



**“Mejora en la eficiencia de pabellón, a través de la optimización de la ocupación de pabellones quirúrgicos, en el Hospital y CRS El Pino”**

**Actividad Formativa Equivalente (AFE) para optar al grado de  
MAGÍSTER EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD (MAS)**

Estudiante: Manuel Cid Nova

Profesor Guía: Óscar Arteaga Herrera

Santiago, agosto del 2021

## Tabla de contenidos

<b>RESUMEN EJECUTIVO</b> .....	<b>3</b>
<b>I. ANTECEDENTES</b> .....	<b>4</b>
1.    CONTEXTO RELEVANTE DEL LUGAR DE INTERVENCIÓN .....	4
2.    EVOLUCIÓN Y CARACTERÍSTICAS O ATRIBUTOS MÁS IMPORTANTES DE LA SITUACIÓN ACTUAL ..	6
3.    REVISIÓN DE LA LITERATURA .....	9
4.    EFECTO DE LA PANDEMIA EN LA LISTA DE ESPERA GES.....	10
5.    DATOS CUALITATIVOS Y CUANTITATIVOS SEGÚN LO DISPONIBLE PARA CARACTERIZAR LA SITUACIÓN ACTUAL.....	14
6.    EL OBJETIVO QUE BUSCA EL DESARROLLO DE LA AFE Y SU RELACIÓN CON EL MARCO LÓGICO	16
7.    EXPLICACIÓN DE CÓMO LA METODOLOGÍA DE MARCO LÓGICO SE APLICA CONCRETAMENTE A LA REALIDAD SELECCIONADA.....	17
a. <i>Aplicación de la metodología de Marco Lógico a la realidad seleccionada</i> .....	17
b. <i>Técnicas y/o instrumentos metodológicos utilizados</i> .....	17
c. <i>Elaboración del Plan de Ejecución</i> .....	22
d. <i>Elaboración del Control de Calidad</i> .....	22
<b>II. ETAPA ANALÍTICA</b> .....	<b>23</b>
1.    IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	23
2.    ANÁLISIS DE INVOLUCRADOS .....	25
3.    ANÁLISIS DE PROBLEMAS.....	29
4.    SELECCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE LA IMPORTANCIA DEL PROBLEMA SELECCIONADO EN RELACIÓN A OTROS PROBLEMAS Y NECESIDADES .....	32
5.    ANÁLISIS DE OBJETIVOS .....	34
6.    ANÁLISIS DE ALTERNATIVAS .....	37
<b>III. ETAPA DE PLANIFICACIÓN</b> .....	<b>39</b>
1.    MATRIZ MARCO LÓGICO.....	39
1.1. <i>OBJETIVOS</i> .....	39
1.2. <i>INDICADORES</i> .....	43
1.3. <i>MEDIOS DE VERIFICACIÓN</i> .....	48
1.4. <i>SUPUESTOS</i> .....	50
1.5. <i>RESUMEN MATRIZ DE MARCO LÓGICO</i> .....	52
2.    PLAN DE EJECUCIÓN .....	55
2.1. <i>Actividades y cronograma</i> .....	55
3.    CONTROL DE CALIDAD .....	74
<b>IV. CONSIDERACIONES ETICAS</b> .....	<b>79</b>
<b>V. LIMITACIONES</b> .....	<b>80</b>
<b>VI. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>82</b>
<b>VII. ANEXOS</b> .....	<b>83</b>

## RESUMEN EJECUTIVO

El tiempo que las personas deben esperar por atención de salud constituye un problema común a todos sistemas de salud. A nivel de hospitales, las listas de espera, tanto en cantidad de personas como en tiempos de espera, pueden estar influidas por déficit de camas y también por la imposibilidad de realizar oportunamente las intervenciones quirúrgicas requeridas; estos factores que no son excluyentes entre sí.

La implementación del régimen GES en Chile, mejoró los tiempos de espera quirúrgicos al establecer tiempos máximos de respuesta al problema de salud, pero esto se hizo a expensas de los problemas no GES, lo que se traduce en que la mayoría de los casos en espera quirúrgica sean No GES. Por otro lado, se observa una importante heterogeneidad en los tiempos de espera por cirugía electiva No GES entre los hospitales de los distintos servicios de salud del país.

El presente proyecto se inserta en este tema planteándose como fin el mejorar, la utilización de los pabellones quirúrgicos del Hospital El Pino, de la Red del Servicio de Salud Metropolitano Sur.

Siguiendo la metodología de Marco Lógico para el desarrollo del proyecto de intervención, en primer lugar, se hizo una priorización de problemas mediante una lluvia de ideas con el equipo gestor. De este modo, se llegó a identificar como problema principal la “Subutilización de los Pabellones Quirúrgicos”, el que se consideró de gran impacto y, a su vez, modificable.

Para el problema seleccionado se identificaron los actores relevantes (Dirección del Hospital; Jefatura de Pabellón; Comité tabla quirúrgica; Personal clínico; Comunidad) y se desarrolló un análisis de involucrados, lo que se expresó en una matriz que consideró: Percepción del Problema; Interés de mandato; Poder; Interés de intervención, y; Valor. Después se construyó el árbol de problemas y, transformando las causas y efectos del problema central en positivo, se elaboró el árbol de objetivos. Posteriormente, se efectuó el análisis de alternativas con el equipo gestor, para luego, junto a este, desarrollar la fase de planificación del proyecto a partir de la alternativa seleccionada. De este modo, se construyó la Matriz de Marco Lógico, con sus diferentes jerarquías de objetivos y sus respectivos indicadores, fuentes de verificación y supuestos, así como el Plan de Ejecución, con el presupuesto para cada actividad.

## I. ANTECEDENTES

### 1. Contexto relevante del lugar de intervención

El Hospital El Pino de San Bernardo, es un hospital que pertenece al Servicio de Salud Metropolitano Sur, que a su vez pertenece al Sistema Nacional de Servicios de Salud, cuya entidad rectora es el nivel central del Ministerio de Salud. El hospital está emplazado en San Bernardo, populosa y emergente comuna de la zona sur de Santiago, que cuenta con una población de 301.313 según el último censo del año 2017. El hospital cuenta con una población asignada de 403.908 hab. (San Bernardo, El Bosque). Es actualmente un hospital de alta complejidad, autogestionado en red y acreditado en calidad.

El hospital se funda como sanatorio El Pino a mediados de la década de los años 1940 para ser centro de tratamiento de enfermos tuberculosos, condición que mantuvo hasta 1974, año en el cual se habilita un Puerperio y hospitalización de pacientes psiquiátricos. A partir del año 1985, se constituye como una maternidad propiamente tal. A partir de ese momento, se van incorporando progresivamente, los servicios de Medicina Interna, Cirugía y Pediatría. La expansión fue tan grande, que el año 1990 se decide su reposición, la cual concluyó el año 2000, con una infraestructura que, a grandes rasgos, se mantiene hasta el día de hoy.





El hospital cuenta con 303 camas, las cuales se distribuyen en 179 camas de cuidados medios, 77 camas de cuidados básicos y 47 camas de cuidados críticos. A nivel ambulatorio cuenta con 16 especialidades, además de la realización de procedimientos y el desarrollo de distintos programas. Brinda actualmente cobertura a 38 patologías GES. El año 2018 se efectuaron 14.924 egresos. Cuenta con una urgencia las 24 horas del día, que atiende población adulta, pediátrica y maternal.

En el pabellón del hospital El Pino, trabajan 75 personas, que se distribuyen en Médicos Anestesiólogos, los cuales en número son 21 y en horas contratadas corresponden a 508 horas, también encontramos 12 Enfermeras, 32 Técnicos Paramédicos y 10 Auxiliares de Servicio.

En cuanto a la planta física, tenemos que el hospital cuenta con 8 Pabellones Quirúrgicos, 5 de los cuales se ubican en el Pabellón Central, 2 Pabellones de Ambulatorios, ubicados en el Centro de Referencia de Salud (CRS) y 1 Pabellón de Maternidad. El año 2018 se realizaron 5.990 cirugías, que fueron principalmente cirugías generales y ginecobstétricas.

## 2. Evolución y características o atributos más importantes de la situación actual

Actualmente el Hospital el Pino presenta un serio problema de falta de camas, estando permanentemente sobre demandado ya que el establecimiento no se encuentra preparado para la explosiva expansión de la población. En el caso del Hospital el Pino, en buena medida, el problema de déficit de camas, está dado por la imposibilidad de realizar oportunamente las intervenciones quirúrgicas requeridas. Esto se debe, por un lado, a la incapacidad del pabellón de urgencias de solventar toda la demanda, ante lo cual se ocupan camas de hospitalización, con pacientes que no fueron resueltos de inmediato y peor aún, permanecen en camillas por largos períodos de tiempo, en la misma unidad de urgencia. Por otro lado, la hospitalización prolongada, de pacientes que no pueden ser operados como cirugía electiva.

En cuanto a los datos sobre intervenciones quirúrgicas a nivel nacional, a excepción de las cesáreas, nuestro país muestra un serio déficit en relación a la OCDE, así por ejemplo tenemos que el año 2014 se realizaron 68 procedimientos cardiacos de revascularización (incluye angioplastia y bypass coronario) por cada 100 mil habitantes (64% correspondieron a angioplastias coronarias), mientras que en la OCDE se realizaron 219 de estos procedimientos por cada 100 mil personas. La misma tendencia se observa en cirugías como el reemplazo de caderas (33 versus 161) y cataratas (43 versus 775). En marzo del 2014 el 50% de las intervenciones quirúrgicas programadas, debían esperar 2 años para que se pudieran realizar. A fines del 2016, sólo correspondía al 23 %, siendo evidente que han mejorado estos parámetros, sin embargo, aún es muy insuficiente, pudiendo tener relación con la subutilización de los pabellones quirúrgicos.

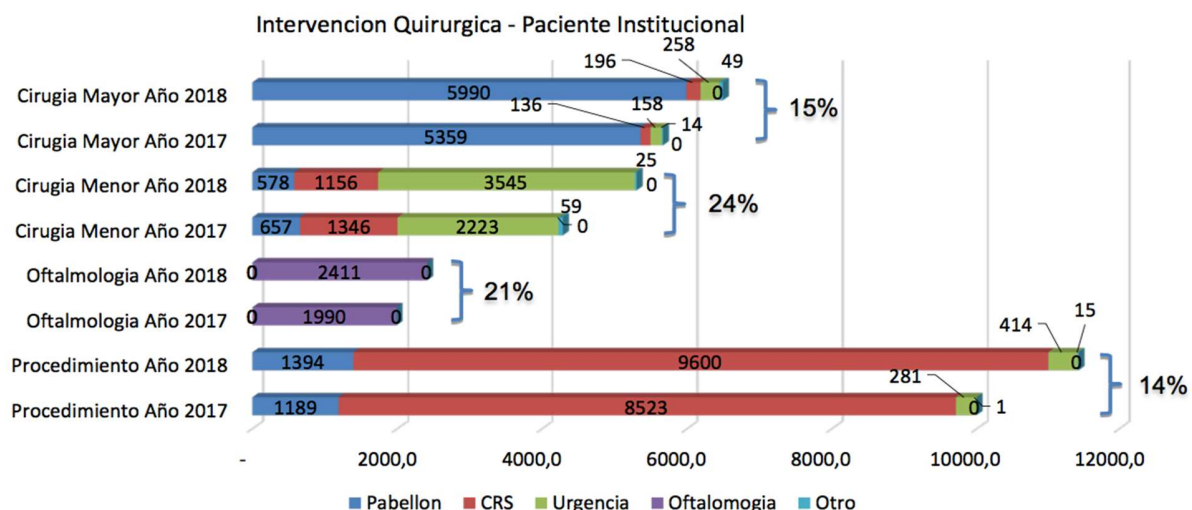
En efecto, actualmente los casos quirúrgicos GES representan la parte de mejora en el ámbito de los tiempos de espera. Por el contrario, los casos quirúrgicos No GES representan el ajuste que debió realizar el sistema una vez que se establecieron prioridades garantizadas por ley. Prueba de ello es que la mayoría de los casos en espera quirúrgica son No GES (99%). Por otro lado, se observa una importante heterogeneidad en los tiempos de espera por cirugía electiva No GES entre los distintos servicios de salud del país (y hospitales), alcanzando brechas superiores a los 400 días, incluso para mismas prestaciones. Además, la capacidad productiva de atención quirúrgica es baja (en comparación con el benchmarking). Mientras un quirófano electivo en Chile realiza alrededor de 750 cirugías al año, los referentes internacionales hacen sobre 1.000.

El proceso quirúrgico se origina en la indicación médica, seguido por un proceso prequirúrgico (evaluación preqx.). Luego, la intervención quirúrgica y finalmente el postquirúrgico (estancia y egreso). Todos estos procesos pueden ser realizados durante la jornada (ambulatoria) o bien, requerir que el paciente pernocte en el hospital (atención cerrada). Los quirófanos electivos (el foco de este estudio) deben funcionar en un horario institucional de 9 horas en los días hábiles y los de urgencia las 24 horas del día.

Al medir el uso de los quirófanos de los hospitales públicos, se encuentra que un quirófano promedio usa 4,8 de 9 horas institucionales, en comparación con el Reino Unido (benchmarking) donde se utiliza 6,4 de las 9 horas institucionales. Respecto a la cantidad de cirugías diarias por quirófano, Chile realiza tan solo 3,3 cirugías diarias contra 5,1 cirugías diarias en Reino Unido. Finalmente, la primera cirugía en Chile empieza en promedio con 40 minutos de retraso y la última termina casi 2 horas antes. En el caso del Reino Unido los atrasos y términos anticipados son menores (no pasan de los 5-10 minutos en promedio).

En cuanto a la situación actual, de las cirugías en el hospital El Pino, podemos mostrar los siguientes resultados durante los años 2017 y 2018, en los cuales se aprecia un aumento de la cirugía mayor, pero un retroceso en el número de cirugías ambulatorias. lo cual no es eficiente en términos generales y no va con lo esperado, en cuanto a mayor ocupación de pabellón.

