



**Implementación de un plan de mejora del rendimiento de cirugía  
ambulatoria en el Hospital Padre Alberto Hurtado**

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

**Estudiante:** Ricardo Hernández Ortega

**Profesor Guía:** Oscar Arteaga Herrera

Santiago, Agosto 2021

## Tabla de Contenidos

RESUMEN EJECUTIVO .....	4
I. INTRODUCCIÓN .....	5
1. Antecedentes generales de la cirugía ambulatoria .....	5
2. Contexto relevante del lugar de intervención .....	6
3. Evolución y características importantes de la situación actual .....	10
4. Datos cualitativos y cuantitativos que aportan información que ayuda a caracterizar la situación actual.....	14
5. Objetivo que busca el desarrollo de la AFE .....	18
II. METODOLOGÍA .....	20
1. Aplicación de la metodología de ML a la realidad seleccionada .....	20
2. Equipo gestor del proyecto .....	20
3. Técnicas y/o instrumentos metodológicos utilizados .....	21
3.1. <i>Etapa Analítica:</i> .....	21
3.2. <i>Etapa de Planificación:</i> .....	23
III. ETAPA ANALÍTICA .....	25
1. Descripción del problema .....	25
2. Análisis de Involucrados .....	30
3. Análisis de problemas.....	31
3.1. <i>Problemas principales</i> .....	33
3.2. <i>Problema central</i> .....	35
3.3. <i>Efectos</i> .....	35
4. Árbol de problemas.....	36
5. Análisis de Objetivos.....	37
6. Árbol de Objetivos .....	38
7. Análisis de Alternativas.....	39
7.1. <i>Aumento de horas de funcionamiento de UCA</i> .....	40
7.2. <i>Aumento de oferta de cirugías ambulatorias</i> .....	41
7.3. <i>Creación de Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Ambulatoria</i> .....	45

IV.	ETAPA DE PLANIFICACIÓN.....	50
1.	Resumen narrativo de los objetivos del Proyecto .....	51
1.1	<i>Resumen Narrativo de Objetivos</i> .....	51
1.2	<i>Indicadores</i> .....	52
1.3	<i>Medios de Verificación</i> .....	57
1.4	<i>Supuestos</i> .....	59
1.5	<i>Resumen Matriz de Marco Lógico</i> .....	60
2.	Plan de Ejecución .....	63
3.	Presupuesto.....	73
3.1	<i>Presupuesto por actividades</i> .....	73
3.2	<i>Resumen de Presupuesto</i> .....	82
4.	Control de calidad de la propuesta .....	83
V.	CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	85
VI.	LIMITACIONES. ....	86
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	87
VIII.	ANEXOS.....	91
1.	Anexo 1. Glosario de Términos .....	91
2.	Anexo 2. Modelo de Programación de tabla quirúrgica de pabellón central .....	92
3.	Anexo 3. Modelo de agendamiento de tabla quirúrgica de pabellón central y ambulatorio 93	
4.	Anexo 4. Presupuestos.....	94

## RESUMEN EJECUTIVO

La situación de la atención hospitalaria en Chile se caracteriza por una alta demanda de camas hospitalarias, con aumento de los costos de atención, sin aumento efectivo del número de egresos, y con serios problemas de eficiencia en el uso del recurso de pabellones. La demanda atención quirúrgica es muy importante, en especial aquellas asociadas a las listas de espera quirúrgicas de pacientes con problemas de salud no incluidos en el régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES). La situación descrita, se ve agravada por la pandemia de COVID-19, que ha forzado a limitar muy significativamente la actividad quirúrgica electiva. En este contexto, es relevante fortalecer la atención quirúrgica basado en la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), modalidad que reduce costos, tiene menor impacto en los hábitos del paciente y su familia, mejora la programación y uso de pabellones, y presenta menor incidencia de complicaciones infecciosas y generales.

El presente proyecto, desarrollado como Actividad Formativa Equivalente (AFE), tiene por propósito aumentar la proporción de CMA en Hospital Padre Hurtado, para contribuir a disminuir la brecha de lista de espera quirúrgica NO GES de la población beneficiaria, para lo cual utilizó el enfoque de Marco Lógico. En primer lugar, se efectuó una priorización de problemas mediante la metodología de lluvia de ideas con el equipo gestor, y luego, un análisis y priorización de los problemas detectados, llegándose a identificar el bajo número de cirugías ambulatorias, en términos absolutos y relativos, como un problema central. Para el problema seleccionado se identificaron los actores relevantes (Jefatura de Pabellón; Jefatura de Anestesia; Jefatura de Unidad de Gestión de la Demanda (UGD); coordinadora de Pabellón Central; Jefatura de la Unidad de Gestión del Adulto y la dirección del Hospital; Población Beneficiaria; Cuerpo de Cirujanos y Anestesiólogos de pabellón central y UCA) y se desarrolló un análisis de involucrados, el que se recogió en una matriz que consideró: Percepción del Problema; Interés de mandato; Poder ; Interés de intervención, y ; Valor.

Se construyó el árbol de problemas y se elaboró el árbol de objetivos, mediante la transformación de las causas y efectos del problema central en positivo. Posteriormente, se efectuó el análisis de alternativas con el equipo gestor. A partir de la alternativa seleccionada, se desarrolló la fase de planificación del proyecto, construyéndose 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. INTRODUCCIÓN

## 1. Antecedentes generales de la cirugía ambulatoria

Los albores de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) se remontan, increíblemente, a más de un siglo. En efecto, hacia principios del siglo XX el médico escocés James H. Nicoll, quien hacía su carrera como cirujano en el *Glasgow Royal Hospital for Sick Children*, obtuvo permiso de sus directores para adaptar el consultorio para pacientes ambulatorios adosado al hospital, y transformarlo en un pabellón para efectuar cirugía de estadía de menos de un día en pacientes pediátricos. Esto permitió a este médico acumular una casuística de cerca de 9.000 casos, que publicó en 1908 en el *British Medical Journal*, sentando las bases de la CMA<sup>1</sup>.

No obstante estas y otras experiencias, la CMA solo logra pleno desarrollo en los países industrializados a partir de los años 1980 y 1990, asociada al desarrollo, tanto de la cirugía mínimamente invasiva, como de nuevas drogas y técnicas anestésicas, que facilitaron enormemente la recuperación post operatoria<sup>2</sup>.

En la actualidad, en algunos países desarrollados, la proporción de CMA alcanza hasta cerca de un 80% del total de la actividad quirúrgica electiva<sup>2</sup>, lo que contrasta fuertemente con la realidad chilena, donde la proporción de este tipo de cirugía es solo aproximadamente un cuarto de toda la actividad quirúrgica<sup>3</sup>.

Entre los beneficios ampliamente demostrados de la CMA se pueden destacar<sup>1,2,3</sup>: reducción de costos (entre un 25 a un 65%); menor impacto en los hábitos del paciente y su familia; duración previsible de procedimientos, -lo que redundaría en una mejor programación y uso del recurso pabellón-, y ; menor incidencia de complicaciones infecciosas y complicaciones generales.

Por lo anterior, y dado el contexto general de la atención hospitalaria hoy en nuestro país, con alta demanda de camas hospitalarias, con aumento de los costos de atención, sin aumento efectivo del número de egresos, y con serios problemas de eficiencia en el uso del recurso de pabellones<sup>3</sup>, resulta muy relevante impulsar una estrategia que permita dar cuenta, eficiente y eficazmente, de la creciente

demanda de atención quirúrgica, en especial aquellas asociadas a las listas de espera de pacientes con problemas, no incluidos en el régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES).

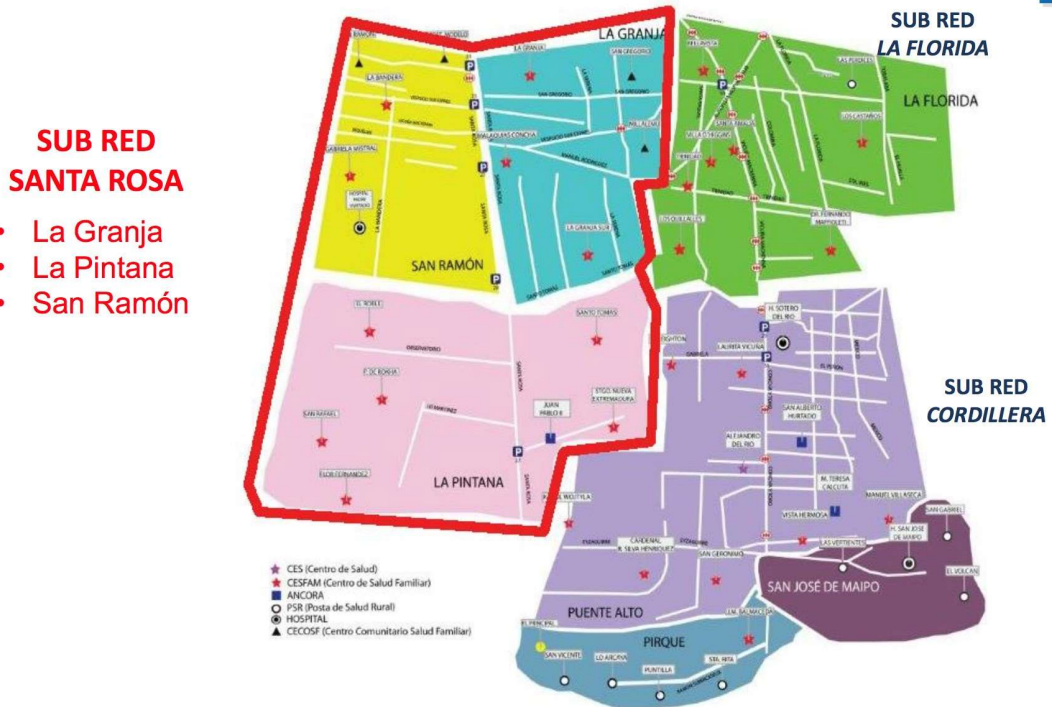
La situación recién descrita, se ve fuertemente agravada por la pandemia del SARS-CoV-2, que ha forzado a limitar muy significativamente la actividad quirúrgica electiva, por lo que resulta aún más relevante fortalecer una estrategia de desarrollo quirúrgico basado en la CMA, con el fin de atenuar el enorme impacto que ha tenido la actual situación sanitaria sobre la demanda de atención quirúrgica de la población beneficiaria.

## **2. Contexto relevante del lugar de intervención**

El Hospital Padre Alberto Hurtado, es un Hospital de Alta Complejidad, Docente, y que está acreditado desde el 2014. Pertenece a la red del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO), y tiene a su cargo la atención de la población beneficiaria de tres comunas de esta área de la Región Metropolitana de Santiago: La Granja, La Pintana y San Ramón, que son comunas con altos niveles de pobreza.

La población que comprende esta área es de 425.000 habitantes, según estimación del Censo 2017. De ellos, el número de usuarios que han sido validados por el sistema público de salud a través del Fondo nacional de Salud (FONASA), corresponde a una cifra cercana al 85 % del total de la población del área geográfica.<sup>4</sup> Esta área geográfica, corresponde a la sub red “Santa Rosa” del SSMSO, y se destaca en el siguiente mapa.

Figura 1. Redes geográficas del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente



Fuente: Cuenta Pública 2014, Sub Red Santa Rosa. Red Pública Salud Sur Oriente.

La población de las tres comunas de la sub red Santa Rosa, presenta altos niveles de pobreza, siendo la comuna de La Pintana la que tiene la situación más crítica, pues es la más populosa entre las tres comunas, y donde la pobreza multidimensional casi alcanza a 1 de cada dos hogares, como se muestra en la tabla 1.

**Tabla 1. Antecedentes Sociodemográficos Población Beneficiaria Hospital Padre Hurtado**

Indicadores	La Granja	San Ramón	La Pintana
Nº de Hogares	40.479	30.941	56.252
Nº de Personas	108.994	78.105	168.748
Porcentaje de hogares en tramo 40%	52%	58.5%	57.2%
Porcentaje de Hogares con hacinamiento medio Crítico	20%	21.6%	24.3%
Porcentaje de personas en situación de pobreza por ingresos	7.2%	9.4%	13.9%
Porcentaje de personas en situación de pobreza multidimensional	24.5%	29.5%	42.4%

Fuente: Cuenta Pública 2018, HPH-Ministerio de Desarrollo Social-Registro Social de Hogares Agosto 2017- *CASEN* 2015

El análisis de la dotación de camas muestra que el Hospital Padre Hurtado representa un 23,5% en un total de 1.777 de la red del SSMSO, correspondiendo al establecimiento con el segundo mayor número de camas hospitalarias después del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río (CASR). La tabla 2, muestra la distribución de la dotación de camas entre los hospitales del SSMSO.

**Tabla 2. Dotación de Camas Hospitalarias Red Pública SSM Sur Oriente**

Hospitales	Dotación camas
Comp. Asistencial Dr. Sotero del Río (CASR)	771
Hospital San José de Maipo	198
Hospital Clínico La Florida	391
<b>Hospital Padre Hurtado</b>	<b>417</b>
Total	1777

Fuente: Elaboración propia en base a Anuario Estadístico 2018. Unidad de Estadística. SSMSO (REM 20)



En relación con la dotación de camas de unidad de pacientes críticos (UPC), el Hospital Padre Hurtado, después del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río y el Hospital Eloísa Díaz de La Florida, es el tercero en dotación en la red del SSMSO, aunque su participación relativa es menor, pues solo alcanza un 17,6% entre las 219 camas de UPC de todo el SSMSO. La tabla 3 muestra la distribución de la dotación de camas críticas entre los hospitales del SSMSO.

**Tabla 3. Dotación camas UPC (UTI/UCI). Red Pública SSM Sur Oriente**

Hospitales	Camas UTI			Camas UCI			Total
	Adulto	Pediátrica	Neonatal	Adulto	Pediátrica	Neonatal	
CASR	35	12	34	20	7	12	120
H. Sn José de Maipo							
H. La Florida	15	9	18	9	3	6	60
<b>H. Padre Hurtado</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>39</b>
Total	60	27	60	35	16	21	219

Fuente: Elaboración propia en base a Anuario Estadístico 2018. Unidad de Estadística. SSMSO (REM 20)

Cabe hacer notar que actualmente, a raíz de la contingencia COVID-19, la dotación de camas de UCI aumentó de 6 a 18 cupos, llegando a un peak de 54 cupos en Julio de 2020. Se desconoce en cuanto pueda quedar la dotación final después de la pandemia, pero muy previsiblemente termine siendo mayor que la informada en la tabla 3.

La tabla 4, resume la información de la dotación de pabellones de los establecimientos de la red asistencial del SSMSO. En este caso, además de los hospitales, también existen pabellones quirúrgicos en el Centro de Referencia de Salud (CRS) Cordillera. Entre los 60 pabellones del SSMSO, solo 13 (21,7%) se ubican en el Hospital Padre Hurtado, lo que ubica a este hospital en tercer lugar en dotación, después del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río y el Hospital Eloísa Díaz de La Florida.

**Tabla 4. Dotación de quirófanos 2018.**

Establecimientos	N° Quirófanos
CASR	28
CRS Cordillera	2
Hospital La Florida	16
<b>Hospital Padre Alberto Hurtado</b>	<b>13</b>
<b>Total SSMSO</b>	<b>60</b>

Fuente: Elaboración propia en base a Anuario estadístico 2018. SSMSO, Junio 2019.<sup>4,5</sup>

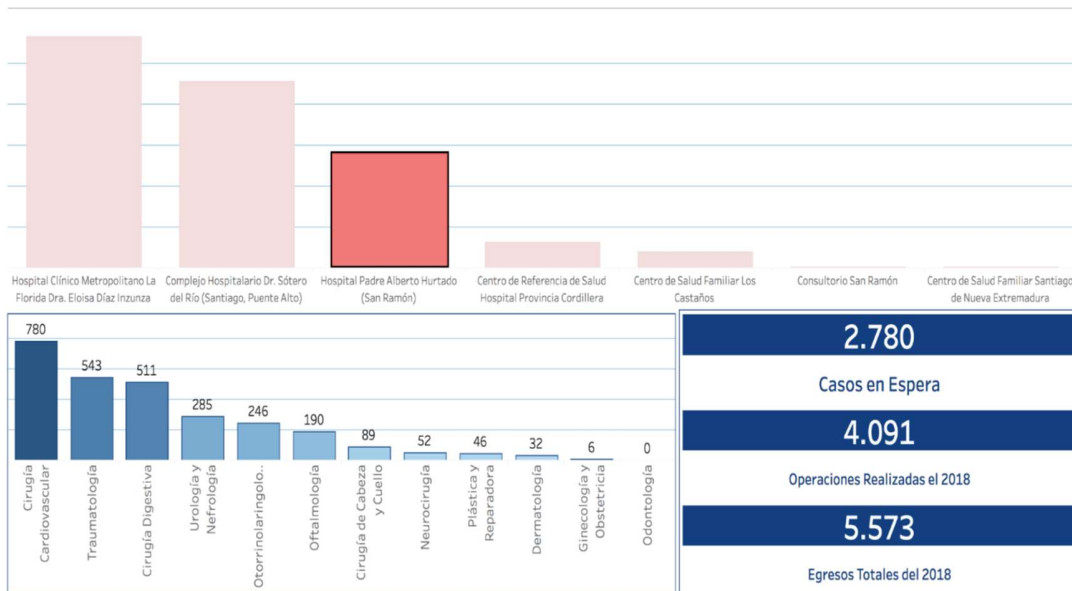
En relación a la actividad asistencial a nivel terciario de todo el SSMSO, esta presenta un 99,5% de cumplimiento de garantías GES en 2018 (Quirúrgicas y no quirúrgicas), con un total de 1.484 garantías retrasadas (0,5%). Sin embargo, la lista de espera quirúrgica de problemas no GES, era de 12.270 procedimientos (11.183 personas), al 31 de Julio de 2018, lo que representa una disminución del 34% respecto de Junio 2017, pero con un aumento del 15% respecto del promedio de días de espera (597 días en 2018, vs 520 días en 2017).

### **3. Evolución y características importantes de la situación actual**

En Chile existe un grave problema de resolución de la demanda de atenciones quirúrgicas, lo que se traduce en extensas listas de espera de patologías relevantes que no están cubiertas por la ley de Garantías Explícitas en Salud, lo que genera malestar en la población beneficiaria, sobrecarga de atenciones en servicios de urgencias, desprestigio de las instituciones sanitarias, y desmotivación entre los integrantes de los equipos de salud.

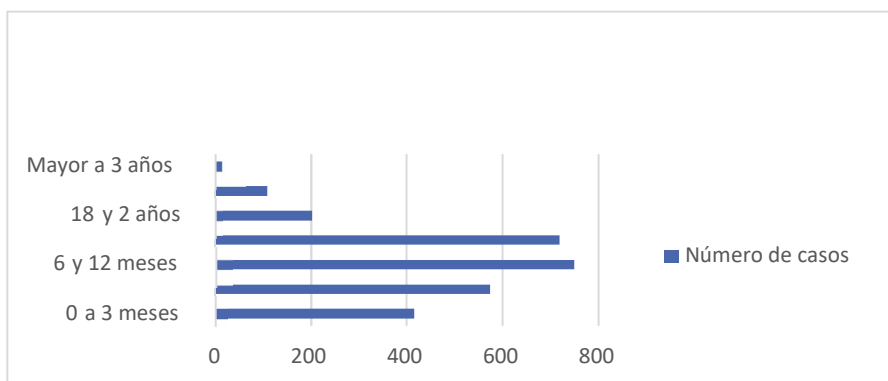
Por otra parte, se estima, que la gran mayoría de estas patologías (hasta un 60% de su totalidad), son susceptibles de resolverse ambulatoriamente<sup>3</sup>. Esta condición no es ajena a lo que ocurre en Hospital Padre Hurtado, como se ilustra en las siguientes figuras, que describen la situación local en este punto, para el inicio del año 2019<sup>6</sup>.

**Figura 2. Lista de espera quirúrgica No GES por establecimiento. SSMSO. 2018**



Fuente: Ministerio de salud. Disponible en: [minsal.cl/monitoreolistadeespera/](http://minsal.cl/monitoreolistadeespera/).

**Figura 3. Tiempos de espera No GES. Hospital Padre Hurtado. 2019**



Fuente: Ministerio de salud. Disponible en: [minsal.cl/monitoreolistadeespera/](http://minsal.cl/monitoreolistadeespera/).

Una segunda condición del Hospital Padre Hurtado, dice relación con las constantes dificultades para la ejecución de la tabla quirúrgica electiva, situación asociada a factores variados y diversos, siendo uno de los más relevantes, el problema de la falta de disponibilidad de camas de hospitalización. En efecto, el HPH tiene un índice ocupacional de camas sobre el 80%<sup>5</sup> y cuenta con un servicio de urgencia con alta demanda de cirugías que, directa e indirectamente, según estimaciones empíricas de las autoridades locales, absorbe cerca del 60 a 70% de la disponibilidad de horas de pabellón central. Esto genera un gran cuello de botella para la actividad quirúrgica electiva y, al mismo tiempo, una caída en la disponibilidad de camas de hospitalización, todo lo anterior, sin considerar la demanda de camas hospitalarias no quirúrgicas, que a su vez, tienen largas estadías hospitalarias<sup>5</sup>.

A pesar de todo lo previamente señalado, la productividad del servicio de pabellones, sin ser óptima, se traduce en la realización de alrededor de 10.500 cirugías cada año, bastante equiparable a la productividad del Hospital de la Florida, que supera en infraestructura al Hospital Padre Hurtado<sup>7</sup>, como se muestra en la tabla 5.

**Tabla N° 5. Intervenciones Quirúrgicas SSMSO 2018-2019**

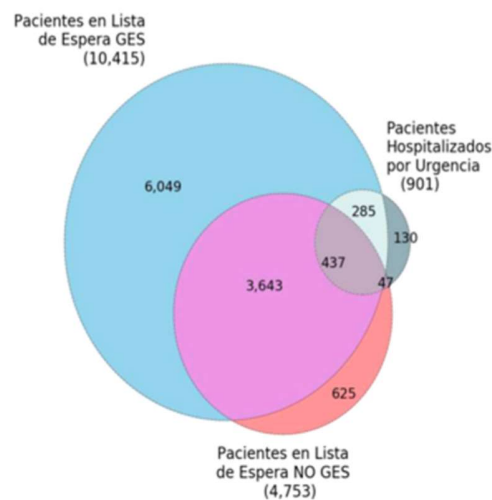
Establecimiento	Año		% Variación
	2018	2019	
<b>Total</b>	<b>52.811</b>	<b>56.342</b>	<b>6,7%</b>
Comp. Asist. Dr. Sotero del Rio	29.706	32.198	8,4%
CRS Cordillera	1.176	2.363	100,9%
Hospital San José de Maipo	124	149	20,2%
Hospital Clínico La Florida	11.403	11.165	-2,1%
Hospital Padre Alberto Hurtado	10.402	10.467	0,6%

Fuente: Anuario Estadístico 2019. Unidad de Estadística SSMSO (información actualizada al 5 de diciembre de 2019).

Otra consideración muy relevante, se relaciona con lo señalado en el Informe final sobre uso eficiente de pabellones de la Comisión Nacional de Productividad de enero 2020<sup>3</sup>. En uno de los acápites de este informe se analiza la relación entre pacientes en lista de espera GES, no-GES e ingresos a servicio de urgencia, lo que permite estimar que uno de cada tres casos en lista de espera ingresa en algún momento a servicio de urgencia por esta causa. Esto implica que este paciente ingresa con una complicación quirúrgica, lo que hace que su estadía hospitalaria sea más prolongada. Además, un porcentaje relevante de estos pacientes ingresa a servicio de urgencia habiendo ingresado previamente a ambas listas de espera<sup>3</sup>. Así entonces, los pacientes provenientes de lista de espera no-GES y GES

que ingresan a servicio de urgencia debido a una de estas condiciones, tendrán tiempos de hospitalización más prolongados atendiendo a los cuidados adicionales demandados por la comorbilidad no resuelta<sup>3</sup> (ver figura 4).

