



Escuela de Administración

Maestría en Administración en Salud (MAS)

Título del proyecto aplicado empresarial

Diseño de un Programa de Extensión Hospitalaria para una Institución de Tercer Nivel de
Complejidad

Presentado por:

Luis Eduardo Ortiz Obando

Bogotá, D.C. 16 de diciembre de 2021



Escuela de Administración

Maestría en Administración en Salud (MAS)

Diseño de un Programa de Extensión Hospitalaria para una Institución de Tercer Nivel de
Complejidad

Modalidad: Problemática empresarial

Presentado por:

Luis Eduardo Ortiz Obando

Bajo la dirección de:

Carlos Franco, Ph D

Bogotá, D.C. 16 de diciembre de 2021

Tabla De Contenido

Preliminares:	5
Agradecimientos.....	6
Dedicatoria	7
Declaración de originalidad y autonomía.....	8
Declaración de exoneración de responsabilidad.....	9
Lista de figuras	10
Lista de tablas	11
Abreviaturas	12
Glosario	13
Resumen Ejecutivo.....	14
Palabras clave:	16
Abstract.....	16
1. Introducción	18
2. Descripción de la Situación organizacional donde se realizará el proyecto.....	28
2.1 Análisis Del Entorno Económico, Social Y Cultural.....	28
2.2 Análisis De La Industria En La Que Opera La Organización.....	35
3. Análisis de la Empresa.....	38
3.1 Reseña Histórica.....	39
3.2 Misión:	41

3.3 Visión:	41
3.4 Objetivos Estratégicos:.....	41
3.5 Mapa De Procesos:	41
3.6 Indicadores De Desempeño De La Institución:.....	43
3.7 Modalidades De Contratación Que Se Manejan En La Institución	44
4. Descripción de las alternativas, estrategias y/o acciones que se toman en el análisis del estudio de caso y/o solución a la problemática empresarial.....	58
5. Plan Financiero Programa de Extensión Hospitalaria.....	63
5.1. Plan De Inversiones Inicial	63
5.2. Fuentes De Financiación	73
5.3. Estado De Resultados	74
5.4 Punto De Equilibrio	74
5.5. Presupuesto De Ventas	77
5.6. Retorno De La Inversión	78
6. Plan y recomendaciones de implementación y aplicación.....	79
7. Conclusiones	87
8. Referencias bibliográficas.....	90
9. Anexos Técnicos	94

Preliminares:

Agradecimientos

Muchas personas han contribuido directa e indirectamente en el estudio de esta maestría, mi esposa, mis hijos, de quienes recibí apoyo y consejos para mejorar aspectos en la elaboración y presentación de los diferentes trabajos, a mi tutor, Carlos Franco quien con sus orientaciones permitió aclarar dudas con lo cual logré avanzar y culminar este proyecto aplicado a la empresa, a Verónica Chaves Ortiz, mi sobrina del alma, quien con su experiencia y dedicación contribuyó en la terminación de este proyecto, a mi hermano Juan Alberto, mis padres Luis Eduardo y Gloria Fanny, me exhortaron de manera permanente a continuar realizando el esfuerzo para alcanzar este reconocimiento, a la Congregación de las Hermanas de la Caridad Dominicanas de la Presentación de la Santísima Virgen por permitirme ser parte de la Clínica Palermo e inspirarme en el desarrollo de esta gran idea, a Félix Castro, Jairo Ospina y Daniel Villalba aportaron con su conocimiento todo el sustento financiero del PAE, finalmente quiero agradecer a las personas que hacen parte del CRAI por su profesionalismo, calidad humana y soporte en el proceso de investigación.

Luis Eduardo Ortiz Obando

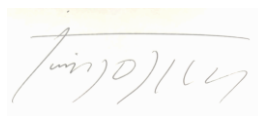
Dedicatoria

Este Proyecto lo dedico a las personas más importantes de mi vida, a mi esposa Raquel y a mis hijos María Juliana y Juan José, quienes con su entusiasmo, paciencia y apoyo incondicional hicieron posible cumplir este sueño.

Declaración de originalidad y autonomía

Declaro bajo la gravedad del juramento, que he escrito el presente Proyecto Aplicado Empresarial (PAE), en la propuesta de solución a una problemática en el campo de conocimientos del programa de Maestría por mi propia cuenta y que, por lo tanto, su contenido es original.

Declaro que he indicado clara y precisamente todas las fuentes directas e indirectas de información y que este PAE no ha sido entregado a ninguna otra institución con fines de calificación o publicación.

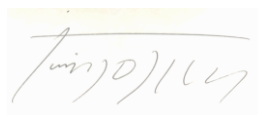


Luis Eduardo Ortiz Obando

Firmado en Bogotá, D.C. el 16 de diciembre de 2021

Declaración de exoneración de responsabilidad

Declaro que la responsabilidad intelectual del presente trabajo es exclusivamente de su autor. La Universidad del Rosario no se hace responsable de contenidos, opiniones o ideologías expresadas total o parcialmente en él.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Luis Eduardo Ortiz Obando', is centered on the page. The signature is written in a cursive style with a horizontal line above it.

Luis Eduardo Ortiz Obando

Firmado en Bogotá, D.C. el 16 de diciembre de 2021

Lista de figuras

Edad	Figura 1 Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 Colombia Grandes Grupos de	19
	Figura 2 : Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005- 2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad.....	20
	Figura 3: Población mayor de 60 años en Colombia.....	21
	Figura 4: Principales causas de muerte en Colombia.....	22
2020.	Figura 5. Comparativo Número de Solicitudes de Oxígeno Domiciliario - Periodo 2019 –	33
	Figura 6 Comparativo Número de Días de Estancia mes por Espera de Oxígeno Domiciliario - Periodo 2019-2020.	35
	Figura 7: Mapa de Procesos Clínica Palermo 2020.....	42
	Figura 8: Organigrama Clínica Palermo 2019.....	43
periodo 2016-2020.	Figura 9: Consolidado número de día de estancia hospitalaria utilizados sin pertinencia	47
	Figura 10. Punto de Equilibrio.	77
Hospitalaria	Figura 11: Diagrama de Gannt- Diseño e Implementación de un Programa de Extensión	81

Lista de tablas

Tabla 1 Requisitos de Ingreso a Programas Extramurales.	31
Tabla 2 Porcentaje de Pacientes con Solicitud de Egreso a Programas Especiales.	48
Periodo 2016-2020.	48
Tabla 3. Porcentaje de Pacientes que ingresan a Hospitalización Procedentes de Urgencias Adultos. Periodo 2016-2019.	51
Tabla 4 Matriz DOFA	53
Tabla 5 Estrategias Recomendadas Basadas en DOFA	55
Tabla 6 Inversión Inicial Dotación y Equipos 2021	64
Tabla 7 Equipo Constitutivo Talento Humano Unidad de Extensión Hospitalaria.....	66
Tabla 8 Funciones de los integrantes del equipo constitutivo del Programa de Extensión Hospitalaria	67
Tabla 9 Costos Adecuación de Infraestructura Física Unidad de Extensión Hospitalaria.	72
Tabla 10 Inversión Inicial.....	73
Tabla 11 Precio de Venta por día de Internación en Unidad de Extensión Hospitalaria ...	75
Tabla 12 Costo de Canastilla Extensión Hospitalaria	76
Tabla 13 Presupuesto de Ventas.....	78
Tabla 14 Retorno de la inversión.....	79
Tabla 15. Etapas del Diseño e Implementación de un Programa de Extensión Hospitalaria en la Clínica Palermo.	82

Abreviaturas

Proyecto Aplicado Empresarial: (PAE)

Unidad de Extensión Hospitalaria: (UEH)

Planear, Hacer, Verificar, Actuar: (PHVA)

Sistema General de Seguridad Social en Salud: (SGSSS)

Institución Prestadora de Servicios de Salud: (IPS)

Empresas Administradoras de Planes de Beneficios: (EAPB)

Punto de Equilibrio: (PE)

Actividades de Vida Diaria: (AVD)

Modelo de Acción Integral Territorial: (MAITE)

Empresas Responsables del Pago: (ERP)

Pago Global Prospectivo: (PGP)

Glosario

Programa de Extensión Hospitalaria: plan de hospitalización intramural, a través del cual se identifican pacientes que, estando hospitalizados, cumplen criterios de egreso, pero para su recuperación deben continuar recibiendo atenciones médicas y de enfermería fuera del hospital, estos pacientes se trasladan a un área física aledaña a la clínica donde continuaran su tratamiento y vigilancia hasta su egreso definitivo al domicilio.

Hospitalización Básica: área física intrahospitalaria donde se encuentran pacientes no críticos, susceptibles de ingresar a unidad de extensión hospitalaria, son los pacientes que se encuentran en los pisos de la clínica (2° norte, tercero sur, tercero occidente, 4° y 5°).

Estancia Hospitalaria Prolongada: hace referencia a todo paciente cuya hospitalización es mayor de 7 días.

Estancia Hospitalaria inferior 5 días: estancia recomendada por ser el tiempo promedio pertinente en que se debe lograr la recuperación del estado de salud y financieramente se alcanzan ingresos que benefician la operación.

Estancia Hospitalaria Inactiva: estancia en hospitalización en la que no se generan ingresos económicos adicionales por la prestación de servicios.

Necesidad no satisfecha: pacientes que estando hospitalizados cumplen con criterios de egreso a programas especiales y no logran acceso oportuno a estos.

Cama día: recurso con que cuenta la unidad de extensión hospitalaria para hospitalizar pacientes, resultado de multiplicar la capacidad instalada, 12 camas por 365 días año, en el programa se contaría con 4380 días disponibles al año.

Resumen Ejecutivo

Nombre del PAE	Diseño de un Programa de Extensión Hospitalaria para una Institución de Tercer nivel de Complejidad
Información básica del proyecto	<p>El proyecto, es una propuesta para resolver una problemática empresarial que se origina en cambios sociales, económicos y culturales a nivel mundial, los cuales han impactado en la dinámica demográfica, que ha llevado a un aumento de la esperanza de vida de la población y, consecuentemente, a un aumento en la prevalencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, las cuales demandan mayores recursos del sistema de salud. Algunos pacientes en el ámbito hospitalario para un egreso efectivo, pueden llegar a necesitar el ingreso a programas de cuidado especial extrahospitalario, muchos ya conocidos como: los Planes de Hospitalización Domiciliaria, Unidades de Cuidado Crónico, Unidades de Cuidado Paliativo, Clínica del dolor, etc., para el manejo de condiciones clínicas específicas que no requieren hospitalización, o que, al lograr un control de la condición del paciente no es necesario permanecer en el hospital, pero sí requieren un seguimiento y vigilancia de síntomas agudos y tratamientos que deben continuar, los cuales pueden realizarse en el domicilio o en lugares establecidos, adecuados y habilitados por las Empresas aseguradoras e IPS independientes, a través de los programas previamente mencionados; sin embargo, el acceso a estas posibilidades en el momento más adecuado para el paciente, muchas veces está limitado principalmente por inoportunidad en la respuesta por parte del asegurador o prestador, la no cobertura por parte del proveedor en el área de residencia del paciente, la no disponibilidad de planes de hospitalización domiciliaria por el asegurador y otras condiciones de tipo familiar. Adicionalmente, en los casos en que se han iniciado</p>

	<p>manejos intrahospitalarios, en muchas ocasiones, éstos generan estancias prolongadas que aumentan el riesgo de presentar complicaciones, mayores costos para el sistema de salud y menor eficiencia de la institución al disminuir de esta manera la disponibilidad de camas. Al conocer esta problemática, con el diseño del Programa de Extensión Hospitalaria Intramural en la clínica Palermo, se podrían mitigar las causas de acceso inoportuno a los programas especiales antes mencionados, dar continuidad a la atención, mejorar la seguridad y satisfacción del paciente y familia y, con la liberación de camas, mejorar la eficiencia de la institución y disminuir los costos al Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p>
<p>Aportes a la solución de la problemática empresarial</p>	<p>Uno de los principales problemas que presenta la clínica Palermo está relacionado con la estancia hospitalaria prolongada de pacientes con enfermedades agudas, crónicas agudizadas y con patologías agudas concomitantes, aptas para el manejo en programas especiales como Hospitalización Domiciliaria, Cuidado crónico y Cuidado Paliativo. En la actualidad es claro que existe una relación directa entre la inoportunidad en el acceso a estos programas y los resultados ineficientes de las instituciones hospitalarias para este grupo de pacientes, el diseño de este PAE y posterior ejecución podría aportar beneficios consistentes en:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mejorar la oportunidad en el acceso a programas de egreso especial dentro de la misma institución. ● Mejorar la seguridad y satisfacción del paciente al disminuir estancias innecesarias. ● Mejorar resultados de indicadores de eficiencia como son: Estancia Hospitalaria, Giro Cama, Ocupación y Financieros. ● Disminuir costos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Palabras clave:

Estancia hospitalaria prolongada, egreso temprano, extensión hospitalaria, cuidado crónico.

Abstract

Name of PAE	Design of a Hospital Extension Program for an Institution of third level of complexity
General information of PAE	<p>The project is a proposal to solve a business problem that originates in social, economic and cultural changes worldwide, which have impacted on demographic dynamics, which has led to an increase in the life expectancy of the population and consequently Due to an increase in the prevalence of chronic non-communicable diseases, which demand greater resources from the health system, some patients in the hospital setting may need admission to out-of-hospital special care programs, some of them already known as the Plans of Home Hospitalization, Chronic Care Units, Palliative Care Units, Pain Clinic, etc., for the management of specific clinical conditions that do not require hospitalization, or that by achieving control of the patient's condition it is not necessary to continue it in the hospital, but they do require monitoring and surveillance of acute symptoms and treatments that should be continued nuar, which can be done at home or in places established, appropriate and authorized by the insurance companies and independent IPS, through the previously mentioned programs, however, access to these possibilities at the most appropriate time for the patient, many times it is limited mainly by inopportunity in the response by the insurer or provider, the non-coverage by the provider in the patient's area of residence, the non-availability of home hospitalization plans by the insurer and other family-type conditions, additionally, in cases where intrahospital management has been</p>

	<p>initiated, on many occasions these generate prolonged stays that increase the risk of complications, higher costs for the health system and lower efficiency of the institution by reducing the availability of beds in this way. By knowing this problem, with the design of the intramural hospital extension program at the Palermo Clinic, the causes of inopportune access to the aforementioned special programs could be mitigated, provide continuity of care, improve the safety and satisfaction of the patient and family, and with the release of beds, improve the efficiency of the institution and reduce costs to the General System of Social Security in Health.</p>
<p>Contribution for case study or solution at the problem</p>	<p>One of the main problems presented by the Palermo Clinic is related to the prolonged hospital stay of patients with acute, acute chronic diseases and concomitant acute pathologies, suitable for management in special programs such as Home Hospitalization, Chronic Care and Palliative Care. At present it is clear that there is a direct relationship between the inopportune access to these programs and the inefficient results of the hospital institutions for this group of patients, the design of this ECP and subsequent execution could provide consistent benefits in:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Improve the opportunity to access special graduation programs within the same institution. ● Improve patient safety and satisfaction by reducing unnecessary stays. ● Improve results of efficiency indicators such as: Hospital Stay, Giro Cama, Occupation and Financial. ● Reduce costs in the General System of Social Security in Health.

1. Introducción

Uno de los principales problemas que actualmente aquejan a las instituciones de salud, especialmente las de mayor complejidad, es la saturación de la oferta representada en la hospitalización prolongada requerida por algunos grupos poblacionales. Quizá en nuestra sociedad colombiana, influenciada por los aportes de la medicina occidental, se requiere de un apoyo para este problema por medio de la prestación de servicios paralelos a la hospitalización, caracterizados por recursos humanos y estructurales de alta calidad, que optimicen la continuidad de la atención de forma oportuna, a través de programas de extensión hospitalaria dispuestos por instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas o empresas aseguradoras.

La institución en la que se planteará la solución a la problemática detectada a través de este proyecto aplicado es una Clínica de tercer nivel de co

mplejidad, ubicada en la ciudad de Bogotá, fundada en 1948 por una congregación religiosa. La Clínica Palermo cuenta con una trayectoria de más de 70 años, lo cual la ha convertido en una institución de tradición para la sociedad bogotana de su influencia geográfica, en la localidad de Teusaquillo, lo que le ha permitido un alto reconocimiento aunado a la proyección social y la prestación de servicios de salud con un claro sentido de humanización y de calidad (Clínica Palermo, 2018) sus clientes en su mayoría afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud son usuarios del Plan Obligatorio de Salud, Pólizas, Planes Complementarios, Medicina Prepagada y particulares, también, en una menor proporción, de Administradoras de Riesgo Laboral, las cuales a través de los años se han convertido en aliados de gran importancia para la institución.

En las últimas décadas, en Colombia y en el mundo se han presentado mejoras en las condiciones higiénico-sanitarias, cambios en las tendencias de las fuerzas económicas, sociales y culturales, las cuales han tenido efectos en el comportamiento de la natalidad, la caída en la mortalidad infantil y un aumento en la esperanza de vida al nacer. Según estimaciones del cambio demográfico del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2020) entre el periodo de 2005 – 2017, la esperanza de vida pasó de 73,2 a 76,2 años (DANE, 2018b), esto ha impactado de igual manera en la variación de la pirámide poblacional con más personas mayores, y menores tasas de fecundidad, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud Colombia 2015 y el Censo Nacional de Población y Vivienda (DANE, 2018a). Figura 1.

A nivel de la ciudad de Bogotá, de acuerdo con las Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad (DANE, 2020), las personas mayores de 60 años representan el 14.27% (1.153.194) del total de la población de 8.081.247 habitantes. Figura. 2

De igual manera, los datos se soportan en la figura 3, en la que se proyectaba en Colombia una población mayor de 60 años que en 2015 se encontraba en 5.336.851, pasando en el año 2020 a 6.440.778 lo cual representa en este grupo de edad, un crecimiento poblacional del 20.7% (Revista Dinero, 2016).

Con estos cambios, nos estamos enfrentando a un envejecimiento demográfico y por tanto a un incremento de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), logrando que los pacientes adultos mayores, ocupen un alto porcentaje en la demanda de servicios del sistema de salud.

Figura 1

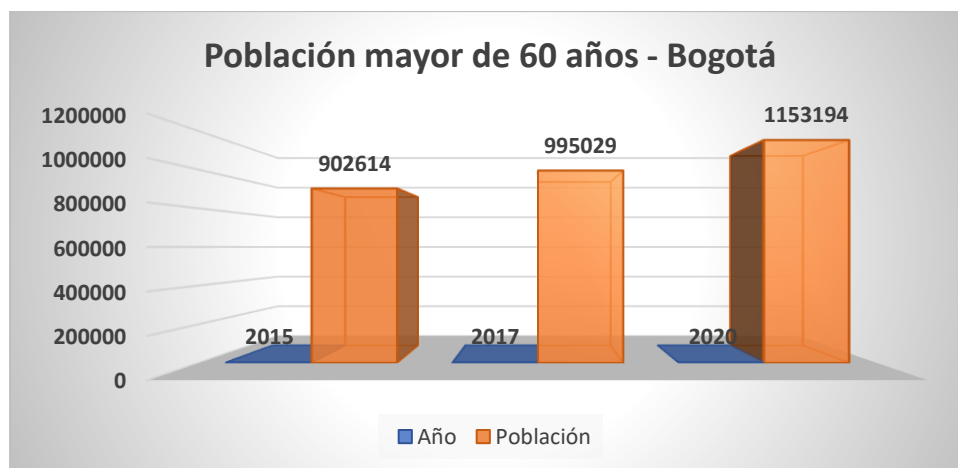
Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 Colombia Grandes Grupos de Edad



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2018). Censo Nacional de Población y Vivienda. Colombia.