**Figura 1. Intervención quirúrgica de pacientes institucionales**



Fuente: Cuenta pública Hospital El Pino año 2017

**Tabla 1 Intervención quirúrgica de pacientes ambulatorios**

IQ Institucional	Año 2017	Año 2018	VAR Q	VAR %
Ambulatorio	1649	1418	-231	-14%
Institucional programable	1645	1416	-229	-14%
Cirugía	1191	978	-213	-18%
Ginecología	305	339	34	11%
Urología	149	99	-50	-34%
Institucional Urgencia	4	2	-2	-50%
Cirugía	1	1	0	0%
Ginecología	3	1	-2	-67%

Fuente: Cuenta pública Hospital El Pino año 2017

**Tabla 2. Intervención quirúrgica en paciente hospitalizado**

IQ Institucional	Año 2017	Año 2018	VAR Q	VAR %
Hospitalizado	3710	4572	862	23%
Institucional programable	1650	2114	464	28%
Cirugía	655	928	273	42%
Ginecología	526	632	106	20%
Obstetricia	274	306	32	12%
Urología	195	248	53	27%
Institucional urgencia	2060	2458	398	19%
Cirugía	1338	1477	139	10%
Ginecología	165	256	91	55%
Obstetricia	546	626	150	27%
Urología	11	29	18	164%

Fuente: Elaboración propia



### 3. Revisión de la literatura

Para poder analizar la situación del Hospital El Pino (HEP) en perspectiva, conviene tener presente que, en países con un alto gasto en salud, se estima que se deberían realizar alrededor de 11.000 intervenciones quirúrgicas al año por cada 100 mil habitantes. En el caso de Chile, se estima que en 2018 el sistema público fue capaz de realizar alrededor de 4.000 intervenciones por 100 mil beneficiarios. La tasa estimada resulta cercana a 3.000 procedimientos por 100 mil beneficiarios. Así, el desempeño estimado de un quirófano electivo del sistema público chileno está en torno a 750 intervenciones quirúrgicas mayores por año, mientras que países de alto gasto en salud el desempeño oscila entre las 1.000 y 1.500 intervenciones por año (*Weiser et al, 2015*)

En el Reino Unido la tasa de utilización de los pabellones quirúrgicos es de 80%, en E.E.U.U. de 75%, en Canadá de 70% y en Australia entre 75-87%. En Chile se estima una tasa promedio de utilización del 60% en quirófanos electivos. Usando información auto reportada por los hospitales, la tasa subiría a 75%. (*Fuente REM A21 para 2014-2017*)

La experiencia de los países de la OCDE y lo que aporta la literatura en general, habla de la implementación de buenas prácticas, para la mejor utilización de los pabellones quirúrgicos. Por ejemplo, se sugiere el uso de turnos complementarios del equipo de apoyo en horarios punta; turnos diurnos y vespertinos y uso de herramientas de gestión e incentivos que induzcan un mejor uso de los bloques quirúrgicos. Por otra parte, es necesario suplir algunas brechas de recursos, en particular anestesistas, y utilizar de mejor forma los recursos que están disponibles y son más que suficientes para trabajar 9 horas diarias: cirujanos, enfermeras y TENS (en HEP al menos la brecha de Anestesiólogos está resuelta). Otro punto importante, es el ausentismo laboral, del personal no médico, lo cual representa uno de los mayores problemas en la optimización del uso de pabellones y de uno de los mayores problemas de la Salud pública en general. En línea con las recomendaciones OCDE, es necesario aprovechar mejor y de manera más eficiente las 9 horas de jornada laboral, también se podría extender la jornada diurna de los pabellones a 12 horas. Además, es necesario reducir el alto número de suspensiones quirúrgicas. Estas son consecuencia de déficits en la gestión hospitalaria, tales como uso prolongado de pabellón, pacientes que no se presentan o no se ubican y errores de programación. (CNP 2020).

#### **4. Efecto de la pandemia en la lista de espera GES**

A partir de enero del año 2020, el mundo entero sufre los efectos de quizás, la peor crisis sanitaria de los últimos tiempos, cual es la pandemia del COVID 19. Los primeros casos en nuestro país, se empezaron a presentar a comienzos de marzo del año 2020 y persisten hasta el momento de realizar este trabajo. Por lo tanto, los efectos definitivos de esta crisis, aún no se pueden dimensionar del todo.

Pese a lo mencionado previamente, podemos decir que ya tenemos algunas mediciones hasta septiembre del 2020, las cuales nos hablan de una postergación de gran envergadura, tanto de los compromisos GES como no GES. Es importante considerar que estas cifras deben analizarse, en el contexto de una situación fuera de la normalidad. Sin embargo, las políticas de salud deberán enfocarse en mitigar de la mejor forma posible, el retraso de las garantías GES y también, de solucionar, la gran lista de espera no GES.

El efecto de la pandemia sobre el sistema de salud, se manifestó en buena medida, en que un importante porcentaje de los recursos de salud, destinados al presupuesto anual, debieron ser reconvertidos en enfrentar la situación de los afectados por COVID 19, en este contexto se invirtió en la compra de ventiladores mecánicos, contratación de personal y la implementación de hospitales modulares. Todo lo anterior significó que se produjeran suspensiones de cirugías electivas, postergación de procedimientos diagnósticos, exámenes de laboratorio y de imágenes.

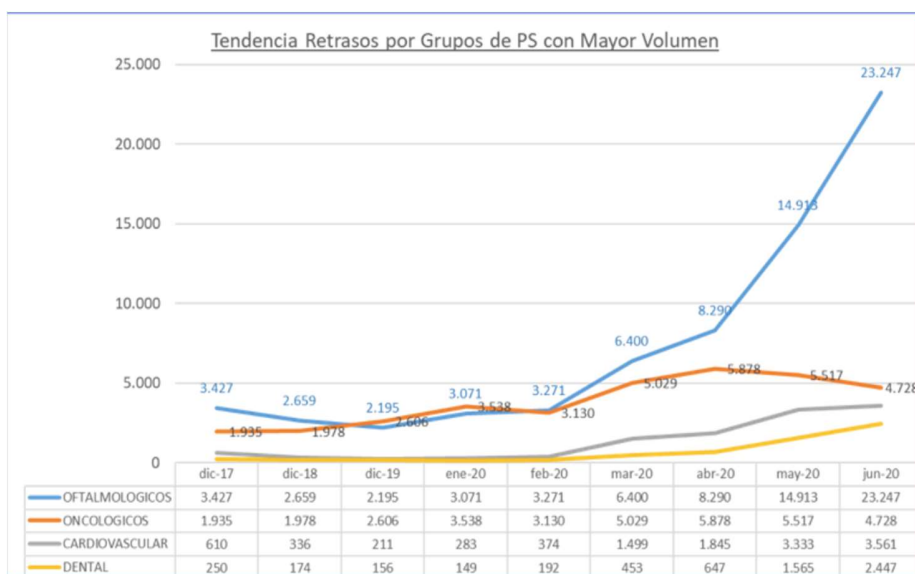
El efecto en la provisión de servicios, se vio influido por varios factores, entre los que se pueden mencionar reducción de los recursos humanos, los cuales se vieron mermados por los contagios y por la redistribución a unidades COVID; medidas de restricción de tránsito; disminución de sospechas diagnósticas y accesos a problemas GES, por funcionamiento parcial de la APS; suspensión de las cirugías electivas; restricción de la actividad ambulatoria y odontológica. Hubo también efectos relacionados con el comportamiento de los usuarios. En este sentido, los pacientes no consultaron, por miedo al contagio, por cuarentena a grupos etarios mayores 75 años o por restricción del tránsito. Todo esto provocó retraso en garantías GES y menor generación de garantías.

**Figura 2. Aumento de retrasos de garantía de oportunidad (GES)**



División de Gestión de la Red Asistencial. Subsecretaría Redes Asistenciales. MINSAL.

**Figura 3. Aumento de retrasos GES agrupados por problemas de salud**



Fuente: División de Gestión de la Red Asistencial. Subsecretaría Redes Asistenciales. Minsal Salud

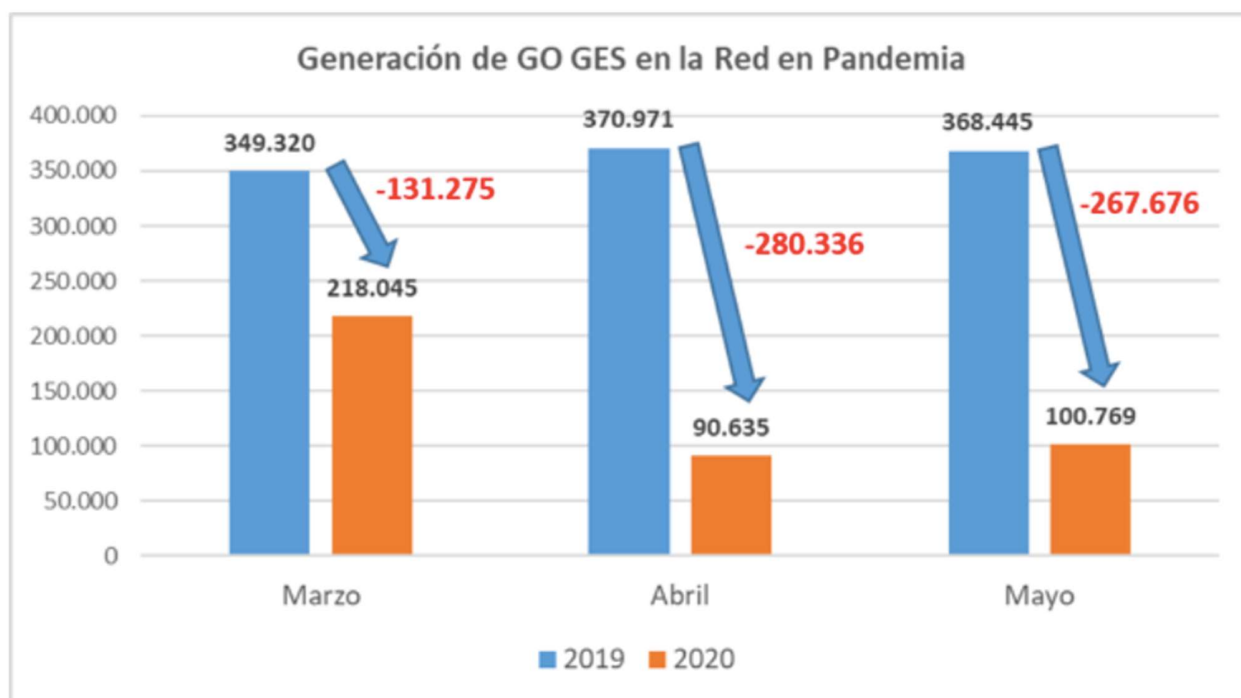
**Tabla 3. Problemas de Salud según grupos de problemas**

Problemas de salud agrupados	Junio 20	%
Oftalmológicos	23247	51%
Oncológicos	4728	10%
Cardiovasculares	3561	8%
Dentales	2447	5%
Otros	11883	26%
<b>Total</b>	<b>45866</b>	<b>100%</b>

Fuente: División de Gestión de la Red Asistencial. Subsecretaría Redes Asistenciales. Minisal Salud

En relación a los retrasos por macrozona geográfica del país tenemos que el 53% se produjo en dos de estas. En la Macrorregión Metropolitana se produjo en 38% de retrasos, en tanto que, en la Macrorregión Centro Norte, el retraso alcanzó 15% del total. El retraso corresponde, principalmente a atención hospitalaria, con 88%, mientras que en el 12% restante es de atención primaria.

**Figura 4. Generación de Garantías GES en pandemia**



Fuente: División de Gestión de la Red Asistencial. Subsecretaría Redes Asistenciales. Minsal.

El efecto de la pandemia en los meses de marzo a mayo, comparando el mismo período 2019, muestra una disminución de 679.287 garantías no generadas en 80 problemas de salud.

## **5. Datos cualitativos y cuantitativos según lo disponible para caracterizar la situación actual.**

Claramente vemos, que parte del problema de déficit de camas, está radicada en la incapacidad del pabellón de resolver la demanda de cirugías de urgencia, de cirugías de pacientes hospitalizados, pacientes electivos, ambulatorios y maternidad y disminución de la oferta público privada para atención de otras patologías. Destaca que el Índice Ocupacional (IO) del Hospital El Pino, del año 2018 es de 74.5% siendo la meta de 75%. Las horas disponibles de pabellón son 9.734 versus las 8.263 horas utilizadas.

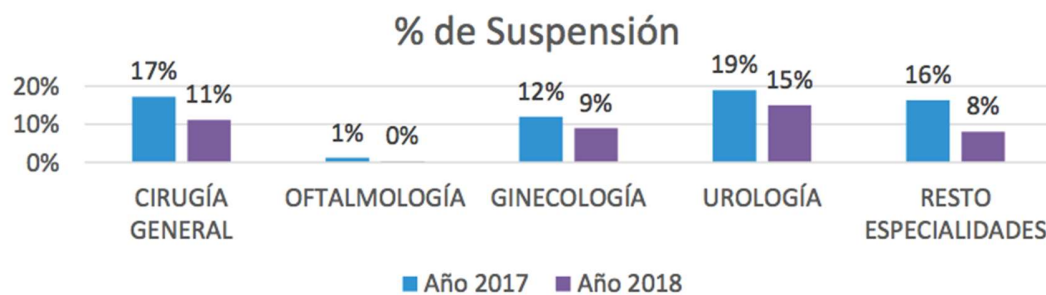
Es importante mencionar que durante el año 2017 el índice ocupacional (IO) fue de 65,3% sin embargo la disponibilidad de horas ese año fue de 10.161, las cuales son 427 horas disponibles de más, respecto al año 2018, siendo utilizadas 8.051 el año 2017.

A nivel nacional encontramos que el año 2018, el Índice Ocupacional fue de 73%, lo cual es insuficiente en comparación con las cifras OCDE. Si bien los números del hospital, no parecen especialmente negativos con respecto a las cifras nacionales, se deben considerar algunos aspectos. El 2017 el IO era notablemente menor; pese a que se aumentaron las cirugías, este aumento no fue tan dramático como para aumentar en un 10% el IO. Esto se puede deber a un cambio en el sistema de medición, que podría sobreestimar las cifras. además, no se logró la meta, pese a que la brecha fue escasa.

Cabe mencionar que el 2019 el IO nacional aumentó a 79.9%. El Hospital El Pino (HEP) preliminarmente para el año 2019, muestra una disminución de la cirugía mayor en 226 cirugías menos, con respecto al año anterior, dando un total de 6673 cirugías. El índice ocupacional no es confiable, ya que se eliminaron de la cirugía mayor, los ERCP, solo por una situación administrativa, por lo que este dato sólo provoca confusión. No obstante lo anterior, la disminución bruta de las cirugías, representa una alarma y da muestras de una profundización del problema. El año 2017 en todos los pabellones del hospital, se realizaron 5.329 intervenciones quirúrgicas, en tanto el 2018 el total aumentó a 5.990.

El año 2017 se produjo un porcentaje de suspensión del 13%, el año 2018 disminuyó a un 9%. El porcentaje de suspensión a nivel nacional fue 10%.

**Figura 5. Tasa de suspensiones Pabellón Hospital El Pino**



	Año 2017			Año 2018		
	Programado	Suspendido	% Susp.	Programado	Suspendido	% Susp.
CIRUGÍA GENERAL	2.245	387	17%	2.120	236	11%
OFTALMOLOGÍA	997	12	1,2%	787	2	0,3%
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	605	61	10%	609	38	6%
GINECOLOGÍA	911	109	12%	878	88	10%
UROLOGÍA	438	83	19%	440	66	15%
RESTO ESPECIALIDADES	503	82	16%	386	31	8%
<b>Total</b>	<b>5.699</b>	<b>734</b>	<b>13%</b>	<b>5.220</b>	<b>461</b>	<b>9%</b>

Fuente: Cuenta pública HEP año 2017

## **6. El objetivo que busca el desarrollo de la AFE y su relación con el Marco Lógico**

El objetivo de la presente AFE es proponer un proyecto que después de analizar la situación de uso de pabellones quirúrgicos en el Hospital y CRS El Pino, pueda formular una propuesta de intervención orientada a mejorar la eficiencia de los pabellones, a través de la optimización de la ocupación de estos en el mencionado recinto asistencial.

