

Unidades de Corta Estancia: estrategia para mejorar la gestión, optimizar recursos y disminuir costos en los Servicios de Salud



Unidades de Corta Estancia: estrategia para mejorar la gestión, optimizar recursos y disminuir costos en los Servicios de Salud

Investigador
Stephen Guinee Mendoza¹

ORCID: 0000-0001-7555-3943

Resumen

El presente estudio consiste en la propuesta de implementación de una Unidad de Corta Estancia Quirúrgica en el Hospital Dr. Rafal Ángel Calderón Guardia, hospital que pertenece a la Caja Costarricense de Seguro Social, ubicado en San José, Costa Rica.

Las Unidades de Corta Estancia son unidades médicas que, mediante la estandarización de procesos y criterios de inclusión y exclusión bien definidos, permiten optimizar la utilización de los recursos y disminuir costos, brindando una atención más oportuna, eficiente y eficaz.

Mediante el modelo propuesto, se estima disminuir la estancia promedio en un 39.1%, pasando de 7.66 a 3 días. El giro de cama se aumenta en un 93.2%, pasando de 4.14 a 8. La estancia preoperatoria se logra eliminar, cuando antes se tenía un promedio de 3.03 días. La estancia post operatoria se disminuye en un 55.3%, pasando de 5.42 a 3 días. Estos cambios

representan en promedio, una disminución de 04 días en estancia hospitalaria para cada paciente.

Palabras claves:

SERVICIOS DE SALUD, ADMINISTRACIÓN, UNIDADES DE CORTA ESTANCIA

Abstract

This study consists of the proposed implementation of a Short Stay Surgical Unit at the Dr. Rafal Ángel Calderón Guardia Hospital, a hospital that belongs to the Costa Rican Social Security Fund, located in San José, Costa Rica.

Short Stay Surgical Units are medical units that, through the standardization of well-defined inclusion and exclusion processes and criteria, allow optimizing the use of resources and reducing costs, providing more timely, efficient and effective care.

Using the proposed model, it is estimated to reduce the average stay by 39.1%, going from 7.66 to 3 days. Bed turning is

¹Investigador. Magister Scientiae en Gerencia de la Salud. Médico Asistente Especialista en Medicina de Emergencias. Médico Asistente Especialista en Administración de Servicios de Salud. Asistente Dirección General, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. Correo electrónico: guinee24@yahoo.com

Guinee, S. (2022). Unidades de Corta Estancia: estrategia para mejorar la gestión, optimizar recursos y disminuir costos en los Servicios de Salud. *Revista Centroamericana de Administración Pública*, (82), 46-63. 10.35485/rcap82_2

increased by 93.2%, going from 4.14 to 8. The preoperative stay is eliminated, when before it had an average of 3.03 days. The postoperative stay is reduced by 55.3%, going from 5.42 to 3 days. These changes represent, on average, a 04-day decrease in hospital stay for each patient.

Keywords:

HEALTH SERVICES, ADMINISTRATION, SORT-STAY UNITS

Recibido: 14 de enero de 2022

Aceptado: 04 de abril de 2022

DOI: 10.35485/rcap82_2

Introducción:

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo, mediante un estudio retrospectivo, de tipo descriptivo y cuantitativo, plantear la propuesta de implementación de una Unidad de Corta Estancia Quirúrgica (UCEQ) en el Hospital Dr. Rafael Ángel Caderón Guardia, el cual pertenece a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), ubicado en San José, Costa Rica, teniendo como fin, brindar una estrategia para impactar de forma positiva la gestión de la lista de espera quirúrgica de ese hospital. Lo anterior, mediante la mejoría de ciertos indicadores como el tiempo de estancia promedio, el tiempo de estancia preoperatoria, el tiempo de estancia postoperatoria y el giro cama.

Mediante la estandarización de procesos, unificación de criterios y mecanismos de control interno adecuados, según el modelo propuesto, se estima disminuir la

estancia promedio en un 39.1%, pasando de 7.66 a 3 días, el giro de cama se incrementaría en un 93.2%, pasando de 4.14 a 8, la estancia preoperatoria se lograría eliminar, cuando antes se tenía un promedio de 3.03 días y la estancia post operatoria se disminuiría en un 55.3%, pasando de 5.42 a 3 días. Estos cambios representan en promedio, una disminución de 04 días en estancia hospitalaria para cada paciente.

Las Unidades de Corta Estancia (UCE) consisten en unidades médicas, diseñadas para hospitalizar pacientes por un periodo corto de tiempo. Fueron introducidas por primera vez en los años de 1970, los modelos iniciales, fueron diseñados para satisfacer las necesidades de pacientes pediátricos y quirúrgicos, posteriormente se utilizó para pacientes en emergencias y pacientes críticamente enfermos. Damiani, G. et al (2011).

Dichas unidades son una excelente alternativa a los salones de internamiento convencional, tienen como objetivo brindar un espacio para pacientes que requieren ser hospitalizados por un periodo corto de tiempo, que sea menor o igual a cinco días, hasta que se resuelva su condición clínica. Para esto, se requiere realizar una adecuada selección de los pacientes que serán admitidos a estas unidades, basados en criterios de inclusión y exclusión bien definidos, que van a depender según el objetivo por el cual se creó la unidad. Los pacientes seleccionados para ingresar a estas unidades, deben de tener un

diagnóstico definido y un plan de manejo debidamente estructurado. No son candidatos para ser ingresados a estas unidades, pacientes que requieren ser hospitalizados para completar estudios diagnósticos o pacientes a los cuales no se les tiene un plan definido de manejo. Damiani, G. et al (2011).

