

Eficiencia en el uso del recurso cama con el programa “Hospital sin Ladrillos” en el IMSS

Efficient use of bed resource with the “Hospital without bricks” program at the IMSS

Alicia Noyola-González,¹ Sergio Alejandro Morales-Rojas¹

¹División de Infraestructura Médica, Coordinación de Planeación de Infraestructura Médica, Instituto Mexicano del Seguro Social. Distrito Federal, México

Palabras clave:

Indicadores de gestión
Eficiencia
Asignación de recursos
Administración de los servicios de salud

Resumen

Con el propósito de mejorar la atención médica mediante la reorganización de espacios y del recurso censable “cama”, a partir de 2008 se implementa el programa “Hospital sin ladrillos” en las unidades de atención médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. Esto, surge como respuesta a la dinámica del perfil epidemiológico, que se ha modificado en relación directa con el comportamiento demográfico, la población de adultos mayores está creciendo más en comparación con la población pediátrica.

Lo anterior se refleja en la demanda de consultas de adultos y adultos mayores en los servicios de urgencias, que ocupan más del 50 % de la atención por enfermedades crónicas sin control y complicaciones de las mismas, principalmente por DM2, insuficiencia renal, hipertensión arterial, accidente vascular cerebral y obstrucciones cardíacas, las cuales requieren de hospitalización. Por lo tanto, el programa “Hospital sin ladrillos” es un mecanismo para reducir la saturación en el área de urgencias y aumentar la disponibilidad de camas en los servicios de hospitalización.

El rediseño del proceso de hospitalización es posible con fundamento en el análisis de porcentajes de ocupación y utilización de espacios ya existentes, lo cual permite reorganizar el número de camas y optimizar la ocupación de los servicios críticos. Junto con otros programas como el de Puerperio de Bajo Riesgo, el de Cirugía de Corta Estancia y Sala de Altas, el porcentaje de éxito puede elevarse a un 100 %.

Keywords:

Management indicators
Efficiency
Resource allocation
Health services administration

Abstract

In order to improve medical care by reorganizing spaces and countable resources beds, implemented from 2008, the “Hospital without bricks” in the health care units of the Mexican Social Security Institute. In response to the dynamics of the epidemiological profile, which has been modified directly related to demographic behavior, the elderly population is growing compared to the pediatric population.

This is reflected in the demand for consultations for adults and older adults in emergency departments, which occupy more than 50 % of care for chronic diseases without control and complications thereof; mainly by DM2, renal failure, hypertension, stroke and heart blocks, which all of them require hospitalization. Therefore the “Hospital without bricks” is a mechanism to reduce congestion in the emergency department and increases the availability of beds in hospitalization services.

The redesign of the hospital’s process is possible on the basis of the analysis of occupancy rates and use of existing spaces, allowing the number of beds reorganize and optimize the occupation of critical services. Along with other programs such as ‘Puerperio de Bajo Riesgo’, ‘Cirugía de Corta Estancia’ and ‘Sala de Altas’, the success rate can rise to 100 %.

Correspondencia:

Alicia Noyola-González
Correos electrónicos:
alicia.noyola@imss.gob.mx
Fecha de recepción:
22/04/2015
Fecha de dictamen:
19/06/2015
Fecha de aceptación:
21/08/2015

A 70 años de su creación, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es responsable de la salud y seguridad social de 58 millones de derechohabientes y de 12 millones de beneficiarios del Programa IMSS-Oportunidades. Sin embargo, hay que reconocer que el IMSS enfrenta un panorama financiero complicado ocasionado por una combinación de factores. Entre estos factores destacan la transición demográfica y la transición epidemiológica que enfrenta nuestro país, los cuales han ejercido una considerable presión sobre las finanzas del Instituto.