Para alcanzar este objetivo, aplicaremos para el desarrollo de este proyecto, el modelo de Marco Lógico, dado que nuestros esfuerzos, estarán centrados en mejorar la Gestión, en este caso, la situación del Pabellón Quirúrgico.

En el contexto de las organizaciones de salud, el enfoque de Marco Lógico permite abordar un problema de gestión pública, facilitando su adecuada identificación, caracterización y categorización, que son los insumos básicos y necesarios para diseñar una intervención que permita enfrentar dicho problema, a través de una adecuada planificación, implementación, seguimiento y evaluación.



## **7. Explicación de cómo la metodología de Marco Lógico se aplica concretamente a la realidad seleccionada.**

### **a. Aplicación de la metodología de Marco Lógico a la realidad seleccionada**

El modelo de marco lógico, nos brinda una serie de ventajas. En primer término, nos ayuda a lograr un mejor diseño, ejecución y evaluación de nuestro proyecto, esto debido a que se genera una sistematización de todas estas fases, lo cual proporciona la búsqueda de resultados y objetivos concretos a través de herramientas simples y fáciles de aplicar. Por otro lado, otorga la flexibilidad suficiente ya sea para aplicar el diseño original, así como para realizar modificaciones de acuerdo a los resultados del proceso

Para los efectos de la presente AFE, la formulación de la propuesta fue acompañada por un equipo gestor conformado por personal del Hospital y CRS El Pino que se relacionan con el tema de organización de la atención quirúrgica y gestión de pabellones. Las personas que integraron el equipo gestor fueron:

Dra. Natalia Dunay. Jefa Pabellón Quirúrgico

Sra. Ximena Acevedo. Jefa Enfermería Pabellón Quirúrgico

Sr. Pedro Arrate Miranda. Jefe de Unidad de Estadística

### **b. Técnicas y/o instrumentos metodológicos utilizados**

Para lograr concretar un diseño adecuado, requerimos 2 fases:

Fase Analítica: Está centrada en el análisis de la realidad, lo cual significa identificar el problema y así delinear y delimitar las posibles acciones. En nuestro caso el problema o la brecha, está centrado en la baja ocupación de pabellón. Por lo tanto, debemos formular un proyecto entre lo que tenemos y lo que queremos lograr, lo que se traduce en que la reflexión debe estar centrada en las posibles causas del problema y sus soluciones.

Fase de planificación: Según el análisis anterior, realizar una planificación sistemática de la intervención a efectuar.

El detalle de estos instrumentos metodológicos fue el siguiente:

### **ETAPA ANALÍTICA:**

Para la identificación y descripción de problemas se recurrió a las técnicas de Lluvia de ideas y Matriz de priorización de problemas.

Los criterios que se utilizaron para priorizar un problema fueron

- Características y magnitud de la población afectada.

En este caso es la población de las comunas de San Bernardo y El Bosque, en general, población vulnerable desde el punto de vista sociocultural, que no adhiere adecuadamente a los controles médicos, por lo cual constituye una población con significativas comorbilidades. La gran mayoría de la población en cuestión, recurre al sistema público de salud, siendo el Hospital El Pino, el principal oferente de salud para esta comunidad

- Prioridad que representa en los lineamientos de política definidos por las máximas autoridades.

La resolución de las listas de espera, constituye una de las principales prioridades de las políticas de salud pública de las últimas administraciones, por lo tanto, esto hace que la eficiencia de pabellón, tanto para la resolución de la lista de espera quirúrgica, así como su impacto en la gestión de camas hospitalarias, sea fundamental

- Capacidad del equipo de gestión para incidir sobre el problema (governabilidad).

En el caso del Pabellón del Hospital El Pino, la posibilidad de realizar los cambios requeridos y el aporte de recursos para esto, depende casi totalmente de la voluntad que tenga el equipo directivo del hospital y del pabellón, sin requerir de mayor injerencia a nivel central

- Incidencia que tiene el problema en la generación de otros.

Como lo mencionamos anteriormente, la eficiencia del pabellón, afecta otros ámbitos, como la posibilidad de tener camas disponibles y así descomprimir las necesidades de hospitalización de la población.

A cada problema se le asignará un puntaje de 3= Alto, 1= Medio, 0= Bajo y según el criterio de priorización que se esté utilizando, se hace un análisis cuantitativo y de acuerdo a esto se seleccionará un problema.

El problema a evaluar es la baja ocupación de los pabellones quirúrgicos, esto cuantificado a través de un bajo Índice Ocupacional. Sin bien, la brecha con la meta no es tan grande, es una verdadera convicción del equipo gerencial del hospital, el hecho que se debe optimizar y llevar al máximo la eficiencia de pabellón, para poder darle las mejores soluciones posibles a nuestra vulnerable población.

En el desarrollo del Análisis de involucrados, se elaboró una Matriz de involucrados, instrumento que permite valorar la capacidad de incidencia y oposición de cada actor relacionado con el problema. De este modo, es posible identificar a aquellos actores favorables, neutros o contrarios al proyecto, lo que posibilita tomar decisiones y elaborar estrategias. Los criterios utilizados para la elaboración de la Matriz incluyeron:

1. **Problemas percibidos:** Se reconoció cómo cada uno de los actores involucrados percibía el problema y cómo percibía el origen de este. En esta fase se delimitaron todos los problemas, no así los supuestos o los probables
2. **Intereses y mandatos:** Se identificaron los intereses que cada actor poseía y defendía en relación con el problema fundamental que motivó el proyecto. El nivel de interés, fue positivo (1. bajo, 2. medio, 3. alto) o negativo (1. bajo, 2. medio, 3. alto).
3. **Poder:** Se asignaron números (1=Bajo, 2=Medio Bajo, 3=Medio, 4=Medio Alto y 5=Alto) a la capacidad de influir, tanto positiva, como negativamente, en el desarrollo del proyecto, en virtud de los intereses de cada actor social

4. Valor: Se obtuvo multiplicando el valor de Poder por el valor de Interés

Para el Análisis de Problemas y Objetivos se recurrió a las metodologías de Árbol de problemas y Árbol de objetivos.

Lo primero fue identificar los efectos que tendrá el resolver el problema principal. Luego se identificaron y representaron, primero los efectos más inmediatos, y luego, en un esquema en ramas o subdivisiones, los efectos más posteriores, expresando los diferentes niveles de jerarquías.

En cuanto al Árbol de Objetivos, el método fue similar a la lógica secuencial usada para elaborar el árbol de Problemas. De este modo, el Árbol de Objetivos, entrega objetivos de diferente jerarquía y que corresponden a Fin, Propósito, Resultados y Actividades.

El análisis de alternativas consistió en identificar las posibles soluciones alternativas, para un objetivo dado. Para seleccionar la alternativa más viable, se utilizaron los siguientes criterios: Costo total; Recursos requeridos; Relación costo – efectividad; Capacidad técnica de implementar; Beneficio para los grupos prioritarios; Probabilidad de alcanzar los objetivos.

#### **ETAPA DE PLANIFICACIÓN:**

En la etapa de planificación hubo tres momentos metodológicos, a saber: Elaboración de la Matriz de Marco Lógico; Elaboración del Plan de Ejecución; Elaboración del Control de Calidad.

1. Elaboración de Matriz de Marco Lógico. Los objetivos según jerarquía corresponden a:

**Fin:** Objetivo superior al cual se contribuye con el proyecto.

**Propósito:** Impacto o efecto inmediato del proyecto.

**Resultados esperados:** Resultados o productos específicos del proyecto.

**Actividades:** Acciones y recursos que debe ejecutar el proyecto para producir el resultado.

Posteriormente, para cada objetivo de las diferentes jerarquías señaladas, se determinaron los Indicadores, con su correspondiente enunciado y fórmula de cálculo, que permiten determinar el éxito en el logro del objetivo, proporcionando una base medible para estos efectos.

Los Medios de Verificación también se especificaron en la matriz de Marco Lógico, pues permiten constatar que los indicadores están adecuadamente realizados, a través de datos recopilados.

Finalmente, se explicitaron los Supuestos, que representan condiciones externas que deben existir para que el proyecto tenga éxito y cuyo control está más allá de la responsabilidad de la gerencia del proyecto.

Los objetivos de diferente jerarquía, con sus respectivos indicadores, medios de verificación y supuestos, se expresan en la matriz de marco lógico que tiene el formato que se presenta a continuación.

#### **MATRIZ MARCO LÓGICO**

Resumen narrativo de objetivos	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
Fin			
Propósito			
Resultados			
Actividades			

**c. Elaboración del Plan de Ejecución**

El desarrollo del Plan de Ejecución se hizo a partir de cada una de las actividades planteadas en la Matriz de Marco Lógico. Este desarrollo consideró los siguientes criterios:

Tareas y subtareas

Fecha de inicio - Fecha de termino

Presupuesto

Responsables

**d. Elaboración del Control de Calidad**

La elaboración del Control de Calidad se hizo de acuerdo a la propuesta de verificación del diseño de proyectos planteado en el Manual para el Diseño de Proyectos de Salud (OPS), la que se aplicó para evaluar la coherencia y calidad de este.

## II. ETAPA ANALÍTICA

### 1. Identificación del Problema

El principal problema está centrado en que la eficiencia de pabellón no es la óptima, lo que se refleja principalmente en que tenemos un Índice Ocupacional de pabellón bajo la meta (74,5%). Por otro lado, tenemos una tasa de suspensión elevada (9.0%), bastante mayor que las recomendaciones OCDE, sin embargo, parece ser, que esto ha ido mejorando en el tiempo, así como su impacto en la eficiencia del pabellón, pese a lo cual hay bastante margen para mejorar. Todo esto lleva como resultado, a que los tiempos de espera quirúrgicos de nuestro hospital, también sean bastante elevados, lo cual redundará en una importante insatisfacción usuaria.

Figura 6. Actividad Quirúrgica versus resolutivez de la lista de espera



Fuente: Cuenta pública año 2017 HEP

Preliminarmente podemos identificar que las horas de los profesionales médicos, especialmente horas anestésicas son en gran medida desaprovechadas, así como las horas libres de pabellón. Por otra parte, se verifica la falta de protocolos clínicos y la realización de evaluaciones pre anestésicas, sólo minutos antes de la cirugía. Todas estas apreciaciones constituyen posibles hipótesis, en relación al problema central y son parte del análisis propio del diseño del proyecto.

### **Priorización de problemas**

Para la priorización de los problemas, tal como se explicó previamente en la sección de metodología, se utilizó una matriz de priorización en base a los criterios de Características y magnitud, Prioridad, Gobernabilidad, e Incidencia sobre otros problemas. Los resultados de la priorización se resumen en la siguiente matriz con los puntajes para cada problema.

	Bajo Índice de Ocupación de pabellón	Alta tasa de suspensión	Tiempo de espera prolongado para cirugía	Insatisfacción usuaria
Características y magnitud	3	1	3	1
Prioridad	3	1	1	1
Gobernabilidad	1	1	1	1
Incidencia sobre otros problemas	3	1	1	1
Puntaje total	10	4	6	4



## 2. **Análisis de Involucrados**

El marco lógico obliga a la conformación de equipos y la participación de la mayor cantidad de actores involucrados. En este caso se hace imprescindible la participación de todos los funcionarios del pabellón quirúrgico, así como también el compromiso de la directiva del hospital y la jefatura del pabellón.

La dirección del hospital, desde su función gerencial, debe entender y asumir el problema. Luego de lo cual, es necesario que ponga a disposición del proyecto, los recursos, tanto humanos como financieros, esto por supuesto, luego de haber analizado la propuesta y considerarla viable o eficiente.

En cuanto a su percepción del problema, la dirección del hospital está de acuerdo en la necesidad de realizar cambios, para mejorar la eficiencia de pabellón; de hecho, la dirección ha intentado permanentemente mejorar este aspecto. Respecto al Interés de mandato, tenemos que las cirugías, a nivel país constituyen tanto en términos financieros como de gestión, uno de los principales focos de las políticas públicas. Estos actores tienen poder en incidir en la implementación de un proyecto que mejore este problema. Sin embargo, este poder está limitado por los recursos disponibles. En este caso el interés de intervención es Alto.

En cuanto a conflictos, es posible que no se tengan los recursos considerados en el presupuesto, sin embargo, dado el valor que el proyecto tiene, se podrían asignar recursos adicionales.

La jefatura de pabellón, debe estar dispuesta a adaptar los métodos habituales de la unidad, a las necesidades que presente el proyecto, de esta manera, facilitar la puesta en marcha, la ejecución y luego la evaluación. Sin embargo, también es necesario que participe activamente en el análisis y el diseño ya que esta instancia es la que más conoce las dinámicas del pabellón. Este es el estamento clave, ya que luego de realizar el diseño, tendrán la responsabilidad de ejecutar el proyecto.

La jefatura de pabellón, podría tener algunos conflictos con el personal clínico, especialmente en la implementación de nuevos horarios, sin embargo, se podría llegar a acuerdos en materia de devoluciones de horario e incentivos económicos

Al igual que los actores previos, la jefatura de pabellón entiende que el problema de la subutilización de pabellón, es prioritaria, en virtud de los números expuestos, por lo tanto, su interés de mandato también es alto, ya que su gestión, en buena medida, será evaluada desde este punto de vista. El poder de la jefatura de pabellón es moderado, en cuanto está a cargo de la gestión, sin embargo, no tiene mayor incidencia en los recursos. Su interés en la intervención es alto.

El comité de tabla quirúrgica, que está compuesto por los jefes de unidades quirúrgicas (médico y enfermería) más el subdirector médico, tendrá una función preponderante en la planificación diaria de las tablas quirúrgicas, de acuerdo con las nuevas propuestas de intervención.

La percepción del problema es importante, en cuanto la subutilización de pabellón, dificulta el cumplimiento de las tablas quirúrgicas. Tiene gran interés de mandato, ya que su función principal, es el adecuado cumplimiento de las tablas y la eventual resolución de las listas de espera quirúrgicas. Poder medio bajo, en cuanto no tiene mayor incidencia ni en la gestión de pabellón, ni en la asignación de recursos, sin embargo, sí podrían influir en la adecuada selección de pacientes quirúrgicos y en la disminución de la tasa de suspensión. Interés de intervención alto.

El personal tanto profesional como técnico, serán fundamentales en el análisis de los problemas de pabellón. En efecto desde su experiencia en el día a día, este personal junto con los pacientes, son quienes más se ven afectados con los problemas de gestión del pabellón.

En este grupo, la percepción del problema también es importante, dado que en general, es el equipo clínico el que se enfrenta día a día a la insatisfacción de los pacientes y familiares, así como también por la motivación que produce un trabajo bien hecho. Otro punto importante es la posible pérdida de incentivos económicos, asignados por rendimiento al personal clínico. Interés de mandato, en cuanto al cumplimiento adecuado de sus responsabilidades personales puede verse afectado por el mal funcionamiento general. Su poder es moderado, ya que no están involucrados en la gestión, sin embargo, su compromiso es vital para el éxito del proyecto. Interés de intervención medio.

