



**PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR EL TIEMPO DE ESTADÍA
HOSPITALARIA DE PACIENTES TRAUMATOLÓGICOS DEL ÁREA
QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL DEL SALVADOR**

**Actividad Formativa Equivalente para optar al grado de Magister en
Administración de Salud (MAS)**

Estudiante: María de Lourdes Varas Furrey

Profesor: Cristian Rebolledo

Santiago, enero 2023

Contenido

1. Resumen ejecutivo	4
2. Introducción	5
2.1 Contexto relevante del lugar de intervención	5
2.2 Evolución, características y atributos más importantes de la situación actual	7
2.2.1 Estructura y organización administrativa del área quirúrgica.	7
2.2.2 Características de la demanda	7
2.2.3 Dotación y distribución de camas	8
2.2.4 Servicios quirúrgicos	9
2.2.5 Principales unidades involucradas en la gestión de camas hospitalaria:	11
2.3 Datos cualitativos y cuantitativos que aportan a la caracterización de la situación actual	13
2.4 Objetivo de la AFE	16
3. Metodología	16
3.1 Aplicación de la metodología de Marco Lógico a la realidad seleccionada	16
3.2 Equipo gestor	16
3.3 Técnicas y/o instrumentos metodológicos utilizados	17
4. Descripción del problema	18
4.1 Priorización del problema:	18
4.2 Selección y justificación del problema seleccionado	19
5. Análisis de los involucrados:	20
5.1 identificación de los actores involucrados.	20
5.2. Análisis del problema central e identificación de otros problemas desde la perspectiva de los actores involucrados.	21
6. Análisis del problema	22
6.1 Análisis a través del “árbol de problemas”	22
6.2 Caracterización del problema	22
7. Análisis de objetivos	25
7.1 Análisis a través del árbol de soluciones.	25
7.2 Análisis de viabilidad:	27
8. Análisis de alternativas.	28
8.1 Identificación de estrategias posibles a desarrollar:	28
8.2 Propuestas de acción según los medios	28
8.2.1. Gestión eficiente de horas especialista y exámenes para obtener el pase operatorio	28

8.2.2 Conocimiento del flujo de los procesos prequirúrgicos	29
8.2.3. Cumplimiento eficaz de las indicaciones médicas preoperatorias	29
8.2.4. Conocimiento del flujo de los procesos post quirúrgicos	30
8.2.5. Conocimiento de la historia clínica y evolución del paciente.	30
9. Síntesis de la etapa analítica del proyecto:	31
10. Fase de planificación	32
10.1 Resumen narrativo de objetivos por jerarquía.	32
11. Indicadores	33
11.1 Indicadores de fin y propósitos	33
11.2 Indicadores de resultados	33
11.3 indicadores de actividades	34
12. Medios de verificación	35
13. Supuestos	37
14. Resumen: Matriz de marco lógico	39
15. Plan de ejecución	42
16. Cronograma	46
16. Presupuesto	48
17. Control de calidad de la propuesta.	52
18. Reflexión final	54
19. Referencias bibliográficas	55

1. Resumen ejecutivo

Según la OCDE el número de camas de hospital estándar es de 4,9 camas por 1000 habitantes y Chile actualmente cuenta con 2,0 por 1000 habitantes (1), esta situación afecta fuertemente al sector público al no haber una oferta de camas suficiente que dé respuesta a la demanda por servicios de salud.

El Hospital del Salvador atiende aproximadamente a 600.000 habitantes de 9 comunas beneficiarias además de la población flotante (46.000) no beneficiaria, cuenta con una dotación de 325 camas, un 20 % menos, desde el inicio de la pandemia, ya que, se debió reducir su dotación con el fin de dar cumplimiento a las medidas preventivas conducentes a disminuir la probabilidad de contagios y aparición de brotes dentro de las salas de hospitalización.

La principal vía de ingreso de los pacientes es a través del servicio de urgencia en donde el 30% de estos corresponde a pacientes traumatológicos quienes deben ingresar a las camas del área quirúrgica, muchos de los cuales deben esperar previo al ingreso a una cama de hospitalización más tiempo de lo que dicta la normativa ministerial al no haber camas disponibles en el área de hospitalización.

Parte importante del gasto de los hospitales se destina al recurso cama (2) por lo cual, la búsqueda de estrategias que mejoren procesos de gestión de pacientes es necesario y es lo que se lleva a cabo en el desarrollo del siguiente trabajo: analizar causas que impiden un flujo fluido y eficiente de los pacientes hospitalizados.

Mediante la metodología de marco lógico y utilizando diferentes herramientas de gestión se logra definir una problemática central la cual se profundiza estructurando un árbol de problemas el cual se transforma en árbol de soluciones para finalmente operacionalizar la información en una matriz de marco lógico. Finalmente se plantea un proyecto que a través de la incorporación de acciones específicas en la gestión de enfermería quiere aportar a la fluidez al proceso de hospitalización de los pacientes traumatológicos del área quirúrgica.

2. Introducción

2.1 Contexto relevante del lugar de intervención

El hospital del Salvador fue fundado el 7 de diciembre de 1871, construido en respuesta a la excesiva mortalidad infantil y epidemias de viruela y cólera que afectó al país en aquella época. (4)

Actualmente se encuentran en construcción las nuevas y modernas instalaciones iniciadas el año 2016 y que albergarán junto al Hospital del Salvador, el Instituto Nacional de Geriátrica, obras cuyo fin se proyecta para mediados del 2023.

Esta institución asistencial docente de alta complejidad pertenece al servicio de salud metropolitano oriente ubicado en la comuna de Providencia, atiende a la población beneficiaria adulta, 600.000 aproximadamente (Cuenta pública, 2021) proveniente de las comunas de Las Condes, La Reina, Lo Barnechea, Macul, Ñuñoa, Peñalolén, Providencia, Vitacura e Isla de Pascua.



Fuente: Cuenta pública 2021.

Debemos considerar también la población flotante no residente en la zona geográfica, por lo tanto, no beneficiaria, que igualmente resuelve sus necesidades

sanitarias en las unidades de urgencia o en la atención ambulatoria del hospital, estas se calculan en más de 46.000 personas al año.

Información recopilada del informe de cuenta pública año 2021, muestra que durante el 2019 el 77,37 % de los pacientes egresados tiene más de 45 años, el 47,30 % de los egresos sobrepasa los 65 años, y la edad promedio de atención es de 60,7 años.

Actualmente el hospital cuenta con una dotación de 325 camas efectivas para variadas especialidades: Cirugía, traumatología, urología, neurología, medicina, oftalmología, hematología intensiva y psiquiatría, para las diferentes complejidades ya sean de cuidados básicos, medios o críticos.

Debido a la pandemia se debió implementar medidas estrictas relacionadas a la prevención de infecciones cruzadas por lo cual se redujo la dotación total de camas disminuyendo en aproximadamente un 20 % (80 camas).

	AÑO 2019	AÑO 2020	AÑO 2021
DOTACIÓN CAMAS	404	316	325

También estas camas desde el año 2020 han variado en complejidad según la contingencia de la pandemia, es decir, se realiza la conversión de las camas a mayor o menor complejidad según las necesidades determinadas por el perfil de pacientes que las demanda.

Dentro de las 325 camas, se encuentran aquellas con un nivel de cuidados de mayor complejidad habiendo 10 ubicadas en la unidad de hematología intensiva (UHI) y 60 camas en la unidad de paciente crítico las cuales son para todo tipo de patologías distribuidas en 2 UCI y 3 intermedios

El resto de las camas se agrupan principalmente en dos grandes bloques, los servicios médico y quirúrgico, además de haber algunas salas con camas para albergar pacientes con perfiles más específicos como trasplantados, neurológicos, inmunodeprimidos y psiquiátricos.

Actualmente se está implementando ampliar la dotación de camas, proyectándose a diciembre del 2022, aumentar un total de 8 camas, 6 de cuidados básicos y 2 de cuidados medios.

2.2 Evolución, características y atributos más importantes de la situación actual

2.2.1 Estructura y organización administrativa del área quirúrgica.

El área quirúrgica se encuentra físicamente ubicada entre el tercer y cuarto pasillo del recinto hospitalario y ocupa el primer y segundo piso, cuenta con 139 camas, para dar respuesta a la demanda de principalmente tres especialidades, Traumatología, urología, y cirugía, cada uno de estos servicios dependientes de la subdirección médica están a cargos de un médico jefe de servicio, quienes se encargan de elaborar y establecer los programas dando los lineamientos para brindar la atención médica para los pacientes que requieren tratamiento quirúrgico además de supervisar y evaluar las actividades que los médicos cirujanos realizan.

Con respecto a la gestión del cuidado, esta área se encuentra a cargo de la enfermera supervisora, la cual depende de la subdirección de enfermería y es la responsable de planificar, organizar, dirigir, coordinar, controlar y evaluar la atención de enfermería, gestionando los recursos necesarios para que se puedan brindar los cuidados de enfermería por parte del personal del área.

Es importante mencionar que el área quirúrgica perteneciente al Hospital del Salvador como gran parte de los hospitales ya se encuentran utilizando como mecanismo de financiamiento los grupos relacionados al diagnóstico (GRD), y es al mismo tiempo una oportunidad al utilizarla como herramienta para la gestión clínica. (5).

2.2.2 Características de la demanda

Los pacientes que ingresan al área son aquellos mayores de 15 años que

requieran atención pre o post quirúrgica, observación, tratamiento y/o recuperación, siendo los pacientes con diagnósticos traumatológicos quienes ingresan en mayor porcentaje desde el servicio de urgencia (30%).

Si es que fuera necesario, también pueden ingresar pacientes con patología médica, neurológica o la especialidad que lo requiera, cuando no hubiese cama en sus respectivos servicios clínicos.

2.2.3 Dotación y distribución de camas

El área quirúrgica consta en la actualidad con 8 salas, tres de ellas para pacientes que requieren cuidados medios, con una dotación de 16 camas cada una, la sala Manuel Matus es una excepción ya que está a cargo del jefe de servicio del área médica, siguiendo el modelo médico de atención propio de su área, recibiendo mayoritariamente pacientes de esta especialidad, esto desde el inicio de la pandemia durante casi 2 años para recibir exclusivamente pacientes con diagnóstico COVID (+), situación diferente a la de hoy en donde sigue recibiendo pacientes con diferentes diagnósticos médicos sin esta patología.

Otras cuatro salas, tienen dotación en cuanto a estructura y recurso humano para brindar atención a 17 o 18 pacientes, que requieran cuidados quirúrgicos básicos, sin embargo, el 80%, de los pacientes que ingresan al hospital poseen un perfil que corresponde a cuidados medios.

Una quinta sala es, Jorge Molina, recibe pacientes que vienen a resolver patologías mediante cirugía mayor ambulatoria (CMA), con una capacidad de 20 cupos, en la actualidad y debido a la necesidad de camas transitan tanto pacientes de CMA como hospitalizados e incluso aquellos que requieren solo hospitalización de día.

