



“Implementación de Proceso de Atención de Cirugía Mayor Ambulatoria en el Hospital Clínico Universidad de Chile”

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

**Estudiante: Víctor Peña González
Profesor Guía: Óscar Arteaga Herrera**

Santiago, junio 2024

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN EJECUTIVO	3
1. INTRODUCCIÓN	5
a. Contexto relevante del lugar de intervención.	5
b. Evolución y características de la situación actual.	6
c. Datos cualitativos y cuantitativos.	7
d. Revisión bibliográfica Cirugía Mayor Ambulatoria	10
e. El objetivo que busca el desarrollo de la AFE.	14
2. METODOLOGÍA	16
a. Aplicación de la metodología del Marco Lógico	16
b. Equipo de gestión.	17
c. Técnicas y/o instrumentos metodológicos utilizados	18
3. ETAPA ANALÍTICA	21
a. Identificación y priorización de problemas	21
b. Análisis de involucrados	25
c. Análisis de problemas	27
d. Análisis de objetivos	28
e. Análisis de Alternativas	30
4. ETAPA DE PLANIFICACIÓN	32
a. Resumen narrativo de los objetivos.	32
b. Indicadores	33
c. Medios de verificación.	35
d. Supuestos	36
e. Planificación del proyecto	37
f. Plan de Ejecución	38
g. Esquema de Verificación del Proyecto	45
h. Consideraciones éticas	47
i. Limitaciones	47
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
6. ANEXOS	49

RESUMEN EJECUTIVO

El Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCH) es un centro docente-asistencial de alta complejidad y autogestionado, que atiende principalmente pacientes adultos en el ámbito ambulatorio y hospitalizado y en el cual, anualmente, se realizan 300 mil consultas ambulatorias, 16 mil cirugías y 1 millón 545 mil exámenes, aproximadamente.

Desde el año 2019 con la situación de estallido social y, posteriormente, la pandemia de Covid-19, la crisis financiera de esta institución aumentó a niveles insostenibles que hacen peligrar la integridad y continuidad del HCUCH en los términos que hoy se percibe.

Esta crisis podría corresponder a una estructura financiera deficiente que requiere modificaciones urgentes, por lo que las autoridades del hospital han solicitado a los diferentes jefes de servicio buscar estrategias que permitan, a corto y mediano plazo, disminuir la deuda actual a la espera de soluciones definitivas a mediano y largo plazo.

Más recientemente, con fecha 9 de noviembre de 2023, se promulgó la Ley 21.621 que fortalece el vínculo entre el Hospital Clínico de la Universidad de Chile "Dr. José Joaquín Aguirre" y el Sistema Nacional de Servicios de Salud. En virtud de este marco legal, el HCUCH formará parte de la Red Asistencial del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Los servicios clínicos más productivos del Hospital son: Unidad de Paciente Crítico, Pabellones Quirúrgicos, Laboratorio e Imagenología. En este contexto, se han establecido diferentes propuestas en el área quirúrgica, destacando la implementación de una tabla quirúrgica centralizada, la paquetización de insumos para las distintas cirugías y la iniciación de la cirugía mayor ambulatoria, entre otras.

En la actualidad, en algunos países desarrollados, la proporción de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) alcanza hasta cerca de un 80% del total de la actividad quirúrgica electiva. Entre los beneficios ampliamente demostrados de la CMA se pueden destacar: reducción de costos (entre un 25 a un 65%); menor impacto en los hábitos del paciente y su familia; mejor programación y uso del recurso pabellón y menor incidencia de complicaciones infecciosas y complicaciones generales.

En el contexto de producción asistencial del HCUC, la cirugía mayor representa un 67,9%. Si bien, en la actualidad no se desarrolla formalmente cirugía mayor ambulatoria en el HCUCH, se estima que, en el total de la actividad quirúrgica del hospital, la cirugía mayor ambulatoria podría alcanzar 9.000 cirugías, lo que representa 50% del total de 15.659 mil cirugías que produce el establecimiento.

En el escenario que genera la Ley 21.621, la presente AFE, desarrollada desde el enfoque metodológico del Marco Lógico, busca contribuir a implementar el Proceso de Atención Quirúrgica de Cirugía Mayor Ambulatoria, para lo cual se plantea como propósito realizar un proceso de selección quirúrgica y anestésica concordantes con Cirugía Mayor Ambulatoria, que pueda conducir a alcanzar los siguientes resultados esperados:

1. Haber desarrollado protocolos Cirugía Mayor Ambulatoria
2. Haber desarrollado gestión clínica orientada a Cirugía Mayor Ambulatoria
3. Haber aumentado la disponibilidad de camas quirúrgicas
4. Haber efectuado una redistribución eficiente de personal

1. INTRODUCCIÓN

a. Contexto relevante del lugar de intervención.

El Hospital Clínico de La Universidad de Chile (HCUCH) fue inaugurado el 15 de octubre de 1952 con el nombre del Dr. José Joaquín Aguirre, en homenaje al médico y académico que introdujo el concepto de hospital universitario en el país y quien además fue su principal impulsor. Desde ese entonces, el Hospital se transformó en un centro formador de especialistas y profesionales de la salud a nivel nacional y latinoamericano, destacándose como referente de medicina de alta complejidad⁽¹⁾.

En la actualidad, el HCUCH es un centro docente-asistencial de alta complejidad y autogestionado, que atiende principalmente pacientes adultos en el ámbito ambulatorio y hospitalizado. También ofrece algunas prestaciones en pacientes neonatos y pediátricos.

Anualmente se realizan en el recinto 300 mil consultas, 16 mil cirugías y 1 millón 545 mil exámenes aproximadamente. Existen seis servicios clínicos declarados, estos son Especialidades (26 ramas), Exámenes, Maternidad, Programas y Centros, Servicio de Emergencia y Apoyo al Área Clínica.

El hospital mantiene una dotación de 494 camas, distribuidas en áreas médico – quirúrgicas, gineco – obstétricas, institucionales y pensionados, críticas, neonatología y psiquiátricas.

La población objetivo predominantemente es de pacientes de nivel socioeconómico C2, C3, afiliados a ISAPRES en convenio con el Hospital (en un 60%) y de pacientes derivados de FONASA (40%).

El HCUCH ha formado parte del Consejo Integrador de la Red Asistencial (CIRA) del Servicio de Salud Metropolitano Norte, colaborando activamente en la resolución de los problemas de atención asistencial en salud.

Más recientemente, con fecha 9 de noviembre de 2023, se promulgó la Ley 21.621 que fortalece el vínculo entre el Hospital Clínico de la Universidad de Chile "Dr. José Joaquín Aguirre" y el Sistema Nacional de Servicios de Salud. En virtud de este marco legal, el HCUCH "formará parte de la Red Asistencial de uno o más Servicios de Salud, en virtud del o los convenios que suscribirán la Universidad de Chile, el Fondo Nacional de Salud y el Servicio de Salud respectivo, en el marco de la autonomía, proyecto académico y rol formador de dicha institución de educación superior del Estado, conforme lo establecido en su estatuto institucional y en la ley N° 21.094."⁽²⁾

El HCUCH está ubicado en el sector norte de la Región Metropolitana y cuenta con una superficie total de 65.000 m². La población total de la zona norte de la Región Metropolitana, es de 1.167.285 habitantes, con una distribución etaria de 160.746 menores de 15 años, 899.377 personas entre 15 a 64 años y 107.168 personas de 65 años y más (INE 2019).

b. Evolución y características de la situación actual.

Durante la última década, el Hospital Clínico de La Universidad de Chile ha mantenido una constante crisis financiera, aunque dentro de ciertos límites que permitían su funcionamiento sin mayores riesgos. Sin embargo, desde el año 2019 con la situación de estallido social y, posteriormente, la pandemia de Covid-19, esta crisis aumentó a niveles insostenibles que hacen peligrar la integridad y continuidad de esta institución en los términos que hoy se la percibe.

Luego de un diagnóstico efectuado por el actual equipo directivo del establecimiento, que determinó que esta evolución podría corresponder a la existencia de una estructura financiera deficiente que requiere modificaciones urgentes, es que las autoridades del hospital han solicitado a los diferentes jefes de servicio buscar estrategias que permitan, a corto y mediano plazo, disminuir la deuda actual a la espera de soluciones definitivas a mediano y largo plazo.

En este contexto, el escenario generado por la Ley 21.621, que reinserta al HCUCH en la red pública de salud abre una oportunidad de mejoramiento sustantivo de la situación del hospital, para lo cual se requerirán iniciativas que permitan maximizar el uso de los recursos disponibles del hospital. Consistentemente con esta perspectiva, en el área quirúrgica se han establecido diferentes propuestas, destacando la implementación de una tabla quirúrgica centralizada, la paquetización de insumos para las distintas cirugías y la iniciación de la cirugía mayor ambulatoria, entre otras.

En la actualidad, en algunos países desarrollados, la proporción de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) alcanza hasta cerca de un 80% del total de la actividad quirúrgica electiva⁽³⁾, lo que contrasta fuertemente con la realidad chilena, donde la proporción de este tipo de cirugía es solo aproximadamente un cuarto de esta actividad⁽⁴⁾.

Entre los beneficios ampliamente demostrados de la CMA se pueden destacar: reducción de costos (entre un 25 a un 65%); menor impacto en los hábitos del paciente y su familia; mejor programación y uso del recurso pabellón y menor incidencia de complicaciones infecciosas y complicaciones generales⁽³⁾.

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, resulta muy relevante impulsar una estrategia que permita dar cuenta, eficiente y eficazmente, de la creciente demanda de atención quirúrgica, en especial aquella demanda asociadas a las listas de espera de pacientes con problemas, no incluidos en el régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES).

Esta realidad no es ajena al HCUCH en donde destaca, además, una cultura hospitalaria distinta a muchos otros centros de salud, pues confluyen culturas del sistema público y sistema privado. En relación con la cultura del sistema público, se pueden mencionar características como un fuerte componente laboral y gremial, mientras que respecto de la cultura de los centros asistenciales privados, puede mencionarse un fuerte componente relacionado con la productividad, dado que el hospital requiere producir para obtener recursos que le permitan subsistir. Por otra parte, cabe también destacar el carácter universitario del HCUCH, del cual se deriva una cultura de docencia e investigación fuertemente arraigada en la tradición de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Como ocurrió con muchos otros centros asistenciales por el impacto de la pandemia, la deuda hospitalaria creció significativamente durante los últimos 3 años, lo que, en algunos momentos, incluso ha llegado a poner en riesgo el pago de remuneraciones a los funcionarios.

Finalmente, se espera que un proceso como el que genera la presente AFE pueda hacer una contribución a mejorar el desempeño del HCUCH en el nuevo contexto que genera la Ley 21.621.

c. Datos cualitativos y cuantitativos.

La cirugía mayor ambulatoria es un componente del total de la actividad quirúrgica general que el HCUCH desarrolla y, a su vez, esta es un componente del total de prestaciones de salud que el hospital produce.

La tabla N°1 muestra las prestaciones asistenciales que el HCUCH genera anualmente.

Tabla N°1 Egresos, Cirugías, Exámenes y Consultas en HCUCH durante año 2023.

Categorías	2023												Total 2023
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	
Egresos	1.669	1.206	1.701	1.535	1.556	1.514	1.570	1.609	1.437	1.495	1.414	1.478	18.184
Cirugías	1.487	1.056	1.529	1.302	1.409	1.358	1.392	1.421	1.106	1.335	1.227	1.103	15.659
Exámenes	132.707	115.982	137.060	124.396	140.617	127.586	131.674	135.985	119.660	125.681	130.327	123.973	1.545.648
Consultas	22.570	16.282	25.674	22.612	26.123	23.005	23.860	25.364	20.119	23.476	24.688	20.291	274.064

Fuente: Departamento de Procesos y Gestión de la Información, HCUCH

Las grandes prestaciones asistenciales se mantienen constantes durante el año 2023 alcanzado un total de Egresos hospitalarios de 18.184, un total de Cirugías de 15.659, un total de exámenes de 1.545.648 y un total de 274.064 consultas ambulatorias.

Tabla N°2 Egresos Hospitalarios en HCUCH durante 2023

Serv Egreso	2023												Total 2023	
	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre		
CIRUGIA	346	257	335	320	328	282	307	321	298	313	294	286	3.687	
MATERNIDAD	199	166	228	208	211	213	198	190	200	209	182	181	2.395	
TRAUMATOLOGIA	168	118	166	160	139	130	138	160	117	141	128	115	1.680	
CLINICA QUIRURGICA	147	84	135	117	113	109	134	141	127	134	107	148	1.496	
PENSIONADO 5 PISO SECTORA	116	78	122	81	106	85	85	95	72	83	108	94	1.122	
CENTRO CARDIOVASCULAR	84	57	81	62	75	89	67	80	68	62	49	72	846	
NEUROCIURUGIA	88	41	79	61	62	70	85	68	61	68	65	61	810	
UROLOGIA	80	57	91	46	58	56	64	59	57	62	53	59	742	
SECCION MEDICINA INTERNA	69	60	66	52	54	55	65	80	58	80	76	65	783	
SECCION NEFROLOGIA	48	30	54	46	48	52	62	49	53	50	43	63	598	
OTORRINOLARINGOLOGIA	53	7	63	81	72	71	76	82	37	27	9	31	609	
MEDICINA FISICA Y REHABILITAC.	60	48	52	61	58	58	28	23	28	35	47	41	539	
SECCION GASTROENTEROLOGIA	40	30	33	36	32	38	45	42	36	39	42	35	448	
CLINICA PSIQUIATRICA	20	28	29	31	38	40	37	38	35	39	35	49	419	
SECCION GERIATRIA	21	21	25	24	25	29	35	32	23	29	21	30	315	
UNIDAD HEMATOLOGIA ONCOLOGICA	15	18	33	22	16	26	28	29	28	30	24	23	292	
INTERMEDIO CARDIOLOGICO	18	14	13	21	23	20	15	27	13	16	29	44	253	
NEURO INTERMEDIO UTAC	18	22	20	30	20	21	21	18	28	16	25	18	257	
UNIDAD CUIDADO CARDIOLOGICOS	14	9	13	22	18	22	20	17	25	14	30	29	233	
NEONATOLOGIA INTERMEDIO	19	28	29	22	18	18	18	9	30	15	13	10	229	
INTERMEDIO QUIRURGICO	12	11	7	10	16	7	9	13	12	9	6	10	122	
INTERMEDIO MEDICO	11	9	6	8	9	7	5	17	11	8	6	13	110	
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVO	6	5	4	5	3	7	10	8	10	7	5	5	75	
UNIDAD INTERMEDIA NEFROLOGICA	8	4	8	5	6	3	11	3	2	1	6	6	63	
UPC-A	7	4	4	2	5	3	4	6	8	6	8	6	63	
SECCION ENDOCRINOLOGIA	1	2	4	2	2	2	1	2			1	3	1	21
NEONATOLOGIA U.T.I.	1	1	1		1	1	1	1			1		7	
Total general	1.669	1.206	1.701	1.535	1.556	1.514	1.570	1.609	1.437	1.495	1.414	1.478	18.184	

Fuente: Departamento de Procesos y Gestión de la Información, HCUCH

Al analizar los principales egresos durante el año 2023 en HCUCH, estos se concentraron principalmente en las especialidades quirúrgicas, alcanzando un 63,3% del total, siendo Cirugía, Maternidad y Traumatología, los servicios que concentran la mayoría de los egresos hospitalarios.