Un posible conflicto, podría radicar en la reticencia de aplicar nuevos protocolos clínicos y de flujo, sin embargo, esto se debe solucionar a través de una adecuada comunicación y siendo capaces de transmitir la importancia de estos. La flexibilización en los horarios debe ser beneficioso para todas las partes, con el fin de que esto no resulte en un problema.

Por último, los pacientes y la comunidad, son quienes tienen las necesidades y quienes finalmente tendrán la vivencia de los resultados. Por ende, su percepción del problema, posiblemente sea el más crítico. El interés de mandato es bajo, ya que no son los responsables de la ejecución del proyecto, aunque sí son los potenciales beneficiados. Su poder es medio bajo, ya que su presión a través de la opinión pública y la organización comunitaria, podrían ser factores influyentes. Interés de intervención alto. Los conflictos con la comunidad, deberían ir disminuyendo, en la medida que sus necesidades vayan siendo cubiertas.

La siguiente matriz de análisis de involucrados resume la información que se ha analizado en esta sección

### Matriz de involucrados

Actores	Percepción del Problema	Interés de mandato	Poder	Interés de intervención	Valor
Dirección del Hospital	ALTO	ALTO	4	+3	+12
Jefatura de Pabellón	ALTO	ALTO	3	+3	+9
Comité tabla quirúrgica	ALTO	ALTO	2	+3	+10
Personal clínico	ALTO	MODERADO	3	+2	+6
Comunidad	ALTO	BAJO	2	+3	+6

### 3. Análisis de Problemas

**EFEECTO:** Mayor tiempo de espera quirúrgico y empeoramiento de la salud de la población en cuestión: estos se refieren al hecho que en la medida que no estén disponibles los pabellones quirúrgicos para la realización de las cirugías, estas patologías no serán resueltas, lo cual empeorará la calidad de vida de los pacientes y por otro lado aumentará el riesgo de complicaciones, de estas patologías.

**PROBLEMA:** Subutilización de los Pabellones Quirúrgicos: este se ha identificado como el problema principal, en base a la priorización de problemas descrito previamente, se considera de gran impacto y a su vez modificable.

**FACTORES DIRECTOS:**

1) Deficiente Gestión de los Pabellones Quirúrgico.

Hasta ahora y en general en la mayoría de los hospitales del país, la gestión se realiza en línea con los ordenamientos administrativos centrales, muy rígidos y poco adaptables a la realidad local, incorporando escasamente las experiencias internacionales y las recomendaciones de la literatura. Un cambio en este sentido, requiere un equipo gestor muy motivado y con competencias técnicas específicas, actualmente se cuenta con este equipo, por lo cual las posibilidades de modificar este problema son altas.

2) Falta de Recursos Financieros, Materiales y Humanos.

Este punto es fundamental, ya que los recursos asignados a salud son escasos y específicamente en el Hospital El Pino, esto se hace aún más sensible considerando las grandes necesidades de una población vulnerable en el aspecto socioeconómico. Sin embargo, este problema resulta poco modificable y fuera de las posibilidades de este proyecto.

### 3) Deficiencias técnicas de los equipos

Dada la lejanía geográfica y las dificultades demográficas, es difícil dotar al pabellón con el personal necesario, por lo cual ha sido frecuente la contratación de personal poco calificado y sin todas las certificaciones requeridas. Sin embargo, este punto lo podríamos abordar en parte, desde la gestión de pabellón.

#### FACTORES INDIRECTOS:

##### 1. Subutilización de las horas contratadas

El personal muchas veces se encuentra con horario disponible, en circunstancias que no hay cirugías programadas. Esto se debe principalmente a lo rígido de los contratos y al poco interés, en general de modificar esta situación. El personal, tampoco se siente motivado a cambiar sus rutinas y horarios, en beneficio del funcionamiento del pabellón, por falta de incentivos y poco reconocimiento.

##### 2. Falta de protocolos

Faltan protocolos clínicos y de flujo, que agilizarían los procesos. Es fundamental identificar los procesos que se han visto afectados por la falta de protocolos. Hasta ahora, muchos procesos se realizan por decisiones individuales, lo cual muchas veces se contrapone con la evidencia. Por otra parte, no se coordina con otros procesos clínicos y administrativos del pabellón, produciendo incompatibilidades y retrasos.

##### 3. Escasa cirugía ambulatoria

Se estima que la cirugía ambulatoria debería representar alrededor de un 60% del total de cirugías, sin embargo, en el Hospital El Pino, solo representa un 23% (año 2018). Esto se debe a múltiples factores; uno de los más importantes, es la escasa cultura de ambulatorización, que se expresa en temor a dar de alta a un paciente postquirúrgico, pese a que la evidencia incentiva en la mayoría de los casos esta conducta. Otro problema es que la evaluación pre-anestésica habitualmente se

realiza el mismo día de la cirugía, lo cual no permite una adecuada selección de pacientes, ni da la posibilidad de compensar sus patologías, todo lo cual dificulta la ambulatorización.

#### 4. Falta de personal

Los pocos incentivos, tanto económicos como de desarrollo profesional, no se hace atractivo trabajar en un lugar tan alejado del centro de la ciudad y socioculturalmente tan complejo

#### 5. Falta de equipamiento

Recursos limitados, para necesidades ilimitadas. Muchas veces, la falta de equipamiento, no permite concretar la oferta quirúrgica que ofrece el pabellón.

#### 6. Deficiente capacitación

Mal enfocados los recursos destinados a capacitación, no se utilizan en resolver los principales problemas detectados, esto también se asocia con los escasos recursos asignados a capacitación.

### FACTORES ESTRUCTURALES:

- 1) Escasos recursos asignados al hospital.
- 2) Insuficiente porcentaje del PIB destinado a salud.

#### **4. Selección y justificación de la importancia del problema seleccionado en relación a otros problemas y necesidades**

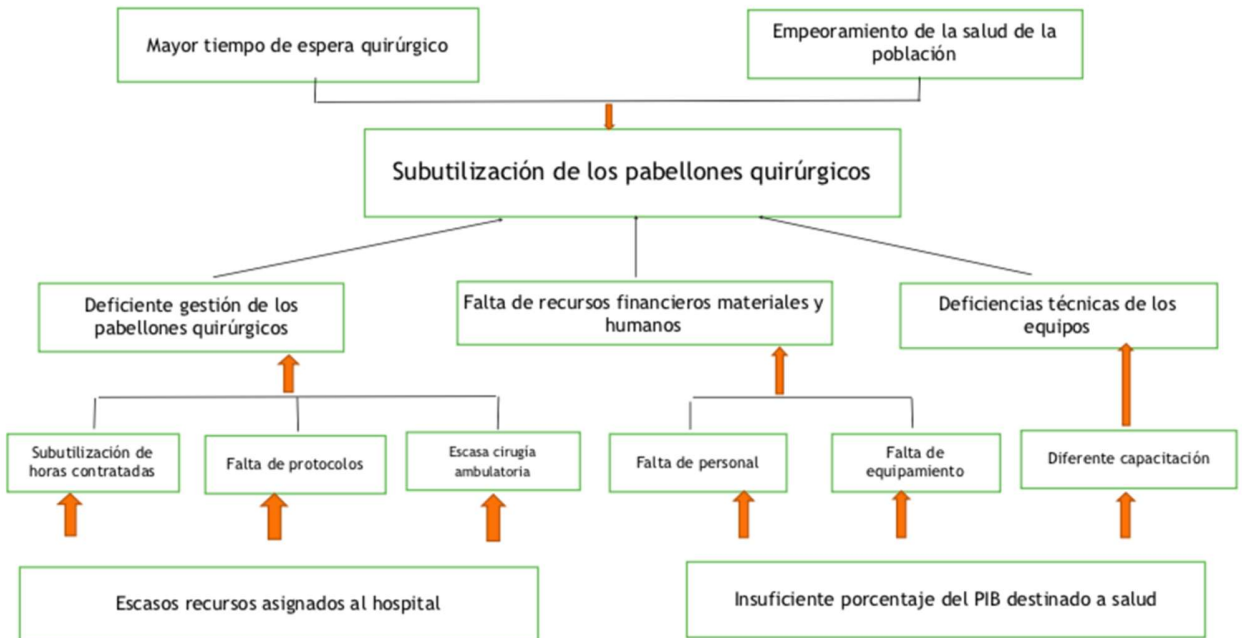
El problema de la baja ocupación de pabellón no sólo constituye un problema en nuestro medio, sino que también a nivel país. Esto es un motivo de estudios a nivel mundial y si bien la evaluación y análisis no está hecho aún, podemos identificar algunos aspectos sobre los cuales podemos intervenir, apoyándonos en experiencias previas. Las medidas que se requieren para modificar la situación y mejorar el problema de la subutilización de los pabellones, están más bien en la línea de cambiar algunos aspectos de la gestión de pabellón y en menor medida la de inyectar recursos financieros, lo cual hace más factible su implementación.

Intentar intervenir en situaciones que provienen de problemas estructurales, no parece razonable, ya que para esto se necesitaría voluntad política a niveles gubernamentales.

Los problemas antes explicados se sistematizan en el siguiente árbol de problemas



## ÁRBOL DE PROBLEMAS



## 5. Análisis de Objetivos

FIN : Disminución de los tiempos de espera quirúrgicos y mejora en la salud general de la población. En la medida que los objetivos del proyecto se cumplan, se podrán apreciar los beneficios. La viabilidad de estos puntos está en directa relación con el cumplimiento del proyecto.

A continuación, describiremos los medios en el análisis de objetivos. Debemos mencionar que los medios son el equivalente a las causas en el análisis de problemas y los objetivos, representan como sería la situación si fueran resueltos cada uno de los problemas. La relación medio/fin representa como el cumplimiento de objetivos, contribuye a la consecución del Fin.

Se analizará en cada objetivo, la viabilidad de este, que se refiere en buena medida a la gobernabilidad o la capacidad del equipo de gestión, en incidir en la situación. Los objetivos viables, en su conjunto, representan el ámbito de acción y serán sobre los que se trabajarán principalmente.

MEDIOS: En este caso el objetivo principal, se analiza como un objetivo más

1. Adecuada utilización de los pabellones quirúrgicos: Se considerará en este objetivo, la necesidad de mejorar principalmente la ocupación de pabellón, evitando al máximo, el tiempo que este permanezca sin uso. Es viable en la medida que los involucrados actúen en consecuencia y el equipo gestor esté dispuesto a realizar cambios en la organización.
2. Adecuada gestión de los pabellones quirúrgicos: Es fundamental para lograr los fines planteados. Una buena gestión de pabellón, permitirá que los espacios vacíos de uso de pabellón, disminuyan. Es viable, dado que si bien hay recursos involucrados, estos no representan una parte significativa del presupuesto, por otra parte, actualmente, a diferencia de períodos anteriores, sí se cuenta con un equipo gestor capacitado para asumir estos desafíos.

3. Adecuados recursos financieros, materiales y humanos: este objetivo es permanente y si bien es necesario aumentar los insumos y el personal, no sirve de mucho sin la adecuada capacitación y gestión. Por otro lado, la realización de este objetivo, no depende del todo del equipo gestor ya que está en relación con el presupuesto, lo cual es difícil de intervenir.
4. Adecuada capacidad técnica del personal de pabellón: Esto optimizaría el uso de los recursos y sería óptimo para poner en práctica los procesos de gestión. Si bien, a través de la gestión, se pueden utilizar con mayor eficiencia los recursos de capacitación, esto está limitado por el hecho que algunas de las causas de mantener personal poco capacitado, no son modificables, tales como incentivos económicos y ambiente externo difícil socioculturalmente.
5. Utilización óptima de horas contratadas: esto es muy importante, ya que hay bloques quirúrgicos donde el personal excede las necesidades y por otro lado, hay horas en las cuales sucede lo contrario, esta modificación es viable y solo requiere flexibilidad de horarios e incentivos para el personal.
6. Presencia de protocolos: esto ayudaría a optimizar los procesos clínicos y los flujos de pabellón. Viable, ya que el equipo gestor cuenta con las capacidades para realizarlo.
7. Fortalecimiento de la cirugía ambulatoria: Actualmente se cuenta con pabellones para cirugía ambulatoria, pese a ello, son mal utilizados, realizando mucha cirugía no ambulatoria en estos, por lo tanto, aumentar su frecuencia es principalmente un tema de gestión. Si los pacientes quirúrgicos han sido correctamente evaluados, las posibilidades de suspensión y de no uso de horas pabellón ambulatorio, disminuyen considerablemente. Es viable y debe ser considerado como un requerimiento de calidad, se pueden incorporar recursos con poco costo como la telemedicina.
8. Ocupación total de los cargos disponibles y necesarios: La adecuada distribución del trabajo evita la sobrecarga y disminuye el ausentismo laboral, sin embargo, es difícil incorporar más personal, debido a las limitaciones económicas.
9. Adecuado equipamiento: El contar con los equipos adecuados y con su mantención permanente, es indispensable para lograr los objetivos, sin embargo, la limitante económica, lo hace poco viable.

10. Capacitación permanente: Que el personal esté capacitado en las funciones que le atañen es un mínimo, sin embargo, la falta de recursos, hacen que estas no sean lo suficientemente frecuentes ni adecuadas, por lo mismo es difícil modificar esta situación. Sin embargo, optimizando los recursos, se podría modificar en parte.

Los objetivos antes explicados se sistematizan en el siguiente árbol de problemas.

En color se encuentran los objetivos que conforman el ámbito de acción de la intervención que se está diseñando. Este ámbito de acción, se decidió, ya que son objetivos que están relacionados con la gestión y no con la necesidad de recursos extraordinarios. Si bien, requieren recursos, estos son perfectamente financiados desde el nivel local.

## ARBOL DE OBJETIVOS



## 6. Análisis de Alternativas

Objetivo: Utilización óptima de las horas contratadas	
Acciones	Acción 1: Crear con el personal disponible, dos equipos quirúrgicos, que tengan horario diferido, para que de esta manera las tablas se prolonguen hasta las 20:00 hrs, de esta manera ganamos 6 horas diarias de utilización de pabellón
	Acción 2: Ingreso media hora antes, de una enfermera y un TENS, para que adelante la solicitud de paciente pre-quirúrgico y resuelva problemas administrativos que puedan retrasar el inicio de la cirugía

Objetivo: Presencia de protocolos	
Acciones	Acción 1: Implementar reuniones clínicas semanales, preparadas por profesionales de pabellón, que aborden temas prioritarios tanto clínicos, como de gestión. Esto propiciará discusión y acuerdo, con la posterior generación de protocolos
	Acción 2: Generación de protocolos a partir del equipo de gestión del pabellón. Esto requerirá asignación de horas contratadas

Objetivo: Favorecer la cirugía ambulatoria	
Acciones	Acción 1: Adecuada selección de pacientes ambulatorios, mediante evaluación preoperatoria, los días previos a la cirugía. Esto puede ser fácilmente aplicado, a través de consulta Telemática, instrumento fácil de implementar dada la normalización de su uso en pandemia
	Acción 2: Selección de equipo quirúrgico experimentado y especializado en cirugía ambulatoria. Esto permitirá acortar tiempos quirúrgicos y reducir complicaciones

En cuanto al objetivo “utilización óptima de horas contratadas”, parece tener mejor costo/efectividad, el programar equipos que se prolonguen por la tarde. Esto significa disminuir la dotación en horarios que se pueda suplir su ausencia y darle valor agregado a los pabellones en horarios en que actualmente no son utilizados. Como el personal siempre es escaso, es posible que haya que pagar algunas horas extras, sin embargo, esto es marginal frente a los beneficios obtenidos. El impacto sería sustantivo en la población, ya que se podría aumentar al menos en 4 cirugías diarias. Este sistema rotativo, ha sido puesto en práctica en otros países, con resultados estadísticamente significativos, lo cual constituye adecuada evidencia para recomendar su ejecución. Por otro lado, un equipo que esté antes en pabellón, no permitiría ganar ni la mitad del tiempo pabellón que ofrece la primera alternativa. Esto último también cuenta con experiencias locales e internacionales, que muestran esta alternativa, como menos favorable.

