

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS  
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN  
Y TECNOLOGÍA MÉDICA  
UNIDAD DE POSTGRADO**



**PROPUESTA DE OPTIMIZACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA POR  
MEDIO DE LA GESTIÓN POR PROCESOS EN EL HOSPITAL N°1 DE LA CAJA  
DE SALUD DE CAMINOS REGIONAL LA PAZ DE JULIO A DICIEMBRE DE LA  
GESTIÓN 2020**

POSTULANTE : MSc. Dra. Marcia Carola Zabala Tarifa

TUTOR : MSc. Dr. Marcel Otto Fernandez Peralta

**Propuesta de Intervención presentada para optar al título de Especialista en  
Gestión de Calidad y Auditoría Médica**

La Paz – Bolivia

2021

## ÍNDICE - CONTENIDO

	Página
1. INTRODUCCIÓN _____	11
2. ANTECEDENTES _____	18
3. RELACIÓN DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN CON LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA PÚBLICA _____	22
3.1. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO _____	23
3.2. LEY 777 DEL SISTEMA DE PLANIFICACIÓN INTEGRAL ESTATAL SPIE _____	24
3.3. CÓDIGO DE SEGURIDAD SOCIAL DE 14/12/1956 _____	25
3.4. REGLAMENTO DEL CÓDIGO DE SEGURIDAD SOCIAL, 30 DE SEPTIEMBRE DE 1959 _____	26
3.5. LEY 3131 DEL EJERCICIO PROFESIONAL MÉDICO. _____	27
3.6. LEY GENERAL DEL TRABAJO _____	29
3.7. DECRETO SUPREMO Nº 28562 REGLAMENTARIO DEL EJERCICIO PROFESIONAL MÉDICO _____	30
3.8. POLÍTICA NACIONAL DE SALUD. _____	30
3.8.1 Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud de Segundo Nivel de Atención. _____	31
3.8.2 Reglamento general de hospitales _____	31
3.8.3 Programa Nacional de Calidad en Salud (PRONACS) _____	31
3.8.4 Manual de acreditación de establecimientos de salud. _____	32
3.8.5 Reglamento de habilitación de establecimientos de salud. Autoridad de Supervisión y Fiscalización de la Seguridad Social a corto plazo. _____	32
3.9 MARCO NORMATIVO INSTITUCIONAL. _____	32
4 GESTIÓN DE PROCESOS. _____	33
4.1 DEFINICIÓN DE PROCESO. _____	33
4.2 CARACTERÍSTICAS DE LOS PROCESOS ORGANIZACIONALES _____	33
4.3 COMPONENTES DE UN PROCESO ORGANIZACIONAL _____	34
4.3.1 Clientes de un proceso organizacional _____	35
4.3.2 Identificación de los clientes _____	35
4.3.3 Entradas y salidas de un proceso organizacional _____	36
4.4 LA GESTIÓN DE PROCESOS _____	37
4.4.1 Elementos clave y objetivos _____	39

	Página
4.4.2 Relación de los procesos con las políticas y estratégicas (59).	39
4.4.3 Relación de los procesos con las personas y la tecnología	40
4.4.4 Dificultades de la Gestión por Procesos	41
4.5 GESTIÓN POR PROCESOS FRENTE A LA GESTIÓN TRADICIONAL	42
4.6 COMPARACIÓN ENTRE LA GESTIÓN TRADICIONAL Y LA GESTIÓN POR PROCESO (59).	43
5 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA O PROYECTO	43
6 ANÁLISIS DEL PROBLEMA A INTERVENIR	45
7 ANÁLISIS DE ACTORES	48
7.1 Beneficiarios directos	48
7.2 Beneficiarios indirectos	48
8 CONTEXTO O LUGAR DE INTERVENCIÓN	51
8.1 Análisis del contexto nacional	51
8.2 Análisis hospitalario	52
9 ESTRUCTURA DE OBJETIVOS.	56
9.1 Objetivo general.	56
9.2 Objetivos específicos.	56
10. RESULTADOS.	56
11. ACTIVIDADES.	57
12. INDICADORES DE LA ESTRUCTURA DE OBJETIVOS.	58
13. FUENTES DE VERIFICACIÓN.	59
14. SUPUESTOS.	60
15. ANÁLISIS DE VARIABILIDAD.	61
16. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD.	61
16.1. Factibilidad social.	61
16.2. Factibilidad cultural/intercultural.	62
16.3. Factibilidad económica.	62
16.4. Factibilidad de género.	62
17. ANÁLISIS DE SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO.	62
18. IMPACTO ESPERADO DEL PROYECTO.	63
19. FUENTE DE FINANCIAMIENTO PARA EL PRESUPUESTO.	63
20. REFERENCIAS.	64
21. ANEXOS	69

	Página
21.1 ANEXO N°1 ÁRBOL DE PROBLEMAS _____	70
21.2 ANEXO N°2 ÁRBOL DE OBJETIVOS _____	71
21.3. ANEXO N° 3 MATRIZ DE MARCO LÓGICO. _____	72
21.4. ANEXO N°4 PRESUPUESTO. _____	76
21.5. ANEXO N°5 MAPAS DE UBICACIÓN DEL PROYECTO _____	78
78	
21.6 ANEXO N°6 ESTRUCTURA INSTITUCIONAL COMUNITARIA. _____	79
21.7 ANEXO N°7 CRONOGRAMA _____	80
21.8 ANEXO N°8 PLAN DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO _____	83
21.9 ANEXO N°9 SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PROYECTO _	86

## ÍNDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 1. Estructuración del proceso actual de programación quirúrgica en el Hospital Regional La Paz de la Caja de Salud de Caminos 2019 - 2020 _____	46
Tabla 2. Matriz de análisis de actores _____	49
Tabla 3. Cirugías realizadas por mes en las gestiones 2018 y 2019 _____	54

## ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1. Características de proceso .....	34
Figura 2. Componentes de un proceso organizacional.....	34
Figura 3. Relación Cliente – Proveedor Interno .....	37
Figura 4. Proveedor-cliente interno .....	37
Figura 5. Gestión de procesos .....	38
Figura 6. Relación de las políticas y procesos .....	40
Figura 7. Relación Procesos – Personas – Tecnología .....	41
Figura 8. Funciones y procesos.....	42
Figura 9. Gestión por funciones y procesos.....	43

## RESUMEN EJECUTIVO

La presente propuesta de intervención, está referida a la estructuración del proceso de programación quirúrgica, por medio de la implementación de la gestión por procesos, en el Hospital Regional La Paz, de julio a diciembre de la gestión 2020. Esta estructuración está prevista en relación al problema que radica, en la baja eficiencia de la programación quirúrgica, con consecuencias como la insatisfacción al usuario interno y externo y un bajo rendimiento de quirófano.

Para tal fin se determinará la demanda potencial de programaciones quirúrgicas; también se determinará la capacidad productiva del área quirúrgica; se determinará la estructura organizativa del área quirúrgica y finalmente se formulará el procedimiento para la solicitud y programación de actos quirúrgicos.

Entre los beneficiarios directos, están el Usuario quien demanda calidad de atención en función del cuidado de su estado de salud; el Cirujano quien debe responder ante la exigencia del usuario y brindar la atención respectiva con la calidad necesaria; y Jefe de Bloque Quirúrgico quien por mandato debe velar por la organización dentro de área, y las cancelaciones afectan esta organización del servicio.

En función del marco lógico, para el propósito, el indicador hace referencia un 90% de las programaciones quirúrgicas han sido llevadas de forma óptima, y se disminuirá la tasa de cancelaciones de 7% a 2%. También se definieron como indicadores de rendimiento, Índice bruto de ocupación de quirófanos es de 82% El índice de ocupación y rendimiento de quirófano es de 80%

En relación a los resultados, como indicadores se ha determinado, contar al 100% con la caracterización de procesos de los servicios de cirugía en el bloque quirúrgico en función la demanda potencial de intervenciones quirúrgicas en el Hospital N°1 de la Caja de Salud de Caminos, y la implementación del sistema de monitoreo y evaluación al 100%.

Para las actividades, entre los indicadores, se tiene el diagnóstico situacional elaborado al 100%, un manual de procesos y procedimientos finalizado al 100% y los indicadores de eficiencia del Bloque Quirúrgico, Tiempo de sobreutilización del quirófano (tiempo de sobreutilización del personal de quirófano); Tiempo quirúrgico: tiempo desde que el paciente entra al quirófano hasta que sale del mismo; \*Tiempo de rotación del quirófano: tiempo de salida del paciente del quirófano hasta la hora en que el siguiente paciente entra en el quirófano

También se contará con el diagnóstico del proceso actual, el diagnóstico situacional del proceso de programación quirúrgica en base a la demanda potencial de intervenciones quirúrgicas, se contará con la evaluación de las variables de la programación quirúrgica y el impacto que tiene dentro del desempeño del proceso.

Se formulará el procedimiento para la solicitud y programación de actos quirúrgicos., y Elaboración de un manual de procedimiento solicitud y programación de actos quirúrgicos. Además de ello se formulará el procedimiento para la solicitud y programación de actos quirúrgicos y se implementará el sistema de monitoreo y evaluación con respecto al proceso de programación quirúrgica

En relación a los supuestos, se ha previsto la contingencia ante el coronavirus para llevar a cabo la ejecución del plan de monitoreo y evaluación, que se dispone de datos históricos de la demanda de los últimos 3 años, además de ello existe una predisposición positiva de los actores por la aprobación del manual. Por lo tanto, la demanda y la oferta por atenciones quirúrgicas tienen buenos pronósticos y se tiene previsto un responsable del área seguimiento en el hospital. Para las fuentes de verificación, serán los informes mensuales de actividades, los documentos elaborados, y los informes de gestión.

La fuente de financiamiento será interna, con fondos propios de la institución, como parte de la gestión institucional.



## **ABSTRACT.**

This intervention proposal refers to the structuring of the surgical scheduling process, through the implementation of management by processes, in Regional La Paz Hospital, from July to December of the 2020. This structuring is planned in relation to the problem that lies in the low efficiency of surgical programming, with consequences such as internal and external user dissatisfaction and poor operating room performance

For this purpose, the potential demand for surgical programming will be determined; The productive capacity of the surgical area will also be determined; the organizational structure of the surgical rea will be determined and finally the procedure for the request and scheduling of surgical acts will be formulated

Among the direct beneficiaries are the User who demands quality of care based on the care of their health status; the surgeon who must respond to the user's demand and provide the respective care with the necessary quality; and head of the surgical block who by mandate must watch over the organization within the area, and cancellations affect this organization of the service.

Depending on the logical framework, for the purpose, the indicator refers to 90% of the surgical schedules have been carried out optimally, and the cancellation rate will be reduced from 7% to 2%, They were also defined as performance indicators the gross operating room occupancy and performance and performance index is 80%.

In relation to the results, as indicators it has been determined, to have 100% characterization of the processes of the surgery services in the surgical block based on the potential demand for surgical interventions in Caja de Salud de Caminos Hospital N°1, and the implementation of the 100% monitoring and evaluation system.

For the activities, among the indicators, there is a 100% situational diagnosis, a 100% completed manual of processes and procedures and the efficiency indicators of the surgical block operating room overuse time (operating room staff overuse time); surgical time; time from when the patient enters the operating room until he leaves it; \*Operating room rotation time: time the patient leaves the operating room until the next patient enters the operating room.

There will also be diagnosis of the current process, the situational diagnosis of the surgical programming for surgical interventions, there will be an evaluation of the variables of the surgical programming and the impact it has on the performance of the process

The procedure for the request and scheduling of surgical acts will be formulated, and preparing of a procedure manual for the request and scheduling of surgical acts. In addition, the procedure for requesting and scheduling surgical acts will

be formulated and the monitoring and evaluation system will be implemented with respect to the surgical scheduling process.

In relation to the assumptions, the contingency against the coronavirus has been foreseen to carry out the execution of the monitoring and evaluation plan, which has historical data of the demand of the last 3 years, in addition to this there is a positive predisposition of the actors for the approval of the manual. Therefore, the demand and supply for surgical care have good prognoses and there is a person in charge of the monitoring area in the hospital. For the sources of verification, they will be the monthly activity reports, the documents prepared and the management reports.

The financing source will be internal with the institution's own funds, as part of the institutional management.

## 1. INTRODUCCIÓN

La presente propuesta de intervención, está referida a la estructuración del proceso de programación quirúrgica, en función de la gestión por procesos, buscando reducir no solo la variabilidad, sino también las ineficiencias asociadas presentes, en el Hospital Regional La Paz, de la Caja de Salud de Caminos.

Primeramente, las organizaciones son competitivas en la medida que mejoren la calidad de sus productos, reducen los tiempos de desarrollo de los mismos y disminuyen los costos, con lo cual logran mantenerse en los mercados globalizados (1).

En ese sentido, el interés por mejorar la calidad de los servicios de atención en salud ha aumentado durante el último decenio. Si bien se han visto algunos éxitos, las mejoras han sido más lentas de lo esperado, además de altamente variables. Comienza a perfilarse un interés generalizado por las estrategias organizacionales que permitan y fomenten la atención de alta calidad a fin de mejorar los desenlaces clínicos (2).

Por otro lado, un aumento en la utilización de los recursos de salud pública, la falta de suministros quirúrgicos básicos y avanzados, las deducciones salariales y los problemas emergentes en el manejo de pacientes han contribuido a una disfunción grave de un sistema de salud pública incapaz de satisfacer las necesidades actuales (3).

En los hospitales privados y públicos del mundo se observa aumento del costo de los quirófanos; en el privado por el incremento de pacientes asegurados, en el público por las crisis económicas y aumento de la demanda de atención (4).

Según la Organización Mundial de la salud (OMS), durante varias épocas los cuidados quirúrgicos han sido un elemento importante en la atención de salud, pero los problemas de salud pública se han modificado significativamente, lo cual ha incidido en aumento de intervenciones quirúrgicas; igualmente declara que en todo el mundo se han realizado aproximadamente 230 millones de procedimientos quirúrgicos mayores al año, lo que corresponde a un

procedimiento por cada 25 individuos, esto quiere decir, que la cifra de procedimientos quirúrgicos casi trasciende al número de alumbramientos (5).

La presión por mejorar los sistemas de salud con menos presupuesto obliga a las instituciones a optimizar la eficiencia debido a que la cirugía ocupa un lugar prioritario y los quirófanos representan más de 40% de los gastos totales de un hospital e igualmente un porcentaje de sus ingresos (6).

En todo el mundo, las prácticas y procedimientos de quirófano están siendo monitoreados de cerca por los administradores de hospitales y los gobiernos, porque el costo de quirófano está aumentando y presionando el sistema de atención médica. Los procedimientos de quirófano se caracterizan como unidades hospitalarias vitales, tanto en el bienestar del paciente como en el impacto fiscal. La máxima utilización de los quirófanos es el objetivo principal de un buen hospital para hacer frente a un número creciente de pacientes (7).

La espera para recibir atención quirúrgica es algo habitual en la mayoría de los sistemas sanitarios de los países occidentales. En función de la necesidad de la intervención requerida se asignan prioridades para las diferentes indicaciones quirúrgicas, de manera que los pacientes más graves sean intervenidos en primer lugar. El tiempo de demora aceptable para los pacientes con prioridad se fija habitualmente en 30 días, asumiendo que ese tiempo es lo suficientemente corto como para que los pacientes no experimenten un empeoramiento irreversible de su estado de salud. Además de reducir los tiempos de demora a estándares aceptables, los sistemas de salud se enfrentan a la heterogeneidad en las indicaciones quirúrgicas. También se observa variabilidad en cuanto a los motivos clínicos que justifican la asignación del grado de prioridad, hecho que en algunos casos podría desvirtuar la priorización clínica como un medio de acceso preferente y, por tanto, constituir un problema muy relevante para los gestores sanitarios, para los clínicos y sobre todo para los pacientes, porque podría generar problemas de equidad en la asistencia sanitaria (8).

El tratamiento quirúrgico oportuno es un atributo de calidad de atención que se interpreta como la satisfacción con eficiencia de las necesidades de salud en el momento requerido (9).

Los indicadores ayudan a conocer cómo trabaja el quirófano determinando la eficiencia; una de las causas de ineficiencia es la subutilización de los recursos disponibles, por tal motivo se busca mejorar la eficiencia para alcanzar el mayor nivel con los recursos disponibles con el objetivo de lograr el mayor beneficio y satisfacción social al menor costo, evitando el dispendio (10).

Desde la perspectiva de la medicina basada en la evidencia mejorar la calidad de la atención sanitaria significa reducir la variabilidad innecesaria en la atención a los pacientes (11).

En los últimos años se ha producido de forma generalizada una tendencia hacia el aumento del número de pacientes en espera de un procedimiento quirúrgico, debido tanto al envejecimiento de la población como al aumento de las expectativas de los pacientes y a los avances científicos desarrollados en el tratamiento quirúrgico de las enfermedades (12).

La cancelación de cirugía electiva es un indicador para evaluar la calidad de la atención al paciente y la calidad del sistema administrativo (13). Los indicadores ayudan a conocer cómo trabaja el quirófano determinando la eficiencia; una de las causas de ineficiencia es la subutilización de los recursos disponibles (14) como explican algunos estudios, en algunos países las tasas de cirugías suspendidas oscilan entre un 7% y un 16% (15).

En hospitales universitarios de Estados Unidos, la tasa de suspensión quirúrgica también oscila entre el 5 y el 13% (16), mientras que en instituciones de otros países como Canadá, Australia, Inglaterra y Pakistán las tasas reportadas fueron del 10, 12, 14 y 25%, respectivamente. Trabajos anteriores han informado que las tasas de cancelación de cirugías electivas oscilan entre el 1,96% y el 49%. En los países occidentales, alrededor del 20% de las cirugías electivas se cancelan el día de la cirugía. Sin embargo, en los países de bajos ingresos, las tasas de cancelación llegan al 48,5% (17). Otros indicadores describen que, ante una cirugía cancelada inesperadamente, el tiempo utilizado para preparar la sala de

operaciones para el próximo paciente es de una hora con 37 min en promedio (18). Se ha calculado además el costo por minuto de una sala de operaciones, que es de aproximadamente 10 dólares, de manera que la cancelación de una cirugía implica un costo que oscila desde 600 hasta 1,400 dólares por cada hora perdida (19). La cancelación de una cirugía repercute también en los acompañantes de los pacientes, quienes incrementan su ausentismo laboral, siendo esta observación válida tanto para pacientes adultos como pediátricos (20).

Estos indicadores, a su vez, se traducen en una importante causa de incremento de gastos por quirófanos, recursos materiales y humanos no utilizados, además del impacto que genera para los demás pacientes en espera y las consecuencias en el plano emocional y afectivo de los enfermos y sus familiares debidas a la cancelación de la cirugía (21).

Los resultados derivados del análisis de las tasas de suspensión de las cirugías electivas pueden orientar hacia la mejoría de la calidad de la asistencia y de la eficiencia del servicio de salud ofrecido a la población por parte de una institución hospitalaria, así como a la distribución de los recursos materiales, financieros y humanos. Algunos autores afirman que este tipo de análisis debe tener un carácter periódico y debe ser divulgado entre todos los involucrados para mejorar la calidad de la atención (22).

Entre las causas de suspensión de cirugías que reportan algunas investigaciones se pueden distinguir la inadecuada organización en la programación quirúrgica, la incorrecta evaluación y/o preparación preoperatoria de los pacientes, o la utilización de sistemas de citación obsoletos; así, también se identifican causas relacionadas con la actitud y la predisposición de los pacientes. Las primeras causas, es decir las que involucran directamente a la institución, han demostrado tener una mayor probabilidad de mejora, ya que dependen de medidas de corrección de procesos institucionales (23).

Al respecto un aspecto importante a tomar en cuenta, es una adecuada programación quirúrgica. La programación quirúrgica implica un número importante de personas como cirujanos, anestesistas, enfermeros, técnicos de

enfermería (instrumentistas y circulantes) entre otros, además de gran cantidad de materiales y equipos especializados (24).