**Figura 4. Diagrama de Venn para ingresos por urgencia y pacientes de lista de espera. Chile. Periodo 2014-2017 (miles de personas)**



Fuente: Informe Final. Uso eficiente de pabellones. Comisión de Productividad. Enero 2020.

En resumen, los antecedentes previamente descritos, permiten concluir que existe una falta de disponibilidad de camas de hospitalización para cirugía electiva, la que se destina principalmente a patología GES, que hay una alta demanda de pabellón y de días camas por cirugía de urgencias, y que el número de casos en lista de espera quirúrgica no-GES es alto. Sin embargo, dependiendo del grupo de patología de que se trate, hasta un 90% de los casos en este último grupo, podrían resolverse ambulatoriamente, lo que sumado a la contingencia epidemiológica del SARS-CoV-2, hacen más que necesario dar un definitivo impulso a la Cirugía Mayor Ambulatoria en los hospitales del país, la que se presenta entonces, como la mejor estrategia para resolver el complejo problema de las listas de espera, sorteando las dificultades, tanto antiguas como nuevas, en este tema.

#### 4. Datos cualitativos y cuantitativos que aportan información que ayuda a caracterizar la situación actual

La cirugía ambulatoria en los hospitales públicos de Chile, promedia un 25% del total de la actividad quirúrgica electiva, mientras que en países desarrollados, la cirugía ambulatoria alcanza niveles cercanos al 80% del total de la actividad quirúrgica electiva. Algunos de los factores que podrían incidir en esta situación, se relacionan con la forma en que se ha desarrollado esta actividad, tanto a nivel país, como a nivel del Hospital Padre Hurtado. Entre los factores que podrían incidir en el bajo porcentaje indicado se pueden mencionar, problemas de gestión de la demanda, relación de dependencia entre los centros de cirugía ambulatoria y los hospitales base en los que se insertan, nivel y calidad de la infraestructura de los establecimientos asistenciales, disponibilidad de recursos humanos, y factores culturales, entre otros.

En el caso particular del Hospital Padre Hurtado, el porcentaje de Cirugía ambulatoria considerada sobre el total de la actividad quirúrgica para el período 2018-2019, alcanza 28%. Esta proporción mejora si se considera solamente la cirugía electiva, llegando a un 45% para el año 2018, aunque disminuye a 41% en el año 2019<sup>7</sup> (ver tabla 6).

**Tabla N°6. Intervenciones Quirúrgicas HPH Período: Enero -Octubre 2018-2019**

Tipo de Intervenciones		2018		2019	
<b>Total</b>		10.402	%	10.467	%
<b>Electivas</b>	Mayor No Ambulatoria	3.634	35	4.087	39
	Mayor Ambulatoria	2.994	29	2.895	28
<b>Urgencias</b>	Mayor No Ambulatoria	2.675		2.170	
	Mayor Ambulatoria	16		48	
<b>Menores</b>		1.083		1.267	

Tipo de Intervenciones		2018		2019	
<b>Total</b>		6.628	%	6.982	%
<b>Electivas</b>	Mayor No Ambulatoria	3.634	55	4.087	59
	Mayor Ambulatoria	2.994	45	2.895	41

Fuente: Elaboración propia en base a información de producción Enero-Octubre de 2019 (actualizada al 5 de diciembre de 2019) de la Unidad de Estadística del Depto. de Control de Gestión, SSMSO.

En el funcionamiento de pabellones del Hospital Padre Hurtado, como puede apreciarse en las tablas 7 y 8, y en el contexto del SSMSO, se destaca una consistente baja proporción comparada de suspensiones de actividad quirúrgica electiva, resaltando entre las causas de dichas suspensiones las de tipo administrativo (ej. Falta de disponibilidad de camas), por sobre las causas clínicas propiamente tales. Lo descrito permite estimar que, aún cuando existe un bajo porcentaje de cirugía ambulatoria en el HPH, es posible suponer que la institución tiene ciertas fortalezas que podrían constituir una buena base para un cambio de estrategia, orientado a aumentar la tasa de cirugía ambulatoria.

Entre las fortalezas estimadas del HPH, para el desarrollo de la actividad quirúrgica ambulatoria, se pueden destacar las siguientes:

1. Unidad de Gestión de la Demanda (UGD): Equivalente a las Unidades Pre-quirúrgicas de otros establecimientos de la red, ésta es una unidad integrada por un equipo de ocho enfermeras, (y dirigida por una de ellas), quienes coordinan todo el proceso pre-quirúrgico electivo hospitalizado, lo que considera: revisión de las listas de espera, selección de pacientes en conjunto con los equipos quirúrgicos, programación de los policlínicos, coordinación de las interconsultas, estudios de laboratorio y exámenes complementarios, y evaluación pre-anestésica.
2. Policlínico de evaluación pre anestésica: Diseñado para apoyar la cirugía electiva, permite completar con días de antelación, el estudio y preparación pre -quirúrgica de los pacientes, siendo el HPH, el primer hospital público en Chile en implementarlo, lo que implica (y explica) una baja tasa de suspensiones por causa anestésica en cirugía electiva<sup>7</sup>.

Si bien, el HPH cuenta con una Unidad de Cirugía Ambulatoria (UCA), ésta se emplaza en un espacio bastante pequeño para esos efectos, de no más de 500 mt<sup>2</sup>, que cuenta con tres pabellones pequeños, y que produce alrededor de 25 a 30 % de la actividad quirúrgica -como cirugía mayor ambulatoria-. El otro 5% a 10% de la CMA se realiza en Pabellón Central.

**Tabla N° 7. Porcentaje de suspensiones de intervenciones quirúrgicas. Período: Enero-Octubre. 2018 y 2019**

Especialidades	Complejo Asistencial Dr. Sotero de Río		CRS Cordillera		Hospital Clínico La Florida		Hospital Padre Alberto Hurtado	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
<b>Total</b>	<b>11,5</b>	<b>11,4</b>	<b>11,7</b>	<b>10,7</b>	<b>13,5</b>	<b>12,2</b>	<b>11,3</b>	<b>10,3</b>
Cirugía General	6,3	8,4	10,9	12,3	10,2	10,7	12,0	9,6
Cirugía Cardiovascular	9,5	32,9			22,3	10,2	11,8	10,1
Cirugía Máxilo Facial	16,2	24,5	100,0	2,5			0,0	14,3
Cirugía Torax	100,0				9,0	9,2	16,2	16,4
Traumatología	18,7	18,6	10,3	14,8	13,3	12,2	10,9	12,0
Neurocirugía	9,9	15,0			14,8	13,1		
Otorrinolaringología	34,8	18,9	13,2	10,9	16,4	12,7	8,4	15,0
Oftalmología	12,2	9,7			14,3	16,5	4,7	6,2
Obstetrica y Ginecología	0,2	2,1	0,0	11,1	10,6	4,5	8,1	12,3
Ginecología	0,9	7,1	17,6	9,7	11,1	9,4	37,2	8,6
Urología	18,5	10,9	4,3	9,9	14,6	9,6	17,7	12,8
Resto Especialidades	107,0	22,9	0,0	18,2	16,7	17,4	17,9	10,6

Fuente: Elaboración propia en base a información de producción Enero-Octubre de 2019 (actualizada al 5 de diciembre de 2019) de la Unidad de Estadística del Depto. de Control de Gestión, SSMO.

**Tabla N° 8. Causa de suspensiones de intervenciones quirúrgicas Período: Enero – Octubre 2018-2019**

Causas de suspensión atribuibles a:	Complejo Asistencial Dr. Sotero de Río		CRS Cordillera		Hospital Clínico La Florida		Hospital Padre Alberto Hurtado	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
<b>Total</b>	<b>1.940</b>	<b>1.981</b>	<b>120</b>	<b>188</b>	<b>1.153</b>	<b>965</b>	<b>802</b>	<b>701</b>
Pacientes	1.303	1.171	94	133	380	375	329	302
Administrativas	156	290	21	18	141	136	187	107
Unidad de apoyo clínico	104	147	1	4	88	125	42	65
Equipo quirúrgico	352	295	4	19	281	236	173	149
Infraestructura	1	12	0	3	0	1	41	35
Emergencias	19	0	0	4	41	29	21	14
Ataque de terceros	0	0	0	0	2	0	4	0
Gremiales	5	66	0	7	220	63	5	29

Fuente: Elaboración propia en base a información de producción Enero-Octubre de 2019 (actualizada al 5 de diciembre de 2019) de la Unidad de Estadística del Depto. de Control de Gestión, SSMO.



Existen variados factores que subyacen al insuficiente volumen de producción, en términos de actividad quirúrgica ambulatoria. Entre ellos, -y adicionalmente a lo ya indicado respecto de las limitaciones de infraestructura de la Unidad de Cirugía Ambulatoria-, está el aumento de la demanda de camas de hospitalización, que hace crisis periódicamente en los períodos de campaña de invierno, impactando negativamente en el nivel de actividad quirúrgica en general, al disminuir la oferta de camas hospitalarias para cirugía electiva, y que ocurre cada año en nuestro hospital, al igual que en el resto de los hospitales del país. En esta línea, durante los últimos 4 años, se ha roto progresivamente el paradigma de que no puede hacerse cirugía ambulatoria en pabellón central. En efecto, presionados por la realidad del Hospital Padre Hurtado, algunos equipos quirúrgicos y el equipo de Anestesiología, han desarrollado programas de Cirugía Ambulatoria, de recuperación extendida, o alta precoz, desvinculando así su programación, de la disponibilidad de camas de hospitalizados. Actualmente, además, existe la intención de incorporar otros programas más a esta estrategia, por lo que puede concluirse que existe una buena disposición para “ambulatorizar” cirugías por parte de los equipos quirúrgicos.

No obstante lo anterior, en el último trimestre del 2019, la tasa de suspensiones de tabla electiva aumentó significativamente, superando con creces la media histórica, principalmente debido a la falta de camas de hospitalización generada por la contingencia social, (crisis de Octubre 2019), y a la alta conflictividad policial asociada a dicha crisis, ocurrida en el entorno geográfico del HPH. Esta situación de conflicto obligó a cerrar el 50% de las camas de hospitalizados disponibles<sup>8</sup>, llevando, entre otras implicancias, a la saturación de la unidad de recuperación, que en la práctica se transformó en una extensión de los servicios de hospitalizados, con estadías que en muchos casos superaban largamente las 36 horas.

La situación derivada de la crisis socio-política de Octubre de 2019 se vio enormemente agravada por la situación epidemiológica que sobrevino, y que significó la suspensión de la totalidad de procedimientos electivos, decretada por la Autoridad Sanitaria durante casi tres meses del año 2020, a raíz de la pandemia del SARS COV-2 <sup>9</sup>. Esto ha generado un impacto que aún no se dimensiona completamente en las listas de espera quirúrgicas.

En este nuevo escenario entonces, resulta más relevante aún, el contar con una estrategia que permita aumentar la actividad quirúrgica ambulatoria, para dar cuenta de estas demandas de atención.

En el actual contexto de la pandemia por SARS COV-2, recientemente, la autoridad sanitaria está preconizando la realización preferente de cirugías ambulatorias, por lo que es perfectamente posible hacer de esta crisis, una oportunidad para implantar cambios más permanentes.

## 5. Objetivo que busca el desarrollo de la AFE

Sobre la base de los antecedentes previamente reportados en las secciones precedentes de este documento, el objetivo de la presente Actividad Formativa Equivalente (AFE), es mejorar la proporción de Cirugía Mayor Ambulatoria en el Hospital Padre Hurtado, respecto del total de la actividad quirúrgica, mediante un proyecto orientado a corregir los problemas que repercuten en un rendimiento insuficiente de este tipo de cirugías.

Como consecuencia del desarrollo de la presente AFE, se espera contribuir a incorporar la dinámica de trabajo del proceso ambulatorio, de por sí, más ágil que la cirugía electiva cerrada, al proceso quirúrgico electivo, e impulsar por esta vía, la optimización del uso del recurso pabellón en la actividad quirúrgica en general.

En el mismo sentido recién señalado, se espera evaluar estrategias concretas que permitan fortalecer el desarrollo de la CMA, o, complementariamente, el desarrollo de la *cirugía de corta estadía* (i.e. pacientes quirúrgicos que serán dados de alta en un proceso previamente planificado, entre 24 a un máximo de 72 hrs después de ingresados a hospitalización). De este modo, se espera que al aumentar la proporción de cirugía mayor ambulatoria, se mantenga la continuidad en el tiempo del nivel de resolución de la patología quirúrgica electiva, desligándola de factores estacionales o circunstanciales, pero recurrentes, que limitan la oferta de camas de hospitalización cuando las cirugías se planifican con estadía hospitalaria de más de un día, lo que en la práctica dificulta su realización.

Como se mencionó previamente, con la incorporación de estrategias de corta estadía y/o CMA se espera, además, hacer extensivas al resto de la actividad quirúrgica las buenas prácticas inherentes a la cirugía ambulatoria, como son, la utilización eficiente de pabellones, disminución de tiempos de inicio de Cirugías, disminución de la morbilidad Post operatoria (ej. dolor; náuseas y vómitos), mejora de la seguridad clínica, entre otros aspectos <sup>2, 10</sup>.

La metodología de Marco Lógico<sup>11</sup>, que se usa en la presente AFE, permite la adecuada identificación, caracterización y categorización de los problemas subyacentes, para transformarlos en un plan de trabajo específico que permita alcanzar este objetivo.

## **II. METODOLOGÍA**

### **1. Aplicación de la metodología de ML a la realidad seleccionada**

El Marco Lógico es un enfoque que, en el contexto de las organizaciones de salud, se aplica con el propósito de abordar un problema, permitiendo su adecuada identificación, caracterización y categorización, para diseñar una intervención que permita enfrentar dicho problema, a través de una adecuada planificación, implementación, seguimiento y evaluación. En el caso de la presente AFE, el enfoque de Marco Lógico se aplicará al problema de rendimiento insuficiente de la Cirugía Mayor Ambulatoria en Hospital Padre Hurtado.

### **2. Equipo gestor del proyecto**

Para los efectos del presente proyecto, además del autor de la AFE, la formulación de la propuesta fue acompañada por un equipo gestor conformado por funcionarios del Hospital Padre Hurtado, que se relacionan de diversa manera con el tema de cirugía y pabellones. Las personas que integraron el equipo gestor fueron:

- Srta. Ingrid Flores, Enfermera jefe de la unidad de Gestión de la Demanda. Esta Unidad, formalmente constituida hace dos años, pero en funciones desde hace unos 10 años, es la responsable de coordinar el proceso quirúrgico preoperatorio, de la cirugía electiva que se realiza en Pabellón Central.
- Sra. Loreto Bittner, Enfermera Jefe de Pabellón Central, recientemente designada, y que anteriormente se desempeñó como Jefa de la Unidad de Cirugía Ambulatoria por unos 15 años y que, por tanto, acumula una vasta experiencia en el manejo de la cirugía ambulatoria, en general, y en el HPH, en particular.

### 3. Técnicas y/o instrumentos metodológicos utilizados

Para el desarrollo de la propuesta, se usaron diferentes instrumentos metodológicos. El uso de estos fue pertinente para las diferentes etapas de desarrollo de la propuesta. El detalle de estos instrumentos se describe a continuación:

#### 3.1. Etapa Analítica:

- *Identificación del Problema.* Para la identificación y descripción de problemas, se recurrió a entrevistas, técnica de Lluvia de ideas y Matriz de priorización de problemas. En cuanto a la matriz de priorización, los criterios utilizados fueron: Características y magnitud de la población afectada; Prioridad en los lineamientos de las autoridades; Gobernabilidad (capacidad para incidir sobre el problema), e; Incidencia sobre otros problemas.
  
- *Análisis de Involucrados.* En el desarrollo del Análisis de involucrados, se pretendió entregar una visión general de personas, grupos o autoridades que, directa o indirectamente, se verán implicados por las propuestas del Plan de Mejoramiento, para lo cual se elaboró una Matriz de Involucrados, instrumento que permite valorar la capacidad de incidencia y oposición de cada actor relacionado con el problema seleccionado, y el plan propuesto. 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:

- Problemas percibidos: Corresponde a la percepción que cada actor involucrado tiene, desde su perspectiva, sobre el problema central seleccionado. Se enuncia en la matriz para cada actor.
- Intereses de Mandatos: Corresponde a los intereses de cada actor involucrado en función de su rol en la organización que representa. Se enuncia en la matriz para cada actor.

- Poder: Corresponde al grado de poder, en términos de capacidad, de afectar el desarrollo del proyecto. Se operacionaliza asignando números a significados conceptuales (1=Bajo, 2=Medio Bajo, 3=Medio, 4=Medio Alto y 5=Alto).
  - Interés: Corresponde al interés del actor, sea este positivo o negativo, en el proyecto y su temática. Se operacionaliza asignando números a significados conceptuales dependiendo si el efecto de la posible intervención es: Positivo (1=Bajo, 2=Medio y 3=Alto); Negativo (-1=Bajo, -2=Medio y -3=Alto), o; Indiferente (=0) para cada actor.
  - Valor: se obtiene multiplicando el valor de Poder por el valor de Interés.
- *Análisis de Problemas*. Para el Análisis de Problemas, se tomó la información obtenida a partir de la Matriz de priorización, entrevistas y lluvia de ideas, y se organizó en torno al problema principal, deduciendo sus causas y efectos para así llegar a construir finalmente, el Árbol de Problemas.
- *Análisis de Objetivos*. Para el Análisis de Objetivos se recurrió a la metodología de Árbol de Objetivos, colocando en positivo los elementos del árbol de problemas construido previamente, definiendo con ello la estructura futura que dará cuenta del problema planteado.
- *Análisis de Alternativas*. En el Análisis de Alternativas se consideraron temas como factibilidad financiera y gobernanza, para definir la opción más plausible, sin descartar de plano otras soluciones, en función de la disponibilidad de recursos para este plan de mejora. Los criterios contemplados fueron los siguientes: Costo Financiero; Disponibilidad de Recursos Humanos; Capacidad técnica de implementación.

### 3.2. 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.

#### Elaboración de la Matriz de Marco Lógico

La Matriz de Marco Lógico es un instrumento de planificación que, a partir de la información recogida en la etapa analítica y la definición de objetivos, permite concatenar dichos objetivos en cuatro categorías organizadas en orden jerárquico, en una dirección ascendente, con sentido desde “Medios” a “Fines”. Para efectos de eficacia y gobernabilidad en la planificación, se recomienda no concatenar más de 4 niveles de objetivos por proyecto, lo que facilita la consecución de los mismos. Adyacente a la columna de Objetivos, se distribuyen las columnas asociadas a los elementos de seguimiento y evaluación (Indicadores), los medios de verificación o fuentes de información que alimentan los indicadores, y los supuestos del proyecto. Esta última categoría, se relaciona con las condiciones externas al proyecto, que deben ocurrir para que se alcancen los diferentes niveles de objetivos<sup>9</sup>. Gráficamente, la Matriz se representa en la forma que se muestra en la tabla 10.

**Tabla N° 10. Matriz de Marco Lógico.**

<b>RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>MEDIOS DE VERIFICACIÓN</b>	<b>SUPUESTOS</b>
<b>FIN</b>			
<b>PROPÓSITO</b>			
<b>RESULTADOS</b>			
<b>ACTIVIDADES</b>			

Fuente: Manual para el diseño de proyectos de Salud. OPS

#### Elaboración del Plan de Ejecución

El Plan de Ejecución, anexo a la matriz de ML, resulta indispensable a la hora de asegurar la ejecución real del proyecto. Para ello las actividades (Tareas) del proyecto se desagregan, de

ser necesario, en subtareas. A cada tarea y subtarea se le asignan plazos de ejecución, responsable y recursos, en una secuencia como la que se muestra en la tabla 11.

**Tabla N° 11. Plan de ejecución desagregado**

<b>Tarea</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Recursos</b>	<b>Responsable</b>
<b>Sub tarea</b>			
<b>Sub tarea</b>			

Fuente: Manual para el diseño de proyectos de Salud. OPS

#### Elaboración del Plan de Control de Calidad

La elaboración del Control de Calidad del presente proyecto, 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 al Plan establecido en la presente AFE para evaluar la coherencia y calidad de éste.



### III. ETAPA ANALÍTICA

#### 1. Descripción del problema

Utilizando la estrategia de lluvia de ideas, el equipo gestor se reunió en diferido, para identificar los problemas asociados al bajo rendimiento quirúrgico de los Pabellones de HPH, en particular, en lo referido a Cirugía Mayor Ambulatoria. Se presenta un resumen de esos conceptos, a continuación.

Problemas identificados:

*“El déficit de camas de hospitalizado nos impide iniciar las cirugías electivas a primera hora, ya que los pacientes en su mayoría no pueden ingresar el día anterior por lo que se hospitalizan a primera hora, pero debemos confirmar la cama post operatoria antes de ingresar a pabellón con el paciente y eso siempre es lento”.*

*“Faltan camas de UPC (UTI/UCI), por lo que perdemos mucho tiempo confirmando estas camas antes de ingresar pacientes que van a ser sometidos a cirugías complejas”*

*“Los pabellones de la Unidad de Cirugía Ambulatoria (UCA), son muy pequeños y nos impiden operar adecuadamente cirugía traumatológica de mediana complejidad”*

*“Muchos de nuestros pacientes tienen mucha comorbilidad asociada por lo que no pueden irse de alta el mismo día”.*

*“Hay déficit de horas quirúrgicas destinadas a cirugía ambulatoria”.*

*“Se opera poca cirugía electiva en horario hábil. Hay mucho paciente de urgencia esperando cirugía”.*

*“Hay sólo 3 pabellones ambulatorios y poco adecuados para hacer CMA en forma intensiva”.*

*“Hay dotación insuficiente de personal para realizar protocolo de CMA (educación preoperatoria, y seguimiento ambulatorio en el post operatorio), por lo que no es posible operar en la UCA por las tardes”.*

*“Hoy, por fuerza mayor, hacemos más cirugía con alta precoz debido a la pandemia, pero no seguimos a todos los pacientes en el Post Operatorio. Es más inseguro”.*

*“Parece poco seguro operar en forma ambulatoria pacientes que no han sido seleccionados para ello previamente. Muchos se quedan hospitalizados por hallazgos de última hora”.*

*“Faltan incentivos para los equipos quirúrgicos. No sólo monetarios. Por ejemplo, invertir en equipamiento para hacer cirugía de Resección de Próstata Ambulatoria (Cirugía Láser)”*

*“Hay pocas horas disponibles para Cirugía Ambulatoria. Se programa poco”.*

A partir de los enunciados anteriores, se seleccionaron aquellos que dicen relación directa con la CMA como primer criterio de selección, para luego, incorporarlos a la matriz de priorización, quedando el análisis graficado en la siguiente tabla.

**Tabla N° 12. Matriz de Priorización**

<b>MATRIZ DE PRIORIZACIÓN</b>	Déficit de Horas Qx para CMA	Alto N° de cirugías de Urgencia en espera	Insuficiente N° de Pabellones ambulatorios	Falta de incentivos a los equipos Qx para la realización de CMA	Falta de proceso pre y post Qx estandarizado.	Falta de dotación de personal para CMA
Características y Magnitud	3	3	3	2	3	3
Prioridad	3	3	3	1	2	2
Gobernabilidad	2	1	3	3	3	2
Incidencia sobre otros Problemas	3	3	3	3	3	3
Puntaje Total	11	10	12	9	11	10

Fuente: Elaboración propia

Dentro de los problemas locales que se destacaron en la Matriz precedente, hay varios que se replican a nivel nacional y que, por lo mismo, pudiesen servir para orientar la estrategia sanitaria tanto a nivel local como a nivel país, por lo que parece pertinente detenerse un momento en ellos.

