



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

TEMA:

**Análisis de la Mortalidad en Pacientes del Hospital Naval Guayaquil y
Propuesta de Creación de la Unidad de Cuidados Intermedios**

AUTORA:

Md. Benítez Burgos Sara Margarita

**Previo a la obtención del Grado Académico de:
MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

TUTORA:

CPA Vera Salas, Laura Guadalupe, Mgs.

Guayaquil, Ecuador

2018



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

CERTIFICACIÓN

Certifico que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la **Doctora Sara Margarita, Benítez Burgos** como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**.

DIRECTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

CPA. Laura Guadalupe, Vera Salas, Mgs.

REVISORA

Ing. Elsie Zerda Barreno

DIRECTORA DEL PROGRAMA

Econ. María del Carmen Lapo Maza, Mgs.

Guayaquil, a los 3 del mes de enero del año 2018



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, Sara Margarita Benítez Burgos

DECLARO QUE:

El Proyecto de Investigación **Análisis de la Mortalidad en Pacientes del Hospital Naval Guayaquil y Propuesta de Creación de la Unidad de Cuidados Intermedios** previa a la obtención del **Grado Académico de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Proyecto de investigación del Grado Académico en mención.

Guayaquil, a los 3 del mes de enero del año 2018

LA AUTORA

Md. Sara Margarita Benítez Burgos



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

AUTORIZACIÓN

Yo, Sara Margarita Benítez Burgos

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del **Proyecto de Investigación Análisis de la Mortalidad en Pacientes del Hospital Naval Guayaquil y Propuesta de Creación de la Unidad de Cuidados Intermedios** previo a la obtención del grado en **Magister en Gerencia en Servicios de la Salud**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 3 del mes de enero del año 2017

LA AUTORA:

Md. Sara Margarita Benítez Burgos



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

Informe de Urkund

URKUND

Documento: [TESIS.DRA. Sara Benitez Burgos.docx](#) (D32345023)

Presentado: 2017-11-12 09:57 (-05:00)

Presentado por: sarabenez2@hotmail.com

Recibido: laura.vera.ucsg@analysis.orkund.com

Mensaje: enviando tesis [Mostrar el mensaje completo](#)

1% de estas 63 páginas, se componen de texto presente en 2 fuentes.

Lista de fuentes

- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/>
- <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=48311>
- http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- <http://repositori.urv.cat/fourrepublic/search/item/TDX:1674>
- <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/13624>
- <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.04.016>

0 Advertencias. Reiniciar Exportar Compartir

Agradecimiento

A Dios por guiar mis pasos.
A mi tutora y los docentes por compartir sus conocimientos.

Md. Sara Margarita Benítez Burgos

Dedicatoria

A mis hijos Leonardo José y Camila Leonela que son mi inspiración.

A mi esposo Leonardo por el apoyo y paciencia.

Md. Sara Margarita Benítez Burgos

Índice General

Introducción.....	1
Antecedentes.....	4
Planteamiento del Problema	6
Formulación del Problema.....	7
Justificación	7
Objetivos de la Investigación	8
Objetivo general	9
Objetivos Específicos	9
Preguntas de Investigación	9
Capítulo I: Fundamentación Teórica	10
Marco Teórico.....	10
Salud.....	11
Componentes de la Salud	12
Salud Pública y Atención Sanitaria	13
Funciones de la Salud Pública	14
Modelo Sanitario por Niveles.....	16
Mortalidad	17
Cardiopatía Isquémica	18
Accidente Cerebro Vascular	19
La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.....	19

Cáncer de Pulmón.....	20
Diabetes	20
Traumatismos	21
Mortalidad en Hospitales Generales.....	21
Factores de Riesgo de Mortalidad en Hospitales.....	22
Factores de riesgo modificables	22
Factores de Riesgo no Modificables.....	22
Cuidados Intermedios (UCIM).....	23
Aspectos financieros y de inversión	23
Funcionamiento y Estructura de las UCIM	27
Marco Conceptual.....	32
Marco Legal.....	34
El Plan Nacional del Buen Vivir.....	36
Marco Referencial	37
Modelo Sanitario Ecuatoriano y la Red Hospitalaria	36
Capítulo II: Estudio Situacional	41
El Hospital General Naval Guayaquil	41
Reseña Histórica del HOSNAG	42
Estructura Organizacional	44
Cartera de Servicios.....	52
Capítulo III: Marco Metodológico	54
Diseño de la Investigación.....	55

Revisión Bibliográfica y Abordaje Documental.....	55
El Enfoque Cuantitativo: La Estadística y las Historias Clínicas.....	56
El Enfoque Cualitativo: La entrevista en Profundidad.....	57
Población y Muestra	58
Variables	59
Variable independiente	59
Variable dependiente.....	59
Procesamiento de los Datos.....	59
Análisis de Resultados Cuantitativo	60
Ámbito Estadístico Cuantitativo.....	60
Demografía. Usuarios por sexo	60
Edad de los Usuarios	61
Procedencia de los Usuarios	62
Residencia de Usuarios.....	62
Condición de egreso usuarios	63
Condición de Egreso y Estancia	64
Condición de Egreso por Alta y Patologías	64
Condición de Egreso por Fallecimiento y Patologías.....	65
Unidad de Cuidados Intensivos	66
Usuarios UCI.....	67
Usuarios Unidad Cuidados Intensivos según sexo	67
Patologías de Ingresos Hospitalarios.....	67

Usuarios UCI según Condición de Egreso	68
Fallecidos en UCI según Estancia	69
Fallecidos por Patologías.....	69
Usuarios UCI según patologías de UCIM	70
Análisis de Resultado Cualitativo.....	71
La Importancia de las Unidades de Cuidados Intermedios en el HOSNAG	71
Morbilidad Hospitalaria y Mortalidad.....	71
Resultado Matriz DAFO.....	73
Conclusiones Preliminares	73
Capitulo IV	75
Propuesta Unidad Cuidados Intermedios	75
Antecedentes.....	75
Objetivo de la Propuesta.....	75
Estructura de Funcionamiento	76
Recursos Humanos, Técnicos y Económicos	78
Conclusiones del Flujo	83
Recomendación según Flujo.....	83
Cronograma	89
Conclusiones.....	90
Recomendaciones	92
Referencias Bibliográficas.....	93
Apéndices	100

Lista de Tablas

Tabla 1: <i>Usuarios del HOSNAG y UCI entre 2010-2016</i>	58
Tabla 2: <i>Número de Entrevistas a Especialistas por hospitales</i>	58
Tabla 3: <i>Dimensiones de las Variables e indicadores</i>	59
Tabla 4: <i>Requerimientos en activos fijos - propuesta UCIM HOSNAG</i>	84
Tabla 5: <i>Presupuesto de adecuaciones al edificio para la implementación de UCIM - HOSNAG</i>	85
Tabla 6: <i>Proyección de Costos en el Recurso Humano UCIM HOSNAG</i>	86
Tabla 7: <i>Cálculo de depreciación de equipo médico y de apoyo</i>	86
Tabla 8: <i>Resumen de presupuesto necesario UCIM HOSNAG</i>	87
Tabla 9: <i>Flujo de efectivo proyectado UCIM HOSNAG</i>	88
Tabla 10: <i>Cronograma de Actividades para la Implementación UCIM HOSNAG</i>	89

Lista de Figuras

<i>Figura 1:</i> Tasa mortalidad en Ecuador. Período 1990-2015.....	38
<i>Figura 2:</i> Usuarios del HOSNAG según sexo 2010-2016.....	60
<i>Figura 3:</i> Usuarios del HOSNAG según edad 2010-2016.....	61
<i>Figura 4:</i> Usuarios del HOSNAG según procedencia 2010-2016.....	62
<i>Figura 5:</i> Usuarios del HOSNAG según residencia 2010-2016.....	63
<i>Figura 6:</i> Usuarios del HOSNAG según condición de egreso 2010-2016.....	63
<i>Figura 7:</i> Usuarios del HOSNAG según condición de egreso y estancia.....	64
<i>Figura 8:</i> Usuarios del HOSNAG según condición de egreso por alta y patolo.....	65
<i>Figura 9:</i> Usuarios del HOSNAG según egreso por fallecimiento y patologías.....	66
<i>Figura 10:</i> Usuarios de Unidad de Cuidados Intensivos.....	67
<i>Figura 11:</i> Usuarios de UCI según sexo 2010-2016.....	67
<i>Figura 12:</i> Usuarios de UCI según ingreso y patología 2010-2016.....	68
<i>Figura 13:</i> Usuarios de UCI según condición de egreso 2010-2016.....	68
<i>Figura 14:</i> Fallecidos según estancia 2010-2016.....	69
<i>Figura 15:</i> Fallecidos de UCI según patologías 2010-2016.....	70
<i>Figura 16:</i> Pacientes de UCI según patologías de UCIM 2010-2016.....	71
<i>Figura 17:</i> Proyección pacientes Unidad Cuidados Intermedios-HOSNAG.....	77
<i>Figura 18:</i> Organigrama Unidad Cuidados Intermedios-HOSNAG.....	82

Resumen

La investigación se centra en analizar los factores que determinan la mortalidad en pacientes del Hospital Naval Guayaquil (HOSNAG) con el fin de crear una Unidad de Cuidados Intermedios que permita mejorar la calidad asistencial. Se trata de un estudio mixto, cuantitativo y cualitativo en la que se analiza la estadística de hospitalización entre los años 2010 y 2016, las historias clínicas de pacientes y las entrevistas realizadas a 15 especialistas de hospitales generales de Guayaquil sobre las causas de mortalidad y el posible efecto positivo de la Unidad de Cuidados Intermedios (UCIM). El resultado muestra que un 3% de los pacientes atendidos en el período han fallecido, las patologías más frecuentes en este desenlace son los traumatismos, el Síndrome de Dificultad Respiratoria, los Accidentes Vasculares, el Choque, la Hipertensión, la Fibrosis y la Cirrosis. Asimismo, la edad y el sexo son factores que inciden significativamente en un mal pronóstico, por lo que para mejorar las expectativas de vida de pacientes en riesgo se recomienda crear una Unidad de Cuidados Intermedios.

Palabras clave

Cuidados Intermedios, actividad asistencial, recursos médicos, camas, pronóstico.

Abstract

The investigation centres on analyzing the factors that determine the mortality in patients of the Naval Hospital Guayaquil (HOSNAG) in order to create a Unit of Elegant Intervals that allows to improve the welfare quality. It is a question of a mixed, quantitative and qualitative study in that the statistics of hospitalization is analyzed between the year 2010 and 2016, the patients' clinical histories and the interviews realized to 15 specialists of general hospitals of Guayaquil on the reasons of mortality and the possible positive effect of the Unit Intermediate Care (UCIM). The result shows that 3 % of the patients attended in the period has died, the most frequent pathologies in this conclusion are the Traumatism, the Syndrome of respiratory difficulty, the Vascular Accidents, the Shock, the Hypertension, the Fibrosis and the Cirrhosis. Likewise, the age and the sex are factors that affect significantly in an evil forecast, for what to improve the patients' life expectations in risk one recommends to create the intermediate care.

Keywords

Intermediaty unit, care activity, medical resources, beds, prognosis.

Introducción

Para lograr el desarrollo integral de la población es necesario garantizar el acceso a servicios sanitarios de calidad con calidez y eficiencia. En este sentido, la mortalidad constituye un indicador poblacional que permite conocer el estado de salud de las personas, y las comunidades, para la toma de decisiones por parte de los organismos planificadores. Las estadísticas hablan por sí solas, cada año mueren millones de personas en el mundo por complicaciones de morbilidades de diversa índole. Sin embargo, un importante número de estas muertes podrían evitarse si se adoptan medidas preventivas y se disponen de los cuidados médicos sanitarios adecuados.

Ante este hecho, el acceso universal a los servicios de la salud y la adecuación del sistema sanitario a las necesidades de la población es el gran desafío del siglo XXI. Por ello, en la última década se ha incrementado el gasto público proveniente del Producto Interior Bruto (PIB) nacional destinado a este fin que se refleja en un aumento de la infraestructura y equipamiento médico, así como el número de atenciones médicas (Senplades, 2017). Para la consecución de este objetivo, se implementó un modelo de administración por niveles según el cual los establecimientos sanitarios se hallan integrados a una red de servicios con miras a realizar gestiones que generen condiciones para un desarrollo eficiente y seguro.

Entre las entidades prestadoras de servicios asistenciales se encuentran los hospitales que disponen de una serie de recursos físicos, materiales y financieros para cumplir este propósito. Los establecimientos cuentan con una cartera de servicios que incluyen consulta externa, emergencia, hospitalización, centro quirúrgico y obstétrico, laboratorio, imagenología, y en algunos casos, cuidados intensivos.

Según las definiciones del Ministerio de Salud Pública (SIICE, 2017), el hospital general es un establecimiento de salud que brinda atención clínico – quirúrgica y

ambulatoria en consulta externa, hospitalización, cuidados intensivos, cuidados intermedios y emergencias, con especialidades y subespecialidades reconocidas por la ley. Además, cuentan con unidades de diálisis, medicina transfusional, trabajo social, traumatología y atención básica de quemados, servicios de diagnóstico como laboratorio clínico, imágenes, anatomía patológica, nutrición, dietética, medicina física, rehabilitación y farmacia, de acuerdo con el perfil epidemiológico de su área de influencia y emergencias. Asimismo, disponen de servicios de odontología, medicina física y rehabilitación, y resuelven las referencias recibidas de las unidades de menor complejidad. De igual manera, realizan docencia e investigación; corresponden al segundo nivel de prestación de servicios, se ubican en las capitales de provincia y cabeceras cantonales de mayor concentración poblacional y pueden pertenecer al sector público o privado.

Normalmente los hospitales ofrecen a sus pacientes dos tipos de servicio: las unidades de hospitalización convencional y unidades de cuidados intensivos. No obstante, existen circunstancias en pacientes que necesitan cuidados superiores a los que reciben en las unidades de hospitalización normal, pero sin llegar a requerir los cuidados que ofrecen las unidades de cuidados intensivos. Estos pacientes son los candidatos idóneos a ocupar las Unidades de Cuidados Intermedios (Pajares, 2016).

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC (2016) señala que la cobertura alcanzada en el año 2014 fue de 1.192.749 pacientes egresados, 26.567 camas de dotación normal, 24.634 camas hospitalarias disponibles y 769 establecimientos, de los cuales 76 son hospitales generales. En relación con la distribución geográfica se puede señalar que en la región costa hay mayor número de establecimientos hospitalarios. Una mirada a la evolución de las cifras de forma localizada evidencia un crecimiento sostenido de establecimientos ya que en el 2004 en la Provincia del Guayas existían 128

establecimientos de salud y en 2014 alcanzaron la cifra de 159 unidades.

La entidad objeto de estudio es el Hospital Naval Guayaquil y ofrece una cartera de servicios similar a la señalada. Sin embargo, no cuenta con un servicio de Cuidados Intermedios que atienda a pacientes con patologías agudas y necesidades de cuidados superiores que mejore sustancialmente la calidad de la atención, evite los traslados innecesarios hacia otras unidades hospitalarias, aumente la satisfacción de pacientes y disminuya la mortalidad.

Este trabajo académico se ha estructurado en cuatro capítulos. El capítulo I aborda los principales planteamientos teóricos, conceptuales, referenciales y legales acerca de la cuestión mortalidad en hospitales generales como indicador de calidad asistencial e instrumento valioso para la planificación y gestión sanitaria. Asimismo, la literatura especializada evidencia el importante papel que cumplen las unidades de Cuidados Intermedios en la disminución del riesgo de fallecimiento en pacientes semi-críticos.

El capítulo II comprende un estudio situacional del Hospital Naval Guayaquil como ente sanitario de segundo nivel de atención y cuarto de complejidad ya que ofrece una cartera de servicios que incluye especialidades clínico- quirúrgicas, servicio de diagnóstico, terapéutico, docencia e investigación, cuidados intensivos sin intermedios. EL apartado ofrece la evolución de la rotación intrahospitalaria de acuerdo a la demanda según las áreas de atención, así como las funciones organizativas del ente.

El capítulo III contiene el marco metodológico y muestra los métodos y técnicas utilizados en la contratación de la información. Desde lo cuantitativo y con la explotación de la estadística de los usuarios y sus historias clínicas se ha podido observar el comportamiento de las variables objeto de estudio tales como patologías frecuentes, condiciones de egreso y mortalidad, días de estancia, entre otras. Asimismo, y desde lo cualitativo, con las entrevistas en profundidad a especialistas médicos se

obtuvieron significaciones sobre morbilidades de alto riesgo susceptibles de ser atendidas en Cuidados Intermedios, lo que valida la necesidad de implementar dicho servicio.

El capítulo IV refleja la propuesta creación Unidad de Cuidados Intermedios en el HOSNAG desde el punto de vista espacial, económico, técnico y humano; la cual se ha diseñado como unidad de internación para pacientes que requieran cuidados constantes y especializados, sujeto a la normativas de calidad-bioseguridad médica vigentes. Los pacientes atendidos procederán de distintas áreas como: salidas de UCI, asistencia programada, urgencias, salas de hospitalización, quirófanos y consulta externa. Finalmente, se extraen algunas conclusiones y recomendaciones que se registran en el apartado correspondiente.

Antecedentes

Hoy en día, la asistencia médica es uno de los pilares del bienestar ciudadano en materia de salud, por lo que desde los ámbitos público y privado se ofrecen una serie de productos y servicios destinados a este fin. En el último medio siglo y de acuerdo al desarrollo, se presenta la tendencia de adecuar el funcionamiento hospitalario a nuevos escenarios y realidades sanitarias con acciones que deriven en la diversificación de la oferta y la creación de nuevas unidades asistenciales que potencien la mejora integral del paciente y humanicen la atención.

La clasificación de los enfermos según la necesidad del servicio conlleva a crear unidades de atención adicionales a los tradicionales servicios de emergencia, hospitalización convencional y consulta externa. Bajo este escenario, se desarrollan una serie de iniciativas e intervenciones, creándose nuevas unidades asistenciales enfocadas a la rehabilitación y dependientes de la medicina intensiva, que reciben pacientes con seguimiento intensivo como las Unidades de Cuidados Intermedios(UCIM) para los

semi críticos y las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) para los críticos.

Pajares (2016) señaló como 1863, el año en el cual se planteó la creación de la primera Unidad de Cuidados Intensivos durante la guerra de Crimea por cuanto la gravedad de los pacientes requería cuidados de enfermería diferenciados. Durante la década de los 60 comenzaron a popularizarse las primeras UCI con la conceptualización actual, procurando dar respuesta a la preocupación médica por la morbilidad de la cardiopatía isquémica y de los traumatismos graves provocados por los accidentes. A partir de los años 70 empezaron a desarrollarse dentro de las UCI, las denominadas áreas de Cuidados Intermedios o Unidades de Semicríticos, en las que el paciente crítico es preparado para ser transferido a unidades de hospitalización convencional.

Aunque, inicialmente la creación de las UCIM se debió a criterios económicos. A través del tiempo se ha demostrado que estas unidades de hospitalización aportan beneficios adicionales como la disminución de estancias en las UCI, reducción de los reingresos y mortalidad. En Ecuador, los hospitales ofrecen de forma frecuente la hospitalización convencional y la intensiva mayoritariamente a través de servicios UCI. Sin embargo, muchos pacientes son ingresados bajo propósitos de vigilancia y observación y, aunque, no revisten mayor gravedad, requieren cuidados especializados.

Planteamiento del Problema

El Hospital Naval Guayaquil (HOSNAG) presenta una estructura de servicios de medicina convencional e intensiva en la que cada año se atiende a miles de pacientes. Observaciones efectuadas a procesos operativos médicos diarios dan cuenta de la limitada capacidad de la UCI ante la demanda de pacientes semi-críticos que no precisan ventilación mecánica e invasiva, y que habiendo superado la fase aguda de un proceso patológico grave son trasladados a planta, otros centros sanitarios o enviados a sus domicilios rompiendo así la continuidad de la gradación asistencial con sus subsiguientes efectos en la calidad de la salud. Una estimación de las cifras del HOSNAG advierte que cierto número de usuarios en los últimos cinco años han atravesado por esta situación.

Aunque apenas existen datos generalizados acerca de la población afectada por este hecho en la ciudad y en el país. La cada vez mayor implementación de las UCIM en hospitales de referencia del ámbito internacional señala la importancia de su funcionamiento para pacientes que se encuentran estables y necesitan un control continuo debido a que se encuentran en peligro potencial de presentar problemas que requieren actuaciones rápidas que evitarían los fallecimientos. Desde el punto de vista práctico, la ausencia de las Unidades de Cuidados Intermedios representa un salto en la cadena de los servicios hospitalarios puesto que se perciben como un obstáculo hacia la recuperación. Dado que benefician de forma directa e inmediata a pacientes que por un lado no cumplen criterios que justifiquen permanencia en UCI y, por otro lado, no debieran ser dados de alta. Por consiguiente, las UCIM producirían en buena medida una disminución de la estancia media en la Unidad de Cuidados Intensivos y una mejor gestión de los recursos sanitarios.

Formulación del Problema

Al hilo de lo señalado, la falta de camas en la Unidad de Cuidados Intensivos, la limitación de recursos humanos y materiales en las áreas de urgencias, la imposibilidad de segregar a pacientes graves por múltiples patologías: insuficiencias respiratorias, sepsis, problemas coronarios, arritmias y postquirúrgicos, y pacientes inestables ingresados en hospitalización convencional que demandan servicios de cuidados especiales sin necesidad de ser aislados en UCI representan una serie de cuestiones a ser analizadas.

Teniendo en cuenta lo expuesto se plantea la necesidad de un estudio que dé respuesta a la siguiente interrogante central: ¿Es necesaria una Unidad de Cuidados Intermedios en el HOSNAG?

Justificación

La Constitución (Asamblea Nacional, 2008) es el marco legal por excelencia en el país; determina los derechos de los ecuatorianos en cuanto a salud como uno de los fundamentales del ser humano y su aporte al desarrollo económico y social de la nación. Esta concepción integral de la salud que incorpora todas las dimensiones bio, psico, sociales; lleva a señalar la importancia de aplicar mecanismos que garanticen el derecho a la salud para todos, sin exclusión mediante políticas públicas intersectoriales favorables al desarrollo de un sistema público integrado de salud con financiamiento fiscal suficiente y conformando una red pública de atención con los servicios del Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social (IESS) y otras entidades de financiamiento que funcionan con recursos públicos.

En estas entidades se procuran una serie de servicios a los usuarios. Los servicios de Cuidados Intermedios no son frecuentes en la red hospitalaria del sistema sanitario público nacional, hecho que debe ser analizado, porque tal, y como señala la literatura

médica especializada evitan complicaciones a pacientes afectados con patologías que por su naturaleza conllevan graves riesgos a la salud que podrían resolverse con una intervención rápida. También, es conocido que los centros asistenciales de segundo nivel precisan de soportes de atención especializada que eviten la saturación de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Asimismo, el funcionamiento de una UCIM puede reducir el número de fallecimientos en pacientes que ingresan en cuidados intensivos sin presentar los criterios de admisión suficientes, y aunque el HOSNAG tiene una infraestructura correspondiente a su clasificación no cuenta con una Unidad de Cuidados Intermedios que evite derivar pacientes en riesgo hacia la UCI ocasionando la respectiva congestión del área o hacia otros hospitales de la zona de influencia. Situación que se contrapone con lo estipulado en la Constitución en cuanto al Derecho sanitario y el Plan Nacional del Buen Vivir (Senplades, 2017) que garantiza el acceso universal a la salud, el bienestar general y la mejora de la calidad de vida de los ecuatorianos.

La atención sanitaria del HOSNAG cumple con el propósito de acceso universal en la cartera de servicios que ofrece, pero urge completarla mediante la implementación de aquellos otros servicios necesarios para mejorar sustancialmente la esperanza de vida de enfermos crónicos en potencial riesgo de muerte y que puede ser evitado con las intervenciones rápidas y especializadas que ofrece el funcionamiento de una UCIM. Esta acción complementará la integralidad de la atención integral y la calidad de los pacientes semicríticos de Guayaquil, en particular; y, beneficiará al sistema sanitario nacional en general.

Objetivos de la Investigación

La presente investigación se ha orientado a través de los siguientes objetivos:

Objetivo general

Analizar los factores que determinan la mortalidad en pacientes del Hospital Naval Guayaquil (HOSNAG), con el fin de proponer la creación de una Unidad de Cuidados Intermedios que permita mejorar la calidad de los servicios de los médicos.

Objetivos Específicos

- Identificar las principales teorías sobre la mortalidad hospitalaria y su relación con las Unidades de Cuidados Críticos e Intermedios a través de la búsqueda bibliográfica.
- Caracterizar la mortalidad hospitalaria y la medicina intensiva e intermedia mediante el análisis estadístico, las historias clínicas y la entrevista.
- Identificar los recursos necesarios para el funcionamiento de una Unidad de Cuidados Intermedios mediante el análisis situacional.
- Diseñar una propuesta de implementación de Unidad de Cuidados Intermedios a través de la estimación de los recursos técnicos, económicos, humanos y espaciales.

Preguntas de Investigación

1. ¿Cuál es la tasa de mortalidad en el centro sanitario?
2. ¿Qué factores intervienen en este evento?
3. ¿Cuáles son las patologías que desencadenan la mortalidad intrahospitalaria?
4. ¿Qué recursos son necesarios para reducir esta situación?

Capítulo I: Fundamentación Teórica

Marco Teórico

En los albores de la medicina Hipócrates señalaba que *Sanar es una cuestión de tiempo, pero a veces también es cuestión de oportunidad*, la que se presenta cuando un enfermo encuentra el cuidado y tratamiento para sus afecciones en unidades especializadas de hospitales generales. Aun así, los padecimientos adquieren niveles de gravedad y la muerte puede producirse.