Tabla N°3 Procedimientos Quirúrgicos en HCUCH durante 2023

Serv Clínico	2023												Total 2023
	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre	
ANESTESIOLOGIA	2	1	2	3			2	2	2	1	1	5	21
CIRUGIA	551	436	599	476	500	465	543	519	429	490	414	405	5.783
CIRUGIA CARDIOVASCULAR	9	6	4	1			6	7	17	8	11	8	95
DENTAL Y MAXILO FACIAL	27	3	20	23	14	26	32	22	12	23	18	15	235
GASTROENTEROLOGIA	25	13	17	27	23	31	14	15	27	20	29	13	251
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	240	167	249	207	248	217	205	214	184	213	200	153	2.497
MATERNIDAD									1				1
NEUROCIURUGIA	44	46	54	40	51	48	52	53	39	67	60	50	597
OFTALMOLOGIA	90	98	102	118	98	133	78	111	69	100	119	71	1.187
OTORRINOLARINGOLOGIA	188	92	176	127	180	161	158	189	125	146	123	129	1.794
PEDIATRIA	17	6	13	15	8	6	10	11	4	8	4	6	108
TRAUMATOLOGIA	181	112	180	178	164	148	198	185	128	159	141	145	1.911
URGENCIA ADULTOS	3		3	3	5	4			3	5	11	5	42
UROLOGIA	110	77	115	86	119	115	93	83	78	93	96	94	1.158
Total general	1.487	1.056	1.529	1.302	1.409	1.358	1.392	1.421	1.106	1.335	1.227	1.103	15.659

Fuente: Departamento de Procesos y Gestión de la Información, HCUCH

Los procedimientos quirúrgicos desarrollados durante el año 2023, se concentran en las especialidades de Cirugía, en primer lugar, seguidos de Ginecología y Obstetricia y Traumatología. Destaca que los procedimientos realizados en pediatría no son frecuentes en el HCUCH.

Finalmente, durante el año 2023 se realizaron un total de 1.545.648 exámenes, tanto de laboratorio (muestras sanguíneas) como de imagenología. De estos, la mayoría son realizados en el contexto de ambulatorio, llegando hasta el 48,1% del total.

En el contexto de producción asistencial recién descrito, la cirugía mayor representa un 67,9%. Si bien, en la actualidad no se desarrolla formalmente cirugía mayor ambulatoria en el HCUCH, se estima que, en el total de la actividad quirúrgica del hospital, la cirugía mayor ambulatoria podría alcanzar 9.000 de cirugías, lo que representa 50% del total de 15.659 mil cirugías que produce el establecimiento.

Desde una perspectiva más cualitativa, sobre la base de información proporcionada por las autoridades del HCUCH, se puede relevar por su importancia la siguiente información:

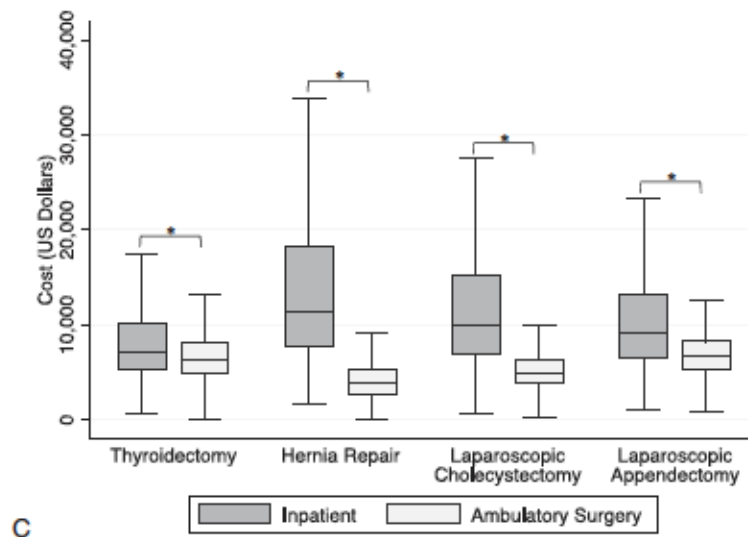
- La deuda actual del Hospital Clínico de La Universidad de Chile es de aprox. 50.000 millones de pesos. Esta deuda es, principalmente, con proveedores y con el nivel central de la Universidad.
- Mensualmente, el nivel central de la Universidad destina 3.000 millones de pesos al Hospital para el funcionamiento de este, en especial para pagar remuneraciones.
- Los servicios clínicos más productivos del Hospital son: Unidad de Paciente Crítico, Pabellones Quirúrgicos, Laboratorio e Imagenología.
- Actualmente no se desarrolla la cirugía mayor ambulatoria como tal en el establecimiento, ya que cada paciente que ingresa, para cualquier procedimiento, debe esperar a que se le asigne una cama, a pesar de que varios de ellos, si son operados durante la jornada de la mañana, logran ser dados de alta durante la tarde, pero desde su cama y siempre y cuando el equipo quirúrgico así lo estime necesario.
- La Ley 21.621, aprobada en noviembre de 2023, establece que “los convenios que integren al Hospital Clínico de la Universidad de Chile a la Red Asistencial tendrán por objeto que el establecimiento tome a su cargo, por cuenta del Servicio de Salud respectivo, conforme a los mismos mecanismos de pagos y aranceles, una parte de la población beneficiaria de su territorio, especialmente, a los habitantes de las comunas de Recoleta, Independencia, Conchalí, Huechuraba, Quilicura, Lampa, Til Til, Colina y Renca. Asimismo, las prestaciones de alta complejidad que se le asignen para la ejecución de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud o rehabilitación de enfermos.”⁽²⁾

d. Revisión bibliográfica Cirugía Mayor Ambulatoria

La tasa de cirugía ambulatoria ha aumentado de forma constante durante las últimas décadas y, en la actualidad, al menos el 60 % de las cirugías se realizan de forma ambulatoria en muchos países del mundo. La cirugía ambulatoria se ha expandido mucho más allá de la realización de una operación simple en pacientes sanos, ya que ahora se realizan procedimientos cada vez más complejos en el ámbito ambulatorio ⁽⁵⁾.

La mortalidad y la morbilidad mayor asociadas directamente con la cirugía ambulatoria tienen una incidencia muy baja y existen varias ventajas importantes de la cirugía ambulatoria en comparación con las cirugías hospitalarias, como la reducción de los tiempos de espera, los costos hospitalarios y el riesgo de infección nosocomial. En un estudio se revisaron los costos asociados a cuatro procedimientos quirúrgicos (Tiroidectomía, Hernioplastia, Colectomía videolaparoscópica y Apendicectomía videolaparoscópica) realizados durante el año 2014 en la ciudad de New York y Florida en un total de 73.724 pacientes, encontrándose diferencias significativas, tal como lo muestra la siguiente figura ⁽⁶⁾.

Figura N°1 Costos 4 tipos de cirugías durante año 2014 New York y Florida

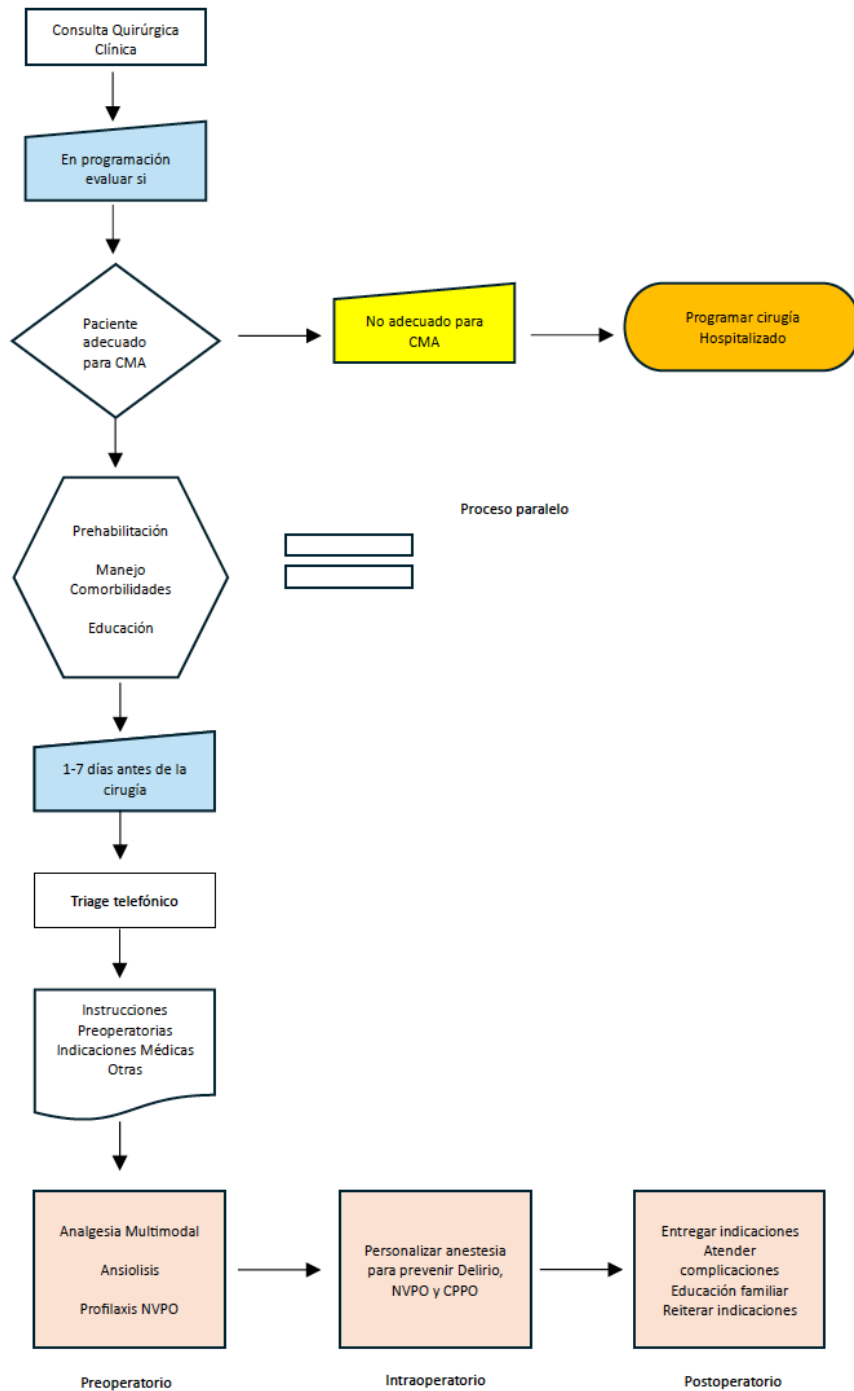


Fuente: David F. Friendlander. Ann Surg. 2021

Con la migración al entorno ambulatorio de pacientes médicamente complejos que se someten a procedimientos quirúrgicos más extensos, la selección del paciente adecuado se vuelve vital, ya que puede afectar directamente la seguridad y el resultado de la intervención. Afortunadamente las tasas de morbilidad mayor y reingreso serían igual de bajas entre los pacientes considerados de alto riesgo sometidos a procedimientos ambulatorios comunes. En un estudio utilizando los datos obtenidos del National Surgical Quality Improvement Program en Canadá, entre los años 2005 a 2017, el alta realizada el mismo día del procedimiento quirúrgico no se asoció con un aumento de los eventos adversos y/o complicaciones ⁽⁷⁾.

Una gran proporción del manejo de un paciente de alto riesgo para cirugía ambulatoria involucra identificación preoperatoria, optimización, prehabilitación y educación. El momento ideal para implementar estas intervenciones es en el momento de programar la cirugía ⁽⁸⁾. A continuación se muestra un flujograma propuesto en la literatura y del cual se basa el flujograma propuesto para la implementación de CMA en el HCUCH.

Figura N°1 Flujograma proceso atención CMA



Fuente: Niraja Rajan (2020); traducción propia.

El proceso de determinar la idoneidad de un paciente para la cirugía como paciente ambulatorio es dinámico e involucra la interacción compleja de varios factores, como el procedimiento quirúrgico, las características del paciente y la técnica anestésica esperada (p. ej., sedación/analgesia, anestesia local/regional o anestesia general). Además, el tipo

de entorno ambulatorio (es decir, instalaciones de estadía corta, hasta de 23 horas, centro ambulatorio en un hospital, centro de cirugía ambulatoria independiente y cirugía en el consultorio) y los factores sociales, como la disponibilidad de una persona responsable de cuidar al paciente en casa, también pueden influir en la selección del paciente ⁽⁹⁾. A continuación se muestran algunas de las recomendaciones a la hora de seleccionar a los pacientes que serán intervenidos a través del proceso de CMA.

Tabla N°6 Recomendaciones selección pacientes CMA.

