

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POSTGRADO



**Gestión por Procesos para Mejorar la Atención al
Usuario Reduciendo el tiempo de espera en el
Hospital de Clínicas de La Ciudad de La Paz**

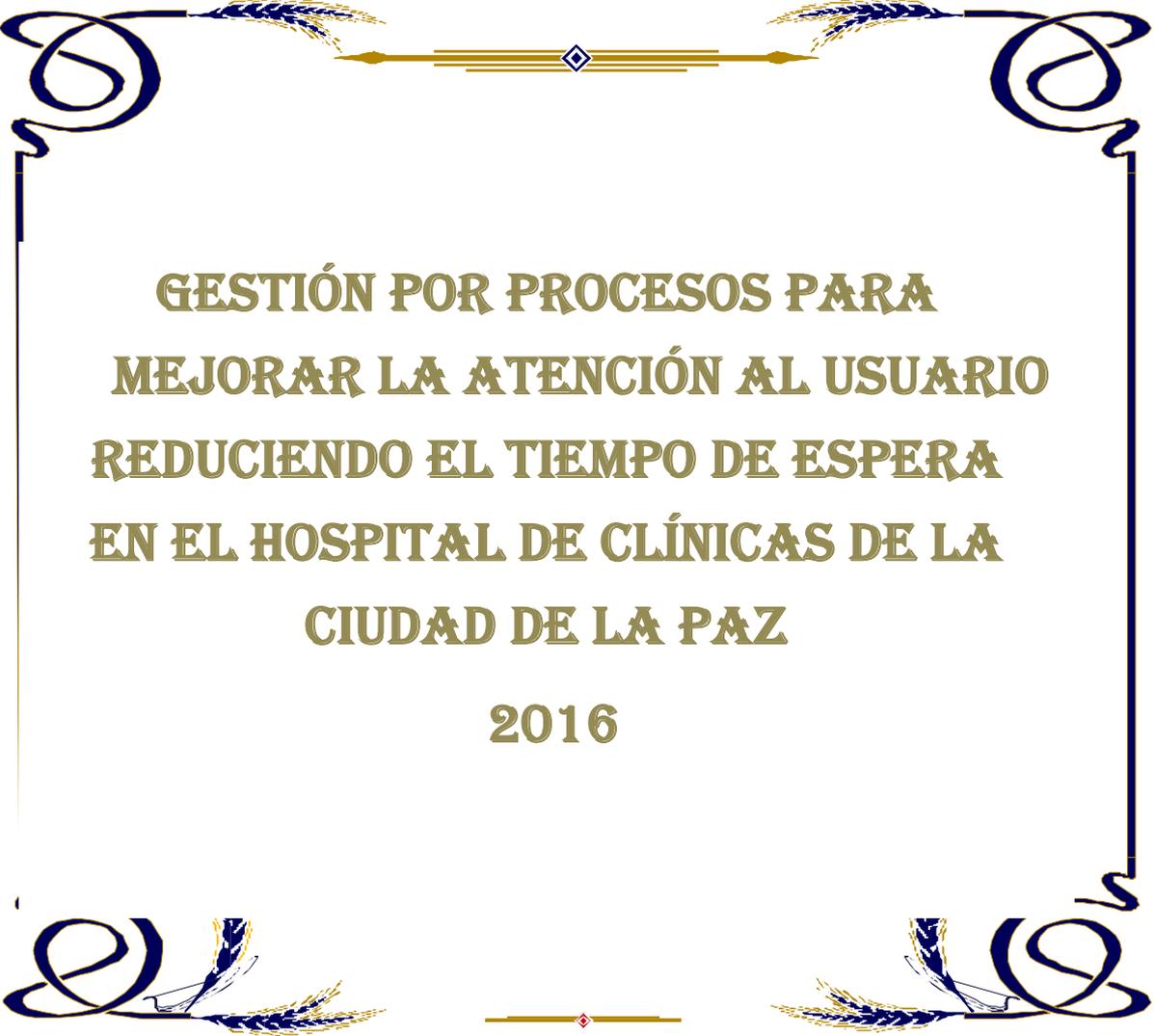
- 2016 -

POSTULANTE: Dra. Yuko Hiramatsu Yoshida

TUTOR: Dr. Hugo Casanovas Soruco

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

La Paz – Bolivia



**GESTIÓN POR PROCESOS PARA
MEJORAR LA ATENCIÓN AL USUARIO
REDUCIENDO EL TIEMPO DE ESPERA
EN EL HOSPITAL DE CLÍNICAS DE LA
CIUDAD DE LA PAZ**

2016

DEDICATORIA

A los numerosos pacientes
Que sacrificadamente acuden
Al Hospital de Clínicas
Por días, meses y años
Desde muy tempranas horas
Afectando su comodidad,
Su seguridad y su vida.

AGRADECIMIENTO

A los/las compañeras profesionales,

Al tutor del trabajo,

A mi familia ,

Que me alienta con su entusiasmo

Motivación y apoyo

En esta actividad de retomar

Lo que se dejó de lado un tiempo atrás.

Gestión por Procesos para Mejorar la Atención al Usuario Reduciendo el tiempo
de espera en el Hospital de Clínicas de La Ciudad de La Paz

ÍNDICE DE CONTENIDOS:

Introducción	1
Antecedentes	2
Lineamiento a la política pública	6
Justificación	10
Análisis del problema a intervenir	13
Análisis de actores	24
Contexto de intervención	25
Objetivos	25
Comentario de objetivos	27
Resultados	30
Actividades	31
Indicadores por estructura de objetivos	32
Fuente de verificación	33
Supuestos	33
Análisis de Viabilidad	33
Análisis de Factibilidad	33
Análisis de Sostenibilidad	34
Impacto esperado del proyecto	34

ÍNDICE DE ESQUEMAS Y CUADROS:

Diagrama N° 1: Estructura programática del PSD 2010 – 2020	2
Cuadro N° 1: Sistematización de la Revisión bibliográfica	5
Cuadro N° 2: Servicios primarios e intermedios de un Hospital de 3er nivel	8
Diagrama N° 2: Restricción en salud	9
Diagrama N° 3: Cuellos de botella	10
Diagrama N° 4: Conflicto de gestión	13
Diagrama N° 5: Designación más eficiente de recursos al eslabón más débil de la Cadena	13
Cuadro N° 3: Primeras consultas externas por servicios (2012, 2013 y 2014	16
Cuadro N° 4: Indicadores de gestión hospitalaria	17
Esquema N° 1: Árbol de problemas	19
Cuadro N° 5: Criterios de identificación y selección del problema	20
Cuadro N° 6: Matriz de involucrados	20
Esquema N° 2: Árbol de objetivos	21
Cuadro N° 7: Marco lógico	23
Cuadro N° 8: Operacionalización de variables	24
Cuadro N° 9: Cronograma de las actividades	29
Cuadro N° 10: Presupuesto	31

RESUMEN EJECUTIVO

El Hospital de Clínicas de La Paz, depende normativamente del Ministerios de Salud y Deportes, administrativamente de la Gobernación de La Paz, a través del Servicio Departamental de Salud (SEDES). Con la promulgación de la ley de Autonomías N° 031 de 19 de Julio de 2010, establece en su Art. 81 Numeral III Inciso c) y d), que los hospitales de tercer nivel funcionaran bajo dependencia de la Gobernación del Departamento Autónomo de La Paz, con un periodo de transición, mientras se consolide el proceso de transferencia, amparado en el Art. 38 de la Ley N° 062 de 28 de noviembre de 2010, en la que se instituye que Los Gobiernos Autónomos Municipales que tengan bajo su jurisdicción establecimientos de tercer nivel de salud, deberán mantener los recursos necesarios presupuestados en su Plan Operativo Anual y Presupuestos del resto de la gestión de 2010 y del total de la gestión 2011, para garantizar el funcionamiento de los mismos en servicios básicos, equipos, mobiliario. medicamentos. insumos y demás suministros, mientras se consolide el proceso de transferencia competencial.

Los usuarios del establecimiento de salud llegan a una atención con cierta expectativa, buscando satisfacer sus necesidades mediante el [servicio](#) que se les brinda que incluye la buena atención y un buen trato. El tiempo de espera en el ámbito de la atención hospitalaria, ha sido definido como la cantidad de tiempo desde que el usuario ingresa hasta que recibe su consulta. Se ha tratado de determinar cuál sería el tiempo de espera aceptable por un paciente antes de ser atendido en un servicio de salud, de esta manera Howat et al¹. encontraron un promedio de $16,1 \pm 7,9$ minutos del tiempo que se espera en hospitales de alta complejidad en hospitales europeos.

Otros estudios demuestran que este no debería de exceder los 30 minutos² y este es el indicador de tiempo de espera que propone la OMS/OPS. La satisfacción del usuario es un componente integral de la calidad de atención en los servicios de salud. Un alto nivel de satisfacción promueve conductas positivas tales como conformidad y continuidad con los proveedores de salud.

Un proceso es una secuencia de pasos dispuesta con algún tipo de lógica que se enfoca en lograr algún resultado específico. Los procesos son mecanismos de comportamiento que se diseñan para mejorar la productividad y establecer un orden o eliminar algún tipo de problema. Los procesos administrativos son flujos continuos e interrelacionados de las actividades de planificación, organización, dirección y control, desarrolladas para lograr un objetivo común: aprovechar mejor los recursos humanos, tecnológicos, materiales, físicos y logísticos, para hacer la empresa más afectiva y eficiente para sus usuarios.

¹Howart, R. 2014, Estudio del tiempo de espera en Hospitales de alta complejidad, Jorurnal of Medicine, England

² Department of Internal Medicine, Virginia Commonwealth University. Richmond, VA, USA.

Se entiende entonces por gestión por procesos a la forma de gestionar toda la organización basándose en una secuencia de actividades orientadas a generar un valor añadido sobre una entrada (input) y una salida (output) que satisfaga los requerimientos de los usuarios del servicio de salud. Los usuarios valoran su tiempo y tienen el derecho que se le respete este valor.

Las largas esperas son comunes en los establecimientos de salud públicos en Bolivia y particularmente en el Hospital de Clínicas de la Ciudad de La Paz debido a constricciones o "cuellos de botella" presentes en los procesos administrativos debidos frecuentemente a la falta de un sistema de citas, al horario inapropiado del personal, al deficiente manejo de los archivos médicos o a la lenificación de los procesos internos de cada servicio que aunque se consideren "normales" las esperas de hasta 5 o 6 horas, ocasionando la absoluta insatisfacción del usuario y la disminución en la apreciación de la calidad de atención.

La reducción del tiempo de espera beneficiará directamente al/la usuario/a que demanda la atención de algún servicio médico e indirectamente a los familiares o acompañantes que están con él/ella. Esta propuesta de intervención tiene el objetivo de fortalecer el modelo de la gestión administrativa existente para estandarizar el tiempo de espera a 30 minutos a través de la identificación de las constricciones presentes en el modelo administrativo que impiden que los sistemas funcionen eficientemente. Apenas en los últimos años ha sido posible identificar y catalogar correctamente las restricciones como un problema fundamental de gran trascendencia en los establecimientos de salud.

Los indicadores considerados en la propuesta de intervención se basan en el 80% de reducción en el tiempo de espera existente desde el registro en estadística hasta el servicio de atención, dotación de 3 computadoras en estadística, 2 computadoras en caja, 30 computadoras en consultorios externos. 100% de personal de admisión con capacitación y predisposición de trabajo efectivo. Estudio de manejo de restricciones realizado hasta primer mes de iniciado el proyecto y 20% incremento en las consultas externas con mayor satisfacción de los usuarios hasta fin del proyecto.

Se prevé que la propuesta se autosostendrá con recursos del propio Hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz, existe predisposición para el uso de la tecnología aplicada a salud, hay disponibilidad de profesionales técnicos para la viabilización del sistema digitalizado, existencia de una unidad de informáticos para el acceso a la tecnología y predisposición de autoridades de la gobernación para la inversión en los procesos de atención en salud.

El impacto que se espera del proyecto es la reducción de costos hospitalarios, el ejercicio del respeto de los derechos de los pacientes, la mejora de la eficacia, eficiencia y efectividad del establecimiento, mejora de la satisfacción de los usuarios, la estandarización del tiempo de consulta de 30 a 60 minutos, mejora del buen trato de los usuarios con el personal de contacto, calidez en el trato del personal administrativo, colas aceptables para la obtención de la ficha de consulta, expediente clínico y facturas, carga de atención prevista y considerada para el personal administrativo, imagen corporativa posicionada y un aporte a la resolución de los problemas de salud pública en el país.

El monto presupuestado para el proyecto es de Bs. 401.523 financiado con recursos propios del Hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz y se estipula un tiempo de duración de 16 semanas a partir de su implementación.