Reducir la mortalidad es uno de los principales desafíos en las sociedades contemporáneas. Y, desde hace varios siglos se ha sido testigo de innumerables acciones sociales, políticas y estatales tendientes a mejorar la salud de la población (Ramos, Bárzaga, & Oscar, 2007). Estas actuaciones son fruto de una planificación sanitaria basada en datos fidedignos sobre las principales causas de defunción y discapacidad proporcionadas por el sistema de salud. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), las estadísticas hospitalarias conforman cifras esenciales que sirven para establecer las prioridades nacionales puesto que describen con precisión los principales problemas sanitarios y la carga de morbilidad de los ciudadanos (2014). Por consiguiente, las disminuciones de las defunciones evidencian no sólo interés por el desarrollo sino también por la salud, la morbilidad y la atención sanitaria.

Bajo este escenario, se puede advertir que la problemática de la mortalidad y sus efectos deben ser abordadas desde la interdisciplinariedad y la complejidad que ofrecen diversos campos del conocimiento y enfoques vinculados a la salud, el trabajo terapéutico con pacientes semicríticos y su evolución. Aunque se tiene claro que el aspecto clave a investigar en este trabajo es el problema de la mortalidad, se hace necesario abordar la arista Salud por constituir el antagónico de la mortalidad y representar el objetivo esencial en la mayoría de las investigaciones médicas.

Salud

El origen etimológico de la palabra salud se encuentra en el latín *salus* que se interpreta como aquel estado de equilibrio dinámico entre un organismo y su ambiente en el que todas las funciones de la mente y el cuerpo son normales (Alcántara, 2008). Cabe señalar que en la antigüedad se la asociaba con lo mágico-religioso y más adelante con el desarrollo de la higiene personal y pública, pero en cualquiera de los casos, el término tiende a ser vinculado con la condición personal y el estado de bienestar de personas y comunidades.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016^a) la define como el completo estado de bienestar físico, psíquico, social y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades. Del mismo modo, Perea (2001) la conceptualizó como el conjunto de condiciones físicas, psíquicas y sociales que permite al individuo un desarrollo armónico en su medio. Al respecto, Frenk (2016) señaló que la salud depende de las reacciones del cuerpo, es decir, es la respuesta de la biología a estímulos múltiples y diversos del ambiente ecológico y social por lo que integra lo físico, lo biológico, lo psicológico, lo social y lo cultural. Por su parte, Briceño (2000) afirmó que es “la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con el cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y economía internacional” (p. 15). Otros autores explicaron que la salud es la condición de las personas que gozan de bienestar físico, mental y social (Alcántara, 2008; PAHO, 2007).

Como se puede ver las definiciones reflejan la evolución de un concepto que se inicia bajo una interpretación simplista en el que la salud es el resultado de la ausencia de enfermedades biológicas hacia uno en el que el término bienestar trasciende lo físico-personal para interactuar con el medio. Ello posibilita observar la dualidad entre salud-mortalidad, dos conceptos que deben ser entendidos como las caras de un mismo

proceso en el que intervienen más de un componente, tema que se aborda en el siguiente epígrafe.

Componentes de la Salud

A la salud se la vincula con el buen funcionamiento del organismo en cuanto a metabolismo y ambiente (Barragán, Moiso, Mestorino, & Ojea, 2007). Por lo tanto, el estilo de vida, los hábitos y costumbres puede ser beneficiosos o perjudiciales para la salud de las personas y en no pocos casos conducen a la muerte. Estos criterios definen que la salud debe ser analizada desde las perspectivas física, mental y social dado que son componentes interrelacionados. Una somera aproximación teórica indica que la salud física se refiere al nivel de susceptibilidad que tiene un individuo frente a las enfermedades, al peso corporal, la agudeza visual, el nivel de tolerancia y la recuperación (Frenk, 2016). Asimismo, comprende el funcionamiento eficiente del organismo, la resistencia a las enfermedades, la capacidad física de responder a los eventos y los niveles de aptitud.

Así, se entiende por salud individual al estado en el que se encuentra cada persona y que depende de sí mismo porque es consecuencia del comportamiento cotidiano. Bajo este indicador, el individuo es responsable único de su condición biológica y por tanto, su bienestar depende de adquirir hábitos que les permita mejorar su calidad de vida y mantenerse saludables. Para Isla (2008), la interpretación individual de la salud determina diferentes formas de enfrentarse al proceso salud-enfermedad, así por ejemplo, sobre la salud mental, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016c) la definió como el estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus propias capacidades, afronta las tensiones de la vida, trabaja de forma productiva y contribuye a la comunidad. En cualquiera de los casos, Urzúa y Caqueo (2012) refirieron a la salud como uno de los atributos claves que intervienen en la calidad de vida.

Según lo expuesto, la salud se construye desde lo individual, lo ambiental y lo poblacional. La salud ambiental comprende todos los factores físicos, químicos, y biológicos externos que inciden en la salud de las personas, concepto que encierra las circunstancias ambientales en las que generalmente se apoya la prevención de las enfermedades.

La salud poblacional abarca las condiciones de salud de las comunidades y las campañas de concientización; de transmitir conductas o estilos de comportamientos que promuevan el bienestar y prevengan los trastornos a la población (OPS, 2016) evitando la contaminación que causa miles de muertes en el mundo. Este último tipo de salud es el vigente desde hace varias décadas debido a lo que en palabras de Briceño (2000) su atención mediante la medicina preventiva conduce hacia la búsqueda de la salud pública.

Salud Pública y Atención Sanitaria

La salud pública es igual a la salud de la población y su consecución se vincula a los estados, concretamente a las condiciones de salud y bienestar de los habitantes de una nación. Siguiendo la línea argumental se procede a identificar las variables intervinientes en la problemática de la mortalidad y a explicar los orígenes de la sanidad; precisamente, la historia de la salud pública tal y como se la conoce hoy en día se remonta a hace poco más de un siglo. Así, por vez primera, el establecimiento de servicios de atención pública recibió la denominación de *sanidad e higiene pública* y tenía como finalidad la protección de la salud de la población, todo ello mediante acciones de gobierno (Villar, 2011). Para Beldarraín, (2002) citando a Sigerist (1941), autor clásico del tema, la salud pública se promueve proporcionando condiciones de vida, trabajo, educación, y descanso a la población en general.

Ocampo, Betancourt, Montoya, y Bautista (2013) identificaron al menos dos

modelos de salud:

1. La concepción biomédica basada en la atención de patologías sobre diagnósticos biológicos que establece barreras disciplinarias y realiza tratamientos que parecen externos al paciente; y
2. El biopsicosocial en el que el continuo salud/enfermedad es preventivo y en el que la relación humana es relevante, estimula la participación y el trabajo en equipo; y se ocupa del individuo, su entorno familiar y social.

La Carta de Ottawa para la promoción de la salud (OMS, 2016^a) define a la salud pública y su promoción como el proceso que proporciona a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. El texto afirma que la promoción trasciende la idea de formas de vida sanas para incluir condiciones y requisitos para la salud como son la paz, la vivienda, la educación, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, los recursos sostenibles, la justicia social y la equidad. En lo expuesto se vislumbra la importancia de la estructura que atiende la salud nacional en cuanto a recursos económicos, técnicos y humanos.

Funciones de la Salud Pública

El acercamiento a la salud pública posibilita conocer sus principales actuaciones como vigilancia, monitoreo y promoción por parte del sistema sanitario, hechos que evidencian la estrecha relación entre calidad de servicios y recursos económicos destinados a su mantenimiento. Consecuentemente, la sanidad como responsabilidad social e institucional genera las condiciones para un mejor desempeño de la práctica de la salud pública. Por tal motivo, la Estadística Mundial de la Salud (OPS, 2016) manifiesta las siguientes funciones como esenciales de un sistema sanitario:

- Monitoreo y análisis de la situación de salud de la población.
- Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos, y daños.

- Promoción de la salud.
- Desarrollo de políticas, planes y capacidad de gestión que apoyen los esfuerzos en salud pública.
- Regulación y fiscalización en salud pública.
- Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios.
- Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.
- Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública.
- Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.

En sentido general, las actuales políticas sanitarias se caracterizan por integrar los principios de universalidad e igualdad; en este contexto, López y Jiménez (2016) destacaron el papel fundamental de los sistemas sanitarios en las sociedades porque contribuyen a mantener y mejorar la salud de los ciudadanos, rol por el que deben enfrentar una serie de dificultades crecientes como incremento de costos, envejecimiento de la población, aumento de enfermedades crónicas, multimorbilidad, distribución desigual y escasez de profesionales de la salud. El informe sobre la salud en el mundo de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) señala que todas las personas tienen derecho a los servicios sanitarios y que nadie debe sufrir dificultades financieras por hacerlo. Además, la entidad identifica como barreras: la disponibilidad de recursos, la dependencia excesiva de los pagos directos en el momento que la gente necesita asistencia, el uso ineficiente y no equitativo de los recursos; lo que conlleva a desigualdades en la cobertura y la existencia de modelos sanitarios vinculados al desarrollo, es decir, a los recursos.

Modelo Sanitario por Niveles

En los países de desarrollo medio como Ecuador y bajo como Honduras o Guatemala suelen predominar servicios sanitarios por niveles que se definen como una forma organizada de ordenar los recursos en niveles de atención atendiendo a su complejidad, entendiéndose como tales al número de tareas diferenciadas o procedimientos complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el grado de progreso alcanzado por la misma (Repullo & Freire, 2016).

Se distinguen tres niveles de atención:

1. El primer nivel es en el que se da el primer contacto y el más cercano a la población, permite resolver necesidades de atención básicas y frecuentes que pueden ser resueltas con actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y procedimientos de recuperación y rehabilitación. Son establecimientos de acceso directo y baja complejidad como centros de salud, consultorios, policlínicos en los que se resuelven la mayoría de los problemas prevalentes, proporcionan tratamiento ambulatorio, domiciliario no especializados y de bajo riesgo.
2. El segundo nivel de atención integra los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, Emergencias, Consulta externa, Pediatría, Ginecoobstetricia, Cirugía general y Psiquiatría, entre otros. Se estima que entre los dos niveles se llegan a resolver la casi totalidad de los problemas de salud de la población en cuanto a accesibilidad, atención ambulatoria e internación, consultas especializadas, prácticas diagnósticas, quirúrgicas y terapéuticas de mediana complejidad tecnológica.

3. El tercer nivel de atención se reserva para la atención de problemas poco prevalentes y atiende patologías complejas que requieren procedimientos especializados y tecnológicos. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad del país, o gran parte de él. En este nivel se resuelven aproximadamente el 5% de los problemas de salud que se planteen como trasplantes, radioterapias; neurocirugías etc. Además, se caracterizan por tener baja demanda y alto costo.

Mortalidad

Uno de los acontecimientos demográficos por excelencia son las defunciones; su información suele ser útil para comprender el movimiento natural de las poblaciones, la demografía de un lugar y el grado de desarrollo que ocasiona el surgimiento de modelos sanitarios, entornos y condiciones de alimentación que modifican la salud. En el campo de la medicina se refiere a la noción que se usa para definir la tasa de mortalidad o el número de defunciones en cierto grupo de personas en determinado período.

Toda defunción tiene una causa básica que se la define según la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE como la lesión que desencadenó la sucesión de eventos patológicos que condujeron a la muerte, o las circunstancias del accidente o acto de violencia que produjeron la lesión mortal. Según OMS (2016b) en el año 2015 se registraron 56,4 millones de defunciones en el mundo y más de la mitad fueron consecuencia de enfermedades. A decir del ente, las principales causas de mortalidad son la Cardiopatía Isquémica y el Accidente Cerebrovascular con 15 millones de defunciones, siendo la principal causa de mortalidad en los últimos 15 años. La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) causó 3,2 millones de fallecimientos, mientras que el Cáncer de Pulmón junto con el Tráquea ocasionó la muerte a 1,7 millones de personas, la Diabetes a 1,6 millones, los Traumatismos

provocaron que cinco millones de personas perdieran la vida y muertes atribuibles a la demencia ocuparon el séptimo lugar.

Aunque la mortalidad es un fenómeno inherente al hombre. Una retrospectiva permite vislumbrar al menos tres periodos históricos definidos. Hasta comienzos del siglo XIX, la mayoría de los países presentaban tasas próximas al 30% debido a cuestiones como catástrofes naturales, guerras, epidemias o hambrunas que llevaron a reducir la esperanza de vida de las personas. Durante la primera mitad del mismo periodo de tiempo se logra disminuir la mortalidad producto en parte a una mejor alimentación y atención sanitaria que ocasionaron un aumento en la esperanza de vida. En esta etapa, la mortalidad se sitúa en torno al 20%. A partir de la segunda mitad del siglo XX se mantiene la reducción de la mortalidad que representa entre el 15% y 10%, un poco menos en los países industrializados y va muy de la mano con los avances en la medicina y la mejora sustancial de la atención medico sanitaria. La mortalidad varía en el espacio y en el tiempo debido a una serie de causas entre las que destacan el nivel socioeconómico, la biología, el entorno urbano o rural, las condiciones higiénicas sanitarias y los centros de atención a la salud (Isla, 2008).

Cabe señalar que las infecciones de las vías respiratorias inferiores es la enfermedad transmisible más perjudicial con 3,2 millones de defunciones. Por países, las enfermedades no transmisibles ocasionaron el 70 % de las muertes registradas en 2015, una proporción que en los países de bajos ingresos representó el 37 % y en los de ingreso alto el 88 %. Dada la incidencia de estas enfermedades en las defunciones se procede a explicar de forma sucinta las más relevantes:

Cardiopatía Isquémica

Es una condición que se produce cuando el corazón o una parte del mismo no recibe suficiente oxígeno por no llegar bien la sangre al mismo y se debe a una

obstrucción de las arterias coronarias que son las que aportan sangre a todo el músculo cardíaco; esto se halla provocado por la presencia de depósitos de grasas en las arterias y en las coronarias o por lesiones del corazón en los pacientes que han tenido un ataque cardíaco. La enfermedad se caracteriza porque el corazón funciona mal por falta de sangre, originando la insuficiencia cardíaca. Al respecto, Ferreira (2014) manifestó que el envejecimiento progresivo de la población hace suponer que el número de episodios coronarios no disminuirán o incluso aumentarán en un futuro próximo. Para el autor, la dieta y el sedentarismo influyen notablemente en el aumento progresivo de la incidencia de EC en los países, aunque se observa una variabilidad importante entre ellos.

Accidente Cerebro Vascular

Ocurre cuando el flujo de sangre a una parte del cerebro se detiene y no recibe nutrientes ni oxígeno, por lo que las células cerebrales pueden morir, lo que causa un daño permanente. La ACV es de dos tipos: Isquémica cuando un vaso sanguíneo que irriga sangre al cerebro resulta bloqueado por un coágulo y, hemorrágica cuando un vaso sanguíneo de una parte del cerebro se debilita y se rompe, lo que ocasiona que la sangre vaya al cerebro (Villar, 2011).

La presión arterial alta es el principal factor de riesgo para los accidentes cerebrovasculares. Para Cano y Obando (2014) el ACV es una de las patologías mundiales con mayor prevalencia debido a diversos factores de riesgo por lo que requiere la intervención de personal capacitado que delimite estrategias necesarias a ser implementadas en el sistema de Salud Pública y atiendan esta patología.

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

Es una enfermedad del pulmón que causa dificultad para respirar. Sus dos formas principales son la bronquitis crónica que implica una tos prolongada con moco y el enfisema que ocasiona daños pulmonares con el tiempo. Se ha reconocido que la

principal causa de EPOC es el tabaquismo. Según Montes de Oca, et al. (2015), es una enfermedad prevenible y tratable caracterizada por una limitación crónica al flujo aéreo. La limitación puede ser progresiva y asociada a agudizaciones que determinan su pronóstico. El humo del tabaco en algunos sujetos provoca destrucción de los bronquiolos y del parénquima pulmonar e hipersecreción mucosa secundaria a hiperplasia de las glándulas submucosas de los bronquios.

Cáncer de Pulmón

Es una de las más comunes neoplasias en el mundo y se caracteriza por el crecimiento maligno de células del tracto respiratorio o del tejido pulmonar; suele originarse a partir de células epiteliales y derivar en metástasis. Del mismo modo, el fumar cigarrillos es la primera causa para el ocurriramiento de este evento, así como la exposición a altos niveles de contaminación y radiación. Al respecto Resano y Anta (2014) señalaron que es la neoplasia más frecuente, entre el 75-80% de los casos pertenecen a la variedad histológica de cáncer de pulmón no microcítico y aunque la cirugía es el tratamiento de elección, aproximadamente un tercio de los mismos no tendrá una supervivencia mayor de 5 años, incluso en estadio I, debido a la existencia de recaídas y metástasis a distancia.

Diabetes

Es una enfermedad crónica en la cual el cuerpo no puede regular la cantidad de azúcar en la sangre; puede ser causada por muy poca producción de insulina, resistencia a la insulina o ambas. En este proceso cumple un papel destacado los alimentos que se transforman y es empleado por el cuerpo para producir energía. De tal manera, que cuando se digiere el alimento la glucosa entra al torrente sanguíneo hasta el músculo, la grasa y las células hepáticas, donde puede almacenarse o utilizarse como fuente de energía (González et al., 2013).

Traumatismos

Son lesiones producidas de forma brusca por agentes externos; pueden ser físicos, químicos y psíquicos. Este conjunto de trastornos resultantes de lesiones pone en peligro la vida como resultado de complicaciones tales como shock, paro, respiratorio y muerte. Generalmente se los clasifica de acuerdo a las partes del organismo que hayan sido afectados como los tejidos blandos, cráneo, extremidades, columna, tórax y abdomen. En este sentido y acerca del traumatismo craneal se manifiesta que su incidencia es alta en la población y que los traumatismos no solo causan la muerte, sino que sus secuelas pueden producir diversos tipos de incapacidades (LaGrone, et al., 2016).

Mortalidad en Hospitales Generales

Actualmente, el análisis de la mortalidad se produce con el propósito de evitar la enfermedad, incapacidad y muerte con los recursos disponibles mediante el tratamiento y la prevención; no obstante, por un sinnúmero de situaciones un cierto número de pacientes fallece. La mortalidad intrahospitalaria es entendida como un indicador de calidad asistencial que debe ser utilizado para la vigilancia epidemiológica y la planificación sanitaria por cuanto se encuentra influenciado por factores entre los que cabe señalar la patología atendida, la estructura etárea de la población, el régimen económico del centro y la accesibilidad de pacientes crónicos a servicios adecuados (Lara, et al., 2016). Al ser un instrumento valioso para la planificación y gestión de los hospitales, la cuantificación de las defunciones puede considerarse una medida efectiva para la intervención, por ello, es indiscutible la aplicación de sistemas de evaluación en los centros hospitalarios que ayuden a detectar problemas y busquen soluciones que reflejen una variabilidad en la mortalidad.

Factores de Riesgo de Mortalidad en Hospitales

Las afecciones que sufren los usuarios de hospitales pueden verse incrementadas debido a algunos factores de riesgo que han llegado a ser clasificados como susceptible de ser modificados o no.

Factores de riesgo modificables

En este apartado destacan los hábitos alimentarios, los estilos de vida, el fumar, el beber alcohol, el sedentarismo, la inactividad física, el uso de drogas y un largo etcétera. Referido a ello se puede indicar que la creciente industrialización, urbanización y mecanización se asocian a cambios más o menos importantes en los estilos de vida, especialmente en el aumento del sedentarismo y el consumo de alimentos perniciosos en importantes cantidades como refinados, ricos en azúcar y grasa, conservados, sal elevada y de origen animal. A esto hay que añadir la presencia de comorbilidades, enfermedades coexistentes o adicionales al diagnóstico inicial y que generalmente suelen ser causa de la mayoría de las defunciones en los países en desarrollo (OMS, 2010).

Factores de Riesgo no Modificables

A este grupo pertenecen variables como la edad, el sexo, la raza y la herencia patológica, es decir los antecedentes familiares. De este conjunto de factores, la primera es el principal factor pronóstico a medio plazo de enfermedades con altas tasas de mortalidad, ya que a mayor edad mayor es el riesgo de fallecimiento (Fernandez de Rota, et al., 2013).

En Insuficiencia cardíaca por ejemplo ha quedado claro que la edad es un determinante en pacientes ingresados en servicios de Medicina Interna, puesto que las características epidemiológicas, la edad elevada y las comorbilidades asociadas se recogen de forma constante.

Al mismo tiempo, el ser hombre o mujer, de raza blanca o negra puede ser también elemento decisorio para sufrir enfermedades graves. Finalmente, el tener antecedentes patológicos familiares, es decir enfermedades en familiares incide para que un individuo se vea afectado por el mismo evento.

Cuidados Intermedios (UCIM)

La medicina crítica se ocupa de los pacientes semicríticos y críticos en unidades especialmente adecuadas para la atención de sus especificidades patológicas. Así, la creación de las UCIM a decir de especialistas produce una mejora en la atención sanitaria hospitalaria dado que estas áreas están en contacto directo con pacientes con posibilidades de ingresos en UCI y desarrollan labor de seguimiento de los que han salido de esas unidades, lo que puede prevenir las recaídas y prever situaciones de riesgo (Pajares, 2016).

Una primera aproximación conceptual a la UCIM la proporcionaron Heras, et al. (2007) indicando que son áreas con dotación técnica y humana suficiente para proporcionar una vigilancia y cuidados asistenciales con nivel inferior a las UCI, pero muy superior a las áreas convencionales de hospitalización. Al mismo tiempo, los autores indican que son dependientes de los Servicios de Medicina Intensiva y nacen como consecuencia de disminuir el salto asistencial entre las UCI y las plantas convencionales de hospitalización, garantizando la continuidad de la calidad asistencial, reduciendo la mortalidad incluyendo la hospitalaria post unidad de cuidados intensivos. De tal modo, que los pacientes atendidos en cuidados intermedios tienen una menor estancia, gravedad y carga asistencial, así como un mejor pronóstico.

De la misma forma, Castillo, et al. (2007) estimaron que las UCIM se hallan concebidas para pacientes que tienen un bajo riesgo de necesitar medidas terapéuticas de soporte vital, pero que requieren más monitorización y cuidados de enfermería que

los que pueden recibir en plantas de hospitalización convencional, ya que son susceptibles de complicaciones que deben resolverse inmediatamente. Por tanto, al promover la gradación asistencial hospitalaria se posibilita una mejor clasificación de los pacientes críticos, mejora la eficacia y eficiencia de las UCI y disminuye los costes y la mortalidad. En concordancia con ello, Alfonso y Cárcaba (2007) señalaron que en todo hospital que atiende a pacientes con patologías agudas existe un grupo que requiere cuidados superiores a los de una planta de hospitalización normal pero no son subsidiarios de terapia intensiva ni precisan de técnicas ni monitorización invasiva pero con alto riesgo, que pueden sufrir episodios de gravedad y deben ser atendidos con celeridad en espacios especialmente preparados para el efecto.

El origen de las UCIM se sitúa en los años setenta, período en el que los hospitales buscan facilitar la recuperación del paciente semi-crítico y representa el paso desde las unidades de cuidados críticos a las menos dotadas salas de hospitalización convencional. Dado su nivel de especialización, estas áreas tienen cuantitativamente menos número de camas y personal médico sanitario adscrito, pero son superiores en términos de calidad de atención, por lo tanto, responden a la necesidad de racionalizar, optimizar y disminuir los costes en la atención al paciente crítico estable (Pajares, 2016).

Aspectos Financieros y de Inversión

Desde el punto de vista financiero, los costes son, generalmente, la base en la toma de decisiones, evaluación de la gestión y eficiencia en el uso de los recursos. Así, los elementos financieros se constituyen en:

Herramienta que aporta un mayor conocimiento de la realidad económica, integrando los costes con la actividad hospitalaria, siendo el punto de partida el coste por Servicio y contemplando como aspecto fundamental el coste de las diferentes

actividades realizadas por los servicios hospitalarios, así como, el coste por proceso, calculado a partir de los costes generados por cada uno de los pacientes tratados en el hospital (Instituto Nacional de la Salud, 2001, p.13).

En tal sentido, un estudio reciente sobre los costos reales de tratamientos intensivos por paciente día y cama de Alvear, Canteros, Jara y Rodríguez manifiestan “que las UCI son centros de producción que concentran procesos clínicos complejos de alto costo financiero, reducido a un número menor de pacientes, pero con gran exposición a desenlaces fatales o secuelas invalidantes que generan gastos sustanciales por patologías” (2013, p. 207). Costos que pueden reducir si existiese la UCIM que disminuiría el flujo de pacientes a la UCI y mejoraría el pronóstico de los pacientes semicríticos.

Por lo antes expuesto, en el medio hospitalario se conoce que los pacientes que ingresan a las Unidades de Cuidados Intensivos se encuentran en alto riesgo de fallecimiento, lo que se conoce con el nombre de mortalidad esperada que se sitúa en torno entre un 30 - 40 % y tiende a aumentar cuando las comorbilidades que les afectan tiene alta incidencia de evento negativo (Vargas, Rojas, Mantilla, Jaimes, & Bautista, 2016).

Las apreciaciones de Arguello y Salas (2015) respecto a la mortalidad en UCI se relacionan con resultados esperados producto de las precarias condiciones de salud con la que ingresan. Así, la mortalidad de estos pacientes luego del ingreso a estas unidades es un aspecto para tomar en cuenta dado los recursos y el tiempo invertido en ellos.

