

Evaluación de los efectos de la aplicación del Programa para Egresos Oportunos del Sanatorio Finochietto, comparando los meses de septiembre 2021 y septiembre 2022



Por Jazmín Grimi Sosa

- Coordinadora de Operaciones en Sanatorio Finochietto, licenciada en Administración Hotelera por Universidad CAECE, Magister en Economía y Gestión de la salud por Universidad Isalud, Profesora Universitaria y docente de la cátedra Infraestructura Hospitalaria en Universidad Isalud.
- Director de tesis: Dr. Carlos Díaz
- Jurados de tesis: Mg. Cristina Casassa, Mg. Ricardo Fabián Watman, Mg. Ariel Goldman

Introducción

Analizar e identificar los factores que provocan la falta de disponibilidad de camas es una problemática a nivel mundial (Mendoza Giraldo, Navarro, Sánchez-Quijano, Villegas, & Lissen, 2012).

Diversas investigaciones a lo largo del mundo han tratado este tema. En 2008, el comité directivo del Yale-New Haven Hospital estandarizó el proceso de alta, implementó el uso de tableros de estado para control de egresos y realizó cascadas de reuniones operativas. Como resultado, entre el año fiscal 2008 y el año fiscal 2011, YNHH experimentó una mejora del 84 % en las altas a las 11:00 a. m y la duración promedio de la estadía disminuyó de 5,23 a 5,05 días, por lo además acomodó diariamente a 45 pacientes adicionales (Jweinat, y otros, 2013). En el año 2014,

en el New York University Langone Medical Center's Tisch Hospital implementó un programa que consistía en hacer una ronda en la tarde para identificar los pacientes con posible salida el día siguiente antes del mediodía. Como resultado, durante los 13 meses de implementación, las salidas antes del mediodía se incrementaron de un 11% a un 38% (Wertheimer, y otros, 2014).

Otro de los problemas que las instituciones vivencian es la falta de previsibilidad. Por ejemplo, en el año 2007 el Seton Medical Center, implementó una guía llamada "El camino a casa" donde se les informa sobre la fecha de alta propuesta al principio de su estadía y se los invita a los pacientes a hacer preguntas con anticipación en lugar de esperar hasta el día del alta (Ramming, 2007).

En el año 2012, un hospital de Barcelona creó un equipo interdisciplinario de médicos, administrado-

res de hospitales y pacientes/familias para examinar los cuellos de botella y las áreas de mejora en la prestación de servicios. Como resultado, obtuvieron que el porcentaje de pacientes ingresados el mismo día de la cirugía aumentó del 64,87% en 2007 al 86,01% en 2009 ($p < 0,05$). La mediana de altas planificadas pasó del 43,05% en 2007 al 86,01% en 2009 ($p < 0,01$) (Ortiga, y otros, 2012).

Particularmente, esta investigación analizó los factores que provocaban la falta de disponibilidad de camas para los pacientes que salían de cirugía en el Sanatorio Finochietto y advirtió que se debían, en mayor medida a la falta de epicrisis y el retiro de vía, obteniendo que la mediana de los egresos con altas probables era a las 10:23am, hora en la cual los financiadores ya no cubren los gastos de internación, trasladándole todo el riesgo a la prestadora de salud, en este caso, la institución.

El Sanatorio Finochietto, ubicado en CABA, es un prestador¹ de servicios de salud para la atención de maternidad y patologías clínico-quirúrgicas prevalentes, que establece relaciones con diferentes financiadores² a través de convenios. Los Convenios representan un mecanismo de pago y hacen referencia a un sistema de remuneración entre dos o más actores económicos (generalmente entre la prestadora y el financiador). Otorgan el marco para la toma de decisiones de admisión/rechazo/derivación de pacientes, cantidad y calidad de la provisión de servicios, decisiones de reclutamiento y retención de personal, decisiones de ampliación de capacidad, inversión en tecnología, integración con otras instituciones, entre otras (Fernández, Economía de la empresa, 2015). Estos contratos permiten a sus afiliados hacer uso de los servicios de la institución.

Para lograr efectivizar esos mecanismos de pago el Sanatorio Finochietto alquila sus salas quirúrgicas

(esta modalidad se la conoce como “quirófano abierto”). Es decir, la mayor fuente de ingresos se obtiene a través de cirugías a pacientes que cuentan con la cobertura de cualquiera de los financiadores con los que la institución tiene convenio o de aquellos pacientes que pagan de forma particular³. Dicho de otro modo, la institución ofrece sus salas quirúrgicas a diferentes cirujanos y/o financiadores, ofreciéndoles tecnología de punta, personal a disposición, materiales de primera línea, una noche de internación para el paciente y amplia disponibilidad, a cambio del pago por el uso de la sala por el tiempo transcurrido de la cirugía. El pago puede ser realizado de forma particular (cirujano y paciente) o a través del financiador.

Siguiendo los lineamientos de la Atención Centrada en el Paciente y su Familia⁴, la motivación de aplicar esta estrategia fue proporcionar una solución centrada en las personas, mejorando su calidad de vida tratando de evitar la exposición de los pacientes a las infecciones adquiridas en el hospital, el mal humor y la creciente pérdida de la capacidad funcional (Hendy, Patel, Kordbacheh, Laskar, & Harbord, 2012).

Es imprescindible detenerse en este punto para esclarecer la importancia de esta situación para el Sanatorio Finochietto: el área de Quirófano es el segundo sector más importante, en términos de costos, del Sanatorio Finochietto (después de Internación general), sin embargo, también es el área más rentable del sanatorio. Por esta razón, cada minuto improductivo está representado por una posible ganancia no obtenida, por un paciente no operado y/o por un costo de subutilización.

1. El prestador de servicios de salud es quien realiza el servicio de salud. Puede ser individual, a través de la atención de profesionales particulares, o institucional o colectivo (Fernández, Economía de la empresa, 2015).

2. El financiador es quien recibe una masa de fondos de parte de los ciudadanos y los administra en nombre de éste (beneficiarios), negociando contratos y adquiriendo servicios de salud. (Fernández, Economía de la empresa, 2015).

3. También llamado “pago de bolsillo”. Son las erogaciones directas por parte de los hogares, incluidos las gratificaciones y los pagos en especie a los médicos y proveedores de fármacos, dispositivos terapéuticos y otros bienes, y servicios destinados principalmente a contribuir a la restauración o la mejora del estado de salud de individuos o grupos de población (Argentina, 2021).

4. La atención centrada en el paciente y la familia fomenta la colaboración activa y la toma de decisiones compartida entre pacientes, familias y proveedores para diseñar y administrar un plan de atención personalizado e integral (Díaz, 2022).