- **DOTACIÓN Y COMPLEJIDAD DE CAMAS ÁREA QUIRÚRGICA**

SALA	San José	San Vicente	San Daniel	Ignacio Díaz Muñoz	Eduardo Moore	Torres Boonen	Jorge Molina	Manuel Matus
NÚMERO DE CAMAS	18	17	18	18	16	16	12	16
COMPLEJIDAD	C.B	C.B	C.B	C.B	C.M	C.M	CMA	C.M

C.B: Cuidados Básicos; C.M: Cuidados Medios; CMA: Cirugía mayor ambulatoria.

Las principales vías de egreso de los pacientes hospitalizados en el área son: Hospitalización domiciliaria (HOSDOM), Instituto nacional de geriatría (INGER) y el domicilio.

2.2.4 Servicios quirúrgicos

Servicio de urología:

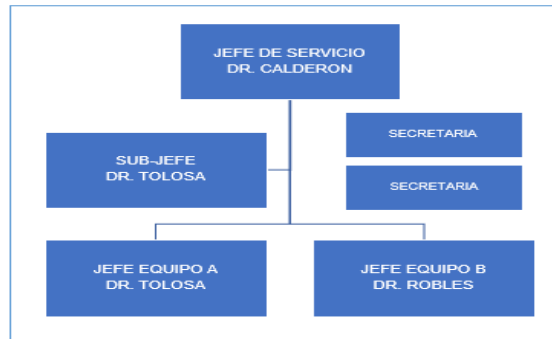
La atención cerrada de este servicio se ocupa de resolver necesidades de pacientes cuyas vías de ingreso son a través del policlínico, los cuales vienen mayoritariamente para resolución quirúrgica y desde el servicio de urgencia (mayor porcentaje) pacientes que requieren de estabilización y estudio para llegar al diagnóstico y posterior tratamiento.

El equipo médico se organiza subdividiéndose en 2 grupos cada uno a cargo de un jefe de equipo y compuesto por médicos del staff y becados de la especialidad, los cuales van alternando entre pabellón y tratancia de pacientes. También cuenta con dos secretarías.

Realizan una reunión diaria en la cual asisten becados de la especialidad y jefes de equipos para actualizar el estado de sus pacientes posterior a las visitas

de estos, una reunión de todo el servicio los viernes en donde se discuten los casos más complejos y reuniones periódicas con el comité uro oncológico.

ORGANIGRAMA SERVICIO DE UROLOGÍA



Servicio de Traumatología:

Se ocupa de resolver pacientes que en su mayoría ingresan por urgencias traumatológicas (el tercio de las consultas en servicio de urgencias). Consta de 5 equipos médicos: mano-muñeca, hombro-codo, cadera-pelvis, rodilla y tobillo-pie, cada uno a cargo de un médico referente técnico con la participación de los médicos del staff y los becados de la especialidad. Además, este servicio cuenta con una enfermera que se encarga de la gestión de pacientes y dos secretarias.

Realizan a diario en un auditorio de su servicio (07:30 am) una reunión en donde se discute y actualiza el estado y evolución de los pacientes, en la cual participan el jefe de servicio, médicos de staff, becados y la enfermera coordinadora de traumatología.

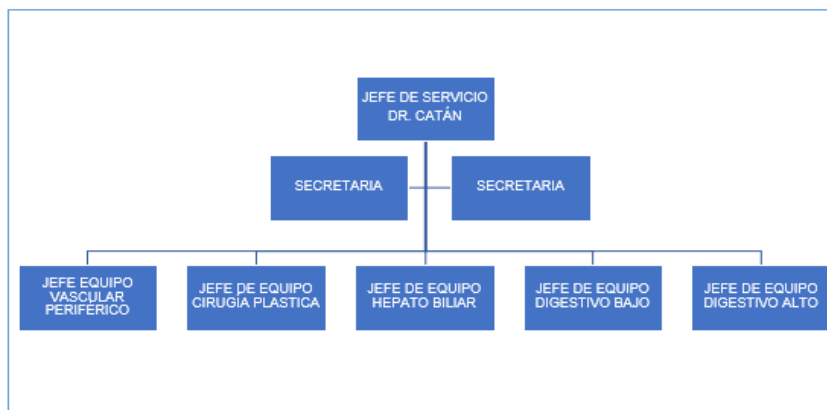
ORGANIGRAMA SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA



Servicio de cirugía:

Este servicio cuenta con 5 subespecialidades (vascular periférico, cirugía plástica, hepato biliar, digestivo bajo y digestivo alto.) cada una de ellas a cargo de un jefe de equipo compuesta por cirujanos y becados. Realizan a diario visitas a los pacientes para discutir y definir los lineamientos del tratamiento.

ORGANIGRAMA SERVICIO DE CIRUGÍA



2.2.5 Principales unidades involucradas en la gestión de camas hospitalaria:

Subdirección de gestión clínica:

Esta área dentro de otras responsabilidades está a cargo de analizar y establecer los diferentes procesos que permitan un eficiente uso de los recursos. Está a cargo del médico Rodrigo Subiabre quien es responsable de dar fluidez a los procesos clínicos hospitalarios para un alta oportuna.

Departamento gestión de pacientes:

Dependiente de la Subdirección de Gestión Clínica, está a cargo de la unidad de gestión de derivación, Unidad Gestión de camas y Oficina Ley de Urgencia, cuyos objetivos son complementar y mejorar la atención en pacientes, optimizando los recursos disponibles y buscando aquellos que puedan complementar la atención, obteniendo de esta forma mejora en los tiempos de respuesta y tratamiento de los pacientes, además se realiza análisis y aplicación de estrategias para el control del presupuesto de nuestro Hospital.

- **Oficina gestión de derivación:**

El equipo que trabaja en esta dependencia son los encargados de externalizar los requerimientos recibidos día a día por parte de los médicos tratantes que requieren complementar el diagnóstico de sus pacientes o derivar a una atención que por causas debidamente justificadas no se pueden realizar en HDS.

- **Oficina ley de urgencia**

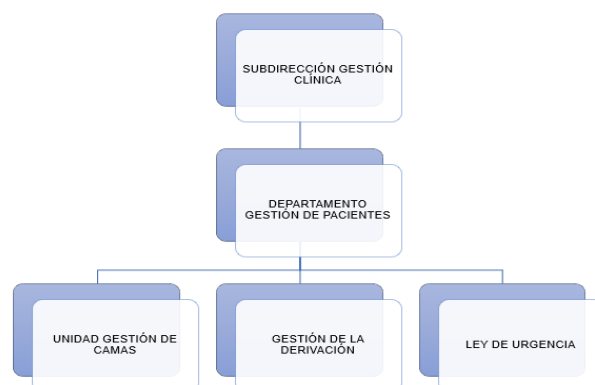
Se encarga de realizar el rescate de pacientes correspondientes a la Ley de Urgencia en el menor tiempo posible optimizando los recursos del HDS además de revisar las cuentas de pacientes con ley de urgencia verificando la pertinencia.

- **Unidad de gestión de camas:**

Se encarga de administrar las camas del HDS, velando por optimizar su uso, acorde a los requerimientos de salud de los pacientes

Dentro de sus objetivos están la administración de las camas de forma centralizada, distribución oportuna, registro de los indicadores de camas críticas, básicas, psiquiátricas además de gestionar la hospitalización de pacientes ambulatorios.

ORGANIGRAMA SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA



2.3 Datos cualitativos y cuantitativos que aportan a la caracterización de la situación actual

El servicio de urgencias es actualmente la principal vía de ingreso al área de hospitalización, recibiendo por sobre un 80% de los ingresos, las otras vías de ingreso son a través del policlínico y por rescate de pacientes que pertenecen a la ley de urgencia, cabe destacar que la mayor cantidad de ingresos corresponde a pacientes traumatológicos, representando un 30 % del total.

DIAGNÓSTICOS PRINCIPALES DE MAYOR FRECUENCIA INGRESANDO POR URGENCIAS.

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	EGRESOS
Fractura del cuello de fémur, cerrada	179
COVID-19, virus identificado	126
Insuficiencia cardíaca congestiva	97
Fractura de otras partes de la pierna	82
Infecciones de las vías urinarias, sitio no identificado	78
Angina inestable	65
Neumonía no especificada	58
Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no identificada de arterias cerebrales	54
Otras enfermedades cerebrovasculares especificadas	54
DM 2 con complicaciones circulatorias periféricas	51

Fuente: Presentación equipo directivo, Resumen Enero - Julio de la actividad hospitalaria (HDS).

Durante la mayor parte de este año las atenciones médicas realizadas en el servicio de urgencia no han tenido buen cumplimiento del indicador ministerial de permanencia en la unidad de emergencia, el cual debe ser inferior a 12 horas (cumplimiento < 40 %), observándose además en algunos meses un aumento de la mortalidad en este grupo, esto debido a que no había disponibilidad de camas para ser hospitalizados (lo que a su vez se puede asociar a una disminución de los egresos.)

El informe del departamento de información sanitaria nos entrega datos con respecto a la estadía media (Resumen enero - agosto 2022), en que se evidencian 13.4 días en promedio, siendo 10.6 días la estadía media depurada (estadía óptima de acuerdo con la complejidad de los casos), por lo tanto, existe una sobre estadía de 3 días en el proceso de atención.

Es importante mencionar que las estadías prolongadas corresponden a un 8.3% de los egresos, superando significativamente el límite establecido por el MINSAL (5.2%), esto se traduce directamente a menor número de camas disponibles para recibir a los pacientes que esperaban en la urgencia en este periodo e indirectamente influye en la programación de la tabla quirúrgica en la menor disponibilidad de camas para recibir pacientes con cirugías programadas que requieren camas ya sea de cuidados medios o básicos.

ACTIVIDAD HOSPITALARIA POR SERVICIOS

	MEDICINA INTERNA	CIRUGIA GENERAL	TRAUMATOLOGÍA	UROLOGÍA	OTORRINO	NEUROLOGÍA	HEMATO-ONCOLOGÍA	MEDICINA INTENSIVA ADULTO	OFTALMOLOGÍA
Nº DE EGRESOS	2.120	1.008	722	204	51	596	208	164	93
OUTLIERS	139	40	132	13	15	35	21	5	13
%	6.6	4	18.3	6.4	29.4	5.9	10.1	3	2

Fuente: Presentación equipo directivo, Resumen Enero - Julio de la actividad hospitalaria (HDS).

Con respecto a la lista de espera quirúrgica el servicio de traumatología es el que posee mayor número de pacientes, le siguen cirugía cardiaca, cirugía digestiva y pacientes de la especialidad oftalmológica.

PACIENTES EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA POR AÑO

LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA	2019	2020	2021	2022
TOTAL DE PACIENTES	6338	6742	6879	8818

Fuente: Presentación equipo directivo, Resumen Enero - Julio de la actividad hospitalaria (HDS).

PACIENTES EN LISTA DE ESPERA QUIRURGICA POR SERVICIO

PRINCIPALES LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA	(INGRESOS HASTA EL 31/12/2020)
TRAUMATOLOGÍA	2110
CIRUGÍA CARDIACA	643
CIRUGÍA DIGESTIVA	504
OFTALMOLOGÍA	346

Fuente: Presentación equipo directivo, Resumen Enero - Julio de la actividad hospitalaria (HDS).

Otros datos importantes que aportan al análisis de la situación actual son los aportados por pabellón central con respecto a la actividad que ahí se lleva a cabo y en particular las causas de suspensión de los pabellones quirúrgicos. Podemos observar que, de todas las especialidades quirúrgicas, traumatología posee el mayor porcentaje, acumulando un 17% por diferentes causas.

