas e interactúan entre sí, transformando el elemento de entrada en un resultado, pueden ser estratégicos, operativos y de soporte, y deben tener:

- Enfoque centrado en el usuario
- Implicación de los profesionales
- Sustento en la mejor práctica clínica a través de Guías de Práctica y desarrollo de procesos clínicos
- Desarrollo de un sistema de información integrado.

Antes del diseño de un proceso debe existir conocimiento y comprensión de las necesidades y expectativas de quienes van a utilizar los servicios, midiendo su grado de satisfacción, el usuario introduce en la definición del servicio aspectos nuevos (más cualitativos) que trascienden los meramente técnicos o científicos, por ejemplo, en el proceso de atención de urgencia el valor agregado lo tiene la oportunidad en que la atención es brindada, la reducción de los tiempos de espera permite aumentar el grado de satisfacción usuaria.

Los protagonistas de la gestión del proceso y mejora permanente del mismo es la misión que deben cumplir los profesionales, hacer énfasis en el trabajo en equipo, la comunicación efectiva, obliga a la capacitación continua y el uso de la práctica basada en la evidencia (Medicina basada en la evidencia), favorecer la atención coherente e integrada en un continuo, con una práctica clínica cimentada y humanizada (juicio ético y profesional), fundamentando su actuar en guías de

práctica clínica, protocolos y normas, planes de cuidados estandarizados y una clara definición de cartera de servicios.

Los procesos estratégicos adecúan la organización a las necesidades y expectativas de los usuarios, para incrementar la calidad en los servicios que presta a sus clientes. Están orientados a las actividades estratégicas de la empresa: desarrollo profesional, marketing, ventas, finanzas.

La gestión por procesos implica reordenar los flujos de trabajo de forma que aporten valor añadido, dirigido a aumentar la satisfacción del cliente y a facilitar las tareas de los profesionales.

Para efectos del estudio, el proceso medular identificado corresponde al proceso de atención de hospitalización en urgencia, apoyado por un gran número de subprocesos para generar una salida, que corresponde al paciente hospitalizado, ya sea mejorado o no. Para este fin se requiere un número de subprocesos que van desde la hospitalización, al alta, apoyado por subproceso ingreso, exámenes, alimentación, esterilización, procedimientos quirúrgicos, terapias, etc. Cada uno de los subprocesos tiene su valor, y abarca diferentes dimensiones, dentro de las cuales las más destacables son las dimensiones física y emocional. En la unidad de emergencia del hospital estudiado, el valor puede verse reflejado en la satisfacción por tiempo de espera breve.

2.1.2 REDISEÑO DE PROCESOS

Reingeniería es un concepto simple, es el rediseño de un proceso en un negocio o un cambio drástico de un proceso. A pesar que este concepto resume la idea principal de la reingeniería esta frase no envuelve todo lo que implica la reingeniería. Hammer y Champy en 1993, definieron la reingeniería como “la reconcepción fundamental y el rediseño radical de los procesos de negocios para alcanzar mejoras dramáticas en base al desempeño y factores críticos como el costo, la calidad, servicio y rapidez”.

La base fundamental de la reingeniería es la orientación al cliente, en función a esta, para el proceso medular en la atención del paciente, se debe realizar cambios significativos que permitan que esta atención se brinde con calidad y eficiencia.

Las herramientas del rediseño pueden tener diferentes alcances:

- Automatización
- Mejoramiento
- Innovación
- Reingeniería

2.1.3 HERRAMIENTAS DEL REDISEÑO DE PROCESO UTILIZADAS EN EL ESTUDIO

Las herramientas del modelo de procesos, utilizadas son las siguientes:

Herramientas del modelo de proceso:

- **Diagrama de actividades UML** herramienta útil para representar tareas o actividades organizadas en el tiempo.
- **Diagrama de ámbito.** Esquema gráfico que muestra entradas y salidas, en conjunto con la intervención de *stakeholders*.
- **Modelo de relaciones causales:** Permite documentar racionalmente las áreas problema, cuantificando impacto e importancia relativa, para focalizar cambios. Es una red que puede mostrar que una consecuencia es provocada por varios problemas, este modelo puede no ser el fiel reflejo de la realidad sino que más bien representa un consenso donde se establece que está causando un problema y cuáles son sus consecuencias, indicando que hay síntomas que mejorar.
- **Modelo de brechas:** sintetiza lo que se quiere ajustar a los esfuerzos, permite tener una línea de medición.

Otros elementos teóricos que se vinculan directamente con el estudio, dice relación con elementos cualitativos, y corresponde a la capacidad de brindar un servicio dentro de los márgenes del respeto por la privacidad y la dignidad de la persona.

2.1.4 ATENCIÓN HUMANIZADA EN SALUD

Los avances tecnológicos crecientes en la medicina, la prioridad por el control de costos y la eficiencia han sido una distracción para el origen de las instituciones de salud, es así como resulta paradójico abordar este tema, la despersonalización, el énfasis en los procesos administrativos y procedimentales ha desviado el foco de interés al ser humano.

¿Cómo lograr que los servicios de una institución de salud sean humanizados? Deben existir muchas respuestas a esta interrogante, de acuerdo con la mirada desde la cual se encare el problema, seguramente la respuesta está en cada institución y en el concepto que tenga de servicio humanizado.

La teoría del cuidado humano fue iniciada por la Dra. Jean Watson, en 1979, basada en 3 premisas:

1. "El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes.

2. “La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona”. El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol.
3. “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”¹³. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado. La enfermería posee un saber científico, habilidad técnica y comportamientos y actitudes. Cuidar exige a los profesionales de salud utilizar sus cualidades humanas: la capacidad de razonar, de sentir y demostrar empatía hacia el paciente. Incluye un compromiso científico, filosófico y moral hacia la protección de la dignidad humana y la conservación de la vida. Permanecer con pacientes hospitalizados en condiciones subóptimas, espacios que no permiten privacidad, permanecer en un pasillo o silla, por falta de capacidad, atenta contra la dignidad de la persona sometida ya a una situación crítica que lo mantiene fuera de su zona de confort, secundariamente, eleva los eventos adversos o errores durante la hospitalización, aumenta riesgos y eleva costos innecesariamente.

Es fundamental que la alta dirección en la institución, inicie la decisión de humanizar la atención en salud, logrando que ésta se convierta en una política institucional que trascienda lo meramente filosófico y se concrete en un plan organizacional, al cual se le asignen los recursos y el tiempo requerido, dicho plan no puede ser cortoplacista, porque solo las acciones que se mantengan en el tiempo logran generar un cambio cultural que es -en esencia- el que se pretende con un plan de humanización de los servicios de salud, el enfoque debe ser integral con un alcance que logre permear todos los procesos organizacionales. Es trascendental que la humanización sea parte del modelo de atención, para que todos los que se involucren en el proceso de atención al paciente, teniéndolo como foco en los momentos de verdad.

La institución debe buscar procesos seguros y costo efectivo, mejoramiento continuo, cada vez que sea necesario o las características de las demandas de los usuarios cambien, optimizar la búsqueda de recursos técnicos, humanos, materiales, con el fin de dar atención oportuna bajo estándares de calidad. Atención cálida centrada en el usuario, con canales de comunicación fluido, información clara y completa, que permita continuidad en los procesos para seguir en los otros niveles de atención, en

¹³ División de enfermería, Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Manual de Procedimientos, Protocolos e Instructivos Generales de Enfermería. (2016). Enfermeria.hc.edu.uy. Recuperado 20 Junio 2016, de http://www.enfermeria.hc.edu.uy/index.php?option=com_content&view=article&id=58&Itemid=70

caso que se requiera. El consentimiento informado, es el acto médico de informar al paciente cuales son las alternativas terapéuticas para su enfermedad, las posibles consecuencias del tratamiento de éstas, es una obligación legal y ética; también el uso de estrategias de fidelización en autocuidado son en sí mismas estrategias de humanización.

En Chile se han dictado una serie de leyes o decretos que tienden a reforzar los conceptos en base al respeto por las personas así como la humanización de los cuidados, algunas de ellas en orden cronológico:

- 19.880 : Ley de base de procedimiento administrativo
- 19.966: Régimen general de garantías en salud GES
- 19.284: De integración social de las personas con discapacidad
- 20.285: Sobre acceso a la información pública
- 20.500: Sobre asociaciones y participación ciudadana en la gestión pública
- 20.584: Sobre derechos y deberes que tienen la personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud
- 20.609: Establece medidas contra la discriminación.

Con la entrada en vigencia de la Ley 20.584, sobre los derechos y deberes de los pacientes, se ha logrado concretizar el respeto y condiciones mínimas que deben cumplir las personas que entregan esos cuidados, tales como porte obligatorio de credencial, la obligatoriedad del consentimiento informado, implementación de protocolos cirugía segura, entre otros. Sin embargo, la escasa capacidad de manejo de la demanda de un servicio de urgencia, que no tiene espacio físico para atender adecuadamente a un paciente, atenta con la seguridad y la calidad que la atención medica requiere.

2.2 METODOLOGÍA Y RESULTADOS

2.2.1 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

La estancia hospitalaria prolongada constituye una preocupación mundial ya que genera efectos en el sistema de salud tales como:

- Aumento en los costos
- Deficiente accesibilidad a servicios de hospitalización
- Saturación de los servicios de urgencia
- Aumento de los eventos adversos.

Estudios demuestran que son varios los factores que influyen, sin embargo, estos están agrupados en relación a problemas relacionados con personal de salud, la

administración hospitalaria, los pacientes y relaciones entre entidades de la red de atención¹⁵.

Este trabajo es de tipo descriptivo, cuantitativo, observacional y explicativo, describe algunos de los factores que influyen en la saturación del servicio de urgencia, es cuantitativo dado que toma en cuenta datos estadísticos aportados por diferentes fuentes del hospital, observacional dado que se revisan datos clínicos de los pacientes hospitalizados en un tiempo determinado y explicativo dado que busca identificar causas del fenómeno en estudio.

Con el afán de obtener un acercamiento de los factores internos que influyen en la producción de nodos críticos en el flujo de los pacientes, se realiza muestreo intencionado de las hospitalizaciones en unidad de emergencias. La aplicación del instrumento de recolección de datos de urgencia se lleva a cabo durante una semana escogida en forma intencionada que no tiene relación con algún periodo estacional, se aplica al 100% de los casos existentes en la unidad de emergencia adultos hospitalizados alrededor de las 17 horas, desde el día 12 al 18 de Septiembre año 2016.

Luego se realiza una revisión de ficha clínica de los egresos de servicios clínicos de adultos, el instrumento se aplica a las altas durante una semana de algunos de los servicios médicos y quirúrgicos del hospital, desde el día Lunes 3 al 9 de Octubre, correspondiendo a un periodo sin variación estacional.

Para complementar información acerca de factores externos se revisan datos estadísticos del primer semestre del año 2016 entregados desde la unidad de gestión de camas, departamento que lleva diariamente estadística de los ingresos y traslados de los pacientes, así como las coordinaciones con otras unidades de la red. Otra fuente utilizada para la obtención de información corresponde a GRD referentes a los traslados realizados desde la unidad de emergencia adultos a los diferentes, servicios clínicos, hospitales y clínicas. Esta unidad mantiene datos relevantes respecto de las estancias y la complejidad de los pacientes en base a ingreso de datos obtenidos desde la ficha clínica, a través de un software que genera información relevante para la gestión de los pacientes y para recuperación de gastos en relación a los procedimientos que realiza la institución.

2.2.2 DOCUMENTOS REVISADOS:

A continuación se enumeran los documentos revisados en este trabajo:

2.2.2.1 DEIS: plataforma estadística del ministerio de salud, contiene datos en relación a las atenciones de salud, áreas de pacientes hospitalizados y ambulatorios.

¹⁵ Ceballos-Acevedo T, Velásquez-Restrepo PA, Jaén-Posada JS. Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2014; 13(27): 274-295. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.dehm>. [Acceso Diciembre 2016]

2.2.2.2 Cuenta pública anual: permite revisar datos generales de la gestión institucional, específicamente lo relacionado con relación la gestión clínica, gestión del usuario, gestión financiera, gestión y desarrollo de las personas, proyectos e inversión.

2.2.2.3 Revisión de datos estadísticos de unidad de gestión de cama: permite obtener una mirada global del comportamiento y distribución de pacientes, en relación a su demanda y la capacidad de resolución de las instituciones que se encuentran en la red.

2.2.2.4 Revisión de datos unidad de grupo relacionado con diagnóstico (GRD): es una unidad que verifica información, codifica y valora gastos de la atención en salud, por lo tanto, es una gran fuente de información.

2.2.2.5 Revisión manual organizacional de urgencias: aporta valiosos datos para el estudio, ya que permiten entender cómo se estructura el trabajo, en la unidad y los recursos humanos y físicos con que esta cuenta para atender a los pacientes que consultan en la urgencia del hospital.

2.2.2.6 Entrevista a enfermera supervisora de urgencias: es relevante conocer la percepción de la jefatura del equipo de enfermería quien apunta a uno de los factores ya descritos en algunos estudios

2.2.2.7 Casos clínicos: incluye revisión de ficha clínica médica: que contiene ingreso y evolución médica del paciente, ficha enfermería que a su vez contiene ingreso y evolución del paciente desde mirada de necesidades básicas insatisfechas; datos de paciente como nombre, RUT, diagnósticos ingreso y egreso, hoja resultado exámenes, placas de imágenes.

CAPÍTULO 3: ANTECEDENTES Y RESULTADOS CASO DE ESTUDIO

3.1 REVISIÓN DOCUMENTAL

La fuente de datos que se presenta a continuación, permite una aproximación entre la demanda y las camas que están disponible para los pacientes, en el momento que se están efectuando las gestiones y/o traslados, este registro se elabora manualmente, vaciando datos en planilla Excel.

3.1.1 REVISIÓN DATOS SEGÚN GESTIÓN DE CAMAS

Se realiza una revisión de base de datos estadísticos llevados por la unidad de gestión de camas, durante el año 2015 y primer semestre de 2016. Estos permiten acercamiento general de la distribución de pacientes en relación a su demanda y la capacidad de resolución de las instituciones que se encuentran en la red.

En la tabla N°4, se logra describir que el mayor porcentaje de pacientes ingresan vía consulta espontánea (99%), dato que a simple vista está muy cercano al límite superior, por lo que permite dudar de su confiabilidad.

También, se puede decir que existe un bajo porcentaje de los pacientes son derivados desde otras áreas, por lo que deja entrever que la mayor demanda es espontánea.

Describe que alrededor de un 50% de los traslados de estos pacientes se realizan al interior del centro asistencial, y tan solo un 30% los pacientes son trasladados al Hospital Eduardo Pereira, mostrando que es uno de los principales receptores de pacientes dentro de la red asistencial.

Por otra parte, un bajo porcentaje de pacientes requiere ser derivado a cupo crítico.

Un porcentaje no menor es dado de alta, lo que corresponde a un 12.13%, es decir, que estos pacientes logran superar su problema de salud en la misma unidad.

Los datos descritos se presentan a continuación:

Tabla n° 4: Ingresos y egresos de Unidad Emergencia Adultos año 2015

Ingresos 2015 a UEH		
Consulta espontanea	10112	99,1%
Derivado desde red	18	0,18%
Derivado desde macro red	11	0,11%
Derivado desde extra sistema	25	0,25%
Derivado desde procedimiento ambulatorio	37	0,36%
Total	10203	100%
Egresos 2015 desde UEH		
Pabellón	2	0,02%
Critico HCVB	10	0,11%
Unidad médica de agudos HCVB	19	0,21%
Red SSVSA	2779	30,07%
Básicas HCVB	5118	55,38%
Macro red	118	1,28%
Extra sistema	74	0,80%
Altas	1121	12,13%
Total	9241	100%

Fuente: Hospital Carlos Van Buren. Informe unidad de gestión camas (2015- 2016)

Durante el primer semestre del año 2016 se encontraron los siguientes datos del interés de este estudio, descrito a continuación en la tabla n° 5:

Tabla n° 5: Revisión estadística de Gestión Camas HCVB 1° semestre año 2016

Total de hospitalizaciones:	4384	100%
Sexo femenino	2082	47,6%
Sexo masculino	2302	52,4%
Pacientes hospitalizados en box de atención	1802	41,4%
Pacientes que rechazaron la hospitalización	25	0,5%
Traslados al Hospital Salvador	121	2,7%
Traslados realizados hospitales de la red	694	15,9%
Pacientes Hospital Gustavo Fricke	33	0,75%
Pacientes trasladados a H. Eduardo Pereira	566	13%
Traslados a UMA	176	4%
Traslados al área médica	1103	25%
Traslados área quirúrgica	620	14,2%
Traslados a área crítica (80 HCVB +10 extra sistema)	90	0,48%
Fallecidos	51	1,16%
Traslados a pabellón	457	10,4%

Fuente: Hospital Carlos Van Buren. Informe unidad de gestión camas (2015- 2016)

También se encontraron datos relevantes para el estudio, que muestran que la capacidad de resolución de los hospitales de la red y macro red, no permite un adecuado flujo de pacientes, existe tiempo de demora de hasta una semana para traslados al hospital Gustavo Fricke, como se señala en tabla N° 6.

Tabla n°6: Promedio de día estada de los de pacientes previo a traslado

DESTINO	TIEMPO EJECUCION DEL TRASLADO
Hospital El Salvador	Promedio 5 días
Hospital Gustavo Fricke	Promedio 7 días
Hospital Eduardo Pereira	Promedio de 1,8 días
HCVB área médica	Promedio 1,8
HCVB área quirúrgica	Promedio 1.6
Pabellón	Promedio 2 horas

Fuente: Hospital Carlos Van Buren. Informe unidad de gestión camas (2015- 2016).

Dentro de los datos que entrega la estadística de gestión cama, también se encontró estadística de los pacientes con estadía prolongada en las salas de hospitalización, se identifican algunas causas:

- Equipamiento con falla: angiografía por sistema de filtración saturado.
- Lista de espera ecocardiografía: aumenta estadía de pacientes en neurología, examen complementario para determinar origen de ACV, data de un número de 1444 ecocardiografías pendientes desde el año 2013, que hacen que solo se acceda a un número acotado de cupos para resolver a los pacientes que están en espera de diagnóstico diferencial.

- Ayudas técnicas: entrega de corsé, bastones, entre otros impide alta del paciente, dentro de los cuales destacan los pacientes con patología neuroquirúrgica de columna que pueden tardar hasta un mes en la compra de ayuda técnica.

3.2 REVISIÓN DATOS SEGUN GRUPO RELACIONADO A DIAGNÓSTICO:

La unidad de Grupo Relacionado a Diagnóstico (GRD) es una unidad que verifica información, codifica y valora gastos de la atención en salud, por lo tanto, es una gran fuente de información; GRD ingresa variables tales como identificación del hospital, identificación del paciente, sexo, edad, lugar de residencia, tipo de financiación, fecha de ingreso, fecha de egreso, tipo de alta, diagnóstico principal, otros diagnósticos, procedimiento principal y otros procedimientos. Los datos que se ingresan, se registran en un tiempo posterior al alta del paciente, permite diferenciar en forma fidedigna, cualquier error que se haya generado, en contrapunto con la información de la unidad de gestión de camas, los profesionales que codifican la información extraen datos directamente de la ficha del paciente.

A continuación en la Tabla N° 7 se desglosa la estadística de interés para este estudio, que la unidad GRD generó durante año 2015.

Tabla 7: Ingresos y egresos según GRD año 2015

Ingresos 2015 a UEH		
Consulta espontanea	7984	63,60%
Derivado desde APS	255	2%
Derivado desde APS urgencias	1561	12,5%
Derivado desde red	903	7,2%
Derivado desde macro red	514	4,10%
Derivado desde extra sistema	284	2,26%
Derivado desde procedimiento intrahospitalario	290	2,30%
Otras instituciones (cárcel, hogares)	729	5.8%
Total	12534	100%
Egresos 2015		
Pabellón	397	3%
Crítico	124	1%
Unidad médica de agudos	175	1%
Red SSVSA	2726	23%
Básicas HCVB	6379	53%
Macro red	120	1%
Extra sistema	159	1%
Altas voluntarias	208	2%
Fugas	213	2%
Altas	1115	9%
Hospitalización domiciliaria	59	0.5%
Fallecidos	345	3%
Total	12534	100%

Fuente: Unidad de grupo relacionado diagnóstico Hospital Carlos Van Buren, año 2015.