En el objetivo “Presencia de protocolos”, la alternativa sería la realización de reuniones clínicas enfocadas en las situaciones que se requieran protocolizar, esto permitiría elaborar, discutir difundir y aplicar entre los equipos, sin necesitar recursos económicos adicionales. Por otro lado, si los genera el equipo de gestión, no será tan fácil incorporarlos en el resto del personal y además necesitará recursos adicionales.

Se favorecerá la cirugía ambulatoria, a través de una adecuada y oportuna evaluación pre anestésica, esto permitirá una mejor selección de los pacientes candidatos a estas cirugías. La actual masificación de la telemedicina, permite incorporar este elemento, a muy bajo costo, de hecho, la mayoría de las instituciones, producto de la pandemia, ya tienen equipos formados con este fin. La incorporación de especialistas y sub especialistas en cirugía ambulatoria, parece un camino complejo, debido al alto costo que implica su contratación.

### III. ETAPA DE PLANIFICACIÓN

#### 1. Matriz Marco Lógico

De acuerdo a la metodología de Marco Lógico, en el cual, se aplicaron los conceptos vertidos en la etapa analítica. Esto incluyó los siguientes cuatro elementos.

1. Objetivos
2. Indicadores
3. Medios de Verificación
4. Supuestos

##### 1.1. OBJETIVOS

Se buscó que su formulación expresara el encadenamiento lógico de cada objetivo, considerando que la relación medio/fin fuera adecuada y se manifestara con el logro de las metas y no con la enunciación del problema. A continuación, se presentan los objetivos correspondientes a los cuatro niveles jerárquicos:

Fin

Propósito

Resultados

Actividades

- i. **Fin:** Indica la razón del proyecto, el objetivo superior, al cual el proyecto contribuye.

**Se ha logrado mejorar, la utilización de los pabellones quirúrgicos del Hospital El Pino**

No se espera necesariamente que el proyecto solucione completamente, ni en el corto plazo, el fin establecido, pero sí se espera que contribuya de manera importante a esto.

- ii. **Propósito:** El propósito es el resultado esperado al final del período de ejecución y se manifiesta como la recepción de los bienes y servicios por parte del beneficiario. Este propósito, que busca expresar el cambio que produce el proyecto, en este caso específico es el siguiente:

**Se ha logrado mejorar, la gestión de los pabellones quirúrgicos del Hospital El Pino.**

- iii. **Resultados:** Se deben lograr los resultados para alcanzar el propósito y, este, debería lograrse si los resultados se alcanzan. En este caso específico, los resultados son:

- 1) Se utilizaron todas las horas contratadas para funcionarios de pabellón, evitándose las horas muertas
- 2) Se confeccionaron protocolos tanto clínicos, como administrativos
- 3) Se aumentó la utilización efectiva de los pabellones ambulatorios, evitándose ocuparlos en otro tipo de cirugías.



iv. **Actividades:** Son las acciones organizadas cronológica que necesarias para lograr los resultados y, además, su costeo es lo que permite construir el presupuesto. En este caso, las actividades son las siguientes:

1)a. Se crearon, con el personal disponible, dos equipos quirúrgicos con horario diferido, los cuales ingresan a las 12:00 y se retiran a las 20:00 hrs. aprovechando al máximo las horas de pabellón disponibles.

1)b. Un equipo compuesto por enfermera y TENS, ingresan 30 minutos antes del inicio de la jornada, para pedir los pacientes quirúrgicos y resolver los problemas administrativos.

2)a. Se efectuaron reuniones clínicas semanales, donde se expusieron, analizaron y discutieron, los procesos a protocolizar.

2)b. Se difundieron los resultados, a todo el personal de pabellón, a través de reuniones, documentos escritos y por la página web del hospital.

3)a. Se solicitó apoyo técnico a la unidad de telemedicina, para la realización de las evaluaciones por este medio.

3)b. Se asignaron dos horas semanales de enfermería, para la realización de esta evaluación, los pacientes ASA II y III pasan a evaluación médica, para lo cual también hay dos horas semanales asignadas.

## Tabla resumen

<b>PROYECTO</b> Mejora en la eficiencia de pabellón, a través de la optimización de la ocupación de pabellones quirúrgicos, en el Hospital y CRS El Pino
<b>RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS</b>
<b>Fin</b> Se ha logrado mejorar, la utilización de los pabellones quirúrgicos del Hospital El Pino
<b>Propósito</b> Se ha logrado mejorar, la gestión de los pabellones quirúrgicos del Hospital El Pino
<b>Resultados</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Se utilizaron todas las horas contratadas para funcionarios de pabellón, evitándose las horas muertas</li><li>• Se confeccionaron protocolos tanto clínicos, como administrativos</li><li>• Se aumentó la utilización efectiva de los pabellones ambulatorios, evitándose ocuparlos en otro tipo de cirugías</li></ul>
<b>Actividades</b>
Actividad 1. 1.1 Se crearon, con el personal disponible, dos equipos quirúrgicos con horario diferido, los cuales ingresan a las 12:00 y se retiran a las 20:00 hrs. aprovechando al máximo las horas de pabellón disponibles 1.2 Un equipo compuesto por enfermera y TENS, ingresan 30 minutos antes del inicio de la jornada, para pedir los pacientes quirúrgicos y resolver los problemas administrativos.
Actividad 2. 2.1 Se efectuaron reuniones clínicas semanales, donde se expusieron, analizaron y discutieron, los procesos a protocolizar. 2.2 Se difundieron los resultados, a todo el personal de pabellón, a través de reuniones, documentos escritos y por la página web del hospital
Actividad 3. 3.1 Se solicitó apoyo técnico a la unidad de telemedicina, para la realización de las evaluaciones por este medio 3.2 Se asignaron dos horas semanales de enfermería, para la realización de esta evaluación, los pacientes ASA II y III pasan a evaluación médica, para lo cual también hay dos horas semanales asignadas.

## 1.2. INDICADORES

En este proyecto, se consideraron los indicadores considerando las siguientes características:

- Validez: Capacidad de medir lo importante
- Confiabilidad: Capacidad de producir los mismos resultados, en distintas pruebas y aplicaciones.
- Sensibilidad: Capacidad de reflejar los cambios
- Especificidad: Capacidad de medir sólo los cambios que tiene relación con la situación en cuestión y con el proyecto
- Costo/efectividad: Capacidad de revelar información, en función de los costos

### **Indicador para Fin**

Índice anual de Ocupación de Pabellón del Hospital El Pino

Horas de quirófano ocupadas/ Horas de quirófano disponibles x 100

Se considerará el tiempo de ocupación de pabellones correctamente habilitados, tanto en equipamiento, como en personal. Se deben considerar las horas ocupadas en la intervención quirúrgica, así como el tiempo ocupado en la preparación de pabellón.

Se espera aumentar el primer año a un 80% de ocupación de pabellón y el segundo año a un 85% (último registro confiable 74% año 2018).

### **Indicador para Propósito**

En este caso utilizaremos un indicador cualitativo, ya que este punto es muy complejo de medir de otra forma. El hecho de no haber indicadores cuantitativos, no puede significar modificar los objetivos del proyecto.

Indicador anual de satisfacción de la gestión de pabellón

Nº de funcionarios del equipo directivo del hospital satisfechos con la gestión/Nº total de funcionarios del equipo directivo x100.

Se considerará como equipo directivo, a la dirección y subdirección del hospital, así como los jefes de servicio

Se considerará como cumplido el indicador, si este supera el 70%.

### **Indicador para Resultados**

- 1) Índice anual de Utilización efectiva de horas contratadas para personal de pabellón

Horas de personal utilizadas en procesos quirúrgicos/ Horas totales contratadas x 100.

Se considerarán todas las actividades relacionadas con el acto quirúrgico, tanto evaluación pre anestésica, preparación y aseo de pabellón, revisión de equipos e insumos, acto anestésico – quirúrgico y post operatorio. Meta 80%.

- 2) Índice anual de generación de protocolos quirúrgicos

Protocolos generados/Protocolos requeridos según encuesta a profesionales x 100.

Se espera contar con un 60% el primer año y un 100% el segundo año.

- 3) Índice de Ambulatorización

Nº de procedimientos de CMA/Nº total de procedimientos quirúrgicos x 100

Actualmente en el hospital El Pino, la CMA representa un 23% del total de cirugías. Esta cifra está muy por debajo de la meta mundial de un 60%.

Consideraremos el indicador, como cumplido, si la tasa anualmente supera el 40%.

## **Indicador de Actividades**

### 1.a) Índice anual de personal contratado fuera de horario habitual

Horas contratadas de personal de pabellón entre 17:00 y 20:00hrs/Horas totales contratadas x 100.

Se considerará un resultado exitoso, si este alcanza entre un 10% y un 20%. No se considerarán otros horarios de ingreso, como las 11:00 am. que sería para completar totalmente un bloque, ya que la flexibilidad horaria es el sentido de esta actividad y el logro significa cubrir horarios que actualmente están disponibles. De esta manera se espera, no tener que suspender cirugías prolongadas, por falta de tiempo.

### 1.b) Índice anual de horas perdidas por retraso en inicio de la cirugía.

Horas de retraso de inicio de la primera cirugía/Horas totales de quirófano disponible x 100

En el Hospital El Pino, no hay actualmente registro de la hora promedio de inicio de pabellones, sin embargo, tenemos que a nivel país, el retraso es de 40 minutos, mientras que en países OCDE como Reino Unido, este es de 6 minutos

Se considerará como cumplido este indicador, si la tasa es menor de 5%

### 2.a) Índice de reuniones clínicas realizadas por año

Nº de reuniones clínicas realizadas x año/ Nº de bloques disponibles para reuniones clínicas al año x 100

Reuniones de 2 horas, una vez a la semana. Actualmente se dispone de dicho bloque, sin embargo, no se utiliza frecuentemente. Se considerará como objetivo cumplido, si este supera el 80%.

2.b) Índice anual de difusión de protocolos.

$\text{N}^\circ$  de funcionarios que recibieron todos los protocolos/ $\text{N}^\circ$  total de funcionarios de pabellón x 100.

Se considerará la totalidad de los protocolos generados durante el año, si sólo los recibe parcialmente, no se considerará en el numerador. Dado que el indicador es exigente, se pedirá cumplir con un 60% el primer año y el resto del tiempo 80% anual.

3.a) Índice de uso de telemedicina para evaluación pre anestésica anual.

$\text{N}^\circ$  de consultas telemáticas para CMA/ $\text{N}^\circ$  total de CMA x100.

Este indicador busca evaluar la efectividad de la consulta pre anestésica telemática en CMA, no así su impacto en el resto de las cirugías. Esperamos que un 50% se realicen de esta manera.

3.b) Índice anual de evaluación pre anestésica en CMA.

$\text{N}^\circ$  total de evaluaciones pre anestésicas/ $\text{N}^\circ$  total de CMA x 100

También enfocado en la CMA, este indicador considerará todo tipo de evaluación pre operatoria. Debe ser un indicador exigente, ya que es muy sensible para el logro del proyecto, así que lo consideraremos aceptable, si se cumple en un 90% anual.

### Indicadores según nivel de objetivos

RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	INDICADORES
<p>Fin: Se ha logrado mejorar, la utilización de los pabellones quirúrgicos del Hospital El Pino</p>	<p>Se espera una ocupación de pabellón del 80% el primer año y de un 85% el segundo año</p>
<p>Propósito: Se ha logrado mejorar, la gestión de los pabellones quirúrgicos del Hospital El Pino</p>	<p>Se espera que un 70% del equipo directivo del hospital, esté satisfecho con la gestión de pabellón</p>
<p>Resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se utilizaron todas las horas contratadas para funcionarios de pabellón, evitándose las horas muertas</li> <li>• Se confeccionaron protocolos tanto clínicos, como administrativos</li> <li>• Se aumentó la utilización efectiva de los pabellones ambulatorios, evitándose ocuparlos en otro tipo de cirugías.</li> </ul>	<p>Se considerará como logrado en la medida que las horas trabajadas alcancen el 80% del total contratadas, sin considerar el almuerzo Se espera contar con el 60% de los protocolos el primer año y un 100% el segundo Se cumplirá si se alcanza un 40% de CMA respecto al total</p>
<p>Actividad 1.</p> <p>1.1 Se crearon, con el personal disponible, dos equipos quirúrgicos con horario diferido, los cuales ingresan a las 12:00 y se retiran a las 20:00 hrs. aprovechando al máximo las horas de pabellón disponibles</p> <p>1.2 Un equipo compuesto por enfermera y TENS, ingresan 30 minutos antes del inicio de la jornada, para pedir los pacientes quirúrgicos y resolver los problemas administrativos.</p>	<p>Se considerará como objetivo logrado, si se consigue que entre un 10% y un 20% de los funcionarios, cumplan funciones entre 17:00 y 20:00 hrs. Se espera que el tiempo de retraso del primer pabellón, no represente más del 5% del tiempo disponible de pabellón</p>
<p>Actividad 2.</p> <p>2.1 Se efectuaron reuniones clínicas semanales, donde se expusieron, analizaron y discutieron, los procesos a protocolizar.</p> <p>2.2 Se difundieron los resultados, a todo el personal de pabellón, a través de reuniones, documentos escritos y por la página web del hospital</p>	<p>El indicador espera que se concreten, al menos, el 80% de las reuniones clínicas, con el tiempo disponible para esto Al menos, un 60% del personal debe estar al tanto de los protocolos, el primer año y un 80% a partir del segundo año</p>
<p>Actividad 3.</p> <p>3.1 Se solicitó apoyo técnico a la unidad de telemedicina, para la realización de las evaluaciones por este medio</p> <p>3.2 Se asignaron dos horas semanales de enfermería, para la realización de esta evaluación, los pacientes ASA II y III pasan a evaluación médica, para lo cual también hay dos horas semanales asignadas.</p>	<p>Un 50% de las evaluaciones pre anestésicas, para CMA, deben ser vía telemática Un 90% de los pacientes programados para CMA, deben contar con evaluación pre anestésica</p>

### 1.3. MEDIOS DE VERIFICACIÓN

- i) Fin: Se utilizarán los datos estadísticos de Pabellón
- ii) Propósito: Se confeccionará una encuesta, con el Equipo de Dirección y jefes de servicio, que mida satisfacción de la gestión
- iii) Resultados:

#### Utilización efectiva de horas contratadas

El registro lo hará la enfermera de pabellón en una planilla previamente confeccionada con este fin.