El problema que motiva la investigación

En esta investigación se analizaron los resultados del sanatorio Finochietto. La investigación planteó cuáles fueron los efectos de la aplicación del Programa de egresos oportunos en el sanatorio Finochietto, observado en septiembre 2022, con respecto a septiembre 2021, planteando como hipótesis que este programa contribuyó a optimizar la disponibilidad de camas.

Objetivos

Objetivo general

Evaluar los efectos de la aplicación del programa de egresos oportunos hospitalarios sobre los costos⁵ y tiempos en sanatorio Finochietto, comparando los meses de septiembre 2021 y septiembre 2022.

Objetivos específicos

- Describir la cantidad de altas por egresos tardíos, antes y después de la aplicación del programa, e identificar los factores que las afectan.
- Analizar la cantidad de cirugías programadas, antes y después de la aplicación del programa, y estimar los potenciales ingresos.
- Evaluar la cantidad de tiempo existente entre el alta médica y la disponibilidad de la cama libre limpia, antes y después de la aplicación del programa, y determinar si disminuyeron.

Metodología

La elección de la estrategia metodológica responde a las necesidades planteadas por los objetivos de investigación, donde se evaluaron los efectos de aplicar el Programa de Egresos Oportunos en Sanatorio Finochietto, a través de la comparación de dos períodos. Para el siguiente trabajo se utilizó un abordaje de carácter cuali-cuantitativo y descriptivo al analizar los resultados obtenidos de los registros. Fue un estudio de casos no experimental y longitudinal, caracterizándose por el estudio del fenómeno tal cual es, no pudiendo manipular deliberadamente las variables que están relacionadas con el fenómeno a estudiar.

A su vez, es de tipo antes y después ya que comparó los efectos de septiembre 2022 respecto a septiembre 2021. Por último, se trató de un estudio cuantitativo ya que tuvo un impacto económico.

Se introdujo en la población de análisis a todos los pacientes hospitalizados por causas clínicas y quirúrgicas ingresados en los meses de septiembre 2021 y septiembre 2022 en el Sanatorio Finochietto, ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, definiendo los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión

- Pacientes que requirieron internación mayor a 24hs
- Egresos agilizados por Hotelería
- Egresos previstos en el reporte Altas Tempranas del período 2021
- Egresos previstos en el reporte Altas del día siguiente del período 2022

Criterios de exclusión

- Pacientes de cirugías ambulatorias
- Pacientes de obstetricia o neonatología
- Egresos que no hayan sido agilizados por Hotelería
- Egresos que no hayan sido previstos en el reporte Altas Tempranas del período 2021
- Egresos que no hayan sido previstos en el reporte Altas del día siguiente del período 2022

Para la recolección de datos de esta investigación se utilizaron diferentes herramientas con el fin de conocer los factores que demoran los egresos en los tiempos definidos en el programa de egresos oportunos desarrollado en el Sanatorio Finochietto.

Los datos se obtuvieron desde:

- xHIS: es el sistema de información electrónico de gestión de historia clínica
- Registro en Excel de altas agilizadas por Hotelería
- Correos electrónicos enviados por Hotelería, con información sobre la disponibilidad de cama libre limpia
- Reportes de Altas del día siguiente recibidos a través de correo electrónico
- Reportes de Altas tempranas recibidos a través de correo electrónico
- Registros contables de ingresos de bloque quirúrgico

- Formularios estadísticos
- Fichas de observación

Para el procesamiento estadístico de la información de esta investigación, se realizó un análisis teniendo como base una planilla de cálculo Excel donde se relacionó el nombre del paciente, la cama hospitalaria, el horario de alta médica, el horario de alta física, el horario de habitación libre limpia y los motivos de demora que los atravesaron.

Para la estimación de ingresos por bloques quirúrgicos se utilizaron nomencladores y los registros de pacientes ingresados en xHIS. Con esa información se hicieron cálculos estadísticos para estimar los ingresos del sector Quirófano.

Para la estimación de horarios, se tabularon los datos en un base y mediante el método de la estadística descriptiva, se organizó y se clasificó la información mediante tablas de distribución de gráficos, frecuencias, medianas, diferencias.

Dimensiones, variables e indicadores

I. Altas Oportunas

El indicador principal es el Porcentaje de altas oportunas, el cual relaciona las altas físicas efectuadas antes de las 09:30am y las altas totales, información obtenida de los reportes de Altas tempranas y de Altas del día siguiente. Su resultado indica la proporción de las altas oportunas efectivas respecto del total de las altas informadas.

$$\text{Porcentaje de altas oportunas} = \frac{\text{Altas físicas efectuadas antes de las 09:30am en T}}{\text{Total de altas programadas en T}} \times 100$$

T: período de tiempo a analizar.
En esta investigación, es septiembre 2021 y septiembre 2022.

Otro indicador utilizado es la Responsabilidad compartida. Este indicador identifica y pondera los motivos por los cuales demoraron las altas físicas, comparando ambos períodos. La importancia de este indicador es la jerarquización de los motivos más significativos a fin de incentivar la participación de todos los actores involucrados.

$$\text{Responsabilidad compartida} = \frac{\text{Motivos de demora en las altas físicas en T}}{\text{Total de altas programadas en T}} \times 100$$

T: período de tiempo a analizar.
En esta investigación, es septiembre 2021 y septiembre 2022.

II. Ocupación del área quirúrgica

El indicador Tasa de ocupación del área quirúrgica compara el porcentaje de utilización del sector en septiembre 2021 y septiembre 2022. Para determinar ese porcentaje es necesario cuantificar las cirugías efectivamente realizadas en ambos períodos y la capacidad del área definida en base a la dotación, recursos y horarios disponibles de programación de cirugías. El objetivo es identificar si aumentó el porcentaje de utilización.

$$\text{Tasa de ocupación} = \frac{\% \text{ de utilización del área quirúrgica en T2}}{\% \text{ de utilización del área quirúrgica en T1}} \times 100$$

T: período de tiempo a analizar.
En esta investigación, es septiembre 2021 y septiembre 2022.

Otro indicador utilizado es la Razón de Utilidad⁵. Este indicador calcula la utilidad de un período determinado en base a la relación entre los ingresos y los costos del área quirúrgica. El objetivo es inferir si, a partir de la mayor ocupación, se obtuvo mayor utilidad respecto al período anterior.

$$\text{Razón de Utilidad} = \frac{\text{Resultado final del área quirúrgica en T2}}{\text{Resultado final del área quirúrgica en T1}}$$

T: período de tiempo a analizar.
En esta investigación, es septiembre 2021 y septiembre 2022.

III. Disponibilidad de camas

El indicador Habitación disponible mide el tiempo transcurrido entre el horario programado de alta médica y el horario en que la habitación se encontró libre y limpia, disponible para el próximo paciente. El objetivo era identificar el tiempo en que una habitación volvía a estar disponible para un próximo paciente.