En primer término, y haciendo *benchmarking* entre nuestra realidad y los países OCDE, nos encontramos con que la brecha de la cirugía ambulatoria es enorme y se ha acrecentado en el tiempo. En efecto, mientras en los países OCDE, el porcentaje de cirugía ambulatoria alcanza en promedio un

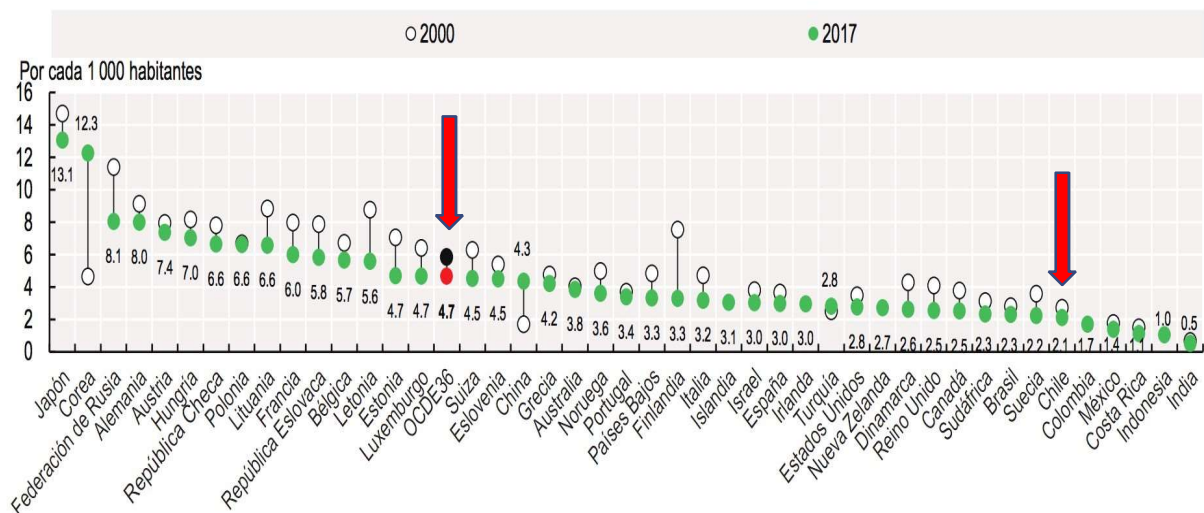
60 %, en nuestro país, esta cifra oscila entre 25 y 30 %, sin grandes variaciones desde 2014, aunque con un incremento en la brecha en los últimos años. Sobre este mismo punto, el informe de la Comisión Nacional de Productividad para el uso eficiente de Pabellones del año 2020<sup>3</sup>, reporta que, además, el 90 a 95% de la cirugía de lista de espera no GES (Cirugía de Vesícula y Hernia), podría haberse resuelto en forma ambulatoria, sugiriendo fuertemente el incentivar y monitorear la realización de cirugía ambulatoria en los casos en que sea factible realizarla. En esta misma línea, dicho documento estima que ese 90% de cirugías que pudieron hacerse en forma ambulatoria, liberaría recursos suficientes para financiar el 20% de la lista de espera No GES de un año, los que se estiman en unos USD 150 Millones<sup>3</sup>.

El déficit de CMA impacta fuertemente en la capacidad de resolver la lista de espera, pues ésta última queda supeditada a la disponibilidad de camas de hospitalización. Considérese además, como otro fundamento de esta apreciación que, para el terremoto de 2010, el Sistema Público de Salud perdió más de 2500 camas, las que recién vinieron a recuperarse 8 años después<sup>12</sup>, como se evidencia en las siguientes cifras:

- 2006 → 27.623 camas
- **2010 → 25.081 camas (Terremoto Feb 2010)**
- 2018 → 26.756 camas

Para mayor abundamiento, es necesario tener presente que al comparar el número de camas hospitalarias de nuestro sistema de salud con los países de la OCDE, se evidencia una brecha de gran magnitud. En efecto, tal como se muestra en la figura 5, la media de camas por 1.000 habitantes de Chile es menos de la mitad del promedio OCDE<sup>13</sup>.

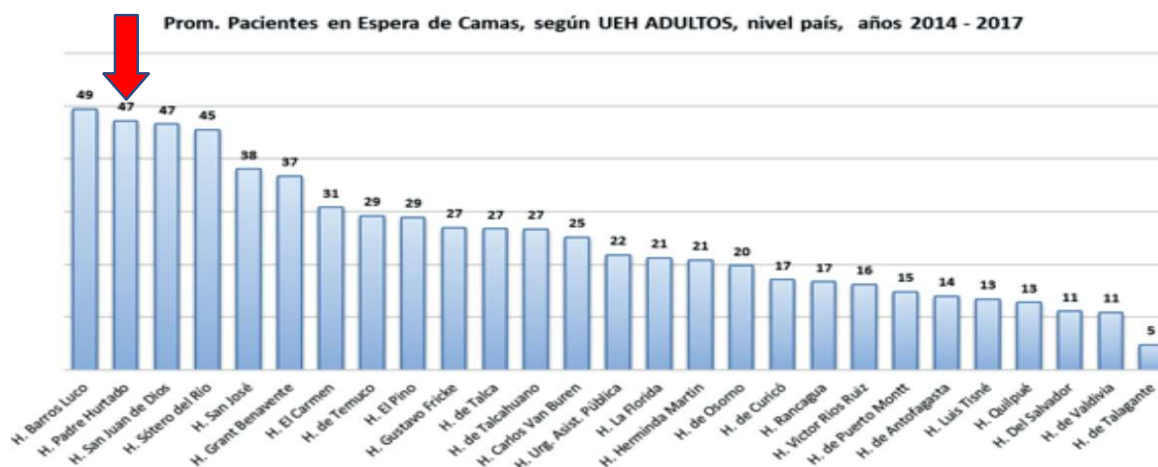
**Figura 5. Relación camas hospitalarias por población. 2000 y 2017. Países OCDE**



Fuente: OECD HEALTH STATISTICS, 2019

Por último, otro elemento que hace más acuciante el tema del déficit de camas de hospitalización, - consistente con uno de los puntos que apareció en la matriz de priorización, y con la observación empírica de los médicos clínicos del Hospital Padre Hurtado, -que estiman que aproximadamente un 60 a 70% de la cirugía realizada en HPH deriva directa o indirectamente del servicio de urgencia-, dice relación con el significativo número de cirugías en espera de resolución en los servicios de urgencia. A este respecto se hace referencia a un reporte de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC) que refrenda estas observaciones. En efecto, en enero de 2018, dicha Unidad del Ministerio de Salud, publica una memoria para el período 2014–2017<sup>14</sup> en la que se muestra que en los servicios de urgencia en Chile, había en promedio 674 pacientes diarios ingresados, esperando una cama de hospitalización. En dicha estadística, el HPH ocupaba el segundo lugar nacional, con un promedio de 47 pacientes diarios, en espera de hospitalización, lo que corresponde al 12% de la capacidad de camas de nuestro hospital (ver figura 6).

**Figura 6. Pacientes ingresados a Unidad de Emergencia en espera de camas de hospitalización. Chile.2018.**



Fuente: Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC). Ministerio de Salud. 2018.

Todos estos puntos resultan muy relevantes, pues la poca disponibilidad de horas de pabellón para cirugías electivas, sumado al déficit de camas de hospitalización, se convierten en obstáculos casi insalvables para que el proceso quirúrgico fluya, y hacen más intensa la presión de las patologías quirúrgicas no resueltas, -particularmente las No-Ges-, sobre el déficit de infraestructura quirúrgica, generando un verdadero cuello de botella para todo el proceso quirúrgico, que impide que éste avance a la velocidad que la demanda exige y requiere.

Desde la perspectiva descrita entonces, parece imprescindible contar con una estrategia de solución que no sólo se aboque a administrar y gestionar la lista de espera, -el flujo de entrada al proceso quirúrgico-, condición extremadamente relevante por cierto, pero que dados los datos analizados, por sí misma, parece poco probable que permita dar cuenta de esta demanda. Por tanto, se propone poner atención también al flujo de salida del proceso, y aquí es donde la CMA puede aportar mejorando significativamente tanto la productividad quirúrgica, como la oportunidad de la resolución de estos problemas. Esto permitiría destrabar no sólo esta demanda quirúrgica insatisfecha, sino que eventualmente también, y producto de la mejora en la oportunidad de atención, disminuir la presión sobre los servicios de urgencia.

## 2. Análisis de Involucrados

Como se mencionó en la sección de metodología, en el análisis de involucrados, se busca identificar a los actores claves que, por su rol, estarán directa o indirectamente, quiéranlo o no, implicados en el desarrollo de este proyecto de mejora. De este modo, los actores involucrados que identificó el equipo gestor fueron: Jefatura de Pabellón; Jefatura de Anestesia; Jefatura de Unidad de Gestión de la Demanda (UGD); Enfermera coordinadora de Pabellón Central; Jefatura de la Unidad de Gestión del Adulto y la dirección del Hospital; Población Beneficiaria; Cuerpo de Cirujanos y Anestesiólogos de pabellón central y UCA.

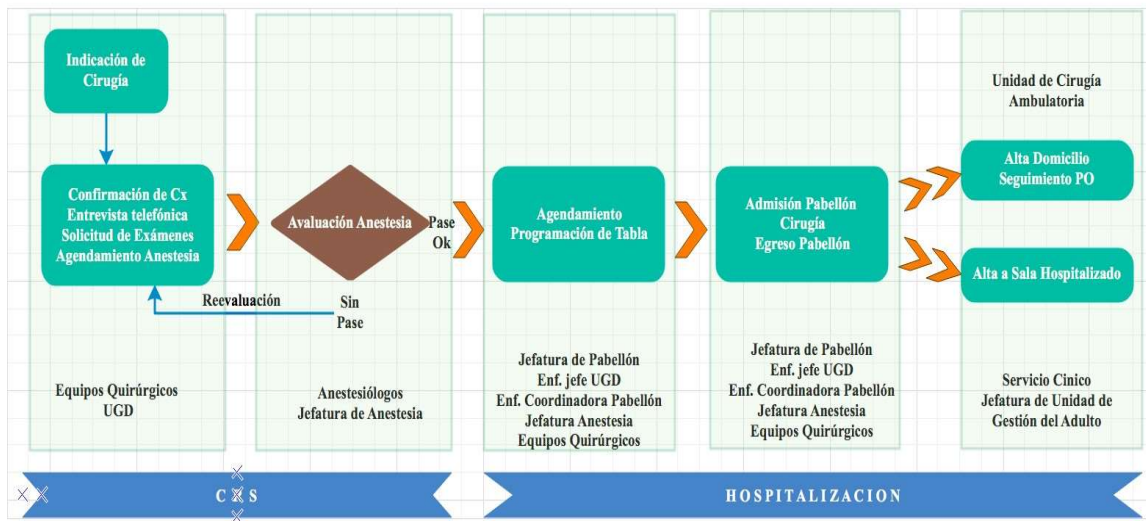
En cuanto a la relevancia de los actores mencionados, cabe destacar, en particular, que el apoyo de la Dirección del Hospital resultará clave para alinear al resto de los integrantes del equipo de pabellones, y para incorporar las recomendaciones de proyectos, cambios de gestión, y/o infraestructura que puedan surgir de este trabajo. A continuación, se desarrolla la Matriz de Involucrados haciendo estimación de sus percepciones e intereses respecto del problema de la cirugía mayor ambulatoria.

**Tabla N° 13. Matriz de Involucrados**

Actores Involucrados	Problema percibido	Intereses de Mandatos	Poder	Interés		Valor
				(+)	(-)	
Jefe de Pabellón	Limitado N° de pabellones UCA	Optimizar la productividad de Pabellones	3	2		6
Jefe de Anestesia	Falta de personal y de horas médicas	Asegurar la calidad y seguridad de los procedimientos	2	2		4
Enfermera Jefa UGD	Muchos pacientes con patología crónica descompensada	Garantizar el óptimo manejo preoperatorio de los pacientes	3	3		9
Enf. Coordinadora P. Central	Cirugías parten tarde por necesidad de confirmar cama post operatoria	Optimizar el funcionamiento de Pabellones	3	3		9
Jefe de UGA/Dirección HPH	Déficit de organización de agenda y distribución del personal	Aumentar la productividad quirúrgica	3	2		6
Población Beneficiaria	Lista de espera sigue creciendo	Velar por el cumplimiento de la demanda asistencial	2	3		6
Equipo de Cirujanos y Anestesiólogos	Falta de inversión en equipamiento e insumos	Dar atención sanitaria oportuna y de calidad.	2	3		6

Complementariamente, en la figura 7 se caracteriza el proceso quirúrgico, a fin de visualizar mejor la interacción de los actores mencionados.

**Figura 7. Diagrama de proceso quirúrgico de cirugía electiva.**



Fuente: Elaboración Propia

### 3. Análisis de problemas

Para desarrollar el análisis de problemas, etapa que finalmente concluirá en la construcción del árbol de problemas, el equipo gestor contó con dos actores clave en la estructura de funcionamiento actual del proceso quirúrgico, cuya experiencia y competencias, descritas al presentar el equipo gestor, se pusieron al servicio del desarrollo de la presente propuesta. Estas personas fueron:

- La Enfermera Jefa de la unidad de Gestión de la Demanda, responsable de coordinar el proceso quirúrgico preoperatorio de la cirugía electiva que se realiza en Pabellón Central.
- La Enfermera Jefa de Pabellón Central, quien previamente se desempeñó como Enfermera Jefa y Jefa de la Unidad de Cirugía Ambulatoria por un total de 15 años en el Hospital Padre Hurtado.

Previamente, para caracterizar mejor y profundizar en la comprensión de los procesos quirúrgicos electivos **Ambulatorio** y de **Hospitalizado** en HPH, se describen a continuación las actividades más importantes del proceso pre-quirúrgico ambulatorio y de paciente electivo que requiere hospitalización Post Operatoria:

Paciente Quirúrgico ambulatorio:

- Verificación de cumplimiento de pauta de elegibilidad de pacientes para Cirugía ambulatoria
- Actualización de exámenes preoperatorios.
- Selección de pacientes que requieran evaluación pre-anestésica ambulatoria.
- Agendamiento de pacientes propuestos para cirugía ambulatoria.
- Educación a pacientes acerca del proceso quirúrgico.
- Coordinación de la tabla quirúrgica.

Paciente Quirúrgico con requerimiento de Hospitalización:

En el caso del proceso pre quirúrgico ***hospitalizado***, huelga decir que además de lo señalado en el listado precedente, a excepción del primer punto, estas actividades pre-quirúrgicas incluyen además, toda la **coordinación del estudio preoperatorio**, vale decir, que a través de gestiones directas de este equipo de profesionales con el CRS, se coordinan tanto las interconsultas preoperatorias hacia otros especialistas, como la gestión de los exámenes preoperatorios -incluyendo laboratorio y otros estudios como ecocardiografía, imágenes, espirometría, etc.- y, se administra la agenda de Policlínico de Anestesiología.

Así entonces, tras entrevistar a estos dos actores clave, y utilizando la lógica del análisis de relación **causa-efecto**, se procedió con los siguientes pasos:

- Identificación de los problemas principales agrupados en 3 niveles: problemas (causas) directos, indirectos y estructurales.
- Se identificó y caracterizó el problema central.
- Se hizo estimación de los efectos derivados del problema central.



### 3.1. Problemas principales

Como se mencionó, los problemas principales se agruparon en causas: *estructurales, indirectas y directas*. Dentro de las causas directas, se identificaron algunas tales como: Bajo número de pabellones ambulatorios, insuficientes horas de funcionamiento de unidad de cirugía ambulatoria, poca oferta quirúrgica de cirugía ambulatoria y, alto porcentaje de pacientes con comorbilidades descompensadas.

Respecto de la disponibilidad de pabellones ambulatorios, es evidente que una limitación en su número redundará en una baja productividad. Lo mismo ocurre en cuanto a las horas de funcionamiento disponible. Esto último, responde al diseño de funcionamiento de la UCA, el que demanda disponibilizar horas no sólo para el procedimiento quirúrgico en sí, sino que también para la realización de entrevistas pre-operatorias, educación de pacientes respecto del proceso quirúrgico, entrega de instrucciones pre-operatorias y seguimiento post operatorio telefónico. Así entonces, esta unidad funciona dividiendo su jornada en actividades quirúrgicas -durante la mañana- (hasta las 14 hrs.), y de gestión clínica (ya señaladas, atendido el modelo de atención ambulatoria), durante las tardes, las que son efectuadas por el mismo personal, lo que termina restándole de prolongar el horario de la actividad quirúrgica.

En cuanto a la poca oferta quirúrgica de cirugía ambulatoria, esta afirmación hace referencia a una cartera insuficiente en cantidad y variedad de procedimientos, lo que se analizará más adelante. Por último, el alto porcentaje de comorbilidad descompensada dice relación con condicionantes sociales de la población beneficiaria del hospital, que corresponde a uno de los sectores de más bajos ingresos del país, con una alta carga de enfermedad, lo que explica la significativa baja en la esperanza de vida de ésta, respecto de los sectores socioeconómicos más acomodados de la ciudad y el país<sup>15</sup>.

En cuanto a las causas indirectas, y siguiendo una asociación causa-efecto, podemos describir en primer término, limitaciones de planta física como una condición que dificulta disponer de un mayor número de pabellones ambulatorios. En la misma línea, los problemas de falta de personal, organización de trabajo y de agenda, y de disponibilidad de horas de cirujano destinadas a cirugía ambulatoria, condicionan en su conjunto que las horas de funcionamiento de la unidad sean insuficientes o, que se pierdan bloques quirúrgicos.

En cuanto a la poca oferta quirúrgica ambulatoria, podemos citar como causa indirecta, la insuficiente coordinación entre los equipos quirúrgico y anestésico, para el desarrollo de protocolos que incorporen nuevos procedimientos quirúrgicos ambulatorios y, junto con ello, la falta de equipamiento quirúrgico en cantidad y calidad, que permita realizar un mayor número de procedimientos mínimamente invasivos, así como de equipamiento anestésico para manejo avanzado de dolor (ecógrafos, catéteres para manejo ambulatorio de dolor, fármacos, sala de procedimientos pre anestésicos , etcétera) tal que, dicha coordinación, permita aumentar la cartera de procedimientos quirúrgicos ambulatorios seguros, y el uso eficiente del recurso pabellón. En este nivel podemos identificar también como causa indirecta, las dificultades de manejo del equipo pre-operatorio para compensar pacientes que, en alto porcentaje, tienen inadecuado control de sus comorbilidades, ya sea por falta de disponibilidad de horas médicas y de enfermería para efectuar esos controles y seguimientos, por las dificultades para interconsultar con otros especialistas, o para realizar los procedimientos o exámenes especializados que sean requeridos, o por la falta de protocolos específicos adaptados a la multi-morbilidad de un grupo relevante de estos pacientes, tal que permitan un manejo más eficiente y acotado en el tiempo, de su morbilidad.

Por último, en el nivel más bajo de problemas principales, asociado a causas estructurales, podemos señalar al diseño ex post de pabellones ambulatorios, como una causa estructural de las limitaciones de planta física referidas, esto pues en efecto, los pabellones ambulatorios no eran parte del diseño original de la estructura del Hospital Padre Hurtado y fueron incorporados varios años después de su inauguración, remodelando un sector del CRS.

En cuanto a problemas de organización, agenda y distribución de personal, podemos señalar como problema estructural el déficit de horas de TENS, y de horas de cirujano destinadas a la UCA, a lo que se suma la poca prioridad que se le da a esta unidad por parte de las jefaturas quirúrgicas, lo que a la larga, termina por desvirtuar y desviar su quehacer, de su misión y objetivo prioritario, cuál es, el desarrollo eficaz y eficiente de la CMA.

Finalmente respecto del tema de la comorbilidad compleja, podemos señalar como causa estructural un déficit en el manejo de esta morbilidad en la APS, lo que junto a determinantes socioeconómicos, hacen de la población beneficiaria del hospital, un grupo con una alta prevalencia de comorbilidades, probablemente de las más altas del país.

### *3.2. Problema central*

Al identificar el bajo número de cirugías ambulatorias en términos absolutos y relativos como un problema central, se hace referencia a un apoyo insuficiente hacia la estrategia más factible de ejecutar, en pos de dar cuenta de la demanda de atención quirúrgica de la población beneficiaria. Cabe resaltar aquí que, dado el crónico y siempre crítico déficit de camas de hospitalización, sumado a la altísima demanda de atención de urgencias, referidas en párrafos anteriores, y a la alta probabilidad reportada de resolver en forma ambulatoria un porcentaje muy significativo de las cirugías electivas pendientes, se puede concluir que, el no contar con un apoyo intenso y explícito a la CMA, constituye un déficit relevante a la hora de planificar la mejor estrategia para alcanzar las metas de productividad de pabellones, y los compromisos de gestión institucionales en esta área.

### *3.3. Efectos*

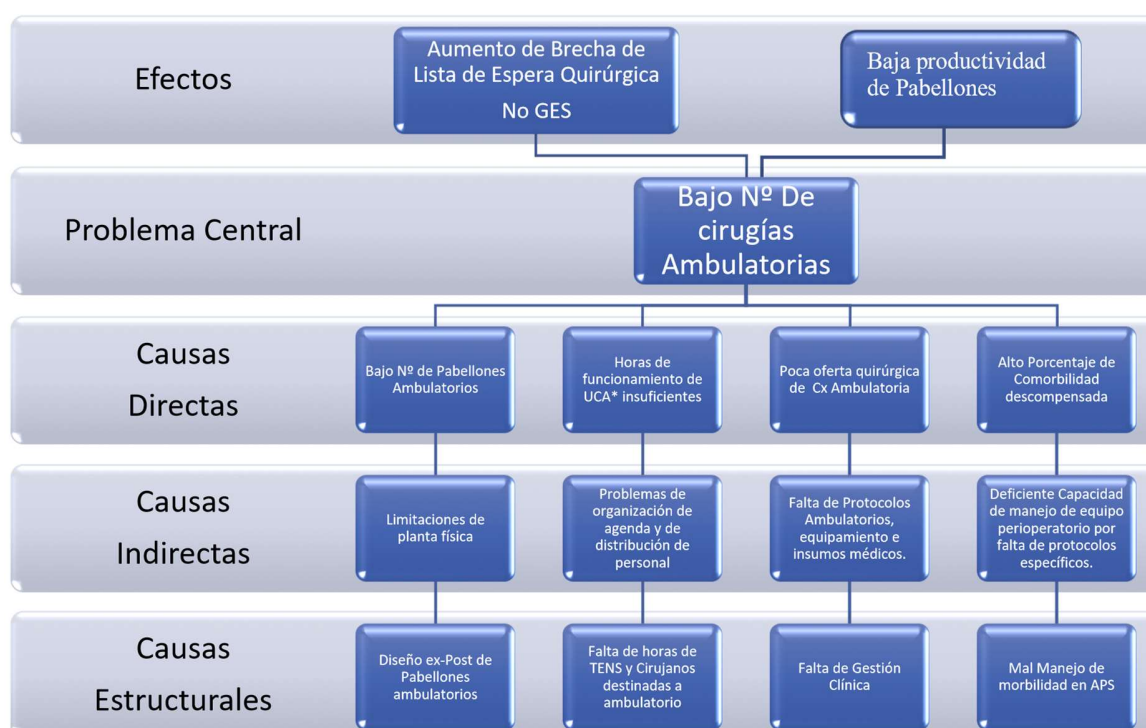
Respecto de los efectos asociados al problema central descrito, se hará referencia a un primer nivel de estos, los más inmediatos. Estos efectos se pueden agrupar en una baja productividad de pabellones en su conjunto y, en la no disminución, mantención o incluso aumento de la brecha de la lista de espera quirúrgica, en particular la no GES, que no cuenta con la garantía de oportunidad de atención, respecto de aquellas agrupadas en las Garantías Explícitas.

