

OCUPACIÓN HOSPITALARIA Y DISPONIBILIDAD EFECTIVA DE CAMAS

Guía ejecutiva para interpretar la ocupación, recuperar capacidad efectiva, priorizar decisiones y comprobar resultados

01 La sobreocupación no solo se explica por equilibrio oferta/demanda

02 Alta prevista no es cama disponible.

03 La capacidad hospitalaria no solo tiene magnitud: tiene horario.

LA IDEA QUE ORIENTA CADA DECISIÓN

Una cama cuenta como disponible cuando puede recibir al siguiente paciente de forma segura.



Lea correctamente la capacidad

Ponga de acuerdo las cuatro formas de contar la capacidad de camas . La cantidad de capacidad habilitada, la capacidad efectiva, la capacidad disponible y la recuperable. Cada una responde a preguntas distintas.

HABILITADA

Capacidad registrada y declarada ante el REPS del Ministerio de Salud y Secretarías de salud Departamental, conforme al marco de habilitación aplicable.

¿Cuántas camas tenemos autorizadas para operar?

Es un dato regulatorio; no equivale a atención inmediata.

EFFECTIVA

Capacidad utilizable con seguridad: talento humano, dotación, insumos y apoyos disponibles.

¿Cuántas camas podemos operar con seguridad hoy?

Una cama o habitación en mantenimiento, sin personal o recursos suficientes no es efectiva.

DISPONIBLE

Cama libre, limpia, alistada y sin restricción de uso.

¿Cuántas camas puedo asignar ahora?

El alta ordenada todavía no confirma la disponibilidad.

POTENCIALMENTE RECUPERABLE

Capacidad aún no disponible que podría liberarse al resolver egresos, traslados o barreras.

¿Cuántas camas podrían estar listas en 4, 8 y 12 horas, y qué debe ocurrir para lograrlo?

Necesita responsable y hora estimada; no es capacidad garantizada.

Alta prevista no es cama disponible.

Una cama solo cuenta cuando puede recibir al siguiente paciente.

La congestión casi nunca empieza donde se ve

Un paciente ya hospitalizado que espera cama en urgencias es el resultado, el final de una cadena. Intervenir solo ese punto puede dejar intacta la causa.



Una secuencia típica, no una cadena única ni siempre lineal. La demanda, un brote o la falta de un recurso crítico pueden intervenir en distintos eslabones.

¿Dónde está realmente el cuello de botella hoy?

Distinga estancia extendida de estancia inactiva

Medir cuánto duró la hospitalización permite detectar el resultado. Revisar qué detuvo al paciente permite decidir dónde intervenir.

ESTANCIA EXTENDIDA (o Prolongada)

RESULTADO

El paciente permanece hospitalizado más tiempo del esperado para su condición.

Cómo se identifica

Estancia observada frente a esperada, o grupos de 7, 14 y 21 días.

Qué no explica

Por qué se prolongó ni cuándo se detuvo el proceso.

ESTANCIA INACTIVA

CAUSA ACCIONABLE

Periodos en los que el paciente espera algo necesario para avanzar.

Qué se busca

Valoración, estudio, procedimiento, autorización, transporte, cupo o atención domiciliaria.

Cómo se identifica

Revisión día por día: ¿ese día aportó al plan de atención?

**La estancia extendida se mide.
La estancia inactiva se interviene.**

CAMBIE LA CONVERSACIÓN

“Este paciente lleva **12 días**” describe el problema.

“Lleva **4 días esperando una resonancia y 2 esperando autorización de atención domiciliaria**” permite identificar las demoras, dos responsables y dos intervenciones diferentes.

La fecha esperada y los criterios clínicos de egreso ayudan a detectar qué detiene el proceso. **Son herramientas clínicas: no deben imponerse como metas administrativas sobre el criterio médico.**

Encuentre la capacidad atrapada

Las barreras mantienen al paciente esperando y reducen la capacidad que llega al siguiente paciente. Clasifique la causa antes de atribuirla o escalarla.

MAPA DE BARRERAS

Internas habituales: retrasos en apoyo diagnóstico, procedimientos represados, interconsultas tardías, altas tardías y falta de planeación del egreso.

Internas o compartidas: medicamentos o dispositivos demorados.

Externas o compartidas: autorizaciones pendientes, remisiones, atención domiciliaria y transporte.

PARA CADA BARRERA DEFINA: QUÉ IMPIDE AVANZAR + QUIÉN RESPONDE + A QUÉ HORA

Sin responsable y sin hora, no es una barrera gestionada: es una queja.

