



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRÍA EN GESTIÓN HOSPITALARIA**



**FACTIBILIDAD DE LA APLICACIÓN DE LA GESTIÓN POR PROCESOS EN EL
FUNCIONAMIENTO DE LOS QUIRÓFANOS CENTRALES DEL HOSPITAL
NACIONAL “ROSALES” SAN SALVADOR, JULIO A DICIEMBRE 2014.**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRO EN GESTIÓN HOSPITALARIA

PRESENTADO POR:

Selvyn Enrique Ascencio Ventura

Mynor Ulises Martínez Sosa

ASESORA:

Dra. Ana Guadalupe Martínez de Martínez, M. G. H.

San Salvador, febrero de 2015.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

**Ing. MARIO ROBERTO NIETO LOVO
RECTOR**

**Dr. JOSE ARNULFO HERRERA
DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA**

**Licda. CELESTINA LÓPEZ DE MASIS, M. S. P.
COORDINADORA GENERAL DE LAS MAESTRÍAS EN SALUD PÚBLICA Y
GESTIÓN HOSPITALARIA**

JURADOS

Licda. CELESTINA LÓPEZ DE MASÍS, M. S. P.

Licda. REINA ARACELI PADILLA, M. S. P.

Dra. ANA GUADALUPE MARTÍNEZ DE MARTÍNEZ, M. G. H.

DEDICATORIA

A Dios todopoderoso por concederme salud y la fortaleza para culminar este proceso.

A mi esposa Paty por su comprensión y apoyo brindados

A mis hijas Adriana Sofía y María Fernanda por su comprensión por el tiempo no dedicados en los apreciados fines de semanas

A mi Madre por su preocupación para la finalización de este proceso.

A la Dra. Ana Guadalupe Martínez de Martínez por los valiosos conocimientos aportados durante el proceso de clases y asesorías.

Selvyn Enrique Ascencio Ventura

DEDICATORIA

A mi familia, maestros, jefes, colegas y amigos por toda la fortaleza y el apoyo brindados.

A la naturaleza misma que da equilibrio a los seres y las cosas, nos da y nos quita, nos eleva y luego nos baja para desarrollarnos y que no perdamos perspectiva.

Es por ello que tomo a bien citar al paleoantropólogo español Juan Luis Arsuaga:

“Solo a partir de Darwin se ha comprendido que no somos la especie elegida, sino como dice Robert Foley, un especie única entre muchas especies únicas, aunque eso sí, maravillosamente inteligente. Y no deja de ser paradójico que tantos años de ciencia nos hayan llevado a saber algo que cualquier bosquimano del Kalahari, cualquier aborigen australiano, o cualquiera de nuestros antepasados que pintaron la cueva de Altamira conocía de sobra: Que la Tierra no pertenece al hombre, sino que el hombre pertenece a la Tierra.”

Mynor Ulises Martínez Sosa

RESUMEN

Título: Factibilidad de la aplicación de la gestión por procesos en el funcionamiento de los Quirófanos Centrales del Hospital Nacional “Rosales” San Salvador, Julio a Diciembre 2014.

Propósito: Elaborar una Propuesta Técnica aplicable a la gestión por procesos para su implementación.

Objetivo: Determinar la factibilidad de la aplicación de la gestión por procesos en el área de Quirófanos del Hospital Nacional Rosales para un eficiente funcionamiento y con respuesta oportuna a la demanda de los usuarios.

Materiales y Métodos: Evaluación de tipo observacional, descriptiva, transversal y de campo con enfoque cuantitativo.

Resultados: Las encuestas dirigidas al personal de las áreas de hospitalización, emergencia, consulta externa y servicios de apoyo, expusieron la necesidad de implementar la gestión por procesos. Las mesas de trabajo aportaron diversidad de opiniones de jefaturas y recursos operativos involucrados en los procesos actuales. El diagnóstico de los quirófanos, destacó problemas administrativos y operativos actuales.

Conclusión: Es factible la aplicación de la gestión por procesos en el funcionamiento de los quirófanos centrales del Hospital Nacional Rosales, tomando en consideración el costo efectividad, corregir debilidades operativas, técnicas-administrativas, adquisición de equipo informático e inversión en capacitación técnica que incluya concientización sobre la importancia de su implementación.

Recomendaciones: Aplicar una propuesta técnica estandarizada, acorde con la necesidad institucional de mejorar la productividad de los quirófanos, que proporcione al usuario una mejor calidad de atención.

CONTENIDO

CAPITULO	PÁGINA
RESUMEN	iv
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. OBJETIVOS.....	2
III. MARCO TEÓRICO.....	3
IV. DISEÑO METODOLÓGICO.....	28
V. RESULTADOS.....	36
VI. DISCUSIÓN.....	51
VII. CONCLUSIONES.....	56
VIII. RECOMENDACIONES.....	58
IX. PROPUESTA TÉCNICA.....	60
X. BIBLIOGRAFÍA.....	70
ANEXOS.....	72

I. INTRODUCCIÓN

Se espera que los sistemas de salud en cualquier parte del mundo, principalmente en los países subdesarrollados, ofrezcan servicios de alta calidad aunque se tengan recursos limitados. Las salas de operaciones se denominan el motor del hospital, y son consideradas entre las áreas más costosas de una institución.

En las últimas décadas, la modernización de los procesos que se desarrollan en los servicios de salud pública de los hospitales nacionales e internacionales, se ha vuelto de vital importancia, tanto para la optimización de sus recursos, como para el mejoramiento de la atención en salud que se brinda a la población. Actualmente se considera la gestión por procesos como un elemento imprescindible para la consecución de objetivos en toda organización; se ha vuelto un reto muy importante el aplicar las tecnologías de información y comunicación para facilitar el acceso y administración de la información en los entornos hospitalarios.

Con el propósito de alcanzar dicha meta se requiere de un proceso de adaptación y ajuste constante en el cual los hospitales públicos deberán encaminarse, permitiendo así, administrar eficientemente la información, obtener resultados de forma inmediata y tomar decisiones oportunas.

El Hospital Nacional Rosales históricamente se ha organizado en unidades, departamentos y servicios, cada uno inmerso en un mando jerárquico que aplica un sistema tradicional de gestión para la ejecución de sus funciones. En este contexto, el Ministerio de Salud de El Salvador implementará para el año 2018 la gestión por procesos como un elemento importante en la dinámica de los hospitales, en el cual se espera que el Hospital Nacional Rosales se integre.

En ese sentido, se desarrolló la investigación de carácter observacional-descriptiva-transversal y de campo, con enfoque cuantitativo; con el objetivo de verificar la factibilidad de la aplicación de la gestión por procesos en este centro hospitalario y analizar la incorporación de una gestión hospitalaria en quirófanos dada la importancia de esta área, que complementa a los existentes y provea nuevos e importantes insumos para la toma de decisiones gerenciales oportunas y eficaces.

II. OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar la factibilidad de la aplicación de la gestión por procesos en el funcionamiento de los quirófanos centrales del Hospital Nacional "Rosales" para una respuesta oportuna a la demanda de los usuarios.

ESPECÍFICOS:

1. Identificar los factores directos e indirectos que favorecen o dificultan la atención en quirófanos, entendidos estos como procesos, subprocesos, actividades o tareas que deben ejecutarse como sucesión de actividades en el tiempo, organización lógica de personas, materiales, equipos y procedimientos en actividades de trabajo.
2. Analizar los procesos estratégicos, claves y de apoyo necesarios que deben definirse y operativizarse en la gestión por procesos en el Hospital "Rosales".
3. Formular una propuesta técnica sobre el funcionamiento de los quirófanos centrales que contribuya con la mejora de calidad de atención y el nuevo modelo de gestión.

III. MARCO TEÓRICO

A. HISTORIA DEL HOSPITAL ROSALES.

El Hospital Nacional Rosales carece de documentos históricos que datan desde su fundación, pero por referencias de personas cercanas a la institución, se sabe que el año de 1645, se gestó la idea de su creación de los Padres Juaninos San Juan de Dios. Para su construcción se contrató la Société Forges d'Aiseau, de Bélgica, representada por el señor Carlos Kimps, siendo su apoderado el doctor Hermógenes Alvarado, escritura firmada el 1° de Junio de 1892. Se inauguró el edificio el 13 de Julio de 1902, en su patio principal se encuentra una estatua del señor José Rosales en memoria a su altruista voluntad de donar cuantiosos recursos para su construcción.¹

El Hospital Rosales está ubicado en un terreno de 57,000 mts²., con un área efectiva de 151 metros por 109.73 metros.²

El Hospital Nacional Rosales es uno de los treinta hospitales del país, según los lineamientos técnicos para categorización y prestación de servicios hospitalarios, es una institución de tercer nivel de atención, se ha organizado sus servicios en dos especialidades básicas, Medicina y Cirugía, y sus subespecialidades. Además, es catalogado como Hospital Escuela por formar continuamente médicos en estas especialidades. Su población de responsabilidad programática para el gran San Salvador (PRHNRDSS) 1, 097,009 habitantes. Actualmente es de 1, 985,644 habitantes. Del año 2007 cambió de 1, 985,644 a 2.347,711 en el 2014.

La población del área de influencia del MINSAL en el 2007 fue de 4,595,290 personas cambió a 5,118,125 en el 2014 y en el Hospital Nacional Rosales fue de 229,765 a 289,162. Se estima que el HNR atiende el 5% de la población nacional a cargo del MINSAL.

La población programática ha incrementado con el transcurso de los años, reportando 1, 985,644 en el 2007 y un ascenso a 2, 236,752 para el 2014.

¹ Médicos de El Salvador. Historia del Hospital Nacional Rosales.

² Unidad de Planificación, Hospital Nacional Rosales.

B. GENERALIDADES DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES

Misión y visión institucionales:

Misión: Proveer servicios de salud en medicina interna, cirugía y sus especialidades con eficiencia, eficacia, efectividad, calidad y calidez; tanto en emergencias como en hospitalización y consulta externa, para satisfacer necesidades en salud a la población salvadoreña mayor de 12 años de edad; y ser el principal Hospital Escuela del País.

Visión: Constituirse en un modelo de Hospital Escuela de referencia dentro del sistema nacional de salud y satisfacer la demanda del tercer nivel de atención en las especialidades de medicina y cirugía.³

Dirección general y representación legal del Hospital Rosales:

Director: El Hospital Nacional Rosales está a cargo y bajo la responsabilidad de un Director, tal como lo dictamina el artículo 7 del Reglamento General de Hospitales, nombrado por el Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud Pública y Asistencia Social. Según el artículo 8, tiene carácter de persona Jurídica y el Director está facultado para representarlo judicialmente y extrajudicialmente.⁴

Subdirección Médica: En la práctica, se encarga de coordinar el trabajo de las Unidades Asesoras, las cuales pertenecen al Segundo Nivel de Autoridad, en el Orden Jerárquico de la estructura Administrativa. La delegación de la autoridad del Director hacia el Subdirector se ejecuta tal como lo establece el artículo 11 del Reglamento.

Unidades Asesoras:

El artículo 15, contemplado en el capítulo II del Reglamento General de Hospitales, se refiere a los organismos colaboradores y asesores de la dirección de los hospitales.

³ Hospital Nacional Rosales. Manual de Organización y Funciones. MINSAL. 2014.

⁴ Ministerio de Salud. Reglamento General de Hospitales. El Salvador.

- a. Unidad de Planificación:** El Hospital Nacional Rosales concentra esfuerzos desde mediados del año 2002 para fortalecer su misión desde la Unidad de Planificación, como parte del proceso administrativo que exige la gestión hospitalaria. Aunque el Reglamento General de Hospitales no menciona esta unidad organizativa, por ser (la planificación) inherente a la responsabilidad de quienes tienen a cargo la conducción de las Instituciones Públicas, el Hospital Nacional Rosales cumple con la Norma Técnica de Control Interno 1-14 que literalmente dice: las entidades del sector público deberán realizar un proceso analítico y de toma de decisiones a efecto de orientar adecuada y oportunamente los recursos asignados para el logro de los objetivos institucionales. El proceso de planificación deberá culminar con la elaboración y puesta en marcha de un plan estratégico y un plan anual de trabajo.
- b. Unidad de Asesoría Jurídica:** Ante las demandas a que está sujeta la Dirección, ya sea por reclamos y procesos justos o arbitrarios de los usuarios, empleados y de otras personas; y, dada la complejidad del Hospital Nacional Rosales, donde, para el cumplimiento de su misión es necesario tomar decisiones con respaldo jurídico; la participación del ente asesor se ha convertido en elemento de gran importancia. Algunas decisiones, por ley deben respaldarse con análisis jurídico, tal es el caso las adquisiciones y las contrataciones (el artículo 5 de la LACAP). Además, entre los componentes del control interno, la Norma Técnica de Control Interno 1-01 señala que cada entidad debe contar con mecanismos de autorización, ejecución, custodia, registro y control de las operaciones para el uso razonable de los recursos y el cumplimiento de las obligaciones. También, sugiere prácticas sanas en la ejecución de los deberes y funciones de cada unidad y servidor de la entidad. Visto lo anterior, la Dirección del Hospital Rosales ha fortalecido y seguirá fortaleciendo paulatinamente la labor jurídica, la cual ha jugado un papel importante en el desarrollo de la gestión. Se completa con once unidades asesoras y seis unidades o divisiones operativas (ver organigrama en anexos); además, se suman los comités institucionales con participación multidisciplinaria de diferentes áreas.

Política Gerencial.

El Reglamento General de Hospitales, reformado en Noviembre del 2006, establece la política bajo la cual el Hospital Nacional Rosales desarrollará su actividad económica principal. El mismo, en su primer artículo detalla las funciones que le corresponden, las cuales encierran la política gerencial. En los apartados posteriores a este se describe como estará estructurada su gerencia, considerando las siguientes políticas:⁵

- Provisión de servicios médico hospitalarios de forma permanente e integral.
- Atención equitativa y con calidad, en forma participativa, en interacción con la comunidad y con los sectores sociales de El Salvador.
- Atención médica definida mediante normas, guías y protocolos de atención. De manera que dichos servicios puedan ser fácilmente formulados, ejecutados, supervisados y evaluados.
- Desarrollo de la provisión y gestión de los servicios de salud en función de compromisos establecidos en nuestro reglamento, en cumplimiento con acuerdos, convenios y contratos previamente establecidos.
- Desarrollo del trabajo de tercer nivel en coordinación con los procesos de atención que se ejecutan en los establecimientos de primero y segundo nivel.
- Desarrollo continuo del esfuerzo Humano.
- Fomento de la investigación científica en armonía con los aspectos legales, éticos, epidemiológicos y sociales, principalmente.
- Impulso a nivel nacional del sistema de referencia y contra referencia a fin de optimizar los recursos asignados al Hospital Nacional Rosales.
- Forjar una Gestión administrativa y financiera transparente.
- Consolidar el trabajo en equipo y contribuir en el desarrollo del Sistema Nacional de Salud mediante el apoyo e intercambio de acciones que optimicen el recurso humano y mejoren la capacidad instalada de la red hospitalaria.

⁵ Reglamento General de Hospitales. MINSAL. 2006. Reforma más reciente Decreto Ejecutivo No. 53 de fecha 21 de septiembre de 2009, publicado en el Diario Oficial No. 181, Tomo 384 de fecha 30 de septiembre de 2009.

C. GESTIÓN POR PROCESOS

Historia de la gestión por procesos.

Antes de la revolución industrial, las economías agrícolas y artesanales, contaban con organizaciones pequeñas en donde la división de las funciones era establecida por el estatus social de la persona, y en donde los mismos artesanos y agricultores eran los responsables de la producción y la comercialización de sus productos y los referentes organizacionales más fuertes eran las estructuras militares y monárquicas.

En 1776 Adam Smith mediante la publicación de su obra "LA RIQUEZA DE LAS NACIONES", afirmó que el origen de la riqueza de las naciones es posible mientras exista división del trabajo y especialización del mismo en etapas y actividades de un proceso productivo, dichas apreciaciones prevalecieron hasta 1914, luego con la revolución industrial, comprendida en dos etapas, la primera entre 1750 y 1840 y posteriormente la segunda entre 1880 y 1914, uno de los principios fundamentales de la industria fue que nunca se debían considerar los procesos de producción como definitivos o acabados, sosteniendo que todas las formas de producción anteriores, como las artesanales y manufactura, fueron esencialmente conservadoras, al transmitirse los conocimientos de generación en generación sin cambios, considerando que los procesos productivos de una sociedad podían llegar a ser obsoletos en determinados momentos, como un fenómeno que no solo se circunscribe a los avances tecnológicos y científicos, sino al conjunto de la estructura económica de la sociedad.

Con la finalización de lo que se conoció como la segunda revolución industrial a principios del siglo XX Frederick Taylor mediante sus estudios y la publicación de su obra "PRINCIPIOS DE LA ADMINISTRACIÓN CIENTÍFICA" fue uno de los primeros pensadores de la administración gerencial, que mediante la aplicación de unos principios propuso desarrollar una ciencia del trabajo y de la administración científica.

Algunos de los principios establecidos por Taylor se centraron alrededor de la organización científica del trabajo, refiriéndose a las actividades que debían utilizar los administradores para remplazar métodos de trabajo ineficientes teniendo en cuenta los tiempo, demoras, movimientos, operaciones, responsables

y herramientas; también estableció el principio de la responsabilidad y especialización de los directivos en la planeación del trabajo, requiriendo una división cooperativa del trabajo entre los directivos y los operarios , que lograba por un lado la idea de que los intereses de los operarios eran los mismos del empleador, proponiendo una remuneración por eficiencia o por unidad de producto, de tal manera que quien produzca más gane más, y por otro lado estableciendo una división del trabajo en donde los gerentes se responsabilizan de la planeación, el trabajo mental y los operarios del trabajo manual generando una división del trabajo con un ingrediente nuevo, la eficiencia, estilizando la ya propuesta por Adam Smith.

Otro aporte importante de Taylor a la administración estuvo encaminado hacia el paradigma de la eficiencia, la productividad y la aplicación de métodos como la estandarización mediante el diseño de cargos con énfasis en la tarea como una opción de éxito organizacional. Dados los principios de Taylor desde mediados de la década de 1940 y hasta la década de 1970 se estableció un periodo reconocido como el fordismo, caracterizada por la existencia de empresas de producción de gran escala, con modelos de producción Taylorista con una fuerte división del trabajo.

La administración científica de Taylor se caracterizó por hacer énfasis en las tareas, la teoría clásica se distinguió por el énfasis en las estructuras y en las funciones que debía ejecutar una organización para lograr la eficiencia, esta teoría nació en Francia en 1916 y su máximo exponente fue Henry Fayol, quien se interesó por la planeación, la estandarización y mejoramiento de la eficiencia laboral. Fayol enfatizó en la estructura organizacional necesaria para alcanzar los objetivos partiendo de las funciones principales de la empresa (técnicas, comerciales, financieras, de seguridad, contables y administrativas) reconociendo la división del trabajo, pero en un sentido horizontal y vertical, y la definición del ciclo administrativo (planeación, organización, dirección, coordinación y control), también hace una distinción entre administración y organización en donde la administración es un todo, un conjunto de procesos de la cual la organización es una de sus partes, con características limitadas y estáticas debido a su estructura y su forma.

En oposición al mecanismo predominante de la administración clásica en 1932, surgió la teoría de las Relaciones Humanas propuesta por Elton Mayo, quien partió del principio de que su aplicación es vital para el éxito de la empresa, Mayo realizó estudios sobre la motivación y sus efectos en la productividad de la organización. La teoría surgió a partir de la necesidad de humanizar el trabajo en busca de los objetivos de la empresa, con la introducción de la analogía de la organización como ser vivo, dio paso a que la administración superara el mecanismo de las anteriores teorías, aunque se mantenían los enfoques de la división del trabajo y las estructuras jerárquicas, en un organismo con un cerebro (la administración), unos órganos (áreas funcionales) y unas extremidades (los niveles operativos).

La primera aproximación al enfoque de gestión por procesos fueron los estudios realizados en la segunda década del siglo XX, por Mary Parker Follet, en su estudio de la organización interfuncional y la administración dinámica, sus trabajos permitieron reevaluar los mecanismos de Taylor y las relaciones de poder y autoridad, e indicó formas para resolver diferencias organizacionales.

Se puede afirmar que Follet presentó varios de los principios que fundamentan la gestión por procesos, con la publicación de sus obras en 1925 y 1933, que proporcionan una perspectiva sobre los temas críticos en la administración como: el conflicto, el poder, la autoridad, el liderazgo, el control, la función del individuo como parte de un grupo y el lugar que ocupan los negocios en la sociedad. Sus apreciaciones se basan en la necesidad de reevaluar las interacciones organizacionales, los riesgos de las estructuras funcionales, sentando los preceptos del empoderamiento, cuestionando el mando y las relaciones de poder y autoridad.⁶

Entre 1950 y 1968 se marcó una gran variación en el pensamiento administrativo con el desarrollo de la teoría general de sistemas. La teoría general de sistemas (T.G.S.) surgió con los trabajos del biólogo alemán Ludwig von Bertalanffy quien realizó sus estudios de los sistemas generales con base en el metabolismo. Los estados estables, el crecimiento y los sistemas abiertos, Ludwig señaló que el problema central de la ciencia y el eje central de la TGS, es formular teorías universales de la organización de los sistemas, pero en realidad este

⁶ Universidad EAFIT, Antecedentes Históricos de la Gestión por procesos. 2010. 12 p.

enfoque es utilizado en las organizaciones gracias a E. J. Miller y a A. K. Rice, quienes establecieron la correlación entre las organizaciones industriales y comerciales y el organismo biológico.⁷

Dicha teoría rompió los esquemas de las anteriores afirmaciones, ya que se realizaba una mirada global de la organización aludiendo a que la organización debía ser estudiada como un todo, que no podía ser separada en partes sin que se perdieran sus características esenciales, y que además se debía estudiar como un sistema social abierto que interactúa con otros sistemas de una manera recíproca.

Unos años más tarde hacia 1954 con la escuela neoclásica, representada por Peter Drucker, se retomaron algunos aspectos de las teorías poniendo al día los principios desarrollados por Taylor, Fayol y Weber asignándole alta jerarquía a los conceptos clásicos de: estructura, autoridad, responsabilidad y departamentalización, se caracterizó por su pragmatismo a los resultados en cuanto a objetivos de la organización dando paso a la administración por objetivos o “management by objectives”, considerando a la administración como una técnica social para dirigir grupos hacia el logro de objetivos empleadas en las áreas cuantificables de las organizaciones, aislando algunas áreas en donde los resultados no eran claramente medibles o cuantificables, creando objetivos confusos para algunas áreas en el apoyo del desarrollo de los productos o servicios de la organización.⁸

Unos años más tarde aparece la teoría de las Contingencias, como un enfoque que planteó que las organizaciones son diferentes y se enfrentan a diferentes situaciones o contingencias, por tanto necesitan diversos métodos de administración. En donde los primeros pensadores como Taylor, Fayol y Weber postularon principios que en su momento se pensaron universales, pero en las investigaciones siguientes se encontraron muchas excepciones a muchos de esos principios y un ejemplo claro fue la especialización del trabajo muy útil y utilizada, pero tuvo como consecuencia que los trabajadores se hicieron muy especializados. Esta teoría dice que la administración no se basa ni puede

⁷ Da Silva Reinaldo, Teorías de la administración, Ediciones centrales, México DF. 2003

⁸ Fernández, C. Management y sociedad en la obra de Peter Drucker. Universidad Autónoma de Madrid. España. Revista Internacional de Sociología (RIS). VOL. LXVI, N° 49, Enero-abril, 195-218, 2008 ISSN: 0034-9712. 24 p.

basarse en principios simples que se apliquen en todas las situaciones, según el contexto y los cambios los gerentes tienen que aplicar diferentes métodos y técnicas.⁹

A partir de las décadas de los ochentas y noventas, una revolución de calidad barrió los sectores público y privado con la teoría de la administración de la calidad, que fue impulsada por un grupo pequeño de expertos en calidad; los más famosos fueron W. Deming, y Joseph Juran, la administración de la calidad es una filosofía administrativa de mejoramiento continuo y de respuesta a las necesidades y expectativas de los clientes, en donde el término cliente es llevado más allá de su definición original de comprador externo, para incluir a todos los que tengan que ver con los productos o servicios de la organización, sean internos o externos y abarcan empleados y trabajadores, lo mismo que las personas, los bienes y los servicios.¹⁰

Es así como los modelos actuales de gestión (EFQM, ISO 9000) incluyen como requisito la gestión de los procesos. Los procesos se ejecutan en un organización, tanto si se gestionan como si no se hace. Se pueden dar instrucciones a las personas y esperar que se ejecuten de forma correcta; o mejor, se pueden visualizar, analizar y gestionar para lograr mejores resultados.¹¹

Esta orientación hacia la obtención de resultados (que es para lo que verdaderamente deben servir los sistemas de gestión) se ve refrendada a su vez por los fundamentos de los modelos de excelencia empresarial, como el modelo de la EFQM (European Foundation for Quality Management – Fundación Europea para la Gestión de la Calidad), lo que pone de manifiesto la finalidad de los sistemas de gestión.

El modelo se compone de nueve criterios y un esquema de evaluación que permite reconocer el nivel de excelencia de una organización, constituyéndose como una herramienta de mejora continua del desempeño global, que permite catalizar el cambio en las organizaciones, y en un verdadero impulsor de la innovación y aprendizaje para la obtención de resultados excelentes en todos los ámbitos.

⁹ Carro, R. González, D. Administración de la Calidad Total. Universidad Nacional de Mar del Plata. Argentina. 2013. 65 p.

¹⁰ Suárez, G. Three experts on quality management. Department of the Navy. USA. 1992. 41 p.

¹¹ Robins Stephen y Cultier Mary, Administración, 8va edición. Pearson Educación, México. 2005.

Como ocurre con ISO 9000, el modelo EFQM también se soporta en una serie de fundamentos entre los que se puede destacar, nuevamente, la “orientación hacia los resultados”, considerando la satisfacción equilibrada de todas las partes interesadas. Los modelos o normas de referencia a las que se ha aludido anteriormente (familia ISO 9000 y modelo EFQM) promueven la adopción de un enfoque basado en procesos en el sistema de gestión como principio básico para la obtención de manera eficiente de resultados relativos a la satisfacción del cliente y de las restantes partes interesadas.

Conceptualización.

Definición de proceso: Desde una perspectiva organizacional se define proceso como “el conjunto de actividades secuenciadas que realizan una transformación de una serie de entradas -inputs- (material, mano de obra, capital, información, etc.) en los resultados -outputs- deseados (bienes y/o servicios) añadiendo valor”. En el medio se entiende por proceso el “conjunto de actuaciones, decisiones, actividades y tareas que se encadenan de forma secuencial y ordenada para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos del paciente/población al que va dirigido”.¹²

Definición de gestión por procesos:

La gestión por procesos es una forma de organización diferente de la clásica funcional, y en el que prima la visión del cliente sobre las actividades de la organización. Los procesos así definidos son gestionados de modo estructurado y sobre su mejora se basa la de la propia organización.

Tarea:

Unidad operacional más elemental, actuación concreta a realizar en un tiempo limitado.

Actividad:

Es la suma de tareas. La secuencia ordenada de actividades da como resultado un proceso.

¹² Euskalit. Fundación Vasca para la Excelencia. Calidad Total: Principios y Modelos de Gestión. Certificación ISO. País Vasco. 2011. 18 pp.

Cliente de un proceso:

Es la persona, departamento o estructura organizativa, empresa que recibe el producto o servicio generado en ese proceso. El cliente de un proceso puede ser externo o interno a la propia organización.

Procedimiento:

Forma específica de llevar a cabo una actividad. En muchos casos los procedimientos se expresan en documentos que contienen el objeto y el campo de aplicación de una actividad; qué debe hacerse y quién debe hacerlo; cuándo, dónde y cómo se debe llevar a cabo; qué materiales, equipos y documentos deben utilizarse, y cómo debe controlarse y registrarse.

Objetivo e importancia de la gestión por procesos.

El objetivo central de la gestión por procesos es mejorar y rediseñar el flujo de trabajo para hacerlo más eficiente y adaptado a las necesidades de los clientes.