Estos datos demuestran con exactitud el flujo de los pacientes según el tipo de consulta y las unidades hacia donde fueron derivados; muestra que la mayor parte de los pacientes ingresan por consulta espontánea y son derivados a cupos no críticos, en primer lugar al interior de la institución, luego, y siguiendo la misma tendencia de los datos revisados anteriormente, indica que un 23 % de los pacientes, son recepcionados por hospitales de la red, sin hacer diferencias específicas del hospital al que se realizó la derivación de los pacientes.

Las altas, a diferencia de la tabla anterior, corresponde a un 9% que sumando a los fallecidos corresponde a un 12%, según muestra tabla N°7.

Además, se revisaron datos arrojados por GRD que muestran que la estancia media de los pacientes está en leve aumento respecto del año anterior, lo que se explicaría por la complejización de los pacientes y el aumento de la esperanza de vida, tal como se muestra en tabla N°8, Informe egresos según GRD 2015-2016.

Tabla 8: Informe de egresos según GRD 2015-2016

Año	Semestre	Egresos	Peso medio GRD	Estancia media	Egresos (<i>outliers</i> superior)	% <i>outliers</i> superiores
2015	1°Semestre	12.677	0.9302	6.10	681	5.37
	2°Semestre	12.960	0.9402	6.30	621	4.79
2016	1°Semestre	12.131	0.9555	6.36	566	4.67
	2°Semestre	4.708	0.9906	6.36	201	4.27
Año es igual 2015; 2016 Y semestre es igual 1° semestre : 2° semestre Y tipo de asistencia es igual que Hospitalización ; Hospitalización en urgencia						

Fuente: Hospital Carlos Van Buren, Unidad Grupos Relacionados por el Diagnóstico (2016).

3.3 REVISIÓN DE MANUAL ORGANIZACIONAL DE URGENCIAS

El manual organizacional de la unidad aporta valiosos datos para el estudio, ya que permiten entender cómo se estructura el trabajo, en la unidad y los recursos humanos y físicos con que ésta cuenta para atender a los pacientes que consultan en la urgencia del hospital.

3.3.1 ESTRUCTURA FÍSICA DEL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN:

El servicio de urgencias cuenta con la siguiente dotación física:

- Está dotada de 20 camillas distribuidas en boxes de atención, más 18 en salas de hospitalización, dos cupos en reanimación y seis camillas de reserva.
- Cuenta con los seis boxes de atención para atención diferenciados en box de hombres, box de mujeres, box de trauma, box dental, box de tratamiento y box médico legal.
- Sala observación capacidad de nueve cupos de varones y nueve cupos de mujeres.
- Sala de reanimación con equipamiento necesario para dar respuesta a urgencia vital.
- Bodegas de insumos y medicamentos.
- Baño de pacientes diferenciados por sexo.

3.3.2 DOTACIÓN DE RRHH:

El servicio de urgencia a Diciembre del año 2016, cuenta con los siguientes recursos humanos:

- Médicos; seis por turno: total 70/72
- Enfermeras 20 (cinco por turno)
- Técnicos 56 (14 por turno)
- Estafetas 12 (tres por turno)
- Técnicos diurnos: cuatro
- Recaudador: 12 (tres por turno)
- Enfermeras diurnas: dos
- Asistente social: una
- Secretarías: tres

3.3.3 NORMATIVAS: En ellas están descritas formalmente todas aquellas que tienen relación con las exigencias del proceso de acreditación.

- Sistema alerta emergencia (clave azul)

- Categorización en las unidades de emergencia
- Notificación de resultados críticos
- Traslado de pacientes al extra sistema
- Metas y encargados de calidad
- Gestión de reclamos
- Consentimiento informado
- Investigación en seres humanos
- Comité de ética
- Evaluación pre-anestésica
- Paciente con intento de suicidio
- Evaluación y manejo dolor agudo
- Resucitación cardiopulmonar
- Criterios ingreso y egreso a unidad de paciente crítico
- Indicación de transfusión
- Eventos adversos asociados a cirugía
- Plan de evacuación
- Ficha clínica
- Manejo de accidentes con fluidos o sustancias de riesgo.

Existen también otras normativas de actuación clínica, tales como:

- Manejo de accidente cerebro vascular isquémico.
- Manejo de trombolisis en infarto agudo al miocardio.

Según información entregada por EU supervisora, existen algunos protocolos que están en desarrollo, tales como manejo del TEC.

En relación a otros elementos de gestión, que pudieran aportar para el desarrollo de este trabajo se describe:

Planificación estratégica de la unidad: No existen indicadores internos de gestión formalmente definidos.

Plan de contingencia: Protocolo realizado el año 2013, confeccionado por médico y enfermera jefe de urgencias a raíz de la creciente demanda. Se creó con el objeto de evacuar la unidad de emergencia, establece tres niveles de ocupación cuando está sobrepasado el número de pacientes hospitalizados, es decir, a partir de las camillas ocupadas se establece que se debe gestionar compras de camas de cupos básicos a clínicas del extra sistema. Esta medida ha sido puesta en funcionamiento en escasas oportunidades, debido al sobreendeudamiento de los hospitales públicos y a que la valoración de complejidad del paciente en sistema privado dista del sistema público (un paciente no crítico en hospital público es considerado de mediana complejidad en sistema privado).

El documento no describe la existencia de un sistema de medición de congestión, sino que se basa en número de ocupación de camillas.

3.3.4 ENTREVISTA CON ENFERMERA SUPERVISORA URGENCIAS

Para tener una idea más acabada en torno a la percepción de un líder de la unidad, se realizó una entrevista con la enfermera supervisora, es relevante conocer la percepción de la jefatura del equipo de enfermería, quien apunta a uno de los factores ya descritos en algunos estudios, tales como factores inherentes a la institución¹⁶, relativos a la presencia de médicos en formación o sin experticia. Del mismo modo, se podría afirmar que la valoración precoz por parte del personal facultativo con una buena orientación clínica y una planificación adecuada de los exámenes necesarios, mejoraría el tiempo de respuesta. Obviamente, dentro de este segundo elemento, existen otras variables que mejorarían los tiempos y aquellos son la coordinación y respuesta adecuada de los servicios que realizan exploraciones complementarias o los que dan el soporte clínico de otras especialidades, por ejemplo, imágenes como rayos x y escáner o resonancia.

Tabla n° 9: Entrevista Enfermera supervisora de Urgencia

Entrevista Enfermera supervisora de Urgencia	
Caracterización y preguntas	Respuestas y comentarios
Fecha	Octubre 2016
Iniciales nombre	AJC
Cargo	Supervisora unidad de emergencia
Causa de la hospitalización prolongada	No hay resolución de interconsultas Turnos con Médicos inexpertos
Frecuencia de ocurrencia del Hospitalización prolongada	No existen indicadores, solo percepción.
Mencione 2 medidas de mitigación de la congestión	Solo identifica una medida: Llamar gestión cama para solicitar drenaje de pacientes
Existe refuerzo de personal en algún horario	Solo en plan de invierno, tres meses desde junio a agosto.
Existen horarios en que se gestionen traslados más rápido	En las tardes, debido a que la entrega de camas, se realiza alrededor del medio día
Observaciones	Se rescató información actualizada de dotación del RRHH. La dotación de médicos está bajo lo requerido por las normativas del estado, existe brecha ya que cuentan con médicos sin especialidad, algunos recién egresados, sin la experticia para toma de decisiones.

Fuente: Elaboración propia.

¹⁶ Flores Amaya, f. & López Soracipa, V. (2014). Caracterización de la atención en el servicio de urgencias hospital universitario San Ignacio . Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

3.5 ANÁLISIS DE CASOS CLINICOS

Dado que los factores externos son identificables por las fuentes ya descritas, y que no existe algún estudio específico que permita conocer la realidad local, y con el fin de realizar un acercamiento a los factores que intervienen en la congestión de la unidad de emergencia, y por ende, en incumplimiento del indicador de oportunidad, se revisó documentación clínica de los pacientes hospitalizados en box y sala de observación de urgencias, durante la tercera semana de Septiembre del año 2016, basándose en estudios que indican cuales son las actividades y/o procedimientos que provocan demora y aumentan la estancia de los pacientes en las unidades de emergencia¹⁷.

Dentro de la confección de este instrumento de recolección de datos (anexo n°1), se consideraron datos demográficos de la población, tales como el sexo de los pacientes, dado que existen patologías relacionadas con el género, el tiempo de estada de los pacientes para cuantificar la magnitud del problema, ingreso según franja horaria, da una idea acerca del comportamiento de la población consultante durante el día, tiempos de demora en realización y/o control de exámenes y las causas de permanencia de los pacientes en urgencias, revela si existe algún cuello de botella que permita un acercamiento a los factores que influyen en la saturación.

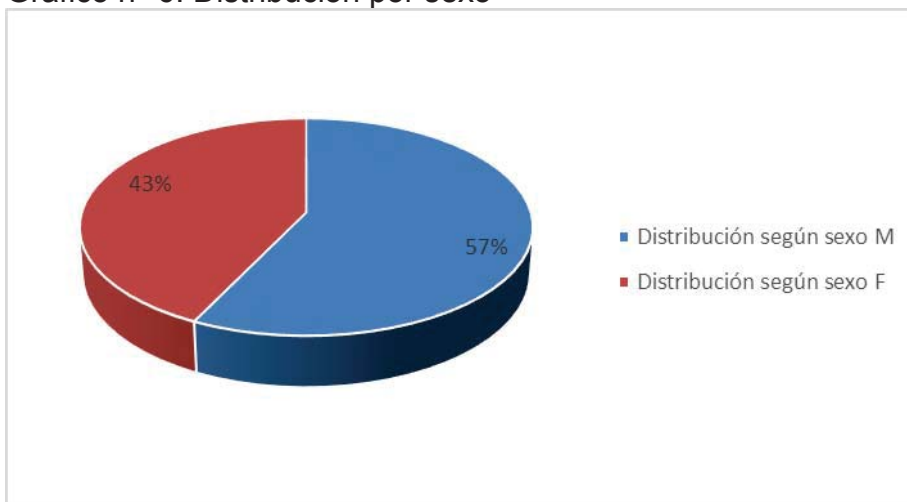
Se encontró un total de 187 casos cuyas características son:

Datos generales:

La proporción de sexo de los pacientes de la muestra coincide con la informada en la tabla N° 4 de Gestión camas, donde existe mayor distribución de pacientes de sexo masculino (Femenino 47.6% Masculino 52.4%), tal como se observa en el siguiente gráfico n° 6.

¹⁷ Fuente: Ceballos-Acevedo T, Velásquez-Restrepo PA, Jaén-Posada JS. Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. Rev. Gerencia. Polít. Salud. 2014; 13(27): 274-295.

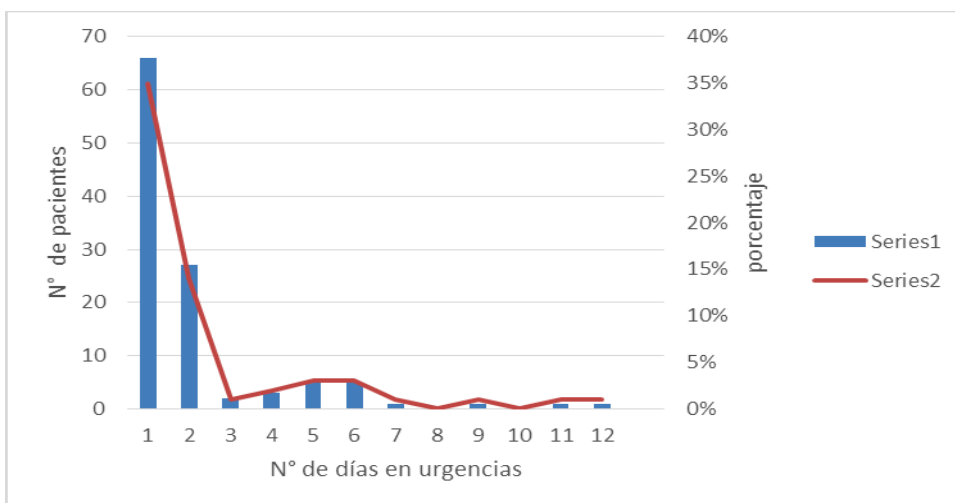
Gráfico n° 6: Distribución por sexo



Fuente: Elaboración propia.

Para efectos del estudio, se considera día cero al tiempo menor a 12 horas de hospitalización, lo cual corresponde al cumplimiento del indicador. Encontrando que un 60% de los pacientes se encuentran fuera del rango, esta situación puede verse aun en menor cumplimiento que lo informado formalmente dado que existen fallas de registro, lo que evidencia que hay un mayor riesgo de incumplimiento del indicador. Además, se observa que un total de 19 pacientes que corresponde a un 13% permanecen desde 3 a 12 días de hospitalización, utilizando espacios de camillas de hospitalización, como se puede observar en el gráfico n° 7.

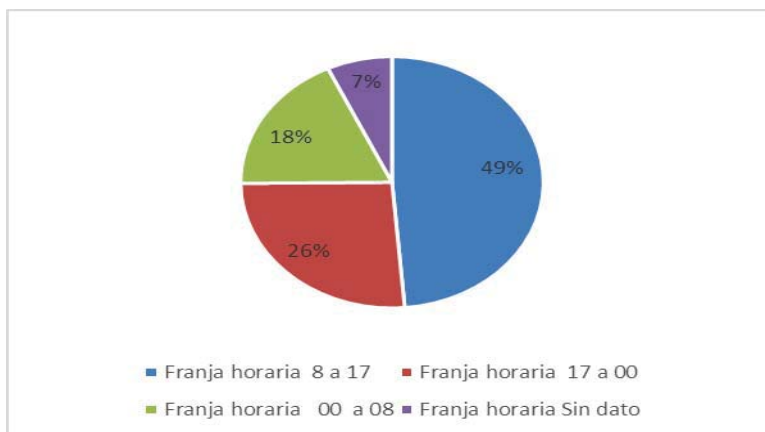
Gráfico n° 7: Días de hospitalización en urgencias



Fuente: Elaboración propia.

Del horario representado en el gráfico N° 8, es categórico que cercano al 50 % de los pacientes se hospitalizan en horario hábil, donde existe mayor número de dotación de personal. Siguiendo en frecuencia, desde 17 a las 00 horas, con un 26%, donde notablemente la cantidad de recursos humanos disponibles en la institución disminuye, factor que puede influir directamente en el retraso en la atención.

Gráfico n° 8: Ingreso de pacientes de acuerdo a franja horaria



Fuente: Elaboración propia.

Al comparar este dato con la información acerca de la afluencia de público en urgencia, presentada por estudio de la Universidad de Chile¹⁸, se observa que existe coincidencia en aumento de las actividades durante la franja de 8 a 00 horas, disminuyendo de 0 a 7 horas am, tal como muestra el gráfico N° 9.

Gráfico n° 9: Afluencia de público en urgencia

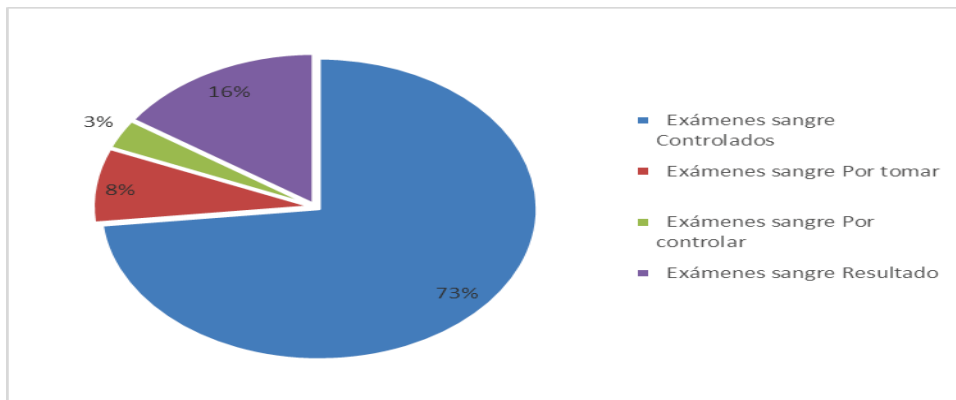


Ilustración 144: Distribución de llegadas según hora del día

¹⁸ Fuente: Garrido M., n. (2015). Mejora en los procesos de planificación, control y monitoreo del servicio de urgencia del hospital clínico de la Universidad de Chile (magíster en ingeniería de negocios con tecnologías de información). Universidad de Chile.

En la gráfica n°10 se observa que la mayoría de los exámenes están controlados, por lo que no se considera como un factor que podría influir en causas de retraso o demora en la de atención.

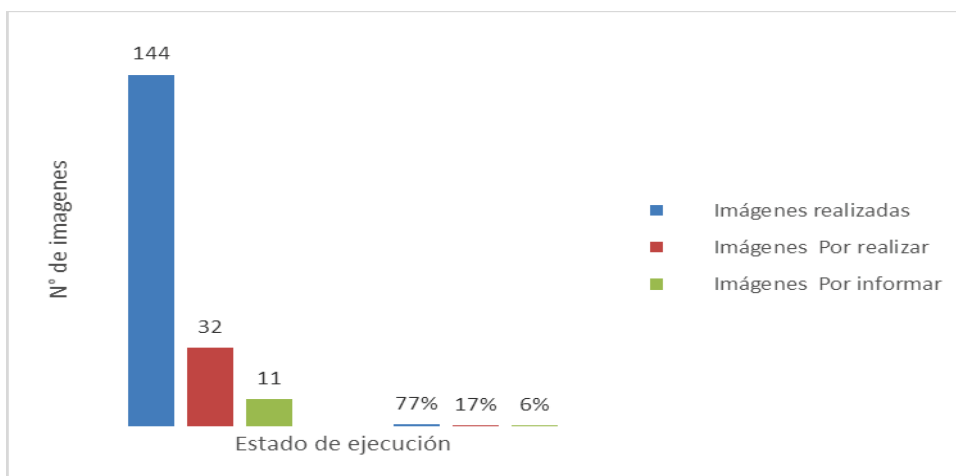
Gráfico n° 10: Estado de control de exámenes



Fuente: Elaboración propia.

En relación al gráfico n°11, un 77% de ellos se encuentran realizados, por lo que tampoco contribuyen a retrasos en la oportunidad de atención.

Gráfico n°11: Estado de los exámenes de imágenes

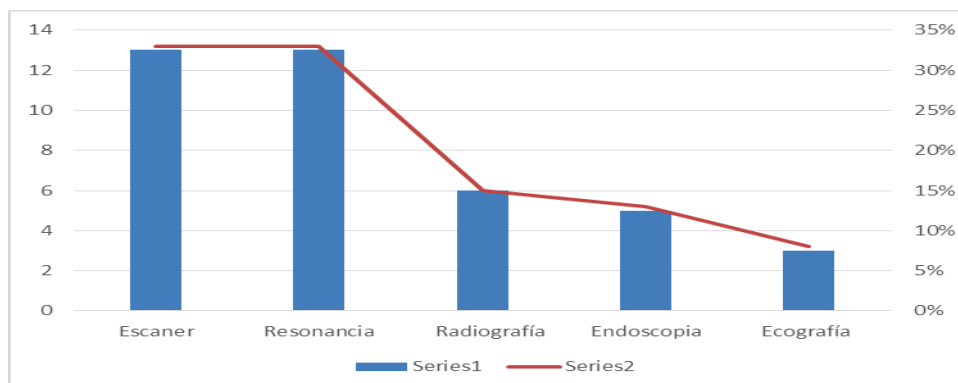


Fuente: Elaboración propia.

En relación a imágenes complejas en el gráfico N°12, éstas no representan una demora excesiva en la realización del examen, solo un 21% de los pacientes tienen esta indicación.

Es importante destacar que no se logra obtener diferenciación entre el número o la cantidad de imágenes que se realizan derivados de la atención de urgencia y la que se demandan los servicios clínicos del hospital.