Se podrían seguir analizando las consecuencias derivadas de este primer nivel de efectos, lo que incluiría insatisfacción usuaria, deterioro económico para las familias, deterioro de calidad de vida, pérdida de productividad de los usuarios, así como pérdida económica por ineficiencias y disminución de ingresos por el lado de la institución. Sin embargo, se ha optado por enfatizar solo el primer nivel, destacando en éste la situación de brechas de lista de espera quirúrgica no GES.

#### 4. Árbol de problemas

Finalmente, luego del análisis presentado en las secciones precedentes, se construyó el árbol de problemas. Como se ha mencionado latamente, este proceso se trabajó estructuralmente en base a tres elementos, a saber: causas (directas, indirectas y estructurales), problema central y efectos. El resultado es el diagrama que se muestra en la figura 8.

**Figura 8. Árbol de Problemas**



Fuente: Elaboración Propia

Nota: La sigla UCA significa Unidad de Cirugía Ambulatoria

## 5. Análisis de Objetivos

El análisis de objetivos, que conduce a la construcción del árbol de objetivos, siguió las pautas de la metodología de Marco lógico. De este modo, las situaciones planteadas en el árbol de problemas como aspectos negativos, pasan a expresarse en términos positivos. Según el nivel que se trate, las **causas** pasarán a considerarse **medios**, los problemas, incluyendo **el problema central**, pasarán a considerarse **objetivos** y los **efectos** se considerarán **finés**, constituyéndose así una nueva matriz cuya coherencia interna estará dada ahora por la lógica **medios-fin** en vez de la de causa-efecto de la matriz “árbol de problemas”.

Al desarrollar el análisis de objetivos, y en función de la viabilidad de estos, se pueden desprender un grupo de soluciones variadas, y que parecen muy evidentes a la luz de lo expuesto, pero difíciles de alcanzar para el caso de algunas de ellas, dado que implican inversiones financieras que pueden llegar a ser muy relevantes, y cuya aprobación depende de niveles directivos más altos incluso que los contemplados en el presente proyecto. Por tanto, y en virtud de lo anterior, se optó por priorizar aquellos problemas que efectivamente parecen más asequibles y a partir de los cuales estos objetivos se pueden viabilizar.

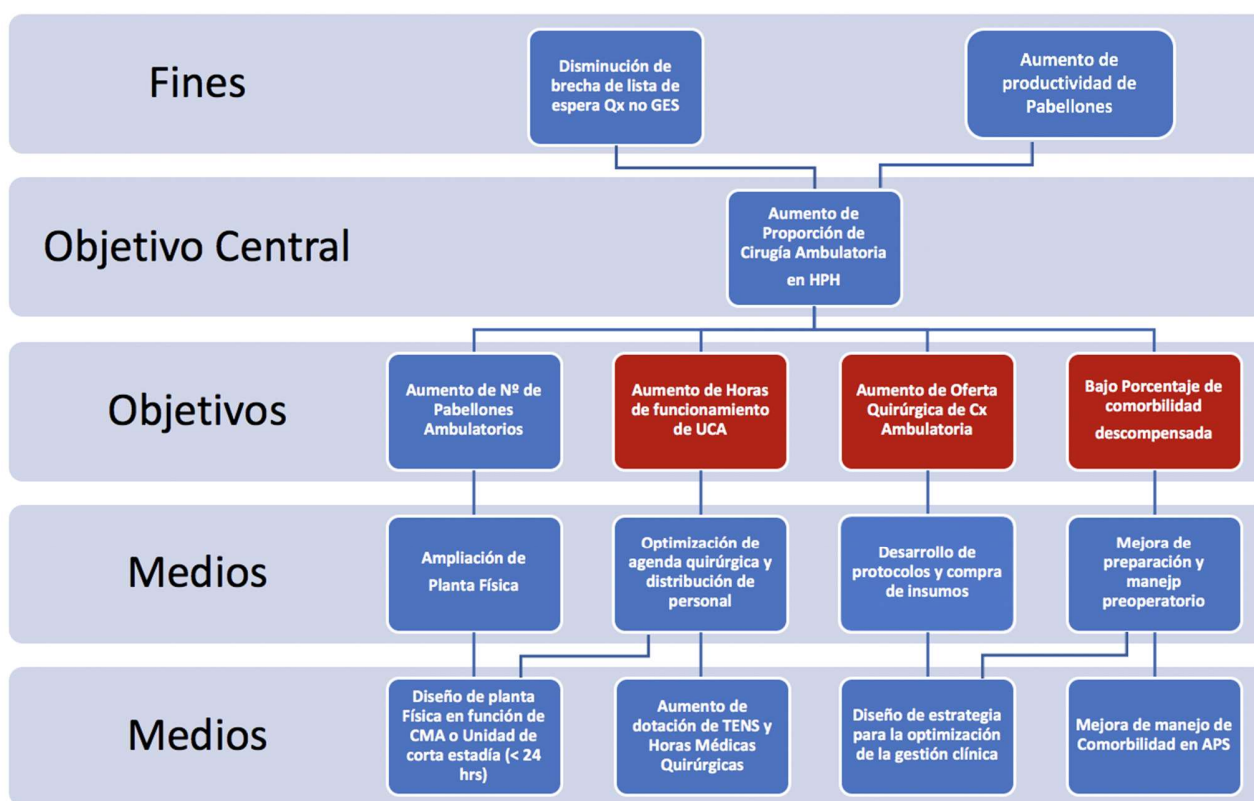
Se seleccionaron y diferenciaron entonces, dos grupos de objetivos en función de la cuantía de los recursos financieros implicados. Se consideró así mismo, como objetivos posibles o más factibles, a aquellos que implican, en lo grueso y principalmente, una estandarización y/o reorganización del trabajo que actualmente se realiza, es decir, cuestiones abordables sin grandes requisitos de inversión, y que en la figura 9 de Árbol de Objetivos, se resaltan en color rojo. Por otra parte, la restante opción, sustentadas en inversión de recursos financieros significativos, (color azul de la línea de objetivos), no fue considerada.

No obstante lo anterior, al enmarcarse estos programas menos onerosos en una estrategia general que no entra en oposición con las alternativas que ponen el acento en la inversión significativa de recursos, el éxito de las primeras puede servir de sólido argumento para que, en un segundo momento, se logre aprobar recursos financieros significativos destinados a infraestructura, recursos humanos y equipamiento, cuyo objetivo sea potenciar aún más la CMA.

## 6. Árbol de Objetivos

Finalmente, luego del análisis explicado en las secciones precedentes, se construyó el árbol de objetivos, cuyo resultado se expresa en el diagrama que se muestra en la figura 9.

Figura 9. Árbol de Objetivos



Fuente: Elaboración Propia

## 7. Análisis de Alternativas

En este punto se analizarán las alternativas de objetivos a incluir en el proyecto, en función de su factibilidad y gobernabilidad, principalmente. En virtud de lo anterior, se priorizó por objetivos centrados en la gestión administrativa y de agenda, de la ampliación de la oferta quirúrgica, y de la gestión clínica del proceso pre quirúrgico, entendiendo que la viabilidad de ejecutar estas estrategias se basa en el hecho de que son decisiones circunscritas al ámbito local. Por contrapartida, se estima que la primera alternativa planteada en la línea de objetivos de la figura precedente, -Aumento de N° de pabellones ambulatorios-, se presenta a primera vista como poco factible, dada la envergadura de la inversión requerida, estimada en un monto que bordea los \$ 700 millones de pesos (Ver Anexo 4, presupuestos). Debido a su magnitud además, se estima que la toma de decisiones para esta inversión, escapa al ámbito de competencias de los actores involucrados, por lo que no se incluye en el proyecto.

Respecto del 3er objetivo destacado, “ bajo porcentaje de comorbilidad descompensada”, se presupone que el logro de éste, será alcanzable en la medida que se apliquen estrategias de preparación, seguimiento y control de casos, para lo cual se estima necesario la reorganización del modelo de atención de estos pacientes bajo un nuevo esquema, proponiéndose para ello la creación de una Unidad de Gestión Clínica para Cirugía Mayor Ambulatoria, por lo que se decidió reemplazar aquel objetivo, por éste último, en el supuesto de que la constitución y entrada en funciones de esta unidad, permitirá disminuir el exceso de comorbilidad descompensada planteado en el objetivo. Así entonces, se describirán los objetivos priorizados precedentemente, a saber:

- i) Aumento de horas de funcionamiento de UCA.
- ii) Aumento de oferta de cirugías ambulatorias.
- iii) Creación de Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Ambulatoria.

A continuación se presenta el análisis de cada una de estas alternativas.

### *7.1. Aumento de horas de funcionamiento de UCA*

Para concretar el aumento de horas de funcionamiento de la UCA, necesariamente debe contemplarse la separación de las funciones clínico-asistenciales de las funciones de gestión clínica asociadas al proceso quirúrgico ambulatorio, que ya se ha descrito precedentemente. Además, se debe aumentar la dotación de personal, de manera tal que la totalidad de horas/pabellón disponibles sean efectivamente destinadas a procedimientos quirúrgicos, lo que también debe contemplar la prolongación del horario de funcionamiento de la unidad, para dar tiempo al cumplimiento de todo el protocolo de CMA (recuperación de Fase I o precoz y recuperación de Fase II o pre-alta)<sup>16</sup>. En efecto, el no disponer del horario de tarde en la UCA, constituye una ineficiencia significativa, habida cuenta del alto costo de la infraestructura disponible y de las enormes necesidades quirúrgicas no resueltas. Por otra parte, ampliar la oferta quirúrgica hasta completar la totalidad de horas disponibles de pabellón debe contemplar, necesariamente, la asignación de horas quirúrgicas al horario de tarde.

Junto con lo anterior, se requiere una extensión del horario de funcionamiento, idealmente hasta las 20 horas, a fin de permitir el efectivo uso de pabellón hasta al menos las 17 horas, pues el alta domiciliaria requiere, al menos, 2 o 3 horas de observación post operatoria.

Lo anterior lleva aparejado un aumento de dotación de personal, a fin de cubrir estos requerimientos horarios. Esta dotación podría, alternativamente a la contratación directa del personal requerido, suplirse mediante la programación de cirugías de lista de espera licitadas por la institución, en el horario vespertino, lo que permitiría contar con personal tanto profesional como técnico, sin mayores inversiones.

A modo de prevenir el riesgo moral (ej. déficit de programación de cirugía electiva institucional, en favor de programación de cirugías financiadas por programas de lista de espera), se podría instaurar como requisito, un mínimo de actividad quirúrgica en horario matinal (AM), dependiendo de la especialidad quirúrgica en cuestión, como requisito para dar curso a la cirugía de lista de espera PM.



Objetivo:	Aumento de horas de funcionamiento de UCA
Acciones	Acción 1: Prolongación de horario de funcionamiento (hasta las 20 hrs)
	Acción 2: Redestinación de funciones clínico administrativas propias de la CMA a nueva Unidad, a saber: entrevistas, educación y seguimiento PO.
	Acción 3: Aumento de dotación de personal (TENS y horas cirujano)

## 7.2. Aumento de oferta de cirugías ambulatorias

Un primer esfuerzo respecto del aumento de oferta de cirugías ambulatorias debiera centrarse en la optimización de la agenda de pabellones ambulatorios y en el aumento de la oferta de pabellones ambulatorios. A este respecto, establecida la prolongación del horario de funcionamiento de pabellón ambulatorio descrita anteriormente, se propone establecer un mínimo de rendimiento quirúrgico en UCA, equivalente a 5 cirugías diarias, o un 85% de ocupación del horario de pabellón disponible. Junto con lo anterior se propone definir un mínimo de cirugías ambulatorias a efectuar en pabellón central equivalente al 33% del total de horas de funcionamiento disponibles.

Otra estrategia propuesta en la línea definida en este título, dice relación con la expectativa de aumentar la cartera de procedimientos ambulatorios, lo que necesariamente conlleva plantear este desafío a todos los equipos quirúrgicos y al equipo de anestesiólogos, en primer lugar, y en segundo término, estructurar estos procedimientos a través de proyectos específicos que permitan definir los requerimientos técnicos asociados (ej. necesidad de insumos y equipos) y proyectar los resultados esperados, entregando así los fundamentos técnicos que justifiquen y den sustento a estas inversiones.

Los antecedentes en este sentido son abundantes. Existen muchas experiencias no sólo internacionales sino que también nacionales, incluido por cierto el ámbito público, que dan cuenta de su factibilidad. Por ejemplo, la experiencia del hospital Eloísa Díaz de la Florida, en cirugía de prótesis de cadera y rodilla ambulatorias<sup>17</sup>, la experiencia de los Hospitales Públicos de Castro en Chiloé, o El Carmen de Maipú, en cirugía láser para enucleación de próstata ambulatoria o con alta precoz<sup>18, 19</sup>. Este aumento

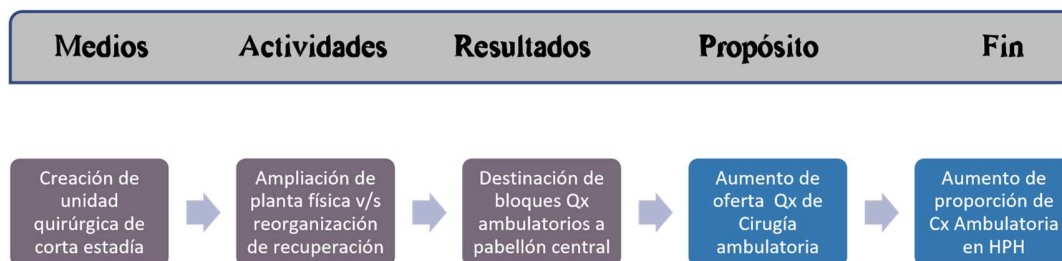
de oferta debiera incluir también, la cirugía *fast track* o de alta precoz, comprendida dentro de las primeras 24 horas del postoperatorio, que se realiza actualmente en HPH, pero que no se ajusta a los protocolos de CMA en lo referido a selección de pacientes y seguimiento Post Operatorio, lo que conlleva el riesgo no menor, de que el paciente pueda no ser dado de alta precozmente o bien, el riesgo de reingreso y hospitalización, por alguna complicación asociada a una condición previa insuficientemente evaluada y valorada.

Por último, en este punto se incluye la habilitación de una **unidad de corta estadía hospitalaria**<sup>20</sup> planteada como opción realista al poco factible aumento del número de pabellones disponibles de la UCA. Esta unidad, convencionalmente pensada para estadía post operatoria de entre 24 a 72 horas, permitiría además dar soporte a la realización de Cirugía Mayor Ambulatoria en pabellón central y, adicionalmente, apoyar el funcionamiento de la UCA, sin afectar el resto de la cirugía electiva (ej. sin congestionar la unidad de recuperación post operatoria).

Como es evidente, la opción “Aumento de número de Pabellones Ambulatorios”, permitiría alcanzar el objetivo propuesto con relativa facilidad. Sin embargo, se ha dejado fuera del ámbito de influencia del proyecto, por el evidente altísimo costo de inversión que implica<sup>21</sup> (Ver Anexo 4), lo que lo hace difícil de alcanzar, al menos, en el corto y mediano plazo.

La creación de una **unidad quirúrgica de corta estadía hospitalaria**, idealmente adosada a la unidad de recuperación de Pabellón Central y administrada por el equipo responsable de la gestión de pabellón (anestesiólogos), permitiría aumentar las horas quirúrgicas disponibles para Cirugía Mayor Ambulatoria, entendida ésta en su definición primaria (ej. cirugía con hospitalización de menos de 24 hrs, es decir, pacientes que operados en horario hábil, pernoctan en el hospital para ser dados de alta a la mañana siguiente, a primera hora). Este proyecto podría abarcar, desde la mera reorganización de la unidad de recuperación, hasta una discreta inversión para aumentar la capacidad de cupos de la misma, pensada, eso sí, para estos y no otros efectos; dicho explícitamente y de otro modo, no para el aumento de cupos de hospitalización. La figura 10 muestra un diagrama de este proyecto.

**Figura 10. Creación de Unidad Quirúrgica de corta estadía y Aumento de CMA en Pabellón Central**



Fuente: Elaboración propia

Los criterios que permiten considerar esta alternativa son:

**-Factibilidad y capacidad técnica para la implementación:**

Se considera altamente factible, dado que en la práctica, se ha iniciado en forma empírica la ejecución de estos procedimientos en pabellón central, aunque de manera poco sistemática y planificada, por lo que generar este modelo y su orgánica, sería la consolidación final de un proceso de cambio que se ha venido dando naturalmente y que genera pocas resistencias.

**-Costo y relación costo-eficacia:**

El costo es variable, en función de la magnitud de los recursos que puedan involucrarse: desde la reorganización de la unidad, hasta la ampliación de la planta física. Así entonces, la estrategia planteada podría tomarse como un proceso gradual, tal que, en la medida de su éxito, les sea más fácil a sus promotores y ejecutores, convencer a la autoridad central de invertir en la potenciación de esta estrategia. Su eficacia, y también eficiencia, son susceptibles de determinar y medir. El aumento del nivel de producción debiera ser significativo y la eficiencia también, pues se puede iniciar el programa basándose en reorganización más que en inversión.

Complementariamente, esta disponibilidad de camas de corta estadía traería un beneficio adicional, cual es desligar el inicio de la cirugía electiva respecto de la disponibilidad de camas de hospitalización, mejorando consistentemente la hora de inicio de la cirugía programada a primera hora en pabellón central, un problema crónico y muy generalizado en nuestro medio, si se considera lo

reportado en el informe de la Comisión Nacional de Productividad sobre eficiencia en el uso de pabellones quirúrgicos y que se ilustra en la figura 11.

**Figura 11. Hora de inicio de primera cirugía. Chile y Reino Unido.**

Sistema de salud (horario institucional)	Hora de inicio de primera cirugía
<b>Chile - SNSS</b> (08:00-17:00)	<b>08:40</b> (08:15-09:36)
<b>Reino Unido - NHS</b> (08:30-17:30)	<b>08:36</b> (08:00-09:00)

*Tomado de Informe final de Comisión Nacional de productividad para el uso eficiente de pabellones. Enero 2020. Hallazgo 1, Fig 1,1 Pág 32.*

Fuente. Comisión Nacional de Productividad. Informe sobre eficiencia en el uso de pabellones quirúrgicos.

El citado informe reporta pérdidas de tiempo de 40 min en promedio, por retrasos, en el comienzo de cirugías al inicio de la jornada diurna, respecto de países como Reino Unido (6 minutos). En efecto, en el HPH, junto con el déficit estructural de camas, no existe coordinación entre el horario de las altas de hospitalización básica y los requerimientos de camas de pabellón. Así entonces, se produce una cadena de obstrucciones que parten con el alta vespertina de pacientes, lo que retrasa la disponibilidad de esos cupos básicos y, a su vez, de cupos UPC por pacientes que no pueden egresar a camas básicas, de suerte que finalmente, se termina congestionando la unidad de recuperación y el pabellón. Para prevenir esto, entonces, se suele esperar la confirmación de disponibilidad de cama para iniciar una cirugía, retrasando el inicio de la misma, lo que podría evitarse con esta unidad de corta estadía.

Objetivo:	Aumento de oferta de Cirugía Ambulatoria
Acciones	Acción 1: Optimización de Agenda Quirúrgica Ambulatoria.
	Acción 2: Desarrollo de proyectos específicos por los equipos anestésico-quirúrgicos para aumentar la oferta de procedimientos ambulatorios.
	Acción 3: Diseño, construcción y habilitación de Unidad de corta estadía quirúrgica.

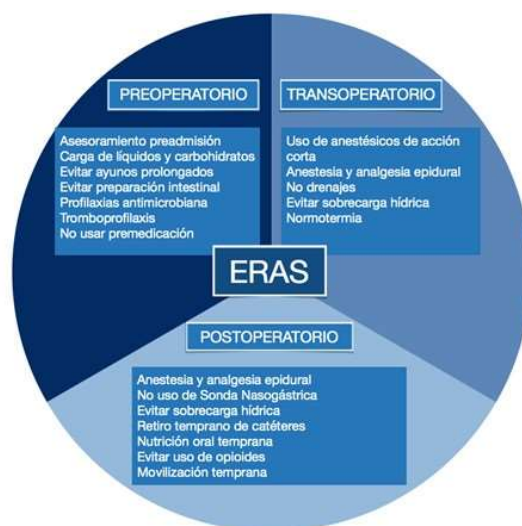
### 7.3. Creación de Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Ambulatoria

Este objetivo apunta al desarrollo de estrategias de control y manejo de estos pacientes, tal que, puedan entrar a un proceso eficiente y efectivo de manejo de casos que les permita llegar en buenas condiciones a pabellón. Existen al respecto estrategias de manejo y seguimiento por un lado<sup>22</sup>, y estrategias de preparación tales como los protocolos ERAS (ver figura 12), *Enhanced Recovery After Surgery* o en español, *Recuperación Acelerada Después de Cirugía*<sup>23, 24</sup>, o estrategias de pre habilitación<sup>25</sup>, que optimizan la condición clínica del paciente, con miras a que puedan sortear el proceso quirúrgico exitosamente.

Con todo, para integrar este nuevo enfoque se hace necesaria la creación de una unidad de gestión de cirugía ambulatoria, que permita incorporar en un nuevo proceso clínico asistencial y administrativo - adaptado a tiempos de pandemia-, los conceptos esbozados precedentemente, incorporando un equipo multidisciplinario que incluya enfermería, kinesiología, nutrición y médico anesestesiólogo, este último como responsable clínico del manejo preoperatorio, concepto elaborado en países desarrollados y descrito como “Medicina del Perioperatorio”.<sup>26</sup>

En cuanto a las estrategias de seguimiento, se propone un modelo que apunte a la Gestión del Paciente Complejo basado en la estratificación de paciente crónico propuesta por Kaiser Permanente<sup>27</sup> en EEUU, concentrando recursos en los grupos más demandantes y basando el resto en protocolos y guías (figura 13).

**Figura 12. Protocolo ERAS**



**Figura 13. Modelo de Pirámide de Kaiser Permanente**

En este modelo, la “Gestión del Caso” está a cargo de un médico o enfermera que coordina el proceso de preparación y estudio del grupo de pacientes más complejos, pero que demandan mucha más atención.

Respecto de los protocolos ERAS, puede decirse que estos surgen en los años 90, a partir de las investigaciones de dos grupos de investigadores clínicos, encabezados por los Dres. H. Kehlet y C.P. Delaney, acerca de estrategias de optimización del manejo perioperatorio (preoperatorio-intraoperatorio-postoperatorio), desarrollando el concepto de Cirugía *fast track*. Posteriormente el Dr. Olle Ljungqvist de Suecia, integra estos protocolos como un programa multimodal con los objetivos de atenuar la pérdida de la capacidad funcional y mejorar la recuperación en el período perioperatorio, (protocolo ERAS®) luego de lo cual, gracias a su éxito y difusión, llega en 2010 a constituirse una organización en torno a este tema: la ERAS Society. En sí, estos protocolos consisten en una sumatoria de estrategias de manejo, basadas en evidencia y que con acento en el pre operatorio, ayudarán a optimizar el manejo de estos pacientes.