La gestión por procesos es importante porque hace predominar el proceso, orientado al cliente, sobre la función, centrada en la propia organización; propone organizaciones menos complejas y más planas desde la perspectiva de la estructura jerárquica; organizaciones en las que, sin embargo, se torna necesaria una mayor coordinación en las actuaciones y una cultura de mejora continua claramente establecida, cuyos elementos claves para garantizar la prosperidad, e incluso la supervivencia de la empresa, son la cooperación y la orientación al cliente. De esta manera se considera que a través de la gestión por procesos se mejoraría la calidad de atención y la optimización de recursos, a la vez que se daría cumplimiento a la proyección de reingeniería administrativa del Ministerio de Salud.

Tipos de procesos.

1. Procesos estratégicos. Vinculados a la actividad estratégica de la empresa, proporcionan información sobre las responsabilidades en planificación y normativa, para guiar la organización hacia el cumplimiento de los procesos clave. En el ámbito asistencial podrían corresponder al plan estratégico, plan de calidad, programas y contratos de gestión sanitaria, objetivos institucionales, voz del cliente, voz de los profesionales, etc.

2. Procesos operativos o clave. Se relacionan directamente con la prestación del servicio o producto, y se sitúan en relación directa con el usuario. Correspondería a procesos de carácter clínico asistencial, y se deberían delimitar por factores como la prevalencia del problema, el impacto social, la magnitud del cambio, el potencial de mejora, la repercusión económica, factibilidad en su abordaje, etc. Ejemplos de macroprocesos son: Urgencias, Consulta, Hospitalización, Hospital de día, Consulta a domicilio, etc.
3. Procesos de soporte o apoyo. Ofrecen los recursos necesarios para la prestación de los anteriores. Se incluyen por ejemplo laboratorio, hostelería, almacén, inversiones, compras y suministros, etc.

Elementos que aporta la gestión por procesos.

En el ámbito de las organizaciones sanitarias los **elementos que aporta la gestión por procesos** se resumen en los siguientes aspectos:¹³

- **Enfoque centrado en el usuario.** La gestión por procesos centra las actuaciones en el usuario, teniendo en cuenta desde el principio sus necesidades y expectativas, fijando los atributos sobre las necesidades y expectativas del cliente, calidad de requerimientos, calidad de especificaciones y calidad del proceso a realizar.
- **“Procesos” frente a “procedimientos”,** para delimitar adecuadamente el alcance del sistema de gestión. El proceso establece una relación sobre qué es lo que debe realizarse, mientras que el procedimiento se centra en cómo debe realizarse, señalando que, entre otros aspectos, esencialmente el procedimiento permite que se realice una actividad, mientras que el proceso permite centrarse en el resultado y proporciona la información adecuada a las distintas fases individuales y responsabilidad final del proceso.
- **Realizar un análisis de barreras y limitaciones de la gestión funcional de la organización** para orientarse hacia la competitividad, identificando las áreas/procesos críticos de la empresa que ofrecen un valor añadido.

¹³ Lennerts, K.; Abel, J. Step-by-step process analysis for hospital facility management. An insight into the OPIK research project. Karlsruhe, Alemania. 2005. 12 pp

- **Innovación, sinergia y flexibilidad** para responder ágilmente al entorno mediante la mejora continua estructurada.
- **Definir la identificación, descripción y secuencia de procesos**, resaltando la necesidad de la productividad organizativa global frente a la individual, donde cada departamento o servicio añada su valor a la contribución final, que es el resultado.
- **Asignación de responsabilidades**, indicadores y mecanismos estructurados de medición y control de todo el flujo del proceso.
- **Evaluar los puntos críticos del proceso**, bajo una metodología correcta, y utilizando la mejora continua para reducir la variabilidad general.
- **Implicación de los profesionales en la gestión clínica**, convirtiéndolos en los motores del cambio y en los protagonistas de las aportaciones para la mejora permanente y la integración de innovaciones.
- **Incorporación de la metodología de la medicina basada en la evidencia** en la definición de las actividades que deben incorporarse en los procesos.
- **Disminución, en la medida de lo posible, de la variabilidad de la práctica clínica**, al establecer indicaciones médicas o quirúrgicas en todo el proceso subsiguiente a través de vías clínicas.
- **Incorporación de un sistema de información** integrado que permita evaluar las intervenciones para la mejora continua.
- Finalmente, **la gestión de procesos integrados**, al abordar la organización sanitaria de manera horizontal, favorece la continuidad de la asistencia y la coordinación entre niveles asistenciales y departamentos.

La gestión por procesos se hace necesaria en los quirófanos, porque estos constituyen un área tradicionalmente obligada a la coordinación inter-niveles para su correcto funcionamiento.¹⁴

Metodología de la gestión por procesos.

La gestión por procesos aporta las herramientas necesarias para la evaluación de indicadores y estándares de calidad, al facilitar el diseño del

¹⁴ Koksalmis, K.O. Hancerliogullari, G. Hancerliogullari. How to Schedule Surgical Operations into Operating Rooms? An Application in Turkey. Industrial and Systems Engineering. Research. Turquía. 2014. 14 pp.

proceso de acuerdo con el entorno y los recursos disponibles, normalizando la actuación y la transferencia de información de todo el equipo que participa en el mismo (facultativos, enfermería, personal no asistencial, etc.) permitiendo mejorar la eficiencia, efectividad y calidad del servicio. Al mismo tiempo, facilita la introducción de forma dinámica de la experiencia de otros clínicos, integrando en nuestro contexto experiencia, conocimientos, habilidades y lo que es más importante, sentido común.

La gestión por procesos se enmarca en el ámbito del concepto de calidad total, entendida esta como una “estrategia de gestión de toda la empresa, a través de la cual se satisfacen las necesidades y expectativas de los clientes, de los empleados, de los accionistas y de la sociedad en general, por medio de la utilización eficiente de todos los recursos de que dispone: personas, materiales, tecnologías, sistemas productivos, etc.”. En este marco, la gestión de los procesos orientados al cliente constituye una de las piezas claves para el funcionamiento de una organización excelente, con la máxima eficacia y eficiencia.¹⁵

De todos los modelos de gestión de calidad total, los más utilizados en nuestro ámbito son, por un lado, las Normas ISO y, por otro, el Modelo de la Fundación Europea para la Gestión de Calidad (European Foundation for Quality Management –EFQM) financiado por la Unión Europea, surge en 1991 para introducir la gestión de calidad total e incrementar la competitividad en el entorno europeo. Este último está en continua revisión, habiéndose realizado dos actualizaciones importantes desde entonces, en 1999 y en 2004. “El Modelo EFQM de Excelencia es un marco de trabajo no prescriptivo que reconoce que la excelencia de una organización se puede lograr de manera sostenida mediante distintos enfoques”. Está formado por 9 criterios, a través de los que enuncia que “los Resultados excelentes con respecto al Rendimiento de la organización, a los Clientes, la Personas y la Sociedad se logran mediante un liderazgo que dirija e impulse la Política y Estrategia, las Personas de la organización, las Alianzas y Recursos y los Procesos”.

¹⁵ Cardoen, B.; Demeulemeester, E. Operating room planning and scheduling: A literature review. Department of Decisions Sciences and Information Management. Bélgica. 2008. 44 pp.

Lo primero será conocer la estrategia que tiene la organización para alcanzar la misión o razón fundamental de su existencia; en su defecto tendremos que utilizar líneas estratégicas, objetivos o incluso normativas que orienten la marcha de la organización. Esta estrategia permite identificar con claridad cuáles son los procesos clave (los que justifican la razón de ser del centro/servicio/unidad y se realizan en tiempo real con el cliente) y los procesos de soporte que facilitan el funcionamiento.¹⁶

Con todo ello es posible establecer el mapa de procesos, en el que estarán reflejados todos los procesos del centro o la Unidad, Servicio o Departamento. El mapa no es más que una representación gráfica de la organización, como un zoom que nos permite observar los procesos que tienen lugar en ella. Por ello es importante que el mapa de procesos incluya un detalle de las relaciones entre los procesos identificados y cómo se incardinan para facilitar la consecución de los objetivos y la misión.

Se denominará e identificará cada uno de los procesos así como a sus responsables. Se habla de “responsable” o “propietario de un proceso”, para referirse a la persona con capacidad de liderazgo, conocimiento extenso del proceso y con capacidad autónoma de toma de decisiones, que asegura el buen desarrollo y la mejora continua del mismo, coordinando los distintos estamentos, procurando su mejora y facilitando la participación de los profesionales.

A partir de aquí, una vez comprobada la idoneidad del mapa de procesos, se despliega en cascada, describiendo objetivos, actividades de cada uno de los procesos y de sus subprocesos. A su vez, se irán estableciendo las relaciones entre procesos y subprocesos, lo que, paulatinamente puede ir acompañado de la definición de las instrucciones de trabajo para las personas que intervienen en ellos. Los procesos deben describirse de forma que quede suficientemente claro qué pasos deben darse para realizarlo satisfactoriamente. En algunos casos puede ser interesante la descripción del procedimiento, es decir, una explicación fase por fase de las actividades que componen el proceso, lo cual supone la elaboración de un diagrama de flujo.

¹⁶ Martínez, F.; Ospina, H. Procesos, Guía didáctica y módulo. Fundación Universitaria Luis Amigo. Colombia. 2008. 202 pp.

La denominada, “arquitectura de procesos”, permite describir el conjunto de actividades y sus relaciones desde un nivel general (arquitectura 0 de procesos del Servicio hasta un nivel de mayor detalle especificando instrucciones de trabajo o tareas específicas que deben realizarse – arquitectura de procesos nivel 3).

Todo proceso incluye una sucesión de actividades que, necesariamente, tienen cada una de ellas, alguna actividad precedente y lógicamente tendrán otra a continuación hasta su final. Al espacio comprendido entre los límites establecidos para cada proceso, se le denomina “ámbito del proceso”. Los procesos, a su vez, se subdividen en subprocesos cuando por su complejidad es aconsejable subdividir el conjunto de actividades que los integran para una mejor comprensión.¹⁷

En el sector sanitario los procesos clave se centran en la atención al paciente; la mejora del proceso necesita la implicación de todos los profesionales y la toma autónoma de decisión, consensuado entre los mismos, utilizando la evidencia científica a través de documentos prácticos de uso (guías de práctica clínica), y todo esto desarrollado dentro de un sistema integrado.

La definición del proceso la lleva a cabo el propietario o el equipo del proceso, una vez analizadas y delimitadas las características del problema de salud, que no solamente se ha de situar en la fase de prevención secundaria, sino que dependiendo de la población atendida o del proceso de estudio pueden contemplarse aspectos de la prevención primaria, con lo que tendríamos que, por ejemplo, adecuar las actuaciones entre organizaciones (Hospital y Centros de Atención Primaria). En procesos asistenciales de patologías crónicas o de atención primaria es interesante la descripción integral del proceso para asegurar la continuidad de cuidados a través del mismo entre niveles asistenciales (atención primaria, especializada, sociosanitaria, etc.).

La gestión por procesos busca reducir la variabilidad innecesaria que aparece habitualmente cuando se producen o prestan determinados servicios y trata de eliminar las ineficiencias asociadas a la repetitividad de las acciones o actividades, al consumo inapropiado de recursos, etc.

¹⁷ Lennerts, K.; Abel, J. Step-by-step process analysis for hospital facility management. An insight into the OPIK research project. Emerald group publishing. Alemania. 2003. 12 pp.

Facilita la coordinación y la sinergia entre los diferentes procesos que se dan en una organización y es una base sólida para organizar el empowerment, la asunción de responsabilidad por parte de los profesionales en el ámbito de actuación de su proceso y su trabajo diario.¹⁸

En las organizaciones sanitarias se aprecia de forma clara la visión sistémica que define este tipo de gestión: un conjunto de personas, servicios u organizaciones (proveedores) que solicitan que se lleven a cabo una serie de actividades (procesos) para una serie de personas o servicios que reciben los resultados (clientes). Además, la gran variedad de profesionales y la complejidad de las interrelaciones que se llevan a cabo en el mismo, hace que este sistema de gestión sea especialmente adecuado y contenga un mayor potencial de mejora en nuestra organización.¹⁹

Al utilizar la gestión por procesos en una organización debe describirse de forma clara su misión (para qué y por qué existe y para quién se realiza el proceso), concretando, a continuación, entradas y salidas, e identificando clientes internos, proveedores del mismo y clientes externos, destinatarios de los servicios, etc. Se puede medir la cantidad y la calidad de lo producido, el tiempo desde la entrada hasta la salida y el coste invertido en añadir valor; y, por último, ha de poder asignarse la responsabilidad del cumplimiento de la misión del proceso a su propietario.

Las actuaciones de los procesos, o subprocesos, poseen sus características propias, pero no deben ser considerados como entidades individuales, unas influyen en otras, y el concepto de "consecución lógica" de los subprocesos no sólo debe ser entendida en el marco temporal, también según cada actividad, de forma que no necesariamente se van a desarrollar todos ellos, y puede que alguno deba repetirse.

La representación gráfica de los procesos facilita su comprensión y a veces supone una base sólida para la mejora de circuitos o su coordinación. Se pueden utilizar diferentes metodologías para ello como el IDEF, Qualigraf o diagramas de flujo.

¹⁸ Hackman, R. Wageman, R. Total Quality Management: Empirical, conceptual and practical issues. Cornell University. Administrative Science Quarterly, 40 (1995): 309-342. USA. 1995. 34 p.

¹⁹ Paneque, P. Gestión por procesos en el sistema sanitario público de Andalucía. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. España. 2002. 27 pp.

La **documentación** es una parte esencial de cualquier Sistema de Calidad y la magnitud de la misma puede variar en dependencia del tamaño de la organización, tipo de actividad, complejidad e interacción de los procesos y la competencia del personal. La elaboración de la documentación no debe ser un fin en sí, sino una actividad que añade valor.

La gestión por procesos exige, en primer lugar, una estrategia de **identificación de los procesos** que en la organización se consideran prioritarios (procesos 'operativos' o 'claves') y, a continuación, una ordenación según su importancia, el impacto que pueda tener su rediseño sobre los usuarios, el interés por su mejora continua, etc.

Pero no todos los procesos que se llevan a cabo en las organizaciones tienen las mismas características, motivo por el que se pueden clasificar, en función del impacto más o menos directo sobre el usuario final, de la siguiente forma:

- **Procesos estratégicos:** adecúan la organización a las necesidades y expectativas de los usuarios. En definitiva, guían a la organización para incrementar la calidad en los servicios que presta a sus clientes. Están orientados a las actividades estratégicas de la empresa: desarrollo profesional, marketing.
- **Procesos operativos:** aquéllos que están en contacto directo con el usuario. Engloban todas las actividades que generan mayor valor añadido y tienen mayor impacto sobre la satisfacción del usuario. Todos los procesos clínico-asistenciales se pueden considerar incluidos en esta categoría.
- **Procesos de soporte:** generan los recursos que precisan los demás procesos.

Los Diagramas de Procesos.²⁰

Consisten en la representación esquemática, paso a paso, de los detalles de un proceso. Incluye las entradas al proceso (inputs) y sus salidas (outputs), así como el conjunto de actividades y tareas en el desarrollo del mismo.

Sirve para:

²⁰ Hernández, A.; Medina, A. Criterios para la elaboración de mapas de procesos. Particularidades para los servicios hospitalarios. Cuba. 2009. 7 pp.

- Visualizar globalmente el proceso, los niveles de actuación asistencial (Atención Primaria, Atención Especializada, Urgencias o Emergencias), los profesionales implicados (médicos, enfermeras, personal no sanitario), y los recursos necesarios para obtener el resultado esperado.
- Identificar rápidamente funciones, responsabilidades y competencias de los participantes.
- Ligar las vías críticas con las organizativas, es decir, el 'qué' y el 'cómo', en relación con las tareas a realizar.
- Identificar puntos donde se puede medir la efectividad y eficiencia del proceso.

Se han establecido cinco niveles de representación gráfica, desde el 0 hasta el 4, pasando progresivamente de una visión global de los procesos (nivel 0) hasta las tareas específicas a realizar en un proceso concreto (nivel 4). Para los niveles 0, 1 y 2, se ha seguido de forma simplificada la estructura de representación gráfica por niveles que propone la metodología IDEF. El nivel 3 permite representar gráficamente las actividades y tareas a través de diagramas de flujo. Por último, el nivel 4 plantea el esquema de desarrollo de una vía crítica.

Arquitectura nivel 0:

Se trata de una representación global, ya definida, de los procesos que desarrolla la organización en su conjunto. Sería, por tanto, una representación única para todos los procesos integrados dentro del Sistema Sanitario Público: un esquema global del proceso de atención sanitaria a través de los diferentes proveedores de servicios que la integran. Por consiguiente, para la representación gráfica de procesos asistenciales partimos del nivel 1.

Arquitectura nivel 1:

Representación del proceso integral en su conjunto.

Este nivel corresponde a la representación gráfica de un proceso de atención concreto, por ejemplo la Diabetes, el Cáncer de Mama, la Fractura de Cadera, la Catarata. Al tratarse de procesos integrados, consistiría en la representación global del proceso en su flujo por los diferentes proveedores de la

organización y, por tanto, figurarán los distintos niveles asistenciales implicados en la atención.

Arquitectura nivel 2:

Representación de los subprocesos.

Una vez diseñado el esquema gráfico del conjunto de actividades que componen el proceso (Nivel 1), el segundo paso consiste en profundizar un poco más en estos grupos de actividades. Se trata de responder a la pregunta ¿qué hacemos? pero más detalladamente que en el nivel 1.

Este nivel necesita generalmente de varios esquemas gráficos que representan los diferentes subprocesos en los que se puede descomponer el proceso integrado que se está representando. La amplitud y características de estos subprocesos no mantienen una regla definida, sino que dependen de las peculiaridades propias de cada proceso.

Arquitectura nivel 3:

Es un modelo de representación gráfica práctico en el que se desglosan las actividades de un proceso, a la vez que se muestra la persona que desarrolla la actividad. Es ya una representación gráfica a través del diagrama de flujos, y puede detallarse más mostrando, en la parte superior, los tiempos de ejecución o el lugar en el que se realiza la actividad o se entrega el servicio.

Cada una de las casillas de este diagrama puede contener, a su vez, otro esquema de flujograma lineal, y así sucesivamente hasta el último nivel de detalle al que se quiera llegar. Suele servirse de los íconos que se presentan en la tabla gráfica del Anexo 1, aunque puede utilizarse indistintamente cualquier tipo de medio gráfico que ayude a la interpretación del diagrama.²¹

Arquitectura nivel 4:

Es la representación operativa de la vía organizativa relacionada con la secuencia temporal en el abordaje del paciente. En este punto, el equipo de trabajo determinaría, según el proceso previamente definido, la entrega de

²¹ Fundación Iberoamericana para la Gestión de la Calidad. www.fundibeq.org
http://www.fundibeq.org/opencms/export/sites/default/PWF/downloads/gallery/methodology/tools/diagrama_de_flujo.pdf

servicios: la información y el tipo de gestiones que los distintos profesionales en cada nivel de atención proporcionarían al paciente en los diversos momentos previstos en su atención.

PEPSU²²

Esta herramienta es útil para definir el inicio y el fin del proceso al facilitar la identificación de sus proveedores, entradas, subprocesos, salidas y usuarios.

Las siglas PEPSU representan:

Proveedores: Entidades o personas que proporcionan las entradas como materiales, información y otros insumos. En un proceso puede haber uno o varios proveedores, ya sea interno(s) o externo(s).

Entradas: Son los materiales, información y otros insumos necesarios para operar los procesos. Los requisitos de las entradas deben estar definidos, y se debe verificar que las entradas los satisfacen. Pueden existir una o varias entradas para un mismo proceso.

Proceso: Un proceso es un conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultado.

Bajo el título "Proceso" de la herramienta PEPSU se registran los subprocesos que conforman el proceso que se está definiendo.

La **matriz interfuncional de un proceso**, es un instrumento muy útil para analizar la denominada física del proceso, con el objetivo de su mejora. Para ello se debe:

- Identificar desconexiones e interfases.
- Transformar el "como es" en "como debería ser" (rediseño).
- Eliminación de etapas innecesarias.
- Realización de actividades en orden diferente, sobre todo analizar aquellas que pueden ser realizadas en paralelo.
- Posibilidades de automatización.
- Etapas en donde pueden utilizarse ordenadores para transmitir información.
- Eliminar aprobaciones o revisiones múltiples.

²² Dirección Regional de Salud de Cusco. Plan de Mejora de Procesos. Perú. 2005. 19 pp.

- Combinar actividades relacionadas.

Procedimiento para la elaboración de mapas de procesos.²³

- Definición del proceso.
- Identificación de actividades y tareas. Consiste en identificar e interrelacionar los procesos de la compañía, y seleccionar qué procesos han de mejorarse por considerarse críticos para la consecución de su visión y objetivos. En esta fase solo participan los altos directivos de la compañía que deberán definir la compañía en término de procesos, seleccionar los procesos a mejorar, nombrar responsables y equipos de los procesos y establecer objetivos para cada proceso
- Tipo de mapa o enfoque. Los diagramas As Is son ideales en este paso, por su posibilidad de representar actividades y conexiones tal como suceden en la realidad operativa. Los mapas IDEFO con un detalle superior podrían ser el comienzo para entender los procesos compuestos por varios subprocesos y sus conexiones, de manera que se tenga en cuenta el efecto de la mejora en otros procesos y sus relaciones. Si el proceso analizado es de alto contacto y el objetivo que se persigue es registrar los momentos de contacto del cliente con la organización y en ellos dedicar los esfuerzos de gestión, pues el ciclo de servicio puede ser muy útil.
- Diagrama y documentación. Este paso comprende:
 - Entrevistas con ejecutantes del proceso.
 - Mostrar las actividades que realmente ocurren.
 - Documentar sobre errores o fallas que se cometen en el proceso.
 - Determinar riesgos y puntos críticos de control.
 - Inventario de momentos de verdad.
 - Protocolos (prácticas clínicas, variabilidad), normas.
 - Tiempo del ciclo.
 - Costos.
 - Flujo informativo.
- Revisión.
- Detectar oportunidades de mejora.

²³ Martínez, F.; Ospina, H. Procesos, Guía didáctica y módulo. Fundación Universitaria Luis Amigo. Colombia. 2008. 202 pp.

Marco Legal de la gestión por procesos.

En el marco del Plan de Gobierno está el proceso de construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud que supone una profunda reforma definida dentro de veinticinco estrategias que conjuga ocho ejes en su primera fase, a saber:

- Construcción de la Red Integrada de Servicios de Salud del MINSAL.
- Recursos humanos en salud como piedra angular del sistema.
- Respuesta a la demanda de medicamentos y vacunas.
- Instauración del Foro Nacional de Salud.
- Construcción de un Sistema Nacional de Emergencias Médicas.
- Desarrollo de un Sistema Único de Información Estratégica.
- Articulación progresiva con el ISSS y otros prestadores públicos de salud.
- Creación del Instituto Nacional de Salud y fortalecimiento de la Red de Laboratorios.

Es también importante mencionar el compromiso del Gobierno con el cumplimiento de la Carta Iberoamericana de la Calidad en la Gestión Pública, la cual promueve el establecimiento de un enfoque común acerca de las nociones de calidad en la gestión pública, a partir del cual se adopte un conjunto de principios y orientaciones que sirvan de referencia para la formulación de políticas, planes, modelos y mecanismos que permitan la mejora continua de la calidad de su gestión pública.

En el año de 2010 en el Hospital Nacional Rosales nace la idea de iniciar la gestión por procesos, definiendo los procesos de atención en algunos lugares.

La Gestión por procesos está respaldado por un conjunto de disposiciones legales, que parte de las atribuciones que le confiere la Ley No. 41/83 de la Salud Pública, que estableció en los principios básicos para la regulación de las relaciones sociales en el campo de la salud pública con el fin de contribuir a garantizar la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el restablecimiento de la salud, la rehabilitación social de los pacientes y la asistencia social. Esta ley dedica un espacio al tratamiento de la información en su ciclo de vida y uso, en cuanto a la Estadística en el Capítulo 1, Artículos 6, así como sobre la Información Científico-Técnica y otras informaciones en otros artículos, que se especifican en mayor detalle en el Reglamentado aprobado por

el Decreto Ley 139/88, en cumplimiento del cual se han establecido un conjunto de resoluciones, normas y regulaciones que organizan la captación del dato sanitario, su procesamiento, flujo, análisis y presentación a través de los Sistemas de Información Estadísticos (SIE) y su uso científico-técnico, en función de la toma de decisiones en general, ya sea investigativa, operativa, táctica o estratégica, en el marco de la dirección o del ámbito de la profesión.

Se incluyen en la Base legal para conformar la gestión por procesos, las disposiciones y regulaciones estatales, como son el Decreto Ley 281/2011 la Resolución 60/2011 de la Contraloría General de la República y otras que disponen, rigen y complementan su implementación y ejecución.

Casos similares que concuerdan con la problemática del Hospital Rosales al momento que se ha aplicado la Gestión por Procesos

Diversos autores describen la implementación de gestión por procesos para abordar problemáticas de funcionamiento en quirófanos, entre estas experiencias, las más relevantes son las reportadas en Hospital de Madrid y Costa Rica, las cuales se exponen a continuación:

En España se han realizado estudios con el propósito de mejorar la organización y gestión clínica en el área quirúrgica, debido al aumento de los costes y de la demanda asistencial. El Tribunal de Cuentas de la Ciudad de Madrid, España, presentó en 1998 ante el Senado un estudio donde se informa que se detectó una mala gestión asistencial en algunos hospitales de la Seguridad Social de ese país. En el informe rendido se indica que existe una infrautilización de las instalaciones, bajo rendimiento asistencial de los Hospitales y Clínicas, a nivel ambulatorio y hospitalario, cesión a terceros o su uso para fines ajenos a lo establecido por la Ley. El informe revela además el uso de quirófanos de un hospital por especialistas sin relación con el centro para realizar operaciones de cirugía estética, el uso por terceros de las salas de operaciones de la Seguridad Social con fines lucrativos, o la cesión de instalaciones y personal para impartir cursos docentes sin recibir ninguna contraprestación económica y sin estar habilitadas legalmente para realizar este tipo de actividades, lo cual genera que se descuiden las obligaciones en la atención de los pacientes.

En cuanto a la experiencia costarricense, la cual ha sido cuestionada por la opinión pública, se denuncia que los Servicios del Área de Cirugía de esos hospitales carecen de un adecuado plan de organización de manera que se defina y establezca una razonable distribución de funciones, definición clara de horarios de trabajo en jornadas ordinarias diurnas, mixtas y nocturnas, de forma tal que el personal médico y técnico sea administrado con niveles adecuados de eficacia y eficiencia. Lo que al no cumplirse están incidiendo en forma importante para incrementar los costos de operación de los Hospitales y la lista de pacientes en espera de un tratamiento.

Las Secciones de Cirugía de los hospitales de la Caja, según se establece, no disponen de un sistema de información confiable con el propósito de identificar, registrar e informar las actividades técnico-administrativas que llevan a cabo las diferentes especialidades médicas de Cirugía que conforman dichas Secciones, de manera que permita valorar los rendimientos de producción que se están alcanzando, referente a las labores realizadas y se disponga de un adecuado proceso de toma de decisiones en caso de que se detecten desviaciones importantes. Se cuestiona que el tiempo disponible, dentro de la jornada ordinaria, de las salas de operaciones con que disponen los hospitales de la Caja no se utiliza racionalmente para atender la demanda creciente de cirugía electiva.

Otro de los cuestionamientos se refiere a que la utilización de las horas contratadas del personal médico y técnico de los Servicios de Cirugía, no se está realizando en las mejores condiciones de racionalidad y eficiencia, producto de la inadecuada planificación, programación, supervisión, distribución y asignación de labores de dicho personal. Se afirma además que las extensas listas de pacientes que esperan una cirugía programada o una cita para ser atendidos la consulta externa en ciertas especialidades médicas son todavía un serio problema sin solución para la Caja Costarricense del Seguro Social.²⁴

²⁴ Gaitán, F. Análisis administrativo de la actividad quirúrgica electiva dentro de la jornada ordinaria de los servicios médico-quirúrgicos del Hospital San Juan de Dios, agosto a octubre 2002. Costa Rica. 2002. 114 pp.