De esta forma, tanto para el paciente como para la institución, son varios los inconvenientes de la suspensión de una cirugía. Para el paciente puede significar el aumento del periodo de internamiento, del riesgo de infección hospitalaria y consecuentemente el aumento de los costos para la institución. La suspensión de una cirugía implica un costo operacional y financiero para la institución, teniendo repercusiones negativas en la atención de la población, principalmente de aquella más carente (25).

Evitar la suspensión de cirugías a través de una asistencia multidisciplinar planeada y articulada de forma interdisciplinar y transdisciplinar, con la elaboración de un plan administrativo eficiente, debe ser uno de los objetivos del equipo administrativo de la institución hospitalaria (24).

En ese sentido, evitar factores que propician la cancelación de cirugías, compromete a las instituciones a disminuir agentes que afecten la preparación previa al acto quirúrgico, y que puedan crear costos agregados de salud. Se recomienda que los profesionales de salud, gerentes y administrativos de las instituciones prestadoras de salud, rediseñen sus técnicas referidas a planificación de la programación de cirugías, recursos humanos, gestión de materiales e insumos, entre otros, y apliquen métodos de control para estandarizar o corregir los problemas que éstas conllevan (26), por tal motivo se busca mejorar la eficiencia para alcanzar el mayor nivel con los recursos disponibles con el objetivo de lograr el mayor beneficio y satisfacción social al menor costo, evitando el dispendio (27).

La implicación de los anestesiólogos en este proceso de análisis es imprescindible, dado que estos ocupan posiciones clave en la organización y funcionamiento del bloque quirúrgico (28).

La organización, planificación y cumplimiento de las cirugías, se vuelven etapas necesarias para la actividad quirúrgica, de tal forma que se puedan alcanzar los objetivos y mantener los indicadores de atención en los pacientes (29).

Es así que, pensando en las consecuencias tanto para el paciente como para la institución es necesario identificar los defectos en la programación y buscar las mejores estrategias de mejora.

La eliminación de los defectos, la mejora y la reducción del tiempo para entregar productos y servicios, son objetivos esenciales y comunes de casi todas las organizaciones. Para lograr estos objetivos se hace necesario entender primero, y después cambiar, los procesos donde ocurren las ineficacias, defectos, baja satisfacción o el bajo ritmo de producción (30).

El desarrollo del enfoque de procesos en la gestión de organizaciones en salud como en el mundo empresarial, ha evolucionado hacia la aplicación de una teoría en franco ascenso como es el Business Process Management (BPM) que se considera una herramienta competitiva para las organizaciones. “Es la teoría a la que los gerentes apelan, generalmente cuando buscan el rediseño de sus procesos para mejorar la eficiencia operativa, incrementar la conformidad de los productos o servicios o propiciar la innovación (31).

La mejora de procesos es uno de los elementos más significativos y ampliamente abordados en esta temática, pues la Gestión por Procesos constituye una herramienta recurrentemente utilizada en los últimos tiempos, para alcanzar la mejora continua en la organización (31).

Los conceptos fundamentales de la Excelencia son: Orientación hacia los resultados, Orientación al cliente, Liderazgo y Coherencia, Gestión por procesos y hechos, desarrollo e implicación de las personas, Proceso Continuo de Aprendizaje, Innovación y Mejora, Desarrollo de Alianzas y Responsabilidad Social de la Organización (32).

Una gestión eficiente debe soportarse en una adecuada planeación; ya que ésta marca la pauta de las funciones de la organización, además de definir la dirección y control que en ella deben llevarse a cabo; pues permite identificar los cursos de acción para alcanzar las metas establecidas, dentro de las cuales el aumento de la productividad y la preservación de la estabilidad organizacional, juegan un papel de importancia. Los aspectos antes mencionados, llevados al



ámbito del sector salud, tienen aún mayor relevancia, ya que una institución de esta índole, debe estar comprometida con la eficiencia de los servicios y debe contemplar a su vez desafíos como el envejecimiento de la población, nuevas tecnologías y las presiones presupuestarias y su interconexión con la creciente complejidad de los sistemas sanitarios en busca de la productividad; además de lidiar con las crecientes expectativas de los pacientes (33).

Un modelo de gestión es un esquema conceptual y propuesta funcional-operativa que representa la articulación de todos los procesos que conducen al logro de la misión y objetivos de un establecimiento de atención a la salud (34).

La Implantación de Protocolos y Vías Clínicas. Hacer girar la actividad clínica en torno a protocolos durante todo el proceso ha sido una de las circunstancias claves para que la cirugía pudiera conseguir la máxima eficiencia y los más altos niveles de calidad. Las vías clínicas aplicadas a las operaciones más comunes, dada la elevada rotación de enfermos, han sido un instrumento de gestión muy bien aceptado por los profesionales. Es necesario recordar que las vías clínicas se incluyen dentro de la gestión orientada al paciente y deben basarse en la mejor evidencia que exista, necesitan la implicación de los profesionales y pueden actualizarse cuando sea necesario con el fin de mejorarlas (35).

En economía, la eficiencia es la relación entre los resultados obtenidos y los recursos utilizados; es la capacidad de lograr un efecto deseado con el mínimo de recursos posibles. Macario propone unas mediciones que pueden hacerse para evaluar qué tan bien funciona una sala de operaciones. Recomienda que los hospitales que deseen determinar la eficiencia de sus quirófanos (36).

La Caja de Salud de Caminos, es una institución perteneciente a la seguridad social, cuyo mandato es brindar un servicio de salud a beneficiarios de empresas aseguradas. En ese sentido no se percibe ingresos directos del asegurado, pero sí de la empresa que solicita el paquete de atención. Sin embargo, la gestión de recursos se realiza en función de las estadísticas. Al momento se desea mejorar la atención por medio de la gestión por procesos. En ese sentido, se ha visto por consiguiente la implementación de gestión por procesos, para estructural el proceso de programación quirúrgica, y mejorar el rendimiento del bloque

Quirúrgico, tomando en cuenta que el Servicio es el centro fundamental de la prestación médica y este siempre debe ser con calidad.

## **2. ANTECEDENTES**

La calidad, como característica, peculiaridad o singularidad de los productos o servicios, a partir de los cuales es posible calificarlos como aceptables, buenos, excelentes, inaceptables, malos o pésimos, no es algo nuevo en la larga historia de la humanidad. La batalla por asegurar que los resultados del trabajo humano respondan a las exigencias o expectativas de quienes van a consumirlos, parece haber empezado desde muy temprano. Por supuesto, algunas medidas de rectificación de errores parecen, en los términos actuales, particularmente excesivos. Otro hecho significativo, es el concepto de marca, cómo símbolo de distinción y “buena calidad” que, aunque parece reciente, tiene su origen en la edad media, con propósitos casi idénticos a los actuales, aunque con respecto a productos artesanales, que eran los que aparecían en los mercados de la época. Los gremios establecían normas y ejecutaban las inspecciones. La preocupación por la calidad en la asistencia sanitaria es tan antigua como el propio ejercicio médico. Encontramos su origen en Papiros egipcios, en el Código de Hammurabi o en el tratado La Ley del propio Hipócrates. En todos los casos, buscar lo mejor para el paciente es la esencia del ejercicio, apareciendo el inseparable binomio Ética y Calidad (37).

Existen muchos factores a considerar al momento de potenciar el desempeño con calidad. Podemos relacionar la satisfacción del usuario con indicadores como menor mortalidad, baja en la readmisión de pacientes, baja demanda por malas praxis, disminución de costos y mayor rentabilidad, coordinación y gestión de altas, optimización en el uso de recursos, tiempos de ocupación, estadía hospitalaria, satisfacción del cliente interno, reducción de listas de espera, etc. Pero los esfuerzos máximos deben orientarse a cómo se hacen las cosas, estandarizar procesos, acreditar servicios. Estas herramientas permitirán progresar en calidad al mejorar el trato al usuario y disminuir los errores clínicos y administrativos, lo cual posibilitará tener un mejor manejo, que sin duda será reconocido en un corto y mediano plazo por la población. No se debe olvidar que

el paciente o cliente externo es el eje de trabajo. La principal meta es el servicio prestado a los pacientes y sus familias (38).

Introducir la gestión por procesos es una tarea ardua y difícil.

Por siglos organizaciones importantes y decisivas en la historia de la humanidad han presentado una estructura funcional. Más de cien años en el estudio y desarrollo de la Administración Científica y el reconocimiento de empresas exitosas, resultan razones de peso para el rechazo al cambio que se encuentra en la mayoría de las instituciones para la implementación de la gestión por procesos (39).

Lo anterior, a pesar de que los procesos han existido siempre, que resultan los encargados de realizar la transformación y la incorporación de valor y, por tanto, no resulta la misma historia para la "mejora de procesos" que desde el propio surgimiento de la ciencia del *management*, estuvo asociada a la mejora de las actividades y los procesos; pero nunca con una exigencia de alineación a la estrategia de las organizaciones como la exigida hoy en día (39).

La revisión de más de veinte conceptos de gestión por procesos entre los que se encuentran los planteados por: Norma ISO (2008) Bravo Carrasco (2009), Maldonado (2011), Salvador Oliván (2012), Llanes Font (2014), Aguilar Villanueva (2015), Rey Peteiro (2015) y Medina Nogueira (2016), se pone de manifiesto que existe consenso en considerar a la gestión por procesos, se entiende:

La forma de gerencia de los procesos empresariales en sustitución de la gestión tradicional basada en las funciones y puede ser definida como: la forma de gestión de la organización basándose en los procesos en busca de lograr la alineación de los mismos con la estrategia, misión y objetivos, como un sistema interrelacionado destinado a incrementar la satisfacción del cliente, la aportación de valor y la capacidad de respuesta. Supone reordenar los flujos de trabajo de forma de reaccionar con más flexibilidad y rapidez a los cambios y en la búsqueda del ¿por qué? y ¿para quién? se hace el trabajo (39).

En la evolución de la gestión hospitalaria, las instituciones desarrollan iniciativas encaminadas a la planificación y la programación de operaciones, la gestión del componente humano y del conocimiento, y las competencias de los profesionales.

Se comienza a introducir las tecnologías de la información y las comunicaciones, a implementar plataformas logísticas para lograr suministros rápidos de material a los almacenes hospitalarios, lo que propicia estrategias de just-in-time, de reducción de suministros, de mejora de la gestión de sus procesos y la introducción de modelos de gestión clínica.

La gestión y mejora de los procesos y la introducción de modelos de gestión clínica, se benefician de experiencias en: a) gestión de riesgos, b) análisis de puntos críticos de control, c) utilización del benchmarking planificación y d) programación de operaciones y análisis basados en las características clínicas de los pacientes, también conocido como Case Mix (31).

La evolución transita por el desarrollo de conceptos como la alineación de las operaciones con las prioridades estratégicas, consideradas claves para la competitividad, unidas a otro concepto subyacente e igual de importante: la participación del personal de trabajo (31).

La inserción de un enfoque de BPM basado en diseño de patrones y estándares genera beneficios en: a) el análisis de formas más eficientes y eficaces de realizar un proceso; b) la definición de requerimientos y estándares para el proceso; c) la asignación de benchmarks para el patrón de comportamiento, con la posibilidad de auditar las áreas de negocio con base en dichos benchmarks; y en el aprendizaje del personal. Previamente, Zairi había definido al Business Process Management como:

Un enfoque dependiente de elementos estratégicos y operativos, del uso de técnicas y herramientas modernas, el compromiso de los empleados y, esencialmente, de una base horizontal que garantizaría una satisfacción más óptima de los requerimientos del cliente. La aplicación del BPM en salud se

asocia a la necesidad de elevar la calidad y la eficiencia en estas organizaciones, con base en el hecho de que los administradores de salud se encuentran bajo grandes presiones para reducir costos, a la vez que se mejore la calidad de la atención (31).

Introducir el BPM en una instalación médica de Estados Unidos generó mejoras significativas en calidad, eficiencia y seguridad de los pacientes, a partir de la reducción de los tiempos de prevención de infecciones y la disminución de los errores humanos, debido a la informatización de los reportes de infecciones (31).

Kolker aborda la aplicación del BPM a procesos médicos, a los flujos de pacientes y vías clínicas, para evaluar el efecto de la duración de la estancia del paciente en un departamento de emergencia (31).

Bertolini, realizó un estudio con un área de neurocirugía de sala del hospital de Parma. Allí definió las etapas de un Business Process Reengineering (BPR), acompañadas de la determinación de los objetivos estratégicos, un levantamiento del mapa de procesos, la representación gráfica de los procesos críticos aplicando la metodología ASIS, así como el rediseño de procesos ya existentes y nuevos (31).

Para hacer un mejor uso de la capacidad existente de la sala de operaciones (quirófano), en términos de espacio y dotación de personal, Baptist Health Medical Center-North Little Rock estableció un comité ejecutivo de servicios quirúrgicos para fortalecer los esfuerzos de mejora del desempeño. Las iniciativas incluyeron las siguientes: Rediseño de la programación de bloques del quirófano. Establecimiento de métricas de desempeño acordadas para el quirófano. Desarrollar nuevos procesos para el manejo preoperatorio de pacientes (40).

El diseño de guías clínicas, herramientas para el aseguramiento de la calidad, optimización de procesos, benchmarking y análisis de costos, en un contexto de BPM, se asocia con la reducción de las complicaciones hospitalarias y la mejora de la documentación sin afectar la duración de la estancia y los costos (43).

En Bolivia, a partir de la década de 1990, se ha venido abordando la problemática de la atención médica para que sea eficiente, eficaz y equitativa por parte de los sistemas de salud, con una propuesta de transformación, que exigía la necesidad de contemplar los aspectos relacionados con la evaluación y garantía de calidad, como fuera propuesta en un documento original en mayo 1989, con el nombre de “Guía para una Estrategia de Evaluación y Garantía de Calidad de los Sistemas de Atención de Salud (41).

A su vez el proceso de acreditación de hospitales como política de la calidad en Bolivia, se inicia en julio de 1992, “siguiendo la corriente establecida por la OMS/OPS y la Federación Latinoamericana de Hospitales, mediante reuniones de reflexión sobre la necesidad de incorporar mecanismos y estrategias de garantía de calidad en la atención de la salud ofrecida por los hospitales, así como definir, las bases del modelo de acreditación, para la evaluación de los establecimientos hospitalarios, independientemente del sector al que pertenezca (45).

En el periodo 1993-1994, dos reuniones nacionales de Directores de Hospitales de diferentes sectores, “revisa, adecua y adapta a las condiciones y realidades nacionales, el manual de acreditación de hospitales propuesto por la OMS/OPS y la Federación Latinoamericana de Hospitales de América Latina y el Caribe (41).

Por su parte, el en la Caja de salud de Caminos, desde su creación, no se había utilizado herramientas gerenciales de calidad. Es desde la gestión 2019 que se cuenta con la Unidad nacional de Gestión de Calidad. Es en la gestión 2020 que se implementa el sistema de calidad. Así pues, es en la gestión 2020, es que se propone la gestión por procesos como parte del sistema de calidad.

### **3. RELACIÓN DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN CON LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA PÚBLICA**

En el presente apartado, se señalan de manera general los principales instrumentos normativos que tiene relación directa e indirecta con los Establecimientos de Salud.

### **3.1. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO**

La Constitución Política del Estado en la primera parte en el capítulo segundo derechos Fundamentales en el artículo 18, señala que todas las personas tienen derecho a la salud, que el Estado garantiza la inclusión y acceso a la salud de todas las personas (42).

#### **Artículo 35.**

- I. El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.
- II. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

#### **Artículo 36.**

- I. El estado garantizará el acceso al seguro universal de salud
- II. El estado controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud, y lo regulará mediante ley.

#### **Artículo 37.**

El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

#### **Artículo 39.**

El Estado garantizará el servicio de salud público y reconoce el servicio de salud privado; regulará y vigilará la atención de calidad a través de auditorías médicas sostenibles que evalúen el trabajo de su personal, la infraestructura y el equipamiento, de acuerdo con la ley. La ley sancionará las acciones u omisiones negligentes en el ejercicio de la práctica médica.

#### **Artículo 44.**

Ninguna persona será sometida a intervención quirúrgica, examen médico o de laboratorio sin su consentimiento o el de terceros legalmente salvo peligro inminente de vida. Ninguna personal será sometida a experimentos científicos sin su consentimiento.

#### **Artículo 45.**

Todas las bolivianas y los bolivianos tienen derecho a acceder a la seguridad social. La seguridad social se presta bajo los principios de universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión económica, oportunidad, interculturalidad y eficacia. Su dirección y administración corresponde al Estado, con control y participación social. El régimen de seguridad social cubre atención por enfermedad, epidemias y enfermedades catastróficas; maternidad y paternidad; riesgos profesionales laborales y riesgos por labores de campo; discapacidad y necesidades especiales; desempleo y pérdida de empleo; orfandad, invalidez, viudez, vejez y muerte; vivienda, asignaciones familiares y otras previsiones sociales.

### **3.2. LEY 777 DEL SISTEMA DE PLANIFICACIÓN INTEGRAL ESTATAL SPIE**

Ordena a todos sectores realizar Plan Sectorial de Salud Integral según el Plan Sectorial de Desarrollo Integral PSDI para vivir bien 2016 – 2020, bajo siete lineamientos estratégicos del sector salud. Uno de estos lineamientos es contribuir a la mejora de calidad de servicios de salud, por lo que con este proyecto se pretende brindar y mejorar la calidad de servicios médico quirúrgicos (47).

Para los asegurados y beneficiarios que esperan una atención con calidad en la atención quirúrgica programada y de urgencia (43).



### **3.3. CÓDIGO DE SEGURIDAD SOCIAL DE 14/12/1956**

#### **Artículo 1. (44)**

El Código de Seguridad Social es un conjunto de normas que tiende a proteger la salud del capital humano del país, la continuidad de sus medios de subsistencia, la aplicación de medidas adecuadas para la rehabilitación de las personas inutilizadas y la concesión de los medios necesarios para el mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar.

#### **Artículo 32.**

Todo asegurado que sufra accidente del trabajo o enfermedad profesional está obligado a someterse a los tratamientos médicos o quirúrgicos que los servicios médicos de la Caja reconozcan necesarios para evitar o reducir su estado de incapacidad permanente, para recuperar su capacidad de trabajo habitual o readaptarlo para otra ocupación. El incumplimiento de esta obligación dará lugar a las prestaciones en dinero.

#### **Artículo 33°.**

En caso de enfermedad reconocida por los servicios médicos de la Caja, el asegurado y los beneficiarios tienen derecho a las prestaciones en especie que dichos servicios consideren indispensables para la curación, o sea:

- a) Asistencia médica general;
- b) Asistencia médica especializada;
- c) Intervenciones quirúrgicas;
- d) Servicios dentales;
- e) Suministros de medicamentos. Estas prestaciones se otorgan en consultorios externos, a domicilio y hospitales, de acuerdo a las prescripciones de los servicios médicos de la Caja.

#### **Artículo 46.**

Los trabajadores asegurados deberán ser atendidos en los centros sanitarios de la Administración Regional de la Caja del distrito en que trabaje. La Administración Regional únicamente en los casos en que no cuente con los servicios especializados que precise el asegurado, podrá autorizar su traslado a otra Administración Regional que tenga dichos servicios y en este caso, reconocerá solamente los gastos de pasajes del paciente, de acuerdo a las tarifas que establezca la Caja para el efecto y los subsidios de incapacidad temporal si le correspondieran.

a) Para la institución en función del cumplimiento de normas de procesos y protocolos.