PORCENTAJE DE SUSPENSIONES DE PABELLON SEGÚN ESPECIALIDAD

ESPECIALIDAD	PORCENTAJE
TRAUMATOLOGÍA	17%
UROLOGÍA	11%
CIRUGÍA GENERAL	10%
OTORRINO	9%

Fuente: Presentación equipo directivo, Resumen Enero - Julio de la actividad hospitalaria (HDS).

SUSENSIONES DE PABELLÓN POR ESPECIALIDAD (ENERO – JUNIO 2022)

ESPECIALIDAD	PRIMERA CAUSA	SEGUNDA CAUSA	TERCERA CAUSA
TRAUMATOLOGÍA	PROLONGACIÓN PABELLON (11,7%)	PATOLOGÍA AGUDA(8.8%)	FALTA INSTRUMENTAL (3.7%)
UROLOGÍA	PROLONGACIÓN PABELLON (3.3%)	FALTA CAMA UTI (2.6%)	PATOLOGÍA AGUDA(1.8%)
CIRUGÍA GENERAL	PATOLOGÍA AGUDA(17.9%)	PROLONGACIÓN PABELLON (14.3%)	SUSPENSIÓN POR URGENCIA (4.4%)
OTORRINO	PROLONGACIÓN PABELLON (2.2%)	ERROR AGENDAMIENTO (0.7%)	FALTA CAMA BÁSICA (0.7%)

Fuente: Presentación equipo directivo, Resumen Enero - Julio de la actividad hospitalaria (HDS).

2.4 Objetivo de la AFE

Lo que busca el siguiente trabajo es contribuir con soluciones a una problemática detectada, mediante la incorporación de nuevas perspectivas en el análisis identificando cuáles son aquellos nudos críticos que afectan la fluidez del proceso de hospitalización de los pacientes traumatológicos del área quirúrgica y finalmente el alta, para con esta información poder plantear un proyecto que incorpore en la gestión de enfermería acciones específicas que causen impacto en la optimización del recurso cama en el área quirúrgica.

3. Metodología

3.1 Aplicación de la metodología de Marco Lógico a la realidad seleccionada

La utilización de la metodología marco lógico me permitió llevar a cabo mi actividad formativa equivalente, desarrollando a lo largo del proceso un profundo análisis mediante la utilización de distintas herramientas de gestión que facilitaron el diseño un proyecto que a futuro pueda ser factible de ejecutar y evaluado de forma continua. (7)

3.2 Equipo gestor

- Lorena Encina, Enfermera subdirectora de la gestión del cuidado.
- Carolina Sandoval, enfermera coordinadora Traumatología.
- Evelyn Villalon, Enfermera, jefe departamento Gestión de la información.
- Carlos Alfaro, Medico jefe traumatología.
- Margarita Aguilera, Enfermera, jefe del departamento gestión de pacientes
- Miryam Arias, Enfermera jefe de turno del área quirúrgica.
- Isaura Guajardo, Enfermera jefe de turno del área quirúrgica.
- Nury Bernous, Enfermera jefe de turno
- María de Lourdes Varas, Enfermera coordinadora Área Quirúrgica.

3.3 Técnicas y/o instrumentos metodológicos utilizados

Durante la etapa analítica se procedió a realizar reuniones con los diferentes actores claves de los procesos involucrados, de forma presencial según la disponibilidad de ellos, lamentablemente no se pudo hacer reuniones en conjunto con todo el equipo gestor, sin embargo, se logró el objetivo de identificar las diferentes problemáticas que tributaban al problema central.

Se planteó como problema, la baja disponibilidad de camas que ofrece el área quirúrgica a diario, lo cual no permite dar una respuesta oportuna a las necesidades demandadas como lo son, la salida de los pacientes del servicio de urgencias que requieren hospitalización hacia una cama del área quirúrgica, que sea adecuada a su complejidad, así como también, la salida oportuna de los pacientes que ya realizaron su proceso de recuperación posterior a su intervención quirúrgica en el pabellón.

Se utilizaron también herramientas de gestión como lluvia de ideas, matriz decisional y matriz de análisis de los involucrados, para que con la información

que nos aportan estos recursos, desarrollar un mejor análisis y lograr determinar el problema específico a abordar. Posteriormente se elaboró el árbol de problemas y consecuentemente el árbol de objetivos, concluyendo posteriormente esta etapa analítica realizando un análisis de viabilidad e identificación de las posibles estrategias a desarrollar.

En la segunda etapa del proceso, que es la de la planificación, se elaboraron las tablas / herramientas: Matriz de marco lógico, el plan de ejecución y finalmente la pauta de control de calidad.

4. Descripción del problema

4.1 Priorización del problema:

A través del análisis de los indicadores y las entrevistas realizadas a los actores claves, todo enfocado en el análisis del proceso de hospitalización de los pacientes y la insuficiente oferta de camas para hospitalizar pacientes en el área quirúrgica que finalmente no pueden dar respuesta a la demanda existente, se lograron identificar las siguientes aristas del problema.

- Demora en la confección de documentos médicos para el alta.
- Coordinación deficiente de los procesos asociados a la gestión del alta. (Falta de medio de transporte, cobro de medicamentos, tramitación horas de control, demora en el aseo)
- Prolongación de estadía de pacientes traumatológicos mayor a lo esperado según GRD.
- Disminución del número de camas asociado al cumplimiento de medidas preventivas IAAS.

Para poder definir cuál sería el problema para desarrollar, se utilizó una matriz decisional, con los parámetros de magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad económica, cada uno de los problemas percibidos por el equipo gestor fue analizado en cuanto a los parámetros mencionados y se les asignó una puntuación con una amplitud de 1 a 5, aquel que obtuviera una sumatoria mayor sería el elegido para su análisis y propuesta de solución, ya que sería el de mayor importancia cuya solución tendría un alto impacto en la población afectada y la planificación de una propuesta sería alcanzable desde el punto de vista económico.

MATRIZ DECISIONAL

PROBLEMA	MAGNITUD	TRASCENDENCIA	VULNERABILIDAD	FACTIBILIDAD ECONOMICA	TOTAL
Demora en la confección de documentos médicos para el alta	4	3	3	3	13
Coordinación deficiente de los procesos asociados a la gestión del alta. (Falta de medio de transporte, cobro de medicamentos, trámite horas de control, demora en el aseo de la unidad del paciente)	4	3	4	3	14
Prolongación de estadia de pacientes traumatológicos	5	4	4	4	17
Disminución del numero de camas asociado al cumplimiento de medidas preventivas IAAS.	5	3	2	2	12

Magnitud: Frecuencia, importancia del problema.

Trascendencia: Impacto que el problema tiene en la salud de la población.

Vulnerabilidad: Capacidad que el equipo tiene de modificar el problema, eliminarlo o atenuarlo.

Factibilidad económica: Costo de las soluciones, caro=1; barato=5

4.2 Selección y justificación del problema seleccionado

La matriz decisional arroja que la prolongación de estadía de pacientes traumatológicos es el problema que debe abordarse.

Analizando los criterios y sus puntajes, si bien todos tienen una alta puntuación, en cuanto a la magnitud del problema destaca la trascendencia la cual alcanza 4 puntos, esto se relaciona con el impacto que tendría en los indicadores abordar la problemática, entendiendo que mejorar la eficiencia de las camas permite aumentar la oferta de estas beneficiando directamente a la población.

También este destacado puntaje en la trascendencia lo podemos relacionar con que nuestra institución utiliza los GRD como mecanismo de financiamiento y es la estancia prolongada uno de los factores que influye negativa y directamente en la recaudación a través de FONASA, por lo cual abordar este problema impactaría positivamente en las finanzas de la institución

Con respecto a la vulnerabilidad y la capacidad que tiene el equipo para resolver el problema, también alcanza un puntaje elevado, ya que están las voluntades y el área cuenta con el interés de actores claves quienes pueden adquirir un rol importante en la gestión clínica de la institución. Por otro lado, ya existe un equipo gestor de casos, razón por la cual también la factibilidad económica obtuvo una alta puntuación contando con personal idóneo a quienes se pueden asignar nuevas funciones, lo cual no significaría una inversión en recurso humano, solo en capacitación.

Finalmente, en cuanto a la magnitud, alcanza el máximo de puntaje, analizando los indicadores nos damos cuenta de que el servicio de traumatología posee el mayor porcentaje de pacientes hospitalizados en el área con números que evidencian que la eficiencia del uso de las camas no es la esperada.

5. Análisis de los involucrados:

5.1 identificación de los actores involucrados.

Esta etapa del proceso es muy importante ya que el identificar quienes directa o indirectamente participan en el proceso, nos permite que la obtención de la información sea muy valiosa. Cada actor desde su rol y ubicación caracteriza la problemática, entregándole un sustento muy firme al futuro proyecto, le da coherencia y aumenta la probabilidad de encontrar soluciones exitosas cuyas estrategias tengan poca resistencia para ser implementadas.

se identificaron aquellas personas y grupos que se ven afectados por el proyecto de forma directa e indirecta.

Podemos identificar:

- Pacientes en espera de cama del A.Q
- Pacientes hospitalizados en el A.Q
- Enfermeras clínicas A.Q
- Equipo gestor de pacientes.
- Equipo gestor de camas.
- Médicos jefe y tratantes del equipo de traumatología.
- Enfermera coordinadora traumatología.

5.2. Análisis del problema central e identificación de otros problemas desde la perspectiva de los actores involucrados.

Los diferentes involucrados contemplados en el análisis poseen diversos intereses, de este grupo de personas, se puede identificar que el jefe de traumatología junto a el equipo gestor de pacientes, tienen la mayor capacidad de incidir y ser personajes activos en la solución de la problemática, esto significa efectos muy positivos para su gestión y finalmente para la institución. Luego podemos observar que el equipo gestor de camas junto a las enfermeras

coordinadoras de traumatología y área quirúrgica, también tienen un rol activo en la solución y se ven muy favorecidos al realizar intervenciones que aborden el problema.