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

A. TIPO DE ESTUDIO

La investigación fue de tipo observacional, descriptiva, transversal y de campo aplicando un enfoque cuantitativo, obteniendo resultados a partir del estudio de factores de factibilidad. **Observacional** porque se observaron, midieron y analizaron determinadas variables, sin ejercer un control directo de la intervención. **Descriptivo** porque especificó las propiedades importantes de las personas y los grupos que fueron sometidos a análisis; evaluó diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno y seleccionó cada una de ellas independientemente. De **Campo**, porque permitió estudiar una situación para diagnosticar necesidades y problemas a efectos de aplicar los conocimientos con fines prácticos; y se desarrolló en la institución que presenta el problema en cuestión; **Transversal** porque se realizó en el periodo de julio a diciembre del año 2014. Con un **enfoque cuantitativo** porque se obtuvo un panorama completo del fenómeno, recopilando la información más significativa, mostrando una perspectiva más amplia y profunda de la gestión por procesos a través del análisis estadístico de los resultados de las encuestas a los empleados y los aportes de las jefaturas en las mesas de trabajo.

B. ÁREA DE ESTUDIO

Hospital Nacional Rosales.

C. UNIVERSO

El universo lo constituyó el 100% de los empleados del Hospital Nacional Rosales, el cual está conformado por 494 médicos, 780 enfermeras, 298 que integran las áreas de anestesia-Rayos X-Medicina Nuclear- Terapia respiratoria-Laboratorio-Banco de Sangre; 633 personal administrativo distribuidos en las áreas de Mantenimiento-Limpieza-Alimentación-Vigilancia y Costurería; para un total de 2205 recursos.

Muestra

Se aplicó un tamaño muestral del 5 % del Universo, lo que proporcionó una significancia estadística mínima aceptable, siendo los resultados obtenidos en cuanto a personal entrevistado, los siguientes:

La fórmula utilizada para el cálculo del tamaño muestral fue:

$$n = \frac{N\sigma^2Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2Z^2}$$

Donde n: tamaño de la muestra, N: tamaño de la población, σ : desviación estándar de la población, Z: valor obtenido mediante niveles de confianza, e: límite aceptable de error muestral.

La muestra proporcional para cada subgrupo de población resultó así: Médicos, 26; enfermeras, 43; recursos de anestesia, 16; y personal administrativo, 33. La sumatoria de la muestra fue de 118 recursos encuestados.

D. TÉCNICA

- Encuesta: Se aplicó una serie de preguntas previamente elaboradas con ítems cerrados a 118 recursos cuya labor afecta directa o indirectamente el funcionamiento de los quirófanos centrales y de la institución en general, en la cual se pretende conocer sus necesidades para la aplicación de la gestión por procesos.
- Talleres: Mesas de trabajo con jefaturas de Quirófanos Centrales y Jefaturas del Hospital Nacional Rosales que tienen relación directa e indirecta con éstos, para el análisis y reflexión de los procesos relacionados con el funcionamiento y producción de los en quirófanos del Hospital Rosales.
- Revisión documental: documentos regulatorios institucionales y bibliografía relacionada.

E. INSTRUMENTOS

Para la recolección de la información se utilizaron los instrumentos:

- ***Encuesta sobre conocimiento y experiencia de la gestión por procesos en empleados del HNR para evaluar la factibilidad de su aplicación:*** Guía de preguntas dirigidas a explorar el grado de conocimiento y

experiencia sobre la implementación de la gestión por procesos en el Hospital “Rosales”.

- **Revisión documental de normativa regulatoria vigente.**
- **Guía de Mesa de Trabajo para gestión por procesos.**

Guía de preguntas generadoras para discusión, que orientarán las reuniones de trabajo. Incluye preguntas abiertas generadoras de discusión, las cuáles darán organización a la secuencia teórica de la elaboración de la gestión por procesos.

- **Encuesta sobre conceptos e implementación de la gestión por procesos:** Tiene cuatro secciones de preguntas, tres de múltiple escoge: Caracterización de quien llena la encuesta, Diagnóstico situacional general, Diagnóstico local específico, priorización de áreas y problemas. Y un apartado para opinión abierta sobre la idoneidad o no del establecimiento de la gestión por procesos. Incluye los documentos establecidos por la Dirección de Regulación del MINSAL.

F. PROCEDIMIENTO

Se solicitó a la Dirección de Hospital Nacional “Rosales” la autorización para realizar el estudio. Se presentó el protocolo del trabajo a realizar a la Dirección, División Médica y las Jefaturas correspondientes. Se solicitó conformar el Equipo de Trabajo para establecer un programa que incluya las siguientes actividades: Selección del Equipo de Trabajo, Captación de información para mapa de procesos, Elaboración del mapa de macroprocesos y matriz interrelaciones, Inventario de procesos, Descripción de Organigrama del Hospital Nacional Rosales, Mapas de procesos funcionales, Valoración de procesos claves, Elaboración de los procesos, Definición de indicadores y Nombramiento de propietarios.

Se establecieron mesas de trabajo con siete jefaturas involucradas directa e indirectamente con el funcionamiento de los quirófanos centrales. Se recolectaron datos estadísticos de la institución, incluyendo una encuesta a una muestra significativa de la población de empleados sobre su nivel de conocimiento e implementación de la gestión por procesos. La Encuesta fue sobre conocimientos y experiencia sobre la Gestión por Procesos en los Quirófanos Centrales del Hospital Nacional Rosales; formada por cuatro secciones con un total de quince

preguntas: Datos generales, apreciación sobre la evaluación global de la institución, análisis situacional de los quirófanos. Las primeras dos preguntas fueron de carácter universal y no requirieron operacionalización. De la pregunta 3 a la 15 se estableció la operacionalización de variables con descripción de los atributos.

Se establecieron mesas de trabajo con jefaturas involucradas directa e indirectamente con el funcionamiento de los quirófanos centrales. Las áreas participantes fueron División Médica, Departamento de Cirugía, Anestesiología, Jefe Médico de Sala de Operaciones, Jefe de Enfermería de Sala de Operaciones, Jefe de Técnicos de Anestesia, Mantenimiento y Departamento de Limpieza.

Se definieron 4 ejes de análisis: Diagnóstico actual de los quirófanos, recursos humanos, infraestructura y presupuesto. Además se desarrolló la temática siguiente: Identificación de los procesos, identificación del marco estratégico, definición del mapa de procesos, análisis y priorización de proceso, aplicación y control de procesos y mejora continua de los mismos. Lo anterior fue evaluado por la siete mesas, en las que cada uno realizó sus aportes y a su vez formularon propuestas de implementación. Las reuniones de trabajo fueron realizadas en una jornada de 4 horas, la cual fue avalada por el Director del hospital. Además, se incluyó el trabajo como punto de agenda de reuniones periódicas sostenidas del Comité de Sala de Operaciones en el salón de reuniones de la División Médica, donde se presentaron los avances y se unificaban los criterios obtenidos en las reuniones individuales con cada jefatura.

Posteriormente se procedió al procesamiento de la información, tabulación de encuestas dirigidas al personal, incluyendo la observación y los resultados de las reuniones efectuadas con las siete jefaturas involucradas en el proceso; posteriormente se elaboraron los gráficos y finalmente se presentaron los hallazgos para la redacción del documento final. Para los resultados, los datos se graficaron en tablas estadísticas simples con sus porcentajes, tablas de diagnósticos, gráficas y otras. Posteriormente el equipo investigador formuló la propuesta técnica basándose en estos resultados.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES
ENCUESTA Y MESAS DE TRABAJO – Atributos 1 a 4

VARIABLE	INDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL	FUENTE DE INFORMACION	TECNICA	INSTRUMENTO
Factores directos e indirectos	Nivel técnico de recursos, estado de infraestructura, existencia y aplicación de doc. regulatorios	Respuestas a interrogantes, evaluación de infraestructura, observación de documentos	Personal de salud, jefaturas.	Encuesta	Encuesta Mesas de trabajo
Procesos estratégicos	Política de salud, documentos regulatorios, manuales y guías.	Verificación de existencia, conocimiento y aplicación.	Personal de salud, jefaturas.	Encuesta	Encuesta Mesas de trabajo
Procesos claves	Procesos de atención directa al paciente	Discusión, observación y definición de procesos	Personal de salud, jefaturas.	Encuesta	Encuesta Mesas de trabajo
Procesos de apoyo	Laboratorio, radiología e imagenología, estudios de gabinete.	Discusión, observación y definición de procesos	Personal de salud, jefaturas.	Encuesta	Encuesta Mesas de trabajo
Propuesta técnica	Procesos definidos, clasificados y caracterizados	Análisis de insumos de encuestas y mesas de trabajo para elaboración	Personal de salud, jefaturas.	Encuesta	Encuesta Mesas de trabajo
Desempeño actual de hospital.	Escala de Likert	Nivel de conocimiento.	Personal de salud	Encuesta	Encuesta Revisión documental de normativas
Satisfacción de usuarios.	Estimación porcentual.	Grado de satisfacción.	Personal de salud	Encuesta	Encuesta Revisión documental de normativas
Áreas deficientes de calidad en atención.	Nombre del área.	Área hospitalaria con mayor déficit en calidad de atención.	Personal de salud	Encuesta	Encuesta Revisión documental de normativas
Rubro que requiere mayor atención.	Nombre del rubro.	Nombre del rubro.	Personal de salud	Encuesta	Encuesta Revisión documental de normativas
Principal causa de suspensión de cirugías.	Nombre de la causa.	Nombre de la causa.	Personal de salud	Encuesta	Encuesta Revisión documental de normativas
Medida factible para incrementar producción	Nombre de la medida.	Nombre de la medida.	Personal de salud	Encuesta	Encuesta Revisión documental de normativas

VARIABLE	INDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL	FUENTE DE INFORMACION	TECNICA	INSTRUMENTO
Medida de mayor impacto en producción.	Nombre de la medida.	Nombre de la medida.	Personal de salud	Encuesta	Encuesta Revisión documental de normativas
Medida más viable para mejorar calidad.	Nombre de la medida.	Nombre de la medida.	Personal de salud	Encuesta	Encuesta Revisión documental de normativas
Medida de mayor impacto para calidad.	Nombre de la medida.	Nombre de la medida.	Personal de salud	Encuesta	Encuesta Revisión documental de normativas
Problema prioritario.	Nombre del problema.	Nombre del problema.	Personal de salud	Encuesta	Encuesta Revisión documental de normativas
Indicador de mayor importancia.	Nombre del indicador.	Indicador: Medida para objetivar o calificar sucesos.	Personal de salud	Encuesta	Encuesta Revisión documental de normativas
Nivel que requiere mayor intervención.	Nombre del nivel.	Nivel (área, proceso, actividad o tarea) que requiere mayor intervención o supervisión para mejorar la calidad de atención según apreciación del encuestado.	Personal de salud	Encuesta	Encuesta Revisión documental de normativas
Opinión si gestión por procesos mejoraría el funcionamiento.	Dicotómica, opciones universales de opinión (sí/no).	Conocimiento y apreciación por parte del encuestado sobre gestión por procesos en quirófanos.	Personal de salud	Encuesta	Encuesta Revisión documental de normativas

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

ENCUESTA – Atributos 5 a 9

VARIABLE	INDICADORES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTE DE INFORMACIÓN	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Desempeño actual de hospital.	Escala de Likert	Respuesta a pregunta de encuesta.	Personal de salud	Encuesta	Encuesta. Revisión.
Satisfacción de usuarios.	Estimación porcentual.	Respuesta a pregunta de encuesta.	Personal de salud	Encuesta	Encuesta. Revisión.
Áreas deficientes de calidad en atención.	Nombre del área.	Respuesta a pregunta de encuesta.	Personal de salud	Encuesta	Encuesta. Revisión.
Rubro que requiere mayor atención.	Nombre del rubro.	Respuesta a pregunta de encuesta.	Personal de salud	Encuesta	Encuesta. Revisión.
Principal causa de suspensión de cirugías.	Nombre de la causa.	Respuesta a pregunta de encuesta.	Personal de salud	Encuesta	Encuesta. Revisión.
Medida factible para incrementar producción	Nombre de la medida.	Respuesta a pregunta de encuesta.	Personal de salud	Encuesta	Encuesta. Revisión.
Medida de mayor impacto en producción.	Nombre de la medida.	Respuesta a pregunta de encuesta.	Personal de salud	Encuesta	Encuesta. Revisión.
Medida más viable para mejorar calidad.	Nombre de la medida.	Respuesta a pregunta de encuesta.	Personal de salud	Encuesta	Encuesta. Revisión.
Medida de mayor impacto para calidad.	Nombre de la medida.	Respuesta a pregunta de encuesta.	Personal de salud	Encuesta	Encuesta. Revisión.
Problema prioritario.	Nombre del problema.	Respuesta a pregunta de encuesta.	Personal de salud	Encuesta	Encuesta. Revisión.
Indicador de mayor importancia.	Nombre del indicador.	Respuesta a pregunta de encuesta.	Personal de salud	Encuesta	Encuesta. Revisión.
Nivel que requiere mayor intervención.	Nombre del nivel.	Respuesta a pregunta de encuesta.	Personal de salud	Encuesta	Encuesta. Revisión.
13. Opinión si gestión por procesos mejoraría el funcionamiento.	Dicotómica, opciones universales de opinión (sí/no).	Respuesta a pregunta de encuesta.	Personal de salud	Encuesta	Encuesta. Revisión.

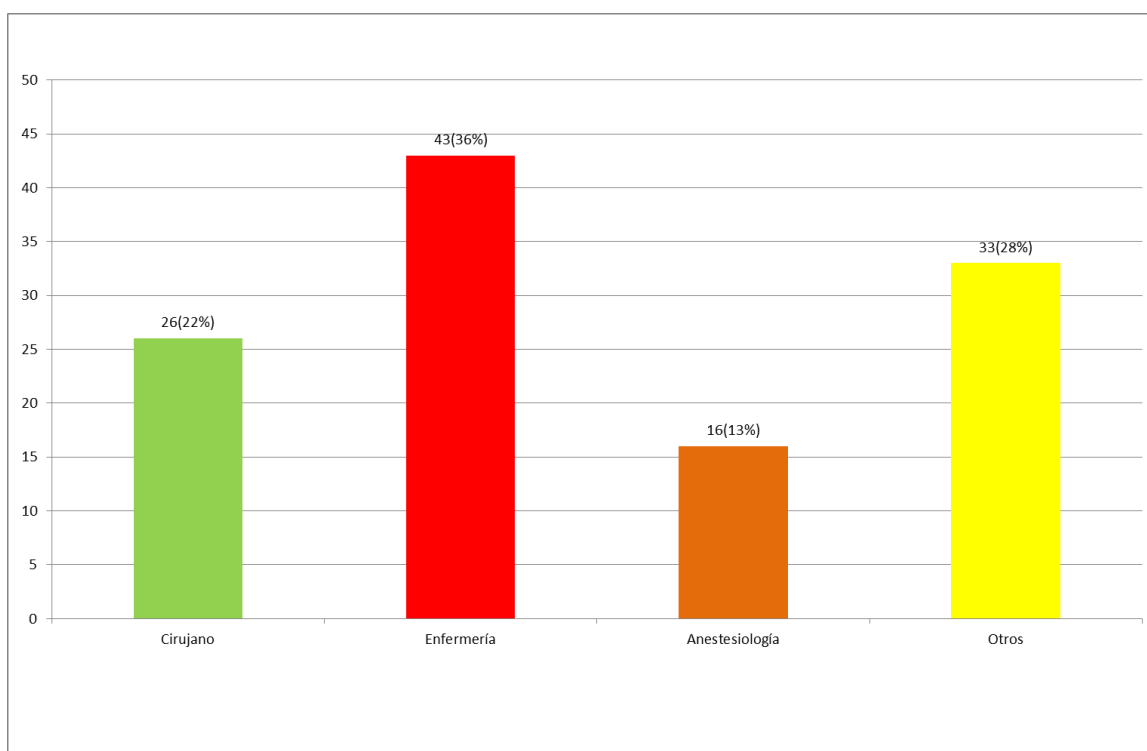
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

GUÍAS DE MESAS DE TRABAJO

VARIABLE	INDICADORES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTE DE INFORMACIÓN	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Identificación de los procesos	Procesos identificados y caracterizados	Discusión con jefaturas de cada uno de los pasos en el proceso de atención.	Jefaturas	Encuesta Talleres Revisión documental	Encuesta Guía de mesas de trabajo Revisión documental de normativas
Identificación del marco estratégico	Marco estratégico definido	Discusión con jefaturas sobre documentos regulatorios en el proceso de atención	Jefaturas	Encuesta Talleres Revisión documental	Encuesta Guía de mesas de trabajo Revisión documental de normativas
Definición del mapa de procesos	Mapa de procesos elaborado	Elaboración conjunta del mapa de procesos.	Jefaturas	Encuesta Talleres Revisión documental	Encuesta Guía de mesas de trabajo Revisión documental de normativas
Análisis y priorización de procesos	Procesos analizados y priorizados	Definir y priorizar procesos de mayor impacto en la calidad de atención institucional (supervisión, reorganización, inversión) según apreciación.	Jefaturas	Encuesta Talleres Revisión documental	Encuesta Guía de mesas de trabajo Revisión documental de normativas
Aplicación y control de procesos	Planificación de aplicación y control de procesos	Discusión con equipo de trabajo sobre metodología de aplicación y control de procesos.	Jefaturas	Encuesta Talleres Revisión documental	Encuesta Guía de mesas de trabajo Revisión documental de normativas
Mejora continua de los procesos.	Planificación de mejora continua de procesos	Discusión de proyectos para mejora continua de procesos.	Jefaturas	Encuesta Talleres Revisión documental	Encuesta Guía de mesas de trabajo Revisión documental de normativas

V. RESULTADOS

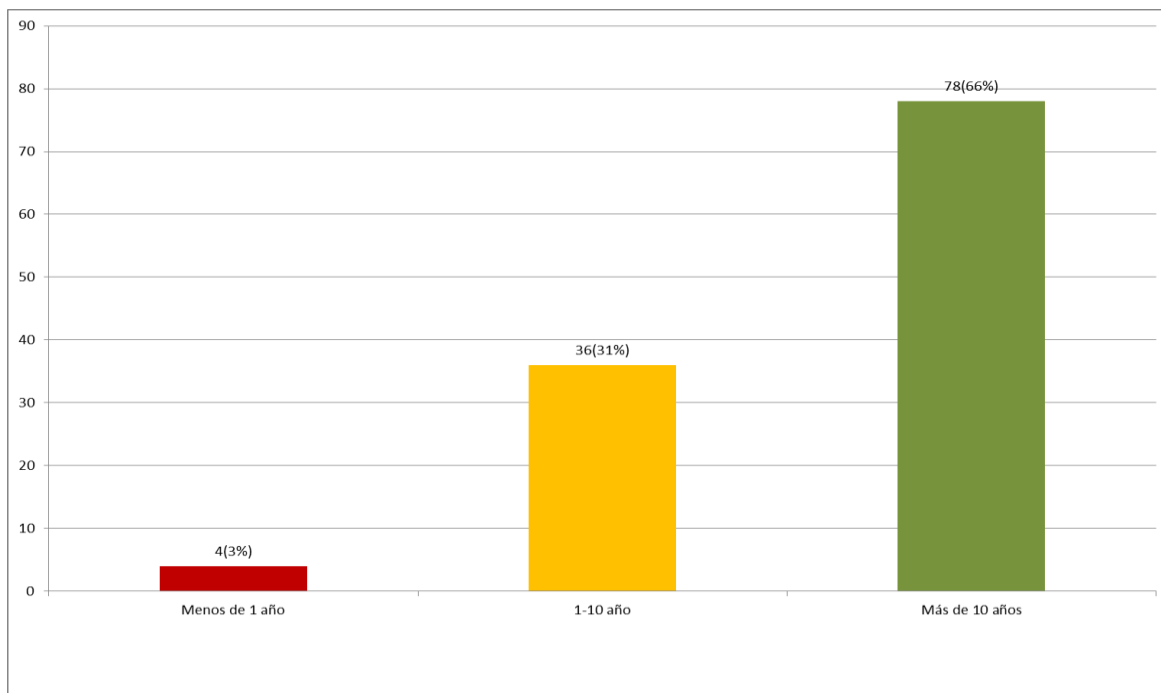
GRÁFICO 1. Profesión de los usuarios internos sobre la factibilidad de la aplicación de la gestión por procesos en el funcionamiento de los quirófanos centrales del Hospital Nacional “Rosales”, julio a diciembre 2014.



Fuente: Encuesta “Valoración de la factibilidad de la gestión por procesos en quirófanos centrales HNR”.

Del total de las personas encuestadas se observa que la mayoría 36 % (43) corresponden a recursos de enfermería, lo cual mantiene una relación con la mayor presencia de este perfil dentro de la institución. El 22 % (26) son Cirujanos, el 14 % (16) pertenecen al área de Anestesiología y 28 % (33) en la categoría de otros, aquí se incluyó personal de todas las demás áreas, tales como administrativos, servicios de apoyo, etc. Estos porcentajes se corresponden con los existentes en la población total de empleados, lo cual se realizó con el propósito que la muestra también sea equivalente a las proporciones de empleados según su ocupación.

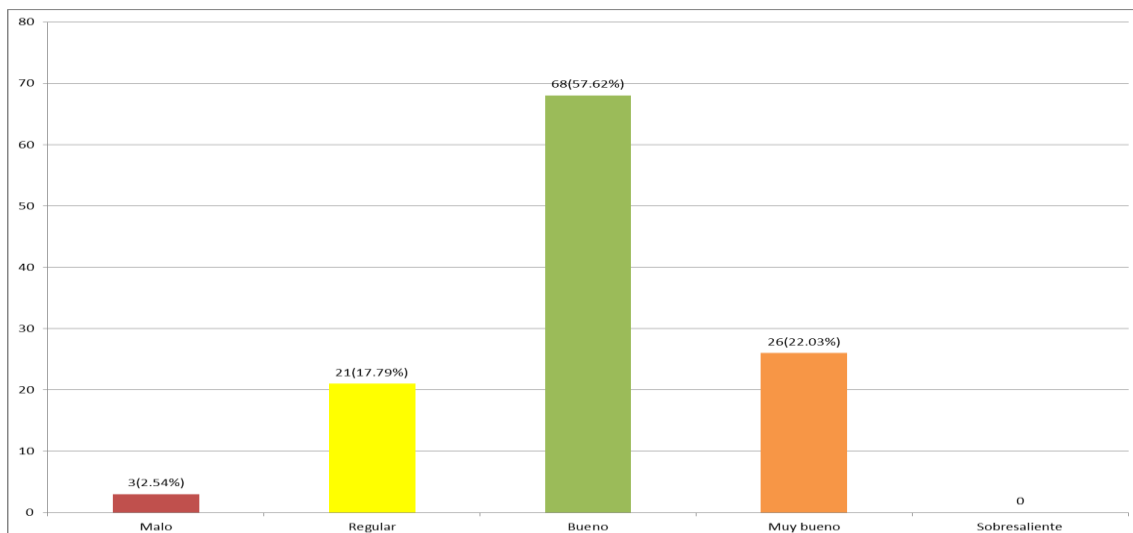
GRÁFICO 2. Años de laborar en la institución de los usuarios internos sobre la factibilidad de la aplicación de la gestión por procesos en el funcionamiento de los quirófanos centrales del Hospital Nacional “Rosales”, julio a diciembre 2014.



Fuente: Encuesta “Valoración de la factibilidad de la gestión por procesos en quirófanos centrales HNR”.

Con relación a los años de laborar en la institución se observa que el mayor porcentaje de encuestados 66 % (78) tienen más de 10 años de servicio; el 31 % (36) refirió 1-10 años de laborar en la institución; y la minoría de ellos 3 % (4) con menos de un año. Esto también corresponde a la generalidad de la población de empleados y no se relaciona con la disponibilidad o renuencia de las nuevas contrataciones de personal hacia la participación en este estudio. Estas proporciones en los años de trabajo también se mantienen al realizar subgrupos por cargo que desempeñan los encuestados.

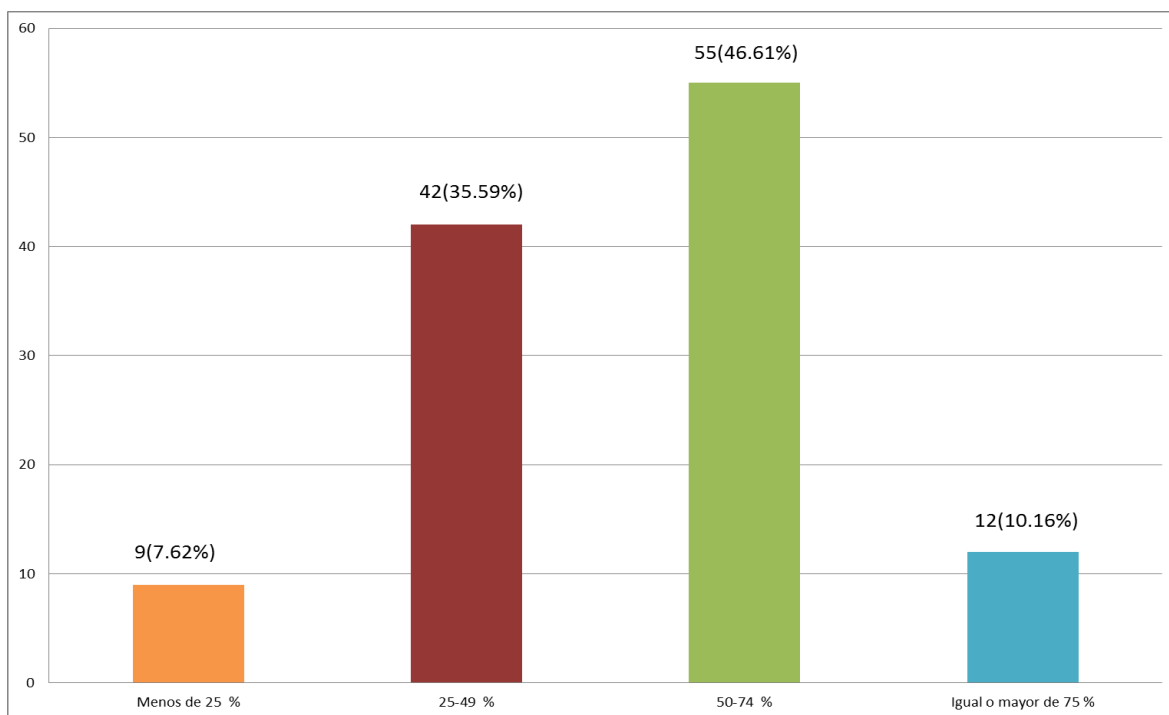
GRÁFICO 3. Respuesta de usuarios internos del desempeño actual del Hospital Nacional “Rosales” sobre la factibilidad de la aplicación de la gestión por procesos en el funcionamiento de los quirófanos centrales del Hospital Nacional “Rosales”, julio a diciembre 2014.



Fuente: Encuesta “Valoración de la factibilidad de la gestión por procesos en quirófanos centrales HNR”.

El gráfico muestra que el mayor porcentaje de empleados encuestados mantienen una respuesta favorable sobre el desempeño actual del Hospital Rosales, siendo el 57.62 % (68) opinan que es bueno, muy bueno 22.03 % (26) y regular 17.79 % (21). Únicamente el 2.54 % (3) responden que el desempeño es malo, y nadie responde que es sobresaliente. Para el análisis de estos resultados debe tomarse en cuenta que durante el periodo en el cual se realizaron las encuestas se presentaron las confrontaciones entre las autoridades ministeriales, hospitalarias, sindicatos y otros empleados; estos eventos podrían afectar la elección del encuestado hacia una u otra calificación según su percepción personal de la situación acontecida.