5. Se llama utilidad a la diferencia obtenida entre los ingresos generados y los costos en que incurrió una empresa.

$$\text{Tasa de habitación disponible} = \frac{\text{Diferencia horaria entre la disponibilidad de la cama libre limpia y el horario de alta médica en T2}}{\text{Diferencia horaria entre la disponibilidad de la cama libre limpia y el horario de alta médica en T1}} \times 100$$

T: período de tiempo a analizar.
En esta investigación, es septiembre 2021 y septiembre 2022.

Resultados

Desarrollo del programa

Este programa está basado en la planificación del alta del paciente desde el día anterior a su salida, de manera tal de que todos los actores estén informados de la futura disponibilidad de la cama; involucrando no solo al personal asistencial y no asistencial, sino también al paciente y su familia.

Para la elaboración del programa, se utilizó el ciclo PHVA, de Deming (Martínez & Cabrera, 2020):

1) Planificar

En primera instancia, se identificaron y analizaron los procesos que intervienen en la satisfacción de las necesidades de cada uno de los clientes y la forma natural de organización del trabajo. A su vez, se conversó con los responsables de cada sector involucrado para explicar de qué se trata este enfoque y cómo se conforma el proceso.

En segunda instancia, se establecieron horarios límites para definir indicadores de resultados:

I. Para aquellos pacientes catalogados como quirúrgicos con alta temprana (cirugías de corta estadía):

- Horario de alta médica: 7am
- Horario de alta física: 8am
- Horario de habitación libre y limpia: 08.30am

II. Para aquellos pacientes catalogados como altas generales (que incluyen: clínica médica, quirúrgicos que requieren evaluación, pediátricos, cardiológicos, de unidad de terapia intermedia):

- Horario de alta médica: 09am
- Horario de alta física: 09.30am
- Horario de habitación libre y limpia: 10.30am

III. Para aquellos pacientes catalogados como obstetricias y neonatología:

- Horario de alta médica: 09.30am
- Horario de alta física: 10.30am
- Horario de habitación libre y limpia: 11am

En tercera instancia, y ante el conflicto de intereses en la relación de agencia (institución vs cirujanos), la dirección dispuso un responsable médico, con el título de Asesor en Actividades quirúrgicas y Académicas. Este profesional tuvo como tarea principal conversar con cada uno de los cirujanos y persuadirlos de que evalúe a su paciente (él o miembros de su equipo) el día anterior al egreso y deje firmada la epicrisis.

En cuarta instancia, se definió el enfoque basado en la Previsibilidad del alta. Es decir, gestionar todas las actividades necesarias para que el paciente esté informado desde el día anterior y cuente con toda la documentación necesaria.

Para definir este enfoque, la dirección médica convocó semanalmente, a través de una reunión interdisciplinaria, a todos los jefes de los actores involucrados a fin de definir la metodología y la trazabilidad de las tareas. Para ello, estableció las siguientes pautas:

- I. El asesor en Actividades quirúrgicas y Académicas debía recordar a los cirujanos que evalúen al paciente el día anterior al egreso previsto dejando firmada la epicrisis.
- II. El jefe de cirugía debía comunicarse con los cirujanos para solicitarles que evalúen al paciente, dejen escritas las recomendaciones de cuidados y definan si era necesario que ellos mismos evalúen al paciente o si lo podían hacer los médicos clínicos.
- III. El médico era el responsable de informarle al paciente que al otro día probablemente tendría el alta clínica y podría irse a casa.
- IV. Cada jefe médico debía enviar a Gestión de pacientes un listado con las altas previstas de la mañana siguiente.
- V. Gestión de pacientes, con la información recibida, debía emitir un listado integral de los pacientes con alta probable para el día siguiente (denomina-

do listado ADS) y compartirlo con todos los actores involucrados y definidos en el mapa de actores.

- VI.** El día previo al egreso, la colaboradora de Hotelería debía visitar al paciente solicitándole que organice con anticipación su egreso explicándole que necesitaría contar con algún acompañante para el momento del egreso, tener un medio de transporte y contar con sus pertenencias listas para el horario de egreso acordado. Toda esta información estaba respaldada por el folleto “Camino a casa” que la colaboradora de Hotelería debía entregarle al paciente de manera tal de guiarlo a él y a su familiar para un egreso seguro y rápido.
- VII.** Llegado el día probable para el alta física, debía realizarse una ronda de visita médica clínica a los pacientes de alta probable para evaluarlos y, en caso de que estén estables, firmar la epicrisis y/o entregársela al paciente. La ronda médica debía realizarse antes del horario estipulado como alta física. Si el paciente se encontrara clínicamente apto para egresar, el médico debía comunicarlo al resto de los sectores.
- VIII.** Antes de las 10am, con la autorización médica, la colaboradora de Hotelería debía pasar a buscar al paciente en el horario acordado con él el día previo. En caso de contar con toda la documentación, y que no requiera ambulancia, invitaba al paciente a retirarse, acompañándolo a PB, avisando a los departamentos de Gestión de pacientes, Limpieza y Enfermería.
- En el caso que el familiar ya tuviera disponible un automóvil para retirar al paciente, la colaboradora de Hotelería era la responsable de acompañarlos a la salida.
 - En el caso que el familiar no tuviera disponible un automóvil para retirar al paciente, la colaboradora de Hotelería era la responsable de acompañar al paciente hasta una sala de espera para que aguarde un vehículo.
 - En el caso que el paciente no contara con movilidad propia, la colaboradora de Hotelería debía acompañarlo hasta la sala de espera para

que espere allí un taxi que debía ser solicitado por la recepcionista del sector.

- IX.** En caso de que la colaboradora de Hotelería detectara, al momento de visitar al paciente, que no estaba listo para retirarse debido a que le falta la epicrisis, aún posee la vía, se siente mal, espera medicación o cualquier otro motivo que requiera de profesional asistencial, debía comunicarse con el servicio a fin de que el profesional se acerque a la habitación y pueda evaluar al paciente.
- X.** Cuando se hubiera producido el egreso real del paciente, la colaboradora de Limpieza debía ingresar de inmediato a la habitación y la colaboradora de Hotelería debía ocuparse de solicitar arreglos en la habitación en caso de ser necesario. Cuando estuviese limpia, debía avisar de inmediato a Gestión de pacientes para que un próximo paciente pueda ocuparla.

2) Hacer

Durante el mes de septiembre 2022, los sectores operativos y asistenciales implementaron las acciones planeadas por la dirección médica.

