



Orientación Técnica N°1/2014

Estadísticas de Salud por Agrupaciones de camas

Santiago, 13 de febrero de 2014

Editor:

Valeska Ortiz Labé

Unidad de Producción DEIS

Índice

1. Introducción	3
2. Objetivos	3
3. Niveles de cuidados	3
3.1. Niveles de cuidados básicos	3
3.2. Niveles de cuidados medios (ex agudos)	4
3.3. Niveles de cuidados críticos	4
4. Conceptos técnicos	4
4.1. Complejidad	4
4.2. Cuidados progresivos	4
4.3. Categorización de pacientes por riesgo dependencia	5
4.4. El grado de dependencia	5
4.5. El nivel de riesgo	5
4.6. Paciente crítico	5
4.7. Unidad de paciente crítico (UPC)	5
4.8. Unidad de cuidados intensivos (UCI)	5
4.9. Unidad de tratamiento intermedio (Intermedio)	5
5. Conceptos estadísticos	6
5.1. Censo diario de camas y pacientes hospitalizados REM 20	6
5.2. Indicadores hospitalarios	7
6. Agrupaciones de camas	7
7. Proceso de reconocimiento de dotación de camas hospitalarias	8
8. Conclusiones	11
9. Referente DEIS	11

1. Introducción

Con el propósito de entregar una orientación técnica que sirva como guía a la modificación efectuada en el informe de la dotación de camas hospitalarias que hasta el año recién pasado debían ser distribuidas por servicios clínicos y, con la finalidad de optimizar el recurso camas hospitalarias, este Dpto. de Estadística e Información de Salud a solicitud de la Subsecretaría de Redes Asistenciales a través del Dpto. de Gestión de Procesos Clínicos Asistenciales ha trabajado en estandarizar y clasificar las camas según niveles de cuidados y unidades funcionales, lo que ha sido reflejado en el nuevo sistema de información REM 20 a implementarse en 2014.

En este documento se presentan pautas que permitan resguardar el registro estadístico entregando conceptos técnicos y estadísticos que permiten elaborar un censo diario de camas.

Este cambio implica que a nivel central la estadística ahora será requerida por agrupaciones de camas (niveles de cuidado), sin embargo, se plantea en este documento la necesidad que a nivel local los establecimientos mantengan la información por Servicios Clínicos (si aplica a su estructura) y además por niveles de cuidado.

2. Objetivos

El objetivo de este documento es entregar una pauta de trabajo a la Red de Estadísticas de Salud que permita orientar respecto de la nueva forma de agrupar las camas hospitalarias, con la finalidad de poder ayudarlos en la confección del nuevo registro del censo diario de camas y pacientes hospitalizados para el registro en el Sistema de Resumen Estadístico Mensual (REM 20) y de esta manera resguardar el dato estadístico.

3. Niveles de cuidados

En el Ord. Nº2110, con fecha 17 de julio de 2012, se definen los niveles de complejidad en atención cerrada en tres grandes áreas de cuidados, predominando estos criterios por sobre la diferenciación de camas por especialidad. Para ello, el establecimiento se debe organizar según los requerimientos y/o cuidados que el usuario requiere:

3.1. Niveles de cuidados básicos

Este nivel de cuidados, está destinado a pacientes que estando en cualquiera de las etapas de una enfermedad (evaluación, diagnóstico, tratamiento y/o recuperación), requiera hacer uso de instalaciones hospitalarias con el fin de que le sean otorgados cuidados médicos y de enfermería básicos. El perfil de pacientes a ingresar es de riesgo bajo y dependencia parcial o autosuficiencia (CUDYR C3-D1-D2-D3).

En general, este nivel se entrega atención de especialidad en ámbitos de adulto, pediátrico, neonatológico y gineco-obstétrico. Cuentan además con acceso a procedimientos básicos de tipo médico y/o quirúrgico (intervenciones menores).

3.2. Niveles de cuidados medios (ex agudos)

Este nivel, está destinado a entregar cuidados a pacientes de mediana complejidad. Se asocian a una fase aguda de enfermedad paciente, que en general debiera compensarse en pocos días.