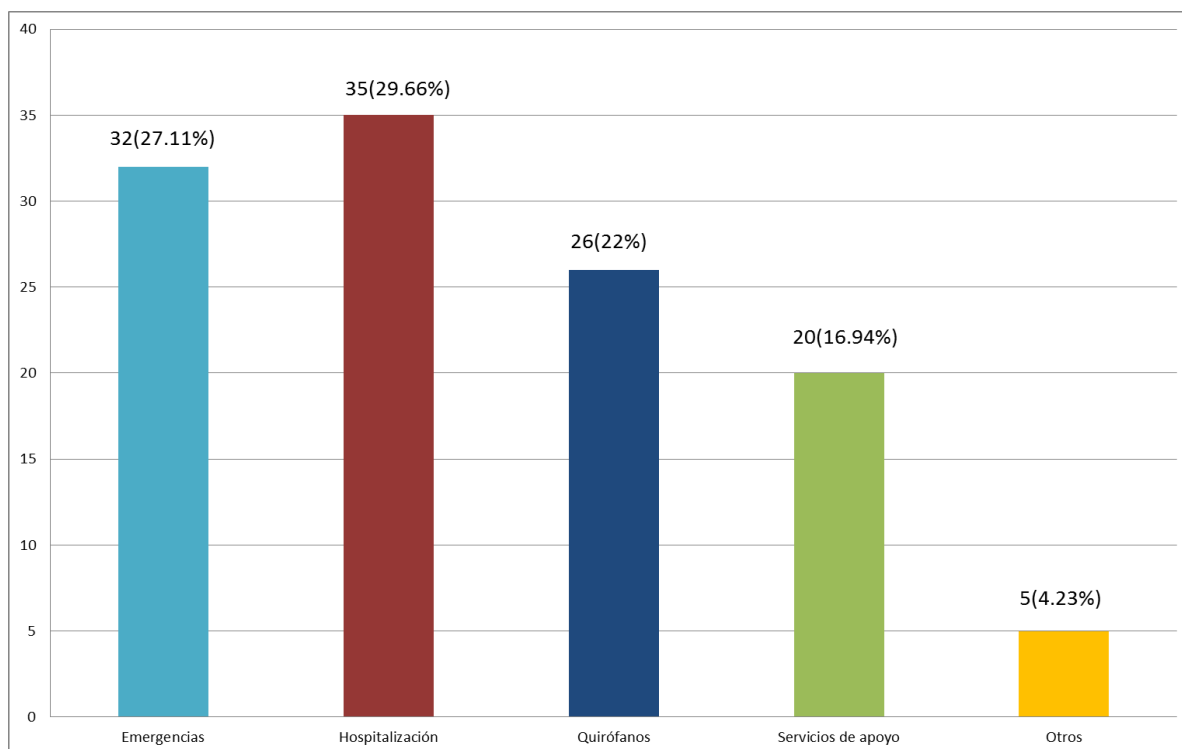
GRÁFICO 4. Satisfacción de usuarios con la atención recibida, sobre la factibilidad de la aplicación de la gestión por procesos en el funcionamiento de los quirófanos centrales del Hospital Nacional “Rosales”, julio a diciembre 2014.



Fuente: Encuesta “Valoración de la factibilidad de la gestión por procesos en quirófanos centrales HNR”.

Según los encuestados, el 46.61 % (55) de usuarios internos respondieron que la satisfacción del usuario oscila entre 50-74 %; seguido del 35.59 % (42) de recursos que responden que la satisfacción es entre 25 y 49 %. Además un 10.16% del personal (12) consideran una puntuación igual o mayor del 75 % y un 7.62 % (9) respondió que es menor del 25%. Estos resultados son productos de la percepción de los empleados y pueden variar según el área de desempeño.

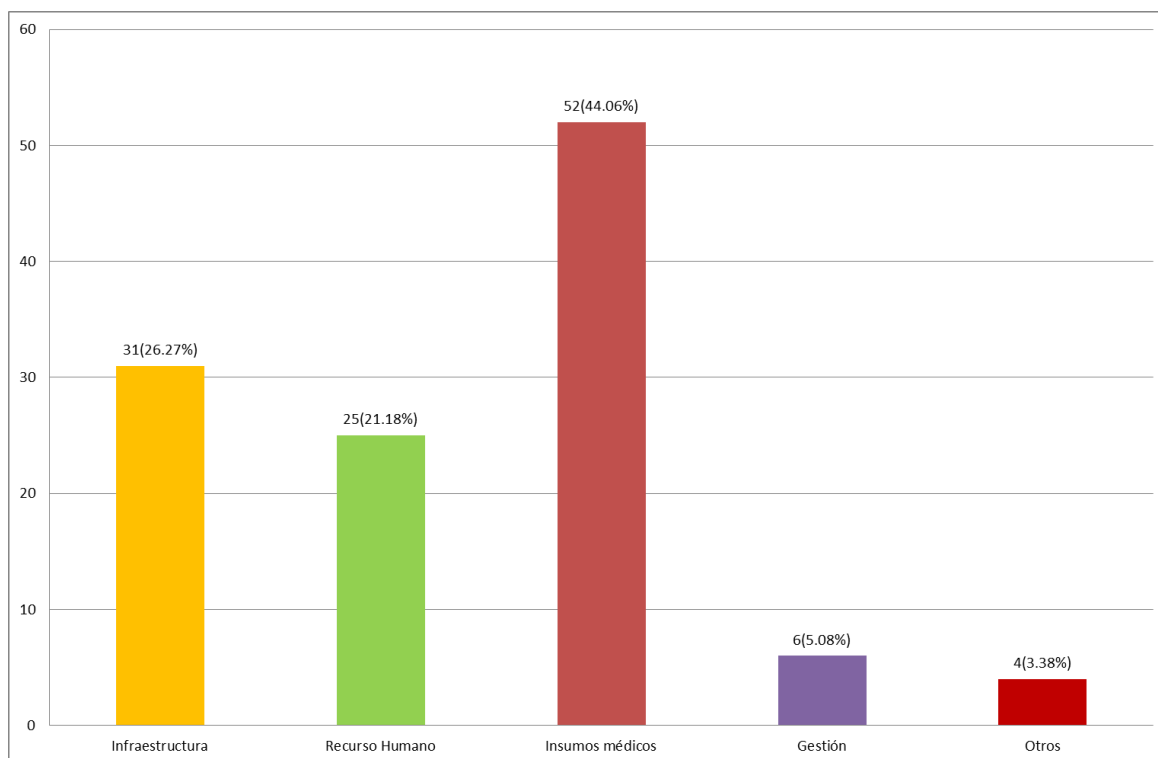
GRÁFICO 5. Áreas hospitalarias con mayores deficiencias de calidad de atención, sobre la factibilidad de la aplicación de la gestión por procesos en el funcionamiento de los quirófanos centrales del Hospital Nacional “Rosales”, julio a diciembre 2014.



Fuente: Encuesta “Valoración de la factibilidad de la gestión por procesos en quirófanos centrales HNR”.

Según los resultados de las encuestas, las áreas con mayores deficiencias de calidad en atención son: Hospitalización 29.66 % (35), unidad de emergencias 27.11 % (32), en tercer lugar la atención en los quirófanos 22 % (26), seguidos por los servicios de apoyo 16.94 % (20) y otras áreas 4.23 % (5). Según la observación realizada en las áreas, las deficiencias tienen relación con las listas de espera y la mayor demanda. Otros factores que la afectan son la saturación del hospital tomando en cuenta su nivel complejidad y accesibilidad a la población, lo que disminuye la disponibilidad de camas en los servicios de hospitalización y aumenta la demanda de atención de la Unidad de Emergencias.

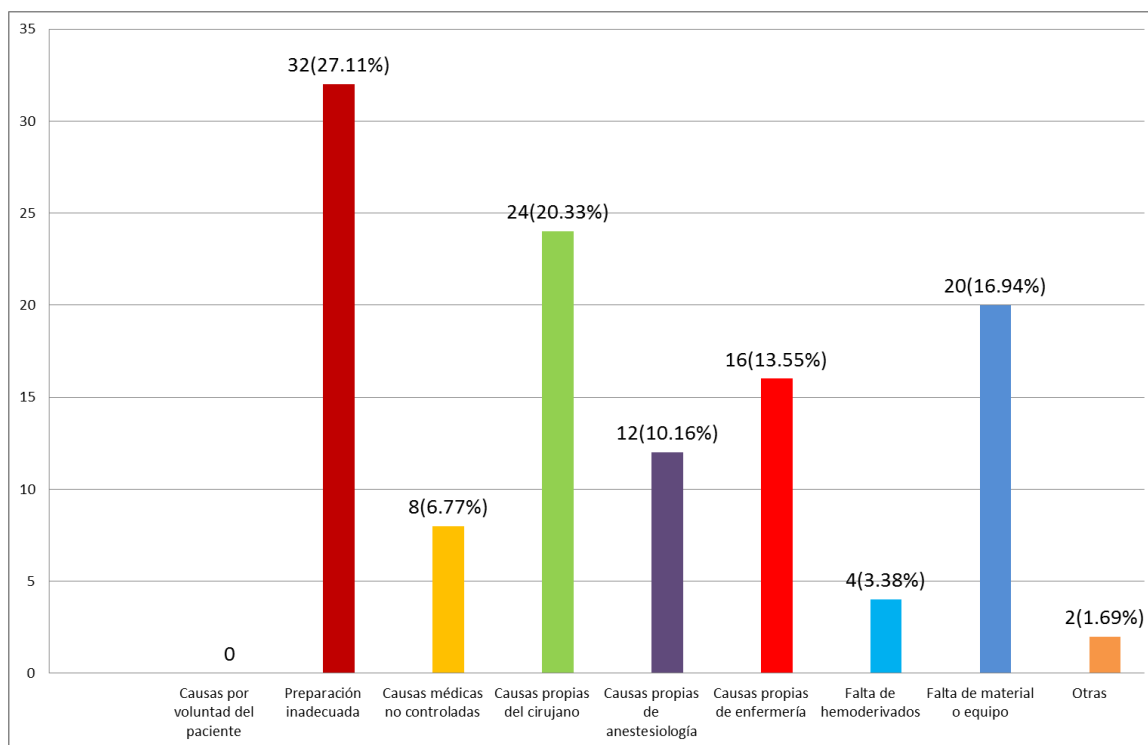
GRÁFICO 6. Rubro que requiere mayor atención en la institución, sobre la factibilidad de la aplicación de la gestión por procesos en el funcionamiento de los quirófanos centrales del Hospital Nacional “Rosales”, julio a diciembre 2014.



Fuente: Encuesta “Valoración de la factibilidad de la gestión por procesos en quirófanos centrales HNR”.

En cuanto al rubro que requiere mayor atención, los encuestados respondieron que los insumos médicos 44.06 % (52) son prioridad, seguido por la infraestructura 26.27 % (31); dejando en tercer plano al recurso humano 21.18% (25) y por último la gestión con un 5.08% (6). Un porcentaje menor de encuestados 3.38 % (4) respondieron que son otras áreas las que requieren mayor atención, entre ellas, organización del trabajo y políticas de salud.

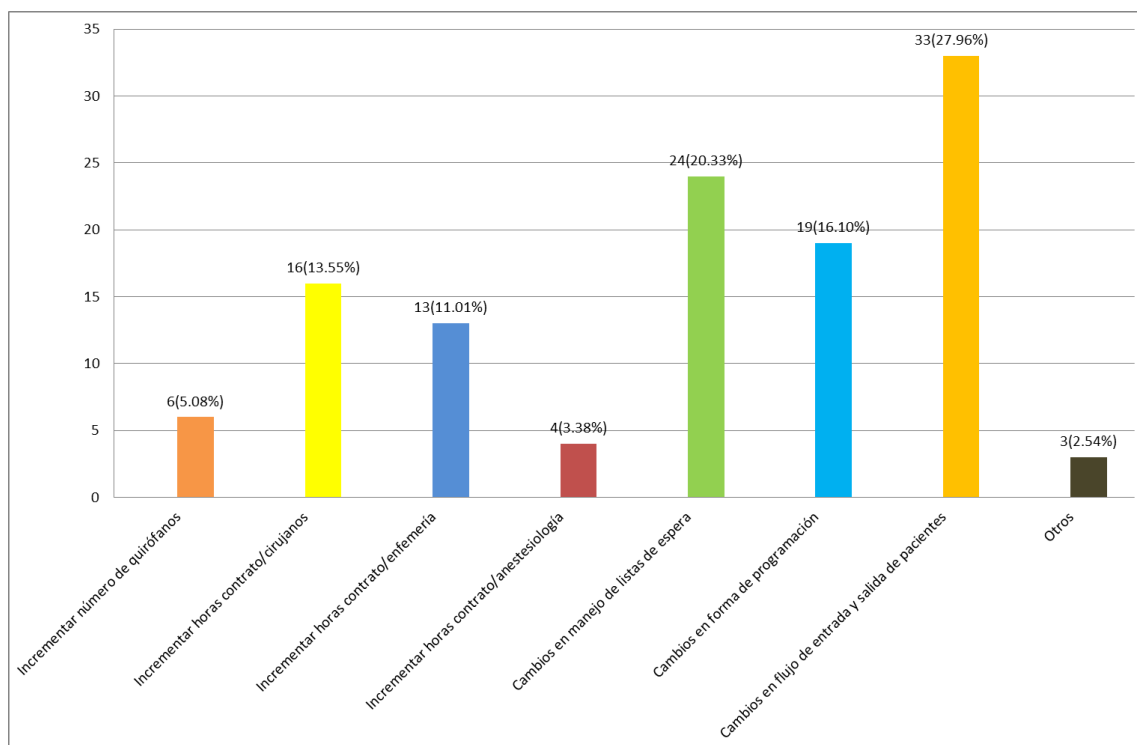
GRÁFICO 7. Principal causa de suspensión de una cirugía, sobre la factibilidad de la aplicación de la gestión por procesos en el funcionamiento de los quirófanos centrales del Hospital Nacional “Rosales”, julio a diciembre 2014.



Fuente: Encuesta “Valoración de la factibilidad de la gestión por procesos en quirófanos centrales HNR”.

En cuanto a causas de suspensión de cirugías los encuestados expresaron que la preparación inadecuada 27.11% (32) es el elemento que más genera demoras en el proceso. Le siguen las causas propias del cirujano 20.33% (24) y la falta de material o equipo con 16.94% (20). Además son significativas, un 13.55% (16) y 10.16% (12) atribuidos a enfermería y personal de anestesia respectivamente. Es importante también que la falta de hemoderivados es de baja causalidad 3.38% (4) según la percepción de los encuestados. En lo que respecta a las causas medicas no controladas 6.77% (8), otras causas 1.69% (2) y las causas por voluntad del paciente 0%; contribuyen a las respuestas en la encuesta.

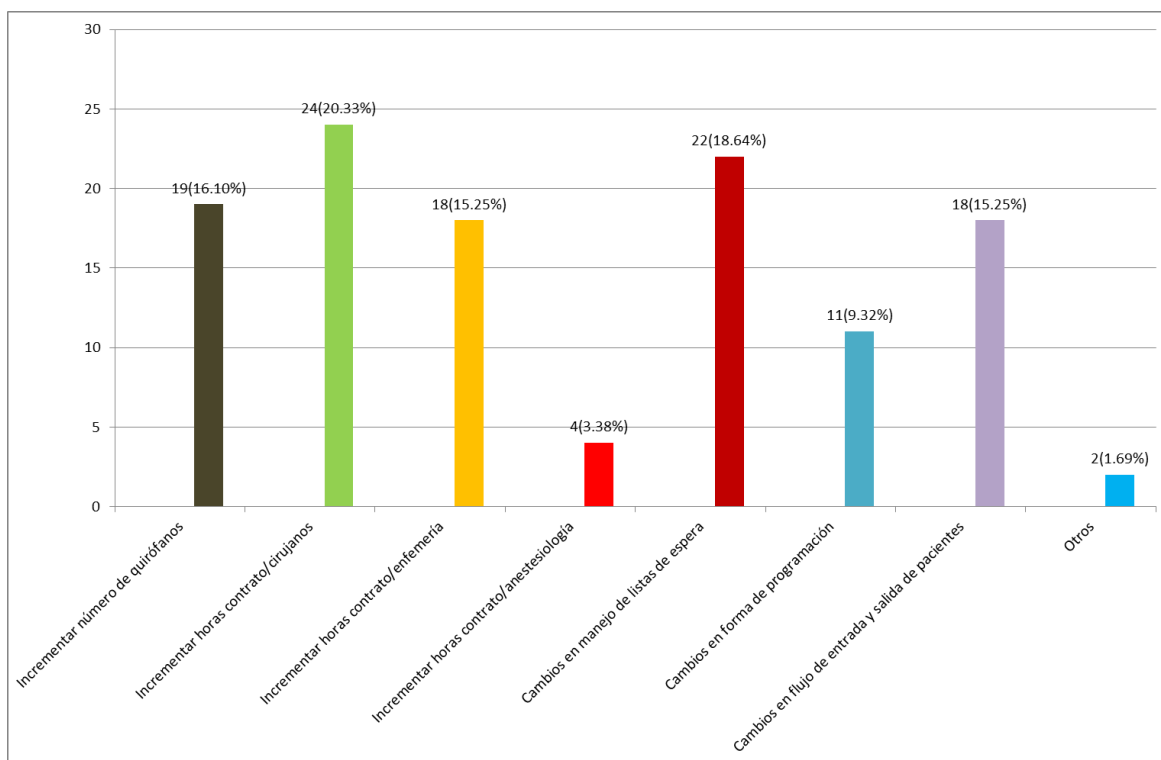
GRÁFICO 8. Medida más viable para incrementar la producción en quirófanos, sobre la factibilidad de la aplicación de la gestión por procesos en el funcionamiento de los quirófanos centrales del Hospital Nacional “Rosales”, julio a diciembre 2014.



Fuente: Encuesta “Valoración de la factibilidad de la gestión por procesos en quirófanos centrales HNR”.

En cuanto a la medida más viable para incrementar la producción de los quirófanos, 27.96 % (33) de los encuestados manifestaron que cambios en el flujo de entrada y salida de pacientes deben ser reestructuradas para promover un mejor desempeño de las diferentes áreas; seguido de cambios en manejos de lista de espera 20.33% (24) y cambios en la forma de programación 16.10% (19); dejando en un punto de menor relevancia acciones relacionadas con el incremento de horas/personal de cirujanos y enfermeras, con 13.55% (16) y 11.01% (13) respectivamente, al igual que el incremento del número de quirófanos con 5.08% (6) y otros aspectos con 2.54% (3) con menor relevancia.

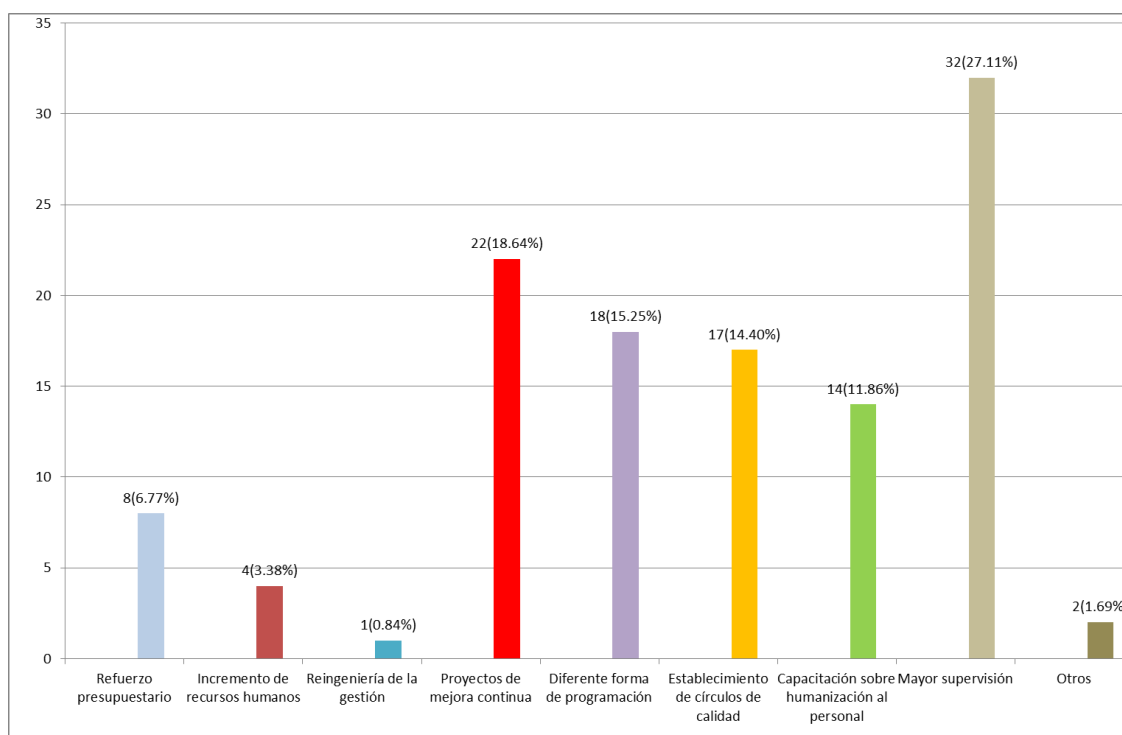
GRÁFICO 9. Medida de mayor impacto para incrementar la producción en quirófano, sobre la factibilidad de la aplicación de la gestión por procesos en el funcionamiento de los quirófanos centrales del Hospital Nacional “Rosales”, julio a diciembre 2014.



Fuente: Encuesta “Valoración de la factibilidad de la gestión por procesos en quirófanos centrales HNR”.

En cuanto a la medida de mayor impacto, el 20.33 % (24) de los encuestados expresaron que es el fortalecimiento dirigida al recurso humano con énfasis al incremento de horas contrato/cirujano, 18.64 % (22) seleccionaron los cambios en la lista de espera y 16.10 % (19) consideran que es el incremento en el número de quirófanos; con menor frecuencia se seleccionaron los cambios en la forma de programación en un 9.32% (11) y el incremento de horas contrato /anestesiología con 3.38% (4).

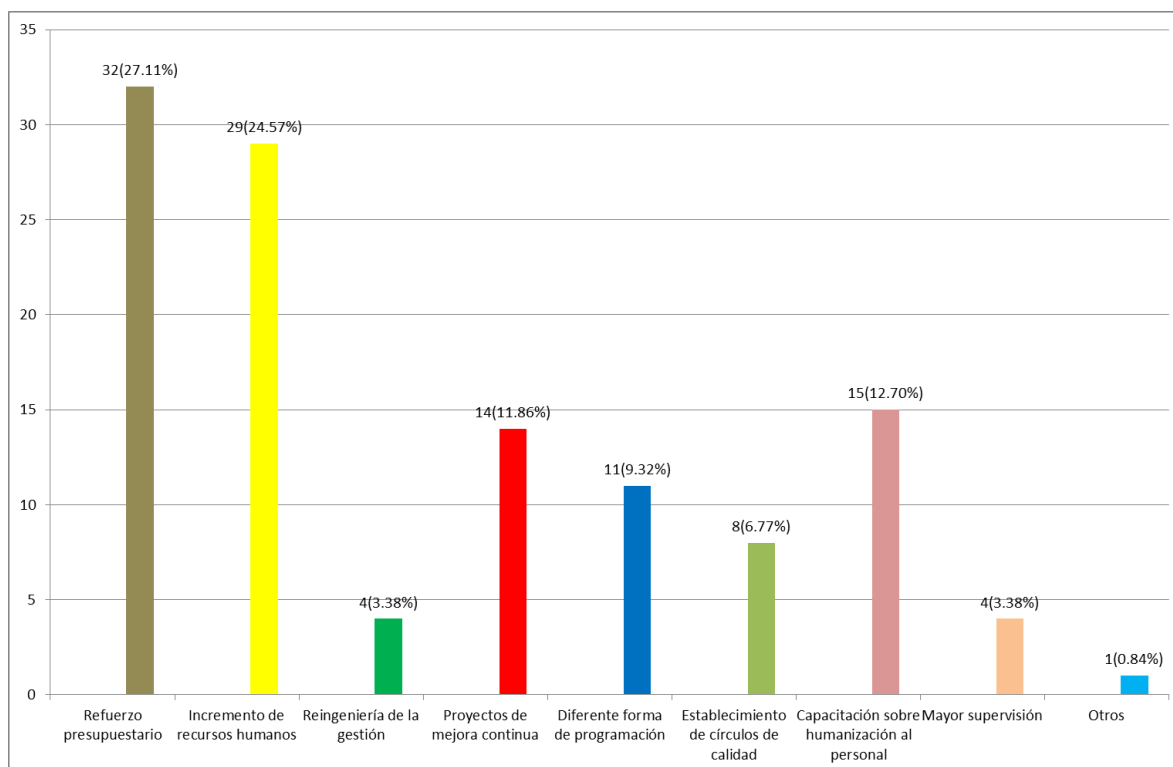
GRÁFICO 10. Medida más viable para mejorar la calidad de atención de los usuarios de quirófanos sobre la factibilidad de la aplicación de la gestión por procesos en el funcionamiento de los quirófanos centrales del Hospital Nacional “Rosales”, julio a diciembre 2014.



Fuente: Encuesta “Valoración de la factibilidad de la gestión por procesos en quirófanos centrales HNR”.

En cuanto a la medida más viable para mejorar la calidad de atención de los usuarios de quirófanos, el 27.1 % (32) de los encuestados manifestaron que son las actividades encaminadas al fortalecimiento de la supervisión, 18.64 % (22) consideran las estrategias de mejora continua y 15.25 % (18) seleccionaron una forma diferente de programación como las medidas más importantes para promover un mejor desempeño de las diferentes áreas; con menor relevancia aparece el incremento de recursos humanos seleccionado por un 3.38% (4) y la reingeniería de la gestión por el 0.84 % (1).

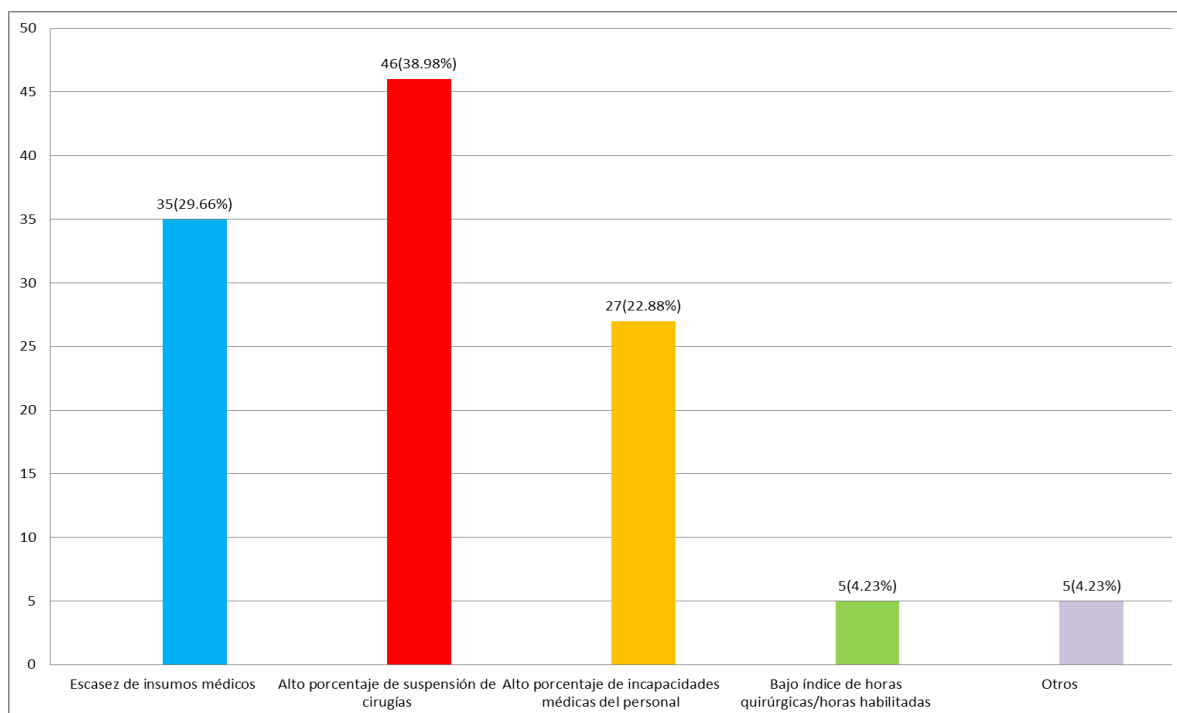
GRÁFICO 11. Medida de mayor impacto para mejorar la calidad de atención de los usuarios de quirófanos sobre la factibilidad de la aplicación de la gestión por procesos en el funcionamiento de los quirófanos centrales del Hospital Nacional “Rosales”, julio a diciembre 2014.



Fuente: Encuesta “Valoración de la factibilidad de la gestión por procesos en quirófanos centrales HNR”.

