

La optimización de la Estancia Media Hospitalaria como un cambio de paradigma en el ecosistema sanitario



Por Carlos Alberto Díaz y Tobías Franzetti*

De indicador descriptivo a variable clave en la eficiencia, solvencia y acceso en sistemas de salud contemporáneos. Se ha comprobado que adoptar modelos de gestión basados en GRD (Grupos Relacionados por el Diagnóstico) puede reducir los costos de hospitalización entre un 9.7% y un 13%, sin afectar la calidad clínica

En la gestión sanitaria contemporánea, la Estancia Media por Patología (Average Length of Stay, ALOS, por sus siglas en inglés) ha dejado de ser un mero indicador estadístico descriptivo para convertirse en la unidad fundamental de producción y el activo estratégico más crítico de una organización hospitalaria. Históricamente, el ALOS se observaba como un resultado pasivo de la complejidad clínica; hoy, bajo la lente de la Medicina Basada en Valor, debe gestionarse como una variable activa que determina la viabilidad financiera y la capacidad de respuesta del sistema. Por lo tanto, reducir el ALOS no es simplemente una maniobra de recorte de gastos, sino una estrategia

imperativa de solvencia y gestión de capacidad instalada. Este indicador de innovación en la gestión debe medirse en horas, debido a que muchas cirugías no llegan a necesitar 24 horas de postoperatorio, por lo tanto, se requiere para un uso racional de las camas hospitalarias o de clínicas, su adecuación a esta nueva realidad de acortamiento de las estancias, que con la evolución tecnológica será más notoria¹.

Este cambio de paradigma está impulsado por una transformación estructural en los incentivos económicos globales: la transición del pago por servicio (*Fee-For-Service* o FFS) a los sistemas de pago prospectivo basados en Grupos Relacionados por el

*El Dr. Carlos Alberto Díaz es Profesor Titular Universidad ISALUD. El Dr. Tobías Franzetti, Residente de Gestión del Sanatorio Sagrado Corazón.

Diagnóstico (GRD o DRG). Bajo el antiguo modelo FFS, el volumen de días de estancia correlacionaba positivamente con los ingresos; el hospital tenía incentivos para extender la hospitalización². Sin embargo, la implementación de los GRD invierte radicalmente esta ecuación. Al estandarizar el pago por patología, definiendo el “producto hospitalario” como un proceso diagnóstico-terapéutico parametrizado, el riesgo económico se transfiere del financiador al proveedor, pero al mismo tiempo coloca un incentivo para ser más eficaz y eficiente, evitando complicaciones y desperdicios. Si bien, en Argentina, no se aplica los GRD, el pago por patología resuelta remeda en parte esta forma de pago³.

Dentro de este nuevo incentivo en el ecosistema sanitario, el costo marginal de cada día adicional que supera el estándar clínico representa una pérdida neta directa para el margen operativo del hospital. Estudios cuasi-experimentales a gran escala en sistemas de salud han evidenciado que la aplicación rigurosa de esquemas de pago basados en módulos o GRD (DRG-PBPS) obliga a las organizaciones a optimizar el uso de recursos, logrando reducciones del 9.7% en los costos de hospitalización y del 6.5% en la estancia media hospitalaria (ALOS), sin afectar la calidad clínica. Por lo tanto, el ALOS se consolida como un indicador clave de eficiencia: un valor optimizado de ALOS refleja la alineación de los procesos clínicos con los límites presupuestarios establecidos, maximizando el valor por caso. Es fundamental su aplicación en tiempo real para la gestión operativa diaria; de lo contrario, no se alcanzarán los objetivos previstos.