Los jefes de cada sector comunican en forma de cascada a sus equipos las decisiones tomadas en las reuniones de Programación de Egresos Oportunos, explicándoles la importancia de su tarea y cómo impactaron en el trabajo de los demás actores del Sanatorio.

Los jefes de cada sector, de forma diaria, realizaron las Scrum Meeting con sus equipos. Estas reuniones ordenaban las tareas del día y el líder podía establecer prioridades. También era un espacio para que los miembros del equipo puedan resolver dudas sobre los pacientes, sus compañeros y los procedimientos. A su vez, era una fuente de información para el líder donde podía identificar oportunidades de mejora a través de las experiencias del personal que está en campo (Yip, 2016).

3) Verificar

La dirección médica verificó los efectos de las acciones llevadas a cabo a través de indicadores, los cuales permitieron conocer si se alcanzaron los objetivos planeados.

4) Actuar

Luego de analizar los resultados, todos los actores involucrados identificaron cuáles fueron las oportunidades de mejora para prever contingentes problemas y mejorar el servicio.

Cálculo de los efectos de la aplicación del Programa para Egresos Oportunos del Sanatorio Finochietto, comparando los meses de septiembre 2021 y septiembre 2022

1.1.1. Porcentaje de Altas Oportunas

Para el cálculo del indicador “Porcentaje de altas oportunas”, cuyo resultado indica la proporción de las altas oportunas efectivas respecto del total de las altas informadas, se procedió a cuantificar, por un lado, para el período septiembre 2021 y por otro lado para el período septiembre 2022, los egresos efectivamente realizados antes de las 09:30am, la cantidad de egresos realizados posterior a las 09:30am y la cantidad total de egresos programados desde el día anterior.

Una vez obtenidos estos valores, se dividió la cantidad de egresos efectivamente realizados antes de las 09:30am por la cantidad total de egresos programados desde el día anterior. A ese valor obtenido, se lo multiplicó por 100 para obtener el porcentaje.

Luego, se dividió la cantidad de egresos no efectuados antes de las 09:30am por la cantidad total de egresos programados desde el día anterior. A ese valor obtenido, se lo multiplicó por 100 para obtener el porcentaje.

Una vez obtenido el valor proporcional de ambos períodos, se comparó la variación entre ellos. El resultado, que puede observarse en el gráfico 1, que arrojó fue un aumento del 20% entre las altas oportunas del año 2022 respecto del año 2021.

1.1.2. Responsabilidad compartida

Para este indicador, cuya importancia es identificar y ponderar los motivos por los cuales demoraron las

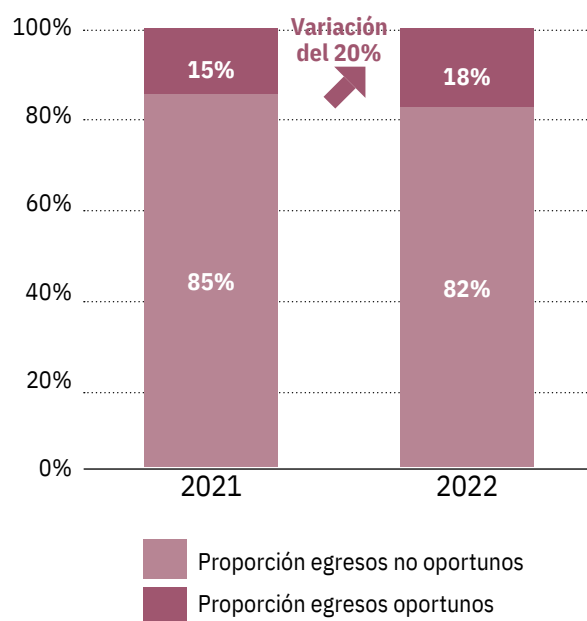
altas físicas comparando ambos períodos, se procedió a cuantificar, por un lado, para el período septiembre 2021 y por otro lado para el período septiembre 2022, los motivos que hicieron demorar el egreso programado del paciente. Este dato se obtuvo de la visita que realizó la hotelera de Agilización de altas al momento de visitar al paciente y consultarle si ya estaba listo para retirarse (esta información era comprobada con los enfermeros o médicos para asegurarse que el paciente estaba en lo correcto con lo que había indicado).

Cada uno de los motivos que retrasaban el egreso, le fue asignado una cifra “X” que lo convertía en un valor. Al realizar la sumatoria de las “X”, se identificó el total de las demoras según el sector responsable, ver gráficos 2 y 3:

a) Epicrisis⁶: los pacientes no contaban con la copia de su historia clínica que su médico responsable debía entregar.

6. Epicrisis: se refiere a un resumen de la historia clínica del paciente (Decreto 1089/2012, 2012).

Gráfico 1. Porcentaje de altas oportunas

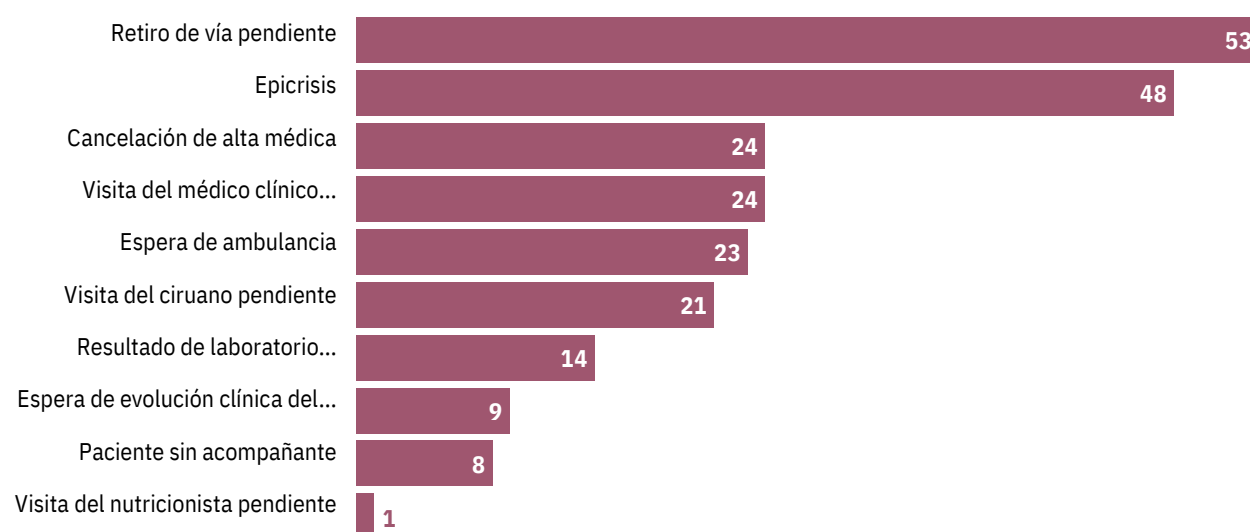


Fuente: elaboración propia según lo registrado en las planillas de Registro hotelero de altas. Representatividad de egresos oportunos sobre los egresos totales, comparando períodos septiembre 2022 y septiembre 2021.