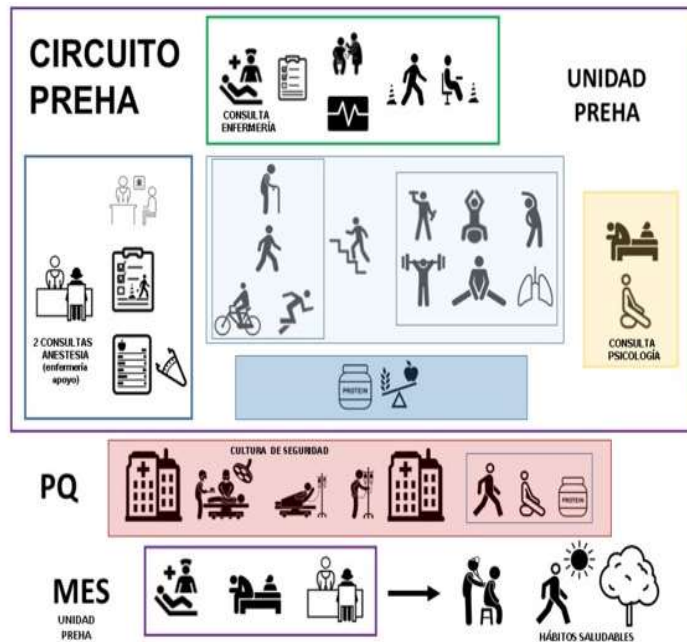
Aún cuando los protocolos están orientados originalmente, a reducir los tiempos post operatorios de cirugías complejas y sus complicaciones, son simples, no revisten gran inversión en recursos de infraestructura, y son perfectamente extensibles o adaptables a este grupo de pacientes y a la CMA.

Respecto a la Prehabilitación, este concepto ha sido desarrollado por el Dr F. Carli en la Universidad McGill en Montreal, Canadá, y apunta al acondicionamiento o preparación para una cirugía (tal como se prepararía un deportista para una competencia), basado en tres pilares:

**Figura 14. Protocolo de Pre-habilitación**

- i) Aumento de reserva fisiológica mediante actividad física moderada;
- ii) Optimización y preparación nutricional y
- iii) Minimización de la carga emocional. (Figura 14).

Se debe reiterar nuevamente que, si bien estas estrategias están pensadas para cirugías de alta complejidad, son perfectamente adaptables bajo la debida supervisión profesional, a grupos de pacientes con múltiples comorbilidades sometidos a CMA.

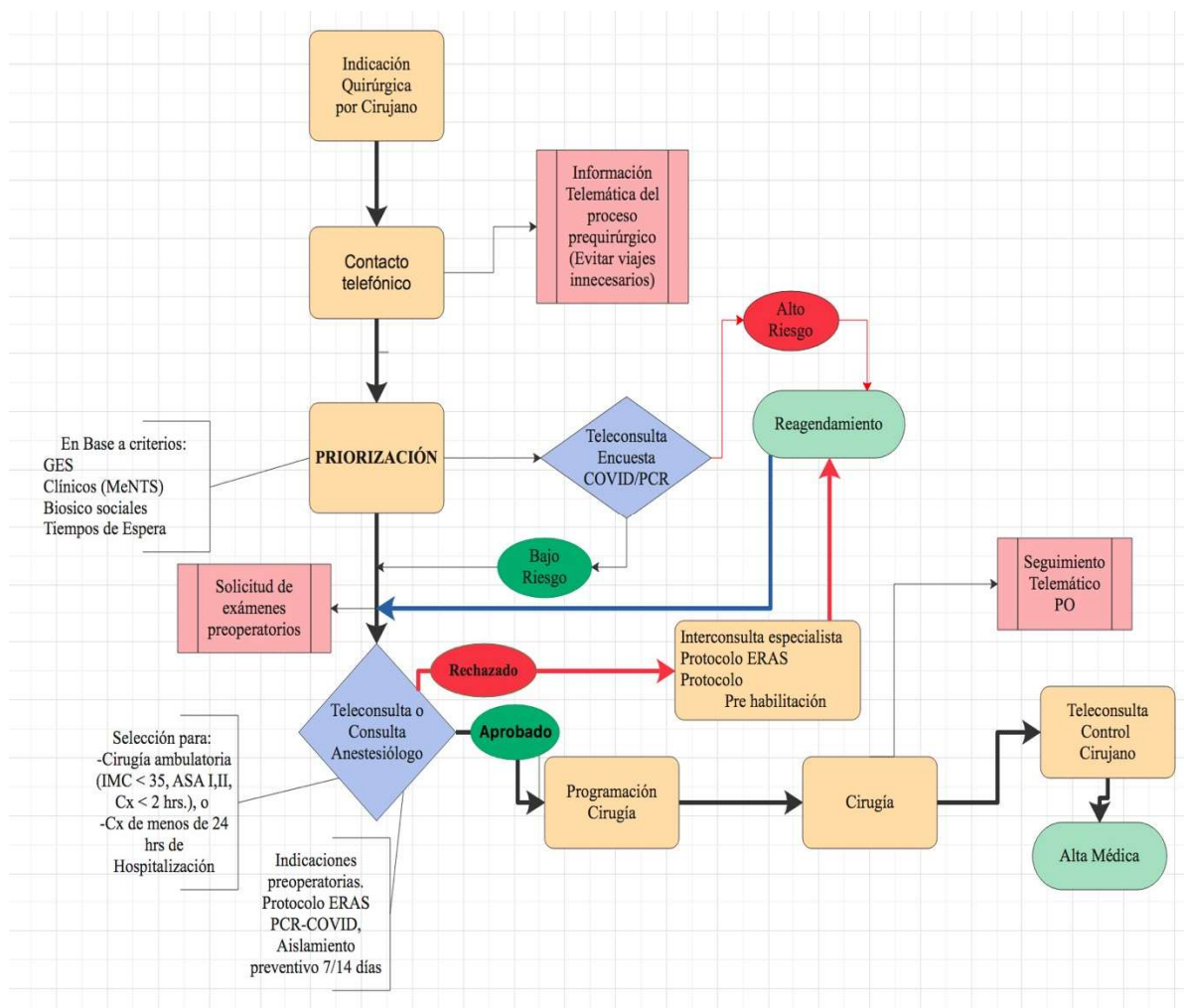


Fuente: Unidad de Pre-habilitación. Hospital Clínico de Zaragoza.

<https://prehabilitacion.wordpress.com/>

La figura 15, más abajo, ilustra un diagrama que muestra un rediseño del proceso pre y post quirúrgico ambulatorio adaptado a la actual situación epidemiológica, que incluye una tabla con criterios clínicos como herramienta de priorización complementaria, considerando la implementación de medios telemáticos para los controles pre y post quirúrgicos, todo lo cual debería quedar a cargo de la unidad de gestión de cirugía ambulatoria. Este es el proceso de evaluación pre operatoria y seguimiento post operatorio propuesto para la CMA.

**Figura 15. Diagrama de proceso pre y post quirúrgico propuesto para UGCMA**



Fuente: Elaboración propia

La figura 16, muestra una propuesta de estrategia de priorización de los procedimientos quirúrgicos en base a criterios clínicos, para los tiempos de pandemia que corren y que son sensibles al tiempo. Es decir, aquellos que su postergación implica un riesgo para el paciente. Esta pauta ha sido propuesta por el American College of Surgeons y ha sido recogida a su vez, por la Sociedad de Anestesia de Chile.



Figura N° 16. Pauta de Priorización en base a criterios clínicos (MeNTS)<sup>28</sup>

Sistema de Categorización de Riesgo de Cirugía Electiva en Pandemia COVID 19 (recomendado por ACS)					
Factores del procedimiento					
Puntos	1	2	3	4	5
Tiempo cirugía	< 30 min	30-60 min	60-120min	120-180	>180 min
Tiempo hospitalización estimado	Ambulatorio	23 hrs	24 - 48 hrs	<= 3 días	>4 días
Necesidad de UCI Post op.	Muy poco probable	<5%	5-10%	10-25%	25%
Estimación de Pérdida de Sangre	<100 cc	1 00-250 cc	250-500 cc	500-750 cc	750 cc
Tamaño Equipo Qx	1	2	3	4	>4
Probabilidad de Intubación	< 1%	1-5 %	5-10%	10-25%	>25%
Sitio Quirúrgico	Ninguno de los siguientes	Abdominopelviana, Cirugía mínimamente Invasiva	Abdominopelviana Abierta, Infrumbilical	Abdominopelviana abierta, supraumbilical	ORL/Cabeza y Cuello/Gastrointestin al alta/ Torácica
Subtotal	0	0	0	0	0
Total A	0	0	0	0	0
Factores de la Enfermedad					
Puntos	1	2	3	4	5
Efectividad de tratamiento no quirúrgico opcional	No disponible	<40% efectividad v/s Cirugía	40-60% efectividad v/s cirugía	60-95% efectividad v/s cirugía	Igualmente efectivo que cirugía
Opción no quirúrgica RESOURCE/EXPOSURE RISK	Significativamente peor/no aplicable	Algo Peor	Equivalente	Algo Mejor	Significativamente mejor
Impacto de 2 sem de retraso en evolución de la ENFERMEDAD	Significativamente peor	Peor	Moderadamente peor	Un poco peor	No peor
Impacto de 2 sem de retraso en evolución en riesgo/dificultad Quirúrgica	Significativamente peor	Peor	Moderadamente peor	Un poco peor	No peor
Impacto de 6 sem de retraso en evolución de la ENFERMEDAD	Significativamente peor	Peor	Moderadamente peor	Un poco peor	No peor
Impacto de 6 sem de retraso en evolución en riesgo/dificultad Quirúrgica	Significativamente peor	Peor	Moderadamente peor	Un poco peor	No peor
Subtotal	0	0	0	0	0
Total B	0	0	0	0	0
Factores del Paciente					
Puntos	1	2	3	4	5
Edad	<20 años	20-40 años	40-50 años	50-65 años	>65 años
Enfermedad Pulmonar (asma, EPOC, FQ)	No			Minima	Más que mínima
Apnea del Sueño Obstructiva	No presente			leve/moderada (No CPAP)	En CPAP
Enf. Cardiovascular (HTA, ICC, CC)	No	Minima (sin medicamentos)	leve (1 medicamento)	Moderada (2 medicamentos)	Severa (3 o+ medicamentos)
Diabetes	No		leve (no medicamentos)	Moderada (medicamentos orales)	Más que moderada (Insulina)
Inmuno compromiso* (fiebre, tos, odinofagia, dolor muscular, diarrea)	No (Asintomático)			Moderado	Severo
Exposición a persona COVID 19(+) en los últimos 14 días	No	Probablemente No	Posible	Probablemente	Si
Subtotal	0	0	0	0	0
Total C	0	0	0	0	0
<b>TOTAL ITEMS A+B+C</b>					<b>0</b>

\*Malignidad hematológica, trasplante de stem cell, trasplante organo sólido, QMTcitotóxica activa/reciente, anti-TNFa u otra Inmunosupresión, >20mg prednisona equivalente/día, Inmunodeficiencia congénita, hipogamaglobulinem fa con Ig IV, VIII con CD4<200

Fuente: Prachand et al. (2020). Medically-necessary, Time-sensitive procedures: A scoring system to ethically and efficiently manage resource scarcity and provider risk during the COVID-19 pandemic. Journal of the American College of Surgeons. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2020.04.011>

Objetivo:	Creación de Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Ambulatoria
Acciones	Acción 1: Conformación de Equipo de Gestión, Organigrama y dependencias
	Acción 2: Diseño del proceso de atención pre operatoria y seguimiento post operatorio
	Acción 3: Implementación de protocolos de seguimiento y preparación de pacientes en base a: - Pirámide de Kaiser. Gestión del Caso. - Protocolos de pre habilitación - Protocolos ERAS®
	Acción 4: Establecer medios de soporte telemático para complementar la atención Pre y Post Quirúrgica (basada en protocolos).

#### **IV. ETAPA DE PLANIFICACIÓN**

En esta etapa y a partir del árbol de objetivos y demás antecedentes como insumos, se construyó la Matriz de Marco Lógico (MML). Esta matriz está estructurada en cuatro niveles jerárquicos, cuya primera columna corresponde al resumen narrativo de objetivos, a saber: Fin, Propósito, Resultados y Actividades. Siguiendo entonces la lógica causa efecto, los Resultados serán productos del proyecto necesarios para lograr el Propósito, que consiste a su vez en la hipótesis central del mismo<sup>11, 29</sup>. A la columna de objetivos le siguen una columna de indicadores, otra de medios de verificación y una última de supuestos.

El Fin corresponde a la contribución que hará el proyecto, entendiendo que su consecución no depende solo del proyecto sino que de varias otras iniciativas más allá de los límites del proyecto y, por lo mismo, no está en control del equipo gerencial del proyecto. Por contrapartida, los niveles de objetivos “Resultados” y “Actividades” sí están bajo el control gerencial del proyecto, y son por tanto, objeto de la planificación que se desarrolla.

Finalmente, los supuestos son condiciones externas, ajenas al control gerencial y a la institución, y que inciden en el logro de los objetivos. Son condiciones, acontecimientos o decisiones que deben de ocurrir para el cumplimiento de los niveles de objetivos del proyecto, y pueden considerarse en ese sentido, riesgos que condicionan su éxito o fracaso. Los riesgos referidos son variados y diversos, tales como factores sociales, políticos, financieros, institucionales, ambientales, etcétera.

## 1. Resumen narrativo de los objetivos del Proyecto

### PROYECTO

#### Mejoramiento del rendimiento de cirugía ambulatoria en el Hospital Padre Alberto Hurtado

##### *1.1 Resumen Narrativo de Objetivos*

<b>Fin</b>	Disminuida la brecha de lista de espera quirúrgica NO GES
<b>Propósito</b>	Aumentada la proporción de Cirugía Mayor Ambulatoria en Hospital Padre Hurtado
<b>Resultados</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Aumentadas las horas de funcionamiento de UCA</li><li>2. Aumentadas la oferta quirúrgica de Cirugía Ambulatoria</li><li>3. Creada la Unidad de Gestión Clínica para Cirugía Mayor Ambulatoria (UGC CMA)</li></ol>
<b>Actividades</b>	
Actividad 1.	<ol style="list-style-type: none"><li>1.1 Prolongación de horario de funcionamiento en UCA</li><li>1.2 Redestinación de funciones clínico administrativas de la CMA a UGC CMA.</li><li>1.3 Aumento de dotación de personal (TENS y horas cirujanos).</li></ol>
Actividad 2.	<ol style="list-style-type: none"><li>2.1 Optimización de Agenda Quirúrgica Ambulatoria.</li><li>2.3 Desarrollo de proyectos específicos por los equipos anestésico/quirúrgicos para aumentar la cartera de procedimientos ambulatorios.</li><li>2.4 Diseño y construcción de Unidad de corta estadía quirúrgica.</li></ol>
Actividad 3.	<ol style="list-style-type: none"><li>3.1 Conformación de Equipo de Gestión. Organigrama y dependencias.</li><li>3.2 Diseño de Proceso de atención preoperatoria y post operatoria</li><li>3.3 Implementación de protocolos de seguimiento y preparación pre operatoria</li><li>3.4 Establecer medios de soporte telemático para complementar la atención Pre y Post Quirúrgica (basada en protocolos).</li></ol>

## 1.2 Indicadores

### Indicadores según nivel de objetivos

JERARQUÍA DE OBJETIVOS	RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	INDICADORES
<b>FIN</b>	Disminuir la brecha de lista de espera quirúrgica NO GES	<p>Porcentaje de variación (en positivo) de cirugías de lista de espera NO GES realizada, &gt; al 25% de la realizada el 2019.</p> <p>Fórmula:</p> $\left[ \left( \frac{\text{N}^\circ \text{ total lista de espera Quirúrgica no GES final del año en curso}}{\text{N}^\circ \text{ Total de lista de espera Quirúrgica no GES inicio del año 2019}} \right) - 1 \right] \times 100$ <p>Umbral: &gt; 25 % Primer año &gt; 40 % Segundo año Indicador Cuantitativo: Eficacia</p>
<b>PROPÓSITO</b>	Aumentar la proporción de Cirugía Mayor Ambulatoria en Hospital Padre Hurtado	<p>- Porcentaje de cirugías mayores ambulatorias realizadas, respecto del total anual de cirugías realizadas en el HPH &gt; al 60% al final del 2do año.</p> <p>Fórmula:</p> $\left[ \frac{\text{N}^\circ \text{ Total de CMA del año en curso}}{\text{N}^\circ \text{ total de Cirugías realizadas el año en curso}} \right] \times 100$ <p>Umbral: &gt; 50 % Primer año &gt; 60 % Segundo año Indicador Cuantitativo: Eficacia</p> <p>- Razón entre aumento de CMA efectuada y aumento de horas quirúrgicas disponibles.</p> <p>Fórmula:</p> $\left[ \frac{\frac{\text{N}^\circ \text{ Total de CMA en año en curso}}{\text{N}^\circ \text{ Total de CMA en año 2019}}}{\frac{\text{N}^\circ \text{ Total de hrs Quirúrgicas(Qx)disponibles año en curso}}{\text{N}^\circ \text{ total de hrs Qx disponibles año 2019}}} \right] - 1$ <p>Umbral: &gt; 0,8 Indicador cuantitativo: Eficiencia</p>

## Indicadores según nivel de objetivos

JERARQUÍA DE OBJETIVOS	RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	INDICADORES
<b>RESULTADOS O PRODUCTOS</b>	1. Aumento de las horas disponibles para Cirugía en UCA.	<p>Porcentaje de aumento de horas de funcionamiento de UCA</p> <p>Fórmula:</p> $\left[ \frac{\text{N}^\circ \text{ total de hrs. Quirúrgicas disponibles año en curso}}{\text{N}^\circ \text{ total de hrs. Quirúrgicas disponibles año 2019}} - 1 \right] \times 100$ <p>Umbral: &gt; 30%</p>
	2.-Aumento de la oferta quirúrgica de Cirugía Ambulatoria	<p>Aumento del número absoluto de CMA en HPH</p> <p>Razón de variación de CMA</p> <p>Fórmula:</p> $\left[ \frac{\text{N}^\circ \text{ Total de CMA año en curso}}{\text{N}^\circ \text{ total de CMA año 2019}} - 1 \right]$ <p>Umbral: &gt; 0,4</p> <p>Indicador Cuantitativo: Eficacia</p> <p>Razón entre aumento de CMA efectuada y aumento de horas quirúrgicas disponibles.</p> <p>Fórmula:</p> $\left[ \frac{\frac{\text{N}^\circ \text{ Total de CMA en año en curso}}{\text{N}^\circ \text{ Total de CMA en año 2019}}}{\frac{\text{N}^\circ \text{ Total de hrs Quirúrgicas(Qx) disponibles año en curso}}{\text{N}^\circ \text{ total de hrs Qx disponibles año 2019}}} - 1 \right]$ <p>Umbral: &gt; 0,8</p> <p>Indicador cuantitativo: Eficiencia</p>
	3.-Creación de la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Ambulatoria.	Resolución de Creación de la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Mayor Ambulatoria, por la Dirección del Hospital Padre Hurtado.

## Indicadores según nivel de objetivos

JERARQUÍA DE OBJETIVOS	RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	INDICADORES
ACTIVIDADES	1.1 Prolongación de horario de funcionamiento de UCA.	<p>Porcentaje de aumento de horas de funcionamiento, respecto del año 2019.</p> <p>Fórmula:</p> $\left[ \left( \frac{\text{N}^\circ \text{ Total de horas UCA disponibles año en curso}}{\text{N}^\circ \text{ Total de horas UCA disponibles año 2019}} \right) - 1 \right] \times 100$ <p>Umbral: &gt; 45% de aumento. Indicador Cualitativo.</p>
	1.2 Redistribución de funciones clínico administrativas de la UCA a la UGC CMA.	<p>Porcentaje de aumento de Horas destinadas a proceso quirúrgico en UCA.</p> <p>Fórmula:</p> $\left[ \left( \frac{\text{N}^\circ \text{ Total de hrs quirúrgicas Disponibles el año en curso}}{\text{N}^\circ \text{ Total de hrs quirúrgicas disponibles al año 2019}} \right) - 1 \right] \times 100$ <p>Umbral: &gt; al 20% de la oferta de horas de Pabellón al 2019</p>
	1.3 Aumento de dotación de personal adscritos a UCA. (TENS y horas cirujanos).	<p>Nº de Incorporaciones de TENS al final del primer año.</p> <p>Porcentaje de aumento de horas/cirujano disponibles en UCA al final del primer año.</p> <p>Indicadores Cualitativos</p>

## Indicadores según nivel de objetivos

JERARQUÍA DE OBJETIVOS	RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	INDICADORES
ACTIVIDADES	2.1 Optimización de Agenda Quirúrgica Ambulatoria de pabellón central.	<p>2.1.a Promedio de programación de 33% de horas quirúrgicas de Pab. C. en horario hábil, para CMA.</p> <p><b>Fórmula:</b></p> $\left( \frac{\text{Nº Total de hrs Quirúrgicas Programadas en Pabellón Central para CMA el año en curso}}{\text{Nº Total de hrs Quirúrgicas programadas en Pabellón Central el año en curso}} \right) \times 100$ <p><b>Umbral:</b> &gt; al 20 % de la oferta de horas para el primer año &gt; al 32 % de la oferta de horas para el segundo año</p> <p><b>Indicador Cuantitativo</b></p> <hr/> <p>2.1.b Programación promedio de 5 Cirugías Ambulatorias/día por Pabellón de UCA, u ocupación efectiva de 80% de disponibilidad de horario quirúrgico (8-17).</p> <p><b>Fórmula:</b></p> $\frac{\text{Nº Promedio UCA de cirugías por día programadas, año en curso}}{\text{Nº Promedio UCA diario de pabellones disponibles, año en curso}}$ <p><b>Umbral:</b> = o &gt; a 5 Cirugías por Pabellón</p> $\left( \frac{\text{Sumatoria diaria de tiempo quirúrgico* por procedimiento en min.}}{\text{Sumatoria diaria de tiempo quirúrgico total disponible en min.**}} \right) \times 100$ <p><b>Umbral:</b> &gt;79%</p> <p>*Hora de Salida-hora de entrada a pabellón por procedimiento en minutos **Nº total de horas de Pabellones UCA disponibles x 60</p>
	2.2 Desarrollo de proyectos específicos por los equipos anestésico-quirúrgicos para aumentar la cartera de procedimientos ambulatorios	<p>Documentos de propuesta de 3 proyectos de CMA de impacto relevante en número de casos. Proyectos propuestos:                      Urología: Proyecto de CMA o corta estadía en resección de próstata con láser Hulumium.                      Traumatología: Proyecto de CMA o corta estadía en cirugía artroscópica de rodilla y hombro.                      Cirugía: Proyecto de CMA o corta estadía en Colectectomía Laparoscópica y hernioplastia inguinal unilateral no compleja.</p> <p><b>Indicador Cuantitativo.</b></p>
	2.3 Diseño y construcción de Unidad de corta estadía quirúrgica.	<p>Plano del diseño de unidad de corta estadía aprobado por la Dirección del Hospital.</p> <p>Monto de Inversión estimado \$ 40.000.000.-</p>

## Indicadores según nivel de objetivos

JERARQUÍA DE OBJETIVOS	RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	INDICADORES
ACTIVIDADES	3.1 Conformación de Equipo de Gestión, definición de funciones, diseño de Organigrama y dependencias	3.1.a Documento de constitución de equipo de gestión y definición de integrantes, aprobado por la Dirección del Hospital.
		3.1.b Elaboración de Documentación ad hoc a equipo de gestión: -Organigrama y Dependencias de equipo -Descripción del ámbito y funciones del equipo.
	3.2 Diseño de proceso de atención pre operatoria y seguimiento post operatorio	3.2.a Protocolo de proceso de atención preoperatoria, aprobado por la Dirección del Hospital.
		3.2.b Protocolo de proceso de atención post operatoria, aprobado por la Dirección del Hospital.
3.3. Implementación de protocolos de seguimiento y preparación preoperatoria para Cirugía Mayor Ambulatoria programada.	3.3.a-ERAS®. Porcentaje de aplicación de pauta de protocolo ERAS® > al 50% al 1er año y > al 70% al 2do año.	
	3.3.b Prehabilitación. Porcentaje de aplicación de pauta de contención emocional (mindfulness) > al 50% al 1er año y > al 70% al 2do año.	
	3.3.c Gestión de Casos. Porcentaje de casos categorizados como complejos, acompañados por gestor > 50 % al 1er año y > al 70% al 2do año.	
3.4- Establecer medios de soporte telemático para complementar la atención Pre y Post Quirúrgica (basada en protocolos).	-Adquisición o adscripción a plataforma de teleconsultas, aprobado por la Dirección del Hospital.  -Cobertura > al 85% de actividades requeridas por programa, sumando actividades presenciales y telemáticas.	