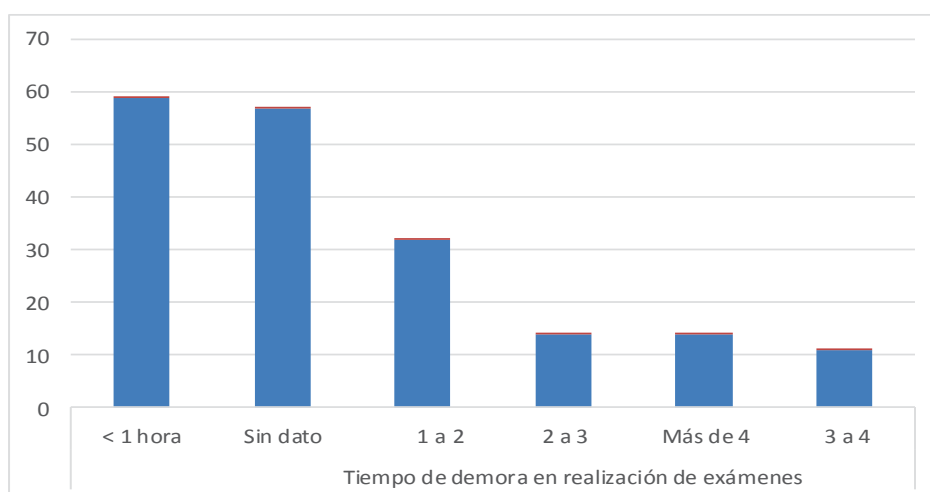
Gráfico n° 12: Frecuencia de realización de imágenes complejas



Fuente: Elaboración propia.

Si bien existe un 30% de ausencia de registro, lo cual podría determinar una oportunidad de mejora y agilizar la atención de urgencia, de lo obtenido, un 32 % se toma un tiempo menor a 1 hora, por lo que es relevante mejorar los registros, tal como se observa en gráfico N°13.

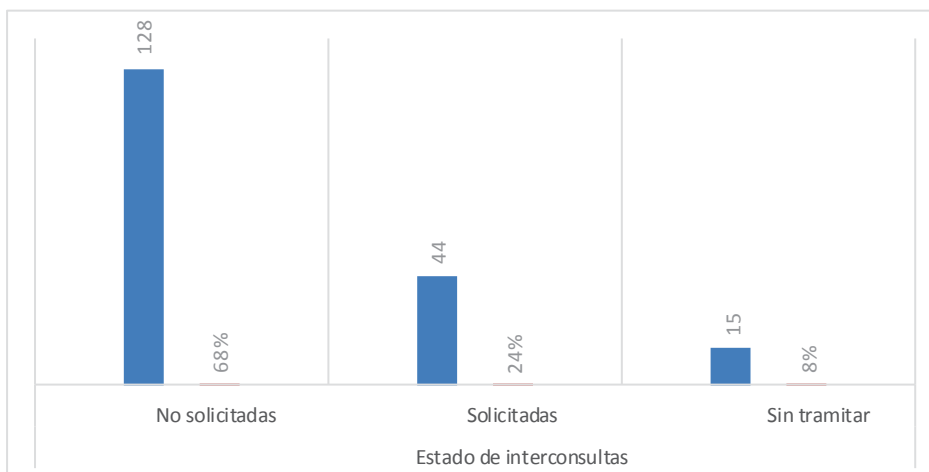
Gráfico n° 13: Tiempo de demora en realización de un examen



Fuente: Elaboración propia.

Alrededor de un 68% de los pacientes no tiene interconsulta solicitada, de los cuales solo un 8% se encuentra sin tramitar, factor que no tiene impacto en la oportunidad de hospitalización. Tal como se observa en el gráfico n° 14

Gráfico n°14: Estado de interconsultas

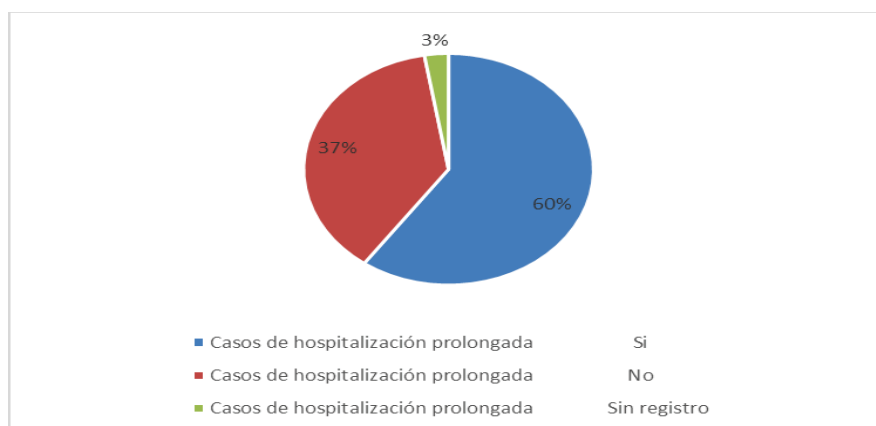


Fuente: Elaboración propia.

A diferencia de lo encontrado en los datos informados por el Departamento de Planificación y Control, en la muestra la brecha de cumplimiento del indicador es mayor de lo informado, encontrándose sobre el 60%, lo que constituye un incumplimiento de la meta del indicador, tal como se observa en el gráfico N° 15

La diferencia se puede atribuir a un problema de registros, ya que, una vez que el paciente tiene indicación de traslado, lo que se registra es la hora de inicio del traslado, omitiendo el tiempo que el paciente efectivamente quedó hospitalizado en urgencias.

Gráfico n° 15: Casos de hospitalización prolongada

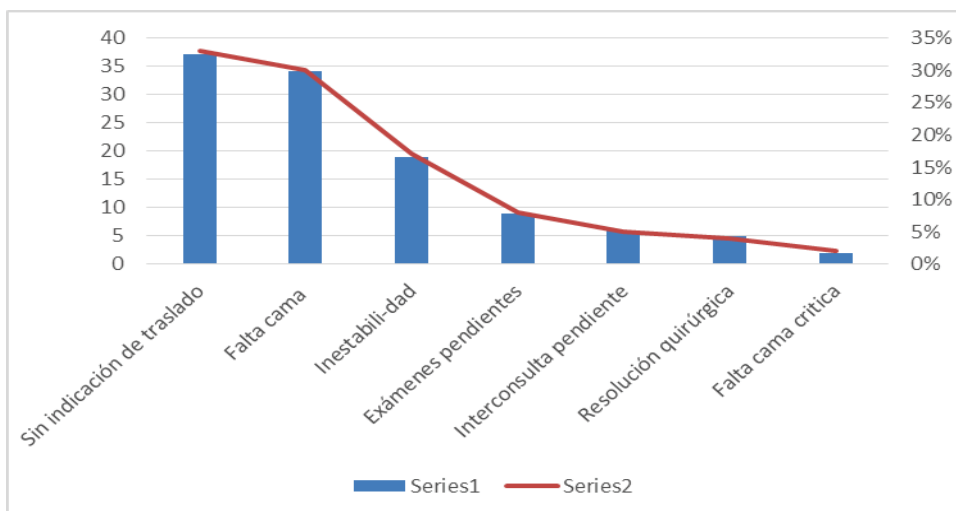


Fuente: Elaboración propia.

Dentro de las causas o factores que se asocian con la hospitalización prolongada, tal como muestra el gráfico n° 16, en la unidad de emergencia destaca que un 33% de los pacientes no tienen la indicación de traslado, lo cual, junto con la característica

de inestabilidad del paciente descrita en la ficha clínica, puede atribuirse, además de la complejización de los pacientes, a falta de experticia en los profesionales médicos, dado que una de las características del grupo de profesionales médicos que laboran en la Unidad de Emergencia es que son médicos sin especialidad, es decir, sin la experticia que la unidad requiere, además de la no existencia de protocolos o guías de manejo que sugieran según consenso de expertos, las conductas para un adecuado manejo y atención de los pacientes.

Gráfico n° 16: Causas de hospitalización prolongada



Fuente: Elaboración propia.

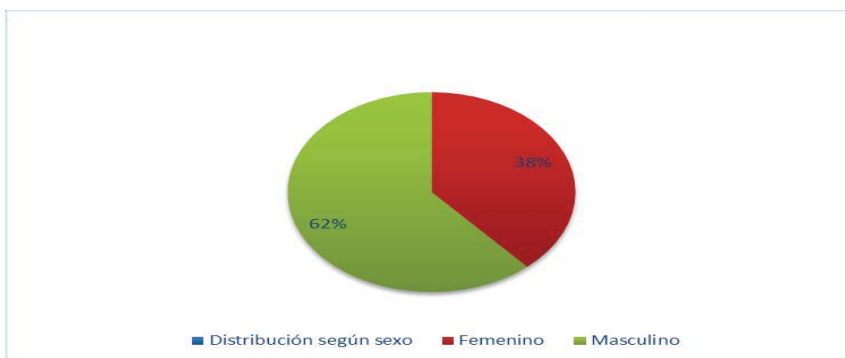
3.6 REVISIÓN DE DATOS DE ÁREA HOSPITALIZACIÓN

Para evaluar el flujo de los pacientes y los probables nudos que impiden mantener flujo adecuado, se aplica un instrumento de recolección de datos (anexo n°2), que identifica factores asociados: sexo, vía de ingreso factor que permite diferenciar si la disponibilidad de camas de los servicios es exclusiva para la urgencia o no, tiempo efectivo de permanencia en urgencia, dato que clarifica la oportunidad en que se efectuó el traslado; franja horaria del traslado, permite evaluar recursos versus carga de trabajo, considerando que para ejecutar el traslado requieren de la realización de dos actividades en diferentes lugares y en tiempos consecutivos, y las altas por servicio, permite definir a grandes rasgos que servicio tiene más rotación de pacientes.

Se revisan fichas clínicas de los pacientes de alta, con un total de 78 pacientes. A continuación, los datos que arroja el alta de los pacientes hospitalizados:

Se mantiene la proporción coherente con las hospitalizaciones de urgencia, en donde existe un mayor número de hospitalizaciones del sexo masculino, como muestra el gráfico n°17.

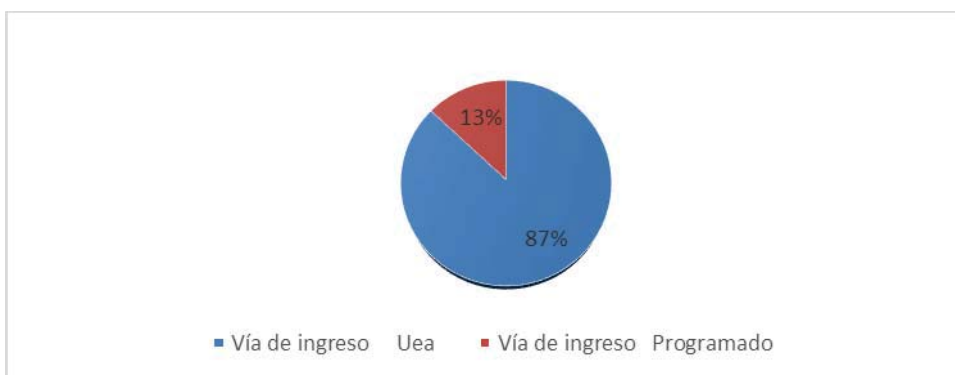
Gráfico n°17: Distribución por sexo en sala de hospitalización



Fuente: Elaboración propia.

El gráfico n°18 confirma los valores estadísticos, la vía principal de ingreso de pacientes es la unidad de emergencia, lo que deja al hospital con escasa capacidad de programación y planificación, dado que es necesario trasladar pacientes, esta situación no permite programar una cirugía o un tratamiento. Aun así, existe un porcentaje de pacientes que tiene otra vía de ingreso, se desconoce si se ajusta y/o coordina con las necesidades de traslados de la unidad de emergencia.

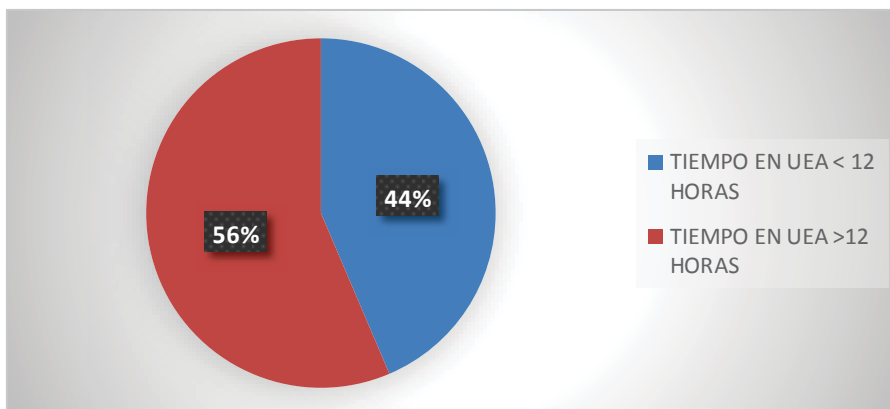
Gráfico n° 18: Vía de ingreso del paciente a sala de Hospitalización.



Fuente: Elaboración propia.

El gráfico n°19 muestra, al igual que los datos de ingreso urgencia, que más del 50% de los pacientes permanece tiempo > a 12 horas en la unidad de emergencia. Lo que se traduce en que se comprueba se la existencia de incumplimiento de oportunidad en la hospitalización

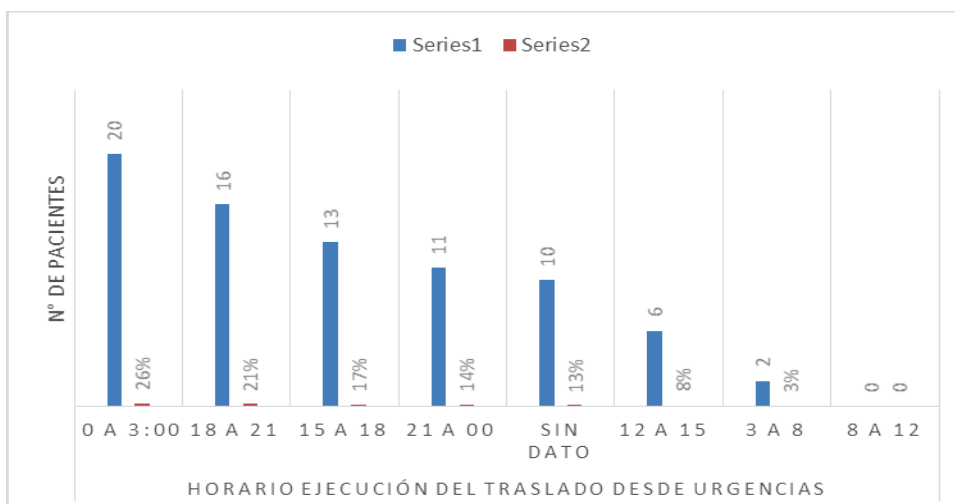
Gráfico n°19: Tiempo de permanencia del paciente hospitalizado en UEA



Fuente: Elaboración propia.

El rango horario de mayor ejecución de traslados de pacientes desde urgencias a servicios clínicos, se realiza en horario de trabajo nominado como inhábil, pues se produce entre las 18 horas y las 03 AM, correspondiendo a un 61%, este factor puede ser influyente en la demora de realización del traslado, por lo tanto, provoca retraso en el flujo adecuado de los pacientes, según muestra gráfico N° 20:

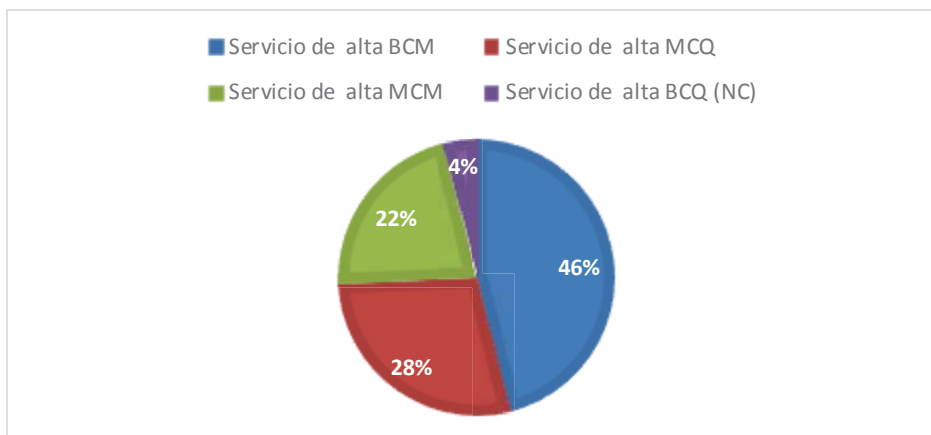
Gráfico n° 20: Franja Horario ejecución del traslado desde urgencias.



Fuente: Elaboración propia.

El gráfico n° 21 muestra que la mayor cantidad de egresos fueron generados desde el servicio con mayor dotación de camas baja complejidad médica. La menor proporción de altas se produjo a su vez, en baja complejidad quirúrgica.

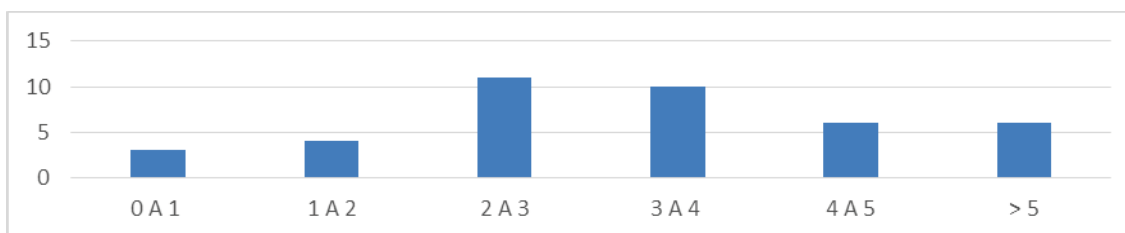
Gráfico n°21: Pacientes de alta por servicio



Fuente: Elaboración propia.

Según el gráfico n° 22 se puede concluir que el tiempo de demora del alta del paciente fluctúa entre 2 y 4 horas, en un porcentaje mayor al 50% de los pacientes el tiempo de ocupación de la cama por concepto alta es excesivo, lo cual pone en riesgo de incumplimiento al indicador de oportunidad. Al promediar el tiempo utilizado corresponde a 3.33 horas, en una actividad que no debiera durar más de 2 horas.

Gráfico n° 22: Tiempo de ejecución del alta



Fuente: Elaboración propia.

Este valor aproximado se obtuvo solo de algunos datos de ficha clínica, dado que no todos tienen registros de hora de indicación médica del alta y hora de ejecución efectiva.

Dentro de los hallazgos importantes encontrados en la revisión de fichas clínicas, llama a atención que en el rubro de la evolución médica, el momento del alta es mencionado como conducta a ser desarrollada en días sucesivos, lo que da indicios de una acción que al implementar podría acortar tiempo de egreso del paciente.

En conclusión, al realizar un resumen del conjunto los factores que se asocian negativamente para el incumplimiento de la oportunidad en la hospitalización, se puede indicar:

- La mayor afluencia de público a la unidad de emergencia se produce entre las 8 y las 00 horas.
- Los exámenes complementarios en urgencias, no son una causa de retraso en la indicación de traslado.
- Los traslados a los servicios clínicos, se ejecutan mayoritariamente entre las 18 pm y 03 am.
- Solo se logra una mayor holgura en lugares destinados a la atención en urgencia de 24 horas, entre las 3 de la madrugada y las 8 horas AM.
- En solo 5 horas del día hay menor cantidad de actividades en urgencias, asociado a una baja en la demanda de público (desde 03 a las 8 horas AM).
- Los servicios de hospitalización tienen disponibles las camas para los pacientes desde urgencias después de las 16 horas.
- El alta de los pacientes se ejecuta después del mediodía.
- Existe una demora excesiva, en relación al tiempo utilizado para el alta.

Al aumentar el flujo y salida de los pacientes al horario am, por la cantidad de recursos humanos que existen disponibles en el horario hábil, pueden mejorar y reducir los tiempos de alta que están muy distantes de lo ideal, considerando que los trámites para realizar un traslado son muy similares a la realización del alta, se considera que este no debiera demorarse más de 2 horas, actualmente se demora en promedio 3.5 horas.