- b)** Falta de alta médica de bebé: las gestantes contaban con el alta médica y con la epicrisis, pero su bebé no contaba con el alta médica neonatal o con la documentación de egreso (carné de vacunas, documentación en general), la cual era entregada por Enfermería.
- c)** Retiro de vía pendiente: el paciente ya contaba con el alta médica, pero requería el retiro de la vía venosa por parte de Enfermería.

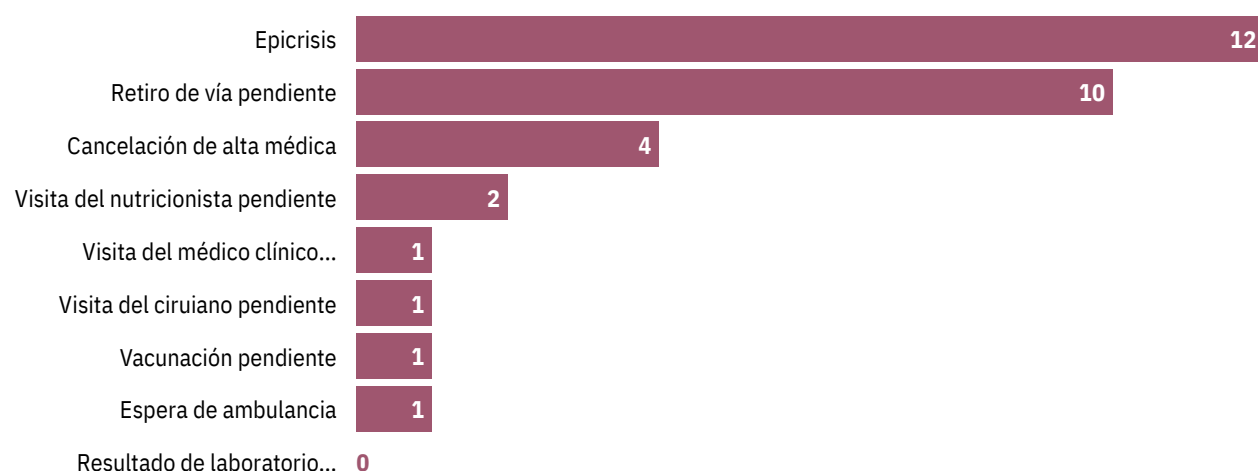
- d)** Cancelación de alta médica: el alta médica del paciente fue cancelada por la reevaluación del médico a cargo del paciente.
- e)** Visita del nutricionista pendiente: el paciente requería indicaciones de la nutricionista y aún no había pasado a verlo.
- f)** Visita del médico clínico pendiente: el paciente requería indicaciones del médico clínico y aún no había pasado a verlo.

Gráfico 1. Demora en los egresos, septiembre 2022



Fuente: elaboración propia según lo registrado en las planillas de Registro hotelero de altas. Cantidad de motivos que originaron una demora, luego de tener confirmada el alta médica, en el egreso de los pacientes, para el período septiembre 2022.x

Gráfico 2. Demora en los egresos, septiembre 2021



Fuente: elaboración propia según lo registrado en las planillas de Registro hotelero de altas. Cantidad de motivos que originaron una demora, luego de tener confirmada el alta médica, en el egreso de los pacientes, para el período septiembre 2021.

- g) Visita del cirujano pendiente: el paciente requería indicaciones del cirujano y aún no había pasado a verlo. Es importante aclarar que, la mayoría de los cirujanos que prestan servicio en el sanatorio no forman parte del plantel de la institución por lo cual, si el paciente requiere verlo, debe esperar a que el cirujano concurra a la institución. Los cirujanos no están obligados a presentarse en un horario específico para la evaluación de los posts operatorios.
- h) Vacunación pendiente: pacientes a la espera de que personal de vacunatorio se acerque a la habitación a aplicarle la vacuna indicada por su médico.
- i) Espera de ambulancia: el servicio de ambulancias es tercerizado y tiene una demora entre 1hs y 4hs. Para poder egresar, el paciente debe esperar a que llegue la ambulancia.
- j) Resultado de laboratorio pendiente: el paciente aguarda los resultados de laboratorio pedidos por su médico o cirujano.
- k) Espera de evolución clínica del paciente: en esta clasificación se toman motivos como que el paciente deba esperar a ver cómo tolera la medicación, o si puede caminar sin mareos, si el paciente se encuen-

tra estable para retirarse.

- l) Paciente sin acompañante: el paciente que no necesita ambulancia para retirarse y que está solo por no contar con familiares o acompañantes que lo puedan ayudar en el egreso.

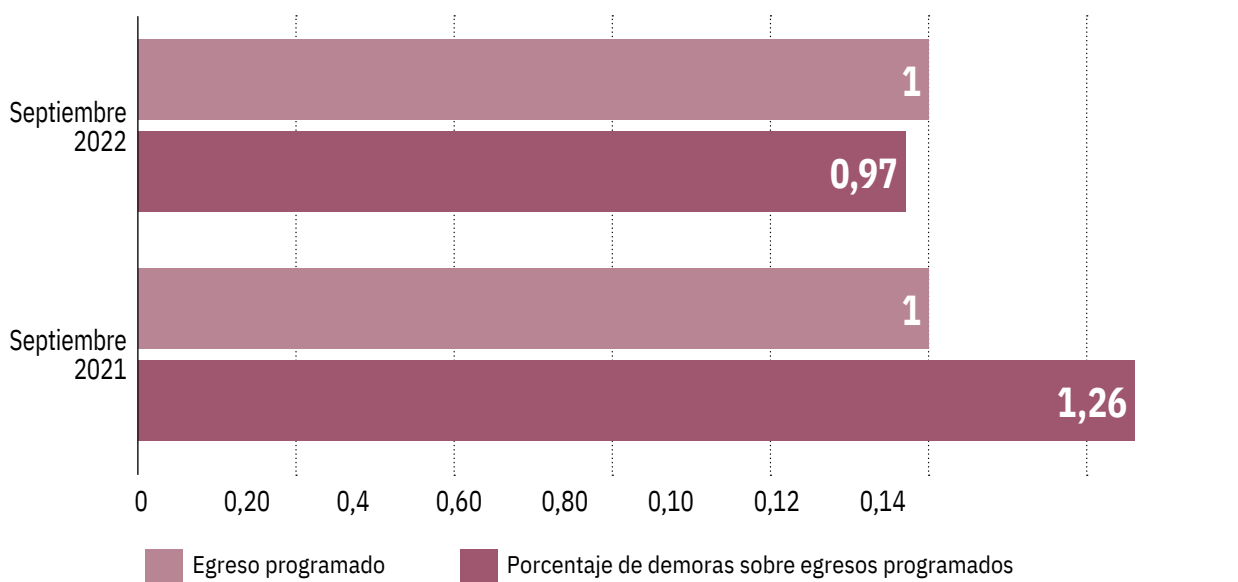
Luego de obtener ese valor para cada uno de los períodos analizados, se los dividió por la cantidad de altas programadas del día anterior para analizar la representatividad de las altas que habían sido programadas. Se observó que en el año 2022 las altas programadas tuvieron una disminución del 29% en los retrasos del alta física respecto al período anterior ver gráfico 4.