Figura 2

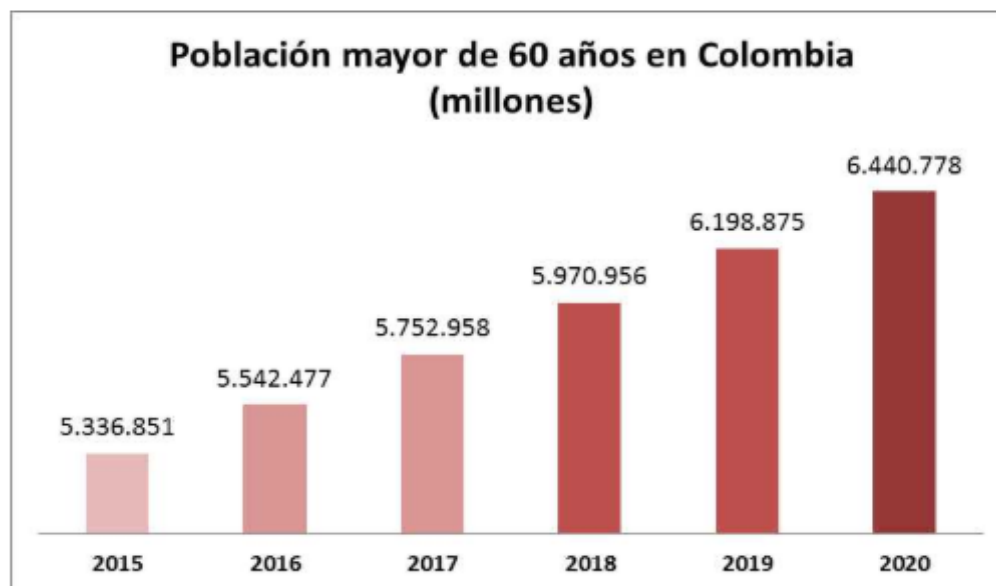
Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005- 2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad



Fuente: adaptado de DANE (2020). Proyecciones de Población. Colombia.

Figura 3

Población mayor de 60 años en Colombia.



Fuente: DANE – Revista Dinero (2016). *Impactos Económicos del Aumento de la población Mayor. Colombia*

Por otro lado, el Sistema General de Seguridad Social de Salud de Colombia, según cifras del Ministerio de Salud y Protección Social a diciembre de 2019, alcanzó un nivel de aseguramiento del (95.21%) y a cierre de 2020 del (97.78%) (Ministerio de Salud, 2020). A nivel de Bogotá, de acuerdo con datos proporcionados por la Secretaría Distrital de Salud, en el primer semestre del 2020 había 7.790.217 personas afiliadas al sistema de salud, lo cual representó el 99.4% de la población asegurada, a febrero de 2021 de acuerdo con proyecciones del DANE, la población estimada en la ciudad de Bogotá era de 8.079.641, con 8.068.352 afiliados al régimen contributivo y subsidiado, que a su vez representó un aseguramiento del 99.8% (Secretaría Distrital de Salud, 2021).

A pesar del avance en el aseguramiento, una afiliación casi universal de la población colombiana, con la que los usuarios tendrían acceso oportuno e integral al plan de beneficios y que de acuerdo con el mandato normativo por la Ley 100 de 1993, Resolución 5261 de 1994, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011 y Ley 1751 de 2015 por la cual se regula el derecho fundamental a la

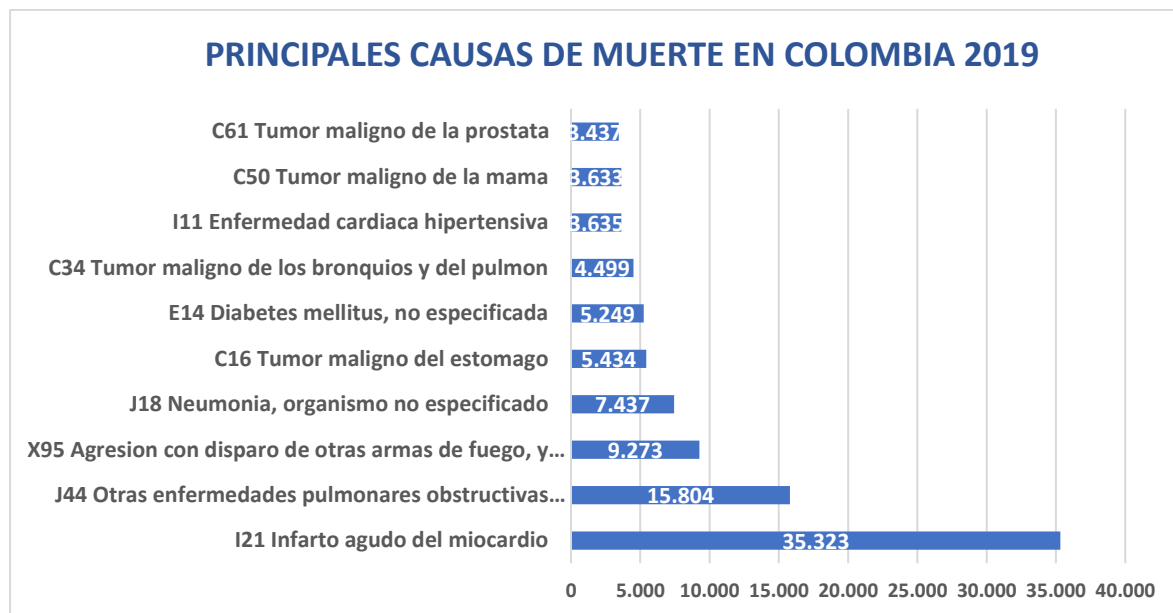
salud; el acceso a los servicios de salud está bajo responsabilidad del Estado, las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y todos los integrantes del sistema.

Dado que la Atención Primaria en Salud (APS), es la puerta de entrada al Sistema y, por tanto, al acceso a los demás servicios de salud, existen barreras que no permiten acceder a programas de Promoción de la salud y Prevención de la Enfermedad, base de la APS, de igual manera, a actividades, procedimientos, e intervenciones de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.

Teniendo presente que, las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en consonancia con la Agenda 2030 de Colombia, uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) establecidos en ella, como lo es Salud y Bienestar, tienen como una de sus principales metas, alcanzar un adecuado control de las enfermedades no transmisibles más frecuentes, con un mejor bienestar para la población y calidad de vida, evitando complicaciones y reduciendo la mortalidad temprana (Naciones Unidas, 2015). Es claro que no se ha logrado una intervención satisfactoria de todas las metas propuestas para dar respuesta a las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), tal como se puede ver más adelante en la Figura 4. Por lo tanto, la evolución de estas patologías no controladas, dejan con el tiempo grandes secuelas que afectan la calidad de vida, con una deficiente funcionalidad de los individuos, siendo cada vez más dependientes de los recursos sanitarios y de personas que puedan satisfacer sus necesidades básicas (de la Revilla & Espinosa Almendro, 2003).

Figura 4

Principales causas de muerte en Colombia.



Fuente: adaptado de DANE (2019). 10 principales causas de muerte. Colombia

Del mismo modo, el avance de la ciencia y tecnología, con nuevas opciones de tratamientos médicos y quirúrgicos para enfermedades crónicas no transmisibles, al igual que para las enfermedades oncológicas, han ayudado a un mejor control, con aumento en la incidencia y prevalencia de éstas y la expectativa de vida, incrementando también la necesidad del uso de los recursos del sistema de salud con la consecuente saturación de este, por ello, uno de los más grandes retos que tiene la Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2015-2024 (Ministerio de Salud, 2015), es disminuir la dependencia funcional y discapacidad, manteniendo las personas mayores funcionalmente activas.

Las instituciones de salud que cuentan con servicios de hospitalización, día a día se ven avocadas a prestar atenciones a usuarios cada vez más complejos por las múltiples patologías que padecen, los cuales demandan una mayor asistencia, con estancias prolongadas en hospitalización que repercuten negativamente en la disponibilidad de recursos que afectan la oportunidad de la atención, entre ellos uno de los más sensibles, la demora en la asignación de habitaciones. Estos pacientes son aquellos que se encuentran en otros servicios asistenciales principalmente urgencias,

salas de recuperación de post operatorio de cirugía y unidades de cuidado intensivo (Ceballos-Acevedo et al., 2014).

Esta situación tiene un impacto negativo en la atención de los usuarios y familiares, siendo los atributos de calidad principalmente afectados: oportunidad, seguridad, comodidad y satisfacción; y por supuesto, hay un aumento de los costos en el sistema de salud por menor eficiencia hospitalaria, complicaciones en la salud de los pacientes inherentes a largas estancias, con indicadores hospitalarios que no cumplen metas.

Desde esta perspectiva, la estancia hospitalaria es uno de los principales indicadores que preocupa a los gerentes, puesto que éste constituye un importante indicador de gestión y administración, con el cual se pueden demostrar resultados favorables.

Por esto y ante la necesidad de ser cada día más eficientes y efectivos en la atención, las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) han realizado grandes esfuerzos en la estandarización de sus procesos, tanto administrativos y financieros como asistenciales, adecuación e inversión en infraestructura física y tecnológica, implementación de sistemas integrados de información que den mayor soporte a la asistencia, contratación de profesionales médicos especializados de planta que, aunque representan un mayor costo, impacta indudablemente en una toma de decisiones pertinentes, oportunas y seguras. Con estos esfuerzos se busca brindar una atención con criterios de calidad dada por una adecuada coordinación, planeación, accesibilidad, suficiencia y eficiencia; que redundan en desenlaces exitosos y satisfacción de los usuarios y sus familias.

A pesar de estos esfuerzos, no va a ser posible alcanzar resultados positivos en la estancia hospitalaria y otros indicadores derivados de éste, si las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio no cuentan con servicios y/o una red de prestadores suficientes y eficientes que den continuidad con oportunidad a los tratamientos iniciados en el hospital para pacientes con patologías y condiciones clínicas con criterios de hospitalización domiciliaria, Unidad de Cuidado Crónico, Unidad de Cuidados Paliativos y pacientes en espera de oxígeno domiciliario; todos los cuales podrían beneficiarse del diseño de un Programa de Extensión Hospitalaria intramural para instituciones de alta complejidad y convertirse en una alternativa a la hospitalización aguda prolongada y un puente de comunicación entre el hospital y la atención primaria en salud (Cotta et al., 2001).

El diseño del Programa de Extensión Hospitalaria Intramural es una propuesta novedosa con la que ninguna otra institución prestadora de servicios de salud en la ciudad de Bogotá cuenta, se plantea como una alternativa de derivación rápida y eficiente de pacientes que se encuentren en hospitalización básica y por sus enfermedades y condiciones clínicas, cumplen con criterios de egreso temprano y al mismo tiempo de ingreso al programa de extensión hospitalaria.

En el presente documento, el lector encontrará la planeación y organización de todo el proyecto futurista, con el cual se pretende facilitar la comprensión y la proyección de las diferentes fases que podrían hacer parte del desarrollo de la propuesta. De este modo, se muestra detalladamente, la forma en que se realizará el diseño y documentación de los recursos necesarios para poner en marcha el Programa de Extensión Hospitalaria Intramural, partiendo de la descripción del contexto actual inherente a las instituciones prestadoras de servicios de salud de alta complejidad.

En la fase de diseño de la propuesta se considerarán recursos económicos de infraestructura física, cuya capacidad instalada se definirá de acuerdo con datos históricos con que cuenta la institución de necesidad no satisfecha de acceso a planes de hospitalización domiciliaria, Cuidado crónico, Cuidado Paliativo y Oxígeno Domiciliario y los diversos puntos que podrían justificar la creación de un Programa de Extensión Hospitalaria, con miras a dar una solución al problema multidimensional generado por las estancias hospitalarias prolongadas. Seguidamente también se definirán y describirán los costos asociados a la necesidad de talento humano, dotación de insumos, equipos básicos de atención, monitorización y cómputo, camas, camillas; se realizará la documentación del procedimiento y rutas de atención, alcance e indicadores de desempeño, con lo cual se evaluará la viabilidad de su ejecución, si se considera factible, para poder dar paso una segunda fase en la que se implementaría en la Clínica Palermo, a través de la estructuración y adecuación de Clínicas Especializadas en manejo de pacientes agudos, subagudos o crónicos reagudizados con necesidad de ingreso a los programas anteriormente mencionados, éste será un complemento del Programa de Egreso Temprano el cual se describirá más adelante.

Finalmente, en el diseño del Programa de Extensión Hospitalaria se establecieron sus propios indicadores que evidenciaran el desempeño y viabilidad, los cuales están basados en la Resolución 256 de 2016 "por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, 2016", estos se clasificaron en 4 grupos: seguridad, eficiencia, financieros y los relacionados

con la experiencia de la atención. Lo anterior podrá ser apoyado a través de la consulta del Anexo 1 Tablero de indicadores Unidad de Extensión Hospitalaria).

En el seguimiento a la seguridad en la atención se definieron los siguientes indicadores:

- Tasa de caídas de pacientes en la unidad de extensión hospitalaria: el objetivo del indicador es identificar el comportamiento de las medidas de seguridad aplicadas, relacionadas con caídas de pacientes, con el fin de establecer acciones de mejoramiento que mitiguen el riesgo de eventos adversos durante la atención en la UEH.
- Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en la unidad de extensión hospitalaria: con este indicador se pretende identificar el comportamiento de las medidas de seguridad relacionadas con la administración de medicamentos, con el fin de establecer acciones de mejoramiento en favor de la seguridad del paciente en la UEH.
- Tasa de úlceras por presión: el objetivo de este indicador es identificar el comportamiento de las medidas de seguridad relacionadas con úlceras por presión, con el fin de establecer acciones de mejoramiento que mejoren la seguridad del paciente en la UEH.
- Porcentaje de pacientes trasladados a Hospitalización o Urgencias desde UEH: se busca contar con información para el análisis de las principales causas por las que los pacientes que ingresen a la UEH regresan hacia los servicios de hospitalización y urgencias, con el fin de establecer acciones de mejoramiento que permitan mitigar el riesgo y realizar un adecuado proceso de selección de pacientes con criterios para atención en UEH.

A nivel de eficiencia se han definido los siguientes indicadores:

- Número de interconsultas respondidas en áreas asistenciales: este indicador permite identificar la cobertura en respuesta a interconsultas solicitadas a la UEH con el fin de establecer acciones de mejoramiento.
- Porcentaje de Ocupación de la unidad: identifica el comportamiento de la ocupación en la UEH con el fin de establecer acciones de mejoramiento que permitan cumplir con la meta.

- Promedio días de estancia: identificar el comportamiento de la estancia hospitalaria en la UEH con el fin de establecer acciones de mejoramiento para cumplir con la meta y mitigar complicaciones relacionadas con estancias prolongadas.
- Número de egresos en el periodo: este indicador nos permite contar con información de egresos de la unidad de extensión hospitalaria, con el fin de establecer acciones de mejoramiento para cumplir con la meta.

A nivel financiero los siguientes indicadores:

- Utilidad Bruta en Unidad de Extensión Hospitalaria: Identificar el comportamiento de utilidad en la UEH con el fin de realizar ajustes en la prestación del servicio y alcanzar la meta.
- Punto de Equilibrio: identificar el comportamiento del indicador con el fin de establecer las variables de ventas de servicio que no permiten cumplir con el cubrimiento de costos y gastos financieros en la UEH con el fin de establecer acciones de mejoramiento.

A nivel de experiencia en la atención los siguientes indicadores:

- Proporción de Satisfacción global de usuarios en Unidad de Extensión Hospitalaria: identificar el grado de satisfacción de los usuarios en la UEH a nivel general con el fin de establecer acciones de mejoramiento.
- Proporción de usuarios que recomendaría la Unidad de Extensión Hospitalaria a un familiar o amigo: identificar el grado de satisfacción en la recomendación de los usuarios en la UEH con el fin de establecer acciones de mejoramiento.

*En el Anexo.1 Tablero de Indicadores de la Unidad de Extensión Hospitalaria, se encontrará de manera detallada la ficha técnica de cada uno de los indicadores.

De igual manera, se debe considerar la medición del impacto a nivel de hospitalización de la clínica relacionado con la implementación del programa, a través del seguimiento de los indicadores de calidad, eficiencia administrativa, asistencial y financiera ya establecidos. (Anexo 2. Consolidado de Informes Asistenciales 2016 a 2020), además de la reducción de los costos para

el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los resultados, se podría establecer los planes de mejora que correspondan, siguiendo la metodología del ciclo PHVA.

2. Descripción de la Situación organizacional donde se realizará el proyecto

2.1 Análisis del Entorno económico, social y cultural.

El propósito de este proyecto es el diseño de un Programa de Extensión Hospitalaria Intramural, que dé soporte al egreso hospitalario temprano, a fin de obtener beneficios tanto para el paciente como para la institución, representados en el incremento de la seguridad, satisfacción, eficiencia hospitalaria, administrativa, asistencial y financiera; con la consecuente reducción de costos para el sistema de salud.

Con la Ley 100 de 1993 se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud estableciéndose en él unos principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación; con los cuales el estado garantiza a todos los habitantes del territorio nacional a tener una calidad de vida acorde a la dignidad humana y la protección de un derecho irrenunciable como es la seguridad social. (Ley 100, 1993; Guerrero et al., 2011)

Progresivamente se puede ver según cifras del Ministerio de Salud y Protección Social (2020) que el aseguramiento en Colombia ha aumentado, pasando de un 29.1% en el año 1995 de la población afiliada a un 97.8% en diciembre de 2020. La Ley Estatutaria en Salud 1751 del 16 de febrero de 2015 por medio de la cual se estableció la salud como un derecho fundamental, de igual manera, impactó en el aumento de la demanda de servicios con colapso principalmente de las unidades de urgencias, las cuales hasta el momento han sido el principal soporte y vía de acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Congreso de la República de Colombia, 2015)

Podemos ver con el paso del tiempo, que las instituciones hospitalarias se han visto obligadas de manera vertiginosa a implementar planes de acción que mitiguen entre otros aspectos la inoportunidad en la asignación de camas por insuficiencia de éstas, secundaria a la alta demanda de usuarios que requieren servicios de internación, uno de ellos en la Clínica Palermo, ha sido la implementación del Programa de Egreso Temprano, en el cual desde el ingreso del usuario a la

institución se identifican y gestionan los recursos que se necesitarán durante la atención y posterior al alta, esto con el fin de lograr al momento en que clínicamente se considere adecuado, con el apoyo de los aseguradores, un egreso oportuno, eficiente y seguro que garantice la continuidad del tratamiento en el domicilio. El Programa de Egreso Temprano se ha visto afectado entre otras causas, por la falta de oportunidad en la respuesta de los proveedores contratados por las Empresas Promotoras de Salud.

Este proyecto, aplicado a la empresa ha sido diseñado en un entorno en el que cada día hay una mayor necesidad de contar con servicios de apoyo extrahospitalario, que den respuesta oportuna al egreso de pacientes adultos mayores y pacientes con patologías que cumplen criterios del mencionado Programa de Egreso Temprano y de la presente propuesta de un servicio de Extensión Hospitalaria Intramural para permitir continuar el tratamiento iniciado en el hospital. Estos criterios están relacionados con pacientes que cursan con enfermedades generales agudas, crónicas agudizadas, oncológicas crónicas y terminales debilitantes con largas estancias hospitalarias, reingresos hospitalarios, procedimientos quirúrgicos mayores, etc., quienes presentan estabilidad clínica, pero requieren por la complejidad en su tratamiento, recursos y acompañamiento de profesionales sanitarios (Corrales-Nevado et al., 2012).