MATRIZ DE INVOLUCRADOS

ACTORES	PROBLEMA PERCIBIDO	INTERESES - MANDATOS	PODER	INTERES	VALOR
PACIENTES EN ESPERA DE CAMA	PREOCUPACIÓN POR NECESIDAD DE SALUD NO RESUELTA	RESOLVER SU PROBLEMA DE SALUD LO ANTES POSIBLE	1	5	5
PACIENTE HOSPITALIZADO	ANSIEDAD POR TENER RESOLUCION PRONTA DE SU PROBLEMA DE SALUD	RESOLVER SU PROBLEMA DE SALUD LO ANTES POSIBLE	1	5	5
ENFERMERA DEL ÁREA QUIRÚRGICA	FRUSTRACIÓN POR DEMORAS EN LA GESTION DE PROCESOS NECESARIOS PARA LA RESOLUCION DE CUADRO CLINICO	OTROGAR ATENCIÓN OPORTUNA, SEGURA Y DE CALIDAD A LOS PACIENTES	2	3	6
ENFERMERA RECUPERACIÓN	ESTRÉS POR NO PODER DAR UN FLUJO CONTINUO A PACIENTES CON RESOLUCION QUIRURGICA	TRASLADO OPORTUNO DE LOS PACIENTES A UNA ACAMA ASIGNADA	2	3	6
EQUIPO GESTOR DE PACIENTES	PREOCUPACION POR LA PROLONGACION DE LA HOSPITALIZACION	MEJORAR OFERTA DE CAMAS Y DISMINUIR ESTADIAS PROLONGADAS	4	5	20
EQUIPO GESTOR DE CAMAS	PREOCUPACIÓN POR LA NECESIDAD DE GENERAR CAMAS PARA HOSPITALIZAR PACIENTES	MEJORAR A DIARIO LA OFERTA DE CAMAS SEGÚN LA DEMANDA	4	4	16
MEDICO JEFE TRAUMATOLOGÍA	BAJA DISPONIBILIDAD DE PABELLONES PARA RESOLVER PACIENTES QUIRÚRGICOS	DAR RESOLUCION QUIRURGICA A LOS PACIENTES	4	5	20
MÉDICOS TRATANTES TRAUMATOLOGÍA	DEMORA EN LAS EVALUACIONES POR INTERCONSULTORES Y EXÁMENES SOLICITADOS	CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO INDICADO SIN INCIDENTES Y EN LOS TIEMPOS OPORTUNOS	3	2	6
ENFERMERA COORDINADORA TRAUMATOLOGÍA	DEMORA EN LA RESOLUCIÓN DE SOLICITUDES POR PARTE DE UNIDADES DE APOYO	RESOLVER NUDOS CRÍTICOS PERTMITIENDO FLUIDEZ DE LOS PROCESOS HOSPITALARIOS	3	5	15
ENFERMERA COORDINADORA ÁREA QUIRÚRGICA	DESCONOCIMIENTO DEL PLAN MÉDICO POR PARTE DE ENFERMERAS CLÍNICAS	CONOCER PLAN MÉDICO A REALIZAR CON CADAPACIENTE.	3	5	15

Fuente: elaboración propia

6. Análisis del problema

6.1 Análisis a través del “árbol de problemas”

A través de esta herramienta de gestión el equipo gestor lograra plasmar el problema central, dilucidar y relacionarlo con sus causas directas e indirectas, así como también poder establecer las consecuencias que ocasiona a un nivel más macro y a los diferentes actores que esta problemática afecta.

6.2 Caracterización del problema

Para nuestro problema “Prolongación del tiempo de estadía hospitalaria de pacientes traumatológicos” se identifican primeramente los efectos para así poder dimensionar la magnitud del problema y motivar al equipo a buscar soluciones, luego encontrar causas y subcausas.

Efectos:

- Baja oferta de camas al servicio de urgencias y pabellón.
- Aumento del riesgo de eventos adversos de los pacientes hospitalizados.

Causas principales (problemas directos):

- Demora en la programación de pacientes traumatológicos en la tabla quirúrgica.
- Suspensión de pabellones quirúrgicos
- Demora en el desarrollo de procesos para el alta

Subcausas:

- Demora en la obtención de exámenes e interconsultas para el pase operatorio
- Déficit de camas de salida para la programación de pabellón
- Prolongación de pabellones
- Falta de cama para salida de pabellón
- Sin cupo para la recuperación
- Mala preparación preoperatoria
- Demora en la evaluación del equipo multidisciplinario
- Dificultad en la gestión de exámenes y procedimientos para el alta
- Dificultad en la gestión del destino de alta del paciente

Causas estructurales

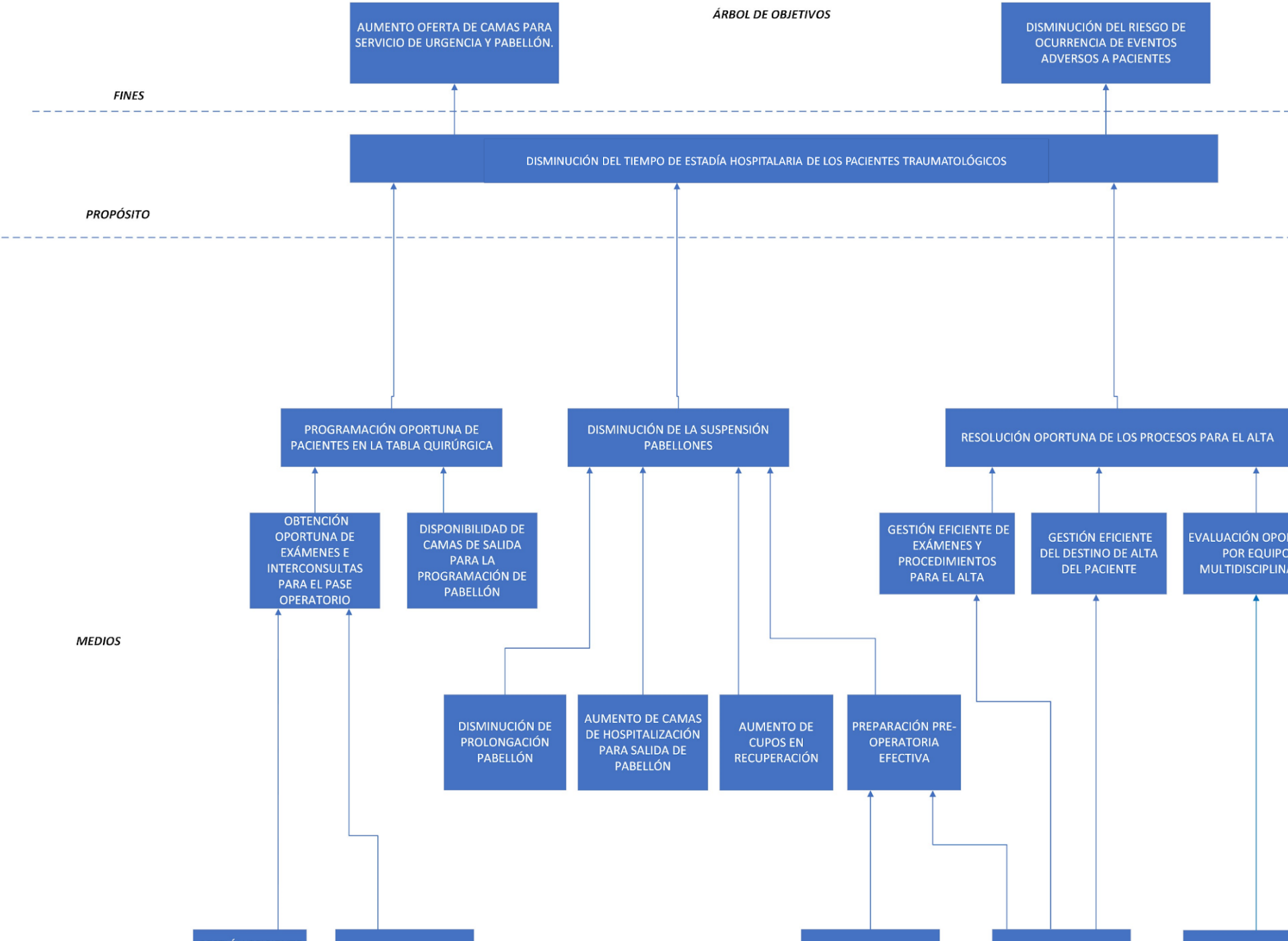
- Disminución de la dotación de camas

7. Análisis de objetivos

7.1 Análisis a través del árbol de soluciones.

Posterior a la creación del árbol de problema se procede a la construcción del árbol de objetivos, haciendo el cambio de las condiciones negativas de mi árbol de problemas a unas condiciones positivas, de esta forma se logra transformar de forma abstracta el problema en mi objetivo principal a desarrollar, los efectos en mis fines y las causas en medios a través de los cuales alcanzare los resultados esperados.

ÁRBOL DE OBJETIVOS



Fuente: elaboración propia.

7.2 Análisis de viabilidad:

Con el fin de poder determinar cuál será el ámbito de acción del proyecto, se procede a realizar un análisis de viabilidad para abordar aquellos objetivos más factibles de alcanzar.

Algunos de los medios que se observan en el árbol de objetivos son más difíciles de abordar como lo es la disminución de la prolongación de los pabellones quirúrgicos ya que depende de decisiones estratégicas de niveles jerárquicos más altos que los que poseen los participantes del equipo gestor y de competencia de las jefaturas del servicio de pabellón propiamente tal, sin embargo, sí está dentro del ámbito de acción abordar la gestión eficiente de exámenes para el pase operatorio, dar a conocer los flujos de atención etc.

Se trabajará en alcanzar todos los objetivos identificados, abordando aquellos medios en donde las posibles estrategias a considerar tienen una estrecha relación con la gestión que puede ser abordada desde el rol de la enfermera.

Objetivos:

- Programación oportuna de pacientes traumatológicos en la tabla quirúrgica.
- Disminución de las suspensiones de pabellón
- Resolución oportuna de los procesos implicados en el alta.

Medios:

- Gestión eficiente de exámenes e interconsultas para el pase operatorio.
- Conocimiento del flujo de procesos prequirúrgicos.
- Cumplimiento eficaz de indicaciones médicas preoperatorias.
- Conocimiento de la historia y evolución clínica del paciente.
- Conocimiento del flujo de los procesos postquirúrgicos.

8. Análisis de alternativas.

En esta etapa del proceso integrantes del equipo gestor identifican las posibles estrategias y acciones que pueden llevarnos a conseguir los medios identificados, teniendo en cuenta el ámbito de acción de cada uno.

8.1 Identificación de estrategias posibles a desarrollar:

Junto a los participantes del equipo gestor se pudieron definir un conjunto de acciones y estrategias, las cuales, se desprenden del análisis que se realiza al buscar como poder alcanzar de forma operativa los medios que se encuentran en la parte inferior del árbol (árbol de objetivos) y de esta forma abordar los problemas más profundos de nuestro árbol de problemas que significa mayor probabilidad de eliminar las problemáticas identificadas. (7)

A continuación, se describen diferentes acciones, las cuales fueron seleccionadas ya que son factibles de implementar y al ser evaluadas desde la mirada financiera no significa grandes costos monetarios, solo inversión de tiempo.

8.2 Propuestas de acción según los medios

8.2.1. Gestión eficiente de horas especialista y exámenes para obtener el pase operatorio

Para algunos pacientes traumatológicos (edad avanzada y comorbilidades) es necesario la obtención del pase operatorio ya para ello requiere de exámenes y evaluaciones por especialista, las cuales debiesen ser realizadas en forma oportuna.

Gestión eficiente de horas especialista y exámenes para el pase operatorio	
ACCIÓN N 1	Programar reuniones con jefes de unidades de apoyo y laboratorio para conocer funcionamiento.
ACCIÓN N 2	Capacitación a enfermeras clínicas, becados de primer año y equipo de enfermería del funcionamiento de las unidades de apoyo
ACCIÓN N 3	Programación diaria de exámenes para traslados realizados por auxiliares del área quirúrgica.