1.1.3. Tasa de Ocupación del área quirúrgica

Para analizar la tasa de Ocupación del área quirúrgica, cuyo objetivo fue identificar si aumentó el porcentaje de utilización, se cuantificó las cirugías efectivamente realizadas en ambos períodos y la capacidad del área definida en base a la dotación, recursos y horarios disponibles de programación de cirugías.

Se observó que, en el período 2022, aumentó un 11% el porcentaje de ocupación quirúrgica. Es decir, hubo

Gráfico 4. Responsabilidad compartida



Fuente: elaboración propia según lo registrado en las planillas de Registro hotelero de altas. Comparación de motivos totales que demoraron los egresos de los pacientes luego de obtener el alta médica, entre los períodos septiembre 2022 y septiembre 2021.

menor subutilización de los quirófanos como se puede observar en el gráfico 5.

1.1.4. Razón de Utilidad

Para analizar la razón de Utilidad⁷, se calculó la utilidad de cada período, relacionando los ingresos y los costos del área quirúrgica, y se compararon los resultados entre cada período. El objetivo fue inferir si, a partir de la mayor ocupación, se obtuvo mayor utilidad respecto al período anterior.

Para obtener el resultado final de cada período, se identificaron los ingresos netos restándoles los costos variables, la contribución marginal y los costos fijos directos.

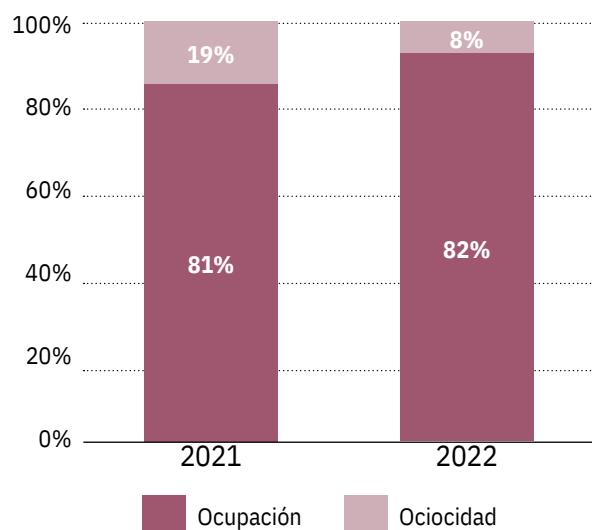
Se observó un aumento del 3,7% entre el período 2022 respecto al período 2021, ver gráfico 6.

1.1.5. Habitación Disponible

Para calcular el indicador Habitación Disponible, se midió el tiempo transcurrido entre el horario progra-

7. Se llama utilidad a la diferencia obtenida entre los ingresos generados y los costos en que incurrió una empresa.

Gráfico 5. Tasa de ocupación del área quirúrgica



Fuente: elaboración propia en base a los resultados analizados por el área de Planeamiento y Control de Gestión. Tasa de ocupación del área quirúrgica que compara el tiempo en que los quirófanos estuvieron ocupados por sobre la capacidad total de los quirófanos, para los periodos septiembre 2021 y septiembre 2022.

mado de alta médica y el horario en que la habitación se encontró libre y limpia, disponible para el próximo paciente. El objetivo era identificar el tiempo en que una habitación volvía a estar disponible para un próximo paciente.

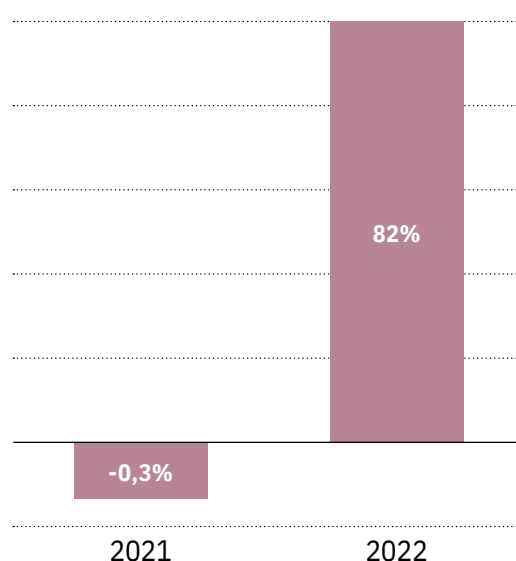
Se observó que el período 2022 presentó un leve aumento en la disponibilidad de la habitación, ver tabla 1.

Conclusiones

Distintos estudios demuestran los beneficios para el paciente y su familia en la aplicación de estos programas, ya que se ha experimentado una disminución en la estadía, obtienen más información al respecto del alta prevista lo cual le transmite confianza y tranquilidad (Ramming, 2007), pueden programar el medio de transporte para retirarse y quién será su acompañante al conocer el horario previsto de alta.

La presente tesis demuestra que la implementación de un Programa de Egresos Oportunos tuvo un efecto positivo en los resultados observados de los indicadores Altas Oportunas, Responsabilidad Compartida, Tasa de Ocupación del Área Quirúrgica y Razón de

Gráfico 6. Resultado final del área quirúrgica



Fuente: elaboración propia en base a los resultados analizados por el área de Planeamiento y Control de Gestión. Comparación del resultado económico final para los periodos septiembre 2021 y septiembre 2022.

Utilidad. No se observaron resultados significativos en el indicador Habitación Disponible.

Luego de haber implementado este programa, los egresos realizados antes de las 09:30am aumentaron en un 20% respecto al período anterior, siendo un resultado satisfactorio. Sin embargo, el total de los egresos oportunos no logró ser significativo o representativo en la cantidad total de altas diarias.

Respecto a los motivos que provocaron una demora en el egreso de los pacientes, se observó una reducción

Tabla 1. Tiempo de habitación disponible

Rango horas	2021	2022
Percentil 75 (hs)	01:27	01:39
Mediana (hs)	01:06	01:06
Percentil 25 (hs)	00:22	00:29

Fuente: elaboración propia en base a los registros hoteleros de altas. Cantidad de horas en que demoraron los egresos de los pacientes, para los períodos septiembre 2021 y septiembre 2022.