1. INTRODUCCIÓN

Según la OMS/OPS El tiempo de espera¹ de los/as usuarios/as para acceder a la atención en consulta externa es un indicador de calidad². Un menor tiempo de espera demuestra un esfuerzo de la organización para acelerar el acceso a los cuidados médicos o de enfermería, requiere de altos niveles de organización de los servicios administrativos y consultorios externos para lograr un estándar entre 30 a 60 minutos como tiempo de espera aceptable. El tiempo de espera se considera desde el momento en que los pacientes llegan de los lugares de origen a la puerta del establecimiento de salud hasta que son atendidos en los servicios de la especialidad que corresponde. Este tiempo implica una serie de procesos que deben cumplirse para poder satisfacer sus demandas de atención en salud. Los indicadores de estructura de un servicio de salud, miden la adecuación cultural, la accesibilidad física a los recursos de salud, el tiempo de espera, estado de la oferta y las condiciones de trabajo, la disponibilidad de sistemas de apoyo y la equidad en la distribución de los recursos de salud.

Al Hospital de Clínicas de La Paz³ los/as usuarios/as acuden desde tempranas horas de la madrugada para sacar la ficha numerada para acceder a la consulta externa de las diferentes especialidades médicas y quirúrgicas que tienen cupos limitados para la atención por día, lo que provoca las largas colas de los pacientes que se concentran a tempranas horas. Esta situación es conocida por las autoridades municipales y autoridades de la gobernación.



Foto: Hospital de Clínicos La Paz. Pacientes en espera de la ficha de atención. Producción propia

Desde el proceso del traspaso administrativo del hospital del municipio a la gobernación, las largas filas para la obtención de fichas fue preocupación de estas autoridades. Este problema provocó el requerimiento en el año 2011 de los responsables administrativos municipales y el Director de SEDES solicitaron a la nueva dirección que resuelva el problema de la congestión en las puertas del hospital desde casi la medianoche. A fines de 2011, el descontento y las quejas se incrementaron, motivo por el cual se decidió hacer una encuesta a más de doscientos usuarios.⁴. En respuesta, la

¹ Accesibilidad debido a la organización; oferta de servicios; indicador de calidad.

² Medida que determina el grado de satisfacción del/a usuario/a en salud.

³ Hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz; es un establecimiento público de Tercer Nivel de Atención, y es parte integral de la Red de Servicios del Ministerio de Salud.

⁴ Encuesta a usuarios Hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz; 2012

dirección hospitalaria puso en práctica la atención ampliada en la tarde, así como la ficha concertada⁵ de citas. Sin embargo, los resultados no fueron efectivos debido al rechazo de los/as usuarios/as a acudir dos días para recabar esta papeleta. Los/as usuarios/as demandantes de atención, expresaron su predisposición de acudir un solo día, aunque más temprano, para ahorrar en el costo de los pasajes, aunque el tiempo de espera para recibir la atención médica fuera mayor.

2. ANTECEDENTES

Los hospitales públicos son empresas, pero no son empresas cualquiera; son empresas de servicio social que forman parte de un sistema de salud y que trabajan con seres humanos; que tienen responsabilidad sobre la salud pública (la salud de una población) y que realizan actividades de prevención, curación y vigilancia de enfermedades que se relacionan con el dolor y sentimiento humano. La producción de servicios es su actividad principal y es a través de ella que alcanzan los resultados finales y logran los impactos esperados en la salud de la población.

Todo proceso de producción implica una estructura organizada (infraestructura, equipamiento, manuales de organización y funciones, políticas, normas, planes y procedimientos), y consiguientemente, el control de calidad de la producción, la generación, monitoreo de información y toma de decisiones a partir de esa información. Por ello, se considera esencialmente dos aspectos fundamentales en el funcionamiento de un hospital: (i) productividad y (ii) calidad, por tanto, se habla de eficacia, eficiencia y efectividad, aspectos que hacen al desempeño institucional, cuya finalidad principal es lograr cambios positivos en la situación de salud de la población.

La atención con calidad de los hospitales ha sido considerada desde la década de los años noventa del siglo XX . Los autores que han aportado a este concepto son:

1.- El Dr. Humberto de Moraes Novaes, asesor de la OPS/OMS, escribió sobre la implementación de programas de garantía de la calidad en los hospitales de América Latina y el Caribe. En estos documentos aborda las siguientes variables:

- a) La calidad técnica de profesionales.
- b) Uso eficiente de recursos (incluyendo el recurso tiempo).
- c) Reducción al mínimo el riesgo de lesiones asociadas con los servicios de salud ofrecidos.
- d) Satisfacción del paciente en sus demandas, expectativas y acceso a los servicios de salud.

⁵ Ficha numerada para acceder a la consulta médica.

e) Un sistema local de salud (SILOS) en el que los servicios intra y extrahospitalarios están coordinadas e integrados.

2.- Rosa María Espinoza, Sergio Nuñez Juárez y colaboradores en la Revista Panamericana de Salud Pública en abril de 2003, publican un artículo sobre “*CONSULTA EXTERNA EN INSTITUCIONES DE SALUD DE HIDALGO, MÉJICO, SEGÚN OPINIÓN DE LOS USUARIOS*” Las tres cuartas partes de encuestados (70,93%) expresaron que esperaron más de 60 minutos, 67,33% hasta 2 horas y el 53,4% esperaron en promedio 2 horas con 21 minutos. Las especialidades que demandaron menor tiempo de atención fueron las de dermatología y neurocirugía con 6,6 minutos, en cambio cirugía general, control de niño sano y odontología demandaron alrededor de 10 minutos.

3.- Mesquita M, Pavlicich V. y Benítez S, en 2010 publicaron en la Revista de Sociedad Boliviana de Pediatría, un artículo de Paraguay sobre “*PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN Y ACCESIBILIDAD A CONSULTAS PEDIÁTRICAS PÚBLICAS EN ASUNCIÓN*”, donde se encuestaron a padres o tutores que acudían para la atención de menores expresaron que, en un 58,2% una espera muy larga, aunque no tenían quejas sobre la capacidad de respuesta sobre la atención de pediatras, con resolución de los problemas e integralidad con control antropométrico, situación de inmunización y la revisión física general.

4.- Ericson Gutierrez, Willy Ramos y colaboradores, escribieron un artículo en la Revista Peruana de Medicina experimental y Salud Pública de Lima en 2009, sobre el “*TIEMPO DE ESPERA Y SU RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE LA FARMACIA CENTRAL DE UN HOSPITAL GENERAL DE LIMA*” con un tiempo promedio de espera de 37,1 minutos (+ - 14,7 minutos), donde se incrementa éste en casos de facturación.

5.- Rodríguez Weber Miguel Ángel y López Candiani Carlos en el Acta Pediátrica de Méjico del 2005 publica un artículo donde se realizaron intervenciones en los procesos de admisión donde redujeron de 87 a 45 minutos hasta 40 a 25 minutos sin costo adicional.

**CUADRO N° 1
SISTEMATIZACIÓN DE LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

Título	Autor	Lugar	Año	Tipo de estudio	Población	Resultados	Criterios de Apropriación (lo que es de interés para el estudio)
Garantía de Calidad en Hospitales de América Latina y El Caribe	Moraes Novaes Humberto	Costa rica	1991	Descriptivo	Personal de salud de los hospitales de Costa Rica	Detalla estándares a ser cumplidos en cada uno de los servicios donde demandan atención y los indicadores a ser tomados en cuenta para cumplir con los requisitos de la calidad	-- eficiencia en el manejo de recursos. - indicadores a ser tomados en cuenta en los servicios. - satisfacción del cliente
Consulta Externa en Instituciones de Salud de Hidalgo, Méjico, Según Opinión de los Usuarios	Ortiz e. Muñoz j. Martín del c.	Hidalgo . Méjico	2003	Transversal analítico	Padres de niños atendidos en hospitales de hidalgo	Padres opinan buena atención en más del 50%, la mala calidad se debió a omisión en revisión, tiempo de espera, trámites complejos para consulta y maltrato del personal.	*Insatisfacción se compensa con la calidad en la atención. *El tiempo de espera genera desaprobación y mala calidad en la atención

Dra. Yuko Hiramatsu Y. – Gestión por Procesos para Mejorar la Atención al Usuario Reduciendo el tiempo de espera en el Hospital de Clínicas de La Ciudad de La Paz – 2016 -

Reducción Tiempos de Espera de Pacientes en el Departamento de Emergencias de un Hospital utilizando la simulación	Medina L.Medina P.Gonzalez a	Lima- Perú	2010	Investigación - acción	Universidad Mayor de San Marcos – Servicio de Ginecología - Obstetricia	Reducción del tiempo de espera en los procesos de atención en 76%	*Uso de simulación para verificar los cuellos de botella . *Intervención en los cuellos de botella para reducir los tiempos en los procesos
Percepción de la Calidad de Atención y Accesibilidad a Consultas Pediátricas Públicas en Asunción	Mesquita M. Pavlicich.v. Benitez s.	Asunción - Paraguay	2008	Estudio observacion al descriptivo analítico	Cinco hospitales públicos de asunción encuesta a padres de niños	Atención general fue percibida como buena pese a que el 58% opinó que el tiempo de espera fue prolongada	*Accesibilidad por uso de un solo transporte. *Tiempo de espera prolongada fue mitigada por la satisfacción en la calidad de atención.
Metodologías Cuantitativas para la Optimización del Servicio de Urgencias: una Revisión de la Literatura	Velásquez R. Rodríguez Q. Jaén P.	Colombia	2011	Revisión bibliográfica	Revisiones bibliográficas de problemas en la atención de emergencias en colombia	Problemas detectados: ineficiencia en el flujo de pacientes, evaluaciones entre la capacidad del servicio vs. Demanda, largos tiempos de espera	*Flujos de pacientes *Capacidad vs. Demanda *Largos tiempos de espera

Fuente: elaboration propia

3. LINEAMIENTO A LA POLÍTICA PÚBLICA

El Ministerio de Salud tiene como rol rector la elaboración de políticas y el control de su aplicación, con el propósito de resolver la problemática en salud que ha sido resumida en los siguientes aspectos:

1. Alta privación socio-biológica en las mayorías poblacionales.
2. Exclusión en salud.
3. Sistema nacional de salud segmentado, fragmentado, con débil rectoría. Gestión ineficaz e ineficiente, sin capacidad de seguridad sanitaria ni de contribuir a la protección social de la población.
4. Insatisfacción de los usuarios.
5. El sector salud no asume la medicina tradicional y no hay complementación plurinacional en los servicios.
6. Problemas de alimentación y nutrición que repercuten en los niveles de desnutrición y mal nutrición.

El sistema de salud es fragmentado, conformado por el subsector público, de la seguridad social, el privado y la medicina tradicional, con predominio de pago directo o pago de bolsillo como mecanismo de financiamiento. Los mecanismos de aseguramiento de corto plazo solo benefician a los estratos medios de la población que cuentan con un trabajo asalariado, salvando en parte esta situación los seguros públicos como parte de la responsabilidad social del estado.

El Gasto Nacional en Salud como porcentaje del PIB⁶ ha evolucionado en forma positiva. El año 1995 era 4.38% y llegó a 6.95% el año 2002. El gasto nacional en salud per cápita en dólares se ha incrementado de \$42 en 1995 a \$61.37 en 2002⁷.

La gestión de recursos humanos y condiciones de empleo es uno de los puntos conflictivos del sistema de salud, toda vez que no se tienen estudios que demuestren con certeza los indicadores de empleo, subempleo, multiempleo, y lo que respecta a la disponibilidad, distribución y flujo de recursos humanos.

Existe una amplia brecha en la disponibilidad de médicos según el nivel de pobreza de los municipios. No se cuenta con información sobre la reducción de brechas en cuanto a la posibilidad de que el/la paciente pueda obtener atención el mismo día que solicita servicios de atención primaria y sobre el número de establecimientos de salud que han reducido las barreras funcionales de acceso (idioma, horario, género).