A este respecto, se debe señalar que, actualmente, existen escalas pronósticas que ayudan a predecir la mortalidad hospitalaria basadas en la premisa, que la evolución de la enfermedad se halla determinada en parte por la gravedad inicial, por lo que medirla en términos cuantitativos tiene múltiples beneficios. Además, permite conocer

el perfil de los pacientes con un notable impacto en la gestión de los recursos materiales y de personal utilizados. Así, esta valoración pronóstica, posibilita ajustar la mortalidad real a la esperada, elaborando un indicador de calidad de los cuidados que ayuda a comparar unas instituciones con otras (Sánchez, et al., 2016).

Hoy en día, se utilizan tres grandes grupos de escalas de gravedad y son: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE), la Simplified Acute Physiology Score (SAPS) y la Mortality Prediction Models (MPM), estas escalas agrupan a los pacientes en términos de probabilidad de muerte.

Las escalas predictivas surgen del análisis de series de cohortes de pacientes con diferentes enfermedades médico-quirúrgicas y sus limitaciones son su falta de predicción individual o su utilización sobre poblaciones de pacientes con enfermedades concretas. Y aunque existen muchos factores relacionados con la mortalidad como la edad, comorbilidad, diagnóstico de admisión en la UCI, son la gravedad de las anormalidades fisiológicas el determinante fundamental (Sánchez, et al, p. 146).

Así, cuando la tasa de mortalidad es relativamente alta, generalmente los diagnósticos de muerte más frecuentes fueron Choque séptico, Cardiopatía isquémica, Pancreatitis aguda y Politraumatismos. En relación a este hecho, Sarduy, Artuñedo, Basulto, y Barrameda (2011) señalaron la existencia de una alta incidencia de mortalidad en UCI relacionadas con infecciones vinculadas a dispositivos mecánicos que facilitan la transmisión cruzada de agentes patógenos provenientes de su uso o en su defecto, la utilización deficiente de técnicas básicas de higiene en procedimientos invasivos.

En sala, la causa de muerte más frecuente fue la neumonía y, en el hogar, la enfermedad de fondo. Todo ello, lleva a señalar la importancia de las UCIM para

aquellos que sobreviven y fallecen en el hogar o en visitas de seguimiento a centros sanitarios. Estudios de hace tres lustros (Oberpaur, Vildoso, Donoso, Valverde-López, y Clavería (1999) ya expresaban el impacto de la UCIM sobre las cifras de hospitalización de una UCI cuando evidenciaron que el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos disminuye del 10% al 8%, manteniendo estable el número absoluto de ingresos, y que la mortalidad se redujo significativamente; por lo que concluyeron que la creación de una UCIM permite disminuir los ingresos a UCI manteniendo la reducción de la mortalidad intrahospitalaria, pese al aumento de los ingresos totales al hospital.

Otro estudio dirigido por Elgueta, et al. (2006) sobre el reingreso a la UCI manifestó que éste se asocia a la prolongación de la estancia hospitalaria y a un incremento de la mortalidad y sus costes. Entre las principales causas se identifican el egreso prematuro, sesgo en la selección, tiempos cortos en la extubación y el traslado, y la presencia de disfunción orgánica residual postUCI. Finalmente, el XLVII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Intensiva (SEMICYUC) de junio de 2012 manifiesta que la puesta en marcha de las UCIM supone evitar el ingreso de muchos pacientes en UCI con lo que se reducen los gastos, el tiempo de recuperación y la mejora de la calidad de vida.

Funcionamiento y Estructura de las UCIM

Pajares (2016) realizó un análisis de los criterios de atención progresiva de pacientes según su complejidad para la creación de las UCIM cuya dotación de camas fluctúa entre las 6 y las 15 por cada cierto número de habitantes, tamaño del centro hospitalario y frecuencia en la atención de pacientes agudos. Los principales criterios de ingreso a estas unidades son padecer patologías cardiovasculares, respiratorias, del sistema nervioso, gastrointestinales, renal y endocrino metabólico, intoxicaciones y

sobredosis, quirúrgica, destacando de esta última los postoperatorios de cirugía mayor, hemodinámicamente estables que precisen fluidos y transfusiones, y postoperatorio que precise monitorización o cuidados de enfermería durante las primeras 24 horas (Alfonso & Cárcaba, 2007).

Otros criterios de internamiento y uso de estas unidades son a enfermos en tratamiento inicial de cuadros sépticos sin choque o fallo orgánico secundario que requieran ajuste de fluidoterapia, obstétricas para control pre y postparto de eclampsia y preclamsia, pacientes en períodos de recuperación que no precisen medidas de tratamiento o vigilancia estrictas. Estos pacientes semicríticos pueden proceder de distintas áreas: salidas de UCI, asistencia programada, urgencias, salas de hospitalización, quirófanos; y tienen en común la posibilidad de reducir la morbimortalidad con la adopción precoz de medidas mínimas de monitorización, vigilancia y tratamiento no disponibles en las áreas de hospitalización y urgencias (Pajares, 2016).

Un informe del Instituto de las Ciencias de la Seguridad indica que: este tipo de cuidados representan la transición del paciente de un episodio de hospitalización aguda a su domicilio o residencia, caracterizado por una dependencia médica y social y la posibilidad de recuperación funcional” (IDIS, 2016, p. 7).

Los autores señalan que la característica fundamental de los cuidados sociosanitarios intermedios es la multidisciplinariedad ya que los pacientes reciben atención desde diversas especialidades con una estancia media que oscila entre las dos y seis semanas.

La estructura que debe reunir una UCIM según Pajares (2016), en cuanto a la dotación de personal de la Unidad de Cuidados Intermedios debe asegurar la

continuidad del cuidado a prestar durante las 24 horas del día y, su competencia técnica debe permitir la prestación de cuidados integrales al paciente e incluye secretaria, médico jefe clínico, médicos tratantes, enfermeras clínicas, auxiliares técnicos y de servicios. Atiende a pacientes con enfermedades agudas o crónicas reagudizadas, que requieren de cuidados de mediana complejidad o ventilación mecánica no invasiva y que sean potencialmente recuperables, post operados con complicaciones médicas y/o quirúrgicas, trasladados de una UCI una vez superado el período crítico ingreso o en las próximas horas requieran de ventilación mecánica invasiva, instalación de catéter de Swan-Ganz y cualquier otro procedimiento considerado de alta complejidad y enfermería especializada. No se deben admitir pacientes que no necesiten de cuidados de mediana complejidad, por lo que han de ser derivados a un servicio clínico o estén en condiciones de ser dados de alta.

En cuanto al equipamiento asociado a Cuidados Intermedios que recomiendan los autores Pajares (2016) y Veitía, González, y García (2017) son siguientes:

I. Equipamiento en cada cubículo.

- 1 cama clínica de intensivo eléctrica.
- 1 monitor ECG con una presión no invasiva y saturómetro de pulso por cama.
- 2 bombas de infusión por cama.
- 1 bomba de nutrición por cama.
- 1 colchón anti escara por cada cama.

II. Equipamiento en la Unidad de 6 camas

- 2 generadores de pulso para marcapaso externo transitorio.
- 1 central de monitoreo.
- 1 monitor desfibrilador con marcapaso transcutáneo.

- 1 carro de paro completo.
- 1 electrocardiógrafo.
- 1 sistema de CPAP de válvula.
- 1 equipo de rayos portátil.

Otro estudio sobre las necesidades de la implementación de los tratamientos intermedios (Sáez & Infante, 2004) indican de forma precisa el proceso de construcción de la UCIM. Por ello se hace necesario utilizar este modelo para sustentar el correspondiente apartado del presente estado del arte. Para los autores, la unidad Intermedia 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, y cuidados médicos constantes.

En referencia a la organización de la UCIM, la guía señala que la Unidad de Cuidados Intensivos debe asegurar una atención de calidad a los pacientes críticamente enfermos, por lo que requiere de un equipo calificado de médicos, enfermeras y técnicos paramédicos que proporcionen un cuidado multidisciplinario e integral.

Esta dotación de personal debe asegurar la continuidad del cuidado a prestar durante las 24 horas y su competencia técnica supondrá la prestación de cuidados integrales al paciente. A continuación, y siguiendo a los autores antes señalados se describen las competencias del recurso médico-técnico:

Secretaría: es aquel funcionario administrativo con título correspondiente que establece y mantiene la coordinación de la unidad con otras áreas, servicios y secciones del hospital. Se ocupa de la recepción, distribución, archivo y despacho de la correspondencia oficial y reservada.

Médico jefe: la UCIM estará a cargo de un médico jefe a tiempo completo que se responsabilizará de las funciones de planificación y coordinación del trabajo

interno y la coordinación con servicios clínicos y unidades de apoyo del hospital; custodiará por el mejoramiento continuo de los procesos, identificando los problemas y proponiendo soluciones; resguardará los registros e indicadores que den cuenta de la gestión de la unidad; y se encontrará en dependencia del médico responsable de la UCI.

Médicos tratantes: se aplicará la dotación de médicos mínima recomendada, estos profesionales serán responsables de cumplir con las políticas y normas de la unidad en beneficio de los usuarios.

Enfermeras: el equipo estará compuesto por una enfermera diurna y enfermeras clínicas en turno.

Enfermera coordinadora: cumplirá funciones administrativas, colaborará en la función clínica y velará por la continuidad de la atención integral del paciente.

Enfermera clínica UCIM: la dotación de las enfermeras clínicas será de una por cada seis camas, con un refuerzo diurno. Asimismo, serán responsables de la atención directa del paciente, por lo que deben formular, ejecutar y supervisar el plan de atención de enfermería de los usuarios a cargo.

Auxiliar Técnico Paramédico: Este profesional es el encargado de efectuar la atención de enfermería programada y asignada por la enfermera en sentido integral, oportuno y humano.

Auxiliar de servicio: es el personal encargado de efectuar y mantener el orden, limpieza y desinfección del material y espacio físico. La dotación será de un auxiliar por cada 12 camas en turnos de 24 horas; colabora con el auxiliar de enfermería en labores de bienestar y realiza funciones de mensajero. Además, se debe contar con nutricionista y asistente social, entre otros.

Equipamiento: una unidad intermedia deberá estar dotada de equipos como

camas, bombas, ventiladores, generadores, monitores, electrocardiógrafos y equipos de rayos X.

Coordinación con servicios clínicos y unidades de apoyo: para garantizar un buen funcionamiento debe existir una constante interacción con los siguientes servicios hospitalarios:

- Radiología
- Scanner
- Laboratorio
- Hematología
- Bioquímica
- Banco de Sangre
- Farmacia
- Diálisis
- Esterilización
- Servicios Generales

Finalmente, hay que añadir que el área debe contar con normas internas y manuales que estandaricen procedimientos entre las que se pueden contar, las de Derivación de Pacientes, las Normas de Seguridad del Personal, las Normas en caso de muerte cerebral y donación de Órganos, las Normas de Infecciones Intra hospitalarias, las Normas en caso de Desastre y Evacuación, el Manual de Organización y el Manual de Procedimientos Médicos y de Enfermería (Sáez, et. al, 2004).

Marco Conceptual

Debido a la complejidad de la terminología utilizada se procede a definir conceptualmente algunas nociones siguiendo los criterios del INEC (2017).

- **Defunción.** Egreso se produce cuando el paciente hospitalizado fallece mientras está internado en el establecimiento.
- **Días de estada o estancia.** Número de días de permanencia en el hospital de un paciente egresado, comprendido entre la fecha de ingreso y la fecha de egreso. Para el cálculo se cuenta el día de ingreso pero no el de egreso. A los pacientes ingresados y egresados el mismo día se les computa un día de estada.
- **Tasa de letalidad hospitalaria.** Es la relación entre el número total de defunciones por una enfermedad en un periodo determinado y el número de casos diagnosticados de la enfermedad en el mismo periodo por cien.
- **Tasa bruta de mortalidad hospitalaria.** Es la relación entre el número total de defunciones (independientemente de los días de estada) ocurridas en el establecimiento hospitalario en el año y el número de egresos (altas y defunciones) en dicho período por mil.
- **Tasa neta de mortalidad hospitalaria.** Es la relación entre el número de defunciones ocurridas en el hospital, a pacientes de 48 horas y más de internación, durante el año y los egresos (altas y defunciones) producidos en el mismo período por mil.
- **Alta hospitalaria.** Situación por la que el paciente ingresado en un centro o establecimiento sanitario deja de ocupar una cama de hospitalización por curación, mejoría, fallecimiento, traslado o alta voluntaria. Un paciente puede ocasionar varias altas en un año.
- **Diagnóstico principal.** Proceso patológico que después del estudio pertinente y según criterio facultativo, se considera la causa principal del

ingreso de un paciente en un hospital. Es el diagnóstico en el que se basan los datos que se presentan en el informe.

- ***Tasa específica por edad.*** Número de altas por grupo de edad entre la población del grupo de edad.
- ***Costes financieros.*** Coste derivado de la financiación de recursos ajenos y cuya cuantía está formada por los intereses y otro tipo de remuneraciones que deben pagarse a quién presta los fondos.
- ***Costes de inversión.*** Corresponden a aquellos que se incurren en la adquisición de los activos necesarios para poner en funcionamiento el proyecto.
- ***Manual de Organización y funciones.*** Es un documento técnico normativo de gestión institucional en el que se describe y establece la función básica, las funciones específicas, las relaciones de autoridad, dependencia y coordinación, así como los requisitos de los cargos o puestos de trabajo.

Marco Legal

Una de las responsabilidades de los Estados es garantizar la calidad de vida de los ciudadanos, cuestión que es ampliamente abordada en las constituciones de los países. En Ecuador, la Carta Magna de 2008 (Asamblea Nacional, 2008) manifiesta la inalienabilidad del derecho a la salud, de estar bien psíquica, física y socialmente, y por tanto, el evitar la mortalidad. La revisión de la ley fundamental del Estado ecuatoriano revela que son claves en la protección de la salud al menos 10 artículos en los que se asigna a los poderes públicos esta tarea. Precisamente, la *sección séptima salud*, aborda en cada uno de sus artículos este tema.

Dada la importancia del marco legal en los esfuerzos destinados a la

disminución de la mortalidad via entes hospitalarios conviene recordar aquellos de mayor influencia.

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva.

Asimismo, *El título VII. Régimen del Buen Vivir; Sección segunda, Salud art. 358.-* expresa que el sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural.

De igual manera el art. 359.- indica que:

el sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actoras y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

En el art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud, articulará los diferentes niveles de atención. La red pública integral de salud será parte del sistema nacional y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y otros proveedores que pertenecen al Estado;

con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

El Plan Nacional del Buen Vivir

El PNBV 2013-2017 es considerado la hoja de ruta en la que se dibuja el horizonte ecuatoriano en términos de equidad, desarrollo, conocimiento y solidaridad porque construye los derechos de las personas. De acuerdo con lo expresado, el principio de la justicia social y económica como base del ejercicio de las libertades señala que el trabajo, la educación y la salud son los pilares primordiales de este lineamiento social; todo ello desde una perspectiva integradora y multidimensional que guía las dimensiones básicas de la planificación y en el que destaca la que refiere al acceso universal a bienes superiores de grandes magnitudes como la salud, el bienestar general y la mejora de la calidad de vida de los ecuatorianos.

En consecuencia, del Objetivo 2 se deriva el apartado 2.2

busca garantizar la igualdad real en el acceso a los servicios de salud y educación de calidad a personas y grupos que requieren especial consideración por la persistencia de desigualdades, exclusión y discriminación (PNVB, pág. 122).

Por su parte, la Agenda Social promueve garantizar la gratuidad dentro de la red pública integral de salud en todo el territorio nacional, desarrollar mecanismos de ayuda y cobertura frente a enfermedades raras y catastróficas, y realizar acciones afirmativas que garanticen la gratuidad y eliminación de barreras de acceso a los servicios de salud.

Concretamente, fortalecer la prevención y el control de la enfermedad desde el sistema de vigilancia epidemiológica, reforzando los sistemas de prevención y la capacidad de respuesta inmediata frente a emergencias, contingencias y desastres. En este contexto, se busca crear entornos saludables promoviendo prácticas positivas en la población y manteniendo la vigilancia en los productos de consumo con el fin de priorizar la educación nutricional y difundir estilos de vida saludables.

Como complemento se impulsa una intervención intersectorial para la promoción de la salud con campañas que ayuden a superar las brechas e inequidad en el acceso a servicios integrales de salud priorizando territorios y grupos poblacionales en situación de desventaja y mayor vulnerabilidad.

Marco Referencial

El estudio de la mortalidad y los factores que intervienen en su proceso han sido ampliamente estudiados en el mundo. Por ello, observar la estadística sanitaria a nivel mundial permite conocer los problemas de la salud pública, identificar tendencias y ayudar a las instancias decisorias a establecer prioridades. Asimismo, los estudios reconocen la situación sanitaria mundial mediante la determinación de la carga de morbilidad, es decir, la pérdida de salud y el consiguiente riesgo de fallecimiento.

Al respecto, el Informe Estadísticas Sanitarias Mundiales (OMS, 2016b) presenta datos sobre indicadores de salud que evalúan la situación actual y manifiestan, que a pesar de los progresos obtenidos siguen existiendo importantes desafíos en términos de reducción de mortalidad, y mayores avances en la lucha contra las enfermedades no transmisibles y transmisibles con sus factores de riesgo. También, señala que los sistemas de salud débiles son un obstáculo en muchos países, lo que trae consigo deficiencias de cobertura universal incluso para los servicios de salud más básicos.

Concretamente, los países manejan estadísticas nacionales que les permiten identificar los principales desencadenantes de fallecimientos. Así, los Ministerios de Salud cuentan con un conjunto de tablas de mortalidad elaboradas por los Institutos Nacionales de Estadística como insumos para las estimaciones y proyecciones poblacionales como el INEC de Ecuador. Respecto al país, el Banco Mundial registra una tasa de mortalidad para 2015 de 5,12 fallecidos por cada mil habitantes e indica que

ocupa el puesto 26 en el ranking por mortalidad. Una mirada a la evolución del indicador evidencia que en las últimas décadas ha habido una disminución en los fallecimientos (ver figura 1).

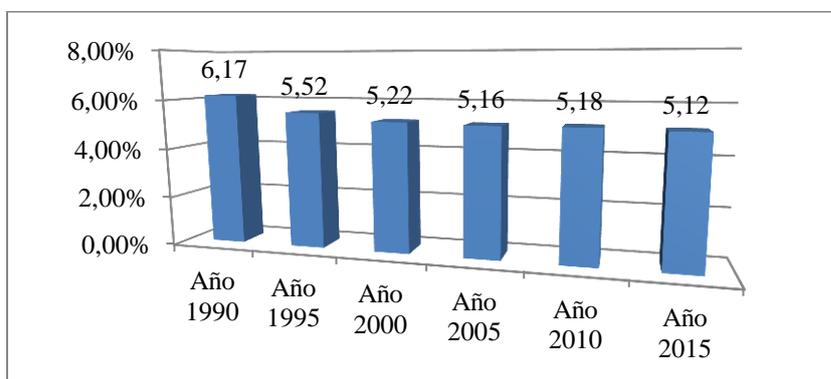


Figura 1: Tasa mortalidad en Ecuador. Período 1990-2015. Tomado del Banco Mundial, 2017. <http://bw.org>

Los principales instrumentos normativos que guían la construcción del Modelo de Atención Integral Familiar, Comunitario e Intercultural de Salud en Ecuador son la Constitución de la República, el Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir y la Agenda Social de Desarrollo (Senplades, 2017).

El Modelo Sanitario Ecuatoriano y la Red Hospitalaria

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha construido un modelo de atención integral del Sistema de Salud con un enfoque familiar, comunitario e intercultural basado en la estructura de la Atención Primaria de Salud y la articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, así como el fortalecimiento de la capacidad resolutoria del primero, segundo y tercer niveles de atención. Éstos niveles de complejidad se clasifican según el *Manual del Modelo de atención Integral de Salud* (MSP, 2014) del siguiente modo:

- *El I Nivel de atención* por su contacto directo con la comunidad debe cubrir a toda la población, resolver las necesidades básicas y frecuentes

de la comunidad y dan atención integral a la familia, el individuo y comunidad, enfatizando en la promoción y prevención.

- *El II Nivel de Atención* comprende las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran hospitalización. Constituye el escalón de referencia inmediato del I Nivel de Atención. Desarrolla nuevas modalidades de atención no basadas exclusivamente en la cama hospitalaria tales como la cirugía ambulatoria, el hospital del día. Y, su ingreso se realizará a través del primer nivel de atención exceptuando urgencias médicas que una vez resueltas serán canalizadas a nivel uno.
- *El III nivel de Atención*, corresponde a establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad, a centros hospitalarios de referencia nacional; resuelve los problemas de salud de alta complejidad; utiliza recursos de tecnología de punta, intervenciones quirúrgicas de alta severidad, trasplantes, proporciona cuidados intensivos y cuenta con subespecialidades.
- *El IV nivel de atención*, concentra la experimentación clínica, el pre-registro de procedimientos, cuya evidencia no es suficiente para ser instaurados en una población, pero que han demostrado buenos resultados casuísticamente. Estos establecimientos solo serán autorizados en los subsistemas públicos de la Red Pública Interinstitucional de Salud (RPIS).
- *El nivel de Atención Prehospitalaria*, es de atención autónoma e independiente de los servicios de salud, oferta atención desde que se comunica un evento que amenaza la salud en cualquier lugar donde éste

ocurra, hasta que los pacientes sean admitidos en la unidad de emergencia, u otro establecimiento de salud, cuya capacidad resolutive sea la adecuada.

Como se puede ver en cada uno de los niveles se presta atención a indicadores de calidad en la salud como lo son el tiempo de espera de las personas para ser atendidas, el dedicado a la atención, el número de profesionales en salud y la profesionalización.

Las cifras evidencian que no se han alcanzado los objetivos del milenio como el caso de los profesionales en medicina que en 2012 se contaba con 17,1 profesionales de la salud por cada 10.000 habitantes mientras que la Organización Mundial de la Salud recomienda 24 médicos para este número de población (Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, 2014).

Capítulo II: Estudio Situacional

El Hospital General Naval Guayaquil

Los hospitales constituyen parte esencial del programa de asistencia médica nacional, debido a que desempeñan un papel trascendente en la consecución de la salud y el bienestar general. Asimismo, las estadísticas hospitalarias presentan información numérica sobre morbilidad que permite conocer el estado de salud de la población del área de influencia, en este caso, la ciudad de Guayaquil; y, determina la incidencia de las enfermedades tratadas suministrando datos sobre la utilización de las camas hospitalarias (INEC, 2017). El anuario de Estadísticas hospitalarias de 2014 indica que la cobertura nacional alcanzada para ese año fue de 1.192.749 pacientes en 769 establecimientos, con 26.567 camas de dotación normal y 24.634 camas disponibles.

En cuanto a los hospitales generales al que pertenece el HOSNAG representan el 10% (76) de la red sanitaria ecuatoriana y es uno de los 11 hospitales generales que tiene la ciudad de Guayaquil como son el Guasmo Sur, Luis Vernaza, Abel Gilbert Pontón, II división ejército, Teodoro Maldonado Carbo, Guayaquil, Monte Sinaí, Universitario y Los Ceibos; su misión es proporcionar a la población asistencia médica y sanitaria curativa y preventiva. En términos generales, las funciones de los hospitales son: prevención, curación, rehabilitación, docencia e investigación.

En relación a la prevención se puede decir que abarca la detección de enfermedades, el diagnóstico temprano, el tratamiento oportuno y la protección específica de enfermedades; en este apartado se incluyen el control de la salud y enfermedades, saneamiento ambiental, nutrición, educación sanitaria e higiene del trabajo. En cuanto a la curación, consiste en proporcionar tratamiento médico y la prestación de un servicio asistencial, se trata de dar un diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y atención en casos de urgencia.

La rehabilitación busca reintegrar al paciente a su medio familiar y social, limitando en lo posible el daño y las secuelas originadas por la enfermedad. En docencia es el medio para confrontar la teoría con la práctica e incluye educación para la salud en pacientes. Finalmente, la investigación persigue desarrollar un pensamiento innovador y creativo teniendo como base la metodología científica.

De forma sucinta se puede decir que la función del Hospital Naval es gestionar los servicios de salud, mediante la prestación de especialidades clínico y quirúrgicas, servicios de enfermería, servicios de diagnóstico y terapéutico y docencia e investigación; a fin de contribuir a la administración de la sanidad y salud naval, y de todo aquel usuario que solicite el servicio sanitario.

Reseña Histórica del HOSNAG

El Hospital Naval forma parte del conjunto asistencial de la Provincia del Guayas, se encuentra ubicado en la Avenida de la Marina, Base Naval Sur en la ciudad de Guayaquil. Su historia se remonta a 1963 cuando se aprueba el reglamento de la Dirección General de Sanidad Militar de las Fuerzas Armadas y en 1964 se implementa el Centro Médico Naval en las calles Chile y García Goyena con atención de consulta externa y emergencia.

En 1968 se dispone la construcción del Dispensario Médico con capacidad de 50 camas y en 1974 se inaugura el “Policlínico Naval” en su actual emplazamiento. Estructura que pronto queda reducida ante la demanda por internamiento, por lo que se procede a la construcción de un centro hospitalario de 7 pisos con 150 camas. Mediante el acuerdo ministerial 026 del MDN-COMACO, 17 de febrero del 2012, se dispone la homologación de las unidades de salud de Fuerzas Armadas y se cataloga a la institución como *Hospital General HOSNAG* de II nivel de atención y categoría 5. Posteriormente, el 24 de diciembre del 2014 se expide la tipología sustitutiva para

homologar los establecimientos de salud por niveles de atención y servicios de apoyo del sistema nacional de salud, y en el que se indica que a los hospitales generales le corresponde ser: II nivel de atención, cuatro de complejidad y categoría cinco de establecimiento de salud.