No obstante, las repercusiones de un ALOS ineficiente van más allá del aspecto financiero, ya que implican un significativo costo de oportunidad operativo al limitar el acceso al sistema. La Teoría de las Restricciones (TOC) establece que la ocupación innecesaria de camas en unidades de hospitalización constituye un cuello de botella que restringe el flujo desde áreas previas, lo que puede derivar en congestión dentro del servicio de urgencias. Este fenómeno está respaldado por evidencia empírica: la optimización proactiva del ALOS (reduciéndolo de 11.5 a 4.4 días a través de gestión de

casos) se asocia directamente con una notable disminución en los tiempos de espera en urgencias (boarding time), que pueden reducirse de 11.9 horas a solo 1.2 horas⁵.

En consecuencia, la ineficiencia en la gestión de estancias no solo erosiona la rentabilidad, también la eficiencia social, ya que deniega el acceso a pacientes críticos que requieren ingreso inmediato. Gestionar el ALOS es, en última instancia, una obligación ética para garantizar que el recurso más finito del hospital, la cama, esté disponible para el paciente que, clínica y operativamente, más valor puede obtener de ella.

Análisis de la brecha y variabilidad clínica injustificada

La gestión de la eficiencia hospitalaria no consiste simplemente en reducir el promedio de días de internación, sino en identificar y eliminar la variabilidad clínica injustificada. Esta variabilidad representa la diferencia entre la práctica médica real y la práctica óptima basada en la evidencia, y constituye la principal fuente de desperdicio operativo en los sistemas de alta complejidad. Para cuantificar esta ineficiencia, es imperativo abandonar el uso del ALOS como un indicador observacional y adoptar el Benchmarking con Ajuste de gestión, e identificación de los riesgos.

Técnicamente, este análisis se fundamenta en la discrepancia entre el ALOS Observado y el ALOS Esperado, este último ajustado por el *Case Mix Index* (CMI) y la severidad de la enfermedad. Modelos predictivos avanzados, que integran variables como códigos de diagnóstico (CCS), severidad (APR-DRG) y comorbilidades (Elixhauser), permiten calcular la probabilidad esperada de estancia para cada paciente⁶. La “brecha” resultante no es abstracta; es cuantificable. Estudios recientes utilizando inteligencia de negocios (*Business Intelligence*) sobre millones de registros han detectado que hasta el 28,99% de los días de hospitalización son “ineficaces”³. Estos son días que no agregan valor clínico al paciente, pero consumen recursos hoteleros y de enfermería, erosionando el margen

operativo. Es crítico notar que esta ineficiencia no se distribuye uniformemente: se concentra en GRD específicos de alto volumen y variabilidad, como la insuficiencia cardíaca (E53G) o el tratamiento complejo del accidente cerebrovascular (A48), donde la estancia puede desviarse significativamente del óptimo.

Fallas de proceso: los cuellos de botella

Al deconstruir las causas raíz de esta brecha, la evidencia contradice la creencia común de que la estancia prolongada se debe exclusivamente a la complejidad clínica del paciente. Un análisis cuantitativo riguroso aplicando la Teoría de las Restricciones (TOC) revela que las restricciones procedimentales, como los flujos de trabajo ineficientes, falta de procedimientos operativos estándar representan el 44,4% de los cuellos de botella, superando a las limitaciones de recursos humanos (29,0%) y tecnológicos (26,6%)⁴.

Estas fallas operativas generan una desconexión entre los incentivos económicos y la práctica clínica. Bajo un esquema de pago por GRD (o *DRG point-based payments*), los hospitales enfrentan el riesgo de incurrir en pérdidas si los costos de tratamiento exceden el estándar predefinido, especialmente en casos con múltiples comorbilidades donde los puntos asignados pueden subestimar el costo real¹. Sin embargo, la respuesta no debe ser la selección de pacientes (*cherry-picking*), sino la optimización de procesos. La ineficiencia procedimental, como la demora en la realización de pruebas diagnósticas o la planificación tardía del alta, actúa como un impuesto oculto sobre la capacidad del hospital. La evidencia sugiere que estas ineficiencias son sistémicas y modificables; por ejemplo, la falta de coordinación en la gestión de camas y la ausencia de rondas multidisciplinarias diarias exacerban la variabilidad en la estancia⁵.