#### .Generación de protocolos quirúrgicos

Se realizaron encuestas a profesionales de pabellón, para consensuar cuales son los temas más importantes a protocolizar

#### Favorecer la ambulatorización

Datos estadísticos de pabellón

#### iv) Actividades:

##### 1.a) Personal con horario extendido

Se verificará con el registro del reloj control y no sólo con el cambio de contrato o con el compromiso verbal, de esta forma comprobaremos, si el cumplimiento es efectivo

##### 1.b) Reducción del retraso de inicio de la primera cirugía.

A través de registro de enfermera de pabellón

##### 2.a) Realización de reuniones clínicas

Se considerará como registro, el acta de estas.

##### 2.b) Difusión de protocolos

Se realizará una encuesta semestral a todo el personal, donde se le preguntará, si han recibido los protocolos vigentes de pabellón. La encuesta es semestral, pero el indicador es anual, ya que los funcionarios podrían olvidar estos datos, si son períodos muy largos.

##### 3.a) Realización de evaluación pre anestésicas para CMA vía telemática.

Registro hecho por evaluador y luego chequeado por enfermera de calidad

##### 3.b) Realización de evaluaciones pre anestésicas por cualquier medio

Registro chequeado por enfermera de calidad.



### Medios de verificación de los Indicadores

INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
<p>Fin Se espera una ocupación de pabellón del 80% el primer año y de un 85% el segundo año</p>	<p>Se utilizarán los datos estadísticos de Pabellón</p>
<p>Propósito Se espera que un 70% del equipo directivo del hospital, esté satisfecho con la gestión de pabellón</p>	<p>Se confeccionará una encuesta, con el Equipo de Dirección y jefes de servicio, que mida satisfacción de la gestión</p>
<p>Resultado Se considerará como logrado en la medida que las horas trabajadas alcancen el 80% del total contratadas, sin considerar el almuerzo Se espera contar con el 60% de los protocolos el primer año y un 100% el segundo Se cumplirá si se alcanza un 40% de CMA respecto al total</p>	<p>El registro lo hará la enfermera de pabellón en una planilla previamente confeccionada con este fin. Se realizaron encuestas a profesionales de pabellón, para consensuar cuales son los temas más importantes a protocolizar Datos estadísticos de pabellón</p>
<p>Actividad 1 Se considerará como objetivo logrado, si se consigue que entre un 10% y un 20% de los funcionarios, cumplan funciones entre 17:00 y 20:00 hrs.  Se espera que el tiempo de retraso del primer pabellón, no represente más del 5% del tiempo disponible de pabellón</p>	<p>Se controlará el registro en el reloj control  Se realizará el registro por enfermera de pabellón, en una planilla previamente confeccionada</p>
<p>Actividad 2 El indicador espera que se concreten, al menos, el 80% de las reuniones clínicas, con el tiempo disponible para esto Al menos, un 60% del personal debe estar al tanto de los protocolos, el primer año y un 80% a partir del segundo año</p>	<p>Se considerará el acta de las reuniones clínicas  A través de encuesta semestral a todo el personal</p>
<p>Actividad 3 Un 50% de las evaluaciones pre anestésicas, para CMA, deben ser vía telemática Un 90% de los pacientes programados para CMA, deben contar con evaluación pre anestésica</p>	<p>A través de registro por evaluador y por enfermera de calidad Registro de unidad de calidad</p>

#### 1.4. SUPUESTOS

Estos representan las eventualidades o más bien, situaciones externas, no controladas por los gestores del proyecto, que eventualmente podrían producir problemas, retrasos e incluso el fracaso del proyecto. En este proyecto, no encontramos supuestos fatales, por lo tanto, no amerita el cambio de este.

##### Supuestos del proyecto

RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	SUPUESTOS
<b>Fin</b> Se ha logrado mejorar, la utilización de los pabellones quirúrgicos del Hospital El Pino	La tasa de suspensión quirúrgica, se mantiene en niveles adecuados
<b>Propósito</b> Se ha logrado mejorar, la gestión de los pabellones quirúrgicos del Hospital El Pino	Se modifica la cultura de trabajo de pabellón, concientizando y educando
<b>Resultados</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Se utilizaron todas las horas contratadas para funcionarios de pabellón, evitándose las horas muertas</li><li>• Se confeccionaron protocolos tanto clínicos, como administrativos</li><li>• Se aumentó la utilización efectiva de los pabellones ambulatorios, evitándose ocuparlos en otro tipo de cirugías</li></ul>	El personal de enfermería, está dispuesto y en condiciones de llevar a cabo el registro Se cuenta con evidencia para realizar protocolos de calidad Se logra que el comité de tabla, así como los cirujanos clínicos, prioricen pacientes para CMA, en los pabellones ambulatorios

<b>RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS</b>	<b>SUPUESTOS</b>
<p><b>Actividades</b></p> <p>Actividad 1.</p> <p>1.1 Se crearon, con el personal disponible, dos equipos quirúrgicos con horario diferido, los cuales ingresan a las 12:00 y se retiran a las 20:00 hrs. aprovechando al máximo las horas de pabellón disponibles</p> <p>1.2 Un equipo compuesto por enfermera y TENS, ingresan 30 minutos antes del inicio de la jornada, para pedir los pacientes quirúrgicos y resolver los problemas administrativos.</p>	<p>Parte del personal de pabellón, está dispuesto a cambiar sus horarios y rutinas. Se considerará un bono mensual para quienes se incorporen a este nuevo horario</p>
<p>Actividad 2.</p> <p>2.1 Se efectuaron reuniones clínicas semanales, donde se expusieron, analizaron y discutieron, los procesos a protocolizar.</p> <p>2.2 Se difundieron los resultados, a todo el personal de pabellón, a través de reuniones, documentos escritos y por la página web del hospital</p>	<p>Los profesionales del pabellón, estén dispuestos a investigar y presentar temas, en las reuniones clínicas semanales</p>
<p>Actividad 3.</p> <p>3.1 Se solicitó apoyo técnico a la unidad de telemedicina, para la realización de las evaluaciones por este medio</p> <p>3.2 Se asignaron dos horas semanales de enfermería, para la realización de esta evaluación, los pacientes ASA II y III pasan a evaluación médica, para lo cual también hay dos horas semanales asignadas.</p>	<p>La unidad de telemedicina continúa su funcionamiento, en línea con el hospital digital, posterior al término de la pandemia</p>

## 1.5. RESUMEN MATRIZ DE MARCO LÓGICO

<b>PROYECTO:</b> Mejora en la eficiencia de pabellón, a través de la optimización de la ocupación de pabellones quirúrgicos, en el Hospital y CRS El Pino			
<b>RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>MEDIOS DE VERIFICACIÓN</b>	<b>SUPUESTOS</b>
<p><b>Fin</b> Se ha logrado mejorar, la utilización de los pabellones quirúrgicos del Hospital El Pino</p>	Se espera una ocupación de pabellón del 80% el primer año y de un 85% el segundo año	Se utilizarán los datos estadísticos de Pabellón	La tasa de suspensión quirúrgica, se mantiene en niveles adecuados
<p><b>Propósito</b> Se ha logrado mejorar, la gestión de los pabellones quirúrgicos del Hospital El Pino</p>	Se espera una satisfacción del equipo directivo, en relación a la gestión, sobre un 70%	Se confeccionará una encuesta, con el Equipo de Dirección y jefes de servicio, que mida satisfacción de la gestión	Se modifica la cultura de trabajo de pabellón, concientizando y educando
<p><b>Resultados</b> Resultado 1: Se utilizaron todas las horas contratadas para funcionarios de pabellón, evitándose las horas muertas</p>	Se considerará como logrado en la medida que las horas trabajadas alcancen el 80% del total contratadas, sin considerar el almuerzo	El registro lo hará la enfermera de pabellón en una planilla previamente confeccionada con este fin.	Parte del personal de pabellón, está dispuesto a cambiar sus horarios y rutinas. Se considerará un bono mensual para quienes se incorporen a este nuevo horario
<p>Resultado 2: Se confeccionaron protocolos tanto clínicos, como administrativos</p>	Se espera contar con el 60% de los protocolos el primer año y un 100% el segundo	Se realizaron encuestas a profesionales de pabellón, para consensuar cuales son los temas más	Los profesionales del pabellón, estén dispuestos a investigar y presentar temas, en las

		importantes a protocolizar	reuniones clínicas semanales
Resultado 3: Se aumentó la utilización efectiva de los pabellones ambulatorios, evitándose ocuparlos en otro tipo de cirugías	Se cumplirá si se alcanza un 40% de CMA respecto al total	Datos estadísticos de pabellón	Se logra que el comité de tabla, así como los cirujanos clínicos, prioricen pacientes para CMA, en los pabellones ambulatorios
<p><b>Actividades</b></p> <p>Actividad 1: Se crearon, con el personal disponible, dos equipos quirúrgicos con horario diferido, los cuales ingresan a las 12:00 y se retiran a las 20:00 hrs. aprovechando al máximo las horas de pabellón disponibles</p> <p>Un equipo compuesto por enfermera y TENS, ingresan 30 minutos antes del inicio de la jornada, para pedir los pacientes quirúrgicos y resolver los problemas administrativos</p>	<p>Se considerará como objetivo logrado, si se consigue que entre un 10% y un 20% de los funcionarios, cumplan funciones entre 17:00 y 20:00 hrs.</p> <p>Se espera que el tiempo de retraso del primer pabellón, no represente más del 5% del tiempo disponible de pabellón</p>	<p>Se controlará el registro en el reloj control</p> <p>Se realizará el registro por enfermera de pabellón, en una planilla previamente confeccionada</p>	<p>Parte del personal de pabellón, está dispuesto a cambiar sus horarios y rutinas. Se considerará un bono mensual para quienes se incorporen a este nuevo horario</p>
<p>Actividad 2: Se efectuaron reuniones clínicas semanales, donde se expusieron, analizaron y discutieron, los procesos a protocolizar.</p> <p>Se difundieron los resultados, a todo el personal de pabellón, a través de reuniones, documentos escritos y por la página web del hospital</p>	<p>El indicador espera que se concreten, al menos, el 80% de la reuniones clínicas, con el tiempo disponible para esto</p> <p>Al menos, un 60% del per-</p>	<p>Se considerará el acta de las reuniones clínicas</p> <p>A través de encuesta semestral a todo el personal</p>	<p>Los profesionales del pabellón, estén dispuestos a investigar y presentar temas, en las reuniones clínicas semanales</p>

	sonal debe estar al tanto de los protocolos, el primer año y un 80% a partir del segundo año		
<p>Actividad 3: Se solicitó apoyo técnico a la unidad de telemedicina, para la realización de las evaluaciones por este medio Se asignaron dos horas semanales de enfermería, para la realización de esta evaluación, los pacientes ASA II y III pasan a evaluación médica, para lo cual también hay dos horas semanales asignadas.</p>	<p>Un 50% de las evaluaciones pre anestésicas, para CMA, deben ser vía telemática</p> <p>Un 90% de los pacientes programados para CMA, deben contar con evaluación pre anestésica</p>	<p>A través de registro por evaluador y por enfermera de calidad</p> <p>Registro de unidad de calidad</p>	<p>La unidad de telemedicina continúa su funcionamiento, en línea con el hospital digital, posterior al término de la pandemia</p>

## 2. Plan de Ejecución

En esta fase, se toman las actividades previamente descritas y se desagregan en tareas y subtareas, las cuales tienen un período de tiempo razonable, un responsable ya sea de la ejecución, registro y evaluación y un presupuesto. Para este fin se confeccionaron cronogramas para cada actividad

### 2.1. Actividades y cronograma

Actividad1: Se utilizaron todas las horas contratadas para funcionarios de pabellón, evitándose las horas muertas.

<b>SUBACTIVIDADES ACTIVIDAD 1</b>	<b>TAREA Y SUB-TAREA</b>	<b>INICIO/TERMINO</b>	<b>PRESUPUESTO</b>	<b>RESPONSABLE</b>
Subactividad 1  Se crearon, con el personal disponible, dos equipos quirúrgicos con horario diferido, los cuales ingresan a las 12:00 y se retiran a las 20:00 hrs. aprovechando al máximo las horas de pabellón disponibles	Tarea: Contratación de un equipo de pabellón, conformado por 3 TENS, 1 Auxiliar de servicio y 1 enfermera  Subtarea 1: Redistribución de otro equipo de pabellón, ya contratado, que inicie jornada diferida, es decir, que apoye en horario	Durante mes de Abril  4ª semana de Abril  Durante mes de Abril	Mensual: 2.802.269  Anual: 33.627.228  21 meses: 58.847.649  Se restaron 3 meses correspondientes a Enero-Febrero y Marzo del 2021	Dirección del Hospital El Pino  Jefatura médica de pabellón  Jefatura de enfermería de pabellón

	<p>diurno y permanezca como alargue de tabla.</p> <p>Subtarea 2: En el caso de los médicos, como hay dotación completa, se ofrecerá reducir número de días que asisten a pabellón por horarios más prolongados, esto ya que ya han aceptado estos términos previamente</p>	<p>Se mantendrán durante año 2021 y año 2022</p>		
<p>Subactividad 2 Un equipo compuesto por enfermera y TENS, ingresan 30 minutos antes del inicio de la jornada, para pedir los pacientes quirúrgicos y resolver los problemas administrativos</p>	<p>Subtarea:</p> <p>Se redistribuirán las horas, aprovechando las mismas horas contratadas en la actividad anterior</p>	<p>Año 2021 a partir de abril y año 2022</p>	<p>Se incluye en la actividad anterior</p>	<p>Dirección del Hospital El Pino</p> <p>Jefatura médica de pabellón</p> <p>Jefatura de enfermería de pabellón</p>



### Cronograma Actividad 1

Actividad 1	Abril 2021		Mayo 2021
Se utilizaron todas las horas contratadas para funcionarios de pabellón, evitándose las horas muertas	Semana 1,2 y 3	Semana 4	
<p>Subactividad 1</p> <p>Se crearon, con el personal disponible, dos equipos quirúrgicos con horario diferido, los cuales ingresan a las 12:00 y se retiran a las 20:00 hrs. aprovechando al máximo las horas de pabellón disponibles</p>	<p>Contratación de un equipo de pabellón, conformado por 3 TENS, 1 Auxiliar de servicio y 1 enfermera</p> <p>En el caso de los médicos, como hay dotación completa, se ofrecerá reducir número de días que asisten a pabellón por horarios más prolongados, esto ya que ya han aceptado estos términos previamente</p>	<p>Contratación de un equipo de pabellón, conformado por 3 TENS, 1 Auxiliar de servicio y 1 enfermera</p> <p>Subtarea 1: Redistribución de otro equipo de pabellón, ya contratado, que inicie jornada diferida, es decir, que apoye en horario diurno y permanezca como alargue de tabla.</p>	<p>Se inician las actividades y se prolongan todo el 2021 y 2022</p>
<p>Subactividad 2</p> <p>Un equipo compuesto por enfermera y TENS, ingresan 30 minutos antes del inicio de la jornada, para pedir los pacientes quirúrgicos y resolver los problemas administrativos</p>		<p>Se redistribuirán las horas, aprovechando las mismas horas contratadas en la actividad anterior</p>	<p>Se inician las actividades y se prolongan todo el 2021 y 2022</p>