### 1.3 Medios de Verificación

#### Medios de verificación de los indicadores

INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
<b>De Fin</b> Porcentaje de variación de lista de espera NO GES	Monitoreo Lista de Espera MINSAL
<b>De Propósito</b> Porcentaje de cirugía mayor ambulatoria respecto del total anual de cirugías realizadas en el HPH.	-Estadísticas anuales de SSMSO -Cuenta Pública Anual HPH
<b>De Resultados</b> 1.- Porcentaje de aumento de horas de funcionamiento de UCA.	-Indicadores del instrumento de evaluación de establecimientos autogestionados en red (EAR). - Registros de UCA.
2.- Aumento de N° absoluto de Cirugía Mayor Ambulatoria en HPH. -Razón de Variación de CMA -Razón entre aumento de CMA efectuada y aumento de horas quirúrgicas disponibles.	-Indicadores del instrumento de evaluación de establecimientos autogestionados en red (EAR). - Registros de UCA y Pabellón Central.
3.- Resolución de Creación de la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Mayor Ambulatoria, por la dirección del Hospital Padre Hurtado	-Registros de Unidad de Gestión de Cirugía Mayor Ambulatoria - Registros del Proyecto.
<b>De Actividades</b> 1.1 Porcentaje de aumento de horas de funcionamiento de UCA respecto del año 2019.	-Registros de UCA -Registros del Proyecto
1.2 Porcentaje de Aumento de horas destinadas a proceso quirúrgico en UCA	-Indicadores del instrumento de evaluación de establecimientos autogestionados en red (EAR). -Registros UCA -Registros del Proyecto
1.3 a- N° de Incorporaciones de TENS al final del primer año en UCA b- Porcentaje de aumento de horas Cirujano al final del primer año en UCA	-Unidad de Recursos Humanos, HPH -Registros UCA -Registros del Proyecto
2.1 a- Promedio de programación de 33% de horas quirúrgicas de Pabellón Central en horario hábil, para CMA. b- Programación promedio de 5 Cirugías Ambulatorias/día por pabellón de UCA, u ocupación efectiva de 80% de disponibilidad de horario quirúrgico (8-17).	-Registros UGD -Registros Unidad de Gestión de CMA -Registros del proyecto
2.2 Documentos de propuesta de 3 proyectos de CMA de impacto potencial relevante, en número de pacientes.	-Proyectos recepcionados en Of de Partes HPH - Proyectos presentados a Dirección del Hospital.
2.3 Plano del diseño de unidad de corta estadía aprobado por la Dirección del Hospital. Monto de Inversión estimado \$ 40.000.000.-	-Ejecución presupuestaria -Planta física
3.1 a- Documento de constitución de equipo de gestión y definición de integrantes, aprobado por la Dirección del Hospital.	a- Acta de constitución de Unidad de Gestión de CMA.

<p>b- Elaboración de Documentación ad hoc a equipo de gestión:          -Organigrama y Dependencias de equipo          -Descripción del ámbito y funciones del equipo.</p>	<p>b- Documentos de :          Organigrama, misión, visión y funciones,          visados por la Dirección del Hospital.</p>
<p>3.2.          a- Protocolo de proceso de atención preoperatoria, aprobado por la Dirección del Hospital.          b- Protocolo de proceso de atención post operatoria, aprobado por la Dirección del Hospital.</p>	<p>a y b. Protocolos visados y aprobados por la Dirección del Hospital.</p>
<p>3.3          a- Porcentaje de aplicación de pauta de protocolo ERAS® &gt; al 50% al 1er año y &gt; al 70% al 2do año.          b- Porcentaje de aplicación de pauta de contención emocional (mindfulness) &gt; al 50% al 1er año y &gt; al 70% al 2do año.          c- Porcentaje de casos categorizados como complejos, acompañados por gestor &gt; 50 % al 1er año y &gt; al 70% al 2do año.</p>	<p>- Registros del proyecto          -Registros Unidad de Gestión de CMA          -Registros de la UCA</p>
<p>3.4          a- Adquisición o adscripción a plataforma de teleconsultas, aprobado por la Dirección del Hospital.          b- Cobertura &gt; al 85% de actividades requeridas por programa, sumando actividades presenciales y telemáticas.</p>	<p>a-Plataforma De Teleconsultas Operativa          - Registros del proyecto           b-Registros Unidad de Gestión de CMA          -registros UGD</p>

## 1.4 Supuestos

### SUPUESTOS DEL PROYECTO

RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	SUPUESTOS
FIN Disminuida brecha de lista de espera quirúrgica NO GES	Se logra implementación completa de programa propuesto
PROPÓSITO Aumentada la proporción de Cirugía Mayor Ambulatoria en Hospital Padre Hurtado	Equipos quirúrgicos, de gestores y plana directiva se alinean en torno a objetivos del programa
RESULTADOS ESPERADOS 1.-Aumentadas las horas disponibles para Cirugía en UCA.	Plana directiva de HPH y equipo de UCA, adhieren al `proyecto y a su implementación en UCA
2.-Aumentada la oferta quirúrgica de Cirugía Ambulatoria	Plana directiva de HPH y equipo de UCA, adhieren al `proyecto y a su implementación en UCA
3.-Creada la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Ambulatoria	Equipo de Gestión de la Demanda, adhiere a la creación de Unidad de Gestión de CMA en su seno.
ACTIVIDADES 1.1 Prolongación de horario de funcionamiento de UCA.	Plana directiva de HPH y Servicio de salud aprueban aumento de planta funcionaria
1.2 Redistribución de funciones clínico administrativas de la CMA desde UCA a nueva Unidad (UGCCMA)	UCA y UGD adhieren a propuesta de reasignación clínico-administrativa
1.3 Aumento de dotación de personal (TENS y horas cirujanos).	Dirección de HPH y Cirujanos adhieren a proyecto
2.1 Optimización de Agenda Quirúrgica Ambulatoria. (Programación promedio de 33% de horas de Pabellón Central en horario hábil, para CMA, y programación para 5 Cirugías Ambulatorias/día por Pabellón de UCA. U ocupación efectiva de 85% de disponibilidad en horario hábil).	Disponibilidad de horas quirúrgicas suficientes para programación Disponibilidad de horas quirúrgicas y de personal suficientes
2.2 Desarrollo de proyectos específicos por los equipos anestésico-quirúrgicos para aumentar la cartera de procedimientos ambulatorios	Equipos quirúrgicos asumen desafío de desarrollar proyectos de CMA
2.3 Diseño y construcción de Unidad de corta estadía quirúrgica.	Aprobación de financiamiento de proyecto de ampliación
3.1 Conformación de Equipo de Gestión, definición de funciones, diseño de Organigrama y dependencias	UGD adhiere a diseño de proyecto
3.2 Diseño de proceso de atención preoperatoria y de seguimiento Post operatorio	UGD adhiere a diseño de proyecto UGD adhiere a diseño de proyecto
3.3.-Implementación de protocolos de seguimiento y preparación. -ERAS® -pre-habilitación -Gestor de casos (Pirámide de Kaiser) para pactes complejos. (> 3 comorbilidades)	UGD adhiere a diseño de proyecto
3.4- Establecer medios de soporte telemático para complementar la atención Pre y Post Quirúrgica (basada en protocolos).	UGD y Dirección del Hospital adhieren a diseño de proyecto

### 1.5 Resumen Matriz de Marco Lógico

<b>PROYECTO: Mejoramiento del rendimiento de cirugía ambulatoria en el Hospital Padre Alberto Hurtado</b>			
<b>RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>MEDIOS DE VERIFICACIÓN</b>	<b>SUPUESTOS</b>
<b>FIN</b> Disminución de brecha de lista de espera quirúrgica NO GES y	Porcentaje de variación de lista de espera NO GES	Monitoreo Lista de Espera MINSAL	Se logra implementación completa de programa propuesto
<b>PROPÓSITO</b> Aumento de la proporción de Cirugía Mayor Ambulatoria en Hospital Padre Hurtado	Aumento de Porcentaje de cirugía mayor ambulatoria respecto del total anual de cirugías realizadas en el HPH	Cuenta Pública Anual HPH	Equipos quirúrgicos, de gestores y plana directiva se alinean en torno a objetivos del programa
<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> 1. Aumento de las horas disponibles para Cirugía en UCA.	Porcentaje de aumento de horas disponibles de UCA	-Indicadores del instrumento de evaluación de establecimientos autogestionados en red (EAR). - Registros de Pabellón UCA.	Plana directiva de HPH y equipo de UCA, adhieren al proyecto y a su implementación en UCA
2.-Aumento de la oferta quirúrgica de Cirugía Ambulatoria	Aumento de N° absoluto de Cirugías Mayores Ambulatorias en HPH.	-Indicadores del instrumento de evaluación de establecimientos autogestionados en red (EAR). - Registros de UCA. - Registros de Pabellón Central - Registros del Proyecto	Equipo de Gestión de la Demanda, adhiere a la creación de Unidad de Gestión de CMA en su seno. Plana directiva de HPH y Servicio de salud aprueban aumento de planta funcionaria. UCA y UGD adhieren a propuesta de reasignación clínico-administrativa.
3.-Creación de la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Ambulatoria.	Resolución de Creación de la Unidad de Gerstión Clínica de Cirugía Mayor Ambulatoria, por la dirección del Hospital Padre Hurtado.	Centro de Documentación de resoluciones del SSMSO	Dirección de HPH y cuerpo de profesionales involucrados adhieren a proyecto.

## Resumen de Matriz de Marco Lógico

**PROYECTO: Mejoramiento del rendimiento de cirugía ambulatoria en el Hospital Padre Alberto Hurtado**

RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<b>ACTIVIDADES</b> 1.1 Prolongación de horario de funcionamiento de UCA.	Porcentaje de Aumento de Horas totales de funcionamiento disponibles.	-Registros UCA	Aprobación de financiamiento de proyecto de ampliación horaria por Dirección del Hospital
1.2 Redistribución de funciones clínico administrativas de la CMA a nueva Unidad (UGC CMA)	Aumento de Porcentaje de Horas destinadas a proceso Quirúrgico (meta)	-Registros UCA - Registros del Proyecto	UGD adhiere a diseño de proyecto
1.3 Aumento de dotación de personal adscrito a UCA (TENS y horas cirujanos).	Nº de Incorporaciones de TENS al final del primer año.	-Unidad de Recursos Humanos	UGD adhiere a diseño de proyecto
	Porcentaje de aumento de horas Cirujano al final del primer año.	-Unidad de Recursos Humanos -Registros UCA -Registros del Proyecto	UGD adhiere a diseño de proyecto
2.1 Optimización de Agenda Quirúrgica Ambulatoria.	2.1.a Porcentaje de cumplimiento de programación de CMA en Pabellón Central (33% de horas en horario hábil).	-Registros -Pabellón Central -Registros del Proyecto.	UGD adhiere a diseño de proyecto
	2.1.b Porcentaje de cumplimiento de programación para 5 Cirugías Ambulatorias/día por Pabellón de UCA. U ocupación efectiva de 85% de disponibilidad en horario hábil (8-17).	-Registros de UCA	UGD adhiere a diseño de proyecto
2.2 Desarrollo de proyectos específicos por los equipos anestésico-quirúrgicos para aumentar la cartera de procedimientos ambulatorios.	Desarrollo de 3 proyectos de CMA de impacto relevante. (URO, TMT, Cir. Digestiva)	-Registros del proyecto	Equipos quirúrgicos asumen desafío de desarrollar proyectos de CMA
2.3 Diseño y construcción de Unidad de corta estadía quirúrgica.	Plano del diseño de unidad de corta estadía aprobado por la Dirección del Hospital.	-Registros del Proyecto	Aprobación de financiamiento de proyecto de ampliación
	Monto de Inversión estimado \$ 40.000.000.-		

## Resumen de Matriz de Marco Lógico

**PROYECTO: Mejoramiento del rendimiento de cirugía ambulatoria en el Hospital Padre Alberto Hurtado**

RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
3.1 Conformación de Equipo de Gestión, definición de funciones, diseño de Organigrama y dependencias.	Porcentaje de cumplimiento > al 85% de reuniones de coordinación planificadas.	-Registros UGD -Registros Unidad de Gestión de CMA -Registros del proyecto	UGD adhiere a diseño de proyecto
3.2 Diseño de proceso de atención preoperatoria y seguimiento Post operatorio.	% > 85% de Cirugías Ambulatorias coordinadas por Unidad de Gestión de CMA en el preoperatorio	-Registros UGD -Registros Unidad de Gestión de CMA -Registros del proyecto	UGD adhiere a diseño de proyecto
	% >70% de seguimiento PO de CMA realizada en HPH.	-Registros UGD -Registros Unidad de Gestión de CMA -Registros del proyecto	UGD adhiere a diseño de proyecto
3.3 Implementación de protocolos de seguimiento y preparación. -ERAS® -Prehabilitación -Gestor de casos (Pirámide de Kaiser) para pactes complejos. (> 3 comorbilidades)	Porcentaje de aplicación de pauta de protocolo ERAS® > al 50% al 1er año y > al 70% al 2do año.	-Registros UGD -Registros Unidad de Gestión de CMA -Registros del proyecto	UGD adhiere a diseño de proyecto
	Porcentaje de aplicación de pauta de contención emocional (mindfulness) > al 50% al 1er año y > al 70% al 2do año.	-Registros UGD -Registros Unidad de Gestión de CMA -Registros del proyecto	UGD adhiere a diseño de proyecto
	Porcentaje de casos categorizados como complejos, acompañados por gestor > 50 % al 1er año y > al 70% al 2do año.	-Registros UGD -Registros Unidad de Gestión de CMA -Registros del proyecto	UGD adhiere a diseño de proyecto
3.4 Establecer medios de soporte telemático para complementar la atención pre y post quirúrgica.	Adaptación de plataforma interna.	-Registros UGD -Registros Unidad de Gestión de CMA -Registros del proyecto	UGD adhiere a diseño de proyecto
	Cobertura > al 85% de actividades requeridas por programa, sumando actividades presenciales y telemáticas.	-Registros Unidad de Gestión de CMA -Registros del proyecto	UGD adhiere a diseño de proyecto

## 2. Plan de Ejecución

El Plan de ejecución se realizó a partir de las actividades agrupadas para cada uno de los resultados esperado que se proponen en la Matriz de ML.

### Actividad 1.1 Plan de Ejecución. Prolongación de horario de funcionamiento de UCA de 8 a 12 hrs /día.

SUBACTIVIDADES	TAREAS Y SUBTAREAS	INICIO/TERMINO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
Rediseño de jornadas laborales formando 2 grupos con horarios intercalados: 7.00-16.00 y 11.00 a 20.00 de lunes a jueves. Viernes: de 7.00 a 15.00 y de 12.00 a 20.00	- Asignación de funciones clínico asistenciales en jornada extendida - Diseño de programación quirúrgica continua, con relevos de personal para coberturas de colación.	Inicio: Abril Término: 1 Semana Mayo	No requerido. Labor ejecutable en horario funcionario	Jef@ de UCA
Coordinación con Unidades de Apoyo a Pabellón	Notificación a empresa de Aseo y Seguridad	Inicio: 1 Abril Término: 30 Abril	No requerido. Labor ejecutable en horario funcionario	Jef@ de UCA

### Carta Gantt Actividad 1.1

Actividad 1.1	Mes 1				Mes 2			
Aumento de horario de funcionamiento de UCA de 8 a 12 hrs /día	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4
Rediseño de jornadas laborales								
Coordinación con Unidades de Apoyo a Pabellón								

**Actividad 1.2 Plan de Ejecución: Separación de Funciones Clínico asistenciales, de las funciones de gestión clínica. Redestinación de funciones de gestión a UGC CMA.**

SUBACTIVIDADES	TAREAS Y SUBTAREAS	INICIO/ TERMINO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
Delimitación de Funciones clínico asistenciales de UCA	Rediseño de Manual de organización y funciones de la UCA	Inicio: Abril Término: 1 Semana Mayo	No requerido. Labor ejecutable en horario funcionario	Enfermera Coordinadora UCA
Delimitación de funciones de Gestión clínica de CMA	-Descripción de Funciones Preoperatorias. -Descripción de Funciones Post Operatorias.	Inicio: Abril Término: 1 Semana Mayo	No requerido. Labor ejecutable en horario funcionario	Enfermera Coordinadora UCA
Asignación de funciones de gestión clínica a UGD	Asignación de funciones clínico administrativas al de quipo de UGCMA	Inicio: 1 Abril Término: 30 Abril	No requerido. Labor ejecutable en horario funcionario	Enfermera coordinadora UGD

**Carta Gantt Actividad 1.2**

Texto Actividad 2	Mes 1				Mes 2				Mes 3			
	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4
<b>Separación de Funciones Clínico asistenciales, de las funciones de gestión clínica. Redestinación de funciones de gestión a otra unidad.</b>												
Funciones clínico asistenciales de UCA y Manual de organización												
Funciones de Gestión clínica de CMA												
Asignación de funciones de Gestión Clínica a UGD												



**Actividad 1.3 Plan de Ejecución: Aumento de dotación de personal (TENS y horas cirujanos).**

SUBACTIVIDADES ACTIVIDAD 1.3	TAREA SUBTAREA	Y	INICIO/TERMINO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
Cálculo de dotación de TENS requerida en base a jornada extendida y equipos AM y PM.	Contratación de dotación de TENS para 3 pabellones. 3 Arsenalera 3 Técnico Anestesia 3 Pabellonera 1 Aux. de Apoyo 1 Enfermera		Inicio: Abril Término: 2da Semana Mayo.	TENS (9) →4.203.000/mes →53.588.250/á Auxiliar: →417.000/mes →5.316.750/á Enfermera →1.003.737/mes →12.797.647/á Total \$71.702.647/á*	Cálculo Dotación: Enfermera UCA. Contratación: RRHH/ HPH Presupuesto: Finanzas/HPH
Aumento de horas Cirujano destinadas a UCA	-Modificación contractual: Contrato con horas pre asignadas a UCA - Política de incentivos		Inicio: Abril Término: 2da Semana Mayo.	Valor Hora Aprox* \$ 15.150 84 Hrs/Sem 364 Hr/mes Mensual: <b>\$5.514.600</b> Anual: <b>\$ 70.311.150</b>	Cálculo dotación: -Enfermera Jefe UCA -Jefes quirúrgicos Contratación: RRHH/Finanzas

**Carta Gantt Actividad 1.3**

Actividad 1.3	Mes 1				Mes 2				Mes 3			
<b>Aumento de dotación de personal (TENS y horas cirujanos).</b>	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4
Cálculo de dotación de TENS requerida en base a jornada extendida y equipos AM y PM.												
Aumento de horas Cirujano destinadas a UCA												

### Actividad 2.1 Plan de Ejecución: Optimización de Agenda Quirúrgica Ambulatoria.

SUBACTIVIDADES ACTIVIDAD 2.1	TAREA SUBTAREA	Y	INICIO/ TERMINO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
Normar un promedio programación de 33% de horas de Pabellón Central en horario hábil para CMA.*	1-Entrega de documento con diseño de Tabla. Inicio de CMA desde las 15 hrs. 2- Coordinación con Unidad pre quirúrgica, y recuperación PO, para el diseño del flujo de pacientes.		Inicio: Abril Término: Última semana de Abril	No requerido. Labor ejecutable en horario funcionario	1 y 2.-Enfermera coordinadora de Pabellón Central.  Aprobación por Jefatura de Pabellón requerida.
Normar programación promedio de 5 Cirugías Ambulatorias/día por Pabellón de UCA.	1.-Entrega de documento con diseño de programación para 5 Cirugías día. 2.-Asignación de Bloques horarios a equipos quirúrgicos.		Inicio: Abril Término: Última semana de Abril	No requerido. Labor ejecutable en horario funcionario	1 y 2.-Enfermera coordinadora de Pabellón Ambulatorio.  Aprobación por Jefatura de Pabellón requerida.

\*El Pabellón central cuenta con 5 pabellones de cirugía electiva y un pabellón de Urgencia (24/7). De los 5 primeros, tres funcionan en horario extendido de 8 a 20 hrs y 2 en horario de 8 a 17 de lunes a jueves, y de 8 a 16 los viernes. El 33% del Horario disponible, equivale más menos, a programar CMA desde las 15 hrs.

#### Carta Gantt Actividad 2.1

Texto Actividad 2	Mes 1				Mes 2				Mes 3			
	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4
Diseño de Tabla. Inicio de CMA desde las 15 hrs.												
Coordinación con Unidad pre quirúrgica, y recuperación PO, para el diseño del flujo de pacientes.												
Entrega de documento con diseño de programación para 5 Cirugías día												
Asignación de bloques horarios a equipos quirúrgicos. V/s Tablas dinámicas												

**Actividad 2.2 Plan de Ejecución Desarrollo de proyectos específicos por los equipos anestésico-quirúrgicos para aumentar la cartera de procedimientos ambulatorios.**

SUBACTIVIDADES ACTIVIDAD 2.2	TAREA Y SUBTAREA	INICIO/ TERMINO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
Urología: Programa Cirugía resectiva de Próstata Ambulatoria mediante Técnica Laser.	-Definición de especialistas a cargo - Capacitación. -Protocolo Perioperatorio - Convenio con empresa proveedora de insumos.	1Semana Abril hasta 4 Semana de Mayo	-Costo de arriendo de equipo - Capacitación (Horas H)	
Traumatología: Programa de cirugía ambulatoria de hombro.	-Definición de especialistas a cargo Definición de criterios de inclusión (Tipo de cirugía y tipo de Pacte) -Protocolo Anestésico de manejo de dolor Post Operatorio (PO) ambulatorio	1Semana Abril hasta 4 Semana de Mayo	-Insumos incorporados a ítems de gastos habituales. No requiere inversión adicional.	- Traumatólogo de equipo de Hombro - Anestesiólogo de equipo de Hombro.

**Carta Gantt Actividad 2.2.**

Texto Actividad 2	Mes 1				Mes 2				Mes 3			
	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4
Urología:												
Programa Cirugía resectiva de Próstata Ambulatoria mediante Técnica Laser.												
Traumatología: Programa de cirugía ambulatoria de hombro.												