El fin de la creación de estas unidades, es brindar una opción de internamiento a los pacientes para que sean atendidos de una forma eficiente y eficaz, reduciendo los riesgos implícitos de la hospitalización prolongada, como lo son las infecciones asociadas a la hospitalización. Además, se trata de incrementar el grado de satisfacción de los pacientes, ya que requieren menor tiempo de hospitalización, realizando un uso eficiente de las camas del hospital, logrando optimizar los recursos materiales. Gómez, C. Guillamont, J. Salazar, A. et al (2005).

A pesar de que en sus inicios las UCE, se crearon para atender la demanda de pacientes pediátricos y quirúrgicos, posteriormente se incursionó en otros servicios con excelentes resultados, por ejemplo: Emergencias, salones de hospitalización de los Servicios de Medicina y en pacientes críticamente enfermos, en todos los casos bajo la supervisión de personal médico especializado. Damiani, G. et al (2011).

Según Pastor (2013) las UCE son una muy buena alternativa al proceso de internamiento convencional,

principalmente si los pacientes tienen un plan y un manejo establecido, ya que esto permite realizar un uso más eficiente de los recursos. En el caso de las Unidades de Corta Estancia Quirúrgica (UCEQ), se utiliza para pacientes que tienen procedimientos quirúrgicos programados, representando un ahorro y un manejo eficiente de las camas.

Igualmente, Alonso y Escudero (2010) coinciden con que el uso correcto de estas unidades, basados en una adecuada selección de los pacientes, asegura un significativo ahorro de estancias en las unidades de hospitalización convencional, una reducción de la estancia media de los servicios médicos y quirúrgicos hospitalarios, una menor presión de los servicios de urgencias, los cuales usualmente presentan una cantidad de pacientes que sobrepasan su capacidad instalada, permitiendo aumentar la disponibilidad de camas para los pacientes que requieren ser admitidos al centro médico.

A su vez, Muiño, A. (2002) menciona que las UCE nacen con la hipótesis que la eficiencia y calidad en la atención a un paciente, no requieren de una estancia hospitalaria prolongada, pudiendo mejorar el proceso si se ingresan a una unidad diferenciada, con personal en salud que este familiarizado con el manejo de los pacientes que cumplan con el objetivo por el cual se crea la unidad. Además, menciona que esto cobra vital importancia ya que de entre un 29-45% de los pacientes, tienen estancias

hospitalarias inadecuadas, hecho que viene a incidir en forma directa en el aumento de los costos.

Por otro lado, la implementación de una UCE, no significa un aumento en la mortalidad ni efectos adversos negativos de los pacientes que son ingresados a estas unidades, sin representar un aumento en la tasa de reingresos. Además, se concluyó que el factor pronóstico independiente de reingreso de los pacientes fue la cantidad de veces que había sido hospitalizado en el último año, lo cual está relacionado con los antecedentes o las enfermedades de fondo, lo que representa en la mayoría de los casos, un factor no modificable. Palomares et al (2002).

Cabe mencionar que la UCE ha demostrado un mejor manejo de las patologías más frecuentes en comparación con el Servicio de Hospitalización convencional, por ejemplo, cuando se ha implementado en los servicios de emergencias y los salones de medicina. G, Sempere-Montes. M, Morales. E, Garijo et all (2010).

España es uno de los países que tiene más experiencia en el campo de la implementación de UCE, lo anterior debido al importante recurso que implica el poder contar con estas unidades, ya que han demostrado una mejoría significativa en la reducción de costos relacionados con la estancia hospitalaria, mejorando los tiempos de estancia y el giro cama, lo que se traduce en más eficiencia y eficacia en la gestión de los

centros médicos, hecho que se refleja en un ahorro en los gastos y optimización de los recursos. Llopis, F et al (2014).

Materiales y métodos:

El presente estudio se realizó como trabajo final de graduación para optar por el grado académico de Magíster Scientiae en Gerencia de la Salud, en el Instituto Centroamericano de Administración Pública, el cual consiste en la propuesta de implementación de una Unidad de Corta Estancia Quirúrgica en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia (HCG), teniendo como objetivo, brindar una herramienta que permita mejorar la gestión, optimizado y maximizando los recursos.

Mediante un estudio retrospectivo, de tipo descriptivo y cuantitativo, que se basó en el análisis estadístico de las bases de datos de los egresos hospitalarios del HCG, el ARCA quirúrgico, sistema informático utilizado para la gestión de hospitalización listas de espera y procedimientos quirúrgicos, además, de los cuadros estadísticos 71, 72 y 79, de la CCSS, correspondientes a las fechas del 01 de enero del 2018 al 30 de junio del 2019 (CCSS, 2019). Se escogió este periodo de tiempo, con el fin de tener información reciente que se asemeje más a lo que se proyecta sucedería el primer trimestre del año 2020, fecha para la cual se propuso la implementación de este proyecto. A su vez, debido a que el sistema ARCA Quirúrgico se implementó en el HCG en el mes de noviembre del 2017, logrando tener el análisis histórico

de los últimos cinco trimestres previos a la realización del estudio.