### **3.4. REGLAMENTO DEL CÓDIGO DE SEGURIDAD SOCIAL, 30 DE SEPTIEMBRE DE 1959**

#### **Artículo 3. (45)**

El Seguro Social Obligatorio tiene por objeto proteger a los asegurados en las contingencias que se indican y mediante las prestaciones siguientes:

- a) Prestaciones en especie a los trabajadores y sus familiares en casos de enfermedad, maternidad o accidentes no profesionales;
- b) Prestaciones en especie solamente a los trabajadores en casos de accidente de trabajo o enfermedad profesional;
- c) Prestaciones en dinero solamente a los trabajadores en casos de enfermedad, maternidad, accidentes no profesionales, riesgos profesionales, invalidez y vejez;
- d) Prestaciones en dinero a los derecho - habientes de los trabajadores fallecidos por cualquier causa;
- e) Prestaciones para funerales en caso de muerte por cualquier causa de un trabajador y de su cónyuge o conviviente.

**Artículo 48°.** - Para recibir las prestaciones en especie los asegurados y sus beneficiarios deberán cumplir con las prescripciones sanitarias de los servicios médicos y de la Comisión de Prestaciones de la Caja.

### **3.5. LEY 3131 DEL EJERCICIO PROFESIONAL MÉDICO.**

La Ley N° 3131 promulgada el 8 de agosto de 2005, ha establecido la regulación del Ejercicio Profesional Médico, su ámbito de aplicación es el Sistema Nacional de Salud en sus sectores: Público, Seguridad Social, Privado con fines de lucro y Privado sin fines de lucro (46).

**Artículo 11.** (Derechos del Médico). Todo médico tiene derecho a:

- a) Una remuneración justa.
- b) Un trato digno del paciente, los familiares de este y la comunidad.
- c) Trabajar en condiciones adecuadas para el desempeño de sus funciones.
- d) Ejercer la profesión en forma libre y sin presiones.
- e) Que se respete su criterio médico, diagnóstico y terapéutico y su libertad prescriptiva, así como su probable decisión de declinar la atención de algún paciente, siempre que tales aspectos se sustenten sobre bases éticas, científicas y protocolos vigentes.
- f) Recibir capacitación y actualización de su institución.

**Artículo 12.** (Deberes del Médico). Son deberes del profesional médico (46).

- a) Cumplir con los principios éticos de la Declaración de Ginebra, aprobados por la Asociación Médica Mundial.
- b) Estar inscrito en el Colegio Médico de Bolivia.
- c) Colaborar a las autoridades del Sistema Nacional de Salud en caso de epidemias, desastres y emergencias. d) Respetar el consentimiento

expreso del paciente, cuando rechace el tratamiento u hospitalización que se le hubiere indicado.

- d) Guiarse por protocolos oficiales cumpliendo con normas técnicas establecidas por el Ministerio del Área de Salud.
- e) En caso de urgencia ningún médico, centro de salud, hospital o clínica podrá negar su atención básica.
- f) Brindar atención cuando una persona se encuentre en peligro inminente de muerte aún sin el consentimiento expreso.
- g) Otorgar los beneficios de la medicina a toda persona que los necesite, sin distinción alguna y sin más limitaciones que las señaladas por Ley.
- h) Informar al paciente, o responsables legales, con anterioridad a su intervención, sobre los riesgos que pueda implicar el acto médico.
- i) Cumplir con el llenado de los documentos médicos oficiales señalados en la presente Ley.
- j) Guardar el secreto médico, aunque haya cesado la prestación de sus servicios.
- k) Capacitación médica continua, para ello deberán someterse a los programas de capacitación y actualización periódica de conocimientos que definir el Estado boliviano en forma obligatoria.

**Artículo 13.** (Derechos del Paciente). Todo paciente tiene derecho a: <sup>46</sup>Recibir atención médica humanizada y de calidad.

- a) La dignidad como ser humano y el respeto a sus creencias y valores Étnico culturales.
- b) La confidencialidad.
- c) Secreto médico.

- d) Recibir información adecuada y oportuna para tomar decisiones libre y voluntariamente.
- e) Libre elección de su médico, de acuerdo a disponibilidad institucional.
- f) Reclamar y denunciar si considera que sus derechos humanos han sido vulnerados durante la atención Médica.
- g) Disponer de un horario y tiempo suficiente para una adecuada atención.
- h) Respeto a su intimidad.
- i) Trato justo y equitativo sin desmedro de su condición socioeconómica, Étnico cultural, de género y generacional.
- j) Solicitar la opinión de otro médico en cualquier momento.
- k) Negarse a participar en investigaciones o enseñanza de la medicina, salvo en situaciones que la Ley establece.
- l) Apoyar a la práctica médica como voluntarios en el tratamiento de enfermedades graves y ayudar a su rehabilitación.

**Artículo 14.** (Deberes del Paciente). Todo paciente tiene el deber de:

- a) Trato digno y respetuoso a su médico.
- b) Cumplir oportuna y disciplinadamente las prescripciones e indicaciones médicas.
- c) Comunicar de manera veraz y completa sus antecedentes de salud, personales y familiares.

### **3.6. LEY GENERAL DEL TRABAJO**

**Artículo 69.** (47)

El trabajador sujeto a tratamiento está obligado a someterse al régimen prescrito por el médico de la empresa, concurriendo para este efecto, a las horas y días que el fueren fijados y cumpliendo el reposo en los sitios o establecimientos que

hayan sido indicados. Tampoco podrá desempeñar, en las horas destinadas al reposo, ninguna otra clase de trabajo remunerado. Cualquiera infracción de estas obligaciones autoriza la suspensión de los beneficios establecidos por este capítulo, para lo cual el médico de la empresa está obligado a dar parte de la transgresión.

- a) Para personal de salud como ser los Médicos especialistas en cirugía, Anestesiólogo, y Jefe de Bloque Quirúrgico.

### **3.7. DECRETO SUPREMO Nº 28562 REGLAMENTARIO DEL EJERCICIO PROFESIONAL MÉDICO**

Una de las atribuciones del Ministerio de Salud y Deportes que queda bajo responsabilidad de la Máxima Autoridad Departamental de salud en su jurisdicción. Es la relacionada a la autorización legal para el funcionamiento de los establecimientos de todos los sectores del Sistema Nacional de Salud. Los requisitos para el funcionamiento de los establecimientos de salud son reglamentados por la Máxima Autoridad Departamental de Salud, en el marco de la norma nacional vigente definida por el Ministerio de Salud y Deportes.

El art. 4 del DS 28562 dispone como: “Atribución de la autoridad departamental de salud en casos de conflictos surgidos de la práctica profesional, respaldar las intervenciones realizadas en acatamiento a las normas y protocolos vigentes o sancionar su incumplimiento conforme a las leyes”. El cumplimiento de los protocolos en la actividad asistencial de los profesionales médicos es un elemento primordial en la evaluación del desempeño del personal en todos los Niveles de atención (46).

La existencia, conocimiento y aplicación de los protocolos de atención vigentes es un requisito indispensable para la certificación de los establecimientos de salud y su acreditación.

### **3.8. POLÍTICA NACIONAL DE SALUD.**

Incorpora la gestión de Calidad, en los Establecimientos de Salud como una estrategia para mejorar la oferta de servicios de salud que respondan a las

necesidades y expectativas de la población, logrando el desarrollo de procesos estandarizados y sostenibles de atención y de gestión de los establecimientos de salud, orientados a uniformar la atención de la salud a la que tiene derecho a acceder toda la población boliviana sin ningún tipo de discriminación (41).

### **3.8.1 Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud de Segundo Nivel de Atención.**

Que tiene como objetivo, el establecer las bases técnicas que deben poseer los Hospitales de Segundo Nivel de atención, en cuanto a recursos humanos, infraestructura y equipamiento, medicamentos y suministros para la oferta de servicios asistenciales y administrativos (48).

### **3.8.2 Reglamento general de hospitales**

El reglamento general de hospitales tiene como objetivo establecer normas técnico - administrativas de carácter general sobre la organización y funcionamiento de los hospitales de segundo y tercer nivel en todo el país (49).

### **3.8.3 Programa Nacional de Calidad en Salud (PRONACS)**

Resolución ministerial N° 0090 del 26 de febrero de 2008, propone políticas, reglamentos e instructivos para supervisar el Sistema Nacional de Salud, promoviendo su desarrollo integral, en el marco de la inexcusabilidad de la calidad en las prestaciones de salud, constituyendo 12 documentos base (41).

- a) Base para la organización y funcionamiento del PRONACS
- b) Manual de Auditoria en salud y norma Técnica
- c) Norma técnica del expediente clínico
- d) Guía básica de conducta medico sanitaria
- e) Obtención del consentimiento informado}
- f) Reglamento general de establecimientos de salud

#### **3.8.4 Manual de acreditación de establecimientos de salud.**

La Acreditación es el resultado de un proceso de evaluación continuo, dinámico, obligatorio y confidencial, que en base a estándares establecidos evalúa estructura, procesos y resultados de la atención a los pacientes y de la gestión de los establecimientos de salud, con el fin de promover la calidad en la oferta de servicios en condiciones de confiabilidad. Al mismo tiempo, determina la situación real del establecimiento, proponiendo medidas de corrección y ajuste a toda situación que así lo requiera, orientados al mejoramiento progresivo y sostenido de la calidad para satisfacer de la mejor manera las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos (50).

#### **3.8.5 Reglamento de habilitación de establecimientos de salud. Autoridad de Supervisión y Fiscalización de la Seguridad Social a corto plazo.**

Que tiene como objetivo el establecer los requisitos de habilitación de carácter obligatorio para el funcionamiento de los Establecimientos de salud (51).

### **3.9 MARCO NORMATIVO INSTITUCIONAL.**

De acuerdo al Plan Estratégico Institucional 2016 – 2020, se tiene como misión “Ente gestor de salud de corto plazo que busca la mejora continua de la prestación del servicio de salud y protege los derechos del asegurado - beneficiario, a través de la fiscalización, supervisión, y gestión de calidad disponiendo de una amplia cobertura geográfica para la atención médica enmarcada en las políticas del órgano rector”. Y la visión “Al 2020 ser líder potencial en seguridad social de corto plazo, prestando atención médica integral con calidad, gozando de infraestructura y equipamiento propio, tecnología moderna y recurso humano altamente capacitado y comprometido; con presencia institucional a nivel nacional en áreas urbana y rural, contribuyendo al vivir bien” (52).

En relación a los objetivos estratégicos mismos que están descritos en el POA 2020 de la institución están “Hasta el 2020 la Caja de Salud de Caminos, fortalecerá la prestación del servicio de Salud a nivel nacional con enfoque de



mayor eficiencia, eficacia y captación de empresas sólidas” y “Hasta el 2020 la Caja de Salud de Caminos, contará con Infraestructura Integral que permita mayor confiabilidad del Asegurado y Beneficiario” (53).

## **4 GESTIÓN DE PROCESOS.**

### **4.1 DEFINICIÓN DE PROCESO.**

Harrington nos dice que un proceso es "cualquier actividad o grupo de actividades que emplee un insumo, le agregue valor a éste y suministre un producto a un cliente externo o interno, utilizando los recursos de una organización para suministrar resultados definitivos (54). Harrington también define un proceso de la empresa como "un grupo de tareas lógicamente relacionadas que emplean los recursos de la organización para dar resultados definidos en apoyo de los objetivos de la organización (54).

Según Hammer y Champy, "un proceso de negocios es un conjunto de actividades que recibe uno o más insumos y crea un producto de valor para el cliente (55). Según las Normas Básicas del SOA, proceso es "el conjunto de operaciones secuenciales que deben ejecutarse para el alcance de los objetivos de la entidad (56).

El concepto de proceso que se utilizará para este trabajo, es el siguiente: Proceso es el conjunto de actividades que emplee uno o más insumos, le agregue valor y suministre un producto a un cliente externo o interno (56).

### **4.2 CARACTERÍSTICAS DE LOS PROCESOS ORGANIZACIONALES**

Los procesos están compuestos por un conjunto de actividades dispuestas de manera secuencial, donde se identifican por lo general: el objetivo del proceso, las unidades responsables del proceso y los insumos, los tiempos y los resultados que genera el proceso y las operaciones, respectivamente (57).

Otras características de un proceso son las siguientes:

**Figura 1. Características de proceso**

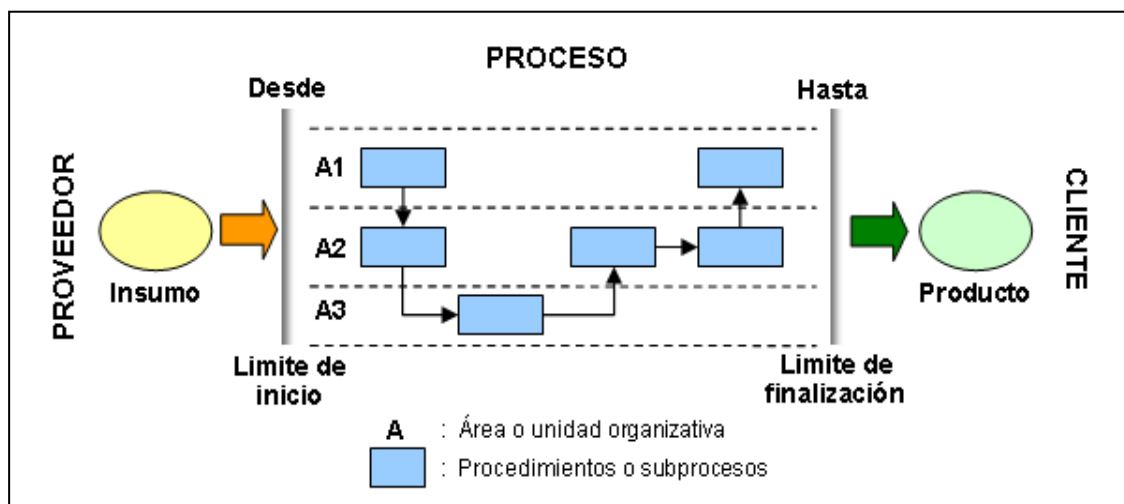
Características de proceso organizacional
<ul style="list-style-type: none"><li>• Es definido por un verbo de acción en infinitivo que denota la cualidad de imperativo (terminaciones ar, er, ir). Ejemplo: Nómina no es un proceso, elaborar la nómina sí.</li><li>• Tiene un principio y un fin (límites).</li><li>• La finalidad de un proceso es generar un producto o servicio.</li><li>• Existen para satisfacer la necesidad de un cliente.</li><li>• Todo proceso tiene un dueño.</li><li>• Transforma o complementan las entradas (valor agregado).</li><li>• Se representan en un diagrama.</li><li>• Debe ser evaluado.</li><li>• Debe ser mejorado.</li></ul>

Fuente: Elaboración propia, 2020

#### 4.3 COMPONENTES DE UN PROCESO ORGANIZACIONAL

Los componentes básicos de todo proceso organizacional son los que se detallan a continuación y se encuentran ilustrados en la siguiente figura:

**Figura 2. Componentes de un proceso organizacional**



Fuente: Elaboración propia, en base a lecturas variadas

### **4.3.1 Clientes de un proceso organizacional**

Según Harrington un cliente es cualquier persona u organización que recibe el output del proceso directa o indirectamente. Los clientes pueden estar dentro de la organización (clientes internos), fuera de ésta (clientes externos) o estar de las dos maneras. Dicho autor afirma que un proceso simple puede tener hasta cinco tipos diferentes de clientes (54).

- Clientes primarios. Son los que reciben directamente el output del proceso.
- Clientes secundarios. Es una organización que está por fuera de los límites del proceso y que recibe el output del proceso, pero que no es necesaria directamente para respaldar la misión primaria del proceso.
- Clientes indirectos. Son los que, estando dentro de la organización, no reciben directamente el output del proceso, pero salen afectados si el output del proceso es erróneo y/o retardado.
- Clientes externos. Son quienes reciben el producto o servicio final (pueden ser los consumidores o intermediarios).
- Consumidores. Son con frecuencia clientes externos indirectos. Algunas veces las empresas envían su output directamente al consumidor, y es cuando el cliente externo y el consumidor son la misma persona u organización. En otros casos, lo hacen a través de un distribuidor (intermediario).

### **4.3.2 Identificación de los clientes**

Para identificar a los clientes se necesita averiguar quién recibe o quién se beneficia del output del proceso. El cliente es ese departamento, proceso u organización (interna o externa) (54).

Cuando el trabajo es visto como proceso, y dado que todo proceso entrega un producto con un cierto valor intrínseco en la organización, al usuario de ese producto le llamaremos “cliente interno”.

Los clientes externos a su vez pueden ser las autoridades gubernamentales, monetarias, de control, instituciones públicas y privadas, personas naturales o jurídicas, que reciben los productos que genera la institución (54).

### **4.3.3 Entradas y salidas de un proceso organizacional**

Harrington nos dice que los inputs o los outputs -entradas o salidas- de los procesos de la empresa son información o servicios (datos, documentos, informes). Debe dedicarse tiempo para identificar todos los inputs y outputs significativos. Por lo general, los procesos tienen varios inputs y outputs diferentes, aunque solamente uno o dos de estos puedan considerarse como inputs y outputs primarios, mientras que los demás son secundarios (53).

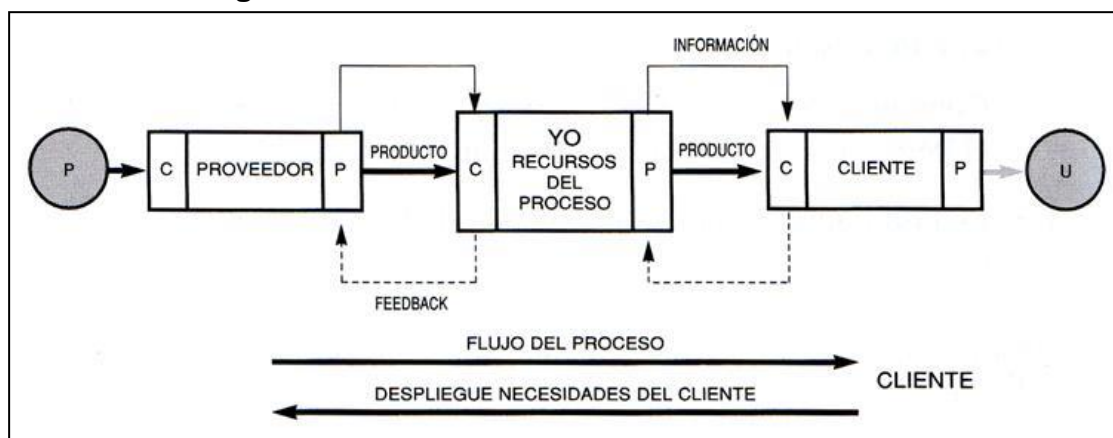
En otras palabras, las entradas son consideradas insumos, ya que son bienes o servicios que utilizan los procesos de la institución para generar productos para los clientes, estos productos a su vez, se consideran salidas y eventuales insumos para otros procesos.

En este trabajo de investigación se hará particular énfasis en los inputs y outputs primarios que intervengan en los procesos a identificar (53). **Modelo cliente – proveedor interno**

Juran nos dice que hay una doble vía entre los proveedores y los clientes. Los clientes suministran a sus proveedores las solicitudes, especificaciones, retroalimentación, etc. Papel que usualmente se invierte, de forma que el cliente se convierte en proveedor y el proveedor se convierte en cliente (59).

José A. Fernández nos dice que las personas que ven su trabajo como su proceso actúan como se muestra en la siguiente figura, ya sean proveedor o cliente.

**Figura 3. Relación Cliente – Proveedor Interno**



**Fuente:** Según Pérez-Fernández de Velasco José Antonio, *op.cit.*, p. 158.

El modelo cliente – proveedor interno es la base de un sistema operativo basado en equipos de trabajo. Su implantación ha de comenzar de fuera hacia adentro, es decir, comenzando por el proveedor interno-cliente externo, para de esta forma desplegar sus necesidades a lo largo del proceso. Esta relación tiene las siguientes características (59).