**Actividad 2.3 Plan de Ejecución Diseño y construcción de Unidad de corta estadía quirúrgica.**

SUBACTIVIDADES ACTIVIDAD 2.3	TAREA SUBTAREA	Y	INICIO/ TERMINO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
Diseño y construcción de Unidad: 6 camas de observación. 100 mt <sup>2</sup>	Diseño, emplazamiento, dimensiones.		Abril Junio	\$ 40.000.000.-*	Jefatura de Pabellón
Estimación de dotación requerida	Dotación siguiendo referencia de dotación de unidad básica.		Abril Mayo	Dotación** para rotación 4° turno, 1 enf, 2 TENS, 1 Aux Servicio. \$9.362.716 /Mes	Jefa de Enfermera Pabellón Central
Estimación de equipamiento requerido	Cotización de Mobiliario y equipamiento requerido		Abril Mayo	Equipamiento General:*** \$ 2.348.679 Por 6 Unidades: \$ 13.363.074	Jefatura de Pabellón

Fuentes:

\*Proyecto de ampliación Pabellón Central HPH 2020, construcción de área prequirúrgica: Costo /mt<sup>2</sup> = \$ 400.000

\*\* [www.computrabajo.cl/salarios/tecnicoa-en-enfermeria](http://www.computrabajo.cl/salarios/tecnicoa-en-enfermeria)

\*\*\*Elaboración propia en base a [www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/01/04.-Norma-Tecnica-Basica-atencion-cerrada.pdf](http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/01/04.-Norma-Tecnica-Basica-atencion-cerrada.pdf) y tabla de costos anexa. (Anexo n)

**Carta Gantt Actividad 2.3**

Texto Actividad 2	Mes 1				Mes 2				Mes 3				Mes 4			
	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4
Diseño y construcción de Unidad: 6 camas de observación.																
Estimación de dotación requerida																
Estimación de equipamiento requerido																

**Actividad 3.1 Plan de Ejecución: Conformación de Equipo de Gestión, definición de funciones, diseño de Organigrama y dependencias.**

SUBACTIVIDADES ACTIVIDAD 3.1	TAREA Y SUBTAREA	INICIO/TERMINO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
<b>Conformación de equipo de gestión</b>	Designación de integrantes, misión y funciones de la unidad	Agosto-Septiembre	No requerido. Labor ejecutable en horario funcionario	-Jefatura de UGD -Gestor de Proyecto -Subdirección Médica
<b>Organigrama</b>	-Diseño de Organigrama con responsables y dependencias .	Agosto-Septiembre	No requerido. Labor ejecutable en horario funcionario	-Jefatura de UGD -Gestor de Proyecto

**Carta Gantt Actividad 3.1**

Texto Actividad 2	Mes 1				Mes 2				Mes 3			
	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4
<b>Conformación de equipo de gestión.</b>												
<b>Organigrama.</b>												

**Actividad 3.2 Plan de Ejecución: Diseño de Proceso de atención preoperatoria y post operatoria**

SUBACTIVIDADES ACTIVIDAD 2	TAREA SUBTAREA	Y	INICIO /TERMINO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
Diseño del proceso de atención pre operatoria	-Mapa de proceso de atención pre operatoria*		Agosto- Septiembre	No requerido. Labor ejecutable en horario funcionario	-Jefatura de UGD -Gestor de Proyecto
Diseño del proceso de seguimiento post operatorio	-Mapa de proceso de seguimiento post operatorio*		Agosto- Septiembre	No requerido. Labor ejecutable en horario funcionario	-Jefatura de UGD -Gestor de Proyecto

**Carta Gantt Actividad 3.2**

Texto Actividad 2	Mes 1				Mes 2				Mes 3			
	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4
Diseño del proceso de atención pre operatoria												
Diseño del proceso de seguimiento post operatorio												

**Actividad 3.3 Plan de Ejecución Implementación de protocolos de atención pre operatoria y seguimiento post operatorio.**

SUBACTIVIDADES ACTIVIDAD 2	TAREA Y SUBTAREA	INICIO/ TERMINO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
Adaptación e implementación de protocolo ERAS®	-Construir mapa de proceso -Establecer Coordinaciones con Nutrición, Kinesiterapia y Salud Mental	Agosto-Septiembre	No requerido. Labor ejecutable en horario funcionario	-Jefatura UGD -Jefatura de UGCMA -Gestor de Proyecto
Adaptación e implementación de protocolo de pre rehabilitación	-Construir mapa de Proceso. Establecer Coordinaciones con Nutrición, Kinesiterapia y Salud Mental	Agosto-Septiembre	No requerido. Labor ejecutable en horario funcionario	-Jefatura UGD -Jefatura de UGCMA -Gestor de Proyecto
Conformación de equipo de Gestión de casos complejos (Pirámide de Kaiser)	-Diseño de protocolo -Mecanismos de coordinación Servicios Clínicos-CRS-APS Unidades de Apoyo.	Agosto-Septiembre	No requerido. Labor ejecutable en horario funcionario	-Jefatura UGD -Jefatura de UGCMA -Gestor de Proyecto

**Carta Gantt Actividad 3.3**

Texto Actividad 2	Mes 1				Mes 2				Mes 3			
	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4
Adaptación e implementación de protocolo ERAS®												
Adaptación e implementación de protocolo de pre rehabilitación												
Conformación de equipo de Gestión de casos complejos (Pirámide de Kaiser)												

**Actividad 3.4 Plan de Ejecución: Establecer medios de soporte telemático para complementar la atención pre y post quirúrgica.**

SUBACTIVIDADES ACTIVIDAD 2	TAREA Y SUBTAREA	INICIO/ TERMINO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
Diseño de proceso de atención telemática	-Levantar requerimientos a unidad de informática.	Agosto- Septiembre	No requerido. Labor ejecutable en horario funcionario	-Jefatura UGCMA -Gestor del Proyecto -Jefe de Unidad de Informática
Adaptación de plataforma local a requerimientos específicos.	-Levantar requerimientos a unidad de informática.	Agosto- Septiembre	No requerido. Labor ejecutable en horario funcionario	-Jefatura UGCMA -Gestor del Proyecto. -Jefe de Unidad de informática.

**Carta Gantt Actividad 3.4**

Texto Actividad 2	Mes 1				Mes 2				Mes 3			
	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4
Diseño de proceso de atención telemática												
Adaptación de plataforma local a requerimientos específicos.												



### 3. Presupuesto

El detalle presupuestario se enfoca principalmente a los recursos incrementales que el proyecto requiere. Se explicitan, además, cuando sea pertinente, los recursos con que se cuenta para el desarrollo del proyecto, referidos principalmente a la infraestructura física y humana del HPH.

El presupuesto para cada actividad, se presenta desagregado para cada tipo de recursos (Recursos Humanos, Bienes y Servicios de Consumo). Respecto de Recursos Humanos, antes del cuadro, se indican los parámetros “tiempo” requerido para cada tarea y “valor hora” de los participantes. El detalle presupuestario de Bienes y Servicios de Consumo se omite cuando no aplica su estimación. Los cuadros de resumen a incluir para cada actividad son los siguientes:

#### 3.1 Presupuesto por actividades

##### Actividad 1.1. Aumento de horas disponibles para Cirugía en UCA.

- a) Detalle presupuestario de Recursos Humanos para programación de aumento de horario de funcionamiento de UCA, rediseño de jornada laboral, reasignación de funciones clínico asistenciales en jornada extendida y diseño de plan de programación quirúrgica con relevos y coberturas.

Subactividades Actividad 1	Tarea y subtarea	Nº Veces (que se realiza la tarea o subtarea)	Nº Horas RRHH 1 (Enfermera Coordinadora UCA)	Nº Hor as RRHH 2 (Gestor de Proyecto)	Nº Horas RRHH 3 (Enfermera coordinadora UGCM)	Total \$ (suma del Precio por cantidad de cada RRHH)
Rediseño de jornadas laborales formando 4 grupos, uno de ellos con horarios intercalados: 7.00-16.00 y 11.00 a 20.00 de Lunes a Jueves. Viernes: de 7.00 a 15.00 y de 12.00 a 20.00	- Descripción y asignación de funciones clínico asistenciales en jornada extendida	4	2 horas x 4 veces → 8 hrs	2 horas x 4 veces → 8 hrs	2 horas x 4 veces → 8 hrs	24 hrs. No Aplica presupuesto. Labor ejecutable en horario funcionario
	- Diseño de programación quirúrgica continua, con relevos de personal para coberturas de colación.	2	2 horas x 2 veces → 4 hrs	2 horas x 2 veces → 4 hrs	2 horas x 2 veces → 4 hrs	12 hrs No aplica presupuesto. Labor ejecutable en horario funcionario

Coordinación con Unidades de Apoyo a Pabellón	Notificación a empresa de Aseo y Seguridad. Notificación a servicios clínicos de apoyo (laboratorio, radiología)	3	1 hora x 3 veces → 3 hrs	1 hora x 3 veces → 3 hrs	1 hora x 3 veces → 3 hrs	9 hrs No Aplica presupuesto. Labor ejecutable en horario funcionario
<b>Total</b>						0

**Actividad 1.2 Aumento de oferta quirúrgica de cirugía en UCA.**

Redistribución de funciones clínico administrativas propias de la CMA, desde la UCA a otras unidades.

a) Detalle presupuesto Recursos Humanos

Subactividades Actividad 2	Tarea y subtarea	Nº Veces (que se realiza la tarea o subtarea)	Nº Horas RRHH 1 (Enfermera Coordinadora UCA)	Nº Horas RRHH 2 (Gestor de Proyecto)	Nº Horas RRHH 3 (Enfermera coordinadora UGCM)	Total \$ (suma del Precio por cantidad de cada RRHH)
Delimitación de Funciones clínico asistenciales de UCA	Rediseño de Manual de organización y funciones de la UCA	3	2 horas x 3 veces → 6 hrs	2 horas x 3 veces → 6 hrs	2 horas x 3 veces → 6 hrs	12 hrs. No Aplica presupuesto. Labor ejecutable en horario funcionario
Delimitación de funciones de Gestión clínica de CMA	-Descripción de Funciones Preoperatorias. -Descripción de Funciones Post Operatorias. -Diseño de proceso Preoperatorio y Postoperatorio de CMA.	3	2 horas x 3 veces → 6 hrs	2 horas x 3 veces → 6 hrs	2 horas x 3 veces → 6 hrs	12 hrs. No Aplica presupuesto. Labor ejecutable en horario funcionario
Asignación de funciones de gestión clínica a UGD	Asignación de funciones clínico administrativas al equipo de UGMA	3	1 hora x 3 veces → 3 hrs	1 hora x 3 veces → 3 hrs	1 hora x 3 veces → 3 hrs	9 hrs. No Aplica presupuesto. Labor ejecutable en horario funcionario hrs
<b>Total</b>						0

**Actividad 1.3 Aumento de dotación de personal (TENS y horas cirujanos).**

a) Detalle presupuesto Recursos Humanos

Subactividades Actividad n	Tarea y subtarea	Nº Veces (que se realiza la tarea o subtarea)	Nº Horas RRHH Enfermero	Nº Horas RRHH TENS	Nº Horas RRHH Auxiliar	Nº Horas RRHH Cirujano	Total \$ (suma del Precio por cantidad de cada RRHH)
Cálculo de dotación de TENS requerida en base a jornada extendida y equipos AM y PM.	Contratación de dotación de Personal para rotación de pabellones. (habilitación de jornada extendida 8 a 20)	No aplica	44 hrs	44 hrsx 3	44 hrs	11 hrs x 2	Tens + Enfermero \$ 2.092.828  Cirujano 11 hrs x 2 \$ 1.409.070
Aumento de horas Cirujano destinadas a UCA	- Modificación contractual: Contrato con horas pre asignadas a UCA - Política de incentivos	No Aplica  Completar programación con programa lista de espera.					
						Mes	\$ 3.541.898
<b>Total</b>						Anual	\$ 48.701.098

**Actividad 2.1 Aumento de Oferta de CMA: Programación de 33% de horas de Pabellón Central en horario hábil, para CMA.**

a) Detalle presupuesto Recursos Humanos Actividad 2.1

Subactividades Actividad n	Tarea y subtarea	N° Veces (que se realiza la tarea o subtarea)	N° Horas RRHH 1 (Enfermera Coordinadora UCA)	N° Horas RRHH 2 (Gestor de Proyecto)	N° Horas RRHH 3 (Enfermera coordinadora UGCM)	Total \$ (suma del Precio por cantidad de cada RRHH)
Normar un promedio programación de 33% de horas de Pabellón Central en horario hábil, para CMA.*	1-Entrega de documento con diseño de Tabla. 2- Coordinación con Unidad pre quirúrgica, y recuperación PO, para el diseño del flujo de pacientes.	3	2 x 3 Veces → 6 horas	2 x 3 Veces → 6 horas 2	2 x 3 Veces → 6 horas	18 Hrs
Normar programación promedio de 5 Cirugías Ambulatorias/día por Pabellón de UCA.	1.-Entrega de documento con diseño de programación para 5 Cirugías día. 2.-Asignación de Bloques horarios a equipos quirúrgicos.	2	2 x 2 Veces → 4 horas	2 x 2 Veces → 4 horas	2 x 2 Veces → 4 horas	12 hrs
<b>Total</b>						

b) Detalle presupuesto Bienes y Servicios de Consumo.

Subactividades Actividad n	Tarea y subtarea	Ítem de Materiales	Cantidad	Precio (pesos)	Total \$
Normar un promedio programación de 33% de horas de Pabellón Central en horario hábil, para CMA.*	1-Entrega de documento con diseño de Tabla. 2- Coordinación con Unidad pre quirúrgica, y recuperación PO, para el diseño del flujo de pacientes.	-Computador tipo PC -	1	669.990*	669.990
		Impresora multifuncional	1	284.190**	284.190
Normar programación promedio de 5 Cirugías Ambulatorias/día por Pabellón de UCA.	1.-Entrega de documento con diseño de programación para 5 Cirugías día. 2.-Asignación de Bloques horarios a equipos quirúrgicos.				
<b>Total</b>					\$ 954.180

**Actividad 2.2** Desarrollo de proyectos específicos por los equipos anestésico-quirúrgicos para aumentar la cartera de procedimientos ambulatorios.

a) Detalle presupuesto Recursos Humanos Actividad 2.2

Subactividades Actividad n	Tarea y subtarea	N° Veces (que se realiza la tarea o subtarea)	N° Horas RRHH Urólogos	N° Horas RRHH Cirujanos	N° Horas RRHH Traumatólogos	N° Horas RRHH Gestor de Proyecto	N° Horas RRHH Anestesió- logos	Total \$ (suma del Precio por cantidad de cada RRHH)
Urología: Programa cirugía resectiva de próstata, ambulatoria mediante técnica láser.	-Definición de criterios de inclusión - Protocolo Anestésico de manejo de dolor post operatorio ambulatorio	3	2 x 3 Veces → 6 horas			2 x 3 Veces → 6 horas	2 x 1 Vez → 2 horas	14 horas
Traumatología: Programa de cirugía ambulatoria de hombro y rodilla.	-Definición de criterios de inclusión (Tipo de cirugía y tipo de Pacte). - Protocolo Anestésico de manejo de dolor post operatorio ambulatorio	3			2 x 3 Veces → 6 horas	2 x 3 Veces → 6 horas	2 x 1 Vez → 2 horas	14 horas
Cirugía General: Programa de colecistectomía por VLP, y hernioplastia no complicada ambulatorias	-Definición de criterios de inclusión (Tipo de cirugía y tipo de Pacte) -Protocolo Anestésico de manejo pre y post operatorio, ambulatorio.	3		2 x 3 Veces → 6 horas		2 x 3 Veces → 6 horas	2 x 1 Vez → 2 horas	14 hrs
<b>Total</b>								

**Actividad 2.3. Diseño y construcción de Unidad de corta estadía quirúrgica post operatoria.**

a) Detalle presupuesto Recursos Humanos Actividad 2.3

Subactividades Actividad n	Tarea y subtarea	N° Veces (que se realiza la tarea o subtarea)	N° Horas RRHH 1 2 TENS	N° Horas RRHH 2 1 Auxiliar de Servicio.	N° Horas RRHH 3 1 Enfermera	Total \$
Estimación de dotación requerida	Dotación de personal, para 6 unidades de estadía hospitalaria.	Mensual	44 hrs x 4 \$ 2.243.626	44 hrs x 1 \$ 410.108	44 hrs x 2 \$ 2.414.004	\$ 5.260.338
					Mensual	\$ 5.260.338
<b>Total</b>					Anual	\$ 72.329.648*

\*Considera vacaciones e indemnización por año de servicio  
Fuente: [computrabajo.cl/salarios/técnico/a-en-enfermería](http://computrabajo.cl/salarios/técnico/a-en-enfermería)

b) Detalle presupuesto Bienes y Servicios de Consumo

Subactividades Actividad n	Tarea y subtarea	Ítem de Materiales (identificar)	Cantidad	Precio	Total \$
Diseño y construcción de Unidad: 6 camas de observación, 100 mt <sup>2</sup>	Diseño, emplazamiento, dimensiones.	Presupuesto estimado por mt <sup>2</sup> → \$ 400.000*	100mt <sup>2</sup>	\$ 40.000.000	\$ 47.600.000
Estimación de equipamiento requerido**	Cotización de Mobiliario y equipamiento requerido†	Carro de Curaciones Silla de ruedas Computadores Carro RCP Set Laringoscopio Macintosh Pato Urinario Chata Acero inoxidable Ambú lactante Ambú Niño Ambú Adulto Catre Clínico Velador Mesa de cama Escabel Monitor no invasivo Biombo	2 3 2 1 1 3 3 1 1 1 6 6 6 6 6 6	287.980 239.970 1.357.980 879.990 211.820 69.960 177.000 25.990 29.990 35.990 5.399.940 299.400 1.258.194 197.940 3.594.000 480.000	342.696 285.564 1.615.996 1.047.188 252.066 83.252 210.630 30.928 35.688 42.828 6.425.929 356.286 1.497.251 235.549 4.276.860 571.200
					17.309.911
<b>Total</b>					64.909.911

\*Fuente: Elaboración propia en base a presupuesto de habilitación de sector de preparación pre quirúrgica, Pabellón Central, HPH. 2020.

\*\*Fuente: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/01/04.-Norma-Tecnica-Basica-atencion-cerrada.pdf>. (Adaptado) mercado libre. Marzo 2021

†Fuente: Plataforma

**Actividad 3.1. Conformación de Equipo de Gestión, definición de funciones, diseño de Organigrama y dependencias**

a) Detalle presupuesto Recursos Humanos

Subactividades Actividad 3.1	Tarea y subtarea	N° Veces (que se realiza la tarea o subtarea)	N° Horas RRHH Jefatura UGCMA	N° Horas RRHH Gestor de Proyecto	N° Horas RRHH *Subdirector Médico. **Enfermera UGCMA	Total \$ (suma del Precio por cantidad de cada RRHH)
<b>Conformación de equipo de gestión</b>	Designación de integrantes, misión y funciones de la unidad	2	2 x 2 Veces → 4 horas	2 x 2 Veces → 4 horas	2 x 2 Veces → 4 horas*	12 hrs
<b>Construcción de mapas de procesos y diseño de protocolos</b>	-Construcción de mapa de proceso de atención Pre operatoria, pos operatoria y de gestor de casos complejos basado en Pirámide de Kaiser -Adaptación de protocolos: ERAS y Prehabilitación.	4	2 x 4 Veces → 8 horas	2 x 4 Veces → 8 horas	2 x 4 Veces → 8 horas**	24 hrs
<b>Organigrama</b>	-Diseño de Organigrama con responsables y dependencias .	1	2 x 1 Veces → 2 horas	2 x 1 Veces → 2 horas	2 x 1 Veces → 2 horas**	6 hrs
<b>Total</b>						

**Actividad 3.2 Diseño de Proceso de atención preoperatoria y post operatoria.**

a) Detalle presupuesto Recursos Humanos.

Subactividades Actividad n	Tarea y subtarea	N° Veces (que se realiza la tarea o subtarea)	N° Horas RRHH 1 Jefatura UGCMA	N° Horas RRHH 2 Gestor de proyecto	N° Horas RRHH 3 Enfermera UGCMA	Total Horas
Diseño del proceso de atención pre operatoria	-Mapa de proceso de atención pre operatoria.*	1	2 x 1 Veces → 2 horas	2 x 1 Veces → 2 horas	2 x 1 Veces → 2 horas	6
Diseño del proceso de seguimiento post operatorio	-Mapa de proceso de seguimiento post operatorio.*	1	2 x 1 Veces → 2 horas	2 x 1 Veces → 2 horas	2 x 1 Veces → 2 horas	6
<b>Total</b>						12

b) Detalle presupuesto Bienes y Servicios de Consumo Actividad 3.2

Subactividades Actividad n	Tarea y subtarea	Ítem de Materiales	Cantidad	Precio	Total \$
Diseño del proceso de atención pre operatoria	-Mapa de proceso de atención pre operatoria.*	-Computador tipo PC - Impresora multifuncional	2	669.990*	1.339.980
			1	284.190**	284.190
Diseño del proceso de seguimiento post operatorio	-Mapa de proceso de seguimiento post operatorio.*	-Teléfonos celulares	3	200.000	600.000
<b>Total</b>					\$ 2.224.170

**Actividad 3.3 Implementación de protocolos de atención pre operatoria y seguimiento post operatorio.**

a) Detalle presupuesto Recursos Humanos Actividad 3.3

Subactividades Actividad 3.3	Tarea y subtarea	Nº Veces	Nº Horas RRHH Kinesiólogo	Nº Horas RRHH Nutricionista	Nº Horas RRHH Psicólogo	Nº Horas RRHH Gestor	Nº Horas RRHH Enfermera UGCMA	Total Hrs
Adaptación e implementación de protocolo ERAS®	-Construir mapa de proceso - Establecer protocolo con Nutrición, Kinesiterapia y Salud Mental	2	2 x 2 Veces → 4 horas	2 x 2 Veces → 4 horas	2 x 2 Veces → 4 horas	2 x 2 Veces → 4 horas	2 x 2 Veces → 4 horas	20 hrs
Adaptación e implementación de protocolo de pre habilitación	-Construir mapa de Proceso. -Establecer protocolo con Nutrición, Kinesiterapia y Salud Mental	3	2 x 2 Veces → 4 horas	2 x 2 Veces → 4 horas	2 x 2 Veces → 4 horas	2 x 2 Veces → 4 horas	2 x 2 Veces → 4 horas	20 hrs
Conformación de equipo de Gestión de casos complejos (Pirámide de Kaiser)	-Diseño de protocolo - Mecanismos de coordinación Servicios Clínicos- CRSAPS- Unidades de Apoyo.	3				2 x 2 Veces → 4 horas	2 x 2 Veces → 4 horas	8 hrs
<b>Total</b> No Aplica costo monetario al presupuesto. Labor ejecutable en horario funcionario								48 hrs



**Actividad 3.4 Establecer medios de soporte telemático para complementar la atención pre y post quirúrgica.**

a) Detalle presupuesto Recursos Humanos Actividad 3.4

Subactividades Actividad n	Tarea y subtarea	Nº Veces	Nº Horas RRHH Jefe UGCMA	Nº Horas RRHH Gestor del Proyecto	Nº Horas RRHH Jefe Unidad de Informática	Total hrs
Diseño de proceso de atención telemática	-Levantar requerimientos a unidad de informática.	2	2 x 2 Veces → 4 horas	2 x 2 Veces → 4 horas	2 x 2 Veces → 4 horas	16 hrs
Adaptación de plataforma local a requerimientos específicos.	-Levantar requerimientos a unidad de informática.	4	2 x 4 Veces → 8 horas	2 x 4 Veces → 8 horas	2 x 4 Veces → 8 horas	24 hrs
<b>Total</b> No Aplica costo monetario al presupuesto. Labor ejecutable en horario funcionario						40 hrs

b) Detalle presupuesto Bienes y Servicios de Consumo.