## Cronograma Actividad 2

Actividad 2: Se confeccionaron protocolos tanto clínicos, como administrativos

SUBACTIVIDADES ACTIVIDAD 2	TAREA Y SUB-TAREA	INICIO/TERMINO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
<p>Subactividad 1</p> <p>Se efectuaron reuniones clínicas semanales, donde se expusieron, analizaron y discutieron, los procesos a protocolizar</p>	<p>Tarea: Realizar encuesta a los profesionales del pabellón, con el fin de establecer los protocolos clínicos y administrativos necesarios para pabellón</p> <p>Subtarea: realizar un cronograma semanal, con los profesionales responsables de las reuniones clínicas, en las que se discutirán los temas surgidos en la encuesta</p>	<p>Durante mes de Abril del 2021</p> <p>A partir de la primera semana de Mayo hasta fines de Diciembre del 2021</p>	<p>Sin costo, se incluye en las horas administrativas contratadas para jefe de pabellón</p> <p>Sin costo, estas actividades generalmente se realizan, como parte de la labor asistencial contratada</p>	<p>Jefatura de pabellón</p> <p>Profesionales de pabellón</p>

<p>Subactividad 2</p> <p>Se difundieron los resultados, a todo el personal de pabellón, a través de reuniones, documentos escritos y por la página web del hospital</p>	<p>Tarea: Se debe estructurar la información recogida en el punto anterior</p> <p>Subtarea: Distribuir a través de documentos escritos, reuniones presenciales y página web</p>	<p>Entre mayo del 2021 hasta diciembre 2021</p> <p>Junio 2021 – diciembre 2022</p>	<p>60.000 semanales que corresponden a 3 horas extra para jefe de pabellón o para quien el designe</p> <p>Secretaria por 3 hrs semanales 6.468</p>	<p>Jefatura de pabellón</p> <p>Jefatura y secretaria de pabellón</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------

## Cronograma Actividad 2

Actividad 2	Abril 2021	Mayo 2021		Junio 2021
Se confeccionaron protocolos tanto clínicos, como administrativos		Semana 1	Semana 2, 3 y 4	Semana 1
<p>Subactividad 1</p> <p>Se efectuaron reuniones clínicas semanales, donde se expusieron, analizaron y discutieron, los procesos a protocolizar</p>	Realizar encuesta a los profesionales del pabellón, con el fin de establecer los protocolos clínicos y administrativos necesarios para pabellón	<p>Realizar un cronograma semanal, con los profesionales responsables de las reuniones clínicas, en las que se discutirán los temas surgidos en la encuesta.</p> <p>Se inician las reuniones clínicas y se mantienen hasta Diciembre 2022</p>		

Subactividad 2			Se debe estructurar la información recogida en el punto anterior. Continuar resto 2021 y 2022	Distribuir a través de documentos escritos, reuniones presenciales y página web.  Continuar resto 2021 y 2022
Se difundieron los resultados, a todo el personal de pabellón, a través de reuniones, documentos escritos y por la página web del hospital				

Actividad 3: Se aumentó la utilización efectiva de los pabellones ambulatorios, evitándose ocuparlos en otro tipo de cirugías

SUBACTIVIDADES ACTIVIDAD 3	TAREA Y SUB-TAREA	INICIO/TERMINO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
Subactividad 1  Se solicitó apoyo técnico a la unidad de telemedicina, para la realización de las evaluaciones por este medio	Tarea: Se realizan reuniones periódicas con equipo de Telemedicina del hospital, para analizar los requerimientos del proyecto	Semanal, durante mes de abril 2021	Sin costo, es parte de horas contratadas  Computador personal con impresora 1.000.000	Jefatura de pabellón y equipo técnico Unidad de Telemedicina  Equipo técnico unidad de telemedicina

	Subtarea: Los especialistas en telemedicina, instalan las aplicaciones requeridas, en los equipos de pabellón	Durante 1ª y 2ª semana de mayo 2021	51.180 contratación servicios técnico informático	
Subactividad 2 Se asignaron dos horas semanales de enfermería, para la realización de esta evaluación, los pacientes ASA II y III pasan a evaluación médica, para lo cual también hay dos horas semanales asignadas.	Tarea: Se capacitará a los responsables de la evaluación pre anestésica, en telemedicina y en los protocolos para CMA.  Subtarea: Este equipo consultará con internet para la atención telemática y quienes requerirán atención presencial.	Durante 3ª y 4ª semana de mayo 2021  Entre junio del 2021 y Diciembre del 2022	30.708 contratación servicios técnico informático  Se utilizará enfermera contratada para la primera actividad y se reutilizarán horas médicas ya asignadas, por lo tanto, no tiene costo adicional  El costo por uso de plataforma de telemedicina es de 240.000 al año	Equipo técnico unidad de telemedicina  Enfermera y médicos a cargo de las evaluaciones pre anestésicas

### Cronograma Actividad 3

Actividad 3	Abril 2021	Mayo 2021		Junio 2021
Se aumentó la utilización efectiva de los pabellones ambulatorios, evitándose ocuparlos en otro tipo de cirugías	Semana 1, 2, 3 y 4	Semana 1 y 2	Semana 3 y 4	Semana 1
Subactividad 1  Se solicitó apoyo técnico a la unidad de telemedicina, para la realización de las evaluaciones por este medio	Se realizan reuniones periódicas con equipo de Telemedicina del hospital, para analizar los requerimientos del proyecto	Los especialistas en telemedicina, instalan las aplicaciones requeridas, en los equipos de pabellón		
Subactividad 2  Se asignaron dos horas semanales de enfermería, para la realización de esta evaluación, los pacientes ASA II y III pasan a evaluación médica, para lo cual también hay dos horas semanales asignadas.			Se capacitará a los responsables de la evaluación pre anestésica, en telemedicina y en los protocolos para CMA.	Este equipo consultará quienes cuentan con internet para la atención telemática y quienes requerirán atención presencial. Esto se repetirá hasta fines del 2022

## 2.2. Presupuesto

A continuación, presentaremos el presupuesto, que tiene relación a gastos incrementales, sin embargo, debemos mencionar, que ya contamos con recursos necesarios para el desarrollo del proyecto, como la infraestructura del hospital, del pabellón y de pabellón de CMA. Además, tenemos equipos clínicos y de gestión conformados, así como una unidad de informática y telemedicina y sus equipos e insumos correspondientes.

### **Detalle presupuesto Recursos Humanos Actividad 1.**

Contrato Enfermera por 44 hrs semanales: 963.855 pesos al mes.

Contrato TENS por 44 hrs semanales: 478.170 pesos al mes x3.

Contrato Auxiliar de Servicio por 44 hrs. semanales: 403.904 pesos al mes.



Actividad 1	Tarea y subtarea	N° Veces	N° Horas RRHH 1	N° Horas RRHH 2	N° Horas RRHH 3	Total \$
<p>Subactividad 1</p> <p>Se crearon, con el personal disponible, dos equipos quirúrgicos con horario diferido, los cuales ingresan a las 12:00 y se retiran a las 20:00 hrs. aprovechando al máximo las horas de pabellón disponibles</p>	<p>Tarea: Contratación de un equipo de pabellón, conformado por 3 TENS, 1 Auxiliar de servicio y 1 enfermera</p> <p>Subtarea 1: Redistribución de otro equipo de pabellón, ya contratado, que inicie jornada diferida, es decir, que apoye en horario diurno y permanezca como alargue de tabla.</p> <p>Subtarea 2: En el caso de los médicos, como hay dotación completa, se ofrecerá reducir número de días que asisten a pabellón por horarios más prolongados, esto ya que han aceptado estos términos previamente</p>	<p>Contrato por 21 meses</p> <p>Por 21 meses</p>	<p>3 TENS</p> <p>44 hrs.</p> <p>c/u</p>	<p>1</p> <p>Enfermera</p> <p>44 hrs</p>	<p>1 auxiliar de Servicio</p> <p>44 hrs</p>	<p>2.802.269</p> <p>Al mes</p>
	<p>Subtarea:</p> <p>Se redistribuirán las horas, aprovechando las mismas horas contratadas en la actividad anterior</p>	<p>Contrato por 21 meses</p>				
<b>Total</b>					58.847.649	

**Detalle presupuesto Bienes y Servicios de Consumo Actividad 1.**

<b>Subactividades</b>	<b>Tarea y subtareas</b>	<b>Materiales</b>	<b>Canti- dad</b>	<b>Precio</b>	<b>Total \$</b>
Subactividad 1  Se crearon, con el personal disponible, dos equipos quirúrgicos con horario diferido, los cuales ingresan a las 12:00 y se retiran a las 20:00 hrs. aprovechando al máximo las horas de pabellón disponibles	Tarea: Contratación de un equipo de pabellón, conformado por 3 TENS, 1 Auxiliar de servicio y 1 enfermera	Tenidas de pabellón	30	500 c/u	15.000
	Subtarea 1: Redistribución de otro equipo de pabellón, ya contratado, que inicie jornada diferida, es decir, que apoye en horario diurno y permanezca como alargue de tabla.  Subtarea 2: En el caso de los médicos, como hay dotación completa, se ofrecerá reducir número de días que asisten a pabellón por horarios más prolongados, esto ya que han aceptado estos términos previamente	Colaciones diarias	6 diarias por 21 meses	800 c/u	96.000  Al mes

<p>Subactividad 2</p> <p>Un equipo compuesto por enfermera y TENS, ingresan 30 minutos antes del inicio de la jornada, para pedir los pacientes quirúrgicos y resolver los problemas administrativos</p>	<p>Subtarea:</p> <p>Se redistribuirán las horas, aprovechando las mismas horas contratadas en la actividad anterior</p>				
<p><b>Total</b></p>					<p><b>2.031.000</b></p>

**Detalle presupuesto Recursos Humanos Actividad 2.**

Jefe de pabellón. Hora extra 20.000 pesos

Secretaria de pabellón. Hora extra 2.156

Subactividades	Tarea y subtarea	Nº Veces	Nº Horas RRHH 1	Nº Horas RRHH 2	Total \$
Subactividad 1  Se efectuaron reuniones clínicas semanales, donde se expusieron, analizaron y discutieron, los procesos a protocolizar	Tarea: Realizar encuesta a los profesionales del pabellón, con el fin de establecer los protocolos clínicos y administrativos necesarios para pabellón  Subtarea: realizar un cronograma semanal, con los profesionales responsables de las reuniones clínicas, en las que se discutirán los temas surgidos en la encuesta	1 mes  1 por semana	Jefe de pabellón	Secretaria de pabellón	
Subactividad 2  Se difundieron los resultados, a todo el personal de pabellón, a través de reuniones, documentos escritos y por la página web del hospital	Tarea: Se debe estructurar la información recogida en el punto anterior  Subtarea: Distribuir a través de documentos escritos, reuniones presenciales y página web	Por 21 meses  Por 21 meses	3 hrs  Semanales	3 hrs. semanales	265.872 Al mes
<b>Total</b>					<b>5.583.312</b>

Detalle presupuesto Bienes y Servicios de Consumo Actividad 2.

Subactividades	Tarea y subtarea	Ítem de Materiales	Cantidad	Precio	Total \$
Subactividad 1  Se efectuaron reuniones clínicas semanales, donde se expusieron, analizaron y discutieron, los procesos a protocolizar	Tarea: Realizar encuesta a los profesionales del pabellón, con el fin de establecer los protocolos clínicos y administrativos necesarios para pabellón	Papelería y artículos de escritorio	1 set mensual	15.000	315.000
	Subtarea: realizar un cronograma semanal, con los profesionales responsables de las reuniones clínicas, en las que se discutirán los temas	Coffee break	1 semanal	15.000	315.000
Subactividad 2  Se difundieron los resultados, a todo el personal de pabellón, a través de reuniones, documentos escritos y por la página web del hospital	Tarea: Se debe estructurar la información recogida en el punto anterior  Subtarea: Distribuir a través de documentos escritos, reuniones presenciales y página web				
<b>Total</b>					630.000

### Detalle presupuesto Recursos Humanos Actividad 3.

El valor hora de un Técnico informático es de 2.559 pesos, horario diurno.

Los costos relacionados con enfermería, está incluidos en la sub actividad 1 de la actividad 1.

Las horas médicas, están consideradas dentro de las horas contratadas habituales, de hecho, la evaluación pre anestésica presencial, es una de las obligaciones del cargo.

Subactividades	Tarea y subtarea	N° Veces	N° Horas RRHH 1	N° Horas RRHH 2	N° Horas RRHH 3	Total \$
Subactividad 1  Se solicitó apoyo técnico a la unidad de telemedicina, para la realización de las evaluaciones por este medio	Tarea: Se realizan reuniones periódicas con equipo de Telemedicina del hospital, para analizar los requerimientos del proyecto  Subtarea: Los especialistas en telemedicina, instalan las aplicaciones requeridas, en los equipos de pabellón	1 mes  2 semanas	Técnico en Informática  2 hrs semanales  6 hrs. semanales	Enfermera	Médico	51.180
Subactividad 2  Se asignaron dos horas semanales de enfermería, para la realización de esta evaluación, los pacientes ASA II y III pasan a evaluación médica, para lo cual también hay dos horas semanales asignadas.	Tarea: Se capacitará a los responsables de la evaluación pre anestésica, en telemedicina y en los protocolos para CMA.  Subtarea: Este equipo consultará quienes cuentan con internet para la atención telemática y quienes requerirán atención presencial.	2 semanas  19 meses	6 hrs. Semanales	2 hrs. semanales	2 hrs. semanales	30.708
<b>Total</b>						81.888

### Detalle presupuesto Bienes y Servicios de Consumo Actividad 3.

Dado que la plataforma está asociado a plataformas gratuitas y los gastos de administración son bajos, se calcula el costo por click de tele llamada en 200 pesos. Considerando que nuestra meta es llegar a las 2400 CMA que representan el 40% de la cirugía total y de esta cifra 1200 (50%), deberían tener evaluación preoperatoria vía telemática

Subactividades	Tarea y subtarea	Ítem de Materiales	Cantidad	Precio	Total \$
Subactividad 1  Se solicitó apoyo técnico a la unidad de telemedicina, para la realización de las evaluaciones por este medio	Tarea: Se realizan reuniones periódicas con equipo de Telemedicina del hospital, para analizar los requerimientos del proyecto  Subtarea: Los especialistas en telemedicina, instalan las aplicaciones requeridas, en los equipos de pabellón	Computador personal con desktop e impresora	1	1.000.000	1.000.000

<p>Subactividad 2</p> <p>Se asignaron dos horas semanales de enfermería, para la realización de esta evaluación, los pacientes ASA II y III pasan a evaluación médica, para lo cual también hay dos horas semanales asignadas.</p>	<p>Tarea: Se capacitará a los responsables de la evaluación pre anestésica, en telemedicina y en los protocolos para CMA.</p> <p>Subtarea: Este equipo consultará quienes cuentan con internet para la atención telemática y quienes requerirán atención presencial.</p>	<p>Gastos operativos de telellamada</p>	<p>1200 llamadas al año</p>	<p>200 por llamada</p>	<p>240.000 al año</p>
<p><b>Total</b></p>					<p>1.480.000</p>



### Resumen del Presupuesto.

Ítem	Costo Actividad 1	Costo Actividad 2	Costo Actividad 3	Total (\$)
Recursos Humanos	58.847.649	5.583.312	81.888	64.512.849
Bienes y Servicios de Consumo	2.031.000	630.000	1.480.000	4.141.000
Infraestructura (1)	0	0	0	0

### 3. Control de Calidad

El control de calidad de la propuesta descansará en los criterios definidos por OPS/OMS en el Manual para el Diseño de Proyectos de Salud para verificar que la matriz de Marco Lógico cumple con la calidad de un buen diseño de proyecto.