Por un parte, el IMSS atiende hoy a una población exponencialmente más envejecida, que requiere servicios médicos de alto costo relacionados principalmente con padecimientos crónico-degenerativos como la diabetes mellitus, las enfermedades cerebrovasculares, la hipertensión y los distintos tipos de cáncer;¹ por la otra, la infraestructura disponible de hospitales y unidades de medicina familiar cuenta con una población adscrita que se ha incrementado cada año de 23.4 millones de derechohabientes en 1990 a 39.2 millones en 2012, lo cual impacta en el indicador de camas por cada 1000 derechohabientes.²

Lo anterior se refleja en la demanda de consultas de adultos y adultos mayores en los servicios de urgencias, que ocupan más del 50 % de la atención por enfermedades crónicas sin control y las complicaciones de las mismas, principalmente por DM2 e insuficiencia renal, hipertensión arterial, accidente vascular cerebral y obstrucciones cardiacas, que, en buen número, requieren de hospitalización.

Con el propósito de mejorar la disponibilidad de recursos y la oportunidad de la atención a los derechohabientes, el IMSS diseña, desarrolla e implementa estrategias con los recursos disponibles, a fin de dar respuesta a los retos epidemiológicos y económicos actuales.

Los proyectos y programas estratégicos relacionados con la infraestructura para la prestación médica orgánicamente corresponden a la Coordinación de Planeación de Infraestructura Médica. Su principal función es coadyuvar en la modernización y ampliación de la infraestructura física e inmobiliaria, así como del equipamiento. Asimismo, se encarga de analizar y determinar la dotación de plazas necesarias para su óptima operación en las unidades médicas sujetas a acción de obra, nuevas o con ampliación y remodelación. La especialización de sus funciones ha permitido que mediante el análisis de información razonada, se lograra concretar a finales del 2007 y principios del 2008 el programa “Hospital sin Ladrillos”, mediante el cual se recuperaron espacios poco utilizados en hospitales y se transformaron camas de servicios

con baja demanda, en camas de servicios con una mayor demanda. Al cierre de noviembre de 2011 se habían recuperado 1483 camas y transformado otras 761, lo que equivale a la construcción de 15 hospitales modelo de 144 camas, con un ahorro de 11 385 millones de pesos (mdp). Estas acciones permitieron incrementar el número de camas censables por cada 1000 derechohabientes adscritos a medicina familiar de 0.82 en 2006 a 0.84 en 2012.²

Este programa representa ahorros financieros importantes para el Instituto, tanto en inversión física, como en recursos humanos, equipo y mobiliario, además del mantenimiento y conservación del inmueble.

El rediseño del proceso de hospitalización es posible con fundamento en el análisis de porcentajes de ocupación y utilización de espacios ya existentes, lo cual permite reorganizar el número de camas y optimizar la ocupación de los servicios críticos. Junto con otros programas como el de Puerperio de Bajo Riesgo, el de Cirugía de Corta Estancia y Sala de Altas, el porcentaje de éxito puede elevarse a un 100 %.

Por lo tanto, el programa “Hospital sin ladrillos” es un mecanismo para reducir la saturación en áreas críticas y aumentar la disponibilidad de camas en los servicios de hospitalización.

El programa “Hospital sin Ladrillos” se desarrolla en dos vertientes:

- Camas recuperadas, que consistió en rehabilitar áreas para la operación de estos recursos en espacios físicos que por alguna razón o circunstancia se encontraban confinados o utilizados por otros servicios clínicos no relacionados con el proceso de hospitalización.
- Camas transformadas, como su nombre lo indica, fue la transformación de camas de especialidades cuyo comportamiento en la tendencia de la demanda de atención era menor a la esperada, ejemplo las especialidades de Pediatría y Ginecología y Obstetricia; esto permitió resolver las asimetrías que se observan en la ocupación hospitalaria.

Esta modalidad ofrece las ventajas de mejorar de manera inmediata el porcentaje de ocupación hospitalaria por división y ajustar el número de camas a las necesidades reales de los hospitales, además de los siguientes beneficios esperados:

- Eficiencia en el uso de recursos físicos disponibles.