A continuación, se mencionan los criterios de acceso al Programa de Extensión Hospitalaria Intramural:

Los pacientes que se pueden beneficiar de la derivación a la unidad de extensión Hospitalaria son aquellos que, estando ingresados en hospitalización por enfermedades agudas y crónicas agudizadas estables, precisan una continuidad de cuidados médicos y/o enfermería y de rehabilitación de menor complejidad que no pueden ser proporcionados en su entorno residencial habitual. Pacientes que cursen con cuadros clínicos o cuidados postoperatorios que precisen de una estabilización antes de volver a su domicilio y que, aunque no precisan de una asistencia sanitaria muy compleja, ésta no puede ser prestada en su medio.

2.1.1 Cuidados continuados en unida de extensión hospitalaria

- Pacientes afectos de procesos y/o patologías ya diagnosticadas y estabilizadas en hospitalización, que precisan continuidad de cuidados especializados médicos y de enfermería, que no puedan ser proporcionados en el domicilio.

- Pacientes que precisen cuidados médicos y de enfermería hospitalarios y que no puedan ser dispensados a nivel domiciliario o residencial.
- Patología crónica incapacitante que requiere frecuentes controles clínicos y éstos no pueden ser asegurados en domicilio o medio residencial.

2.1.2 Rehabilitación

- Pacientes afectos de procesos ya diagnosticados y estabilizados en hospitalización, previsiblemente reversibles, que producen secuelas y deterioro funcional, que precisa continuidad de cuidados médicos, de enfermería especializados y rehabilitación, que no pueden ser proporcionados en su domicilio o de forma ambulatoria.
- Pacientes con incapacidades graves potencialmente reversibles una vez que han superado la fase aguda de su proceso, se han realizado los procedimientos diagnósticos y terapéuticos correspondientes y precisan de un tratamiento rehabilitador que no puede ser provisto en otros medios asistenciales.
- Pacientes con incapacidad funcional secundaria a procesos neurológicos (ictus, Parkinson, neuropatías,), procesos traumatológicos o deterioros funcionales por inmovilización prolongada de cualquier etiología, que pueden mejorar con tratamiento de rehabilitación.

Las necesidades anteriormente mencionadas derivadas de los programas de Egreso Temprano no cuentan con una oferta suficiente de prestadores que cumplan con la capacidad técnica y humana para brindar un servicio de calidad. Se observa, además, cierto desinterés por parte de algunas empresas aseguradoras de incluir estas alternativas como una solución segura y eficiente en la continuidad de los tratamientos a nivel extrahospitalario. Esta situación puede ser vista también como una oportunidad para generar ideas que ofrezcan soluciones para las instituciones hospitalarias, las cuales, a su vez, pueden generar mejores resultados de salud y financieros.

En el afán de responder con mayor eficiencia a las necesidades de los usuarios a nivel intra y extrahospitalario, numerosos prestadores, entre ellos el Hospital Universitario Mayor (Méderi), Hospital Universitario San Ignacio, Hospital Universitario Clínica San Rafael de la ciudad de Bogotá, Entidades Promotoras de Salud como Sanitas, Compensar, Suramericana; han implementado programas de extensión Hospitalaria, todos bajo la modalidad extramural, enfocados en aumentar la disponibilidad de camas hospitalarias, reducir los costos de la atención

tradicional del sistema de salud y humanizar el cuidado del paciente, a través de unos servicios realizados en el domicilio bajo la asistencia y orientaciones de profesionales de la salud especializados.

La Clínica Palermo, institución hospitalaria objeto del presente estudio ha diseñado una solución frente a la insuficiente respuesta de las EPS, inspirada en los programas extramurales antes mencionados definidos en la Resolución 3100 de 2019, consistente en la adecuación de un área física que observe a cabalidad con los estándares de habilitación de servicios intramurales y la normalización de procedimientos asistenciales y administrativos eficientes que impacten en una mayor oportunidad en el egreso de los pacientes que cumplan con criterios clínicos de ingreso al programa de extensión hospitalaria; de igual manera, facilitará el egreso del área de hospitalización de aquellos que clínicamente cumplen con criterios de hospitalización domiciliaria, pero las condiciones de habitación en el lugar de vivienda no son favorables, el cual es uno de los motivos por el que pueden ser rechazados para dichos programas (Ver Tabla 1).

Tabla 1

Requisitos de Ingreso a Programas Extramurales.

Requisitos de Ingreso a Programas Extramurales
1. El enfermo debe disponer de cuidador las 24 horas
2. El paciente o su representante legal deben estar de acuerdo con el Programa
3. El lugar de vivienda debe estar dentro del área de influencia definida por el proveedor de la EPS
4. El lugar de vivienda debe reunir unas características mínimas de salubridad
5. Debe disponer de un contacto telefónico

Fuente: Elaboración propia.

En el 2019 en Colombia, según cifras del DANE (2021), el producto interno bruto (PIB) alcanzó un incremento del 3.3% con respecto al 2018, un crecimiento económico próspero, en

América Latina por encima de economías como las de Brasil, Chile y Perú, con proyecciones 2020, 2021 y 2022 muy prometedoras, sin embargo, con el advenimiento de la Pandemia por SARS Cov2/Covid – 19, la declaratoria de Emergencia Sanitaria y de Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio Nacional a través de la Resolución 385 del 12 de marzo de 2020 y Decreto 637 del 6 de mayo de 2020 respectivamente, las condiciones económicas en este periodo se vieron seriamente afectadas con un decrecimiento del PIB de -6.8%, llegando nuestra economía a un ciclo de recesión y depresión del cual no se tiene certeza el momento en que se pueda superar y recuperar de manera progresiva y sostenida, adicionalmente, en los últimos días, las movilizaciones por protesta social y bloqueos de las principales vías por las que se mueve la producción del país empeoraron el panorama económico futuro.

La declaratoria de Emergencia Sanitaria a nivel nacional a su vez, obligó entre otras medidas a adoptar aislamientos y cuarentenas, con lo cual los habitantes no podrían salir de sus viviendas, el temor a morir por una enfermedad desconocida, logró que las personas se quedaran a sus hogares y a pesar de estar enfermos, algunos de ellos con requerimiento de intervenciones quirúrgicas y tener enfermedades crónicas por tratar, no asistieron a las instituciones de salud para sus controles, de esta manera bajó severamente la demanda de servicios y por consiguiente, los ingresos económicos de los prestadores de salud, adicionalmente, con la progresión de la Pandemia, los entes reguladores como el Ministerio de Salud y Protección Social y en el caso de Bogotá, la Secretaría Distrital de Salud; entraron tanto en la red pública como en la privada a controlar entre otros, los servicios como Unidades de Cuidados Intensivos y la programación de procedimientos quirúrgicos, servicios de alto costo que representan la principal fuente de ingresos en las instituciones de salud de mediana y alta complejidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020a; Ministerio de Salud Protección Social, 2020b; Secretaría Distrital de Salud, 2020).

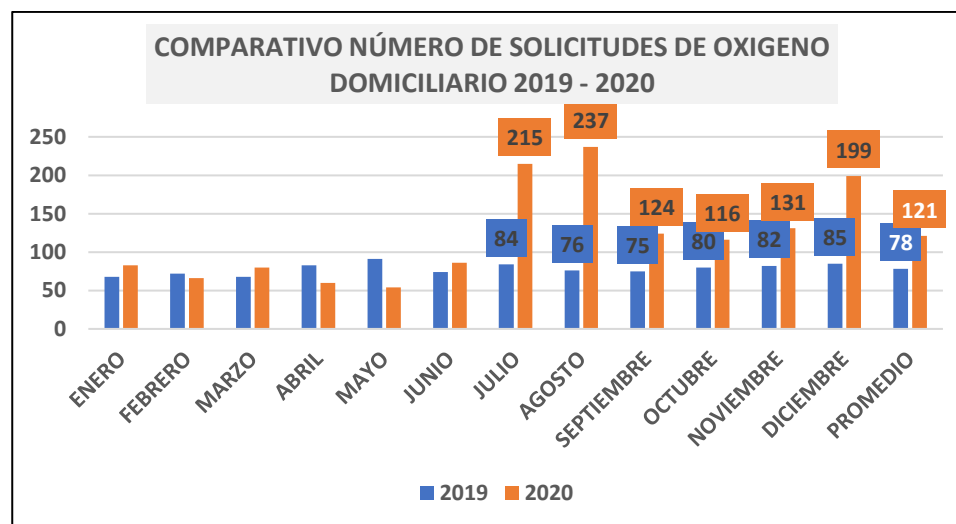
Con la llegada de los picos de la Pandemia por SARS Cov2/Covid – 19 en los meses de julio, agosto y diciembre de 2020 y enero y abril de 2021, en los que el número de pacientes incrementó y los servicios de hospitalización y Unidad de Cuidados Intensivos colapsaron, se requirió de más servicios de apoyo como son las atenciones extramurales para manejos en el domicilio y algunos hoteles, de igual manera, aumentó la necesidad de recursos como el oxígeno Domiciliario entre otros de uso frecuente, los cuales por la alta demanda se fueron agotando, generando dificultades a clínicas y hospitales, poniendo en riesgo a los usuarios, aumentando los tiempos de estancia y disminuyendo la disponibilidad de camas por egresos no oportunos.

La anterior situación se dio porque la principal complicación de los pacientes con infección por SARSCov2/COvid - 19 es de tipo respiratorio, afectándose gravemente con una rápida evolución. A pesar de la recuperación del cuadro clínico inicial, muchos continuaban con diversos síntomas residuales como fatiga, tos seca, fiebre, disnea, anosmia y dolor torácico entre otros; con severo compromiso de la función respiratoria, lo cual hizo que para su recuperación se debiera recurrir durante la hospitalización y en el domicilio al uso de Oxígeno, al igual que la continuación de otros tratamientos que usualmente se requieren para el acceso a Planes de Hospitalización Domiciliaria (Chérrez-Ojeda et al., 2020).

Según los registros de la Clínica Palermo (2019-2020): Registro de solicitud de remisiones hacia otros prestadores o empresas responsables de pago, el comportamiento de las solicitudes de oxígeno domiciliario por los pacientes con infección por SARSCov2/COvid – 19 que lo requerían a diciembre de 2020 mostró que, a partir del segundo semestre del 2020 se presentó una mayor necesidad mensual de este recurso, con un promedio por mes de 78 solicitudes de oxígeno domiciliario en el 2019 y 121 solicitudes en el 2020, lo cual representó un aumento del 55% en el año 2020 respecto al mismo periodo del año inmediatamente anterior (ver figura 5 y Anexo 3. Registro de solicitud de remisiones hacia otros prestadores o empresas responsables de pago).

Figura 5

Comparativo Número de Solicitudes de Oxígeno Domiciliario - Periodo 2019 – 2020.



Fuente: adaptado de Clínica Palermo (2020) *Registro de solicitud de remisiones hacia otros prestadores o empresas responsables de pago Clínica Palermo 2019-2020*. Bogotá.

De igual manera, el Registro de solicitud de remisiones hacia otros prestadores o empresas responsables de pago de la Clínica Palermo 2016-2020 (Anexo 3), muestra, que el promedio del número de días de estancia /mes innecesarios generados por la espera en la respuesta de solicitudes de oxígeno en el año 2020 se incrementó en un 95% respecto al mismo periodo del 2019, pasando de 155 días de espera en promedio /mes a 302 días, sin embargo, al hacer la misma comparación del segundo semestre de cada año (julio a diciembre), en el 2019 el número de días promedio de espera /mes fue de 161, en el 2020 de 473 días, representando un incremento del 294%, estos son días que se pudieron utilizar para otros pacientes que requerían de una habitación y se encontraban en otras áreas asistenciales como urgencias, unidad de cuidados intensivos y cirugía, lo cual habría mejorado la oportunidad en la asignación de camas y la productividad de las mismas. (Ver Figura 6).

Figura 6

*Comparativo Número de Días de Estancia mes por Espera de Oxígeno Domiciliario –
Periodo 2019-2020.*



Fuente: adaptado de Clínica Palermo (2020) *Registro de solicitud de remisiones hacia otros prestadores o empresas responsables de pago. Clínica Palermo 2019-2020. Bogotá.*

2.2 Análisis de la Industria en la que opera la organización.

La propuesta de un diseño de un Programa de Extensión Hospitalaria es una solución a una problemática empresarial para la clínica Palermo, institución de salud de tercer nivel de complejidad, de carácter privado, la cual puede ser replicada en clínicas y hospitales con internación. Con esta se busca optimizar el uso de los recursos asistenciales a nivel hospitalario, logrando de manera eficiente los mejores resultados en las instituciones de salud, los pacientes y el sistema, este resultado se podría evidenciar en mejoras en los indicadores de calidad como son: seguridad y satisfacción del paciente, eficiencia en la atención y financieros.

La clínica Palermo, tiene una capacidad instalada de 220 camas, de las cuales 127 corresponden al proceso de hospitalización básica, las restantes están asignadas a las unidades de recién nacidos, ginecoobstetricia y Cuidado Intensivo.

Las principales EPS del régimen contributivo con las que tiene convenio para la atención de pacientes son: Suramericana, Compensar, Famisanar y Sanitas, las cuales generan más del 85% de los ingresos en la prestación de servicios, estas hacen parte de los aseguradores más sólidos del país, lo cual brinda tranquilidad y respaldo a la IPS al momento de realizar convenios, prestar

servicios y recaudar dinero, esto impacta positivamente en los estados financieros y el cumplimiento de obligaciones con la propia institución y con terceros.

Las EPS, como responsables del aseguramiento en salud de los colombianos y del acceso oportuno e integral al plan de beneficios, han desarrollado programas extramurales para el manejo de poblaciones con enfermedades crónicas, adultos mayores, patologías crónicas agudizadas, otras enfermedades agudas y condiciones de salud; que requieren continuación de la atención fuera del hospital, sin embargo, estas actividades no han logrado un impacto eficiente, puesto que no cuentan con una red de prestadores de servicios de salud y talento humano especializado suficiente para cubrir la demanda día a día incrementada para este tipo de servicios.

Por otra parte, dado que se han reevaluado las necesidades poblacionales en salud y la eficiencia del Sistema de Salud Colombiano, y en respuesta al nuevo Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE); el Programa de Extensión Hospitalaria, pretende responder a las necesidades nacionales de equidad en salud, sostenibilidad del sistema, necesidades poblacionales específicas y de talento humano. (Ministerio de Salud, 2019)

El Plan de Beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de la Resolución 2481 del 24 de diciembre de 2020 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020c), por la cual se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiadas con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), garantiza el cubrimiento de servicios de atención a nivel intramural y extramural, esta última modalidad pueden ser domiciliaria, cuidados crónicos y Paliativos, los cuales a través de la Resolución 3100 del 25 de noviembre de 2019 , por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud, y se adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud, (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019) pueden ser habilitados por IPS en la modalidad intramural a través de una unidad de extensión hospitalaria. Dado lo anterior la propuesta de un Programa de Extensión Hospitalaria cumpliría con los lineamientos establecidos en la Resolución 3100 de 2019.

Las clínicas y hospitales que operan en la ciudad de Bogotá con complejidad similar a la clínica Palermo no son ajenas a los efectos de los cambios demográficos y Epidemiológicos, en lo referente a estancias hospitalarias prolongadas. Para el egreso oportuno de pacientes y para que puedan continuar sus tratamientos a nivel domiciliario, en su mayoría se apoyan en las EPS, las cuales, a través de proveedores externos contratan el manejo de estos servicios, algunas IPS como

el Hospital Universitario Mayor Méderi, cuentan con programa de extensión hospitalaria restringida, consistente en una atención en el domicilio, en el que un equipo asistencial liderado por un médico, realiza seguimiento al tratamiento en el lugar de residencia del usuario, lo que si bien permite abordar una necesidad del paciente, no da una respuesta eficiente a la oportunidad de acceso inmediato, seguimiento y control de la enfermedad.

Según Osorio Acosta & Paredes Alonso (2001):

la reingeniería de procesos permite mejorar el desempeño de las organizaciones, táctica y operacionalmente, generando beneficios como mejoras en la calidad, en la flexibilidad, reducción de costos y eficiencia y eficacia en las compañías.

En Estados Unidos, España e Italia el concepto de reingeniería aplicada al área de la salud se ha visto relacionada a procesos del alta hospitalaria y el rediseño de la logística del flujo de pacientes. En el contexto anterior, en Colombia se han encontrado experiencias en hospitales privados para abordar la congestión de los departamentos de urgencias, debido a la falta de disponibilidad de camas para pacientes que requerían ser hospitalizados (Ceballos-Acevedo et al., 2014). Por lo tanto, buscando intervenciones que permitan procesos de eficiencia en las instituciones prestadoras de servicios de salud, en este sentido, el programa de Extensión hospitalaria puede considerarse como un proceso de reingeniería de procesos en salud, que aportaría a la Clínica Palermo, beneficios en términos de seguridad para los pacientes, satisfacción para los cuidadores y sus familias, eficiencia en la utilización de los recursos disponibles.

El ambiente en el que se desarrolla este proyecto está bajo el dominio y poder de las Empresas Aseguradoras, las cuales teóricamente de acuerdo con lo establecido en la ley 100 de 1993 (Congreso de la República de Colombia, 1993) son las dueñas de los usuarios y tienen el control en la decisión de contratación, lo cual pone en riesgo el cumplimiento de las expectativas de la institución respecto al programa de extensión hospitalaria. Por otro lado, algunos pacientes y familiares tienen resistencia a ingresar a este tipo de programas, sobre todo en los que pueden ser candidatos a continuar el tratamiento en el domicilio, esta situación se da principalmente por la desconfianza en el cumplimiento del tratamiento por parte de los proveedores, quienes se limitan a ejecutar el plan establecido, muchas veces de manera inoportuna e incorrecta, sin establecer con la familia una comunicación adecuada y suficiente que facilite la aclaración de dudas de la evolución de la enfermedad.

La industria de la salud es quizás la más normatizada en nuestro país, a través de la cual se obliga a las IPS a dar cumplimiento al derecho fundamental a la salud (Congreso de la República de Colombia, 2015). Los tiempos han cambiado y nos encontramos en una era en la que el internet nos permite rápidamente el acceso al conocimiento, los pacientes cada día están mejor informados, conocen claramente sus derechos y los exigen, son altamente sensibles a la menor desviación en el cumplimiento de estos, como por ejemplo la inoportunidad en la asignación de camas y la falta de confort durante la estancia y el proceso de atención. Ley 1480 de 2011 Estatuto del Consumidor (Congreso de la República de Colombia, 2011)

Las instituciones prestadora de servicios de salud tienen la obligación de hacer lo mejor posible por los pacientes y familiares, puesto que depositan en sus manos, la vida de los seres más amados, por lo tanto, estas instituciones deben dar cumplimiento a los principios básicos de la calidad en la atención en salud como son el acceso, la oportunidad, continuidad, pertinencia, racionalidad técnico científica, seguridad y satisfacción; principios que ejercen presión sobre la coherencia de las promesas de servicio que las instituciones de salud promulgan a través de los direccionamientos estratégicos, y los entes de control, quienes hacen auditorías a la calidad de los servicios prestados, en especial cuando los usuarios o familiares establecen quejas al no estar conformes con el cumplimiento de sus expectativas, por ejemplo, la no asignación oportuna de una cama en hospitalización, situación que a la vez genera estancias prolongadas en otros servicios.

3. Análisis de la Empresa

La clínica Palermo es una organización de carácter privado, fundada por una congregación católica hace más de 70 años, la cual por tradición y a través de su historia siempre había dispuesto hasta el año 2015 en la cabeza de la dirección general una religiosa, año en el que la Junta Directiva con el objetivo de aumentar la productividad de la clínica, fortalecer la cultura organizacional en torno a los procesos organizacionales y misionales; toma la decisión de reestructurar el gobierno de la institución con lo cual se pretende garantizar la viabilidad y sostenibilidad Institucional. Como resultado del anterior cambio, por primera vez, después de 67 años y hasta la fecha, la Dirección General es asumida por un laico, con independencia técnica para la gestión de la Institución.