**Figura 4. Proveedor-cliente interno**

El proveedor interno:	El cliente interno:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene identificado a su(s) cliente(s). Conoce sus auténticas necesidades o le ayuda a definir las.</li> <li>• Colabora con su cliente para conseguir satisfacerlas.</li> <li>• Tiene conciencia de producto y del coste de entregar lo comprometido.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunica de forma efectiva sus necesidades a su proveedor.</li> <li>• Le proporciona retroalimentación para permitirle mejorar su capacidad.</li> </ul>

**Fuente:** Elaboración propia en base a Pérez-Fernández de Velasco José Antonio, *op.cit.*, p. 158.

#### 4.4 LA GESTIÓN DE PROCESOS

José Antonio Pérez-Fernández, nos dice que “El proceso es la forma natural de organización del trabajo (59).

También nos dice que, la gestión por procesos se caracteriza principalmente por analizar las limitaciones de la organización funcional vertical para mejorar el desempeño de la empresa. Para esto reconoce la existencia de los procesos internos, a través de la identificación de los procesos clave. Identifica también las necesidades del cliente externo e interno y orienta a la empresa hacia su satisfacción. Establece también en cada proceso indicadores de funcionamiento y objetivos de mejora (59).

Uno de sus puntos importantes, es entender las diferencias de alcance entre la mejora orientada a los procesos (qué y para quién se hacen las cosas) y aquellas enfocadas a los departamentos o a las funciones (cómo se hacen). Habrá que considerar lo señalado en la siguiente figura (62).

**Figura 5. Gestión de procesos**



**Fuente: Elaboración propia en base a Pérez-Fernández de Velasco José Antonio, op.cit., p. 171 y 172.**

#### **4.4.1 Elementos clave y objetivos**

Según Pérez-Fernández para entender la gestión por procesos podemos contemplarla como un sistema cuyos elementos principales son (59):

- Los procesos clave.
- La coordinación y el control de su funcionamiento.
- La gestión de su mejora.

Dicho autor nos dice también que dentro de los objetivos de la gestión de procesos se tiene el incremento de la satisfacción del cliente interno o externo, y el aumento de la productividad según (59):

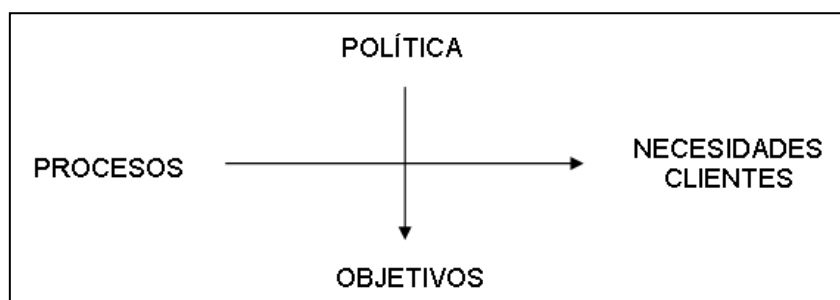
- Reducción de los costos internos innecesarios eliminando actividades sin valor añadido.
- Reducción del tiempo del ciclo, acortando los plazos de entrega del producto.
- Mejoramiento de la calidad y el valor percibidos por el cliente interno o externo.

#### **4.4.2 Relación de los procesos con las políticas y estratégicas (59).**

Si la estrategia nos dice lo que hay que hacer para alcanzar los objetivos fijados, los procesos nos ayudan a hacerlo con eficiencia.

Una buena estrategia necesita ser llevada a la práctica; se puede hacer mediante programas encargados a las diferentes áreas funcionales o con un enfoque a los procesos, al final de los cuales siempre se encuentra un cliente. Estos procesos han de tener una misión y unos objetivos claramente conectados con la misión y estrategia corporativas.

**Figura 6. Relación de las políticas y procesos**



Fuente: Juan Antonio Pérez-Fernández, op.cit., p. 109

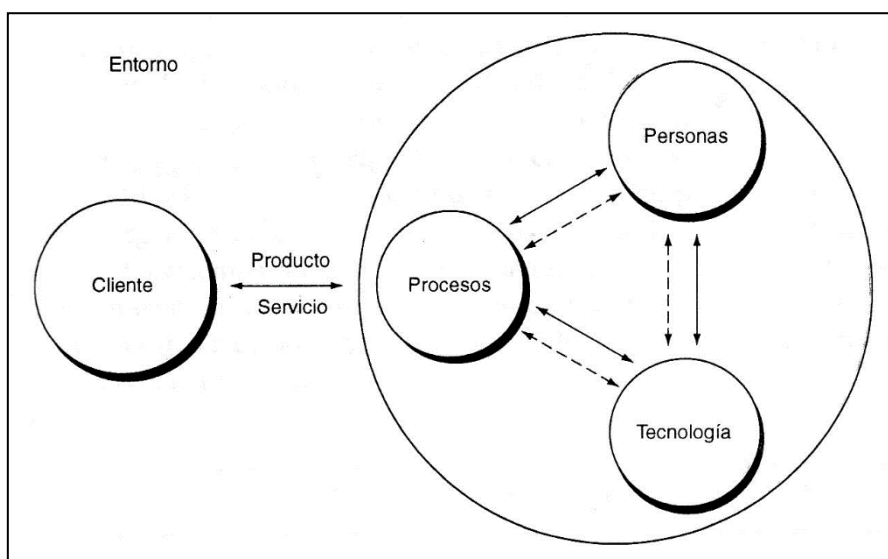
Visualizando un clásico organigrama, el despliegue de las políticas sirve para comunicar verticalmente los grandes objetivos de la empresa, mientras que los procesos difunden las necesidades de los clientes de forma horizontal. La conjunción de ambos despliegues proporciona la cohesión que es necesaria para orientar los esfuerzos de mejora.

#### **4.4.3 Relación de los procesos con las personas y la tecnología**

Peppard y Rowland nos dice que una vez identificados y diseñados los procesos, se deben considerar a las personas que operan en dichos procesos. Las personas sólo pueden funcionar tan bien como los procesos lo permitan y similarmente, los procesos solamente pueden funcionar hasta el nivel de habilidades, conocimientos y motivación de las personas que los operan. Finalmente deberá considerarse la tecnología que se utilizará para apoyar a los procesos y a las personas (60).



**Figura 7. Relación Procesos – Personas – Tecnología**



**Fuente: Pepard Joe y Rowland Phillip, La Esencia de la Reingeniería en los Procesos de Negocios, op.cit., p. 45.**

#### **4.4.4 Dificultades de la Gestión por Procesos**

Pérez-Fernández también nos dice, que, dentro de una de las dificultades para aplicar el ciclo de gestión en procesos, se tiene a la identificación de los procesos que, si bien han existido desde siempre, es otra cosa bien distinta que estén identificados, es decir, que se conozca su extensión y estén documentados para saber de lo que se está hablando. Existen dificultades “técnicas” para poder gestionar los procesos de la empresa como las siguientes (59):

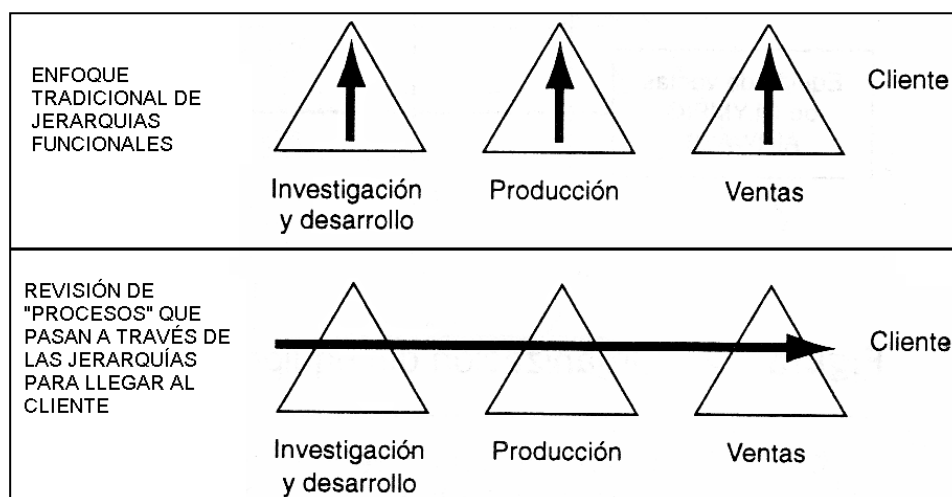
- Identificación de los procesos, que nos dice que, si bien los procesos han existido desde siempre, es otra cosa bien distinta que estén identificados, es decir, que se conozca su extensión y estén documentados para saber de lo que se está hablando.
- Medición de los procesos. Con las salvedades hechas anteriormente, son pocos los procesos de las empresas cuyo funcionamiento se esté midiendo.
- Control. Por la primera razón, algunas actividades tampoco suelen estar controladas.

#### 4.5 GESTIÓN POR PROCESOS FRENTE A LA GESTIÓN TRADICIONAL

Dadas las características de un mercado en constante crecimiento, las empresas han creado la necesidad de desarrollar una especialización funcional que, en algunos casos, ha llegado hasta el nivel de tareas individuales de dudoso significado. El resultado ha sido la fragmentación de los procesos naturales y la posterior agrupación de las tareas especializadas resultantes en lo que denominamos áreas funcionales o departamentos (59).

Se trata de volver a reunificar las actividades en torno a los procesos que previamente fueron fragmentados como consecuencia de una serie de decisiones deliberadas y de evolución informal, lo cual supone reconocer que primero son los procesos y después la organización que los sustenta para hacerlos operativos. Ahora se trata de, a través del enfoque hacia los procesos globales, reducir la ineficacia interna de la organización funcional (59).

**Figura 8. Funciones y procesos**



Fuente: Pepard Joe y Rowland Phillip, *La Esencia de la Reingeniería en los Procesos de Negocios*, op.cit., p. 7.

Hammer y Champy aseguran que, los que toman parte en un proceso miran hacia dentro de su propio departamento y hacia arriba, donde está su superior; pero nadie mira hacia fuera, donde está el cliente. Los actuales problemas de

rendimiento que experimentan las empresas son la consecuencia inevitable de la fragmentación del proceso (55).

#### 4.6 COMPARACIÓN ENTRE LA GESTIÓN TRADICIONAL Y LA GESTIÓN POR PROCESO (59).

**Figura 9. Gestión por funciones y procesos**

GESTIÓN POR FUNCIONES	GESTIÓN POR PROCESOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Departamentos especializados</li> <li>• Departamento forma organizativa</li> <li>• Jefes funcionales</li> <li>• Jerarquía – control</li> <li>• Burocracia – formalismo</li> <li>• Toma decisiones centralizada</li> <li>• Información jerárquica</li> <li>• Jerarquía para coordinar</li> <li>• Mando por control</li> <li>• Cumplimiento desempeño</li> <li>• Eficiencia: Productividad</li> <li>• Cómo hacer mejor las tareas</li> <li>• Mejoras de alcance limitado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procesos valor añadido</li> <li>• Forma natural organizar el trabajo</li> <li>• Responsables de los procesos</li> <li>• Autonomía – autocontrol</li> <li>• Flexibilidad – cambio – innovación</li> <li>• Es parte del trabajo de todos</li> <li>• Información compartida</li> <li>• Coordina el equipo</li> <li>• Mando por excepción. Apoyo</li> <li>• Compromiso con resultados</li> <li>• Eficacia: Competitividad</li> <li>• Qué tareas hacer y para qué</li> <li>• Alcance amplio – transfuncional.</li> </ul>

**Fuente: Elaboración propia, en base a Pérez-Fernández de Velasco José Antonio op.cit., p. 175.**

En síntesis, Pérez-Fernández nos dice que, no se trata sólo de seguir pensando en cómo hacemos mejor lo que estamos haciendo (enfoque funcional propio de la división de tareas), sino por qué y para quién lo hacemos; estas dos reflexiones son la esencia de la gestión por procesos, lo que requiere capacidad para ver la empresa como un conjunto de procesos, no como una serie de departamentos con funciones especializadas (59).

## 5 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA O PROYECTO

Existen diversidad de elementos que influyen en el desempeño y eficiencia de las salas de cirugía: cancelaciones de último minuto, complicaciones en el quirófano, horas extra innecesarias de personal médico, entre otros. Todo lo cual puede llegar a traducirse en mayores retrasos y operaciones que presentan una duración mayor a la estimada (61). Se sabe que la variabilidad de los procesos va en contra de su eficiencia, por lo que es fundamental que los hospitales se

empeñen en disminuirla para así aumentar la rentabilidad total que aportan al hospital (65).

Para adicionar, se ha identificado que una programación no óptima de las cirugías es el factor que mayor incidencia tiene en el desempeño y rendimiento del servicio de cirugía de un hospital (62).

Una mala programación del servicio de cirugía, debido a unas políticas o reglas poco claras o inexistentes a la hora de asignar los turnos a las cirugías, puede introducir una variabilidad en la programación que atente contra la calidad del servicio ofrecido por el hospital hacia el paciente, e incremente los costos asociados a los tiempos muertos generados y el consumo de horas extra. Esta variabilidad ha sido clasificada anteriormente como artificial, ya que no es inherente al proceso (i.e. la cirugía) y puede ser eliminada completamente por medio de una gestión y planeación adecuada.

El Hospital Regional La Paz de la Caja de Salud de Caminos, es un establecimiento catalogado como de segundo nivel de complejidad. Bajo las nuevas políticas institucionales, se busca el mejor diseño de sus procesos que le permitan brindar un mejor servicio a sus usuarios, para mantener una excelente calidad (62).

Actualmente, en el bloque quirúrgico se ha tenido inconvenientes que han llevado a cancelaciones quirúrgicas, mismas que se han traducido en un incremento de los días de estancia hospitalaria, con el riesgo de adquirir infecciones asociadas a la atención en salud, evento adverso que hasta el momento no se ha desarrollado, además del gasto que imprime para la institución en función de la estancia hospitalaria prolongada (62).

Estos inconvenientes están relacionados con una baja eficiencia en la programación quirúrgica, debido a la inexistencia de un proceso estructurado, que a su vez implica una ausencia de la identificación de roles de acuerdo al Manual de Funciones, la inexistencia, la incoordinación en la realización de la

programación quirúrgica, y a la no coordinación y envío de los registros de programación quirúrgica a las áreas de Admisiones de pacientes.

El resultado de estos inconvenientes es la insatisfacción del usuario externo y la percepción de una mala calidad de atención tanto del usuario externo como del usuario interno (62).

## **6 ANÁLISIS DEL PROBLEMA A INTERVENIR**

Existe diversidad de elementos que influyen en el desempeño y eficiencia en función de la programación quirúrgica, mismos que deben estar estructurados en procesos y procedimientos.

El problema radica a partir de que en el Hospital Regional La Paz, históricamente los servicios quirúrgicos se iniciaron sin la existencia de normas procedimentales, en consecuencia, la distribución de los roles y responsabilidades no es clara, y por tanto tampoco se cuenta con procesos estructurados que organicen las programaciones quirúrgicas. En ese sentido, se cuentan con reglas poco claras e inexistentes a la hora de asignar los turnos a las cirugías (29).

La asignación de prioridad en la programación no siempre está sujeta a la variabilidad quirúrgica, sino que se tiene un acceso preferente, en función de que las especialidades dentro del quirófano responden en jerarquía a su propio jefe, y no siempre tienen el mismo objetivo, por lo que hay una desorganización en la programación (62).

No existe un direccionamiento del proceso, por lo que las programaciones quirúrgicas no están centralizadas en una persona, ya que se realiza de forma dispersa, por los médicos de turno del servicio de cirugía, mismos que muchas veces deben cumplir con el ingreso a cirugías y las programaciones las dejan en manos de las enfermeras de piso, quienes muchas veces no realizan las anotaciones respectivas o no las comunican. Esta programación tampoco está sujeta a control alguno, por lo que es susceptible de fallas que se traducen en cancelaciones de último minuto, ausencias de programación, diferencias de

criterios en relación a la variabilidad clínica, como se evidencia en la tabla 1 y en el anexo N°1.

También está la desorganización que surge a partir de la ocurrencia de cirugías de emergencia, puesto que este aspecto provoca reprogramaciones y disentimientos entre médicos y pacientes, como se evidencia en el anexo Nro. 1.

Finalmente, estos problemas llevan al incremento de cancelaciones, reprogramaciones que llevan a horas extras de médicos y estancia prolongada del paciente, y operaciones que presentan una duración mayor a la estimada, con consecuencias en mayores costos, complicaciones, riesgo de contraer infecciones intrahospitalarias, insatisfacción al usuario interno como externo y una baja calidad y rendimiento del servicio, como se detalla en el anexo N°1.

Actualmente el proceso de programación quirúrgica para paciente electivo, está estructurado de la siguiente forma:

**Tabla 1. Estructuración del proceso actual de programación quirúrgica en el Hospital Regional La Paz de la Caja de Salud de Caminos 2019 - 2020**

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	MEDIO	OBS.
Solicitud de programación de cirugía electiva	Médico especialista quirúrgico	Vía telefónica	Médicos especialistas que no respetan la programación quirúrgica
Programación de cirugía electiva	Médico de guardia encargado de área quirúrgica del turno	Notas de programación	Programación dispersa El medico de cada turno programa en el día por lo que lo hace entre sus anotaciones que es corroborado con el registro del día, lo que ha llevado a ausencias de registro
	Segundo Medico de emergencias y/o Enfermera de piso de cirugía, realizan la programación quirúrgica cuando el médico de	Notas de programación	Especialista es insistente y programa con otra persona que no está designada

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	MEDIO	OBS.
	guardia de cirugía ingresa a quirófano.		No se registran estas programaciones No son programadas de acuerdo a tipo de cirugía Los tiempos no están acordes a la programación
Elaboración y entrega de registro actualizado de programación quirúrgica de forma diaria a vigencia de derechos en Hospital y Policonsultorio central para que se entreguen los expedientes clínicos de pacientes electivos	Médico de guardia	Registro de programación actualizado	No se cuenta con la hoja actualizada cuando el médico de guardia ingresa a quirófano y no es enviada a vigencia de derechos de ambos establecimientos
Solicitud de expedientes de pacientes programados	Vigencia de derechos	Registro de programación	No siempre se cuenta con la hoja actualizada de programación. Los expedientes no son solicitaos No se cuenta con expedientes clínicos en el momento de la cirugía No se cuenta con un control previo de exámenes pre quirúrgicos por que el expediente llega el mismo día a solicitud del médico de guardia

Fuente: Elaboración propia, 2020

Como se ve en la tabla 1, el proceso al momento no está estructurado y por lo tanto los inconvenientes suceden de forma continua. A razón de complementar el análisis de la problemática se tiene la identificación de actores quienes son parte del proceso y deben tomar parte de la solución.

## **7 ANÁLISIS DE ACTORES**

### **7.1 Beneficiarios directos**

De acuerdo a la tabla 2, los beneficiarios directos son, primeramente, los pacientes, entre asegurados y beneficiarios, quienes son programados para procedimientos quirúrgicos en las diferentes especialidades, y demanda calidad de atención en función del cuidado de su estado de salud, bien preciado de todo ser humano.

El segundo beneficiario es el cirujano quien debe responder ante la exigencia del usuario y brindar la atención respectiva con la calidad necesaria, evitando la ocurrencia de eventos adversos secundarios a la cirugía. Al mismo tiempo se optimiza el tiempo laboral evitando horas extras y asistencia en días extras. Sin embargo, también es un oponente ya que gran parte de la descoordinación es por la programación quirúrgica de acuerdo a sus intereses personales.

El tercer beneficiario es el Jefe de Cirugía, quien debe direccionar una gestión eficiente en el servicio de cirugía, y evitar las complicaciones en el servicio. Es un afectado a partir de la baja eficiencia en la programación quirúrgica provoca posibles complicaciones de los pacientes en el servicio, lo que conlleva a mayor estadía hospitalaria.