El Plan Sectorial de Desarrollo 2010 – 2020 “Hacia la Salud Universal”, es el documento estratégico que orienta el accionar de todo el sector salud, alineándose con la

⁶ PIB; Producto Interno Bruto, crecimiento económico de Bolivia está previsto en 5,4 por ciento; FMI 2015

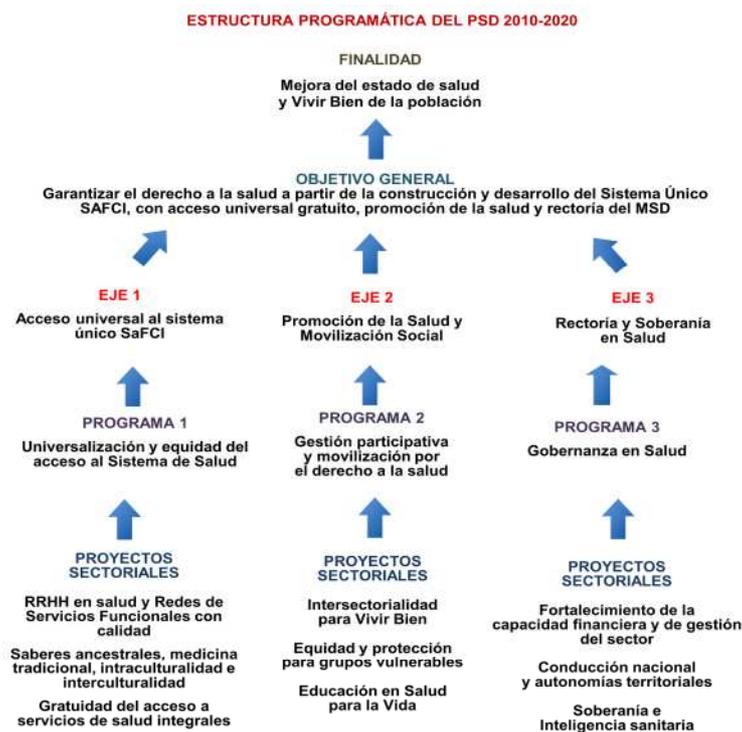
⁷ Cárdenas M; Gasto en salud en Bolivia; 2002

Constitución Política del Estado Plurinacional, el Plan Nacional de Desarrollo, el Plan de Gobierno y la Política Sanitaria SAFCI (Salud Familiar Comunitaria Intercultural) enuncia como política pública la Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

Sin embargo, el actual momento de cambio en la organización pública presenta una oportunidad para:

1. Proponer responsabilidades en ámbitos centrales y autonómicos para garantizar ciertos derechos sociales a todos los ciudadanos y que los derechos contemplados en la NCPE⁸ logren ser universales: “Salud para todos” y “Educación para todos”.
2. Mejorar la cobertura y calidad de los servicios públicos de salud, educación, servicios sanitarios básicos, mejores mecanismos de control social y participación ciudadana en la provisión de los servicios sociales.

Gráfico N° 1



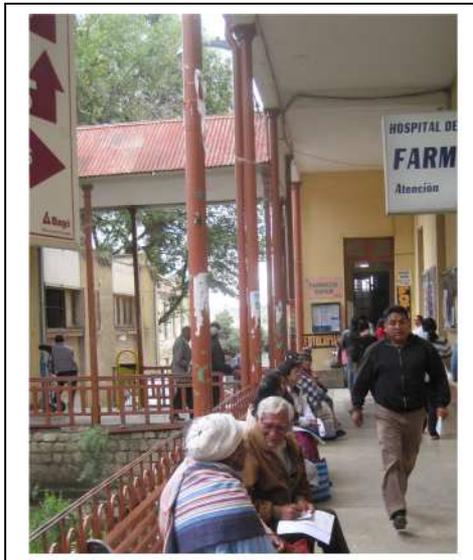
El Eje 1 del Plan Sectorial de Desarrollo indica el Acceso Universal al Sistema Único SAFCI, cuyo proyecto es el de efectivizar el *ACCESO UNIVERSAL A SERVICIOS DE SALUD INTEGRALES Y DE CALIDAD*, al cual se alinea el presente proyecto.

⁸ Nueva Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia; 2008

4. JUSTIFICACIÓN

La atención de personas mayores que requieren consulta de especialidad en hospitales de tercer nivel constituye una alta demanda debido a la complejidad y cronicidad de las enfermedades. El incremento de pacientes por pertenencia a seguros públicos o de personas con discapacidad, así como el de la adición de pacientes que acuden a este nivel con patologías que corresponden a niveles de menor complejidad y debieran tratarse en esos niveles de atención, producen situaciones de sobrecarga en la atención. Por otro lado, el costo de la atención en hospitales de tercer nivel es elevado por el uso de mayor tecnología y por las reconsultas con resultados de exámenes complementarios de laboratorio, de gabinete o anatomopatológicos, lo que incrementa también la sobrecarga.

Cuando se trata de un número elevado de personas de la tercera edad, muchas de las cuales acuden solos/as, generalmente tienen necesidad de apoyo de sus acompañantes o de personas ajenas porque durante el proceso de atención tienen momentos temporales de amnesia o de limitación física que requieren de momentos para recuperarse. En el sistema de salud, el/la usuario/a necesita tener lucidez y ubicuidad para atender y comprender los procesos necesarios establecidos para recibir la atención que demanda y estos difieren según la complejidad de cada servicio de especialidad y, más aún, cuando se trata de asegurados o de solicitud de exámenes complementarios o de requerimiento de medicamentos u otros insumos, puesto que en estos casos los trámites burocráticos son mayores.



En el Hospital de Clínicas de la ciudad del La Paz, la elevada demanda obliga a los/as pacientes a hacer filas desde tempranas horas de la madrugada para lograr obtener una ficha para su atención en el día, significando un incremento importante en el tiempo de espera desde la apertura del servicio de estadística donde se entregan los expedientes clínicos así como conseguir las fichas de atención y las facturas en cajas. El tiempo de espera varía en función a las especialidades con menor o mayor demanda⁹ como son las especialidades de medicina interna, urología, traumatología, dermatología y oncología.

Muchos/as usuarios/as no logran su objetivo de obtener ficha para consulta por el limitado número de consultas que se realizan lo que les produce gran insatisfacción. En invierno o en época de lluvia en la ciudad de La Paz, las condiciones climáticas

⁹ Estadísticas Hospital de Clínicas La Paz, 2011

agudizan aún más el problema. También existen personas cuya salud deteriorada están afectadas con otros problemas físicos o por un estado de ánimo depresivo incrementado. en la medida que se ven obligados/as a hacer una y otra fila, así como en el mismo servicio de especialidad al ver que el personal de salud no acude con la prontitud y puntualidad que se espera. La impaciencia y mal humor se van apoderando ocasionando por lo general discusiones en los lugares de espera ante el menor problema que se presenta.

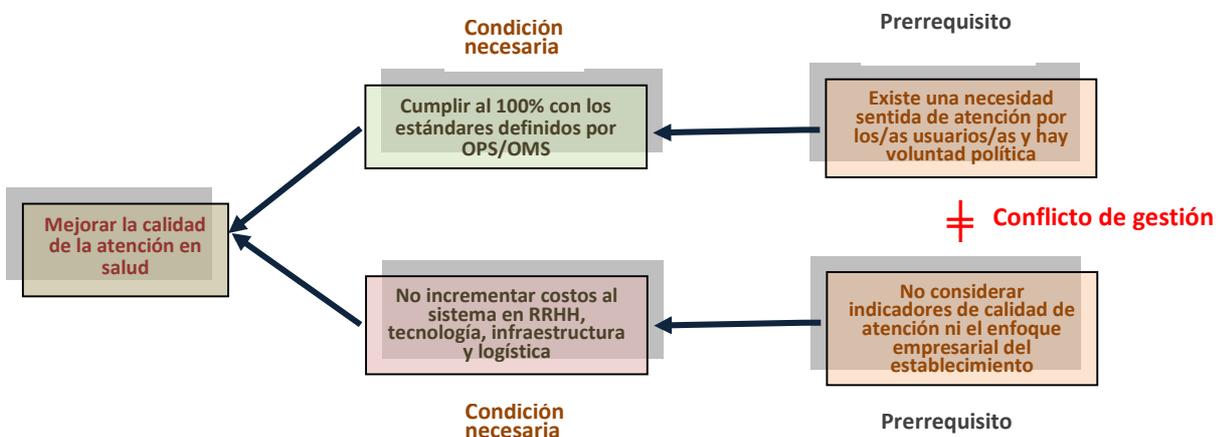
Por ello, un derecho importante del/a pacientes es el que se respete su tiempo. El tiempo de espera en el ámbito de la atención hospitalaria, ha sido definido como la cantidad de tiempo que transcurre desde que el usuario ingresa al establecimiento hasta que recibe su consulta. El escenario ideal es el que se reproduzca como en los hospitales europeos con tiempos de espera redondeados de 16 ± 8 minutos o un máximo de 30 minutos que es el indicador que señala la OMS/OPS para establecimientos con menor capacidad organizativa.

El proyecto pretende estandarizar el tiempo de espera al indicador OMS/OPS mediante la mejora de los procesos administrativos existentes a través del análisis y manejo de las restricciones o “cuellos de botella” que se presentan en el sistema administrativo instalado que está produciendo este problema. Si el objetivo es asegurar que los esfuerzos de mejoramiento rindan los efectos deseados, es necesario responder a ¿Qué cambiar? y deducir: ¿Hacia qué cambiar? y ¿Cómo causar el cambio?; es un proceso en cadena.

Responder rigurosamente estas tres preguntas es esencial para conseguir cualquier mejora significativa y sustentable, y proveer el marco de referencia para los procesos de pensamiento de las restricciones que contribuyen a incrementar el tiempo de espera en los diferentes servicios del Hospital de Clínicas. La complejidad de los procesos de admisión, los espacios físicos extensos y los diferentes actores que contribuyen a esos procesos hace que se tenga que abordar el problema desde diferentes enfoques que se orienten a solucionar un conflicto de gestión. El gráfico subyacente expone esta situación:

GRÁFICO N° 2

Condiciones y Prerrequisitos para la Mejora de la Calidad



Fuente: Abraham Y. Goldratt Institute (AGI), 2013, TOC, Teoría de las Restricciones

La gerencia hospitalaria y los/as usuarios/as de los servicios son los actores más interesados en dar solución a este problema.

El escenario ideal para la mejora del flujo de pacientes que demandan atención en salud en el Hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz, respetando el indicador de calidad de atención de 30 min. a 60 min. como tiempo de espera. Para ello, debe realizarse un análisis con la metodología de *TOC/Manejo de Restricciones* determinando el eslabón más débil de la cadena del proceso para fortalecerlo, para luego detectar otro eslabón débil para fortalecerlo también en una segunda etapa, hasta tener toda la cadena del proceso con alta capacidad de soporte.

FIGURA N°1



En muchos casos los problemas se aducen a limitaciones que se encuentran fuera de la institución y por lo tanto son difíciles de controlar o influenciar. Las restricciones externas son en esencia el marco dentro del cual se pueden desarrollar las actividades institucionales. Sin embargo, muchas de las restricciones tienen su origen dentro de de la misma institución debido a que las actividades no se han adaptado a todo el sistema.

Fuente: TOC/ Manejo de restricciones, TOCBOK, 2014

Como propuesta, el proyecto considera que la atención en caja estaría en red y aquellos pacientes que tienen derecho a la atención del seguro no deberían hacer fila en dicha ventanilla. Los pacientes que deben cancelar algún servicio de consulta tendrán atención más ágil por los horarios diferenciados de los servicios al que acudirán, así como la ampliación en horas de la tarde. Cada servicio dispondrá de una computadora por especialista que atiende la consulta que se encontrará en red con estadística y caja para poder afirmar sobre el proceso de atención, los exámenes complementarios requeridos y la necesidad de volver a consulta.

Se concertará con los especialistas de cada servicio para asegurar el horario exacto del inicio de consulta externa para poder asumir los procesos previos, sin pérdida de tiempo para los pacientes. Se dispondrán de sillas de ruedas necesarias para el traslado de pacientes que deben ir a servicios más distantes y tienen limitaciones en su locomoción. Así mismo, se dispondrán horas de atención en las tardes distribuyendo a los profesionales en ambos turnos que estaba limitado por la insuficiente existencia de secretarías/os en los servicios especializados pero, como las historias clínicas estarían digitalizadas, no se requeriría el traslado de los mismos.

Se mejorará la señalética con letreros con adecuación cultural en castellano y aymara que anuncien los horarios de atención por servicios, así como los días de atención. Se concertarán con pacientes aquellos problemas que correspondan a otros niveles para que acudan a esos establecimientos antes de acudir al hospital de tercer nivel, ya que de existir el sistema único, será obligatorio el ingreso de pacientes por primer nivel y sólo accederían como interconsultas justificadas excepto en casos de emergencias. Se fortalecerá el sistema de referencia y contrareferencia de la Red Integral Municipal N° 1 del Municipio de La Paz. Se dispondrán de servicios higiénicos en varios puntos estratégicos del hospital para el acceso de pacientes, familiares y visitantes, mejorando la imagen corporativa implicando una mayor satisfacción de los/as usuarios/as.

Para la solución de las restricciones en procesos administrativos se considera la mejora de la tecnología de registros a través del manejo de paquetes gerenciales como el WINSIG mediante la implementación de sistemas en red en todos los servicios conectados con estadística, cajas y servicios intermedios como radiología, laboratorio, nutrición, medicina física, rehabilitación y otros servicios que contribuyan a resolver los problemas de salud. El manejo de las restricciones implica de manera importante un cambio de actitud de los funcionarios que están acostumbrados a ver las largas filas de espera sin inmutarse, la agresividad de los/as usuarios/as, el lamento de los familiares y la displicencia ante el sufrimiento del prójimo.