Los afluentes de este nivel de atención son pacientes provenientes de las unidades de emergencia (observación y posterior derivación) y camas críticas. En estas unidades se debe mantener una vigilancia estrecha y periódica de los parámetros vitales de los pacientes, además se realiza atención integral con alta demanda de cuidados de enfermería, por lo tanto, el perfil de pacientes a ingresar es con mediano riesgo y alta dependencia (CUDYR C1-C2-B3).

3.3. Niveles de cuidados críticos

Es el nivel de cuidados destinado a brindar cuidados de alta complejidad definida para la internación y atención de pacientes críticos, es decir, con una condición patológica que afecta uno o más sistemas, que pone en serio riesgo actual o potencial su vida y que presenta condiciones de reversibilidad. Para ello se hace necesaria la aplicación de técnicas de monitorización, vigilancia, manejo y soporte vital avanzado hasta la compensación de sus signos vitales y hemodinámicos.

Este nivel organiza sus camas en Unidades de Pacientes Críticos (UPC) con áreas de tratamiento intensivo e intermedio. El perfil de paciente a ingresar es máximo riesgo y dependencia total (CUDYR A1-A2-A3-B1-B2).

4. Conceptos técnicos

4.1. Complejidad

La complejidad no tiene una sola forma de definirse y entenderse, esto es, la definición de complejidad depende del punto de vista del observador, como menciona Warfield (1994). Algo que es complejo para un observador tal vez no lo será para un segundo observador o para un grupo de observadores. Desde esta perspectiva la complejidad se nos presenta como el diferencial entre la demanda de recursos (materiales, intelectuales, valores, Norma Técnica N°150 “Criterios de clasificación según nivel de complejidad de establecimientos hospitalarios).

4.2. Cuidados progresivos

La Organización Panamericana y Mundial de la Salud (OPS/OMS) adoptó en 1973 la siguiente definición para el Cuidado Progresivo del paciente “Es la concepción mediante la cual se organizan los servicios hospitalarios y otros afines según las necesidades de atención del paciente, en tal forma que el enfermo recibe los servicios hospitalarios y otros afines según el grado en que

los requiera, el momento más oportuno y en el sitio y área física del Hospital más apropiado a su estado clínico”.

4.3. Categorización de pacientes por riesgo dependencia

Surge como una estrategia para medir el nivel de atención requerido por ellos. Es una herramienta de gestión (CUDYR) que ofrece una evaluación objetiva y estructurada de las demandas de cuidados del paciente hospitalizado e identifica su perfil, ayuda a mejorar la distribución de recursos humanos y materiales de cada servicio asistencial, identificar la carga de trabajo del personal de enfermería, y facilita la estandarización de planes de cuidados para cada categoría de pacientes.

4.4. El grado de dependencia

Se identifica a través de la valoración de las demandas de autocuidados universales preseleccionados, con las acciones programadas y proporcionadas. Se seleccionan tres grupos de autocuidados universales, para medir la dependencia de los usuarios: Prácticas de Confort, Alimentación y Eliminación.

4.5. El nivel de riesgo

Se identifica a través de la valoración de cuidados terapéuticos preseleccionados, que se requieren en situación de desviación de salud. Se eligen tres grupos de cuidados terapéuticos, que permiten medir indirectamente el riesgo de los pacientes: Medición de parámetros, Intervención Profesional Multidisciplinarias y Procedimientos de Enfermería.

4.6. Paciente crítico

Se denomina paciente crítico a aquel enfermo cuya condición patológica afecta uno o más sistemas, que pone en serio riesgo actual o potencial su vida y que presenta condiciones de reversibilidad, que hacen necesaria la aplicación de técnicas de monitorización, vigilancia, manejo y soporte vital avanzado.

4.7. Unidad de paciente crítico (UPC)

Estructura que reúne a la Unidad de Cuidados Intensivos y Unidad de Cuidados Intermedio de un establecimiento bajo organización y dependencia común.

4.8. Unidad de cuidados intensivos (UCI)

Es aquella dependencia hospitalaria destinada a proporcionar cuidado médico y de enfermería permanente y oportuna a pacientes críticos inestables. Se caracteriza por contar con residencia médica permanente, así como tecnología de alta complejidad, solamente disponible en estas unidades.