Esta información fue suministrada por el Área de Estadística y Registros Médicos, y el Centro de Registro y Programación (CRP) del HCG. Para la obtención de esta información, se contó con el aval por parte de la Dirección General de dicho centro médico.

La Unidad de Corta Estancia Quirúrgica propuesta, tendrá como fin gestionar de forma más eficiente la lista de espera quirúrgica del HGC. Por esta razón, tiene como población meta la Sección de Cirugía de este hospital, que es la que tiene las especialidades médicas que cuentan con mayor cantidad de pacientes en lista de espera, excluyendo la Sección de Gineco-obstetricia y Neonatología; y los Departamentos de Neurociencias y Hemato-oncología. Debe anotarse, que el modelo propuesto se puede extrapolar e implementar en estas unidades.

Es importante mencionar que, desde el punto de vista jerárquico, operativo y funcional, el Servicio de Hospitalización del HCG, se divide en tres Secciones y dos Departamentos. Las Secciones de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia y Neonatología; y los Departamentos de Neurociencias y Hemato-oncología.

Para el objeto de esta investigación y el análisis de los datos, se tomó como base de referencia la Sección la Sección de Cirugía, debido a que corresponde a la Sección donde se encuentran las

especialidades médicas que tiene mayor cantidad de pacientes en lista de espera. La Sección de Cirugía incluye las siguientes especialidades: Cirugía General, Cirugía de Tórax, Ortopedia, Otorrinolaringología, Oftalmología, Urología, Vascular Periférico, Cirugía Reconstructiva, y Cirugía Cardiovascular.

Se excluye del análisis la Sección de Gineco-obstetricia y Neonatología, que cuenta con los Servicios de Ginecología, Ginecología Oncológica y Obstetricia, el Departamento de Neurociencias que cuenta con el Servicio quirúrgico de Neurocirugía y el Departamento de Hemato-oncología que cuenta con el Servicio quirúrgico de Oncología Quirúrgica. El motivo de la exclusión de estos servicios, se debe a que algunos realizan una gestión individual al contar con una dotación de camas propia, diferente a la de la Sección de Cirugía. Además, de no corresponder a los servicios que cuentan con mayor cantidad de pacientes en lista de espera quirúrgica, que es a los cuales se dirige esta propuesta.

Como se describe en el presente trabajo, mediante la implementación de la UCEQ, sin tener que incurrir en un costo adicional, basados en la adecuada estandarización de procesos y la redistribución de los servicios, se pretende lograr disminuir el tiempo de estancia promedio, aumentar el giro de cama, eliminar la estancia preoperatoria y disminuir la estancia postoperatoria. Todo esto se traduce en una gestión más eficiente y eficaz, que

permite brindar una atención oportuna a los pacientes que requieren la realización de una intervención quirúrgica en el HCG.

El problema a investigar, radica en la demanda insatisfecha por incremento en las listas de espera quirúrgicas, en las cuales la demanda supera por mucho la oferta. Para el mes de junio del 2019, se encontraban 13 614 pacientes en lista de espera para que se les realice una intervención quirúrgica en el HCG. (Centro de Registro y Programación (CRP), HCG, julio del 2019).

Este problema se manifiesta mediante el disgusto y la inconformidad de los usuarios con el tiempo que tienen que esperar, para que se les realice el procedimiento quirúrgico que requieren, además de la presentación de complicaciones de su patología de base, que se producen por no resolver de forma oportuna su padecimiento. Esto induce a un aumento en los recursos de amparo interpuestos ante la Sala Constitucional (SC) contra la CCSS, siendo en muchas ocasiones esta Sala, quien interviene en la priorización de las cirugías sin tener el criterio técnico al respecto. Por ejemplo, del 1 de enero del 2019 al 30 de junio del 2019, se interpusieron ante la SC contra el HCG, 436 recursos de amparo por pacientes que están en lista de espera para la realización de un procedimiento quirúrgico, 87 casos en el mes de enero, 76 en febrero, 80 en marzo, 65 en abril, 71 en mayo y 57 en junio. (Área de Gestión y Asesoría Legal, HCG, julio del 2019.)

Uno de los puntos medulares en este problema, que es el objetivo de implementar este proyecto, radica en la opción de mejora en la gestión que se realiza sobre el proceso de hospitalización de los pacientes. Tal como se mencionó anteriormente, en varios estudios de distintos países revisados, de un 29 – 45% las estancias hospitalarias son inadecuadas, ya que los pacientes no requerían de un internamiento. Miuño, A. (2002).

La metodología utilizada para estimar el impacto de la propuesta de implementación, se basa en un análisis estadístico retrospectivo y descriptivo, del histórico de la cantidad de cirugías realizadas en la Sección de Cirugía del HCG, comparado con los tiempos establecidos en el modelo propuesto. Esto mediante la utilización de cinco indicadores que son:

1. Porcentaje o índice de ocupación.
2. Estancia promedio.
3. Giro de cama.
4. Estancia preoperatoria.
5. Estancia postoperatoria.

Requerimientos para la implementación

Según Damiani, G. et al. (2011) los cambios organizacionales relacionados con la introducción de una UCE en un hospital, no requiere personal adicional o la adquisición de más camas hospitalarias, permitiendo un uso racional de los recursos limitados, representando un beneficio para los pacientes. Además, menciona que la reorganización de los protocolos

de admisión podría ayudar a los hospitales a satisfacer las necesidades de una mayor cantidad de pacientes, lo cual permite reducir las pérdidas económicas, los gastos hospitalarios y la pérdida del tiempo del personal.

