



FACULTAD DE POSTGRADOS

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN INSTITUCIONES DE SALUD

**PLANEACIÓN PARA MEJORAR LA EFICIENCIA CREACIÓN DE UNA
UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO EN EL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES CARLOS ANDRADE MARÍN – QUITO**

**Profesor
Economista Ana Mena Urreta**

**Autor
Cristian Eduardo Cevallos Salas**

2021

RESUMEN

El presente proyecto tiene como objetivo mejorar la eficiencia económica en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital de especialidades Carlos Andrade Marín, claro está sin descuidar el aspecto de atención del paciente, ya que como problema principal se evidencia el alto egreso económico en pacientes que pueden ser atendidos en una unidad de cuidado intermedio, pues las unidades de cuidado intermedio constituyen una alternativa de atención asistencial a pacientes potencialmente críticos. Se plantea implementar esta alternativa de manejo, pues los pacientes atendidos en la Unidad de Cuidados Intermedios tienen una menor estancia hospitalaria, una menor gravedad, un mejor pronóstico de supervivencia, una menor carga asistencial que se traduce finalmente en ahorro de recursos económicos. Para la concreción de este proyecto se van a utilizar las herramientas para mejorar la eficiencia económica.

ABSTRACT

The present project aims to improve economic efficiency in the Intensive Care Unit of the Carlos Andrade Marín Specialty Hospital, of course without neglecting the aspect of patient care, since the main problem is the high economic discharge in patients who can be cared for in an intermediate care unit, since intermediate care units constitute an alternative of care for potentially critical patients. It is proposed to implement this management alternative, since the patients treated in the Intermediate Care Unit have a shorter hospital stay, less severity, a better survival prognosis, a lower care burden that ultimately translates into savings of economic resources. For the realization of this project, tools will be used to improve economic efficiency.

ÍNDICE DEL CONTENIDO

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	1
IDENTIFICACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO	5
OBJETIVO GENERAL	9
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
JUSTIFICACIÓN Y APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA	11
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	34
REFERENCIAS	36

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Datos demográficos del Área de Cuidado Intensivo HECAM

15

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Estructura por procesos del HECAM

26

INTRODUCCIÓN

Las Unidades de Cuidado Intensivo son servicios especializados por su alto soporte tecnológico y talento humano calificado, estas están destinadas para la atención de enfermos en estado crítico (Heras A. 2007). La elección del paciente que debe ingresar a estas unidades está dada por escalas de gravedad que permiten tomar una decisión objetiva. En el Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín (HECAM), la Unidad de Cuidado Intensivo tiene un porcentaje de ocupación de camas cada vez creciente. Todo esto va de la mano con el número creciente de enfermedades, que cada vez son más complejas y diversas, en este escenario un grupo de pacientes sobrepasan la capacidad de atención en los servicios de hospitalización estándar, pero estas enfermedades no siempre justifican el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos, es por ello que es necesario la creación de unidades de cuidado intermedio, que tiene como objetivo principal ofrecer un tratamiento altamente especializado, sumado a una vigilancia constante, sin sacrificar los costos, que en comparación con la Unidad de cuidados intensivo es alto (Heras A. 2007, Waydhas C.2018).

En el Ecuador, en la provincia de Pichincha y de manera específica en la ciudad de Quito, en los hospitales públicos tanto del Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto De Seguridad Social Fuerzas Armadas (ISSFA), Instituto Seguridad Social de la Policía (ISSPOL) e Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) se disponen de Unidades de Cuidado Intensivo, las cuales en la mayoría de casos tiene una ocupación de camas superior el 90%, y en muchas ocasiones no hay espacio para el manejo de pacientes en estado grave o crítico.

1. ANÁLISIS SITUACIONAL:

1. 1. Análisis de la Situación Actual de Gestión Gerencial.

En cuanto al análisis, el control y evaluación de la gestión gerencial se lo realiza con el mapa estratégico Balanced Score Card, con un proceso de descentralización. Datos del IESS, reportan que el 37% de las atenciones de un hospital de tercer nivel (alta especialidad) corresponde al primer nivel (patologías simples), mientras que el 48% es de segundo nivel. En los hospitales de alta especialidad, la principal cirugía que se practica es la cesárea, cuando están diseñados para intervenciones de alta complejidad (Gonzalez P. 2019). No se dispone información para poder realizar un análisis objetivo, pero con hay información recogida en los noticieros y portales web que indican medicamentos caducados en un valor de 2,5 millones de dólares, se identificó medicamentos e insumos caducados (Primicias, 2020) y eso es un reflejo de lo que sucede en el hospital en cuanto a gestión. Por lo expuesto desde mi punto de vista personal hay problemas en el manejo administrativo gerencial del hospital.

1. 2. Estructura Administrativa, Financiera y Operativa.

La estructura orgánica está fundamentada en la resolución 468, emitida el 30 de mayo del 2014 y que hasta el momento actual no se ha modificado en el cual consta el siguiente organigrama. Está estructurado por la Dirección Administrativa que a su vez se divide en Coordinación General Administrativa, Coordinación General Financiera y Coordinación General de Talento Humano.

La coordinación general administrativa se encarga de la contratación pública, Bodegas y control de activos, Transporte, seguridad y construcción, Alimentación, esterilización y lavandería.

La coordinación general financiera, se encarga del Presupuesto y contabilidad, Tesorería, facturación y consolidación de costos, recaudación y pagos, Subsidios responsabilidad patronal, Seguros y cuentas red pública.

La coordinación de talento humano se encarga de la planificación y administración de talento humano, capacitación y formación, evaluación del desempeño y desarrollo y fortalecimiento institucional.

1. 3. Oferta y Demanda de Servicios

El HECAM, es el hospital más grande del IESS, es un hospital de tercer nivel, de referencia nacional por la complejidad de casos que se atienden. El Hospital ofrece servicios de alta complejidad como son cirugía neurológica, cirugía cardíaca, PET SCAN, radioterapia, oncología clínica y quirúrgica, radiología intervencionista y con base en lo expuesto la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) tiene una alta demanda, es por ello que en el entorno de los Cuidados Intensivos la cuestión de la idoneidad de la asignación de pacientes tanto para la admisión como para el alta es muy pertinente y ello se refleja en la falta de disponibilidad de camas en las UCIs que puede conducir a que los pacientes sean rechazados y ello conduzca a falta de cuidados pertinentes en una sala general. Otro dato relevante es la posibilidad de una alta temprana de pacientes de UCI, que podría a su vez conducir a un aumento de la tasa de reingresos a la UCI y ello a su vez traducirse en un aumento de la mortalidad (Bone R., et al. 1993, Beck D, et al. 2002).

1. 3. 1. Análisis geoespacial y geopolíticos

El HECAM es un centro de salud Universitario de tercer nivel de complejidad, ubicada en el Centro Norte de la ciudad de Quito. Es administrado por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). Está ubicado en la provincia de Pichincha, Quito, parroquia Santa Prisca, cuenta con un área de 44332 m² , cuenta con 588 camas censables.

1. 3. 2. Oferta de servicios.

En el hospital de especialidades Carlos Andrade Marín, se dispone de una UCI de 36 camas, es una unidad polivalente, ello significa que es una unidad para atención de paciente clínicos y quirúrgicos, la cual ofrece atención de patologías de tercer nivel de complejidad. Dentro de las patologías que se resuelven en el hospital están pacientes sometidos a Cirugías de alta complejidad, dentro de ellos cirugía cardíaca, cirugía neurológica (exéresis de tumores cerebrales). A ello se suman procedimientos invasivos como post embolización de aneurismas, procedimientos de cirugía vascular, como resolución de aneurismas con colocación de prótesis y trauma, a lo que suma el manejo de pacientes clínicos lo que se traduce en una ocupación mensual de camas que llega al 93% (Salazar, S. 2018).

1. 3. 3. Población atendida.

En el HECAM, el porcentaje de ocupación de camas en la UCI durante el periodo comprendido entre el año 2014 - 2016 fue de 93%, con una mortalidad ajustada del 21%, con una media de estancia hospitalaria de 5,86 días, con un dato muy relevante, pues los pacientes quirúrgicos que corresponden a un 39,6% de los ingresos en ese periodo de tiempo, presentaron una escala de APACHE II de 5 – 9, lo que se traduce que un porcentaje importante de este tipo de pacientes no amerita ingresar a la UCI y más bien debieron ingresar a una Unidad de Cuidado Intermedio. Al ser la UCI del HECAM una unidad polivalente hay tanto pacientes clínicos como quirúrgicos y eso puede llevar a que los datos de estancia hospitalaria y mortalidad sean subjetivos y el dato que ayuda a corroborar esa afirmación es la escala de APACHE de 5 – 9 en ese grupo de pacientes con una mortalidad de 8% (Salazar S. 2018). Al realizar el análisis de estos datos es importante mencionar que tanto el score de APACHE II, como la mortalidad en los pacientes clínicos, como por ejemplo choque séptico, falla renal, Evento Cerebro Vascular (isquémico / hemorrágico) se situó en 45,5%, 45,7% y 42%

respectivamente y ello se puede traducir en una realidad distinta ya que los pacientes con corta estancia hospitalaria como los quirúrgicos no complicados que permanecen en promedio entre 24 – 48 horas y este tipo de pacientes son los que han aportado para que los datos de mortalidad y estancia hospitalaria sean de 21,6% y 5,86 días respectivamente (Salazar S., 2018).