Es importante mencionar que la Clínica Palermo ha presentado cambios de Director General en 3 oportunidades, 2016, 2018 y 2020; el primero estableció un direccionamiento estratégico para un periodo de 5 años (2016 – 2020), con los cambios de gerente, cada uno de ellos

realizó modificaciones y priorizó las acciones a ejecutar previamente establecidas, el nuevo Director posesionado a finales del 2018, efectuó ajustes, con una proyección 2019 – 2022, (Plan estratégico de una institución de salud tercer nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá periodo 2019 - 2022). Para dar cumplimiento a los objetivos estratégicos, se establecieron 35 acciones específicas, priorizadas en el periodo 2019 - 2020, estas actividades fueron sometidas a una aprobación progresiva de la junta directiva, de las cuales en el periodo 2019 se aprobaron y ejecutaron aproximadamente el 50% (Anexo 4. Presentación Power Point Comité Directivo Plan Estratégico 20 de enero de 2021).

Para el año 2020 una de las actividades que se pretendía ejecutar, fue el diseño del Programa de Extensión Hospitalaria, con el cual se buscaba impactar los ejes financiero y de operación y sus tres objetivos, (i) disminuir las atenciones inseguras, (ii) optimizar los resultados asistenciales, y (iii) optimizar la infraestructura física y tecnológica de la clínica, con la llegada del nuevo coronavirus SARS Cov2/Covid - 19 y la declaratoria de Pandemia a nivel mundial por la OMS, se suspendieron todas las acciones de mejora de infraestructura y con el fin de prepararse para dar la mejor respuesta a situación de incertidumbre y desconocida algunos proyectos se detuvieron. A principios de 2021 se dio la contratación de un nuevo gerente quien revalido el Plan Estratégico para el periodo 2021 – 2025, fundándolo en cuatro ejes y la generación de iniciativas novedosas e innovadoras, orientadas a apalancar el desarrollo de la estrategia y cumplir con lo definido en los ejes como pilares de la ejecución.

Los ejes son: 1) Eje de Finanzas, orienta en la generación de los recursos para lograr la sostenibilidad, crecimiento financiero, y eficiencia en el manejo de los mismos, 2) Eje de Innovación, en el cual se generan nuevos modelos de negocio, relacionamiento e infraestructura, aumentando la participación en el mercado y cumplimiento de los criterios de Responsabilidad Social y Empresarial, 3) Eje Asistencial, da las orientaciones para afianzar un modelo de operación asistencial eficiente, humanizado y seguro con criterios de calidad, y 4) Eje de Talento Humano, en el cual se brindarán las herramientas para una transformación permanente de las competencias de nuestro talento humano y alcanzar el cumplimiento de los objetivos estratégicos.

3.1 Reseña Histórica

La Clínica Palermo es una institución prestadora de servicios de salud, fundada en 1948 en la ciudad de Bogotá, con un enfoque en la atención de pacientes quirúrgicos y en el binomio madre-

hijo, reconocida como empresa socialmente responsable por ser una obra de la Congregación de las Hermanas de la Caridad Dominica de la Presentación de la Santísima Virgen María, y se ha concentrado en construir sus propios estándares de calidad y diferenciadores de buen servicio (Clínica Palermo, 2018). Desde su apertura, la capacidad instalada de la clínica se ha duplicado. Actualmente, cuenta con un área construida de 21.000 metros cuadrados, distribuidos en dos edificios que dan cabida a 220 camas, distribuidas en 172 de hospitalización general, una Unidad de Cuidados Intensivos para adultos con 16 camas y 6 de cuidado intermedio, una Unidad de Recién Nacidos con 23 unidades, de las cuales 9 son básicas y 16 Intensivas, además de 8 quirófanos habilitados, 3 de parto y cesárea, 7 consultorios de urgencias y 14 consultorios de consulta externa, además la institución ha habilitado servicios de apoyo diagnóstico de alta complejidad de Laboratorio Clínico y Patología, Endoscopia Digestiva, Medicina Nuclear, Cardiología invasiva y no invasiva, Imágenes Diagnósticas de Resonancia Nuclear Magnética, Tomografía, Radiología Digital, Ecografía, Radiología Intervencionista y Neurofisiología. Les provee cada año atención a más 70.000 pacientes en urgencias, más de 4.000 en cirugía, 15.000 en hospitalización, 4.000 en obstetricia, 1.050 colaboradores son responsables de la prestación de servicios de la clínica, los cuales se concentran en la atención de urgencias, hospitalización general y cuidado crítico. La actividad quirúrgica propende principalmente las especialidades de ginecología y obstetricia, ortopedia, urología, otorrinolaringología, cirugía general, cirugía vascular, neurocirugía y cirugía maxilofacial. (Anexo 2. Consolidado de informes asistenciales 2016 – 2020¹).

En los últimos 5 años, los ingresos de la Clínica han aumentado anualmente de manera progresiva, permitiendo generar excedentes que han disminuido las pérdidas acumuladas. La clave de estos resultados ha sido la optimización en el uso de la capacidad Instalada y la eficiencia de los modelos de operación de las unidades asistenciales. (Anexo 5 ingresos y Costos 2015-2020/Departamento Financiero).

¹ Intranet Clínica Palermo/Share Point/Intranet/Planeación Técnica/Bioestadística/Informes Asistenciales/Consolidado de Informes

3.2 Misión:

Somos una Institución católica prestadora de servicios de salud. Inspiramos esperanza y confianza, contribuimos a la salud y el bienestar de la población con calidad a través de un modelo de atención integral, seguro, humanizado, centrado en el paciente y su familia, con énfasis en la actitud de servicio y el buen trato.

Nos regimos por los principios de la Congregación de las Hermanas de la Caridad Dominicanas de la Presentación de la Santísima Virgen. (Clínica Palermo, 2018)

3.3 Visión:

Ser en el 2025 una institución de alto reconocimiento por la excelencia e innovación en la atención integral, con énfasis en el paciente quirúrgico y la atención del binomio madre e hijo.

Se han definido unos objetivos estratégicos, los cuales se basan en los ejes que hacen realidad el cumplimiento de la misión y la visión y dan sostenibilidad a la organización:

3.4 Objetivos Estratégicos:

- Finanzas: Generar los recursos para lograr sostenibilidad, crecimiento financiero y eficiencia en el manejo de los recursos.
- Innovación: Generar nuevos modelos de negocio, relacionamiento e Infraestructura
- Talento Humano: Brindar herramientas para una transformación permanente de las competencias de nuestro talento humano
- Asistencial: Afianzar un modelo de operación asistencial eficiente, humanizado y seguro con criterios de calidad.

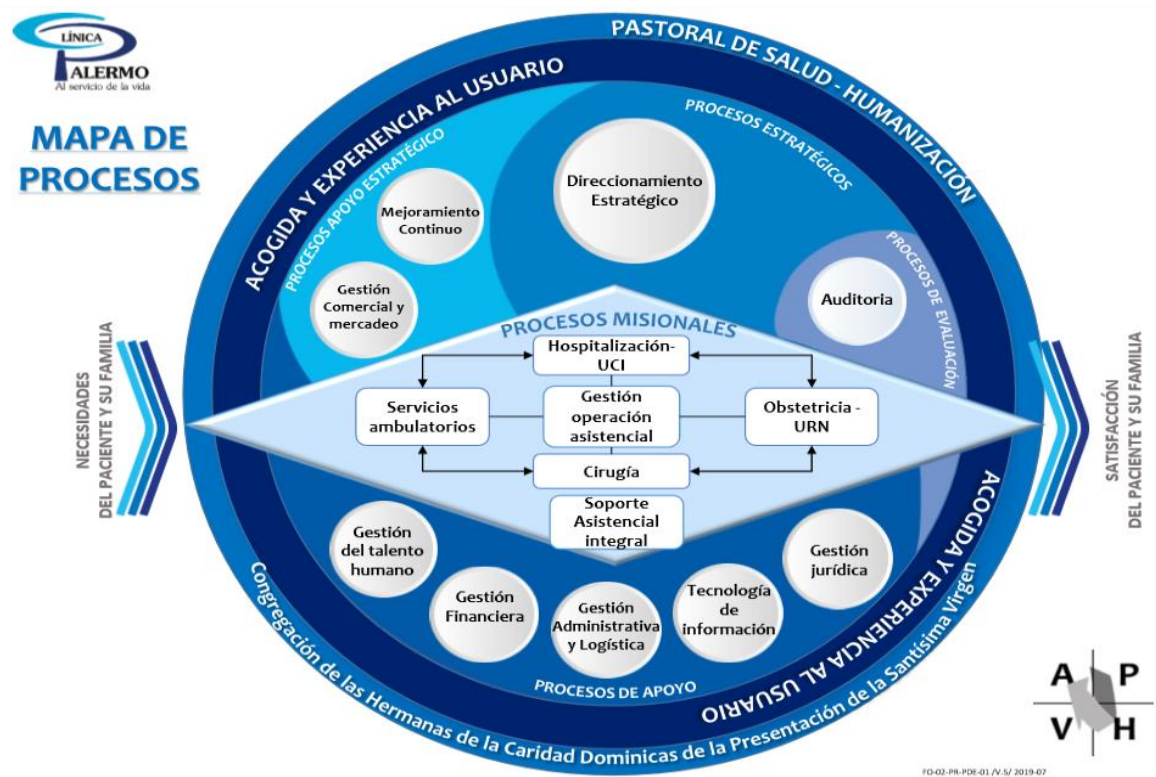
3.5 Mapa de procesos:

Funcionalmente los procesos están definidos en: (1) Misionales, dentro de los que se encuentran Servicios ambulatorios, Hospitalización y Unidad de Cuidados Intensivos, Cirugía, Obstetricia y Unidad de recién Nacidos, Gestión de Operación Asistencia y Unidad de Soporte Asistencial; (2) los Procesos de Apoyo, constituidos por tecnología de información, Gestión del Talento Humano, Gestión Financiera, Gestión Administrativa y Logística y Gestión Jurídica; (3) los Procesos Estratégicos constituidos por Direccionamiento estratégico, Mejoramiento continuo y Gestión Comercial y Mercadeo, y (4) el Proceso de evaluación constituido por Auditoría, en el mapa de procesos se ha incluido el Programa de Acogida y Experiencia al Usuario, el cual es

transversal a todos procesos institucionales y vela porque el usuario y su familia durante el proceso de atención tenga una experiencia que cumpla con sus expectativas y satisfaga sus necesidades.

Figura 7

Mapa de Procesos Clínica Palermo 2020.



Fuente: Departamento de Calidad/Sistema de Información Almera/Mapa de Procesos/ Clínica Palermo (2020). *Mapa de Procesos*. Bogotá

El organigrama de la Clínica Palermo muestra un orden de jerarquía en el que el Gobierno Provincial es quien está en lo alto de la estructura orgánica de la institución, luego se encuentra la junta directiva, la dirección general, de la cual se despliegan y dependen de esta, las direcciones de calidad y servicio, dirección médica, dirección de enfermería, dirección de tecnología de la información, dirección financiera y dirección administrativa y logística, de cada una de las direcciones hay una dependencia de departamentos y áreas.

Se mencionan algunos de los indicadores de los procesos misionales:

- Hospitalización: días de estancia general, giro cama, porcentaje de ocupación de camas, pacientes > de 60 años 2017 a 2020.
- Urgencias: # pacientes atendidos, Ocupación, pacientes en espera de habitación 2019-2020, oportunidad en la atención de acuerdo con la clasificación de Triage.
- Cirugía: número de pacientes y procedimientos realizados en el mes, vía de abordaje, procedimientos realizados de forma electiva y de urgencias, número de procedimientos por especialidad y por aseguradora.
- Consulta Externa: Número de consulta realizadas en el mes, consultas de primera vez y de control, oportunidad en la asignación de citas, consultas por entidad responsable de pago.

3.7 Modalidades de contratación que se manejan en la institución

De acuerdo con la información recibida por el área de convenios, en la institución actualmente se manejan las siguientes modalidades de contratación y pago:

- Pago por Evento o Servicio: en esta modalidad de contratación la facturación se realiza prestación por prestación que el paciente recibe en cada atención o episodio, en este tipo de convenio no hay transferencia de riesgo al prestador.
- Pago por Paquete: agrupa todas las prestaciones en una patología específica, esta modalidad es utilizada en la institución únicamente para pacientes quirúrgicos, se aplica para cada patología, un paciente con apendicitis aguda, el paquete incluye consulta de urgencias, laboratorios básicos, observación de urgencias, medicamentos analgésicos, antibiótico, procedimiento quirúrgico, 1 día de estancia, la atención no puede superar el valor establecido.
- Pago Integral por Diagnóstico Atendido (PIDA): aplica para maternas, esta es una forma de pago por la atención integral de la materna y el neonato, se tiene un valor establecido por la atención del binomio madre - hijo, el riesgo de superar los topes lo asume la institución.

Se realizó un análisis de bases de datos del año 2016 a 2020, facilitadas por el área de referencia y contrarreferencia, perteneciente al Departamento de Operación Asistencial, en las cuales se encontró, el número de pacientes que requieren servicios con los que la clínica Palermo por habilitación no cuenta o la complejidad de la atención es mayor, también se evidenció que algunos pueden requerir un nivel inferior de complejidad para continuar la atención.

Esta área tiene como función esencial, articular de manera organizada y coordinada con otras IPS, a través de las Empresas Responsables del Pago o asegurador, el acceso y continuidad de servicios complementarios con los que no se dispone.

La anterior situación, puede darse principalmente por falta de equipos tecnológicos, talento humano especializado o capacidad instalada, sin embargo, también por motivos administrativos como son: no convenio y no autorización para su realización por la Empresa Administradora de Planes de Beneficio, otras actividades de ésta área incluyen, inicio de trámites administrativos para lograr el acceso de usuarios a programas extramurales especiales asociados como continuación a la atención ya establecida a nivel intrahospitalario, también aceptar pacientes de otras instituciones de salud para hospitalización, realización de estudios, procedimientos y continuación de tratamientos en la propia clínica, con lo cual se apoya a otros hospitales y clínicas y se optimiza el uso de sus propios recursos. Las anteriores actividades son ejecutadas por enfermeras profesionales, quienes alimentan diariamente las bases de datos de las cuales se tomó la información para el respectivo análisis (Clínica Palermo, 2018).² Descripción de la situación estudio de caso y/o problemática empresarial

A nivel mundial la atención primaria en salud orienta sus esfuerzos para que todas las personas puedan acceder con equidad y de forma integral a los servicios básicos sanitarios, lo cual podría impactar positivamente en una disminución de los costos en la atención del sistema, mejor calidad y un aumento en la esperanza de vida (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

La falta de oportunidad en el acceso a programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de consulta de medicina especializada, estudios diagnósticos y terapéuticos, a tratamientos médicos y quirúrgicos, rehabilitación y paliación, además, médicos de consulta externa y prioritaria poco resolutivos, ha llevado a que un alto volumen de pacientes deban ingresar a las instituciones hospitalarias en estado grave, con descompensación de sus enfermedades crónicas y oncológicas, no tratadas o no controladas, con una mayor carga de enfermedad para el sistema, requiriendo para la recuperación de su salud atenciones más especializadas, mayores

² Fuente: Ruta institucional: OneDrive/Carpeta Referencia/Formatos Referencia/Consolidado 2010-2020/Formato Registro de

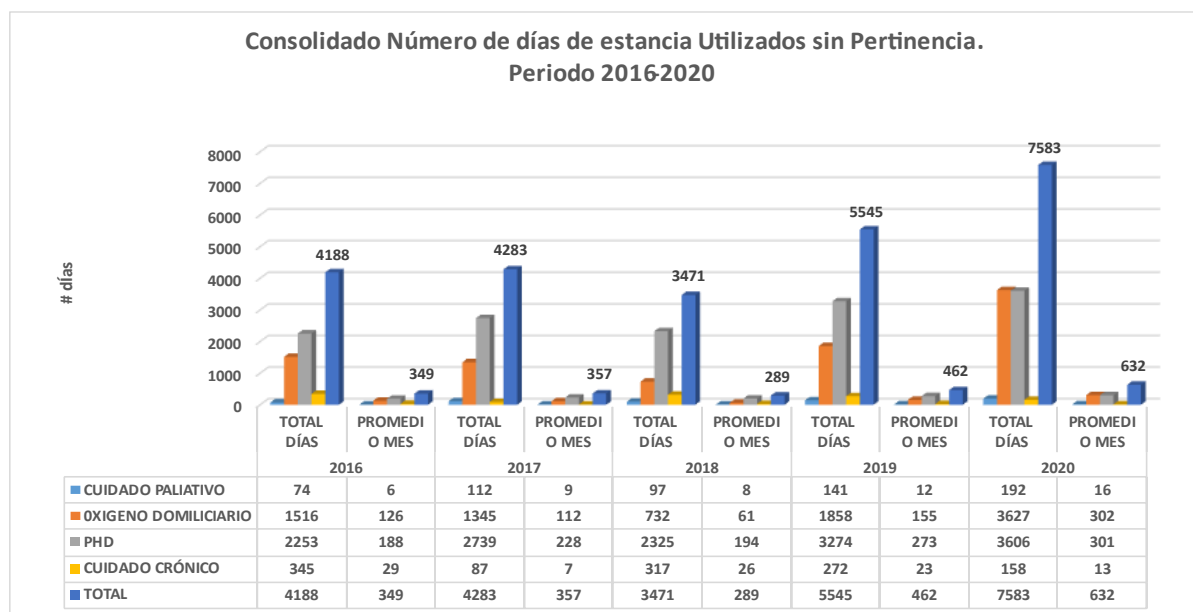
recursos, entre ellos el uso de camas con estancias más prolongadas y la consiguiente disminución de la disponibilidad de éstas.

Este entorno ha tenido un mayor impacto en los servicios de urgencias, cirugía y unidad de cuidados intensivos, siendo éstos afectados ante la necesidad de hospitalizar los pacientes que en ellos se encuentran; los usuarios con enfermedades crónicas descompensadas, por lo general adultos mayores, requieren estancias hospitalarias más largas y dependiendo de la causa de descompensación, una vez controlada, un grupo de éstos pacientes, podrían ser manejados en programas especiales extramurales de atención en el domicilio, de cuidados crónicos o paliativos, sin embargo, en un alto porcentaje, no es fácil acceder por la falta de proveedores e implementación de programas eficientes propios por las Entidades Promotoras de Salud, que al final, son las responsables de la oportunidad en el acceso de los pacientes a estos servicios.

En el análisis y definición del problema de la institución, se encontraron datos valiosos que muestran la realidad de los recursos que se pierden por días de estancia hospitalaria innecesarios, (ver figura 9), los cuales impactan en un alto costo para todas las instituciones de salud que cuentan con servicios de hospitalización. Se puede ver que el número total de pacientes que día a día requieren acceso a diferentes servicios extramurales, principalmente Programas de Hospitalización Domiciliaria, cuidado crónico, Cuidados Paliativos y dispensación de oxígeno domiciliario, representa un porcentaje considerablemente elevado (Ver tabla 2), quienes, al no ingresar oportunamente a los programas previamente mencionados, generan estancias hospitalarias extensas e inactivas, por consiguiente, ineficiencias en los procesos asistenciales, administrativos y financieros.

Figura 9

Consolidado número de día de estancia hospitalaria utilizados sin pertinencia periodo 2016-2020.



Fuente: adaptado de Clínica Palermo (2020). *Consolidado número de día de estancia hospitalaria utilizados sin pertinencia periodo 2016-2020.* Bogotá.

Tabla 2

Porcentaje de Pacientes con Solicitud de Egreso a Programas Especiales.

Periodo 2016-2020.