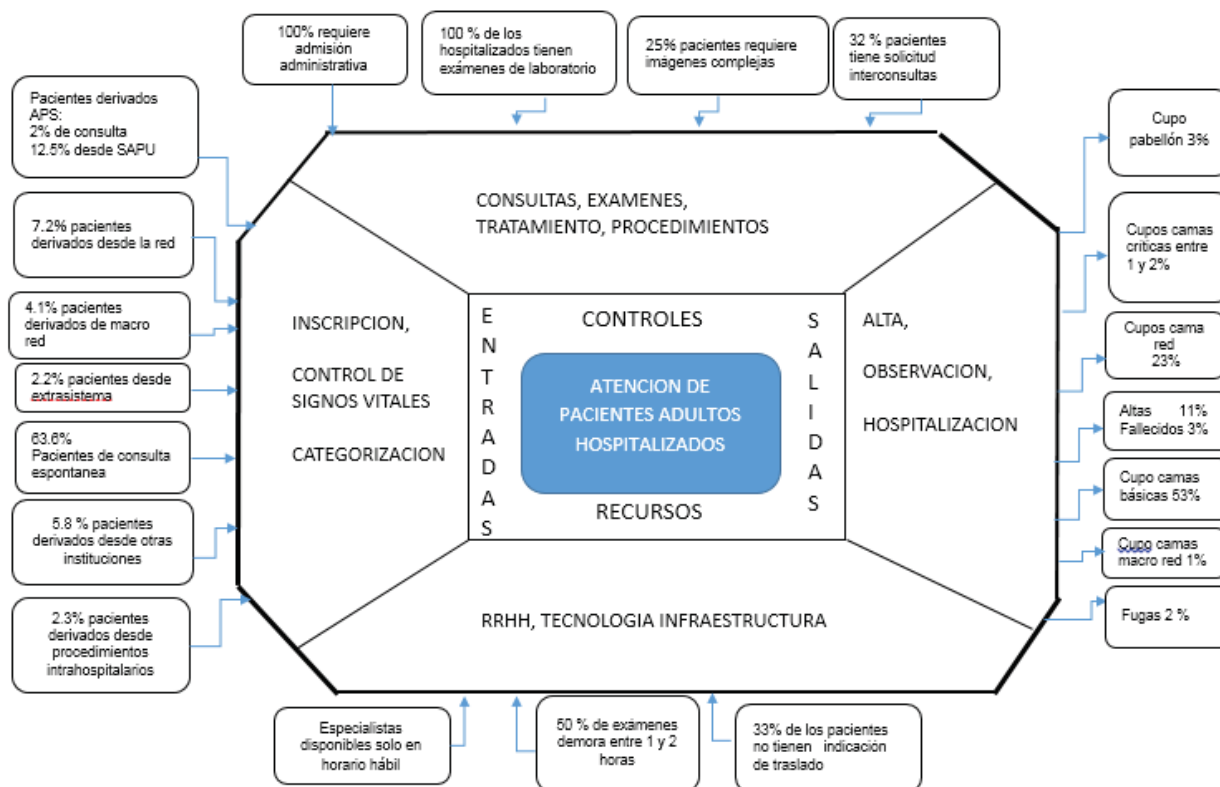
CAPITULO 4: ANÁLISIS Y PROPUESTA DE MEJORA

4.1 DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN

4.1.1 ANÁLISIS SEGÚN DIAGRAMA DE ÁMBITO

Para diagnosticar cuales son los factores que pudieran ser modificados y que están incidiendo en la problemática, se ha establecido el siguiente diagrama de ámbito:

Figura n° 10: Diagrama de ámbito: Atención de pacientes hospitalizados en urgencias.



Fuente: Datos obtenidos de GRD. En base a: Bustos R. Guillermo (2016). Apuntes Taller De Rediseño. Magister En Dirección Pública. Pontificia Universidad Católica De Valparaíso.

El análisis de la atención de los pacientes hospitalizados en urgencias se realiza sobre la base de los factores que arroja la revisión documental. Los resultados se presentan de acuerdo al ámbito a que pertenecen, a saber, entradas, recursos, controles y salidas:

- Entradas: considera a todos los pacientes que ingresan a la urgencia, desde diferentes sitios, existe entre un 63% y 80% de los pacientes que consultan en

forma espontánea desde su hogar, luego en frecuencia, le siguen con 12.5% los derivados desde SAPU, desde la red un 7.2% y finalmente desde macro red 4%.

- b.) Recursos: dentro de los recursos se encuentra la dotación de personal, los insumos y materiales, la tecnología e infraestructura, estos permiten diagnosticar la situación, pudiendo ser determinantes, tales como infraestructura y la capacidad de resolución del talento humano.

Estructura física: 20 camillas en boxes de atención, más 18 en salas de hospitalización, 2 en reanimación y 6 back up.

Box atención varones, damas, trauma, dental, tratamiento, médico legal, sala observación, bodegas de insumos y medicamentos, sala de reanimación con equipamiento necesario para dar respuesta a urgencia vital.

En relación a la dotación del talento humano existe una brecha de médicos de staff, así como de especialistas.

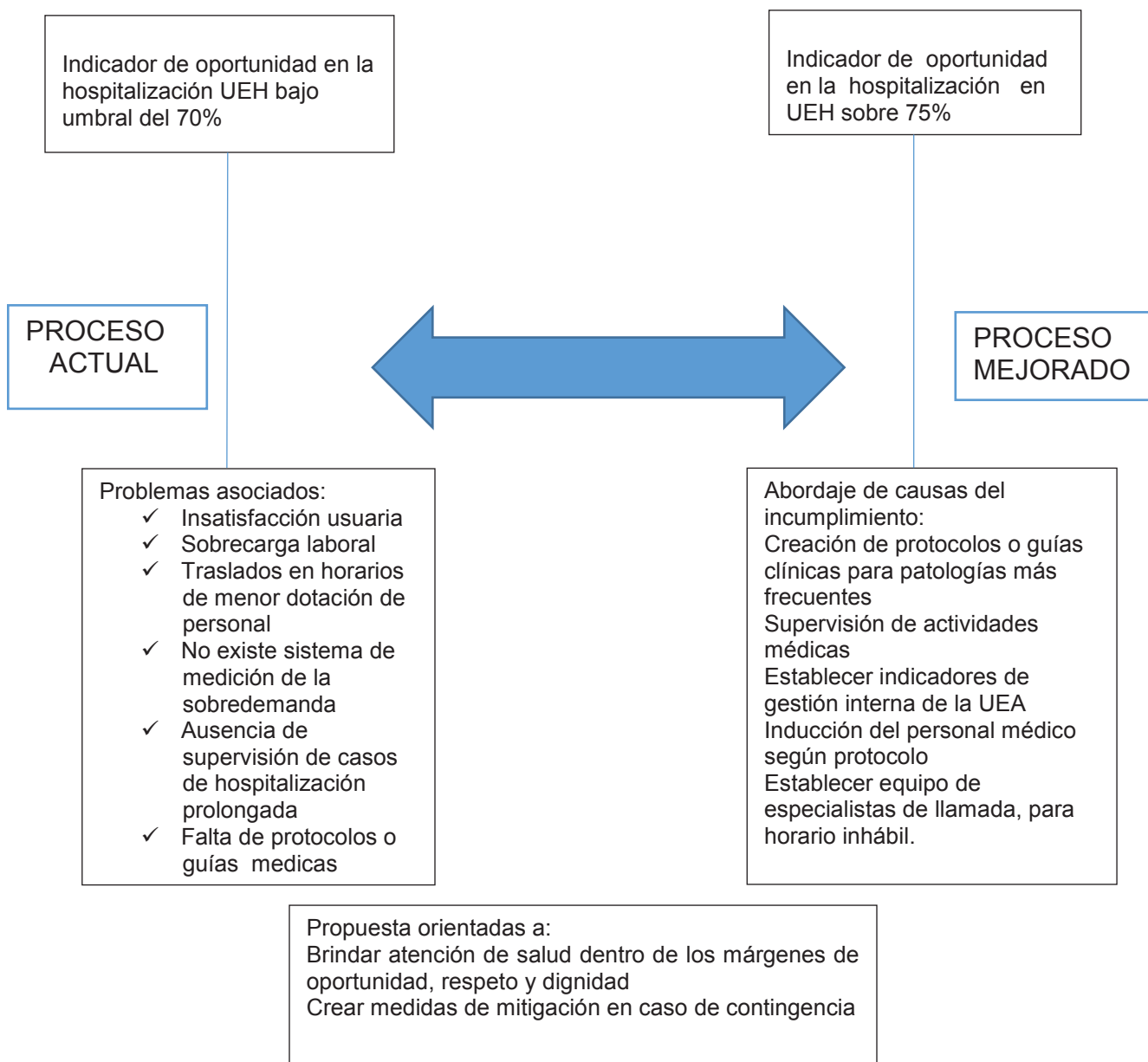
Se encuentra una buena coordinación con las unidades de apoyo, laboratorio rayos e imagenología, en general no existe un retraso que justifique permanencia excesiva de los pacientes en la UEA.

- c.) Controles: Los controles aplicados durante el proceso permiten discriminar entre las actividades que se están realizando acorde a protocolo y aquellas que salen de lo indicado, permite determinar mecanismos de control insuficientes si se cuenta con existencia de protocolo de contingencia o problemas de coordinación y comunicación, errores de procesos administrativos que retrasan la atención. En relación a esto, no se encontraron protocolos de hospitalización, no existe supervisión, alguno de los protocolos se encuentran en confección, no hay estándar definido del concepto de congestión o saturación de urgencias, tampoco hay plan de contingencia.
- d.) Salidas: la mayor parte de pacientes derivados los absorbe la misma institución, existe unidad de hospitalización domiciliaria con capacidad de atención para 35 cupos, subutilizada, dado que hay resistencia de envío oportuno de los pacientes; existen protocolos que indican criterios de derivación, pero no existe difusión adecuada entre el estamento médico, además, se agrega que para cumplir con la evaluación del médico de esta unidad, existe como requerimiento otro formulario de interconsulta a llenar. El Hospital Eduardo Pereira, que cuenta con la mayor cercanía geográfica al HCVB, oferta entre 10 y 14 camas diarias, diferenciadas entre cirugía y medicina, sin la capacidad de conversión de camas, tampoco oferta en caso de paralización gremial, ya que cierra la oferta entre 24 a 48 horas, aumentando la saturación de la urgencia. El Hospital Gustavo Fricke tarda en recepcionar pacientes de su jurisdicción hasta 7 días. Por otra parte, si el paciente es traslado a servicio básico la tardanza aun es mayor, pudiendo demorarse hasta semanas.

4.1.2 MODELO DE BRECHAS

El modelo de brechas permite esquematizar los hallazgos de la aplicación de pautas de revisión de datos y enfocar hacia donde deben ir las propuestas de mejora de la siguiente forma:

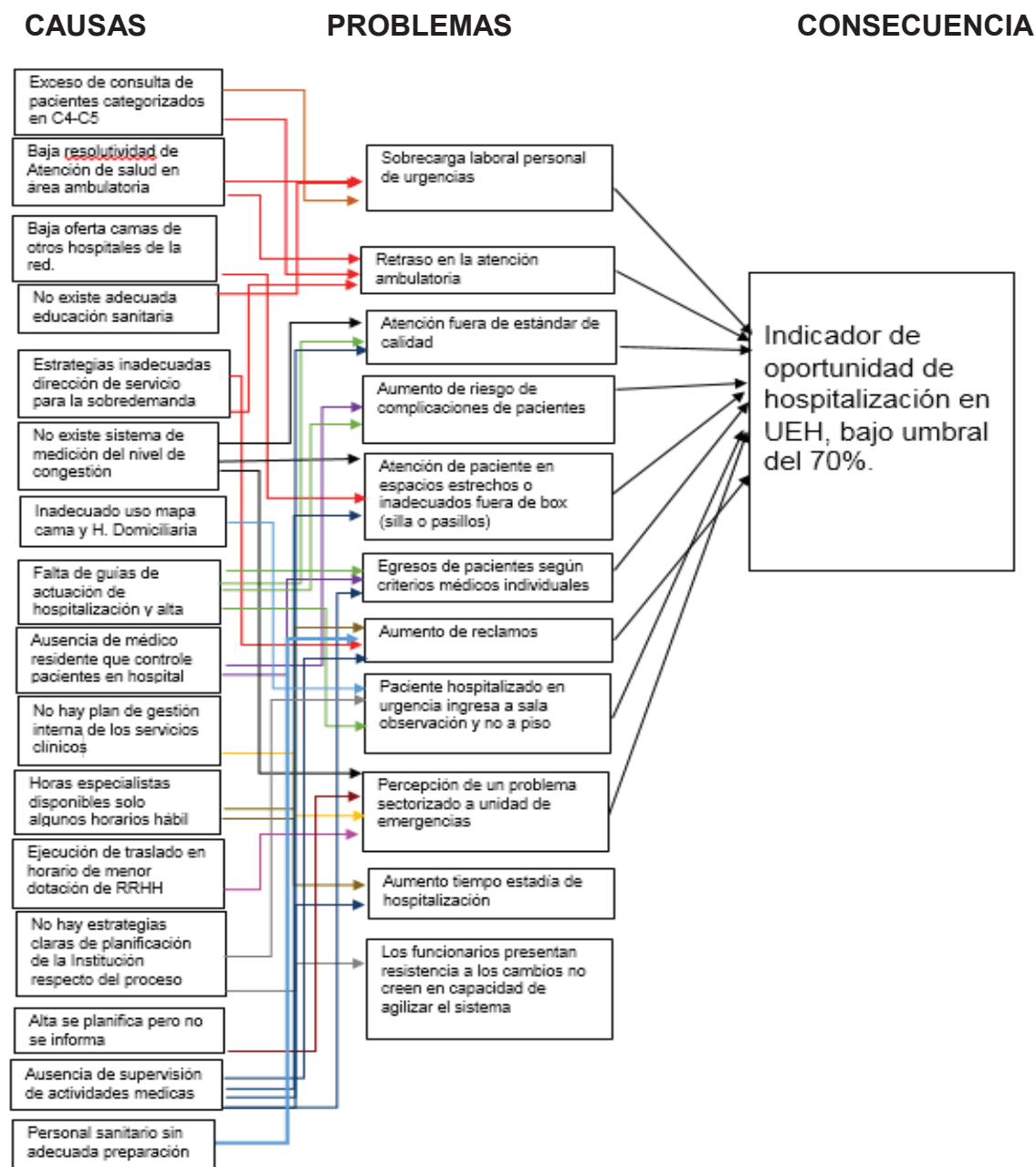
Figura n° 11: Modelo de Brechas



4.1.3 MODELO DE RELACIONES CAUSALES FACTORES CONGESTION URGENCIAS

El modelo de relaciones causales, se muestra en la siguiente figura:

Figura n°12: Modelo de Relaciones Causales



Fuente: Elaboración propia. En base a: Bustos R., Guillermo (2016). Apuntes Taller de Rediseño. Magister en Dirección Pública. Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.

4.2 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA:

Según el estudio realizado por Flores y López: Caracterización de la atención en el servicio de urgencias Hospital Universitario San Ignacio (Husi), Bogotá d. C, 2014, existen factores externos y comunes a todos los Servicios de Urgencias, se destacan aquellos que coinciden con lo encontrado en el estudio.

- Infraestructura hospitalaria limitada para atender la alta demanda.
- Cuello de botella en el traslado de pacientes de urgencias a hospitalización por la no disponibilidad de camas en piso.
- Falta de educación de los usuarios en el uso adecuado de los servicios de urgencias.
- Médicos en entrenamiento- Docencia¹⁹.

Existe un brecha importante entre lo planificado en urgencias y lo que efectivamente se está realizando, dado que se hospitaliza un promedio de 40 pacientes diarios para 18 camas, actualmente es necesario hospitalizar pacientes en box de atención que cuenta con capacidad de 18 camillas, más 6 camillas de reserva, generando con esto ocupación de espacios destinados para otro fin, dejando sin posibilidad de atención digna (de pie, box destinado para otro fin, etc.).

Se enumeran a continuación los factores asociados que facilitan la saturación de la urgencia adultos, diferenciados en externos e internos.

4.2.1 FACTORES EXTERNOS

- Especialidades de referencia en la zona de la red
- Lista de espera interconsultas de especialista
- Lista espera cirugía
- No existe adecuada coordinación red inter-servicios de salud
- Oferta de camas del HEP es selectiva
- SAR sin horario extendido.
- Pacientes poli consultantes
- No existe educación sanitaria
- No existe atención psiquiátrica en otra zona de la red

Aunque no está al alcance de este estudio la modificación de los factores externos, el Hospital está inserto en una red de salud integrada, por lo que no es posible dejar de mencionar aquellos que pudieran significar alternativas de mejora.

¹⁹ Flores Amaya, f. & López Soracipa, v. (2014). Caracterización de la atención en el servicio de urgencias hospital universitario San Ignacio . Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

4.2.2 FACTORES INTERNOS DE URGENCIAS Y SERVICIOS CLINICOS

- No existe plan de contingencia
- Insuficientes protocolos de hospitalización
- Ausencia de supervisión
- Subutilización de unidad de hospitalización domiciliaria
- Personal sanitario sin adecuada preparación
- Subutilización del mapa de camas
- No hay indicadores formales de gestión interna de la unidad
- Horas disponibles de psiquiatra y neurólogo solo horario hábil.
- En las salas de hospitalización:
- Exámenes complementarios pendientes
- Insuficientes protocolos de alta
- Ausencia de supervisión de casos de estadía prolongada
- Profesional de medicina interna insuficiente
- No hay plan de colaboración con urgencias
- Alta se planifica un día antes de ser firmada
- Ausencia de médico residente que controle exámenes PM
- No hay interés de mejorar indicadores de la institución
- Demora en la gestión de ayudas técnicas

Los factores internos descritos son modificables, algunas mejoras dependerán de inyección de recursos. Mientras que otras, dependerán de los líderes de la organización para generar un cambio en el modelo de gestión del paciente hospitalizado en urgencias y en la institución en general.

4.3 PROPUESTAS DE MEJORA

4.3.1 FACTORES EXTERNOS

Los factores externos están asociados a la gestión responsable del servicio de salud Valparaíso-San Antonio, que depende del Ministerio de Salud y lineamientos que este emane, aunque éstos están asociados a mejorar varias de las causales mencionadas, el orden de prioridad no va en dirección a relevar el problema existente en la urgencia del Hospital Van Buren, dado que el hospital está inserto en la red de salud, estos factores no podían quedar fuera del análisis. Por lo cual se mencionaran solo algunas de las estrategias que debieran ser abordadas.

Especialidades de referencia en la zona de la red: causa difícil de abordar ya que depende del nivel central.

Lista de espera: interconsultas de especialista y lista espera cirugía: existe lista espera de resolución de interconsultas, que avanza con lentitud asociado a que los compromisos presidenciales asumen esperas de años anteriores tales como en el año 2016 se resuelven cirugías del año 2013.

No existe adecuada coordinación red inter-servicios de salud: existen reuniones de integración que no tienen resultados.

Oferta de camas del HEP es selectiva: existen reuniones donde se ha elevado la solicitud de conversión de camas según la necesidad de urgencia, sin respuesta favorable.

SAR sin horario fijo: periodo de marcha blanca se ha extendido, sin lograr un gran impacto en el problema detectado, mantiene un promedio de 100 consultas diarias, horario atención desde 17:00 a las 08:00 horas.

Pacientes poli consultantes e inexistencia de educación sanitaria: son factores que están estrechamente interrelacionados, podrán tener una gran repercusión a largo plazo, sin embargo, no dependen del nivel local.