1. 3. 4. Demanda insatisfecha de servicios:

En el HECM sin lugar a duda la demanda sobrepasa la capacidad de la unidad, es por ello la necesidad de encontrar una solución que se refleje en liberar espacio en la UCI.

2. IDENTIFICACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Inicialmente con el objetivo de disponer de una realidad clara, es necesarios conocer los datos de ingresos hospitalarios, promedio de estancia hospitalaria, pacientes que no requieren ventilación o soporte intensivo y que han ingresado a la unidad de cuidado intensivo, ya que estos datos son la base para desarrollar este proyecto, pues las unidades de cuidado intensivo son altamente costosas. En el entorno de los Cuidados Intensivos la cuestión de la idoneidad de la asignación de pacientes tanto para la admisión como para el alta es muy pertinente y ello se refleja en la falta de disponibilidad de camas en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) que puede conducir a que unos pacientes sean rechazados y ello conduzca a falta de cuidados pertinentes en una sala general. Otro dato relevante es la posibilidad de una alta temprana de pacientes de UCI, que podría a su vez conducir a un aumento de la tasa de reingresos a la UCI y ello a su vez traducirse en un aumento de la mortalidad (Bone R., et al. 1993, Beck D, et al. 2002).

2.2. JUSTIFICACIÓN DEL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde el punto de vista de la salud pública existe una preocupación por la provisión del servicio de Cuidado Intensivo y esto ha llevado a la creación de nuevos hospitales, pero lamentablemente no se han analizado otras aristas. Hay estudios previos que han documentado que entre el 35 y 40 % de los pacientes ingresados a Unidades de Cuidado Intensivo podrían ser tratados en un nivel inferior, en una Unidad de Cuidado Intermedio (Miranda M. 1992, Zimmerman J, et al. 1995).

En el HECAM, el porcentaje de ocupación de camas para el periodo comprendido entre el año 2014 - 2016 fue de 93 %, con una mortalidad ajustada del 21%, con una media de estancia hospitalaria de 5,86 días, con un dato muy relevante, pues los pacientes quirúrgicos que corresponden a un 39,6% de los ingresos en ese periodo de tiempo, presentaron una escala de APACHE II de 5 – 9, lo que se traduce que un porcentaje importante de este tipo de pacientes no amerita ingresar a la UCI y más bien debieron ingresar a una Unidad de Cuidado Intermedio. Al ser la UCI del HECAM una unidad polivalente hay tanto pacientes clínicos como quirúrgicos y eso puede llevar a que los datos de estancia hospitalaria y mortalidad sean subjetivos y el dato que ayuda a corroborar esa afirmación es la escala de APACHE de 5 – 9 en ese grupo de pacientes con una mortalidad de 8% (Salazar S., 2018) . Al realizar el análisis de estos datos es importante mencionar que tanto el score de APACHE II, como la mortalidad en los pacientes clínicos, como por ejemplo choque séptico, falla renal, Evento Cerebro Vascular (isquémico / hemorrágico) se situó en 45,5 %, 45,7 % y 42 % respectivamente y ello se puede traducir en una realidad distinta ya que los pacientes con corta estancia hospitalaria como los quirúrgicos no complicados que permanecen en promedio entre 24 – 48 horas y este tipo de pacientes son los que han aportado para que los datos de mortalidad y estancia hospitalaria sean de 21,6 %, y 5,86 días respectivamente (Salazar S., 2018). Bajo esa perspectiva es importante

que se comprenda que no necesariamente el que más invierte en salud, es el más eficiente, por lo tanto es imprescindible optimizar los recursos y maximizarlos. Para contextualizar, mientras más ingresos de patologías que no presentan fallos orgánicos a la UCI, se concurren en mayor gasto.

2.3. OPORTUNIDADES DE MEJORA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Luego de analizar los datos estadísticos expuestos previamente es pertinente plantearse cuáles son las ventajas de la creación de la Unidad de Cuidado Intermedio, entonces lo fundamental no es a quien ofertar las posibilidad de manejo en una Unidad intermedia, sino más bien a quién no ofertar esta alternativa, es por ello que se debe crear un perfil del tipo de pacientes que se van a atender en dichas unidades, lo que implica que se reciban pacientes sin fallos orgánicos que necesiten soporte externo. Al crear esta unidad se reflejará también en un posible aumento de atención en la UCI, por lo tanto se deben escoger indicadores y descriptores de los dos grupos de pacientes a tratar. Después de tener un panorama amplio del tema propuesto es indispensable proponer líneas de trabajo, ya que hasta el momento solo tenemos identificado el problema entonces para ello propongo un modelo no integrado, que significa la Unidad de Cuidado Intermedio está fuera de la UCI, entonces la Unidad de Cuidado Intermedio no debe estar en el mismo espacio, debido a que ello podría generar conflicto y el principal es convertir rápidamente las camas de intermedio en intensivo. El concepto de Unidad de Cuidado Intermedio surge ante la necesidad: a) Promover una alta anticipada, b) Facilitar la reasignación de pacientes, c) Disminuir costos, d) Evitar ingresos innecesarios (Ridly S. 1998, Byrick R,. 1993, Bertolini G, 2005).

Entonces las unidades de cuidado intermedio van a garantizar el tratamiento y monitorización de pacientes clínicamente inestables, que

están en riesgo de insuficiencia orgánica y de esta forma permiten una disminución del tiempo de hospitalización, sin un impacto negativo en la supervivencia del paciente. Siendo así, es importante la creación de Unidades de Cuidados Intermedios, las cuales deben ser integradas a las salas de hospitalización general, ya que muchos pacientes necesitan una atención de más alta complejidad que la que se ofrece en la sala de hospitalización general, pero no requieren manejo en la UCI, dicho de otra forma la mayoría necesitan monitoreo continuo vigilancia clínica y no terapia de soporte de órganos, como ejemplo tenemos los pacientes post procedimientos endovasculares, post quirúrgicos de adenomas hipofisarios, post quirúrgicos de glomus carotídeo. Así pues las Unidades de Cuidado Intermedio puede funcionar como unidades reductoras, es decir recibir pacientes de Intensivo Unidades sin soportes orgánicos (sin ventilación mecánica, sin soporte vasopresor) y de salas de emergencia, que brindan un tratamiento más intensivo que el disponible en la sala general de hospitalización (Prin, 2014, Stacy, 2011)

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la provisión de camas de cuidado intensivo y optimizar los costos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Evitar o disminuir este espacio de atención entre UCI y las salas de hospitalización general, para así atender pacientes que necesitan monitorización y más no intervenciones de cuidado intensivo.
2. Asegurar una atención continua en enfermos cuya situación no permite el paso a servicios de hospitalización con las suficientes garantías.
3. Disminuir los costos que se generan en la UCI.

3. JUSTIFICACIÓN Y APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA

En el proceso de realización de la presente investigación se utilizó el enfoque de investigación cualitativo, este es un proceso dinámico y creativo que se alimenta, fundamentalmente, de la experiencia directa del investigador en ámbitos estudiados. De acuerdo con los planteamientos teóricos de Rodríguez Gómez, Gil Flores y García Jiménez (1996) sobre la investigación cualitativa, estos expertos en investigación este tipo de investigación facilita que observadores competentes y cualificados pueden informar con objetividad, claridad y precisión acerca de sus propias observaciones del mundo social, así como de las experiencias de los demás. Por otro lado, los investigadores cualitativos se aproximan a un sujeto real, un individuo real, que está presente en el mundo y que puede, en cierta medida, ofrecernos información sobre sus propias experiencias, opiniones, valores, etc. Los datos de esta investigación son datos heterogéneos que provienen tanto de entrevistas, observación de documentos cuya coherencia en la integración es indispensable para recomponer una visión de conjunto.

3.1. Metodología y Diagnósticos por Servicio:

Se ha planteado como problema la falta de disponibilidad de camas en la UCI, pues a pesar de que el HECAM cuenta con una UCI con capacidad de 35 camas, no alcanza a abastecer la demanda generada, en vista de ello se ha realizado un análisis de datos previos, como se indica en la parte señala en la justificación de esta investigación, y teniendo como base ese antecedente se considera que hay una sobre utilización de las camas en UCI en este tipo de pacientes y ese es el problema que se ha planteado.