Es decir, el beneficio del proyecto sería para mejorar la credibilidad del Hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz, mejorar la imagen institucional y, fundamentalmente, atender las demandas sentidas por la población que merece todo el respeto constitucional de salud para todos los bolivianos y todas las bolivianas en el logro del Sistema Único de Salud

5. ANÁLISIS FDEL PROBLEMA A INTERVENIR

La consulta externa es la atención ambulatoria de diferentes especialidades ya sea por un problema de salud nuevo, transferencia de otros niveles de atención, o consultas de control de pacientes externos o que han sido dadas de alta de los servicios de internación.

El tiempo de espera de usuarios/as externos prolongado afecta el proceso de calidad en la atención. En el ámbito regional, reportes presentados por países como Chile, Paraguay y Perú dan cuenta también tener problemas con el tiempo de espera tanto para el inicio de la consulta como por el tiempo de demora en la atención entre un paciente y otro.

En el Hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz, el tiempo de espera antes del inicio de la consulta externa varía entre seis y diez horas y muchas veces inclusive hasta doce horas¹⁰. Esta situación produce insatisfacción a los/as usuarios/as en el proceso de atención, por más esfuerzo que aplique el personal involucrado en dicho proceso,

¹⁰ Hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz, registros estadísticos.

debido a que con tres o cuatro computadoras dispuestas en estadística deben cubrir todas las especialidades a ser atendidas. Las personas forman filas largas a partir de Hrs. 7:30. Se intentó en el pasado iniciar la admisión antes de la hora citada y no dio el resultado esperado porque se demoraban en otros procesos administrativos¹¹ antes de llegar hasta el servicio que corresponde.

Es decir que un procedimiento administrativo implica el desarrollo formal de las acciones que se requieren para concretar la intervención administrativa necesaria para la realización de un determinado objetivo. Su propósito es la concreción de un acto administrativo. La gestión de procesos implica una serie de procedimientos que se realizan para poder tener el resultado preliminar y avanzar hacia otro proceso, hasta lograr la respuesta a la necesidad de atención en salud requerida que es lo que el/a usuario/a busca. Una de las variables¹² de mayor incidencia en la percepción de el/a paciente en el proceso de acceso a la consulta externa es el tiempo de espera que se traduce en una demora excesiva para recibir atención médica y se percibe como baja calidad de atención.

CUADRO N° 2

Servicios Primarios e Intermedios de un Hospital de Tercer Nivel

SERVICIOS PRIMARIOS	SERVICIOS SECUNDARIOS	OTROS SERVICIOS
Servicios a la madre y al recién nacido.	Laboratorio clínico	Lavandería
	Diagnóstico por imágenes	Limpieza
Servicio de emergencia.	Unidad transfusional	Sistema de archivo clínico.
	Quirófano	Estadísticas.
Servicio de hospitalización: medicina interna, pediatría, ginecología/obstetricia y cirugía.	Anestesiología	Organización
	Esterilización	Administración.
	Farmacia	Seguridad general.
	Control de infecciones nosocomiales	Infraestructura y documentación.
	Enfermería	Acceso.
Consultorios externos: medicina interna, pediatría, ginecología/obstetricia y cirugía.	Alimentación	Circulación.
	Calidad y confort	Sistema eléctrico.
	Historias y expedientes clínicos.	Uso Tecnología de información
	Referencia y contrarreferencia	Seguridad e higiene laboral.
	Admisión	Control de excretas, residuos y potabilidad del agua.

Fuente: Elaboración propia. en base al WINSIG (Sistema Informático Gerencial).

Los estándares de acreditación definidos por el Ministerio de Salud, incluidos en la “Guía de Evaluación para la Acreditación de Hospitales”, establecen los criterios sobre las condiciones estructurales y de proceso para la oferta de atención con calidad.

¹¹ Principios fundamentales a los cuales debe responder de forma indeleble, los mismos influyen y condicionan todo el procedimiento administrativo.

¹² Variables; conjunto de valores que puede tomar cierta característica de la población sobre la que se realiza el estudio estadístico.

Los procesos administrativos en el sistema de salud son cuellos de botella que limitan la producción de servicios que es su actividad principal y es a través de ella es que alcanzan los resultados finales y logran los impactos esperados en la salud de la población. Todo proceso de producción implica una estructura organizada (infraestructura, equipamiento, manuales de organización y funciones, políticas, normas, planes y procedimientos), y consiguientemente, el control de calidad de la producción, la generación, monitoreo de información y toma de decisiones a partir de esa información. Se habla de *restricciones* o *cuellos de botella* cuando se refiere a algún impedimento o limitación a la hora de realizar alguna tarea que va a producir un estancamiento en el proceso. En este caso, la restricción se da en la distribución de los/as usuarios/as para la atención de la demanda por especialidad.

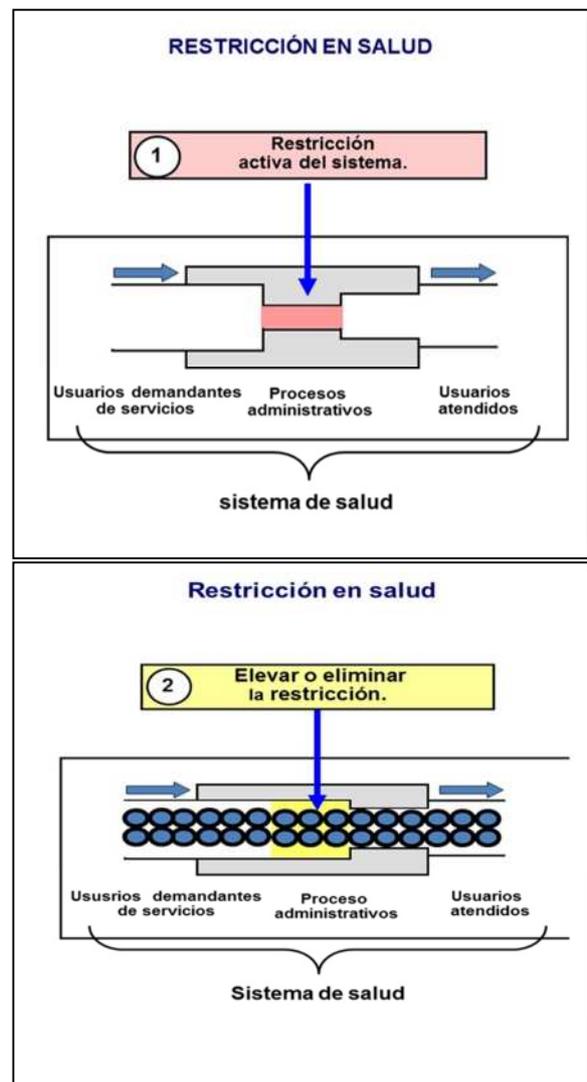
La idea fundamental TOC / Manejo de Restricciones, es fácil de entender: cada establecimiento o servicio se ve afectado en una u otra forma por restricciones que limitan el flujo o caudal de los/as usuarios/as a ser atendidos.

Dentro de la vasta mayoría de sistemas, siempre que impiden que los sistemas funcionen perfectamente o puedan considerarse como ideales. Se trata de un fenómeno que se encuentra dentro de organizaciones en una forma más o menos marcada. Este fenómeno afecta a todo tipo de organizaciones como lo son los hospitales al igual que organizaciones sin ánimo de lucro y muchas otras más que tienen que lidiar en una u otra forma con diversos tipos de restricciones. Apenas en los últimos años ha sido posible identificar y catalogar correctamente las restricciones como un problema fundamental de gran trascendencia en los establecimientos de salud. Poco a poco, pero cada vez más, se está logrando tratar correctamente este fenómeno y descubrir caminos equivocados.

Los cuellos de botella en sistemas de producción son uno de los tipos de restricciones de mayor proliferación. Normalmente son ocasionados por el recurso de menor capacidad que los demás. Estos cuellos de botella son denominados como recursos de capacidad (RCR).

El Caudal puede definirse en principio como la utilidad que se genera en un tiempo.

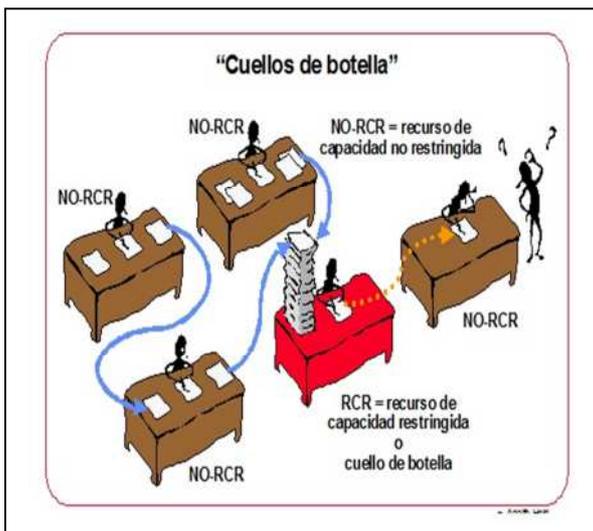
FIGURAS N° 2 y 3
Restricciones en salud



Fuente: TOC/ Manejo de restricciones, TOCBOK, 2014

El cuello de botella determina la cantidad de piezas posibles después de un determinado periodo de tiempo. Es importante identificar los cuellos de botella en los procesos de atención de servicios y sobre todo efectuar un análisis profundo en como aumentar la eficiencia en esta operación. En todos los procesos de servicios existe siempre algún tipo de restricción que impide que el *flujo* sea ideal. Estas restricciones pueden ser ocasionadas por un individuo, un equipo de personas, un componente, una máquina, una política institucional, etc. que se convierten en atenciones.

FIGURA N° 4
Cuellos de Botella Burocráticos



Entre más rápido fluyen los productos o servicios a través del sistema de atención, más rápido fluyen las utilidades. Teniendo en cuenta lo anterior, es sorprendente que los cuellos de botella hayan sido y sigan siendo vistos hasta hoy día como problemas que afectan las marginales, las cuales se aceptan y toleran como si fuesen fenómenos naturales y por ello inevitables. La eficiencia y con ello la calidad de atención de un sistema público de salud dependen en alto

Fuente: TOC/ Manejo de restricciones, TOCBOOK, 2014

grado de la forma como se logran manejar las restricciones existentes y futuras.

Estructuras organizacionales jerárquicas inducen a las personas a pensar y a obrar centrados en sus áreas funcionales y de esa forma hacer optimizaciones prioritariamente dentro de sus propias áreas, empleando una diversidad de métodos. Como resultado de ello se obtienen una serie de soluciones puntuales que no necesariamente están relacionadas con el sistema. Esto puede llevar a efectos subóptimos o inclusive contraproducidos. Mediante su enfoque holístico *TOC / Manejo de Restricciones* se busca conseguir soluciones integrales que optimicen al sistema como un todo.

El caudal puede definirse en principio como la utilidad que se genera en un tiempo determinado mediante el flujo de productos o servicios que se convierten en atenciones. De acuerdo a datos estadísticos¹³ la consulta externa nueva en el Hospital de Clínicas durante el año 2013 fue de 43.433, siendo mayor la de varones en 2,7%. Durante el año 2014 fue de 41.044 pacientes con consulta externa nueva. Los servicios que prestan atención en consulta externa son: medicina general, medicina Interna, cirugía general, endocrinología, reumatología, cardiología, nefrología, neurología, geriatría, gastroenterología, hematología, psicología, psiquiatría, dermatología, traumatología,

¹³ Hospital de Clínicas La Paz; estadísticas 2014

urología, proctología, máxilo-facial, otorrinolaringología, neurocirugía, traumatología, cirugía plástica, nutrición. Los servicios tienen diferentes días y horarios de pase de visita general o específica de sus pacientes.

Los lugares de consulta externa varían según la especialidad: medicina general, medicina interna, cirugía general, gastroenterología, proctología, urología, neurocirugía, sus consultorios se encuentran en el piso superior de emergencias. Endocrinología tiene su consultorio en el ala oeste, denominado Bolivia. Nefrología tiene sus consultorios en el piso superior de hemodiálisis, cardiología se encuentra en el piso inferior del “Pabellón Italia”, geriatría tiene su consultorio en “Pabellón Británico”, traumatología tiene sus consultorios en el piso inferior del servicio de internación de la misma especialidad, cirugía plástica y quemados tienen consultorios externos en el mismo servicio, planta baja de traumatología. Hematología tiene consultorio externo en el mismo servicio antes del ingreso a traumatología.

Los demás servicios tienen sus consultorios externos adjuntos al servicio de internación y se encuentran alejados de ingreso al hospital, teniendo que recorrer el equivalente de dos o tres cuerdas, a excepción de radioterapia que se encuentra junto a la acera principal sobre el extremo oeste del hospital.

El servicio higiénico ha sido construido desde hace alrededor de un lustro en un espacio que se encuentra aledaño al servicio de dermatología, detrás del Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés, antes de su ingreso a las canchas de fútbol y junto al espacio destinado al comedor de los funcionarios de guardia del hospital incluyendo los residentes. El consultorio de reumatología es el más alejado del ingreso al hospital, ya que se encuentra al fondo del almacén, en un espacio adyacente el mismo que fue trasladado el servicio de infectología debido al riesgo que significaba los ambientes que disponía junto a dermatología.