Mediante la reorganización de los recursos y estandarización de procesos, se puede realizar un uso más eficiente y eficaz de los recursos con los que cuenta la CCSS.

Se propone utilizar 08 camas de la sección de Cirugía del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, cuatro camas para hombres y cuatro para mujeres. Estas camas serán de uso exclusivo para este proyecto. Se empleará el mismo personal profesional médico y de apoyo con el que se cuenta en la actualidad, con la salvedad que existirá una persona a cargo de esta unidad, la cual será la responsable de garantizar elar que los procesos y flujos de pacientes se den según lo establecido.

Para el modelo propuesto, se establecieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión de los pacientes:

Criterios de Inclusión:

- Pacientes ingresados en la lista de espera.
- Pacientes más antiguos o de mayor tiempo de estar ingresados en la lista de espera.
- Pacientes correspondientes a las especialidades más críticas en cuanto a la cantidad de pacientes que tienen en lista, enfocándose en las especialidades de Ortopedia, Cirugía

General, Oftalmología, Urología y Vascular Periférico.

- Pacientes que, por sus comorbilidades o complejidad del procedimiento quirúrgico, no son candidatos a ser incluidos en el programa de cirugía ambulatoria o vespertina.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no estén ingresados en la lista de espera.
- Pacientes de reciente ingreso en la lista de espera o en su defecto, cuando haya pacientes con un tiempo de espera mayor.
- Pacientes que no correspondan a las especialidades más críticas, a menos que sean de los más antiguos de los pacientes en lista.
- Pacientes que son candidatos al programa de cirugía ambulatoria o vespertina.
- Pacientes que, por el tipo de cirugía o sus comorbilidades, tengan indicada la antibiótico terapia por más de 48 horas.

Recurso humano requerido

Como se mencionó anteriormente, no se requiere de personal profesional extra, ya sea médico o profesionales de apoyo, dado que se contará con el personal previamente contratado y las instalaciones con las que cuenta el centro médico, utilizando 08 camas previamente reservadas de las que cuenta la Sección de Cirugía, cuatro de hombres y cuatro de mujeres, dado que la lista de espera está conformada por pacientes de ambos

sexos. La única salvedad, es que debe existir una persona a cargo de la unidad, que será el Médico Gestor de Camas de la Sección de Cirugía, quien debe reportar toda la gestión correspondiente al jefe de la Sección. El Médico Gestor de Camas, tendrá como responsabilidad, velar que el proceso de internamiento y evolución del proyecto se realice según se tiene estipulado. Debe alertar en caso de que no se cumpla con el plan establecido, activando el plan de contingencia previamente elaborado.

Procedimiento de ingreso a la lista de espera

El proceso de ingreso a la lista de espera quirúrgica se da posterior a la valoración de un Médico Asistente Especialista, quien, según su criterio, considera que el paciente requiere que se le realice una intervención quirúrgica de una intervención quirúrgica, incluyéndolo en la respectiva lista de su centro médico según los mecanismos establecidos a nivel institucional. El proceso de salida de dicha lista se da posterior a la realización de la cirugía, si el paciente declina en su deseo de realizarse el procedimiento o cuando es depurado de la lista, esto cuando se llama en tres ocasiones, en distintos días, a diferentes horas y no le logra localizar. (Centro de Registro y programación (CRP), HCG, junio 2019).

Requisitos previos al ingreso de los pacientes

Previo al ingreso o proceso de hospitalización, los pacientes serán valorados por un Médico Asistente

Especialista de la especialidad respectiva, para evaluar la necesidad de actualizar estudios o la realización de la valoración preoperatoria cuando corresponda, en tal caso, al momento de su ingreso ya contarán con los exámenes de laboratorio o gabinete actualizados y la valoración preoperatoria si así se requiere. En esta consulta, posterior a la verificación de que el paciente cumpla con todos los requisitos y criterios de inclusión, se programará la cirugía, asignándole el día que se debe de presentar al servicio de admisión para la realización del procedimiento quirúrgico.

Proceso de internamiento de los pacientes

Los pacientes ingresarán por el servicio de admisión, donde serán llevados al área de pre anestesia y de ahí al quirófano correspondiente. El ingreso de los pacientes se realizará los días lunes y jueves, ingresando 4 hombres y 4 mujeres el día lunes, se egresarán el día jueves, mismo día que ingresa otro grupo de 8 pacientes. De esta forma, se realizarán un total de 16 cirugías por semana, 64 cirugías al mes y 192 cirugías en total durante el periodo del trimestre propuesto.

Una vez realizada la cirugía el paciente es llevado al servicio de recuperación, donde se mantendrá de forma transitoria, hasta que se considere prudente ser trasladado al salón de hospitalización.

Cabe mencionar, que uno de los procesos fundamentales en este proyecto, consiste en tener ya reservada una cama en el salón de hospitalización para el

paciente que se le acaba de realizar el procedimiento quirúrgico, ya que este es uno de los factores críticos que se presentan todos los días y la razón de la saturación del servicio de recuperación.