3.2. Metodología cualitativa para la realización del plan de prestación de servicios.

Este proyecto se lo va a desarrollar enmarcado en la gestión de servicios de clínica y hospitalización, pues ahí está situado el servicio de Terapia Intensiva, pero para desarrollarlo dentro del marco de la organización del HECAM, la unidad de terapia intensiva, está dentro del área médica en la Coordinación de Medicina Crítica y en específico en el Área de Cuidado

Intensivo que se subdivide en Área de Cuidado Intensivo Adulto (ACI) y Área de Cuidado Intensivo Pediátrico. Para el análisis no sólo el ámbito médico está implicado, pues en la actividad hospitalaria tienen que concurrir varias gestiones de trabajo, y es por ello que la Gestión Gerencial juega un rol clave pues es la que va a tomar las decisiones teniendo como base los datos médicos y está a su vez correlacionada con la Gestión de Costos.

Como se mencionó en párrafos anteriores la investigación va a utilizar un análisis cualitativo para lo cual se va a realizar observación, entrevistas y revisión documental.

3. 2. 1. Observación.

La observación como enfoque inicial describe cómo está compuesta el Área de Cuidado Intensivo Adulto, en cuanto a la infraestructura, dicha área cuenta con 35 camas, está dividida en dos alas, el ala Sur en la cual se encuentran 16 camas y el ala norte en la cual se encuentran 19 camas. En relación al talento humano, el personal de salud de la unidad cuenta con 33 médicos especialistas, de los cuales uno es administrativo (jefe de servicio) y 32 médicos especialistas, 32 médicos residentes, 111 licenciadas en enfermería de las cuales 4 son administrativas y 107 operativas, 25 fisioterapeutas respiratorios, 28 auxiliares de enfermería, 12 camilleros, 20 encargados de limpieza, una secretaria, una trabajadora social. En total el personal que trabaja en el Área de Cuidado Intensivo adulto en el HECAM son 262 personas, sin contar con el personal de farmacia y seguridad. La distribución del personal de salud es la siguiente: para los médicos especialistas se ha dividido la unidad en 8 grupos de trabajo para lo cual hay 8 médicos fijos las mañanas que trabajan con un horario de 7 horas de lunes a viernes y dos fines de semana por mes, el resto de médicos realiza turnos rotativos cada 5 días de 18 horas con pre turnos de 7 horas. El personal de enfermería, auxiliares, camilleros, fisioterapeutas trabajan en horario rotativo. El personal de enfermería trabaja con una relación 2 pacientes 1 enfermera independientemente del estado clínico del paciente.

Con ello la unidad está cubierta por personal médico calificado los 7 días de la semana, 24 horas al día los 365 días del año. La unidad se maneja utilizando como base protocolos de manejo para las patologías más frecuentes, se cuentan con 38 protocolos de manejo y varios instructivos (Alvear & Arvelález, 2021)

Luego de describir cómo está estructurada la organización de la ACI, es necesario describir algunas particularidades, las cuales están en relación al manejo de los pacientes, pues no se logran cumplir todos los protocolos generales y hay ausencia de protocolos para un subgrupo de pacientes que tienen corta estancia hospitalaria y que no tienen fallos orgánicos como tal, en este sentido puedo decir que es una práctica cotidiana que ingresen al ACI pacientes que no tienen fallos orgánicos, como son por ejemplo los pacientes que fueron sometidos a cirugía neurológica en específico el diagnóstico de tumor de hipófisis, post quirúrgicos de exéresis de Glomus Carotídeo, post intervencionismo invasivo neurológico (prótesis endovasculares), a lo que se suman las pacientes con trastorno de hipertensión inducidos por el embarazo, es decir pacientes sin fallo orgánicos propiamente dicho, con Score de APACHE inferiores a 6, dichos pacientes permanecen como máximo entre 24 a 36 horas de hospitalización para luego pasar a piso.

Como otro dato relevante que es importante mencionar es las constantes valoraciones para toma de decisiones, tal es el caso de pacientes en etapa terminal ya sea por el diagnóstico de base por ejemplo cáncer en estadio final o a su vez pacientes en los cuales no hay alternativas de tratamiento y que no son tributarios de manejo en terapia intensiva.

Dentro de la observación es muy relevante mencionar al talento humano, pues en cuanto al personal de salud, este acude a su jornada laboral a cumplir lo estrictamente necesario en sus labores, se evidencia falta de

motivación y es más, el personal no se siente que es parte del servicio y del hospital, se identifica una falta de pertenencia.

La observación reveló otra interesante característica, que el personal de salud desconoce que existe un centro de costos en el hospital y no sabe cuál es su función dentro de la estructura hospitalaria.

3. 2. 2. Entrevista.

La entrevista como herramienta se realiza a partir de una conversación y en este caso está orientada a responder propósitos concretos en relación a lo que se está estudiando y desde luego presenta datos subjetivos, con base a lo explicado se aplica una entrevista estructurada, los involucrados en la entrevista son la alta gerencia del hospital en el siguiente orden: Gerente General, Coordinador de Medicina Crítica, Jefe de Área Crítica y Jefe de Costos.

Las preguntas que se realizaron son las siguientes:

Gerente del HECAM

1. Se ha construido una planificación estratégica en su gestión, en qué tiempo se plantea evaluar los objetivos propuestos, si la respuesta es negativa, se han cumplido los objetivos de la planificación estratégica de la gestión gerencial anterior?
2. Cómo está ligada la planificación estratégica a los servicios en general, y cómo está ligada en específico al Área de Cuidado Intensivo Adulto?
3. ¿Hay falta de disponibilidad de camas en el Área de Cuidado Intensivo Adulto, cómo se ha planteado abordarla, es una opción ampliar el número de camas o se ha planteado alguna otra alternativa?
4. Desde el punto de vista gerencial, ¿es costosa el Área de Cuidado Intensivo?
5. Qué porcentaje del presupuesto del HECAM se designa para el Área de Cuidado Intensivo?

Coordinación de Medicina Crítica y Jefe de Área de Terapia Intensiva Adulto

1. ¿Cómo está ligada la planificación estratégica del hospital al Área de Cuidado Intensivo Adulto?
2. Se ha detectado falta de disponibilidad de espacio físico en el Área de Cuidado Intensivo, si la respuesta es positiva que se ha planteado como alternativa?
3. El Área de Cuidado intensivo tiene una estructura de planificación estratégica, de ser así esta se ha aplicado en el corto, mediano o largo plazo?
4. Las estadísticas del Área de cuidados intensivos son fiables, al englobar a pacientes que ingresan con escores de APCAHE II entre 5 – 9?

Jefe de Costos HECAM

1. ¿Desde qué año se implementó la unidad de costos en el HECAM?
2. Los costos del Área de Cuidado Intensivo ha podido contribuir en la toma de decisiones, ya sea para disminuir o ampliar dicha área?

La entrevista se realizó en distintos tiempos, pero con preguntas en común de las cuales se puede sintetizar en los siguientes aspectos:

Ámbito Planificación estratégica: La planificación estratégica no ha variado, se mantiene la creada en 2016, pero esta se a enfocado en las directrices enviadas por el consejo directivo del IESS que se basa en incrementar la calidad, calidez y oportunidad en el acceso y entrega de las prestaciones y servicios institucionales. Además en el HECAM desde el año 2016 hasta la presente han pasado 5 gerentes en estos 5 años, lo que puede influir en que no se hayan cumplido las metas y se hayan dado cambios de fondo y forma en la planificación estratégica.

Enmarcados en la planificación estratégica, se consultó si esta está ligada a los servicios y en el caso específico al área de cuidado intensivo y la información obtenida fue que está ligada a la planificación institucional y se a ejecutado en el corto y mediano plazo pero con limitaciones de no

conseguir todos los objetivos planteados por la deficiencia de recursos, inestabilidad política y cambios organizacionales frecuentes.

Espacio físico, la falta de espacio físico (número de camas) en el HECAM es una problemática que tiene muchos años, pues va de la mano con la gran demanda de la institución, debido al incremento progresivo de sus usuarios externos, sin incremento proporcional del espacio físico instalado y se han tomado acciones para enfrentar ese problema dentro de las cuales se incrementó de 18 camas ha 35 camas de UCI desde el 2015, a ello se asocia la derivación de patologías correspondientes al segundo nivel y tercer nivel no complicadas hacia unidades de salud calificadas para prestar servicios de UCI al IESS y atención transitoria de pacientes críticos ventilados en el área de emergencia.

Estadísticas, estas están limitadas en el área de cuidado intensivo adulto a los indicadores de calidad reportados mensualmente (porcentaje de ocupación de camas, mortalidad, días de estancia hospitalaria) estadísticas adicionales no se suelen llevar a cabo para la toma regular de decisiones en las actividades y en la planificación.

En lo referente a los costos, esta área fue implementada desde el año 2008, y está regulada por la Coordinación Zona 9 del IESS, a ellos es a quien se reporta todos los datos obtenidos.