Para verificar el diseño y planificación del proyecto es posible utilizar el Esquema de Verificación que se presenta a continuación:

#### **Respecto al Fin**

1. El Fin responde al problema central identificado.
2. Presenta una justificación suficiente para el proyecto.
3. Está claramente expresado como una situación ya alcanzada.
4. Están definidos explícitamente los grupos beneficiarios.
5. Los Indicadores de Fin son verificables en términos de cantidad, calidad y tiempo.

#### **Respecto al Propósito**

6. EL proyecto tiene un solo Propósito.
7. El propósito está claramente expresado como un estado ya alcanzado.
8. Contribuye significativamente al logro del Fin del proyecto.
9. Están presentes los grupos de beneficiarios del proyecto.
10. Los Indicadores del propósito son una forma independiente de medir el logro del propósito y no un resumen de los Resultados.
11. Los Indicadores del propósito sólo miden lo que es importante.
12. Los Indicadores del propósito miden los resultados esperados al final de la ejecución del proyecto.
13. Los Indicadores del propósito tienen medidas de cantidad, calidad y tiempo.

### **Respecto a los Resultados**

14. Los Resultados están expresados como logros.
15. Los Resultados del proyecto están claramente expresados.
16. Todos los Resultados son necesarios para cumplir el propósito.
17. Los Resultados incluyen todos los rubros de los cuales es responsable el equipo de gestión del proyecto.
18. Los Indicadores de los Resultados son verificables en términos de cantidad, calidad y tiempo.

### **Respecto a las Actividades**

19. Las Actividades incluyen todas las acciones necesarias para producir cada Componente.
20. Las Actividades son las tareas para las cuales se incurre en costos para completar los Resultados.
21. Las Actividades identifican todas las acciones necesarias para recoger información sobre los Indicadores.
22. Solamente están incluidas las Actividades que el proyecto tiene que ejecutar.
23. La relación entre las Actividades, el tiempo y el presupuesto es realista.

### **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.
25. La relación entre los Resultados y el propósito es realista.
26. La lógica vertical entre las Actividades, los Resultados, el propósito y el Fin es realista en su totalidad.
27. El propósito, junto con los Supuestos a ese nivel, describen las condiciones necesarias, aun cuando no sean suficientes, para lograr el Fin.
28. Los Resultados, junto con Los Supuestos a ese nivel, describen Las condiciones necesarias y suficientes para lograr el propósito.

29. Los Supuestos al nivel de Actividad no incluyen ninguna acción que tenga que llevarse a cabo antes que puedan comenzar las Actividades. (Las condiciones precedentes se detallan en forma separada).

**Otras**

30. La columna de medios de verificación identifica dónde puede hallarse la información para verificar cada indicador;

31. El ML define la información necesaria para la evaluación del proyecto.

**Pauta control de calidad de diseño del Proyecto.**

CRITERIOS	CUMPLE	
	SÍ	NO
<b>Respecto al Fin</b>		
1. El Fin responde al problema central identificado	X	
2. Presenta una justificación suficiente para el proyecto	X	
3. Está claramente expresado como una situación ya alcanzada	X	
4. Están definidos explícitamente los grupos beneficiarios	X	
5. Los Indicadores de Fin son verificables en términos de cantidad, calidad y tiempo	X	
<b>Respecto al Propósito</b>		
6. El proyecto tiene un sólo Propósito	X	
7. El Propósito está claramente expresado como un estado ya alcanzado	X	
8. Contribuye significativamente al logro del Fin del proyecto	X	

9. Están presentes los grupos de beneficiarios del proyecto	X	
10. Los Indicadores del Propósito son una forma independiente de medir el logro del Propósito y no un resumen de los Resultados	X	
11. Los Indicadores del Propósito sólo miden lo que es importante	X	
12. Los Indicadores del Propósito miden los resultados esperados al final de la ejecución del proyecto	X	
13. Los Indicadores del Propósito tienen medidas de cantidad, calidad y tiempo	X	
<b>Respecto a los Resultados</b>		
14. Los Resultados están expresados como logros	X	
15. Los Resultados del proyecto están claramente expresados	X	
16. Todos los Resultados son necesarios para cumplir el Propósito	X	
17. Los Resultados incluyen todos los rubros de los cuales es responsable el equipo de gestión del proyecto	X	
18. Los Indicadores de los Resultados son verificables en términos de cantidad, calidad y tiempo	X	
<b>Respecto a las Actividades</b>		
19. Las Actividades incluyen todas las acciones necesarias para producir cada Componente	X	
20. Las Actividades son las tareas para las cuales se incurre en costos para completar los Resultados	X	
21. Las Actividades identifican todas las acciones necesarias para recoger información sobre los Indicadores	X	
22. Solamente están incluidas las Actividades que el proyecto tiene que ejecutar	X	
23. La relación entre las Actividades, el tiempo y el presupuesto es realista	X	
<b>Respecto a las condiciones necesarias y suficientes</b>		
24. La relación si/entonces entre el Propósito y el Fin es lógica y no omite pasos importantes	X	

25. La relación entre los Resultados y el Propósito es realista	X	
26. La lógica vertical entre las Actividades, los Resultados, el Propósito y el Fin es realista en su totalidad	X	
27. El Propósito, junto con los Supuestos a ese nivel, describen las condiciones necesarias, aún cuando no sean suficientes, para lograr el Fin	X	
28. Los Resultados, junto con Los Supuestos a ese nivel, describen las condiciones necesarias y suficientes para lograr el Propósito	X	
29. Los Supuestos al nivel de Actividad no incluyen ninguna acción que tenga que llevarse a cabo antes que puedan comenzar las Actividades	X	
<b>Otras</b>		
30. La columna de medios de verificación identifica dónde puede hallarse la información para verificar cada indicador	X	
31. El ML define la información necesaria para la evaluación del proyecto	X	

#### **IV. CONSIDERACIONES ETICAS**

Si bien se utilizarán datos que son de pública disposición, habrá ocasiones en las cuales posiblemente sea necesario pedir autorización a la dirección del hospital.

No se publicarán datos personales del paciente, de forma individual, sin su autorización previa.

El mejor uso de los recursos públicos, constituye una exigencia ética por definición. Es deber de todo funcionario público y especialmente de salud, esforzarse al máximo en brindar la mejor atención posible, con los escasos recursos que entrega el estado. Tratando así de disminuir al máximo, la brecha de inequidad presente permanentemente en nuestro sistema de Salud.

La salud actualmente no es un derecho constitucionalmente asegurado, sin embargo es indiscutible que se trata de un derecho, frente a esto, es nuestro deber hacer el mejor esfuerzo en poder brindarlo a todos por igual.

## V. LIMITACIONES

Avanzando desde lo general a lo particular, una de las primeras limitaciones, para emprender un plan de mejoramiento en la gestión de los pabellones quirúrgicos, así como de prácticamente cualquier intervención en salud, está dada por el financiamiento. Si bien el porcentaje del PIB asignado a salud ha aumentado progresivamente con el curso de los años, este aún es insuficiente para las demandas de salud del país. Según la Dirección de Presupuesto: “La situación del sobregasto y deuda hospitalaria se han transformado en las principales preocupaciones de evaluación política y técnica de la gestión de los gobiernos en salud.” De hecho la deuda hospitalaria ha crecido a una tasa de 18% real en los últimos años, en este contexto cabe destacar que el ítem de compra de servicios, es la principal herramienta que tiene el sistema público, para aumentar sus horas de pabellón, lo cual impacta importantemente la deuda hospitalaria. (Sobregasto Operacional y Deuda del Sistema Nacional de Servicios de Salud. DIPRES ,2016).

Una segunda limitante, tiene que ver con el recurso humano. Según información del Sistema de Registro de Recursos Humanos y del Registro Estadístico Mensual de MINSAL, el año 2017 se estimaba que las horas disponibles de anestesistas cubrían el 74% de la jornada institucional, sin embargo, esta brecha va disminuyendo, con la llegada de médicos extranjeros y el aumento de los cupos de especialidad, en las universidades chilenas. En el caso del hospital El Pino, si esperamos tener un anestesiólogo por pabellón, por 9 horas diarias más los turnos, necesitaríamos 770 hrs. semanales. Si recordamos que se cuenta con 508 hrs. semanales, tendríamos un déficit de 262 hrs. anestésicas semanales. Si bien las horas cirujano, permiten cubrir las demandas del pabellón, sus funciones en otras tareas, hacen que también sea un recurso escaso, sin embargo, esto se puede mejorar, optimizando la utilización de su tiempo.



La hora de inicio de las cirugías constituye un problema tanto cultural como organizacional y constituye una de las principales limitaciones para la eficiente ocupación de pabellón. La variación entre establecimientos nacionales se registra con la hora de inicio de la primera cirugía y la de fin de la última cirugía. En el primer caso estimamos una brecha de hasta 1,3 horas (el menor tiempo de atraso promedio es de 15 minutos, el mayor de 1,5 horas). Respecto del término de la última cirugía se observa una brecha de hasta 1,8 horas (el menor tiempo de cierre previo al fin del horario institucional es de 60 minutos, el mayor de 2,8 horas). Mejorar este indicador podría aumentar la producción en 1,9 cirugías por quirófano / día. (Unidad de Gestión Centralizada de Quirófanos ,2017).

La cirugía ambulatoria, representa una de las llaves para mejorar la eficiencia y la ocupación de pabellones, sin embargo, no existe cultura ambulatoria constituyendo esto como una seria limitante.

Una última limitante, tiene relación con la excesiva duración de la cirugía electiva. Los tiempos son mayores que lo habitual y esto tiene relación a varios aspectos. En mi opinión, el principal factor es su condición de hospital Docente - Asistencial, lo cual permite que buen número de las cirugías, sea ejecutadas por médicos en formación, lo cual significa prolongación de los tiempos quirúrgicos y posiblemente incremento de las complicaciones. Un segundo aspecto, está en el hecho que la institución cuenta con escasos sub especialistas en el área quirúrgica, lo cual conlleva a que muchas cirugías que deberían hacerse por sub especialistas, sean hechas por cirujanos generales. Deberíamos como actores en salud, discutir cómo afecta en la gestión de los hospitales públicos, la condición docente de estos.

## VI. BIBLIOGRAFÍA

- AIAQS (2010). Eficiencia en la Utilización de Bloques Quirúrgicos. Definición e Indicadores. Departamento de Salud. Generalitat Catalunya
- CNP (2020). Uso eficiente de quirófanos electivos y gestión de lista de espera no GES. Comisión Nacional de Productividad
- Cuenta Pública HEC 2018. Hospital El Pino.
- Departamento de estadística e Información de Salud. REM 2001-2005. Disponible [www.deis.cl/rem](http://www.deis.cl/rem)
- Departamento de estadística e Información de Salud. REM A21. MINSAL 2014 - 2021
- INE (2017). Censo. Instituto Nacional de Estadística
- ISAPRES de Chile (2017). Indicadores Sanitarios Chile - OECD
- MINSAL (2017). Reduciendo los Tiempos de Espera en Salud. Ministerio de Salud
- Norma Técnica sobre criterios de clasificación según nivel de complejidad de establecimientos hospitalarios. MINSAL 2013
- OCDE (2017), Health at a Glance 2017: OCDE Indicators, OCDE Publishing, Paris. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en)
- OPS. Manual para el Diseño de Proyectos de salud. Organización Panamericana de Salud
- SIS (2002). Indicadores de Calidad. Superintendencia de Salud/ MINSAL
- Weiser, T. G., Haynes, A. B., Molina, G., Lipsitz, S. R., Esquivel, M. M., et al (2015). Estimate of the global volume of surgery in 2012: an assessment supporting improved health outcomes. The Lancet, 385, S11.

## VII. ANEXOS

### Glosa

**Quirófanos:** Se entiende por quirófano al espacio físico, de acceso restringido, con autorización sanitaria para su funcionamiento, que cuenta con instalaciones, equipamiento, instrumental y los elementos de uso quirúrgico necesarios y suficientes para realizar una intervención quirúrgica mayor en condiciones de asepsia y seguridad. Se incluyen en este registro los quirófanos destinados a Cirugía Mayor: Electiva, Urgencia, Obstétricos e Indiferenciados.

**Horarios de funcionamiento de los quirófanos:** Se han definido los siguientes horarios para el registro de la actividad quirúrgica en quirófanos:

**Horario hábil:** Es el horario que comprende la jornada diaria de trabajo, de 08:45 horas por día, de lunes a viernes generalmente en el horario comprendido entre las 08:00 y las 17:00.

**Horario inhábil de lunes a viernes:** Es el horario posterior al término del horario hábil generalmente comienza a las 17 horas y termina a las 08:00 del día siguiente.

**Sábado, Domingo y festivos:** Se define como el total de horas utilizadas en los quirófanos en trabajo, durante los días sábado, domingo y festivos.

**Hospital de Alta Complejidad:** Centros finales de referencia del Servicio de salud al cual pertenecen. dan cobertura a toda la población del servicio, para intervenciones de alta complejidad, según la cartera asignadas por el gestor de red. Pueden ser autogestionados, es decir, funcionalmente desconectados del servicio de salud, en la medida que hayan obtenido su calidad de tales.

**Unidad Paciente Crítico (UPC):** Está destinada a brindar cuidados de alta complejidad en la atención de pacientes críticos, es decir, con una condición patológica que afecta uno o más sistemas, que pone en serio riesgo actual o potencial su vida y que presenta condiciones de reversibilidad. Para ello se hace necesaria la aplicación de técnicas de monitorización, vigilancia, manejo y soporte vital avanzado hasta la compensación de sus signos vitales y hemodinámicos.

GES: Garantías Explicitas en Salud

Índice Ocupacional:  $\text{Horas quirófanos ocupados} / \text{Horas disponibles de quirófanos habilitados}$ .

Se definirá como porcentaje de utilización de quirófanos, el tiempo medido en horas, en que se utiliza el conjunto de recursos humanos y materiales disponibles, de manera organizada, en un recinto físico determinado, para proporcionar acciones anestésicas, diagnósticas y terapéuticas de tipo quirúrgico, de acuerdo a las necesidades del paciente. El número de horas disponibles se debe calcular respecto del número de pabellones habilitados para estas actividades. Se deben considerar las horas ocupadas en la intervención quirúrgica, más las horas de preparación (limpieza, desinfección).