Plan de contingencia en caso de que el proceso no se dé según lo establecido

El plan de contingencia consiste en que el médico encargado de la UCEQ, al detectar al tercer día de internamiento que el paciente presentó una complicación, ya sea por el procedimiento quirúrgico o sus comorbilidades médicas, coordinará con el gestor de camas de la Sección de Cirugía, el traslado del paciente de la UCEQ al salón de hospitalización convencional, esto con el objetivo de no interferir con el proceso de internamiento para el siguiente grupo de pacientes, garantizando de esta forma el flujo constante de los pacientes.

Fase de evaluación y análisis de los resultados

Para este proyecto, se propone realizar una evaluación constante desde el inicio de la ejecución del proyecto, esto con el objetivo de poder tomar medidas correctivas de forma oportuna, para poder solventar y subsanar cualquier falencia detectada si es que se presenta. Se realizará una evaluación detallada al final del proyecto, con el fin de valorar si se cumplió con las metas establecidas y proponer su sostenibilidad.

Alcances y limitaciones del proyecto

El alcance de este proyecto consiste en producir un impacto positivo en el

manejo de la lista de espera quirúrgica del HCG y la cantidad de pacientes operados por parte de ese hospital. Para cumplir con este objetivo, se abordará a los pacientes más antiguos en la lista de espera, de forma especial aquellos pacientes que, por sus comorbilidades o complejidad de procedimiento quirúrgico, no son candidatos al programa de cirugía ambulatoria o vespertina, con especial énfasis en las especialidades quirúrgicas que tiene mayor cantidad de pacientes en dicha lista, a saber: Ortopedia, Cirugía General, Oftalmología, Urología y Vascular Periférico.

Como limitación del presente proyecto, no se incluirá los pacientes más nuevos o de ingreso reciente a la lista de espera, ni los pacientes de las especialidades quirúrgicas con menor cantidad de pacientes en lista o los que son candidatos al programa de cirugía ambulatoria o vespertina.

Variables analizadas

De las bases de datos mencionadas, se estudiaron las siguientes variables:

1. Total de pacientes en lista de espera para la realización de una cirugía del HCG al mes de junio del 2019.
2. Desglose según especialidad del número de pacientes en la lista de espera quirúrgica al mes de junio del 2019.
3. Plazo promedio en días de espera para la realización del procedimiento quirúrgico, para el Hospital y según cada especialidad.

4. Cantidad total de pacientes operados en la Sección de Cirugía y de forma mensual, durante el periodo seleccionado. (01 de enero del 2018 al 30 de junio del 2019).
5. Las 5 especialidades quirúrgicas que tienen la mayor cantidad de pacientes en lista de espera al mes de junio del 2019.
6. Los 5 procedimientos quirúrgicos más frecuentes de las cinco especialidades médicas, que tienen mayor cantidad de pacientes en lista de espera al mes de junio del 2019.
7. Indicadores analizados: Porcentaje o índice de ocupación, estancia promedio, giro de cama, estancia preoperatoria y estancia postoperatoria.

Resultados:

Se procede a describir la información que se utilizó, para realizar el análisis de la propuesta de implementación de la UCEQ. Dicha información, se obtuvo de la base de datos que cuenta el HCG, sobre el registro de los pacientes que se encuentran en lista de espera para la realización de una intervención quirúrgica y los pacientes a quienes ya se les realizó dicho procedimiento. La información mencionada fue suministrada por la Unidad de Estadística y Registros Médicos y por el Centro de Registro y Programación.

Total de pacientes en lista de espera quirúrgica

Para el corte realizado al 30 de junio del 2019, se encontraban en total

13.614 pacientes en lista de espera para que se les realice una intervención quirúrgica. Este dato incluye a todos los servicios quirúrgicos del hospital, tanto en las tres Secciones como en los dos Departamentos, ya que la lista de espera quirúrgica se toma como una sola. (Centro de Registro y Programación (CRP), HCG, julio del 2019).

Número de pacientes en lista de espera según especialidad

Desglose según especialidad del número de pacientes en la lista de espera quirúrgica de la Sección de Cirugía al 30 de junio de 2019.

Tabla 1. Cantidad de pacientes en lista de espera según especialidad al mes de junio 2019.

Especialidad	Cantidad de pacientes
Cirugía torácica	260
Cirugía general	2549
Cirugía reconstructiva	38
Oftalmología	1927
Otorrinolaringología	1455
Ortopedia	3935
Urología	1463
Vascular periférico	24

Fuente elaboración propia. Tomado del cuadro N°79 junio 2019. Lista de espera para atención en cirugía. Área de Estadística en Salud, CCSS. Nota: Para fines de estadística el cuadro ya establecido por la institución no diferencia entre las especialidades de Cirugía de Tórax y de Cirugía Cardiovascular.

Es importante señalar, que la cantidad de pacientes en lista de espera para la realización de una cirugía, supera

la capacidad resolutoria del centro médico con la capacidad instalada que se cuenta, esto a pesar de medidas tomadas como la realización de cirugías vespertinas y la realización de jornadas de producción quirúrgicas. Por esta razón, esta propuesta representa una excelente alternativa para poder ayudar a solventar dicho problema.

Plazo promedio de espera

El plazo promedio de espera quirúrgico para el Hospital y cada especialidad se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 2. Plazo promedio en días de espera según especialidad. Según especialidad y promedio de días.