Actualmente, el edificio central se halla distribuido en cuatro áreas que corresponden a hospitalización; tres pisos se destinan a tareas administrativas, de apoyo diagnóstico, clínico y consultoría. Con la ampliación fruto de la demanda de pacientes, el HOSNAG extiende sus instalaciones a tres bloques de consultorios, y en 2004 empieza a funcionar el servicio de traumatología que cuatro años después se convierte en el área de medicina física y rehabilitación. Mantiene un promedio de 80 camas disponibles, ha diversificado la oferta de servicios sanitarios que responde a la actual demanda por lo que atiende alrededor de 5.000 pacientes al año, con una tasa de mortalidad cercana al 3% que se atribuye principalmente a la condición de los pacientes.

En cuanto al giro de camas o índice de rotación que refleja la producción de servicios midiendo el número de pacientes que en promedio pasan por una cama se puede conocer la intensidad de la utilización de una cama disponible durante un período dado. Esta es una medida de afluencia de pacientes, ya que aumenta a medida que ingresan y egresan usuarios al establecimiento. En tal sentido, la rotación de las camas en el HOSNAG fluctúa según áreas de la siguiente manera:

En Clínica, el año con más baja rotación fue el 2010 con 26 camas, el 2013 presentó un movimiento de 53 camas y en los últimos dos años, la rotación giró en torno a las 36 camas. En Cirugía, el 2015 registra el índice más bajo (46 camas) y el más alto el año 2016 (62), esta es el área con mayor rotación, es decir demanda de servicios. En Traumatología, el 2010 concentra el menor número de camas (21) y la mayor rotación el año pasado con 35 camas. En Ginecología, 2012 registra con 39 camas la menor

rotación y 2016 la más alta con 74 camas. Pediatría tiene en 2012 una rotación de 20 camas y en 2015 una de 49 camas. En Neonatología, el año de menor rotación fue el 2011 con siete camas y el 2016 con 30 camas fue el más alto. Finalmente, la UCI registra una rotación en 2015 de diez camas y en 2012 de 26 camas. Cómo se ha visto el área de mayor afluencia es la cirugía y por información antecedente se conoce que alimenta las UCI y las UCIM, hecho que avala en términos cuantitativos la necesidad de esta nueva área de servicio.

Estructura Organizacional

La descripción de un hospital según determinadas clasificaciones permite analizar su funcionalidad mejorando la distribución de los recursos. Los tipos más usuales son: por el número de camas, localización geográfica, promedio día-estancia, dependencia, servicios que presta, construcción y zona de influencia.

De manera convencional los servicios de hospital se agrupan en secciones administrativas, de servicios técnicos y de servicios médicos. En relación a este tema, los servicios de atención sanitaria que presta el HOSNAG giran en torno a una estructura organizativa que garantiza la calidad asistencial y se halla agrupada en cuatro sectores:

Primario: integra a los comités, en el que se ubica la gerencia del hospital.

Asesoría: comprende las unidades de planificación, seguimiento y evaluación; asesoría jurídica; comunicación social y gestión de calidad.

Apoyo: abarca la administración financiera que comprende las áreas de Talento humano; Logística; Tecnologías de Información y Comunicaciones; Seguridad; Atención al Usuario y Admisiones.

Operativo: Incluye el área técnica de servicios asistenciales según especialidades.

Una revisión del manual de organización institucional dibuja el direccionamiento de la entidad en cuanto a misión, visión y valores.

Misión. Desarrollar las capacidades marítimas y proveer la seguridad en los espacios acuáticos, que fortalezcan el poder naval y que contribuyan a la defensa de la soberanía y la integridad territorial; y, con su contingente apoyar al desarrollo marítimo nacional y a la seguridad pública y del estado.

Visión. Ser una Institución que disponga de un poder naval con capacidad para el control permanente del territorio marítimo en el marco de la CONVEMAR, comprometido en el desarrollo marítimo del país, con talento humano profesional y con alto sentido de pertenencia.

Valores institucionales.

Honor. Cualidad que se basa en el propio respeto. Fundamento que impulsa en lo más íntimo al rígido cumplimiento del deber para con la Patria y la Institución, mediante la entrega total y práctica constante de la honradez, la nobleza del alma y el apego permanente e íntegro a la verdad.

Lealtad. Sentimiento de fidelidad y franqueza que permite un ambiente de confianza y seguridad en las relaciones entre los miembros de la Institución. Es la máxima expresión del desinterés, la buena fe y entrega total, que consiste en la devoción sincera, desprendida y voluntaria a la institución, a una causa noble y a las personas.

Disciplina. Observancia estricta a la Constitución, leyes, reglamentos, normativa, procedimientos y disposiciones impartidas por las autoridades, sobre la base del respeto a la jerarquía y obediencia racional y constante.

Misión de la Dirección General del Talento Humano. Gestionar el talento humano de la Armada del Ecuador, mediante la administración del personal y el fortalecimiento del clima laboral; a fin de contribuir al direccionamiento estratégico, al desarrollo de las capacidades marítimas, la seguridad integral de los espacios acuáticos y el apoyo al desarrollo marítimo nacional.

Misión de la Dirección de sanidad. Administrar los servicios de salud mediante la coordinación de los servicios de sanidad en apoyo a las operaciones militares y del subsistema de salud de la red pública; a fin de contribuir al fortalecimiento del clima laboral.

Estructura de los puestos directivos. Los puestos directivos establecidos en la estructura organizacional son:

- CPNV, Gerente del Hospital General HOSNAG.
- CPNV, Director/a Administrativo y Financiero.
- CPNV, Director/a Técnico Asistencial.
- CPNV, Coordinador/a de Especialidades Clínicas y Quirúrgicas.
- CPNV, Coordinador/a del Servicio de Enfermería.
- CPNV, Coordinador/a del Servicio al Diagnóstico y Terapéutico.
- CPNV, Coordinador/a de Docencia e Investigación.

Las funciones básicas y responsabilidades de las unidades administrativas

Gerencia del hospital general HOSNAG

Función básica. Gerenciar el funcionamiento global del Hospital como máxima autoridad y representante legal de la institución, en el marco de las directrices y acuerdos emanados por la normativa vigente, a fin de contribuir a la recuperación de la salud del personal militar y participar en el Sistema Nacional de Salud.

Responsabilidades

- a. Representar legalmente y extrajudicialmente a la institución;
- b. Suscribir los actos administrativos en el ámbito de su jurisdicción, con estricto apego a las disposiciones legales y reglamentarias vigentes;
- c. Programar, dirigir, controlar la gestión de los recursos asignados a su cargo y evaluar su adecuada utilización para proveer su cartera de servicios, mediante el

plan operativo anual y el compromiso de gestión en función de resultados de impacto social;

d. Adoptar las medidas para hacer efectiva la continuidad del funcionamiento del hospital, especialmente en los casos de crisis, emergencias, urgencias u otras circunstancias similares;

e. Coordinar la elaboración y ejecución del plan estratégico institucional;

f. Aprobar los planes, programas, proyectos y presupuestos del Hospital;

g. Aprobar y garantizar la ejecución del plan anual de compras de insumos médicos, medicamentos, equipamiento del hospital, activos fijos en general, construcciones, inversiones y demás suministros, asegurando el cumplimiento de la ley orgánica del sistema nacional de contratación pública.

h. Formular lineamientos e instrumentos para la gestión organizacional en los campos de su competencia y velar que estas se encuentren alineadas con las políticas de la autoridad sanitaria nacional y metas del plan nacional de desarrollo, en lo relacionado con la prestación del servicio de salud pública.

i. Aprobar los casos para referencia del paciente diagnosticado de una enfermedad catastrófica;

j. Ser la autoridad nominadora del Hospital;

k. Asegurar el cumplimiento de las políticas y disposiciones del ministerio de salud y la administración pública en todas las unidades bajo su responsabilidad;

l. Presentar informes periódicos, sobre la actividad del hospital y la presentación anual de la memoria de gestión;

- m. Presidir y convocar los comités de gerencia – dirección, para establecer objetivos, validar resultados, realizar seguimientos de desarrollos y otros que agilicen la gestión del hospital para promover la mejora continua, fomentando el perfeccionamiento de la práctica clínica así como mejorar los procesos de atención a los pacientes, la eficiencia en la utilización de los medios clínicos disponibles y los resultados de la actividad del hospital en términos de mejora de la salud de la población asignada;
- n. Velar por el cumplimiento del registro de las actividades de cada unidad; y,
- o. Ejecutar todas aquellas actividades propias de la gerencia y dirección de una institución de salud.

Consejos Técnicos

Función básica. Asesorar a la gerencia del hospital general HOSNAG en asuntos técnicos de salud y administrativos financieros, a fin de alcanzar la máxima eficiencia en la toma de decisiones

Responsabilidades

- a. Analizar, evaluar y proponer la aplicación del modelo de gestión;
- b. Evaluar la implementación de mejoras de la gestión institucional;
- c. Evaluar y recomendar la aplicación programática en base a los resultados de la ejecución de la planificación;
- d. Evaluar y recomendar los ajustes al ciclo financiero, de interés institucional;
- e. Conocer y priorizar la programación plurianual y anual de la planificación; y,
- f. Asesorar en la aplicación de los recursos financieros en concordancia con las prioridades institucionales.

Consejos Ordinarios de Médicos

Función básica. Asesorar a los consejos reguladores de la carrera de oficiales y tripulantes, para colocar o levantar la situación a disposición; cuando por condiciones de salud se requiera más de noventa días para su recuperación.

Comité de Seguridad del Paciente

Función básica. Asesorar a la máxima autoridad del hospital para reducir los daños no intencionales a los pacientes, en especial a través de la prevención y disminución de los errores, en el sistema y en las personas.

Responsabilidades

- a. Evaluar y vigilar el cumplimiento del programa de seguridad del paciente alineado a las normas, políticas y otros documentos emitidos por la autoridad sanitaria nacional y al plan de calidad del establecimiento, y definir las estrategias para su cumplimiento;
- b. Emitir criterios para la aprobación o modificación del programa de seguridad del paciente del establecimiento de salud;
- c. Verificar la implementación de los protocolos relacionados con el cumplimiento de las prácticas seguras y lineamientos en seguridad del paciente establecido en las normas, manuales, y otros documentos emitidos por la autoridad sanitaria nacional o entidades adscritas;
- d. Promover en el establecimiento de salud la implantación y desarrollo de sistemas de notificación de eventos relacionados con la atención sanitaria, orientados al aprendizaje y resolución de problemas a nivel local;
- e. Fomentar el desarrollo de estrategias para mejorar e incentivar la notificación de eventos como parte de la cultura de seguridad;

- f. Promover la protección de los profesionales, servidores y trabajadores de la salud, participantes en los sistemas de notificación, de acciones disciplinarias o legales;
- g. Promover diferentes métodos para la identificación de riesgos relacionados con la seguridad del paciente (análisis de quejas y sugerencias, rondas de seguridad, revisión de historias clínicas, estudios epidemiológicos, etc.);
- h. Desarrollar acciones específicas para la gestión del evento y del riesgo que incluyan la adopción de una actitud proactiva y el uso de una metodología que permita identificar problemas, analizar sus causas y desarrollar acciones que prevengan o disminuyan su repetición, de aplicación en todos los servicios relacionados con el cuidado de los pacientes;
- i. Fomentar la participación de los pacientes y su familia en el cuidado de su salud en el marco de la seguridad del paciente;
- j. Evaluar el resultado de los indicadores relacionados con la seguridad del paciente y emitir criterios técnicos que permitan alcanzar los estándares definidos, tanto institucionales como los requeridos por entes de vigilancia y control;
- k. Proponer y promover programas de formación y capacitación en seguridad del paciente, dirigido a los profesionales, servidores y trabajadores de la salud en coordinación con la unidad de talento humano, docencia e investigación y otros que el comité defina;
- l. Proponer y promover líneas de investigación en seguridad del paciente obligatoriamente en todos los hospitales del ministerio de salud pública

del Ecuador, prioritariamente en aquellos hospitales acreditados para docencia e investigación;

m. Validar los contenidos de comunicación y mecanismos de difusión interna y/o externa en materia de seguridad del paciente; y,

n. Coordinar las actividades.

Comité Técnico de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud e Historia Clínica

Función básica. Asesorar a la máxima autoridad del hospital para mejorar la calidad de atención de la salud, supervisando, revisando los procedimientos establecidos y proponiendo controles necesarios para garantizar que la información técnica, administrativa y financiera del hospital, sea útil, apropiada, confiable y precisa.

Responsabilidades

a. Evaluar y vigilar el cumplimiento del Programa de Auditoría de la Calidad de la Atención de Salud (PACAS) que contemple las auditorías programadas aplicadas a los procesos de atención en salud priorizados por el establecimiento de salud, la coordinación zonal, dirección distrital y/o el nivel central del Ministerio de Salud Pública;

b. Validar las herramientas técnicas a aplicar en las auditorías de calidad de la atención en salud;

c. Analizar los resultados de las auditorías de la calidad de la historia clínica, las auditorías de la calidad de la atención en salud y emitir sus recomendaciones;

d. Vigilar el cumplimiento de la aplicación de las normas, protocolos y guías de práctica clínica emitidas por la autoridad sanitaria nacional, dentro del establecimiento de salud al que pertenece el comité;

- e. Evaluar el cumplimiento y el impacto de los planes de acción de los casos auditados, a efectos de realizar las respectivas recomendaciones y/o réplicas en los servicios del establecimiento de salud;
- f. Supervisar el cumplimiento de las normas nacionales vigentes sobre el uso y manejo de la historia clínica, dentro del establecimiento de salud al que se debe el comité;
- g. Recomendar la modificación o ratificación de las normas internas que rigen la atención clínico-quirúrgica en los servicios del hospital, en coordinación con la unidad de docencia e investigación o la instancia que cumpla esta función;
- h. Fomentar actividades de educación y formación continua en gestión integral de la calidad y auditoría de la atención en salud, dirigida a los profesionales, servidores y trabajadores de la salud en coordinación con la unidad de calidad y la unidad de docencia e investigación del establecimiento de salud; y,
- i. Vigilar las comisiones técnicas creadas por necesidad, para las diferentes auditorías requeridas por el establecimiento de salud.

Cartera de Servicios

El HOSNAG ofrece servicios vinculados a la salud que se detallan a continuación:

- Centro quirúrgico.
- Terapia intensiva.
- Imágenes.
- Laboratorio.
- Rehabilitación y medicina física.

- Rehabilitación y Terapia de Salud Mental.
- Medicamentos e insumos.
- Nutrición y dietética.
- Terapia respiratoria.
- Diálisis.
- Quimioterapia.
- Medicina hiperbárica.
- Técnico Odontológico
- Cardiológico.
- Endoscopia.

Capítulo III: Marco Metodológico

El presente estudio se desarrolló a partir del examen de la cuestión determinantes de mortalidad en el HOSNAG, establecido como elemento central de estudio y del que se deriva la implementación de una UCIM, esta cuestión ha sido abordada mediante un diseño metodológico que permite obtener respuestas a las interrogantes de investigación.

Al respecto, Ugalde y Balbastre-Benavent (2013) señalan que la metodología está conformada por:

Todas las decisiones que el investigador toma para alcanzar los objetivos y se enfoca en aspectos como el diseño de la investigación, la estrategia a utilizar, la muestra a estudiar, los métodos empleados para recoger los datos, las técnicas seleccionadas para el análisis de los resultados y los criterios para incrementar la calidad del trabajo, entre otras (p.179)

Siguiendo esta directriz y dada la naturaleza de la investigación se ha optado por una guía metodológica que garantice el desarrollo de un proceso sistemático, organizado y objetivo, resultante de lineamientos basados en hechos observados y medidos que eviten la subjetividad (Diaz, Orgaz, & Roviralta, 2010).

Se aplicó una metodología mixta, una combinación de enfoques cuantitativo-cualitativo. Con el primero se buscó caracterizar el objeto de estudio mediante descripciones y análisis de datos cuantitativos mediante el uso de la base de datos estadístico de los pacientes y la historia clínica. Con el segundo, se realizó una exploración de las significaciones de los factores determinantes de la mortalidad vinculados a los beneficios de las UCIM mediante el uso de la técnica de la entrevista en profundidad. A partir ello, se obtiene información relevante sobre las variables de estudio en aspectos demográficos, patologías, estancia, condiciones de egreso e

implementación de UCIM.

Diseño de la Investigación

El tipo de investigación determina los métodos y las técnicas a ser empleadas. Así pues, según el hecho y contexto a investigar, las actividades llevadas a cabo giraron en torno a procesos derivados de procedimientos documentales, estadísticos-cuantitativos y entrevistas cualitativas. Esto quiere decir que el enfoque mixto utilizado y las técnicas ya señaladas responden a estrategias de un diseño que consta de tres partes fundamentales.

En primer lugar, se realizó una exploración documental que permitió explicar desde las teorías precedentes el estado de cuestión mortalidad en hospitales;

En segundo lugar, se realizó un análisis estadístico del Hospital Naval con el fin de describir y explicar el fenómeno objeto de estudio, así como una revisión de las historias clínicas; y

En tercer lugar, se llevó a cabo un trabajo de campo cualitativo con el uso de la entrevista en profundidad semiestructurada que facilitó la comprensión del fenómeno desde las voces de los especialistas, completando el circuito investigativo.

Finalmente, con la utilización de las técnicas Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades (DAFO) se identificaron los factores externos e internos de la organización sanitaria para favorecer la situación de partida del problema y fortalecer el diagnóstico.

Revisión Bibliográfica y Abordaje Documental

En la lógica investigativa, la revisión bibliográfica constituye la primera estructura de toda investigación puesto que va de la mano con la formulación del problema y todo lo que se deriva de ella. Por lo tanto, se produjo un acercamiento teórico que lleva a mostrar la trascendencia del fenómeno de estudio.

Con respecto a este hecho, Arteaga (2016) manifestó que la revisión bibliográfica aproxima al conocimiento del tema y es en si la primera etapa de un proceso que ayuda a identificar que se sabe y qué se desconoce de un tema de interés, por lo tanto, es una sinopsis que sumaría diferentes investigaciones y artículos realizando una valoración crítica y da idea del estado actual de la cuestión a investigar. En consecuencia, esta parte del procedimiento sitúa el problema en un contexto teórico y referencial amplio, desarrolla la fundamentación teórica y vehiculiza la formulación de las hipótesis.

Del mismo modo, se puede señalar que en este estado del arte de la mortalidad se abordaron subtemas relacionados con el evento, sus determinantes y la necesidad de fortalecer unidades médicas que permitan atender morbilidades de alto riesgo.

El Enfoque Cuantitativo: La Estadística y las Historias Clínicas.

La metodología cuantitativa, a decir Hernandez, Fernandez & Baptista (2006): utiliza la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. Esta recolección de datos se fundamenta en la medición de variables y se lleva a cabo usando procedimientos estandarizados en los que se incluye el análisis a través de métodos cuantitativos que fragmentan los datos en partes para responder al planteamiento del problema (p. 5).

Esta segunda parte del proceso analiza la estadística de los usuarios y las historias clínicas con el objetivo de caracterizar el perfil patológico de los pacientes del HOSNAG. Sobre la importancia de este método en investigación científica se puede señalar que es fundamental para conocer el comportamiento de un fenómeno de manera numérica, cuantificable y verificable con el objeto de generalizarlos, de tal manera que entre sus características se encuentra la exactitud y la facilidad para resumir resultados

de forma significativa.

Para Badii, Castillo, Landeros, & Cortez (2007) el enfoque encierra generalizaciones ya que “caracteriza un conjunto de datos y pone de manifiesto las propiedades del conjunto mediante formas gráficas” (p. 119). Para los autores la cuantificación se ocupa de recoger, ordenar y clasificar los datos de interés mediante el tratamiento y análisis de una población considerada.

El Enfoque Cualitativo: La entrevista en Profundidad

La metodología cualitativa, también, denominada interpretativa usa:

La recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación; se fundamenta más en un proceso inductivo que explora, describe y que va de lo particular a lo general; en un significativo número de estudios no se plantean hipótesis ya que estas se generan en el proceso y van formándose conforme se recaban más datos o son el resultado del estudio (Hernandez, Fernandez & Baptista, 2006, p. 8).

Esta modalidad de investigación es un proceso sistemático de indagación que obtiene información para la interpretación y comprensión de fenómenos. La técnica más utilizada en el método cualitativo es la entrevista en profundidad, estrategia basada en el juego conversacional que proporciona información de primera mano sobre la mortalidad hospitalaria y la incidencia positiva de una unidad de atención intermedia para los casos clínicos que deriven en medicina intensiva.

Según Amezcua (2015) la entrevista incorpora pasos que deben tenerse en cuenta como documentarse previamente sobre el informante y su contexto, elaborar un guión temático, programar la entrevista, motivar al informante para que comunique abiertamente sobre lo que considera importante, establecer la duración de la sesión, mantener la ética agradeciendo la participación.

Del mismo modo, Robles (2011) argumenta que esta técnica se apoya en la interpretación de la realidad que se construye a través de un discurso subjetivo de especialistas con un guión especialmente diseñado para el efecto.

Población y Muestra

La población objeto de estudio la constituyeron los pacientes del Hospital Naval Guayaquil que han utilizado el servicio durante los años 2010 y 2016, conformando un universo de 30.636 usuarios, siendo cada uno, unidades de análisis en la presente investigación.

Tabla 1: *Usuarios del HOSNAG y UCI entre 2010-2016*

Años	Usuarios	UCI
2010	4.708	73
2011	5.268	79
2012	4.619	93
2013	5.224	81
2014	3.524	56
2015	4.017	53
2016	3.276	31
Total	30.636	466

En cuanto, la entrevista en profundidad se procedió a seleccionar a 15 especialistas procedentes de las áreas de emergencia, medicina interna y medicina intensiva de hospitales generales de la ciudad de Guayaquil. El número de entrevistas responde a las premisas de la investigación y posibilita la riqueza interpretativa, en cuanto, a significaciones del fenómeno estudiado. La siguiente tabla refleja la muestra de entrevistas por institución.

Tabla 2: *Número de Entrevistas a Especialistas por hospitales*

Hospital	n° Entrevistas
Teodoro M. Carbo	5
Naval Guayaquil	5
Guayaquil	5
Total	15

Variables

Variable independiente

Factores sanitarios que intervienen en la mortalidad hospitalaria

Variable dependiente

Índice de mortalidad hospitalaria

Tabla 3: Dimensiones de las Variables e indicadores

Variable	Definición	Nivel de Medición	Categorías	Indicadores
Edad	Años cronológicos de usuarios	Cuantitativa	Años cumplidos	10 -20 años
		Discreta		21-30 años
				31- 40 años
				41- 60 años
				61- 80 años
81 años y +				
Género	Características fenotípicas y biológicas	Cualitativa nominal	Sexo	Hombre Mujer
Condición	Estado cuando abandona el hospital	Cualitativa ordinal	Estado	Alta Fallecido -48H Fallecido +48H
Estancia	Días en los que el paciente esta ingresado	Cuantitativa		Hasta 2 días
				3-5 días
				6- 8 días
				9- 14 días
				15 días y más
Patologías	Enfermedades de las personas	Cualitativa ordinal	Afecciones	Clasificación Interna- cional de enfermeda des CIE

Procesamiento de los Datos

La información recogida a través de la base de datos de usuarios y las historias clínicas fué codificada, tabulada, procesada y analizada. Con el uso de excell para Windows se procede a la elaboración de tablas y figuras que evidencian las condiciones de los pacientes del HOSNAG en el periodo comprendido entre 2010 y 2016. La información procedente de las entrevistas fue sistematizada, clasificada y analizada según temáticas.

En referencia a las técnicas DAFO, se debe señalar que con la información facilitada por los expertos se elabora una matriz que permitieron diseñar estrategias de

acción a través de la identificación y valoración de los principales componentes y elementos organizativos. En términos operativos, se les facilitó un cuadernillo de trabajo con una ficha, en la que se recogieron de forma individual, los componentes DAFO que en su opinión intervienen en los reingresos hospitalarios.

Análisis de Resultado Cuantitativo

Una vez recogida, codificada y organizada la información se procede al análisis que en correspondencia con el diseño de la investigación se ha realizado en dos bloques. Un primero, que corresponde al análisis estadístico descriptivo de la base de datos y las historias clínicas de los últimos seis años; y el segundo bloque, que analiza información procedente de las entrevistas a especialistas de áreas claves en atención hospitalaria.

Ámbito Estadístico Cuantitativo

Demografía. Usuarios por sexo

El sexo es una de las variables demográficas esenciales en investigación, en la medida que mejora la comprensión de los mecanismos por los cuales discurren los procesos estudiados. Su importancia radica en que al menos en el campo de la salud ayuda a entender los condicionantes de los hombres y las mujeres. De hecho, a decir de Rohlfs, et al. (2000), la salud es un proceso complejo determinado por factores biológicos, sociales, del medio ambiente en el que el género tiene un papel trascendental para distinguir desigualdades intrínsecas.

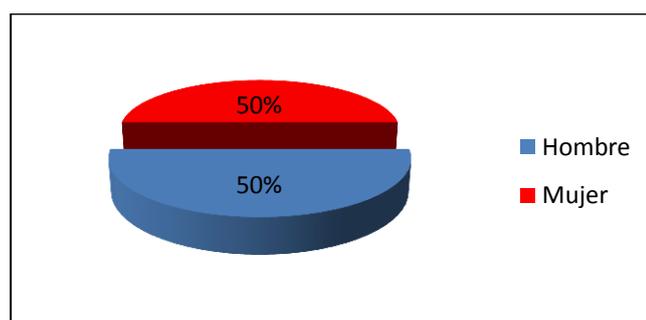


Figura 2: Usuarios del HOSNAG según sexo 2010-2016
Tomado de: Departamento de Estadística HOSNAG - 2017

La distribución de los pacientes según esta variable muestra una presencia igualitaria tanto de hombres como mujeres. Una panorámica que refleja la tendencia poblacional mundial que según información procedente de las Naciones Unidas hay actualmente una tendencia hacia un acercamiento en la proporción de ambos sexos.