El concepto de eficiencia segura

El imperativo de reducir el ALOS a menudo despierta el temor clínico de comprometer la seguridad del paciente mediante “altas prematuras”. Sin embargo, los datos actuales nos permiten refutar este temor y proponer el concepto de eficiencia segura. La literatura demuestra que una estancia prolongada no es sinónimo de mejor cuidado; por el contrario, expone al paciente a mayores riesgos iatrogénicos. Se ha documentado que las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IACS) pueden incrementar la estancia en un promedio de 11 días adicionales⁷, creando un círculo vicioso de ineficiencia y daño.

La “eficiencia segura” postula que la reducción del ALOS, cuando se ejecuta mediante protocolos estructurados, no correlaciona con un aumento

en las tasas de readmisión ni mortalidad. De hecho, la implementación de reformas de pago tipo GRD ha logrado reducir el ALOS en un 6,5% simultáneamente con una disminución del 2,0% en la tasa de readmisión a 30 días¹. Esto indica que la eficiencia operativa y la calidad clínica no son objetivos contrapuestos, sino sinérgicos. Es más, la evidencia de grandes bases de datos administrativas internacionales sugiere que los hospitales con menor mortalidad ajustada por riesgo también tienden a tener estancias más cortas⁶, desvinculando la idea de que “más tiempo es más seguro”.

Por lo tanto, el objetivo del consultor y del directivo médico no es simplemente “vaciar camas”, sino optimizar el ciclo de recuperación para minimizar la exposición del paciente al ambiente hospitalario una vez resuelta la fase aguda. La planificación del alta debe ser integral y comenzar desde la admisión, ya que las intervenciones personalizadas han demostrado reducir tanto la estancia inicial como el riesgo de reingreso en poblaciones vulnerables^{7,8}.

“La gestión de la eficiencia hospitalaria no consiste simplemente en reducir el promedio de días de internación, sino en identificar y eliminar la variabilidad clínica injustificada”

Implementación operativa: quirúrgico vs. clínico

Optimizar la estancia hospitalaria requiere dos estrategias distintas: una para las cirugías programadas, que son procesos predecibles y casi matemáticos; y otra para los pacientes clínicos, cuya evolución es más incierta. Mientras que el primero demanda una gestión de “Flujo Tenso” tipo *Lean Manufacturing*, el segundo exige una “Gestión de la Incertidumbre” mediante puntos de control dinámicos.

ALOS quirúrgicos: gestión Lean

En el ámbito quirúrgico, la variabilidad es frecuentemente exógena y, por tanto, eliminable. La metodología de elección es la implementación de vías clínicas (clinical pathways) integradas con protocolos ERAS (Enhanced Recovery After Surgery). Estos protocolos transforman la hospitalización en un proceso industrial estandarizado donde el trigger de alta no es una decisión reactiva postoperatoria, sino un hito planificado desde el preoperatorio.

El caso de la artroplastia de cadera ilustra este modelo. La evidencia demuestra que la aplicación de metodologías *Lean Six Sigma* permite reducir drásticamente el desperdicio operativo, específicamente el tiempo de espera preoperatorio, que a menudo carece de valor clínico. Un estudio longitudinal demostró que la estandarización de la evaluación preoperatoria y la gestión de la espera quirúrgica redujo el ALOS preoperatorio de 5.62 a 3.45 días (una mejora del 39%), lo cual impactó directamente en la rotación de camas sin aumentar las complicaciones⁹.

Bajo este esquema, la fecha de alta se convierte en un objetivo de producción. La integración de tecnologías digitales y la robótica en los protocolos ERAS refuerza esta predictibilidad, permitiendo una cirugía mínimamente invasiva

que reduce el trauma fisiológico y acelera la recuperación funcional, logrando reducciones del 50% en complicaciones postoperatorias¹⁰. Aquí, el ALOS actúa como un indicador de desviación del estándar: cualquier paciente que supere la estancia objetivo (ej. 3 días) activa una auditoría inmediata de proceso, no clínica.