El servicio que inicia la consulta más tardíamente es el de neurología, ya que se realiza después del pase de visita, entre las 10:30 a 11:00 horas, en un espacio físico alejado del resto de la infraestructura hospitalaria, construido como pabellón de neurofisiología. Los pacientes, muchas veces, por sus secuelas de hemiplejía deben acudir en sillas de ruedas. Otro servicio que demanda sillas de ruedas es el de reumatología por su condición de discapacidad motora y, paradójicamente, el servicio se ubica a una distancia extrema de ingreso al establecimiento en estadística donde se obtiene la ficha de consulta.

Existe una oficina de información frente a la de estadística que es atendida por dos funcionarias en la mañana y una en la tarde cuya labor es orientar y apoyar a las personas que acuden a consulta externa con dificultad del idioma castellano. Su función incluye la de dar información sobre días de consulta, horarios de diferentes especialidades, costos de atención y otros que requieran los/as usuarios/as.

Los/as pacientes acuden a la fila en diferentes horarios, comenzando desde Hrs. 00:00 a Hrs. 6:00 a.m. según su opinión en la encuesta. Muchas veces son los familiares quienes hacen la fila y esperan que los interesados lleguen a reemplazarles posteriormente a una

hora prudente. Una vez recabada la ficha en administración, pasan a hacer otra larga fila en cajas para recabar la factura del pago de consulta o de la ficha en caso de estar incluido en los seguros.

En el Siglo XXI, los hospitales son empresas con gerencias con una lógica de eficacia, eficiencia, efectividad y calidad. El modelo de gestión de tipo gerencial está basado en resultados. El trabajo es participativo vía Comités de Asesoramiento técnico, horizontalidad y liderazgo participativo. El control se realiza mediante auditorías internas y monitoreo y la mejora continua se produce por la capacidad de autoevaluaciones y retroalimentación.

El perfil epidemiológico de los hospitales del Siglo XXI también ha cambiado. En Europa y Estados Unidos de Norteamérica el común denominador de los hospitales se base en:

1. Uniformidad organizativa.
2. Homogeneización de los perfiles epidemiológicos.
3. Equiparación de las expectativas.
4. Tercerización de los servicios intermedios.
5. Gestión empresarial.

En Latinoamérica existe aún precariedad en los hospitales fundamentalmente en los modelos de gestión con los que funcionan. Los modelos de gestión modernos basan su estrategia en la gestión por resultados, con enfoques de eficiencia, eficacia, calidad y asignación de recursos con criterio de equidad. El modelo más implementado es el modelo P – RRHH – C (productividad, recurso humano, costo) en la triada íntimamente relacionada entre sí. Considerado el criterio empresarial en el manejo de hospitales, el/a paciente es el “cliente más valorado” y la calidad de la atención que recibe se mide por el grado de satisfacción que éste valora según el servicio recibido.

La atención en salud del Hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz está afectada...(sic) *“La larga historia de servicio al país que tuvo y tiene el Hospital General de Miraflores, hoy Hospital de Clínicas, cabe señalar una orientación de continua lucha que nos lleve a reivindicar sus legítimos derechos, postpuestos no solo por la barrera de indiferencia de autoridades políticas circunstanciales, sino por la reprochable pasividad y rutina de quienes se sirven de él para conseguir cualquiera de los nobles fines que otorga, sin saberlo defender cuando lo acechan males como su desgajamiento en una pluralidad de centros -cada uno con sus propias orientaciones- o lo que es peor, su desorganización interna -que persiste-, las restricciones existentes para permitirle disponer libremente de los recursos económicos que genera, o la ruina de su infraestructura física ya obsoleta”*¹⁴.

Comparativamente con otros hospitales de tercer nivel de atención en Bolivia como el Hospital Viedma en Cochabamba o los Hospitales San Juan de Dios y Japonés en Santa

¹⁴ Cuadernos del Hospital de Clínicas; Volumen 45, suplemento I; 1999

Cruz, el Hospital de Clínicas La Paz ha quedado obsoleto, deteriorado y disfuncional. Construido en el año 1915, luego de 100 años, ha tenido muy poca adecuación a la creciente población de la sede de gobierno así como a la creciente demanda de atención. Como hospital de tercer nivel, es un hospital de referencia departamental. En el año 1915 la ciudad de La Paz contaba con 101,120 habitantes y la población calculada para el 2015 se estima de 2.246,013 habitantes, es decir, la población paceña se ha incrementado en un 2,200% y sin embargo, el crecimiento tanto en infraestructura, recursos humanos y tecnología de este importante establecimiento no es ni la décima parte.

El Hospital de Clínicas del Municipio de La Paz, constituye un ejemplo de las elevadas demandas que afectan a personas transferidas de las redes de salud departamentales que realmente requieren el manejo de especialistas. De otro lado, los hospitales están incrementando su población que demanda atención por el criterio de los/as usuarios/as de acudir directamente a éstos a pesar de que sus enfermedades pueden ser resueltas en los centros de salud de primer y segundo nivel. Esta cultura de confiar la salud en profesionales con especialidad y subespecialidad congestiona las atenciones innecesariamente.

Estas numerosas transferencias de pacientes afectan en la calidad de atención como en el ejercicio de los derechos ciudadanos. Esta realidad, sumada a la poca capacidad de gestión administrativa del establecimiento de salud, produce largas filas y demora excesiva en el tiempo de atención.

Según estadísticas del Hospital de Clínicas del Municipio de La Paz, las estadísticas comparativas se presentan en el cuadro subyacente

CUADRO N° 3

SERVICIOS EN CONSULTA EXTERNA EN PRIMERAS CONSULTAS (2013 y 2014)

La cobertura en atención de consulta externa en el Hospital de Clínicas es elevada, tomando en cuenta sólo las primeras consultas. Existen servicios donde la demanda tiene tendencia a crecer, obligando a los servicios de admisión y manejo del expediente clínico a hacer una reingeniería para agilizar y mejorar los servicios que se prestan.

Las especialidades cuyo número de consultas que han incrementado comparativamente en estos años son: (i) dermatología; (ii) maxilofacial; nefrología; (iii) oncología y, (iv) reumatología. En tanto que, las especialidades con proyección a decrecer son: (v) gastroenterología; (vi) geriatría; (vii) UTI y, (viii) emergencias.

En proporción, significativamente el número de consultas en nefrología ha aumentado en un 97% más respecto al año 2013, maxilofacial en 46% más y oncología 30%. Sin embargo, UTI ha disminuido en un 64% y emergencias en un 20%.

El total de consultas del año 2014 respecto al año 2013 se ha incrementado en 5.4% a expensas del incremento en los casos de nefrología y oncología básicamente. Tanto los servicios de nefrología como de oncología han colapsado por la falta de mayor asignación presupuestaria para infraestructura, tecnología y recursos humanos. Estos dos servicios representan el eslabón más débil de la cadena, hecho que ha ocasionado como efecto inmediato la extravasación de pacientes hacia la atención privada en salud, principalmente para hemodiálisis y radioterapia.

La OMS/OPS a través del Sistema Informático Gerencial (SIG) ha diseñado una serie de indicadores de accesibilidad, calidad, estructura y de resultado para mejorar la eficiencia y eficacia. Son:

	SERVICIOS	2012	2013	2014
1	Cardiología	2.213	6.031	6.623
2	Cirugía General	1.010	2.459	2.600
3	Cirugía Plástica y Quemados	445	1.472	1.654
4	Dermatología	2.706	6.963	8.294
5	Endocrinología	1.106	4.277	5.014
6	Gastroenterología	196	1.285	574
7	Geriatría	-	1.484	550
8	Hematología	492	1.741	1.865
9	Infectología	408	1.477	1.390
10	Máxilo Facial	408	1.871	2.726
11	Medicina Física y Rehabilitación	1.442	1.938	1.971
12	Medicina General	1.847	2.925	2.767
13	Medicina Interna	1.743	3.920	4.058
14	Nefrología	314	607	1.197
15	Neurocirugía	362	981	1.283
16	Neurología	1.871	4.410	3.802
17	Nutrición	352	673	524
18	Oncología	543	1.940	2.524
19	Otorrinolaringología	3.041	7.429	7.578
20	Proctología	449	1.142	1.440
21	Psicología	268	689	672
22	Radioterapia	288	2.827	2.061
23	Reumatología	800	4.746	5.944
24	Salud Mental	438	3.246	4.168
25	Traumatología	1.576	4.762	6.231
26	Urología	1.207	3.773	4.614
27	UTI	509	583	174
28	Emergencias	11.960	12.363	10.375
	Total	37.586	87.914	92.673

Fuente: Estadísticas Hospital de Clínicas La Paz; 2015

CUADRO N° 4

INDICADORES DE GESTION HOSPITALARIA PREVISTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN

Variable	Que es	Estándar	Cuándo
Tiempo de espera: desde que viene a hacer fila hasta recibir la atención en el servicio de especialidad	Es un indicador de accesibilidad debido a la organización. Un menor tiempo de espera demuestra un esfuerzo de la organización para acelerar el acceso a los cuidados médicos o de enfermería	30 a 60 minutos En pacientes que acuden a consulta externa	Segundo semestre 2016
Grado de satisfacción:	Es un indicador de calidad. Determina el grado de conformidad que tiene el/a paciente respecto a la atención recibida.	Alta satisfacción.	Segundo semestre 2016
Referencia y Contrarreferencia.- Este indicador se lo obtiene de reportes SICE.	Indicador de estructura. Mide el grado de funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia en la red.	Entre un 8 y 10 por ciento del total de la atención hospitalaria son cifras aceptables.	Segundo semestre 2016
Patologías básicas atendidas por el hospital	Indicador de estructura. Está relacionado con la disponibilidad de protocolos de atención por nivel de complejidad, el conocimiento del perfil epidemiológico de la demanda y la organización de los servicios para su atención	Es aceptable que el 85% corresponda al primer nivel, el 10% al segundo nivel y el 5% al tercer nivel.	Segundo semestre 2016
N° de camas por 1000 habitantes	Es un indicador de disponibilidad y oferta del recurso cama censable por mil habitantes.	1 cama x 1000 habitantes	Segundo semestre 2016
Días cama disponible (D -C- D).-	Es una medida de la capacidad de disponibilidad y oferta de servicios, determinada por la dotación de camas.	Uso eficiente de la cama oscila entre 85% - 95%.	Segundo semestre 2016
Distribución de recurso humano. Constituye un elemento fundamental para detectar la equidad en la distribución de recursos, según necesidades	Indicador indirecto de calidad. Permite establecer estrategias de intervención selectiva, según la importancia de cada caso, para lograr estructuras de distribución de recursos más equitativas, eficaces y eficientes	Horas médico asignadas: ✓ Hospitalización ✓ .Consulta externa. ✓ Emergencia. ✓ Hospitalización.	Segundo semestre 2016
Instalaciones informáticas adecuadas a la necesidad del hospital	Es un indicador de estructura. Establece si el hospital cuenta con instalaciones informáticas adecuadas, para esto es necesario tener un diagnóstico que defina las necesidades de Instalaciones informáticas, dicha situación ideal se comparará con la situación actual del hospital.	Puntos cumplidos del diagnóstico de necesidades de Instalaciones informáticas/ Puntos del diagnóstico de necesidades de Instalaciones informáticas	Segundo semestre 2016

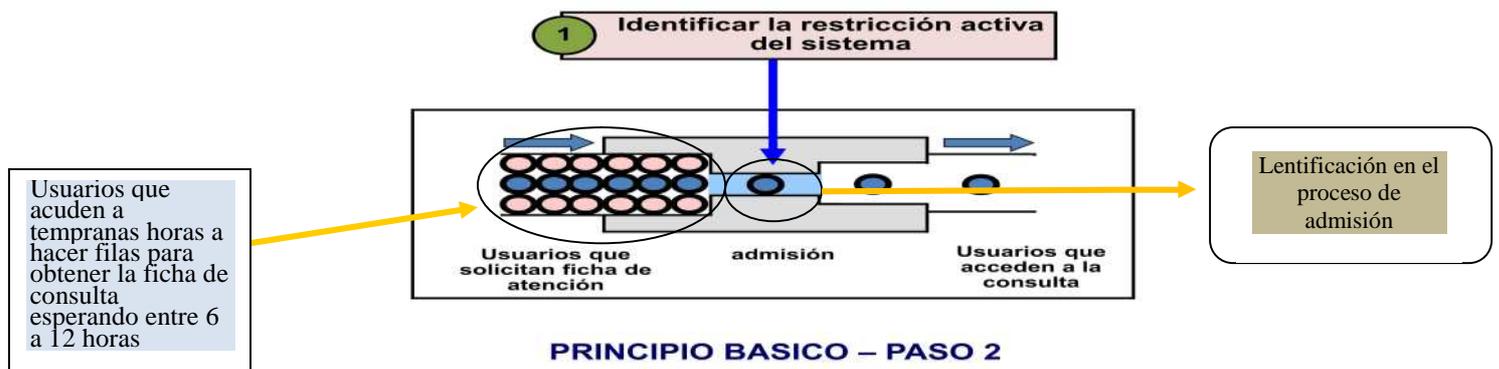
Fuente: Sistema Informático Gerencial, OMS/OPS

- Indicadores de estructura: miden la adecuación cultural, la accesibilidad física a los recursos de salud, estado de la oferta y las condiciones de trabajo, la disponibilidad de sistemas de apoyo y la equidad en la distribución de los recursos de salud.
- Indicadores de procesos: están los indicadores de costo, actividad y utilización de servicios. Muestra la forma como se utilizan los recursos disponibles en la producción por servicio o por producto, su influencia sobre el acceso económico a la atención hospitalaria y la sustentabilidad de los servicios.
- Indicadores de resultados intermedios: miden demanda, eficacia, eficiencia y calidad.
- Indicadores de resultados finales: miden la demanda, muestran las necesidades sentidas, miden la eficacia, eficiencia y efectividad. Los resultados son consecuencia del proceso y se refieren a los cambios en el estado de salud actual y futuro de un paciente que se pueden atribuir a la atención de salud anterior.
- Indicadores de impacto: miden la oportunidad en la atención, calidad y efectividad. Depende de la calidad de la atención que se provee. Muestran el desempeño general del hospital.