### **7.2 Beneficiarios indirectos**

Uno de los beneficiarios indirectos es, el Jefe de Bloque Quirúrgico quien por mandato debe velar por la organización dentro de área quirúrgica, y las cancelaciones afectan esta organización del servicio;

Otro beneficiario es el Director del Establecimiento, quien debe velar por la calidad de atención, la seguridad y la eficiencia del gasto, que se traduce en gasto por estancia prolongada según recurso cama, e inseguridad del paciente, de acuerdo a la tabla 2.



**Tabla 2. Matriz de análisis de actores**

<b>GRUPOS</b>	<b>INTERESES</b>	<b>PROBLEMAS PERCIBIDOS</b>	<b>MANDATOS Y RECURSOS</b>	<b>CATEGORÍA DEL BENEFICIARIO</b>
Asegurado y/o Beneficiario	Recibir atención médica humanizada y de calidad.	Demora en el tratamiento quirúrgico Días perdidos de acuerdo a baja solicitada Complicaciones a su estado de salud Insatisfacción con la atención	Demandar una adecuada atención Realizar el reclamo respectivo ante violación de sus derechos como paciente	Afectado por las complicaciones con respecto a su salud,
Médico Cirujano tratante	Brindar atención de calidad	Días perdidos Asistencia en tiempo extra Demora en la realización del tratamiento quirúrgico Tener que afrontar posibles complicaciones en el paciente Insatisfacción con la administración de Bloque Quirúrgico	Realizar el tratamiento quirúrgico Evaluar posibles complicaciones Realizar el reclamo respectivo ante violación de sus derechos	Afectado puesto que deberá asistir días extras o quedarse horas extras Oponente porque habrá resistencia a cumplir con un proceso cuando afecte sus intereses en tiempo
Jefe de servicio de cirugía	Direccionar una gestión eficiente en el servicio: Cumplimiento de la programación quirúrgica Cumplimiento eficiente de consulta externa Control en la utilización del recurso cama Evaluación de procesos de consulta y hospitalización Control del contexto	Afrontar complicaciones (IAAS) en el Servicio Incremento de estancia hospitalaria	Direccionar la gestión del servicio de Cirugía y especialidades Dirección, monitoreo y evaluación del Servicio de Cirugía	Afectado por el retraso en la realización del tratamiento quirúrgico

GRUPOS	INTERESES	PROBLEMAS PERCIBIDOS	MANDATOS Y RECURSOS	CATEGORÍA DEL BENEFICIARIO
	organizacional del servicio			
Jefe de Bloque Quirúrgico	Direccionar una organización eficiente en cuanto a las programaciones del Bloque Quirúrgico	Poco nivel de coordinación	Realizar la gestión de Bloque quirúrgico Organizar la programación de Quirófano Organizar al equipo quirúrgico Solicitar los recursos necesarios para funcionamiento del Bloque Quirúrgico Evaluar la gestión del Bloque Quirúrgico	Afectado por la incoordinación que lleva a una subutilización de recursos Oponente por el cumplimiento de actividades administrativas que impliquen mayor responsabilidad
Director de Establecimiento	Mejor porcentaje de ocupación camas Rendimiento óptimo del Bloque Quirúrgico, como servicio del Establecimiento	Quejas secundarias a insatisfacción de los usuarios Elevados costos secundarios a complicaciones que ocurrieran por demoras en atención Sanciones secundarias por organismos fiscalizadores por mala calidad de atención	Evaluación y control de la gestión institucional	Afectado por la responsabilidad de una gestión poco eficiente

Fuente: Elaboración propia, 2020

## **8 CONTEXTO O LUGAR DE INTERVENCIÓN**

### **8.1 Análisis del contexto nacional**

El 1 de marzo de 1973, mediante Resolución Suprema Nro. 167567, el gobierno aprobó la aplicación por la vía de la delegación del esquema consignado por el código de Seguridad Social, a favor de los trabajadores del Servicio Nacional de Caminos, creándose el Seguro del SENAC <sup>(63)</sup>. Posteriormente, mediante resolución Suprema Nro. 182970 de 27 de diciembre de 1976, el gobierno reconoce la personería jurídica del Seguro Social del Servicio Nacional de Caminos, como entidad descentralizada del sector público. Estas dos disposiciones legales, constituyen la base jurídica de toda la organización sobre las cuales la institución ha desarrollado todas sus actividades <sup>(64)</sup>.

En este contexto, la institución experimentó cambios para los que estaba suficientemente preparada, que además implicaba una reducción significativa de la población asegurada y beneficiaria, provocando un importante desequilibrio financiero. Para el año 1996 la población afiliada se redujo a 1500 cotizantes, situación que originó ideas tendientes a fusionar este ente gestor con otros de similares características. La afiliación de los servicios prefecturales con excepción de Santa Cruz, Cochabamba y Tarija permitió recuperar el equilibrio. <sup>(52)</sup>.

Desde el año 2013, La Caja de Salud de Caminos viene experimentando cambios en algunos elementos fundamentales presentes en la organización. Bajo el precepto de reestructuración organizacional, el 2014 ha sido aprobado un Manual de Organización y Funciones (MOF) como consecuencia de cambios en la estructura organizacional; el PEI 2016-2020 presenta una estructura que respondiera a los nuevos lineamientos estratégicos y cursos de acción, por lo que requería una actualización del MOF que no se hecho efectiva aún. <sup>(52)</sup>.

El nuevo enfoque estratégico que tiene la actual Dirección Ejecutiva requiere una reorganización del actual esquema estructural, para que se encuentre alineado a la normativa y políticas nacionales de Salud. Así mismo, busca el mejor diseño de sus procesos, que le permitan brindar un mejor servicio a sus usuarios,

optimizando la gestión de los establecimientos y manteniendo una excelente calidad.

## **8.2 Análisis hospitalario**

El Hospital N°1 de la Regional La Paz, es un establecimiento de segundo nivel de atención, con una cartera de servicios de tercer nivel. Por otro lado, es el principal centro de referencia a nivel Nacional, especialmente para atención de patologías quirúrgicas. Cuenta con una población asegurada de 88.693 asegurados. (65).

El servicio de consulta externa cuenta con 7 consultorios de las especialidades de cirugía, medicina interna, ginecología y obstetricia, pediatría y neonatología, psicología y nutrición, y odontología. (70)

El servicio de hospitalización, cuenta con 50 camas habilitadas y disponibles, distribuidas por especialidad, de la siguiente manera (70):

- 20 camas para medicina interna y subespecialidades
- 20 camas para cirugía y subespecialidades y obstetricia
- 10 camas para el bloque materno infantil
- 3 Unidades para neonatología
- 5 Unidades de UTI
- 5 Unidades de UCI

El promedio de días estadía de los pacientes por especialidad es de 3,5 días con un 61% ocupacional de camas promedio mes. El servicio de Emergencias cuenta con un área de atención de emergencias con dos unidades, un consultorio diferenciado, un área de observación con dos unidades, un área de enfermería para administración de medicamentos y realización de tratamiento de pacientes, una estancia de enfermería y un área de yesos. No cuenta con un quirófano exclusivo, por lo que las cirugías de emergencias se las realiza en la Unidad Quirúrgica (65).

En relación a recursos humanos, se cuenta con un equipo que realiza turnos de 24 horas, por los siete días, mismo que está conformado por dos médicos de

guardia, uno asignado para hospitalización en general y el otro asignado para hospitalización y bloque quirúrgico. Paralelamente, se tiene tres médicos que realizan atención ambulatoria y de urgencias con turnos de seis horas, durante cinco días y de 8 horas el día sábado. Se tiene un promedio de atenciones de 15 pacientes por día. El número de atenciones anuales en emergencias es de 5475 consultas, que equivale a 10% de la atención del establecimiento (65).

En lo que respecta a los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento, se cuenta con un laboratorio que al momento está catalogado como primer nivel de atención, sin embargo, se compran servicios de segundo y hasta tercer nivel para cubrir la demanda.

En lo que respecta el servicio de rayos X se cuenta con el servicio presencial 12 horas y 12 horas al llamado. El servicio de ecografía está determinado también con 12 horas presenciales y 12 horas al llamado. Finalmente, el servicio de Tomografía que es compra de servicios. Al momento no se cuenta con datos diferenciados por establecimientos.

El Servicio de Cirugía, se cuenta con un consultorio de atención ambulatoria y un piso de 20 camas destinado a la Unidad de Cirugía, subespecialidades. En lo que respecta los recursos humanos, se cuenta con 5 cirujanos generales, dos especialistas en otorrinolaringología, tres especialistas en Traumatología, el resto de los especialistas quirúrgicos son atenciones al llamado o compra de servicios. Al momento no se cuenta con un programa funcional del servicio, que identifique procesos y procedimientos, y si bien se cuenta con manual de organización de funciones, este no ha sido socializado (65).

En lo que respecta al perfil epidemiológico, entre las principales tres patologías que se atiende en el servicio, están Colelitiasis, apendicitis aguda y diferentes tipos de hernias. Cabe resaltar la frecuencia de atención de patologías traumatológicas como ser fracturas de miembros superiores (66).

La Unidad de quirófanos, mal llamada bloque quirúrgico, cuenta con dos quirófanos equipados para la realización de cirugías de emergencia y electivas. Actualmente, y en función de la estadística de cirugías realizadas en las dos últimas gestiones, en la gestión 2018 se ha realizado 758 cirugías y en la gestión

2019 se han realizado 917 cirugías, con la descripción detallada de cirugías por mes, como se detalla en la tabla 3 (70).

**Tabla 3. Cirugías realizadas por mes en las gestiones 2018 y 2019**

MES/GESTIÓN	2018	2019
ENERO	48	53
FEBRERO	64	93
MARZO	63	69
ABRIL	77	97
MAYO	77	91
JUNIO	55	64
JULIO	50	77
AGOSTO	74	86
SEPTIEMBRE	51	71
OCTUBRE	72	71
NOVIEMBRE	64	68
DICIEMBRE	63	77
<b>TOTAL</b>	<b>758</b>	<b>917</b>

Fuente: Elaboración propia, 2020

Al momento no se cuenta con datos relacionados con tiempos quirúrgicos, y al indagar al respecto, no se contó con estos datos puesto que los indicadores de calidad recién son elaborados desde la gestión 2020, puesto que no se contó con un responsable de elaborar estos datos.

En lo que respecta a la organización de recursos humanos, se tiene un Jefe del Servicio, quien es un especialista en Anestesiología. Se cuenta con un equipo quirúrgico dispuesto por cinco Anestesiólogos, quienes realizan turnos presenciales de doce horas y doce horas al llamado, y para fines de semana y feriados realizan turnos de acuerdo al cronograma. Se cuenta con dos Instrumentadoras, dos Auxiliares de Enfermería (circulantes) y un manual de limpieza, quienes realizan turnos de doce horas presenciales y doce horas al llamado, día por medio.

Para hacer funcional un quirófano se requiere de un equipo quirúrgico, mismo que está compuesto por un Anestesiólogo, una Instrumentadora, un Circulante, que es con el equipo con que se cuenta de forma rutinaria, en caso de cirugías

paralelas, se debe habilitar el segundo quirófano y por tanto se requiere el refuerzo de un Anestesiólogo, una Instrumentadora Quirúrgica, y un circulante.

En relación al programa funcional de la Unidad Quirúrgica, al momento no se cuenta con un manual de funciones implementado en el Servicio, ni tampoco con un manual de procesos y procedimientos, por lo que, para la programación de cirugías, es el médico de guardia quien realiza las programaciones quirúrgicas, como se detalla en la tabla 2.

Dentro de los documentos normativos, se cuenta con las normas y protocolos elaborados por la ex INASES, que al momento siguen vigentes, se debe contar con un programa de atención quirúrgica, que beneficie a todos nuestros asegurados.

En la pasada gestión, se ha contabilizado los eventos negativos que se han suscitado en el servicio a razón de las quejas vertidas por los usuarios, se tiene un porcentaje de cancelaciones hasta la gestión 2018 de 10% (70), y en el 2019 de 8% (67), siendo la causa, por un lado, la ausencia de programación quirúrgica; por otro lado, la provocada por el especialista en función de sus prioridades sin tomar en cuenta el ordenamiento de la programación; y también la ausencia de expedientes clínicos que no son enviados desde el archivo central, mismos que se encuentran en Policonsultorio Central, esto por no contar con un registro actualizado de la programación quirúrgica.

La variación entre ambas gestiones está en función de un control realizado del manejo de expedientes clínicos, sin embargo, no se ha podido controlar las otras causas ya que no se cuenta con manuales de procesos en el servicio.

Al momento no se ha evidenciado complicaciones durante la gestión 2019, a causa de la cancelación de cirugías, pero si es evidente la insatisfacción que causa al usuario.

## **9 ESTRUCTURA DE OBJETIVOS.**

### **9.1 Objetivo general.**

Estructurar el proceso de programación de cirugías de forma que optimice el rendimiento del Bloque Quirúrgico, por medio de la implementación de la gestión por procesos, en el Hospital Regional La Paz, de julio a diciembre de la gestión 2020.

### **9.2 Objetivos específicos.**

- 1) Realizar la caracterización de procesos del Servicio de Cirugía en el Bloque Quirúrgico, en el Hospital N°1 de la Caja de Salud de Caminos.
- 2) Estructurar procedimientos del proceso de programación quirúrgica, en base a la gestión por procesos, en el Hospital N° 1 de la Caja de Salud de Caminos.
- 3) Formular el proceso de programación quirúrgica en base a la capacidad productiva del área quirúrgica en el Hospital N° 1 de la Caja de Salud de Caminos.
- 4) Contar con el sistema de monitoreo y evaluación del proceso de programación quirúrgica en función a la estructura organizativa del área quirúrgica, en el hospital N° 1 de la Caja de Salud de Caminos.

## **10. RESULTADOS.**

En función de optimizar el proceso de programación quirúrgica, por medio de la implementación de la gestión por procesos, en el Hospital Regional La Paz, se ha planteado los siguientes resultados:

R1. Se cuenta con la caracterización de procesos de los servicios de cirugía en el bloque quirúrgico.

R2. Se ha estructurado procedimientos del proceso de programación de actos quirúrgicos, en base a la gestión por procesos.

R3. El proceso de Programación quirúrgica esta estructurado en función de la capacidad productiva del área quirúrgica.



R4. Se cuenta con el sistema de monitoreo y evaluación del proceso de programación quirúrgica en función a la estructura organizativa del área quirúrgica.

## **11. ACTIVIDADES.**

Para el cumplimiento del primer resultado realiza dos actividades, primero se elaborará de un diagnóstico situacional del proceso de programación quirúrgica en base a la demanda potencial de intervenciones quirúrgicas, tanto del servicio de Cirugía como del Bloque Quirúrgico. Ello por medio de las siguientes sub actividades: a) Reunión de socialización de los criterios del diagnóstico, con todo el equipo de trabajo, b) Estudio de la demanda potencial, por medio de métodos econométricos tres últimos años y su proyección, c) Describir la cartera de servicios del área quirúrgica y d) Un taller de socialización del diagnóstico situacional del proceso de programación quirúrgica en base a la demanda potencial. Segundo se caracterizará en función del diagnóstico los procesos del Servicio de Cirugía y el Bloque Quirúrgico

Para el cumplimiento del segundo resultado, se elaborará un manual de procedimientos de programación quirúrgica, en función a seis sub actividades las que son: a) Taller de identificación y definición del procedimiento de actos quirúrgicos, b) Definir los requisitos y procedimientos, para realizar una solicitud de programación quirúrgica, c) Establecer la dotación de personal de las áreas quirúrgicas su organización y horarios de trabajo, d) Análisis del valor añadido y servuctivo realizado, e) Análisis de priorización del proceso y f) Revisión y aprobación del manual por parte de comité técnico de profesionales médicos

Para el cumplimiento del tercer resultado se realizada dos actividades fundamentales: a) Identificación de la capacidad productiva (cirugía, tiempos quirúrgicos, movimiento de pacientes, RRHH e infraestructura) y b) Mejora del proceso en función la demanda potencial de intervenciones; todas ellas por medio de otro conjunto de actividades.

Finalmente, para el resultado cuatro se desarrollarán dos actividades las que son: a) Estructurando el sistema de monitoreo y evaluación y b) Implementando el cuadro de mando.

## **12. INDICADORES DE LA ESTRUCTURA DE OBJETIVOS.**

Para el propósito, se ha propuesto los siguientes indicadores: a) 90% de las programaciones quirúrgicas cumplen con la estructuración del proceso, en virtud de la gestión por procesos. b) Índice bruto de ocupación de quirófanos es de 82% y c) El índice de ocupación y rendimiento de quirófano es de 80%. Los últimos como indicadores de rendimiento. A continuación, se describen los indicadores:

Índice de ocupación bruto de bloques quirúrgicos en intervenciones programadas: Sumatorio de tiempos entre la entrada y salida de quirófano de cada uno de los pacientes de cirugía programada más sumatorio de tiempos reales entre la salida de un paciente hasta la entrada del siguiente paciente en un mismo quirófano de cirugía programada y todo dividido por sumatorio de horas agendadas para cada quirófano x 100. -

Índice de ocupación neto de bloques quirúrgicos en intervenciones programadas: Sumatorio de tiempos entre la entrada y la salida de quirófano de cada uno de los pacientes en quirófanos de cirugía programada dividido por el sumatorio de horas agendadas para cada quirófano en un centro x 100.

En relación al primer resultado, el indicador hace referencia a los procesos caracterizados haciendo referencia a un 90% de procesos del Servicio caracterizados, al finalizar el primer mes de ejecución de la intervención.

En relación al segundo resultado, se hace referencia a la estructuración de procedimientos correspondientes al proceso de programación quirúrgica en base a la gestión por procesos teniendo como indicador que el 100% de procedimientos están estructurados y aprobados con relación al proceso de programación quirúrgica, en base a la gestión por procesos, hasta el segundo mes de ejecución de la intervención.

En relación al tercer resultado, se tiene como indicador de resultado; 95% de las programaciones quirúrgicas están estandarizadas y estructuradas de acuerdo a la capacidad productiva del área quirúrgica.

Y para el cuarto resultado se ha definido como indicador de resultado al siguiente: Sistema implementado al 90% que genera reportes automatizados.

Para las actividades del resultado 1, se tiene un solo indicador: 100% del documento diagnóstico situacional del proceso de programación finalizado.

Para el segundo resultado se ha previsto una sola actividad, por lo tanto el indicador es: el manual establece un diagrama de tiempos y movimientos de la programación, diaria, mensual y anual.

Para el tercer resultado se ha previsto los siguientes indicadores de las actividades: Actividad 1: el 100% de los puntos críticos son gestionados, tomando como puntos críticos que tienen implicancia con la eficacia del Servicio, estos son:

\*Tiempo de sobreutilización del quirófano (tiempo de sobreutilización del personal de quirófano).

\*Tiempo quirúrgico: tiempo desde que el paciente entra al quirófano hasta que sale del mismo.

\*Tiempo de rotación del quirófano: tiempo de salida del paciente del quirófano hasta la hora en que el siguiente paciente entra en el quirófano

y para la segunda actividad, que hace referencia a los procesos mejorados, el indicador se describe de la siguiente forma: 100% de los procedimientos estructurados están mejorados.

En relación a las actividades correspondientes al cuarto resultado, se contará con los indicadores por actividad: Actividad 1: Sistema estructurado al 100% y Actividad 2: Cuadro de mando implementado al 100%

### **13. FUENTES DE VERIFICACIÓN.**

Las fuentes de verificación para los resultados, son importantes y se los considera vital para que los ejecutores de la propuesta puedan alimentar correctamente al sistema de monitoreo y evaluación (Cuadro de mando).

