

## **La primera cama disponible no es necesariamente la mejor opción**

Global Experience in Healthcare Strategy & Transformation | Healthcare Thought Leadership | Value-based Care | Clinical Optimization | Care Variation Reduction | Applied Health Data Analytics & AI | SDOH

Febrero 12, 2025

*La asignación apresurada de pacientes a camas de hospitalización es comprensible durante períodos de alta ocupación, pero genera resultados adversos al flujo de pacientes y la calidad del cuidado*

La necesidad de tomar decisiones con consecuencias serias cuando se dispone de tiempo limitado es frecuente (algunos dirían inevitable) en el contexto de hospitales terciarios, particularmente durante períodos con altas tasas de ocupación. Si bien es tentador resolver el desafío del hacinamiento en Urgencias, hacerlo en detrimento del uso disciplinado de un modelo de asignación de camas basado en evidencia erróneamente prioriza la velocidad de la toma de decisiones a costa de la excelencia operacional y de la seguridad del paciente.

No es necesario atacar a quienes optan por aliviar una de las manifestaciones más dolorosas del hacinamiento, pero debemos reconocer que dicha elección no es sustentable ni productiva desde una perspectiva de gestión integral de la sede hospitalaria. Apresurar el traslado de pacientes de Urgencias a la primera cama disponible es una decisión operacional de calidad subóptima que probablemente tenga los siguientes efectos negativos:

- Peores indicadores clínicos e incremento de eventos adversos, como caídas con daño e infecciones nosocomiales,
- Peores indicadores financieros, porque las readmisiones evitables y las extensiones innecesarias de la duración de la estancia hospitalaria generalmente son costosas,
- Mayor riesgo de litigio, particularmente en el mercado estadounidense y en otros hiper-contenciosos,
- Daño a la reputación de individuos y organizaciones,

- Deterioro de la buena voluntad entre los diferentes equipos clínicos dentro del hospital, que probablemente se agrave y socave otras iniciativas de optimización del rendimiento que requieren la cooperación entre silos.

En otras palabras, tiene poco o ningún sentido *‘resolver’* el hacinamiento de pacientes en Urgencias posponiendo eventos adversos y simplemente cambiando el sitio donde ocurrirán. Los ejercicios de asignación de camas que se enfocan en la primera vacancia disponible no producirán una mejor gestión de capacidad instalada de manera sustentable, y muy probablemente atentarán contra la calidad del cuidado y la seguridad del paciente.

Diseñar un modelo de apoyo a toma de decisiones que le permita a equipos clínicos atareados saber de antemano cuál es el sitio más seguro para cada paciente de Urgencias que necesita ser hospitalizado es mucho mejor que el pacto fáustico mencionado anteriormente. A su vez, ese modelo de apoyo a la toma de decisiones requiere el uso de análisis de datos de una manera que los torne intuitivamente accesibles para los equipos clínicos (idealmente un escuadrón dedicado específicamente a la gestión de flujo de pacientes), de modo que puedan evitar el sofisma de una contradicción inexistente entre eficiencia operacional y seguridad del paciente.

El ejemplo de un hospital filantrópico de tamaño mediano ilustra cómo implementar una solución asistida por Inteligencia Artificial que mejora la calidad de las decisiones clínicas y al mismo tiempo produce una estancia hospitalaria más corta. La situación ex ante de este hospital incluía un **40 por ciento de pacientes asignados a la *‘cama errónea’* en el momento de hospitalización**. Concluyeron que la primera cama disponible era la opción errónea casi la mitad de las veces después de constatar la frecuencia con la que esos pacientes debían ser trasladados durante su estancia, lo que a su vez socavó la continuidad del cuidado y aumentó la duración de la estancia cuando algunos procesos tuvieron que reiniciarse después de la reubicación.

Una de las causas de la asignación de camas subóptima fue la gran **cantidad de decisiones de admisión sin respaldo que el equipo clínico tuvo que tomar sobre la marcha, alrededor de 6.000 por mes, según la estimación de un líder clínico**. Aparte del desafío asociado al volumen, el orden cronológico de los pasos en el proceso de toma de decisiones también estaba desfasado. Los gestores de flujo de pacientes en los servicios de hospitalización no recibían alertas anticipadas del equipo de

Urgencias, por lo que debían asignar camas de manera apresurada después de que la decisión de admitirlos fuera tomada en Urgencias.

La dirección del hospital impartió un doble mandato con su proveedor de soluciones analíticas, con el fin de definir y cuantificar los objetivos del proyecto de asignación optimizada de pacientes:

- Maximizar la cantidad de pacientes que se pueden asignar a las camas en la unidad más compatible con sus necesidades clínicas.
- Minimizar el uso de “camas de contingencia” para aquellos pacientes que no pueden ser ubicados en camas dentro de la unidad más adecuada.

El equipo de análisis de datos comenzó por revisar los indicadores operacionales y los resultados clínicos de 50.000 casos de pacientes hospitalizados (equivalente a seis meses de actividad para ese hospital en particular). Con los conocimientos derivados de ese análisis, elaboraron un modelo de optimización avanzado que recomienda la mejor ubicación para cada paciente, teniendo en cuenta no solo el nivel de ocupación actual, sino también los niveles de ocupación proyectados durante la estancia hospitalaria estimada para ese paciente.

Este impresionante logro analítico se combinó con una decisión deliberada sobre transparencia y comunicación, asegurando que todos los clínicos y administradores de flujo de pacientes tengan acceso en tiempo real a las recomendaciones de asignación de camas realizadas por el modelo, para que las decisiones sobre operaciones clínicas se puedan tomar de manera colaborativa y estén basadas en la misma fuente. Con esta configuración, los administradores de flujo en las unidades relevantes tienen 90 minutos para preparar camas para los pacientes que se les asignan.

Desde su implementación, el nuevo modelo de asignación de camas ha acelerado la rotación de camas (acortando la estancia hospitalaria promedio en un 6 por ciento), ha generado menos eventos adversos y una mayor satisfacción de los pacientes asignados a camas que se ajustan a sus necesidades, y ha reducido en gran medida el uso de “camas de contingencia”.

Es poco probable que el número y la complejidad de las decisiones que deben tomar los equipos clínicos decrezca en el futuro cercano. Es igualmente improbable que esos equipos clínicos tengan el lujo de disponer de tiempo suficiente para considerar cada factor individual para cada paciente al asignar cada cama. Los líderes de sistemas de salud que delegan

tal responsabilidad a sus clínicos deben hacer todo lo posible para llegar a una etapa de madurez analítica institucional, a fin de que las capacidades resultantes puedan respaldar a quienes constantemente se esfuerzan al máximo para brindar cuidados a los pacientes.