ALOS clínico: gestión de la incertidumbre

A diferencia del flujo quirúrgico, el paciente clínico (ej. descompensación de patología crónica) presenta una trayectoria no lineal. Aquí, la gestión por ALOS promedio es ineficaz; se requiere la implementación de “check point de estancia”. Esta metodología establece hitos clínicos que deben cumplirse en momentos porcentuales específicos de la estancia esperada.

Tomemos como ejemplo la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida, una de las causas más frecuentes de “días ineficaces” en los hospitales, donde hasta el 28% de la estancia puede no aportar valor³. La implementación de una vía clínica electrónica integrada (EHR-embedded pathways) permite estructurar la incertidumbre mediante *trigger* de acción obligatoria:

1. Admisión (Hora 0-8): El primer *trigger* es la administración agresiva de diuréticos. Estudios recientes confirman que el uso de vías clínicas aumenta significativamente la probabilidad de diuresis temprana, un predictor clave de menor estancia¹¹.
2. El check point del 70%: Al cumplirse el 70% del ALOS esperado para el módulo o el GRD, el sistema debe auditar la estabilidad hemodinámica y la titulación de la terapia médica dirigida por guías. Si el paciente está estable, se activa el protocolo de transición.
3. Alta y transición: La vía clínica no termina en el alta; el *trigger* final es la referencia ambulatoria para manejo integral, la cual aumenta tres veces su efectividad cuando está sistematizada en la

“La literatura científica es concluyente: siempre existe un margen técnico para la optimización de la estancia hospitalaria sin comprometer la seguridad del paciente”

vía clínica, reduciendo los reingresos por descompensación ¹¹.

Gestión del cambio: medicina basada en la evidencia

La principal barrera para estas implementaciones no es tecnológica, sino cultural. La resistencia médica suele originarse en la percepción de que la estandarización amenaza la autonomía clínica. Para mitigar esto, la gestión del cambio debe fundamentarse en la Medicina Basada en la Evidencia y en la exposición de las restricciones sistémicas.

El liderazgo debe presentar los datos no como una imposición financiera, sino como una herramienta de seguridad y calidad. Se debe demostrar al cuerpo médico que las restricciones procedimentales (flujos ineficientes, demoras burocráticas) son responsables del 44% de los cuellos de botella que frustran su práctica diaria, superando incluso a la falta de personal ⁴. Al utilizar metodologías como los *huddles* diarios multidisciplinares y la gestión visual (tableros de flujo), se transfiere la autoridad operativa al equipo clínico, permitiéndoles visualizar cómo la reducción del ALOS libera capacidad para atender a más pacientes críticos ⁵. Además, vincular la reducción de estancia con la disminución de infecciones nosocomiales (que agregan un promedio de 11 días de estancia extra) alinea los incentivos de rentabilidad con los sociales ⁷.

El centro de mando: gobernanza y metodología PULL

La implementación de protocolos clínicos y quirúrgicos es condición necesaria pero no suficiente para la eficiencia hospitalaria; se requiere un centro operativo que sincronice la demanda con la capacidad en tiempo real. Este es el centro de mando, una estructura de gobernanza donde la gestión del

ALOS deja de ser una métrica retrospectiva para convertirse en una operación logística activa.

Case manager

En un entorno de alta complejidad, la identificación de pacientes en riesgo de estancia prolongada (pacientes en “Rojo”) debe realizarse mediante modelos predictivos avanzados que integren variables clínicas y administrativas desde el momento de la admisión ¹². Sin embargo, el dato por sí mismo es inerte. La gobernanza efectiva requiere delegar la autoridad de intervención en la figura del case manager.