8.2.2 Conocimiento del flujo de los procesos prequirúrgicos

La obtención del pase operatorio también requiere del conocimiento a cabalidad de todas las prestaciones necesarias que permitan una evaluación previa del paciente y por parte de todo el equipo involucrado, quienes lo solicitan, coordinan y ejecutan las acciones

CONOCIMIENTO DEL FLUJO DE LOS PROCESOS PRE QUIRÚRGICOS	
ACCIÓN N 1	Creación de flujos de procesos prequirúrgicos
ACCIÓN N 2	Capacitación a enfermeras clínicas, becados de primer año y equipo de enfermería de los flujos prequirúrgicos

8.2.3. Cumplimiento eficaz de las indicaciones médicas preoperatorias

Para lograr que los pacientes lleguen bien preparados a la mesa quirúrgica es necesario un trabajo previo que garantice que el procedimiento se lleve a cabo de forma exitosa y no corra el riesgo de ser suspendido.

CUMPLIMIENTO EFICAZ DE LAS INDICACIONES MEDICAS PRE OPERATORIAS	
ACCIÓN N 1	Actualización de protocolo preoperatorio
ACCIÓN N 2	Actualización del instrumento check list preoperatorio

ACCIÓN N 3	capacitación a enfermeras clínicas y equipo de enfermería en preparación preoperatoria
---------------	----------------------------------------------------------------------------------------

8.2.4. Conocimiento del flujo de los procesos post quirúrgicos

Es necesario que el paciente según su patología sea evaluado por los especialistas pertinentes que le entregarán diferentes prestaciones que contribuirán a cerrar su proceso hospitalario. El conocer a cabalidad todas estas prestaciones y evaluaciones que requerirá el paciente posterior a su intervención quirúrgica es fundamental para una oportuna alta y evitar una prolongación innecesaria de su estadía hospitalaria.

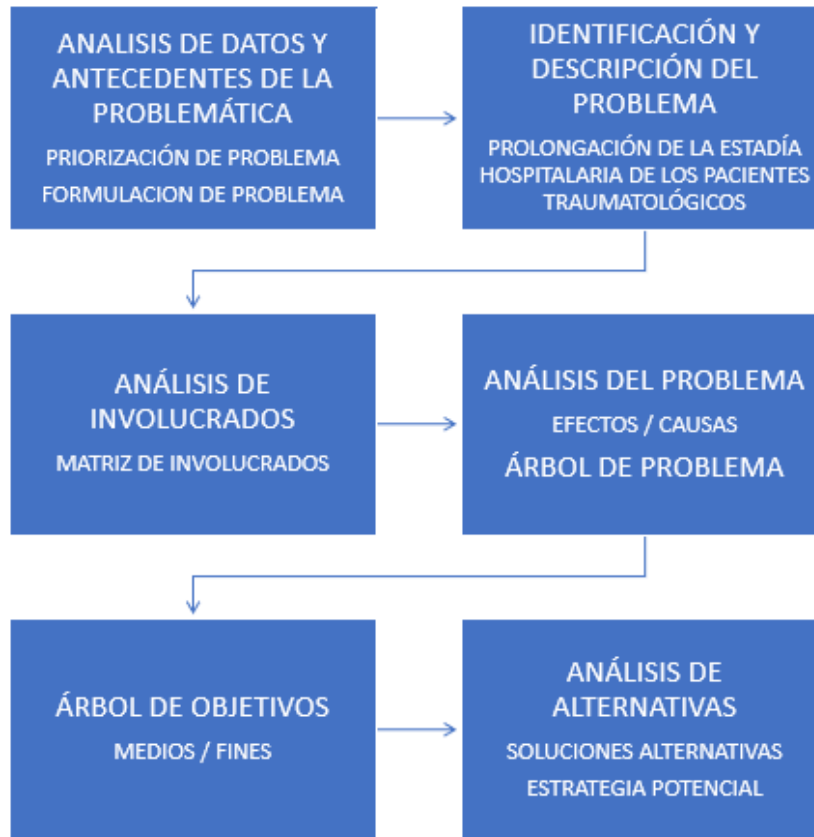
CONOCIMIENTO DEL FLUJO DE LOS PROCESOS POST QUIRURGICOS	
ACCIÓN N 1	Creación de flujos de procesos post quirúrgicos
ACCIÓN N 2	Capacitación a enfermeras clínicas de los procesos involucrados para el alta según patología
ACCIÓN N 3	Inducción becados de primer año (procesos alta)

8.2.5. Conocimiento de la historia clínica y evolución del paciente.

Para la resolución oportuna de los procesos para el alta se requiere llevar a cabo con éxito múltiples actividades que requieren del conocimiento profundo de la historia clínica médica y evolución del paciente durante su hospitalización,

CONOCIMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA Y EVOLUCIÓN DE PACIENTE	
ACCIÓN N 1	Programar reuniones con los jefes de diferentes especialidades (kinesiólogos, nutricionistas, traumatólogos, servicio social)
ACCIÓN N 2	Implementación de visita de enfermería con enfermeras clínicas y coordinadoras.

9.Síntesis de la etapa analítica del proyecto:



10. Fase de planificación

10.1 Resumen narrativo de objetivos por jerarquía.

Proyecto de mejora para disminuir los días de estada de pacientes traumatológicos del área quirurgica del hospital del salvador.	
Fines	<ul style="list-style-type: none"> •Aumento de la oferta de camas para servicio de urgencia y pabellón. •Disminución del riesgo de ocurrencia de eventos adversos a pacientes.
Propósito	Disminución de la estadia hospitalaria de los pacientes traumatológicos.
Resultados	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gestión eficiente de exámenes e interconsultas para el pase operatorio. 2. Conocimiento del flujo de procesos prequirúrgicos. 3. Cumplimiento eficaz de indicaciones médicas pre operatorias. 4. Conocimiento de la historia y evolución clínica del paciente. 5. Conocimiento del flujo de los procesos postquirúrgicos.
Actividades	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 Gestionar reuniones con jefes de unidades de apoyo y laboratorio para conocer funcionamiento. 1.2 Capacitación a enfermeras clínicas, becados de primer año y equipo de enfermería del funcionamiento de las unidades de apoyo. 1.3 Coordinación diaria de auxiliares del área quirúrgica. 2.1 Creación de flujos de procesos pre quirúrgicos 2.2 Capacitación a enfermeras clínicas, becados de primer año y equipo de enfermería de los flujos prequirúrgicos. 3.1 Actualización de protocolo pre operatorio. 3.2 Actualización del instrumento check list pre operatorio. 3.3 Capacitación a enfermeras clínicas y equipo de enfermería en preparación pre operatoria. 4.1 Creación de flujos de procesos post quirúrgicos 4.2 Capacitación a enfermeras clinicas de los procesos involucrados para el alta según patología 4.3 Inducción becados de primer año (procesos alta) 5.1 Programar reuniones con los jefes de diferentes especialidades (kinesiólogos, nutricionistas, traumatólogos, servicio social) 5.2 Implementación de visita de enfermería con enfermeras clínicas y coordinadoras.

11. Indicadores

En esta etapa se construyen los indicadores que me permitirán medir e ir realizando un constante seguimiento durante las diferentes etapas del proyecto.

11.1 Indicadores de fin y propósitos

Fines	Indicadores
Aumento de la oferta de camas para servicio de urgencia y pabellón.	Aumento en un 5% del índice ocupacional de los servicios de urgencia y pabellón durante el segundo trimestre 2023 con respecto al segundo trimestre del año 2022
Disminución del riesgo de ocurrencia de eventos adversos a pacientes.	Disminución en un 10 % de eventos adversos en pacientes del área quirúrgica durante año 2023
Propósito	Indicadores
Disminución de la estadia hospitalaria de los pacientes traumatológicos.	Disminuir en un 25 % los outliers de pacientes traumatológicos durante el primer año de implementación del proyecto

11.2 Indicadores de resultados

Resultados	Indicadores
Gestión eficiente de exámenes e interconsultas para el pase operatorio.	100% de exámenes e interconsultas solicitadas, realizadas en año 2023
Conocimiento del flujo de procesos prequirúrgicos.	Conocimiento del 100% de flujos de procesos prequirúrgicos por parte de becados, equipo de enfermería del área quirúrgica en año 2023
Cumplimiento eficaz de indicaciones médicas preoperatorias.	Ausencia de suspensiones de pabellón por incumplimiento de indicaciones médicas durante año 2023
Conocimiento de la historia y evolución clínica del paciente.	100% de participación de enfermeras clínicas en visitas de enfermeras coordinadoras durante año 2023

Conocimiento del flujo de los procesos postquirúrgicos.	Conocimiento del 100% de flujos de procesos postquirúrgicos por parte de becados y equipo de enfermería del área quirúrgica durante año 2023
---------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

11.3 indicadores de actividades

Actividades	Indicadores
Programar reuniones con jefes de unidades de apoyo y laboratorio para conocer funcionamiento.	100% de reuniones programadas realizadas entre jefes de unidades de apoyo y enfermeras coordinadoras área quirúrgica
Capacitación a enfermeras clínicas, becados de primer año y equipo de enfermería del funcionamiento de las unidades de apoyo.	100% de capacitaciones programadas para enfermeras clínicas y becados de primer año, realizadas
Coordinación diaria de auxiliares del área quirúrgica.	95% de traslados de pacientes programados, realizados
Creación de flujos de procesos prequirúrgicos para obtención pase operatorio.	Existencia de flujos de procesos prequirúrgicos para obtención del pase operatorio (si/no)
Capacitación a enfermeras clínicas, becados de primer año y equipo de enfermería de los flujos prequirúrgicos.	100% de capacitaciones programadas para enfermeras clínicas, becados de primer año y equipo de enfermería de los flujos prequirúrgicos realizadas.
Actualización de protocolo preoperatorio.	Protocolo preoperatorio actualizado. (si/no)
Actualización del instrumento check list preoperatorio.	Instrumento check list actualizado. (si/no)
Capacitación a enfermeras clínicas y equipo de enfermería en preparación preoperatoria.	100% de capacitaciones programadas para enfermeras clínicas y equipo de enfermería en preparación preoperatoria realizadas.
Creación de flujos de procesos post quirúrgicos	Existencia de flujos de procesos postquirúrgicos (si/no)
Capacitación a enfermeras clínicas de los procesos involucrados para el alta según patología	100% de capacitaciones programadas para enfermeras clínicas de los procesos involucrados para el alta según patología. realizadas.
Inducción becados de primer año (procesos alta).	90% de becados de primer año con inducción realizada dentro del primer mes de ingreso.

Programar reuniones con los jefes de los diferentes profesionales de apoyo (kinesiólogos, nutricionistas, traumatólogos, servicio social)	100% de reuniones programadas con los jefes de profesionales de apoyo, realizadas
Implementación de visita de enfermería con enfermeras clínicas y coordinadoras.	90 % de visitas de enfermeras coordinadoras programadas, realizadas

12. Medios de verificación

Son las fuentes de información que me garantizan la veracidad de los datos que utilizare para medir a través de mis indicadores.