En cuanto al mejoramiento de la calidad de atención, el 27.11 % (32) de los encuestados respondieron que las medidas de mayor impacto se relacionan con un refuerzo presupuestario; el 24.57 % (29) seleccionaron el incremento de recursos humanos; el 12.7 % (15), el programa de capacitación con temáticas relacionadas con la humanización del personal; el 11.86 % (14), los proyectos de mejora continua; el 9.32 % (11), la forma diferente de programación; el 6.77 % (8), el establecer círculos de calidad; y finalmente, el 3.38 % (4) la mayor supervisión.

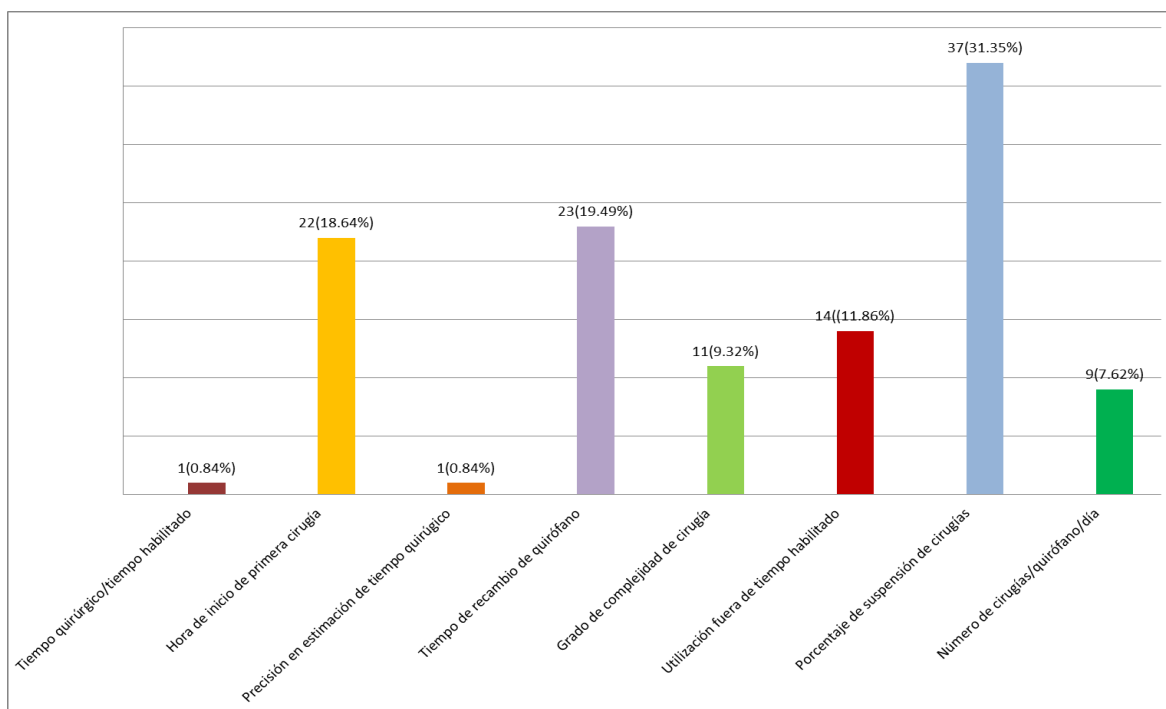
GRÁFICO 12. Problemas prioritarios a abordar sobre la factibilidad de la aplicación de la gestión por procesos en el funcionamiento de los quirófanos centrales del Hospital Nacional “Rosales”, julio a diciembre 2014.



Fuente: Encuesta “Valoración de la factibilidad de la gestión por procesos en quirófanos centrales HNR”.

En relación al funcionamiento de los quirófanos, los el 38.98 % (46) de los encuestados consideran que los problemas prioritarios a abordar son el alto porcentaje de suspensión de cirugías; seguido por el 29.66 % (35) que seleccionaron la escasez de insumos médicos. Es relevante además el hecho que el 22.88 % (27) de los encuestados considera que el recurso humano constituye un elemento generador de demora en el proceso, debido al alto porcentaje de incapacidades del personal.

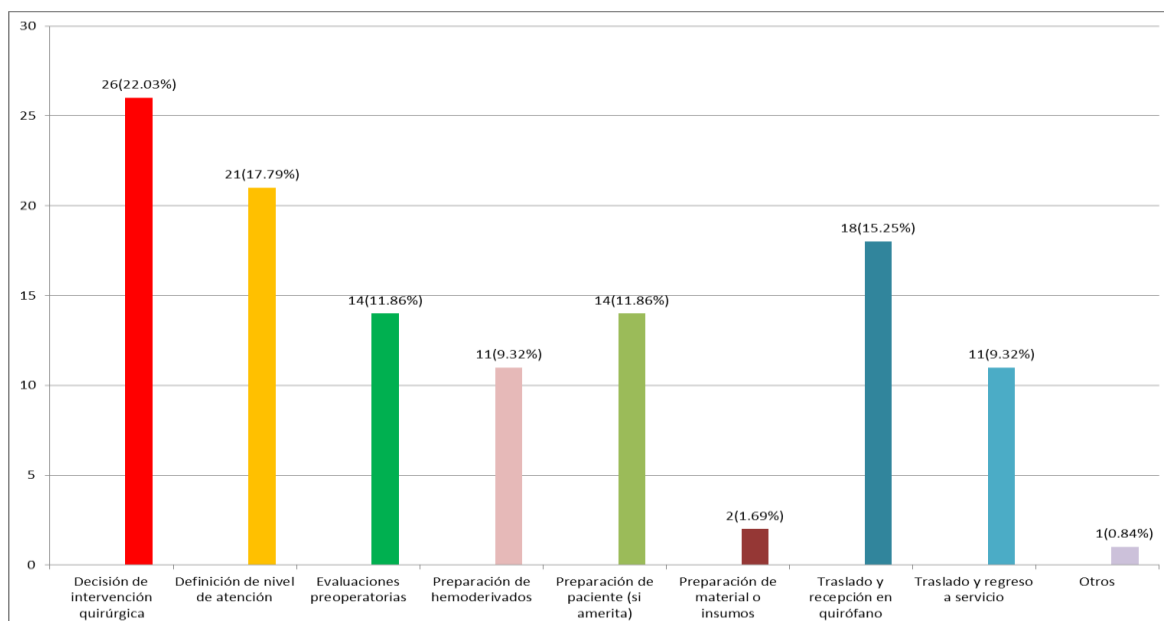
GRÁFICO 13. Indicadores quirúrgicos de mayor importancia sobre la factibilidad de la aplicación de la gestión por procesos en el funcionamiento de los quirófanos centrales del Hospital Nacional “Rosales”, julio a diciembre 2014.



Fuente: Encuesta “Valoración de la factibilidad de la gestión por procesos en quirófanos centrales HNR”.

En cuanto a indicadores quirúrgicos, 31.35 % (37) de los encuestados consideran que la suspensión de cirugías es el más importante, seguido del 19.49 % (23) que seleccionaron el tiempo de recambio de quirófanos y en tercer lugar el 18.64 % (22) que eligieron la hora de inicio de primera cirugía. Lo anterior confirma la importancia de abordar el problema de la suspensión de las cirugías para mejorar el trabajo al interior de las salas de operaciones. Con menor frecuencia de elección se encuentra la precisión en estimación de tiempo quirúrgico con un 0.84% (1).

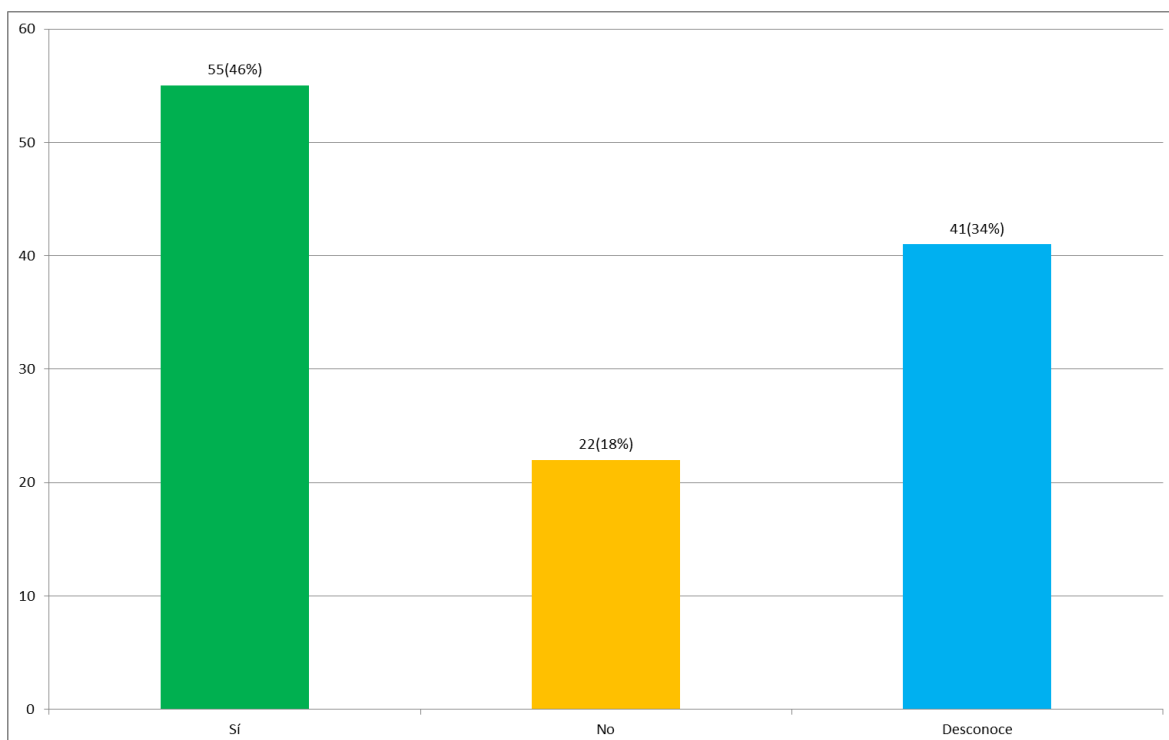
GRÁFICO 14. Nivel que requiere mayor intervención o supervisión administrativa en el proceso de atención del paciente que requiere intervención quirúrgica sobre la factibilidad de la aplicación de la gestión por procesos en el funcionamiento de los quirófanos centrales del Hospital Nacional “Rosales”, julio a diciembre 2014.



Fuente: Encuesta “Valoración de la factibilidad de la gestión por procesos en quirófanos centrales HNR”.

Es importante una mayor intervención o supervisión administrativa en áreas tales como la decisión de intervención quirúrgica que fue seleccionada en un 22.03% (26) y la definición del nivel de atención elegida en un 17.79% (21). En tercer lugar con un 15.25% (18) lo constituye el traslado y recepción en quirófano. También es importante tomar en cuenta otros aspectos como las evaluaciones preoperatorias, la preparación del paciente y el traslado al servicio de origen; que darían respuesta a la mejora en la calidad de atención al paciente.

GRÁFICO 15. Respuestas a la pregunta si la gestión por procesos mejoraría el funcionamiento y la atención de los pacientes que reciben atención en quirófanos sobre la factibilidad de la aplicación de la gestión por procesos en el funcionamiento de los quirófanos centrales del Hospital Nacional “Rosales”, julio a diciembre 2014.



Fuente: Encuesta “Valoración de la factibilidad de la gestión por procesos en quirófanos centrales HNR”.

En la implementación de la gestión por procesos, el 46 % (55) opina que la gestión por procesos mejoraría el funcionamiento y la atención de los pacientes en quirófanos; sin embargo, un 18 % (22) respondieron negativamente y el 34 % (41) desconocen sobre la implementación de los mismos

VI. DISCUSIÓN

En el cuestionamiento sobre la calificación del desempeño actual del Hospital Rosales destaca que para la mayoría de los encuestados el desempeño es “bueno”; sin embargo, nadie lo califica como sobresaliente. Se debe tomar en cuenta que la encuesta se realizó en un periodo crítico de confrontaciones entre autoridades y algunos empleados, en su mayoría médicos.

Al realizar un análisis dicotómico agrupando las opciones disponibles, la mayoría de encuestados consideró aprobado el desempeño general del Hospital Rosales.

Esta apreciación corresponde con el hecho que los resultados estadísticos demuestran que los empleados encuestados consideran que los usuarios en su mayoría obtienen satisfacción en la atención recibida. Debe remarcarse el hecho que la pregunta fue abierta a la satisfacción de la atención recibida en cualquier área del hospital y que provino de la apreciación de los encuestados, no de encuestas de satisfacción. Lo anterior nos provee de un dato importante para conocer la autoevaluación del trabajo realizado por parte de los proveedores; sin embargo, no se puede determinar con exactitud su aproximación a la satisfacción real por parte de los usuarios que demandan los servicios del hospital.

Por esto mismo, y continuando con la percepción y autoevaluación de la institución, es interesante conocer que ante la interrogante de las áreas con mayores deficiencias en la calidad de atención, los encuestados opinan que son las áreas de hospitalización, emergencias y quirófanos las que tienen mayores deficiencias. Son muchos los elementos que se toman en cuenta al evaluar calidad de atención; sin embargo, las largas listas de espera en estas áreas son elementos de peso para que la opinión se incline hacia ellas. En la evaluación de los rubros que requieren mayor atención la categoría de insumos médicos es la que se eligió con amplio margen respecto a las demás; seguidas por infraestructura y recurso humano. Son los insumos médicos los que deberían ser objeto de planes de mejora de cobertura y satisfacción.

Según las respuestas de los encuestados es la preparación inadecuada de los pacientes la principal causa de suspensión de cirugías. Este es un proceso

que requiere la intervención multidisciplinaria principalmente de médicos cirujanos, médicos anestesiólogos, personal de enfermería, entre otros. Por las múltiples disciplinas que tiene el hospital es necesario definir un responsable del proceso general. Es importante observar que la falta de hemoderivados ha sido considerada de baja causalidad como motivo de suspensión. Se suma el hecho que al evaluar la suspensión, se trata de una cirugía ya programada; debido a que en cirugía electiva, según sea el caso, la donación de sangre es un requisito para programación.

La encuesta establece la valoración de la medida para incrementar la producción en quirófano, tomando en cuestionamientos separados la más viable y la de mayor impacto. Las medidas más viables se consideran el cambio en el flujo de entrada y salida de pacientes y cambio en el manejo de las listas de espera; y las medidas de mayor impacto se relacionan con el incremento de horas contrato/cirujano y cambio en el manejo de las listas de espera. Estos resultados están en relación con el hecho que a pesar que los quirófanos están habilitados ocho horas diarias, su mayor producción se registra en las horas de la mañana. Es de suma relevancia observar que en ambos cuestionamientos (viabilidad y mayor impacto) se ha considerado el cambio en el manejo de las listas de espera como prioritaria; el mecanismo actual para su manejo es muy variable y depende de la subespecialidad quirúrgica, la mayoría de las veces sin tener un lineamiento definido.

El flujo de entrada y salida de pacientes es una de las áreas donde la gestión por procesos genera cambios importantes, y los encuestados lo han expresado como punto importante. Es aquí donde se realizan pasos cruciales para la adecuada preparación y manejo, y donde muchas veces se detectan situaciones que pueden solventarse y evitar una suspensión quirúrgica.

La opinión respecto a la medida para mejorar la atención en quirófanos también fue abordada en sus dos modalidades: la más viable y la de mayor impacto. Las más viables se consideraron la mayor supervisión y proyectos de mejora continua; y las consideradas de mayor impacto fueron el refuerzo presupuestario e incremento de recursos humanos. Según respuestas de los sujetos de investigación las medidas más viables no corresponden a las de mayor impacto para mejorar la atención de quirófanos, las cuales requieren inversión

económica importante para ser ejecutadas. Estos son rubros muy importantes a ser tomados para valorar la factibilidad de la gestión por procesos.

El problema prioritario considerado por los encuestados fue el alto porcentaje de suspensión de cirugía, seguido por la escasez de insumos médicos y las incapacidades del personal. Cabe destacar que con mucha menor valoración resultó el índice de horas quirúrgicas/horas habilitadas. Los tres problemas prioritarios requieren intervenciones diversas, entre ellas: supervisión, refuerzo presupuestario y planes de mejora.

Los tres indicadores principales a juicio de los entrevistados son el porcentaje de suspensión de cirugías, tiempo de recambio del quirófano y hora de inicio de la primera cirugía. La suspensión de cirugía ha sido objeto de supervisiones internas y externas en la institución, es por ello que ha tomado relevancia por parte de los empleados. Asimismo, la hora de inicio de la primera cirugía es muy cuestionada en reuniones administrativas obteniendo multicausalidad en los análisis del porqué de su retraso.

Presentó menor frecuencia en elección de respuesta el tiempo quirúrgico/tiempo habilitado, que es un indicador de mucha utilidad para evaluar producción según capacidad instalada; debe tomarse en cuenta que la mayoría de los encuestados son operativos y están menos familiarizados con este indicador.

Haciendo énfasis en la supervisión administrativa, el cuestionamiento sobre el área o proceso que requiere mayor intervención fueron consideradas la “decisión de intervención quirúrgica” y la “definición del nivel de atención” como prioritarias. Es pertinente observar que ambas acciones implican el juicio y decisión por parte del médico cirujano. La mayoría de los encuestados no son cirujanos; sin embargo, es importante analizar esta situación, porque esto implica que la mayoría de encuestados consideran que hay pacientes que deberían ser atendidos en otro nivel de atención o que tienen críticas a la decisión de intervención quirúrgica. Esto último tendría que cuestionarse si es por la necesidad quirúrgica o el momento de la intervención y su preparación por parte del médico.

Una parte importante de los encuestados respondió que la gestión por procesos sería favorable para el funcionamiento de los quirófanos; y aunque

muchos no establecieron la justificación a su respuesta, sí se encuentran observaciones que hacen referencia al involucramiento de las autoridades en conocer las deficiencias que afrontan los quirófanos.

Un porcentaje considerable dice desconocer en qué consiste la gestión por procesos. Esto sería un punto muy importante a considerar si se planifica implementar este tipo de gestión, porque es necesario el conocimiento y convencimiento de todos los involucrados.

Las encuestas de opinión de los empleados dan un diagnóstico general de la situación hospitalaria y específica del área de quirófanos. El empleado no está ajeno a la problemática en el funcionamiento quirúrgico, reflejada sensiblemente en su percepción de la suspensión de cirugías y la limitada disponibilidad de insumos y recurso humano. Para establecer un plan de gestión por procesos deben tomarse estos insumos para su adecuada intervención.

En cada una de las sesiones, y aprovechando la conformación del Comité de Sala de Operaciones, se obtuvieron opiniones diversas de jefaturas involucradas y algunos operativos para conocimiento de los procesos actuales, así como la mejor definición de los mismos y la elaboración de toda su estructura. Se tomaron en cuenta los cuatro ejes de análisis tales como diagnóstico actual de los quirófanos, recursos humanos, infraestructura y presupuesto.

Se pudo constatar la preparación, el conocimiento y el convencimiento que tienen las jefaturas de hacer una reingeniería de los quirófanos, detectando áreas problemáticas prioritarias en el alto índice de suspensión quirúrgica, la organización y disponibilidad de recurso humano (principalmente médicos cirujanos), la preparación inapropiada de los pacientes y las limitantes que se tienen en insumos y equipo biomédico. Se hace ver que el mayor compromiso y conocimiento administrativo de las jefaturas de cada especialidad le darán herramientas para que la gestión local sea efectiva y se transmita a las autoridades las necesidades sensibles para su resolución.

Las mesas de trabajo aportan insumos adicionales valiosos que corresponden a la estructura general del plan de implementación de gestión por procesos. A pesar de las dificultades que se presentaron, principalmente porque durante la ejecución del presente trabajo se presentaron los problemas administrativos por los desacuerdos entre algunas jefaturas hospitalarias y la

Dirección de esta institución. Sin embargo, los insumos recabados son de mucha importancia para el diagnóstico y la elaboración de la propuesta técnica, teniendo que considerar que la misma complejidad hospitalaria hace necesaria el involucramiento multidisciplinario.

La factibilidad costo-efectividad se consideró efectiva, ya que la inversión en quirófanos es una de las más grandes a nivel institucional; actualmente se están realizando esfuerzos internos por definir los costes de los servicios. Sin embargo, al optimizar el funcionamiento de los quirófanos se tendrá un mayor aprovechamiento de la inversión con mejores resultados.

La factibilidad técnica es limitada, aunque se tiene conocimiento por parte de algunas jefaturas, la experiencia en gestión por procesos es escasa. Sin embargo, los resultados resaltan que se debe adquirir la experiencia y obtener la asesoría externa para su implementación. También, la sistematización electrónica del proceso de atención es muy incipiente; existe limitada aplicación del sistema informático inclusive en áreas donde ya existe. La factibilidad económica-financiera, es un factor que limita asegurar el éxito de la gestión por procesos, que requiere inversión en capacitación técnica, asegurar el sistema óptimo para su implementación, establecerse la asesoría y la supervisión externa en la institución que no tiene la experiencia previa. Es importante corregir al corto plazo las debilidades operativas detectadas en los quirófanos centrales, para iniciar el proceso de elaboración e implementación de la gestión por procesos.

Es necesaria lograr la firme convicción de las diferentes jefaturas sobre la importancia de la implementación de la gestión por procesos como un mecanismo que contribuye a incrementar la producción de los quirófanos, conlleve a mejorar la calidad de atención a los usuarios y socialice el proceso con otros actores de la institución para asegurar el nivel de conocimiento y las competencias necesarias para su éxito. El involucramiento al personal operativo en su construcción, con la finalidad de generar un empoderamiento hacia el proceso, participando en su definición, caracterización, identificación de subprocesos, indicadores, metas y mejora continua. Esto requiere la responsabilidad, concientización y entusiasmo de todos los actores involucrados directa e indirectamente en el proceso de atención de los usuarios y comprometidos en lograr la plena satisfacción de sus necesidades y demandas.

VII. CONCLUSIONES

1. La Gestión por Procesos en los quirófanos del Hospital Nacional Rosales es factible en su implementación y enfoque gerencial, cuenta con fundamentos adecuados para el trabajo de la calidad.
2. En la organización actual del trabajo en los quirófanos centrales se encuentra dificultad en la priorización sistemática, baja exactitud en la clasificación de los procesos y un incipiente sistema de costos de los procesos que mida su gestión en términos financieros.
3. El trabajo actual se organiza de la manera tradicional, centrada en un orden jerárquico y con resultados definidos según funciones. No hay un manejo interdisciplinario centrado en el paciente con un enfoque prioritario a su satisfacción.
4. En los procesos estratégicos del funcionamiento de los quirófanos centrales se detectan fallos que permiten la falta de disponibilidad o escasez de insumos médicos, lo cual refleja la limitación presupuestaria y la insuficiente formación y experiencia técnicas en el campo de gestión hospitalaria.
5. Los factores directos implicados con la atención en quirófanos son el recurso humano interno especializado, la infraestructura de las salas de operaciones, el flujo interno establecido para el paciente. Los factores indirectos son las políticas de salud, las líneas estratégicas institucionales, los servicios de apoyo, los insumos y presupuesto necesarios, entre otros.
6. Entre los obstáculos para la atención ágil de los pacientes en los quirófanos centrales es frecuente encontrar fallos en los subprocesos de factores indirectos, tales como: Preparación inadecuada de pacientes, falta de material o equipo, problemas indirectos con el recurso humano (incapacidades médicas).

7. No existe una definición, caracterización, identificación de subprocesos, nombramiento de responsable e indicadores de cada uno de los procesos implicados en la atención de pacientes en los quirófanos centrales. Esto dificulta el libre flujo de entrada y salida de los pacientes, con su consecuente insatisfacción.
8. En el Hospital Rosales se cuenta con un plan estratégico que define entre sus políticas una conducción hospitalaria consensuada y orientada al logro de objetivos y metas dirigidas al paciente. Además, una política de atención al paciente con efectividad y calidad. Esto fundamenta la necesidad de reingeniería organizacional que asegure el cumplimiento de estas políticas.
9. La falta de objetivos comunes entre las directrices de la gestión por procesos y algunas áreas como la Dirección, las Jefaturas y el personal operativo, le quitan importante potencial al desarrollo del flujo informativo. Deben integrarse y a través de esa sinergia, se suplirán las carencias enumeradas.
10. Existen barreras organizacionales internas y falta de concatenación interdisciplinaria. No hay unidad supervisora y asesora que valide los objetivos conseguidos.
11. El paciente que es atendido en los quirófanos centrales del Hospital Nacional Rosales se enfrenta ante la necesidad de recibir servicios o atenciones de diferentes disciplinas que cumplen procesos aislados y que dejan vacíos en los enlaces necesarios para un producto común, se centran en subproductos y no en resultados finales centrados en el paciente.
12. La gestión por procesos en una forma innovadora de reorganización del trabajo, su principal justificación es la factibilidad costo-efectiva que mejoraría e inclusive resolvería algunos problemas actuales que se presentan, tales como: Alto índice de suspensión de cirugías, baja producción de quirófanos, bajo índice de horas quirúrgicas/horas habilitadas.

VIII. RECOMENDACIONES

Según los resultados de la investigación y en congruencia con las conclusiones, se recomienda:

1. **Al Ministerio de Salud y a la Dirección Nacional de Hospitales:**

Apoyar el refuerzo presupuestario, la asesoría y la supervisión externa para la elaboración, implementación y seguimiento de la gestión por procesos en los quirófanos del Hospital Rosales.

2. **A la Dirección Institucional y Mesas de Trabajo: :**

Identificar y asignar responsable sobre proceso global: Uno de los pasos más importantes al interior de las mesas es la identificación y designación de los roles, principalmente el de responsable del proceso.

Reuniones efectivas: La mesa de trabajo debe instalar las prácticas de Gestión de Procesos y lograr estabilizar el proceso e impulsar mejoras, desarrollar un trabajo colaborativo que comprometa a sus integrantes, documenten sus desarrollos, creen nuevas formas de trabajo, encuentren soluciones a las contingencias y den cuenta sobre actividades realizadas.

Evaluar los escenarios: El monitoreo y la supervisión son necesarias en la planificación de capacidades sobre procesos afectados por eventos externos. **Administración en base a procesos:** Es necesario que el Hospital Nacional Rosales, dentro de su administración tenga un enfoque orientado a los procesos, pues es el control del desenvolvimiento de los procesos son los que permiten cumplir con los requerimientos de sus usuarios y ofrecerles cada vez mejores servicios con calidad.

3. **A la División Médica:**

Reforzar conocimientos administrativos en gestión por procesos por parte de las jefaturas involucradas y hacer partícipes a los funcionarios de las áreas operativas.

Capacitar y reforzar los conocimientos administrativos en gestión por procesos de las jefaturas involucradas.

Facilitar toda la información pertinente y generar las condiciones óptimas para la implementación de la gestión por procesos, socializando el proceso a otras jefaturas directamente relacionadas con el paciente quirúrgico. Deben fortalecerse los sistemas electrónicos de información, asegurar su alimentación y conocimiento por todo el personal, principalmente de las jefaturas, para su análisis, discusión y planificación de proyectos de mejora.

4. A las Jefaturas de Quirófanos:

Generar motivación y confianza en el personal de las distintas áreas sobre los beneficios de la implementación de la gestión por procesos, brindarles componentes de gestión para involucrarlos en la nueva organización del trabajo.

Hacer **partícipe a los operativos** y establecer mecanismos para obtener información sobre la **satisfacción de los usuarios**; de ser posible, incorporar periódicamente a representantes de sociedad civil en reuniones de análisis y discusión del funcionamiento de los quirófanos, para fortalecer los proyectos de mejora y obtener una valoración integral de los resultados.

5. A las Jefaturas Médicas, de Enfermería y de Servicios de Apoyo:

Asegurar la supervisión de todas las áreas de trabajo, principalmente lo que respecta a la preparación de pacientes, decisiones quirúrgicas, gestión de recursos e insumos. Establecer los mecanismos de enlace interdisciplinarios para el logro de objetivos comunes centrados en la satisfacción de los usuarios.

6. A todo el Personal Operativo:

Involucrarse en la gestión por procesos, desde su elaboración y todas las fases subsecuentes, generando compromiso, empoderamiento y sentido de responsabilidad. Generar interés y tomar papel activo en la adquisición de conocimientos en gestión por procesos, para su elaboración, aplicación, evaluación y mejora continua.