3. 2. 3. Revisión Documental

En cuanto a la revisión documental, el estudio publicado por Salazar (2018), es un punto de partida pues es una información pública en la cual se basa este proyecto pues en este estudio se recogen los datos demográficos del área de cuidado intensivo adulto, tabla 1.

Se evidencia que hay un crecimiento en la cantidad de pacientes atendidos y eso se generó al incrementar el número de camas, para el año 2015 se

incrementó un 20% la cantidad de pacientes en comparación con el año 2014, y para el año 2016 se incrementó en 11% comparado con el año 2015. Datos del 2017 hasta el año 2021 no están publicados pero se disponen en los archivos del Área de Cuidado Intensivo. Se toma como referencia los datos del año 2019, donde se reporta mortalidad de 12% y estancia hospitalaria de 5 días. (Alvear & Arvelález, 2021)

Tabla 1. Datos demográficos del Área de Cuidado Intensivo HECAM

Año	Pacientes Atendidos	Días de estancia hospitalaria, Mediana		Mortalidad
		Rango	Intercuartil RIQ	
2104	1258	3,18 (1,38 - 7,08)		21,90%
2015	1557	3,19 (1,33 - 7,13)		19,60%
2015	1734	3,17(1,38 - 7,45)		21,70%

En relación a los costos se obtuvo información del año 2020, donde se reporta un gasto en la unidad de cuidado intensivo de 11.301.230 dólares, con un gasto diario de 785 dólares (Garcia, 2021). Para poder realizar una comparación solo utilizando el talento humano, se realiza un cálculo con los siguientes datos: número de pacientes atendidos en el periodo, días de estancia hospitalaria en el periodo, y remuneración de médicos, enfermeras y fisioterapeutas. En el año 2019 se atendieron a 2086 pacientes, con un promedio de estancia hospitalaria de 4,6 días, remuneración anual de médicos especialistas 1.233.342 dólares, remuneración anual de enfermeras 2.297.700 dólares y la de fisioterapeutas es de 504.200 dólares, entonces el gasto día/enfermera/paciente es 239,45, día/médico/paciente 128,53, y día/fisioterapeuta/paciente 52,54, ello suma un total de 420,52 dólares de costo día al solo involucrar a tres actores de la atención médica, sin sumar los otros costos directos como son medicamentos, insumos y dispositivos, gases medicinales y los costos indirectos.

4. Diagnóstico de servicios, recursos y capacidades funcionales en la unidad de salud.

4.1. Diagnósticos utilizando como herramienta la observación.

Se pudo observar que hayta pacientes que no cumplen criterios de enfermedad crítica score de APACHE inferior a 6 puntos y es aquí donde se considera la relevancia de esta observación pues son pacientes que van a recibir la misma atención de un enfermo crítico y en especial del talento humano y en este caso específico 1 enfermera por cada dos pacientes, 1 médico por cada 4 o 5 pacientes, y del resto del personal de salud, bajo este concepto se transforma en una atención desproporcionada y sobre todas las cosas costosa.

Otra observación importante está en relación a la falta de consensos en la toma de decisiones y teniendo como base lo explicado y sin tratar de realizar un juicio de valor, se considera que el liderazgo en el área de cuidado intensivo es deficiente y ello se puede reflejar a que esta falta de pertinencia de ingresos no sea identificada como problema, lo cual se traduce en una estadística del área con indicadores positivos, pues el promedio de estancia hospitalaria está en 5 días y la mortalidad para el año 2019 se situó en 12% (Alvear & Arvelález G, 2021)

En relación a la falta de pertinencia de las valoraciones, en especial en pacientes en condición terminal, en este contexto no se ha podido conseguir consensos en cuanto al manejo de ese tipo de pacientes fuera de la Unidad de Cuidado Intensivo, y se debe a que en el hospital no hay una política clara del manejo de este tipo de patologías, que involucre a todas las áreas médicas del hospital, esto a su vez se traduce en una sobredemanda de evaluaciones por cuidado intensivo y sobre utilización de camas pues no se habla el mismo idioma entre los médicos de la unidad, pues mientras un médico dice no es tributario de ingreso en el siguiente turno es evaluado por

otro médico de terapia intensiva y se decide el ingreso a un paciente que previamente fue indicado que no es tributario de UCI.

La falta de compromiso del talento humano se considera que puede tener una influencia directa en el desarrollo de las actividades cotidianas y sumar a esta falta de pertinencia de los ingresos y que ello se traduzca en que no sea identificado como un problema.

Y en relación a los costos, lamentablemente a pesar de que existe la data de costos, esta herramienta no es tomada en cuenta para la toma de decisiones ya sea para ampliar o disminuir la capacidad del servicio, además no se tiene un porcentaje específico del presupuesto destinado al Área de Cuidado Intensivo Adulto y no se ha realizado análisis de qué tan costosa o no es el área.

4. 2. Diagnóstico por Gestiones utilizando la entrevista y revisión documental.

4. 2. 1. Gestión Gerencial de la dirección:

No hay planificación que incluya a los servicios tanto clínicos como quirúrgicos, no se conoce los costos que involucran el área de cuidado intensivo, no se tiene un planteamiento distinto para resolver la falta de disponibilidad de camas en UCI que no sea la derivación de los pacientes que requieren cuidado intensivo. La planificación estratégica pues, a pesar de que está ligada al ámbito institucional (incrementar la calidad, calidez y oportunidad en el acceso y entrega de las prestaciones y servicios institucionales), no establece nexos claros para poder llevarla a cabo, está enfocada básicamente en curar las dolencias de los pacientes. Un dato interesante es que la toma de decisiones no se la realiza utilizando costos.

4. 2. 2. Gestión de servicios de Clínica y Hospitalización:

La planificación estratégica del área de cuidado intensivo, está ligada a la planificación institucional que está enmarcada más en la atención

asistencial como tal, es decir tratamiento de las diferentes patologías que ingresan a la unidad, sin ningún tipo de distinción por diagnósticos, es decir los datos estadísticos que no sean los indicadores de calidad, no son tomados en cuenta para la toma de decisiones. No se ha identificado el problema de falta de pertinencia de ingresos de ciertas patologías, a ello se suma que el ambiente laboral no es adecuado, es por ello que un problema importante que se debe abordar es el liderazgo en dicha área.

4. 2. 3. Gestión de Costos.

Un dato muy llamativo es que el personal asistencial de salud, desconoce la existencia de dicho departamento en el HECAM; además de ello los costos que se obtienen no están enmarcados en la realidad, y eso está en relación a que los servicios no proporcionan la data adecuada, es por ello que el costo de atención (día / cama UCI) es de 785 dólares, pero cuando se lo desagrega solo utilizando tres componentes del costo directo el valor es de 420.52 dólares, es decir solo el talento humano incluye el 53%, es decir sin incluir costo de medicamentos, insumos, dispositivos, gases medicinales y los costos indirectos. Además resulta interesante comparar los costos de acuerdo al Tarifario nacional con el nivel III, donde la sala de cuidado intensivo el costo es de 252 dólares, dónde está incluido honorario de enfermera, residente y auxiliar de enfermería, monitorización, ventilador mecánico en comparación solo con el costo de enfermera por atención del paciente en el HECAM en el área de cuidado intensivo de 239 dólares.

No está claro el presupuesto que se le atribuye al área de cuidados intensivos, en relación al presupuesto general del Hospital.

5. PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO:

Identificar problemas y plantear soluciones es el rol principal de la alta gerencia de las instituciones de salud y para este caso el problema que se ha identificado es la sobre utilización de las camas de cuidado intensivo y esto a su vez podría generar un impacto en los costos, bajo esta premisa se realiza un

análisis que tiene como objetivo la mejora continua, en miras de optimizar procesos y finalmente llegar a una atención eficiente y eficaz.

5.1. Análisis del Entorno

El análisis del entorno, no es más que simplemente una evaluación del entorno, en este caso del Hospital, y los factores que impactan en los diferentes procesos que están enmarcados a su alrededor. En este contexto cuando se identifican los factores que tienen o pueden tener un impacto, se desarrollan las respectivas estrategias para mitigar el impacto negativo y asegurar que el impacto positivo continúe. Bajo esta premisa el análisis del entorno consiste en identificar amenazas u oportunidades potenciales para el Hospital y este nuevo servicio con el fin de ayudarlo en la estrategia futura (Huisman, 2012).