Fines	Medios de verificación
Aumento de la oferta de camas para servicio de urgencia y pabellón.	Informe trimestral GRD entregado por departamento de información sanitaria HDS.
Disminución del riesgo de ocurrencia de eventos adversos a pacientes.	Reporte anual de eventos adversos entregado por la unidad de calidad y seguridad e IAAS.
Propósito	Medios de verificación
Disminución de la estadía hospitalaria de los pacientes traumatológicos.	Informe anual GRD entregado por departamento de información sanitaria HDS.
Resultados	Medios de verificación
Gestión eficiente de exámenes e interconsultas para el pase operatorio.	Actualización semanal de gestión de pacientes realizada en visita de coordinadoras.
Conocimiento del flujo de procesos prequirúrgicos.	Lista de asistencia a capacitaciones realizadas de flujos de pacientes
Cumplimiento eficaz de indicaciones médicas preoperatorias.	Informe trimestral emitido por pabellón
Conocimiento de la historia y evolución clínica del paciente.	Lista de asistencia a visitas de enfermeras coordinadoras.
Conocimiento del flujo de los procesos postquirúrgicos.	Lista de asistencia a capacitaciones realizadas de flujos postquirúrgicos de pacientes

Actividades	Medios de verificación
Programar reuniones con jefes de unidades de apoyo y laboratorio para conocer funcionamiento.	Lista de asistencia a reuniones con jefes de unidades de apoyo y laboratorio
Capacitación a enfermeras clínicas, becados de primer año y equipo de enfermería del funcionamiento de las unidades de apoyo.	Lista de asistencia a capacitaciones
Coordinación diaria de auxiliares del área quirúrgica.	programación diaria en pizarra de la sala con exámenes de pacientes
Creación de flujos de procesos prequirúrgicos para obtención pase operatorio.	Existencia de flujos de procesos prequirúrgicos para obtención del pase operatorio (diagrama)
Capacitación a enfermeras clínicas, becados de primer año y equipo de enfermería de los flujos prequirúrgicos.	Lista de asistencia a capacitaciones
Actualización de protocolo preoperatorio.	Protocolo preoperatorio actualizado.
Actualización del instrumento check list preoperatorio.	Instrumento check list actualizado.
Capacitación a enfermeras clínicas y equipo de enfermería en preparación preoperatoria.	Lista de asistencia a capacitaciones
Creación de flujos de procesos post quirúrgicos	Existencia de flujos de procesos postquirúrgicos
Capacitación a enfermeras clínicas de los procesos involucrados para el alta según patología	Lista de asistencia a capacitaciones
Inducción becados de primer año (procesos alta).	Lista de asistencia a inducciones
Programar reuniones con los jefes de los diferentes profesionales de apoyo (kinesiólogos, nutricionistas, traumatólogos, servicio social)	Lista de asistencia a reuniones con jefes de profesionales de apoyo
Implementación de visita de enfermería con enfermeras clínicas y coordinadoras.	Lista de asistencia a visitas de enfermeras coordinadoras.

13. Supuestos

El ejercicio que se presenta a continuación consiste en plantearse cuál es el escenario externo necesario de existir para que pueda desarrollarse el proyecto de forma exitosa.

Fines	Supuestos
Aumento de la oferta de camas para servicio de urgencia y pabellón.	Se logra implementar el proyecto completo, contexto epidemiológico estable
Disminución del riesgo de ocurrencia de eventos adversos a pacientes.	Se mantienen los mismos factores de riesgo a los cuales están expuestos los pacientes.
Propósito	Supuestos
Disminución de la estadía hospitalaria de los pacientes traumatológicos.	Equipo gestor del proyecto se mantiene involucrado durante el desarrollo de este.

Resultados	Supuestos
Gestión eficiente de exámenes e interconsultas para el pase operatorio.	Actores involucrados reconocen la importancia de su rol en el proceso hospitalario de los pacientes.
Conocimiento del flujo de procesos prequirúrgicos.	Actores involucrados participan activamente del proceso
Cumplimiento eficaz de indicaciones médicas preoperatorias.	Equipo de enfermería reconoce la importancia de los procesos involucrados.
Conocimiento de la historia y evolución clínica del paciente.	Se mantiene relación enfermera paciente que permiten la participación de los profesionales en las visitas

Conocimiento del flujo de los procesos postquirúrgicos.	Actores involucrados participan activamente del proceso
---------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------

Actividades	Supuestos
Programar reuniones con jefes de unidades de apoyo y laboratorio para conocer funcionamiento.	Jefes de unidades de apoyo cuentan con tiempo y disposición para participar de las reuniones
Capacitación a enfermeras clínicas, becados de primer año y equipo de enfermería del funcionamiento de las unidades de apoyo.	Se realiza coordinación efectiva con enfermeras y becados para participar de las capacitaciones
Coordinación diaria de auxiliares del área quirúrgica.	Se mantiene dotación de auxiliares y se puede dar cobertura a las licencias médicas.
Creación de flujos de procesos pre quirúrgicos para obtención pase operatorio.	Equipo gestor cuenta con tiempo y disposición para participar en la creación de los flujos de procesos pre-quirúrgicos
Capacitación a enfermeras clínicas, becados de primer año y equipo de enfermería de los flujos prequirúrgicos.	Se realiza coordinación efectiva con enfermeras y becados para participar de las capacitaciones
Actualización de protocolo pre operatorio.	Unidad de calidad aprueba documento actualizado
Actualización del instrumento check list pre operatorio.	Unidad de calidad aprueba check list actualizado
Capacitación a enfermeras clínicas y equipo de enfermería en preparación pre operatoria.	Se realiza coordinación efectiva con enfermeras y equipo de enfermería para participar de las capacitaciones
Creación de flujos de procesos post quirúrgicos	Equipo gestor cuenta con tiempo y disposición para participar en la creación de los flujos de procesos post-quirúrgicos.
Capacitación a enfermeras clínicas de los procesos involucrados para el alta según patología	Se realiza coordinación efectiva con enfermeras clínicas para participar de las capacitaciones
Inducción becados de primer año (procesos alta).	Se realiza coordinación efectiva con jefe de becados y jefe de servicio traumatología para que becados puedan participar de la inducción
Programar reuniones con los jefes de los diferentes profesionales de apoyo (kinesiólogos, nutricionistas, traumatólogos, servicio social)	Jefes de unidades de profesionales de apoyo cuentan con tiempo y disposición para participar de las reuniones
Implementación de visita de enfermería con enfermeras clínicas y coordinadoras.	Se logra coordinar actividades y fijar visitas de enfermeras coordinadoras semanalmente

14. Resumen: Matriz de marco lógico

Resumen narrativo de objetivos	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Fines			
Aumento de la oferta de camas para servicio de urgencia y pabellón.	Aumento en un 5% del índice ocupacional de los servicios de urgencia y pabellón durante el segundo trimestre 2023 con respecto al segundo trimestre del año 2022	Informe trimestral GRD entregado por departamento de información sanitaria	Se logra implementar el proyecto completo, contexto epidemiológico estable
Disminución del riesgo de ocurrencia de eventos adversos a pacientes.	Disminución en un 10 % de eventos adversos en pacientes del área quirúrgica durante el año 2023	Reporte anual de eventos adversos entregado por la unidad de calidad y seguridad e IAAS.	Se mantienen los mismos factores de riesgo a los cuales están expuestos los pacientes.
Propósito			
Disminución de la estadía hospitalaria de los pacientes traumatológicos.	Disminución en un 25 % los outliers de pacientes traumatológicos durante el primer año de implementación del proyecto	Informe anual GRD entregado por departamento de información sanitaria	Equipo gestor del proyecto se mantiene involucrado durante el desarrollo de este.
Resultados			
Gestión eficiente de exámenes e interconsultas para el pase operatorio.	100% de exámenes e interconsultas solicitadas, realizadas en año 2023	Actualización semanal de gestión de pacientes realizada en visita de coordinadoras.	Actores involucrados reconocen la importancia de su rol en el proceso hospitalario de los pacientes.
Conocimiento del flujo de procesos prequirúrgicos.	Conocimiento del 100% de flujos de procesos prequirúrgicos por parte de becados, equipo de enfermería del área quirúrgica en año 2023	Lista de asistencia a capacitaciones realizadas de flujos de pacientes	Actores involucrados participan activamente del proceso
Cumplimiento eficaz de indicaciones médicas preoperatorias.	Ausencia de suspensiones de pabellón por incumplimiento de indicaciones médicas durante año 2023	Informe trimestral emitido por pabellón	Equipo de enfermería reconoce la importancia de los procesos involucrados.

Conocimiento de la historia y evolución clínica del paciente.	100% de participación de enfermeras clínicas en visitas de enfermeras coordinadoras durante año 2023	Lista de asistencia a visitas de enfermeras coordinadoras.	Se mantiene dotación de enfermeras, lo que permiten la participación de los profesionales en las visitas
Conocimiento del flujo de los procesos postquirúrgicos.	Conocimiento del 100% de flujos de procesos postquirúrgicos por parte de becados y equipo de enfermería del área quirúrgica durante año 2023	Lista de asistencia a capacitaciones realizadas de flujos postquirúrgicos de pacientes	Actores involucrados participan activamente del proceso
Actividades			
Programar reuniones con jefes de unidades de apoyo y laboratorio para conocer funcionamiento.	100% de reuniones programadas realizadas entre jefes de unidades de apoyo y enfermeras coordinadoras área quirúrgica	Lista de asistencia a reuniones con jefes de unidades de apoyo y laboratorio	Jefes de unidades de apoyo cuentan con tiempo y disposición para participar de las reuniones
Capacitación a enfermeras clínicas, becados de primer año y equipo de enfermería del funcionamiento de las unidades de apoyo.	100% de capacitaciones programadas para enfermeras clínicas y becados de primer año, realizadas	Lista de asistencia a capacitaciones	Se realiza coordinación efectiva con enfermeras y becados para participar de las capacitaciones
Coordinación diaria de auxiliares del área quirúrgica.	100% de traslados de pacientes programados, realizados	programación diaria en pizarra de la sala con exámenes de pacientes	Se mantiene dotación de auxiliares y se puede dar cobertura a las licencias médicas.
Creación de flujos de procesos prequirúrgicos para obtención pase operatorio.	Existencia de flujos de procesos prequirúrgicos para obtención del pase operatorio (si/no)	Existencia de flujos de procesos prequirúrgicos para obtención del pase operatorio (diagrama)	Equipo gestor cuenta con tiempo y disposición para participar en la creación de los flujos de procesos prequirúrgicos
Capacitación a enfermeras clínicas, becados de primer año y equipo de enfermería de los flujos prequirúrgicos.	100% de capacitaciones programadas para enfermeras clínicas, becados de primer año y equipo de enfermería de los flujos prequirúrgicos realizadas.	Lista de asistencia a capacitaciones	Se realiza coordinación efectiva con enfermeras y becados para participar de las capacitaciones.
Actualización de protocolo preoperatorio.	Protocolo preoperatorio actualizado. (si/no)	Protocolo preoperatorio actualizado.	Unidad de calidad aprueba documento actualizado

Actualización del instrumento check list preoperatorio.	Instrumento check list actualizado. (si/no)	Instrumento check list actualizado.	Unidad de calidad aprueba check list actualizado.
Capacitación a enfermeras clínicas y equipo de enfermería en preparación preoperatoria.	100% de capacitaciones programadas para enfermeras clínicas y equipo de enfermería en preparación preoperatoria realizadas.	Lista de asistencia a capacitaciones	Se realiza coordinación efectiva con enfermeras y equipo de enfermería para participar de las capacitaciones.
Creación de flujos de procesos post quirúrgicos	Existencia de flujos de procesos postquirúrgicos (si/no)	Existencia de flujos de procesos postquirúrgicos	Equipo gestor cuenta con tiempo y disposición para participar en la creación de los flujos de procesos postquirúrgicos.
Capacitación a enfermeras clínicas de los procesos involucrados para el alta según patología	100% de capacitaciones programadas para enfermeras clínicas de los procesos involucrados para el alta según patología. realizadas.	Lista de asistencia a capacitaciones	Se realiza coordinación efectiva con enfermeras clínicas para participar de las capacitaciones.
Inducción becados de primer año (procesos alta).	100% de becados de primer año con inducción realizada dentro del primer mes de ingreso.	Lista de asistencia a inducciones	Se realiza coordinación efectiva con jefe de becados y jefe de servicio traumatología para que becados puedan participar de la inducción
Programar reuniones con los jefes de los diferentes profesionales de apoyo (kinesiólogos, nutricionistas, traumatólogos, servicio social)	100% de reuniones programadas con los jefes de profesionales de apoyo, realizadas	Lista de asistencia a reuniones con jefes de profesionales de apoyo	Jefes de unidades de profesionales de apoyo cuentan con tiempo y disposición para participar de las reuniones.
Implementación de visita de enfermería con enfermeras clínicas y coordinadoras.	100 % de visitas de enfermeras coordinadoras programadas, realizadas	Lista de asistencia a visitas de enfermeras coordinadoras.	Se logra coordinar actividades y fijar visitas de enfermeras coordinadoras semanalmente.