Especialidad	Plazo promedio en días
Cirugía Torácica	234
Cirugía General	413
Cirugía Reconstructiva	119
Oftalmología	190
Otorrinolaringología	311
Ortopedia	594
Urología	419
Vascular Periférico	145

Fuente elaboración propia. Tomado del cuadro N°79, junio 2019, Lista de espera para atención en cirugía. Área de Estadística en Salud, CCSS. Nota: Para fines de estadística el cuadro ya establecido por la institución, no diferencia entre las especialidades de Cirugía de Tórax y de Cirugía Cardiovascular.

El plazo promedio de espera total del hospital para la realización de una cirugía para el mes de junio del 2019, era de 400 días. Este dato corresponde al promedio de todas las especialidades quirúrgicas del HCG, no solo las que son objeto del presente análisis. (Centro de Registro y Programación (CRP), HCG, julio del 2019).

En muchos casos, los plazos de espera indicados están por arriba de los plazos máximos esperados para este tipo de procedimientos. En la CCSS existen algunas especialidades médicas quirúrgicas que tienen criterios de priorización y plazos establecidos para la realización de la intervención quirúrgica, pero no es un estándar que se tenga en todas las especialidades.

Cantidad de pacientes operados

A continuación, se detalla la cantidad total y mensual de pacientes operados en la Sección de Cirugía, durante el periodo seleccionado para la realización del análisis que fue del 01 de enero del 2018 al 30 de junio del 2019.

Al momento de analizar estos datos, se debe considerar que se está presentando una cantidad de pacientes operados menor a la producción total del HCG para ese periodo, esto debido a que no se está contabilizando los pacientes de los servicios que se excluyeron, debido a no corresponder a los servicios que tienen mayor cantidad de pacientes en lista de espera.

Tabla 3. Cantidad de pacientes operados por mes. Para el año 2018 y primer semestre del 2019.

Periodo	Cantidad de pacientes operados
AÑO 2018	
Enero	462
Febrero	432
Marzo	499
Abril	423
Mayo	487
Junio	443
Julio	467
Agosto	474
Setiembre	363
Octubre	483
Noviembre	461
Diciembre	440
PRIMER SEMESTRE AÑO 2019	
Enero	479
Febrero	407
Marzo	534
Abril	457
Mayo	398
Junio	479
Total de pacientes operados	8188

Fuente: elaboración propia. Tomado de la base de datos de egresos del HCG, suministrada por el Área de Estadística y Registros Médicos del HCG.

Especialidades con mayor cantidad de pacientes en lista de espera

A continuación, se mencionan las cinco especialidades médicas de la Sección de Cirugía, que tienen la mayor cantidad de pacientes en lista de espera en orden decreciente.

Tabla 4. Las cinco especialidades médicas con mayor cantidad de pacientes en lista de espera quirúrgica del HCG durante el periodo de estudio.

Especialidad	Cantidad de pacientes
Ortopedia	3935
Cirugía general	2549
Oftalmología	1927
Urología	1463
Otorrinolaringología	1455

Fuente elaboración propia. Tomado del cuadro N°79 junio 2019, Lista de espera para atención en cirugía. Área de Estadística en Salud, CCSS.

Cabe mencionar que, a pesar de las medidas tomadas por parte del HCG para tratar de solventar este problema, como la realización de programas de cirugía vespertina y programas de jornadas de producción, no se ha podido dar abasto, dado que la demanda supera por mucho a la oferta.

Procedimientos quirúrgicos más frecuentes según especialidad

A continuación, se describen los cinco procedimientos quirúrgicos más frecuentes según la especialidad, de las cinco especialidades quirúrgicas que tienen la mayor cantidad de pacientes en lista de espera.

Tabla 5. Procedimientos quirúrgicos más frecuentes según especialidad.

Especialidad	Procedimientos quirúrgicos
Ortopediaw	1-Gonartrosis, no especificada. 2-Coxartrosis, no especificada. 3-Hallux valgus. 4-Otros trastornos internos de la rodilla. 5-Síndrome del manguito rotatorio.
Cirugía General	1-Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis. 2-Hernia inguinal unilateral o no especificada, sin obstrucción ni gangrena. 3-Hernia umbilical sin obstrucción ni gangrena. 4-Hernia incisional sin obstrucción ni gangrena. 5-Hernia abdominal no especificada sin obstrucción ni gangrena.
Oftalmología	1-Catarata, no especificada. 2-Catarata senil, no especificada. 3-Catarata senil nuclear. 4-Estrabismo, no especificado. 5-Catarata senil incipiente.
Urología	1-Hiperplasia de la próstata. 2-Cálculo del riñón. 3-Examen de pesquisa especial para tumor de la próstata. 4-Esterilización. 5-Várices escrotales.
Otorrinolaringología	1-Desviación del tabique nasal. 2-Amigdalitis crónica. 3-Perforación central de la membrana timpánica. 4-Deformidad adquirida de la nariz. 5-Sinusitis crónica, no especificada.

Fuente elaboración propia. Tomado de la base de datos del ARCA Quirúrgica, para el periodo del 01 de enero del 2018 al 30 de junio del 2019, suministrada por el Centro de Registro y Programación, HCG. Julio, 2019.

Indicadores utilizados

A continuación, se procede a describir el resultado y el análisis de los indicadores utilizados.

Tabla 6. Resultado de los indicadores utilizados para el presente trabajo.