Edad de los Usuarios

Una de las variables más importantes en el estudio de fenómenos como la mortalidad, la morbilidad y la fecundidad. Así tenemos, que la información clasificada por edades es sustancial en los análisis demográficos debido a que condiciona el comportamiento de las cohortes dibujando líneas de actuación en términos biológicos y culturales.

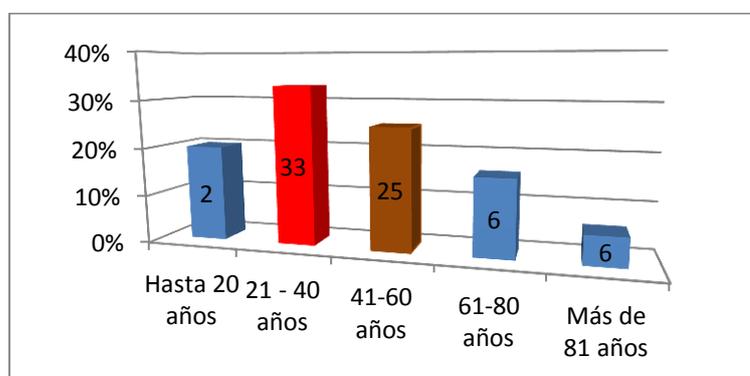


Figura 3: Usuarios del HOSNAG según edad 2010-2016.
Tomado de: Departamento de Estadística HOSNAG - 2017

La revisión estadística muestra que cinco de cada diez pacientes del HOSNAG tienen hasta 40 años. Dentro de este amplio tramo de edades se puede observar que poco más de un 30% tienen entre 20 y 40 años. El segundo grupo de edad en importancia son los que tienen entre 41 y 60 años (25%) y los mayores de 60 años representan el 22%. Este comportamiento es un reflejo de la pirámide poblacional nacional que evidencia la presencia significativa de las edades más jóvenes en correspondencia con las sociedades latinoamericanas cuyas poblaciones son menos envejecidas.

Procedencia de los Usuarios

Respondiendo al origen de la Unidad Hospitalaria como parte de las fuerzas armadas nacionales, la figura 4 muestra que el 8% de los usuarios en los últimos seis años son civiles mientras que el grueso pertenece a alguna de las ramas militares, y aquella que cuenta con mayor número de pacientes (68%) es la Naval. Este escaso número de pacientes externos muestra el cambio en los servicios hospitalarios que establece el que los centros médicos manejados por las fuerzas armadas y policía atiendan gratuitamente a todas las personas civiles. Un proceso que como es de suponer será paulatino.

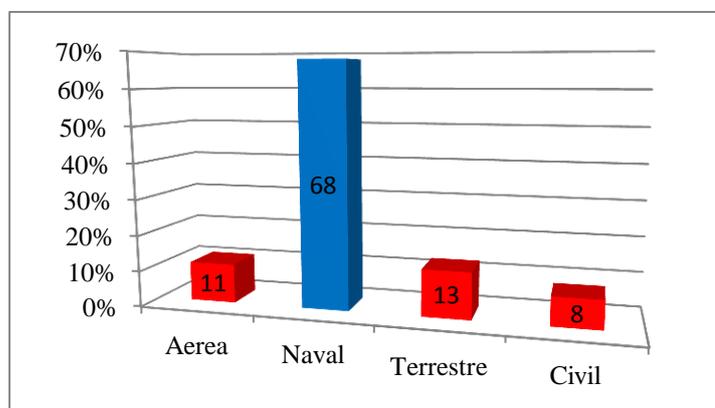


Figura 4: Usuarios del HOSNAG según procedencia 2010-2016
Tomado de: Departamento de Estadística HOSNAG - 2017

Residencia de Usuarios

El Hospital Naval Guayaquil como se ha dicho se encuentra ubicado en el sur de esta ciudad, por lo que no es extraordinario encontrar que un conjunto importante de sus usuarios reside en la ciudad (54%). El 35% vive en alguna ciudad de la Provincia del Guayas y el resto en las provincias de Los Ríos, Manabí y Pichincha, entre otras (ver figura 5).

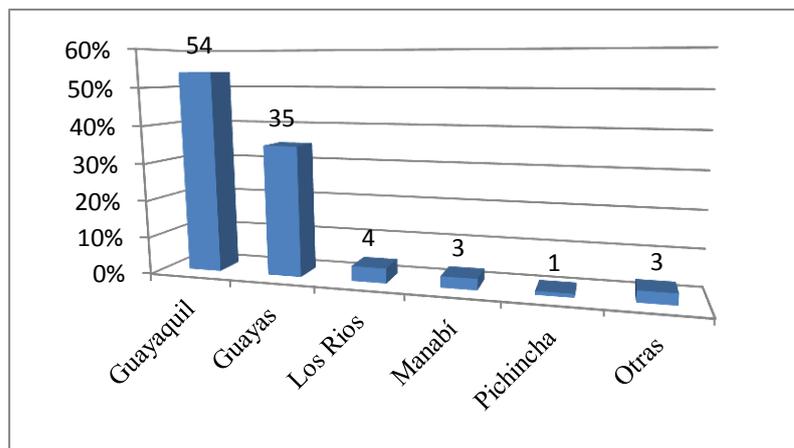


Figura 5: Usuarios del HOSNAG según residencia 2010-2016
Tomado de: Departamento de Estadísticas HOSNAG - 2017

Condición de egreso usuarios

El egreso del paciente es el procedimiento que se efectúa cuando abandona el hospital y el que se realiza en al menos un par de condiciones: el egreso por mejoría cuando la recuperación es satisfactoria y el egreso por defunción. Al respecto, la estadística del HOSNAG muestra que en el periodo comprendido entre 2010 y 2016 recibieron el alta el 97 % de los pacientes y el 3 % restante fallecieron.

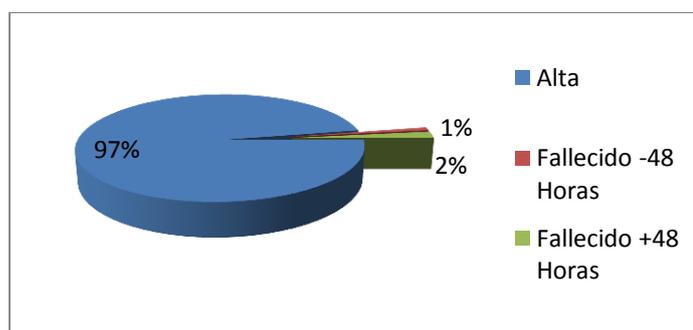


Figura 6: Usuarios del HOSNAG según condición de egreso 2010-2016
Tomado de: Departamento de Estadísticas HOSNAG-2017

De este grupo el 2 % fallecieron en más de 48 horas y el 1 % en menos de 48 horas. En este tipo de evento, el tiempo es un indicador hospitalario de valor en la medida que señala el comportamiento del suceso, por lo que se convierte en una valiosa

herramienta para la gestión y toma de decisiones.

Condición de Egreso y Estancia

Otro indicador estimable para diagnosticar el funcionamiento de un ente de salud es la estancia asociada a la variable condición de egreso que como se ha señalado incluye a los que han recibido el alta y egreso por muerte clasificados en antes y después de 48 horas. La tabla 7 evidencia que el 53% de los que recibieron el alta estuvieron dos días, el 28% entre tres y cinco días y el 20% más de 15 días.

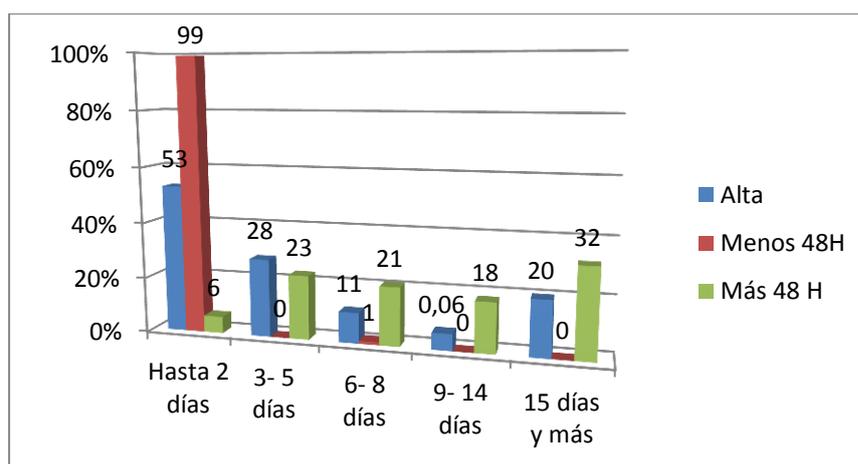


Figura 7: Usuarios del HOSNAG según condición de egreso y estancia. 2010-2016
Tomado de: Departamento de Estadística HOSNAG (2017)

Respecto a los fallecimientos y su clasificación, los que fallecieron en menos de 48 horas estuvieron hasta dos días; y los que fallecieron en más de 48 horas, el 32% estuvo más de 15 días, un 23 % entre tres y cinco días, un 21 % entre seis y ocho días, en tanto que el 18% recibió servicio médico de nueve a 14 días.

Condición de Egreso por Alta y Patologías

Determinar las patologías que predominaron entre los pacientes ayuda a comprender las necesidades de atención de la población afectada. En el sentido, que tal y como señala la Superintendencia de salud (2004) permite obtener una aproximación del perfil de morbilidad de la población beneficiaria poniéndola a disposición de los distintos agentes del sistema sanitario.

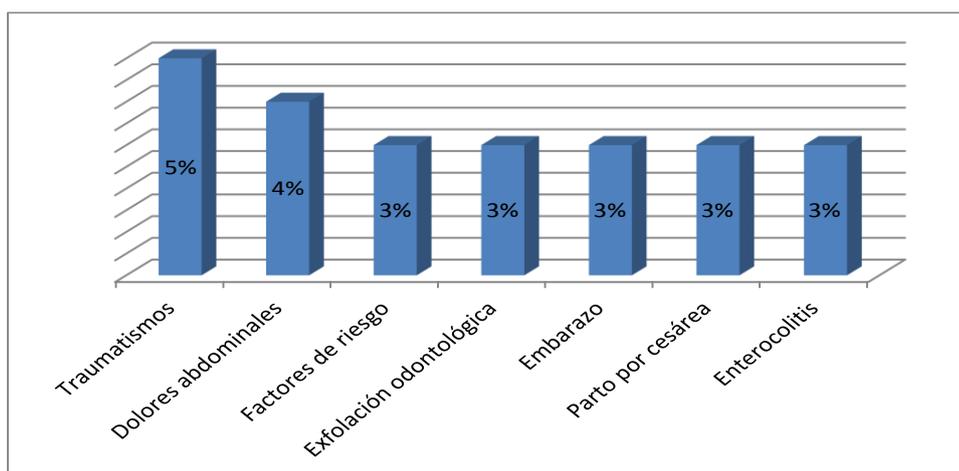


Figura 8: Usuarios del HOSNAG según condición de egreso por alta y patologías
Tomado de: Departamento de Estadística HOSNAG-2017

Los egresos hospitalarios por alta registran causas que se encuentran disponibles en la Clasificación Internacional de Enfermedades, los traumatismos representan el 5%, los dolores abdominales un 4%, factores de riesgo laborales el 3%, exfoliación odontológica otro 3%, embarazo 3%, parto por cesárea 3% y enterocolitis 3 %, entre otras afecciones que presentan porcentajes más bajos.

Condición de Egreso por Fallecimiento y Patologías

En relación a los egresos por fallecimiento en menos de 48 horas se evidencia que enfermedades como la Bronconeumonía (10%), el Paro cardiaco (9%), el Traumatismo (4%), el Edema pulmonar (4%) y los Quistes (4%) son los de mayor incidencia. Para los fallecidos en más de 48 horas, la Bronconeumonía y el Edema pulmonar son las patologías de defunción más significativas con un 9% respectivamente, la Neumonía el 7%, el Accidente Vascular (4%) y el Paro cardiaco otro 4%. El resto de los porcentajes se diluyen en diversas enfermedades con representaciones porcentuales minúsculas.

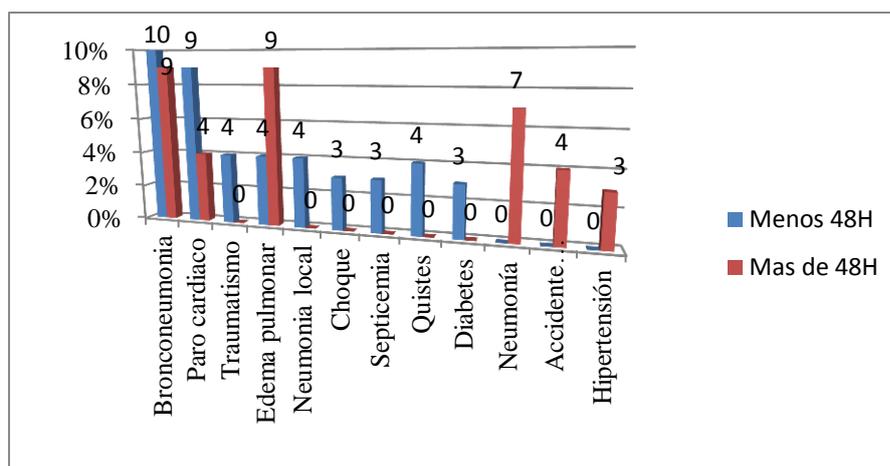


Figura 9: Usuarios del HOSNAG según egreso por fallecimiento y patologías
Tomado de: Departamento de Estadística HOSNAG - 2017

Unidad de Cuidados Intensivos

En el periodo analizado el 1,5% del total de pacientes del hospital fueron trasladados a la Unidad de Cuidados Intensivos que es el área donde se atienden aquellos enfermos cuyo estado de salud es muy grave, o pueden presentar problemas que requieren una actuación inmediata. En esta unidad la asistencia es realizada por un equipo formado por personal médico especialista en medicina intensiva, personal de enfermería y de apoyo a disposición las 24 horas al día. En definitiva, proporciona soporte vital o vigilancia intensiva a enfermos críticos.

Usuarios UCI

Una distribución de los pacientes de la UCI por años revela que el 2012 es el que más pacientes se ha atendido (20%), le siguen en importancia los años 2011 y 2013 con 17% respectivamente. El año en el que menos pacientes se recibe fue el 2016 (7%), situación que pudiese ser explicada por disminución de atención debido a daños en la infraestructura provocada por catástrofe natural, el terremoto del 16 de abril.

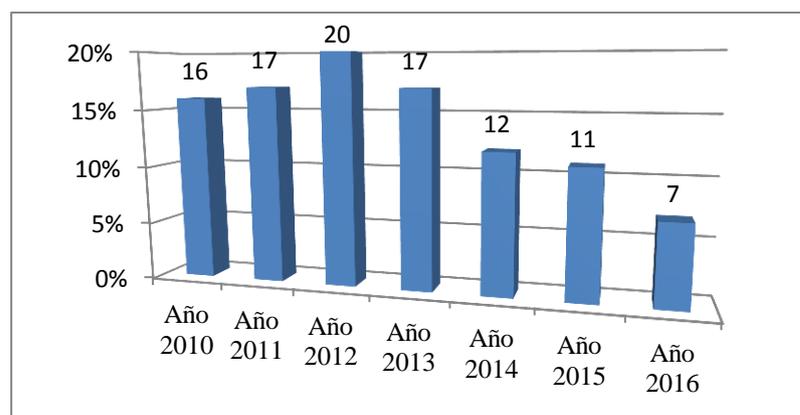


Figura 10: Usuarios de Unidad de Cuidados Intensivos
Tomado de: Departamento de Estadística HOSNAG -2017

Usuarios Unidad Cuidados Intensivos según sexo

El sexo de los pacientes de la UCI muestra la misma tendencia de los pacientes generales. Un 51% han sido mujeres y el 49 % hombres.

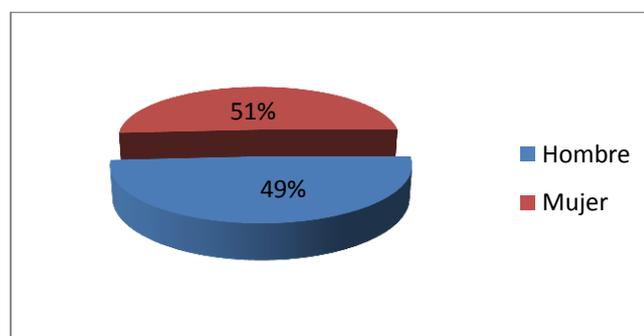


Figura 11: Usuarios de UCI según sexo 2010-2016
Tomado de: Departamento de Estadística HOSNAG -2017

Por edad, la distribución poblacional de pacientes es muy semejante a la de los usuarios del servicio hospitalario en general, es decir, se corresponde al de la pirámide de edad de la población ecuatoriana.

Patologías de Ingresos Hospitalarios

Las enfermedades referidas en el ingreso de los usuarios de la UCI son el Síndrome de dificultad respiratoria (21%), Dolor abdominal (7%), Trastorno de líquidos (6%), Accidente vascular e Insuficiencia respiratoria con 4% cada una de ellas.

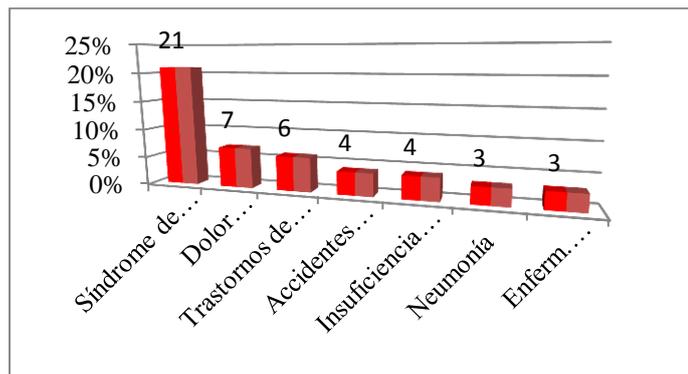


Figura 12: Usuarios de UCI según ingreso y patología 2010-2016
Tomado de: Departamento de Estadística HOSNAG -2017

Esta descripción de las enfermedades en diagnóstico lleva a señalar que se corresponden con patologías habituales de las Unidades de Cuidados Intensivos por lo que requieren de recursos especializados las 24 horas. El cruce de enfermedad y mortalidad evidencia que al menos en el Síndrome de dificultad respiratoria, el fallecimiento se presenta en ocho de cada diez casos; en dolor abdominal, las defunciones son cinco de cada diez; y en trastornos de líquidos ocho de cada diez. Se debe aclarar que al ser cifras pequeñas, su nivel de representatividad debe ser tomado de forma referencial.

Usuarios UCI según Condición de Egreso

La condición de egreso de los pacientes de la UCI ha sido de alta en un 23% y de fallecimiento 77%. Este número fallecidos puede ser explicado por la interacción de comorbilidades acentuadas que conlleva su precaria condición.

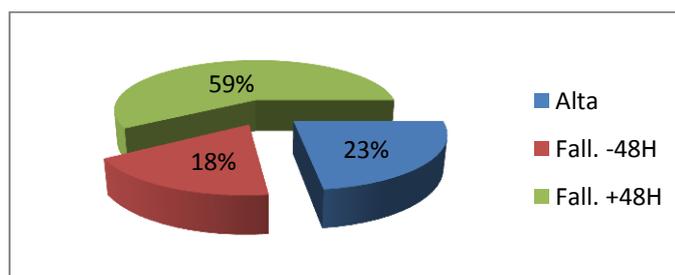


Figura 13: Usuarios de UCI según condición de egreso 2010-2016
Tomado de: Departamento de Estadística HOSNAG -2017

Fallecidos en UCI según Estancia

Tomando como referencia que el estudio es sobre mortalidad, las cifras señalan que tres de cada diez fallecidos estuvieron hasta dos días en la unidad médica. El 15% más de 21 días de estancia, el 17% estuvo entre tres y cinco días y el 16% entre seis y ocho días. Las duraciones de la estancia de los pacientes en este tipo se corresponden con la evolución estándar de las patologías.

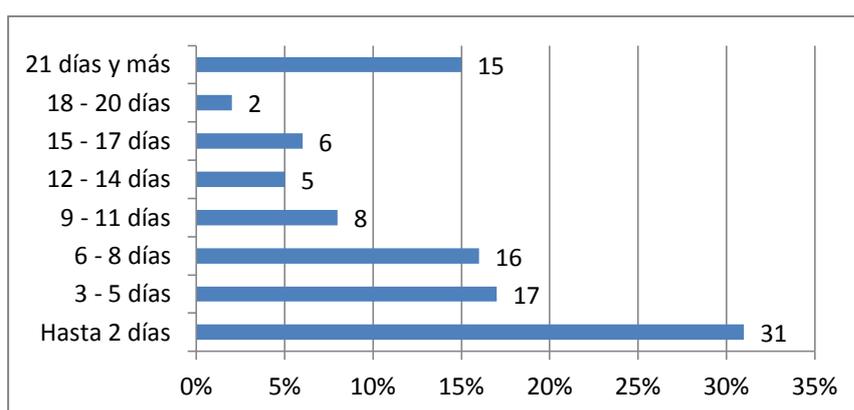


Figura 14: Fallecidos según estancia 2010-2016
Tomado de: Departamento de Estadística HOSNAG -2017

Estudios recientes (Santana, et al., 2014) señalan que la estancia en la UCI y el diagnóstico junto con la edad pueden influir en el pronóstico, lo que en algunos casos puede suponer el incremento de los reingresos.

Fallecidos por Patologías

Las patologías de egreso apenas difieren de la de los ingresos. Así destacan el traumatismo con un 12%, el Síndrome de dificultad respiratoria, los Accidentes vasculares (7%), Choque (6%), Hipertensión (4%), Fibrosis y Cirrosis (4%). Respecto a la primera enfermedad se debe indicar que el traumatismo es la causa de mayor mortalidad, morbilidad e incapacidad. Así, las tasas de mortalidad más elevadas en las UCIs las tienen los pacientes con traumatismos. Ello se debe a que una vez ingresado,

el fallecimiento se produce por efectos de traumatismos encefálicos cerrados, fallo respiratorio agudo o shock hemorrágico, el fallo multiorgánico y las infecciones.

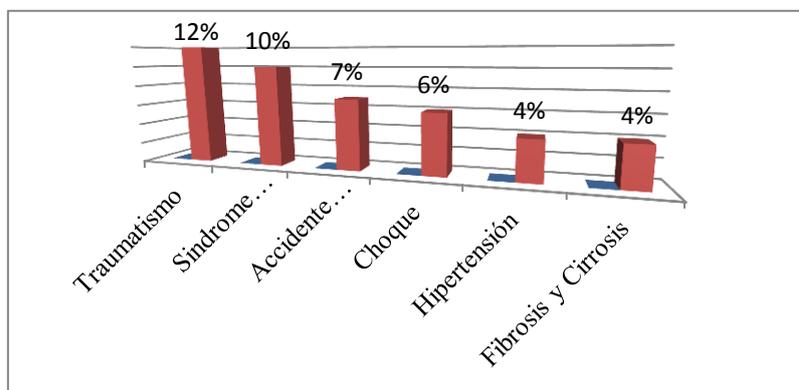


Figura 15: Fallecidos de UCI según patologías 2010-2016
Tomado de: Departamento de Estadística HOSNAG -2017

Usuarios UCI según patologías de UCIM

La Unidad de Cuidados Intensivos ha atendido a pacientes con patologías proclives a ser tratadas en UCIM en el período de estudio. Así, las principales enfermedades son las Respiratorias (24%) como las Neumonías, Insuficiencia Respiratoria, Bronquitis y el Absceso Pulmonar; las Cardiovasculares (10%) como Infarto Agudo, Insuficiencia Cardíaca, Embolia y Angina de pecho; las del Sistema Nervioso (7%) como Síndrome Vascular y Hemorragia Cerebral; la Diabetes, Insuficiencia Renal crónica (5%) y las gastrointestinales (5%).

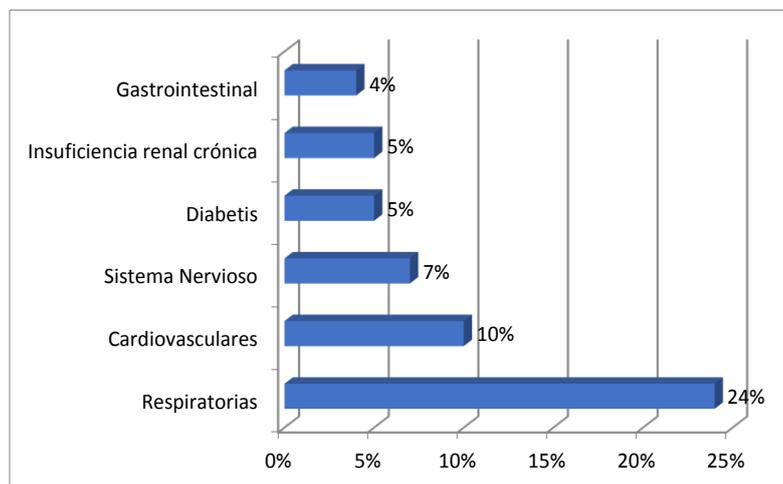


Figura 16: Pacientes de UCI según patologías de UCIM 2010-2016
Tomado de: Departamento de Estadística HOSNAG -2017

Análisis de Resultado Cualitativo

La Importancia de las Unidades de Cuidados Intermedios en el HOSNAG

En este apartado se analizan los resultados del trabajo cualitativo, es decir corresponde a la interpretación de información obtenida a través de las entrevistas realizadas a los 15 especialistas de los hospitales Teodoro Maldonado Carbo, Naval de Guayaquil y Guayaquil que operan en las áreas de Urgencias, Medicina Interna y Cuidados Intensivos. Estos especialistas sanitarios respondieron cinco preguntas relacionadas con la cuestión análisis de la mortalidad e importancia de las Unidades de Cuidados Intermedios: ¿cuáles son las enfermedades de mayor mortalidad en sus áreas de servicio?, ¿que factores determinan esta mortalidad?, ¿opinión acerca de la implementación de una Unidad de Cuidados Intermedios?, ¿ventajas de la Unidad de Cuidados Intermedios?, y ¿desventajas de la Unidad de Cuidados Intermedios. Asimismo, hay que indicar que este análisis del discurso permitió extraer significaciones trascendentes que se detallan a continuación.