Los medios de verificación de los resultados son los siguientes:

- Diagnóstico presentado y aprobado
- Manual presentado y aprobado por las instancias competentes
- Informes mensuales y/o trimestrales de gestión
- Informes y reportes mensuales de monitoreo

En lo que respecta a las actividades, las fuentes de verificación serán los documentos elaborados y los informes de gestión. De forma más detallada se puede decir que son los siguientes:

- Documentos del diagnóstico situacional
- Manual de operaciones
- Informes de gestión
- Actas de Reunión

#### **14. SUPUESTOS.**

Se ha tomado como supuestos a las situaciones que están fuera de control sobre todo para las personas que estarán a cargo de la ejecución de la propuesta, por ejemplo, a nivel propósito: el personal médico cumple con los procedimientos y aplica el manual de forma rigurosa.

A nivel resultado; estas son:

- Se dispone de datos históricos de la demanda de los últimos 3 años.
- Existe una predisposición positiva de los actores por la aprobación del manual
- La demanda y la oferta por atenciones quirúrgicas tienen buenos pronósticos
- Se tiene previsto un responsable del área seguimiento en el hospital.
- La contingencia ante el Corona virus, no impide que se realicen el monitoreo y evaluación de la intervención.

Para el caso de las actividades los supuestos son:

- El personal está a disposición de forma permanente para la validación de los manuales
- Existe la voluntad de las autoridades para la dotación de personal de las áreas quirúrgicas
- Se cuenta con la participación de los Jefes de ambos servicios en las reuniones de diagnóstico de puntos críticos del proceso

- El proceso tiene estándares óptimos.
- El sistema es automatizado
- Predisposición del personal
- Se cuenta con el personal necesario

## **15. ANÁLISIS DE VARIABILIDAD.**

La diversidad de elementos que influyen en el desempeño y eficiencia de las salas de cirugía, como ser las cancelaciones de último minuto, complicaciones en el quirófano, horas extra innecesarias de personal médico, entre otros. Todo lo cual puede llegar a traducirse en mayores costos, retrasos y operaciones que presentan una duración mayor a la estimada.

Se sabe que esta variabilidad va en contra de la eficiencia, por lo que es fundamental disminuir la variabilidad, para así aumentar la rentabilidad. Para adicionar, se ha identificado que una programación no óptima de las cirugías es el factor que mayor incidencia tiene en el desempeño y rendimiento del servicio de cirugía y del Boque Quirúrgico del Establecimiento.

## **16. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD.**

### **16.1. Factibilidad social.**

La intervención se la realizara en un entorno donde la sociedad es exigente, por tanto, la factibilidad social de la intervención, se traduce en el beneficio significativo a la población asegurada, en brindar un entorno de seguridad evitando las complicaciones y brindando una satisfacción al usuario evitando las cancelaciones por medio de la eficiente programación de cirugías.

### **Viabilidad socioeconómica.**

En el caso concreto lograr la meta de una eficiente programación de cirugías se podrá observar cambios positivos debido a que no se presentaran cancelaciones quirúrgicas, es decir mayores días de estancia hospitalaria y riesgos de adquirir

infecciones asociadas a la atención en salud. Estos inconvenientes están relacionados con una baja eficiencia en la programación quirúrgica, ahora se traducirán en beneficios que generarán un impacto económico medible en el tiempo.

### **16.2. Factibilidad cultural/intercultural.**

La intervención será factible a partir del respeto de conocimientos y saberes en función de la política nacional de salud familiar y comunitaria y el modelo de atención integral en salud, en la atención de la población asegurada. Por tanto, la intervención no pretende atender contra aspectos relacionados con la cultura e interculturalidad, sin embargo, se plantea una organización de la intervención para una satisfacción al usuario.

### **16.3. Factibilidad económica.**

Correspondiente a Plan Operativo Anual, de la Unidad de Gestión de Calidad y de los Servicios Quirúrgicos, los recursos económicos serán financiados por la Unidad Administrativa de la Regional la Paz, del Hospital Regional de la Caja de Salud de Caminos. Estos recursos están destinados a actividades para la mejora continua para la atención de calidad.

### **16.4. Factibilidad de género.**

Desde el enfoque de género, la intervención busca una mejora en función tanto de asegurados sin distinción de género.

## **17. ANÁLISIS DE SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO.**

La sostenibilidad está en función de afrontar los constantes desafíos que viene de la mano de la Autogestión Hospitalaria en Red y la Acreditación, situación que pone en juego la capacidad de las instituciones de salud para gestionar adecuadamente sus recursos y ofrecer sus servicios, por lo que existe la

necesidad de identificar y gestionar los potenciales de mejora en los procesos existentes, como parte del camino hacia la excelencia.

Paralelamente la sostenibilidad también viene del centro quirúrgico (CC) siendo un sector singular dentro de cualquier hospital, que atrae la atención por la evidencia de los resultados, la complejidad de las operaciones, la decisiva acción curativa y por ser el local más oneroso del complejo hospitalario.

La programación de cirugías, es decir; la utilización de la capacidad quirúrgica máxima de manera óptima constituye una de las principales medidas que tienen por objetivo la eficiencia, ya que los pacientes quirúrgicos representan la mayor entrada de recursos hospitalarios en una institución de cuidados de salud. Es decir, mayor eficiencia mayores ingresos.

#### **18. IMPACTO ESPERADO DEL PROYECTO.**

El impacto está identificado para medir el nivel de rendimiento de quirófano a partir de mejorar la eficiencia del proceso. Considerando lo anterior es necesario incorporar el creciente aporte que hacen las herramientas orientadas a la Gestión por Procesos, como una alternativa de solución para contribuir a aumentar el rendimiento hospitalario. Generando una visión global simplificada del quehacer del hospital, que facilite la detección de procesos claves en virtud de sus objetivos estratégicos y con ello encontrar puntos de mejora que den solución a las problemáticas de esta institución, optimizando los recursos, sin perder de vista la satisfacción de sus clientes.

#### **19. FUENTE DE FINANCIAMIENTO PARA EL PRESUPUESTO.**

Las fuentes de financiamiento están dadas por la Institución, de acuerdo a las actividades de implementación ya programadas en POA anual del Hospital Regional La paz de la Caja de Salud de Caminos.

## 20. REFERENCIAS.

1. Luna Amaya, Carmenza; Mendoza Bayuelo, Adriana Carmelina. Metodología para mejorar la ingeniería de Producto/Proceso basada en ingeniería concurrente Ingeniería y Desarrollo, núm. 16, 2004, pp. 59-69. Universidad del Norte Barranquilla, Colombia.
2. Martin, Lynn D.; Rampersad, Sally E.; Low, Daniel K.W.; Reed, Mark A. Mejoramiento de los procesos en el quirófano mediante la aplicación de la metodología Lean de Toyota. Revista Colombiana de Anestesiología, vol. 42, núm. 3, julio-septiembre, 2014, pp. 220-228.
3. Karidis PN, Dimitroulis D, Kouraklis G. Global financial crisis and surgical practice: the Greek paradigm. World J Surg. 2011; 35: 2377-2381.
4. Leslie RJ, Beiko D, van Vlymen J, Siemens DR. Day of surgery cancellation rates in urology: Identification of modifiable factors. Can Urol Assoc J. 2013.
5. OMS La cirugía segura salva vidas, segundo reto mundial por la seguridad del paciente. Francia: organización Mundial de la salud; 2008. disponible en: <http://bit.ly/1j8onMZ>.
6. Aguirre-Córdova JF, Chávez-Vázquez G, Huitrón Aguilar GA, Cortés-Jiménez N. ¿Por qué se suspende una cirugía? Causas, implicaciones y antecedentes bibliográficos. Gac Méd. Méx. 2003; 139: 545-551.
7. Dhafar KO, Ulmalki MA, Felemban MA, Mahfouz ME, Baljoon MJ, Gazzaz ZJ, et al. Cancellation of operations in Saudi Arabian hospitals: frequency, reasons and suggestions for improvements. Pak J Med Sci. 2015; 31: 1027-1032.
8. M. Nieves Domínguez González, M. Estrella López-Pardo Pardo, M. Teresa Rey Liste y M. Montserrat García Sixto. Intervención para reducir la variabilidad de las indicaciones quirúrgicas y la lista de espera de pacientes con prioridad 1. Una experiencia en Galicia. Gac Sanit. 2011;25(6):545-548
9. Galván MA, Flores NG. La suspensión de cirugía programada como un indicador de calidad en la atención hospitalaria. Rev Hosp M Gea Glz. 2006; 7: 59-62;
10. Olguín-Juárez Pedro. El análisis factorial para aumentar el rendimiento del quirófano y disminuir la cancelación de cirugía electiva. Cirujano General 2018; 40 (2): 78-86. Abril-junio 2018 Vol. 40, núm. 2 / p. 78-86.
11. Pedro Ruiz López, Joaquín Martínez Hernández y Juan Alcalde Escribano. Gestión de procesos en el Hospital Universitario 12 de octubre. Rev. Adm. Sanit. 2006;4(2):233-49.
12. Corella Monzón, I., Albarracín Serra A. Análisis del rendimiento quirúrgico: el sistema TQE [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2012 [consultado



- día mes año]. Disponible en:  
<http://www.unidadesdocentesdelaescuelanacionaldesanidad.com/tema13>.
13. Kumar R, Gandhi R. Reasons for cancellation of operation on the day of intended surgery in a multidisciplinary 500 bedded hospitals. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2012; 28: 66-69
  14. Moreno-Martínez R, Martínez-Cruz Rocío A. Eficiencia hospitalaria medida por el aprovechamiento del recurso cama en un hospital de segundo nivel de atención. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2015; 53: 552-557.
  15. Seim A.R, Fagerhaug T, Ryen S.M, et al. Causes of cancellations on the day of surgery at two major university hospitals. *Surg Innov*. 2009; 16:173-80
  16. Pollard J.B, Olson L. Early outpatient preoperative anesthesia assessment: Does it help to reduce operating room cancellations?. *Anesth Analg*. 1999; 89:502-5
  17. A. Gajida, I. Takai e Y. Nuhu, "Cancelaciones de procedimientos quirúrgicos electivos realizados en un hospital universitario en el noroeste de Nigeria", *Journal of Medicine in the Tropics* , vol. 18, no. 2, págs. 108–112, 2016. Ver en: Sitio del editor | Google Académico
  18. Fischer S.P. Development and effectiveness of an anesthesia preoperative evaluation clinic in a teaching hospital. *Anesthesiology*. 1996; 85:196-206
  19. Dexter F, Marcon E, Epstein R.H, et al. Validation of statistical methods to compare cancellation rates on the day of surgery. *Anesth Analg*. 2005; 101:465-73
  20. Juan Carlos Pattillo S. y Franklin Dexter. Enfrentando el dilema de las suspensiones: características e incidencia de las suspensiones quirúrgicas en un centro académico en Chile. *Rev Chil Cir* 2018;70(4):322-328.
  21. Jiménez A, Artigas C, Elia M, et al. Cancellations in ambulatory day surgery: Ten years observacional study. *Ambul Surg*. 2006; 12:119-23.
  22. Leite-Arieta C.E, Taiar A, Kara J.N. Utilização e causas de suspensão de intervenções cirúrgicas oculares em centro cirúrgico ambulatorial universitário. *Rev Assoc Med Bras*. 1995; 41:233-5
  23. Bridgen R. National good practice on pre-operative assessment for inpatient surgery. *Operanting Theatre & Pre-operative Assessment Programme*. NHS Modernisation Agency. 2003. p. 1-32 [consultado 24 May 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/1SQZ3XY>
  24. Evaluando el indicador de desempeño suspensión quirúrgica, como factor de calidad en la asistencia al paciente quirúrgico. *Enferm. glob*. vol.10 no.23 Murcia jul. 2011 <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000300014>.

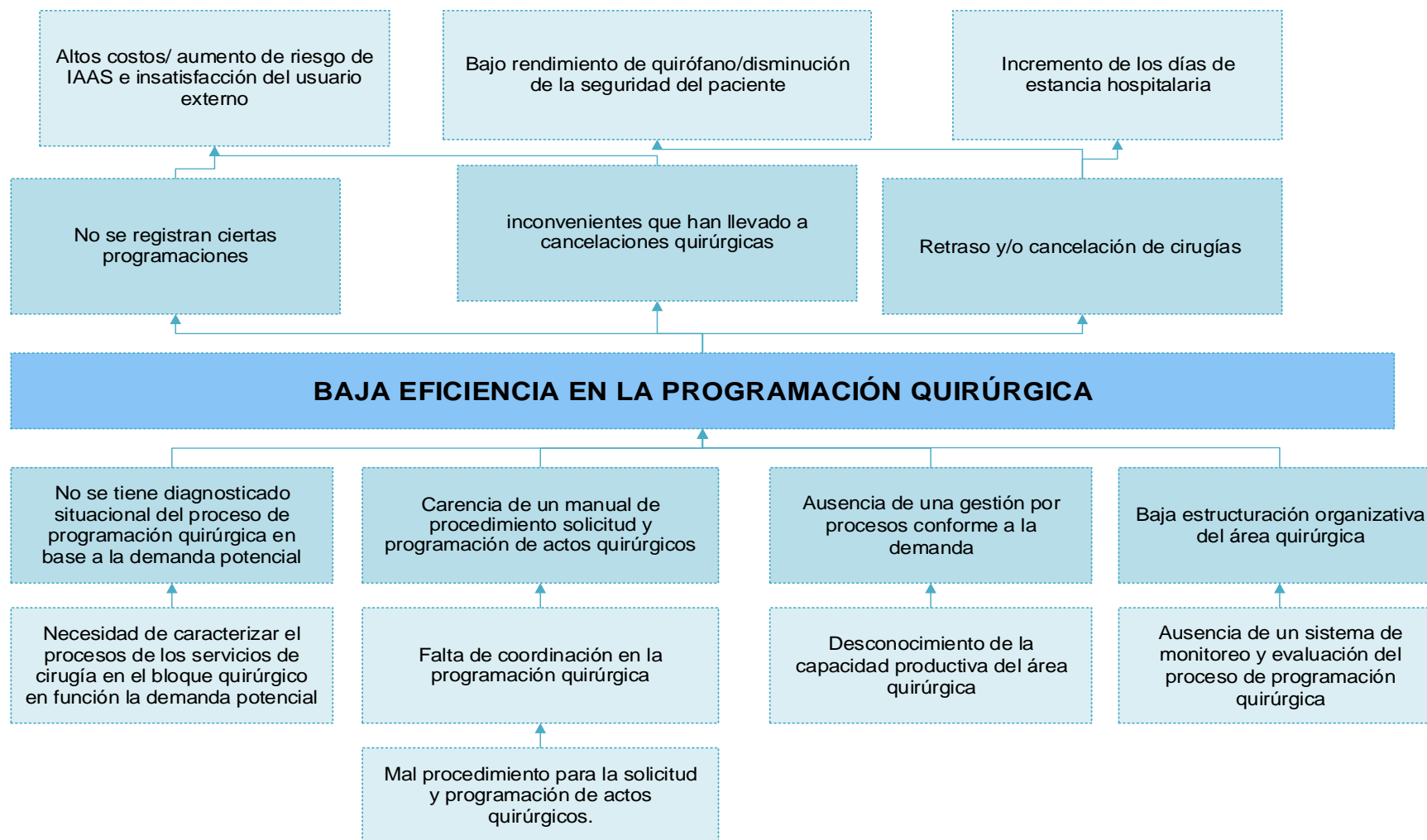
25. Chaves Sá, SP., Gomes do Carmo, T., Secchin Canale, L. Evaluando el indicador de desempeño suspensión quirúrgica, como factor de calidad en la asistencia al paciente quirúrgico. *Enfermería Global*. julio 2011, N° 23: 190-199.
26. Aoki-Nepote MH, Urbano-Monteiro i, Hardy E. la asociación entre los índices operacionales y la tasa de ocupación de un centro quirúrgico general. *rev latino-Am Enfermagem* 2009;17(4):529-534 [consultado en marzo 13 de 2014]. disponible en: <http://bit.ly/1iZ2n2f>
27. Fernández HVM, Sotelo GEM. Los derechos humanos y la salud pública. *Rev Fac Med UNAM*. 2000; 43: 238-242
28. González-Arévalo A, Gómez-Arnau JI, de la Cruz FJ, Marzal JM, Ramírez S, Corral EM y cols. Causes for cancellation of elective surgical procedures in a Spanish general hospital. *Anaesthesia*. 2009; 64: 487-493.
29. G. Gaviria-García, G. Lastre-Amell y M. Suárez-Villa., Causas que inciden en cancelación de cirugías desde la percepción del personal de salud. *Enfermería Universitaria*. 2014, p. 47-51
30. Medina A, Rivera D, Hernández N, Rodríguez C, 2019, p. 34
31. Hernández-Nariño A, et al., Generalización de la gestión por procesos como plataforma de trabajo de apoyo a la mejora de organizaciones de salud. *Rev. Gerencia. Polít. Salud*. 2016; p. 66-87  
Hernández, Nariño A., et al., Inserción de la Gestión por Procesos en Instituciones Hospitalarias. *Concepción Metodológica y práctica*. v.48. 2013, p. 739-756.
32. Albareda Albareda, Jorge; Seral García, Begoña Belén. La gestión clínica de pacientes de cirugía ortopédica y traumatología Departamento Director/es en una unidad de cirugía mayor ambulatoria. Universidad de Zaragoza. 2019, <http://zaguan.unizar.es>. Pg 21
33. Barrios León, Marianna Modelo de gestión en el sector salud basado en la calidad de servicios, *Revista INGENIERÍA UC*, vol. 18, núm. 1, enero-abril, 2011, pp. 80-87, Universidad de Carabobo.
34. Dr. Frenk Mora Julio, Dr. Ruelas Barajas Enrique, Dr. Hernández Llamas Héctor, Dr. Pesqueira Villegas Eduardo. *Innovaciones en gestión hospitalaria en México: El caso de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad / HRAE*. Secretaria de Salud. México: México D.F., 1º Ed. octubre 2006.
35. Álvarez Theurer, Esther; Vaquero Abellán, Manuel. Mejora continua de la calidad en una unidad médica de valoración de incapacidad temporal. *Med Segur Trab* 2007; Vol. LIII N° 207: 21-34.

36. Bejarano, Mónica. Evaluación cuantitativa de la eficiencia en las salas de cirugía. Rev Colomb Cir. 2011; 26:273-284.
37. Ávalos García, María Isabel. La evaluación de la calidad en la atención primaria a la salud. Consideraciones teóricas y metodológicas. Horizonte Sanitario Vol.9, No.1 enero-abril 2010. Pg 10 12
38. Forrellat Barrios, Mariela. Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible, Revista Cubana Hematología, Inmunología y Hemoterapia. 2014;30(2):179-183.
39. León Medina Alberto, et al., Procedimiento para la gestión por procesos: métodos y herramientas de apoyo. Chile, Arica. 2019
40. Peters JA, Dean HM, Enhancing OR capacity and utilization. Healthc Financ Manage. 2011; 65: 66-71
41. PRONACS, Ministerio de Salud Bolivia. 2008., p. 11 y 12.
42. Constitución Política del Estado (CPE), [https://www.oas.org/dil/esp/constitucion\\_bolivia.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/constitucion_bolivia.pdf) 7 Febrero 2009.Ley No. 777 del 21 Ley del Sistema de Planificación Integral del Estado (SPIE). Bolivia, de enero de 2016
43. Ley No. 777 del 21 Ley del Sistema de Planificación Integral del Estado (SPIE). Bolivia, de enero de 2016
44. Ley de 14 de diciembre de 1956, Código de Seguridad Social.
45. Reglamento del Código de Seguridad Social, Bolivia, 30 de septiembre de 1959
46. Ley N° 3131 La Regulación del Ejercicio Profesional Médico, Bolivia, promulgada el 8 de agosto de 2005.
47. Ley General del Trabajo, Bolivia, del 8 de diciembre de 1942.
48. Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud de Segundo Nivel de Atención. Documento Técnico, La Paz, Bolivia, 2014
49. Reglamento General de Hospitales. Ministerio de Salud y Deportes Bolivia. Dr. Andrés A. Coca Aranibar. Gestión 2005.
50. Manual de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Salud de Segundo Nivel de Atención de la Seguridad Social de Corto Plazo. Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo. Gestión 2019.
51. Decreto Supremo N°3561, del 16 de mayo de 2018.
52. Plan Estratégico Institucional 2016 – 2020 de la Caja de Salud de Caminos.
53. Plan Operativo Anual 2020 de la Caja de Salud de Caminos, aprobado por la Autoridad de Supervisión y Fiscalización de la Seguridad Social a coroto plazo.
54. Harrington James, Mejoramiento de los Procesos de la Empresa, Editorial McGraw-Hill, Colombia, 1993, p.9 y 10.