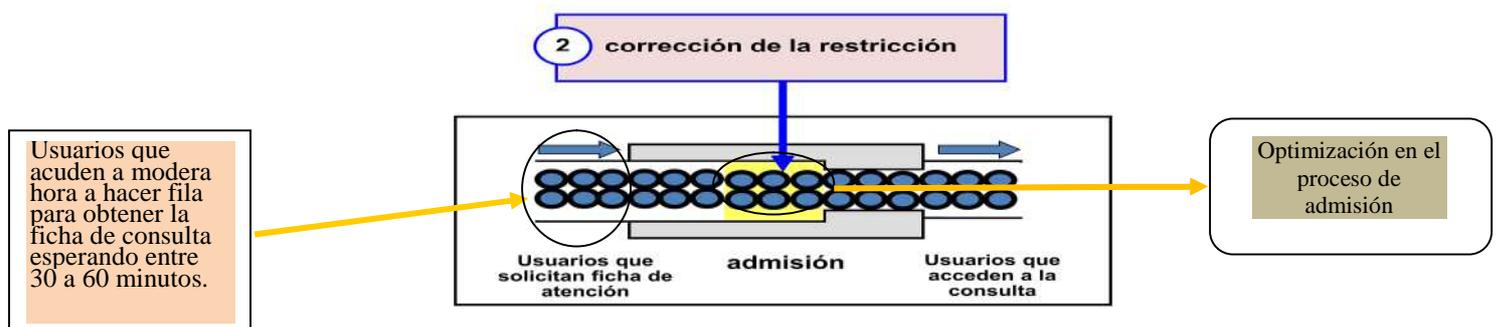
El objetivo específico de la propuesta de intervención prevé la consecución de dos principios básicos como se expone en los gráficos subyacentes:

FIGURA N° 5

PRINCIPIO BASICO – PASO 1

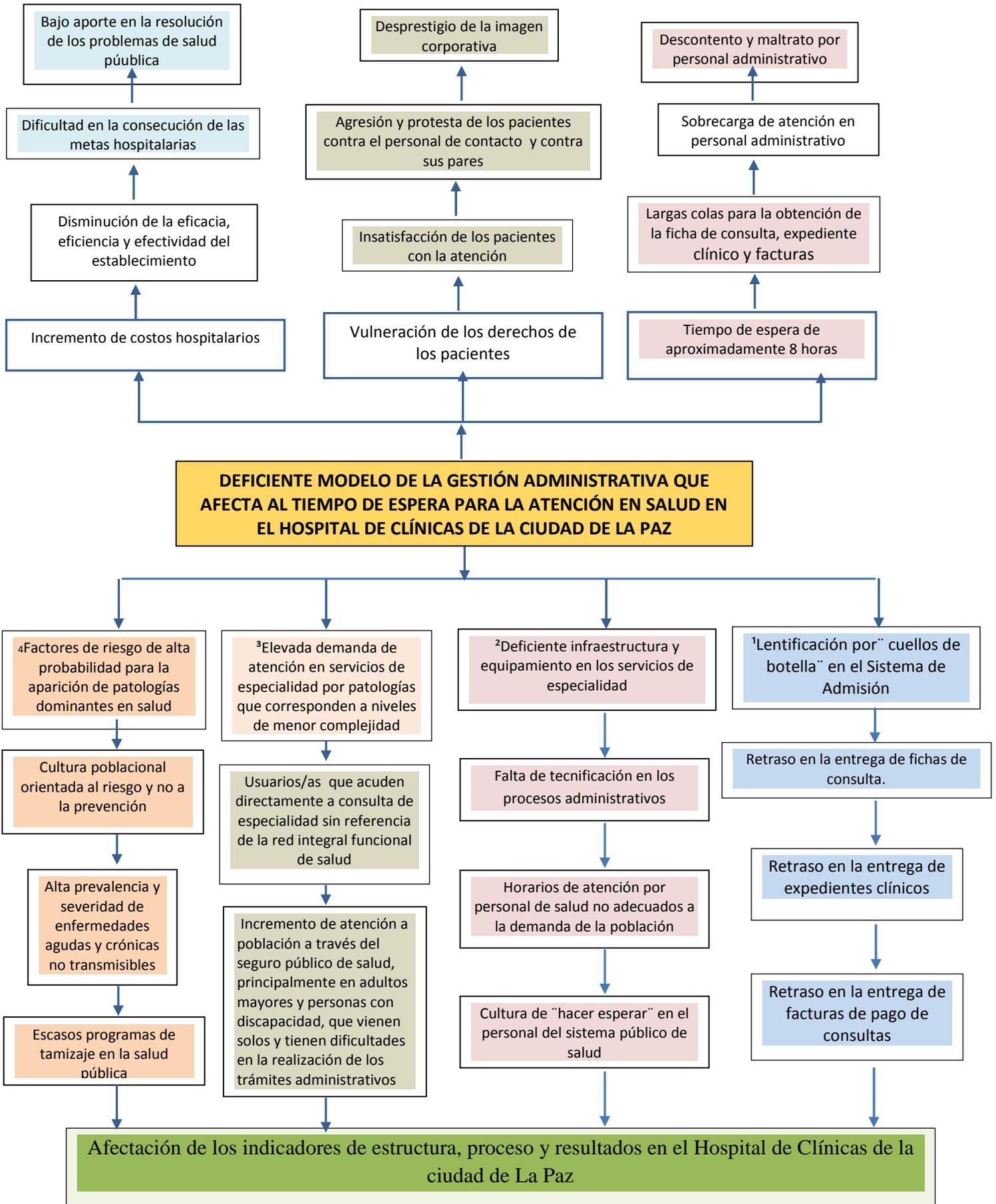


PRINCIPIO BASICO – PASO 2



Fuente: Elaboración propia

**ESQUEMA N° 1
ARBOL DE PROBLEMAS**



**CUADRO Nº 5
CRITERIOS DE IDENTIFICACIÓN Y SELECCIÓN DEL PROBLEMA
ESQUEMA DE HANLON**

Item	Magnitud	Vulnerabilidad	Trascendencia	Costo	Oportunidad	Total
1	*****	****	***	*****	*****	1500
2	***	*****	***	*	**	90
3	*	*****	****	*****	***	300
4	*	*	**	*	*	2

Fuente: Elaboración propia

Nota: Item 1: Lenificación por “cuellos de botella” en el sistema de admisión.

Item 2: Deficiente infraestructura y equipamiento en los servicios de especialidad.

Item 3: Elevada demanda de atención en servicios de especialidad por patologías que corresponden a niveles de menor complejidad.

Item 4: Factores de riesgo de alta probabilidad para la aparición de patologías dominantes en salud.

El problema seleccionado para ser abordado por el proyecto es el que corresponde al Item 1: Lenificación por “cuellos de botella” en el sistema de admisión que alcanza los 1500 puntos.

6. ANÁLISIS DE ACTORES

**CUADRO Nº 6
MATRIZ DE INVOLUCRADOS**

IDENTIFICACIÓN DE GRUPOS	INTERESES	PROBLEMAS	POTENCIALIDADES	RECURSOS Y MANDATO
Usuarios que acuden a la consulta	Máximo interés en disminuir el tiempo de espera	Excesivo tiempo de espera para la consulta externa	Susceptible a análisis para su organización	Recursos de tiempo y el derecho al acceso sin exclusión
Personal de estadística	Mínimo esfuerzo	Poca agilidad en el despacho de historias clínicas	Posibilidad de concertación para la mejora	Recurso valioso y clave. Cumplimiento de sus deberes
Personal de cajas	Mayor responsabilidad por manejo de dinero	Poco flexible para adecuarse a las necesidades	Posibilidad de concertación para la mejora	Recurso valioso para contribuir a la agilidad en los procesos.
Secretarías de los servicios	Resolver los problemas de atención	Reciben las historias clínicas con retraso	Posibilidad de apoyo en el proceso	Recurso valioso para facilitar la información
Profesionales especialistas	Cumplimiento de sus obligaciones	Deben cumplir con el pase de visita y la consulta externa	Posibilidad de organización interna	Recurso con pocas posibilidades de cambio

Fuente: Elaboración propia

7. CONTEXTO DE INTERVENCIÓN

El Hospital de Clínicas es un hospital regional universitario de carácter público, de III nivel de complejidad, con tecnología moderna.

Desde 1915 se atiende a pacientes adultos de ambos sexos especialmente de bajos recursos. El Hospital de Clínicas fue creado mediante Ley de 11 de enero de 1915 como Hospital General de Miraflores a instancia de la Brigada Parlamentaria de La Paz, el legislativo promulga la Ley 771 de 31 de enero de 1986, que establece la prioridad de contar con una nueva y moderna infraestructura por el crecimiento poblacional y de especialidades.



Foto: Gruta del Hospital de Clínicas. Se aprecia en el fondo el histórico reloj. Producción propia.

Desde la construcción a la fecha se realizaron ampliaciones y remodelaciones que aún resultan insuficientes. La Ley N° 031 de Autonomías y Descentralización del 19 de julio de 2010, establece en su Art. 81 Numeral III Inciso c y d, que los hospitales de tercer nivel funcionaran bajo dependencia de la Gobernación del Departamento Autónomo de La Paz, considerando un periodo transición de un año, amparado en el Art. 38 de la Ley N° 062 de 28 de noviembre de 2010, en la que instituye que se mantengan los recursos destinados a establecimientos de tercer nivel durante la gestión 2011.

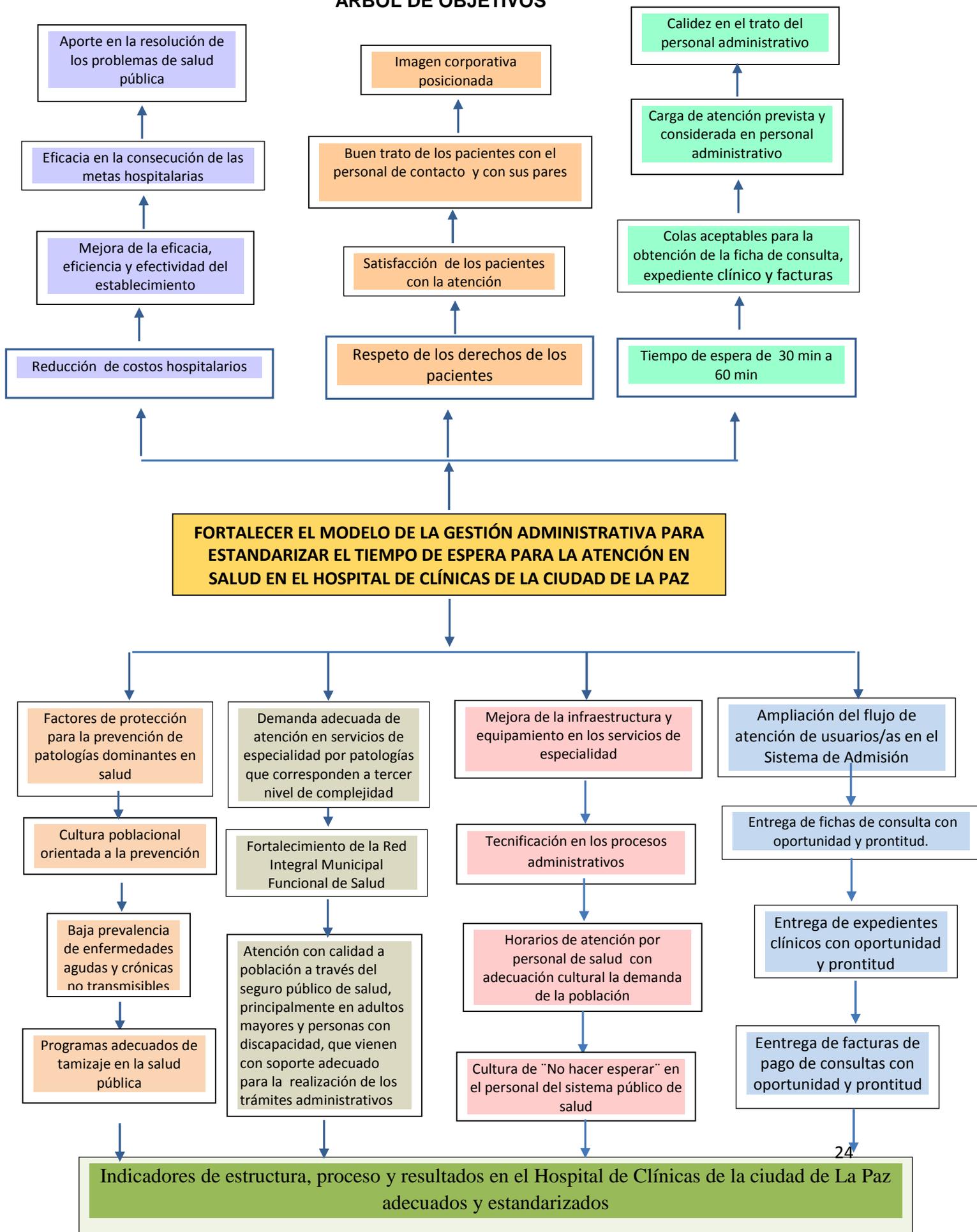
8.1 OBJETIVO GENERAL:

- ❖ Contribuir a la universalización y equidad en el acceso al sistema de salud.