IX. PROPUESTA TÉCNICA PARA LA ORGANIZACIÓN EFICIENTE DEL TRABAJO EN QUIRÓFANOS DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES AL VALORAR LA FACTIBILIDAD DE LA GESTIÓN POR PROCESOS

I. INTRODUCCIÓN

La Política Nacional de Salud en su estrategia novena referente a la Política Hospitalaria establece que le corresponde al Ministerio de Salud regular e incrementar la eficacia, eficiencia y calidad de los niveles secundario y terciario (hospitales) como componente relevante de la red integrada de servicios del Sistema Nacional de Salud. Hace énfasis en la necesidad de establecer prioridades de recursos humanos, equipamiento y suministros con base en un diagnóstico de la red hospitalaria. El primer eje de la Reforma de Salud referente a las Redes Integrales e Integradas de los Servicios de Salud enuncia el refuerzo de los tres niveles de atención para asegurar la respuesta a la demanda de salud de la población.

Para esos logros también se requiere mejorar la capacidad gerencial de los cuadros directivos de los hospitales como condición para el funcionamiento eficaz y eficiente de los servicios hospitalarios; institucionalizando y generalizando la implantación de un Sistema de Información Gerencial que facilite la toma de decisiones.

II. OBJETIVOS

General: Incrementar la eficiencia de quirófanos a través de la gestión por procesos.

Específicos.

1. Mejorar la respuesta a la demanda de servicios quirúrgicos y consecuentemente la satisfacción de los usuarios.
2. Favorecer un mayor rendimiento económico-financiero de los quirófanos.
3. Incrementar el conocimiento e involucramiento de la gestión por procesos por parte de jefaturas y empleados operativos, incrementar sus competencias y satisfacción laboral secundarias a una mejor definición de procesos y tareas.

III. DIRIGIDO A:

Salas de operaciones del Hospital Nacional Rosales.

IV. EJES DE IMPLEMENTACIÓN

La mejora en la eficiencia de los quirófanos demanda una reingeniería por procesos, lo cual implica el abandono de antiguos procedimientos y la búsqueda de trabajos que agreguen valor al servicio o producto, así como organizar la institución alrededor de los procesos.

Tres niveles estructurales:

- a. **El Personal:** Capacidades y motivaciones. Quienes conducen la reingeniería, es muy importante lograr su concientización y motivación.
- b. **Actividades:** Todas aquellas acciones necesarias para la implementación de los procesos.
- c. **Técnicas y Herramientas:** Tomadas de experiencias en otras instituciones y países, presentando una gama de opciones y resultados.

V. IMPLEMENTACIÓN

Etapas:

- a. **Arranque:** Se procederá a trabajar en la sensibilización del personal de las salas de operaciones del Hospital Nacional Rosales para que se logre la aceptación del nuevo modelo de trabajo y el compromiso adquirido.

Requiere el convencimiento, el conocimiento exhaustivo y la aceptación de las implicaciones que tiene para la organización. Es necesario el compromiso de Dirección y jefaturas, alineados con la Política Ministerial. Es pertinente la coordinación entre la División Médica, Jefe de Departamento de Cirugía, Jefe de Anestesiología, Jefe de Sala de Operaciones, Jefe de Enfermería, División de Diagnóstico y Apoyo, entre otros.

- b. **Factor humano del cambio:** Requiere la preparación del personal para afrontar los cambios de manera optimista. Propulsores de la implantación del proyecto de reingeniería y su metodología. Se debe formalizar un equipo de trabajo, comunicar e involucrar a toda la organización, formar al personal en

las tareas y preparar a los empleados y a la estructura organizativa en los cambios que se van a producir.

- c. **Análisis de los procesos de la organización:** Se describen y desarrollan los planes de actuación en cuanto a los análisis cuantitativos y cualitativos del estado actual según su evaluación y supervisión de los procesos en los diferentes estadios por los que pasa un proceso desde su implantación y cuando es necesario su relevo. La metodología incorpora las técnicas, herramientas y la descripción de las áreas involucradas; así como, los recursos y cómo se realiza la incorporación de éstos en la implantación de un cambio radical. El análisis conlleva cuatro subetapas: Establecer prioridades de los procesos a cambiar, analizar los procesos de la organización, orientar a la organización en la formulación de tareas por procesos y desarrollar una metodología con objeto de implantar los conceptos de reingeniería.
- d. **Implantación del cambio:** Se evalúan los procesos de la organización y se realizan los preparativos necesarios para desarrollar el cambio. La implantación del cambio-innovación. Innovar e indagar como los avances tecnológicos pueden contribuir a la revisión radical, diseñar un plan de implantación e incorporar métodos y herramientas adecuadas para el apoyo de la implantación.
- e. **Supervisión y evaluación de la implantación:** Se estructura en establecer sistemas de evaluación y seguimiento, ser consciente de que el ámbito es dinámico y comentar y transmitir los logros alcanzados y la necesidad de continuar.
- f. **Mejora continua:** Se establece la cultura de análisis y planificación de proyectos de mejora continua del funcionamiento de los quirófanos.

VI. ACTIVIDADES A DESARROLLAR.

- a. **Equipos de trabajo.** El equipo inicial debe ser el Comité de Sala de Operaciones, el cual debe coordinar acciones con Comité de Auditoría Médica, Comité de Expediente Clínico, Comité de Ética de la Práctica Clínica. Además, se deben coordinar acciones conjuntas en las reuniones

administrativas periódicas de cada área involucrada en el funcionamiento de quirófanos.

- b. **Selección de pacientes.** La población a beneficiar son los usuarios de quirófanos del Hospital Rosales, a través de un funcionamiento más eficiente y ágil para su atención.
- c. **Lineamiento para manejo de casos complejos y complicados.** En el establecimiento de las líneas de trabajo debe definirse el plan de manejo y responsabilización de casos complejos o de difícil resolución.
- d. **Monitoreo del cumplimiento y resultados para realizar ajustes.** También deben definirse los indicadores de cumplimiento, los resultados esperados y la planificación de proyectos de mejora.

VII.COMONENTES.

Procesos

Para la identificación inicial de los procesos se correlacionan las necesidades o expectativas con los procesos requeridos para suplirlas.

- a. Necesidades o expectativas
- b. Procesos identificados

IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS:

El Mapa de Procesos (ver anexo 4). El mapa de procesos ofrece una visión general del sistema de gestión; representa los procesos, procedimientos, actividades y tareas que componen el sistema institucional, así como las principales relaciones de coordinación.

CLASIFICACIÓN DE LOS PROCESOS:

Estratégicos, claves y de apoyo (ver anexo 5).

1. **Procesos estratégico o de gestión:** Permiten definir, desarrollar, implantar y desplegar las estrategias y objetivos de la institución; son genéricos, comunes y afectan a la mayor parte de la institución.
2. **Procesos claves:** Añaden valor al usuario o inciden directamente en su satisfacción o insatisfacción. Representan la razón de ser la institución, dirección, departamento o unidad, el objeto principal de actividad;

asimismo, intervienen en la misión de la institución, pero no necesariamente en la visión.

3. **Procesos de apoyo:** Permiten la operación de la institución y, sin embargo, no son considerados claves por la misma. Apoyan a uno o más procesos claves.

PROCESOS ESTRATÉGICOS:

- **Aplicación de Documentos Ministeriales:** Política Nacional de Salud, Reforma de Salud, Reglamento General de Hospitales, Estrategia para la MCC de los Servicios Hospitalarios.
- **Aplicación de Documentos Institucionales:** Normas Técnicas de Control Interno, Plan Estratégico, Plan Operativo Anual Institucional, Plan Operativo Anual de Sala de Operaciones, Manual de Organización y Funciones de la Sala de Operaciones, Manual de Procedimientos de Sala de Operaciones.
- **Gestión de calidad.**
- **Gestión de recursos e insumos médicos.**
- **Atención al usuario.**

PROCESOS CLAVES:

- Entrada a Recepción de Sala de Operaciones: Ingreso y preparación inicial.
- Traslado a Quirófano.
- Inducción Anestésica e intubación orotraqueal (si se requiere).
- Acto Quirúrgico.
- Recuperación Anestésica y extubación orotraqueal (si amerita).
- Traslado a Recuperación.
- Traslado a Servicio de origen.

PROCESOS DE APOYO:

- Equipamiento y preparación de quirófanos.
- Limpieza y desinfección de quirófanos.
- Preparación de equipo e instrumental quirúrgico.
- Preparación de ropa de sala y trajes para personal.
- Preparación de hemoderivados.
- Disponibilidad de medicamentos e insumos médicos.

- Preparación y disponibilidad de gases anestésicos.
- Mantenimiento y reparación de equipo biomédico.
- Manejo apropiado de desechos Bioinfecciosos.

LISTA DE PROCESOS

Proceso N° 1: Documentos Ministeriales: Política Nacional de Salud, Reforma de Salud, Reglamento General de Hospitales, Estrategia para la MCC de los Servicios Hospitalarios.

Proceso N° 2: Documentos institucionales: Normas Técnicas de Control Interno, Plan Estratégico, Plan Operativo Anual Institucional, Plan Operativo Anual de Sala de Operaciones, Manual de Organización y Funciones de la Sala de Operaciones, Manual de Procedimientos de Sala de Operaciones.

Proceso N° 3: Gestión de calidad.

Proceso N° 4: Gestión de recursos e insumos médicos.

Proceso N° 5: Atención al usuario.

Proceso N° 6: Entrada a recepción de sala de operaciones. Ingreso y preparación inicial.

Proceso N° 7: Traslado a quirófano.

Proceso N° 8: Inducción anestésica e intubación oro-traqueal.

Proceso N° 9: Acto quirúrgico.

Proceso N° 10: Recuperación anestésica y extubación oro-traqueal.

Proceso N° 11: Traslado a recuperación.

Proceso N° 12: Traslado a servicio de origen.

.Proceso N° 13: Equipamiento y preparación de quirófanos.

Proceso N° 14: Lavado y desinfección de quirófanos.

Proceso N° 15: Preparación de hemoderivados.

Proceso N° 16: Disponibilidad de medicamentos e insumos médicos.

Proceso N° 17: Preparación y disponibilidad de gases anestésicos.

Proceso N° 18: Mantenimiento y reparación de equipo biomédico.

Proceso N° 19: Manejo apropiado de desechos bioinfecciosos.

SISTEMA DE GESTIÓN DE FLUJO DE TRABAJO

Para ello se requiere la participación de Especialistas Informáticos en procesos de Workflow. Estos proporcionan los servicios requeridos para la automatización de procesos. Estos sistemas se caracterizan por los siguientes componentes funcionales:

- Modelado y representación de los procesos de flujo de trabajo y sus actividades constituyentes.
- Selección de los procesos para su activación, en respuesta a un pedido del usuario o a sucesos claves.
- Programación de las actividades para los agentes y tareas resultantes.
- Monitorización y adaptación de los procesos de ejecución.

Estos sistemas tienen una colección de plantillas que codifican los modelos de procesos para problemas relevantes. Las plantillas son conjuntos de tareas o actividades a ser emprendidas o más abstractamente como colecciones de restricciones sobre actividades permitidas. Las plantillas se seleccionan en función de las tareas actuales y las condiciones del entorno. Pueden personalizarse para un rango de situaciones a través de una apropiada inicialización de variables. Es necesario conocer y definir los diferentes mecanismos para asegurar que la implementación de la gestión por procesos tenga un respaldo documental e informático apropiado.

Herramientas para la gestión del flujo de trabajo:

- Diagrama de relaciones de proceso: Es una herramienta que ayuda a analizar un proceso y sus pasos. Permite alcanzar una visión de conjunto sobre cada uno de las etapas y sus relaciones entre sí. En un proceso, visualiza la interrelación de cada uno de los pasos para el objetivo común.
- Diagrama interdisciplinario de proceso: En el diagrama interdisciplinario o interfuncional se identifican los diferentes subprocesos y las disciplinas que interactúan e interrelacionan para el cumplimiento de los requisitos del cliente y por los cuales es necesario transitar para realizar un producto o servicio. Se hace necesario para coordinar acciones en tiempo y espacio de diferentes disciplinas, principalmente cuando se encuentran obstáculos durante la ejecución que son ajenos a la resolución al área en la que se desempeña el responsable del proceso.
- Flujograma de procesos: Permite la correcta identificación de actividades, facilita su comprensión, permite el acercamiento y coordinación, disminuye la complejidad y favorece la accesibilidad. Define la secuencia lógica de los procesos en la atención, se esquematiza en el diagrama de macroprocesos. Es la herramienta más útil para el análisis de los procesos, planeación y ejecución de planes de mejora.

Estas herramientas son útiles en la definición de los procesos, clasificación y mapeo de los mismos. Al definir y caracterizar cada uno de los procesos se identifican los pasos que dan un valor agregados, y también aquellos que son fútiles y proclives a omitirse o simplificarse. De esta manera se reduce la burocracia, se agilizan los tiempos y se reducen los costos de operación.

VIII. ESTRATEGIAS DE LA PROPUESTA.

1. Humanización: Proyecto de humanización dirigido a todo el personal que labora en la institución.
2. Gestión clínica: Capacitación a las jefaturas y seguimiento por parte de el Consejo de Gestión.
3. Planes de cuidados: Establecer protocolos y guías de manejo específicas, su monitoreo y mejora.

4. Modelo asistencial. Definición del modelo clínico asistencial con énfasis en la medicina preventiva según lineamiento del Ministerio de Salud.
5. Calidad y procesos. Política institucional de calidad asistencial.
6. Investigación y docencia. Programa de educación médica continúa dirigido a todo el personal en los diferentes campos del saber.
7. Imagen institucional. Campaña de mejora de la imagen institucional, inculcar sentido de pertenencia a la institución.
8. Cartera de servicios e integración de centros de gestión. Definición y divulgación de cartera de servicios institucional.
9. Economía y finanzas. Evaluación continua y elaboración de proyectos de mejora. Gestión de financiamiento y refuerzo presupuestario.
10. Servicios generales. Coordinación a través de la Unidad Administrativa.
11. Sistemas de información. Desarrollo del Sistema Único de Información.
12. Energía y medio ambiente. Coordinación a través del Comité de Medio Ambiente.
13. Equipamientos. Gestión para la adquisición y mantenimiento de equipos necesarios.
14. Espacios. Adecuación de infraestructura y espacio físico.
15. Recursos humanos. Gestión de recursos humanos.
16. Modelo de comunicación y participación. Estrategias de publicidad y foros de participación multidisciplinaria.

IX. SEGUIMIENTO.

Es necesario conformar un equipo multidisciplinario, el cual actuará a través de una planificación y un cronograma de actividades.

El equipo multidisciplinario establece herramientas para el seguimiento de la implementación de la gestión por procesos:

1. Análisis de estadísticas e indicadores hospitalarios.
2. Supervisión y monitoreo de estándares de calidad.
3. Establecimiento de ciclos de mejora de la calidad.
4. Evaluación, análisis y proyectos de mejora de procesos de Comité de Sala de Operaciones.
5. Auditoría interna.

La Dirección, con el apoyo del Consejo de Gestión, Comité de Auditoría Médica, Comité de Sala de Operaciones, Unidad de Calidad, establece mesas de trabajo para analizar el impacto a través de los indicadores de gestión y hospitalarios, y generar proyectos y recomendaciones según los resultados. Estos resultados deben compartirse con el Comité Nacional de Calidad para ser discutidos en la Dirección Nacional de Hospitales y valorar su implementación en todos los hospitales de la red nacional.

X. RESULTADOS ESPERADOS.

La implementación de la gestión por procesos supone la coordinación multidisciplinaria que lleve la definición y mejora de cada uno de los pasos que implica la atención del paciente en sala de operaciones.

Al implementar este proyecto se espera:

- Alinear las estrategias institucionales con la Política de Salud.
- Fortalecer las competencias gerenciales de las jefaturas involucradas y coordinar sus acciones para la consecución de objetivos comunes.
- Tener los procesos de atención en quirófanos definidos y caracterizados, lo cual estandariza el trabajo, acorta los tiempos de espera, reduce el número de pasos, agiliza los restantes, maximiza la utilización de recursos, mejora eficacia y eficiencia en la atención.
- Involucrar al personal a todo nivel para el convencimiento, ejecución, desarrollo y evaluación de la reingeniería de los procesos.
- Establecer el mecanismo de evaluación y elaboración continua de proyectos de mejora en salas de operaciones.
- Rendir informe a las autoridades institucionales y ministeriales, compartir la experiencia con otros hospitales de la región.
- Verificar el cumplimiento analizando indicadores quirúrgicos (tiempos de espera, horas quirúrgicas/horas habilitadas); así como listas de espera por especialidad. Al hacer la comparación de los datos antes y después de la implementación de la gestión por procesos se mide el impacto de la medida.
- Las acciones quedan sujetas a supervisión externa por parte del Comité Nacional de Calidad Ministerial.

X. BIBLIOGRAFÍA

1. Beltrán S., Carmona M., Carrasco R. Guía para una gestión basada en procesos. Instituto Andaluz de Tecnología. España. 2002. 9-25 pp.
2. Cardoen, B.; Demeulemeester, E. Operating room planning and scheduling: A literature review. Department of Decisions Sciences and Information Management. Bélgica. 2008. 44 pp.
3. Carro, R. González, D. Administración de la Calidad Total. Universidad Nacional de Mar del Plata. Argentina. 2013. 65 p.
4. Casanovas, A. Resistencia al Cambio y Conductas Obstructivas. Serie de Cuadernos sobre Cumplimiento Legal. KP MG Abogados SL. España. 2013. 30 pp.
5. Cima, R.; Brown, M.; Hebl, J. Use of Lean and Six Sigma Methodology to Improve Operating Room Efficiency in a High-Volume Tertiary-Care Academic Medical Center. Rochester, MN, USA. 2011. 10 pp.
6. Consejería de Salud de Sevilla. Proceso de Soporte Bloque Quirúrgico. España. 2004.
7. Da Silva Reinaldo, Teorías de la administración, Ediciones centrales, Mexico DF. 2003
8. Dirección Regional de Salud de Cusco. Plan de Mejora de Procesos. Perú. 2005. 19 pp.
9. Euskalit. Fundación Vasca para la Excelencia. Calidad Total: Principios y Modelos de Gestión. Certificación ISO. País Vasco. 2011. 18 pp.
10. Fernández, C. Management y sociedad en la obra de Peter Drucker. Universidad Autónoma de Madrid. España. Revista Internacional de Sociología (RIS). VOL. LXVI, Nº 49, Enero-abril, 195-218, 2008 ISSN: 0034-9712. 24 p.
11. Gaitán Cornejo, F. Análisis administrativo de la actividad Quirúrgica electiva dentro de la jornada diaria de los servicios medico Quirúrgicos del Hospital San Juan de Dios. Costa Rica. 2002. 114 pp.
12. Hackman, R. Wageman, R. Total Quality Management: Empirical, conceptual and practical issues. Cornell University. Administrative Science Quarterly, 40 (1995): 309-342. USA. 1995. 34 p.

13. Hans, E.; Nieberg, T. Operating Room Manager Game. *INFORMS Transactions on Education* 8:1 (25-36). Holanda. 2007. 25 pp.
14. Harders, M.; Malangoni, M.; Weight, S. Improving operating room efficiency through process redesign. *Surgery* 2006;140:509-16. USA. 2006.
15. Hernández, A.; Medina, A. Criterios para la elaboración de mapas de procesos. Particularidades para los servicios hospitalarios. Cuba. 2009. 7 pp.
16. Hospital Nacional Rosales. Manual de Organización y Funciones. MINSAL. 2014.
17. Koksalmis, K.O. Hancerliogullari, G. Hancerliogullari. How to Schedule Surgical Operations into Operating Rooms? An Application in Turkey. *Industrial and Systems Engineering Research*. Turquía. 2014. 14 pp.
18. Lennerts, K.; Abel, J. Step-by-step process analysis for hospital facility management. An insight into the OPIK research project. Karlsruhe, Alemania. 2005. 12 pp.
19. Lineamientos técnicos para categorización y prestación de servicios Hospitalarios, MINSAL El Salvador 2012.
20. Martínez, F.; Ospina, H. Procesos, Guía didáctica y módulo. Fundación Universitaria Luis Amigo. Colombia. 2008. 202 pp.
21. Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL). Reglamento General de Hospitales. 2006. Reforma más reciente Decreto Ejecutivo No. 53 de fecha 21 de septiembre de 2009, publicado en el Diario Oficial No. 181, Tomo 384 de fecha 30 de septiembre de 2009.
22. Ministerio de Salud. Revista Salvadoreña de Hospitales (1970-1973). El Salvador. 30 pp
23. On Cubillo, Y. Rendimiento de quirófanos en los hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social. Costa Rica. 2010. 10 pp.
24. Paneque, P. Gestión por procesos en el sistema sanitario público de Andalucía. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. España. 2002. 27 pp.
25. Robins Sthepen y Cultier Mary, Administración, 8va edición. Pearson Educación, México. 2005.

ANEXOS

ANEXO 1. ENCUESTA A USUARIOS INTERNOS

VALORACIÓN DE LA FACTIBILIDAD DE LA GESTIÓN POR PROCESOS EN QUIRÓFANOS CENTRALES -HNR

ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTOS Y EXPERIENCIA SOBRE LA GESTIÓN POR PROCESOS EN LOS QUIRÓFANOS CENTRALES DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES

Objetivo: Determinar el grado de conocimiento y experiencia de la gestión por procesos por parte del personal, que sirvan de insumos para la reingeniería del funcionamiento de los quirófanos centrales.

La aplicación de este instrumento es con fines netamente académicos. FECHA (dd/mm/aa): _____

DATOS GENERALES

- 1 Área de trabajo: Cirujano Enfermería Anestesiología Otros
- 2 Años de laborar en la institución: Menos de 1 1-10 Más de 10

EVALUACIÓN GLOBAL

- 3 ¿En general cómo califica usted el desempeño actual del Hospital Nacional Rosales?
- Malo Regular Bueno Muy bueno Sobresaliente
- 4 ¿Qué porcentaje de usuarios estima usted que están satisfechos con la atención recibida?
- Menor de 25 % 25-49 % 50-74 % Más de 75 %
- 5 ¿Qué áreas hospitalarias considera usted que presentan mayores deficiencias de calidad de atención?
- Emergencias Hospitalización Quirófanos Servicios de apoyo Otros
- 6 ¿En general, cuál considera usted el rubro que actualmente requiere mayor atención en la institución?:
- Infraestructura Recurso humano Insumos médicos Gestión Otros

SITUACIÓN ACTUAL DE QUIRÓFANOS (PRIMERA PARTE)

- 7 ¿Cuál considera que es la principal causa de suspensión de una cirugía?
- Causas por voluntad del paciente Causas propias del cirujano Falta de hemoderivados
- Preparación inadecuada Causas propias de anestesiología Falta de material o equipo
- Causas médicas no controladas Causas propias de enfermería
- Otras : _____
- 8 ¿Cuál sería la medida más viable para incrementar la producción en quirófanos?
- Incrementar número de quirófanos Cambios en manejo de listas de espera
- Incrementar horas contrato/cirujanos Cambios en forma de programación
- Incrementar horas contrato/enfermería Cambios en flujo de entrada y salida de pacientes
- Incrementar horas contrato/anestesiología Otros: _____
- 9 ¿Cuál sería la medida de mayor impacto para incrementar la producción en quirófanos?
- Incrementar número de quirófanos Cambios en manejo de listas de espera
- Incrementar horas contrato/cirujanos Cambios en forma de programación
- Incrementar horas contrato/enfermería Cambios en flujo de entrada y salida de pacientes
- Incrementar horas contrato/anestesiología Otros: _____

SITUACIÓN ACTUAL DE QUIRÓFANOS (SEGUNDA PARTE)

10 ¿Cuál sería la medida más viable para mejorar la calidad de atención de los usuarios de quirófanos?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Refuerzo presupuestario | <input type="checkbox"/> Diferente forma de programación |
| <input type="checkbox"/> Incremento de recursos humanos | <input type="checkbox"/> Establecimiento de círculos de calidad |
| <input type="checkbox"/> Reingeniería de la gestión | <input type="checkbox"/> Capacitación sobre humanización al personal |
| <input type="checkbox"/> Proyectos de mejora continua | <input type="checkbox"/> Mayor supervisión <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

11 ¿Cuál sería la medida de mayor impacto para mejorar la calidad de atención de los usuarios de quirófanos?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Refuerzo presupuestario | <input type="checkbox"/> Diferente forma de programación |
| <input type="checkbox"/> Incremento de recursos humanos | <input type="checkbox"/> Establecimiento de círculos de calidad |
| <input type="checkbox"/> Reingeniería de la gestión | <input type="checkbox"/> Capacitación sobre humanización al personal |
| <input type="checkbox"/> Proyectos de mejora continua | <input type="checkbox"/> Mayor supervisión <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

12 ¿Cuál de los siguientes problemas considera usted que es prioritario abordar para mejorar el funcionamiento de los quirófanos?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Escasez de insumos médicos | <input type="checkbox"/> Bajo índice de horas quirúrgicas/horas habilitadas |
| <input type="checkbox"/> Alto porcentaje de suspensión de cirugías | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Alto porcentaje de incapacidades médicas del personal | |

13 ¿Cuál de los siguientes indicadores quirúrgicos considera usted de mayor importancia?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tiempo quirúrgico/tiempo habilitado | <input type="checkbox"/> Grado de complejidad de cirugía |
| <input type="checkbox"/> Hora de inicio de primera cirugía | <input type="checkbox"/> Utilización fuera de tiempo habilitado |
| <input type="checkbox"/> Precisión en estimación de tiempo quirúrgico | <input type="checkbox"/> Porcentaje de suspensión de cirugías |
| <input type="checkbox"/> Tiempo de recambio de quirófano | <input type="checkbox"/> Número de cirugías/quirófano/día |

14 ¿En el proceso de atención del paciente que requiere intervención quirúrgica, a qué nivel considera usted que se requiere mayor intervención o supervisión administrativa?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Decisión de intervención quirúrgica | <input type="checkbox"/> Preparación de paciente (si amerita) |
| <input type="checkbox"/> Definición de nivel de atención | <input type="checkbox"/> Preparación de material o insumos |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones preoperatorias | <input type="checkbox"/> Traslado y recepción en quirófano |
| <input type="checkbox"/> Preparación de hemoderivados | <input type="checkbox"/> Traslado y regreso a servicio |
| <input type="checkbox"/> Otros. Especifique: _____ | |

15 ¿Considera usted que la gestión por procesos mejoraría el funcionamiento y la atención de los pacientes que reciben atención en quirófanos?

- Sí, ¿Por qué? _____
- No, ¿Por qué? _____
- Desconozco en qué consiste la gestión por procesos.

GRACIAS POR EL TIEMPO INVERTIDO EN LLENAR ESTA ENCUESTA

ANEXO 2
TABLAS DE RESULTADOS

TABLA 1 Distribución según área de trabajo de los usuarios internos de la factibilidad de la aplicación de la gestión por procesos en el funcionamiento de los quirófanos centrales del Hospital Nacional Rosales, Julio a Diciembre 2014.	
Area de trabajo	TOTAL
Cirujano	26
Enfermería	43
Anestesiología	16
Otros	33

Fuente: Encuesta " Valoración de la factibilidad de la gestión por procesos en quirófanos centrales HNR".

Tabla 2 Distribución según años de laborar en la institución de los usuarios internos sobre la factibilidad de la aplicación de la gestión por procesos en el funcionamiento de los quirófanos centrales del Hospital Nacional Rosales, Julio a Diciembre 2014				
Años de laborar en la institución	Médico	Enfermería	Anestesiología	Otros
Menos de 1	0	3	0	1
1-10	3	21	6	6
Más de 10	23	19	10	26
Total	26	43	16	33

Fuente: Encuesta " Valoración de la factibilidad de la gestión por procesos en quirófanos centrales HNR".

Tabla 3 Calificación del área de quirófanos según opinión de usuarios internos del desempeño actual del Hospital Nacional “Rosales” sobre la factibilidad de la aplicación de la gestión por procesos en el funcionamiento de los quirófanos centrales del Hospital Nacional Rosales, Julio a Diciembre 2014.