Subactividades Actividad n	Tarea y subtarea	Ítem de Materiales (identificar)	Cantidad	Precio \$	Total \$
Contratación de Plataforma		Plataforma de telemedicina	1	1.000.000/mes	1.000.000/mes
				Mes	1.000.000
<b>Total</b>					12.000.000

### 3.2 Resumen de Presupuesto

Ítem	Costo Actividad 1	Costo Actividad 2	Costo Actividad 3	Años	Total \$	
Recursos Humanos	48.701.098	72.329.648		3	265.690.042	
Bienes y Servicios de consumo	Equipos computación y telefonía	0	954.180	2.224.170		3.178.350
	Plataforma Telemedicina			14.280.000	3	42.840.000
Infraestructura	0	64.909.911			64.909.911	
<b>Total</b>					<b>376.618.303</b>	

#### 4. Control de calidad de la propuesta

El control de calidad de la propuesta descansa en los criterios definidos en el Manual para el Diseño de Proyectos de Salud de OPS/OMS. Para verificar que la matriz cumple con la calidad de un buen diseño de proyecto, se agrega una pauta de verificación con los criterios referidos, a saber:

#### 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	☑	
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	☑	
<b>Respecto al Propósito</b>		
6. El proyecto tiene un sólo 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	☑	
<b>Respecto a los Resultados</b>		
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	☑	

CRITERIOS	CUMPLE	
	SÍ	NO
<b>Respecto a las Actividades</b>		
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	☑	
<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	☑	
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, aún 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	☑	
30. La columna de medios de verificación identifica dónde puede hallarse la información para verificar cada indicador	☑	
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	☑	

## **V. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

En primer término, es relevante y necesario manifestar el irrestricto compromiso de cumplimiento de toda la normativa de derechos y deberes del paciente en post de salvaguardar la integridad de los datos que puedan ser requeridos, a través del manejo riguroso y confidencial de toda información personal, refrendado en el pleno apego a la Ley de Derechos y Deberes del Paciente.

En segundo término, me parece muy trascendente el hacer el mejor esfuerzo por aportar, mediante el desarrollo de este proyecto, a la conformación, desarrollo y consolidación de un equipo de trabajo creativo y de alto desempeño, que perdure en el tiempo. En esta línea, importa rescatar y resaltar al mismo tiempo, las enormes fortalezas del equipo de profesionales de la salud convocado, de gran vocación y compromiso para que, invocadas esas virtudes, sean puestas al servicio de la consecución de un gran logro de gestión como el planteado, que llene de satisfacción a sus integrantes, más allá de cualquier otra consideración.

Por último y no menos importante, me parece fundamental la voluntad expresa en este proyecto, de abordar un tema relevante para el medio hospitalario en el que me desenvuelvo, haciendo un genuino esfuerzo por dar cuenta de un problema tan sentido por nuestra población beneficiaria, como es el de las esperas quirúrgicas, que la afecta gravemente no sólo desde el punto de vista económico y sanitario, sino que también en su dignidad como personas y como miembros de una sociedad que aspira a la equidad y al desarrollo.

## **VI. LIMITACIONES.**

Las limitaciones de este trabajo dicen relación con aspectos teóricos y prácticos a saber:

### **Aspectos inherentes a la metodología aplicada:**

Una débil fundamentación de la priorización de problemas, podría afectar tanto la consistencia en la jerarquización de los mismos, como la construcción del árbol de problemas que llevará a la definición de objetivos, pudiendo entonces llegar a considerar objetivos erróneos o ajenos al problema central que se pretende analizar<sup>30</sup>.

Por lo anterior, se puso especial énfasis en la etapa de diseño del proyecto, intentando recabar la mayor cantidad posible de antecedentes y de las más diversas fuentes, tal que fundamenten sólidamente la definición de objetivos.

### **Aspectos no asociados a la metodología aplicada:**

En la etapa de implementación del proyecto, una limitación es la limitada disponibilidad de recursos financieros en caso de requerirse alguna inversión en equipamiento o infraestructura. Para reducir esta limitación, se intentó priorizar soluciones que implicaran sobre todo cambios en el diseño de procesos y gestión de los mismos y que no se asociaran con una elevada inversión de recursos financieros.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asociación Española de Cirujanos. Capítulo 3. Cirugía Mayor Ambulatoria. In: Parrilla P, editor. Manual de Cirugía de la Asociación Española de Cirujanos 2da edición. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana; ©2010. p. 41.
2. Recart A. Cirugía Mayor Ambulatoria: Una nueva forma de entender la medicina quirúrgica [Internet]. 1st ed. Servicio Anestesiología. Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile: Revista Médica Clínica Las Condes; 2017. Disponible: <https://www.elsevier.es/esrevista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-cirurgia-mayor-ambulatoria-una-nuevaS0716864017301256>
3. Comisión Nacional de Productividad. Uso eficiente de quirófanos electivos y gestión de lista de espera quirúrgica no GES. Enero 2020 [Internet]. 2020 Jan. Disponible: <https://www.comisiondeproductividad.cl/wp-content/uploads/2020/01/INFORME-FINAL-Eficiencia-en-Pabellones-y-priorizaci%C3%B3n-de-pacientes-para-cirug%C3%ADa-electiva.pdf>
4. Cuentas Públicas Participativas, Hospital Padre Alberto Hurtado, 2018 [Internet]. 2019 Apr. Available from: <https://docplayer.es/152947727-Cuenta-publica-participativa-2018-hospitalpadre-alberto-hurtado-26-de-abril-2019.html>
5. Cuentas Públicas Participativas, Gestión 2018. SSMSO [Internet]. 2019 Apr. Disponible: <https://redsalud.ssmso.cl/cuentas-publicas-ssmso/>
6. MINSAL. Monitoreo de lista de espera [Internet]. Disponible: <https://www.minsal.cl/monitoreolistadeespera/>
7. Anuario Estadístico 2019 [Internet]. 2020 Feb. Disponible: <http://estadistica.ssmso.cl/>
8. Ojeda FV. “Un hospital en medio de las balas.” La Tercera Domingo. 2020 Jan 11;
9. Minsal SSP, editor. Dispone medidas sanitarias que indica por brote de COVID-19. Vol. N°42.614. Sección I. Pág 1-6. Título VII. Inciso 32. Diario Oficial, Chile, CVE:1744907; 2020.

10. Cabadas R. Seguridad del Paciente en Cirugía Ambulatoria. In: Álvarez SL, editor. Anestesia Ambulatoria. Madrid. España: INSPIRA NETWORK, C.B.; 2014. p. 247–62.
11. Blaistein N. Manual para el Diseño de Proyectos de Salud. OPS; 2019.
12. Gabriela S. Brecha de camas: 674 pacientes esperan a diario un cupo para ser hospitalizados [Internet]. 2018. Disponible: <http://www.saludpublica.uchile.cl/noticias/143109/brecha-decamas-674-pacientes-esperan-a-diario-un-cupo>
13. James C. In: División de Salud de la OCDE, editor. Panorama de la Salud 2019 Indicadores de la OCDE [Internet]. 2020. p. 195. Disponible: <https://www.oecd.org/health/Panorama-de-la-Salud-2019.pdf>
14. Pérez P. Informe estado de derivaciones UGCC, Período Enero 2014- Diciembre 2017 [Internet]. Publicado 2018. Disponible: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Informe-UGCC-2014-2018.pdf>
15. Usama Bilal, Marcio Alazraqui, Waleska T Caiaffa, Nancy Lopez-Olmedo, Kevin Martinez-Folgar, J Jaime Miranda, Daniel A Rodriguez, Alejandra Vives, Ana V Diez-Roux. Inequalities in life expectancy in six large Latin American cities from the SALURBAL study: an ecological analysis. *Lancet Planet Health* 2019; 3: . 2019 Dec 10;e503–10.
16. CR Bailey, M. Ahuja, K. Bartholomew, S. Bew, L. Forbes, A. Lipp, J. Montgomery, K. Russon, O. Potparic, M. Stocker. Directrices para la cirugía ambulatoria 2019. Directrices de la Asociación de Anestesiólogos y la Asociación Británica de Cirugía Diurna. *Anaesthesia Peri-operative medicine, critical care and pain*. 2019 Apr 8; Vol 74, Nº 6, pág 778-792.
17. Valdés Zúñiga Claudia , Delgado Santibañez Fernando , Espinoza Claudia , Paredes Orlando. Cirugía protésica ambulatoria en artrosis severa de cadera y rodilla. Hospital Clínico metropolitano de la florida. *Rev Chil Anest* [Internet]. 2016;Suplemento 1,45. Disponible: <http://dx.doi.org/10.25237/revchilanestv45s01.43>
18. Hospital Base de Castro pionero en el tratamiento de patología prostática benigna con técnica laser [Internet]. Available from: <https://www.minsal.cl/hospital-base->



de-castro-pionero-en-eltratamiento-de-patologia-prostatica-benigna-con-tecnica-laser/

19. Primera cirugía con láser de holmium en hospital El Carmen de Maipú [Internet]. Disponible:  
<https://www.urologosdechile.cl/urolchi/primera-cirugia-con-laser-de-holmium-en-hospitalpublico/>
20. Juan Pastor A. Las unidades de corta estancia médicas. Revista de Calidad Asistencial [Internet]. 2013 Jul;28. (Núm. 4.): Pág. 197-198. Disponible:  
<https://www.elsevier.es/es-revista-revistacalidad-asistencial-256-articulo-las-unidades-corta-estancia-medicas-S1134282X13000651>
21. Servicio de Salud Bio Bio OC. Habilitación pabellones CMA complejo asistencial dr. Vrr los ángeles [Internet]. 2020 Nov. Disponible:  
<https://www.mercadopublico.cl/Procurement/Modules/RFB/DetailsAcquisition.aspx?qs=3US7WtsBez6DKBb6imLYQ==>
22. Tello C. Modelo de información y acompañamiento de personas en lista de espera en el sistema de salud público [Internet]. 2018 Nov. Disponible:  
<https://www.lipuc.cl/proyectos/listas-deespera-en-salud-como-brindar-un-mejor-acompanamiento-a-las-personas/>
23. Enhanced Recovery After Surgery Society [Internet]. erassociety.org. Available from:  
<https://erassociety.org/>
24. Carrillo-Esper R. Protocolo ERAS (Enhance Recovery After Surgery). Revista Mexicana de Anestesiología. 2016;39. Suplemento 1:153–5.
25. Francesco Carli CS-B. Prehabilitación para mejorar la atención perioperatoria. Anestesiol Clin [Internet]. arzo 2015;33(1):17–33. Disponible:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25701926/>
26. F. AR. Medicina perioperatoria ¿El futuro de la anestesiología? Revista Chilena de Anestesia. 2018;47(3):166–75.
27. Richard GA Feachem, Neelam K Sekhri, Karen L Blanco. Obtener más por su dólar: una comparación del NHS con Kaiser Permanente de California. BMJ [Internet]. 19 de enero de 2002;324:135–43. Disponible:  
<https://www.bmj.com/content/bmj/324/7330/135.full.pdf>
28. Grupo de trabajo: Jefes de Servicio y Pabellones de Hospitales Públicos de Chile. Recomendación Clínica: Recomendaciones para iniciar o aumentar la actividad

quirúrgica electiva durante la pandemia COVID-19 en los hospitales públicos de Chile. 2020 May; Disponible:  
<https://www.sachile.cl/upfiles/userfile/files/Recomendaciones-SACH-para-iniciar-o-aumentar-laactividad-quirurgica-electiva-durante-la-pandemia-COVID-19-V02.pdf>

29. Edgar Ortégón, Juan Francisco Pacheco, Adriana Prieto. Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas [Internet]. 2005 Jul. Disponible:  
[https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5607/S057518\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5607/S057518_es.pdf)
30. Cruz M. Análisis del marco lógico en la evaluación de programas sociales. Caso: programa 3x1 para migrantes. [sede académica de ciudad de México]: FLACSO; 2008.

## VIII. ANEXOS

### 1. Anexo 1. Glosario de Términos

**Cirugía Mayor:** comprende procedimientos quirúrgicos que implican manipulación de órganos vitales y/o cuya incisión permite acceder a grandes cavidades y/o cavidades o estructuras estériles (incluye cirugía Máxilo – facial). Requiere de un equipo quirúrgico y anestesista especializado, se realiza siempre en pabellón quirúrgico. Demanda preparación preoperatoria, sedación, anestesia general y/o regional, eventualmente local. Utiliza recuperación post quirúrgica, puede necesitar apoyo a funciones vitales.

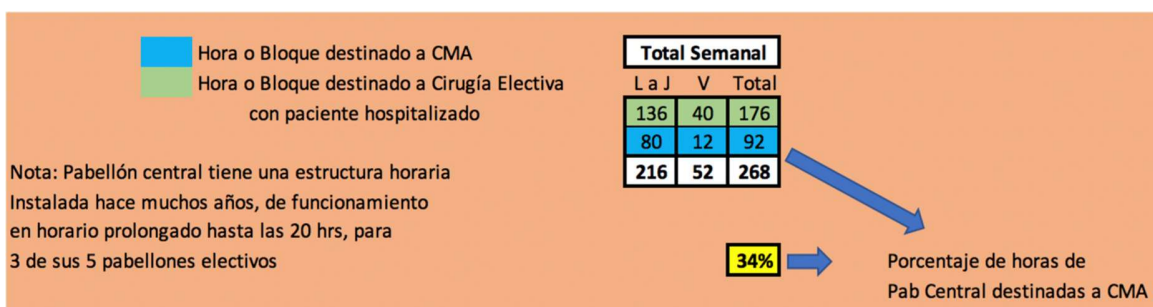
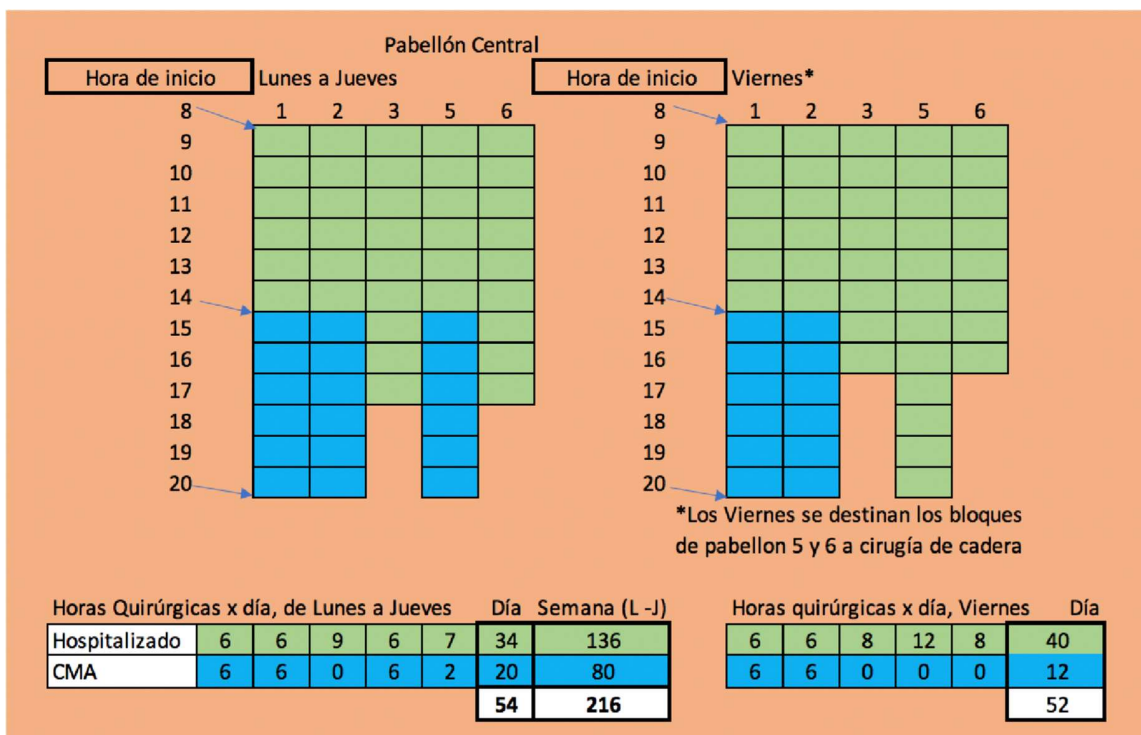
**Cirugía Mayor Ambulatoria:** Corresponde a todo acto quirúrgico mayor, que se realiza en un pabellón ambulatorio o central, luego del cual el usuario, pasado un período de recuperación, vuelve a su domicilio el mismo día. Se considerarán también CMA los casos en que el paciente pernocte en el establecimiento siempre que su estadía sea menor o igual a 24 horas y que ésta se realice en sala de recuperación u otra destinada a este fin, y no en una cama hospitalaria.<sup>11</sup>

**Recuperación Extendida o Cirugía ambulatoria con recuperación extendida:** Estadía hospitalaria de una noche (menos de 24 hrs de estadía), que demanda tratamientos durante esa estancia, previo al alta.

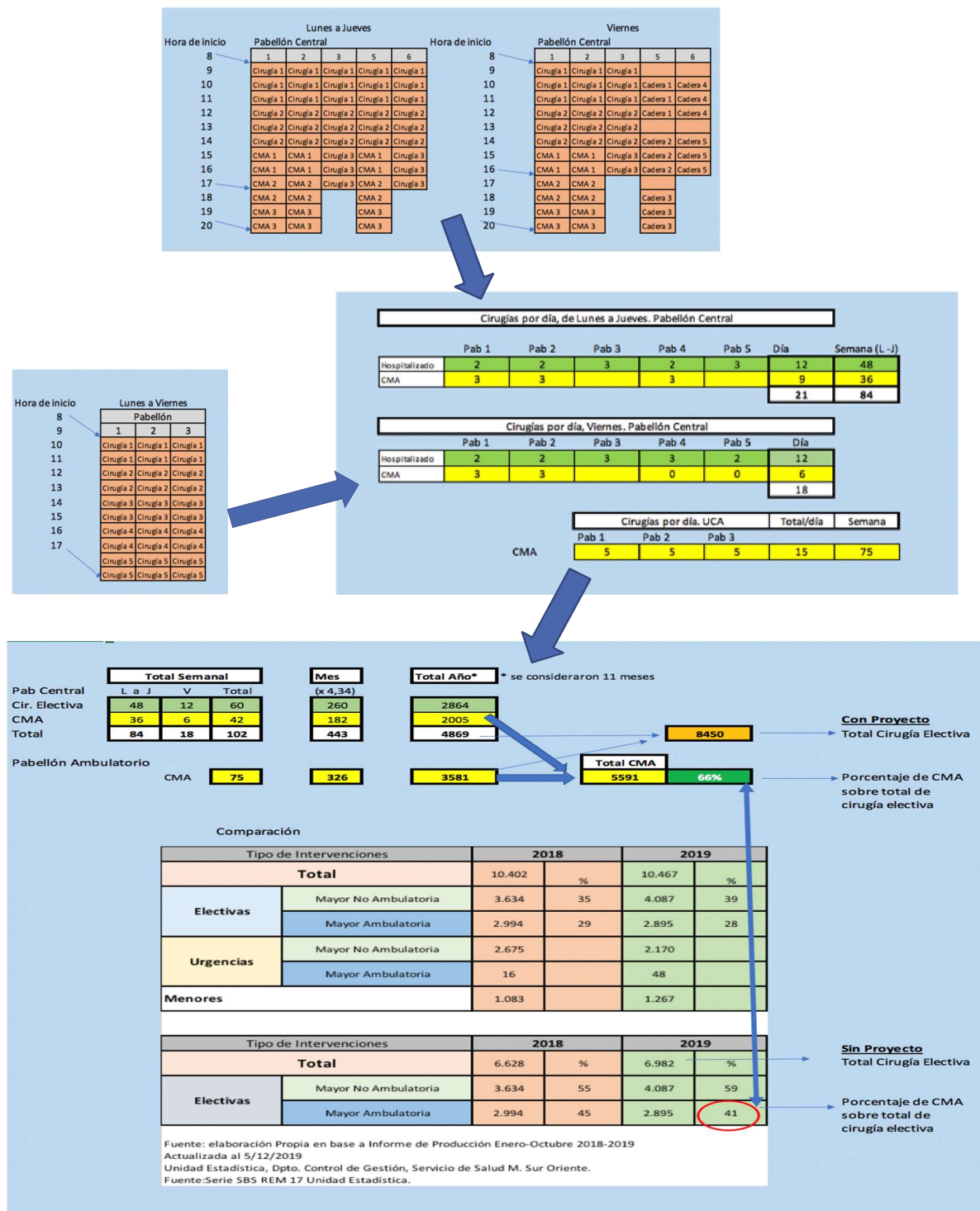
**Cirugía ambulatoria “verdadera”:** Procedimiento quirúrgico en los pacientes son ingresados, operados y dados de alta durante el período de un día hábil (6 a 8 horas). No hay pernoctación.

**Unidad quirúrgica de corta estadía hospitalaria:** Unidad de hospitalización diseñada para atender pacientes que serán dados de alta en un proceso previamente planificado, entre 24 a 72 hrs después de ingresados a hospitalización.

## 2. Anexo 2. Modelo de Programación de tabla quirúrgica de pabellón central



### 3. Anexo 3. Modelo de agendamiento de tabla quirúrgica de pabellón central y ambulatorio



## 4. Anexo 4. Presupuestos

Costo Construcción pabellón Nuevo			
	Neto	Bruto (IVA Inc)	
Construcción de 1 pabellón	600.393.414	714.468.163	

Fuente:  
 "Habilitación Pabellones CMA Complejo Asistencial DR-VRR,  
 Los Ángeles" ID N°1057960-8-LR20, CÓDIGO BIP N°4005952-0, de fecha 23 de noviembre de 2020,  
 Plataforma Mercado Público. [www.mercado-publico.cl](http://www.mercado-publico.cl)

Construcción Unidad de Hospitalización Abreviada	
Estimación 100 mt2	40.000.000

Presupuesto: habilitación de sector de preparación quirúrgica  
 Fuente: Elaboración propia

Dotación Personal Unidad de corta estadía					
Dotación de Personal No Médico	Nº §	Monto mensual	Meses/anual	Monto Anual	
TENS	467.422	4	1.869.688	13,75	25.708.210
Enfermera	1.005.835	2	2.011.670	13,75	27.660.463
<b>Total</b>			<b>3.881.358</b>	----->	<b>53.368.673</b>

Fuente:  
[computrabajo.cl/salarios/tecnicoa-en-enfermeria](http://computrabajo.cl/salarios/tecnicoa-en-enfermeria)  
 §Rotaciones L a J 2 jornadas: 7-16 hrs // 11 - 20 hrs V Jornadas 7 - 15 // 12 - 20

Insumos y equipamiento Unidad de corta estadía					
Insumos*	Costo	Nº Unidades	neto	Bruto	Proveedor †
Carro de Curaciones	143.990	2	287.980	342.696	BP
Silla de Ruedas	79.990	3	239.970	285.564	FC
Computadores	678.990	2	1.357.980	1.615.996	PCF
Carro RCP	879.990	1	879.990	1.047.188	BP
Set Laringoscopio Macintosh	211.820	1	211.820	252.066	SM
Pato urinario	23.320	3	69.960	83.252	MM
Chata Acero Inox	59.000	3	177.000	210.630	MM
Set Canulas Guedel	14.990	1	14.990	17.838	SM
Ambú Lactante	25.990	1	25.990	30.928	SM
Ambú Niño	29.990	1	29.990	35.688	SM
Ambú Adulto	35.990	1	35.990	42.828	SM
<b>Total</b>				<b>3.964.675</b>	

Insumos*	Costo	Nº unidades	Neto	Bruto	Proveedor†
Catre Clínico eléctrico	899.990	6	5.399.940	6.425.929	FC
Velador	49.900	6	299.400	356.286	CDLS
Mesa cama	209.699	6	1.258.194	1.497.251	EKPT
Escabel	32.990	6	197.940	235.549	DD
Monitor No invasivo	599.000	6	3.594.000	4.276.860	SEM
Bombos	80.000	6	480.000	571.200	SEM
<b>Total</b>				<b>13.363.074</b>	

\*Fuente  
<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/01/04.-Norma-Tecnica-Basica-atencion-cerrada.pdf>  
 (Adaptado)  
 †Fuente: Plataforma mercado libre. Marzo 2021