15. Plan de ejecución

Para lograr una organización eficiente de los tiempos se diseña este plan para las actividades definidas en la matriz de marco lógico.

Actividades	Tareas/subtareas	Responsables	Resultados esperados	Cronograma	Tiempo/presupuesto
Programar reuniones con jefes de unidades de apoyo y laboratorio para conocer funcionamiento.	No posee	Enfermera Coordinadora Área Quirúrgica	Obtención de información clave del funcionamiento de las unidades de apoyo	6 reuniones	1 hora cada reunión
Capacitación a enfermeras clínicas, becados de primer año y equipo de enfermería del funcionamiento de las unidades de apoyo.	<i>1.- Construcción módulo de capacitación confección material audiovisual y gráfico.</i>	<i>Enfermeras Coordinadoras área quirúrgica y traumatología</i>	<i>Módulo de capacitación creado</i>	<i>Actividad única</i>	<i>4 horas</i>
	<i>2.- Capacitación a enfermeras clínicas, becados de primer año y equipo de enfermería del funcionamiento de las unidades de apoyo.</i>	<i>Enfermeras Coordinadoras área quirúrgica y traumatología</i>	<i>Enfermeras clínicas y becados capacitados en el funcionamiento de unidades de apoyo</i>	<i>6 capacitaciones 3 veces al año</i>	<i>1 hora cada capacitación</i>
Coordinación diaria de auxiliares del área quirúrgica.	No posee	Enfermeras clínicas de cada sala del área quirúrgica	Eficiencia en el traslado de pacientes del área quirúrgica	Actividad diaria, extensión anual	Durante la jornada laboral

Actividades	Tareas/subtareas	Responsables	Resultados esperados	Cronograma	Tiempo/presupuest o
Creación de flujos de procesos prequirúrgicos para obtención pase operatorio.	No posee	Jefe de servicio traumatología y Enfermeras Coordinadoras área quirúrgica y traumatología	Flujos de procesos prequirúrgicos creados	Actividad única	2 horas 1 vez a la semana por 4 semanas
Capacitación a enfermeras clínicas, becados de primer año y equipo de enfermería de los flujos prequirúrgicos.	<i>1.- Construcción módulo de capacitación confección material audiovisual y gráfico.</i>	<i>Enfermeras Coordinadoras área quirúrgica y traumatología</i>	<i>Módulo de capacitación creado</i>	<i>Actividad única</i>	<i>4 horas</i>
	<i>2.- Capacitación a enfermeras clínicas, becados de primer año y equipo de enfermería de los flujos prequirúrgicos.</i>	<i>Enfermeras Coordinadoras área quirúrgica y traumatología</i>	<i>Flujos de procesos conocidos por equipo de enfermería y becados</i>	<i>6 capacitaciones 3 veces al año</i>	<i>1 hora cada capacitación</i>
Actualización de protocolo preoperatorio.	No posee	Enfermeras Coordinadoras área quirúrgica y traumatología	Protocolo preoperatorio vigente	Actividad única	2 horas 2 días de la semana
Actualización del instrumento check list preoperatorio.	No posee	Enfermeras Coordinadoras área quirúrgica y traumatología	Instrumento check list preoperatorio actualizado.	Actividad única	2 horas 2 días de la semana

Actividades	Tareas/subtareas	Responsables	Resultados esperados	Cronograma	Tiempo/presupuest o
Capacitación a enfermeras clínicas y equipo de enfermería en preparación preoperatoria.	1.- Construcción módulo de capacitación confección material audiovisual y gráfico.	Enfermera Coordinadora Área Quirúrgica	Módulo de capacitación creado	Actividad única	4 horas
	2.- Capacitación a enfermeras clínicas y equipo de enfermería en preparación preoperatoria.	Enfermera Coordinadora Área Quirúrgica	Enfermeras clínicas y equipo de enfermería capacitado en preparación preoperatoria.	5 capacitaciones 3 veces al año	1 hora cada capacitación
Creación de flujos de procesos post quirúrgicos	No posee	Jefe de servicio traumatología y Enfermeras Coordinadoras área quirúrgica y traumatología	Flujos de procesos postquirúrgicos creados	Actividad única	2 horas 1 vez a la semana por 4 semanas
Capacitación a enfermeras clínicas de los procesos involucrados para el alta según patología	1.- Construcción módulo de capacitación confección material audiovisual y gráfico.	Enfermeras Coordinadoras área quirúrgica y traumatología	Módulo de capacitación creado	Actividad única	4 horas
	2.- Capacitación a enfermeras clínicas de los procesos involucrados para el alta según patología	Enfermeras Coordinadoras área quirúrgica y traumatología	Enfermeras clínicas capacitadas en los procesos involucrados para el alta según patología	5 capacitaciones 3 veces al año	1 hora cada capacitación

Actividades	Tareas/subtareas	Responsables	Resultados esperados	Cronograma	Tiempo/presupuest o
Inducción becados de primer año (procesos alta).	Inducción becados de primer año (procesos alta).	Enfermeras Coordinadoras área quirúrgica y traumatología	Becados de primer año conocen procesos para el alta.	Actividad única que se repite trimestralmente	1 hora cada capacitación
Programar reuniones con los jefes de los diferentes profesionales de apoyo (kinesiólogos, nutricionistas, traumatólogos, servicio social)	Programar reuniones con los jefes de los diferentes profesionales de apoyo (kinesiólogos, nutricionistas, traumatólogos, servicio social)	Enfermera Coordinadora Área Quirúrgica	Obtención de información clave para la coordinación con los profesionales de apoyo	6 reuniones	1 hora cada reunión
Implementación de visita de enfermería con enfermeras clínicas y coordinadoras.	1.- Creación de pauta de contenidos de la visita	Enfermeras Coordinadoras área quirúrgica y traumatología	Pauta de contenidos elaborada	Actividad única	1 hora
	2.- Implementación de visita de enfermería con enfermeras clínicas y coordinadoras.	Enfermeras Coordinadoras área quirúrgica y traumatología	Creación de espacios de tiempo semanales para llevar a cabo visitas de enfermeras coordinadoras.	Actividad semanal, extensión anual	2 horas

16. Cronograma

		AÑO 2023																																																			
		FEB				MAR				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOST.				SEPT.				OCT.				NOV.				DIC.											
ACTIVIDADES	RESPONSABLES	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Reuniones con jefes de unidades de apoyo y laboratorio	Enfermera Coordinadora Área Quirúrgica																																																				
Construcción módulo de capacitación confección material audiovisual y gráfico.	Enfermeras Coordinadoras área quirúrgica y traumatología																																																				
Capacitación: Funcionamiento de las unidades de apoyo.	Enfermeras Coordinadoras área quirúrgica y traumatología																																																				
Coordinación diaria de auxiliares del área quirúrgica.	Enfermeras clínicas de cada sala del área quirúrgica																																																				
Creación de flujos de procesos prequirúrgicos para obtención pase operatorio.	Jefe de servicio traumatología y Enfermeras Coordinadoras área quirúrgica y traumatología																																																				
Capacitación flujos prequirúrgicos.	Enfermeras Coordinadoras área quirúrgica y traumatología																																																				
Actualización de protocolo preoperatorio.	Enfermeras Coordinadoras área quirúrgica y traumatología																																																				
Actualización del instrumento check list preoperatorio.	Enfermeras Coordinadoras área quirúrgica y traumatología																																																				
Construcción módulo de capacitación confección material audiovisual y gráfico.	Enfermera Coordinadora Área Quirúrgica																																																				

		F				M				A				M				J				J				A				S				O				N				D			
ACTIVIDADES	RESPONSABLES	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
		Capacitación preparación preoperatoria.	Enfermera Coordinadora Área Quirúrgica																																										
Creación de flujos de procesos post quirúrgicos	Jefe de servicio traumatología y Enfermeras Coordinadoras área quirúrgica y traumatología																																												
Construcción de módulo de capacitación confección material audiovisual y gráfico.	Enfermera Coordinadora Área Quirúrgica																																												
Capacitación para el alta según patología	Enfermeras Coordinadoras área quirúrgica y traumatología																																												
Inducción becados de primer año (procesos alta).	Enfermeras Coordinadoras área quirúrgica y traumatología																																												
Reuniones con los jefes equipos profesionales de apoyo.	Enfermera Coordinadora Área Quirúrgica																																												
Creación de pauta de contenidos de la visita	Enfermeras Coordinadoras área quirúrgica y traumatología																																												
Visita de enfermería	Enfermeras Coordinadoras área quirúrgica y traumatología																																												

16. Presupuesto

Como se observa a continuación en el desglose de las tareas y subtareas derivadas de las actividades, no existe un costo monetario de por medio debido a que el tiempo a utilizar será dentro de la jornada laboral ya que son pertinentes 100% al que hacer de los involucrados (jefatura y coordinadoras).