Resumen de Recomendaciones	
Comorbilidad	Resumen de Recomendaciones
ASA	<ul style="list-style-type: none"> Los pacientes con estado físico ASA III deben tener comorbilidades estables optimizadas Los pacientes con estado físico ASA IV con condiciones comórbidas estables pueden someterse a procedimientos de bajo riesgo como Cirugía de cataratas realizada bajo anestesia tópica/local/regional.
Edad/fragilidad	<ul style="list-style-type: none"> La edad por sí sola no debería ser un factor de exclusión. Considere condiciones comórbidas, fragilidad, estado cognitivo, quirúrgico, anestésicos y factores sociales como la falta de apoyo para la atención domiciliaria o la falta de voluntad del paciente para cumplir
Obesidad	<ul style="list-style-type: none"> IMC <40 kg/m²: apto para cirugía ambulatoria IMC 40–50 kg/m²: optimizar las comorbilidades y detectar la apnea obstructiva del sueño IMC >50 kg/m²: programar como paciente ambulatorio para procedimientos de bajo riesgo en ausencia de enfermedad cardiopulmonar grave.
Apnea Obstructiva del Sueño	<ul style="list-style-type: none"> Detección de apnea obstructiva del sueño y optimización de comorbilidades No se requiere estudio del sueño preoperatorio. Fomentar el uso de presión positiva en las vías respiratorias en pacientes obedientes. Control del dolor con analgesia multimodal no opiode
Enfermedad cardiaca	<ul style="list-style-type: none"> Los pacientes cardíacos asintomáticos no requieren pruebas cardíacas. No posponga la cirugía basándose únicamente en los valores de presión arterial. Retraso sólo para pacientes con enfermedad de hipertensión maligna (presión arterial diastólica >110 mm Hg) con daño agudo de órganos terminales Excluir durante al menos 30 días después de un infarto agudo de miocardio. Excluir solo para pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada, de nueva aparición o no tratada, así como para pacientes sintomáticos y con fracción de eyección del ventrículo izquierdo baja (<35%) Excluir a los pacientes sintomáticos (fatiga, mareos, síncope, palpitaciones, dolor en el pecho y dificultad para respirar) con fibrilación auricular de nueva aparición Excluir pacientes sintomáticos (dolor torácico, disnea, síncope y mala tolerancia al ejercicio) con problemas valvulares graves. Los pacientes con stents coronarios son adecuados si la carga de comorbilidad es baja y ha transcurrido suficiente tiempo desde implantación del stent (30 días para BMS, 6 meses para DES más nuevos, 12 meses para DES más antiguos) que permite la interrupción de terapia antiplaquetaria dual, el paciente ha pasado a un estado de enfermedad coronaria isquémica estable, o si el procedimiento no es invasivo, lo que permite continuar con la doble terapia antiplaquetaria con bajo riesgo de sangrado. Los pacientes con dispositivos cardíacos electrónicos implantables son adecuados si el potencial de interferencia electromagnética la interferencia es baja y con capacidad para gestionar el dispositivo si es necesario el uso de un imán o una reprogramación
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	<ul style="list-style-type: none"> Excluir enfermedad grave. Fomentar el abandono del hábito tabáquico, optimizar el tratamiento broncodilatador, tratar las enfermedades respiratorias infecciosas.
Diabetes Mellitus	<ul style="list-style-type: none"> Continuar con los medicamentos antidiabéticos, según corresponda. Reanudar la ingesta oral y el régimen hipoglucémico tan pronto como sea posible después de la operación. Excluir condiciones metabólicas inestables como la cetoacidosis diabética y los estados hiperosmolares no cetónicos.
Enfermedad Renal Crónica	<ul style="list-style-type: none"> Excluir si no está en diálisis, optimizar las comorbilidades, aceptar la anemia crónica y la hiperpotasemia asintomática. (K ≤ 6,0)
Accidente Cerebrovascular	<ul style="list-style-type: none"> Retrasar la cirugía electiva durante al menos 9 meses. Manejar la terapia antiplaquetaria
Hipertermia Maligna	<ul style="list-style-type: none"> Proceder como paciente ambulatorio utilizando anestésicos no desencadenantes. Carro de hipertermia maligna y dantroleno disponibles en las instalaciones.
Dolor Crónica / Uso Crónico de Opiodes	<ul style="list-style-type: none"> Procedimientos con dolor leve/moderado esperado manejables con analgesia no opiode, incluida la local/regional. La analgesia se puede programar como ambulatoria.

- Se deben programar los procedimientos en los que se espera dolor intenso o que requieran una reducción gradual de los regímenes de mantenimiento como paciente hospitalizado

Fuente: Niraja Rajan (2021); traducción propia.

Se puede obtener un valor significativo a través de una mayor eficiencia en las vías de atención quirúrgica debido a la naturaleza costosa de estos eventos. Dirigir a los pacientes candidatos quirúrgicos apropiados a instalaciones ambulatorias en lugar de hospitalarias, se ha convertido en una de esas propuestas de valor, ya que los costos de las instalaciones parecen estar contribuyendo a aumentar el gasto en salud en EE.UU.

e. El objetivo que busca el desarrollo de la AFE.

El enfoque de Marco Lógico en las organizaciones de salud se usa para detectar un problema con el propósito de lograr una adecuada identificación, caracterización y categorización del mismo y, sobre esta base, diseñar una intervención que permita enfrentar dicho problema ⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾. De este modo, se puede lograr una adecuada planificación y gestión integral que facilite la implementación, seguimiento y evaluación de la intervención. En el caso de la presente AFE, el enfoque de Marco Lógico se aplica a la implementación de un proceso de atención de Cirugía Mayor Ambulatoria transversal a todas las especialidades quirúrgicas en el HCUCH que permitan aumentar la cantidad de las prestaciones quirúrgicas y al mismo tiempo contribuir a la disminución de costos a través de una utilización más eficiente de pabellones, menor utilización de camas y menor incidencia de complicaciones quirúrgicas como infecciosas, entre otras.

Los fundamentos para realizar este proceso como un elemento más para ayudar a mejorar la actual situación financiera son los siguientes:

- **Reducción de costos:** la literatura reporta reducción de costos en salud que pudieran llegar hasta un 65%, a razón de que los pacientes ya no requieren hospitalización para resolver su patología quirúrgica, ni el día antes ni el mismo día de la cirugía. En el contexto de la situación financiera del hospital, que puede apreciarse en la tabla N°7 de Estados Financieros del HCUCH, el desarrollo del presente proyecto tiene un importante espacio de contribución en esta dimensión.

Tabla N°7 Estados Financieros del HCUCH.

Consolidado Hospital y Red Acumulado

*Acumulado a Septiembre de cada año

Cifras en moneda real

	2016*	2017*	2018*	2019*	2020*	2021*	2022*	Var 2022/2016
Ingreso Total	89.688.263.072	95.041.084.440	100.298.588.687	98.790.249.806	74.903.705.875	107.526.287.834	98.914.220.516	10%
Ingresos por Venta de Prestaciones	63.947.864.944	64.754.485.231	66.912.880.538	68.039.966.884	49.155.889.534	75.270.532.390	69.702.448.926	9%
Ingresos por Venta de Fármacos e Insumos	19.912.600.699	24.469.564.362	27.014.700.592	24.297.453.363	18.589.503.695	25.922.111.683	20.255.546.467	17%
Subsidios Incapacidad laboral	1.385.626.722	1.036.620.774	1.653.226.089	1.104.375.734	1.553.910.181	1.484.758.505	1.068.377.593	-17%
Aporte Institucional	4.061.672.779	3.900.864.170	3.232.951.229	4.042.886.052	3.167.484.655	3.768.170.251	3.760.777.647	-7%
Otros Ingresos	480.297.928	799.546.904	1.484.770.220	805.467.283	2.426.917.810	1.080.715.006	1.127.069.854	135%
Gasto Directo	69.083.402.077	70.850.025.407	75.890.021.518	77.503.066.589	70.010.452.354	83.213.699.340	87.819.308.912	27%
Resultado	20.604.860.995	24.191.059.034	24.408.567.170	21.287.183.217	4.893.253.521	24.312.588.493	11.094.911.604	-46%
Rentabilidad	23%	25%	24%	22%	7%	23%	11%	-51%
Gasto Indirecto	22.878.219.846	20.083.668.826	22.912.931.072	24.272.253.445	27.723.622.377	24.139.963.707	28.119.911.202	23%
Gasto Total	91.961.621.923	90.933.694.232	98.802.952.590	101.775.320.033	97.734.074.731	107.353.663.047	115.939.220.114	26%
Resultado General	-2.273.358.851	4.107.390.208	1.495.636.098	-2.985.070.227	-22.830.368.855	172.624.786	-17.024.999.598	
Rentabilidad General	-3%	4%	1%	-3%	-30%	0,2%	-17%	

Fuente: Sistema de Costos

Fuente: Sistema de Costos del HCUCH.

- **Aumento de prestaciones quirúrgicas:** algunas Isapres han comenzado a preferir instituciones que entregan prestaciones ambulatorias, ya que reducen los gastos asociados a la atención de dicha patología quirúrgica. Por lo mismo, parece adecuado avanzar a este tipo de prestaciones para no perder eventuales clientes. La contribución que el presente proyecto puede hacer, tiene fundamento en la información de actividad quirúrgica que entrega la tabla N°8.

Tabla N°8 Actividad Quirúrgica HCUCH 2014-2022

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022 sept
TOTAL PROGRAMADO	11408	11872	14320	13727	13351	12180	7039	11198	9430
TOTAL REALIZADO	12324	13056	16588	16027	15405	14447	9293	13264	10914
ANGIOGRAFO						83	281		
TOTAL SUSPENSIONES	848	896	1033	997	1461	1079	535	621	713
TOTAL FUERA DE TABLA	470	897	2000	2075	1478	981	698	684	512
TOTAL URGENCIA	1294	1182	1302	1220	2035	2365	2083	2102	1684
TOTAL INSTITUCIONALES	8563	8965	10787	9859	9983	9276	5497	8491	7181
TOTAL PRIVADOS	1997	2012	2500	2873	1909	1826	1015	1987	1537
TOTAL SECTOR A	100								
			mater	mater	3151	2571	1950		1923

Fuente: Elaboración propia en base a información estadística del HCUCH.

- **Mejor gestión de pabellones:** la literatura reporta un mejor uso de los tiempos quirúrgicos y por ende del uso de los pabellones. Esto se podría expresar en la disminución de los tiempos de espera de una cama para una hospitalización el día de la cirugía, que en ocasiones retrasa el inicio de la misma.
- **Menor tasa de complicaciones generales:** el paciente, al no tener que cursar con una hospitalización, reduce el riesgo de algunas complicaciones generales como las infecciones intrahospitalarias y el tromboembolismo.

2. METODOLOGÍA

a. Aplicación de la metodología del Marco Lógico

Como antes se señaló, la metodología de Marco Lógico (ML) permite, a partir de una necesidad o problema identificado, diseñar una “intervención” (sea ésta un proyecto, programa o plan), y facilitar su implementación, seguimiento y evaluación. En este sentido, el enfoque de Marco Lógico ofrece un conjunto de lineamientos, pautas e instrumentos que permiten gestionar todos los momentos de una intervención en el ámbito de la Salud Pública, entendiendo que el origen y sentido último de toda intervención en este ámbito es transformar una situación problema en otra buscada, deseada o superadora ⁽¹¹⁾.

De los distintos niveles de concreción y alcance, la intervención definida en la cual se basará la implementación del proceso de atención de CMA en el HCUCH sería una de tipo “proyecto”, pues se trata de un conjunto de actividades concretas, interrelacionadas entre sí, que se realizan para producir determinados bienes y servicios capaces de satisfacer una necesidad o resolver un problema identificado y priorizado. Es la intervención que representa el mayor grado de concreción, ya que organiza un conjunto de actividades y recursos destinados a resolver un problema en un periodo dado⁽¹¹⁾.

Las ventajas y utilidades que ofrece el ML son las siguientes⁽¹¹⁾:

- Mejora el diseño, la ejecución y evaluación de un proyecto, programa o plan.
- Favorece la integralidad de la gestión de intervenciones articulando los momentos de diseño, ejecución y evaluación.
- Utiliza instrumentos de fácil aplicación con reglas de juego simples sin dejar de captar la complejidad de la situación problemática a ser transformada, la de los actores sociales involucrados así como los conflictos potenciales que puede generar la intervención.
- Orienta el análisis sistemático y lógico de los niveles de objetivos y de los elementos claves de un proyecto, programa o plan, reduciendo las ambigüedades y, en el largo plazo, el tiempo y esfuerzo requeridos.
- Brinda elementos para realizar el seguimiento y la evaluación de las intervenciones, expresando claramente las metas y los indicadores para evaluar su cumplimiento en todos los niveles de objetivos.
- Proporciona una estructura simple para comunicar la información más importante colaborando en la comprensión de la relación entre los bienes y servicios proporcionados, y de los efectos esperados en la población objetivo por la utilización de los mismos.
- Mejora la gestión al resaltar los lazos que existen entre los elementos que componen una intervención y los supuestos para su logro, y suministrar la información necesaria para la organización y el desarrollo lógico de la ejecución.
- Asegura que los recursos destinados a alcanzar determinados objetivos sean necesarios y suficientes y se orienten, efectivamente, hacia ellos de manera lógica.

- Contribuye al desarrollo y fortalecimiento de la capacidad de gestión de los distintos organismos, instancias y actores involucrados en la implementación de intervenciones.
- Es una metodología de fácil transferencia y diseminación, puesto que proporciona una terminología común que facilita la comunicación entre esos actores.
- Puede ser utilizada en procesos de diseño inicial de intervenciones o de reformulación de aquellas que ya se encuentren en ejecución.

b. Equipo de gestión.

Una condición central para aplicar la metodología del ML es la conformación del equipo de trabajo que realizará la gestión integral del proyecto en cuestión. Estos actores deben ser diversos, ya que permite enriquecer el proceso con aportes interdisciplinarios, facilita y viabiliza la gestión y permite maximizar esfuerzos y compromisos en busca de objetivos comunes y reducir costos⁽¹¹⁾. Para efectos de la presente AFE, el equipo de gestión está conformado por los siguientes actores:

- *Director Médico o quien él designe:* se requerirá la presencia de esta autoridad para apoyar en dos grandes temas: presupuesto de inversión y/o recurso humano y directrices desde la dirección del establecimiento para la utilización eficiente de espacios físicos e implementación de este proceso de atención.
- *Jefe de Servicio de Pabellones:* por su labor administrativa en la utilización de pabellones y en áreas físicas del mismo sector que facilitarían el proceso de CMA.
- *Jefe de Servicio Anestesia:* Corresponde al autor de la AFE, quien, además, tiene conocimientos técnicos en el ámbito de la CMA y puede transmitir a los profesionales a su cargo las modificaciones en los actos anestésicos en cada paciente para facilitar el proceso (anestesia con recuperación acelerada).
- *Enfermera Encargada de Programación Tabla Quirúrgica:* para apoyo logístico en la planificación de tabla quirúrgica.
- *Enfermera Jefe de Pabellón:* con la finalidad de contribuir en la implementación del proceso de atención en los espacios físicos de pabellón.
- *Enfermera Jefe Gestión del Cuidado:* para coordinación del personal clínico de enfermería y técnicos que participarán en la ejecución del proyecto y al mismo tiempo contribuir en la implementación de procesos clínicos obligatorios en los cuidados de los pacientes.
- *Enfermera Encargada Gestión de Camas:* para la redistribución de espacios para el desarrollo normal del proceso y tránsito de pacientes en el contexto de CMA. Además que se deberá contar con un back up de camas de respaldo ya que la literatura ha reportado que hasta un 20% de los pacientes de CMA pueden requerir una cama durante el proceso.

c. Técnicas y/o instrumentos metodológicos utilizados

Para el desarrollo de la presente AFE, se usaron diferentes instrumentos metodológicos contemplados en el enfoque de Marco Lógico. A continuación, se describen estos instrumentos y su uso en las etapas analíticas y de planificación.