**% de Pacientes con solicitud de egreso a programas especiales
periodo 2016-2020**

Periodo	# Egresos Año	# Solicitudes	% Solicitudes
2016	7912	1148	14.5
2017	8161	1175	14.4
2018	8090	889	10.1
2019	8084	1643	20.3
2020	7566	2262	29.9

Fuente: adaptado de Clínica Palermo (2020). *Registro de Remisiones hacia otros Prestadores o Empresas Responsables de Pago 2016-2020.* Área de Referencia y Contrarreferencia. Bogotá.

Los datos de la Tabla 2, muestran que el número de pacientes que para egresar efectivamente de hospitalización en el periodo 2016 -2020 requirieron acceso a programas de egreso temprano va en aumento, sobre todo en los años 2019 y 2020, en el último periodo el incremento se debió a la Pandemia por SARS Cov2, puesto que aumentaron principalmente los pacientes con necesidad de oxígeno en el Domicilio y programas de hospitalización domiciliaria, dicha situación se convierte en una oportunidad y justificación adicional para implementar el programa de Extensión Hospitalaria en la clínica Palermo, de igual manera para las instituciones de salud que brinden atención con internación.

Las bases de datos entregadas por el área de referencia y contrarreferencia permitieron construir tablas con información discriminada de servicios solicitados desde las áreas de hospitalización básica de adultos, por tipo (Plan de Hospitalización Domiciliario, Cuidado Crónico, Cuidado Paliativo, Oxígeno Domiciliario), promedio de días de estancia por mes y año por cada

tipo de servicio, resultado obtenido de dividir la sumatoria del número de días desde la solicitud hasta el egreso y número de servicios solicitados, realizando de esta manera un cálculo aproximado del número de días que por mes y año se pierden y hacen que el procedimiento de asignación de habitaciones en hospitalización en un determinado número de pacientes que se encuentran en los diferentes servicios asistenciales (urgencias, Cirugía, Unidad de Cuidados Intensivos, hospitalización) sea inoportuno. (Anexo 3).

Para comprender la afectación asistencial, administrativa y financiera que causan las estancias prolongadas, es necesario tener presente información de capacidad instalada hospitalaria básica total de la clínica Palermo, la cual es de 172 camas, de éstas, 127 se tendrán en cuenta como fuente de egreso de pacientes a Unidad de Extensión Hospitalaria, distribuidas en los pisos (2° Norte, 3° occidente, 3° sur, 4° y 5°), las cuales permiten un total de 46.355 días cama disponibles por año, (Anexo 2), no se tienen en cuenta los pacientes ubicados en Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios puesto que para el egreso definitivo de estas unidades, por la condición crítica, requieren previamente de seguimiento en hospitalización, los de Unidad de Recién Nacidos se descartan por no estar dentro del alcance del programa, tercero norte y primer piso son unidades de tránsito para pacientes maternas y quirúrgicos, los cuales tienen una estancia promedio de 1 a 2 días, el incluirlos desviaría el cálculo del indicador de estancia promedio de hospitalización básica, además los pacientes en esta ubicación no cuentan con criterios de ingreso a extensión hospitalaria establecidos.

En el periodo analizado desde el 2016 al 2020 se encontró un total de 25070 días de ocupación innecesaria de camas, con un promedio por año de 5014 y 418 mensual, representando este resultado, el 11% de la capacidad total de días cama disponibles por año (46355) de hospitalización básica adultos, resultado de multiplicar 127 camas que se encuentran disponibles por los 365 días del año. Un indicador que se tendrá en cuenta para este análisis es el promedio mensual de días de estancia del paciente con hospitalización básica adultos, que en el periodo 2019 fue de 5.3 días y en el 2020 de 7.06 días, (ver anexo 2. tablas consolidado de informes asistenciales 2019 y 2020), lo cual significa que la pandemia por SARSCov2/Covid – 19 tuvo un impacto importante en el comportamiento de este resultado, con un aumento en 1,76 días de estancia por paciente, representando un incremento del 33%, con menos habitaciones disponibles para asignar, una mayor ocupación y estancia en los servicios que demandan camas de hospitalización.

Se espera con el Plan de Vacunación Nacional (Ministerio de Salud, 2021), en los siguientes meses superar la crisis que ha dejado la Pandemia por SARS Cov2/ Covid – 19, retornar a una vida normal y comportamiento similar o mejor que el 2019, con recuperación de la economía, considerando que el periodo 2020 fue un año atípico en todos los ámbitos de la sociedad, no se tendrá en cuenta el resultado del indicador de estancia obtenido en este periodo, se aplicará el del 2019, por lo tanto, si en este periodo el indicador alcanzó un promedio de 5.3 días, significa que se dejaron de hospitalizar 946 pacientes nuevos por año (79 cada mes).

En el análisis para determinar la situación problema de la clínica Palermo y priorizar la intervención, se recurrió a diferentes técnicas, entre ellas la matriz DOFA, en la cual, a través de un ejercicio juicioso, se encontraron en detalle las principales Fortalezas y Debilidades, Oportunidades y Amenazas para llevar a cabo el proyecto de Diseño de un Programa de Extensión Hospitalaria. El problema de estancias hospitalarias prolongadas e inoportunidad en la asignación de camas se encontraba identificado desde las diferentes áreas asistenciales afectadas desde hace un tiempo atrás, en los años 2015 y 2017, se elaboraron en urgencias, en cada periodo una matriz DOFA (Anexo 6 y 7), en las cuales se observó que uno de los principales problemas del proceso era la sobre ocupación, como resultado de la inoportunidad en la asignación de habitaciones para evacuar pacientes hacia hospitalización, de igual manera se corroboró dicha situación en el 2017 a través de la elaboración de un análisis de Pareto en el que el 41% mostro como principal causa la no disponibilidad de habitaciones en hospitalización. (Anexo 8).

Desde el Programa de Egreso Temprano, se han identificado múltiples causas que impactan de manera importante el egreso oportuno, principalmente en hospitalización, la demora de autorización por parte de las empresas aseguradoras y respuesta de los proveedores para inicio del Plan de Hospitalización Domiciliaria, también dependientes de la EPS. (Programa de Egreso Temprano PG-GL-10 actualizado en marzo de 2021).

En el 2019 se consolidaron los indicadores de eficiencia administrativa de todas las áreas asistenciales de la institución, a través del establecimiento de un documento denominado Informe Diario, el cual contiene la información que se genera en cada proceso asistencial, se actualiza cada 24 horas, se encuentra bajo responsabilidad de los líderes de proceso y del jefe del Departamento de Operación Asistencial. Entre la información que se encuentra en este Informe Diario, para resaltar están en urgencias, el número total de pacientes que se encuentran en observación y el

número de pacientes hospitalizados en espera de asignación de cama, para el periodo 2019 se encontró en promedio cada día 48 pacientes en observación, el 33% estaban esperando ser trasladados al área de hospitalización, con estancias mayores a 24 horas, en el año 2020, el 40%. Las anteriores cifras muestran que, urgencias es la principal puerta de entrada a la institución, (Anexo 9. Informe Diario 2019-2020, fuente jefatura Proceso de Operación Asistencial). Basado en lo que dice Ceballos-Acevedo et al. (2014) un alto porcentaje de pacientes que se encuentra en este lugar, demandan una cama en hospitalización, afectando la eficiencia de este.

Tabla 3.

Porcentaje de Pacientes que ingresan a Hospitalización Procedentes de Urgencias Adultos. Periodo 2016-2019.

% de Pacientes que ingresan a hospitalización procedentes de urgencias adultos periodo 2016 – 2019			
Periodo	# Egresos Hospitalarios	# Hospitalizaciones procedentes de urgencias	Porcentaje
2016	7912	4577	57.8
2017	8161	5376	65.9
2018	8090	5921	73
2019	8084	5421	67

Fuente: Elaboración Propia. Adaptado de Clínica Palermo (2019). *Informes Asistenciales*. Bogotá.

En la tabla 3 se puede observar claramente que más del 60 % de los pacientes que se internan en hospitalización proceden de urgencias.

A nivel de Hospitalización este informe contiene entre otros indicadores el número de egresos del día anterior, estancia media en días de lo corrido del mes y el porcentaje de ocupación en las áreas hospitalarias, con los cuales se planea y prioriza la asignación de camas a los pacientes que se encuentran en los diferentes servicios asistenciales esperando ser hospitalizados.

La nueva dirección general en el periodo correspondiente al 2019-2020, a través del análisis de datos e indicadores históricos generados de los sistemas de información y de la aplicación de una metodología de lluvia de ideas con los líderes de procesos, estableció acciones estratégicas encaminadas a dar solución a los principales problemas de la institución relacionados con la seguridad del paciente, infraestructura con ampliación de la capacidad instalada de urgencias y hospitalización, creación de la estructura de operación hospitalaria para el control entre otra información de los indicadores de desempeño administrativo, implementación del nuevo sistema de información transaccional que daría soporte a la operación asistencial, administrativa y financiera, eficiencia quirúrgica, cumplimiento de presupuestos, entre otras actividades, también estableció para el periodo 2020 una acción denominada Anticiparse para Mejorar complementaria del Programa de Egreso Temprano, estrategia enfocada en la optimización del uso del recurso cama, a través del egreso oportuno de pacientes con criterios de tratamiento de enfermedades a nivel extramural.

Una de las debilidades que más preocupa no alcanzar la materialización del proyecto, es la infraestructura física de la institución por su antigüedad y al ser declarada patrimonio cultural, dificulta la intervención y adecuación de áreas, también lo es la no disponibilidad de recursos económicos y el alto poder de negociación de las EPS, sin embargo, como lo demuestra la matriz DOFA, son más las fortalezas y oportunidades que lo abrazan, y pueden impulsar el diseño del Programa de Extensión Hospitalaria como solución para el uso eficiente del recurso cama que afecta la oportunidad en la asignación de las mismas, con lo cual nos anticipamos a enfrentar este tipo de problemas y dar de esta manera una solución eficiente, tanto para la institución, usuarios y familia, como para el sistema de salud colombiano.

Las estrategias planteadas como resultado del análisis de la Matriz DOFA son propuestas que se realizarán en este PAE, las cuales pueden ser tenidas en cuenta en el Plan Estratégico de la Clínica Palermo 2021 – 2025.

Tabla 4*Matriz DOFA*

DOFA - Proyecto Diseño de un Programa De Extensión Hospitalaria para una Institución de Tercer Nivel de Complejidad

Factores Internos	Factores Externos
<p>FORTALEZAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Institución de salud de alto reconocimiento en la ciudad de Bogotá y a nivel nacional por su experiencia en la prestación de servicios de salud de calidad y humanización, al ser visualizada por la población como una clínica perteneciente a una comunidad religiosa de alto renombre. ● El programa se articula a un proyecto institucional como una iniciativa del direccionamiento estratégico. ● Apoyo de las altas directivas para el desarrollo del proyecto. ● El Programa de Extensión Hospitalaria contaría con la participación presencial y apoyo de las hermanas de la comunidad, lo cual da un mayor respaldo a la imagen del proyecto. ● Contar con un equipo compuesto por líderes institucionales con conocimiento claro sobre el impacto en costos que tienen las largas estancias hospitalarias. 	<p>OPORTUNIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Escasos oferentes de servicios especiales para programas de egreso temprano de calidad y énfasis en una atención humanizada como factor diferenciador. ● Posibilidad de dar un mayor cubrimiento a una población en proceso de envejecimiento cuya incidencia y prevalencia de enfermedades agudas, crónicas y oncológicas, son susceptibles de manejo hospitalario intramural y extramural. ● Posibilidad de ofrecer el servicio a pacientes particulares, lo que apalancaría el sostenimiento financiero del Programa de Extensión Hospitalaria. ● Posibilidad de ofrecer una alternativa viable para la atención del paciente adulto mayor con enfermedades crónicas y de esta manera hacer hacia el futuro una propuesta de ajuste en las políticas públicas con enfoque en una vejez funcional.

DOFA - Proyecto Diseño de un Programa De Extensión Hospitalaria para una Institución de Tercer Nivel de Complejidad

Factores Internos

- Líderes de proceso con orientación al trabajo en equipo y de resultados.
- En el Direccionamiento Estratégico se ha establecido un Modelo de operación asistencial eficiente, humanizado y seguro con criterios de calidad.
- Contar con recursos humanos y tecnológicos para una atención ágil que permite una definición oportuna de los egresos de hospitalización.
- La institución cuenta con diferentes especialidades y servicios de apoyo para la atención complementaria e integral de pacientes crónicos con múltiples comorbilidades, incluidas patologías quirúrgicas que se encuentren en la Unidad de Extensión Hospitalaria.

Factores Externos

DOFA - Proyecto Diseño de un Programa De Extensión Hospitalaria para una Institución de Tercer Nivel de Complejidad

Factores Internos

DEBILIDADES:

- Infraestructura física de la institución es antigua e insuficiente, incluso ha sido declarado patrimonio cultural inmodificable, lo que dificulta la adecuación e intervención de áreas físicas.
- Bajo poder de negociación al momento de realizar convenios con las empresas aseguradoras.
- Baja visualización del impacto que han tenido los cambios culturales en la demografía con población más longeva y envejecida demandando servicios de salud.
- No se cuenta con disponibilidad de recursos económicos definidos para el proyecto.
- No se cuenta con talento humano especializado en el manejo integral del paciente adulto mayor con enfermedades crónicas concomitantes con enfoque en una recuperación funcional y calidad de vida.

Fuente: Elaboración Propia

Factores Externos

AMENAZAS:

- Alto poder de negociación de las EPS que imponen condiciones de contratación.
- Aparición a futuro de oferentes competidores eficientes y de más bajo costo.
- Replicación del Proyecto.

Tabla 5*Estrategias Recomendadas Basadas en DOFA***Estrategias Recomendadas Basadas en DOFA**

Estrategia Fortaleza - Oportunidad (FO)	Estrategia Debilidad – Oportunidad (DO)
<p>1. Desarrollo de Servicio a través de la implementación de un programa de Extensión Hospitalaria intramural como complemento del programa de Egreso Temprano que permita optimizar el uso del recurso hospitalario cama y prepararse para la atención eficiente de la población con múltiples enfermedades crónicas, comorbilidades descompensadas, polifarmacia, también pacientes con enfermedades agudas.</p> <p>2. Definir un equipo multidisciplinario con las habilidades y competencias que cumplan con las necesidades de los pacientes y las expectativas del proyecto.</p>	<p>1. Definir un lugar estratégico de ubicación de la Unidad de Extensión Hospitalaria que facilite la implementación del programa bajo el cumplimiento de criterios de habilitación.</p> <p>2. Vender el servicio a las empresas aseguradoras como una estrategia costo efectiva para el sistema de salud.</p> <p>3. Apropiar los recursos necesarios para el desarrollo e implementación del Programa de Extensión Hospitalaria.</p>

Estrategias Recomendadas Basadas en DOFA

Estrategia Fortaleza - Amenaza (FA)

Estrategia Debilidad - Amenaza (DA)

1. Documentar el procedimiento de atención en la unidad de extensión hospitalaria definiendo la terminación del proceso asistencial, administrativo y financiero con el egreso definitivo del paciente desde este lugar, con lo cual se puede mantener la ocupación de la unidad cumpliendo con indicadores financieros.

2. Aprovechar la imagen institucional y las buenas relaciones con las empresas aseguradoras de salud para realizar convenios de mutuo beneficio, vendiendo el proyecto como una estrategia costo efectiva.

1. Establecer estrategias de Mercadeo que permitan ofertar la unidad de Extensión Hospitalaria a segmentos de la población que se encuentran bajo influencia geográfica de la institución y aquellos clientes que con el tiempo se han fidelizado.

2. Definir un equipo multidisciplinario con las habilidades y competencias que cumplan con las necesidades de los pacientes y las expectativas del proyecto.

3. Estandarizar el proceso de atención, haciendo que cada uno de los integrantes del equipo de la Unidad de Extensión Hospitalaria visualice y viva la atención de los pacientes con criterios de calidad y humanización como factores clave de éxito y diferenciadores de la competencia.

Fuente: Elaboración Propia

4. Descripción de las alternativas, estrategias y/o acciones que se toman en el análisis del estudio de caso y/o solución a la problemática empresarial

La clínica Palermo de la ciudad de Bogotá ha sido proactiva al observar cautelosamente la evolución, transformación del sistema de salud y los problemas que se presentan en él, como consecuencia del proceso de adaptación a los fenómenos sociales, económicos, culturales, políticos, jurídicos, cambios permanentes de norma, lo cual afecta a todos los integrantes del sistema, principalmente EPS, IPS y usuarios, teniendo que hacer ajustes cada vez más rápidos y eficientes para acomodarse a nuevas situaciones y exigencias o asumir el riesgo de desaparecer.

A pesar de los avances en la cobertura del sistema, con incremento de usuarios por atender, la falta de recursos económicos, ha llevado a una larga crisis al sector de la salud, todos los actores, tanto Empresas Sociales del Estado públicas e IPS privadas deben priorizar e intervenir entre otros aspectos, el fortalecimiento del talento humano, dotación de tecnología, infraestructura física, sistema de información, etc., estos aspectos implican una inversión de muy alto costo económico, a pesar de ello, han aparecido empresas extranjeras con ánimo de compra de clínicas y hospitales e inversión en este segmento, lo cual lo hace más competido y laborioso, son empresas de inversionistas económicamente poderosas, quienes ven en el sector una oportunidad de crecimiento económico, al tener un número importante de usuarios afiliados al sistema y un plan de beneficios amplio, en el que pueden intervenir con eficiencia y obtener resultados, con márgenes de rentabilidad atractivos, ante estos cambios, la necesidad de cumplir como empresa socialmente responsable y perdurar en el tiempo, la clínica Palermo ha definido una estrategia de fortalecimiento operacional, financiero, de talento humano y posicionamiento, que le permitirá en los siguientes años lograr una mayor eficiencia, competitividad y participación en el mercado.

La creación del Programa de Extensión Hospitalaria está alineada con la planeación estratégica institucional 2021 -2025, al estar definida como una iniciativa del eje asistencial y su ejecución proyectada para mejorar la eficiencia hospitalaria en la administración de camas, calidad, seguridad, satisfacción e impactar en la humanización de la atención y calidad en la recuperación de las personas que ingresen al programa.

La clínica Palermo progresivamente ha estructurado y perfeccionado la metodología de implementación del direccionamiento estratégico institucional enfocando acciones que mitiguen los problemas que impactan sus indicadores de resultado. En los últimos años se han orientado acciones tendientes a mejorar los indicadores del recurso cama como son: ocupación, giro cama,

estancia y egreso; para impactar positivamente este último indicador, se establecieron actividades de estandarización y mejoramiento del tiempo del procedimiento de salida del paciente hospitalizado, para ello se implementó el Programa de Egreso Temprano, para el que previamente se realizó un estudio que se desarrolló en 3 fases, una primera fase fue la planeación del proyecto con la definición de los integrantes y el alcance; en una segunda fase, se realizó un análisis y la definición del contexto actual del egreso en la clínica, revisión documental relacionada con el egreso, comportamiento de los indicadores de eficiencia hospitalaria como giro cama y oportunidad en el egreso, una actividad importante fue la realización de referenciación del comportamiento del procedimiento de egreso en el Hospital San Ignacio; en la tercera fase, finalmente con la información obtenida se realizó el rediseño del proceso de egreso, se implementaron mejoras y se intervino a cada uno de los responsables del egreso, los paciente, médicos, servicios de apoyo, personal administrativo responsable de la facturación y personal de servicios generales; estos últimos deben realizar los procedimientos de limpieza y desinfección para lograr disponer oportunamente de una cama para un nuevo paciente.