Lejos de ser un mero administrativo, el case manager moderno debe ostentar una autoridad delegada “política y clínica” para desafiar la inercia terapéutica. Según los estándares de práctica ante crisis de capacidad, este rol es fundamental para la abogacía del paciente y la coordinación de recursos

transicionales, actuando como el eje central que conecta las necesidades clínicas con los recursos financieros y logísticos ¹³. Cuando un paciente supera el umbral de estancia esperado para su GRD, el sistema marca el caso en “Rojo”. En este punto, la gobernanza dicta que la decisión de extender la estancia ya no es exclusiva del médico tratante; requiere la validación del case manager, quien audita si la demora responde a una necesidad clínica real o a un cuello de botella procedimental. Esta auditoría en tiempo real es vital, dado que las restricciones procedimentales (como demoras en pruebas o interconsultas) representan el 44.4% de los bloqueos de flujo en hospitales ⁴.

“En el aspecto financiero, se ha comprobado que adoptar modelos de gestión basados en GRD puede reducir los costos de hospitalización entre un 9.7% y un 13%, sin afectar la calidad clínica”

Reuniones diarias

La herramienta táctica para ejecutar esta gobernanza son los *daily huddles* (reuniones rápidas de gestión de camas). A diferencia de los pases de visita clínicos tradicionales, estos son encuentros ejecutivos breves (15 minutos) y multidisciplinarios

que ocurren cada mañana. El objetivo es transformar los *trigger* del sistema (alertas de ALOS o barreras de alta) en acciones resolutivas en menos de 24 horas.

La evidencia empírica respalda contundentemente esta metodología. La implementación de *huddles* diarios de gestión de camas, integrados con una autoridad centralizada, ha demostrado ser el motor de cambios drásticos en la eficiencia: en un estudio de intervención mayor, estas reuniones permitieron reducir el tiempo de espera en urgencias (*boarding time*) de 11.9 horas a 1.2 horas ($p=0.017$) y mejorar la rotación de camas de 0.57 a 0.93⁵. En estas sesiones, el equipo no discute la fisiopatología, sino la logística: “¿Qué falta para que el paciente de la cama 402 se vaya hoy?”. Si la respuesta es una ecografía pendiente, el centro de mando prioriza ese recurso sobre la demanda ambulatoria.

Logística PULL

Finalmente, el centro de mando debe invertir la dinámica de flujo del hospital, pasando de una mentalidad *push* (empujar al paciente cuando sobra) a una metodología PULL (tirar del paciente hacia el siguiente nivel asistencial). Bajo la lógica *push*, el paciente ocupa una cama de agudos hasta que el médico firma el alta, momento en el cual se buscan recursos post-hospitalarios, generando días de estancia ineficaces.

La metodología PULL, recomendada por el *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) y validada en entornos de alta demanda, implica “estar una cama por delante”. El sistema “tira” del paciente desde la admisión: la fecha probable de alta se fija al ingreso y los recursos de transición (rehabilitación, hospitalización domiciliaria) se reservan anticipadamente. El hospital no espera a que el paciente esté listo para moverlo; prepara el destino para “atraer” al paciente tan pronto como sea

clínicamente seguro. Esta gestión proactiva es la única vía para evitar el estancamiento y garantizar que la capacidad instalada esté siempre disponible para el siguiente paciente crítico que ingresa por la guardia.

“En sistemas públicos y de seguridad social, con financiamiento limitado, una cama usada ineficientemente genera listas de espera y obstaculiza el acceso”

Construcción del ALOS

Para intervenir eficazmente sobre la estancia media, es imperativo abandonar la visión del ALOS como una variable exclusivamente clínica y redefinirla como el resultado sistémico de una orquesta operativa. La duración de la internación no depende únicamente de la evolución fisiológica del paciente, sino de la sincronía precisa entre múltiples nodos de producción: la eficiencia en la programación de quirófanos, la agilidad de los procesos de admisión, y la logística de servicios de

soporte como limpieza (hotelería), transporte de pacientes (camilleros) y la cadena de suministro de “productos intermedios” (farmacia, alimentación e insumos).

En consecuencia, el ALOS se construye tanto por la decisión médica como por la eficiencia de los procesos de soporte, donde factores como una cama sucia o la demora en la entrega de medicación crítica inflan artificialmente la estancia y reducen la capacidad productiva institucional.

