Problema de capacidad, una buena gestión debería considerar el traslado de personas. De del paciente y su enfermedad.

Una vez que un paciente entra a un servicio hospitalario, el estado del paciente cambia y afecta la duración de tiempo que estará en el recinto hospitalario. Esto complica la estimación de capacidad, las camas disponibles. Es una de las varias complejidades del problema. Día a día hay que tomar la decisión frente a pacientes que yo conozco su estado. Debo tomar decisión si admitirlos o no. También reciben pacientes en urgencias de forma aleatoria. Están relacionados porque usan la misma capacidad.

La demanda alimenta la lista de espera y los departamentos de emergencia. Tendremos también UCI y cuidados intermedios unido a cuidados leves. Tenemos la demanda de emergencia, llega a ED y ahí tomamos decisiones de internar al paciente en operatorio ICU o Ward. La otra opción es el traslado para posterior internación en otro hospital o derivar a sistema privado. Podemos internar, trasladar y derivar. Eso pasa con emergencias.

La lista es dinámica, crece a lo largo del tiempo, los pacientes pueden estar ahí y sabemos de ellos, es más volátil porque son más conocidos. Esta tiene dos acciones: internar en admisión general (se hacen procedimientos estándar) (dependiendo de su procedimiento es ver qué sigue) o derivar al sistema privado.

Esta lista con los de emergencia interactúan entre ellos.

Los pacientes: tenemos 8 grupos de diagnóstico. Son grupos de riesgo + severidad. Es una clasificación de los pacientes. Deberíamos saber qué le pasará al paciente después en condiciones normales. Tenemos registro histórico de n año en la red hospitalaria. Se compone de 3 hospitales y 8 grupos de diagnóstico. Tenemos lo iD, su hora de llegada y hora de término en el nodo, unidad en el que está y algo más. Entre unidades terminadas hay ventana de tiempo, significa que hay espera para moverse al siguiente nodo. El hospital registra el tiempo EFECTIVO de tratamiento, todo el resto es tiempo de espera.

Tenemos datos de las camas disponibles en cada unidad y costo operacionales, el departamento de cada uno, etc. Para cada uno de los hospitales. Tenemos también el costo esperado de derivar un paciente. Esto está en UF. Esta esperanza es por una simulación. También tenemos matriz de costo de traslado entre departamentos y según los requerimientos. TRASLADO Y DERIVACIÓN NO ES LO MISMO. Al sistema privado DERIVAMOS y entre hospitales TRASLADAMOS.

Tenemos curvas de riesgo. También tenemos probabilidad de que el paciente se muera, cada periodo que paciente se queda esperando en esa unidad, el costo es más caro. Debemos cuantificarlo con el costo de vida (Evaluación social de proyectos). Esto difiere de los requerimientos y clasificación de cada paciente.

Debemos ver cómo tomamos ciertas decisiones de modo de atender a pacientes dentro de la red, haya buen uso de recursos, pero también se preserve la expectativa de los pacientes. OBJETIVOS

Actualmente, la medida del hospital es reaccionar cuando el paciente se esté muriendo. Esto genera congestión en las unidades. Si traslada y deriva, pero no lo hace de forma inteligente, apagan incendios todo el rato.

Estudiar si el comportamiento de los pacientes o estadías difieren entre hospital, departamento. Puede haber una o múltiples matrices de transición de estados. Ojalá de ahí ver si podemos sacar políticas de traslado. Estas serían reglas simples, pero que están inspiradas en nuestros análisis.

Presentar el problema y alguna idea de cómo vamos a abordarlo.

Buscar fuera del área de la salud. Procesos donde se consumen recursos, ocupa capacidad, etc. Buscar problema de inventario con varias etapas.