Morbilidad Hospitalaria y Mortalidad

La mayoría de los entrevistados manifiestan que las enfermedades con mayor incidencia de mortalidad en sus áreas de atención son la Hemorragia e infarto cerebral,

el Infarto cardíaco, las Neumonías, las Neoplasias y los Traumatismos, entre otras. Estas patologías dan cuenta del uso de servicios hospitalarios de mediana y alta complejidad para resolver problemas sanitarios de riesgo.

Los médicos especialistas señalan como las variables más relevantes que determinan la mortalidad de los pacientes en los hospitales generales de Guayaquil: las comorbilidades, es decir, las personas que tienen dos o más enfermedades o trastornos al mismo tiempo, los antecedentes patológicos personales, en algunos casos un mal manejo de la atención primaria, la edad del paciente, los hábitos alimentarios y estilos de vida.

En relación a la implementación de la Unidad de Cuidados Intermedios, la mayoría de los entrevistados indican su necesidad de funcionamiento, sobre todo, en los hospitales de nivel III que atienden a pacientes sin soportes vital que precisen cuidados personalizados o directos afectados por patologías crónicas y soportes permanentes (E-6).

Respecto a las ventajas que se derivan del funcionamiento de una unidad de estas características, los entrevistados indican en orden de importancia: el cuidado directo del paciente, su manejo con ciertos soportes vitales y por temporadas prolongadas (E-10). Asimismo, emerge que optimiza recursos económicos, influye en una correcta utilización de las unidades críticas, posibilita un mayor control de pacientes post quirúrgico (E-2). También, ayuda a evitar el colapso de las UCI y al flujo del hospital (E-8).

En cuanto a las posibles desventajas de los cuidados intermedios, la mayoría de los entrevistados reconoce no encontrar ninguna. Sin embargo, de manera marginal opinan que es área que requiere mayor número de personal cualificado por lo que evita que se coloque personal sanitario no especializado o se ingresen pacientes que no

reúnan los criterios de uso (E-15).

Resultados Matriz DAFO

En fortalezas, las oportunidades que se reflejan en la matriz son: reducir los costos de atención en UCI, mejorar la eficiencia en la atención al paciente crítico, disponibilidad de camas en UCI. Han sido identificadas como *Amenazas*: reducción de las tasas de ingresos en la Unidad de Cuidados Intensivos, factores externos negativos que pueden limitar el presente y/o futuro de la unidad y la falta de equipamiento adecuado de la misma, mejor relación costo-efectividad, factores externos favorables usados para mejorar la situación de partida, y valores/habilidades que faciliten el logro de los objetivos.

En Debilidades, las *oportunidades* que se vislumbran son monitorización constante previa al alta a hospitalización, y estructura física de las habitaciones que deben ser adecuadas para manejar una emergencia. En este apartado se han identificado como *amenazas*: las habitaciones de fácil acceso para el personal de salud, limitación en la privacidad de los pacientes, factores internos como características o valores negativos como la carencia, limitación y desmotivación.

Conclusiones Preliminares

La mortalidad intrahospitalaria acumulada en el Hospital Naval Guayaquil se encuentra en torno al 3%. La primera causa de hospitalización por alta son los traumatismos, los dolores abdominales, factores de riesgo laborales, exfoliación odontológica, embarazo, parto por cesárea y enterocolitis. La mitad de los ingresados en el período de estudio tienen hasta 40 años. La mayor edad puede facilitar las complicaciones, por lo que se deben considerar estos factores en la evaluación, manejo y seguimiento de los pacientes.

Los fallecidos en menos de 48 horas estuvieron hasta dos días ingresados y los

que fallecieron en más de 48 horas su principal estancia fue de más de 15 días. Entre las primeras patologías por fallecimiento se encuentran: el Traumatismo, el Síndrome de dificultad respiratoria, los Accidentes vasculares, el Choque, la Hipertensión, la Fibrosis y la Cirrosis. Para los especialistas, las comorbilidades determinan la mortalidad de los pacientes en los hospitales generales de Guayaquil, los antecedentes patológicos personales, la edad del paciente, los hábitos alimentarios y estilos de vida como el sedentarismo contribuyen sustancialmente a este desenlace.

Existe un criterio generalizado de que los críticos estables sean ingresados en Unidades de Cuidados Intermedios para lograr mejor pronóstico. En base a la investigación se recomienda implementar una UCIM en el HOSNAG que mejore la calidad del servicio a los pacientes graves y sus expectativas de vida.

Capítulo IV

Propuesta Unidad Cuidados Intermedios

Antecedentes

En base a la investigación precedente se propone para el Hospital Naval Guayaquil, hospital general de Tercer Nivel de Complejidad el contar con los servicios de una Unidad de Cuidados Intermedios justificado por la demanda de pacientes con complicaciones menos severas que los críticos, pero necesitados de atención permanente y especializada. Se ha comprobado que no existe en la red hospitalaria del Instituto Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), una cartera de servicios que brinde atención a pacientes semicríticos que no precisen ventilador para permanecer en cuidados intensivos. Aunque se conoce que posee la Unidad de Terapia intensiva, estas instalaciones no deben suplir necesidades referidas a enfermos de este tipo ya que la implementación del servicio mejoraría sustancialmente la capacidad resolutive del centro sanitario y evitaría la derivación de pacientes.

En esta unidad de internación para pacientes que necesitan cuidados constantes y permanentes de enfermería que no puedan ser brindados en área de internación general, se lleva a cabo en una planta física apta para el desarrollo de tales actividades. Es recomendable que la nueva Unidad de Cuidados Intermedios dependa de Cuidados Intensivos ya que las instituciones que cuenten con servicios UCI deberán contar con UCIM. Por tal razón, a su vez los servicios de UCIM sólo podrán prestarse en establecimientos que cuenten con UCI (SATI, 2015).

Objetivo de la Propuesta

El principal objetivo de este proyecto es proponer la implementación de un área de Cuidados Intermedios que cumpla con las normas de bioseguridad en el Hospital

Naval Guayaquil, que garantice una atención integral de calidad a pacientes semicríticos con el pertinente recurso técnico y humano.

Estructura de Funcionamiento

La UCIM estará ubicada en las instalaciones del HOSNAG y dirigida por un especialista en medicina intensiva bajo la dirección del director asistencial en coordinación con los demás órganos de apoyo de la institución. El personal profesional se seleccionará según determina la Ley respecto a la contratación de Talento Humano. Asimismo, se establecerán procedimientos de actuación que tomen en consideración los estándares internacionales y de calidad.

En este sentido, el área cumplirá el conjunto de exigencias que deben mantener los establecimientos para funcionar como parte de un conglomerado armónico de servicios y una red de local de establecimientos integrados. Esto significa que se ajustará a los requisitos y buenas prácticas relacionadas con la gestión de la calidad, de los riesgos y de la seguridad, del medio ambiente, y de la responsabilidad social en la prestación de atención hospitalaria. Del mismo modo, se cumplirá satisfactoriamente en seguridad y atención del paciente, recursos óptimos, seguridad hospitalaria y bienestar social en los planos local, regional, provincial o nacional.

Respecto a la proyección de pacientes a los que se prestaría el servicio, se puede señalar que han sido predecidos tomando como base los datos de los pacientes UCI que fueron derivados a hospitalización convencional por la ausencia de UCIM, siguiendo el procedimiento de regresión lineal mediante la función FORECAST de Microsoft Excel. En la siguiente figura se puede observar la evolución de los pacientes, el año 2017 registra una demanda de 70 pacientes, le sigue el 2018 con 28 pacientes y el 2019 con 25.

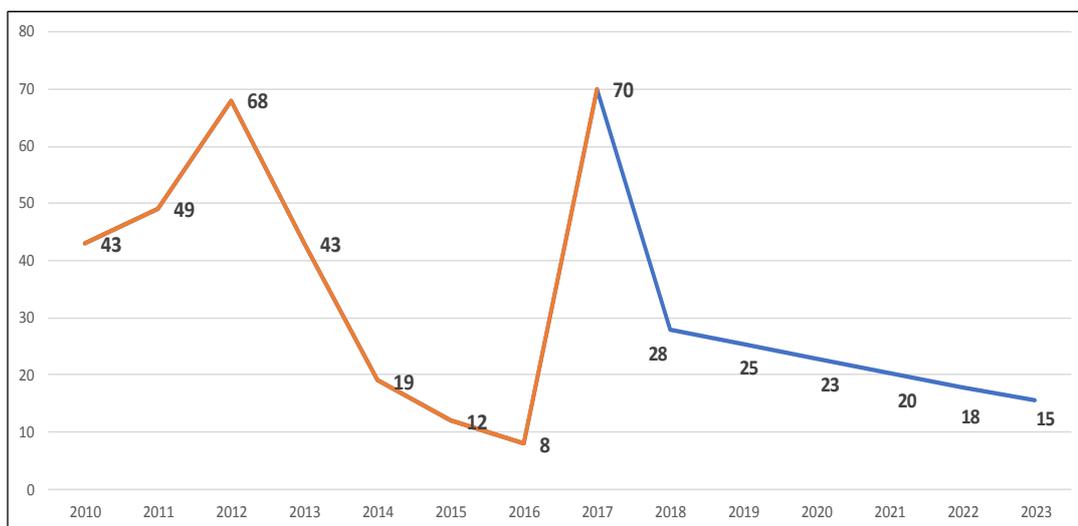


Figura 17: Proyección de pacientes para la UCIM- HOSNAG

En términos operativos, los derivados a esta unidad serán aquellos pacientes estables que por la naturaleza de su enfermedad son susceptibles de complicaciones que deben resolverse de forma inmediata. Los ingresos se realizarán desde Emergencia, Quirófano, Hospitalización por agravamiento y Consulta Externa. El área tendrá un horario de atención las 24 horas y los 365 días del año. Además, se hallará integrada por cuatro unidades que en exclusiva prestarán servicio y soporte médico intermedio.

La propuesta de valor se sustentará en capacidades y activos estratégicos como: competencia para brindar atención equilibrada en todos los ámbitos, adherencia del personal a guías, protocolos y procesos administrativos; infraestructura funcional y especializada, competencia en usos tecnológicos a través de la capacitación del personal de salud implicado. En resumen, la Unidad de Cuidados Intermedios brindará atención médica a semicríticos estabilizados del mismo hospital, de aquellos con nivel de complejidad inferior que no ameriten estar en UCI, de aquellos que provengan de accidentes de tráfico por el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) y el

Fondo de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (FONSAT).

Hay que señalar que el SOAT, es un seguro de carácter social bajo la figura de contrato de seguro, mediante el cual la sociedad de manera solidaria suministra recursos que permitan pagar los costos incurridos por la atención o indemnización de aquellos individuos que sufran un accidente de tránsito lo que garantiza la atención primaria de una víctima de accidente de tránsito en cualquier centro hospitalario y su posterior rehabilitación. Respecto al FONSAT, se puede decir que es el responsable de amparar a las víctimas en un accidente provocado por un vehículo fantasma o por un vehículo que al momento del evento no tenga un SOAT vigente.

Recursos Humanos, Técnicos y Económicos

El área estará atendida por personal sanitario de múltiples especialidades, personal de enfermería y auxiliar de enfermería, con especialización en cuidados intermedios. Se trataría de un equipo médico de terapia intermedia en la cantidad suficiente para abastecer los cubículos asignados y que dependería de la unidad de cuidados intensivos. Este requerimiento se ha elaborado tomando como referencia la guía de recursos abordada en el apartado correspondiente al UCIM del marco teórico.

Personal médico sanitario calificado en Cuidados Intermedios

- Coordinador de la Unidad de Terapia intensiva.
- 3 médicos residentes M2 con turnos de 24 horas.
- 6 enfermeras, dos en cada turno de 8 horas.
- 4 auxiliares de enfermería, dos en cada turno de 8 horas diarias.
- 3 Auxiliar administrativo de salud (limpieza).
- 3 Camilleros.

Funciones del personal según ocupación

Médicos intensivistas:

Coordinador de la UCIM. El área sanitaria se encontrará coordinada por el Jefe de Terapia Intensiva y sus funciones son normalizar y controlar la metodología asistencial a desarrollar, así como coordinar la atención general de los pacientes; como intensivista, analizará la historia clínica anterior; realizará el examen clínico por aparatos; emitirá criterios, diagnóstico anatómico, etiológico y fisiopatológico; y sugerirá exámenes de laboratorio, gabinete e interconsultas.

Médicos residentes:

Pasar visita con los médicos del servicio Terapia Intensiva; confeccionar historias clínicas, nota de evolución, epicrisis, solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete; registrar la evolución del paciente y novedades técnicas y administrativas que serán entregadas luego de cada guardia; preparar presentación de casos, sesiones bibliográficas, etc; responsable directo de la Unidad durante su turno de guardia; realizar guardias de acuerdo a horarios establecidos y no están autorizados a abandonar el área; informar a los familiares la evolución de sus parientes, en conformidad con el criterio oficial de los médicos intensivistas; realizar maniobras especiales en casos emergentes; y supervisar la preparación y administración de drogas especiales

Licenciado de Enfermera/o diplomado:

Deben contar con un mínimo de dos años de experiencia en un servicio de Terapia Intensiva y dedicación no menor de ocho horas diarias; se destinará una enfermera/o cada cuatro camas ó fracción menor con experiencia en el funcionamiento de la unidad. Debe recibir y entregar la guardia reportando novedades de paciente, equipos y materiales; y

ejecuta acciones de enfermería aplicando el proceso de atención, llevar a cabo el plan farmacológico y tratamiento clínico específico; coordinar los procesos de atención con las unidades de apoyo y otros miembros del equipo; registrar y controlar las actividades en la bitácora y formulario del sistema de enfermería y el reporte; ejecutar y controlar el cumplimiento de las actividades del personal de auxiliares en cuanto higiene y control.

Auxiliar de Enfermería:

Entregar y recibir equipos, suministro, lencería, y demás bienes; aplicar medidas de higiene, confort y seguridad del paciente; ejecutar procedimientos de acuerdo a las necesidades del paciente y asignaciones dadas; realizar la limpieza, desinfección del material utilizado y desinfección terminal de la habitación; y permanecer al lado de cada enfermera en procedimientos realizados en los pacientes.

Auxiliar administrativo de salud (limpieza)

Realizar el aseo de las áreas asignadas, de los muebles y equipos de oficina en general; permanecer en el lugar de trabajo durante la jornada de labores; revisar el área de las oficinas del área de Cuidados Intermedios, antes de retirarse verificando que todo se encuentre en orden, apagando las luces y cerrando llaves de agua; vigilar los bienes de la institución durante su jornada de trabajo; transportar equipos, mobiliarios, suministros y materiales para su utilización; Responder por la buena presentación de las instalaciones; realizar tareas de mensajería, retiros y depósitos bancarios del Centro; responder por la custodia de los

comprobantes que se generen en el área, los mismos que deben mantenerse ordenadamente archivados en el espacio físico asignado.

Camillero

La tarea principal será ejecutar labores auxiliares de traslado de pacientes, medicamentos y muestras de laboratorio a los lugares que se le indique; conocer el área y el hospital en su totalidad; poner en práctica los servicios universales de la bioseguridad; conocer los tipos de formato existente entorno hospitalario; vigilar el funcionamiento correcto de la camilla durante el turno laboral; y cumplir con las funciones asignadas en el HOSNAG.

El equipamiento según cubículo y unidad serán:

Equipamiento en cada cubículo.

- 1 cama clínica de intensivo eléctrica.
- 1 monitor ECG con una presión no invasiva y saturómetro de pulso por cama.
- 2 bombas de infusión por cama.
- 1 bomba de nutrición por cama.
- 1 colchón anti escara por cada cama.

Equipamiento en la Unidad de 6 camas

- 2 generadores de pulso para marcapaso externo transitorio.
- 1 central de monitoreo.
- 1 monitor desfibrilador con marcapaso transcutáneo.
- 1 carro de paro completo.
- 1 electrocardiógrafo.
- 1 sistema de CPAP de válvula.

- 1 equipo de rayos portátil.

Organigrama. La estructura organizativa de la unidad comprende el recurso humano antes señalado y los servicios indispensables para un funcionamiento eficaz, y se puede observar en la siguiente figura.



Figura 18: Organigrama Unidad de Cuidados Intermedios- HOSNAG

Necesidades de infraestructura.

La UCIM necesita un área para que funcionen los seis cubículos completos, cada uno de 4 metros cuadrados y una separación entre ellos de un metro. En cuanto a los materiales requeridos deben tener las siguientes medidas. Peso: 35 Kg (monitor y ventilador). Tamaño: 1, 80 metros de alto por 0,5 metros de ancho, cada box debe disponer de monitores de cuidados críticos en los siguientes parámetros: presiones invasivas y no invasivas, gasto cardiaco, respiración, temperatura.

La inversión inicial representa la compra de equipos médicos y adecuación física del área; la unidad constara de seis camas integrales. El valor que el ISSFA cancela al HOSNAG es de \$110 día cama

Los ingresos de apoyo de diagnóstico corresponden a exámenes de laboratorio e

imágenes mínimo tres pacientes día a excepción de las gasometrías que se hacen diario mínimo una vez por paciente, conservadoramente se considera:

Promedio diario consumo de insumos médicos pacientes es de \$5

Promedio diario consumo de medicina pacientes es de \$25

Profesional médico no involucra Jefe de Área, su función la realiza el jefe de terapia intensiva, en caso de requerirse apoyo puede darla el médico tratante de terapia intensiva.

El consumo de servicios básicos a pesar que está dentro del consumo general del hospital se considera \$100 mensuales

Gastos administrativos en promedio \$50 para papelería y suministros de oficina
\$10 diarios para gastos en suministros de limpieza

No se consideran utilidad para los trabajadores por ser empresa pública

Tampoco se consideran pago de impuesto a la renta por ser empresa pública

Conclusiones del Flujo

Con una tasa de descuento de 13% similar a la del mercado financiero;

El van (valor actual neto) es positivo y mucho mayor a cero

La tasa interna de retorno es superior a la tasa de descuento

Implica que el negocio es rentable

Recomendación según Flujo

Adecuar la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Naval Guayaquil.

A continuación, se presenta los presupuestos con los equipamientos principales, de apoyo y sus respectivos costes.

Tabla 4: *Requerimientos en activos fijos - propuesta UCIM -HOSNAG*

EQUIPO MEDICO Y DE APOYO			
Equipo Principal	Cantidad	Valor unitario	Total
Monitor multi parámetro	6	\$ 5.000,00	\$ 30.000,00
Toma de gases	6	\$ 750,00	\$ 4.500,00
Camas	6	\$ 2.750,00	\$ 16.500,00
Bomba de succión	1	\$ 3.475,00	\$ 3.475,00
Coche de paro	1	\$ 2.500,00	\$ 2.500,00
Desfibrilador	1	\$ 4.200,00	\$ 4.200,00
		Sub-total	\$ 61.175,00
Equipo Apoyo			
Filtros EPA AA	2	\$ 2.000,00	\$ 4.000,00
Computador	1	\$ 1.200,00	\$ 1.200,00
Impresora	1	\$ 300,00	\$ 300,00
		Sub-total	\$ 5.500,00
	TOTAL		\$ 66.675,00

Nota: requerimientos de activos fijos necesarios para la implementación de la Unidad de Cuidados Intermedios en HOSNAG. Se propone inicialmente seis camas.

Tabla 5: Presupuesto de adecuaciones al edificio para la implementación de UCIM - HOSNAG

PRESUPUESTO REFERENCIAL A REA DE UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS					
ITEN	DESCRIPCION	UNIDAD	CANTIDAD	C.UNITARIO	C.TOTAL
1	Derrocamiento de Paredes de Mamposteria	m2	44,61	6,79	302,90
2	Desmontaje de Ventaneria de Vidrio. (Mamparas)	m2	10,65	15,61	166,25
3	Desmontaje de Puertas Existentes	u	6	8,25	49,50
4	Desmontaje de Piezas Sanitarias	u	2	12,36	24,72
5	Derrocamiento de Meson	m3	0,4	54,48	21,79
6	Sellado de Puntos Sanitarios	u	6	12,50	75,00
7	Desmontaje de Tumbado Existente	m2	95,08	3,59	341,34
8	Desmontaje de Luminaria existentes	u	12	5,79	69,48
	Rotura de Pisos (Baldosa, ceramica, porcelanato)	m2	6	5,07	30,42
9	Instalaciones de Gas (Aire Comprimido)(Incluye Recorrido)	U	4	210,35	841,40
10	Picado y Cochado de Pared para Instalaciones	ml	22	13,04	286,88
11	Mamposteria de Bloque	m2	20	19,32	386,40
12	Enlucido Interior	m2	40	8,53	341,20
13	Instalacion de Mamparas de Vidrio de 6 mm	m2	42,32	63,61	2691,98
14	Meson de Hormigon armado F'c=180 kg/ cm2	m3	0,56	99,8	55,89
15	Relleno Interior Compactado con material de mejoramiento	m3	3,77	22	82,94
16	Hormigon Simple de f'c= 180 kg/cm2 en contrapiso (Incluye malla electrosoldada)	m2	34,7	27,58	957,03
17	Revestimiento de Granito en mezon	ml	6,4	220,81	1413,18
18	Punto de Agua Potable de 1/2" roscable	Pto	3	33,14	99,42
19	Tuberia de PVC Roscable de 1/2 "	ml	12	7,71	92,52
20	Punto de Desague de 50	Pto	2	29,89	59,78
21	Tuberia de PVC de 50 "	ml	12	7,11	85,32
22	Empaste Interior	m2	266,69	4,48	1194,77
23	Pintura Interior antibacterial	m2	266,69	7,69	2050,85
24	Tumbado de Gypsum	m2	95,08	16,81	1598,29
25	Porcelanato antideslizante 50x50 mate en pisos	m2	6	37,69	226,14
26	Ceramica Blaca para paredea 30 x20 (area de soporte)	m2	9,54	22,82	217,70
27	Señaletica Instructuiva	u	7	38,38	268,66
28	Lavamanos de Pedestal (Incluye accesorio y llave)	u	1	176,32	176,32
29	Inodoro antivandalico (Incluye accesorio)	u	1	114,61	114,61
30	Mantenimiento del Sistema Electrico (Cableado)	ml	518,71	4,26	2209,70
31	Luminarias Fluorescentes de 60x120 cm	u	16	79,9	1278,40
32	Puertas de Aluminio y Vidrio 6 mm (Incluye cerradura)	m2	28,8	125,12	3603,46
33	Fregadero de Acero Inoxidable	u	1	164,81	164,81
34	Cubierta de Policarbonato e= 8mm (Incluye juntas y estructura metalica)	m2	35	86,86	3040,10
35	Corrededor de Estructura Metalica Tubo 100 x 100 x 2 mm y Paneles de Policarbonato	ml	21,1	70,14	1479,95
36	Desalojo y Limpieza	m2	303,1	1,86	563,77
	CLIMATIZACION				
				Sub- Total	26662,87
				IVA 12%	3199,54
				TOTAL	29862,41

Nota: edificación anexa a la UCI-HOSNAG, superficie estimada 100 m2.