No existe atención psiquiátrica en otra zona de la red Valparaíso-San Antonio, lo que obliga a que cualquier urgencia de tipo psiquiátrica debe ser atendida en unidad de emergencia. La condición de los pacientes es de riesgo, dado que atentan con su vida, lo que impide que sean dados de alta o trasladados a otra área del hospital. Se ha creado un centro de salud mental en la ciudad de Valparaíso recientemente inaugurado, Centro de Salud Mental Comunitaria –CSMC es conocido en otras comunas como COSAM- de Valparaíso, atenderá a las personas, familias y comunidades que se atienden en los Centros de Salud Familiar (CESFAM) Jean y Marie Thierry, Las Cañas y Plaza Justicia, y que presentan un trastorno de salud mental de moderada a alta severidad, sin embargo, este centro tampoco cuenta con

atención de urgencia, aunque podrá, sin duda, mejorar el control y tratamiento y a largo plazo la incidencia de urgencias.

El equipo asistencial es interdisciplinario, lo cual permite desarrollar planes individuales de tratamiento con una comprensión contextualizada y compleja de los problemas de salud mental, diseñando estrategias que permitan a las personas recuperar sus proyectos de vida y sus posibilidades de participar activamente en su comunidad.

“Podrán acceder al CSMC – COSAM personas, familias y comunidades, que estén inscritos en los CESFAM Jean y Marie Thierry, Las Cañas y Plaza Justicia y que presenten problemas de salud mental que requieran de atención especializada y cuenten con evaluaciones y/o tratamientos previos en el Nivel Primario o Terciario de Salud. Se podrá acceder a la atención mediante referencia a especialidad en salud mental, realizada por el equipo tratante de los CESFAM señalados anteriormente o del nivel terciario de atención del Hospital del Salvador”²⁰

Dado que el nivel de logro de gestión del cambio a nivel externo a la institución no depende de la dirección local, solo se trabajará con propuestas para 7 de los problemas presentados que tiene que ver con factores que se encuentran dentro de la institución.

4.3.2 FACTORES INTERNOS DE LA INSTITUCIÓN

a. Problema 1: Atención de salud fuera de los estándares de calidad

Causa 1.1: No existe sistema de medición de nivel de congestión: el año 2013, a raíz de la creciente demanda se creó un protocolo para drenar la unidad de emergencia, que consistía en compra de cama a clínicas al extrasistema que no fue puesto en funcionamiento, asociado al sobreendeudamiento de los hospitales públicos.

La propuesta describe directrices que permiten establecer objetivamente los criterios de congestión, medir y activar un plan de acción, basado en el drenaje interno hacia los servicios clínicos y permita atención dentro de condiciones de oportunidad y calidad.

1.1 Propuesta: Incorporar TI que permita medir el grado de congestión

Objetivar la congestión de la UEA a través de la aplicación de una escala numérica, que permita establecer con exactitud niveles de congestión y activar en secuencia el protocolo de actuación.

²⁰ SSVSA presenta su primer Centro de Salud Mental Comunitaria en Valparaíso - Servicio de Salud Valparaíso San Antonio. (2016). Ssvalposa.redsalud.gob.cl. Recuperada Junio 2016, de <http://ssvalposa.redsalud.gob.cl/?p=8360>

Escala NEDOCS: corresponde a instrumento desarrollado en instituciones académicas de EEUU, validado en diferentes hospitales, con experiencia en Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Corresponde a escala de 5 ítems:

1. Número de pacientes registrados en urgencia dividido por el número de camas en el servicio.
2. Número de pacientes hospitalizados en urgencia dividido por el número de camas destinadas para ello en la institución.
3. Número de pacientes en uso de ventilación mecánica en urgencias
4. El mayor tiempo de espera para los pacientes en horas.
5. Tiempo en la sala de espera del último paciente acostado en la cama de urgencias.

Figura n° 13: Escala NEDOCS



La escala de medición va desde 0 a 200.

Fuente. NEDOCS: Department of Emergency Medicine | The University of New Mexico. (2016). Emed.unm.edu. Retrieved 1 June 2016, from <http://emed.unm.edu/clinical/resources/nedocs.html>

1.2 Propuesta: Plan de acción que mitigue la contingencia.

La propuesta que se resume en la siguiente figura, sugiere actividades a realizar según nivel de congestión existente, tiene la ventaja de direccionar y estandarizar respuestas, identifica responsables de cada acción, de modo de evitar que se llegue a niveles críticos, sin intervención previa.

En la siguiente figura N°14 se describen cinco niveles de congestión, en cada uno de estos niveles existe una descripción de actividades que permite ir en forma secuencial y progresiva, realizando acciones con el objeto de prevenir que se llegue al último nivel de la escala que corresponde al peligroso, donde ya es necesario incluso suspender el servicio.

Figura n°14: Plan de acción que mitigue la contingencia

Nivel de congestión	Medidas a nivel UEA	Medidas a nivel usuario	Medidas a nivel hospitalario	Medidas a nivel directivo
Nivel 1	No se requiere			
Nivel 2 Ocupado	Hacer triage doble (evaluar pacientes en sala de observación que pudieran darse de alta)	Informar aumento de demora	Gestora camas evaluar y agilizar altas de pacientes hospitalizados	
Nivel 3 Saturado	Activar equipo de triage Evaluar y despachar rápido a pacientes C4 y C5	Informar situación de congestión en pantalla de sala espera	Medico subdirector , enfermera y residente hospital evalúan situación de salas de hospitalizados Conversión de camas obstétricas a adultos	Subdirector Informa a unidades de apoyo priorizar tramites de alta de pacientes.
Nivel 4 Preocupante	Activar team de refuerzo 1 médico y 1 enfermera de apoyo a la atención de pacientes	Mantener mensaje en pantalla de congestión critica	Solicitar altas precoces a equipos de unidades hospitalización	Informar a dirección criticidad de la situación
Nivel 5 Peligroso	Cierre transitorio de UEA	Aviso de cierre en monitor por periodo mínimo de 60 minutos	Aviso en los pisos a líderes de equipo	Informar a dirección cierre de UEA

Fuente: Elaboración propia, en base a plan full capacidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Causa 1.2: Falta de guías de actuación de hospitalización y alta:

Se encontraron protocolos relativos al proceso de acreditación, algunos que hablan acerca de la pertinencia de la hospitalización, se iniciaron como probables mejoras que no se han ejecutado.

1.3 Propuesta: Creación de protocolos de hospitalización en patologías más frecuentes y su flujo de acción. Como los protocolos deben ser realizados por los profesionales médicos, se enunciarán sugerencias de las patologías más frecuentes encontradas según datos de estadística local. Algunos pueden ser:

- Protocolo manejo TEC.
- Protocolo de manejo de Neumonía
- Protocolo estabilización ACV
- Protocolo manejo Abdomen agudo
- Protocolo manejo de Pielonefritis
- Protocolo manejo Sepsis.
- Protocolo manejo de Ictericia obstructiva.
- Protocolo manejo de Status convulsivo.
- Protocolo manejo de Insuficiencia respiratoria.

Responsable: Subdirector de gestión asistencial.

Causa 1.3: Ausencia de supervisión de actividades médicas

Supervisión activa: durante el mes de Agosto del año 2016 se comienza con la revisión de datos generales para establecer las causales del problema, realizando la revisión de casos cada dos días, evaluando posibilidades de mejora de captura de pacientes a hospitalización domiciliaria, encontrando a fines de Septiembre del año 2016 que el indicador relativo a oportunidad de hospitalización mejoró un 5 % en relación al año anterior, logrando uno de los 4 puntos para este indicador, factor que necesita el Hospital para lograr mantenerse en la condición de EAR.

1.4 Propuesta: establecer supervisión formal periódica orientada a determinar pertinencia de hospitalización, derivación oportuna a hospitalización domiciliaria, probable alta.

Crear sistema de supervisión, donde el subdirector médico y el medico jefe de gestión cama realicen, alternadamente, visita a los servicios con mayor complejidad del Hospital los días martes, con el objeto de revisar causas de existencia de pacientes con larga estadía, pacientes categorizados en bajo riesgo y dependencia. La planificación de la visita deberá incluir Baja Complejidad Médica, Mediana Complejidad Médica, Mediana Complejidad Quirúrgica, finalizando en Unidad de Emergencia Adultos.

Tabla n°10: Programación de visitas médico-quirúrgicas

PROGRAMACION DE VISITAS MEDICO QUIRÚRGICAS				
Responsable	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Subdirector medico	x			
Jefe gestión camas		x		
Enfermera gestión camas			x	
Jefe hospitalización domiciliaria				x

Exponer lo encontrado en reunión de gestión usuario calendarizada todos los lunes desde 11.00, con el fin de generar consenso, tomar decisiones.

Causa 1.4 No hay plan de gestión interna de los servicios clínicos:

1.5 Propuesta: Establecer indicadores que orienten a medir las mejoras implementadas, para iniciar ciclo de mejora continua:

- Medir nivel de congestión en urgencia
- Medir tasa de utilización de exámenes de apoyo
- Medir número de pacientes con estadía prolongada
- Nivel de cumplimiento de protocolos de hospitalización y alta

b. Problema 2: Aumento de riesgo de complicaciones de pacientes

Causa 2.1: Ausencia de médico residente hospital: existe solo médico que acude en caso de urgencias llamada clave azul (potencial riesgo vital) o descompensación de paciente en servicio clínico. En horario PM no existe médico.

2.1 Propuesta: generar dotación de residente turno que controle aquellos exámenes pendientes que permitan ajustar tratamiento de pacientes o aquellos que permitan determinar precozmente el alta.

Causa 2.2: Falta de guías y protocolos de actuación en hospitalización y alta.

2.2 Propuesta: generar protocolos que permitan a los médicos residentes de hospital, o con menor experiencia, mantener un criterio uniforme al manejo de las patologías más frecuentes, que sugieran algoritmos de manejo.

c. Problema 3: Atención de pacientes en lugares inadecuados

Causa 3.1: No existe sistema de medición de nivel de congestión .

Resolver según propuesta 1.2

Causa 3.2 Causa Subutilización de mapa de cama y de hospitalización domiciliaria:

Subutilización del mapa de camas: durante la entrevista con la enfermera supervisora de urgencias, se constata que no hay uso del mapa de cama, dado que existe un departamento de gestión de camas, que revisa la dotación y entrega las camas de acuerdo a la indicación del médico de turno. Por lo que dependen de este departamento quienes tienen ubicación en otro piso del establecimiento, por lo que es de utilidad usar medios que están al alcance.

3.1 Propuesta: cada jefe de turno de urgencia deberá obligatoriamente revisar mapa de camas al ingresar a turno y según frecuencia de medición escala NEDOCS

Subutilización de hospitalización domiciliaria: la unidad tiene capacidad para 30 pacientes, para los cuales hay criterios claros de ingreso, sin embargo, si la pesquisa no es activa, los cupos no se llenan. Para esto se sugieren algunas estrategias:

3.2 Propuesta: incluir dentro de la creación de protocolos de manejo médico criterios de acción orientada a evaluación de pacientes para ingreso a hospitalización domiciliaria.

3.3 Propuesta: Reuniones de coordinación con jefes de servicios y jefe de hospitalización domiciliaria.

3.4 Propuesta: Establecer obligatoriedad de registro en ficha clínica de los casos que el médico tratante ha rechazado hospitalización domiciliaria. Llevar registro estadístico.

Resultado esperado: Mantener sobre un 85% la ocupación de la unidad de hospitalización domiciliaria.

d. Problema 4: Egresos de pacientes de acuerdo a criterios individuales

Causa 4.1 Personal sanitario sin adecuada preparación: el recurso médico está sin la preparación adecuada, dado que existe renovación del estamento que no tuvo política de recambio por dificultades generadas a nivel de servicio de salud, los médicos internistas que realizan beca de post grado, deben hacer devolución obligatoria en otras zonas geográficas, quedándose sin internistas formados y solo con médicos generales. Aun así, existe dotación inferior, dado que asociado a las condiciones de sobrecarga no existe interés de los médicos recién egresados.

Propuesta 4.1: Generar política de reclutamiento y mantención de RRHH.

Propuesta 4.2: Realizar inducción a través de programa previo al ingreso a turno.

Resolver según propuesta 2.2

Causa 4.2 Ausencia de médico residente hospital: existe solo un médico que acude en caso de urgencias, llamada clave azul (potencial riesgo vital) o descompensación de paciente en servicio clínico, que corresponde al residente de la unidad médica de agudo. La mayor parte de los médicos del hospital, trabajan en horario asignado a la jornada AM, por lo que en horario PM prácticamente no existe médico en los servicios clínicos, si el paciente de sala de hospitalización no fue dado de alta, se debe esperar al día siguiente para liberar la cama, disminuyendo flujo y rotación de los pacientes.

Resolver con propuestas 2.2, 4.1 y 4.2.

Causa 4.3 Falta de guías y protocolos de actuación de hospitalización y altas: en las áreas quirúrgicas. Una vez resuelto el problema, la mayoría de los pacientes son egresados rápidamente. En el área médica la situación es distinta, el tiempo medio de estada de este estudio arrojó 12,5 días cama.

4.5 Propuesta: creación de protocolos que determinen la indicación de alta según ciertos criterios, que permitirá establecer tiempos acotados para actuar.

4.6 Propuesta: Difusión amplia de los protocolos, de modo de hacer llegar copia a cada médico integrante del staff, vía correo electrónico, lo esto permitirá mejor utilización de recursos.

e. Problema 5: Aumento de reclamos

Causa Ausencia de médico residente hospital

Resolver según propuesta 2.1.

Causa Inadecuado uso del mapa de camas y hospitalización domiciliaria:

Resolver según propuestas ítem 3.1, 3.2, 3.3.

Causa Horas de especialistas disponibles solo horario hábil: durante los días festivos y posterior a la jornada de contrato de los médicos, no hay estos especialistas, lo que complejiza la situación en caso de los fines de semana

5.3 Propuesta: Establecer horarios de controles médicos en fin de semana o de llamado, según necesidad de la unidad, como parte de activación de protocolo de contingencia.

Exámenes complementarios pendientes: esto es relativo, a veces por falla de equipos, otras por licencias del profesional que los realiza, no existe rigurosidad en los registros.

5.4 Propuesta: Objetivar impacto económico de no contar con un plan alternativo en un segundo estudio.

5.5 Propuesta: Externalizar compra de servicio.

f. Problema 6: Paciente hospitalizado ingresa a urgencias y no a piso

Causa: Subutilización mapa de camas

Resolver según propuesta ítem 3.

Causa: Falta de guías de protocolos de actuación de hospitalización y alta

6.2 Propuesta: Cada servicio clínico debe generar sus algoritmos de manejo de las patologías más frecuentes.

6.2 Propuesta: Socializar y realizar amplia difusión.

6.3 Propuesta: Medir grado cumplimiento de protocolos y ajustar según cambios demográficos

Causa: Ausencia de supervisión de actividades médicas

Resolver según propuesta 1.3.

6.4 Propuesta: Cada jefatura de servicio deberá establecer periodos de valoración del cumplimiento de los protocolos médicos creados.

6.5 Elaborar plan de mejora continua.

g. Problema 7: Percepción de un problema sectorizado de unidad de emergencias

Causa Alta planificada no informada

7.1 Propuesta: Establecer obligatoriedad de informar alta al menos con 24 horas de anticipación.

7.2 Propuesta: realizar trámites administrativos previos al alta efectiva, tales como coordinación de horas de exámenes, control, tratamiento o solicitud ambulancia.

Causa Horas especialistas disponibles solo horario hábil

Resolver según propuesta: ídem a propuesta 5.3

Causa Traslados ejecutados en horas de menor disponibilidad de RRHH

Resolver con propuesta 7.1, se acortará tiempo de ejecución de trámites de alta y, por ende, se deberá modificar la franja horaria de ejecución de los traslados.

h. Problema 8: Aumento de estadía de hospitalización

Causa: Horas especialidad solo en horario hábil

Activar según propuesta 5.3

Causa: Ausencia de supervisión de actividades médicas

Resolver según propuestas 1.3, 6.4 y 6.5

i. Problema 9: Los funcionarios no creen en capacidad de agilizar sistema.

Causa: Ausencia de supervisión de casos de estadía prolongada

Si bien se lleva el dato, no hay gestión efectiva sobre esta problemática, dado que generalmente se asocia a paciente socio sanitario o examen complementario, donde hay generada una lista de espera.

Resolución a través de propuestas: 2.1-2.2- 3.1-4.3-4.5.

Causa: Alta se planifica un día antes de ser firmada, no se informa

A pesar que el alta del paciente está declarada como probable los días previos a su ejecución, ésta no se prepara adecuadamente, no hay adelanto de la documentación, por lo cual, el horario en que se gestiona es el de mayor flujo. Ejecutándose en un tiempo que no es posible determinar dado que no hay registro.

Propuesta: dejar enunciado en plan de indicaciones diarias el alta, de modo que se avise precozmente a familiares, se deje receta y solicitud de hora de control, así el documento a firmar permite la ejecución de la disponibilidad de la cama antes de las 17:00 horas.

Ausencia de médico residente: ante la ausencia de médico que controle exámenes y/o ajuste cambios de tratamiento que podrían ejecutarse con mayor prontitud y acortar el tiempo de estada.

No hay interés de mejorar indicadores de la institución, resistencia al cambio: Este factor se enfoca a la resistencia de los grupos humanos a establecer un cambio.

9.2 Propuesta: Introducción de políticas de gestión del cambio.

9.3 Propuesta: Reuniones programadas del equipo de planificación estratégica con las jefaturas de servicio y unidades de apoyo, con el objetivo de dar a conocer cada dos o tres meses, según el estado de los indicadores.

4.3.2.1 ANÁLISIS DE DIAGRAMA DE ACTIVIDAD HOSPITALIZACIÓN MEJORADO

La creación de protocolos será la puerta de entrada para la modificación del diagrama, ya que exigirá la capacidad de establecer indicadores de gestión y, secundario a esto, la supervisión y el registro de algunos indicadores que no se logran establecer en las unidades de hospitalización. El otorgar la responsabilidad a un equipo gestor, delimitará las responsabilidades y establecerá la necesidad de reuniones de coordinación donde, a luz de los resultados, se logren implementar medidas de mejora continua que consigan aumentar el flujo de pacientes y permitan descongestionar la alta demanda que absorbe en pésimas condiciones la urgencia, estimulando la eficiencia de la atención de salud, en general, a los pacientes hospitalizados en áreas de adulto.

Diagrama de actividad: Atención de pacientes adultos hospitalizados.