Gráfico 7.
Tiempo transcurrido entre alta médica y habitación libre limpia período septiembre 2021

Fuente: elaboración propia según lo registrado en las planillas de Registro hotelero de altas. Distribución de tiempo de demoras de los egresos, correspondiente a septiembre 2021.

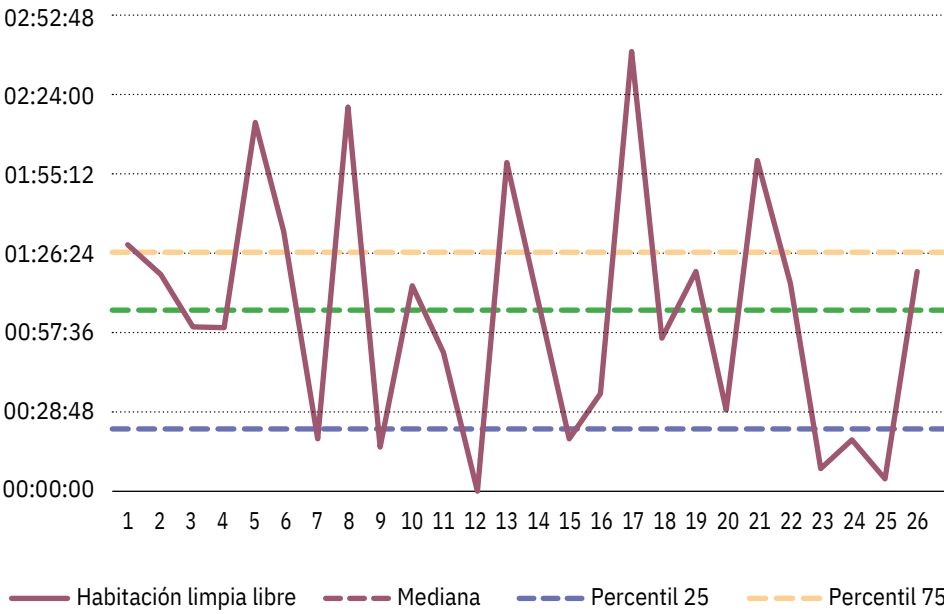
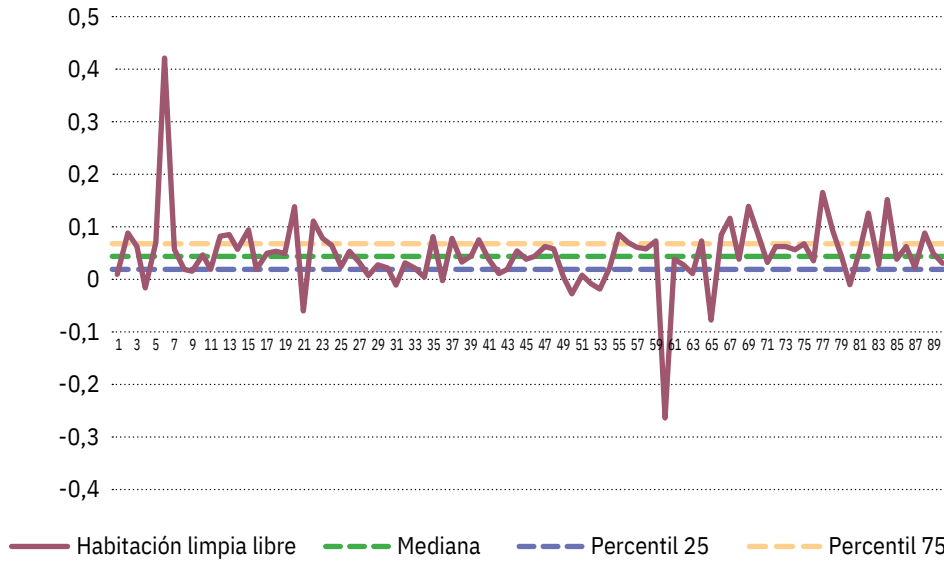


Gráfico 8.
Tiempo transcurrido entre alta médica y habitación libre limpia período septiembre 2022

Fuente: elaboración propia según lo registrado en las planillas de Registro hotelero de altas. Distribución de tiempo de demoras de los egresos, correspondiente a septiembre 2021.



del 15% entre el período 2022 y 2021. No obstante, al analizar los principales motivos de demora, la entrega de epicrisis provista por los médicos y el retiro de vía realizado por Enfermería se mantuvieron dentro de los 2 motivos principales.

En lo que se refiere a la Ocupación del área Quirúrgica, se logró mejorar en un 11% la ocupación del sector comparando 2022 y 2021. De cualquier modo, es necesario aclarar que el aumento de la ocupación del área podría deberse a otros motivos (comerciales, aumento de demanda, etc.) y no ser exclusivo al aumento de disponibilidad de camas.

Por otro lado, se logró un mejoramiento en la Utilidad del área quirúrgica de un 3,7% de crecimiento en el período 2022 respecto al período 2021.

Adicionalmente, no se hallaron diferencias significativas en los tiempos entre que el médico indicaba el alta y el tiempo en que el paciente egresaba de las habitaciones, comparando ambos períodos. Sí se observó que aumentó la cantidad de altas egresadas antes del horario establecido como egreso oportuno.

Por último, también es importante mencionar que, en las reuniones semanales interdisciplinarias de líderes, ellos manifestaban no tener confianza en los datos presentados debido a que los mismos se obtenían manualmente de las planillas realizadas por Hotelería, que no se cruzaban con los datos de las historias clínicas electrónicas de los pacientes y que podían presentar sesgos al momento de digitalizar los resultados.

Discusión

Trabajar en un Programa de Altas Oportunas, respaldado por la dirección de la institución y establecido como un procedimiento estratégico de la organización, logra que todos los actores involucrados puedan revisar la efectividad de los procesos de cada área. Sin embargo, es necesario que los actores identifiquen las oportunidades de mejora, trabajen para aumentar los resultados de sus indicadores y estén presentes en todas las reuniones semanales.

También es importante mencionar la dificultad de cambiar la cultura de los empleados de la organización,

principalmente aquellos que pertenecen al área médica. Se han encontrado dificultades al momento de hablar con los médicos responsables de demorar las entregas de epicrisis. Se mostraron desconfiados en el resultado de los indicadores, con lo cual requirió que su líder analice casos específicos de algunos pacientes para demostrar la confiabilidad de los resultados totales.