¿En general cómo califica usted el desempeño actual del Hospital Nacional Rosales?	Médico	Enfermería	Anestesiología	Otros
Malo	1	1	1	0
Regular	8	9	1	3
Bueno	15	31	9	13
Muy bueno	2	2	5	17
Sobresaliente	0	0	0	0
Total	26	43	16	33

Fuente: Encuesta "Valoración de la factibilidad de la gestión por procesos en quirófanos centrales HNR".

Tabla 4. Satisfacción de usuarios con la atención recibida sobre la factibilidad de la aplicación de la gestión por procesos en el funcionamiento de los quirófanos centrales del hospital Nacional Rosales, Julio a Diciembre 2014

¿Qué porcentaje de usuarios estima usted que están satisfechos con la atención recibida?	Médico	Enfermería	Anestesiología	Otros
Menos de 25 %	0	0	5	4
25-49 %	8	12	6	16
50-74 %	16	30	4	5
Igual o mayor de 75 %	2	1	1	8
Total	26	43	16	33

Fuente: Encuesta " Valoración de la factibilidad de la gestión por procesos en quirófanos centrales HNR".

Tabla 5. Áreas hospitalarias que presentan mayores deficiencias de calidad de atención sobre la factibilidad de la aplicación de la gestión por procesos en el funcionamiento de los quirófanos centrales del hospital Nacional Rosales, Julio a Diciembre 2014.

¿Qué áreas hospitalarias considera usted que presentan mayores deficiencias de calidad de atención?	Médico	Enfermería	Anestesiología	Otros
Emergencias	10	12	2	8
Hospitalización	7	10	6	12
Quirófanos	8	10	6	2
Servicios de apoyo	1	6	2	11
Otros	0	5	0	0
Total	26	43	16	33

Fuente: Encuesta "Valoración de la factibilidad de la gestión por procesos en quirófanos centrales HNR".

Tabla 6. Rubro que requiere mayor atención en la institución sobre la factibilidad de la aplicación de la gestión por procesos en el funcionamiento de los quirófanos centrales del Hospital Nacional Rosales, Julio a Diciembre 2014.

¿En general, cuál considera usted el rubro que actualmente requiere mayor atención en la institución?	Médico	Enfermería	Anestesiología	Otros
Infraestructura	8	11	5	7
Recurso Humano	2	9	3	11
Insumos medicos	15	19	6	12
Gestión	0	3	2	1
Otros	1	1	0	2
Total	26	43	16	33

Fuente: Encuesta " Valoración de la factibilidad de la gestión por procesos en quirófanos centrales HNR".

Tabla 7. Principal causa de suspensión de una cirugía sobre la factibilidad de la aplicación de la gestión por procesos en el funcionamiento de los quirófanos centrales del hospital Nacional Rosales, Julio a diciembre 2014.

¿Cuál considera que es la principal causa de suspensión de una cirugía?	Médico	Enfermería	Anestesiología	Otros
Causas por voluntad del paciente	0	0	0	0
Preparación inadecuada	10	12	10	0
Causas médicas no controladas	1	1	6	0
Causas propias del cirujano	4	11	0	9
Causas propias de anestesiología	5	3	0	4
Causas propias de enfermería	0	7	0	9
Falta de hemoderivados	4	0	0	0
Falta de material o equipo	2	8	0	10
Otras	0	1	0	1
Total	26	43	16	33

Fuente: Encuesta " Valoración de la factibilidad de la gestión por procesos en quirófanos centrales HNR".

Tabla 8 Medida más viable para incrementar la producción en quirófanos sobre la factibilidad de la aplicación de la gestión por procesos en el funcionamiento de los quirófanos centrales del Hospital Nacional Rosales, Julio a Diciembre 2014.

¿Cuál sería la medida más viable para incrementar la producción en quirófanos?	Médico	Enfermería	Anestesiología	Otros
Incrementar número de quirófanos	2	2	0	2
Incrementar horas contrato/cirujanos	10	5	1	0
Incrementar horas contrato/enfermería	1	7	2	3
Incrementar horas contrato/anestesiología	0	0	4	0
Cambios en manejo de listas de espera	8	5	7	4
Cambios en forma de programación	5	5	1	8
Cambios en flujo de entrada y salida de pacientes	0	18	1	14
Otros	0	1	0	2
Total	26	43	16	33

Fuente: Encuesta " Valoración de la factibilidad de la gestión por procesos en quirófanos centrales HNR".

Tabla 9 Medida de mayor impacto para incrementar la producción en quirófanos sobre la factibilidad de la aplicación de la gestión por procesos en el funcionamiento de los quirófanos centrales del Hospital Nacional Rosales, Julio a Diciembre 2014.

¿Cuál sería la medida de mayor impacto para incrementar la producción en quirófanos?	Médico	Enfermería	Anestesiología	Otros
Incrementar número de quirófanos	7	7	4	1
Incrementar horas contrato/cirujanos	10	8	4	2
Incrementar horas contrato/enfermería	5	10	3	0
Incrementar horas contrato/anestesiología	0	0	4	0
Cambios en manejo de listas de espera	2	7	1	12
Cambios en forma de programación	1	8	0	2
Cambios en flujo de entrada/salida pacientes	1	3	0	14
Otros	0	0	0	2
Total	26	43	16	33

Fuente: Encuesta "Valoración de la factibilidad de la gestión por procesos en quirófanos centrales HNR".

Tabla 10. Medida más viable para mejorar la calidad de atención de los usuarios de quirófanos sobre la factibilidad de la aplicación de la gestión por procesos en el funcionamiento de los quirófanos centrales del Hospital Nacional "Rosales", Julio a Diciembre 2014.

¿Cuál sería la medida más viable para mejorar la calidad de atención de los usuarios de quirófanos?	Medico	Enfermería	Anestesiología	Otros
Refuerzo presupuestario	3	2	3	0
Incremento de recursos humanos	3	0	1	0
Reingeniería de la gestión	1	0	0	0
Proyectos de mejora continua	8	10	4	0
Diferente forma de programación	7	8	3	0
Establecimiento de círculos de calidad	3	7	2	5
Capacitación sobre humanización al personal	1	11	2	0
Mayor supervisión	0	5	1	26
Otros	0	0	0	2
Total	26	43	16	33

Fuente: Encuesta "Valoración de la factibilidad de la gestión por procesos en quirófanos centrales HNR".

Tabla 11 Medida de mayor impacto para mejorar la calidad de atención de los usuarios de quirófanos sobre la factibilidad de la aplicación de la gestión por procesos en el funcionamiento de los quirófanos centrales del hospital Nacional Rosales, Julio a Diciembre 2014.

¿Cuál sería la medida de mayor impacto para mejorar la calidad de atención de los usuarios de quirófanos?	Medico	Enfermería	Anestesiología	Otros
Refuerzo presupuestario	5	13	5	9
Incremento de recursos humanos	6	11	9	3
Reingeniería de la gestión	1	3	0	0
Proyectos de mejora continua	3	7	2	2
Diferente forma de programación	7	4	0	0
Establecimiento de círculos de calidad	3	2	0	3
Capacitación sobre humanización al personal	1	3	0	11
Mayor supervisión	0	0	0	4
Otros	0	0	0	1
Total	26	43	16	33

Fuente: Encuesta "Valoración de la factibilidad de la gestión por procesos en quirófanos centrales HNR".

Tabla 12. Problemas prioritarios a abordar para mejorar el funcionamiento de los quirófanos sobre la factibilidad de la aplicación de la gestión por procesos en el funcionamiento de los quirófanos centrales del hospital Nacional Rosales, Julio a Diciembre 2014.

¿Cuál de los siguientes problemas considera usted que es prioritario abordar para mejorar el funcionamiento de los quirófanos?	Medico	Enfermería	Anestesiología	Otros
Escasez de insumos médicos	7	13	4	11
Alto porcentaje de suspensión de cirugías	14	19	5	8
Alto porcentaje de incapacidades médicas del personal	4	11	5	7
Bajo índice de horas quirúrgicas/horas habilitadas	1	0	2	2
Otros	0	0	0	5
Total	26	43	16	33

Fuente: Encuesta "Valoración de la factibilidad de la gestión por procesos en quirófanos centrales HNR".

Tabla 13. Indicadores quirúrgicos de mayor importancia sobre la factibilidad de la aplicación de la gestión por procesos en el funcionamiento de los quirófanos centrales del Hospital Nacional "Rosales", julio a diciembre 2014.

¿Cuál de los siguientes indicadores quirúrgicos considera usted de mayor importancia?	Medico	Enfermería	Anestesiología	Otros
Tiempo quirúrgico/tiempo habilitado	1	0	0	0
Hora de inicio de primera cirugía	7	7	2	6
Precisión en estimación de tiempo quirúrgico	0	1	0	0
Tiempo de recambio de quirófano	7	7	5	4
Grado de complejidad de cirugía	5	6	0	0
Utilización fuera de tiempo habilitado	0	7	4	3
Porcentaje de suspensión de cirugías	6	15	5	11
Número de cirugías/quirófano/día	0	0	0	9
Total	26	43	16	33

Fuente: Encuesta "Valoración de la factibilidad de la gestión por procesos en quirófanos centrales HNR".

Tabla 14. Nivel que requiere mayor intervención o supervisión administrativa en el proceso de atención del paciente que requiere intervención quirúrgica sobre la factibilidad de la aplicación de la gestión por procesos en el funcionamiento de los quirófanos centrales del Hospital Nacional Rosales, Julio a Diciembre 2014.













¿En el proceso de atención del paciente que requiere intervención quirúrgica, a qué nivel considera usted que se requiere mayor intervención o supervisión administrativa?	Medico	Enfermería	Anestesiología	Otros
Decisión de intervención quirúrgica	5	11	5	5
Definición de nivel de atención	7	8	4	2
Evaluaciones preoperatorias	4	4	5	1
Preparación de hemoderivados	7	4	0	0
Preparación de paciente (si amerita)	1	5	1	7
Preparación de material o insumos	1	1	0	0
Traslado y recepción en quirófano	1	6	1	10
Traslado y regreso a servicio	0	4	0	7
Otros	0	0	0	1
Total	26	43	16	33

Fuente: Encuesta "Valoración de la factibilidad de la gestión por procesos en quirófanos centrales HNR".

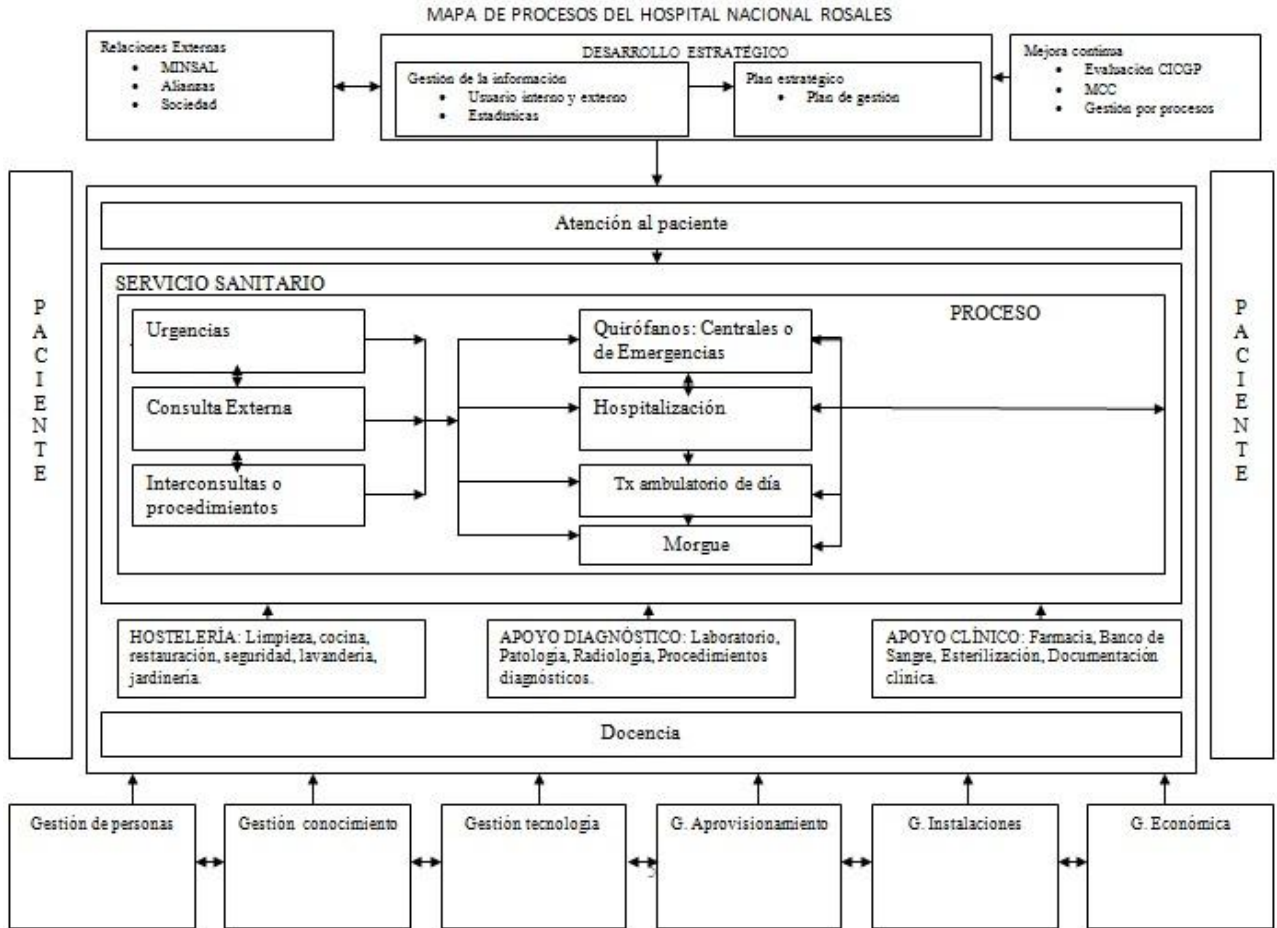
Tabla 15. Gestión por procesos que mejoraría el funcionamiento y la atención de los pacientes que reciben atención en quirófanos sobre la factibilidad de la gestión por procesos en el funcionamiento de los quirófanos centrales del Hospital Nacional Rosales, Julio a Diciembre 2014.				
¿Considera usted que la gestión por procesos mejoraría el funcionamiento y la atención de los pacientes que reciben atención en quirófanos?	Médico	Enfermería	Anestesiología	Otros
Sí, ¿Por qué?	15	26	7	7
No, ¿Por qué?	7	8	5	2
Desconoce	4	9	4	24
Total	26	43	16	33

Fuente: Encuesta "Valoración de la factibilidad de la gestión por procesos en quirófanos centrales HNR".

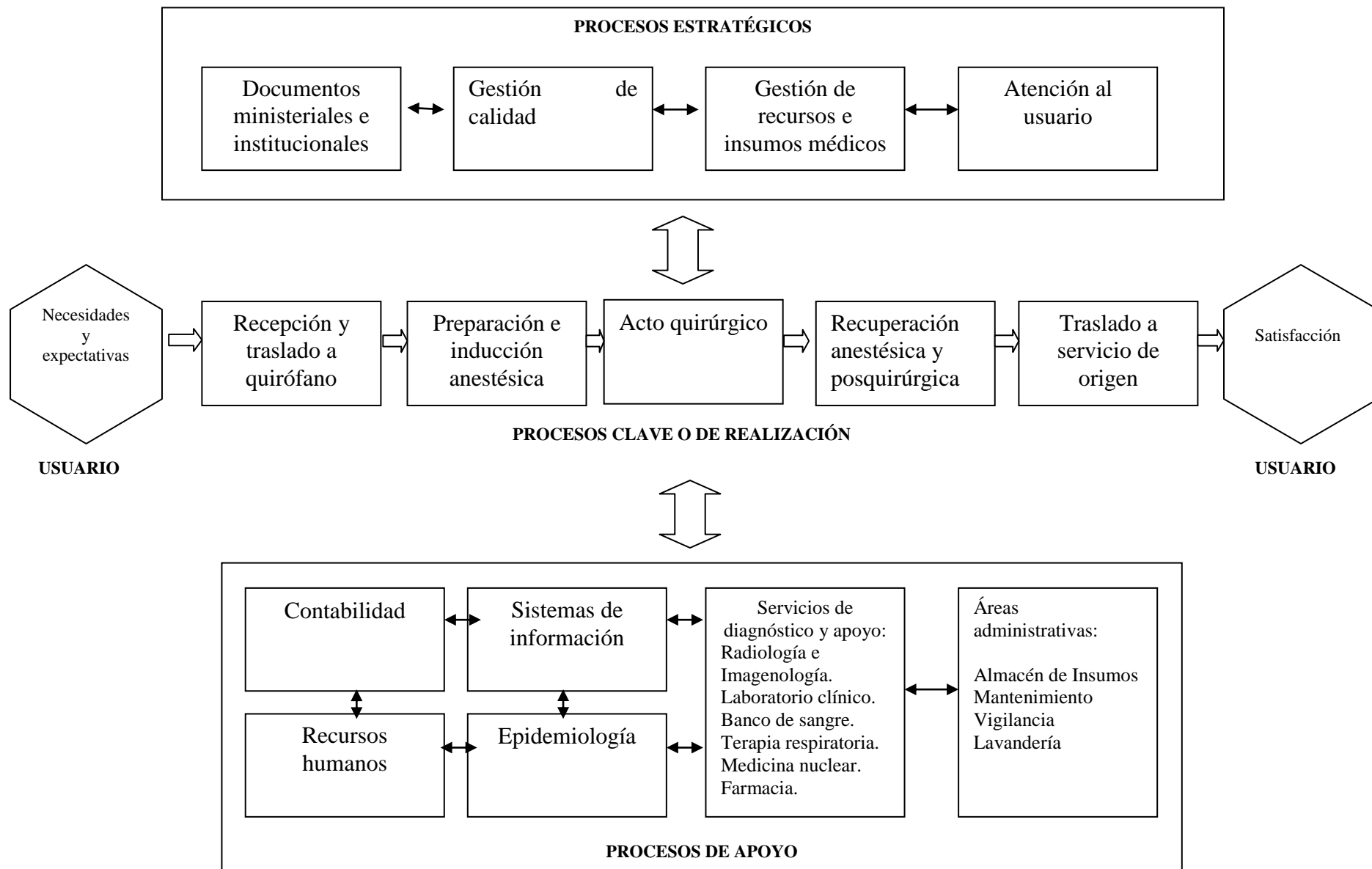
ANEXO 3: SIMBOLOGÍA EN LOS DIAGRAMAS DE FLUJO

SIMBOLOGÍA EN LOS DIAGRAMAS DE FLUJO			
	INICIO O FINAL DEL DIAGRAMA		REVISIÓN
	DESARROLLO DE UNA ACTIVIDAD		CONEXIÓN O RELACIÓN ENTRE PASOS DEL DIAGRAMA
	DESARROLLO DE UNA ACTIVIDAD SUBCONTRATADA		DOCUMENTACIÓN
	ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y TOMA DE DECISIÓN		BASES DE DATOS
	ACTIVIDAD DE CONTROL		DIRECCIÓN DE FLUJO DEL PROCESO
	PROCEDIMIENTO DOCUMENTADO		LÍMITE GEOGRÁFICO

ANEXO 4: MAPA DE PROCESOS DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES



ANEXO 5: CLASIFICACIÓN DE PROCESOS EN QUIRÓFANOS CENTRALES DE HOSPITAL ROSALES



ANEXO 6: GESTION POR PROCESOS

PROCESO N° 1: Documentos Ministeriales: Política Nacional de Salud, Reforma de Salud, Reglamento General de Hospitales, Estrategia para la MCC de los Servicios Hospitalarios.

A. DEFINICIÓN Y PEPSU:

DEFINICIÓN: Es el marco regulatorio que dicta las grandes líneas de funcionamiento, en la que catalogo el tipo de atención a brindar de acuerdo a la complejidad del nosocomio y tomando de base la capacidad instalada en recurso humanos, infraestructura e insumos médicos.	
MISIÓN DEL PROCESO: Que el paciente posquirúrgico reciba una atención de acuerdo a la normativa vigente y minimize errores humanos por variabilidad en la atención al usuario.	
PROVEEDORES:	Personal MINSAL que labora en los hospitales de la Red pública nacional
ENTRADAS:	Usuario externo que demanda una intervención quirúrgica, que proviene de la red pública de hospitales o del primer nivel de atención.
PROCESOS (subprocesos, procedimientos, actividades):	Usuario externo que demanda una intervención quirúrgica, que de acuerdo a su patología; proviene de la consulta externa, servicios de hospitalización o cirugía ambulatoria; a quien se le programara un evento quirúrgico aplicando la normativa vigente.
SALIDAS:	Usuario externo intervenido de acuerdo a normativa oficial y en base a la capacidad resolutive del centro
USUARIOS:	Paciente posquirúrgico quien fue referido por hospital de Segundo Nivel o del primer nivel de atención

RESPONSABLE DEL PROCESO:

Personal de que labora en los quirófanos centrales

B. CARACTERÍSTICAS DE USUARIOS, OPERACIONES Y NECESIDADES:

CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS:	Pacientes usuarios MINSAL o ISSS referidos de hospitales del segundo nivel de o de UCSF. Usuarios del sistema público de salud. Variabilidad en condición socioeconómica, educativa y cultural. Generalmente un nivel socioeconómico bajo con nivel educativo bajo o intermedio.
OPERACIONES (tiempo de ciclo, frecuencia, recurrencia, estacionalidad, picos, etc.)	Se realiza traslado de todos los pacientes usuarios, que pueden provenir del área de emergencia, hospitalización o consulta externa.
NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS	Necesidad de satisfacción de su demanda de servicios quirúrgicos. Usuarios esperan asistencia de calidad, oportuna, eficiente y eficaz.

G. DEFINICIÓN DE INDICADORES

INDICADORES	UNIDAD DE MEDIDA	META	PERIODICIDAD DE EVALUACIÓN	RESPONSABLE
SATISFACCIÓN DE USUARIOS	% DE SATISFACCIÓN (cualitativa)	Satisfacción mayor de 90 %	SEMESTRAL	Jefatura de áreas involucradas en la atención del paciente quirúrgico
Porcentaje de cumplimiento y aplicabilidad de la normativa oficial	Evaluación cuantitativa (sistema de puntaje)	Superior al 80%	Bimensual	Jefatura de áreas involucradas en la atención del paciente quirúrgico
Porcentaje de atenciones quirúrgicas no acordes al nivel de complejidad del centro hospitalario	Evaluación cuantitativa (sistema de puntaje)	Superior al 80%	Bimensual	Jefatura de áreas involucradas en la atención del paciente quirúrgico
Numero de monitoreos por parte del área de calidad para verificación de cumplimiento de norma	Evaluación cuantitativa (sistema de puntaje)	Superior al 80%	bimensual	Jefatura de áreas involucradas en la atención del paciente quirúrgico

PROCESO N° 2: Documentos institucionales: Normas Técnicas de Control Interno, Plan Estratégico, Plan Operativo Anual Institucional, Plan Operativo Anual de Sala de Operaciones, Manual de Organización y Funciones de la Sala de Operaciones, Manual de Procedimientos de Sala de Operaciones.

H. DEFINICIÓN Y PEPSU:

Es la programación local, en la que se plasma metas de tipo cuantitativa, las cuales se realizaran de acuerdo a la población programática; tomando de base la capacidad instalada en recurso humanos, infraestructura e insumos médicos.	
MISIÓN DEL PROCESO: Que el paciente posquirúrgico reciba una atención de acuerdo a la normativa vigente y minimice errores humanos por variabilidad en la atención al usuario y de acuerdo a la capacidad resolutive de la institución.	
PROVEEDORES:	Personal que labora en los quirófanos centrales del Hospital Nacional Rosales
ENTRADAS:	Usuario externo que demanda una intervención quirúrgica, que proviene de las áreas de hospitalización, emergencia y consulta externa.
PROCESOS (subprocesos, procedimientos, actividades):	Usuario externo que fue intervenido quirúrgicamente de acuerdo a una calendarización previa y que de acuerdo a su patología proviene de la consulta externa, servicios de hospitalización o cirugía ambulatoria; lo anterior aplicando la normativa vigente institucional.
SALIDAS:	Usuario externo intervenido de acuerdo a normativa oficial y en base a la capacidad resolutive del centro
USUARIOS:	Paciente posquirúrgico quien fue trasladado de las áreas de hospitalización, emergencia y consulta externa.

RESPONSABLE DEL PROCESO:

Personal de que labora en los quirófanos centrales

I. CARACTERÍSTICAS DE USUARIOS, OPERACIONES Y NECESIDADES:

CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS:	Pacientes usuarios MINSAL o ISSS referidos de hospitales del segundo nivel de o de UCSF. Usuarios del sistema público de salud. Variabilidad en condición socioeconómica, educativa y cultural. Generalmente un nivel socioeconómico bajo con nivel educativo bajo o intermedio.
OPERACIONES (tiempo de ciclo, frecuencia, recurrencia, estacionalidad, picos, etc.)	Se realiza traslado de todos los pacientes usuarios, que pueden provenir del área de emergencia, hospitalización o consulta externa.
NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS	Necesidad de satisfacción de su demanda de servicios quirúrgicos. Usuarios esperan asistencia de calidad, oportuna, eficiente y eficaz.

C.DEFINICIÓN DE INDICADORES

INDICADORES	UNIDAD DE MEDIDA	META	PERIODICIDAD DE EVALUACIÓN	RESPONSABLE
SATISFACCIÓN DE USUARIOS	% DE SATISFACCIÓN (cualitativa)	Satisfacción mayor de 90 %	SEMESTRAL	Jefatura de áreas involucradas en la atención del paciente quirúrgico
Porcentaje de cumplimiento de calendario de reuniones administrativas para dar a conocer metas realizadas	Evaluación cuantitativa (sistema de puntaje)	Superior al 80%	mensual	Jefatura de áreas involucradas en la atención del paciente quirúrgico
Porcentaje de atenciones quirúrgicas no realizadas, las cuales están programadas con anterioridad y fueron incumplidas.	Evaluación cuantitativa (sistema de puntaje)	Superior al 20%	mensual	Jefatura de áreas involucradas en la atención del paciente quirúrgico
Numero de reuniones de seguimiento para el cumplimiento del plan de mejora definido.	Evaluación cuantitativa (sistema de puntaje)	Superior al 80%	semana	Jefatura de áreas involucradas en la atención del paciente quirúrgico

PROCESO N° 3: Gestión de calidad.

a) DEFINICIÓN Y PEPSU:

Fomentar la articulación más óptima, efectiva y eficiente de los diferentes actores involucrados en los procesos quirúrgicos realizados en los quirófanos centrales	
MISIÓN DEL PROCESO: Construir una estructura organizativa óptima, efectiva y eficiente, que sea responsable de velar por la interrelación de actores involucrados en un proceso quirúrgico a realizarse en los quirófanos centrales	
PROVEEDORES:	Jefaturas de áreas involucradas en la atención directa a los pacientes en los quirófanos centrales del Hospital Nacional Rosales.
ENTRADAS:	Usuario externo que demanda una intervención quirúrgica, que proviene de las áreas de hospitalización, emergencia y consulta externa.
PROCESOS (subprocesos, procedimientos, actividades):	Usuario externo a ser intervenido quirúrgicamente de acuerdo a una calendarización previa y que de acuerdo a su patología proviene de la consulta externa, servicios de hospitalización o cirugía ambulatoria; lo anterior aplicando la normativa vigente institucional.
SALIDAS:	Usuario externo intervenido de acuerdo a normativa oficial y con una gestión entre los diferentes de actores de calidad y con calidez.
USUARIOS:	Paciente posquirúrgico atendido con calidad y calidez; quien se traslada a las áreas de hospitalización, emergencia y consulta externa.