Tomado de: Departamento de Estadística HOSNAG -2017

Tabla 6: Proyección de Costos en el Recurso Humano UCIM -HOSNAG

Ítem	Cantidad	SUELDO	SUELDO * CANTIDAD	Personal Medico					Presupuesto Anual
				REMUNERACION ANUAL	FONDOS DE RESERVA	APORTE PATRONAL	DECIMO CUARTO	DECIMO TERCERO	
Medico M2 de 24 horas	3	\$ 2.100,00	\$ 6.300,00	\$ 75.600,00	\$ 6.297,48	\$ 7.295,40	\$ 1.125,00	\$ 6.300,00	\$ 96.617,88
Enfermeras	6	\$ 1.212,00	\$ 7.272,00	\$ 87.264,00	\$ 7.269,09	\$ 8.420,98	\$ 2.250,00	\$ 7.272,00	\$ 112.476,07
Auxiliares de enfermería	4	\$ 675,00	\$ 2.700,00	\$ 32.400,00	\$ 2.698,92	\$ 3.126,60	\$ 1.500,00	\$ 2.700,00	\$ 42.425,52
Auxiliar de limpieza	3	\$ 553,00	\$ 1.659,00	\$ 19.908,00	\$ 1.658,34	\$ 1.921,12	\$ 1.125,00	\$ 1.659,00	\$ 26.271,46
Camilleros	3	\$ 553,00	\$ 1.659,00	\$ 19.908,00	\$ 0,00	\$ 1.921,12	\$ 1.125,00	\$ 1.659,00	\$ 24.613,12
Total		\$ 5.093,00	\$ 19.590,00	\$ 235.080,00	\$ 17.923,83	\$ 22.685,22	\$ 7.125,00	\$ 19.590,00	\$ 302.404,05

Nota: se consideran requisitos mínimos establecidos según las leyes vigentes para el primer año de operaciones. Incluye remuneración unificada y beneficios sociales aplicables

Tabla 7: Cálculo de depreciación de equipo médico y de apoyo

DEPRECIACION DE EQUIPO MEDICO Y DE APOYO

Equipo Principal	Cantidad	Valor unitario	Valor actual	Valor residual	Tiempo depreciacion (años)	Valor depreciacion
Monitor multi parámetro	6	\$ 5.000,00	\$ 30.000,00	\$ 3.000,00	10	\$ 2.700,00
Toma de gases	6	\$ 750,00	\$ 4.500,00	\$ 450,00	10	\$ 405,00
Camas	6	\$ 2.750,00	\$ 16.500,00	\$ 1.650,00	10	\$ 1.485,00
Bomba de succión	1	\$ 3.475,00	\$ 3.475,00	\$ 347,50	10	\$ 312,75
Coche de paro	1	\$ 2.500,00	\$ 2.500,00	\$ 250,00	10	\$ 225,00
Desfibrilador	1	\$ 4.200,00	\$ 4.200,00	\$ 420,00	10	\$ 378,00
		Sub-total	\$ 61.175,00	\$ 6.117,50	10	\$ 5.505,75
Equipo Apoyo						
Filtros EPA AA	2	\$ 2.000,00	\$ 4.000,00	\$ 400,00	10	\$ 360,00
Computador	1	\$ 1.200,00	\$ 1.200,00	\$ 120,00	10	\$ 108,00
Impresora	1	\$ 300,00	\$ 300,00	\$ 30,00	10	\$ 27,00
		Sub-total	\$ 5.500,00	\$ 550,00	10	\$ 495,00
		TOTAL	\$ 66.675,00	\$ 6.667,50	10	\$ 6.000,75

Nota: se considera vida útil estimada en función a la experiencia y calidad de los equipos propuestos. Se aplica depreciación en línea recta y valor residual del 10%.

Tabla 8: Resumen de presupuesto necesario UCIM- HOSNAG

RESUMEN PRESUPUESTARIO		
Ítem		Valor
Costos de Implementación		\$ 96.537,41
Adecuación	\$29.862,41	
Equipamiento medico	\$66.675,00	
Otros gastos	\$0,00	
Costos de Operación Mensual		\$ 35.000,34
Nomina	\$25.200,34	
Medicinas y laboratorio	\$4.500,00	
Dispositivos Medicos (insumos)	\$900,00	
Gastos Administrativos	\$4.000,00	
Suministros de limpieza	\$300,00	
Servicios basicos	\$100,00	

Nota: presupuesto de implementación se estima en \$ 96.537,41 que incluye las adecuaciones y compra de equipos médicos. Presupuesto de operación mensual se estima en \$ 35.000,34

Tabla 9: Flujo de efectivo proyectado UCIM -HOSNAG

HOSPITAL NAVAL GUAYAQUIL								
FLUJO DE EFECTIVO PROYECTO UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS- VALORES EN US\$								
concepto	Año 0		SM 1	SM 2	SM 3	SM 4	SM 5	SM 6
Equipamiento	(66.675,00)							
Adecuacion capital de trabajo	(29.862,41)							
Inversion Total	(96.537,41)							
TOTAL PACIENTES DIA	6							
Valor cama dia	\$ 110,00							
Ingresos operativos	\$ 660,00	\$ 118.800,00						
Ingresos Apoyo de diagnostico		\$ 104.760,00						
Medicina e insumos	10%	\$ 29.700,00	\$ 29.700,00	\$ 29.700,00	\$ 29.700,00	\$ 29.700,00	\$ 29.700,00	\$ 29.700,00
laboratorio	\$ 20,00	\$ 10.800,00	\$ 10.800,00	\$ 10.800,00	\$ 10.800,00	\$ 10.800,00	\$ 10.800,00	\$ 10.800,00
Rx	\$ 20,00	\$ 10.800,00	\$ 10.800,00	\$ 10.800,00	\$ 10.800,00	\$ 10.800,00	\$ 10.800,00	\$ 10.800,00
Holter	\$ 35,00	\$ 18.900,00	\$ 18.900,00	\$ 18.900,00	\$ 18.900,00	\$ 18.900,00	\$ 18.900,00	\$ 18.900,00
Ecografia	\$ 20,00	\$ 10.800,00	\$ 10.800,00	\$ 10.800,00	\$ 10.800,00	\$ 10.800,00	\$ 10.800,00	\$ 10.800,00
Gasometria	\$ 12,00	\$ 12.960,00	\$ 12.960,00	\$ 12.960,00	\$ 12.960,00	\$ 12.960,00	\$ 12.960,00	\$ 12.960,00
Electrocardiograma	\$ 20,00	\$ 10.800,00	\$ 10.800,00	\$ 10.800,00	\$ 10.800,00	\$ 10.800,00	\$ 10.800,00	\$ 10.800,00
Costos								
Costos directos - variables		\$ 32.400,00						
Medicina y laboratorio	\$25 dia/paciente	\$ 150,00	\$ 27.000,00	\$ 27.000,00	\$ 27.000,00	\$ 27.000,00	\$ 27.000,00	\$ 27.000,00
Insumos	\$5 dia/paciente	\$ 30,00	\$ 5.400,00	\$ 5.400,00	\$ 5.400,00	\$ 5.400,00	\$ 5.400,00	\$ 5.400,00
Costos directos - fijos		\$ 151.802,02						
Nómina profesional médico	\$ 25.200,34	\$ 151.202,02	\$ 151.202,02	\$ 151.202,02	\$ 151.202,02	\$ 151.202,02	\$ 151.202,02	\$ 151.202,02
Servicios básicos	\$ 100,00	\$ 600,00	\$ 600,00	\$ 600,00	\$ 600,00	\$ 600,00	\$ 600,00	\$ 600,00
Uniformes		\$ 750,00	\$ 750,00	\$ 750,00	\$ 750,00	\$ 750,00	\$ 750,00	\$ 750,00
Gastos		\$ 5.100,38						
Gastos administrativos varios		50,00	\$ 300,00	\$ 300,00	\$ 300,00	\$ 300,00	\$ 300,00	\$ 300,00
Suministros de limpieza	\$ 10 diario	300,00	\$ 1.800,00	\$ 1.800,00	\$ 1.800,00	\$ 1.800,00	\$ 1.800,00	\$ 1.800,00
Depreciacion			\$ 3.000,38	\$ 3.000,38	\$ 3.000,38	\$ 3.000,38	\$ 3.000,38	\$ 3.000,38
Utilidad Contable		\$ 33.507,60						
EFFECTIVO NETO	\$ (96.537,41)	\$ 36.507,98						
tasa de descuento	8,00		0,08	13%				
libor	1,79		0,02					
riesgo pais	3,22		0,03					
numero de periodos	4,00							
VAN	\$			49.405,04				
TIR				30%				
PREMISAS:								
SE CONSIDERAN PERIODOS SEMESTRALES								
UCIN DEL HOSNAG CONTARA CON 6 CAMAS								

Nota: Se estiman periodos semestrales

Cronograma

El tiempo programado para la ejecución de actividades generales que garanticen el funcionamiento de la Unidad de Cuidados Intermedios en el Hospital Naval

Guayaquil se refleja en el siguiente cuadro:

Tabla 10: *Cronograma de Actividades para la Implementación UCIM -HOSNAG*

Lugar	Recursos	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	
HOSNAG-UCI	Propios de UCI							
Dirección HOSNAG	Resolución, nombramiento, comisiones							
Oficina financiera	Económicos, financieros, certificación presupuestaria							
Oficina proveedores	Procesos, subasta, comisión técnica							

Conclusiones

El desarrollo de este trabajo académico permite llegar a las siguientes conclusiones generales:

- La mortalidad hospitalaria es un indicador demográfico útil para el desarrollo, el mejoramiento de los sistemas sanitarios y la salud poblacional.
- El estado de la cuestión de la mortalidad y sus consecuencias evidencian que las morbilidades, las características personales de los pacientes y los recursos sanitarios intervienen significativamente en este proceso.
- La mortalidad hospitalaria tiende a ser alta cuando los pacientes se ven afectados por comorbilidades asociadas que los llevan a permanecer en estados de salud precario.
- El análisis estadístico señala que la mortalidad en el Hospital Naval Guayaquil se aproxima al 3 % .
- Las historias clínicas evidencian que este evento negativo es fruto de la combinación de patologías agravadas y características personales de pacientes.
- Las patologías con alto pronóstico de defunciones son los Traumatismos Craneales, el Síndrome de dificultad respiratoria y, los Accidentes Cerebro Vasculares.
- Las entrevistas expresan la necesidad de contar con soportes de cuidados superiores para mejorar el pronóstico de los semicríticos.

- Las Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios proporcionan el recurso técnico-personal y la calidad asistencial necesaria y suficiente para asegurar la supervivencia.
- La presencia de UCIMs en los hospitales generales fortalecen la mejora asistencial de los pacientes críticos estables mediante el uso de técnicas médicas no invasivas, personal sanitario especializado y disminución de costes.

Recomendaciones

- Socializar el estudio entre directores, comités y profesionales sanitarios de las distintas secciones del HOSNAG con el fin de evaluar la ejecución del proyecto.
- Interiorizar la cultura del mejoramiento de la calidad asistencial a través de la creación de unidades de atención que persigan este propósito.
- La implementación de la UCIM dependiente de la UCI ayudará a cumplir con el objetivo del aseguramiento de la calidad sanitaria.
- Crear una Comisión ético-asistencial que se ocupe de valorar las necesidades de pacientes críticos estables e inestables del HOSNAG para reducir las cifras de mortalidad en usuarios residentes de la ciudad, la región y el país.

Referencias Bibliográficas

- Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Revista Universitaria de Investigación*, 9, 93-107.
- Alfonso, J., & Cárcaba, V. (2007). Unidad de Cuidados Intermedios dependiente de Medicina Interna en un hospital sin Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista Clínica Española*, 207(3), 144-146. <https://doi.org/10.1157/13100231>
- Alvear, S., Canteros, J., Jara, J. & Rodríguez, P. (2013). Costos reales de tratamientos intensivos por paciente y día cama. *Revista Médica de Chile*, 141(2), 202-208. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872013000200009>
- Amezcuca, M. (2015). La entrevista en profundidad en 10 pasos. *Index de Enfermería*, 24(4), 216-216. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962015000300019>
- Arguello, M., & Salas, D. (2015). Mortalidad de pacientes de una unidad de cuidados intensivos. Un estudio prospectivo de doce meses. *Revista médica de la Universidad de Costa Rica*, 9(2), 47-52.
- Arteaga, M. (2016). Proceso de escritura académica. *Documentos de Docencia*, 2(0).
- Asamblea Nacional. Constitución de la República del Ecuador (2008).
- Badii, M., Castillo, J., Landeros, J., & Cortez, K. (2007). Papel de la estadística en la investigación científica. *Innovaciones de Negocios*, 4(1), 107-145.
- Banco Mundial. (2017). Tasa de Mortalidad en un año (por cada 1000 personas). New York. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.CDRT.IN>
- Barragán, H. L., Moiso, A., Mestorino, M. de los A., & Ojea, O. A. (Eds.). (2007). *Fundamentos de la salud pública. Pt. 1: [...]*. La Plata: EDULP, Ed. de la Univ. Nacional.
- Beldarraín, E. (2002). Henry E. Sigerist y la medicina social occidental. *Revista Cubana de Salud Pública*, 28(1), 62-70.

- Briceño, R. (2000). Bienestar, salud pública y cambio social. En *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. (pp. 15-24). Fiocruz.
- Cano, F., & Obando, F. (2014). Prevalencia de accidentes cerebro vasculares diagnosticados por tomografía axial computarizada y/o resonancia magnética nuclear en el hospital Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil, durante el año 2013. *Revista de Medicina de la UCSG*, 18(4), 234-239.
- Castillo, F., López, J. M., Marco, R., González, J. A., Puppo, A. M., & Murillo, F. (2007). Gradación asistencial en Medicina Intensiva: Unidades de Cuidados Intermedios. *Medicina Intensiva*, 31(1), 36-45. [https://doi.org/10.1016/S0210-5691\(07\)74768-X](https://doi.org/10.1016/S0210-5691(07)74768-X)
- Díaz, J., Orgaz, T., & Roviralta, E. (2010). Guía del Curso de Metodología de Investigación en Ciencias de la Salud. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.
- Elgueta, M., Espinola, D., Tobar, E., Martínez, N., García, J., & Castro, J. (2006). Reingreso a UCI desde la unidad de cuidados intermedios; factores de riesgo e impacto en el resultado hospitalario. *Revista Chilena de Medicina Intensiva*, 21(2).
- Fernandez de Rota, A., Fernandez de Rota, J. J., Meschian, S., Romero, J. J. F., Coretti, S. M., Labajos, V. U., & Romero, M. B. (2013). Influencia pronóstica de la edad y el tiempo de evolución de los síntomas en la mielopatía cervical espondilótica. *Coluna/Columna*, 12(4), 278-281.
- Ferreira-González, I. (2014). Epidemiología de la enfermedad coronaria. *Revista Española de Cardiología*, 67(2), 139-144.
<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2013.10.003>
- Frenk, J. (2016). *La salud de la población.: Hacia una nueva salud pública* (3era.). México: Fondo de Cultura Económica.

- González, V., Hernández-Marin, M., Lorig, K., Halsted, H., Sobel, D., Laurent, D., & Minor, M. (2013). *Tomando control de su salud: Una guía para el manejo de las enfermedades del corazón, diabetes, asma, bronquitis, enfisema y otros problemas crónicos*. Bull Publishing Company.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de Investigación*, McGraw-Hill Interamericana Editores S.A., México, Cuarta Edición.
- Heras, A., Abizanda, R., Belenguer, A., Vidal, B., Ferrándiz, A., Micó, M. L., & Álvaro, R. (2007). Unidades de Cuidados Intermedios. Consecuencias asistenciales en un hospital de referencia. *Medicina Intensiva*, 31(7), 353-360.
[https://doi.org/10.1016/S0210-5691\(07\)74839-8](https://doi.org/10.1016/S0210-5691(07)74839-8)
- IDIS. (2016). *El Reto de los Cuidados Sociosanitarios Intermedio: Mapa de Recursos y Propuestas de Futuro*. Madrid: Instituto para el desarrollo e Integración de la Sanidad.
- INEC. (2016). Anuario de Camas y Egresos Hospitalarios. Recuperado a partir de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/anuario-de-camas-y-egresos-hospitalarios/>
- Isla, M. del P. (2008). La salud en su contexto político, económico y social. Recuperado a partir de <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/103010>
- LaGrone, L., Riggle, K., Joshipura, M., Quansah, R., Reynolds, T., Sherr, K., & Mock, C. (2016). Adopción de las directrices sobre la atención de traumatismos de la organización mundial de la salud. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(8), 585-598C. <https://doi.org/10.2471/BLT.15.162214>
- Lara, B. A., Cataldo, A., Castro, R., Aguilera, P. R., Ruiz, C., & Andresen, M. (2016). Medicina de urgencia y unidades de cuidados intensivos: Una alianza necesaria en busca de la mejoría de la atención de pacientes críticos. *Revista médica de Chile*, 144(7), 911-917. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872016000700014>

- López, F., & Jiménez, F. (2016). *Gestión pública de la salud*. ACCI (Asoc. Cultural y Científica Iberoameric.).
- Ministerio Coordinador de Desarrollo Social. (2014). *Agenda Social a 2017*.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2001). *Gestión Clínico-financiera y coste por proceso*. Instituto Nacional de Salud, Madrid. I.S.B.N.: 84-351-0364-1
- Montes de Oca, M., López Varela, M. V., Acuña, A., Schiavi, E., Rey, M. A., Jardim, J., ... Sánchez, E. (2015). Guía de práctica clínica de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) ALAT-2014: Preguntas y respuestas. *Archivos de Bronconeumología*, 51(8), 403-416. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2014.11.017>
- MSP. (2014). *Lineamientos Operativos del Modelo de Atención Integral en Salud y de la Red Pública Integral de Salud*. Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud.
- Oberpaur, B., Vildoso, M., Donoso, A., Valverde-López, C., & Clavería, C. (1999). Impacto de una unidad de cuidados intermedios sobre una unidad de cuidados intensivos y mortalidad intrahospitalaria en un hospital pediátrico. *Rev. chil. pediatr*, 70(1), 24-9.
- Ocampo, M. V., Betancourt, V., Montoya, J., & Bautista, D. C. (2013). Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 12(24). Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=54526806016>
- OMS. (2010). *OMS | Informe sobre la salud en el mundo 2010*. Recuperado a partir de <http://www.who.int/whr/2010/es/>
- OMS. (2014). Hospital cause-of-death statistics: what should we make of them? *Bulletin of the World Health Organization*, 92(1), 3-3A. <https://doi.org/10.2471/BLT.13.134106>

- OMS. (2016a). OMS | Constitución de la OMS: principios. Recuperado a partir de <http://www.who.int/about/mission/es/>
- OMS. (2016b). OMS | Las 10 principales causas de defunción. Recuperado 15 de septiembre de 2017, a partir de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/>
- OMS. (2016c). OMS | Salud mental: un estado de bienestar. Recuperado a partir de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- OPS. (2016). WHO | World Health Statistics 2016: Monitoring health for the SDGs. Recuperado 15 de septiembre de 2017, a partir de http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/
- PAHO. (2007). *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*. Quito: Noción.
- Pajares, A. (2016). *Unidades de hospitalización de alta resolución en urgencias: : la unidad de cuidados intermedios del Hospital Sierrallana : utilidad y rentabilidad para el sistema sanitario* (<http://purl.org/dc/dcmitype/Text>). Universidad de Cantabria. Recuperado a partir de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=48311>
- Perea, R. (2001). La Educación para la Salud, el Reto de Nuestro Tiempo. *Revista de la Universidad Nacional de Educación a Distancia*, 4, 15-40.
- Ramos, A., Bárzaga, V., & Oscar, H. (2007). Mortalidad en una Unidad de Terapia Intensiva. Análisis de un año. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 11(3), 0-0.
- Repullo, J. R., & Freire, J. M. (2016). Implementando estrategias para mejorar el gobierno institucional del Sistema Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria*, 30(1), 3-8. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.04.016>

Resano, P., & Anta, Y. (2014). Cáncer de pulmón. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(67), 3983-3994.

[https://doi.org/10.1016/S0304-5412\(14\)70873-X](https://doi.org/10.1016/S0304-5412(14)70873-X)

Robles, B. (2011). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico. *Cuicuilco Revista de Ciencias Antropológicas*, número 52, septiembre-diciembre, 39-49.

Rohlf, I., Borrell, C. & Fonseca, M. (2000). Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gaceta Sanitaria*, 14 (suple 3), 60-71.

Saéz, E. & Infante, A. (2004). Guías 2004 de organización y funcionamiento de unidades de pacientes críticos. *Revista Chilena Medicina Intensiva*, 19(4), 209-223.

Sánchez-Casado, M., Hostiguela-Martín, V., Raigal-Caño, A., Labajo, L., Gómez -Tello, V., Alonso-Gómez, G. & Aguilera-Cerna, F. (2016). Escalas pronósticas en la disfunción multiorgánica: estudio de cohortes. *Medicina Intensiva-elsevier*, 40(3), 145-153

Sarduy, C., Artuñedo, G., Basulto, M., & Barrameda, C. (2011). Comportamiento de algunas infecciones nosocomiales en una unidad de cuidados intermedios polivalente. *Revista*.

Senplades. (2017). Plan Nacional del Buen Vivir 2017-2021. Recuperado a partir de <http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/07/Plan-Nacional-para-el-Buen-Vivir-2017-2021.pdf>

SIICE. (2017). Sistema de Indicadores Sociales - Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social. Recuperado 15 de septiembre de 2017, a partir de <http://www.siise.gob.ec/siiseweb/>

- Ugalde, N., & Balbastre-Benavent, F. (2013). Investigación cuantitativa e investigación cualitativa: buscando las ventajas de las diferentes metodologías de investigación. *Revista de Ciencias Económicas*, 31(2), 179-187.
- Urzúa, A., & Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>
- Vargas, R., Rojas, E., Mantilla, S., Jaimes, M., & Bautista, D. (2016). Factores de riesgo asociados a infecciones en pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). *Revista Ciencia y Cuidado*, 7(1), 71-79. <https://doi.org/10.22463/17949831.495>
- Veitía, I2W22W., González, R., & García, J. (2017). Eficacia de la Unidad de Cuidados Intermedios en la atención al paciente grave en Pediatría. *Medicentro Electrónica*, 21(1), 85-87.
- Villar, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Médica Peruana*, 28(4), 237-241.

Apéndice. Guía de Pautas

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRIA EN ADMINISTRACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD**

PROYECTO DE INVESTIGACION

**ANÁLISIS DE LOS FACTORES QUE DETERMINAN LA
MORTALIDAD DE LOS PACIENTES HOSNAG Y PROPUESTA DE LA
CREACIÓN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS**

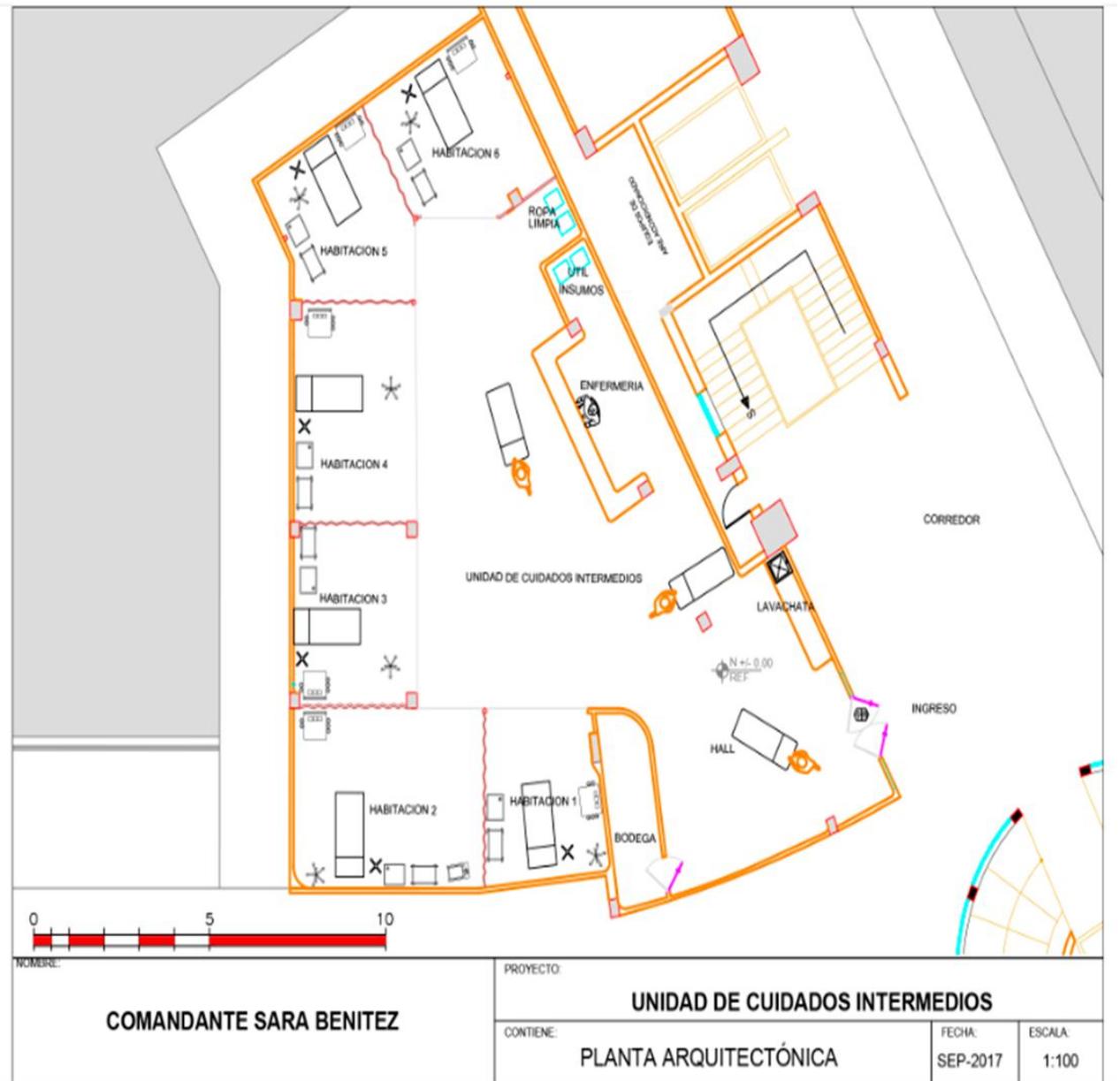
Hospital: _____

Área/Servicio: _____

Especialista en: _____

1. ¿Cuáles son las enfermedades de mayor mortalidad?
2. ¿Que factores determinan esta mortalidad?
3. ¿Qué opinan de la implementación de la Unidad de Cuidados Intermedios?
4. ¿Cuáles son las ventajas de una Unidad de Cuidados Intermedios?
5. ¿Cuáles son las posibles desventajas de la Unidad de Cuidados Intermedios?

Apéndice. Plano Unidad Cuidados Intermedios-HOSNAG



UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
 SISTEMA DE POSGRADO
 MAESTRIA EN ADMINISTRACION EN SERVICIOS DE SALUD

TESIS.

ESTUDIOS DE LOS FACTORES QUE DETERMINAN LA MORTALIDAD DE LOS PACIENTES DEL HOSNAG
 Y
 PROPUESTA DE LA CREACION DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS.