Etapas Analíticas

i) **Identificación de Problemas.** La identificación y descripción de problemas se desarrolló en el marco de un proceso de trabajo convocado y conducido por el Director Médico del Hospital Clínico de la Universidad de Chile desde octubre de 2022. El propósito de dicho proceso de trabajo era potenciar la gestión en las áreas consideradas más productivas del hospital, lo que incluía pabellones quirúrgicos. En este contexto, entonces, el equipo gestor del presente proyecto se conformó como un equipo de trabajo.

Sobre una base inicial de problemas y tareas que debíamos abordar indicadas por el Director Médico, el equipo gestor comenzó a trabajar en la identificación de problemas que se podrían presentar durante el proceso de CMA.

Una vez identificados los problemas, se procedió a efectuar su priorización usando una matriz que contempló los siguientes criterios: Características y magnitud; Prioridad en los lineamientos de las autoridades; Gobernabilidad (capacidad para incidir sobre el problema), e; Incidencia sobre otros problemas.

ii) **Análisis de Involucrados.** Un proyecto debe representar una confluencia de voluntades provenientes de las necesidades e intereses de todos los actores involucrados. Para estos efectos, identificadas las personas, grupos o autoridades que, directa o indirectamente, se verían implicados por las propuestas de la presente propuesta, se elaboró una Matriz de Involucrados, con el propósito de caracterizar a aquellos actores favorables, neutros o contrarios al proyecto, información que es fundamental para los procesos de toma de decisión y elaboración de las estrategias más apropiadas.

Los criterios utilizados para la elaboración de la Matriz incluyeron:

- *Problemas percibidos:* Sistematiza la percepción que cada actor involucrado tiene, desde su perspectiva, sobre el problema seleccionado.
- *Intereses de Mandatos:* Dimensión que expresa los intereses de cada actor involucrado en función de su rol en el contexto de la organización que representa.
- *Poder:* Representa el grado de poder, en términos de capacidad de influir en el desarrollo del proyecto. Se operacionaliza asignando los siguientes valores: 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 los siguientes valores: Positivo (1=Bajo; 2=Medio y; 3=Alto); Negativo (-1=Bajo; - 2=Medio y; -3=Alto), o; Indiferente (=0).

- *Valor*: Expresa el resultado de valoración final y se obtiene multiplicando el valor de Poder por el valor de Interés.

iii) **Análisis de Problemas.** Una vez que seleccionó el problema central y se realizó el análisis de involucrados, el equipo gestor desarrolló el análisis de problemas, para identificar, delimitar y buscar las relaciones de los problemas que actúan como factores explicativos del problema central ⁽¹²⁾. Para estos efectos, se construyó el Árbol de Problemas, técnica que facilita identificar los problemas más importantes y las relaciones de causa – efecto, permitiendo visualizar gráficamente esas relaciones ⁽¹²⁾.

iv) **Análisis de Objetivos.** El desarrollo del análisis de objetivos descansó en el uso de la técnica de elaborar el Árbol de Objetivos. Para estos efectos, se transformaron en positivo los elementos del árbol de problemas previamente elaborado, lo que redundó en la definición de la estructura futura que dará cuenta del problema planteado.

v) **Análisis de Alternativas.** En el Análisis de Alternativas se consideran dimensiones como factibilidad financiera y gobernanza para definir la opción más plausible de implementar, lo que normalmente, incluye aspectos como Costo Financiero; Disponibilidad de Recursos Humanos; Capacidad técnica de implementación. En la presente propuesta, la Dirección Médica del HCUCH había establecido el área de pabellones quirúrgicos como una de las áreas que podía contribuir a mejorar la situación financiera del establecimiento, debido a lo cual el análisis de alternativas se centró en el ámbito de acción de Implementar el Proceso de Atención Quirúrgica de CMA en el HCUCH.

Etapa de Planificación

En la presente AFE, los momentos metodológicos considerados en la etapa de planificación fueron los siguientes: Elaboración de la Matriz de Marco Lógico; Elaboración del Plan de Ejecución; Elaboración del Control de Calidad.

- *Elaboración de la Matriz de Marco Lógico*

Este instrumento del Marco Lógico, sobre la base de la información sistematizada en la etapa analítica, incluyendo la definición de objetivos, permite sistematizar dichos objetivos en niveles jerárquicos con una relación de “Medios” a “Fines”, en una dirección ascendente, estableciendo para cada objetivo los indicadores, medios de verificación y supuestos correspondientes.

En la matriz misma (ver tabla N°9), los objetivos se escriben en la primera columna en el orden jerárquico antes descrito. En la segunda columna, se explicitan los Indicadores, que constituyen los elementos de seguimiento y evaluación de dichos objetivos. La tercera columna corresponde a los medios de verificación o fuentes de información que alimentan los indicadores. Finalmente, en la cuarta columna se señalan los supuestos del proyecto, es decir, las condiciones externas al proyecto que deben ocurrir para que se alcancen los diferentes niveles de objetivos.

Tabla N° 9. Matriz de Marco Lógico.

RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN			
PROPÓSITO			
RESULTADOS			
ACTIVIDADES			

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

- *Elaboración del Plan de Ejecución*

El Plan de Ejecución es un instrumento que complementa la matriz de ML y es fundamental para operacionalizar la intervención que se planifica. En el Plan de Ejecución, si es necesario, las diferentes actividades o tareas, pueden desagregarse en subtareas, a las que se asignan plazos de ejecución, responsable y recursos.

- *Elaboración del Plan de Control de Calidad*

La elaboración del Control de Calidad es un instrumento que busca asegurar la coherencia y calidad del diseño de la intervención que se planifica. En la presente AFE, el instrumento de control de calidad corresponde al planteado en el Manual para el Diseño de Proyectos de Salud de la Organización Panamericana de la Salud.

3. ETAPA ANALÍTICA

a. Identificación y priorización de problemas

Desde el mes de octubre de 2022, el Director Médico, citó al equipo de gestión a reuniones de trabajo periódicas. Al comienzo, estas reuniones eran de carácter informativo en donde se daba a conocer la grave situación financiera por la cual estaba pasando la institución y que, de no abordar el tema con la importancia y premura necesarias, era posible que: *“nuestro hospital dejara de ser lo que históricamente fue”* (Director Médico).

Para el equipo directivo de la institución, una estrategia a utilizar era potenciar la gestión en las tres áreas que se consideran más productivas, las que fueron definidas por la Dirección Médica como los servicios de Imagenología, Laboratorio y Pabellón/Anestesia. Por esta razón, los directores solicitaron la creación de una comisión de trabajo en cada una de estas áreas, en donde la Comisión de Pabellón/Anestesia estaría conformada por los integrantes del equipo de gestión de la presente AFE y que se identificaron en el capítulo de Metodología.

En las reuniones de trabajo previamente mencionadas, el Director Médico dio a conocer los problemas y tareas que debíamos comenzar a trabajar, entre los que destacan:

- Centralización de programación de la tabla quirúrgica
- Paquetización de prestaciones quirúrgicas
- Gestión de recursos humanos
- Implementación de Cirugía Mayor Ambulatoria
- Aumento de prestaciones quirúrgicas a través de la Lista de Espera del Ministerio de Salud (Minsal)

Como se explicó en el capítulo de metodología del presente documento, para la ejecución de estas tareas se solicitó la conformación de grupos de trabajo cada uno liderado por distintas personas.

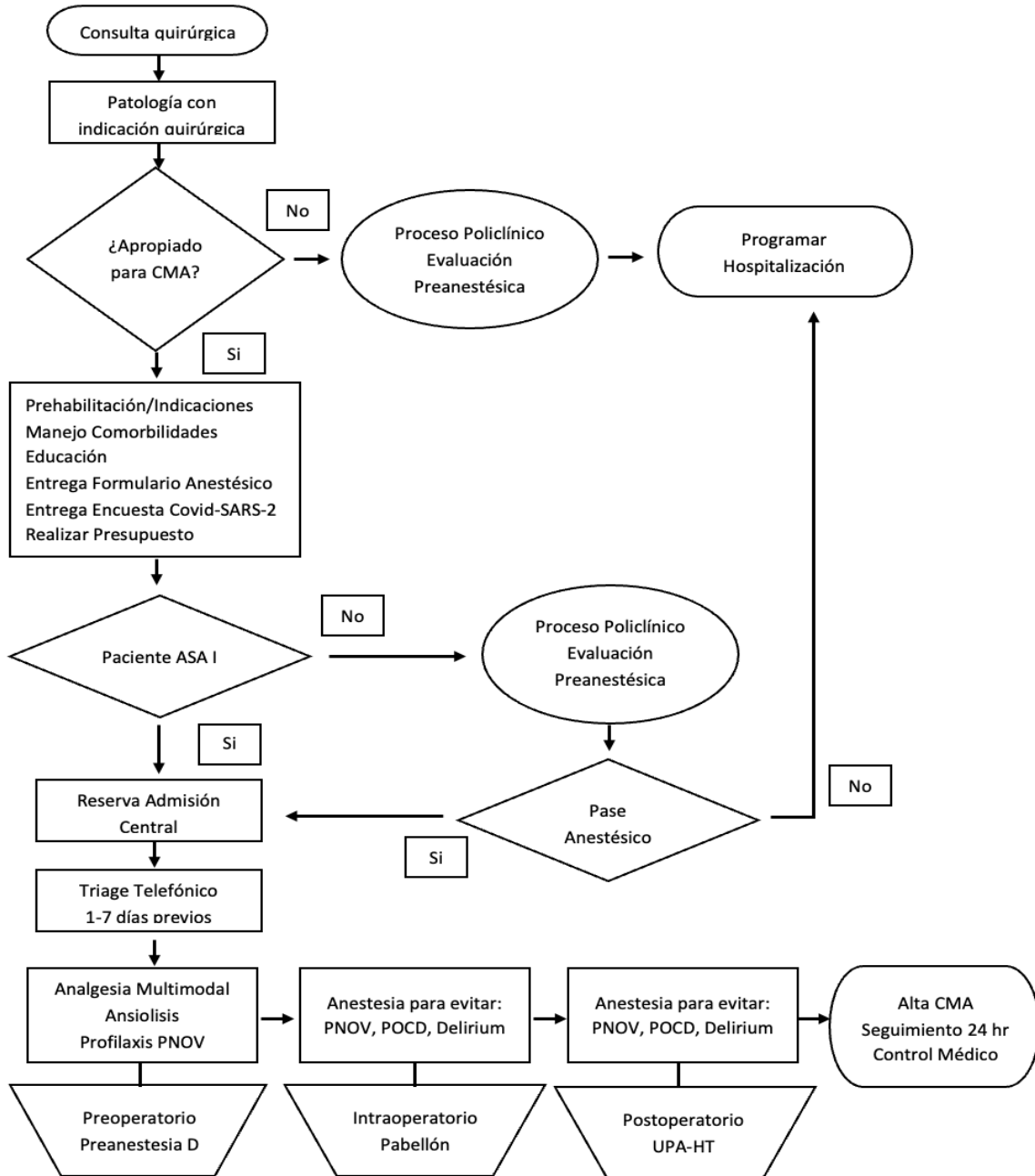
Para realizar una aproximación inicial a la tarea solicitada de la Implementación de Cirugía Mayor Ambulatoria, se realizó una revisión bibliográfica para comenzar a identificar los eventuales problemas que se podrían presentar durante la ejecución. Para ello se diseñó un flujograma del probable proceso de Cirugía Mayor Ambulatoria en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. De este se comenzó a determinar, junto con los actores del equipo de gestión, los principales problemas en cada parte del proceso de acuerdo a nuestra realidad local y priorizar la resolución de cada uno de ellos para que se logren los objetivos de la mejor forma posible.

Las principales áreas de trabajo del proceso de CMA en el hospital serían:

1. Atención ambulatoria pre-procedimiento quirúrgico
2. Admisión y/o trámites administrativos
3. Chequeo pre-ingreso CMA

4. Proceso durante procedimiento quirúrgico CMA
5. Control posterior alta CMA

Figura N° 2. Flujoograma Proceso de Atención Cirugía Mayor Ambulatoria HCUCH



Fuente: Elaboración propia, adaptado de Niraja Rajan (2020).

De acuerdo con las conversaciones sostenidas en las reuniones de trabajo se pudieron identificar eventuales problemas que se podrían presentar en cada etapa del proceso de

atención de CMA propuesto y sistematizado en la figura N°2. Los eventuales problemas en las distintas áreas de trabajo se presentan a continuación:

1. Atención ambulatoria pre-procedimiento quirúrgico.

- a. *Identificación correcta de pacientes con patologías quirúrgicas que cumplan con el perfil de CMA:* el cirujano tratante deberá identificar que pacientes/patologías quirúrgicas cumplen con el perfil de CMA ya que no todo se puede resolver a través de este proceso. A modo de ejemplo, cito la colecistectomía videolaparoscópica, ya que es una patología que frecuentemente se desarrolla por medio de la CMA. Respecto de este procedimiento, no todos los pacientes sometidos a este procedimiento pueden ser dados de alta el mismo día, ya que pueden tener otras condiciones agregadas como coledocolitiasis, que hace que el alta precoz (menos de 24 hr) no sea recomendable. Esto sería responsabilidad de los equipos quirúrgicos.
- b. *Identificación correcta de pacientes con comorbilidades que cumplan con el perfil de CMA:* los pacientes sanos (ASA I) son candidatos ideales para resolver sus patologías quirúrgicas a través de la CMA. Los pacientes ASA II (pacientes con comorbilidades compensadas) también pueden ser resueltos a través de este proceso, pero se debe identificar cuáles pacientes con comorbilidades pueden ser operados y dados de alta el mismo día. Esto sería responsabilidad del equipo de anestesiología.
- c. *Encuestas Covid:* en relación al estado epidemiológico de la pandemia que predomine en el país, es posible evitar realizar una PCR previo al procedimiento siempre y cuando se aplique una encuesta que intente identificar a los pacientes con bajo riesgo de estar cursando una infección por SARS-Covid-2.