Los resultados han sido positivos al mejorar los tiempos del egreso en el periodo 2018 y 2019, los cuales se miden desde el momento en que el médico decide y elabora el alta en el sistema de información, hasta que el paciente abandona efectivamente la unidad hospitalaria y queda disponible para otro usuario, para el logro de este egreso efectivo, desde el ingreso se ejecutan acciones administrativas con las cuales se adelanta la consecución de los recursos que el usuario va a requerir para continuar el tratamiento en el domicilio o en otro lugar extramural.

Con el fin de contar con una mayor disponibilidad de camas, otra acción implementada fue la ampliación de la capacidad instalada tanto en hospitalización como en urgencias, con un aumento en el número de camas para internación, en el periodo 2018 se contaba con 196 camas, 2019 con 214 camas y en el 2020 con 229, en este último periodo, el incremento de la capacidad instalada se dio principalmente por una mayor cantidad de unidades en cuidado intensivo para dar respuesta a las exigencias que se presentaron durante la pandemia por SARS Cov2/Covid-19, en urgencias se implementó un nuevo modelo operativo para el cual entre otras acciones en el 2019 se incluyó la ampliación y adecuación de una nueva área de observación, con la adición de 23 camillas se incrementó la capacidad instalada, alcanzando ésta un total de 44 cubículos completamente dotados, de igual manera, se adecuo en el mismo año, una unidad de baja complejidad y cortas estancias con 21 sillas reclinomáticas.

Se realizó intervención al modelo de atención institucional, el cual desde años atrás se encontraba bajo la responsabilidad de médicos generales y especialistas de las diferentes ramas, todos bajo un parámetro de contratación de prestación de servicios, entorno desfavorable que no permitió que estos profesionales tuvieran sentido de pertenencia y adherencia a los lineamientos institucionales, afectando negativamente entre otros indicadores, la estancia hospitalaria, el giro cama, ocupación y satisfacción de los usuarios y familia; motivo por el cual, la Clínica Palermo decidió realizar un cambio al modelo de contratación y los especialistas de las diferentes disciplinas se nombraron de planta, con esto se logró una mejor adherencia a las directrices establecidas por la alta dirección, impactando positivamente en los resultados de los indicadores anteriormente mencionados.

Se logró alcanzar también mejoras por la toma de decisiones, ya no por médicos generales, sino por especialistas, quienes, al realizar un óptimo uso de los recursos tecnológicos y enfoque de tratamientos más específicos y eficientes, mejoraron las estancias hospitalarias, siendo éstas menos prolongadas, aumentando el giro cama, impactando en la disponibilidad de estas. Este modelo también se estableció en urgencias, obteniendo igualmente resultados alentadores en los diferentes indicadores de calidad, seguridad, eficiencia, satisfacción del cliente interno y externo.

A pesar de las acciones implementadas y logro de mejores resultados, estas no han sido suficientes, lo cual se evidencia en la información obtenida del área de referencia. (Anexo 3), el cual muestra un número importante de días de estancia hospitalaria no pertinentes, días que se pierden en gran parte por causas externas no relacionadas con la institución como son: la no autorización de los aseguradores y no disponibilidad oportuna de empresas proveedoras de servicios extramurales.

Es importante mencionar que también existen otras causas inherentes a la institución por las cuales los tiempos de estancia en el hospital son prolongados, estas fueron documentadas por el área de referencia y contrarreferencia, en el Programa de Egreso Temprano (Anexo 9) a principios del año 2021, a través de las experiencias que diariamente experimentan, están las relacionadas con el proceso de atención definido por la institución y el talento humano que lo ejecuta, no hay adherencia a las directrices institucionales del procedimiento de egreso por parte del equipo multidisciplinario, algunas especialidades y médicos no pasan revista ni definen los egresos antes de la hora establecida, no elaboran oportunamente la documentación que el paciente requiere al momento de salir, hace falta informar a la familia sobre la evolución de la enfermedad

y la fecha posible de salida, enfermería no ejecuta a tiempo el egreso en el sistema de información para que se dé continuidad al trámite administrativo, también se ha identificado falta de oportunidad en la realización de procedimientos y estudios diagnósticos responsabilidad de la clínica, las relacionadas con el tipo de paciente, quienes tienen condiciones clínicas y patologías de base crónicas, de difícil manejo, requieren más tiempo para su recuperación, las relacionadas con la familia, este factor afecta la oportunidad del alta, puesto que una condición para un egreso seguro es que el paciente cuente con un acompañante que pueda responder y tomar decisiones, los usuarios no cuentan en muchas ocasiones con una adecuada red de apoyo familiar por lo cual no pueden egresar.

Los resultados de los diferentes indicadores van de la mano de acuerdos de servicios que se logran con las empresas aseguradoras, la clínica cuenta con convenios para atención de pacientes con 4 de las principales EPS del país (Famisanar, Suramericana, Compensar y Sanitas), también los tiene con empresas de Medicina Prepagada, Planes complementarios, Pólizas, ARL, particulares; sin embargo, aunque en la prestación de servicios, lo ideal es contar con convenios, no siempre es así, debemos atender usuarios de otras EPS con las que no se cuenta con un contrato, además, como institución prestadora de servicios de salud, la cobijan normas que debe cumplir (Ley 1751, 2015), que regula el derecho fundamental a la salud y la prestación de una atención inicial de urgencias para todas las personas que lo soliciten, por esta razón pueden ingresar usuarios de EPS pequeñas que no cuentan con representación ni puntos de atención en la ciudad de Bogotá, pacientes no asegurados, etc., la experiencia nos muestra que en general los usuarios afiliados a EPS sólidas, muchas veces tienen dificultad para egresos oportunos a través de programas de atención extramural, esta situación es mucho más marcada y se presenta con mayor frecuencia en usuarios de empresas aseguradoras sin presencia en la ciudad, por lo anterior, periódicamente se realizan reuniones y comités para evaluar y hacer seguimiento al cumplimiento de indicadores de calidad de acuerdo a lo acordado, ante el no cumplimiento se implementan mejoras según corresponda.

Las bases de datos construidas y suministradas por el área de referencia y contrarreferencia de los periodos 2016 al 2020, se procesaron, de las cuales se logró obtener información de alta relevancia relacionada con el tiempo en días de hospitalización no pertinente, encontrando como principales causas de estancias hospitalarias prolongadas la no autorización o inoportunidad por parte de las empresas aseguradoras de los servicios solicitados para atención extramural como son

en su orden de importancia por el tiempo de estancias que generan, los planes de hospitalización domiciliaria, necesidad de oxígeno domiciliario, cuidado crónico y cuidado paliativo. (Anexo 10. Consolidados días de estancia a diciembre de 2020), el cual comprende el periodo del 2016 al 2020.

La información obtenida demuestra que los tiempos de largas estancias no pertinentes en hospitalización causados por ineficiencias de los aseguradores a nivel administrativo y de la institución a nivel asistencial, no permiten alcanzar el control del recurso cama, como resultado de esto, se presentan erogaciones y grandes pérdidas económicas para las instituciones hospitalarias y para el sistema de salud, impactando en costos de no calidad que de igual manera afectan los resultados y la satisfacción de los usuarios (López Ramírez & García Ortiz, 2020), los datos encontrados en el periodo analizado (2016-2020) mostraron unas estancias no pertinente de 25070 días, representando esta cifra el 11% de la capacidad instalada de hospitalización básica en este quinquenio (228.125 días cama disponible), los cuales pudieron haber sido utilizados en la hospitalización de pacientes que se encontraban en otros servicios esperando la asignación de una cama para hospitalizarse, el promedio anual fue de 5014 días.

Si se lograra alcanzar una estancia hospitalaria por paciente igual o inferior a 5 días, tiempo máximo recomendado de acuerdo con el estudio de costos realizado para el Programa de Extensión Hospitalaria por la Dirección Financiera (Anexo 11), en el que se tuvo en cuenta los costos promedio de hospitalización básica en el primer trimestre de 2020, el número de pacientes que pudieron hospitalizarse por año (2016-2020) habrían sido 1002, para dar respuesta oportuna a la necesidad de internación en hospitalización a este número de pacientes se requeriría la construcción de una capacidad instalada de 14 camas, esta necesidad de construcción de infraestructura física se obtiene de dividir 1002 pacientes entre 12 meses, lo cual nos da como resultado 84 que al mes podrían ser hospitalizados, si se cumple con una estancia promedio de 5 días, los 84 pacientes requerirían 420 días mes, número que se divide entre 30 días del mes, dando como resultado 14 habitaciones, con la implementación del programa de extensión hospitalaria se evitaría la construcción o adecuación de esta capacidad instalada, o lo que es igual, se estaría dando capacidad de funcionamiento a un equivalente de 14 habitaciones.

El contar con 14 habitaciones, en el modelo de hospitalización actual con una estancia igual o menor a 5 días permitirían unos ingresos mensuales de \$ 216.683.592, con un margen de

rentabilidad del 39.7%, representaría al mes aproximadamente \$ 86.023.386 de ganancia, al año \$1.032.280.632.

En el modelo actual debemos tener en cuenta que en los primeros 5 días, cada día de internación genera un ingreso medio de \$ 515.913 con un margen de rentabilidad de 39.7%, a partir del día 6 disminuye a \$ 386.607, con un margen de rentabilidad del 11.9%, diferencia que se presenta a partir de ese día de estancia, por el menor consumo de recursos en medicamentos, insumos, menos estudios diagnósticos, costos de la prestación del servicio de hospitalización que por el contrario, al iniciar una internación son altos, sin embargo, los costos fijos se mantienen, (Anexo 11).

La solución que se propone con este proyecto aplicado a la problemática de estancias hospitalarias prolongadas, que causan inoportunidad e ineficiencias en la administración del recurso cama en la clínica Palermo, es la implementación de un Programa de Extensión Hospitalaria, el cual puede ser realizado a través de un servicio intramural y extramural, en un principio se aconseja la implementación con un alcance Intramural para atención de pacientes con enfermedades agudas y crónicas agudizadas que requieren y cumplen criterios para la atención en un Plan de Hospitalización Domiciliaria, Unidad de Cuidado Crónico, Unidad de Cuidado Paliativo y Dolor.

5. Plan Financiero Programa de Extensión Hospitalaria

En la planificación del Programa de Extensión Hospitalaria de la clínica Palermo, se han considerado los siguientes aspectos que constituyen el plan financiero con el cual se procurará controlar las inversiones iniciales, definir las estrategias de financiación, ejecución en el tiempo, cumplimiento de objetivos financieros, retorno de la inversión, punto de equilibrio y rentabilidad, previsión de ventas, con lo cual se determinará la viabilidad de este.

5.1. Plan de inversiones inicial

Para el inicio del programa de extensión hospitalaria se requiere de una inversión en activos fijos relacionados con dotación y equipos, adecuación de infraestructura física y talento humano, los cuales se han establecido de forma que den cabal acatamiento a lo exigido en los estándares de habilitación para una unidad de cuidado crónico intramural de baja y mediana complejidad. Según

Ministerio de Salud y Protección Social (2019), la cual cumpliría con los criterios de acceso definidos y necesidades para la atención de pacientes de este programa.

Tabla 6

Inversión Inicial Dotación y Equipos 2021

Dotación y Equipos	Cantidad	Costo
<u>Costo total</u>		<u>\$ 144.931.357</u>
Monitor Signos Vitales	1	\$ 7.550.000
Electrocardiograma Portátil	1	\$ 4.200.000
Tensiómetro Manual	1	\$ 150.000
Termómetro de Distancia	1	\$ 90.000
Celulares	2	\$ 360.000
Camas	12	\$ 53.158.800
Camillas	2	\$ 12.614.000
Fonendoscopio	2	\$ 311.922
Equipos de Cómputo	2	\$ 5.597.836
Escalerillas	6	\$ 299.880
Báscula	1	\$ 581.905
Carro de paro	1	\$ 3.018.911
Bomba de infusión	2	\$ 7.344.000
Silla de Ruedas	2	\$ 800.000
Equipo de órganos de los sentidos	1	\$ 1.850.000
Metro	1	\$ 906.124
Atriles	3	\$ 664.071
Puntos de Oxígeno	3	\$ 10.500.000
Desfibrilador	1	\$ 15.885.000
Porta Cilindro	1	\$ 70.000
Flujómetro	1	\$ 287.632

Dotación y Equipos	Cantidad	Costo
Tándem de 4 puestos metálica	5	\$4.000.000
Sistema de llamado de Enfermería	1	\$12.876.276
Plan de Datos, ropa, logos		\$1.815.000

Fuente: Elaboración Propia. Adaptado de Resolución 3100 de 2019. *Estándar de dotación para una unidad de cuidado crónico*. Bogotá

Los costos de inversión inicial en dotación y equipos tienen un valor de \$144.931.357, los cuales se depreciarán de acuerdo con las características de los equipos en un tiempo estimado entre 1 y 10 años, por un valor promedio mensual \$ 1.581.973, el cual tendrá un bajo impacto en el estado de resultados del programa de extensión hospitalaria, (Anexo 11). En este análisis también se incluyeron los costos de plan de datos para equipos de telefonía celular, dotación de uniformes, valor de señalización y logos del área por \$1.815.000 y póliza de aseguramiento anual por \$ 500.907.

Es importante tener en cuenta que en el estudio para este análisis financiero se contempló en los gastos generales la asignación del 9,5% de la distribución del gasto administrativo de los centros de costos de los pisos 2 norte, tercero sur, tercero occidente, 4 y 5 pisos, en los cuales hay un total de 127 camas, áreas asistenciales de baja complejidad, de donde potencialmente saldrán los pacientes para el programa de Extensión Hospitalaria. (Anexo 12. Ficha Técnica Estudio de Costos Extensión Hospitalaria, Hoja ficha técnica, punto 6, Hoja Estado de Resultados), con lo anterior en la definición del costo de la canastilla se generará un gasto administrativo por un valor de \$ 8.313, el cual representa un 3.3% del valor de la producción del servicio. La inclusión de los gastos generales en el estado de resultados causa cambios en el resultado del ejercicio de margen neto y el resultado final, con un EBITDA de 66.9%.

Tabla 7

Equipo Constitutivo Talento Humano Unidad de Extensión Hospitalaria

Talento Humano

Costo Mensual	Cantidad	<u>\$ 17.744.438</u>
Médico general		\$ 0
Jefe de Enfermería	1	\$ 4.400.987
Auxiliar de Enfermería	2	\$ 4.578.934
Médico Especialista Geriatria	0.5	\$ 7.267.799
Soporte por Psicología		\$ 0
Trabajo Social	0.3	\$ 968.940
Soporte Espiritual – Capellán		\$ 0
Soporte Espiritual – Hermanas	1	\$ 527.778
Terapeuta		\$ 0
Profesional en Nutrición y Dietética		\$ 0

Fuente: Elaboración Propia. Adaptado de Resolución 3100 de 2019. *Estándar de Talento humano para una unidad de cuidado crónico*. Bogotá.

El talento humano que se ha definido y constituirá el equipo base para la atención de pacientes en el programa de extensión hospitalaria a nivel intramural estará conformado por 1 profesional en enfermería, 2 auxiliares de enfermería tiempo completo, 1 Especialista en Geriatria medio tiempo, 1 profesional de Trabajo social quien dedicará al programa una tercera parte del tiempo de trabajo en la institución, se contará con la presencia de hermanas religiosas, quienes a través de la pastoral de salud darán soporte espiritual, el costo mensual de este personal será de \$17.744.438, los profesionales en Psicología, Capellán, Terapeuta físico y respiratorio y Nutrición y Dietética darán asistencia en el proceso de atención según necesidad de cada caso en particular.

Tabla 8

Funciones de los integrantes del equipo constitutivo del Programa de Extensión Hospitalaria

FUNCIONES DE LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO CONSTITUTIVO PEH

CARGO	FUNCIONES
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recibir con amabilidad al paciente en Unidad de Extensión Hospitalaria 2. Tomar signos vitales 3. Cuidados de accesos venosos periféricos 4. Control de líquidos administrados y eliminados 5. Cuidado de estado de la piel 6. Baño del paciente 7. Ayudar en la alimentación al paciente que lo requiera 8. Ayudar a vestir 9. Participar en la educación y orientación al paciente y familia en AVD 10. Recibir los pedidos de medicamentos de la farmacia 11. Arreglo de la Unidad. 12. Limpieza y desinfección de superficies y equipos Biomédicos 13. Recibir y Entregar turno a la hora establecida

14. Traslado del paciente
15. Egreso del paciente
16. Dar cumplimiento a la política de seguridad del paciente
17. Propender el cumplimiento de las metas de indicadores de desempeño de la unidad.

FUNCIONES DE LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO CONSTITUTIVO PEH

CARGO	FUNCIONES
JEFE DE ENFERMERÍA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recibir con amabilidad al paciente en Unidad de Extensión Hospitalaria. 2. Elaborar y Ejecutar el Plan de Enfermería 2. Vigilar el adecuado cumplimiento de las funciones de la auxiliar de enfermería acompañando cuando sea necesario 3. Administrar Medicamentos 4. Cambio de sondas y accesos venosos 5. Gestionar las órdenes médicas y el personal a cargo 6. Participar en la educación y orientación al paciente y familia en AVD 7. Recibir los pedidos de medicamentos de la farmacia 8. Recibir y Entregar turno a la hora establecida 9. Egreso del paciente

10. Revisar inventarios de equipos biomédicos y medicamentos
 11. Dar cumplimiento a la política de seguridad del paciente.
 12. Propender el cumplimiento de las metas de indicadores de desempeño de la unidad.
-

GERIATRA

1. Pasar revista médica de lunes a viernes a las 7:00 a.m. en la unidad de extensión Hospitalaria
2. Realizar ingreso del paciente a la unidad.
3. Realizar evolución 1 vez al día tomando las conductas necesarias para la recuperación del paciente.
4. Realizar conciliación y prescripción de medicamentos
5. Realizar órdenes de exámenes según corresponda
6. Solicitar interconsultas según necesidad
7. Vigilar que el cumplimiento de las órdenes médicas se realice de acuerdo con el plan terapéutico establecido.
8. Realizar egresos de forma oportuna
9. Dar respuesta a interconsultas solicitadas de los diferentes servicios asistenciales.
10. Identificar, aceptar pacientes con criterios de acceso a unidad de extensión hospitalaria de acuerdo con la disponibilidad de camas.
11. Coordinar con el equipo asistencial del programa el cumplimiento de actividades

del plan de cuidados y objetivos de control del estado clínico del paciente.

12. Dar cumplimiento a la política de seguridad del paciente.

13. Propender el logro de las metas de indicadores de desempeño de la unidad.

FUNCIONES DE LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO CONSTITUTIVO PEH

CARGO

FUNCIONES

TRABAJO SOCIAL

1. Pasar revista médica de lunes a viernes a las 7:00 a.m. en la unidad de extensión Hospitalaria con Geriatra.

2. Identificar que el paciente cumple con criterios de acceso al programa de extensión Hospitalaria, dando aval a la aceptación del Geriatra.

3. Identificar que el paciente con criterios de acceso al programa cuente con una adecuada red de apoyo familiar que facilite su recuperación y continuación de tratamientos.

4. Acompañar y orientar a las familias y a los cuidadores para que sean promotores de la recuperación de su salud.

5. Participar en la educación y orientación al paciente y familia promoviendo en las personas y sus familias estilos de vida saludables.

6. Dar cumplimiento a la política de seguridad del paciente.

7. Propender el cumplimiento de las metas de indicadores de desempeño de la unidad.

FUNCIONES DE LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO CONSTITUTIVO PEH

CARGO	FUNCIONES
SOPORTE ESPIRITUAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasar revista médica de lunes a viernes a las 7:00 a.m. en la unidad de extensión Hospitalaria con Geriatra identificando los pacientes que requieren soporte espiritual. 2. Dar acompañamiento espiritual de acuerdo con las creencias del paciente y familia. 3. Dar cumplimiento a los objetivos de la pastoral de la salud a través del soporte espiritual a los pacientes que lo requieran. 4. Dar cumplimiento a la política de seguridad del paciente. 5. Propender el cumplimiento de las metas de indicadores de desempeño de la unidad.