Objetivo: Brindar atención médica quirúrgica a usuarios adultos del Hospital Van Buren

Cliente: Paciente adultos

Estimulo: consulta urgencia

Funciones: recaudador, técnico paramédico, enfermero, médico, auxiliar de servicio

Gestora de camas, sistema computacional, familiar o tutor de paciente, equipo gestor de paciente

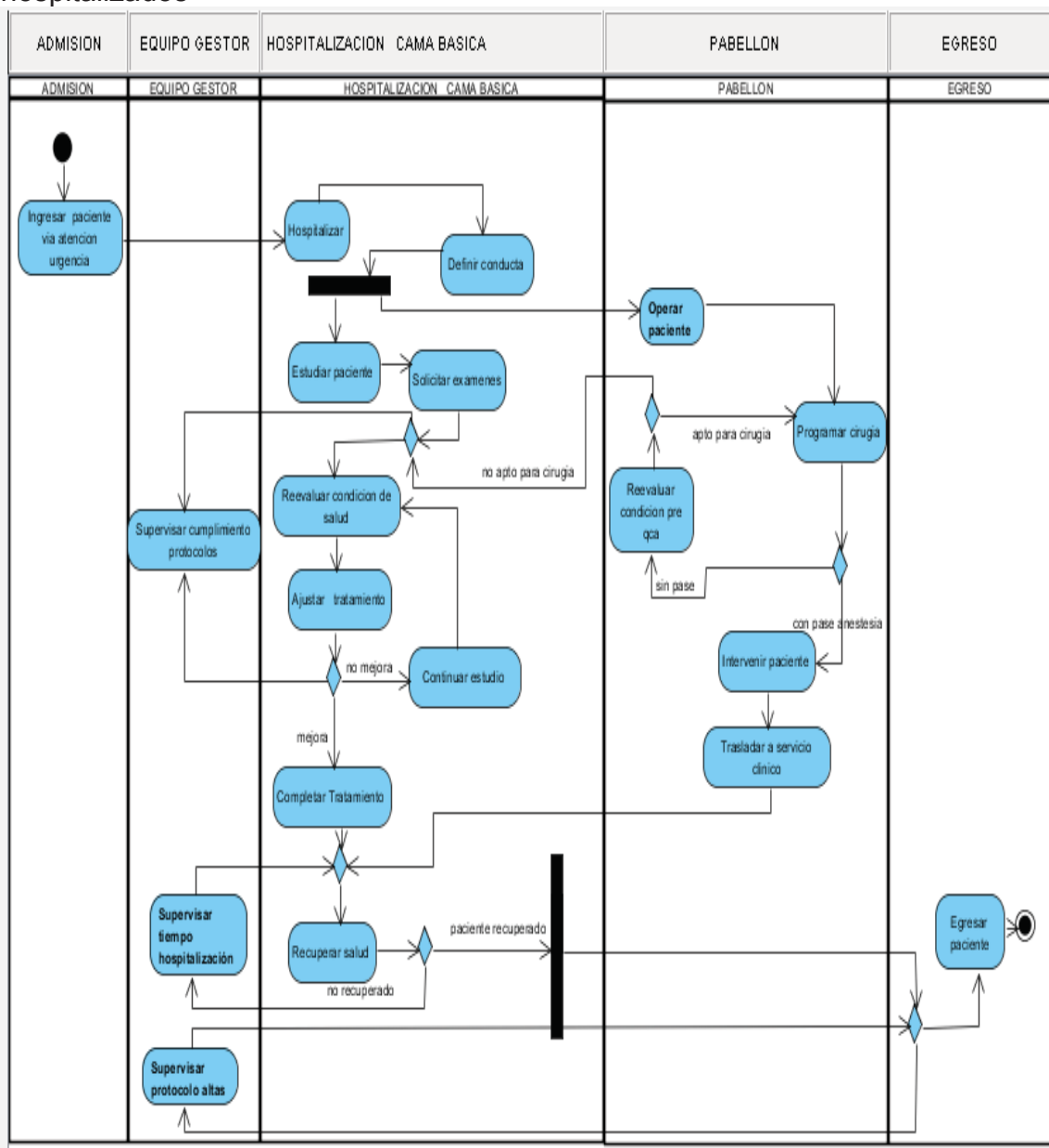
Actividades:

1. Ingresar paciente vía atención de urgencia
2. Hospitalizar paciente
3. Definir conducta
4. Estudiar paciente
5. Operar paciente
6. Solicitar exámenes
7. Reevaluar

8. Ajustar tratamiento
9. Completar tratamiento
10. Recuperar salud
11. Egresar paciente.

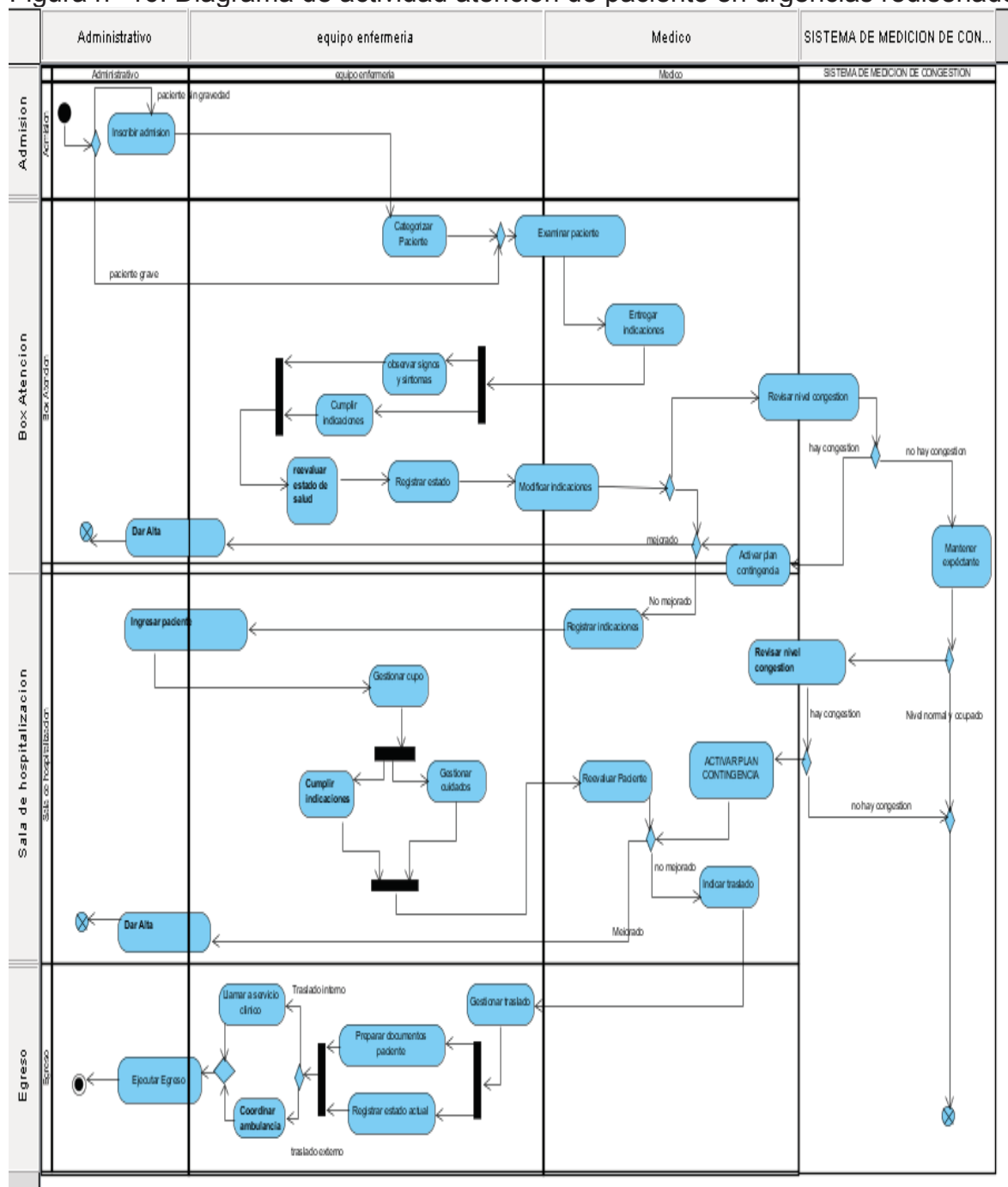
Ver anexos 21 y 22. (Diagrama de actividad rediseñado paciente adulto hospitalizado y diagrama de actividad de atención de paciente en urgencias rediseñado, respectivamente)

Figura n°15: Diagrama de actividad rediseñado: Atención de pacientes adultos hospitalizados



Fuente: Elaboración propia.

Figura n° 16: Diagrama de actividad atención de paciente en urgencias rediseñado



Fuente: Elaboración propia.

4.3.2.1 ANÁLISIS DEL DIAGRAMA DE ACTIVIDAD HOSPITALIZACIÓN REDISEÑADO:

La creación de protocolos será la puerta de entrada para la modificación del diagrama, ya que exigirá la capacidad de establecer indicadores de gestión, y secundario a esto, la supervisión y el registro de algunos indicadores que no se logran establecer en las unidades de hospitalización. El otorgar la responsabilidad a un equipo gestor, delimitará las responsabilidades y establecerá la necesidad de reuniones de coordinación, donde a la luz de los resultados se logren implementar medidas de mejora continua que logren aumentar el flujo de pacientes y permitan descongestionar la alta demanda que absorbe en pésimas condiciones la urgencia, estimulando la eficiencia de la atención de salud en general a los pacientes hospitalizados en áreas de adulto (ver figura N°15).

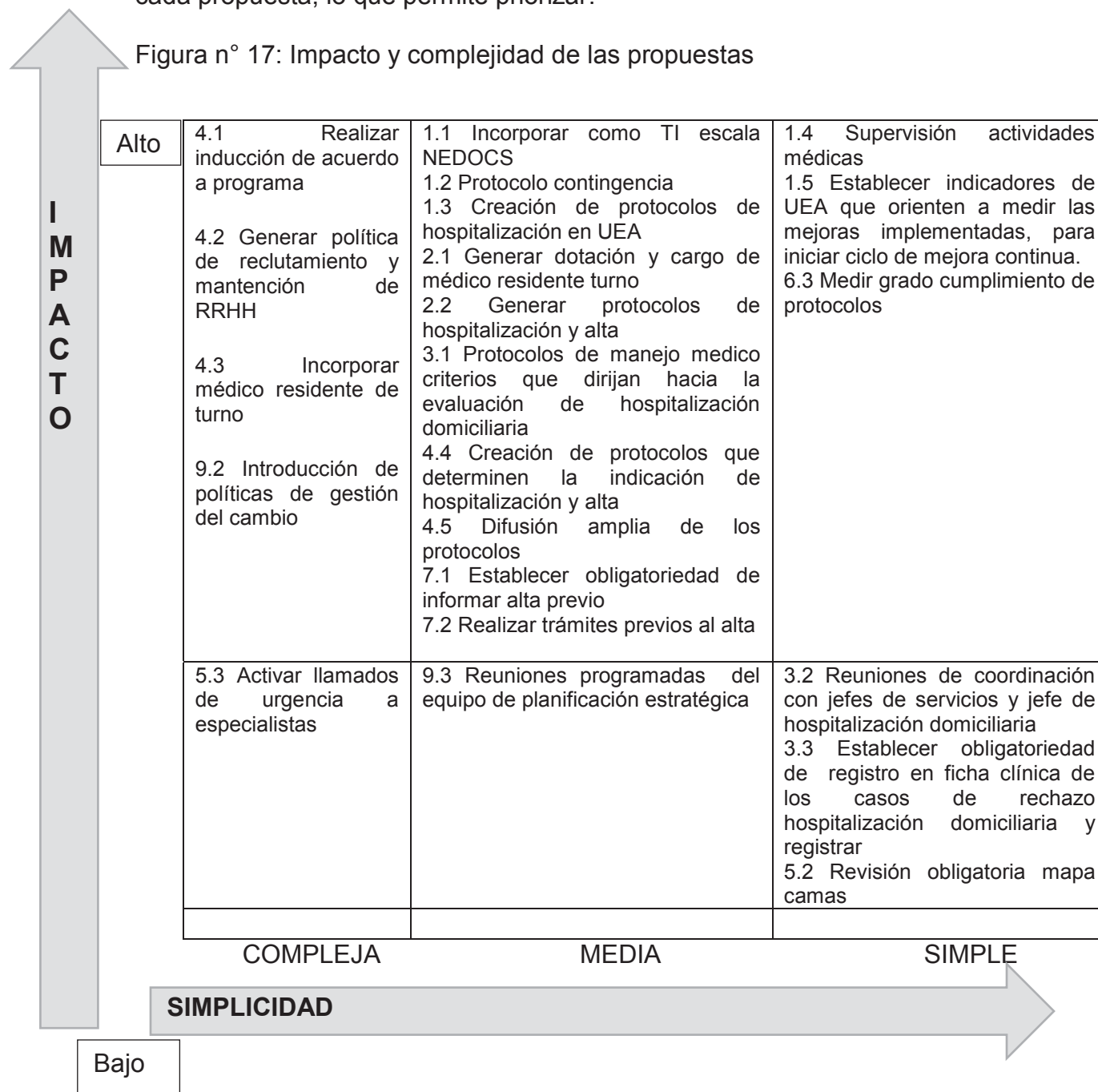
4.3.2.2 ANÁLISIS DEL DIAGRAMA DE ACTIVIDAD DE ATENCIÓN DE URGENCIA REDISEÑADO:

Las nuevas actividades que se introducen tendrán impacto en todo el flujo de la atención de urgencia, sin embargo, también es necesario destacar que objetivar numéricamente la situación de saturación, introducir tecnologías de la información como habilitador, permitirá mantener un monitoreo detallado del estado del proceso de atención de urgencia, detectar una real sobrecarga de trabajo, el mantener registro durante todo el tiempo de atención de paciente y la combinación de esta con el control que deberá ejecutar el medico jefe o el jefe de turno médico , permitirá activar cuando sea necesario un plan de contingencia, en un intento de no llegar a los niveles de criticidad severos. Este tiene alcance más allá de lo que se refiere solo a la unidad de emergencias, permitiendo coordinar con otras áreas para mejorar flujo de pacientes. También permite mantener al equipo directivo informado, cuando los niveles de congestión tienen tal criticidad que requieran incluso cerrar la atención de salud por periodo acotado de tiempo (ver figura N° 16).

4.4 IMPACTO Y SIMPLICIDAD DE LAS PROPUESTAS

En la figura N°17 se presenta el nivel de impacto con la simplicidad de ejecución de cada propuesta, lo que permite priorizar.

Figura n° 17: Impacto y complejidad de las propuestas



Para incorporar las mejoras descritas, se requiere de un trabajo a largo plazo que involucre diferentes actores desde nivel superior al de menor jerarquía, para ello el modelo recomendado es trabajar a través de la gestión del cambio organizacional.

4.5 GESTIÓN DEL CAMBIO

Dentro del funcionamiento organizacional se observan los problemas asociados a metas que están relacionadas con la cantidad de horas que permanecen los pacientes hospitalizados en urgencia, además de no existir indicadores de la gestión interna; en cuanto a políticas y procedimientos, se puede observar la ausencia de protocolos y procedimientos sobre este tema, el cual se convierte en la causa que provoca al menos cuatro problemas, siendo el efecto mayor la permanente saturación de la Unidad de Emergencias; además en la organización existe un inadecuado sistema de evaluación del desempeño, el cual se encuentra enfocado a una retribución monetaria individual, y una ausencia de sistema de evaluación de desempeño técnico.

En cuanto a los factores sociales, se logró identificar diferentes situaciones, siendo el problema fundamental el hecho de que el profesional médico tiene autonomía y poder para la toma de decisiones. Así mismo, se encontró que existe una ausencia de liderazgo que guíe al personal para la obtención de nuevas metas, situación que se desencadena en una comunicación inefectiva desde las jefaturas intermedias, además de la percepción de que la solución del problema depende de agentes externos, como aumento de cupos de cama, entre otros.

Finalmente, en cuanto a la tecnología, existe una subutilización de la hospitalización domiciliaria y falta de experticia del equipo médico.

De este análisis se puede establecer la siguiente hipótesis sobre el proceso de cambio:

“La ausencia de protocolos y procedimientos provoca la saturación en la Unidad de Emergencias del Hospital Carlos Van Buren”.

4.5.1 ANÁLISIS FODA

Se ha identificado que se requiere implementar una gestión del cambio organizacional, para lograr modificaciones de las prácticas gerenciales, la estructura y los sistemas o cambio en el ambiente de la organización. Lo que se requiere es intervenir el equipo directivo del hospital, estableciendo metas y aclarando roles y tareas que permitan alcanzar nuevos niveles de desempeño.

Para ello se ha realizado un análisis FODA, resumido en la siguiente tabla:

Tabla n° 11: FODA del Hospital Carlos Van Buren

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Experiencia del personal de salud ✓ Acreditación de calidad certificada ✓ La generación de ambiente propicio para la participación y colaboración (Funcionarios de salud se destacan por sus características resilientes y de unión gremial). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rotación de personal por alto índice de licencias ✓ Recursos financieros escasos ✓ Jefes con falta de competencias ✓ Cultura basada en la sobrevaloración de la profesión del médico ✓ Sistema de evaluación de desempeño con incentivo económico
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Incorporación de sistema de medición de congestión ✓ Creación de protocolos de gestión de pacientes ✓ Mejora de las tecnologías ✓ Implementación de las 40 camas ✓ Fortalecer unidad de hospitalización domiciliaria ✓ Establecimiento y seguimiento a indicadores 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aumento de la población ✓ Aumento de la complejización de los pacientes ✓ Aumento de la demanda de servicios ✓ Pérdida de la acreditación ✓ Actividad de los gremios (paralización de actividades) ✓ Cambios de autoridad por decisiones políticas. ✓ Actitud de nuevos profesionales médicos: poco resolutivos en diagnóstico, siendo muy precavidos en no “arriesgarse” a trasladar o dar un paciente de alta.

Fuente: elaboración propia.

4.5.2 PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

a) Determinar el foco donde se deberá intervenir (individual, grupal, organizacional).

I. John Kotter²¹ plantea que el gran error que se ha venido repitiendo en todos los procesos de cambio organizacional, reside en el hecho de que la mayor parte de las organizaciones concentran un 80 % de sus esfuerzos en enfrentar cambios dentro de la gerencia y sólo el 20 % en el liderazgo, lo que choca necesariamente con una orientación mucho más realista y objetiva: el problema no está en cambiar la gerencia sin cambiar el liderazgo, sino en convencer a un número suficiente de personas para que ejerzan una posición de liderazgo que permita realizar las transformaciones dentro de la organización, razón por la que el trabajo debe estar orientado a ser desarrollado a través de estructuras paralelas a nivel macro, aunando el trabajo de las diferentes unidades:

1. Unidad de Urgencia
2. Salas de hospitalización (independiente de la complejidad)
3. Unidades de apoyo (como laboratorio, imagenología, etc.)

II. A nivel grupal para desarrollo de liderazgo en las jefaturas o líderes (innatos) reconocidos por los funcionarios, identificados para asegurar el éxito del proceso de cambio, se utilizará técnicas de coaching; enfocado en la motivación, habilidades y la capacidad de influencia que deben poseer los líderes, para dirigir el cambio hacia la visión que se desea alcanzar.

a) Personas clave que serán aliados en el proceso de gestión de cambio.

Identificación de líderes:

- Líder médico (Jefe de servicio)
- Líder enfermería (Supervisores del área)
- Líder sindical (tanto profesionales como no profesionales)

b) Objetivo general y específicos a desarrollar.

Objetivo general:

- Establecer un nuevo modelo de gestión de pacientes hospitalizados que permitan brindar una atención oportuna y de calidad.

²¹ Kotter, John P. (1996). Leading change. Harvard Business School Press. Boston, Massachusetts.

Objetivos específicos:

- Mejorar la calidad y oportunidad de hospitalización en la Unidad de emergencias.
- Elevar los indicadores de gestión de la Unidad de emergencias
- Disminuir el tiempo de espera de atención en la Unidad de emergencia de adultos del Hospital.
- Reducir el tiempo de utilización de las camas del hospital.
- Establecer protocolos de hospitalización, estabilización y alta en todos los servicios clínicos.
- Establecer una gestión progresiva que permita disminuir resistencias.

Tipo de intervención a realizar:

1. Coaching: (invitando a un externo especialista en el tema)

Estimular a todos sus trabajadores a contribuir al éxito de la organización de los cuales son parte, desarrollar las técnicas del coaching agrega un valor extra en un entorno volátil, complejo, ambiguo e incierto:

- Mejora del desempeño y de la productividad: el coaching permite extraer de los individuos y de los equipos algo que no se puede lograr mediante la transmisión de instrucciones.
- Desarrollo del personal: Con un curso breve una o dos veces al año buscar el desarrollo completo del equipo.
- Aprendizaje mejorado: El coaching produce un aprendizaje reflexivo, profundo y rápido que perdura en el tiempo.
- Mejora de las relaciones: El acto de hacer a alguien una pregunta ya significa que es valorado, y se valora su respuesta. Dar instrucciones no produce ningún intercambio de ideas, pareceres, emociones, etc.
- Más tiempo: Ni se persigue, ni se vigila al equipo, porque por medio del coaching se persigue un entorno de confianza y responsabilidad.
- Más ideas creativas: Al haber una mayor confianza, todos los miembros del equipo se sienten libres para plantear sus ideas sin miedo al ridículo ni al rechazo prematuro.
- Un mejor uso de las habilidades y los recursos: Por medio del coaching se descubren antes los recursos ocultos y se llega antes a soluciones prácticas.
- Mayor flexibilidad y adaptabilidad al cambio: Lo que mejor define al coaching es su potencial para producir cambios, generar respuestas y alentar la responsabilidad de las personas.
- Personas más motivadas: Las personas tienen un mayor desempeño porque lo desean, no porque tengan que hacerlo, favoreciendo el cambio cultural.

2. Estructuras paralelas:

Bushe y Shani²², describen las etapas a abordar a través del trabajo de estructuras paralelas, modelo que en organizaciones burocráticas muy reglamentadas permite crear espacios necesarios para pensar, hablar, decidir y actuar de modo diferente, lo anterior, considerando que los métodos utilizados hasta la situación actual ya no son eficientes para generar el cambio.