2. Admisión y/o trámites administrativos.

- a. *Paciente que no realice correctamente trámites administrativos previos:* cualquier causa posible que no permita la realización correcta de los trámites administrativos previos, puede ocasionar que el paciente sea programado para un procedimiento quirúrgico y este no se pueda realizar, perdiendo horas quirúrgicas importantes.

3. Chequeo pre-ingreso CMA.

- a. *Triaje Telefónico 1-7 días previos:* llamada telefónica realizada por la enfermera encargada de CMA en la cual se debe chequear que los pacientes programados cumplan con los requisitos impuestos para realizar la cirugía bajo la modalidad de CMA. Esto tiene como fin, evitar suspensiones de cirugías, utilización de camas y/o eventuales complicaciones quirúrgicas.

4. Proceso durante procedimiento quirúrgico CMA.

- a. *Ingreso y espera previo a cirugía:* retrasos por diversas causas a la hora de preparar al paciente correctamente previo al procedimiento quirúrgico.

- b. *Acto quirúrgico y anestésico*: que estos actos no se desarrollen en el marco de la CMA utilizando técnicas quirúrgicas y/o anestésicas que retrasen el proceso y el alta precoz.
- c. *Post-operatorio inmediato*: retrasos por complicaciones quirúrgicas imprevistas y/o técnicas anestésicas no apropiadas para la CMA y una recuperación rápida.
- d. *Alta médica*: retrasos en los procedimientos administrativos y/o indicaciones médicas no adecuadas para el proceso de CMA.
- e. *Necesidad de cama back-up*: la literatura describe hasta un 20% de necesidad de camas de respaldo en caso de complicaciones quirúrgicas y/o retrasos en el proceso de CMA que ocasionen que el paciente deba pernoctar en el hospital.

5. Control posterior alta CMA.

- a. *Falta de control 24 horas posteriores*: llamada telefónica por enfermera encargada para evaluar evolución, resaltar indicaciones, búsqueda de eventuales complicaciones y/o resolver dudas para evitar ingresos hospitalarios y/o complicaciones médicas.

Para ponderar los problemas identificados, como se describió en el capítulo de metodología, se asignaron valores a cada criterio para un determinado problema (del tipo: alto = 3, medio = 1, nulo = 0). De este modo, a mayor puntaje obtenido por problema analizado, mayor era su prioridad.

Tabla N°10 Matriz de priorización problemas

MATRIZ DE PRIORIZACIÓN	Característica y magnitud	Prioridad	Gobernabilidad	Incidencia sobre otros problemas	Puntaje total
Identificar cirugías que cumplan criterios de CMA	3	1	1	3	8
Identificación pacientes que cumplan criterios de CMA	3	1	1	3	8
Aplicación de Encuesta Covid en pacientes quirúrgicos	1	1	1	3	7
Realizar trámites administrativos previo cirugía	1	1	0	1	3
Llamada telefónica para Check List	1	3	1	3	8

Ingreso a Sala CMA	1	1	3	3	8
Actos quirúrgicos y anestésicos acorde a CMA	1	1	3	1	3
Post-operatorio inmediato en Sala CMA	0	1	1	1	3
Alta médica día cirugía	3	1	1	1	6
Cama back-up para eventual hospitalización	1	1	1	3	6
Control telefónico 24 hr posterior a cirugía	3	1	1	1	6

Si bien es cierto que en la priorización el problema no se obtuvo un puntaje mayor único, la tendencia es hacia la identificación adecuada de pacientes/cirugías que cumplan con el perfil de CMA y la preparación previa y/o chequeo de los requisitos o condiciones para que la programación quirúrgica diaria y el proceso mismo se desarrolle con normalidad de acuerdo a lo establecido, evitando suspensiones, hospitalizaciones y/o complicaciones médicas asociadas. Como ya se ha señalado antes, esto buscaba cumplir con el objetivo de reducir costos y avanzar hacia una mayor eficiencia en los actos quirúrgicos.

En una perspectiva hacia la fase de planificación, cabe comentar que será relevante la selección del equipo de enfermería que participará en este nuevo proceso de atención, ya que ellas(os) deberán supervisar constantemente el normal desarrollo y movilidad de los pacientes durante el perioperatorio en el hospital, siendo facilitadores del proceso en sí mismo.

b. Análisis de involucrados

El Análisis de involucrados es un momento en que se busca indagar sobre los actores sociales que tienen o pueden tener una participación directa o indirecta en el problema que se intenta abordar a través del diseño del proyecto y la intervención que este implica⁽¹²⁾. El objetivo de este momento es realizar un análisis situacional que permita apreciar el contexto en el cual se trabajará tanto en el diseño como en la ejecución del proyecto. Esto implica evaluar en profundidad a cada actor social, sea institucional o no, en relación a⁽¹²⁾:

- Su percepción y ubicación frente al problema abordado
- Sus intereses y recursos de poder
- La posibilidad de encontrar en él un aliado u oponente para la gestión.

Para encarar el análisis de involucrados, es importante contar con la participación de esos actores; esto facilita la construcción de viabilidad para el proyecto, dada por la decisión de los involucrados de asegurar los recursos y/o su apoyo al mismo ⁽¹²⁾. De este tipo de análisis puede surgir la necesidad de plantear actividades específicas de construcción de viabilidad, dirigidas a uno o más actores involucrados, para apoyarlos, contenerlos o incluso neutralizarlos. De no ser posible plantear este tipo de actividades, al menos, será necesario contemplar tales situaciones como riesgos o supuestos en el momento de la planificación del proyecto⁽¹²⁾.

Como resultado del análisis de involucrados, se puede determinar que, desde la posición técnica, política, económica o institucional en que se encuentra el equipo de gestión, resulta inviable la implementación del proyecto propuesto; o se puede determinar la necesidad de convocar a otros actores a participar en el equipo de gestión para llevar adelante el proceso⁽¹²⁾.

La elaboración de la matriz con el análisis de involucrados, que fue explicada en el capítulo de metodología, se muestra en la siguiente tabla.

Tabla N°11. Análisis involucrados

Actores	Problemas Percibidos	Intereses y Mandatos	Poder	Interés	Valor
Dirección Médica	Déficit Financiero	Potenciar áreas productivas	5	3	+ 15
Jefe de Pabellones	Productividad horas pabellón	Centralizar Programación Tabla Quirúrgica	4	1	+4
Jefe de Anestesia	Implementación segura CMA	Implementación Proceso Atención CMA	4	3	+12
Enfermera Programación	Déficit en insumos y equipos para programación adecuada	Centralizar Programación Tabla Quirúrgica	3	2	+6
Enfermera Jefe Pabellón	Espacios físicos y condiciones sub-óptimas en cada uno de los sectores quirúrgicos	Procesos de atención seguros y de calidad	3	1	+3
Enfermera Jefe Gestión Cuidado	Déficit recursos humanos: horas enfermería y	Dotación adecuada de horas de enfermería y técnicos paramédicos	3	3	+9

	técnicos paramédicos				
Enfermera Gestión Camas	Falta camas quirúrgicas	Gestión eficiente de camas disponibles	3	3	+9

La interpretación del análisis de los involucrados debe ser cualitativa ya que los números no resultan de una medición rigurosa, sino que buscan ponderar variables ordinales en las cuales se asignan números a significados conceptuales. A la luz de que los resultados fueron todos positivos, se espera que la implementación del nuevo proceso de atención sea viable.

c. Análisis de problemas

Como se explicó en el capítulo de metodología, una vez que se identificó el problema central y se realizó el análisis de involucrados, el equipo de trabajo se focalizó en identificar, delimitar y buscar las relaciones de los problemas que actúan como factores explicativos del problema central⁽¹²⁾. Siguiendo esta racionalidad, se elaboró el Árbol de Problemas.

Como también se explicó en el capítulo de metodología, para el presente trabajo el problema central derivó del mandato de la Dirección Médica del HCUCH para implementar un nuevo modelo de atención orientado a resolver algunas patologías quirúrgicas. Esto significó que la caracterización de aquellos problemas que podrían actuar como factores explicativos fuese abordada desde el punto de vista de causas que podrían dificultar una adecuada implementación del proceso solicitado. Por las mismas razones, los efectos fueron interpretados como consecuencias de una inadecuada implementación.

Previamente se mencionó que los problemas que podrían suscitar dificultades en el nuevo proceso de atención radican principalmente en cinco aéreas:

1. Atención ambulatoria pre-procedimiento quirúrgico
2. Admisión y/o trámites administrativos
3. Chequeo pre-ingreso CMA
4. Proceso durante procedimiento quirúrgico CMA
5. Control posterior alta CMA

De estas áreas, se otorgó mayor relevancia a los distintos procesos previos a la intervención quirúrgica misma, es decir, una adecuada selección tanto médica como quirúrgica como procesos administrativos previos al ingreso a pabellón.

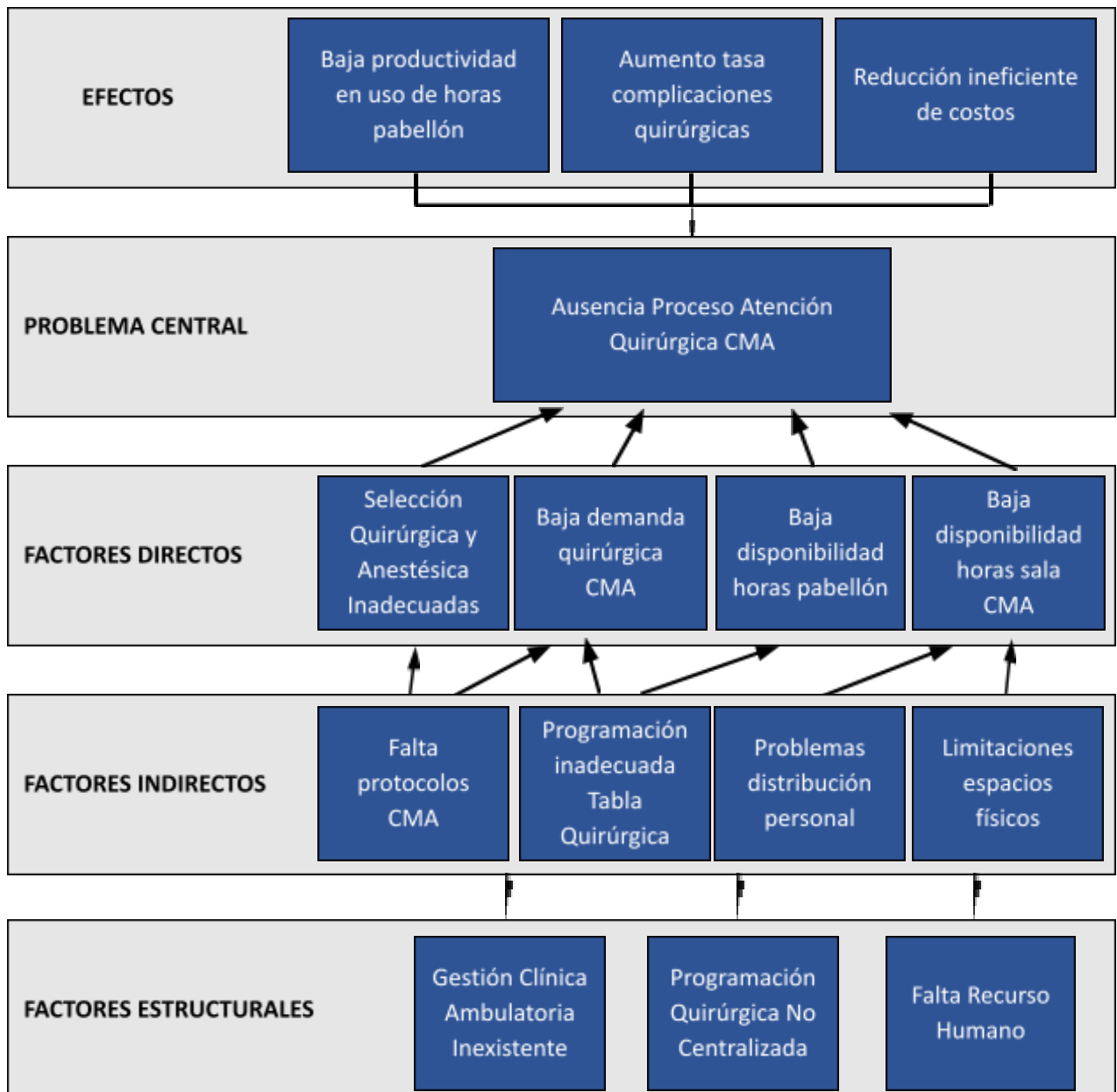
Por otro lado, los involucrados desde la perspectiva de sus intereses y mandatos, expandieron la perspectiva hacia factores indirectos que podrían tener relevancia a la hora de implementar este nuevo proceso.

Para llevar a cabo un análisis orientado hacia el problema se intentó responder las siguientes preguntas:

2. ¿Cuáles son los problemas que podrían dificultar la implementación del proceso de atención CMA?
3. ¿Qué problemas podría generar una inadecuada implementación del proceso de atención CMA?

Las respuestas a estas preguntas se esquematizan en el siguiente Árbol de Problemas.