Cuadro I. Infraestructura existente y faltante en camas hospitalarias por delegación en segundo y tercer nivel de atención en el IMSS
Requerimientos para alcanzar un índice de 1.0 camas censables por 1000 DHU¹⁻⁴

Delegación	Camas existentes	Población adscrita a Médico Familiar	Camas por 1000 DHU actual	Camas necesarias para 1 cama por 1000 DHU	Camas faltantes	Hospital Modelo 144 camas necesarias
Aguascalientes	328	567,524	0.58	568	-240	-1.7
Baja california	1,170	1,462,961	0.80	1463	-293	-2.0
Baja California Sur	175	296,022	0.59	296	-121	-0.8
Campeche	180	269,648	0.67	270	-90	-0.6
Coahuila	1,420	1,618,485	0.88	1618	-198	-1.4
Colima	204	275,289	0.74	275	-71	-0.5
Chiapas	294	482,613	0.61	483	-189	-1.3
Chihuahua	1,405	1,620,319	0.87	1620	-215	-1.5
Durango	516	536,077	0.96	536	-20	-0.1
Guanajuato	1,207	1,737,537	0.69	1738	-531	-3.7
Guerrero	390	576,613	0.68	577	-187	-1.3
Hidalgo	291	477,301	0.61	477	-186	-1.3
Jalisco	3,189	3,227,450	0.99	3227	-38	-0.3
Estado de México O	1,657	3,119,563	0.53	3120	-1463	-10.2
Estado de México P	833	1,579,084	0.53	1579	-746	-5.2
Michoacán	661	938,217	0.70	938	-277	-1.9
Morelos	349	530,761	0.66	531	-182	-1.3
Nayarit	224	336,380	0.67	336	-112	-0.8
Nuevo León	2,315	2,782,466	0.83	2782	-467	-3.2
Oaxaca	303	384,667	0.79	385	-82	-0.6
Puebla	1,242	1,198,225	1.04	1198	44	0.3
Querétaro	321	760,700	0.42	721	-440	-3.1
Quintana Roo	401	563,385	0.71	563	-162	-1.1
San Luis Potosí	645	820,867	0.79	821	-176	-1.2
Sinaloa	968	1,217,067	0.80	1217	-249	-1.7
Sonora	973	1,223,573	0.80	1224	-251	-1.7
Tabasco	206	370,650	0.56	371	-165	-1.1
Tamaulipas	908	1,466,943	0.62	1467	-559	-3.9
Tlaxcala	185	278,120	0.67	278	-93	-0.6
Veracruz Norte	982	1,061,419	0.93	1061	-79	-0.6
Veracruz Sur	737	869,497	0.85	869	-132	-0.9
Yucatán	710	824,899	0.86	825	-115	-0.8
Zacatecas	237	369,213	0.64	369	-132	-0.9
Distrito Federal Norte	3,255	1,710,291	1.90	1710	1545	10.7
Distrito Federal Sur	2,863	2,451,651	1.17	2452	411	2.9
Total	31,744	38,005,477	0.84	38,005	-6,261	-43.5