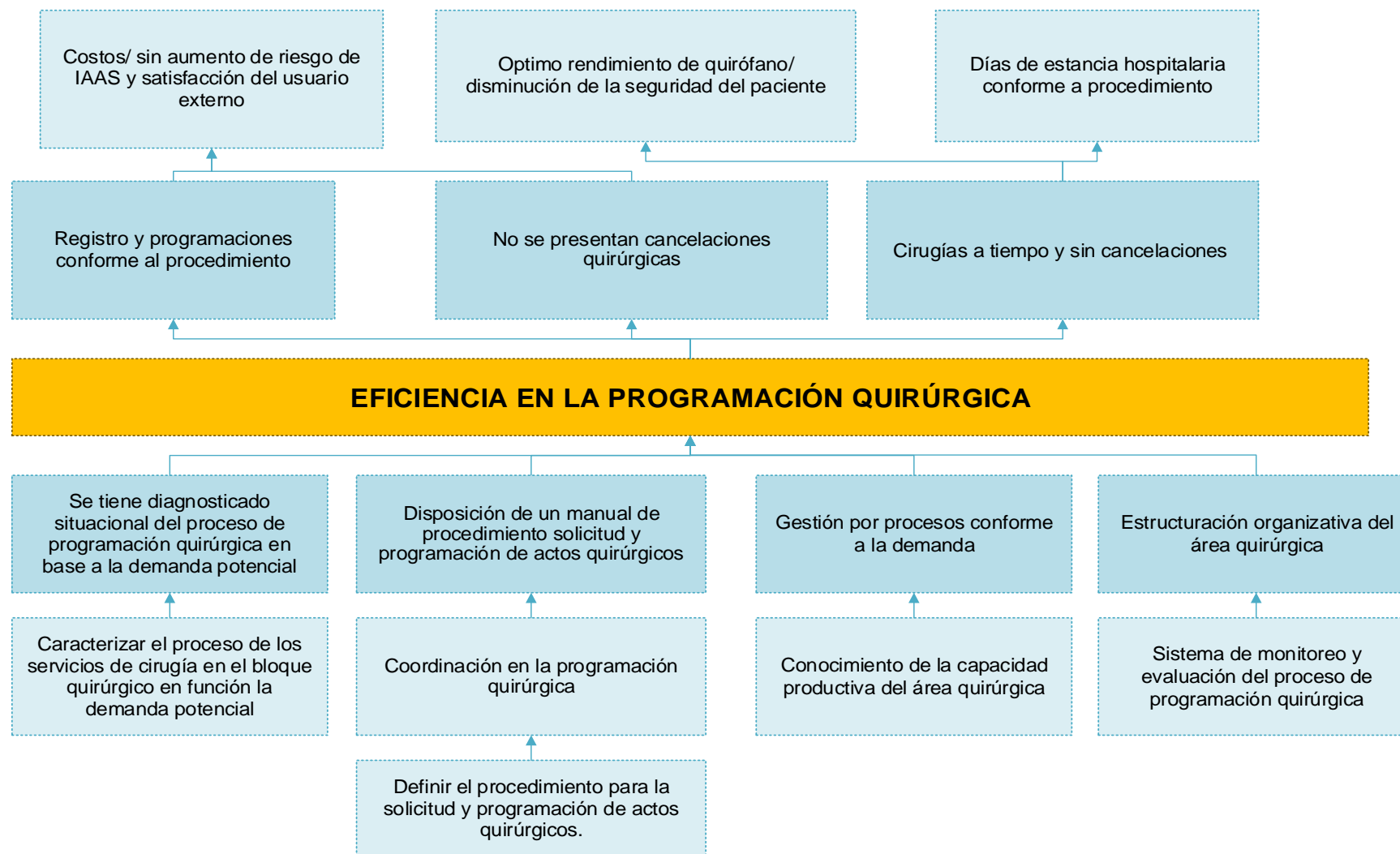
55. Hammer Michael y Champy James, Reingeniería, Edit. Norma, Colombia, 1994, p.37
56. Normas Básicas, Sistema de Organización Administrativa RS N° 217055, Glosario Administrativo, 30 de mayo de 1997, La Paz
57. CENCAP, Sistema de Organización Administrativa para las Municipalidades, Texto de Consulta, Contraloría General de la República, La Paz, 2005, p. 15.
58. Juran J.M., op. cit., p. 8.
59. Pérez-Fernández de Velasco José Antonio, Gestión de la Calidad orientada a los Procesos, Primera Edición, Editorial ESIC, Madrid, 1999. Pg 158; 169; 171 a 175.
60. Pepsard Joe y Rowland Phillip, *La Esencia de la Reingeniería en los Procesos de Negocios*, Editorial Prentice Hall Hispanoamericana, México, 1996, p. 45 y 46.
61. Kaye & Fox, *Operating Room Leadership and Management*, Cambridge University Press, 2012.
62. Torres Sánchez M.; Estupiñan Gonzales A. *Análisis de Variabilidad en la Programación de Cirugías en un Hospital de Nivel IV en la Ciudad de Bogotá*. Pontificai Universidad Javeriana. Bogotá. 2014, p. 11 y 12.
63. Resolución Suprema Nro. 167567 del 1 de marzo de 1973.
64. Resolución Suprema Nro. 182970 de 27 de diciembre de 1976
65. Anuario Estadístico, Caja de Salud de Caminos. Gestión 2018
66. Perfil Epidemiológico 2018 Caja de Salud de Caminos.
67. Cuaderno de registro de cirugías Bloque Quirúrgico. Gestión 2019.

## 21. ANEXOS

## 21.1 ANEXO N°1 ÁRBOL DE PROBLEMAS



## 21.2 ANEXO N°2 ÁRBOL DE OBJETIVOS



### 21.3. ANEXO N° 3 MATRIZ DE MARCO LÓGICO.

OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<b>META.</b>			
La utilización del quirófano es eficiente			
<b>PROPÓSITO</b>			
Estructurar el proceso de programación de cirugías de forma que optimice el rendimiento del Bloque Quirúrgico	90% de las programaciones quirúrgicas cumplen con la estructuración del proceso. Índice bruto de ocupación de quirófanos es de 82% El índice de ocupación y rendimiento de quirófano es de 80% Tasa de cancelación de cirugías 2%	Informes de gestión	El personal médico cumple con los procedimientos y aplica el manual de forma rigurosa
<b>RESULTADOS.</b>			
<b>R1.</b> Se cuenta con la caracterización de procesos de los servicios de cirugía en el bloque quirúrgico	90% de los procesos del servicio de cirugía están caracterizados al finalizar el primer mes de ejecución de la iniciativa	Diagnóstico presentado y aprobado Informes de gestión	Se dispone de datos históricos de la demanda de los últimos 3 años.
<b>R2.</b> Se ha estructurado procedimientos del proceso de programación de actos quirúrgicos, en base a la gestión por procesos.	Se tiene el 100% de procedimientos estructurados y aprobados con relación al proceso de programación quirúrgica, al finalizar el segundo mes de ejecución de la intervención	Manual presentado y aprobado por las instancias competentes Informes de gestión	Existe una predisposición positiva de los actores por la aprobación del manual
<b>R3.</b> El proceso de Programación quirúrgica esta estructurado en función de la capacidad productiva del área quirúrgica.	95% de las programaciones quirúrgicas cumplen criterios de acuerdo a la gestión por procesos y a la capacidad productiva del área quirúrgica	Informes mensuales	La demanda y la oferta por atenciones quirúrgicas tienen buenos pronósticos



OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
	Índice bruto de ocupación de quirófanos es de 82% El índice de ocupación y rendimiento de quirófano es de 80% Tasa de cancelaciones al 2%		
<b>R4.</b> Se cuenta con el sistema de monitoreo y evaluación del proceso de programación quirúrgica en función a la estructura organizativa del área quirúrgica, en el hospital N° 1 de la Caja de Salud de Caminos.	100% de indicadores son monitorizados por Responsable de Monitoreo del Servicio, hasta finalizar el tercer mes de la ejecución de la intervención  Se cumple en un 25% la ejecución del plan de monitoreo y evaluación de indicadores hasta finalizar la gestión.	Informes y reportes mensuales de monitoreo	Se tiene previsto un responsable del área seguimiento en el hospital.  La contingencia ante el Corona virus, no impide que se realicen el monitoreo y evaluación de la intervención
<b>ACTIVIDADES.</b>			
<b>A1 R1.</b> Elaboración de un diagnóstico situacional del proceso de programación quirúrgica en base a la demanda potencial de intervenciones quirúrgicas	100% del documento diagnóstico situacional del proceso de programación finalizado 1 Taller de socialización del diagnóstico 1 Taller de presentación del diagnóstico	Documentos del diagnóstico situacional	El personal está a disposición de forma permanente para la validación de los manuales
<b>A2 R1.</b> Elaboración de la caracterización de los procedimientos del proceso de programación quirúrgica	100% de procedimientos del proceso de programación quirúrgica caracterizados	Documento aprobado por Autoridades	
<b>A1 R2.</b> Elaboración de un manual de procedimientos del	2 reuniones de validación del manual finalizado	Documento aprobado Actas de reunión	Existe la voluntad de las autoridades para la dotación

OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
proceso de programación quirúrgica con un diagrama de		Informes de gestión	de personal de las áreas quirúrgicas
<b>A1 R3.</b> Identificación de la capacidad productiva (cirugía, tiempos quirúrgicos, movimiento de pacientes, RRHH e infraestructura)	100% de los puntos críticos son gestionados: *Tiempo de sobreutilización del quirófano (tiempo de sobreutilización del personal de quirófano).  *Tiempo quirúrgico: tiempo desde que el paciente entra al quirófano hasta que sale del mismo.  *Tiempo de rotación del quirófano: tiempo de salida del paciente del quirófano hasta la hora en que el siguiente paciente entra en el quirófano	Informes de gestión	Se cuenta con la participación de los Jefes de ambos servicios en las reuniones de diagnóstico de puntos críticos del proceso
<b>A2 R3.</b> Procedimientos estructurados y mejorados en función la demanda potencial de intervenciones	100% de los procedimientos estructurados están mejorados	Informe de gestión	El proceso tiene estándares óptimos.
<b>A1 R4.</b> Estructuración del sistema de monitoreo y evaluación	1 Responsable de Monitoreo y Evaluación en el Servicio 1 Reunión de validación de indicadores 1 Reunión de elaboración del plan de monitoreo y evaluación 1 Reunión para elaboración del plan de gestión de riesgos	Informe de gestión	El sistema es automatizado
<b>A2 R4.</b> Implementando del sistema de monitoreo y	Reunión de presentación del cuadro de	Informes de gestión	Predisposición del personal

OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
evaluación. (Cuadro de mando)	Monitoreo y evaluación Taller de socialización del cuadro de monitoreo y evaluación de indicadores		Se cuenta con el personal necesario

#### 21.4. ANEXO N°4 PRESUPUESTO.

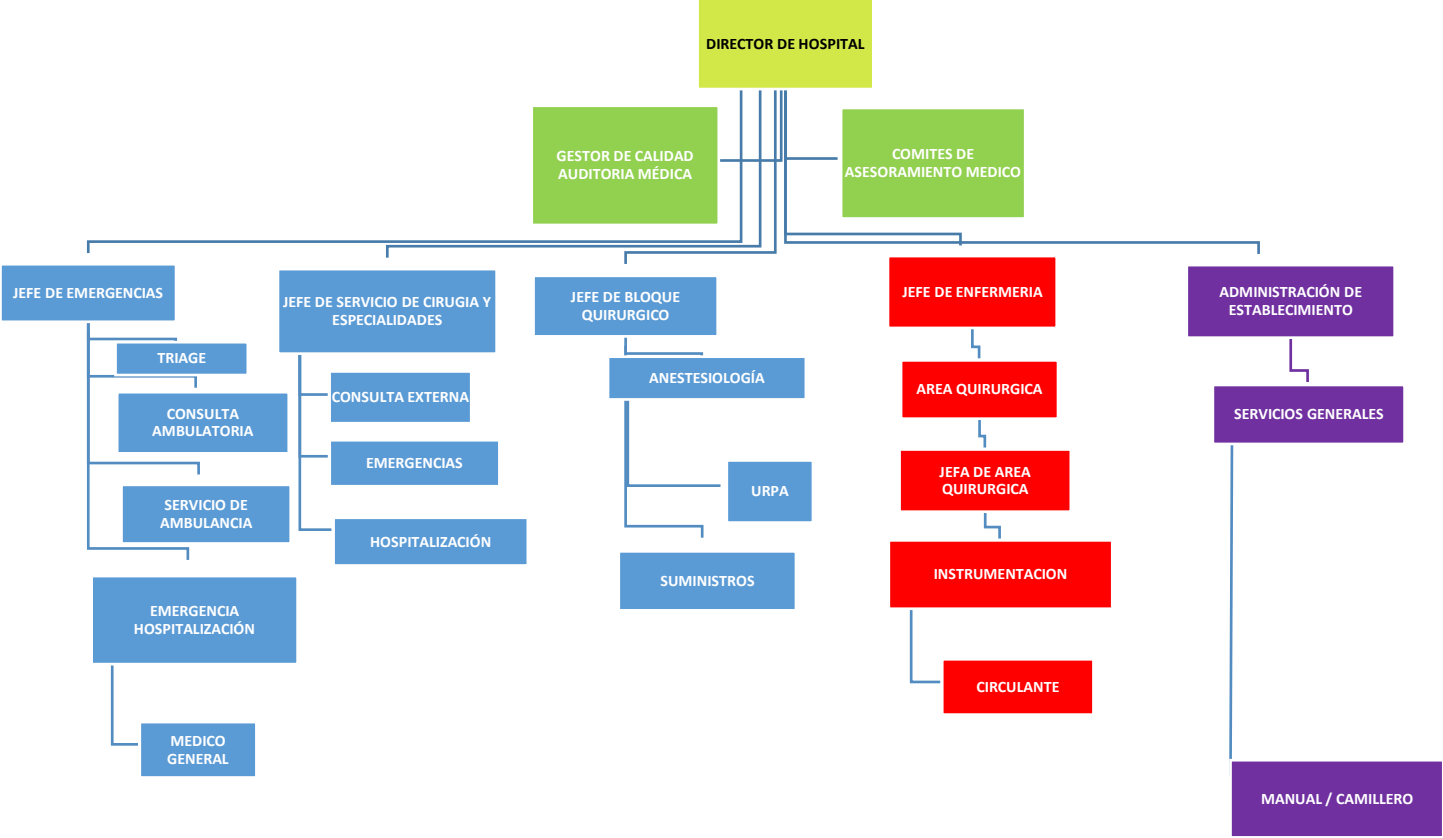
ÍTEM	PARTIDA	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	TOTAL
<b>MATERIAL DE ESCRITORIO</b>				
Papel Bond tamaño carta	431110	0,2	1000	200
Papel membretado	431110	0,2	1000	200
<b>SUB TOTAL</b>				<b>400</b>
<b>EQUIPAMIENTO</b>				
Equipo de computación	4311120	8540	1	8540
Impresora laser	4311120	4500	1	4500
Laptop para la Unidad	4311120	6500	1	6500
Tinta de 7L para impresora	4311120	850	1	850
Tonner para impresora laser	4311120	980	1	980
<b>SUB TOTAL</b>				<b>21370</b>
<b>PRESUPUESTO POR OBJETIVOS Y ACTIVIDADES</b>				
<b>R1. Se cuenta con la caracterización de procesos de los servicios de cirugía en el bloque quirúrgico en función la demanda potencial de intervenciones quirúrgicas en el Hospital N°1 de La Caja de Salud de Caminos.</b>				
<b>A1. Elaboración de un diagnóstico situacional del proceso de programación quirúrgica en base a la demanda potencial de intervenciones quirúrgicas</b>				
<b>SA. Reunión de socialización del diagnóstico con todo el equipo de trabajo</b>				
Refrigerio	31120	10	11	110
Fotocopias	39500	20	11	220
<b>SA. Taller de socialización del diagnóstico situacional del proceso de programación quirúrgica en base a la demanda potencial</b>				
Refrigerio	31120	15	11	165
Fotocopias	39500	20	11	220
<b>SUB TOTAL</b>				<b>715</b>
<b>R2. Se ha formulado el procedimiento para la solicitud y programación de actos quirúrgicos</b>				
<b>A1. Elaboración de un manual de procedimiento solicitud y programación de actos quirúrgicos</b>				
<b>SA. Taller de identificación y definición del procedimiento de actos quirúrgicos</b>				
Refrigerio	31120	10	11	110
Fotocopias	39500	20	11	220
<b>SUB TOTAL</b>				<b>330</b>
<b>R3. Se ha implementado la gestión por procesos en base a la capacidad productiva del área quirúrgica en el Hospital N°1 de La Caja de Salud de Caminos.</b>				

ÍTEM	PARTIDA	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	TOTAL
<b>A1. Identificación de la capacidad productiva (cirugía, tiempos quirúrgicos, movimiento de pacientes, RRHH e infraestructura)</b>				
<b>SA. Determinar la productividad del área quirúrgica por medio de un estudio de la oferta (cartera de servicios del área quirúrgica)</b>				
Consultoría	25220	7500	1	7500
Fotocopias	39500	20	11	220
<b>SA. Determinar la demanda de cirugías en los tres últimos años y su proyección en el tiempo</b>				
Consultoría	25220	7500	1	7500
Fotocopias	39500	20	11	220
<b>SUB TOTAL</b>				<b>15440</b>
<b>R4. Se cuenta con el sistema de monitoreo y evaluación del proceso de programación quirúrgica en función a la estructura organizativa del área quirúrgica, en el Hospital N°1 de La Caja de Salud de Caminos.</b>				
<b>SA. Implementando del sistema de monitoreo y evaluación (Cuadro de mando)</b>				
Refrigerio	31120	10	11	110
Fotocopias	39500	20	11	220
<b>SUB TOTAL</b>				<b>330</b>
<b>TOTAL</b>				<b>38585</b>

## 21.5. ANEXO N°5 MAPAS DE UBICACIÓN DEL PROYECTO



21.6 ANEXO N°6 ESTRUCTURA INSTITUCIONAL COMUNITARIA.



## 21.7 ANEXO N°7 CRONOGRAMA

10 OBJETIVO. ESTRUCTURAR EL PROCESO DE CIRUGÍAS DE FORMA ÓPTIMA	JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S
<b>R1.</b>	<b>SE CUENTA CON LA CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS DE LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO EN FUNCIÓN LA DEMANDA POTENCIAL DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN EL HOSPITAL N°1 DE LA CAJA DE SALUD DE CAMINOS</b>																							
<b>A1.</b>	<b>Elaboración de un diagnóstico situacional del proceso de programación quirúrgica en base a la demanda potencial de intervenciones quirúrgicas</b>																							
SA1.	Reunión de socialización de la metodología para elaboración del diagnóstico con todo el equipo de trabajo	X																						
SA2.	Análisis de indicadores de rendimiento del Bloque Quirúrgico		X	X	X																			
SA3.	Estudio de la demanda potencial, por medio de métodos econométricos tres últimos años y su proyección		X	X	X																			
SA4.	Describir la cartera de servicios del área quirúrgica					X	X																	
SA5.	Taller se socialización del diagnóstico situacional del proceso de programación quirúrgica en base a la demanda potencial																							
<b>R2.</b>	<b>SE HA FORMULADO EL PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD Y PROGRAMACIÓN DE ACTOS QUIRÚRGICOS.</b>																							
<b>A1.</b>	<b>Elaboración de un manual de procedimiento solicitud y programación de actos quirúrgicos</b>																							
SA1.	Taller de identificación y definición del procedimiento de actos quirúrgicos						X																	
SA2.	Definir los requisitos y procedimientos, para realizar una solicitud de programación quirúrgica																							