Figura N°3 Árbol de Problemas

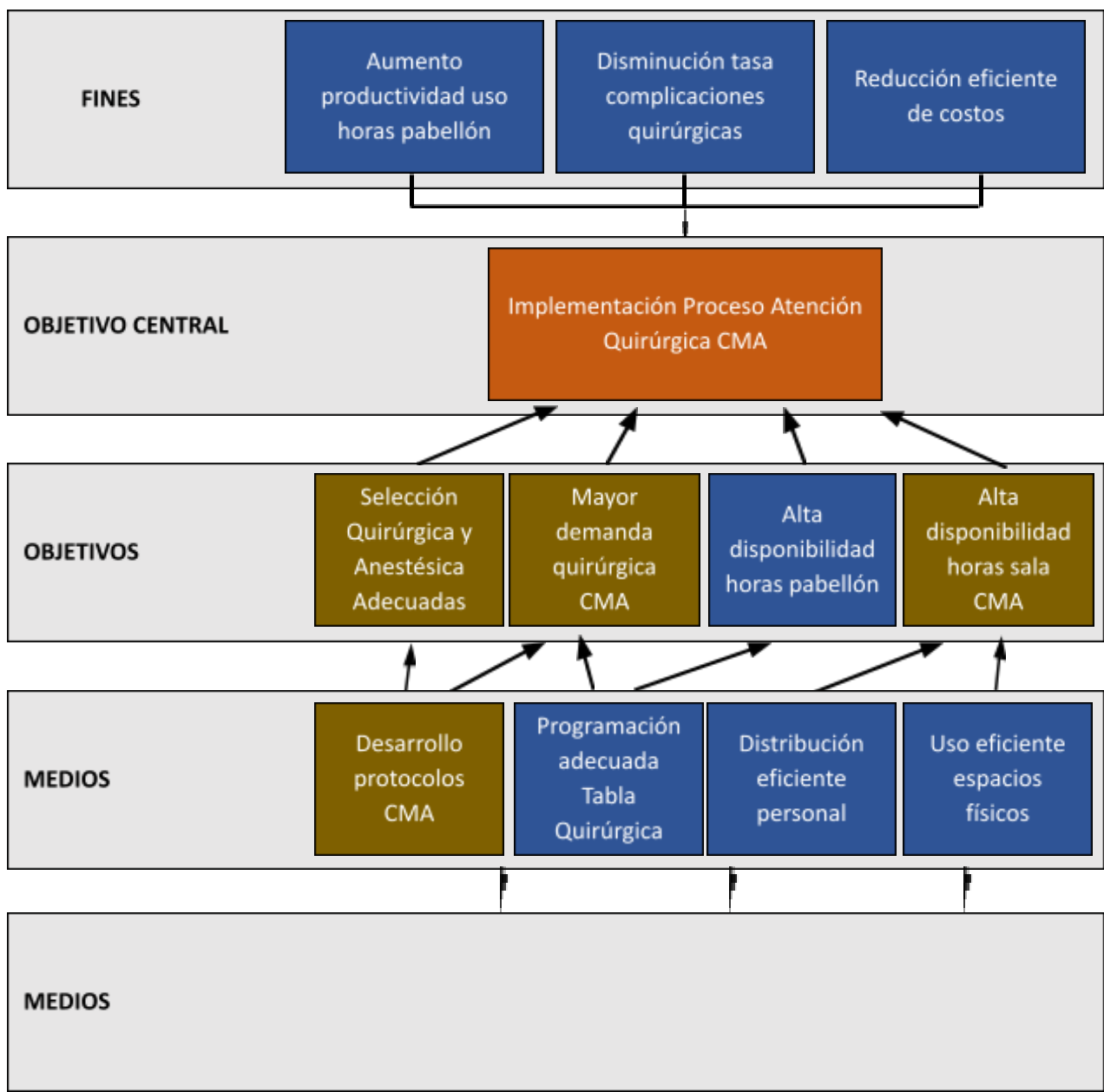


d. Análisis de objetivos

El Análisis de objetivos se realiza para establecer y describir como sería en el futuro la situación actual cuando el problema esté solucionado como resultado del proyecto. Es importante definir a los objetivos como logros, metas cumplidas y no como tareas a cumplir, ya que en realidad, son los resultados de realizar dichas tareas⁽¹²⁾.

El instrumento utilizado por la metodología del ML para el análisis de objetivos es el Árbol de Objetivos. La lógica y las reglas para la aplicación de este instrumento son muy similares a las del Árbol de Problemas. En efecto, este último se transformó en un Árbol de Objetivos al reformular las expresiones negativas en expresiones positivas. Lo que anteriormente se había identificado como causas, ahora pasaron a ser los medios y, lo que eran efectos, ahora pasaron a ser fines⁽¹²⁾.

Figura N°4 Árbol de Objetivos



Desarrollo
Gestión Clínica
Ambulatoria

Programación
Quirúrgica
Centralizada

Uso eficiente
Recurso
Humano

Nota: en color amarillo se encuentran los objetivos que conforman el ámbito de acción de la intervención que se está diseñando.

e. Análisis de Alternativas

Un Análisis de Alternativas permite identificar las posibles soluciones alternativas que potencialmente conducirán al logro de los objetivos identificados. Se trata de analizar y trabajar sobre los objetivos incluidos dentro del ámbito de acción, y determinar si es posible identificar diferentes relaciones de medios – fines como estrategias alternativas para el proyecto, a partir de un conjunto de criterios a ser utilizados y que permitirá seleccionar aquella que resulte la más adecuada para el equipo de gestión⁽¹²⁾.

Como se detalló anteriormente el objetivo central fue establecido por la Dirección Médica del establecimiento, la cual es una de las estrategias que definió desarrollar para mejorar la situación financiera del establecimiento.

Por lo anterior, el análisis de alternativas se centró en el ámbito de acción de Implementar el Proceso de Atención Quirúrgica de CMA en el HCUCH. Debido a que existen objetivos que se relacionan con el desarrollo de esta tarea y que son impulsados por otros equipos de trabajo (ej. Centralización Tabla Quirúrgica), para decidir qué alternativas desarrollar para alcanzar el logro de los objetivos, el enfoque se orientó hacia el desarrollo del proceso de atención mismo. Para ello, se decidió trabajar en las siguientes intervenciones utilizando como base el Flujograma diseñado para este propósito:

1. Desarrollo Gestión Clínica Ambulatoria
 - a. Admisión y/o trámites administrativos
 - b. Chequeo pre-ingreso CMA
2. Desarrollo Protocolos CMA
 - a. Atención médica ambulatoria pre-procedimiento quirúrgico
 - b. Control posterior alta CMA
3. Implementación Espacio Físico (Sala CMA)
 - a. Proceso durante procedimiento quirúrgico CMA

A continuación se presenta un análisis de cada una de las intervenciones.

1. Desarrollo Gestión Clínica Ambulatoria

Implementar una gestión clínica ambulatoria que permita llevar a cabo procesos de manera más eficiente y en sintonía con la CMA. Para ello será necesario la conformación

de una Unidad de CMA, la cual deberá contar con un encargado, personal a cargo y los insumos necesarios para el desarrollo de esta actividad.

Se definieron 3 áreas de intervenciones a desarrollar por esta nueva Unidad:

- *Admisión y/o trámites administrativos:* como todo procedimiento quirúrgico a desarrollar en el HCUCH, los pacientes deben realizar una serie de trámites administrativos como son la aceptación de presupuesto o firma de documentos varios. Por lo mismo, se deberán gestionar con la Unidad de Admisión los cambios necesarios para que los pacientes puedan realizar el procedimiento quirúrgico bajo la modalidad de ambulatorio y se realicen los cobros respectivos acorde a la ley vigente. Es deseable que los pacientes realicen la menor cantidad de visitas al establecimiento y que, por lo tanto, se faciliten los procesos respectivos.
- *Chequeo pre-ingreso CMA:* ya que las horas de pabellón son un bien escaso y valioso en los hospitales, las tasas de suspensiones se deben controlar llevándolas al mínimo posible. Por esta razón debe existir un chequeo administrativo previo tratando de pesquisar cualquier falla que pueda ocasionar la suspensión de procedimientos. Esto debiera ser ejecutado por la Unidad de CMA.

2. Desarrollo Protocolos CMA

- *Atención médica ambulatoria pre-procedimiento quirúrgico:* la selección de los pacientes que son candidatos a ser atendidos por medio de este proceso debe ser hecha en base a criterios seleccionados tanto quirúrgicos como anestésicos. Por lo mismo, la creación de protocolos es una intervención a realizar desde que se comience a implementar este proceso de atención.
- *Control posterior al alta de CMA:* con el propósito de buscar activamente posibles complicaciones y/o re-ingresos, se debe contar con un control telefónico precoz el cual debe ser estandarizado y llevado a cabo por la Unidad de CMA.

3. Implementación Espacio Físico (Sala CMA)

- *Proceso durante procedimiento quirúrgico CMA:* para una atención y desarrollo del proceso de atención quirúrgico acorde a las directrices de la Unidad de CMA, es necesario contar con una sala específica que disponga de los insumos y equipos para llevar a cabo esta labor.

4. ETAPA DE PLANIFICACIÓN

En la etapa de Planificación las conclusiones obtenidas y las decisiones tomadas en la Etapa Analítica deben volcarse en la configuración del proyecto⁽¹²⁾. Esta etapa debe incluir la definición de cuatro elementos:

- **Objetivos:** expresados como logros o metas cumplidas.
- **Indicadores:** para el seguimiento y la evaluación durante la implementación y finalización del proyecto.
- **Medios de verificación:** que son las fuentes de información que permiten obtener la evidencia necesaria acerca del comportamiento de los Indicadores considerados.
- **Supuestos:** o riesgos que conllevan la implementación del proyecto.

El instrumento para desarrollar estos cuatro elementos y facilitar el proceso de planificación del proyecto y su comunicación es la Matriz del Marco Lógico. Esta permite precisar correctamente los objetivos de un proyecto en todos sus niveles y las relaciones de medios –fines que son establecidas entre ellos. Contempla todos los elementos para la gestión del proyecto, incluyendo los necesarios para realizar el seguimiento y evaluación del mismo a partir de las metas establecidas, y el monitoreo de los riesgos o supuestos externos principales, necesarios para alcanzar los objetivos.

a. Resumen narrativo de los objetivos.

Fin:

Implementar el Proceso de Atención Quirúrgica de Cirugía Mayor Ambulatoria

Propósito:

Realizar un proceso de selección quirúrgica y anestésica concordantes con Cirugía Mayor Ambulatoria

Resultados:

5. Haber desarrollado protocolos Cirugía Mayor Ambulatoria
6. Haber desarrollado gestión clínica orientada a Cirugía Mayor Ambulatoria
 7. Haber aumentado la disponibilidad de camas quirúrgicas
 8. Haber efectuado una redistribución eficiente de personal

Actividades:

- 1.1 Haber desarrollado protocolo de selección de pacientes quirúrgicos
- 1.2 Haber desarrollado protocolo de atención de pacientes durante proceso de atención intrahospitalaria
 - 2.1 Haber implementado flujo intrahospitalario para pacientes CMA
 - 2.2 Haber educado al personal administrativo para facilitar la atención de pacientes CMA
 - 2.3 Haber educado al personal clínico de servicios quirúrgicos y pabellón en la atención de pacientes CMA
- 3.1 Haber implementado sala de CMA con sillón bergere evitando uso de camas
- 3.2 Haber realizado proceso de atención CMA con tiempos eficientes disminuyendo uso de camas
 - 4.1 Haber disminuido turnos nocturnos en personal clínico

b. Indicadores

Resumen narrativo de los objetivos	Indicadores
Fin: Implementar el Proceso de Atención Quirúrgica de Cirugía Mayor Ambulatoria	<ul style="list-style-type: none"> ● El 25% de los procedimientos quirúrgicos al finalizar el primer año son ambulatorios. ● El 50% al finalizar el segundo año son ambulatorios.
Propósito: Realizar un proceso de selección quirúrgica y anestésica concordantes con Cirugía Mayor Ambulatoria	<ul style="list-style-type: none"> ● El 90% de los procedimientos quirúrgicos ambulatorios al finalizar el primer año deben realizar un proceso de selección quirúrgico y anestésico previo. ● El 100% de los procedimientos quirúrgicos ambulatorios al finalizar el segundo año deben realizar un proceso de selección quirúrgico y anestésico previo.
Resultados: 1. Haber desarrollado protocolos Cirugía Mayor Ambulatoria	Al finalizar el primer año se habrán implementado los siguientes protocolos: <ul style="list-style-type: none"> ● Protocolo selección pacientes CMA ● Protocolo alta hospitalaria CMA ● Protocolo seguimiento primer día post-alta hospitalaria CMA
2. Haber desarrollado gestión clínica orientada a Cirugía Mayor Ambulatoria	El primer año se habrán implementado los siguientes procesos: <ul style="list-style-type: none"> ● Proceso de selección de pacientes CMA ● Proceso de admisión CMA

Resumen narrativo de los objetivos	Indicadores
	<ul style="list-style-type: none"> Proceso de atención intrahospitalaria CMA
3. Haber aumentado la disponibilidad de camas quirúrgicas	Aumento de 25% de disponibilidad de camas al finalizar el primer año y un 50% al finalizar el segundo año.
4. Haber efectuado una redistribución eficiente de personal	<ul style="list-style-type: none"> Redistribución del 25% de las residencias nocturnas al finalizar el primer año en salas quirúrgicas CMA Redistribución del 50% de las residencias nocturnas al finalizar el segundo año en salas quirúrgicas CMA
Actividades:	Protocolo de selección pacientes CMA
1.1 Haber desarrollado protocolo de selección de pacientes quirúrgicos	
1.2 Haber desarrollado protocolo de atención de pacientes durante proceso de atención intrahospitalaria	<ul style="list-style-type: none"> Protocolo alta hospitalaria CMA Protocolo seguimiento primer día post-alta hospitalaria CMA
2.1 Haber implementado flujo intrahospitalario para pacientes CMA	Aplicación del algoritmo del Proceso atención intrahospitalaria CMA
2.2 Haber educar al personal administrativo para facilitar la atención de pacientes CMA	Capacitación personal administrativo en proceso de atención CMA
2.3 Haber educado al personal clínico de servicios quirúrgicos y pabellón en la atención de pacientes CMA	Capacitación personal clínico servicios quirúrgicos y pabellón en atención pacientes CMA
3.1 Haber implementado sala de CMA con sillón bergere evitando uso de camas	Implementación completa sala CMA que permita evitar utilizar camas durante el proceso de atención
3.2 Haber realizado proceso de atención CMA con tiempos eficientes disminuyendo uso de camas	<ul style="list-style-type: none"> Ingreso hospitalario menor al 20% posterior a procedimiento quirúrgico al finalizar el primer año Ingreso hospitalario menor al 10% posterior a procedimiento quirúrgico al finalizar el segundo año
4.1 Haber disminuido turnos nocturnos en personal clínico	<ul style="list-style-type: none"> Disminución de turnos nocturnos en personal clínico de salas de atención pacientes quirúrgicos proporcional al 25% al finalizar el primer año Disminución de turnos nocturnos en personal clínico de salas de atención pacientes quirúrgicos proporcional al 50% al finalizar el segundo año.

c. Medios de verificación.