Antes de escalar: ¿qué puedo resolver hoy dentro de la institución? ¿Qué depende de un tercero? Verifique primero lo propio.

Para lo externo: radicado + fechas + intentos de contacto + consecuencia clínica de la demora.

SEÑALES DE CAPACIDAD ATRAPADA

Capacidad atrapada	Las demoras impiden usar recursos existentes.
Cascada de congestión	Las estancias prolongadas preceden al represamiento.
Falsa disponibilidad	Las altas posibles no dejan camas listas a tiempo.
Cancelación reactiva	Se suspende cirugía sin distinguir el riesgo.
Egreso inseguro por presión	Se acelera la salida sin validar condiciones seguras.
Barrera mal atribuida	Se culpa a terceros sin separar causas propias.
Optimización aislada	Un área mejora y la congestión persiste o se traslada.
Indicador engañoso	Se reportan gestiones sin disminuir el represamiento.

Estos son patrones operativos para orientar la lectura; no constituyen una taxonomía formal ni un método validado.

Recupere capacidad antes de restringir

Convierta cada barrera resoluble en una proyección con responsable y horario. Confirme la cama lista antes de asignarla como disponible.

1

Liste los pacientes

Incluya a quienes ya cumplen criterios clínicos de egreso.

2

Identifique qué falta

Separe documentación, estudios, valoración y trámites pendientes.

3

Asigne responsable

Defina quién resuelve cada pendiente o lo escala.

4

Estime la hora de liberación

Incluya salida efectiva, limpieza y alistamiento.

5

Agrupe por franjas horarias

Proyecte qué podría estar listo en 4, 8 y 12 horas.

6

Descuento lo comprometido

Reste camas destinadas a ingresos y pos operatorios.

La capacidad no solo tiene magnitud: tiene horario.

Ejemplo del artículo: 20 camas recuperables no resuelven la presión quirúrgica de las 8 de la mañana si de las 20, 17 se liberan después de las 7 de la noche.

Primero recupere capacidad. Después decida sobre restricciones.

La estimación debe revisarse cuando cambian los pendientes; no garantiza una cama ni autoriza un egreso inseguro.

Cuando la capacidad no alcanza

Cancelar cirugía programada y admisiones de ambulatorios, no es la opción segura por defecto. Compare el daño potencial de aplazar con el riesgo de continuar y confirme el soporte necesario.

¿Qué riesgo genera cancelar y qué riesgo genera continuar?

1

Urgencias quirúrgicas

Proteger su realización; confirmar el soporte posoperatorio.

2

Oncología, cardiovascular y tiempo-dependientes

Proteger la ventana terapéutica; asegurar cama o UCI y equipo.

3

Posibilidad de egreso temprano o ambulatorización

Confirmar criterios de egreso y red de seguimiento.

4

Electivos susceptibles de reprogramación

Valorar cuánto pueden esperar sin deterioro y asignar fecha.

ANTES DE CANCELAR

1. ¿Ya agotamos la capacidad recuperable?
2. ¿Este procedimiento puede esperar sin daño?
3. ¿Qué fecha, responsable y seguimiento se ofrecerán al paciente?

Cancelar sin fecha no es reprogramar. Esta matriz es una simplificación operativa; no reemplaza el juicio del equipo tratante.

Ninguna meta operativa justifica un egreso inseguro ni un posoperatorio sin soporte.

No programe un procedimiento que exige una cama inexistente ni acelere el egreso de otro paciente para crear ese cupo.

Caso pedagógico: lea más allá del 97 %

Escenario formativo construido con las cifras del artículo. No representa datos observados en una institución identificable.

Camas totales	190	Ocupación	97 %
Hospitalizados en urgencias	21	Estancia actual / meta	7,1 / 4,8 días
Cirugías programadas	28	Con cama confirmada	17
Altas posibles	26	Altas formalizadas	4
Estudios diagnósticos demorados	11	Autorizaciones pendientes	9
Ocupación UCI	100 %	Candidatos a traslado UCI	3
Ingresos vs. meta	8 % por debajo		

¿QUÉ DATO EXPLICA REALMENTE EL PROBLEMA?

26 altas posibles / 4 formalizadas

22 camas cuya liberación depende de completar procesos.
No son 22 camas disponibles ni recuperaciones garantizadas.