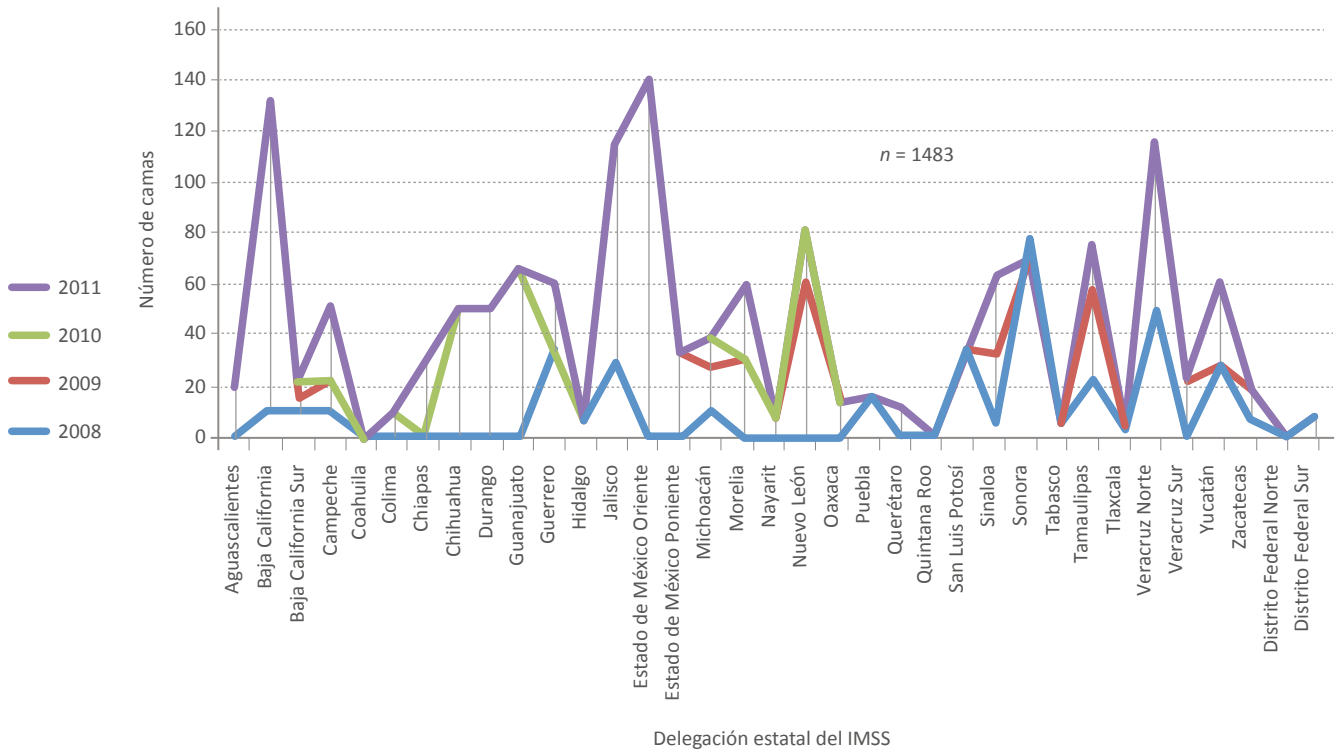
¹El valor objetivo de 1.0 del indicador de camas por mil derechohabientes (DHU) usuarios se compone de la suma de 0.8 camas censables de segundo nivel y de 0.2 camas censables de tercer nivel.

² Población del censo junio 2008.

³ El hospital de 144 camas corresponde a un modelo arquitectónico prototipo, cuya capacidad varía entre las 89 y las 199 camas, en función de la población demandante y la capacidad resolutive que se determine para su óptima operación.

⁴ El total incluye sólo las faltantes.

Figura 1. Camas recuperadas en régimen ordinario con el programa "Hospital sin Ladrillos" (2000-2011)



- Atender a corto y mediano plazo las necesidades de camas censables para los servicios con mayor demanda hospitalaria.
- Detener la tendencia negativa de camas censables por mil derechohabientes en el segundo nivel de atención.
- Incremento del índice de 0.83 a 0.84 camas censables por mil derechohabientes considerando el segundo y tercer nivel de atención médica.
- Disminuir los tiempos de espera para el otorgamiento de una cama en los servicios de urgencias.
- Mejora y hace más fluidos los procesos y, por ende, mejora calidad de los servicios.
- Satisfacción de usuarios de los servicios y de los trabajadores IMSS.

La Coordinación de Planeación de Infraestructura Médica realizó el diagnóstico nacional y el análisis de los datos de infraestructura existente en cada especialidad por delegación con base en el porcentaje de ocupación, el número de camas susceptibles de transformar de acuerdo con la tendencia en los últimos 5 años, la disponibilidad de utilizar espacios confinados para la recuperación de camas y la estimación de costo de obra, así como el equipo y número de plazas para su operación. El análisis

de la información, además de la productividad y factibilidad técnico-médica permitió concretar el diagnóstico y determinar las actividades a desarrollar en el proyecto, así como las prioridades en cuanto a las delegaciones y hospitales con mayor déficit de camas censables por cada 1000 derechohabientes (cuadro I).

Con este marco de referencia se tuvo una mejor comprensión del comportamiento y requerimientos por delegación y hospitales integrados al proyecto. Algunas unidades podían financiar con recursos propios la acción de obra y equipamiento, y se diseñaron los programas médicos y arquitectónicos.

Por otra parte, es relevante comentar que el funcionamiento del programa en un 96 %, se debió a la metodología empleada por la Coordinación de Planeación de Infraestructura Médica, con las distintas estructuras del Instituto, para recabar la información y desarrollar el proyecto, y gracias al interés y entusiasmo de los directivos delegacionales y de las unidades médicas en participar en dicho programa.