Resumen narrativo de los objetivos	Medios de verificación
Fin: Implementar el Proceso de Atención Quirúrgica de Cirugía Mayor Ambulatoria	Estadística unidad de pabellón Estadística unidad de CMA
Propósito: Realizar un proceso de selección quirúrgica y anestésica concordantes con Cirugía Mayor Ambulatoria	Estadística CMA Ficha clínica paciente
Resultados: 1. Haber desarrollado protocolos Cirugía Mayor Ambulatoria	<ul style="list-style-type: none"> ● Protocolo selección pacientes CMA ● Protocolo alta hospitalaria CMA ● Protocolo seguimiento primer día post-alta hospitalaria CMA
2. Haber desarrollado gestión clínica orientada a Cirugía Mayor Ambulatoria	Verificación en terreno y ficha clínica paciente: <ul style="list-style-type: none"> ● Proceso de selección de pacientes CMA ● Proceso de admisión CMA ● Proceso de atención intrahospitalaria CMA
3. Haber aumentado la disponibilidad de camas quirúrgicas	Estadística unidad centralizada de gestión de camas
4. Haber efectuado una redistribución eficiente de personal	Dotación RRHH a cargo de Enfermera Coordinadora General
Actividades: 1.1 Haber desarrollado protocolo de selección de pacientes quirúrgicos	Protocolo selección pacientes CMA
1.2 Haber desarrollado protocolo de atención de pacientes durante proceso de atención intrahospitalaria	<ul style="list-style-type: none"> ● Protocolo alta hospitalaria CMA ● Protocolo seguimiento primer día post-alta hospitalaria CMA
2.1 Haber implementado flujo intrahospitalario para pacientes CMA	Verificación en terreno y ficha clínica paciente: <ul style="list-style-type: none"> ● Proceso atención intrahospitalaria CMA
2.2 Haber educado al personal administrativo para facilitar la atención de pacientes CMA	Certificado de capacitación en hoja de vida de funcionarios
2.3 Haber educado al personal clínico de servicios quirúrgicos y pabellón en la atención de pacientes CMA	Certificado de capacitación en hoja de vida de funcionarios

Resumen narrativo de los objetivos	Medios de verificación
3.1 Haber implementado sala de CMA con sillón bergere evitando uso de camas	Verificación en terreno de Sala CMA Autorización funcionamiento por Unidad de Calidad del HCUCH
3.2 Haber realizado proceso de atención CMA con tiempos eficientes disminuyendo uso de camas	Estadística unidad de CMA Ficha clínica paciente
4.1 Haber disminuido turnos nocturnos en personal clínico	Dotación RRHH a cargo de Enfermera Coordinadora General

d. Supuestos

Resumen narrativo de los objetivos	Supuestos
Fin: Implementar el Proceso de Atención Quirúrgica de Cirugía Mayor Ambulatoria	Se mantiene la estrategia de establecer el proceso de atención quirúrgica de CMA por parte de la Dirección Médica del establecimiento.
Propósito: Realizar un proceso de selección quirúrgica y anestésica concordantes con Cirugía Mayor Ambulatoria	Equipos quirúrgicos y anestesiólogos reconocen los beneficios de la CMA y la necesidad de avanzar hacia estadísticas nacionales e internacionales.
Resultados:	
1. Haber desarrollado protocolos Cirugía Mayor Ambulatoria	Los protocolos son aceptados y promovidos por equipos directivos, quirúrgicos y anestésicos.
2. Haber desarrollado gestión clínica orientada a Cirugía Mayor Ambulatoria	Los procesos son aceptados y promovidos por los equipos directivos.
3. Haber aumentado la disponibilidad de camas quirúrgicas	Unidad de Gestión de Camas Centralizada dispone de camas quirúrgicas de manera eficiente.
4. Haber efectuado una redistribución eficiente de personal	Enfermera Coordinadora redistribuye eficientemente el personal.
Actividades:	
1.1 Haber desarrollado protocolo de selección de pacientes quirúrgicos	Los protocolos son aceptados y promovidos por equipos directivos, quirúrgicos y anestésicos.
1.2 Haber desarrollado protocolo de atención de pacientes durante proceso de atención intrahospitalaria	Los protocolos son aceptados y promovidos por equipos directivos, quirúrgicos y anestésicos.
2.1 Haber implementado flujo intrahospitalario para pacientes CMA	Los procesos son aceptados y promovidos por los equipos directivos.
2.2 Haber educado al personal administrativo para facilitar la atención de pacientes CMA	Las capacitaciones son realizadas por personal a cargo y registradas en forma adecuada.

Resumen narrativo de los objetivos	Supuestos
2.3 Haber educado al personal clínico de servicios quirúrgicos y pabellón en la atención de pacientes CMA	Las capacitaciones son realizadas por personal a cargo y registradas en forma adecuada.
3.1 Haber implementado sala de CMA con sillón bergere evitando uso de camas	Encargado de unidad de CMA implementa adecuadamente sala y esta es aprobada por Unidad de calidad del establecimiento.
3.2 Haber realizado proceso de atención CMA con tiempos eficientes disminuyendo uso de camas	Unidad de Gestión de Camas Centralizada dispone de camas quirúrgicas de manera eficiente.
4.1 Haber disminuido turnos nocturnos en personal clínico	Enfermera Coordinadora redistribuye eficientemente el personal.

e. Planificación del proyecto

Resumen narrativo de los objetivos	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Fin: Implementar el Proceso de Atención Quirúrgica de Cirugía Mayor Ambulatoria	<ul style="list-style-type: none"> El 25% de los procedimientos quirúrgicos al finalizar el primer año son ambulatorios. El 50% al finalizar el segundo año son ambulatorios. 	Estadística unidad de pabellón Estadística unidad de CMA	Se mantiene la estrategia de establecer el proceso de atención quirúrgica de CMA por parte de la Dirección Médica del establecimiento.
Propósito: Realizar un proceso de selección quirúrgica y anestésica concordantes con Cirugía Mayor Ambulatoria	<ul style="list-style-type: none"> El 90% de los procedimientos quirúrgicos ambulatorios al finalizar el primer año deben realizar un proceso de selección quirúrgico y anestésico previo. El 100% de los procedimientos quirúrgicos ambulatorios al finalizar el segundo año deben realizar un proceso de selección quirúrgico y anestésico previo. 	Estadística CMA Ficha clínica paciente	Equipos quirúrgicos y anestesiólogos reconocen los beneficios de la CMA y la necesidad de avanzar hacia estadísticas nacionales e internacionales.
Resultados: 1. Haber desarrollado protocolos Cirugía Mayor Ambulatoria	Al finalizar el primer año se habrán implementado los siguientes protocolos: Protocolo selección pacientes CMA Protocolo alta hospitalaria CMA <ul style="list-style-type: none"> Protocolo seguimiento primer día post-alta hospitalaria CMA 	<ul style="list-style-type: none"> Protocolo selección pacientes CMA Protocolo alta hospitalaria CMA Protocolo seguimiento primer día post-alta hospitalaria CMA	Los protocolos son aceptados y promovidos por equipos directivos, quirúrgicos y anestésicos.
2. Haber desarrollado gestión clínica orientada a Cirugía Mayor Ambulatoria	El primer año se habrán implementado los siguientes procesos: Proceso de selección de pacientes CMA Proceso de admisión CMA <ul style="list-style-type: none"> Proceso de atención intrahospitalaria CMA 	Verificación en terreno y ficha clínica paciente: <ul style="list-style-type: none"> Proceso de selección de pacientes CMA Proceso de admisión CMA Proceso de atención intrahospitalaria CMA 	Los procesos son aceptados y promovidos por los equipos directivos.
3. Haber aumentado la disponibilidad de camas quirúrgicas	Aumento de 25% de disponibilidad de camas al finalizar el primer año y un 50% al finalizar el segundo año.	Estadística unidad centralizada de gestión de camas	Unidad de Gestión de Camas Centralizada dispone de camas quirúrgicas de manera eficiente.
4. Haber efectuado una redistribución eficiente de personal	<ul style="list-style-type: none"> Redistribución del 25% de las residencias nocturnas al finalizar el primer año en salas quirúrgicas CMA Redistribución del 50% de las residencias nocturnas al finalizar el segundo año en salas quirúrgicas CMA 	Dotación RRHH a cargo de Enfermera Coordinadora General	Enfermera Coordinadora redistribuye eficientemente el personal.
Actividades:	Protocolo de selección pacientes CMA	Protocolo selección pacientes CMA	Los protocolos son aceptados y promovidos por equipos

Resumen narrativo de los objetivos	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
1.1 Haber desarrollado protocolo de selección de pacientes quirúrgicos			directivos, quirúrgicos y anestésicos.
1.2 Haber desarrollado protocolo de atención de pacientes durante proceso de atención intrahospitalaria	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo alta hospitalaria CMA • Protocolo seguimiento primer día post-alta hospitalaria CMA 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo alta hospitalaria CMA • Protocolo seguimiento primer día post-alta hospitalaria CMA 	Los protocolos son aceptados y promovidos por equipos directivos, quirúrgicos y anestésicos.
2.1 Haber implementado flujo intrahospitalario para pacientes CMA	Aplicación del algoritmo del Proceso atención intrahospitalaria CMA	Verificación en terreno y ficha clínica paciente: Proceso atención intrahospitalaria CMA	Los procesos son aceptados y promovidos por los equipos directivos.
2.2 Haber educado al personal administrativo para facilitar la atención de pacientes CMA	Capacitación personal administrativo en proceso de atención CMA	Certificado de capacitación en hoja de vida de funcionarios	Las capacitaciones son realizadas por personal a cargo y registradas en forma adecuada.
2.3 Haber educado al personal clínico de servicios quirúrgicos y pabellón en la atención de pacientes CMA	Capacitación personal clínico servicios quirúrgicos y pabellón en atención pacientes CMA	Certificado de capacitación en hoja de vida de funcionarios	Las capacitaciones son realizadas por personal a cargo y registradas en forma adecuada.
3.1 Haber implementado sala de CMA con sillón bergere evitando uso de camas	Implementación completa sala CMA que permita evitar utilizar camas durante el proceso de atención	Verificación en terreno de Sala CMA Autorización funcionamiento por Unidad de Calidad del HCUCH	Encargado de unidad de CMA implementa adecuadamente sala y esta es aprobada por Unidad de calidad del establecimiento.
3.2 Haber realizado proceso de atención CMA con tiempos eficientes disminuyendo uso de camas	<ul style="list-style-type: none"> •Ingreso hospitalario menor al 20% posterior a procedimiento quirúrgico al finalizar el primer año •Ingreso hospitalario menor al 10% posterior a procedimiento quirúrgico al finalizar el segundo año 	Estadística unidad de CMA Ficha clínica paciente	Unidad de Gestión de Camas Centralizada dispone de camas quirúrgicas de manera eficiente.
4.1 Haber disminuido turnos nocturnos en personal clínico	<ul style="list-style-type: none"> •Disminución de turnos nocturnos en personal clínico de salas de atención pacientes quirúrgicos proporcional al 25% al finalizar el primer año •Disminución de turnos nocturnos en personal clínico de salas de atención pacientes quirúrgicos proporcional al 50% al finalizar el segundo año. 	Dotación RRHH a cargo de Enfermera Coordinadora General	Enfermera Coordinadora redistribuye eficientemente el personal.

f. Plan de Ejecución

El Plan de Ejecución de actividades permite que el equipo de gestión evalúe si el tiempo fijado para terminar el proyecto es realista. También permite distribuir y coordinar tareas cuando están participando varias instituciones⁽¹²⁾.

Para el presente proyecto, el Plan de ejecución se estructuró a partir de las actividades identificadas para cada uno de los resultados esperados indicados en la Matriz de Marco Lógico.

Actividad 1.1 Haber desarrollado Protocolo de Selección de pacientes quirúrgicos

SUBACTIVIDADES	TAREAS Y SUBTAREAS	INICIO/ TERMINO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
Revisión literatura	<ul style="list-style-type: none"> Revisión revistas científicas. Revisión ejemplos en clínicas locales. Revisión Orientaciones Técnicas Minsal. 	Inicio: Mes 1, Semana 1. Término: Mes 1, Semana 2.	No requerido. Labor ejecutable en horario de funcionario.	Jef@ Anestesia
Estudio proceso pre-quirúrgico actual	<ul style="list-style-type: none"> Revisión proceso pre-quirúrgico local actual 	Inicio: Mes 1, Semana 1. Término: Mes 1, Semana 2.	No requerido. Labor ejecutable en horario de funcionario.	Enfermer@ Programación
Diseño Protocolo Selección pacientes	<ul style="list-style-type: none"> Diseño Protocolo Selección pacientes, local y ajustado a procesos institucionales 	Inicio: Mes 1, Semana 3 Termino: Mes 1, Semana 4	No requerido. Labor ejecutable en horario de funcionario.	Jef@ Anestesia

Carta Gantt Actividad 1.1

Actividad 1.1	Mes 1			
	Se m 1	S e m 2	Se m 3	Se m 4
Desarrollar Protocolo de Selección de pacientes quirúrgicos				
Revisión literatura				
Estudio proceso pre-quirúrgico actual				
Diseño Protocolo Selección pacientes				

Actividad 1.2 Haber desarrollado protocolo de atención de pacientes durante proceso de atención intrahospitalaria

SUBACTIVIDADES	TAREAS Y SUBTAREAS	INICIO/ TERMINO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
Estudio proceso quirúrgico actual	<ul style="list-style-type: none"> Revisión proceso quirúrgico local actual 	Inicio: Mes 1, Semana 3. Término: Mes 1, Semana 4.	No requerido. Labor ejecutable en horario de funcionario.	Enfermer@ Jefe Gestión Cuidado
Diseño Protocolo atención de pacientes intrahospitalario	<ul style="list-style-type: none"> Diseño Protocolo atención pacientes intrahospitalario, local y ajustado a procesos institucionales 	Inicio: Mes 2, Semana 1 Termino: Mes 2, Semana 2	No requerido. Labor ejecutable en horario de funcionario.	Enfermer@ Jefe Gestión Cuidado

Carta Gantt Actividad 1.2

Actividad 1.2	Mes 1				Mes 2			
	Se m 1	S e m 2	Se m 3	Se m 4	Se m 1	Se m 2	Se m 3	Se m 4
Desarrollar protocolo de atención de pacientes durante proceso de atención intrahospitalaria								
Revisión proceso quirúrgico local actual								
Diseño Protocolo atención pacientes intrahospitalario, local y ajustado a procesos institucionales								

Actividad 2.1 Haber implementado flujo intrahospitalario para pacientes CMA

SUBACTIVIDADES	TAREAS Y SUBTAREAS	INICIO/ TERMINO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
Conformación Equipo de Gestión	<ul style="list-style-type: none"> Designación integrantes, funciones, misión y visión unidad CMA Diseño de organigrama con responsables y dependencias 	Inicio: Mes 2, Semana 3. Término: Mes 2, Semana 4.	No requerido. Labor ejecutable en horario de funcionario.	Dirección Médica Jef@ Anestesia Enfermer@ Jefe Gestión Cuidado
Presentación Protocolo atención intrahospitalario pacientes CMA	<ul style="list-style-type: none"> Presentación Equipo Directivo Hospital Reunión de trabajo Jef@ Admisión Reunión de trabajo Jefes Quirúrgicos Reunión de trabajo Jef@ Pabellón 	Inicio: Mes 3, Semana 1. Término: Mes 3, Semana 4.	No requerido. Labor ejecutable en horario de funcionario.	Dirección Médica Jef@ Anestesia Enfermer@ Jefe Gestión Cuidado