Información General:

HOSPITAL: HOSNAG AREA/SERVICIO: Emergencia
 ESPECIALISTA EN: Medicina Interna

Presentación. Sres. Médicos, con la ocasión de realizar la Tesis de Maestría, solicito a usted su colaboración con el siguiente contenido de la encuesta que tiene como finalidad académica cumplir con el requisito reglamentario y aportar con información, opinión y/o criterio de expertos.

1. ¿Cuáles son las enfermedades de mayor mortalidad?

*Enfermedades Infecciosas
 Enfermedades Neomónicas Terminales*

2. ¿Qué factores determinan esta mortalidad?

*Resistencia Bacteriana
 Falta de Socialización de Medidas de Transmisiones Cruzadas.
 Falta de Área Post alta de Cuidado Intensivo.*

3. ¿Qué opinan de la implementación de la unidad de cuidados intermedio?

Es necesario para el manejo, continuidad, movimientos de Bembles de prevención que estuviéramos críticos los pacientes Han prioridad su condición y por su estado exponer a sala.

4. ¿Cuáles son las Ventajas de la Unidad de Cuidados Intermedio?

*Continuidad de tratamiento y control
 Manejo adecuado de los Bembles.*

5. ¿Cuáles son las posibles Desventajas de la Unidad de Cuidados Intermedios?

Riesgo de Infección Nosocomiales.

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
 SISTEMA DE POSGRADO
 MAESTRIA EN ADMINISTRACION EN SERVICIOS DE SALUD
TESIS.

ESTUDIOS DE LOS FACTORES QUE DETERMINAN LA MORTALIDAD DE LOS PACIENTES DEL HOSNAG
 Y
 PROPUESTA DE LA CREACION DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS.

Información General:

HOSPITAL: IESS AREA/SERVICIO: EMERGENCIA.
 ESPECIALISTA EN: EMERGENCIA.

Presentación. Sres. Médicos, con la ocasión de realizar la Tesis de Maestría, solicito a usted su colaboración con el siguiente contenido de la encuesta que tiene como finalidad académica cumplir con el requisito reglamentario y aportar con información, opinión y/o criterio de expertos.

1. ¿Cuáles son las enfermedades de mayor mortalidad?

- Evento CEREBRO VASCULAR
- INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

2. ¿Qué factores determinan esta mortalidad?

- Falta de diagnóstico temprano
- COMORBILIDADES ASOCIADAS.
- CARDIOPATIAS.

3. ¿Qué opinan de la implementación de la unidad de cuidados intermedio?

Excelente, Ayudaría a retrasar la atención hospitalaria cuando hay saturación de servicios intensivos.

4. ¿Cuáles son las Ventajas de la Unidad de Cuidados Intermedio?

- Mayor control clínico del paciente
- Mayor manejo de complicaciones tempranas y tardías de diversas patologías.

5. ¿Cuáles son las posibles Desventajas de la Unidad de Cuidados Intermedios?

- Mayor recursos económicos.
- Alta de personal capacitado
- Escasez en materiales intra hospitalarios.

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRIA EN ADMINISTRACION EN SERVICIOS DE SALUD

TESIS.

ESTUDIOS DE LOS FACTORES QUE DETERMINAN LA MORTALIDAD DE LOS PACIENTES DEL HOSNAG
Y
PROPUESTA DE LA CREACION DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS.

Información General:

HOSPITAL: HOSNAG AREA/SERVICIO: UCI
ESPECIALISTA EN: Gerencia Intensiva

Presentación. Sres. Médicos, con la ocasión de realizar la Tesis de Maestría, solicito a usted su colaboración con el siguiente contenido de la encuesta que tiene como finalidad académica cumplir con el requisito reglamentario y aportar con información, opinión y/o criterio de expertos.

1. ¿Cuáles son las enfermedades de mayor mortalidad?

- * Neumonía
- * Infarto Miocárdico de Hipocoronario
- * Trauma Craneoencefálico

2. ¿Qué factores determinan esta mortalidad?

- * Neumonía: Aumento de los padecidos a la. resistencia antibiótica
- * IAM: Hipertensión, alcohol, sedentarismo, tabaquismo.
- * TCE: Accidentes de tránsito.

3. ¿Qué opinan de la implementación de la unidad de cuidados intermedio?

Debería estar en un área de cuidados intermedios para el manejo de pacientes sin soporte de pacientes críticos pero que necesitan cuidados personalizados o ducto por patologías crónicas con soportes permanentes

4. ¿Cuáles son las Ventajas de la Unidad de Cuidados Intermedio?

- * Cuidados ducto del pte.
- * Permite manejo del pte con ciertos soportes vitales.
- * Manejo del pte por periodos prolongados.

5. ¿Cuáles son las posibles Desventajas de la Unidad de Cuidados Intermedios?

- * Requiere mayor personal
- * No hay desventajas

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
 SISTEMA DE POSGRADO
 MAESTRIA EN ADMINISTRACION EN SERVICIOS DE SALUD
TESIS.

ESTUDIOS DE LOS FACTORES QUE DETERMINAN LA MORTALIDAD DE LOS PACIENTES DEL HOSNAG
 Y
 PROPUESTA DE LA CREACION DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS.

Información General:

HOSPITAL: IESS AREA/SERVICIO: URGENCIAS
 ESPECIALISTA EN: TERAPIA - INTENSIVA

Presentación. Sres. Médicos, con la ocasión de realizar la Tesis de Maestría, solicito a usted su colaboración con el siguiente contenido de la encuesta que tiene como finalidad académica cumplir con el requisito reglamentario y aportar con información, opinión y/o criterio de expertos.

1. ¿Cuáles son las enfermedades de mayor mortalidad?

- EVENTOS CARDIOVASCULARES Y CEREBROVASCULARES
- NEOPLASIAS
- TRAUMATISMOS MÚLTIPLES Y TCE

2. ¿Qué factores determinan esta mortalidad?

- EDAD
- COMORBILIDADES.
- SEDENTARISMO, ALCOHOLISMO - TABAQUISMO

3. ¿Qué opinan de la implementación de la unidad de cuidados intermedio?

DEBE EXISTIR EN TODAS LAS UNIDADES DE COMPLEJIDAD,
 TIPO NIVEL III

4. ¿Cuáles son las Ventajas de la Unidad de Cuidados Intermedio?

- OPTIMIZA RECURSOS ECONÓMICOS
- OPTIMIZA LA UTILIZACIÓN CORRECTA DE UNIDADES CRÍTICA
- MEJOR CONTROL DE PACIENTES POST QUIRÚRGICOS SOBRESUDO

5. ¿Cuáles son las posibles Desventajas de la Unidad de Cuidados Intermedios?

- QUE SE INGRESEN PACIENTES QUE NO REUNAN CRITERIOS PARA INGRESAR AL ÁREA.
- QUE NO SE COLOQUE PERSONAL CAPACITADO PARA ESTA ÁREA.

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRIA EN ADMINISTRACION EN SERVICIOS DE SALUD

T E S I S.

ESTUDIOS DE LOS FACTORES QUE DETERMINAN LA MORTALIDAD DE LOS PACIENTES DEL HOSNAG
Y
PROPUESTA DE LA CREACION DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS.

Información General:

HOSPITAL: Teodoro Maldonado AREA/SERVICIO: Observación C.
ESPECIALISTA EN: Medicina Interna

Presentación. Sres. Médicos, con la ocasión de realizar la Tesis de Maestría, solicito a usted su colaboración con el siguiente contenido de la encuesta que tiene como finalidad académica cumplir con el requisito reglamentario y aportar con información, opinión y/o criterio de expertos.

1. ¿Cuáles son las enfermedades de mayor mortalidad?

ECV isquémicos y Hemorrágicos

2. ¿Qué factores determinan esta mortalidad?

sus antecedentes: hipertensión arterial, diabetes.

3. ¿Qué opinan de la implementación de la unidad de cuidados intermedio?

Es una área necesaria para no calificar las UCI.

4. ¿Cuáles son las Ventajas de la Unidad de Cuidados Intermedio?

Mejorar el flujo de pacientes en el área de emergencia.

5. ¿Cuáles son las posibles Desventajas de la Unidad de Cuidados Intermedios?

No contar con equipamiento adecuado o suficientes.

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRIA EN ADMINISTRACION EN SERVICIOS DE SALUD

TESIS.

ESTUDIOS DE LOS FACTORES QUE DETERMINAN LA MORTALIDAD DE LOS PACIENTES DEL HOSNAG
Y
PROPUESTA DE LA CREACION DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS.

Información General:

HOSPITAL: Guayaquil AREA/SERVICIO: Traumatología
ESPECIALISTA EN: Traumatología

Presentación. Sres. Médicos, con la ocasión de realizar la Tesis de Maestría, solicito a usted su colaboración con el siguiente contenido de la encuesta que tiene como finalidad académica cumplir con el requisito reglamentario y aportar con información, opinión y/o criterio de expertos.

1. ¿Cuáles son las enfermedades de mayor mortalidad?

IAM
Eventos cerebrovasculares
Diabetes Mellitus

2. ¿Qué factores determinan esta mortalidad?

Diabetes mellitus
Obesidad

3. ¿Qué opinan de la implementación de la unidad de cuidados intermedio?

Justifica monitoreo de pct's.

4. ¿Cuáles son las Ventajas de la Unidad de Cuidados Intermedio?

Mejor monitoreo

5. ¿Cuáles son las posibles Desventajas de la Unidad de Cuidados Intermedios?

Presupuesto.

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRIA EN ADMINISTRACION EN SERVICIOS DE SALUD

TESIS.

ESTUDIOS DE LOS FACTORES QUE DETERMINAN LA MORTALIDAD DE LOS PACIENTES DEL HOSNAG
Y
PROPUESTA DE LA CREACION DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS.

Información General:

HOSPITAL: Elvarel AREA/SERVICIO: Cardiología
ESPECIALISTA EN: Cardiología

Presentación. Sres. Médicos, con la ocasión de realizar la Tesis de Maestría, solicito a usted su colaboración con el siguiente contenido de la encuesta que tiene como finalidad académica cumplir con el requisito reglamentario y aportar con información, opinión y/o criterio de expertos.

1. ¿Cuáles son las enfermedades de mayor mortalidad?
 - Infarto Agudo al Miocardio
 - Tromboembolia Pulmonar
 - Neumonía.
2. ¿Qué factores determinan esta mortalidad?
 - Hipertensión Arterial - obesidad
 - Dislipidemia
 - Diabetes Mellitus.
3. ¿Qué opinan de la implementación de la unidad de cuidados intermedio?
 - Es importante cuidados Intermedios para no sobrecarga en U.C.I.
 - Control adecuado.
4. ¿Cuáles son las Ventajas de la Unidad de Cuidados Intermedio?
 - Mejor Control y seguridad del Paciente
5. ¿Cuáles son las posibles Desventajas de la Unidad de Cuidados Intermedios?
 - Falta de Personal Capacitado.

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
 SISTEMA DE POSGRADO
 MAESTRIA EN ADMINISTRACION EN SERVICIOS DE SALUD
TESIS.

ESTUDIOS DE LOS FACTORES QUE DETERMINAN LA MORTALIDAD DE LOS PACIENTES DEL HOSNAG
 Y
 PROPUESTA DE LA CREACION DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS.

Información General:

HOSPITAL: Hosnag AREA/SERVICIO: UCE
 ESPECIALISTA EN: Terapia Intensiva

Presentación. Sres. Médicos, con la ocasión de realizar la Tesis de Maestría, solicito a usted su colaboración con el siguiente contenido de la encuesta que tiene como finalidad académica cumplir con el requisito reglamentario y aportar con información, opinión y/o criterio de expertos.

1. ¿Cuáles son las enfermedades de mayor mortalidad?

- Politraumatismo
- Neumonías
- Síndrome Metabólico

2. ¿Qué factores determinan esta mortalidad?

- Consumo de alcohol, incumplimiento normativas de traslado, falta de acceso a cuidados críticos
- Condiciones higiénicas deficiente
- Sedentarismo, mala alimentación

3. ¿Qué opinan de la implementación de la unidad de cuidados intermedio?

Muy necesario en un centro hospitalario de 2^{do} nivel

4. ¿Cuáles son las Ventajas de la Unidad de Cuidados Intermedio?

- Descongestión el uso de camas de Terapia Intensiva
- Disminuir costos hospitalarios que representa la UCI.
- Mayor confort - condición del pte y sus familiares.

5. ¿Cuáles son las posibles Desventajas de la Unidad de Cuidados Intermedios?

- Contratación de personal médico y de enfermería que maneje estas áreas (condición presupuestaria)

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRIA EN ADMINISTRACION EN SERVICIOS DE SALUD

TESIS.

ESTUDIOS DE LOS FACTORES QUE DETERMINAN LA MORTALIDAD DE LOS PACIENTES DEL HOSNAG
Y
PROPUESTA DE LA CREACION DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS.

Información General:

HOSPITAL: Guayaquil AREA/SERVICIO: Urología
ESPECIALISTA EN: Urología

Presentación. Sres. Médicos, con la ocasión de realizar la Tesis de Maestría, solicito a usted su colaboración con el siguiente contenido de la encuesta que tiene como finalidad académica cumplir con el requisito reglamentario y aportar con información, opinión y/o criterio de expertos.

1. ¿Cuáles son las enfermedades de mayor mortalidad?

- Cardiopatías (ICC, IAM)
- Traumas severos
- Insuficiencia Renal (Diabetes)

2. ¿Qué factores determinan esta mortalidad?

- HTA
- Diabetes
- Accidentes

3. ¿Qué opinan de la implementación de la unidad de cuidados intermedio?

- Importantísimo por el soporte crítico en pacientes que no ameritan U.C.I.

4. ¿Cuáles son las Ventajas de la Unidad de Cuidados Intermedio?

- Monitoreo
- Seguridad (Evitar complicaciones)

5. ¿Cuáles son las posibles Desventajas de la Unidad de Cuidados Intermedios?

Ninguna

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
 SISTEMA DE POSGRADO
 MAESTRIA EN ADMINISTRACION EN SERVICIOS DE SALUD

TESIS.

ESTUDIOS DE LOS FACTORES QUE DETERMINAN LA MORTALIDAD DE LOS PACIENTES DEL HOSNAG
 Y
 PROPUESTA DE LA CREACION DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS.

Información General:

HOSPITAL: GUAYAQUIL AREA/SERVICIO: ANESTESIOLOGIA
 ESPECIALISTA EN: ANESTESIOLOGIA

Presentación. Sres. Médicos, con la ocasión de realizar la Tesis de Maestría, solicito a usted su colaboración con el siguiente contenido de la encuesta que tiene como finalidad académica cumplir con el requisito reglamentario y aportar con información, opinión y/o criterio de expertos.

1. ¿Cuáles son las enfermedades de mayor mortalidad?

CRADICARIA I) QUIMICA
 POLIUMATISMO
 ACV

2. ¿Qué factores determinan esta mortalidad?

DIABETES, HTA MAL CONTROLADA

3. ¿Qué opinan de la implementación de la unidad de cuidados intermedio?

BUENA ALTERNATIVA
 MONITORIZACION ADECUADA DE PACIENTES

4. ¿Cuáles son las Ventajas de la Unidad de Cuidados Intermedio?

SEGURIDAD DEL PACIENTE

5. ¿Cuáles son las posibles Desventajas de la Unidad de Cuidados Intermedios?

NINGUNA

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRIA EN ADMINISTRACION EN SERVICIOS DE SALUD

TESIS.

ESTUDIOS DE LOS FACTORES QUE DETERMINAN LA MORTALIDAD DE LOS PACIENTES DEL HOSNAG
Y
PROPUESTA DE LA CREACION DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS.

Información General:

HOSPITAL: Guayaquil AREA/SERVICIO: Medicina Interna
ESPECIALISTA EN: Medicina Interna

Presentación. Sres. Médicos, con la ocasión de realizar la Tesis de Maestría, solicito a usted su colaboración con el siguiente contenido de la encuesta que tiene como finalidad académica cumplir con el requisito reglamentario y aportar con información, opinión y/o criterio de expertos.

1. ¿Cuáles son las enfermedades de mayor mortalidad?

Enfermedades Respiratorias graves
Patología Cardiovascular (Insuficiencia Cardíaca y cerebral)

2. ¿Qué factores determinan esta mortalidad?

x Mal control de la Patología crónicas (Diabetes, HTA, y Nefropatías)

3. ¿Qué opinan de la implementación de la unidad de cuidados intermedio?

Excelente porque se descongestionaría los servicios de Salud. principalmente de la Unidad de Cuidados Intermedios

4. ¿Cuáles son las Ventajas de la Unidad de Cuidados Intermedio?

x Seguridad en el paciente (Mejor manejo)
x contacto por más tiempo con las familias

5. ¿Cuáles son las posibles Desventajas de la Unidad de Cuidados Intermedios?

profesional capacitados.

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
 SISTEMA DE POSGRADO
 MAESTRIA EN ADMINISTRACION EN SERVICIOS DE SALUD

TESIS.

ESTUDIOS DE LOS FACTORES QUE DETERMINAN LA MORTALIDAD DE LOS PACIENTES DEL HOSNAG
 Y
 PROPUESTA DE LA CREACION DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS.

Información General:

HOSPITAL: Guayaquil AREA/SERVICIO: Cuajo General
 ESPECIALISTA EN: Arqueo General

Presentación. Sres. Médicos, con la ocasión de realizar la Tesis de Maestría, solicito a usted su colaboración con el siguiente contenido de la encuesta que tiene como finalidad académica cumplir con el requisito reglamentario y aportar con información, opinión y/o criterio de expertos.

1. ¿Cuáles son las enfermedades de mayor mortalidad?

Cardiopatía isquémica, accidentes cerebrovasculares, Infecciones de los vías respiratorios inferiores, cardiopatía hipertensa, VIH/Sida, Diabetes mellitus

2. ¿Qué factores determinan esta mortalidad?

Factores determinantes en mortalidad son los servicios médicos, el control de epidemias, la deficiente alimentación en la población empobrecida en los países subdesarrollados

3. ¿Qué opinan de la implementación de la unidad de cuidados intermedio?

En todo hospital que atiende a pacientes con patologías agudas requiere una unidad de cuidados intermedios porque muchos casos de patologías necesitan cuidados superiores a los de hospitalización con normal pero inferiores a los de UCI, ya que requiere monitorizaciones

4. ¿Cuáles son las Ventajas de la Unidad de Cuidados Intermedio?

La ventaja principal de la Unidad de Cuidados intermedios es que es una hospitalización de tratamiento a patologías que precisan una atención médica y de enfermería superior a la de una planta de Hospitalización convencional, menor estancia en UCI, mayor disponibilidad como ^{de menor mortalidad}

5. ¿Cuáles son las posibles Desventajas de la Unidad de Cuidados Intermedios?

Entre sus desventajas esta mal manejo de criterios de ingreso y/o permanencia en la unidad de cuidados intermedios, manejar mal la estancia hospitalaria en dicha unidad

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRIA EN ADMINISTRACION EN SERVICIOS DE SALUD

TESIS.

ESTUDIOS DE LOS FACTORES QUE DETERMINAN LA MORTALIDAD DE LOS PACIENTES DEL HOSNAG
Y
PROPUESTA DE LA CREACION DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS.

Información General:

HOSPITAL: HOSNAG AREA/SERVICIO: MED. INT.
ESPECIALISTA EN: MED. INT.

Presentación. Sres. Médicos, con la ocasión de realizar la Tesis de Maestría, solicito a usted su colaboración con el siguiente contenido de la encuesta que tiene como finalidad académica cumplir con el requisito reglamentario y aportar con información, opinión y/o criterio de expertos.

1. ¿Cuáles son las enfermedades de mayor mortalidad?

Hemorragia e Infarto Cerebral.
Infarto Cardíaco
Neumonía.

2. ¿Qué factores determinan esta mortalidad?

Edad, Enfermedades (Diabetes, HTA)
Falta de resolución de No emergencia.

3. ¿Qué opinan de la implementación de la unidad de cuidados intermedio?

Será para un mejor control y manejo de pacientes con patologías complicadas que requieren de un manejo más adecuado, y rápido, mejor control estricto a fin de evitar complicaciones.

4. ¿Cuáles son las Ventajas de la Unidad de Cuidados Intermedio?

Control estricto de las patologías por el personal de salud.
Atención inmediata y control completo de la patología que lleva el ingreso.

5. ¿Cuáles son las posibles Desventajas de la Unidad de Cuidados Intermedios?

A mi criterio no deberían haber desventajas.
Probablemente la falta de personal adecuado.

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
 SISTEMA DE POSGRADO
 MAESTRIA EN ADMINISTRACION EN SERVICIOS DE SALUD
TESIS.

ESTUDIOS DE LOS FACTORES QUE DETERMINAN LA MORTALIDAD DE LOS PACIENTES DEL HOSNAG
 Y
 PROPUESTA DE LA CREACION DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS.

Información General:

HOSPITAL: HTHC AREA/SERVICIO: Observación C.
 ESPECIALISTA EN: Med. Interna.

Presentación. Sres. Médicos, con la ocasión de realizar la Tesis de Maestría, solicito a usted su colaboración con el siguiente contenido de la encuesta que tiene como finalidad académica cumplir con el requisito reglamentario y aportar con información, opinión y/o criterio de expertos.

1. ¿Cuáles son las enfermedades de mayor mortalidad?

* ECV - isquémicos / Hemorrágicos.

2. ¿Qué factores determinan esta mortalidad?

* Mal manejo de Atención primaria - APP-HTA.

3. ¿Qué opinan de la implementación de la unidad de cuidados intermedio?

Buena implementación

4. ¿Cuáles son las Ventajas de la Unidad de Cuidados Intermedio?

Ayuda al flujo hospitalario

5. ¿Cuáles son las posibles Desventajas de la Unidad de Cuidados Intermedios?

No contar con componentes adecuados en caso de una emergencia.

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
 SISTEMA DE POSGRADO
 MAESTRIA EN ADMINISTRACION EN SERVICIOS DE SALUD

TESIS.

ESTUDIOS DE LOS FACTORES QUE DETERMINAN LA MORTALIDAD DE LOS PACIENTES DEL HOSNAG
 Y
 PROPUESTA DE LA CREACION DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS.

Información General:

HOSPITAL: HHC AREA/SERVICIO: Observación C.
 ESPECIALISTA EN: Med. Interna.

Presentación. Sres. Médicos, con la ocasión de realizar la Tesis de Maestría, solicito a usted su colaboración con el siguiente contenido de la encuesta que tiene como finalidad académica cumplir con el requisito reglamentario y aportar con información, opinión y/o criterio de expertos.

1. ¿Cuáles son las enfermedades de mayor mortalidad?

* ECV - isquémicos / Hemorrágicos.

2. ¿Qué factores determinan esta mortalidad?

* Mal manejo de Atención primaria - APP-HTA.

3. ¿Qué opinan de la implementación de la unidad de cuidados intermedio?

Buena implementación

4. ¿Cuáles son las Ventajas de la Unidad de Cuidados Intermedio?

Ayuda al flujo hospitalario

5. ¿Cuáles son las posibles Desventajas de la Unidad de Cuidados Intermedios?

No contar con componentes adecuados en caso de una emergencia.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Benítez Burgos Sara Margarita, con C.C: # 1202035034 autora del trabajo de titulación: *Análisis de la Mortalidad en Pacientes del Hospital Naval Guayaquil y Propuesta de Creación de la Unidad de Cuidados Intermedios* previo a la obtención del grado de **MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 3 de enero de 2018

f. _____

Nombre: Benítez Burgos Sara Margarita

C.C: 1202035034

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Análisis de la Mortalidad en Pacientes del Hospital Naval Guayaquil y Propuesta de Creación de la Unidad de Cuidados Intermedios		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Benítez Burgos, Sara Margarita		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Zerda Barreno, Elsie/ Vera Salas, Laura Guadalupe		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Sistema de Posgrado		
MAESTRÍA/ESPECIALIZACIÓN	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud		
TÍTULO OBTENIDO:	Magister en Gerencia en Servicios de la Salud		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	03/01/2018	No. DE PÁGINAS:	131
ÁREAS TEMÁTICAS:	Servicios de Salud, Cuidados Intensivos		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	CUIDADOS INTERMEDIOS, ACTIVIDAD ASISTENCIAL, RECURSOS MÉDICOS, CAMAS, PRONÓSTICO.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):	<p>La investigación se centra en analizar los factores que determinan la mortalidad en pacientes del Hospital Naval Guayaquil (HOSNAG) con el fin de crear una Unidad de Cuidados Intermedios que permita mejorar la calidad asistencial. Se trata de un estudio mixto, cuantitativo y cualitativo en la que se analiza la estadística de hospitalización entre los años 2010 y 2016, las historias clínicas de pacientes y las entrevistas realizadas a 15 especialistas de hospitales generales de Guayaquil sobre las causas de mortalidad y el posible efecto positivo de la Unidad de Cuidados Intermedios (UCIM). El resultado muestra que un 3% de los pacientes atendidos en el período han fallecido, las patologías más frecuentes en este desenlace son los traumatismos, el Síndrome de Dificultad Respiratoria, los Accidentes Vasculares, el Choque, la Hipertensión, la Fibrosis y la Cirrosis. Asimismo, la edad y el sexo son factores que inciden significativamente en un mal pronóstico, por lo que para mejorar las expectativas de vida de pacientes en riesgo se recomienda crear una Unidad de Cuidados Intermedios.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-0981107509	E-mail: sarabenitez@cu.ucsg.edu.ec/ sarabenitez2@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Lapo Maza, María del Carmen		
	Teléfono: +593-9-42206950 / 0999617854		
	E-mail: maria.lapo@cu.ucsg.edu.ec		

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	