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 9

Costos Adecuación de Infraestructura Física Unidad de Extensión Hospitalaria.

Adecuación Infraestructura Física	
Costo total	<u>\$ 135.524.500</u>
Servicios de Apoyo	Costo
Estación de enfermería (3 puestos)	\$ 5.943.000
Trabajo limpio	\$ 855.800
Trabajo sucio	\$ 1.089.000
Sala de curaciones y tratamiento	\$ 1.320.000
Depósito de medicamentos	\$ 286.000
Depósito de ropa blanca o limpia	\$ 1.005.400
Depósito de Equipos	\$ 1.036.200
Depósito de ropa sucia	\$ 928.400
Lavado de patos	\$ 246.400
Sitio para camillas y sillas de ruedas	\$ 6.080.800
Unidad sanitaria por sexo, para trabajadores del servicio de hospitalización	\$ 1.697.500
Sala de visitas con unidad sanitaria, por sexo	\$ 9.928.800
Área de circulaciones	\$ 21.023.200
Adecuación de habitaciones	\$ 84.084.000

Fuente: Elaboración Propia. Adaptado de Resolución 3100 de 2019. *Estándar de infraestructura para una unidad de cuidado crónico.* Bogotá

La adecuación de infraestructura física se ha basado en los requisitos del Estándar de infraestructura para una unidad de cuidado crónico y el Manual Guía para el Diseño Arquitectónico de un Servicio de Hospitalización de la Secretaría Distrital de Salud 2010, documento que contiene los requisitos básicos de habilitación de infraestructura para el funcionamiento de la unidad de extensión hospitalaria.

El lugar físico destinado para la implementación del programa de extensión hospitalaria intramural está ubicado en un edificio contiguo a la clínica, comunicado a través de un puente peatonal, el cual cuenta con un área construida de 451 mts², con 12 habitaciones individuales dotadas de baño y guarda ropa, control de enfermería, pasillos y espacios amplios en los cuales se adecuará cada una de las áreas y ambientes necesarios para cumplir con los requisitos de habilitación del estándar de infraestructura, el costo total directo por adecuación asciende aproximadamente a \$ 135.524.500. (Anexo 12)

Tabla 10

Inversión Inicial

Inversión Inicial	
Dotación y Equipos	\$ 144.931.357
Mantenimiento	\$ 7.155.818
Póliza de Seguro	\$ 500.907
Inversión Infraestructura	\$ 135.524.500
Total	\$ 288.112.582

Fuente: Elaboración Propia

5.2. Fuentes de financiación

El proyecto se inicia con el diseño del programa, justificación de este, análisis de viabilidad a través del estudio de costos en el que se tuvo en cuenta variables de inversión inicial por adecuación de infraestructura física y dotación tecnológica por un valor de \$ \$288.112.582 que incluye el mantenimiento anual y póliza de seguros, cuya financiación dependerá directamente de la venta de servicios y rentabilidad mensual de la operación. En el momento no se cuenta con una

fuentes de financiación definidas, sin embargo, con el apoyo de las altas directivas se buscará apropiarse de fondos que permitan el inicio del proyecto, actividad que se ha recomendado como estrategia DO en el análisis DOFA, se ha planteado como fecha posible de inicio el mes de enero de 2022.

5.3. Estado de Resultados

Se esperan unos ingresos operacionales netos mensuales aproximados de \$102.000.000 en un escenario en el que la ocupación de la unidad de extensión hospitalaria alcance el 90%, a los cuales se debe restar los costos variables asistenciales por \$10.000.000 y los costos fijos de \$ 26.000.000, con un EBIDTA de \$ 65.000.000, valor que representa un porcentaje de participación del 63.34% sobre los ingresos antes de intereses, impuestos, depreciaciones y amortizaciones, lo cual significa que el proyecto es viable y altamente rentable con lo cual se podrá recuperar rápidamente el valor de la inversión. (Anexo 11).

5.4.1 Punto de Equilibrio

Para el estudio de costos del programa de extensión hospitalaria y determinación del precio de venta del servicio por día cama, realizado por el departamento financiero, se tuvo en cuenta información de costos e ingresos promedio, correspondientes al primer trimestre del año 2020 por camas de hospitalización básica, periodo en el que no se contaba con pacientes infectados por virus SARS Cov2/Covid - 19, las variables que se tuvieron presentes para el cálculo fueron el lugar de internación, el cual hace referencia a lo que le cuesta a la institución por cama día de estancia actual en hospitalización, talento humano básico, dotación de materiales y suministros, necesidades básicas de estudios de apoyo diagnóstico en la atención, equipos especiales para la atención, a estas variables se adicionó el gasto administrativo día de \$8.313, el cual representa el 3.3% en la producción del servicio, con lo cual el costo cama día básico establecido para la unidad es de \$ 252.020 (Ver tabla 12)

Al valor cama día básico calculado debe adicionarse la rentabilidad que la institución espera obtener por la prestación del servicio, para lograr un precio competitivo se estableció en un principio el 25%, alcanzando con este porcentaje un valor día de \$315.025, este sería el precio de venta propuesto por día de internación en la unidad. Con el precio de internación establecido en el

Programa de Extensión Hospitalaria Intramural, el costo por día de hospitalización básica se reduciría en \$ 71.581, esta reducción en los costos a nivel intrahospitalario representa el 18.5% del valor, lo cual puede ser atractivo para las EPS al momento de contratar con la Clínica Palermo.

Tabla 11

Precio de Venta por día de Internación en Unidad de Extensión Hospitalaria

**PRECIO DE VENTA POR DIA DE INTERNACION EN UNIDAD DE
EXTENSIÓN HOSPITALARIA**

Costo día básico	\$ 252,020
Rentabilidad 25%	\$ 63,005
Precio venta día UEH	<u>\$ 315,025</u>
Costo medio hospitalización básica	\$ 386,606
Reducción en el costo	<u>\$ 71,581 (18,5%)</u>

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 12*Costo de Canastilla Extensión Hospitalaria*

Costo de Canastilla Extensión Hospitalaria			
Descripción	Días en Ext.	Costo Paciente	Costo Total x Día
1. Día de Estancia			
Actual	1,00	\$ 165.313	\$ 165.313
2. Mano de Obra	1,00	\$ 44.681	\$ 44.681
3. Materiales y Suministros Día	1,00	\$ 16.871	\$ 16.871
4. Apoyo Diagnóstico Día	1,00	\$ 12.475	\$ 12.475
5. Uso de Equipos Especiales	1,00	\$ 4.368	\$ 4.368
6. Gasto Administrativo	1,00	\$ 8.313	\$ 8.313
TOTAL		\$ 252.020	\$ 252.020

Fuente: Elaboración Propia

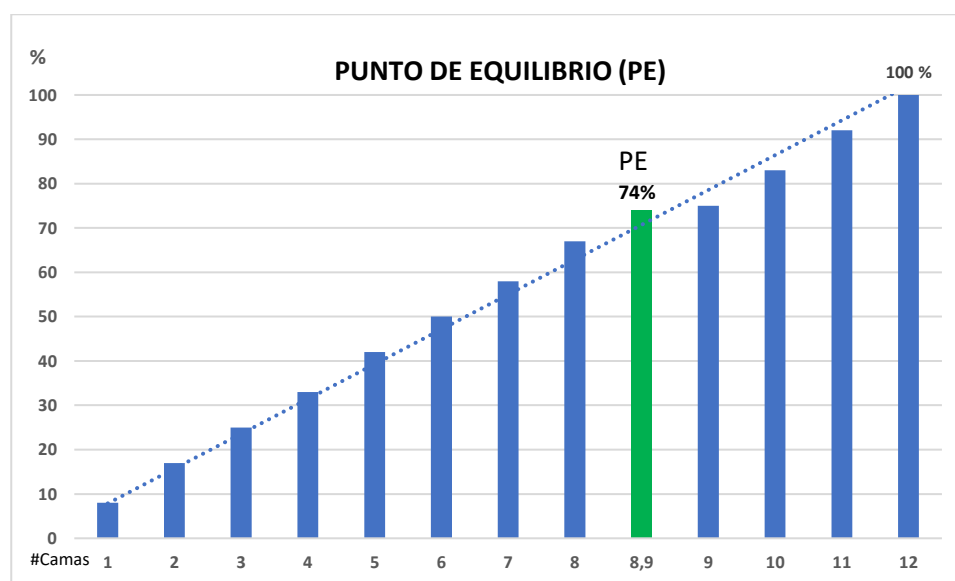
El punto de equilibrio se alcanzaría con una ocupación de la unidad de extensión hospitalaria de 8.86 camas día (73.8%) de 12 que se proyectan habilitar como capacidad instalada, 3.14 camas (26.2%) será el margen de rentabilidad para el programa, con el cual se espera lograr el retorno de la inversión y obtener ganancias. Figura 10. (Anexo 11)

De acuerdo con el costo definido en la producción de un servicio llamado cama día, y el margen de rentabilidad establecido para atención de pacientes con enfermedades crónicas y agudas

de baja complejidad, el modelo de contratación propuesto en este proyecto sería por paquete día, en el que si realizamos una selección eficiente de pacientes con criterios para el Programa de Extensión Hospitalaria Intramural y se alcanza una ocupación igual o mayor del 90%, los costos pueden controlarse, cumplir con metas de indicadores y generar mejores resultados de costo eficiencia, consecuentemente, afectar la calidad con desenlaces clínicos positivos.

Figura 10.

Punto de Equilibrio.



Fuente: elaboración Propia

5.5. Presupuesto de Ventas

El programa de extensión hospitalaria contará con una capacidad instalada de 12 camas, la cual mensualmente nos permitiría tener una disponibilidad de 360 días para atender pacientes de baja complejidad (12x30), para alcanzar el punto de equilibrio se sabe que debemos lograr una ocupación de 73.8% mes, (Ver Anexo 11) por lo cual, con la intención de dar inicio al proyecto sin generar pérdidas, las ventas cama día deben tener como punto de partida dicho porcentaje que equivale una ocupación por día de 8.86 camas, mensualmente 266 días ocupados

Se espera lograr cada trimestre una venta progresiva hasta alcanzar entre octubre y diciembre de 2022 una ocupación mínima del 95%, lo cual representaría en la unidad de extensión hospitalaria unos ingresos mensuales por valor de \$ 107.738.458 y una rentabilidad de \$ 21.547.692

La siguiente tabla muestra la proyección de ventas esperadas para el periodo 2022, iniciando en enero de dicho año:

Tabla 13

Presupuesto de Ventas

Presupuesto de Ventas Cama			
Programa de Extensión Hospitalaria - Periodo 2022			
Periodo	# Camas Día Ocupadas	# Camas Mes Ocupadas	% Ocupación
1 trimestre	8.9	266	74
2 trimestre	9.6	288	80
3 trimestre	10.8	324	90
4 trimestre	11.4	342	95

Fuente: Elaboración Propia

5.6. Retorno de la inversión

Si se logra un porcentaje de ocupación del 90% promedio al mes de la capacidad instalada de la unidad de extensión hospitalaria, se cubriría el valor de inversión inicial en un tiempo de 14.1 meses. El costo de inversión inicial se divide entre el valor de rentabilidad que se espera de la prestación del servicio por día, resultado que representa el número de días cama que se debe

mantener ocupadas en un año, el cual se divide entre 324 que es el número de días cama disponibles mes (90% de ocupación).

Tabla 14

Retorno de la inversión

Retorno de la inversión en meses (RI)	
Inversión Inicial	\$ 288.112.582
Rentabilidad por día	\$ 63.004
# días cama Ocupadas año	4572
# días cama disponible mes (90% de ocupación)	324
RI en meses	14.1

Fuente: Elaboración Propia

6. Plan y recomendaciones de implementación y aplicación

Los mayores tiempos en la estancia hospitalaria como consecuencia de ineficiencias administrativas, ajenas a la institución, impactan entre otros aspectos la no disponibilidad oportuna de camas, pérdidas económicas, riesgos de eventos adversos, insatisfacción de los usuarios y familia, afectan la imagen de la institución; esta situación ha llevado a plantear a la clínica Palermo, la viabilidad de desarrollar e implementar una propuesta de solución empresarial innovadora a través del diseño de un Programa de Extensión Hospitalaria, consistente en la adecuación de áreas

físicas aledañas a las áreas de internación, que cumplan con estándares de habilitación para hospitalización intramural y normalización de procedimientos que faciliten un rápido egreso hospitalario. Este planteamiento se inspira en los programas extramurales de hospitalización Domiciliaria para pacientes con enfermedades agudas, enfermedades crónicas y cuidados paliativos, de los que no se cuenta con suficientes oferentes que al tiempo presten un servicio de calidad y humanizado.

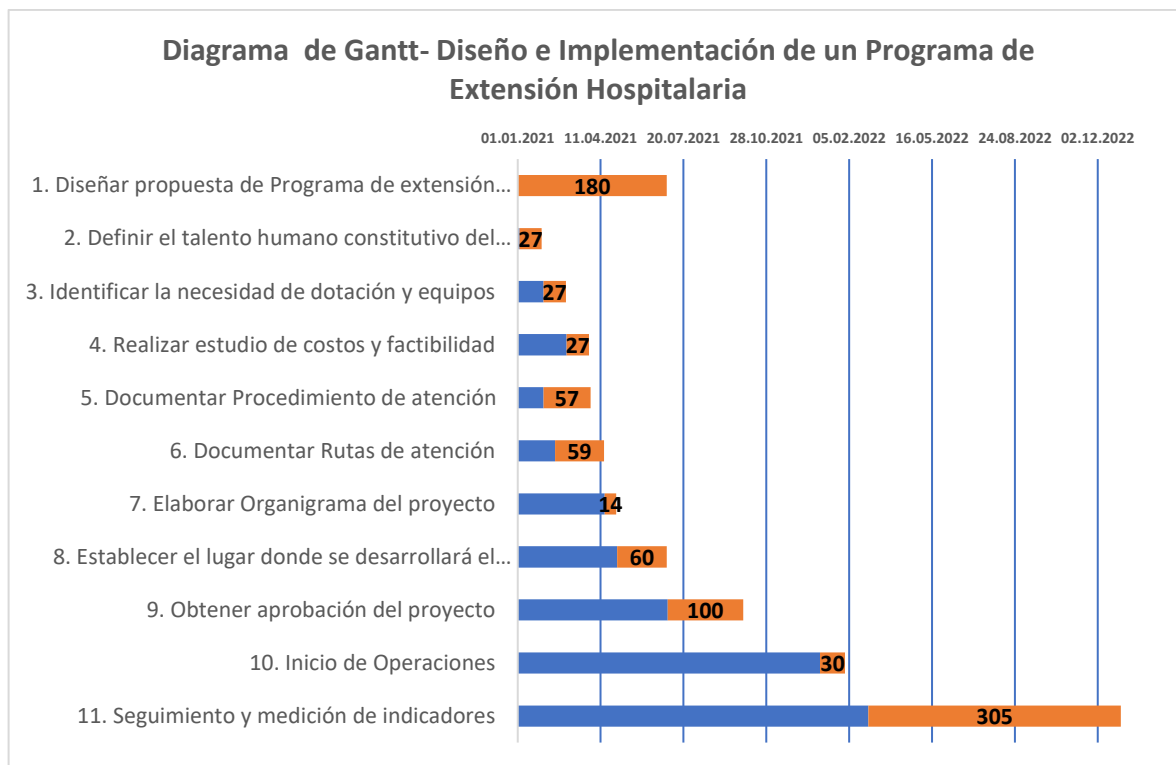
La implementación de este proyecto se apalanca en el reconocimiento de fortalezas con las que cuenta la institución por su experiencia, recursos humanos y tecnológicos, prestación de servicios de calidad y humanizados, pertenecer a una comunidad religiosa de alto renombre. El direccionamiento Estratégico de la clínica enfocado hacia una prestación de servicios con proyección social, de calidad y excelencia, hace que el programa de extensión hospitalaria se articule como una alternativa viable y eficiente para la atención del paciente que padece de enfermedades crónicas y agudas, adultos mayores, con orientación en una vejez funcional.

En el diseño y posible implementación y aplicación del plan de operaciones para un programa de extensión hospitalaria intramural en la clínica Palermo se establecieron 11 actividades ordenadas que facilitarán el desarrollo, ejecución, seguimiento y mejoramiento del nuevo servicio asistencial, basadas en las preguntas qué, como, porque, para que, personas responsables de la ejecución, fecha de inicio y finalización de la actividad y estado de la actividad, las cuales se pueden visualizar más claramente en el Diagrama de Gantt – Diseño e Implementación de un Programa de Extensión Hospitalaria. Figura 11.

A través de esta herramienta se ha realizado el seguimiento al cumplimiento de tareas, las relacionadas con el diseño se encuentran cumplidas al 100%, las actividades para establecer el lugar donde se desarrollará el programa, aprobación del proyecto e inicio se encuentran en progreso. (Anexo 13).

Figura 11:

Diagrama de Gantt- Diseño e Implementación de un Programa de Extensión Hospitalaria



Fuente: Elaboración Propia.

Tabla 15.

Etapas del Diseño e Implementación de un Programa de Extensión Hospitalaria en la Clínica Palermo.