5. 1. 1. Fuerzas económicas:

Este aspecto termina siendo crucial al analizar la implementación de un nuevo servicio en un Hospital, pues al momento el país está atravesando un problema económico muy serio, que se viene suscitando desde el último trimestre del 2019, con una caída del Producto interno Bruto (PIB) de – 1,4 % y para el año 2020 cerrar con una caída del PBI de – 7,75 % (Banco Central del Ecuador, 2020), según los datos oficiales del banco central, otro de los indicadores económicos que pueden afectar es la inflación, la cual en año 2020 cerró en – 0,93 %, lo que se traduce en una economía estancada (INEC, 2020). A ello se tiene que sumar lo que está sucediendo en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, el cual al momento está en una situación muy compleja, pues desde la recesión económica del último trimestre del año 2019, la situación financiera se ha ido complicando y desde el mes de marzo con la pandemia se necesita más dinero, bajo este escenarios crítico para poder salir a flote de esta crisis se habla que tendría que disponer de los dineros que tiene en el Banco del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (Biess) y que ascienden a USD 20.341 millones. Bajo todas estas consideraciones el presupuesto del IESS está alrededor del 7,7% del PIB de Ecuador (IESS, 2017). Las amenazas externas y en este

caso en específico la pandemia ha jugado un rol clave, pues ha generado desempleo, más gasto en salud, atrasados y deudas del gobierno central y finalmente la ley humanitaria han sumado para profundiza la crisis, y sin temor a equivocarse lo más impactante en la economía del IESS es la pérdida de afiliados que influye directamente en el presupuesto pues hay menos ingresos. Es así que en el mes de Julio del 2020 el número de afiliados era de 3.413.841, que en comparación con el último trimestre del 2019 fue de 3.707.301 afiliados es decir al momento se ha reducido el número de afiliados en un 8%, que sin lugar a duda tiene un impacto, ello en términos económicos representa alrededor de USD 400 millones que deja de percibir la institución. La pandemia aumentó los gastos en las unidades médicas tanto de insumos y dispositivos de manera considerable. La Ley Humanitaria es otro factor que va influir en la economía por los próximos dos años, pues se ha propuesto la reducción de la jornada laboral hasta un 50% por fuerza mayor o caso fortuito, que provocará menos ingresos, y más gastos (IESS, 2017, Primicias, 2020).

5. 1. 2. Fuerzas sociales, culturales, demográficas y ambientales.

En este aspecto es importante mencionar el número de habitantes en el Ecuador, que para el año 2020 está en 17.510.643, con una proyección para el año 2050 de 23.377.412, lo que se traduce que se debe trabajar acorde al crecimiento de la población (INEC, 2020). Otro aspecto a analizar es la esperanza de vida, pues conforme los pacientes avanzan en edad la probabilidad de utilizar unidades de cuidado intensivo son mayores, el último dato que se dispone es del año 2018, y se reporta que la esperanza de vida en el Ecuador está situada en 76,8 años (mujeres 79,6, hombres 74,06) (INEC, 2020). Dentro de los aspectos ambientales desde el 2020 el mundo enfrenta a la pandemia por COVID19, en el Ecuador los datos reportados hasta el mes de abril reflejan las siguientes cifras: total de contagiados 374.775, con una cantidad de fallecidos de 18.300, siendo la provincia de Pichincha las que más casos reporta con 131.119 y Quito

121.089 casos (Primicias, 2020). Por lo expuesto ha sido necesario incrementar el número de camas de UCI a nivel país.

5. 1. 3. Fuerzas políticas, gubernamentales y legales:

Para el año 2021 se dieron las elecciones presidenciales en el Ecuador, y el nuevo presidente electo entrará en funciones el próximo 24 de mayo, en este escenario no se tiene claridad cómo se va a afrontar los problemas que al momento cursa el IESS, motivo por el cual los próximos meses serán cruciales, pues se indicará cuál rumbo tomará la institución tanto en la parte organizacional como presupuestaria.

5. 1. 4. Fuerzas tecnológicas:

Hoy en día la tecnología juega un rol fundamental, y el ámbito de la salud, también son indispensables, es por ello que el Ministerio de Salud Pública está por implementar un sistema digitalizado a nivel nacional de la historia clínica, que al momento solo lo dispone el IESS, ello sin lugar a duda va a generar una interacción entre todos los sistemas y subsistemas de salud, lo que genera mucha expectativa.

5. 1. 5. Fuerzas competitivas:

En el análisis de las fuerzas completivas, en el sector público lo que se busca es la mejora continua y en este ámbito agilizar los procesos de compra, procesos de atención y la satisfacción del usuario han sido los pilares del proceso de mejora y en ese aspecto se puede decir que en el periodo comprendido entre el año 2007 al 2017, se construyó un sistema potente, se puede mencionar el SERCOP para las compras públicas, el protocolizar el manejo de las patologías más frecuentes por parte del MSP, lo que genera que el sector público en el ámbito de la salud haya mejorado los niveles de satisfacción del cliente.

5. 2. Análisis de la Industria de Salud (M. Porter):

Para en análisis de la industria de la salud, esta herramienta de gestión que consta de 5 puntos es indispensable:

- El poder del cliente,
- El poder del proveedor,
- Los nuevos competidores entrantes,
- La amenaza que generan los productos sustitutos
- La naturaleza de la rivalidad.

El hospital visto desde el punto empresarial vende sus servicios, en este contexto los servicios que se generan tienen características especiales, y la principal es que estos deben ser continuamente evaluados, además no pueden ser inventariados, y tal vez lo más importante su demanda es fluctuante, en el caso de los cuidados intensivos hay varias patologías que tienen diferentes tipos de manejo. Al momento actual en los sistemas de salud se vive una situación especial por la pandemia de SARS-COV-2, que ha hecho que a nivel hospitalario y en el caso específico de las Unidades de Cuidado Intensivo se encuentren colapsadas.

Para poder iniciar el análisis se debe identificar quienes son nuestros clientes, dado que la unidad de cuidado intermedios y UCI está dentro de la cadena de valor del HECAM, los clientes se determinarán como pacientes. Los pacientes que llegan a las UCIs o a su vez a una unidad de cuidado intermedio ya han sido sometidos a un manejo inicial, es decir una cirugía, o ya se realizó una valoración inicial por el médico de urgencias, en este caso la característica más importante es la atención dentro de tiempos definidos de acuerdo a su patología.

El poder de negociación de nuestros clientes – pacientes: ello va a depender de la capacidad resolutoria de atención a los pacientes que llegan. El HECAM es un hospital de tercer nivel, es decir atiende patologías de alta complejidad. En este tipo de centros existe una marcada diferencia con el resto hospitales

pues aquí se tratan patologías poco frecuentes, como por ejemplo cáncer, enfermedades autoinmunes, se realizan procedimientos quirúrgicos complejos como es la cirugía cardiaca, trasplantes renal, hepático, eso involucra que tienen poco poder de negociación, debido a que se trata de pacientes que solo pueden ser atendidos en centros de alta especialidad como es el caso del HECAM es decir desde el punto de vista administrativo financiero son de poca rentabilidad, y se indica aquello debido que este tipo de patologías los gastos son de alto costo y tienen que ser asumidos por la aseguradora sin establecer preexistencias o enfermedades previas con una cobertura al 100%, es por ello que en este tipo de pacientes se deben optimizar los recursos, a través de la eficacia y eficiencia.

El poder de negociación del proveedor, son los proveedores de los medicamentos como los insumos, dispositivos y el equipo tecnológico. El mantener un stock de medicamentos e insumos es la piedra angular para la prestación del servicio, y para ello se lleve a cabo debe existir un control e inventario por parte del departamento administrativo financiero y a su vez los procesos de compras públicas deben ser llevados con probidad y oportunidad, pero para disponer de todo lo mencionado previamente en los hospitales públicos se trabaja con procesos de subasta inversa que tiene como objetivo reducir los costos.

Nuevos competidores, el competidor en este caso es el Hospital IESS Sur, inaugurado en el año 2017, el cual fue creado para descongestionar los servicios del HECAM, sin embargo la derivación de los pacientes se debe hacer de forma correcta conforme a la ley de derivación, referencia y contrarreferencias, del ente regulador de salud que en este caso es el MSP, y este caso mi competidor hace que el servicio eleve su calidad.

En lo que se refiere a servicios sustitutos, lo que se ha realizado en el HECAM es la derivación de pacientes a prestadores externos, por falta de la capacidad instalada, pero estos servicios sustitutos tienen una capacidad

limitada, y con ello se trata de suplir esa necesidad de falta de camas disponibles para pacientes que requieren cuidado intensivo, en este caso el tener servicios sustitutivos se transforma en una oportunidad.

En cuanto a la naturaleza de la rivalidad, lo que debe quedar claro es que la salud es un bien público que no debe ser objeto de rivalidad o apropiación y es que no se debe confundir el derecho a la salud y el derecho a la protección de la salud como bien público, por lo tanto la rivalidad en este sector no aplica.