Periodo	Cantidad pacientes operados	Porcentaje ocupación	Estancia promedio	Giro de cama	Estancia pre-operatoria	Estancia pos-operatoria
Enero 2018	462	98.59	7.33	4.05	2.06	5.09
Febrero 2018	432	104.14	7.33	3.87	2.24	4.91
Marzo 2018	499	103.54	7.5	4.38	2.8	4.93
Abril 2018	423	100.18	7.07	3.89	2.37	4.64
Mayo 2018	487	107.52	7.92	4.38	2.81	5.25
Junio 2018	443	105.64	7.58	4.01	2.69	4.82
Julio 2018	467	103.69	7.81	4.23	2.52	5.19
Agosto 2018	474	105.92	8.64	4.18	3.57	5.37
Setiembre 2018	363	102.31	7.44	4.2	3.64	3.88
Octubre 2018	483	104.39	8.35	4.26	3.81	4.78
Noviembre 2018	461	112.44	7.92	4.31	3.03	4.74
Diciembre 2018	440	108.15	7.68	4.11	2.87	5.16
Enero 2019	479	103.48	8.24	4.31	6.98	15.4
Febrero 2019	407	105.23	7.46	3.87	2.38	4.5
Marzo 2019	534	110.52	7.01	4.88	2.45	4.59
Abril 2019	457	103.52	7.67	4.25	2.66	5.03
Mayo 2019	398	98.6	8.12	4.02	3.22	5.32
Junio 2019	479	94.91	6.81	4.47	2.53	4.13
Promedio	455	87.51	7.66	4.14	3.03	5.42

Fuente elaboración propia. Tomado de la base de datos de egresos del periodo del 01 de enero del 2018 al 30 de junio del 2019, suministrado por el Área de Estadística y Registros Médicos, HCG. Agosto, 2019.

Sobre los datos reflejados por estos indicadores, llama la atención el porcentaje de ocupación por arriba del 100% y la estancia promedio prolongada, hecho que evidencia una opción de mejora en el proceso de internamiento y en el manejo perioperatorio y postoperatorio. Situación en donde viene a dar un valor agregado la propuesta de implementación de la UCEQ, esto como una estrategia más de tratar de subsanar el problema, mediante una estandarización de procesos.

Principales hallazgos del análisis

Posterior al análisis de toda la información recopilada de las bases de datos y los cuadros estadísticos mencionados, se procede a mencionar los principales hallazgos:

1. La cantidad de pacientes operados durante el periodo de estudio fueron 8188.
2. El promedio de pacientes operados por mes fue de 455.
3. El Porcentaje de Ocupación siempre se mantuvo por arriba del 85%, oscilando entre 94.91% y 112.44%, con un promedio de 87.51%. Según los estándares internacionales, se debe de mantener por debajo del 85%, esto con el objetivo de poder contar con camas disponibles ante una eventual emergencia, esto como plan de contingencia.
4. En 15 de los 18 meses que abarcó el periodo del estudio, se presentó un Porcentaje de Ocupación por

arriba del 100%. Lo que refleja que la demanda supera por mucho la oferta, dificultando la gestión propia del Servicio de Hospitalización.

5. La estancia promedio osciló entre 6.81 – 8.64 días, con un promedio de 7.66 días.
6. El Giro de cama osciló entre 3.87 – 4.88 días, con un promedio de 4.14 días.
7. La estancia pre-operatoria osciló entre 2.06 – 6.98 días, con un promedio de 3.03 días.
8. La estancia pos-operatoria osciló entre 3.88 – 15.4 días, con un promedio de 5.42 días.

Discusión:

Resultados que se proyectan alcanzar

Basados en el análisis estadístico y retrospectivo del historial de los pacientes operados en el HCG, se procede a realizar una estimación del impacto que se pretendía alcanzar con la implementación de una UCEQ en la lista de espera quirúrgica, los pacientes operados, el giro de cama y la estancia hospitalaria, al haber finalizado el primer trimestre del año 2020. Lo anterior, tomando en consideración que todo el proceso durante la ejecución y puesta en marcha del proyecto se realice según se estableció.

Con la presente propuesta se estima obtener los siguientes resultados:

1. Utilizando las 08 camas propuestas según el proceso descrito, se estima se hubiera intervenido quirúrgicamente a 16 pacientes por semana, 64

pacientes al mes, 192 pacientes al final el primer trimestre del año 2020. En esta propuesta la cantidad de cirugías realizadas corresponden a la cantidad de pacientes que se pretende operar, sin contemplar las reintervenciones quirúrgicas. En caso de que un paciente se complique o no tenga la evolución esperada, se activa el plan de contingencia y es trasladado al salón de hospitalización convencional. Si ameritara ser reintervenido, dicha cirugía no es contabilizada dentro de la producción esperada.

2. Se tendrá una estancia promedio de 03 días.
3. Se tendrá un giro de cama de 8 (64 pacientes operados por mes / las 08 camas disponibles para el proyecto).
4. El tiempo de estancia preoperatorio será de cero días, ya que el paciente se opera el día que es ingresado.
5. El tiempo de estancia posoperatoria será de 03 días.

Basados en los indicadores obtenidos del análisis estadístico retrospectivo y los que se estiman se obtendrán con la propuesta de implementación de la

UCEQ, se procede a realizar un cuadro comparativo.