Priorización estratégica

En instituciones que carecen de sistemas maduros de Grupos Relacionados por el Diagnóstico, la gestión debe proceder mediante la minería de datos históricos para construir un estándar interno o “ALOS Basal Ajustado”. Es fundamental evitar el uso de promedios simples y estratificar los datos aplicando un ajuste por riesgo clínico, considerando que variables como la edad avanzada, las comorbilidades medidas por el Índice de Charlson, el estado nutricional y la capacidad funcional son predictores independientes que prolongan signi-

ficativamente la estancia. Esta gestión proactiva exige que la fecha estimada de alta (EDD) se asigne desde el momento de la admisión, este dato no es una predicción pasiva, sino una meta operativa que permite transitar de un sistema reactivo a una metodología *PULL*. Donde además la planificación de camas se realiza comparando la oferta futura contra la demanda programada y urgente.

Para sostener este modelo, la gestión de la demanda en servicios de apoyo no debe regirse por un orden de llegada (FIFO), sino por una priorización estratégica basada en el flujo. Es vital establecer protocolos de “Vía Rápida” para solicitudes críticas que liberan camas, sobre demanda rutinaria, ya que, sin una jerarquización operativa, camas clínicamente liberables quedan atrapadas en listas de espera, convirtiendo horas operativas valiosas en días ineficaces. Asimismo, si un paciente supera su EDD, el sistema debe gatillar una auditoría inmediata para diferenciar causas clínicas de ineficiencias de proceso, permitiendo intervenciones en tiempo real.

Estandarización quirúrgica y protocolos de recuperación acelerada:

En el entorno quirúrgico, la reducción del ALOS depende de transformar el proceso hacia una rehabilitación acelerada mediante la implementación de protocolos ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*), los cuales han demostrado reducciones en la estancia de 1.5 a 3 días y una disminución de complicaciones postoperatorias. Esto implica abandonar el ayuno prolongado en favor de protocolos modernos (6 horas para sólidos, 2 horas para líquidos claros) que reducen la resistencia a la insulina y el catabolismo, así como priorizar técnicas anestésicas como la TIVA, que es la anestesia total intravenosa, o bloqueos regionales específicos. El

control del dolor mediante analgesia preventiva es imprescindible para permitir la movilización temprana. Además, la preparación para el alta debe comenzar en el preoperatorio, educando a la familia sobre la hora esperada de salida para asegurar la alineación con el transporte del paciente y evitar la ocupación de camas por pacientes con alta médica. Los protocolos deben estandarizar la prueba de tolerancia oral y la deambulación precoz como hitos obligatorios (check point) a cumplir en las primeras horas postquirúrgicas.

Integración de Inteligencia Artificial y estrategia de implementación

La literatura científica es concluyente: siempre existe un margen técnico para la optimización de la estancia hospitalaria sin comprometer la seguridad del paciente. La evidencia

demuestra que la reducción del ALOS, lejos de aumentar los reingresos no programados, se asocia frecuentemente con una disminución en la exposición a infecciones intrahospitalarias y una mejora en los desenlaces clínicos. Para capitalizar esta oportunidad, proponemos una hoja de ruta de implementación escalonada.

La gestión moderna exige incorporar modelos predictivos avanzados (machine learning), que han demostrado una capacidad superior para predecir el ALOS desde la admisión integrando variables clínicas y demográficas. Esta automatización permite pasar de una estimación promedio a una predicción individualizada, facilitando una planificación basada en probabilidades reales. Para la implementación, se recomienda una estrategia de “Rapid Wins” dividida en dos frentes: el quirúrgico, enfocado en estandarizar las cinco cirugías de mayor volumen mediante protocolos tipo ERAS, y el clínico, comenzando

“Optimizar el uso de camas se convierte en un deber de equidad: posibilita servir a más personas con la misma infraestructura y asegura la resiliencia del sistema ante recursos escasos y poblaciones envejecidas”

por sectores cerrados como la Unidad Coronaria donde la estandarización es más viable. En estas unidades, patologías como la Insuficiencia Cardíaca o el Síndrome Coronario Agudo poseen protocolos de tratamiento y tiempos de recuperación más estandarizados, lo que facilita la medición de desviaciones.