8.2. OBJETIVO ESPECÍFICO:

- ❖ Fortalecer el Modelo de la Gestión Administrativa para estandarizar el tiempo de espera para la atención en salud en el Hospital de Clínicas de la Ciudad de La Paz en el segundo semestre de 2016.

**ESQUEMA N° 2
ARBOL DE OBJETIVOS**



8.3. COMENTARIO DE LOS OBJETIVOS

El alineamiento a la política pública tratando de dar acceso universal con equidad y sin exclusión es el fin que se pretende lograr, contribuyendo a mejorar la calidad de la atención a través de la estandarización de los tiempos de espera de 30 min. a 60 min. para los/as usuarios/as del Hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz, mediante la identificación de las restricciones del sistema.

Los objetivos del proyecto prevén cambiar esta situación mediante la implementación de procesos que permitan decidir de manera eficaz la forma de explotación óptima en la distribución del flujo de pacientes para la consulta, eliminando los cuellos de botella.

Existen cuatro fases principales para entender el “*Qué Cambiar*” para que se alcance el objetivo de estandarizar el tiempo de espera para la atención en salud en el Hospital de Clínicas de la Ciudad de La Paz en el segundo semestre de 2016, son:

- Encontrar una manera de romper el conflicto medular de una vez por todas.
- Definir los efectos deseables (EDE’s) y los objetivos estratégicos (SO’s) de la solución.
- Construir una solución completa que resuelva todos los efectos indeseables (EIDE’s).
- No crear ningún efecto secundario negativo.

Los modelos de gestión se basan en la Comparación de la distribución de prioridades de los factores de influencia como son los gastos de operación, el caudal y el inventario. Cuando ocurre una crisis empresarial, el enfoque estratégico de resolución se centra sobre estos factores de influencia y eso es lo que marca el modelo de gestión. Los hospitales complejos son empresas que se basan en el recurso humano – costo – productividad.

FIGURA N° 6

Comparación de filosofías de gestión			
Prioridad	Sistema Tradicional	Sistema Japonés	Sistema Manejo de Restricciones
1	 Gastos de operación	 Inventario	 Caudal
2	 Caudal	 Caudal	 Inventario
3	 Inventario	 Gastos de operación	 Gastos de operación

© Adolfo Held

Fuente: Elaboración en base al Manual TOC / Manejo de Restricciones.

Sistemas tradicionales de gestión

Los sistemas tradicionales se basan fuertemente en los diversos métodos de contabilidad de costos. Por esta razón la palanca para mejoramientos / saneamientos se aplica al área de reducción de costos (despido de personal). Mediante costos más bajos se espera obtener mejores márgenes y ganancias.

La reducción de inventarios constituye la última prioridad, puesto que se reduce el aprovechamiento de capacidades de producción, subiendo de esta forma los costos unitarios en detrimento de los márgenes.

Sistemas japoneses de gestión

La filosofía empresarial japonesa ha sido fuertemente influenciada por *Taichi Ohno* y se orienta con prioridad por el flujo de caja y los requerimientos financieros. Por este motivo las medidas que conducen a una reducción de requerimientos financieros, como p.e. la reducción de inventarios, gozan de una alta prioridad. En consecuencia, muchos sistemas japoneses de producción (*Justo a tiempo / Kanban*) están enfocados a trabajar con un mínimo de inventarios y productos en proceso, mejorando por consiguiente los márgenes y ganancias.

Mejores márgenes también se obtienen mediante medidas de calidad y la constante lucha contra desperdicios (*Muda*). En cambio, una reducción de costos mediante despido de personal es por lo general mal vista en las grandes empresas japonesas.

TOC / Manejo de Restricciones

Esta filosofía ve su más alta prioridad en el mejoramiento del caudal. Esta meta solo se puede alcanzar dirigiendo todos los esfuerzos a la eliminación de cuellos de botella, puesto que son ellos los que impiden el crecimiento o una mejor explotación. Por eso la pregunta clave del *TOC / Manejo de Restricciones* es:

¿Cuáles son las restricciones que le impiden a una organización o empresa ser más exitosa? Mediante la optimización del flujo de productos o servicios con buenos márgenes es posible incrementar las ganancias muy por encima de los promedios de otros sistemas. Sin embargo, se debe utilizar como una precondition un nuevo método de costeo, que a su vez pone en duda los métodos existentes. Esta también es la razón por la cual las reducciones de costo tienen la prioridad más baja.

Con respecto al tratamiento de inventarios existe una gran similitud con sistemas japoneses, puesto que corresponden en gran parte a la lógica del *TOC / Manejo de Restricciones*.

Como lo muestra esta primera comparación, el *TOC / Manejo de Restricciones* es una filosofía que está diametralmente opuesta a los métodos tradicionales. En cambio existe una gran concordancia en muchas áreas con los métodos japoneses.

La presente propuesta de intervención propone manejar la crisis de atención como ocurre en el Hospital de Clínicas de la Ciudad de La Paz toda vez que la demanda supera la oferta. Ante dificultad de incrementar sus costos operativos y de inventarios, considera que la estrategia más aceptable es la de incrementar el caudal mediante la reducción de los cuellos de botella administrativos.

CUADRO N° 7

MARCO LÓGICO

FIN	INDICADORES	MEDIO DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
Universalización y equidad en el acceso al Sistema de Salud	Servicios de salud con acceso a la atención según el grado de complejidad con tiempo de espera estandarizados.	Registro de incremento en consultas externas con mayor satisfacción de usuarios.	La propuesta se autosostendrá con recursos del propio Hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz.
PROPÓSITO Fortalecer el Modelo de la Gestión Administrativa para estandarizar el tiempo de espera para la atención en salud en el Hospital de Clínicas de la Ciudad de La Paz en el en el segundo semestre 2016.	Modelo de gestión administrativa operando hasta fin del proyecto.	Encuestas de satisfacción de usuarios. Datos estadísticos de producción del hospital.	Predisposición para el uso de la tecnología aplicada a salud.
RESULTADOS R1 - Sistema de red en estadística, cajas y consultorios externos funcionando. R2 Flujo de atención de usuarios/as en el sistema de admisión ampliado.	Sistema de red funcionando hasta fines del proyecto. 80% de reducción en el tiempo de espera desde el registro en estadística hasta el servicio de atención	Historias clínicas digitales en consultorios. Hora de inicio de consulta externa	Disponibilidad de profesionales técnicos para la viabilización del sistema digitalizado. Existencia de una unidad de informáticos para el acceso a la tecnología.
ACTIVIDADES A1.R1 Adquirir equipos e insumos para el acceso en red a estadística y cajas con consultorios ambulatorios. A2.R1 Concertación con actores para el funcionamiento en red del proceso de atención. A1.R2 Análisis del caudal como factor de decisión para la eliminación de las restricciones. A2.R2 Implementar la forma de explotación máxima del flujo de usuarios/as a la consulta diaria	3 computadoras en estadística 2 computadoras en caja 30 computadoras en consultorios externos. 100% de personal de admisión con capacitación y predisposición de trabajo efectivo. Estudio de manejo de restricciones realizado hasta primer mes de iniciado el proyecto. 20% incremento en las consultas externas con mayor satisfacción de los usuarios hasta fin del proyecto	Facturas. Actas firmadas Estudio elaborado N ° de Fichas de Consulta entregadas. Encuesta de satisfacción.	Predisposición de autoridades de la gobernación para la inversión en los procesos de atención en salud. Registrado en el cuaderno de actas.

**CUADRO N° 8
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión o categoría	Indicadores	Item	Instrumento recolección	Fuente Información	Tipo variable	Escala de medición
Computadoras	Equipo tecnológico	Registro en red	Tecnología	Tiempo de registro	01	Archivo de registro	Base de datos	Cualitativa nominal	Adecuado inadecuado
Personal de estadística	RRHH calificados	Capacidad laboral	Persona competente	Trabajo eficiente	02	Planilla de registro	Base de datos	Cualitativa nominal	Eficiente ineficiente
Personal de cajas	RRHH calificados	Eficiencia laboral	Competencia personal	Trabajo eficiente	03	Planilla de registro	Base de datos	Cualitativa nominal	Eficiente ineficiente
Organización del proceso de admisión	Verificación de procesos	Procesos de admisión con tiempos mínimos	Tecnología más capacidad de personal	Tiempo de procesos	04	Programa de registro	Base de datos	Cuantitativa de intervalo	Bajo Medio Alto
Reducción del tiempo de espera	Tiempo de espera desde el ingreso a la fila hasta ser atendido	Disminución del tiempo de espera	Acciones tomadas para disminuir el tiempo de espera	Tiempo de espera	05	Programa de registro	Base de datos	Cuantitativa discreta	Porcentaje
Consultorios externos con computadoras en red	Recintos tecnológicamente equipados	Funcionamiento de la red	Tecnología para el funcionamiento de la red	Historias clínicas digitales en consultorios	06	Programa de registro	Base de datos	Cuantitativa discreta	Porcentaje
Incremento en el número de consultas externas con satisfacción de usuarios	Inicio de consulta más temprano incrementa el tiempo de consulta externa	Número incrementado de consultas por mayor disponibilidad de tiempo	Acciones realizadas para el inicio temprano de consultas externas	Incremento de consultas externas	07	Estadística del hospital	Base de datos	Cuantitativa de proporción	Porcentaje

9. RESULTADOS

Los resultados contribuyen a cambiar la situación existente a otra donde sea factible de modificar las actitudes del personal y permita mejorar sustancialmente la calidad de atención mediante la estandarización del tiempo de espera. Los estándares de acreditación definidos por el Ministerio de Salud, incluidos en la “Guía de Evaluación para la Acreditación de Hospitales”, establecen los criterios sobre las condiciones estructurales y de proceso para la oferta de atención con calidad.

Los *indicadores de estructura* miden la adecuación cultural, la accesibilidad física a los recursos de salud, estado de la oferta, el tiempo de espera para la consulta, las condiciones de trabajo, la disponibilidad de sistemas de apoyo y la equidad en la distribución de los recursos de salud.

Los *indicadores de proceso* miden los costos, actividad y utilización de servicios. Muestran la forma como se utilizan los recursos disponibles en la producción por servicio o por producto, su influencia sobre el acceso económico a la atención hospitalaria y la sustentabilidad de los servicios.

Los *Indicadores de resultados intermedios* miden demanda, eficacia, eficiencia y calidad.

Los *Indicadores de resultados finales* miden la demanda, muestran las necesidades sentidas, miden la eficacia, eficiencia y efectividad. Los resultados son consecuencia del proceso y se refieren a los cambios en el estado de salud actual y futuro de un paciente que se pueden atribuir a la atención de salud anterior.

Los *indicadores de impacto* miden la oportunidad en la atención, calidad y efectividad. Depende de la calidad de la atención que se provee. Muestran el desempeño general del hospital.

RESULTADO 1:

Sistema de Red en Estadística, Cajas y Consultorios Externos Funcionando. Este resultado prevé instalar un sistema operativo en red (Network Operating System), es un software que permite la interconexión de computadoras para acceder a los servicios creando redes de comunicación e información.