4.9. Unidad de tratamiento intermedio (Intermedio)

Es aquella dependencia del hospital destinada al manejo de pacientes críticos estables que requieren para su cuidado de monitoreo no invasivo, vigilancia y manejo de enfermería

permanente además de cuidados médicos. En los hospitales de mayor complejidad formarán parte de la Unidad de Paciente Crítico, con al menos 12 camas y residencia médica.

5. Conceptos estadísticos

5.1. Censo diario de camas y pacientes hospitalizados REM 20

El censo diario de camas y pacientes hospitalizados es el proceso mediante el cual se conoce el movimiento de pacientes hospitalizados y la utilización de las camas de cada unidad funcional. Su objetivo es recoger información diaria acerca de las camas disponibles, su utilización y el movimiento de pacientes ocurridos en el área de hospitalización, permitiendo obtener el recuento diario de pacientes que ocupan camas hospitalarias, verificando fechas de ingreso, desde el exterior o de manera interna del establecimiento hospitalario y fechas de egresos cuando corresponda.

El día censal se considera igual al día calendario, es decir, abarca un período comprendido entre las 0 a las 24 horas, según Norma Técnica N°152 “Estándar de Información de gestión de camas y pacientes”, con fecha 08 de agosto del 2013.

El censo diario de camas y pacientes hospitalizado permite obtener:

- **Número de camas disponibles:** es el número de camas reales instaladas en el establecimiento hospitalario, en condiciones de uso inmediato para la atención de pacientes hospitalizados, independiente que estén o no ocupados.
- **Número de ingresos diarios:** es la aceptación formal de un paciente por el hospital para su atención médica, su observación, tratamiento y recuperación. Todo ingreso al hospital involucra la ocupación de una cama hospitalaria. No deben considerarse ingresos los bebés nacidos vivos o muertos en el establecimiento, las personas que fallecen mientras son trasladadas al establecimiento y las personas que fallecen en la unidad de emergencia del establecimiento.
- **Número de egresos diarios:** es la salida de un paciente de las unidades de hospitalización que ha ocupado una cama del hospital. El egreso puede darse por alta médica, traslado a otro establecimiento, defunción, retiro voluntario del paciente u otro.
- **Número de días camas ocupadas:** es la permanencia de un paciente hospitalizado ocupando una cama de hospital, durante el período comprendido entre las 0 horas y las 24 horas del mismo día. El ingreso y egreso de un paciente en el mismo día debe ser considerado como día cama ocupado.

5.2. Indicadores hospitalarios

- *Días estada:* Es el total de días que el paciente permaneció hospitalizado en el establecimiento y corresponde al número de días transcurridos entre la fecha de ingreso y la fecha de egreso.
- *Promedio de camas disponibles:* es el número promedio de camas que estuvieron en funcionamiento cada día de un período dado. Se obtiene dividiendo los días camas disponibles en el mes por el número de días del mes.
- *Promedio de días de estada:* Corresponde a la suma de los días que permanecieron hospitalizados los pacientes que egresaron del establecimiento durante un período determinado dividido por el número de egresos producidos en el mismo período.
- *Índice de rotación o giro de camas:* mide el número de pacientes que pasan por una cama hospitalaria en un período de tiempo determinado.
- *Tasa de letalidad:* es la relación entre el número de defunciones ocurridas durante un período en un establecimiento y el número de egresos del mismo período.
- *Intervalo de sustitución:* es el tiempo promedio que una cama hospitalaria permanece desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro.

6. Agrupaciones de camas

De acuerdo a lo informado en Ord. C21/N° 3578, con fecha 12 de diciembre de 2013, manifiesta que la clasificación pasa de 73 servicios clínicos a 26 unidades funcionales:

Código	Unidades Funcionales
401	Área Médica Adulto Cuidados Básicos
402	Área Médica Adulto Cuidados Medios
403	Área Médico Quirúrgico Cuidados Básicos
404	Área Médico Quirúrgico Cuidados Medios
405	Área Cuidados Intensivos Adultos
406	Área Cuidados Intermedios Adulto
407	Área Médica Pediátrica Cuidados Básicos
408	Área Médica Pediátrica Cuidados Medios
409	Área Médico-Quirúrgico Pediátrica Cuidados Básicos