CUELLO DE BOTELLA	Egreso, según la lectura pedagógica del caso.
ENLISTAR PARA GESTIÓN	11 estudios demorados y 9 autorizaciones pendientes.
PRIORIDAD	Traslados desde UCI, diagnóstico por impacto en egreso y análisis selectivo de cirugía.
DECISIÓN PROPUESTA	Mantener Cirugías con prioridades 1 y 2 con soporte seguro; reprogramar prioridad 4 con fecha y escalar autorizaciones documentadas.
COMPROBACIÓN	A las 24 h: egresos, hora de liberación y boarding. A las 72 h: esperas, evolución de estancia y reprogramaciones con fecha.

Proyecte por franjas y confirme condiciones clínicas y operativas. Las cifras por sí solas no permiten asegurar cuántas camas estarán listas en la mañana.

Mida y comunique

Una decisión útil deja claro qué debería cambiar, cuándo y con qué dato se comprobará. Lea los indicadores en conjunto.

PRESIÓN

Ocupación
Boarding
Camas bloqueadas

TIEMPO

Estancia
Pacientes de 7/14/21 días
Días inactivos

RECUPERACIÓN

Egresos efectivos
Hora de liberación
Giro cama

Mismo porcentaje. Distinta realidad operativa - 92% de Ocupación.

92 % con estancia estable y boarding en cero puede representar una operación cercana a su óptimo. El mismo **92 %** con estancia en aumento y **20 pacientes** esperando cama representa congestión.

Es una comparación conceptual, no un umbral universal.

El egreso antes del mediodía es una medida del proceso; no debe convertirse en una meta aislada.

COMUNICACIÓN EJECUTIVA EN 60 SEGUNDOS PARA GERENCIA Y COMITES:

SITUACIÓN ¿Qué está ocurriendo y cuándo se midió?

CAUSA ¿Dónde está el cuello de botella?

RIESGO ¿Qué sucede si no se actúa?

DECISIÓN ¿Qué proponemos hacer?

RESULTADO ESPERADO ¿Qué debería cambiar y en cuánto tiempo?

INDICADOR ¿Cómo comprobaremos si funcionó?

24 HORAS

Egresos efectivos, hora de liberación y boarding.

72 HORAS

Boarding, esperas persistentes, evolución de estancia y procedimientos reprogramados con fecha.

Si los egresos aumentaron pero el boarding no disminuyó, ¿dónde se está consumiendo la capacidad recuperada?

Reglas a tener en cuenta

REGLAS QUE DEBE RECORDAR

- | | | | |
|-----------|--|-----------|---|
| 01 | La ocupación no explica sola la congestión. | 07 | Nunca intercambies seguridad por disponibilidad. |
| 02 | Si el paciente espera y no avanza, la cama tampoco avanza. | 08 | Mide camas liberadas, no promesas. |
| 03 | Primero libera capacidad; después cancela. | 09 | Una cama habilitada no siempre es utilizable. |
| 04 | Alta prevista no es cama disponible. | 10 | La capacidad tiene horario. |
| 05 | Sin hora y sin responsable, la barrera no está gestionada. | 11 | Cancelar sin fecha no es reprogramar. |
| 06 | Protege procedimientos tiempo-dependientes. | 12 | Dirigir exige conectar clínica, operación y finanzas. |

RESPALDO PRESENTADO EN LA PUBLICACIÓN

Jones y colaboradores. Estudio observacional: asociación, no causalidad demostrada. El modelo no ajustó por gravedad.

Gonçalves-Bradley y colaboradores. Revisión Cochrane: evidencia de certeza moderada; la planeación individualizada probablemente reduce la estancia y los reingresos.

Revisión sobre egreso antes del mediodía. Resultados inconsistentes; no debe convertirse en una meta aislada.

NCEPOD y MeNTS. Marcos utilizados en la publicación para apoyar el razonamiento sobre priorización.

Límite regulatorio. La capacidad física no equivale automáticamente a capacidad habilitada ni segura. Antes de modificar capacidad o servicios, verifique el marco de habilitación vigente aplicable y consulte el texto oficial.

Material educativo derivado de la publicación “Ocupación hospitalaria y disponibilidad efectiva de camas”. No reemplaza el juicio clínico, las políticas institucionales, la revisión jurídica ni la aplicación del marco normativo vigente.

Consulte la publicación completa en oscarefrem.com/blog.

Gestionar el flujo no consiste en sacar pacientes más rápido ni en liberar camas. Consiste en lograr que cada paciente avance de forma segura y oportuna a través del sistema, usando mejor la capacidad que ya tenemos. “El paciente correcto, en el momento correcto y en el lugar correcto”