El objetivo final es micro gestionar la brecha entre el ALOS esperado y el observado en cada patología seleccionada. Se deben identificar tiempos muertos, desperdicios (*waste*) y estancias ineficaces generadas por ineficiencias administrativas o logísticas. La evidencia indica que los cuellos de botella procedimentales (demoras en imágenes, laboratorios o transporte) son responsables de gran parte de la variabilidad. El objetivo, por tanto, es micro gestionar: apuntar a la reducción marginal de horas en cada etapa del proceso. La acumulación de estas horas “rescatadas” se traduce, mes a mes, en días de cama liberados, generando un impacto positivo acumulativo en la eficiencia operativa y el margen financiero de la institución.

Conclusión

Transformar el ALOS de una simple medida estadística a una herramienta activa de gestión aporta beneficios que van más allá de las finanzas, consolidando un “Triple Impacto” fundamental para la sostenibilidad institucional actual.

En el aspecto financiero, se ha comprobado que adoptar modelos de gestión basados en GRD puede reducir los costos de hospitalización entre un 9.7% y un 13%, sin afectar la calidad clínica. Al eliminar los llamados “días ineficaces”, que pueden llegar a representar hasta el 28.99% de la estancia total en casos complejos, los hospitales aumentan su margen operativo y liberan capital esencial.

En cuanto a la calidad, los datos desmienten la idea de que una mayor estancia hospitalaria implica mejor atención. De hecho, acortar el ALOS reduce la exposición del paciente y el riesgo de infecciones asociadas a la atención médica, complicaciones que podrían alargar la internación en promedio 11 días y elevar considerablemente los costos. Este enfoque eficiente también se vincula con una reducción del 2% en tasas de readmisión y del 4% en la



Atendiendo a las nuevas necesidades de la Comunidad, Fecliba propone espacios de formación continua con tecnología de punta a través del Campus Virtual ISS (Instituto Superior en Salud), generando posibilidades de capacitación profesional, independientemente de la localización geográfica y la administración del tiempo de los participantes implicados.

Además, Fecliba invita a los interesados en ampliar su oferta de formación profesional en el ámbito de la Salud, sumándose a esta nueva forma de educación en línea. Como beneficio se brindará asesoramiento y seguimiento continuo, garantizando una prestación de excelencia y calidad.




Visite nuestro Campus virtual y conozca nuestros servicios:

cursos.fecliba.org.ar

mortalidad de bajo riesgo, respaldando el concepto de “alta segura”.

Por otro lado, desde la perspectiva de sostenibilidad y equidad, el ALOS es clave para la justicia social. En sistemas públicos y de seguridad social, con financiamiento limitado, una cama usada ineficientemente genera listas de espera y obstaculiza el acceso. La mala gestión de este recurso su-

pone un costo social considerable, ya que impide atender a más pacientes. Por ello, optimizar el uso de camas se convierte en un deber de equidad: posibilita servir a más personas con la misma infraestructura y asegura la resiliencia del sistema ante recursos escasos y poblaciones envejecidas. Gestionar el ALOS, en definitiva, significa maximizar el impacto social de la inversión en salud. 