Como se observa en el cuadro comparativo, con la presente propuesta se logra disminuir la estancia promedio en un 39.1%, pasando de 7.66 a 3 días. El giro de cama se aumenta en un 93.2%, pasando de 4.14 a 8. La estancia preoperatoria se logra eliminar, cuando antes se tenía un promedio de 3.03 días. La estancia post operatoria se disminuye en un 55.3%, pasando de 5.42 a 3 días.

Estos cambios representan en promedio, una disminución de 04 días en estancia hospitalaria para cada paciente, tomando en consideración que para el segundo semestre del año 2019, se tenía tasado el costo de una noche de estancia en una cama de dotación normal de 575.675 colones para un paciente asegurado y en el caso de no ser asegurado, se le debe de sumar el 25% de gastos administrativos, teniendo un costo de 719.706.25 colones, según la información suministrada por la Oficina de Validación de Derechos del HCG, esto representaría un ahorro en promedio de

Tabla 7. Comparación de los indicadores entre el promedio histórico estadístico y la estimación de la producción con la UCEQ.

	Estancia Promedio	Giro de Cama	Estancia Pre-operatoria	Estancia Pos-operatoria
Promedio histórico estadístico	7.66	4.14	3.03	5.42
Uceq	3	8	0	3

Fuente elaboración propia. Elaborado basado en los datos estadísticos de la base de datos de egresos suministrado por el Área de Estadística y Registros Médicos, HCG; y la propuesta del presente trabajo. Agosto, 2019.

2.878.825 colones por paciente. Dado que se tiene proyectado intervenir quirúrgicamente 192 pacientes durante el trimestre propuesto, esto representaría un ahorro total de 552.734.400 colones.

Conclusiones

Posterior al análisis de los datos estadísticos utilizados para el presente estudio, la bibliografía revisada y los resultados de los hallazgos evidenciados, se procede a realizar las siguientes conclusiones:

1. La implementación de una UCEQ, es una estrategia que permite gestionar la reducción de la lista de espera quirúrgica y el aumento de la cantidad de pacientes operados, sin incurrir en un gasto adicional.
2. El operar con una capacidad instalada a más del 100% de ocupación y la judicialización de la medicina debido a la intervención de la Sala Constitucional, son dos factores que inciden de forma directa en la eficiencia y eficacia del manejo de la lista de espera quirúrgica del HCG.
3. El diseño del plan operativo y la adecuada planificación del proceso de implementación de la UCEQ, son dos aspectos fundamentales que requieren de un trabajo multidisciplinario, necesario para la adecuada ejecución y éxito del proyecto.
4. La implementación de la UCEQ, permitirá reducir la estancia promedio hospitalaria y aumentar el giro de cama, realizando una utilización más

eficiente y oportuna de los recursos con los que se cuenta, traduciéndose en la eliminación del tiempo de estancia preoperatoria y la reducción de la estancia posoperatoria en un 55.3%. Esta disminución de estancia promedio de 04 días, representa un ahorro promedio de 2.878.825 colones por paciente, con un ahorro total de 552.734.400 colones para el periodo de un trimestre.

5. Para obtener los objetivos y metas propuestas, debe de realizarse una adecuada fase de planificación, coordinación y negociación entre autoridades internas y externas, aunado a una adecuada divulgación entre funcionarios y pacientes.

A manera de conclusión, las Unidades de Corta Estancia son unidades médicas que, mediante la estandarización de procesos y criterios de inclusión y exclusión bien definidos, permiten optimizar la utilización de los recursos y disminuir costos, brindando una atención más oportuna, eficiente y eficaz. Por esta razón, se recomienda valorar la implementación de esta propuesta en los centros asistenciales que así lo tengan a bien.

Referencias bibliográficas:

- Alonso, G. Escudero, J. (2010). La unidad de corta estancia de urgencias y la hospitalización a domicilio como alternativas a la hospitalización convencional. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2010, Vol. 33, Suplemento 1.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2019). Estadísticas. Tomado de <https://www.ccss.sa.cr/estadisticas-salud>
- Damiani, G. et al. (2011). The Short Stay Unit as a new option for hospitals: A review of the scientific literature. *Med Sci Monit.* 2011; 17(6): SR15–SR19. Tomado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3539545/>
- G, Sempere-Montes. M, Morales. E, Garijo et al (2010). Impacto de una unidad de corta estancia en un hospital de tercer nivel. *Revista clínica española.* Volumen 210, issue 6, june 2010. pp, 279-283.
- Gómez, C. Guillamont, J. Salazar, A et al (2005). Evaluación de la satisfacción de los pacientes ingresados en una unidad de corta estancia de urgencias. *emergencias* 2005; 17:12-16.
- Llopis, F. Juan, A. Ferré, C et all. (2014). Proyecto REGICE: registro de las unidades de corta estancia en España. Localización, aspectos estructurales y dotación de profesionales (REGICE 1). *Emergencias*; 26: 57-60.
- Muiño, A. (2002). Unidad Médica de Corta Estancia. *An Med Interna* (Madrid), 19, 219-220.
- Palomares, D. De La Iglesia, F. Nicolás, R. Miguel, et al (2002). Factores predictores de reingreso hospitalario no planificado en pacientes dados de alta de una Unidad de Corta Estancia Médica. *AN. MED. INTERNA* (Madrid) Vol. 19, N. ° 5, pp. 221-225, 2002.
- Pastor, J. (2013). Las unidades de corta estancia médicas. *Revista de Calidad Asistencial.* Girona, España. 24(4), pp 197-198.