Actividad (tareas y subtareas)	Capital humano	Cantidad / Frecuencia	Total de horas	Valor /Hora	Valor/Mes
Programar reuniones con jefes de unidades de apoyo y laboratorio para conocer funcionamiento.	Enfermera coordinadora	6 reuniones /una sola vez	6 horas	Se utilizará tiempo durante jornada laboral, actividad pertinente a sus funciones.	0
Construcción módulo de capacitación confección material audiovisual y gráfico.	Enfermeras coordinadora área quirúrgica y traumatología	4 horas 1 vez	4 horas	Se utilizará tiempo durante jornada laboral, actividad pertinente a sus funciones.	0
Capacitación a enfermeras clínicas, becados de primer año y equipo de enfermería del funcionamiento de las unidades de apoyo.	Enfermeras coordinadora área quirúrgica y traumatología	6 capacitaciones / 3 veces en el año	18 horas	Se utilizará tiempo durante jornada laboral, actividad pertinente a sus funciones.	0
Coordinación diaria de auxiliares del área quirúrgica.	Enfermeras clínicas	diariamente	indeterminado	Se utilizará tiempo durante jornada laboral, actividad pertinente a sus funciones.	0
Creación de flujos de procesos prequirúrgicos para obtención pase operatorio.	Jefe de servicio traumatología y Enfermeras coordinadora área quirúrgica y traumatología	2 horas 1 vez a la semana por 4 semanas	8 horas	Se utilizará tiempo durante jornada laboral, actividad pertinente a sus funciones.	0

Actividad (tareas y subareas)	Capital humano	Cantidad / Frecuencia	Total de horas	Valor /Hora	Valor/Mes
Construcción módulo de capacitación confección material audiovisual y gráfico.	Enfermeras coordinadora área quirúrgica y traumatología	4 horas 1 vez	4 horas	Se utilizará tiempo durante jornada laboral, actividad pertinente a sus funciones.	0
Capacitación a enfermeras clínicas, becados de primer año y equipo de enfermería de los flujos prequirúrgicos.	Enfermeras coordinadora área quirúrgica y traumatología	6 capacitaciones / 3 veces en el año	18 horas	Se utilizará tiempo durante jornada laboral, actividad pertinente a sus funciones.	0
Actualización de protocolo preoperatorio.	Enfermeras Coordinadoras área quirúrgica y traumatología	2 horas 2 días de la semana	4 horas	Se utilizará tiempo durante jornada laboral, actividad pertinente a sus funciones.	0
Actualización del instrumento check list preoperatorio.	Enfermeras Coordinadoras área quirúrgica y traumatología	2 horas 2 días de la semana	4 horas	Se utilizará tiempo durante jornada laboral, actividad pertinente a sus funciones.	0
Construcción módulo de capacitación confección material audiovisual y gráfico.	Enfermeras Coordinadoras área quirúrgica y traumatología	4 horas 1 vez	4 horas	Se utilizará tiempo durante jornada laboral, actividad pertinente a sus funciones.	0

Actividad (tareas y subtareas)	Capital humano	Cantidad Frecuencia /	Total de horas	Valor /Hora	Valor/Mes
Capacitación a enfermeras clínicas y equipo de enfermería en preparación preoperatoria.	Enfermeras Coordinadoras área quirúrgica y traumatología	5 horas / 3 veces al año	15 horas	Se utilizará tiempo durante jornada laboral, actividad pertinente a sus funciones.	0
Creación de flujos de procesos post quirúrgicos	Jefe de servicio traumatología y Enfermeras coordinadora área quirúrgica y traumatología	2 horas 1 vez a la semana por 4 semanas	8 horas	Se utilizará tiempo durante jornada laboral, actividad pertinente a sus funciones.	0
Construcción módulo de capacitación confección material audiovisual y gráfico.	Enfermeras Coordinadoras área quirúrgica y traumatología	4 horas 1 vez	4 horas	Se utilizará tiempo durante jornada laboral, actividad pertinente a sus funciones.	0
Capacitación a enfermeras clínicas de los procesos involucrados para el alta según patología	Enfermeras Coordinadoras área quirúrgica y traumatología	5 horas / 3 veces al año	15 horas	Se utilizará tiempo durante jornada laboral, actividad pertinente a sus funciones.	0
Inducción becados de primer año (procesos alta).	Enfermeras Coordinadoras área quirúrgica y traumatología	1 hora/ 3 veces al año	3 horas	Se utilizará tiempo durante jornada laboral, actividad pertinente a sus funciones.	0

Actividad (tareas y subareas)	Capital humano	Cantidad Frecuencia /	Total de horas	Valor /Hora	Valor/Mes
Programar reuniones con los jefes de los diferentes profesionales de apoyo (kinesiólogos, nutricionistas, traumatólogos, servicio social)	Enfermera Coordinadora Área Quirúrgica	6 reuniones /una sola vez	6 horas	Se utilizará tiempo durante jornada laboral, actividad pertinente a sus funciones.	0
Creación de pauta de contenidos de la visita	Enfermeras Coordinadoras área quirúrgica y traumatología	2 horas 1 vez	2 horas	Se utilizará tiempo durante jornada laboral, actividad pertinente a sus funciones.	0
Implementación de visita de enfermería con enfermeras clínicas y coordinadoras.	Enfermeras Coordinadoras área quirúrgica y traumatología	1 vez a la semana	52 horas	Se utilizará tiempo durante jornada laboral, actividad pertinente a sus funciones.	0

ESTIMACIÓN DE LA VALORIZACIÓN DEL PROYECTO

Tal como se explica en la tabla de presupuesto, el costo para la institución sería cero debido a que las actividades a desarrollar en el proyecto estarán a cargo de las enfermeras coordinadoras de las áreas y el médico jefe, siendo estas actividades parte de sus funciones administrativas para el logro de las metas, sin embargo, se realiza una simulación de los posibles costos para presentar al equipo directivo en caso de llevarse a cabo el proyecto.

TOTAL HORAS ENFERMERAS	336 horas
VALOR HORA ENFERMERA	\$7.500
VALOR TOTAL	\$2.520.000

TOTAL HORAS MÉDICO	16 horas
VALOR HORA MÉDICO	\$31.500
VALOR TOTAL	\$504.000

VALOR TOTAL	\$3.024.000
-------------	-------------

17. Control de calidad de la propuesta.

Los siguientes criterios definidos por OPS/OMS en el manual para el diseño de proyectos de salud son utilizados para realizar un control final al proyecto y poder evidenciar inconsistencias posibles de corregir.

Criterios respecto al fin	Cumple	No cumple
1.- El Fin responde al problema central identificado	sí	
2.- Presenta una justificación suficiente para el proyecto	sí	
3.- Está claramente expresado como una situación ya alcanzada	sí	
4.- Está, definidos explícitamente los grupos beneficiarios	sí	
5.- Los indicadores de FIN son verificables en términos de cantidad, calidad y tiempo	sí	
Criterios respecto al propósito		
6.- El proyecto tiene un solo propósito	sí	
7.- El Propósito está claramente expresado como un estado avanzado	sí	
8.- Contribuye significativamente al logro del FIN del proyecto	sí	
9.- Están presentes los grupos de beneficiarios del proyecto	sí	
10.- Los indicadores del Propósito son una forma independiente de medir el logro del Propósito y no un resumen de los resultados	sí	
11.- Los indicadores del propósito sólo miden lo que es importante	sí	
12.- Los indicadores del Propósito miden los resultados esperados al final de la ejecución del proyecto	sí	
13.- Los indicadores del propósito tienen medidas de cantidad, calidad y tiempo	sí	
Criterios con respecto a los resultados		
15.- Los resultados del proyecto están claramente expresados	sí	
16.- Todos los resultados son necesarios para cumplir el propósito.	sí	
17.- Los resultados incluyen todos los rublos de los cuales es responsable el equipo de gestión del proyecto	sí	
18.- Los indicadores de los resultados son verificables en términos de cantidad, calidad y tiempo.	sí	

Criterios con respecto a las actividades		
19.- Las actividades incluyen todas las acciones necesarias para producir cada componente	sí	
20.- Las actividades son las tareas para las cuales se incurren en costos para completar los resultados	sí	
21.- Las actividades identifican todas las acciones necesarias para recoger información sobre los indicadores	sí	
22.- Solamente están incluidas las actividades que el proyecto tiene que ejecutar	sí	
23.- La relación entre las actividades, el tiempo y el presupuesto es realista	sí	
Respecto a las condiciones necesarias y suficientes		
24.- La relación si/entonces entre el Propósito y el FIN es lógica y no omite pasos importantes	sí	
25.- La relación entre los Resultados y el Propósito es realista.	sí	
26.- La lógica vertical entre las actividades, los resultados, el propósito y el fin es realista en su totalidad.	sí	
27.- El Propósito junto con los supuestos a ese nivel, describen las condiciones necesarias aun cuando no sean suficientes, para lograr el fin.	sí	
28.- Los Resultados junto con los Supuestos a ese nivel, describen las condiciones necesarias y suficientes para lograr el propósito	sí	
29.- Los supuestos al nivel de actividad no incluyen ninguna acción que tenga que llevarse a cabo antes que puedan comenzar las actividades.	sí	
Otras		
30.- La columna de medios de verificación identifica donde pueda hallarse la información para verificar cada indicador.	sí	
31.- El Marco Lógico define la información necesaria para la evaluación del proyecto.	sí	

18. Reflexión final

Mediante la aplicación de la metodología marco lógico se pudo desarrollar este proyecto que tiene la intención de contribuir a la solución de un importante problema que se presenta en la actualidad en la mayoría de los establecimientos de salud como lo es la prolongación en el tiempo de las estadías hospitalarias.

Esta metodología permite lograr un completo y ordenado análisis de forma participativa, lo cual agrega valor a la propuesta final e incentiva de forma natural al equipo a involucrarse.

Una de las etapas claves fue cuando junto al equipo gestor y mediante la utilización de herramientas como la lluvia de ideas, se logró seleccionar el problema a desarrollar, sin embargo, surgieron dificultades, tales como, lograr reunir a los participantes en tiempos determinados debido a las diferentes actividades que cada uno tenía programadas, lo cual dificultaba dar continuidad adecuada a la actividad, posteriormente lograr transparentar cada uno desde sus cargos y roles, aquellas dificultades profundas que cada uno percibía del problema y por último y no menos importante el trabajar en el mismo servicio donde se está desarrollando el proyecto puede ser tanto una ventaja como desventaja. Ventaja porque se tiene una percepción real y vivenciada de la problemática y desventaja al asociarse a que haya una visión sesgada de la situación.

Finalmente es importante reconocer que la utilización de metodologías estandarizadas y probadas permiten abordar de forma eficiente problemas que surgen en los diversos escenarios clínicos, lo que conlleva finalmente a contribuir al cumplimiento de objetivos institucionales.

19. Referencias bibliográficas

1. OECD (2022), Hospital beds (indicator). doi: 10.1787/0191328e-en (Accessed on 20 April 2022)
2. Bustos, S. S., Anderson, R., Berríos, A., Herrera, J., & Villarreal, R. (2021). Visión y propuesta de cambios al sistema de salud en Chile. *Cuadernos Médico Sociales*, 61(3).
3. Artaza, O. (2019). Aproximación en Chile a una evaluación de la gestión de las camas en hospitales públicos generales de mayor complejidad. *Cuadernos médicos sociales*, Junio 2019, vol. 59 N°2, disponible en: [CuadMedSocChile2019592.pdf \(colegiomedico.cl\)](#)
4. H.D.S (2022). Disponible en: [Nuestra Historia - Hospital del Salvador \(hsalvador.cl\)](#)
5. Zapata, M. (2018). Importancia del sistema GRD para alcanzar la eficiencia hospitalaria. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3), 347-352. disponible en: [IMPORTANCIA DEL SISTEMA GRD PARA ALCANZAR LA EFICIENCIA HOSPITALARIA - ScienceDirect](#)
6. Budinich, M., & Sastre, J. (2020). Planificación del alta. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(1), 76-84. disponible en . [PLANIFICACIÓN DEL ALTA - ScienceDirect](#)
7. Ortegón, E., Pacheco, J. F., & Prieto, A. (2005). *Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas*. Cepal.