El uso de las estructuras paralelas implica poner en práctica nuevas normas y procedimientos; supone crear una cultura diferente dentro de la organización, dando énfasis a que las personas claves de diferentes estamentos, promuevan el aprendizaje y la adaptación. Bushe y Shani plantean trabajo en fases:

Fase 1: Definición inicial del propósito y alcance

Propósito: Establecer nuevos protocolos de gestión de pacientes

Alcance: involucrar a toda la comunidad del Hospital Carlos van Buren.

Fase 2: Formación de comité gestor del cambio:

Este comité deberá estar conformado por líderes definidos que son influyentes y las jefaturas de las diferentes unidades clínicas (formado por profesionales médicos y no médicos y dirigentes de asociaciones gremiales)

Reexaminar la necesidad de cambio:

a) Establecer reuniones de trabajo periódico que permitan establecer en el grupo de trabajo la sensación de urgencia que esta problemática requiere, dado que con la saturación actual no hay capacidad de respuesta frente a un accidente con múltiples víctimas.

b) Revisión de datos estadísticos relevantes.

- Crear una declaración de visión

Tener una unidad de emergencia de adultos capaz de responder oportunamente a la comunidad de Valparaíso

- Definir fronteras
- Definir estrategias:

c) Creación de protocolos

- Empoderamiento de líderes
- Definir expectativas

d) Generar sensibilización de los usuarios internos del hospital en el corto plazo.

- Introducir una gestión de usuario asociada a protocolos establecidos en mediano plazo.
- Definir recompensas

Fase 3: Comunicación y difusión a la organización

Mensualmente informar a la comunidad mediante mail los avances y gestiones realizadas según actas de comité.

Fase 4: Formación y desarrollo de grupos de trabajo.

²² Bushe, Gervase R. y Shani, A. B. (Rami), Estructuras paralelas de aprendizaje, Editorial Addison-Wesley Iberoamericana, USA ,1993.

- Selección y desarrollo de facilitadores, identificar colaboradores voluntarios.
- Formación de comité de desarrollo de la iniciativa
- Generar cronograma de reuniones
- Generar actas de acuerdos y difundir
- Desarrollo de procedimientos y normas de trabajo.
- Ejecución de talleres de Coaching

Fase 5: Proceso de Indagación

Fase 6: Identificación de cambios:

Implementación de:

- Protocolos de hospitalización
- Protocolos de alta
- Protocolos de estabilización

Fase 7: Puesta en marcha:

Fijar reunión ampliada que dé cuenta de la urgencia del cambio de la gestión de pacientes, mostrar cuales son las graves consecuencias de no realizar este cambio.

- Editar cronograma de actividades

Fase 8: Difusión y evaluación de las acciones realizadas.

Capacitación: Para desarrollar competencias técnicas y conductuales en temas relativos con: liderazgo, trabajo en equipo, etc. Es necesario implementar jornadas y/o talleres, internas o externas, que permitan el traspaso de herramientas y competencias a los involucrados en el proceso de cambio, de acuerdo a sus competencias. Este proceso debe ser planificado y programado con altos estándares de competencias técnicas, para lo cual se deberá invertir recursos económicos, los cuales deberán ser autorizados a nivel central, sin embargo, se puede evaluar entre los recursos humanos internos opciones para la rebajar costos.

d) Plan tentativo de trabajo o Carta Gantt.

Figura n° 18: Carta Gantt

ACTIVIDADES	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12
Fase 1: Definición inicial del propósito y alcance	■	■										
Fase 2: Formación de comité Directivo		■										
Fase 3: Comunicación y difusión a la organización			■	■								
Fase 4: Formación y desarrollo de grupos de trabajo (Selección y desarrollo de facilitadores de Coaching)					■	■	■					
Fase 6: Identificación de cambios							■	■				
Fase 7: Puesta en marcha								■	■	■		
Fase 8: Difusión y evaluación de las acciones realizadas											■	
Evaluación de intervención	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Redacción Informe Final												■

Fuente: elaboración propia

a) Productos concretos que la organización obtendrá a partir de la intervención que se propone.

- **Desarrollo grupal**, la construcción de equipos, especialmente en la unidad de emergencia, permitirá el desarrollo de relaciones interpersonales, incrementando la confianza y apertura a la mejora continua de sus procesos.
- **Establecer una cultura de la innovación y mejora continua**, a nivel institucional, dado que el “éxito del cambio planificado”, el futuro proceso de acreditación y los indicadores establecidos, permitirán fijar metas por equipos de trabajo, estimulando la confianza y afianzamiento de los mismos.
- **Reconocimiento de líderes** que trabajen enfocados y transmitiendo la misión de la institución.
- **Establecer sistema de medición de congestión, protocolos de contingencia y gestión de pacientes.**
- **Definición de indicadores de unidades clínicas de corto, mediano y largo plazo, evaluados, socializados:**
- **Laboratorio:**
 - a. número de exámenes entregados en menos de 1 hora
 - b. aviso oportuno de valores críticos de exámenes procesados
 - c. aviso oportuno de exámenes rechazados por coagulación o mal tomados
- **Imagenología:**
 - a. número de radiografías tomadas en menos de 1 hora desde consulta
 - b. número de scanner realizados en menos de 2 horas de la consulta
 - c. ecografías realizadas en menos de 2 horas.
- **Servicios clínicos:**
 - a. definición de protocolos de ingreso y egreso de los servicios clínicos, especialmente de áreas críticas
 - b. altas clínicas antes de las 10 am
 - c. informe de camas habilitadas antes de las 11 am
 - d. traslados entre servicios antes de 2 horas
 - e. aseos de unidades clínicas de acuerdo a protocolos establecidos.

CONCLUSIONES

La orientación de este estudio nace a raíz de la necesidad de dar respuesta a un problema que afecta la calidad de la atención de los usuarios de Valparaíso, cuya vía de ingreso para la resolución de sus problemas de salud principalmente es la unidad de emergencias, esta situación no se logra mitigar pese a haber realizado una serie de medidas, muy por el contrario, se ha ido perpetuando en el tiempo y persiste afectando la dignidad de la personas.

Valorar a través de una percepción no permite generar cambios sustantivos, medir permite tener claridad acerca de la realidad y generar planes de actuación acorde a las necesidades, razón por la cual establecer un sistema de medición es fundamental para valorar objetivamente la saturación del servicio de urgencia, al implementar una base que permita establecer imparcialmente, cual es la criticidad de la situación real, establecer planes de mejora significativos, que impactaran en la organización, obligando a que se trabaje organizadamente involucrando a toda la institución.

Actualmente, la institución adolece de datos importantes tales como la hora de indicación del traslado señalado por el médico, el tiempo objetivo en que se indican los exámenes (no todos los casos lo tienen), el número de exámenes por tipo y la frecuencia en que son solicitados desde los diferentes servicios clínicos, etc. Datos que se requieren para ser transformados en información que permita sobrepasar las dificultades que impiden una gestión eficiente de los servicios de salud, en un sistema donde los recursos económicos la mayor parte del tiempo son escasos, en consecuencia, la revisión de la realidad hospitalaria en periodos acotados de tiempo permite descubrir que es necesario incorporar y mejorar los registros, que permitan dar claridad acerca de los nodos críticos existentes. La incorporación de ficha electrónica a mediano plazo, que enlace datos de modo inteligente a través de TI, podría permitir salvaguardar todas aquellas situaciones que datos relevantes que no fueron encontrados durante la realización de este trabajo, sin duda en sí, la ficha clínica es una base de datos que al estar informatizada permitirá generar alertas y medir la productividad y orientar la gestión.

Las cifras en salud son muy variables dado que este sistema en que el clima, la modernización, la incorporación de nuevas tecnologías y las poblaciones están sufriendo cambios demográficos constantes, por lo que esta aproximación, unida a nuevos datos como la medición de los niveles de congestión, pueden ser la base de un trabajo de investigación a futuro.

Acercar a un esbozo de los factores internos que inciden en la saturación del servicio de urgencia, sin duda, permite descubrir que efectivamente el problema se encuentra sustentado en el flujo de pacientes, el cual con medidas de mediana complejidad pueden consensuar propuestas de mejora orientadas a humanizar los cuidados y brindar una atención más oportuna. Una de las principales debilidades se encuentran en que no existen suficientes protocolos locales de manejo general y específico de las patologías al nivel de la actuación médica o están desactualizados,

poco difundidos, lo que, conjugado con que el profesional médico tiene una gran autonomía para la toma de decisiones, sin haber una supervisión o control formal, establecido, programado y con plan de mejora incorporado, permite que se den casos de pacientes que demoran en su alta.

También, se debe destacar que la complejización de la atención no ha ido de la mano con los cambios demográficos, la población está envejeciendo y sus patologías requieren de mayor tiempo para ser resueltas, por lo que la educación sanitaria se hace cada vez más urgente, sin embargo, una de las alternativas actuales, que sin duda traerá resultados muy positivos a un corto plazo, es el uso eficiente de la hospitalización domiciliaria.

El rediseño de procesos es, sin duda, una herramienta de trabajo que permite generar un análisis crítico de la forma de realizar actividades, permite planificar y reorganizar las secuencias o tareas, generando en si las oportunidades de cambios para mejorar costos, calidad de servicio y rapidez. Permite crear una propuesta de valor centrada en el cliente, que en este caso son pacientes, con el fin de otorgar una atención eficiente, oportuna, justa, digna orientada a la satisfacción del usuario.

Para crear esta propuesta de valor se requiere de recursos que son indispensables. En primer lugar se requiere de compromiso del recurso humano, ya que sin un convencimiento de éstos, las posibilidades de lograr éxito son mínimas, para ello es indispensable que los ajustes sean abordados a través de un plan de gestión del cambio. También se requiere de otros recursos como TIC, capacitación, mejora de la gestión de camas, equipos de médicos especializados.

La experiencia durante la recolección de la información en las diferentes unidades, permite constatar que con pequeñas intervenciones se han realizado algunas mejoras, secundario solo a la revisión documental y presencia de un subdirector en terreno, se visualiza un aumento en el cumplimiento del indicador, logrando por primera vez en los últimos tres años mantener el indicador en un 70%. Sin duda, para mantener el cumplimiento es necesario organizar gestión del cambio al interior de la institución, sensibilizar a diferentes actores y estimular el trabajo en equipo, para lograr cambios sustantivos y permanentes se requiere de un trabajo mancomunado a todos los niveles.

BIBLIOGRAFÍA

Barros, Oscar (2000). Rediseño De Procesos De Negocios Mediante El Uso De Patrones, Santiago Dolmen Economía Y Gestión. Disponible En Página Web: [Http://Obarros.Cl](http://Obarros.Cl)

Bustos R., Guillermo (2016). Apuntes Taller De Rediseño. Magister En Dirección Pública. Pontificia Universidad Católica De Valparaíso

Bustos R., Guillermo (2015). Apuntes Curso Modelamiento Y Rediseño Organizacional. Magister En Dirección Pública. Pontificia Universidad Católica De Valparaíso.

Bustos R., Guillermo (2010). Modelos Para Sistemas De Información. Una Visión Integrada: UML, AEM, Statemate Y Entidades Dinámicas.

Galbiati R., Jorge (2015). Apuntes Curso Métodos Cuantitativos. Magister En Dirección Pública. Pontificia Universidad Católica De Valparaíso.

Bushe, Gervase R. y Shani, A. B. (Rami), Estructuras paralelas de aprendizaje, Editorial Addison-Wesley Iberoamericana, USA ,1993

Gómez P, Claudio (2013). Apuntes curso métodos de investigación. Magister en Dirección pública. Pontificia universidad católica de Valparaíso.

Hospital Carlos Van Buren, Fichas de Enfermería (2016). Pacientes Hospitalizados.

Hospital Carlos Van Buren, Fichas Médicas (2016). Pacientes Hospitalizados.

Hospital Carlos Van Buren, Unidad de Estadística. Listado de patologías más frecuentes (2015).

Hospital Carlos Van Buren, Unidad de planificación y control (2015- 2016)

Hospital Carlos Van Buren. Informe unidad de gestión camas (2015- 2016)

Salkind, Neil J. (1999) Métodos de Investigación. Prentice Hall, México.

Ceballos-Acevedo T, Velásquez-Restrepo PA, Jaén-Posada JS. Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2014; 13(27): 274-295. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.dehm>. [Acceso Diciembre 2016]

García Alvarado, Baesler Abufarde Felipe, Rodríguez, Moreno Pedro , Pezo Bravo Mauricio. Urgencias hospitalarias: Análisis del diseño y gestión de servicios de emergencia hospitalaria en Chile. Hospital Emergencies. (PDF Download Available).

Disponible:

https://www.researchgate.net/publication/26422876_Urgencias_hospitalarias_Analisis_del_diseno_y_gestion_de_servicios_de_emergencia_hospitalaria_en_Chile_Hospital_Emergencias [consulta 15 Mayo 2016].

Garrido Nicolás, Retamal Andrea, Tobar Eduardo. Elementos de gestión para un servicio de urgencias de un hospital universitario. Revista Hospital Clínico Universidad de Chile 2014, 189-200. Disponible en https://www.redclinica.cl/portal/0/users/014/14/14/elementos_gestion_servicio_urgencia.pdf. [Consulta 15 Mayo 2016].

Pere Tudela, Josep Maria Mòdol Revista: Emergencias 2015; 27:113-120: La saturación en los servicios de urgencia hospitalarios emergencias.portalsemes.org/descargar/lasaturacion...urgencias.../force_download/. [Consulta 15 Mayo 2016].

Rebeco C, Weber R, Revista: Ingeniería de sistemas vol. XXV, Septiembre 2011: Gestión de capacidad en el servicio de urgencia de un hospital público <http://www.dii.uchile.cl/ris/RISXXV/hospital.pdf>. [Consulta 15 Mayo 2016].

Velásquez P, Rodríguez A, Jaén J. Metodologías cuantitativas para la optimización del servicio de urgencias: una revisión de la literatura. Revista Gerencia y Política de Salud. 2011; 10 (21): 196-18.

SITIOS WEB

Sitio web Dipres:

http://www.dipres.gob.cl/574/articles-148866_informe_final.pdf

https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/elementos_gestion_servicio_urgencia.pdf 25.09.2016

<http://www.urgenciauc.cl/programa/wp-content/uploads/2014/03/Overcrowding-Marzo-2014.pdf>

<https://www.fundacionpfizer.org/gestion-eficiente-servicios-urgencias-pasa-eliminar-todas-aquellas-actividades-no-aportan-valor-pero-si-tienen-coste> [Consulta 15 Mayo 2016].

<http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/2250/52714969.pdf?sequence=1> [Consulta 28 Noviembre 2016].

Sitio web repositorio.uchile.cl/

<http://www.repositorio.udechile.cl/bitstream/handle/2250/132689/Mejora-en-los-procesos-de-planificacion-control-y-monitoreo-del-servicio-de-urgencia-de...pdf?sequence=1> [Consulta 15 Noviembre 2016].

ANEXOS

Muestreo y dificultades en la realización del estudio:

Este trabajo final para optar a grado, se desarrolló con una muestra de todos los casos de pacientes hospitalizados durante una semana, el mes de Septiembre del año 2016, en la unidad de emergencia adultos y el seguimiento de los pacientes dados de alta durante una semana en la salas de hospitalizados en el mes de Octubre del año 2016, luego de estas fechas hubo una serie de movilizaciones de asociaciones gremiales de funcionarios, que alteraron la dinámica hospitalaria por cerca de un mes de duración, situación que dificultó de sobremanera realizar una nueva muestra y revisión de casos, debido a la indicación ministerial de implementar planes de resolución de la producción alterada.

Sin embargo, dado los objetivos del trabajo que busca determinar factores, entendiendo que no corresponde a un trabajo de investigación, la variabilidad estacional de las enfermedades y el factor tiempo que es un recurso escaso, se consideró una muestra suficiente.

Anexo 1. Guía para revisión de ficha clínica urgencias.

Fecha de realización de encuesta	
Sexo del paciente	
Diagnóstico	
Fecha de ingreso	
Hora de ingreso	
Exámenes laboratorio pendientes	
Sangre	
Orina (cultivo)	
Examen imagen pendiente	
Imagen (TAC/RNM/ECO)	
Fecha de solicitud de examen	
Hora de solicitud del exámenes	
Registro de toma de exámenes	
Interconsultas pendientes	
Especialidad	
Hospitalización prolongada	
Causa 1	
Causa 2	
Causa 3	
Observaciones	
Identificación	

Anexo 2.- Guía para revisión de ficha clínica sala de hospitalización.

Fecha	
Identificación del paciente	
Sexo	
Diagnóstico	
Vía ingreso	
Fecha de ingreso	
Hora de entrega de cama	
Fecha traslado	
Hora ingreso servicio	
Servicio de alta	
Nº cama	
Fecha de indicación de alta	
Hora de indicación de alta	
Hora de ejecución	
Tiempo aseo de unidad	
Observaciones	

Anexo 3: Diagrama de actividad Atención de pacientes adulto hospitalizados

Actividad	Pasos/Responsabilidad	Decisión/Reglas
1. Ingresar paciente vía atención de urgencia.	1. Desglosado en D. Actividad	
2. Hospitalizar paciente	1. Valorar 2. Examinar 3. Dejar indicaciones 4. Solicitar interconsultas 5. Realizar documentación. Médico, enfermera, Tens, OFA, sistema.	R1 El paciente o tutor a cargo puede firmar <u>desestimiento</u>
3. Definir conducta	1. Definir paciente requiere estudio o requiere cirugía Médico	R1 Un paciente ingresado para estudio puede requerir ser operado
4. Estudiar paciente	1. Solicitar nuevos exámenes, interconsultas. 2. Observar signos y síntomas. Médico, enfermera	
5. Operar paciente	1. Programar pabellón 2. Solicitar evaluación pre-anestésica 3. Intervenir quirúrgicamente 4. Derivar a sala hospitalización Médico, enfermera, Tens, auxiliares, sistema	R1 si el paciente requiere puede ingresar desde urgencia directamente a pabellón R2 Si el paciente no tiene pase anestesia se debe reevaluar
6. Solicitar exámenes	1. Examinar paciente 2. Elaborar solicitud Médico	R1 médico puede definir la prontitud de realización del examen
7. Reevaluar paciente	1. Revisión estado y/o resultado exámenes, informes de médico <u>interconsultor</u> . 2. Valorar estado actual 3. Revisión de indicaciones cumplidas Médico, enfermera	R1 Según el estado actual Médico puede suspender solicitudes previas
8. Ajustar tratamiento	1. Ajustar dosis 2. Cambiar medicamentos 3. Indicar nuevo tratamiento 4. Administrar tratamiento Médico, enfermera, tens.	R1 Ajuste de dosis depende de estado del paciente
9. Completar tratamiento	1. Revisar días de tratamiento programado y ejecutado. 2. Cambiar vía de administración Médico /enfermera/ técnico	
10. Recuperar salud	1. Evaluación del estado general 2. Evaluar posibilidad de alta Médico, enfermera, técnico, auxiliar, sistema	
11. Egresar paciente	1. Traslado a otro hospital 2. Alta administrativa: documentación y atención de área recaudación 3. Alta clínica: indicaciones 4. Educación sobre cuidados en el domicilio 5. Entregar citación a control	R1: El paciente puede desistir de la hospitalización R2: Se considera egreso paciente fallecido R3 Se debe trasladar al paciente si el hospital no tiene prestación