10 OBJETIVO. ESTRUCTURAR EL PROCESO DE CIRUGÍAS DE FORMA ÓPTIMA		JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
		1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S
SA3.	Establecer la dotación de personal de las áreas quirúrgicas su organización y horarios de trabajo								X																
SA4.	Análisis del valor añadido y servuctivo realizado (diaria, mensual y anual)									X															
SA5.	Análisis de priorización del proceso										X														
SA6.	Revisión y aprobación del manual por parte de comité técnico de profesionales médicos											X													
<b>R3.</b>	<b>SE HA IMPLEMENTADO LA GESTIÓN POR PROCESOS EN BASE A LA CAPACIDAD PRODUCTIVA DEL ÁREA QUIRÚRGICA EN EL HOSPITAL N° 1 DE LA CAJA DE SALUD DE CAMINOS.</b>																								
<b>A1.</b>	<b>Identificación de la capacidad productiva (cirugía, tiempos quirúrgicos, movimiento de pacientes, RRHH e infraestructura)</b>																								
SA1.	Determinar la productividad del área quirúrgica por medio de un estudio de la oferta (cartera de servicios del área quirúrgica)													X											
SA2.	Determinar la demanda de cirugías en los tres últimos años y su proyección en el tiempo													X											
SA3.	Identificar las actuales normas para la programación de cirugías y los procedimientos para su aplicación														X										
SA4.	Identificación de tiempos promedio y movimientos del proceso. (datos históricos)															X									

10 OBJETIVO. ESTRUCTURAR EL PROCESO DE CIRUGÍAS DE FORMA ÓPTIMA		JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				
		1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	
SA5.	Elaboración del análisis costo beneficio del proceso y su socialización															X										
<b>A2.</b>	<b>Mejora del proceso en función la demanda potencial de intervenciones</b>																									
SA1.	Oportunidades de mejora - posibilidades de mejora - benchmarking																X									
SA2.	Mejora de protocolos actuales para la preparación de los pacientes que entran a cirugías (presentación de análisis de valor añadido, análisis servuctivo, análisis de tiempos, y análisis de priorización)																		X							
<b>R4.</b>	<b>SE CUENTA CON EL SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PROCESO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA EN FUNCIÓN A LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DEL ÁREA QUIRÚRGICA, EN EL HOSPITAL N° 1 DE LA CAJA DE SALUD DE CAMINOS.</b>																									
<b>A2.</b>	<b>Estructuración del sistema de monitoreo y evaluación</b>																									
SA1.	Elaboración de la estructura de indicadores de proceso y resultado																			X						
SA1.	Identificación de la red de información																					X				
SA2.	Cronograma de monitoreo y evaluación de indicadores de proceso y resultado																						X			
<b>A3.</b>	<b>Implementando del sistema de monitoreo y evaluación (Cuadro de mando)</b>																									
SA1.	Elaboración del cuadro de mando																						X			
SA2.	Reunión de socialización del cuadro de mando																							X		
SA3.	Implementación del cuadro de mando con personal del servicio																							X	X	X

## 21.8 ANEXO N°8 PLAN DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO

PROPÓSITO. ESTRUCTURAR EL PROCESO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA DE FORMA OPTIMA				
RESULTADOS	ACTIVIDADES	SUB ACTIVIDADES	PERIODO DE EJECUCIÓN	RESPONSABLE
<b>R1</b>  <b>SE CUENTA CON LA CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS DE LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO EN FUNCIÓN LA DEMANDA POTENCIAL DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN EL HOSPITAL N°1 DE LA CAJA DE SALUD DE CAMINOS</b>	<b>Elaboración de un diagnóstico situacional del proceso de programación quirúrgica en base a la demanda potencial de intervenciones quirúrgicas</b>	Reunión de socialización del diagnóstico con todo el equipo de trabajo	Primera semana de Julio 2020	Comité Técnico Administrativo Gestor de Calidad
		Estudio de la demanda potencial, por medio de métodos econométricos tres últimos años y su proyección	2da a la 4ta semana de julio	Gestor de Calidad
		Describir la cartera de servicios del área quirúrgica	1ra y 2da semana de agosto	Gestor de Calidad
		Taller de socialización del diagnóstico situacional del proceso de programación quirúrgica en base a la demanda potencial	3ra semana de agosto	Gestor de Calidad Jefes de Servicios
<b>R2</b>  <b>SE HA FORMULADO EL PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD Y PROGRAMACIÓN DE ACTOS QUIRÚRGICOS.</b>	<b>Elaboración de un manual de procedimiento solicitud y programación de actos quirúrgicos</b>	Taller de identificación y definición del procedimiento de actos quirúrgicos	2da semana de agosto	Gestor de Calidad
		Definir los requisitos y procedimientos, para realizar una solicitud de programación quirúrgica	3ra semana de agosto	Bioestadístico Gestor de Calidad
		Establecer la dotación de personal de las áreas quirúrgicas su organización y horarios de trabajo	4ta semana de agosto	Gestor de Calidad
		Análisis del valor añadido y servuctivo realizado (diaria, mensual y anual)	1ra semana de septiembre	Gestor de Calidad
		Análisis de priorización del proceso	2da semana de septiembre	Gestor de Calidad

PROPÓSITO. ESTRUCTURAR EL PROCESO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA DE FORMA OPTIMA				
RESULTADOS	ACTIVIDADES	SUB ACTIVIDADES	PERIODO DE EJECUCIÓN	RESPONSABLE
		Revisión y aprobación del manual por parte de comité técnico de profesionales médicos	3ra semana de septiembre	Gestor de Calidad
<b>R3</b>  <b>SE HA IMPLEMENTADO LA GESTIÓN POR PROCESOS EN BASE A LA CAPACIDAD PRODUCTIVA DEL ÁREA QUIRÚRGICA EN EL HOSPITAL Nº 1 DE LA CAJA DE SALUD DE CAMINOS.</b>	<b>Identificación de la capacidad productiva (cirugía, tiempos quirúrgicos, movimiento de pacientes, RRHH e infraestructura)</b>	Determinar la productividad del área quirúrgica por medio de un estudio de la oferta (cartera de servicios del área quirúrgica)	1ra semana de octubre	Gestor de Calidad Jefes de Servicios
		Determinar la demanda de cirugías en los tres últimos años y su proyección en el tiempo	1ra semana de octubre	Gestor de Calidad Jefes de Servicios
		Identificar las actuales normas para la programación de cirugías y los procedimientos para su aplicación	2da semana de octubre	Gestor de Calidad Jefes de Servicios
		Identificación de tiempos promedio y movimientos del proceso. (datos históricos)	3ra semana de octubre	Gestor de Calidad Administrador Regional
		Elaboración del análisis costo beneficio del proceso y su socialización	3ra semana de octubre	Gestor de Calidad Administrador Regional
	<b>Mejora del proceso en función la demanda potencial de intervenciones</b>	Oportunidades de mejora - posibilidades de mejora - benchmarking	4ta semana de octubre	Gestor de Calidad
		Mejora de protocolos actuales para la preparación de los pacientes que entran a cirugías (presentación de análisis de valor añadido, análisis servuctivo, análisis de tiempos, y análisis de priorización)	1ra semana de noviembre	Gestor de Calidad Jefes de Servicios
	<b>R4</b>	<b>Estructuración del sistema de monitoreo y evaluación</b>	Elaboración de la estructura de indicadores de proceso y resultado	2da semana de noviembre
Identificación de la red de información			3ra semana de noviembre	Gestor de Calidad

<b>PROPÓSITO. ESTRUCTURAR EL PROCESO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA DE FORMA OPTIMA</b>				
<b>RESULTADOS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>SUB ACTIVIDADES</b>	<b>PERIODO DE EJECUCIÓN</b>	<b>RESPONSABLE</b>
<b>SE CUENTA CON EL SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PROCESO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA EN FUNCIÓN A LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DEL</b>		Cronograma de monitoreo y evaluación de indicadores de proceso y resultado	3ra semana de noviembre	Gestor de Calidad
	<b>Implementando del sistema de monitoreo y evaluación (Cuadro de mando)</b>	Elaboración del cuadro de mando	4ta semana de noviembre	Gestor de Calidad
		Reunión de socialización del cuadro de mando	1ra semana de diciembre	Gestor de Calidad
		Implementación del cuadro de mando con personal del servicio	2da semana de diciembre hasta la primera semana de enero	Gestor de Calidad

## 21.9 ANEXO N°9 SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PROYECTO

22	OBJETIVO/ACTIVIDAD	INDICADORES	UNIDAD DE MEDIDA	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	RECOLECCIÓN DE DATOS	ANÁLISIS Y REPORTE			
						REPORTE	FRECUENCIA	RESPONSABLE	
	PROPÓSITO	Estructurar el proceso de programación quirúrgica de forma óptima	90% de las programaciones quirúrgicas han sido llevadas de forma óptima. Tasa de cancelaciones al 2%	Porcentaje	Informes de gestión Registro de cirugías realizadas	Registro de cirugías realizadas Registro de cancelaciones	Informes de gestión	Bimensual	Gestor de Calidad Comité técnico Administrativo
	R1.	Se cuenta con la caracterización de procesos de los servicios de cirugía en el bloque quirúrgico en función la demanda potencial de intervenciones quirúrgicas en el Hospital N°1 de la Caja de Salud de Caminos	Se tiene identificada la demanda potencial de intervenciones quirúrgicas por medio de un estudio específico presentado al 100%	Porcentaje	Diagnóstico presentado y aprobado	Cuadro de control del proyecto	Informes de gestión	Mensual	Gestor de Calidad
	A1.	Elaboración de un diagnóstico situacional del proceso de programación quirúrgica en base a la demanda potencial de intervenciones quirúrgicas	100% del documento diagnóstico situacional del proceso de programación finalizado	Porcentaje de ejecución	Documentos del diagnóstico situacional	Cuadro de control del proyecto	Informes de gestión	Mensual	Gestor de calidad
	SA1.	Reunión de socialización de la metodología para elaboración del diagnóstico con todo el equipo de trabajo	100% de participación de actores clave	Porcentaje de participación	Actas de reunión	Actas de participación	Informe de taller	Semanal	Gestor de Calidad
	SA2.	Análisis de indicadores de rendimiento del Bloque Quirúrgico	100% de indicadores analizados	Porcentaje	Informes de gestión	Indicadores de los últimos tres años	Informes de gestión	Anual	Gestor de Calidad

22	OBJETIVO/ACTIVIDAD	INDICADORES	UNIDAD DE MEDIDA	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	RECOLECCIÓN DE DATOS	ANÁLISIS Y REPORTE		
						REPORTE	FRECUENCIA	RESPONSABLE
SA3.	Estudio de la demanda potencial, por medio de métodos econométricos tres últimos años y su proyección	100% del documento finalizado	Porcentaje	Informes de gestión	Demanda histórica de los últimos 3 años	Informes de gestión	Anual	Gestor de Calidad
SA4.	Describir la cartera de servicios del área quirúrgica	100% del documento finalizado	Porcentaje	Informes de gestión	Servicios ofertados	Informes de gestión	Anual	Gestor de Calidad
SA5.	Taller de socialización del diagnóstico situacional del proceso de programación quirúrgica en base a la demanda potencial	100% de participación de actores clave	Porcentaje de participación	Actas de reunión	Actas de participación	Informe de taller	Semanal	Gestor de Calidad
R2.	Se ha formulado el procedimiento para la solicitud y programación de actos quirúrgicos.	Se tiene el procedimiento en un manual específico desarrollado al 100%	Porcentaje	Manual presentado y aprobado por las instancias competentes	Cuadro de control del proyecto	Informes de gestión	Semanal	Gestor de Calidad
A1.	Elaboración de un manual de procedimiento solicitud y programación de actos quirúrgicos	El manual establece un diagrama de tiempos y movimientos de la programación, diaria, mensual y anual al 100%	Porcentaje de ejecución	Documento de Manual de operaciones	Cuadro de control del proyecto	Informes de gestión	Semanal	Gestor de Calidad
SA1.	Taller de identificación y definición del procedimiento de actos quirúrgicos	100% de participación de actores clave	Porcentaje de participación	Actas de taller	Actas de participación	Informe de taller	Semanal	Gestor de Calidad
SA2.	Definir los requisitos y procedimientos, para realizar una solicitud de programación quirúrgica	100% del documento finalizado	Porcentaje de ejecución del documento Nro. de cirugías realizadas Porcentaje de cancelaciones	Informes de gestión	Cuadro de control del proyecto Cuaderno de registro	Informes de gestión	Semanal	Gestor de Calidad

22 OBJETIVO/ACTIVIDAD		INDICADORES	UNIDAD DE MEDIDA	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	RECOLECCIÓN DE DATOS	ANÁLISIS Y REPORTE		
						REPORTE	FRECUENCIA	RESPONSABLE
SA3.	Establecer la dotación de personal de las áreas quirúrgicas su organización y horarios de trabajo	N° de personal médico asignado al área quirúrgica	Número de profesionales	Cargos o ITEM´s	Cuadro de control del proyecto Cuaderno de registro	Informes de gestión	Anual	Gestor de Calidad
SA4.	Análisis del valor añadido y servuctivo realizado (diaria, mensual y anual) al 100%	Porcentaje de documento finalizado	Porcentaje de ejecución del proyecto Porcentaje de eficiencia Porcentaje de eficacia	Informes de gestión	Cuadro de control del proyecto	Informes de gestión	Semanal	Gestor de Calidad
SA5.	Análisis de priorización del proceso	Porcentaje de documento finalizado	Porcentaje de ejecución del análisis	Informe de gestión	Cuadro de control del proyecto	Informes de gestión	Semestral	Gestor de calidad
SA6.	Revisión y aprobación del manual por parte de comité técnico de profesionales médicos	Porcentaje de documento finalizado	Porcentaje de ejecución del análisis	Informe de gestión	Cuadro de control del proyecto	Informes de gestión	Semanal	Gestor de calidad
R3.	Se ha formulado el procedimiento para la solicitud y programación de actos quirúrgicos.	95% de las programaciones quirúrgicas están estandarizadas de acuerdo a la capacidad productiva del área quirúrgica	Porcentaje	Informes mensuales	Cuadro de control del proyecto	Informes de gestión	Semanal	Gestor de Calidad
A1.	Identificación de la capacidad productiva (cirugía, tiempos quirúrgicos, movimiento de pacientes, RRHH e infraestructura)	100% de los puntos críticos son gestionados	Porcentaje	Informe de gestión	Cuadro de control del proyecto	Informe de gestión	Mensual	Gestor de Calidad
SA1.	Determinar la productividad del área quirúrgica por medio de un estudio de la oferta (cartera de servicios del área quirúrgica)	Porcentaje de documento finalizado	Porcentaje de avance del documento	Informe de gestión	Datos de productividad	Informe de gestión	Semanal	Gestor de Calidad



22 OBJETIVO/ACTIVIDAD		INDICADORES	UNIDAD DE MEDIDA	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	RECOLECCIÓN DE DATOS	ANÁLISIS Y REPORTE		
						REPORTE	FRECUENCIA	RESPONSABLE
SA2.	Determinar la demanda de cirugías en los tres últimos años y su proyección en el tiempo	Porcentaje de documento finalizado	Porcentaje de avance del documento	Actas de reunión	Datos de demanda	Informe de gestión	Semanal	Gestor de Calidad
SA3.	Identificar las actuales normas para la programación de cirugías y los procedimientos para su aplicación	Porcentaje de documento finalizado	Porcentaje de ejecución	Informe de gestión	Cuadro de control del proyecto	Informes de gestión	Semanal	Gestor de calidad
SA4.	Identificación de tiempos promedio y movimientos del proceso. (datos históricos)	Porcentaje de documento finalizado	Porcentaje de ejecución del análisis	Informe de gestión	Cuadro de control del proyecto	Informes de gestión	Semanal	Gestor de calidad
SA5.	Elaboración del análisis costo beneficio del proceso y su socialización	Porcentaje de documento finalizado	Porcentaje de ejecución del análisis	Informe de gestión	Cuadro de control del proyecto	Informes de gestión	Semanal	Gestor de calidad
A2.	Mejora del proceso en función la demanda potencial de intervenciones	100% del proceso mejorado	Porcentaje	Informe de gestión	Cuadro de control del proceso	Informes de gestión	Mensual	Gestor de Calidad
SA1.	Oportunidades de mejora - posibilidades de mejora - benchmarking	Porcentaje de documento finalizado	Porcentaje de ejecución del análisis	Informe de gestión	Cuadro de control del proyecto	Informes de gestión	Semanal	Gestor de calidad
SA2.	Mejora de protocolos actuales para la preparación de los pacientes que entran a cirugías (presentación de análisis de valor añadido, análisis servuctivo, análisis de tiempos, y análisis de priorización)	100% de participación de actores clave	Porcentaje de participación	Actas de reunión	Actas de participación	Informe de taller	Semanal	Gestor de Calidad
R4.	Se cuenta con el sistema de monitoreo y evaluación del	Sistema implementado al 90% que genera	Porcentaje	Informes y reportes mensuales de monitoreo	Cuadro de control del proceso	Informe de gestión	Mensual	Gestor de calidad

22 OBJETIVO/ACTIVIDAD		INDICADORES	UNIDAD DE MEDIDA	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	RECOLECCIÓN DE DATOS	ANÁLISIS Y REPORTE		
						REPORTE	FRECUENCIA	RESPONSABLE
	proceso de programación quirúrgica en función a la estructura organizativa del área quirúrgica, en el hospital N° 1 de la Caja de Salud de Caminos.	reportes automatizados						
A1	Estructuración del sistema de monitoreo y evaluación	Sistema estructurado al 100%	Porcentaje de ejecución	Informe de gestión	Cuadro de control del proceso	Informe de gestión	Mensual	Gestor de calidad
SA1.	Elaboración de la estructura de indicadores de proceso y resultado	Estructura de indicadores finalizada al 100%	Porcentaje de ejecución	Informe de gestión	Cuadro de control del proceso	Informe de gestión	Semanal	Gestor de calidad
SA2.	Identificación de la red de información	Red de información finalizada al 100%	Porcentaje de ejecución	Informe de gestión	Cuadro de control del proceso	Informe de gestión	Semanal	Gestor de calidad
SA3.	Cronograma de monitoreo y evaluación de indicadores de proceso y resultado	Cronograma implementado	Porcentaje de implementación	Informe de gestión	Cuadro de control del proceso	Informe de gestión	Semanal	Gestor de calidad
A2.	Implementando el cuadro de mando	Cuadro de mando implementado	Porcentaje de implementación	Informe de gestión	Cuadro de control del proceso	Informe de gestión	Mensual	Gestor de Calidad
SA1.	Elaboración del cuadro de mando	100% del cuadro finalizado	Porcentaje	Informe de gestión	Cuadro de control del proceso	Informe de gestión	Semanal	Gestor de Calidad
SA2.	Reunión de socialización del cuadro de mando	100% de participación de actores clave	Porcentaje de participación	Actas de reunión	Actas de participación	Informe de taller	Semanal	Gestor de Calidad
SA3.	Implementación del cuadro de mando con personal del servicio	Cuadro de mando implementado al 100%	Porcentaje de implementación	Informes de gestión	Cuadro de mando	Informe de gestión	Semanal	Gestor de Calidad