El resultado 1 prevé estandarizar el tiempo de espera de los/as usuarios/as en la consulta externa del Hospital de Clínicas La Paz de entre 30 min. a 60 min. Es un indicador de accesibilidad debido a la organización. Un menor tiempo de espera demuestra un esfuerzo de la organización para acelerar el acceso a los cuidados médicos o de enfermería. Requiere de altos niveles de organización de los servicios administrativos y consultorios externos para lograr un estándar entre 30 a 60 minutos como tiempo de espera aceptable. Este indicador debe ser investigado mediante encuestas periódicas o las boletas de las “caritas” colocadas en los buzones del hospital.

NUMERADOR	DENOMINADOR	Factor
Tiempo de espera promedio (muestra).	Tiempo de espera aceptado.	x 100

RESULTADO 2:

Flujo de Atención de Usuarios/as en el Sistema de Admisión Ampliado. Para ello se identificará la restricción activa del sistema que ocasiona las largas colas de pacientes para recibir la atención en salud. Este resultado aportara a mejorar la gestión gerencial como herramienta que reorienta la administración de los hospitales hacia una gerencia por resultado, monitorea el desempeño hospitalario (la eficacia, eficiencia y la efectividad) y como resultado, mejora la calidad de la atención y la satisfacción de los usuarios.

10. ACTIVIDADES

Las actividades se realizarán para lograr los resultados previstos.

ACTIVIDAD 1:

Adquirir equipos e insumos para el acceso en red a estadística y cajas con consultorios ambulatorios.

ACTIVIDAD 2:

Reuniones de concertación con el personal de estadística y cajas para verificar los procesos que realizan y la facilitación de los técnicos de informática para agilizar dichos procesos mediante la digitalización de los expedientes clínicos, la incorporación de estudios de radiología, laboratorio, gabinete, entre otros.

ACTIVIDAD 3:

Concertación con los actores involucrados (personal de cajas, estadística, profesionales de consulta externa y usuarios/as para hacer funcionar este sistema digitalizado en red.

11. INDICADORES POR ESTRUCTURA DE OBJETIVOS

La adquisición de 30 computadoras serían suficientes, tomando en cuenta la existencia de alrededor de 27 especialidades, algunas de las cuales disponen de dos o tres consultorios.

El personal de estadística tienen competencia para el manejo de computadoras para la introducción de los datos personales de los/as usuarios/as. Requieren una capacitación para el manejo de expedientes clínicos digitalizados y la aplicación de la ética para la discrecionalidad de dicha información privada.

El personal de cajas trabaja en forma ininterrumpida, haciendo guardias nocturnas, feriados o fines de semana. Deben dar vía libre para la distribución de fichas en forma digital, en caso de que signifique algún cobro por los servicios prestados deberá facilitar la factura desde tempranas horas para lograr la atención en consulta externa más temprano que la habitual.

La organización del proceso de admisión requiere del consenso de todos los actores, motivo por el cual, es necesario realizar un taller para analizar cada proceso y la posibilidad de reducir tiempos o pasos. Este consenso deberá ser socializado con los/as usuarios/as para que sean aceptados.

La reducción del tiempo de espera se podrá evidenciar por el horario de inicio de la Las computadoras deberán estar funcionando en red en cada consultorio con la posibilidad de imprimir parte del expediente clínico o en su totalidad. Su seguridad debe estar garantizada por funcionarios permanentes en los mismos, así como las chapas de las puertas de acceso.

Debido al inicio de la consulta más temprano, el tiempo de atención en consultorio se ampliaría, permitiendo el acceso a mayor número de fichas por profesional que atiende en consulta externa.

12. FUENTE DE VERIFICACIÓN

La verificación de los indicadores mencionados será posible de efectivizarse por la existencia de facturas de adquisición de computadoras. Actas de reuniones, firmadas con asistentes tanto de estadística, cajas e informáticos, así como el involucramiento a profesionales que atienden la consulta externa.

Se verificará el horario de inicio de la consulta registrado en el expediente clínico digital, así como por el incremento en el número de consultas, registrado en la base de datos de producción del hospital.

Todos los procesos mencionados, contribuirán al acceso universal con equidad, enunciado como eje de una de las políticas sectoriales de desarrollo.

13. SUPUESTOS

Autoridades de la gobernación manifestaron en el pasado preocupación por las largas filas de espera que congestionan las puertas de los hospitales del complejo hospitalario, en especial el del Hospital de Clínicas. Esto demuestra la intención de realizar los cambios necesarios para dar solución a este problema, que arrastra desde hace varios años.

El personal del hospital no puede permanecer indiferente a esta necesidad de mejorar estos procesos y contribuir a reducir las filas, como el de acceder a mayor número de consultas.

14. ANÁLISIS DE VIABILIDAD

Las políticas nacionales indican la necesidad de satisfacer las demandas de atención, organizado por niveles en la red de servicios, a nivel departamental, según los grados de complejidad. Estas políticas intentan llegar a la población reduciendo costos de atención como al acceso en la atención de calidad, sin discriminación.

El proyecto se alinea a uno de los ejes de la política sectorial de desarrollo, motivo por el cual debe ser viable su ejecución, ya que contribuye en forma efectiva, al acceso con calidad en la atención especializada en consulta externa.

15. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

La distribución de las unidades del Hospital de Clínicas permite el análisis por estas unidades y de trabajar con sus actores para lograr un consenso sobre estos procesos, que habitualmente realizan. Dichos procesos podrían ser mejorados, mediante la aplicación de tecnología, que ya se encuentra parcialmente funcionando en dicho establecimiento y que tienen el personal necesario para su aplicación.

16. ANÁLISIS DE SOSTENIBILIDAD

El proyecto, una vez concluido es sostenible, ya que se trabajaría con el mismo número de actores mejor organizados, que ya se encuentran trabajando en el hospital. Las autoridades que se encuentran coyunturalmente tendrán que apoyar a esta sostenibilidad, como parte de sus funciones de contribuir a las políticas nacionales en beneficio de la población.

17. IMPACTO ESPERADO DEL PROYECTO

Mejorar la calidad de atención a los usuarios a través del fortalecimiento de la gestión administrativa.

18. FUENTE DE FINANCIAMIENTO

El financiamiento será efectivizado en parte por recursos de la gobernación, quien tiene la tuición del hospital y en parte por la cooperación de organismos internacionales.

19. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia. 2009.
2. Plan Nacional de Desarrollo Sectorial 2015 – 2020
3. Estatuto Orgánico y Reglamento del Colegio Médico de Bolivia de 2008.
4. Historia del Hospital de Clínicas en el Plan Estratégico Institucional del Hospital de Clínicas de 2006
5. Estadísticas del Hospital de Clínicas de 2012, 2013 y 2014.
6. HELD R, Universidad de Columbia en Nueva York, 2014, Contabilidad de Caudal/Toc / Manejo de Restricciones.
7. HENNING R, Universidad de Hamburgo / Alemani 2009, Manejo Empresarial de las Restricciones.
8. HELD A, Management Consulting,2006 , D-51467 Bergisch Gladbach / Alemania.
9. Poka Y, Análisis y Resolución de Problemas Complejos "Throughput Accounting", 2004, Illinois – USA.
10. GOLDRATT E, Cadena Crítica, 1997, Boston Massachusetts – USA.

11. MORAES NOVAES H. “Garantía de Calidad en Hospitales de América Latina y el Caribe. 1991.
12. ORTIZ E., MUÑOZ J. y MARTÍN DEL C. “Consulta Externa en Instituciones de Salud de Hidalgo, Méjico, según opinión de usuarios. 2003
13. MEDINA L., MEDINA P. y GONZALEZ A. “Reducción del tiempo de espera de pacientes en el Departamento de Emergencias de un Hospital utilizando la simulación”. 2010.
14. MESQUITA M., PAVLICICH V. y BENÍTEZ “Percepción de la calidad de atención y accesibilidad a consultas pediátricas en Asunción. 2008.
15. VELASQUEZ R., RODRIGUEZ Q. y JAEN P. “Metodologías cuantitativas para la optimización del servicio de urgencias, una revisión de la literatura”.
16. MEJÍA GARCÍA B. y Col. “Gerencia de Procesos” Colombia. 2004
17. LORINO P, “El control de gestión estratégico” Méjico. 1996
18. DRUCKER P, “La gerencia para el futuro” Grupo Editorial Norma, 1993
19. HAMMER, M. “Unificar los procesos” Revista Gestión. Vol. 1. Número 2. Bogotá. 1998
20. DE GEYNDT W. “Sinopsis de los planteamientos para evaluar la calidad de atención al paciente” Revista de Salud Pública México N° 3. Mayo-Junio de 1986. Vol. 28
21. RUELAS BARAJAS E. “Los paradigmas de la calidad en la atención médica” Gac. Médica Vol. 133 N° 2. 1988
22. ARGENTINO PICO L. “Notas para una fundamentación ética de los programas de mejoramiento continuo de la calidad asistencial” Revista Bioética y cuidado de la salud, equidad, calidad, derechos. 1990
23. ISO 9000:2000 “Guía para las pequeñas empresas” Editorial ICONTEC. IBNORCA

24. CUADRO Nº 9
CRONOGRAMA DE LAS ACTIVIDADES

Fases	Actividades	Semanas														Productos		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		15	16
Actividades previas al trabajo de campo	Planificación y coordinación con autoridades del hospital																	1. Propuesta concertada. 2. Plan de actividades acordado.
	Elaboración de cronograma de reuniones con actores involucrados																	3. Cronograma de reuniones concertado. 4. Definición de contenidos a ser abordados.
	Planificación, realización prueba piloto, evaluación y ajuste de instrumentos.																	5. Instrumentos ajustados y manuales validados.
	Diseño de los consultorios que requieren computadoras y su factibilidad de conectar en red																	6. Mapa de ubicación de consultorios
	Reclutamiento de personal técnico para la planificación de la red																	7. Equipos de trabajo conformados
	Planificación de especificaciones de computadoras requeridas																	8. Cotizaciones de computadoras y requerimiento en insumos para la red

Dra. Yuko Hiramatsu Y. – Gestión por Procesos para Mejorar la Atención al Usuario Reduciendo el tiempo de espera en el Hospital de Clínicas de La Ciudad de La Paz – 2016 -

Fases	Actividades	Semanas																Productos
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
Trabajode campo	Trabajo de campo																	9. Actas de reuniones y acuerdos 10. Adquisición de computadoras.
	Instalación de las computadoras																	11. Computadoras en consultorios
Ajuste de base de datos e informe final	Aplicación de la red																	12. Funcionamiento en red
	Puesta en práctica el funcionamiento de la red																	13. Red funcionando verificado
	Aplicación del expediente clínico digitalizado																	14. Expediente clínico digitalizado en los consultorios externos y en el sistema digital del hospital.
	Socialización con usuarios por encuestas y por pantalla																	15. Programación de la pantalla para facilitar información a pacientes 16. Encuesta al 30% de usuarios de la semana.
	Validación del funcionamiento del proyecto y su																	17. Resultado de la encuesta de satisfacción

Dra. Yuko Hiramatsu Y. – Gestión por Procesos para Mejorar la Atención al Usuario Reduciendo el tiempo de espera en el Hospital de Clínicas de La Ciudad de La Paz – 2016 -

Fases	Actividades	Semanas																Productos	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		
	aceptación																		ión de usuarios/as

CUADRO N° 10

PRESUPUESTO

Ítem	Descripción	Unidad	Cantidad meses	Precio Unitario Bs	Precio Total Bs	Precio total USD
1	Recursos Humanos					
1.1	Investigador principal (coordinar de equipo)(1)	H/mes	4 meses	18.500	74.000	
1.2	Consultor en estadística(1)	H/mes	3 meses	5.500	16.500	
1.3	Consultor logística (1)	H/mes	1 mes	4.500	4.500	
1.4	Encuestadoras (3)	H/mes	1 semana	1.400	4.200	
1.5	Médico digitalizador de expediente clínico(1)	H/mes	2 semanas	4.300	4.300	
1.6	Estadísticos operativos(3)	H/mes	2 meses	2.500	15.000	
1.7	Auxiliar de oficina	H/mes	4 meses	3,500	14,000	
	Subtotal				132.500	19.011
2	Equipos y materiales					
2.1	Compra de computadoras (30)	30		4.669	140.070	
2.2	Compra de cables para instalación en red	metros	1.500	35	52,500	
2.3	Material de escritorio	Global	1.00	2500.00	2,500	
	Subtotal				195.070	27.988
3	Comunicaciones					
3.1	Tarjetas de teléfono celular (27)	Tarjeta	100	20	10,000	
3.2	Alquiler modem oficina	Mes	4	240	960	
	Subtotal				10,960	1,575
4	Alquiler movilidad					
4.1	Ciudad La Paz (1)	Bus/día	7	1200	16,800	
	Subtotal				16.800	2.411
6	Impuestos de ley		13%		46.193	6,628
Total					401.523	57.613