Bibliografía

1. Huang X, Zhu J, Zhang J. Impacts of DRG point-based payment system on healthcare resource utilization and provider behavior: a pilot quasi-experimental study in China. *Front Public Health*. 2025 Oct 7;13:1678259. doi: 10.3389/fpubh.2025.1678259. PMID: 41127587; PMCID: PMC12537663.
2. Zhang H, Fu X, Wu Y, Tang Y, Jin H, Xie B. The Impact of DRG-Based Payment Reform on Inpatient Healthcare Utilization: Evidence from a Natural Experiment in China. *Healthcare (Basel)*. 2025 Sep 24;13(19):2424. doi: 10.3390/healthcare13192424. PMID: 41095510; PMCID: PMC12524012.
3. Kozera JS, Pikala M, Burzyńska M. Analysis of Hospital Length of Stay in Each Diagnostic -Related Groups (DRGs) Carried Out Using the Smart Hospital Research Application. *Journal of Health Study and Medicine. SAN University*, 2024;2024(1): 59-94. <https://doi.org/10.2478/jhsm-2024-0003>
4. Bull D. Operational bottlenecks and workforce efficiency: a quantitative evaluation using the theory of constraints in healthcare. *International Journal of Interdisciplinary Research and Innovations*, 2025 Abr;13:60-78. doi: 10.5281/zenodo.15585196.
5. Al Harbi S, Aljohani B, Elmasry L, Baldovino FL, Raviz KB, Altowairqi L, Alshlowi S. Streamlining patient flow and enhancing operational efficiency through case management implementation. *BMJ Open Qual*. 2024 Feb 28;13(1):e002484. doi: 10.1136/bmjoq-2023-002484. PMID: 38423585; PMCID: PMC10910643.
6. Lingsma HF, Bottle A, Middleton S, Kievit J, Steyerberg EW, Marang-van de Mheen PJ. Evaluation of hospital outcomes: the relation between length-of-stay, readmission, and mortality in a large international administrative database. *BMC Health Serv Res*. 2018 Feb 14;18(1):116. doi: 10.1186/s12913-018-2916-1. PMID: 29444713; PMCID: PMC5813333.
7. Hirani R, Podder D, Stala O, Mohebpour R, Tiwari RK, Etienne M. Strategies to Reduce Hospital Length of Stay: Evidence and Challenges. *Medicina (Kaunas)*. 2025 May 20;61(5):922. doi: 10.3390/medicina61050922. PMID: 40428880; PMCID: PMC12112870.
8. Gonçalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson L, Cameron ID, Shepperd S. Discharge planning from hospital. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022 Feb 24;2(2):CD000313. doi: 10.1002/14651858.CD000313.pub6. PMID: 35199849; PMCID: PMC8867723.
9. Scala A, Ponsiglione AM, Loperto I, Della Vecchia A, Borrelli A, Russo G, et al. Lean Six Sigma approach for reducing length of hospital stay for patients with femur fracture in a university hospital. *International journal of environmental research and public health* vol. 18,6 2843. 11 Mar. 2021, doi:10.3390/ijerph18062843
10. Abosheisha M, Nasr E, Abdellatif M, Swealem A, Ammar A, Hasan MAS, Abdelglil M, Tamanna R, Ismaiel M. The Future of Enhanced Recovery After Surgery in General Surgery: Integrating Artificial Intelligence, Personalized Care, and Technological Advances. *Cureus*. 2025 Sep 3;17(9):e91528. doi: 10.7759/cureus.91528. PMID: 41049979; PMCID: PMC12492726.
11. Kanaparthi NS, Possick S, Teng W, Maulion C, Kim N. Impact of clinical pathways on enhancing compliance with evidence-based therapies for Heart failure with reduced ejection fraction-A retrospective cohort study. *PLoS One*. 2025 Sep 4;20(9):e0330188. doi: 10.1371/journal.pone.0330188. PMID: 40906662; PMCID: PMC12410806.
12. Jain R, Singh M, Rao AR, Garg R. Predicting hospital length of stay using machine learning on a large open health dataset. *BMC Health Serv Res [Internet]*. 2024;24(1):860. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-024-11238-y>
13. Tahan HM. Essential Case Management Practices Amidst the Novel Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Crisis: Part 2: End-of-Life Care, Workers' Compensation Case Management, Legal and Ethical Obligations, Remote Practice, and Resilience. *Prof Case Manag*. 2020 Sep/Oct;25(5):267-284. doi: 10.1097/NCM.0000000000000455. PMID: 32452940; PMCID: PMC7297075.