Qué	Cómo	Porqué	Para qué	Quién	Cuando
1. Diseñar una propuesta de un Programa de extensión Hospitalaria intramural.	Identificando los principales problemas de la institución, relacionados con la no disponibilidad de habitaciones, diseñando y documentando una propuesta de solución a la problemática reconocida.	Hay necesidad de ser más eficientes en la disponibilidad de camas hospitalarias	Dar una mayor oportunidad en la asignación de camas a los pacientes que se encuentran de manera transitoria en otros servicios asistenciales.	Director Servicios Ambulatorios	01/01/2021- 30/06/2021
2. Definir el talento humano constitutivo del proyecto y funciones de cada uno.	Revisando estándar de talento humano de Resolución 3100 de 2019 para una Unidad de Cuidado Crónico.	Cumplir la norma de habilitación vigente.	Brindar una atención humanizada con eficiencia, segura y de calidad.	Director Servicios Ambulatorios	03/01/2021 – 30/01/2021
3. Identificar la necesidad de dotación y equipos.	Revisando estándar de dotación de Resolución 3100 de 2019 para una Unidad de Cuidado Crónico.	Cumplir la norma de habilitación vigente	Brindar una atención humanizada con eficiencia, segura y de calidad.	Director Servicios Ambulatorios	01/02/2021- 28/02/2021

Qué	Cómo	Porqué	Para qué	Quién	Cuando
4. Realizar estudio de costos y factibilidad	Definiendo el talento humano constitutivo del programa de extensión hospitalaria, los recursos de dotación y los costos de adecuación de infraestructura	Determinar la viabilidad del proyecto y definir la apropiación de recursos para la implementación.	Definir el margen de Rentabilidad, Estrategia de Precio, competitividad en el mercado y Estrategia de Venta.	Director Servicios Ambulatorios Director Financiero	01/03/2021 – 28/03/2021
5. Documentar Procedimiento de atención. (Anexo 14)	Definiendo las actividades y el alcance del procedimiento de atención del PEH	Normalizar los procedimientos para que sean ejecutados de manera estandarizada por cada uno de los responsables.	Prestar una atención coordinada, segura y eficiente.	Director Servicios Ambulatorios	01/02/2021 – 30/03/2021
6. Documentar Rutas de atención (Anexo 15)	Identificando y estableciendo las vías por las cuales el paciente puede ingresar al programa de extensión hospitalaria	Identificar y aclarar la vía que debe seguir el paciente en el proceso de atención según las condiciones clínicas y criterios de	Evitar el uso inadecuado de los recursos de la institución y disminuir el riesgo del paciente por inoportunidad en la toma de decisiones.	Director Servicios Ambulatorios	15/02/2021 – 15/04/2021

Qué	Cómo	Porqué	Para qué	Quién	Cuando
		acceso al programa.			
7. Elaborar Organigrama del proyecto (Anexo 16)	De acuerdo con los cargos e integrantes del Programa de Extensión Hospitalaria	Establecer los cargos y Relaciones de cada uno de los integrantes del programa.	Establecer líneas de mando y la relación con el departamento de su dependencia	Director Servicios Ambulatorios	16/04/2021 – 30/04/2021
8. Establecer el lugar donde se desarrollará el Programa y la capacidad instalada.	Revisando estándar de infraestructura de Resolución 3100 de 2019, evaluando las posibilidades dentro de la institución o en un lugar aledaño a clínica Palermo e identificando la necesidad de hospitalización no satisfecha de otros servicios en los periodos 2016 a 2020	Cumplir con norma de habilitación vigente y establecer la necesidad de capacidad instalada que permita la viabilidad del proyecto	Para ejecutar el programa de Extensión Hospitalaria cumpliendo con eficiencia las necesidades institucionales.	Director General	01/05/2021 – 30/06/2021
9. Obtener aprobación del proyecto	Realizando sustentación del proyecto ante las directivas de la institución.	Se requiere que la institución conozca el alcance del proyecto, los beneficios y la	Alinearlo en el direccionamiento estratégico de la institución y apropiar los recursos económicos que se	Director Servicios Ambulatorios	01/08/2021 – 09/10/2021

Qué	Cómo	Porqué	Para qué	Quién	Cuando
		factibilidad de este	requieren para la implementación.		
10. Inicio de Operaciones	Contando con los recursos mínimos establecidos de talento humano, infraestructura física y dotación de insumos y equipos	Se requiere del apoyo del programa de extensión hospitalaria a los procesos asistenciales donde se encuentran pacientes en espera de asignación de una cama.	Mejorar la eficiencia asistencial, administrativa y financiera de la clínica, dando soporte a los pacientes con riesgo de presentar estancias hospitalarias prolongadas por no respuesta de las empresas aseguradoras o falta de proveedores para atención extramural	Director Servicios Ambulatorios	01/01/2022 – 31/01/2022
11. Seguimiento y medición de indicadores	Construyendo indicadores de seguridad, eficiencia, financieros y los relacionados con la experiencia de la atención, realizando seguimiento periódico de los mismos.	Mantener control del desempeño del proyecto	Hacer seguimiento al desempeño del programa y cumplimiento de objetivos institucionales estratégicos y establecer planes de mejora de acuerdo con las desviaciones encontradas.	Director Servicios Ambulatorios	28/02/2022 – 30/12/2022

Fuente: Propia

Para la fase de implementación del proyecto, una variable a tener en cuenta es el modelo de contratación que se aplicará, como se mencionó previamente la propuesta de la institución será Paquete día, sin embargo, los aseguradores de acuerdo con lo establecido por norma pueden realizar sus propias propuestas de pago, una de las modalidades que actualmente se está utilizando en el mercado de la salud por parte de las Empresas Responsables del Pago (ERP) y que podrían proponer son los pagos prospectivos, uno de ellos el Pago Global Prospectivo (PGP), en esta modalidad se transfiere el riesgo al prestador, lo cual obliga a las IPS a ser más costos eficientes, debiendo el prestador ajustar el proceso de atención e impactar entre otras variables, el costo por estancia, métodos diagnósticos y tratamiento, lo anterior se puede lograr a través de la elaboración de vías clínicas por patología, con las cuales se busca estandarizar el procedimiento de atención en sus diferentes niveles, sin embargo, en esta modalidad de contrato, el riesgo primario de incidencia no es posible controlar y lo asume el prestador, este tipo de contratación tiene aspectos en contra, entre ellos, el asegurador puede centrarse en el cumplimiento de metas como por ejemplo alcanzar bajo la modalidad prospectiva de pago un costo fijo, sin afectar la calidad, de igual manera, podría obligar a los prestadores a reducir costos que pueden afectar la accesibilidad, oportunidad y seguridad de los servicios prestados.

Otra modalidad de contratación consiste en el Pago por Resultados, esta es una forma de contrato que incentiva la mejora continua en la calidad de la atención, generando valor para la institución y para el paciente, en este PAE se definieron 12 indicadores para la medición del desempeño del programa, algunos de los cuales pueden incluirse en este modelo de contrato, el cumplimiento de las metas establecidas generaría reconocimientos económicos o si no se cumplen, castigo de un porcentaje del valor a pagar por servicios prestados.

En la realización de convenios por PGP en el Programa de Extensión Hospitalaria Intramural, se debe tener en cuenta la capacidad instalada definida de 12 camas, además, la institución cuenta con un número importante de aseguradores con los que ha establecido contratos para atención de sus pacientes, la infraestructura física limitaría realizar convenios por PGP si tenemos en cuenta que este modelo está orientado a la atención de una población y área geográfica definida.

7. Conclusiones

Los cambios económicos, sociales, culturales, demográficos, aumento de esperanza de vida y prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles a nivel mundial, las cuales para su atención demandan mayores recursos del sistema de salud, entre ellos uno de los más sensibles en el ámbito hospitalario, la no disponibilidad oportuna de camas, situación común en la mayoría de las instituciones hospitalarias públicas y privadas de todos los niveles de complejidad en el país, que afecta negativamente la asignación oportuna a pacientes que se encuentran en otras áreas asistenciales demandando una habitación.

Desde hace décadas en muchos países del mundo como Estados Unidos, algunos países europeos, en especial España, vienen trabajando en el desarrollo e implementación de programas especiales que apoyan el egreso oportuno de pacientes internados con enfermedades crónicas y agudas, con los cuales se busca mitigar la sobreocupación, mejorar rápidamente la condición clínica y el acceso a controles médicos al convertirse en el puente de la atención entre la internación y la atención primaria, base de la promoción de la salud, prevención de enfermedades y control de las mismas.

En la investigación realizada en la clínica Palermo para demostrar que las estancias prolongadas son una de las causas de ineficiencia en la administración del recurso cama, lo cual tiene impacto tanto a nivel asistencial, administrativo y financiero, así como en la calidad de la atención, se contó con bases de datos construidas por el área de referencia y contrarreferencia que al procesarlas permitieron llegar a las siguientes conclusiones:

- Ante el aumento de la prevalencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, la necesidad de camas hospitalarias y el insuficiente número de prestadores para el manejo extramural, es altamente recomendable en la Clínica Palermo avanzar en la implementación de un Programa de Extensión Hospitalaria Intramural, puesto que permitirá optimizar el uso del recurso hospitalario cama y prepararse para la atención eficiente de población con comorbilidades múltiples descompensadas, polifarmacia, así como pacientes con enfermedades agudas en ascenso.
- El análisis financiero realizado en la institución permitió establecer que las estancias hospitalarias básicas no deben superar los 5 días, puesto que entre el 1 y el día 5 es cuando se obtiene mayor rentabilidad en la prestación de servicios, llegando aproximadamente al 39.7%, a partir del día 6 el margen de rentabilidad baja al 11.9%.

- El desempeño de la institución en la prestación de servicios debe estar orientado a una mayor eficiencia, tratando de cumplir estancias en hospitalización iguales o menores a 5 días, tiempo suficiente en el que se tendría que alcanzar la realización de estudios y procedimientos necesarios, hacer un diagnóstico, conseguir la estabilización y el control de la enfermedad, con lo cual se podría definir el egreso al domicilio o continuar el tratamiento en el Programa de Extensión Hospitalaria Intramural de la Clínica Palermo.
- El diseño del Programa de Extensión Hospitalaria para una institución de tercer nivel de complejidad permite ver que, con la implementación, se podría lograr un beneficio para la Clínica Palermo al alcanzar un aumento en la ocupación hospitalaria en días productivos que generarían mayores ingresos, lo cual significa que las estancias tendrán que ser iguales o menores a 5 días.
- Por la falta de oportunidad en las autorizaciones por los aseguradores en salud y la no existencia de una red de proveedores de programas especiales extramurales suficiente, en el último quinquenio la institución se ha visto impactada por una utilización innecesaria de la capacidad instalada de hospitalización básica en 11%, lo cual significa una reducción en dicho porcentaje la capacidad total de días cama disponibles por año en hospitalización.
- Realizar ajustes a los acuerdos de servicios con las empresas aseguradoras, estableciendo tiempos de respuesta a las solicitudes de programas especiales inferior a 24 horas, el no cumplimiento de estos acuerdos autorizar a la Clínica Palermo a proceder con el traslado de los pacientes a la Unidad de Extensión Hospitalaria con lo cual mejorará el tiempo de estancia hospitalaria, la oportunidad de los egresos, disponibilidad de camas y se optimizará la ocupación de la UEH.
- Para los pacientes que de Hospitalización ingresen a la Unidad de Extensión Hospitalaria, se recomienda definir la finalización del proceso asistencial, administrativo y financiero con el egreso definitivo del paciente desde esta área, con lo cual se puede mantener la ocupación de la unidad cumpliendo con indicadores financieros
- De acuerdo con el estudio de costos realizado por el área financiera, con la implementación del Programa de Extensión Hospitalaria se podría generar un impacto similar a construir 14 habitaciones individuales en hospitalización o lo que es igual, se estaría dando capacidad de

funcionamiento a un equivalente de 14 habitaciones, que en 1 año si la estancia hospitalaria es igual o inferior a 5 días, podrían ingresar aproximadamente 1002 pacientes.

- En el modelo de hospitalización actual, 14 habitaciones, con una estancia igual o menor a 5 días permitirían unos ingresos mensuales de \$ 216.683.592 con un margen de rentabilidad del 39.7%, que representaría al año \$1.032.326.750 de ganancia.
- De acuerdo con los indicadores financieros del estudio como son: el Punto de Equilibrio, Retorno de la Inversión, EBITDA en el Estado de Resultados; permiten ver que el proyecto es rentable y financieramente viable, sin embargo, teniendo en cuenta que en el momento no se cuenta con una fuente de financiación definida, con el apoyo de las altas directivas se recomienda apropiar los fondos establecidos en el Plan Financiero de este proyecto que permita dar inicio al programa.
- Si la institución toma la decisión de implementar el Programa de Extensión Hospitalaria, se recomendaría hacia el futuro medir en hospitalización el impacto a nivel de indicadores de eficiencia, seguridad, financieros y los relacionados con la experiencia de la atención, de igual manera comparar los resultados de indicadores de oportunidad de acceso a programas especiales solicitados desde el área de referencia y contrarreferencia como Hospitalización Domiciliaria, Cuidado Crónico, Cuidado Paliativo y Oxígeno Domiciliario.
- La iniciativa podría ser implementada por instituciones de salud públicas y privadas, con lo cual se podría alcanzar una mayor eficiencia del Sistema General de Seguridad Social en Salud, al disponer de camas con mayor oportunidad y reducir los costos de atención de pacientes por estancias innecesarias en hospitalización.
- Hacia el futuro se podría concretar la posibilidad de ofrecer una alternativa viable para la atención del paciente adulto mayor con enfermedades crónicas y de esta manera hacer una propuesta de ajuste en las políticas públicas con enfoque en una vejez funcional.
- Se recomienda en la realización de convenios, tener en cuenta la posibilidad de establecer una modalidad de pago por cumplimiento de metas, lo cual puede fortalecer la firma y continuidad de los contratos, consecuentemente asegurar la rentabilidad y viabilidad del Programa de Extensión Hospitalaria Intramural.

Es importante realizar aclaraciones del alcance del proyecto, el cual consiste en el diseño de un programa de Extensión Hospitalaria Intramural y será de aplicación para la atención de

pacientes internados en hospitalización básica en clínica Palermo y cumplen criterios de ingreso en la Unidad de Extensión Hospitalaria.

Una de las estrategias recomendadas (FA) a implementar basadas en DOFA, es documentar el procedimiento de atención del Programa de Extensión Hospitalaria Intramural, definiendo la terminación del proceso de atención asistencial, administrativo y financiero con el egreso definitivo del paciente desde este lugar, con lo cual se puede mantener la ocupación de la unidad cumpliendo con indicadores de costo eficiencia, los ingresos generados por el valor día de estancia en dicha Unidad se asignaran al programa de acuerdo al valor ya establecido y número de días utilizados.

El Programa de Extensión Hospitalaria Intramural tiene como fin principal mejorar los flujos de pacientes que se encuentran en hospitalización con criterios de egreso a programas especiales, disminuyendo la estancia hospitalaria y aumentando la disponibilidad de camas, mejorando de esta manera la oportunidad en la asignación del recurso cama de los pacientes que se encuentran en otras áreas asistenciales como urgencias, Unidad de Cuidados Intensivos y Cirugía.

8. Referencias bibliográficas

- Ceballos-Acevedo, T. M., Velásquez-Restrepo, P. A., & Jaén-Posada, J. S. (2014). Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. *Gerencia y Políticas de Salud*, 13(27). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.dehm>
- Chérrez-Ojeda, I., Gochicoa-Rangel, L., Salles-Rojas, A., & Mautong, H. (2020). Follow-up of patients after COVID-19 pneumonia. Pulmonary sequelae. *Revista Alergia Mexico*, 67(4), 350–369. <https://doi.org/10.29262/ram.v67i4.847>
- Clínica Palermo. (2018). *Conócenos*. <https://www.clinicapalermo.com.co/conocenos/>
- Congreso de la República de Colombia. (1993). Ley 100 de 1993 Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial No. 41.148*. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
- Congreso de la República de Colombia. (2011). Ley 1480 de 2011 Por medio de la cual se expide el Estatuto del Consumidor y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial No. 48.220*. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1480_2011.html
- Congreso de la República de Colombia. (2015). Ley Estatutaria 1751 de 2015: Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. *Diario*

Oficial No. 49.427.

http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html

Corrales-Nevado, D., Alonso-Babarro, A., & Rodríguez-Lozano, M. Á. (2012). Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 63–68.

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.032>

Cotta, R. M. M., Suárez-Varela, M. M., Llopis González, A., Cotta Filho, J. S., Real, E. R., & Ricós, J. A. D. (2001). La hospitalización domiciliaria: Antecedentes, situación actual y perspectivas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 10(1), 45–55.

<https://doi.org/10.1590/S1020-49892001000700007>

DANE. (2018a). *Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 Colombia Grandes Grupos de Edad*. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018>

DANE. (2018b). *Proyecciones de población*. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>

DANE. (2020). *Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad*.

<https://www.DANE.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>

DANE. (2021). *Boletín Técnico Producto Interno Bruto (PIB) IV trimestre 2020*.

https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/pib/bol_PIB_IVtrim20_produccion_y_gasto.pdf

de la Revilla, L., & Espinosa Almendro, J. M. (2003). La atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores. *Atención Primaria*, 31(9), 587–591. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(03\)79221-X](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(03)79221-X)

Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril-Montekio, V., & Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. *Salud Pública de México*, 53, s144–s155. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342011000800010>

López Ramírez, O. C., & García Ortiz, E. A. (2020). Costos de la no calidad en los servicios de salud en Colombia, 2014-2020: Revisión sistemática. *Universidad Cooperativa de*

Colombia. https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/20299/1/2020-L%C3%B3pezGarcia-cotos_calidad_salud

Ministerio de Salud. (2015). *Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2015-2024*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Pol%C3%ADtica-colombiana-envejecimiento-humano-vejez-2015-2024.pdf>

Ministerio de Salud. (2019). *VIII Sesión de la comisión intersectorial de salud pública*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/presentacion-cips-0062019.pdf>

Ministerio de Salud. (2020). *Comportamiento del aseguramiento*.

<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsubdiado/Paginas/coberturas-del-regimen-subsubdiado.aspx>

Ministerio de Salud. (2021). *Plan Nacional de Vacunación contra el Covid 19*.

<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Vacunacion/Paginas/Vacunacion-covid-19.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Resolución 3100 de 2019 Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud*.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020a). *Decreto 637 de 2020 Por el cual se declara un Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio Nacional*.

<https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20637%20DEL%20%20DE%20MAYO%20DE%202020.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020b). *Resolución 385 de 2020 Por la cual se declara la emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID-19 y se adoptan medidas para hacer frente al virus*.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%200385%20de%202020.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020c). *Resolución 2481 de 2020 Por la cual se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)*.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202481%20de%202020.pdf

Naciones Unidas. (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible. Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*.

<https://www.un.org/es/chronicle/article/objetivo-3-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible-y-un-2030-mas-saludable>

Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Atención primaria en salud*.

<https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud>

Osorio Acosta, J., & Paredes Alonso, E. (2001). Reingeniería de procesos en los hospitales públicos: ¿Reinventando la rueda? *Revista Española de Salud Pública*, 75(3), 193–206.

Resolución 256 de 2016 por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud. (2016).

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20256%20de%202016.pdf

Revista Dinero. (2016). *¿Cuáles son los impactos económicos del aumento de la población mayor?* <https://www.semana.com/economia/articulo/las-implicaciones-sociales-y-economicas-del-aumento-de-la-esperanza-de-vida/221860/>

Secretaría Distrital de Salud. (2020). *Decreto 169 de julio 12 de 2020 de la Alcaldía Mayor de Bogotá, Por medio del cual se imparten órdenes para dar cumplimiento a la medida de aislamiento preventivo obligatorio y se adoptan medidas transitorias de policía para garantizar el orden público en las diferentes localidades del Distrito Capital*.

<https://secretariageneral.gov.co/sites/default/files/archivos-adjuntos/decreto-169-unificado-aislamiento-y-medidas-adicionales.pdf>

Secretaría Distrital de Salud. (2021). *Estado del aseguramiento población de Bogotá*.

<http://www.saludcapital.gov.co/DASEG/Paginas/Atencionpoblacionesespeciales.aspx>

9. Anexos Técnicos

Los anexos Técnicos del Programa de Extensión Hospitalaria Intramural para una Institución de Tercer Nivel de Complejidad (Clínica Palermo) de la ciudad de Bogotá pueden ser revisados escaneando el código QR o a través del enlace registrados a continuación:



https://uredumy.sharepoint.com/:f/g/person/luise_ortiz_urosario_edu_co/EgohYzeEY_VKhm70j8UUeZcBhNf0gCXVKBpQ0m4tCiC2nw?e=sQ3d5x

Número de Anexo	Detalle	Página
Anexo 1	Tablero de Indicadores de Unidad de Extensión Hospitalaria	26
Anexo 2	Consolidado de Informes Asistenciales 2016-2020	27,40,49
Anexo 3	Registro de solicitud de remisiones hacia otros prestadores o empresas responsables de pago (2016, 2017,2018,2019,2020). Carpetas Referencia	33,34, 48,60
Anexo 4	Presentación Power Point Comité Directivo Plan Estratégico 20 de enero de 2021	39
Anexo 5	Ingresos y Costos 2015-2020	40

Anexo 6	DOFA urgencias 2015	50
Anexo 7	DOFA urgencias 2017	50
Anexo 8	Pareto Estancias prolongadas urgencias 2017	50
Anexo 9	Informe Diario 2019-2020	50, 60
Anexo 10	Consolidados días de estancia a diciembre de 2020	61
Anexo 11	Ficha Técnica Estudio de Costos Extensión Hospitalaria	62, 63, 65, 73, 76, 77
Anexo 12	Planos de Unidad de Extensión Hospitalaria	65,72
Anexo 13	Diagrama de Gantt - Diseño e Implementación de un Programa de Extensión Hospitalaria Clínica Palermo	80
Anexo 14	Procedimiento de Atención del PEH	83
Anexo 15	Rutas de Atención del PEH	83
Anexo 16	Organigrama Programa de Extensión Hospitalaria	84