5. 3. Análisis FODA:

Este análisis resume los aspectos clave, consiste en conocer las fortalezas y debilidades, como también las amenazas y oportunidades. Para ello vamos a utilizar los puntos fuertes y los puntos débiles de la organización (Jiménez & Regina, 2002)

5. 3. 1. Fortalezas:

1. El HECAM cuenta con una trayectoria muy importante en el año 2020 cumplió 50 años al servicio de la salud de los afiliados al IESS.
2. Se cuenta con talento humano joven.
3. Equipo tecnológico médico avanzado (cirugía robótica, PET scan, radioterapia).
4. Es un hospital de tercer nivel se realiza Cirugía cardíaca, Neurocirugía, trasplantes.
5. Dispone de protocolos de manejo para las patologías más frecuentes.

5. 3. 2. Debilidades:

1. Los servicios prestados no cuentan con la suficiente evidencia científica.
2. Talento humano con escasa motivación, falta de pertenencia y compromiso con el hospital.
3. Servicios prestados orientados a la demanda, no se utilizan las estadísticas para toma de decisiones, no se cumplen los protocolos.

4. Falta de auditorías internas, que contribuyan a la mejora continua, ausencia de la cultura del reporte.
5. Datos poco fiables para conocer la productividad del servicio.
6. No existe un análisis de costos en la parte financiera real.

5. 3. 3. Oportunidades:

1. Cambios en el perfil demográfico de la población objetivo.
2. Entorno dinámico, ejemplo trasplante cardiaco, que obliga al cambio y mejora continua.
3. Existen acreditaciones internacionales para mejorar la calidad de los servicios de salud.

5. 3. 4. Amenazas:

1. Deficiencia de profesionales intensivistas en el mercado.
2. Reducción del presupuesto por el gobierno central, pues hay menos afiliados
3. Cambios constantes en el nivel jerárquico superior.
4. Pandemias que generen incremento de consumos de fármacos, y dispositivos.
5. Pandemias que saturen los servicios de salud.

5. 4. Cadena de valor de la organización:

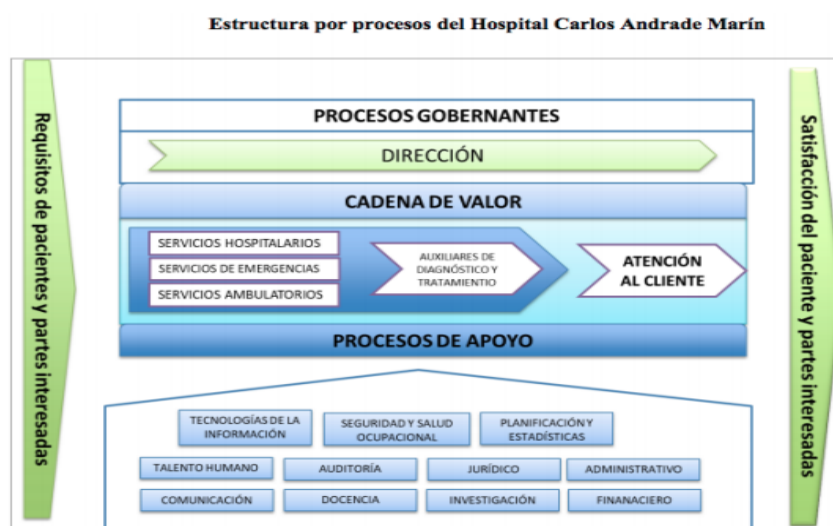
El diseño de la cadena de valor sanitaria, está enfocada en estudiar los procesos de la formación de la cadena de valor de una atención en una Unidad de Cuidado Intermedio, es con esta base que se propone lo siguiente:

- a) Definir las entradas de la cadena.
- b) Procesar los elementos principales.
- c) Definir los elementos de apoyo.
- d) Determinar las salidas del proceso.
- e) Identificar los beneficiarios de la cadena.

En la figura 1 se muestra el Mapa de Procesos del HECAM, en donde en los servicios de emergencia se encuentra el Área de Cuidado Intensivo, y es justo

ahí donde se sumaría este nuevo servicio adjunto a los servicios de emergencia crítica el cual sería el cuidado intermedio. La cadena de valor de este servicio incluye todos los procesos de manejo en la unidad de cuidado intermedio. Se tomaron en cuenta las entradas, las actividades tanto principales como de apoyo, salidas, todo ello enfocado en una gestión eficiente, es decir: 1) Protocolo Médico de Ingreso de pacientes, 2) atención al paciente, 3) estudios diagnósticos, 4) indicadores de calidad y 5) egreso del paciente a hospitalización general.

Figura 1. Estructura por procesos del HECAM.



Fuente y elaboración: HCAM

5. 5. Planificación estratégica:

La planificación estratégica es el arte y la ciencia del análisis estratégico de una organización, pronosticar cambios en los entornos internos y externos de una organización, articular metas estratégicas, desarrollar estrategias y utilizar recursos para lograr una ventaja competitiva (Bulter, 1996).

En el Ecuador los hospitales públicos se enfrentan a desafíos a la hora de formular e implementar planes estratégicos. Se ha considerado dos aspectos importantes: El primero, se supone que la unidad de producción no es un individuo, sino es la organización, es así que todavía queda un largo camino por recorrer antes de que se reconozca plenamente que un profesional de la

salud que trabaja por sí solo, incluso con suficientes recursos materiales disponibles, no puede resolver todos los desafíos que surgen en la atención médica actual. En segundo lugar, la planificación estratégica tiene un claro propósito de transformación: a) identifica las características actuales específicas de la organización y el entorno en el que opera; b) genera una visión de cómo la organización desea estar en el futuro y c) también define la hoja de ruta y las acciones necesarias para cambiar la situación actual de la organización al futuro deseado (Rodríguez, 2012).

En el contexto de este trabajo se propone la creación de una Unidad de Cuidado Intermedio que tiene como objetivo disminuir los costos y optimizar el ingreso de los pacientes que verdaderamente requieren UCI.

5. 5. 1. Misión:

La Unidad de Cuidado intermedio del HECAM, presta servicios de salud a pacientes que requieren monitorización continua, pero no están se encuentran en estado crítico es decir sin fallos orgánicos con soportes vitales, para descongestionar la UCI mediante el alta médica más temprana de pacientes, y reducir los costos sanitarios.

5. 5. 2. Visión:

La Unidad de Cuidado Intermedio del HECAM, para el 2030 será pionero y líder en la implementación de dicha unidad y se establecerá como referente para la implementación de este tipo de unidades en el resto de hospitales públicos de tercer nivel del Ecuador.

5. 5. 3. Valores:

- Preparación.
- Ética.
- Compromiso.
- Eficiencia.
- Mejora continua.

5. 5. 4. Objetivos Institucionales:

1. Implementar la Unidad de Cuidado Intermedio en el HECAM, a fin de garantizar mayor oportunidad de atención a los pacientes críticos
2. Promover la evidencia científica para la realización de protocolos de manejo en la unidad de cuidado intermedio
3. Implementar el proceso de auditoría interna para contribuir a la mejora continua y promover la cultura del reporte para que la organización crezca

5. 5. 5. Políticas:

Es evidente que todos los hospitales deben cumplir con muchos requisitos de políticas y procedimientos. Teniendo en cuenta la compleja estructura de la industria de la salud, el alcance de las políticas y procedimientos hospitalarios es enorme. Para colocar un ejemplo desde los procedimientos de alta del paciente hasta el mantenimiento de la higiene del personal, las políticas y los procedimientos son pautas integrales para garantizar que la organización cumpla con las reglas y regulaciones. El mantenimiento de las políticas también garantiza un riesgo reducido de accidentes, mejora la eficiencia y ayuda a mantener un entorno de trabajo sólido para los pacientes, el personal y los visitantes (Jones & Exworthy, 2015).

Las políticas que se van a implementar van a ir ligadas directamente al cumplimiento de los objetivos que busca la institución y en este caso a este nuevo servicio médico.

5. 5. 5. 1. Política de Planificación y Control de Gestión: promover la gestión utilizando como herramienta la planificación para la toma de decisiones.

5. 5. 5. 2. Política Gestión de los Procesos Clínicos: trabajo orientado en procesos que como resultado final reflejan la mejoría de los procesos clínicos y

sus resultados se reflejan en seguridad del paciente, mejor servicio y costo menor.

5. 5. 5. 3. Política de Recursos Humanos y su capacitación: promover el cumplimiento de los derechos y deberes de los funcionarios. Fortalecer el desarrollo personal y laboral a través de la actualización, entrenamiento y formación permanente, enmarcado en los objetivos del Hospital.

5. 5. 5. 4. Políticas sobre la realización de auditorías: promover la realización de auditorías periódicas, que tienen como meta identificar problemas en los procesos y fortalecer la mejora continua (Goldacre, 2003).

5. 6. Principios éticos

Se basarán en reglamento de los comités de ética de investigación en seres humanos acuerdo ministerial 4889 2014 CEIICH32.

6. PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL

El desarrollo del liderazgo implica que un Plan Estratégico debe estar en su lugar, con la misión, la visión de la organización, objetivos estratégicos y planes de acción destinados a lograr estos objetivos (Terzic-Supic, 2015). Un hospital desarrolla estrategias que debe derivarse de un análisis situacional o estratégico, que se realiza mediante un análisis FODA. Sin embargo, las organizaciones, incluidos los hospitales, dedican poco tiempo a evaluar sus programas de formación. Se han identificado numerosas razones: incredulidad en el beneficios de la evaluación, falta de confianza en sí la formación tiene un impacto en la organización, así como falta de recursos, experiencia y apoyo organizacional (Davies, 2006).

Después de tener un panorama amplio del tema propuesto es indispensable proponer líneas de trabajo, ya que hasta el momento solo tenemos identificado el problema entonces para ello se propone un modelo no integrado, que significa la Unidad de Cuidado Intermedio, la misma que debe ser fuera de la

UCI, entonces la Unidad de Cuidado Intermedio no debe estar en el mismo espacio, debido a que ello podría generar conflicto y el principal es convertir rápidamente las camas de intermedio en intensivo. A todo lo mencionado previamente hay que sumar que la Unidad de Cuidado Intermedio va tener una estructura clara, y el manejo de pacientes se lo va a realizar con base a protocolos establecidos que es la principal fortaleza.

Para llevar a cabo la atención la unidades requiere una infraestructura técnica completa, propia (ultrasonido, ECG, desfibrilador, monitores, etc.). En cuanto al número de camas no hay evidencia científica sobre la cantidad de camas recomendadas y por lo tanto, se pueden usar aquí consideraciones predominantemente organizativas y económicas. En el caso de la UCI del HECAM con un porcentaje de ingresos quirúrgicos del 39%, con APACHE entre 5 – 9, lo recomendable sería disponer de 10 camas para la sala de Cuidado Intermedio (Salazar, 2018).

La asignación de personal de enfermería se debe ajustar a la relación paciente enfermera 4:1 y paciente médico 10:1. La unidad de cuidado intermedio debe guardar una estrecha relación con la UCI con el objetivo de agilizar ingresos y egresos, todo lo antes mencionado va a disminuir la carga asistencial sin afectar la atención al paciente, es decir el proceso de atención va a ser eficaz y eficiente (Waydhas, 2018)

Analizado desde el el punto de vista de la economía de la salud, los costos en la unidad de cuidado intensivo son muy elevados, y a ello hay que sumar que un volumen sustantivo del presupuesto hospitalario está designado para las Unidades de Cuidado Intensivo, de ahí parte la necesidad de la creación de este nuevo servicio en el hospital, a más de descongestionar la UCI, va a permitir reducir costos brindando mayor oportunidad de atención a los pacientes.

El análisis de costos se podría decir que se lo hace de manera intuitiva, pues un porcentaje importante de gerentes de hospitales no tienen la experticia y el conocimiento en gerencia en instituciones de salud, por lo que las decisiones que se toman en cuanto a gestión no son con patrones definidos. A diferencia de lo que se puede pensar el proceso de elaboración de costos no son unos simples cálculos, es gerenciar datos contables de la producción de servicios de salud y en este caso específico de una UCI, es así que tanto en medicina como en gestión administrativa hay situaciones tanto estáticas como dinámicas y los costos son situaciones dinámicas que este caso pueden ser incluso comparadas con la evolución de un enfermo tanto en positivo (curación / saldos contables positivos, crecimiento) como en negativo (muerte / quiebra de la empresa). Para poder concretar este proyecto es necesario la aplicación de análisis de costos pues estos estudios nos permiten identificar, medir y valorizar todos los elementos que están involucrados en la atención de un paciente en UCI, estos además van a brindar como resultados información de la gestión y de esta manera modificar o crear o cerrar áreas, ya que el objetivo es una atención cada vez más eficiente sin poner en riesgo la vida del paciente (Alvarado & Jaramillo, 2011).

En el enfoque planteado para la implementación de esta nueva Unidad se tomaron en cuenta a tres gestiones, donde se evidencian los problemas, en este caso la Gestión Gerencial de la Dirección, Gestión Financiera Administrativa (Costos) y Gestión de servicios de clínica / hospitalización y se suma a este proceso de planificación la gestión de talento humano.

6. 1. Gestión gerencial de la Dirección:

La gestión gerencial tiene como objetivo implementar y velar por los intereses de la organización que están en consonancia con la Misión y Objetivos institucionales, todo ello a través de las políticas y sobre manera garantizando la calidad, y la eficacia en la calidad de la prestación de los servicios en salud. En este sentido la acción de la gestión gerencial es implementar los planes estructurados .

No1 Indicador	Indicador: Consecución del Plan Institucional					
Fórmula	Planes ejecutados / Total de planes programados					
Observaciones / Situación actual	Promover la ejecución de los planes desarrollados, otorgando a cada uno de ello un porcentaje de ejecución, con el objetivo que puedan cumplirse los más importantes					
Estándar Propuesto	Línea Base	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
	80 %	≥ 85 %	≥ 85 %	≥ 85 %	≥ 90 %	≥ 90 %
Proyección de la Calificación		85 %	85 %	85 %	90 %	90 %
Fuente:	Cristian Cevallos					
Fecha:	04/2021					

6. 2. Gestión Administrativa Financiera - Costos

En general involucra la gestión de la administración de los recursos requeridos para la prestación de los servicios de salud, además del cumplimiento de las obligaciones laborales, legales y rendición de cuentas, en este caso específico vamos a involucrar la gestión de costos pues necesitamos evaluar el impacto de la creación de esta nueva unidad en el Hospital.

No2 Indicador	Indicador: Costo por promedio por atención de paciente en la Unidad de Cuidado Intermedio					
Fórmula	Total de costos de pacientes atendidos / cantidad de pacientes atendidos					
Observaciones / Situación actual	La situación demuestra una sobredemanda en los pacientes que ingresan a cuidado Intensivo y no tienen pertinencia es por ello que esta estrategia va a generar mayor oportunidad a los pacientes que requieren UCI y a su vez va a disminuir costos					
Estándar Propuesto	Línea Base	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
	\$ 1500	\$700	\$700	\$700	\$700	\$700
Proyección de la Calificación		100 %	100%	100%	100%	100%
Fuente:	Cristian Cevallos					
Fecha:	04/2021					

6. 3. Gestión de los Servicios de Clínica y/u Hospitalización

Esta gestión está relacionada con el conjunto de procesos que están enfocados en la atención, es decir los servicios de salud, y en este caso específico con el nivel de complejidad de una Unidad de Cuidado Intermedio, con su respectivo portafolio de servicios y la capacidad resolutive. Esta gestión está estrechamente relacionada con la misión, visión y objetivos que se han planteado desde el punto de vista médico asistencial. En la Unidad de cuidado Intermedio se va a evaluar algunos indicadores, dentro de estos de auditoría, de estancia hospitalaria y mortalidad. Es por ello que dentro de la auditoría se va a evaluar el número de auditorías planificadas, en cuanto a los días de estancia hospitalaria se plantea 4 días como máximo, y mortalidad inferior al 5 %.

No3 Indicador	Auditorías para el mejoramiento continuo de la calidad en la Unidad de Cuidado Intermedio					
Fórmula	Auditorías realizadas / Auditorías planificadas					
Observaciones / Situación actual	Al momento no se realizan auditorías internas, es por ello la necesidad de implementar, pues ello va a generar la mejora continua					
Estándar Propuesto	Línea Base	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
	0	0,4	0,6	0,7	0,8	0,9
Proyección de la Calificación		40%	60%	70%	80%	90%
Fuente:	Cristian Cevallos					
Fecha:	04/2021					

No4 Indicador	Estancia Hospitalaria en la Unidad de Cuidado Intermedio					
Fórmula	Total de días de estancia hospitalaria / Egresos en ese periodo					
Observaciones / Situación actual	Este indicador se va a implementar por eso parte de una línea base de 5 días de promedio de estancia					
Estándar Propuesto	Línea Base	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
	5 días	5 días	5 días	5 días	5 días	5 días
Proyección de la Calificación		100%	100%	100%	100%	100%
Fuente:	Cabo Salvador J. (2013) Casos prácticos de construcción de indicadores ajustados de actividad hospitalaria [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad, Adaptado por Cevallos C.					
Fecha:	04/2021					

No5 Indicador	Mortalidad en la Unidad de Cuidado Intermedio					
Fórmula	Total de fallecidos en un periodo / Egresos de ese periodo					
Observaciones / Situación actual	Este indicador se va a implementar por eso parte de una línea base de 5 días de promedio de estancia					
Estándar Propuesto	Línea Base	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
	6 %	6 %	6 %	6 %	6 %	6 %
Proyección de la Calificación		100%	100%	100 %	100%	100%
Fuente: Fecha:	Cabo Salvador J. (2013)Casos prácticos de construcción de indicadores ajustados de actividad hospitalaria[Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad, Adaptado por Cevallos C. 04/2021					