Carta Gantt Actividad 2.1

Actividad 2.1	Mes 2				Mes 3			
	Se m 1	S e m 2	Se m 3	Se m 4	Se m 1	Se m 2	Se m 3	Se m 4
Implementar flujo intrahospitalario para pacientes CMA								

Conformación Equipo de Gestión								
Presentación Protocolo atención intrahospitalario pacientes CMA								

Actividad 2.2 Haber educado al personal administrativo para facilitar la atención de pacientes CMA

SUBACTIVIDADES	TAREAS Y SUBTAREAS	INICIO/ TERMINO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
Presentación e implementación Unidad Admisión	<ul style="list-style-type: none"> Reunión de trabajo Unidad de Admisión 	Inicio: Mes 4, Semana 1. Término: Mes 4, Semana 1.	No requerido. Labor ejecutable en horario de funcionario.	Equipo de Gestión CMA
Presentación e implementación Unidades Administrativas Equipos Quirúrgicos	<ul style="list-style-type: none"> Reunión de trabajo Equipo de Programación distintos equipos quirúrgicos. 	Inicio: Mes 4, Semana 2. Término: Mes 4, Semana 3.	No requerido. Labor ejecutable en horario de funcionario.	Equipo de Gestión CMA
Presentación e implementación Unidad de Programación Quirúrgica Centralizada	<ul style="list-style-type: none"> Reunión de trabajo Unidad de Programación Quirúrgica Centralizada 	Inicio: Mes 4, Semana 4 Termino: Mes 4, Semana 4	No requerido. Labor ejecutable en horario de funcionario.	Equipo de Gestión CMA

Carta Gantt Actividad 2.2

Actividad 2.2	Mes 4			
Educación al personal administrativo para facilitar la atención de pacientes CMA	Se m 1	S e m 2	Se m 3	Se m 4
Presentación e implementación Unidad Admisión				
Presentación e implementación Unidades Administrativas Equipos Quirúrgicos				
Presentación e implementación Unidad de Programación Quirúrgica Centralizada				

Actividad 2.3 Haber educado al personal clínico de servicios quirúrgicos y pabellón en la atención de pacientes CMA

SUBACTIVIDADES	TAREAS Y SUBTAREAS	INICIO/ TERMINO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
Presentación e implementación Equipos Quirúrgicos	<ul style="list-style-type: none"> Reunión distintos Equipos Quirúrgicos 	Inicio: Mes 5, Semana 1. Término: Mes 5, Semana 2.	No requerido. Labor ejecutable en horario de funcionario.	Equipo de Gestión CMA

Presentación e implementación Servicio Pabellón	<ul style="list-style-type: none"> Reunión personal clínico Pabellón 	Inicio: Mes 5, Semana 3. Término: Mes 5, Semana 3.	No requerido. Labor ejecutable en horario de funcionario.	Equipo de Gestión CMA
Presentación e implementación Servicio Anestesia	<ul style="list-style-type: none"> Reunión personal clínico Anestesia 	Inicio: Mes 5, Semana 4. Término: Mes 5, Semana 4.	No requerido. Labor ejecutable en horario de funcionario.	Equipo de Gestión CMA

Carta Gantt Actividad 2.3

Actividad 2.3	Mes 5			
Educación al personal clínico de servicios quirúrgicos y pabellón en la atención de pacientes CMA	Se m 1	S e m 2	Se m 3	Se m 4
Presentación e implementación Equipos Quirúrgicos				
Presentación e implementación Servicio Pabellón				
Presentación e implementación Servicio Anestesia				

Actividad 3.1 Haber implementado sala de CMA con sillón bergere evitando uso de camas.

SUBACTIVIDADES	TAREAS Y SUBTAREAS	INICIO/TERMINO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
Selección EU Coordinadora CMA	<ul style="list-style-type: none"> Reclutamiento interno EU Coordinadora CMA Presentación Equipo de Gestión CMA Creación Centro de Costo CMA 	Inicio: Mes 6, Semana 1. Término: Mes 6, Semana 1.	No requerido. Labor ejecutable en horario de funcionario.	Enfermer@ Jefe Gestión Cuidado
Selección Sala CMA	<ul style="list-style-type: none"> Selección espacio físico CMA Proceso creación Sala CMA en Ficha Clínica Electrónica y sistemas informáticos 	Inicio: Mes 6, Semana 1. Término Mes 6, Semana 1.	No requerido. Labor ejecutable en horario de funcionario.	Enfermer@ Jefe Gestión de Camas
Adquisición sillones Bergeres	<ul style="list-style-type: none"> Proceso adquisición Mercado Público 	Inicio: Mes 6, Semana 2. Término: Mes 6, Semana 4.	\$1.000.000 (valor unitario \$250.000)	EU Coordinadora CMA
Adquisición Equipamiento Clínico	<ul style="list-style-type: none"> Solicitud de Insumos y Medicamentos 	Inicio: Mes 6, Semana 2. Término: Mes 6, Semana 4.	No requerido inicialmente, de acuerdo a inventario y stock de bodegas.	EU Coordinadora CMA

Carta Gantt Actividad 3.1

Actividad 3.1	Mes 6			
	Se m 1	S e m 2	Se m 3	Se m 4
Desarrollar Protocolo de Selección de pacientes quirúrgicos				
Selección EU Coordinadora CMA				
Selección Sala CMA				
Adquisición sillones Bergeres				
Adquisición Equipamiento Clínico				

Actividad 3.2 Haber realizado proceso de atención CMA con tiempos eficientes disminuyendo uso de camas

SUBACTIVIDADES	TAREAS Y SUBTAREAS	INICIO/ TERMINO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
Establecer norma de funcionamiento Sala CMA	<ul style="list-style-type: none"> Establecer horario funcionamiento Sala CMA Establecer jornadas laborales diferidas personal clínico Sala CMA Establecer flujograma Unidad Gestión de Camas 	Inicio: Mes 6, Semana 2. Término: Mes 6, Semana 4.	No requerido. Labor ejecutable en horario de funcionario.	Enfermer@ Coordinadora CMA
Reclutamiento personal clínico Sala CMA	<ul style="list-style-type: none"> Reclutamiento interno personal clínico Sala CMA 	Inicio: Mes 6, Semana 2. Término: Mes 6, Semana 4.	No requerido. Labor ejecutable en horario de funcionario.	Enfermer@ Jefe Gestión del Cuidado Enfermer@ Coordinadora CMA

Carta Gantt Actividad 3.2

Actividad 3.2	Mes 6			
	Se m 1	S e m 2	Se m 3	Se m 4
Realizar proceso de atención CMA con tiempos eficientes disminuyendo uso de camas				
Establecer norma de funcionamiento Sala CMA				
Reclutamiento personal clínico Sala CMA				

Actividad 4.1 Haber disminuido turnos nocturnos en personal clínico.

SUBACTIVIDADES	TAREAS Y SUBTAREAS	INICIO/ TERMINO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
Rediseño Jornadas Laborales	<ul style="list-style-type: none"> Asignación de funciones clínicas en jornada extendida Diseño de programación quirúrgica continua, con relevos de personal para coberturas de colación. 	Inicio: Mes 6, Semana 3. Término: Mes 6, Semana 3.	No requerido. Labor ejecutable en horario de funcionario.	Enfermer@ Jefe Gestión del Cuidado
Coordinación con Unidades de Apoyo	<ul style="list-style-type: none"> Notificación Unidad de Aseo Notificación Unidad de Seguridad 	Inicio: Mes 6, Semana 4. Término: Mes 6, Semana 4.	No requerido. Labor ejecutable en horario de funcionario.	Enfermer@ Coordinadora CMA

Carta Gantt Actividad 4.1

Actividad 4.1	Mes 6			
	Se m 1	Se m 2	Se m 3	Se m 4
Disminución de turnos nocturnos en personal clínico.				
Rediseño Jornadas Laborales				
Coordinación con Unidades de Apoyo				

g. Esquema de Verificación del Proyecto

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

Tabla N°12 Esquema de Verificación de Proyecto

Criterios	Cumple	
	Si	No
Respecto al Fin	X	
El Fin responde al problema central identificado	X	
Presenta una justificación suficiente para el proyecto	X	
Está claramente expresado como una situación ya alcanzada	X	
Están definidos explícitamente los grupos beneficiarios	X	
Los Indicadores de Fin son verificables en términos de cantidad, calidad y tiempo	X	
Respecto al Propósito		
EL proyecto tiene un sólo Propósito	X	
El Propósito está claramente expresado como un estado ya alcanzado	X	
Contribuye significativamente al logro del Fin del proyecto	X	
Están presentes los grupos de beneficiarios del proyecto	X	
Los Indicadores del Propósito son una forma independiente de medir el logro del Propósito y no un resumen de los Resultados	X	
Los Indicadores del Propósito sólo miden lo que es importante	X	
Los Indicadores del Propósito miden los resultados esperados al final de la ejecución del proyecto	X	
Los Indicadores del Propósito tienen medidas de cantidad, calidad y tiempo	X	
Respecto a los Resultados	X	
Los Resultados están expresados como logros	X	
Los Resultados del proyecto están claramente expresados	X	
Todos los Resultados son necesarios para cumplir el Propósito	X	
Los Resultados incluyen todos los rubros de los cuales es responsable el equipo de gestión del proyecto	X	
Los Indicadores de los Resultados son verificables en términos de cantidad, calidad y tiempo	X	
Respecto de las Actividades		
Las Actividades incluyen todas las acciones necesarias para producir cada Componente	X	
Las Actividades son las tareas para las cuales se incurre en costos para completar los Resultados	X	
Las Actividades identifican todas las acciones necesarias para recoger información sobre los Indicadores	X	
Solamente están incluidas las Actividades que el proyecto tiene que ejecutar	X	
La relación entre las Actividades, el tiempo y el presupuesto es realista	X	

Criterios	Cumple	
	Si	No
Respecto a las condiciones necesarias y suficientes		
La relación si/entonces entre el Propósito y el Fin es lógica y no omite pasos importantes;	X	
La relación entre los Resultados y el Propósito es realista	X	
La lógica vertical entre las Actividades, los Resultados, el Propósito y el Fin es realista en su totalidad	X	
El Propósito, junto con los Supuestos a ese nivel, describen las condiciones necesarias, aún cuando no sean suficientes, para lograr el Fin	X	
Los Resultados, junto con Los Supuestos a ese nivel, describen Las condiciones necesarias y suficientes para lograr el Propósito	X	
Los Supuestos al nivel de Actividad no incluyen ninguna acción que tenga que llevarse a cabo antes que puedan comenzar las Actividades	X	
Otras		
La columna de medios de verificación identifica dónde puede hallarse la información para verificar cada indicador	X	
El ML define la información necesaria para la evaluación del proyecto	X	

h. Consideraciones éticas

El proceso de atención quirúrgica de pacientes bajo la modalidad de CMA es una estrategia que se realiza hace más de 40 años en otros países. Actualmente existe evidencia suficiente que permite justificar su ejecución con buenos resultados, tanto clínicos como financieros. Por lo que no existirían consideraciones éticas relevantes para la aplicación de este modelo en el Hospital Clínico de La Universidad de Chile.

i. Limitaciones

- **Recurso Humano:** principal limitación. Actualmente no estaría permitido la contratación de recurso humano adicional para cualquier proyecto debido a la actual situación financiera del establecimiento, por lo que se debiera redistribuir personal de otras áreas para este proyecto. Por otro lado, la selección del personal en especial del equipo de enfermería, debiera ser de acuerdo al perfil de la CMA, es decir, que logren trabajar con rapidez, entiendan adecuadamente el proceso y trabajen acorde a este.
- **Espacios Físicos:** para la implementación de este proyecto se deberá contar con espacio físico que se adapte al proceso de atención de CMA. Esto quiere decir que inevitablemente se deberá redestinar espacios físicos ya utilizados para otras labores por lo que podría generar resistencia inicial en algunos funcionarios.
- **Cultura de atención quirúrgica:** actualmente no se realiza atención quirúrgica ambulatoria como tal, por lo que los equipos quirúrgicos y anestésicos no tienen restricciones a la hora de realizar prestaciones. Con este nuevo modelo (para el HCUCH) los profesionales deberán ajustar sus prestaciones para favorecer una recuperación rápida y permitir el alta médica el mismo día de las distintas prestaciones quirúrgicas que se realicen bajo este modelo.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hospital Clínico de la Universidad de Chile (2024). Historia HCUCH. Disponible en <https://www.redclinica.cl/institucional/historia-hospital.aspx>
2. BCN (2023). Ley 21621. Fortalece el vínculo entre el Hospital Clínico de la Universidad de Chile "Dr. José Joaquín Aguirre" y el Sistema Nacional de Servicios de Salud. Biblioteca del Congreso Nacional. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1198245&idVersion=2024-01-01>
3. Cirugía Mayor Ambulatoria: Una nueva forma de entender la medicina quirúrgica. Recart A. Revista Médica Clínica Las Condes; Volume 28, Issue 5, September–October 2017.
4. Cirugía mayor Ambulatoria en el Hospital Santiago Oriente. Experiencia de tres años. Aquiles B et al. Revista de Obstetricia Ginecología. Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse. 2012. - 3: Vol. 7-137-147.
5. Medical disease and ambulatory surgery, new insights in patient selection based on medical disease. Thomas Fuchs-Buder. Curr Opin Anaesthesiol. 2022 Jun 1;35(3):385-391.
6. Where Is the Value in Ambulatory Versus Inpatient Surgery?. David F. Friendlander. Ann Surg. 2021 May 1;273(5):909-916.
7. Safety of Same-day Discharge in High-risk Patients Undergoing Ambulatory General Surgery. George Pang. J Surg Res. 2021 Jul;263:71-77.
8. The high-risk patient for ambulatory surgery. Niraja Rajan. Curr Opin Anesthesiol 2020, 33:724–731.
9. Patient Selection for Adult Ambulatory Surgery: A Narrative Review. Niraja Rajan. Anesth Analg. 2021 Dec 1;133(6):1415-1430.
10. Manual para el Diseño de Proyectos de Salud [Internet]. OPS Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Blaistein N. 20 de diciembre de 2022.
11. Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas. Ortegón E, Pacheco J, Prieto A. Santiago de Chile: CEPAL/Naciones Unidas. 2005.
12. Manual para el Diseño de Proyectos de Salud. L. Hidalgo, H. Rosenberg. Organización Panamericana de La Salud.

6. ANEXOS

No aplica.