EL programa nace a fines del 2007, inicia su implementación en 2008, y se concluye en 2011, se integraron en este programa a 35 de las 38 delegaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social. La meta inicial fue recuperar

2327 camas, con un requerimiento de 2012 plazas, acciones de obra y/o de equipo y mobiliario solicitados, los cuales fueron ratificados por cada delegación y validados por la Normativa de Planeación de Infraestructura Médica. Para el año 2011, se recuperó un total de 1483 camas, las delegaciones con mayor número de camas recuperadas fueron: Estado de México Oriente (140), Baja California (131), Jalisco y Veracruz Norte (115), Nuevo León (81), Tamaulipas (76), Sonora (69) y Yucatán (60) (Figura 1).

La reorganización de las especialidades obligó al replanteamiento en la cantidad y calidad de los recursos humanos existentes por especialidad, por lo que se determinó la necesidad real de plazas de personal médico especialista en medicina interna y cirugía, así como de personal de enfermería. El mecanismo de cobertura fue el reordenamiento y transformación de plazas, lo que implicó la reducción de plazas de médicos pediatras y gineco-obstetras y el incremento de plazas de médicos internistas y cirujanos. Respecto a las plazas de enfermería, se incrementó el número de personal profesional y se disminuyó el no profesional. En ambos casos se complementó el requerimiento con la autorización de un total de 2275 plazas de nueva creación para la operación de la estrategia al cierre en diciembre del 2011.

Sin duda, el fortalecimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social, en este rubro de infraestructura médica a través del programa “Hospital sin Ladrillos”, es el resultado del esfuerzo institucional y de la decisión estratégica para responder a los retos que la población derechohabiente demanda, como un fiel reflejo de las necesidades

de atención acordes a los nuevos perfiles demográficos y epidemiológicos en materia de salud. Pero sobre todo, porque este programa permite hacer un uso eficiente de los recursos físicos disponibles y atender a corto y mediano plazo la imperiosa necesidad de camas censables para los servicios con mayor demanda hospitalaria.

En lo particular, el beneficio para el personal de enfermería involucrado en el proceso de hospitalización, es que través del reordenamiento de los servicios de menor demanda a los de mayor demanda, se permite a las enfermeras administradoras y clínicas una distribución eficiente del recurso humano en las áreas donde más se necesite, lo cual redundará en una mejor organización, y por ende en una mejor atención.

En lo general, el costo-beneficio del programa “Hospital sin Ladrillos” representa ahorros financieros reales para la institución, tanto en inversión física, recursos humanos como en equipo y mobiliario; sin embargo, la creciente demanda como consecuencia del dinámico perfil epidemiológico de la población derechohabiente es una amenaza latente, y de continuar la misma tendencia, los recursos disponibles siempre parecerán insuficientes.

De aquí la importancia de que en el Instituto se trabaje paralelamente en el fortalecimiento del primer nivel de atención, con enfoque en la prevención y detección de enfermedades, así como en la inclusión de equipos de salud multidisciplinarios con las competencias necesarias para tal fin. Lo anterior es fundamental para la mejora continua de los procesos médicos y por ende de los servicios que se brindan a los derechohabientes usuarios del IMSS.

Referencias

1. Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social, PIIMSS 2014-2018.
2. Informe de Labores 2010-2011 y Programa de Actividades 2010. Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 2011.

Lecturas recomendadas

1. Dirección de Prestaciones Médicas. Informe de Labores 2009-2010 y Programa de Actividades 2010. IMSS. México. 2010
 2. Coordinación de Infraestructura e Inmobiliaria. Programa de Obras 2010. IMSS. México. 2010.
 3. Dirección de Prestaciones Médicas. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2008-2009. IMSS. México 2009
 4. Dirección de Prestaciones Médicas. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2007-2008. IMSS. México 2008
 5. Dirección de Prestaciones Médicas. Informe de Labores 2007-2008 y Programa de Actividades. IMSS. México. 2008
-
- Cómo citar este artículo:
Noyola-González A, Morales-Rojas SA. Eficiencia en el uso del recurso cama con el programa “Hospital sin Ladrillos” en el IMSS. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2016;24(1):75-9.