7. EVALUACIÓN E IMPLEMENTACIÓN INTEGRAL DE GESTIÓN GERENCIAL:

Este proyecto será presentado a la alta gerencia, para que pueda ser implementado y ejecutado, consta de argumentos técnicos que hacen posible ejecución y que van a tener un potencial impacto tanto en la parte económica como en la oportunidad para atender a una mayor número de pacientes críticos. Este proyecto será evaluado con una con una supervisión participativa es decir integrar al personal en el proceso, con metas claras, en esta primera etapa constará de dos meses, en la cual este periodo será para organizar el espacio físico y entrenar al personal que va a trabajar en la unidad, este proceso permitirá la integración del grupo con responsabilidades definidas que tiene como objetivo generar confianza y sentido de pertenencia en el grupo, esto se evaluará a través de indicadores como son el promedio de estancia hospitalaria, pues como meta en este nuevo servicio no se puede tener más de 5 días de estancia hospitalaria. Además están las herramientas necesarias para que se pueda llevar a cabo, y cómo alcanzar las metas de gestión a través de los indicadores, que se los debe medir periódicamente. Al analizar la limitaciones, en el contexto de implementar este proyecto la principal limitación vendría a ser la ausencia de un plan de gestión en el HECAM, pues se basa la atención solo en la demanda espontánea. Otra de las limitaciones que se

puede presentar es que a la alta gerencia no de paso a este proyecto, pues no lo considere pertinente.

CONCLUSIONES:

- Se concluye que para optimizar los costos y la eficacia en la atención de salud, es indispensable tener un plan de gestión que permita guiar los objetivos.
- Los datos estadísticos, tanto desde el punto de vista clínico como desde el punto de vista contable son indispensables, ya que ello nos va a permitir tomar las mejores decisiones y si es factible o no implementar cierto tipo de unidades.
- Los datos internacionales y nacionales en cuanto a costos se comportan favorablemente para la implementación de una Unidad de Cuidados Intermedios.
- La creación de la Unidad de Cuidado Intermedio, va a reducir los costos de atención en especial en el grupo de pacientes post quirúrgicos que representan el 39% de los ingresos a cuidados intensivos, con una escala de APACHE II entre 5 – 8.

RECOMENDACIONES:

- Utilizar los datos para generar nuevos proyectos que ayuden al crecimiento de la Unidad médica, tanto en la parte médica como administrativa.
- Utilizar indicadores de gestión tanto en la parte médica como administrativa, que engloba los procesos de funcionamiento de la unidad médica.
- Implementar la cultura del reporte, pues ello va a generar datos que se traducen en toma de decisiones que finalmente van a generar la mejora continua y quién se beneficia de ello es el paciente.

ANEXOS

REFERENCIAS

Alvarado-Jaramillo J, Gonzáles-Ramos A, Mendoza-Arana P, (2011). Análisis de costos en dos unidades de cuidados intensivos pediátricos del Ministerio de Salud del Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 72(4), 249-254.

Alvear P., Arvelaes G. (2021). *HCAM La Historia de un grande*. Editorial Universidad Central Del Ecuador.

Banco Central del Ecuador www.bce.fin.ec/index.php/informacioneconomica.

Beck DH, McQuillan P, Smith GB, (2002). Waiting for the break of dawn? The effect of discharge time, discharge TISS-28 scores and discharge facility on hospital mortality after intensive care. *Intensive Care Med*, 28, 1287–1293.

Bertolini G, Confalonieri M, Rossi C, Rossi G, Simini B, Gorini M, Corrado A, GiViTI (Gruppo italiano per la Valutazione degli interventi in Terapia Intensiva) Group Aipo (Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri) Group, (2005). Costs of the COPD between intensive care unit and respiratory intermediate care unit. *Respiratory Med*, 99, 894–900.

Bone RC, McElwee NE, Eubanks DH, Gluck EH, (1993): Analysis of indications for early discharge from the intensive care unit. Clinical efficacy assessment project: American College of Physicians. *Chest*, 104(6), 8112–8117.

Bulter, T., Leong, K., Everett, L (1996). The operations management role in hospital strategic planning. *Journal of Operations Management*, 14(2), 137-156.

Byrick RJ, Mazer CD, Caskennette GM, (1993). Closure of an intermediate care unit: impact on critical care utilization. *Chest*, 104, 876–881.

Davies S. (2006). Health services management education: why and what?. *Journal of health organization and management*, 20(4), 325–334. <https://doi.org/10.1108/14777260610680122>.

García H. (2021). *Sistemas de costos por producción por servicio PERC V2.0-2020*. Datos no publicados archivo HCAM.

Gestión de Riesgos (Abril 2020). <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/wpcontent/uploads/2021/04/INFOGRAFIA-NACIONALCOVID19-COE-NACIONAL-08h00-26042021.pdf>.

Goldacre, M. (2003). The value of linked data for policy development , strategic planning , clinical practice and public health : An international perspective.

González Patricia. (14 Enero 2019), USD 333 millones faltan para cubrir gastos en salud en el IESS. El Comercio.

Heras A, Abizanda R, Belenguer A, Vidal B, Ferrandiz A, Mico M, R. Álvaro R, (2007). Unidades de Cuidados Intermedios. Consecuencias asistenciales de un Hospital de Referencia. Medicina Intensiva, 31(7), 353-60.

Huisman, E. R. C. M., Morales, E., Van Hoof, J., & Kort, H. S. M. (2012). Healing environment: A review of the impact of physical environmental factors on users. Building and Environment, 58, 70–80. doi.org/10.1016/j.buildenv.2012.06.016.

IESS. <https://www.iess.gob.ec/es/web/guest/estadisticas>

INEC. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas/>

Jiménez. J y Regina. S (2002). Dirección estratégica en la creación de empresas. Madrid: Pirámide.

Jones, L., & Exworthy, M. (2015). Framing in policy processes: A case study from hospital planning in the National Health Service in England. Social Science & Medicine, 124, 196–204. doi:10.1016/j.socscimed.2014.11.046.

Kim, T. H., & Thompson, J. M. (2012). Organizational and market factors associated with leadership development programs in hospitals: a national study. Journal of healthcare management / American College of Healthcare Executives, 57(2), 113–132.

Miranda MD, Spangenberg JFA, (1992). Quality, efficiency and organization of Intensive Care Units in the Netherlands. the Netherlands, Den Haag: Elsevier.

Mosedeghrad, AM., Isfahani, P (2020). Strategic planning challenges in the hospital: A qualitative study. Payesh, 19(1), 19-39.

Primicias. (29 de Octubre 2020) USD 2,5 millones en medicinas caducadas en el Hospital Andrade Marín. <https://www.primicias.ec/noticias/lo-ultimo/2-millones-medicinas-caducadas-hospital-andrade-marin/>.

Primicias.(2020) <https://www.primicias.ec/noticias/economia/iess-pierde-afiliadossuma-desempleo/>.

Primicias.(2020)

<https://www.primicias.ec/noticias/economia/iess-gigante-tocaradesinvertir-millon-es-2020/>

Prin M, Wunsch H, (2014). The role of stepdown beds in hospital care. *Am J Respir Crit Care Med*, 190(11), 1210–6. doi: 10.1164/rccm.201406-1117PP.

Ridly SA, (1998). Intermediate care. Possibilities, requirements and solutions. *Anaesthesia*, , 53, 654–664.

Rodríguez Gómez, G., Gil Flores, J. y García Jiménez E. (1996). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Málaga: Aljibe.

Rodríguez Perera, F., & Peiró, M. (2012). Strategic planning in healthcare organizations. *Revista española de cardiología (English ed.)*, 65(8), 749–754. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2012.04.005>.

Salazar SD, Guerrero F, del Pozo G, (2018). Caracterización demográfica y epidemiológica de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín de los años 2014, 2015 y 2016. *Revista Médica Cambios HCAM*, 17(1),21-29.

Stacy KM, (2011). Progressive care units: different but the same. *Critical Care Nurse*, 31(3), 77–83. doi: 10.4037/ccn2011644.

Terzic-Supic, Z., Bjegovic-Mikanovic, V., Vukovic, D., Santric-Milicevic, M., Marinkovic, J., Vasic, V., & Laaser, U. (2015). Training hospital managers for strategic planning and management: a prospective study. *BM medicaleducation*,15,25. <https://doi.org/10.1186/s12909-015-0310-9>.

Waydhas C, Herting E, Kluge S, et al, (2018). Intermediate care units: Recommendations on facilities and structure. *Intermediate Care Station: Empfehlungen zur Ausstattung und Struktur. Med Klin Intensivmed Notfmed*, 113(1), 33-44. doi:10.1007/s00063-017-0369-7.

Zimmerman JE, Wagner DP, Knaus WA, Williams JF, Kolakowski D, Drapper EA, (1995). The use of risk predictions to identify candidates for intermediate care units. *Chest*, 108, 490–499.