410	Área Médico-Quirúrgico Pediatría Cuidados Medios
411	Área Cuidados Intensivos Pediatría
412	Área Cuidados Intermedios Pediátricos
413	Área Neonatología Cuidados Básicos
414	Área Neonatología Cuidados Intensivos
415	Área Neonatología Cuidados Intermedios
416	Área Obstetricia
330	Área Pensionado
418	Área Psiquiatría Adulto Corta Estadía
419	Área Psiquiatría Adulto Mediana Estadía
420	Área Psiquiatría Adulto Larga Estadía
421	Área Psiquiatría infante-adolescente corta estadía
422	Área Psiquiatría infante-adolescente mediana estadía
423	Área Psiquiatría Forense Adulto evaluación e inicio de tratamiento
424	Área Psiquiatría Forense Adulto tratamiento
425	Área Psiquiatría Forense Infante Adolescente evaluación e inicio tratamiento
426	Área Psiquiatría Forense infante Adolescente tratamiento

Para conocer el número de camas disponibles, se les solicitara a los establecimientos hospitalarios utilizar como guía la clasificación de camas en relación a los niveles de cuidados, es decir, cuidados básicos, medios, críticos, en ámbitos de neonatología, pediatría y adulto, además de salud mental, pensionado y obstetricia cuando corresponda.

7. Proceso de reconocimiento de dotación de camas hospitalarias

Desde el presente año la resolución de dotación de camas debe ser enviada por cada establecimiento hospitalario a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, quien evaluará, analizará los antecedentes y validará esta información la que deberá remitir al Dpto. de Gestión de Procesos Clínicos Asistenciales, dependiente de la DIGERA. La información será revisada y una vez confirmada, se le informara al Dpto. Estadística e Información de Salud y FONASA, permitiendo a los establecimiento hospitalario registrar en el Sistema de Resumen Estadístico Mensual (REM 20).

Con la finalidad de facilitar este nuevo proceso, se adjunta como ejemplo la resolución del Hospital Dr. E.Torres G. de Iquique



DIRECCION HOSPITAL "DR.E.TORRES G"
LEG/ DR.JBR/FAV/loa.

RESOLUCION EXENTÁ N° 177 /

IQUIQUE, 31 ENE. 2014

VISTOS:

Lo establecido en el artículo N° 36 letra c) y artículo 4 número 11 y 12 del D.F.L. N° 01/05, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763/79 y las Leyes N° 18.933 y N° 18.469; Decreto N° 15, del año 2007, que aprueba el Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud; el Ord. N° 2110 de fecha 17 de Julio 2012, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales que define el tipo de camas según niveles de cuidados; lo dispuesto en el artículo 46 letra e) del Decreto N° 140/04, que contiene el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, el artículo 23 letra v) del Decreto N° 38/05, que establece el Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y Establecimientos de Autogestión en Red; la Resolución N° 1600/08 de la Contraloría General de la República; Resolución N° 252 de fecha 25 de Julio de 2012 de la Dirección Servicio de Salud de Iquique.

CONSIDERANDO:

- 1.- Lo establecido en el cronograma del Plan de Mejoría Hospitalaria, "Proyecto de Mejoramiento del Hospital".
- 2.- La necesidad de estandarizar y clasificar las camas del Establecimiento Hospitalario, de acuerdo a lo que se instruye en Ordinario C21/N°3578 de 12.12.13, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- 2.- Razones de buen servicio y adecuación hospitalaria.

RESUELVO

- 1.- Modifícase Resolución Exenta N° 1588 de fecha 15 de Noviembre 2013, incorporándose a la Dotación Camas del Hospital "Dr. E. Torres G." de 411, los criterios de estandarización y clasificación según niveles de cuidados: cuidados básicos, medios y críticos (UTI—UCI) a contar del 01 de Febrero de 2014.
- 2.- Entiéndase que la distribución de las 411 camas con que cuenta el Hospital "Dr. E. Torres G.", su estandarización y clasificación, se encuentra detallada en el anexo que se adjunta, el cual se considera como parte integrante del presente acto administrativo, para todos los aspectos legales.