Así mismo, es de gran dificultad medir cómo influyó la aplicación de este programa en el aumento de la ocupación del área quirúrgica.

Otro punto importante a destacar es que, en otras instituciones, el responsable de visitar a los pacientes luego del alta médica es un miembro del equipo de Enfermería, en el rol de secretario de piso. En este programa, se decidió que sea un miembro del equipo de Hotelería, el cual no contaba con conocimientos asistenciales cuando los pacientes tenían dudas respecto a su egreso sanatorial.

Por otro lado, se identificó que, si bien los líderes estaban comprometidos e informados con los resultados del programa, los actores de campo que intervenían en el proceso no lograban estar comunicados en tiempo real entre ellos. Por ejemplo, se observó que tanto Enfermería como Hotelería no se enteraban en tiempo real cuando un médico daba de alta al paciente o cuando lo visitaba para darle las indicaciones finales de egreso al paciente.

Por último, gracias a haber implementado este programa, el Sanatorio Finochietto decidió incorporar una herramienta tecnológica que registra de forma digital todos los pasos que intervienen en el egreso del paciente, es decir, se registra desde la probabilidad del alta hasta el momento en que se ocupa de nuevo la habitación. Implementar este software de gestión de altas permite registrar de manera digital, y en tiempo real, todos los procesos que involucran el egreso del paciente, teniendo en cuenta: momento de pre-alta de paciente, alta médica, alta administrativa, alta de enfermería, traslados por camilleros, alta física, limpieza de habitación, bloqueo por mantenimiento, habitación limpia disponible, nueva ocupación de la habitación. ■

Bibliografía

- Argentina, M. d. (2021). *Gasto de los hogares en salud*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Obtenido de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/1_engho1_gasto_de_los_hogares_en_salud_primera_parte_kc-mx.pdf
- Balaban, J. (2007). 'Express discharge' alerts team to pending discharge. *Hospital Case Management*, 15(7), 104–106. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4419567/>
- CBS, N. (4 de octubre de 2013). CBC. Obtenido de <https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/hospital-discharge-taxi-rides-not-unusual-1.1913599>
- Díaz, D. (9 de abril de 2022). *saludbydiaz*. Obtenido de <https://saludbydiaz.com/2022/04/09/que-es-la-atencion-centrada-en-el-paciente/#:~:text=La%20atenci%C3%B3n%20centrada%20en%20el%20paciente%20y%20la%20familia%20fomenta,de%20atenci%C3%B3n%20personalizado%20e%20integral>
- Fernández, A. (Mayo de 2015). Economía de la empresa. *Unidad 5. Economía de los Contratos en Salud*, 3. Isalud.
- Fernández, A. (Mayo de 2015). Economía de la empresa. *Unidad 5. Economía de los Contratos en Salud*, 4-5. Isalud.
- Fernández, A. (Abril de 2015). Economía de la empresa. *Clase 3. Teoría de la agencia*. Isalud.
- Haraden, C., & Resar, R. (2004). Patient flow in hospitals: understanding and controlling it better. *Frontiers of health services management*, 3-15. Obtenido de https://journals.lww.com/frontiersonline/Abstract/2004/04000/Patient_Flow_in_Hospitals_Understanding_and.2.aspx
- Hendy, P., Patel, J., Kordbacheh, T., Laskar, N., & Harbord, M. (12 de Agosto de 2012). In-depth analysis of delays to patient discharge: a metropolitan teaching hospital experience. *Clinical Medicine*, 320-323. doi:10.7861/clinmedicine.12-4-320
- Jweinat, J., Damore, P., Morris, V., D'Aquila, R., Tocino, S., & Balczak, T. (octubre de 2013). The safe patient flow initiative: a collaborative quality improvement journey at Yale-New Haven Hospital. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 39, 447-459. Obtenido de [https://www.jointcommissionjournal.com/article/S1553-7250\(13\)39058-8/fulltext](https://www.jointcommissionjournal.com/article/S1553-7250(13)39058-8/fulltext)
- Libia Ivonne Acuña López, Edgar Mariano Acuña Osorio, Samanta Betsabe Castaño Herrera, Jorge Luis Herrera Ariza, & Luis Carlos Valdés Rubiano. (2016). *Repositorio Digital Institucional Fundación Universitaria Ciencias de la Salud*. Obtenido de <https://repositorio.fucsalud.edu.co/bitstream/handle/001/342/REDI-FDA-2016-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Martínez, A., & Cabrera, M. (2020). *Marketing y Calidad en la Gestión*. Isalud.
- Mendoza Giraldo, D., Navarro, A., Sánchez-Quijano, A., Villegas, A., & Lissen, E. (2012). Retraso del alta hospitalaria por motivos no médicos. *Revista Clínica Española*, 5, 229-234.
- Ortega, B., Salazar, A., Jovell, A., Escarrabill, J., Marca, G., & Corbella, X. (28 de Junio de 2012). *BMC health services research*. Recuperado el 03 de julio de 2022, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3407754/>
- Pandit, M. S. (2009). Medical negligence: Coverage of the profession, duties, ethics, case law, and enlightened defense - A legal perspective. *ndian journal of urology : IJU : journal of the Urological Society of India*, 372–378. doi:<https://doi.org/10.4103/0970-1591.56206>
- Powell, E., Khare, R., Venkatesh, A., Van Roo, B., Adams, J., & Reinhardt, G. (2012). The relationship between inpatient discharge timing and emergency department boarding. *The Journal of emergency medicine*(42), 186-196. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2010.06.028>
- Ramming, P. (1 de Octubre de 2007). *Critical Path Network: Poster alerts patients to their discharge responsibilities*. Obtenido de Relias Media: <https://www.reliasmedia.com/articles/106857-critical-path-network-poster-alerts-patients-to-their-discharge-responsibilities>
- Sehgal, N., Green, A., Vidyarthi, A., Blegen, M., & Wachter, R. (2010). Patient whiteboards as a communication tool in the hospital setting: a survey of practices and recommendations. *Journal of hospital medicine*, 234–239. Obtenido de <https://doi.org/10.1002/jhm.638>
- Wertheimer, B., Jacobs, R., Bailey, M., Holstein, S., Chatfield, S., Otha, B., . . . Hochman, K. (20 de enero de 2014). Discharge before noon: An achievable hospital goal. *Journal of Hospital Medicine*, 210-214. Obtenido de <https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/pdfs/journals/jhm2154.pdf>
- Yip, J. (16 de febrero de 2016). *martinfowler.com*. Obtenido de <https://martinfowler.com/articles/itsNotJustStandingUp.html>

La versión completa de este trabajo está disponible en la Biblioteca de la Universidad o haciendo click el siguiente link:
<http://repositorio.isalud.edu.ar/xmlui/handle/123456789/2298>