Anexo 4: Diagrama de actividad Atención de paciente en urgencias

Actividad	Pasos/Responsabilidad	Decisión/Reglas
1. Inscribir en admisión de urgencia	<ol style="list-style-type: none"> Inscripción en ventanilla Registro de síntomas Calificación previsional. Recaudador /sistema informático	R1: ingreso puede ser desde vía pública, domicilio, lugar de trabajo, centro de estudio, otro hospital, APS, SAPU. R2: Paciente grave, en paro cardiorespiratorio, ingresa directo a sala de reanimación, se completa datos de ingreso posteriormente.
2. Categorizar paciente	<ol style="list-style-type: none"> Llamado a box priorizador Control de signos vitales. Evaluación de Signos y síntomas. Clasificación de acuerdo a datos recogidos Enfermera, TENS	R1: C1 a box reanimación R2: C2 en box atención se da aviso inmediato a médico. R3: Si hay dudas en la categorización se informa a médico R4: C3, C4, C5 esperan atención en sala de espera, pueden volver a ser categorizados a solicitud del paciente o familiar, se informa que estas categorías deben primero consultar en APS.
3. Examinar paciente	<ol style="list-style-type: none"> Llamado para ingreso a box atención Anamnesis y examen físico Médico /Tens o enfermera	R1 si el paciente es C1 Pasa a box reanimación directamente.
4. Entregar indicaciones	<ol style="list-style-type: none"> Solicitud de exámenes Indica tratamiento Diagnostica Decide continuidad de atención o alta Médico	R1 si el paciente consulta por patología de menor complejidad se le deriva para control en otro nivel de atención. R2 si se indica alta se entrega indicaciones en comprobante de atención.
5. Cumplir indicaciones	<ol style="list-style-type: none"> Tomar exámenes de laboratorio. Administrar medicamentos. Tramitar exámenes de imagen. Tramitar evaluación por especialidades. Enfermera(o)/ TENS/Auxiliar de Servicio	R1 si paciente es C1 las indicaciones que se cumplan inicialmente serán entregadas de manera verbal por médico que lidera atención R2 si paciente es C1 se coordina con servicios de apoyo para agilizar realización de exámenes R3 si paciente requiere cirugía de urgencia se coordina vía telefónica con pabellón
6. Observar Signos y Síntomas	<ol style="list-style-type: none"> Evaluar al paciente. Registrar variaciones en su estado. Controlar Signos Vitales. Registrar Enfermera(o)/TENS	R1 se deberá informar a médico de turno de manera inmediata deterioro en estado de paciente R2 se informará de manera inmediata valores críticos de exámenes a médico de turno
7. Reevaluar paciente	<ol style="list-style-type: none"> Verificar estado de resultado de exámenes. Revisión de informe de especialistas. Examen físico. Médico	
8. Registrar estado	<ol style="list-style-type: none"> Realizar registro de variación de estado de paciente. Controlar signos vitales al menos cada 4 horas. Registrar resultado de gestiones de exámenes y control de especialidades Registrar resultado de exámenes Enfermera(o) /TENS	

9. Modificar indicaciones	<ol style="list-style-type: none"> 1. Control de resultado de exámenes. 2. Revisión de informe de especialistas. 3. Examen físico <p>Médico</p>	
10. Registrar ingreso	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cierre de atención ambulatoria 2. Confección ficha de ingreso medico 3. Deja tratamiento 4. Solicita exámenes complementarios 5. Solicita interconsultas <p>Médico/enfermera/O. Administrativo</p>	<p>R1 registrar hora en la que se decide la hospitalización</p> <p>R2 debe cerrar atención ambulatoria e indicar hospitalización en documento de atención médica de urgencia.</p>
11. Ingresar paciente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Confección IEH 2. Confección Ingreso de enfermería 3. Valoración de paciente 4. Revisar estado de exámenes, informes de interconsultores, evoluciones de enfermería, curva de signos vitales. 5. Planificar horario cumplimiento indicaciones de tratamiento, exámenes, traslado y/o alta. <p>Enfermera, OFA</p>	
12. Gestionar cupos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Indicar prioridad para uso de camilla libre 2. Indicar lugar de destino de la camilla con paciente 3. Confección de cama 4. Ubicación del paciente en camilla. <p>Enfermera(o)/TENS</p>	<p>R1 debe priorizar de acuerdo a gravedad y estado de paciente la utilización de la camilla si es que hay más de un paciente en espera.</p>
13. Gestionar Cuidado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar respuesta humana modificable. 2. Establecer plan de cuidados. 3. Administrar horarios para administración de cuidados. 4. Administrar horarios para cumplimiento de tratamiento médico. 5. Revisar y completar datos asociados a acreditación, calidad y seguridad del paciente. 6. Informar estado de pacientes a familiares <p>Enfermera(o)</p>	<p>R1 se deberá contar con una evolución al menos del estado del paciente al día.</p>
14. Cumplir indicaciones	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisar plan de cuidados de enfermería 2. Revisar plan de tratamiento 3. Entregar tratamiento a paciente 4. Realizar técnicas de aseo y confort de acuerdo a plan de cuidados y necesidades del paciente 5. Colaboración en actividades asistenciales realizadas por otros miembros del equipo 6. Mantener el orden y cuidado de unidad de paciente y pertenencias <p>TENS</p>	
15. Reevaluar paciente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reevalúa estado de signos y síntomas. 2. Examinar a paciente. 3. Revisar estado de exámenes, informes de interconsultores, evoluciones de enfermería, curva de signos vitales. <p>Médico</p>	<p>R1 deberá indicar la condición del paciente en relación a si es trasladable o no lo es y deberá quedar registrada en las indicaciones</p>
16. Indicar traslado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definir traslado interno, traslado externo o alta de paciente. <p>Medico</p>	

17. Gestionar traslado	1. Coordinar vía telefónica con gestión camas 2. Confección salida de ambulancia Enfermera	
18. Preparar documentación de paciente	1. Recepción de cama asignada. 2. Redactar evolución de entrega de paciente. 3. Confirmar vía telefónica disponibilidad de cama asignada para traslado interno 4. Entregar de manera verbal en contacto telefónico el estado de paciente y acciones pendientes por realizar Enfermera(o)/ Enfermera Gestión de Camas	
19. Registrar	1. Registrar en ficha de enfermería hora de decisión de destino de paciente 2. Confeccionar epicrisis de enfermería para traslado 3. Registrar en instrumentos ad-hoc hora efectiva de traslado o alta 4. Realizar registro informático de cama/camilla desocupada Enfermera(o)	R1 en el caso de las epicrisis se debe dejar copia en ficha de paciente
20. Coordinar con ambulancia	1. Recepción de cama asignada 2. Cotejar documentos médicos necesarios para traslado externo. 3. Ordenar documentación de paciente. 4. Confeccionar solicitud de traslado en ambulancia 5. Informar a operadora o enfermero regulador de SAMU el requerimiento Enfermera(o)/ Enfermera Gestión de Camas/Operadora de SAMU/Enfermero Regulador	R1 la información a la operadora se deberá realizar una vez que todos los documentos estén completos
21. Llamar a servicio clínico	1. Informar salida del paciente al piso	
22. Ejecutar egreso	1. Autorizar egreso según clasificación previsional 2. Visar traslado en ambulancia si corresponde 3. Egreso efectivo de paciente del sistema interno del HCVB. 4. Recopilar pertenencias y medicamentos 5. Registro de pertenencias y/o inventario si corresponde 6. Preparar a paciente para traslado 7. Aseo de unidad posterior a la realización de traslado TENS/OFA	R1 OFA debe avisar oportunamente a enfermera(o) la existencia de problemas administrativos que impidan el egreso

Anexo 5. Tabla N° 10 Distribución por sexo

Distribución según sexo	
Masculino	Femenino
107	80
57%	43%

Anexo 6. Tabla N° 11: Distribución de pacientes según días de hospitalización en UEA

Días de hospitalización												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
75	66	27	2	3	5	5	1	0	1	0	1	1
40%	35%	14%	1%	2%	3%	3%	1%	0%	1%	0%	1%	1%

Anexo 7. Tabla N° 12: Ingresos de pacientes de acuerdo a franja horaria

Franja horaria			
8 a 17	17 a 00	00 a 08	Sin dato
91	49	34	13
49%	26%	18%	7%

Anexo 8. Tabla N° 13: Estado de control de exámenes

Exámenes sangre			
Controlados	Por tomar	Por controlar	Resultado
137	15	6	29
73%	8%	3%	16%

Anexo 9. Tabla N° 14: Estado de los exámenes de imágenes

Imágenes		
Realizado	Por realizar	Por informar
144	32	11
77%	17%	6%

Anexo 10. Tabla N° 15: Frecuencia de realización de imágenes complejas

Imágenes complejas				
Escáner	Resonancia	Radiografía	Endoscopia	Ecografía
13	13	6	5	3
33%	33%	15%	13%	8%

Anexo 11.Tabla N° 16: Tiempo de demora en realización de exámenes

Tiempo de demora en realización de exámenes					
< 1 hora	Sin dato	1 a 2	2 a 3	Más de 4	3 a 4
59	57	32	14	14	11
32%	30%	17%	7%	7%	6%

Anexo 12.Tabla N° 17: Estado de interconsultas

Estado de interconsultas		
No solicitadas	Solicitadas	Sin tramitar
128	44	15
68%	24%	8%

Anexo 13.Tabla N° 18: Casos de hospitalización prolongada

Casos de hospitalización prolongada		
Si	No	Sin registro
112	70	5
60%	37%	3%

Anexo 14.Tabla N° 19: Causas de hospitalización prolongada

Causas						
Sin indicación de traslado	Falta cama	Inestabilidad ad-dad	Exámenes pendientes	Interconsulta pendiente	Resolución quirúrgica	Falta cama critica
37	34	19	9	6	5	2
33%	30%	17%	8%	5%	4%	2%

Anexo 15.Tabla N° 20: Distribución por sexo en sala hospitalización

Distribución según sexo		
Femenino	30	38%
Masculino	48	62%

Anexo 16.Tabla N° 21: Vía de ingreso del paciente a Sala de Hospitalización

Vía de ingreso	
Urgencias	Programado
68	10
87%	13%

Anexo 17.Tabla N°22: Tiempo de permanencia del paciente hospitalizado

Tiempo en permanencia urgencias	
< 12 horas	>12 horas
34	44
43%	56%

Anexo 18.Tabla N°23: Franja Horario ejecución del traslado desde urgencias

Horario ejecución del traslado desde urgencias							
0 a 3:00	3 a 8	8 a 12	12 a 15	15 a 18	18 a 21	21 a 00	Sin dato
20	16	13	11	10	6	2	0
26%	21%	17%	14%	13%	8%	3%	0

Anexo 19: Tabla N°24: Pacientes de alta por servicio

Servicio de alta			
BCM	MCQ	MCM	BCQ (NC)
36	22	17	3
46%	28%	22%	4%

Anexo 20.Tabla N°25: Tiempo de ejecución del alta

Tiempo en horas de ejecución del alta	
0 A 1	3
1 A 2	4
2 A 3	11
3 A 4	10
4 A 5	6
> 5	6

Anexo 21. Diagrama de actividad de atención de paciente adulto hospitalizado rediseñado

Actividad	Pasos/Responsabilidad	Decisión/Reglas	Habilitador para Mejoramiento
1. Ingresar paciente vía atención de urgencia.	1. Desglosado en D. Actividad		
2. Hospitalizar paciente	1. Valorar 2. Examinar 3. Dejar indicaciones 4. Solicitar interconsultas 5. Realizar documentación. Médico, enfermera, Tens, recaudador, sistema	R1 El paciente o tutor a cargo puede firmar voluntariamente alta.	
3. Definir conducta	1. Definir paciente requiere estudio o requiere cirugía Medico	R1 Un paciente ingresado para estudio puede requerir cirugía	
4. Estudiar paciente	1. Solicitar nuevos exámenes, interconsultas. 2. Observar signos y síntomas. Médico, enfermera		
5. Operar paciente	1. Programar pabellón 2. Solicitar evaluación pre-anestésica 3. Intervenir quirúrgicamente 4. Derivar a sala hospitalización Médico, enfermera, Tens, auxiliares, sistema	R1 Si el paciente requiere puede ingresar desde urgencia directamente a pabellón de urgencia. R2: Se debe reevaluar al paciente que no tenga pase anestesia	Supervisar cumplimiento de protocolos
6. Solicitar exámenes	1. Examinar paciente 2. Elaborar solicitud Medico	R1 Médico puede definir la prontitud de realización del examen	Supervisar protocolo de hospitalización por equipo gestor
7. Reevaluar paciente	1. Revisión estado y/o resultado exámenes, informes de médico interconsultor. 2. Valorar estado actual 3. Revisión de indicaciones cumplidas Médico, enfermera	R1 Según el estado actual Médico puede suspender solicitudes previas	
8. Ajustar tratamiento	1. Ajustar dosis 2. Cambiar medicamentos 3. Indicar nuevo tratamiento 4. Administrar tratamiento Médico, enfermera, TENS.	R1 Ajuste de dosis depende de estado del paciente	Supervisar cumplimiento de protocolo de hospitalización
9. Completar tratamiento	1. Revisar días de tratamiento programado y ejecutado. 2. Cambiar vía de administración Medico /enfermera/ técnico		
10. Recuperar salud	1. Evaluación del estado general 2. Evaluar posibilidad de alta Médico, enfermera, técnico, auxiliar, sistema		
11. Egresar	1. Traslado a otro hospital	R1: Se puede dar alta	Supervisar

paciente	<p>2. Alta administrativa: documentación y atención de área recaudación</p> <p>3. Alta clínica: indicaciones</p> <p>4. Educación sobre cuidados en el domicilio</p> <p>5. Entregar citación a control</p> <p>Médico, enfermera, técnico, auxiliar, sistema</p>	<p>administrativa según solicitud del paciente.</p> <p>R2: Se considera egreso paciente fallecido</p> <p>R3 Se debe trasladar al paciente si el hospital no tiene prestación que requiere o si debe completar sus cuidados.</p>	<p>cumplimiento de protocolos de alta</p>
----------	--	---	---

Anexo 22. Diagrama de actividad de atención de paciente en urgencia rediseñado

Actividad	Pasos/Responsabilidad	Decisión/Reglas	Habilitador para mejoramiento
1. Inscribir en admisión de urgencia	<p>1. Inscripción en ventanilla</p> <p>2. Registro de síntomas</p> <p>3. Calificación previsual.</p> <p>Recaudador /sistema informático</p>	<p>R1 se deberá informar a médico de turno de manera inmediata deterioro en estado de paciente</p> <p>R2 se informará de manera inmediata valores críticos de exámenes a medico de turno</p>	
2. Categorizar paciente	<p>Llamado a box priorizador</p> <p>Control de signos vitales.</p> <p>Evaluación de Signos y síntomas.</p> <p>Clasificación de acuerdo a datos recogidos</p> <p>Enfermera, TENS</p>		<p>Evaluar nivel de congestión</p> <p>Activar plan contingencia</p>
3. Examinar paciente	<p>Llamado para ingreso a box atención</p> <p>Anamnesis y examen físico</p> <p>Médico /Tens o enfermera</p>		
4. Entregar indicaciones	<p>Solicitud de exámenes</p> <p>Indica tratamiento Diagnostica</p> <p>Decide continuidad de atención o alta</p> <p>Médico</p>		

5. Cumplir indicaciones	Tomar exámenes de laboratorio. Administrar medicamentos. Tramitar exámenes de imagen. Tramitar evaluación por especialidades. Enfermera(o)/ TENS/Auxiliar de Servicio	R1 registrar hora en la que se decide la hospitalización R2 debe cerrar atención ambulatoria e indicar hospitalización en documento de atención médica de urgencia.	
6. Observar Signos y Síntomas	Evaluar al paciente. Registrar variaciones en su estado. Controlar Signos Vitales. Registrar Enfermera(o)/TENS		
7. Reevaluar paciente	Verificar estado de resultado de exámenes. Revisión de informe de especialistas. Examen físico. Medico	R1 debe priorizar de acuerdo a gravedad y estado de paciente la utilización de la camilla si es que hay más de un paciente en espera.	Revisar nivel de congestión Activar plan de contingencia según resultados
8. Registrar estado	Realizar registro de variación de estado de paciente. Controlar signos vitales al menos cada 4 horas. Registrar resultado de gestiones de exámenes y control de especialidades Registrar resultado de exámenes Enfermera(o) /TENS	R1 se deberá contar con una evolución al menos del estado del paciente al día.	
9. Modificar indicaciones	Control de resultado de exámenes. Revisión de informe de especialistas.		

	Examen físico Médico		
10. Registrar ingreso	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cierre de atención ambulatoria 2. Confección ficha de ingreso medico 3. Deja tratamiento 4. Solicita exámenes complementarios 5. Solicita interconsultas Médico/enfermera/O. Administrativo 	R1 deberá indicar la condición del paciente en relación a si es trasladable o no lo es y deberá quedar registrada en las indicaciones	
11. Ingresar paciente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Confección IEH 2. Confección Ingreso de enfermería 3. Valoración de paciente 4. Revisar estado de exámenes, informes de interconsultores, evoluciones de enfermería, curva de signos vitales. 5. Planificar horario cumplimiento indicaciones de tratamiento, exámenes, traslado y/o alta. <p>Enfermera, recaudador</p>		Revisar nivel de congestión activar plan de contingencia
12. Gestionar cupos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Indicar prioridad para uso de camilla libre 2. Indicar lugar de destino de la camilla con paciente 3. Confección de cama 4. Ubicación del paciente en camilla. <p>Enfermera(o)/TENS</p>		
13. Gestionar Cuidado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar respuesta humana modificable. 2. Establecer plan de cuidados. 3. Administrar horarios para administración de cuidados. 		

	<p>4. Administrar horarios para cumplimiento de tratamiento médico. 5. Revisar y completar datos asociados a acreditación, calidad y seguridad del paciente. 6. Informar estado de pacientes a familiares</p> <p>Enfermera(o)</p>		
14. Cumplir indicaciones	<p>1. Revisar plan de cuidados de enfermería 2. Revisar plan de tratamiento 3. Entregar tratamiento a paciente 4. Realizar técnicas de aseo y confort de acuerdo a plan de cuidados y necesidades del paciente 5. Colaboración en actividades asistenciales realizadas por otros miembros del equipo 6. Mantener el orden y cuidado de unidad de paciente y pertenencias</p> <p>TENS</p>	R1 en el caso de las epicrisis se debe dejar copia en ficha de paciente	
15. Reevaluar paciente	<p>1. Consulta a paciente estado de sintomatología. 2. Examinar a paciente 3. Revisar estado de exámenes, informes de interconsultores, evoluciones de enfermería, curva de signos vitales.</p> <p>Médico</p>	R1 la información a la operadora se deberá realizar una vez que todos los documentos estén completos	
16. Indicar traslado	<p>1. Definir traslado interno, traslado externo</p>		

	o alta de paciente. Medico		
17. Gestionar traslado	1. Coordinar vía telefónica con gestión camas 2. Confección salida de ambulancia Enfermera	R1 Recaudador debe avisar oportunamente a enfermera(o) la existencia de problemas administrativos que impidan el egreso	
18. Preparar documentación de paciente	1. Recepción de cama asignada. 2. Redactar evolución de entrega de paciente. 3. Confirmar vía telefónica disponibilidad de cama asignada para traslado interno 4. Entregar de manera verbal en contacto telefónico el estado de paciente y acciones pendientes por realizar Enfermera(o)/ Enfermera Gestión de Camas		
19. Registrar	1. Registrar en ficha de enfermería hora de decisión de destino de paciente 2. Confeccionar epicrisis de enfermería para traslado 3. Registrar en instrumentos ad-hoc hora efectiva de traslado o alta 4. Realizar registro informático de cama/camilla desocupada Enfermera(o)		
20. Coordinar con ambulancia	1. Recepción de cama asignada		

	<p>2. Cotejar documentos médicos necesarios para traslado externo.</p> <p>3. Ordenar documentación de paciente.</p> <p>4. Confeccionar solicitud de traslado en ambulancia</p> <p>5. Informar a operadora o enfermero regulador de SAMU el requerimiento Enfermera(o)/ Enfermera Gestión de Camas/Operadora de SAMU/Enfermero Regulador</p>		
21. Llamar a servicio clínico	1. Informar salida del paciente al piso		
22. Ejecutar egreso	<p>1. Autorizar egreso según clasificación previsional</p> <p>2. Visar traslado en ambulancia si corresponde</p> <p>3. Egreso efectivo de paciente del sistema interno del HCVB.</p> <p>4. Recopilar pertenencias y medicamentos</p> <p>5. Registro de pertenencias y/o inventario si corresponde</p> <p>6. Preparar a paciente para traslado</p> <p>7. Aseo de unidad posterior a la realización de traslado</p> <p>TENS/Recaudador</p>		