ANOTESE, REGISTRESE Y COMUNIQUESE



LILIANA ECHEVERRIA CORTES
DIRECTORA

HOSPITAL "DR. E. TORRES G." DE IQUIQUE

Lo que transcribo para su conocimiento y fines pertinentes



INGRID ORELLANA ARAYA
MINISTRO DE FE

Distribución:

- Dirección Servicio de Salud de Iquique
- Subdirección Gestión Asistencial SSI
- Unidad Gestión de Informática SSI
- Subdirecciones: SDM – SDGCP – SDA – SDDPP
- Asesoría Jurídica Hospital
- Auditoría Hospital
- Jefe Dais
- Jefes CR Clínicos y Jefes CR Apoyo Clínicos
- Unidad Gestión Centralización de Camas
- Archivo Carpeta Dirección Hospital
- Oficina de Partes

DOTACION DE CAMAS HOSPITALARIAS Y CLASIFICACION EN UNIDADES FUNCIONALES

	UNIDAD FUNCIONAL	TOTAL
a)	Área Médica Adulto Cuidado Básico	38
	Área Médica Adulto Cuidado Medio	25
b)	Área Médico Quirúrgica Cuidado Básico	
	CR Neurocirugía	8
	CR Traumatología	26
	CR Cirugía	36
	CR Ginecología	12
c)	Área Médico Quirúrgico Cuidados Medios	
	CR Cirugía	24
	CR Traumatología	10
	CR Gineco-Obstetricia	3
d)	Área Intensivo Cuidado Adulto	8
e)	Área Intermedio Cuidado Adulto	22
f)	Área Cirugía Pediátrica Cuidado Básico	1
g)	Área Cirugía Pediátrica Cuidado Medio	11
h)	Área Médica Pediátrica Cuidado Básico	3
i)	Área Médica Pediátrica Cuidado Medio	21
j)	Área Intensiva Pediátrica	2
k)	Área Intermedia Pediátrica	3
l)	Área Neonatología Cuidado Básico	10
m)	Área Neonatología Cuidado Intensivo	7
n)	Área Neonatología Cuidado Intermedio	14
o)	Área Obstétrica	49
p)	Área Pensionado	26
q)	Área Psiquiatría Corta Estadía	30
r)	Área Psiquiatría Mediana Estadía	—
s)	Área Psiquiatría Larga Estadía	—
t)	Área Psiquiatría Infanta-Adolescente Corta Estadía	22
u)	Área Psiquiatría Infanta-Adolescente Media Estadía	—
v)	Área Psiquiatría Infanta-Adolescente Larga Estadía	—
	TOTAL DE CAMAS	411

8. Conclusiones

En este documento se presentó la nueva forma de agrupar la dotación de camas en un establecimiento hospitalario para ser informada al Ministerio de Salud, es decir, ya no se distribuirán por servicios clínicos sino que como unidades funcionales con la finalidad de optimizar el recurso camas, sin dejar de existir estos, ya que constituyen un grupo organizado de recursos materiales y humanos que despliegan sus competencias y experiencias para entregar una atención de salud especializada a pacientes hospitalizados en distintas unidades funcionales (agrupaciones de camas con un mismo nivel de cuidado).

En la atención cerrada, el servicio clínico deja de ser sinónimo de un número determinado de camas, ya que independiente del lugar físico donde se ubique el paciente y el recurso cama.

Se entregaron conceptos técnicos y estadísticos con la finalidad de resguardar el registro estadístico, de esta manera se sugiere mantener en el registro local el censo diario de camas por servicios clínicos en el caso que existan, esto con la intención de no perder el registro estadístico y su tendencia.

Se presentaron las nuevas agrupaciones de camas con sus códigos que reemplazan los antiguos servicios clínicos, por otra parte se mencionaron las pautas respecto del proceso que debe seguir para obtener una resolución y a modo de ejemplo se incluyó la resolución del Hospital Dr. E.Torres G. de Iquique, con la finalidad de poder aclarar la manera en que se debe confeccionar dicho documento.

9. Referente DEIS

Nombre: Valeska Ortiz Labé

Correo electrónico: ana.ortiz@minsal.cl y Estadisticashospitalarias@minsal.cl

Teléfono de contacto: (56)(2) 2574 00 63

Red MINSAL: 240 063