RESPONSABLE DEL PROCESO:

Jefaturas de áreas involucradas en la atención en quirófanos centrales
--

b) CARACTERÍSTICAS DE USUARIOS, OPERACIONES Y NECESIDADES:

CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS:	Pacientes usuarios MINSAL o ISSS Usuarios del sistema público de salud. Variabilidad en condición socioeconómica, educativa y cultural. Generalmente un nivel socioeconómico bajo con nivel educativo bajo o intermedio.
OPERACIONES (tiempo de ciclo, frecuencia, recurrencia, estacionalidad, picos, etc.)	Se realiza traslado de todos los pacientes usuarios, que pueden provenir del área de emergencia, hospitalización o consulta externa.
NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS	Necesidad de satisfacción de su demanda de servicios quirúrgicos. Usuarios esperan asistencia de calidad, oportuna, eficiente y eficaz.

c) DEFINICIÓN DE INDICADORES

INDICADORES	UNIDAD DE MEDIDA	META	PERIODICIDAD DE EVALUACIÓN	RESPONSABLE
SATISFACCIÓN DE USUARIOS	% DE SATISFACCIÓN (cualitativa)	Satisfacción mayor de 90 %	SEMESTRAL	Jefatura de áreas involucradas en la atención del paciente quirúrgico
Porcentaje de cumplimiento de la programación de intervenciones quirúrgicas.	Sistema de puntaje y actas de reuniones	Superior al 80%	mensual	Jefatura de áreas involucradas en la atención del paciente quirúrgico
Porcentaje de atenciones quirúrgicas no realizadas, por problemas de logística en los actores involucrados en la intervención.	Sistema de puntaje y actas de reuniones	Superior al 20%	mensual	Jefatura de áreas involucradas en la atención del paciente quirúrgico
Numero de reuniones para socialización del cumplimiento del calendario quirúrgico con énfasis en la detección de los problemas.	Evaluación cuantitativa (sistema de puntaje) y actas de reuniones	Superior al 80%	semana	Jefatura de áreas involucradas en la atención del paciente quirúrgico

PROCESO N° 4: Gestión de recursos e insumos médicos.

a) DEFINICIÓN Y PEPSU:

Fomentar la articulación más óptima, efectiva y eficiente de los recursos humanos e insumos médicos disponibles para la realización de procesos quirúrgicos en los quirófanos centrales.	
MISIÓN DEL PROCESO: Construir una estructura organizativa óptima, efectiva y eficiente, que garantice el mayor aprovechamiento de los recursos humanos e insumos médicos disponible en un proceso quirúrgico a realizarse en los quirófanos centrales	
PROVEEDORES:	Jefaturas y personal operativo de áreas involucradas en la atención directa a los pacientes en los quirófanos centrales del Hospital Nacional Rosales.
ENTRADAS:	Usuario externo que demanda una intervención quirúrgica, que proviene de las áreas de hospitalización, emergencia y consulta externa, la cual fue programada con anterioridad, la cual dispone de recursos humanos e insumos médicos asignados de acuerdo a la intervención a ejecutar.
PROCESOS (subprocesos, procedimientos, actividades):	Usuario externo a ser intervenido quirúrgicamente de acuerdo a una calendarización previa y que de acuerdo a su patología proviene de la consulta externa, servicios de hospitalización o cirugía ambulatoria; lo anterior aplicando la normativa vigente institucional y los recursos disponibles.
SALIDAS:	Usuario externo intervenido de acuerdo a normativa oficial con evento quirúrgico finalizado y con uso eficiente de recursos humanos e insumos médicos
USUARIOS:	Paciente posquirúrgico atendido con calidad y calidez; quien se traslada a las áreas de hospitalización, emergencia y consulta externa.

RESPONSABLE DEL PROCESO:

Jefaturas de áreas y personal operativo de los quirófanos centrales

b) CARACTERÍSTICAS DE USUARIOS, OPERACIONES Y NECESIDADES:

CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS:	Pacientes usuarios MINSAL o ISSS Usuarios del sistema público de salud. Variabilidad en condición socioeconómica, educativa y cultural. Generalmente un nivel socioeconómico bajo con nivel educativo bajo o intermedio.
OPERACIONES (tiempo de ciclo, frecuencia, recurrencia, estacionalidad, picos, etc.)	Se realiza traslado de todos los pacientes usuarios, que pueden provenir del área de emergencia, hospitalización o consulta externa.
NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS	Necesidad de satisfacción de su demanda de servicios quirúrgicos. Usuarios esperan asistencia de calidad, oportuna, eficiente y eficaz.

c) DEFINICIÓN DE INDICADORES

INDICADORES	UNIDAD DE MEDIDA	META	PERIODICIDAD DE EVALUACIÓN	RESPONSABLE
SATISFACCIÓN DE USUARIOS	% DE SATISFACCIÓN (cualitativa).	Satisfacción mayor de 90 %	SEMESTRAL	Jefatura de áreas involucradas en la atención.
% abastecimiento de insumos médicos para las cirugías electivas.	Sistema de puntaje y actas de reuniones.	Superior al 80%	mensual	Jefatura de áreas involucradas en la atención.
No. de gestiones realizadas por las jefaturas de forma oportuna solicitando insumos médicos.	Sistema de puntaje y memorandos de gestiones realizadas.	100% sobre insumos desabastecidos	Según necesidad	Jefatura de áreas involucradas en la atención del paciente quirúrgico.
No. de cirugías realizadas con la totalidad de recursos humanos asignados.	Evaluación cuantitativa (puntaje) y guías de monitoreos.	Superior al 80%	mensual	Jefatura de áreas involucradas en la atención del paciente quirúrgico
% cirugías canceladas por personal incompleto.	Guía de monitoreo y actas.	Inferior al 10% cirugías.	Según necesidad	Equipo multidisciplinario.

PROCESO N° 5: Atención al usuario.

a) DEFINICIÓN Y PEPSU:

Proporcionar una atención óptima, efectiva y eficiente a los usuarios que demandan procesos quirúrgicos en salas de operaciones.	
MISIÓN DEL PROCESO: Construir una estructura organizativa óptima, que brinde una atención óptima, efectiva y eficiente; a través del mayor aprovechamiento de los recursos humanos e insumos médicos disponibles.	
PROVEEDORES:	Jefaturas y personal operativo de áreas involucradas en la atención directa a los pacientes en los quirófanos centrales del Hospital Nacional Rosales.
ENTRADAS:	Usuario externo que demanda una intervención quirúrgica, que proviene de las áreas de hospitalización, emergencia y consulta externa, la cual fue programada con anterioridad, la cual debe garantizar una atención de calidad y calidez.
PROCESOS (subprocesos, procedimientos, actividades):	Usuario externo a ser intervenido quirúrgicamente de acuerdo a una calendarización previa, quien recibirá una atención de calidad y sin sufrir demoras en el proceso.
SALIDAS:	Usuario externo intervenido de acuerdo a normativa oficial con evento quirúrgico finalizado, quien ha recibido una atención de calidad. con uso eficiente de los recursos asignados
USUARIOS:	Paciente posquirúrgico atendido con calidad y calidez; quien se traslada a las áreas de hospitalización, emergencia y consulta externa.

RESPONSABLE DEL PROCESO:

Jefaturas de áreas y personal operativo de los quirófanos centrales

b) CARACTERÍSTICAS DE USUARIOS, OPERACIONES Y NECESIDADES:

CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS:	Pacientes usuarios MINSAL o ISSS Usuarios del sistema público de salud. Variabilidad en condición socioeconómica, educativa y cultural. Generalmente un nivel socioeconómico bajo con nivel educativo bajo o intermedio.
OPERACIONES (tiempo de ciclo, frecuencia, recurrencia, estacionalidad, picos, etc.)	Se realiza traslado de todos los pacientes usuarios, que pueden provenir del área de emergencia, hospitalización o consulta externa.
NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS	Necesidad de satisfacción de su demanda de servicios quirúrgicos. Usuarios esperan asistencia de calidad, oportuna, eficiente y eficaz.

c) DEFINICIÓN DE INDICADORES

INDICADORES	UNIDAD DE MEDIDA	META	PERIODICIDAD DE EVALUACIÓN	RESPONSABLE
SATISFACCIÓN DE USUARIOS	% DE SATISFACCIÓN (cualitativa)	Satisfacción mayor de 90 %	SEMESTRAL	Jefatura de áreas involucradas en la atención del paciente quirúrgico
Numero de cirugías realizadas en la que se brindó una atención de calidad.	Guías de monitoreos con sistema de puntaje.	Superior al 80%	mensual	Jefatura de áreas involucradas en la atención del paciente quirúrgico
Numero de cirugías en la que hay incumplimiento y no se brindó atención de calidad.	Guías de monitoreos y sistema de puntaje.	Inferior al 10% sobre intervención programadas para el periodo a evaluar	Mensual	Jefatura de áreas involucradas en la atención del paciente quirúrgico

PROCESO N° 6: Entrada a recepción de sala de operaciones: Ingreso y preparación inicial.

a) DEFINICIÓN Y PEPUSU:

Punto de encuentro de los quirófanos centrales con los servicios de hospitalización en la que el usuario inicia su preparación quirúrgica previa a la cirugía.	
MISIÓN DEL PROCESO: Fomentar una recepción de pacientes sin demora con la finalidad de garantizar una intervención quirúrgica exitosa y de acuerdo a la normativa vigente.	
PROVEEDORES:	Jefaturas y personal operativo responsables de la recepción e ingreso de pacientes a los quirófanos centrales del Hospital Nacional Rosales.
ENTRADAS:	Usuario externo que demanda una intervención quirúrgica, que proviene de las áreas de hospitalización, emergencia y consulta externa, quien en la recepción es indispensable verificar el cumplimiento de normativa de preparación preoperatoria.
PROCESOS (subprocesos, procedimientos, actividades):	Usuario externo a ser intervenido quirúrgicamente de acuerdo a una calendarización previa, quien cumple al 100% requisitos preoperatorios.
SALIDAS:	Usuario externo intervenido de acuerdo a normativa oficial con requisitos prequirúrgicos cumplidos y evento quirúrgico finalizado; quien ha recibido una atención de calidad y calidez.
USUARIOS:	Paciente posquirúrgico atendido con calidad y calidez; quien se traslada a las áreas de hospitalización, emergencia y consulta externa.

RESPONSABLE DEL PROCESO:

personal operativo y coordinadores del área de recepción en los quirófanos centrales

b) CARACTERÍSTICAS DE USUARIOS, OPERACIONES Y NECESIDADES:

CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS:	Pacientes usuarios MINSAL o ISSS Usuarios del sistema público de salud. Variabilidad en condición socioeconómica, educativa y cultural. Generalmente un nivel socioeconómico bajo con nivel educativo bajo o intermedio.
OPERACIONES (tiempo de ciclo, frecuencia, recurrencia, estacionalidad, picos, etc.)	Se realiza traslado de todos los pacientes usuarios, que pueden provenir del área de emergencia, hospitalización o consulta externa.
NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS	Necesidad de satisfacción de su demanda de servicios quirúrgicos. Usuarios esperan asistencia de calidad, oportuna, eficiente y eficaz.

c) DEFINICIÓN DE INDICADORES

INDICADORES	UNIDAD DE MEDIDA	META	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
SATISFACCIÓN DE USUARIOS	% de satisfacción (cualitativa)	Satisfacción mayor de 90 %	Semestral	Jefatura de áreas involucradas en la atención del paciente quirúrgico
No. de cirugías realizadas oportunamente con cumplimiento de requisitos preoperatorios	Guías de monitoreos con sistema de puntaje.	Superior al 80%	Mensual	Jefatura de áreas involucradas en la atención del paciente quirúrgico
No. de cirugías canceladas por incumplimiento en requisitos preoperatorios o falta de insumos.	Guías de monitoreo y sistema de puntaje, Reportes de notificación.	Inferior al 10% sobre intervención programadas para el periodo a evaluar	Mensual	Jefatura de áreas involucradas en la atención del paciente quirúrgico
No. de cirugías canceladas por equipo multidisciplinario incompleto o carencia de insumos o aparatos quirúrgicos ausentes.	Guías de monitoreos y sistema de puntaje. Reportes de notificación .	Inferior al 10% sobre intervención programadas para el periodo a evaluar	Mensual	Jefatura de áreas involucradas en la atención del paciente quirúrgico

PROCESO N° 7: Traslado a quirófano.

a) DEFINICIÓN Y PEPSU:

Desplazamiento de usuario al área quirúrgica asignada de acuerdo a proceso quirúrgico programado a partir de diagnóstico médico en servicio de origen	
MISIÓN DEL PROCESO: Fomentar una intervención quirúrgica sin demora en el traslado a quirófanos previamente seleccionado de acuerdo a proceso quirúrgico programado.	
PROVEEDORES:	Personal operativo encargado de traslado al paciente al quirófano ya definido previamente.
ENTRADAS:	Usuario externo que demanda una intervención quirúrgica, que proviene de las áreas de hospitalización, emergencia y consulta externa, quien debe ser trasladado al quirófano asignado tomando en cuenta procedimiento quirúrgico.
PROCESOS (subprocesos, procedimientos, actividades):	Usuario externo a ser intervenido quirúrgicamente de acuerdo a una calendarización previa, quien cumple requisitos preoperatorios y se traslada a quirófano previamente definido
SALIDAS:	Usuario externo intervenido sin demora en su traslado a quirófano asignado.
USUARIOS:	Paciente posquirúrgico atendido con calidad y calidez; quien fue intervenido sin demora y pasa al área de recuperación.

RESPONSABLE DEL PROCESO:

Personal operativo responsable del traslado al quirófano asignado.
--

b) CARACTERÍSTICAS DE USUARIOS, OPERACIONES Y NECESIDADES:

CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS:	Pacientes usuarios MINSAL o ISSS Usuarios del sistema público de salud. Variabilidad en condición socioeconómica, educativa y cultural. Generalmente un nivel socioeconómico bajo con nivel educativo bajo o intermedio.
OPERACIONES (tiempo de ciclo, frecuencia, recurrencia, estacionalidad, picos, etc.)	Se realiza traslado de todos los pacientes usuarios, que pueden provenir del área de emergencia, hospitalización o consulta externa.
NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS	Necesidad de satisfacción de su demanda de servicios quirúrgicos. Usuarios esperan asistencia de calidad, oportuna, eficiente y eficaz.

c) DEFINICIÓN DE INDICADORES

INDICADORES	UNIDAD DE MEDIDA	META	PERIODICIDAD DE EVALUACIÓN	RESPONSABLE
SATISFACCIÓN DE USUARIOS	% DE SATISFACCIÓN (cualitativa)	Satisfacción mayor de 90 %	SEMESTRAL	Jefatura de áreas involucradas en la atención del paciente quirúrgico
Numero de cirugías realizadas sin demora en quirófanos adecuados y de acuerdo a la intervención programada	Guías de monitoreos con sistema de puntaje.	Superior al 80%	mensual	Jefatura de áreas involucradas en la atención del paciente quirúrgico
Numero de cirugías canceladas por no disponibilidad de quirófanos para procedimiento quirúrgico a realizar.	Guías de monitoreos y sistema de puntaje. Reportes de notificación elaborados	Inferior al 10% sobre intervención programadas para el periodo a evaluar	Mensual	Jefatura de áreas involucradas en la atención del paciente quirúrgico

PROCESO N° 8: Inducción anestésica e intubación oro-traqueal.

a) DEFINICIÓN Y PEPSU:

Administración de fármacos anestésicos en el área quirúrgica asignada de acuerdo a la cirugía programada a partir de diagnóstico médico en servicio de origen.	
MISIÓN DEL PROCESO: Verificar una inducción anestésica sin riesgo al paciente, de acuerdo a proceso quirúrgico programado.	
PROVEEDORES:	Personal técnico encargado de la inducción anestésica e intubación oro-traqueal, en caso de complicaciones en el proceso quirúrgico.
ENTRADAS:	Usuario externo que demanda una intervención quirúrgica, a quien previamente se le realizara una inducción anestésica de acuerdo a procedimiento quirúrgico a realizar.
PROCESOS (subprocesos, procedimientos, actividades):	Usuario externo a ser intervenido quirúrgicamente de acuerdo a una calendarización previa, quien amerita una inducción anestésica y quien cumple requisitos preoperatorios.
SALIDAS:	Usuario externo intervenido con inducción anestésica sin riesgo.
USUARIOS:	Paciente posquirúrgico con sedación anestésica, atendido sin demora y pasa al área de recuperación.

RESPONSABLE DEL PROCESO:

Personal técnico responsable de inducción anestésica e intubación oro-traqueal.

b) CARACTERÍSTICAS DE USUARIOS, OPERACIONES Y NECESIDADES:

CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS:	Pacientes usuarios MINSAL o ISSS Usuarios del sistema público de salud. Variabilidad en condición socioeconómica, educativa y cultural. Generalmente un nivel socioeconómico bajo con nivel educativo bajo o intermedio.
OPERACIONES (tiempo de ciclo, frecuencia, recurrencia, estacionalidad, picos, etc.)	Se realiza traslado de todos los pacientes usuarios, que pueden provenir del área de emergencia, hospitalización o consulta externa.
NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS	Necesidad de satisfacción de su demanda de servicios quirúrgicos. Usuarios esperan asistencia de calidad, oportuna, eficiente y eficaz.

c) DEFINICIÓN DE INDICADORES

INDICADORES	UNIDAD DE MEDIDA	META	PERIODICIDAD DE EVALUACIÓN	RESPONSABLE
SATISFACCIÓN DE USUARIOS	% DE SATISFACCIÓN (cualitativa)	Satisfacción mayor de 90 %	SEMESTRAL	Jefatura de áreas involucradas en la atención del paciente quirúrgico
Numero de sedaciones anestésica realizadas en quirófanos de acuerdo a la intervención programada y protocolos oficiales.	Guías de monitoreos con sistema de puntaje.	Superior al 80%	mensual	Jefatura de anestesia y personal operativo involucrado en la atención del paciente quirúrgico
Numero de cirugías canceladas por factores ajenos a la preparación anestésica.	Guías de monitoreos y sistema de puntaje. Reportes de notificación elaborados	Inferior al 10% sobre intervención programadas para el periodo a evaluar	Mensual	Jefatura de anestesia y personal operativo involucrado en la atención del paciente quirúrgico
Numero de cirugías canceladas por falta de fármacos anestésicos.	Reportes de notificación elaborados	Inferior al 10% sobre intervención programadas para el periodo a evaluar	Mensual	Jefatura de anestesia y personal operativo involucrado en la atención del paciente quirúrgico

PROCESO N° 9: Acto quirúrgico.

a) DEFINICIÓN Y PEPSU:

Iniciación de proceso operatorio en el área quirúrgica asignada a partir de diagnóstico médico en servicio de origen.	
MISIÓN DEL PROCESO: Verificar un proceso quirúrgico limpio y sin riesgo al paciente.	
PROVEEDORES:	Personal Médico responsable del proceso quirúrgico a realizar.
ENTRADAS:	Usuario externo que demanda una intervención quirúrgica, a cargo de recurso medico capacitado de acuerdo a procedimiento quirúrgico a realizar.
PROCESOS (subprocesos, procedimientos, actividades):	Usuario externo a ser intervenido quirúrgicamente de acuerdo a una calendarización previa, asignada a recurso medico capacitado.
SALIDAS:	Usuario externo intervenido sin complicaciones por medico capacitado.
USUARIOS:	Paciente posquirúrgico, atendido sin demora y pasa al área de recuperación.

RESPONSABLE DEL PROCESO:

Personal médico responsable de la cirugía.
--

b) CARACTERÍSTICAS DE USUARIOS, OPERACIONES Y NECESIDADES:

CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS:	Pacientes usuarios MINSAL o ISSS Usuarios del sistema público de salud. Variabilidad en condición socioeconómica, educativa y cultural. Generalmente un nivel socioeconómico bajo con nivel educativo bajo o intermedio.
OPERACIONES (tiempo de ciclo, frecuencia, recurrencia, estacionalidad, picos, etc.)	Se realiza traslado de todos los pacientes usuarios, que pueden provenir del área de emergencia, hospitalización o consulta externa.
NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS	Necesidad de satisfacción de su demanda de servicios quirúrgicos. Usuarios esperan asistencia de calidad, oportuna, eficiente y eficaz.

c) DEFINICIÓN DE INDICADORES

INDICADORES	UNIDAD DE MEDIDA	META	PERIODICIDAD DE EVALUACIÓN	RESPONSABLE
SATISFACCIÓN DE USUARIOS	% DE SATISFACCIÓN (cualitativa)	Satisfacción mayor de 90 %	SEMESTRAL	Jefatura de áreas involucradas en la atención del paciente quirúrgico
Numero de cirugías realizadas en la hora asignada con cumplimiento estricto de requisitos preoperatorios y protocolos oficiales.	Guías de monitoreo con sistema de puntaje.	Superior al 80%	mensual	Jefaturas médicas y personal operativo involucrado.
Numero de cirugías canceladas por factores ajenos al proceso quirúrgico.	Guías de monitoreo y sistema de puntaje. Reportes de notificación elaborados	Inferior al 10% sobre intervención programadas para el periodo a evaluar	Mensual	Jefaturas médicas y personal operativo involucrado.

PROCESO N° 10: Recuperación anestésica y extubación orotraqueal.

a) DEFINICIÓN Y PEPSU:

Proceso quirúrgico finalizado con usuario sedado en condición estable; que necesita vigilancia y monitoreo de recuperación anestésica.	
MISIÓN DEL PROCESO: Verificar un proceso quirúrgico limpio y sin riesgo anestésico para el paciente.	
PROVEEDORES:	Personal técnico de anestesia asignado al proceso quirúrgico a realizar.
ENTRADAS:	Usuario externo en intervención quirúrgica, quien ha recibido sedación de acuerdo al procedimiento quirúrgico a realizar.
PROCESOS (subprocesos, procedimientos, actividades):	Usuario externo intervenido quirúrgicamente bajo efectos de sedación anestésica por recurso capacitado.
SALIDAS:	Usuario externo en proceso de recuperación anestésica y sin complicaciones.
USUARIOS:	Paciente posquirúrgico anestesiado, que pasa al área de recuperación.

RESPONSABLE DEL PROCESO:

Personal técnico en anestesia asignado a la cirugía.
--

b) CARACTERÍSTICAS DE USUARIOS, OPERACIONES Y NECESIDADES:

CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS:	Pacientes usuarios MINSAL o ISSS Usuarios del sistema público de salud. Variabilidad en condición socioeconómica, educativa y cultural. Generalmente un nivel socioeconómico bajo con nivel educativo bajo o intermedio.
OPERACIONES (tiempo de ciclo, frecuencia, recurrencia, estacionalidad, picos, etc.)	Se realiza traslado de todos los pacientes usuarios, que pueden provenir del área de emergencia, hospitalización o consulta externa.
NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS	Necesidad de satisfacción de su demanda de servicios quirúrgicos. Usuarios esperan asistencia de calidad, oportuna, eficiente y eficaz.

c) DEFINICIÓN DE INDICADORES

INDICADORES	UNIDAD DE MEDIDA	META	PERIODICIDAD DE EVALUACIÓN	RESPONSABLE
SATISFACCIÓN DE USUARIOS	% DE SATISFACCIÓN (cualitativa)	Satisfacción mayor de 90 %	SEMESTRAL	Jefatura de áreas involucradas en la atención del paciente quirúrgico
Número de pacientes con complicaciones posanestésicas en el postquirúrgico inmediato.	Guías de monitoreo con sistema de puntaje.	Superior al 80%	mensual	Jefaturas de anestesia y personal operativo involucrado.

PROCESO N° 11: Traslado a recuperación.

a) DEFINICIÓN Y PEPSU:

DEFINICIÓN: Traslado del paciente posquirúrgico desde la mesa quirúrgica hasta el área de recuperación en quirófanos.	
MISIÓN DEL PROCESO: Que el paciente posquirúrgico sea oportuna y apropiadamente trasladado de la mesa quirúrgica hasta la sala de recuperación.	
PROVEEDORES:	Personal de enfermería responsable de unidad quirúrgica.
ENTRADAS:	Paciente con intervención quirúrgica y administración anestésica finalizada, con visto bueno de cirujano y anestesiólogo para traslado a recuperación con indicaciones para cumplimiento en sala de recuperación. Muestras anatomopatológicas identificadas y enviadas al laboratorio de Patología.
PROCESOS (subprocesos, procedimientos, actividades):	Colocación de indicaciones para sala de recuperación por médico cirujano o residente de la especialidad. Proporcionar información pertinente a paciente según sea el caso. Transferencia del paciente de la mesa quirúrgica a carro-camilla. Adecuación de ropa de paciente para su traslado. Elaboración de nota de enfermería donde se dispone el traslado. Traslado a recuperación. Personal de enfermería de unidad quirúrgica entrega a personal de enfermería de recuperación, revisando a paciente y expediente (reporte quirúrgico, notas de anestesiología y enfermería, indicaciones médicas). Cumplimiento de indicaciones médicas. Reporte de eventualidades o anomalías según sea el caso. Evaluación, definición y consignación escrita en expediente de recuperación anestésica pertinente para traslado a servicio de procedencia.
SALIDAS:	Paciente con adecuada evolución posquirúrgica inmediata y con recuperación anestésica y/o definición de traslado a servicio por parte de cirujano
USUARIOS:	Paciente posquirúrgico de sala de operaciones.

RESPONSABLE DEL PROCESO:

Personal de enfermería responsable de unidad quirúrgica y sala de recuperación.

b) CARACTERÍSTICAS DE USUARIOS, OPERACIONES Y NECESIDADES:

CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS:	Pacientes usuarios de del Hospital Rosales a quienes se les realiza intervención quirúrgica. Usuarios del sistema público de salud. Variabilidad en condición socioeconómica, educativa y cultural. Generalmente un nivel socioeconómico bajo con nivel educativo bajo o intermedio.
OPERACIONES (tiempo de ciclo, frecuencia, recurrencia, estacionalidad, picos, etc.)	Se realiza traslado de todos los pacientes usuarios de los quirófanos.
NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS	Necesidad de satisfacción de su demanda de servicios quirúrgicos. Usuarios esperan asistencia de calidad, oportuna, eficiente y eficaz.

c) DEFINICIÓN DE INDICADORES

INDICADORES	UNIDAD DE MEDIDA	META	PERIODICIDAD DE EVALUACIÓN	RESPONSABLE
SATISFACCIÓN DE USUARIOS	% DE SATISFACCIÓN (cualitativa)	Satisfacción mayor de 90 %	SEMESTRAL	Jefatura de enfermería de sala de operaciones
TIEMPO DE TRASLADO A RECUPERACIÓN (desde que se indica el traslado desde la unidad quirúrgica hasta su llegada a la recuperación).	MINUTOS	Menor de diez minutos	MENSUAL	Jefatura de enfermería de sala de operaciones

PROCESO N° 12: Traslado a servicio de origen.**a) DEFINICIÓN Y PEPSU:**

DEFINICIÓN: Traslado del paciente posquirúrgico desde la sala de recuperación hasta el servicio de origen.	
MISIÓN DEL PROCESO: Que el paciente posquirúrgico sea oportuna y apropiadamente trasladado de la sala de recuperación hasta el servicio de origen.	
PROVEEDORES:	Personal de enfermería responsable de sala de recuperación y personal de enfermería responsable de servicio de origen.
ENTRADAS:	Paciente con plan inmediato de recuperación cumplido y con apropiada evolución posquirúrgica.
PROCESOS (subprocesos, procedimientos, actividades):	Cumplimiento por enfermería de indicaciones pertinentes a la recuperación inmediata. Proporcionar información pertinente a paciente según sea el caso. Transferencia del paciente de la camilla de recuperación al carro-camilla de traslado (si fuese necesario). Adecuación de ropa de paciente para su traslado. Elaboración de nota de enfermería donde se dispone el traslado. Traslado a servicio de origen. Personal de enfermería de sala de recuperación entrega a personal de enfermería de servicio de origen, revisando a paciente y expediente (reporte quirúrgico, notas de anestesiología y enfermería, indicaciones médicas). Cumplimiento de indicaciones médicas. Reporte de eventualidades o anomalías según sea el caso. Personal de enfermería de servicio de origen traslada a paciente y lo acomoda en unidad destino.
SALIDAS:	Paciente en servicio o unidad destino.
USUARIOS:	Paciente posquirúrgico de sala de operaciones.

RESPONSABLE DEL PROCESO:

Personal de enfermería responsable de sala de recuperación y de servicio de origen.

b) CARACTERÍSTICAS DE USUARIOS, OPERACIONES Y NECESIDADES:

CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS:	Pacientes usuarios de del Hospital Rosales a quienes se les realiza intervención quirúrgica. Usuarios del sistema público de salud. Variabilidad en condición socioeconómica, educativa y cultural. Generalmente un nivel socioeconómico bajo con nivel educativo bajo o intermedio.
OPERACIONES (tiempo de ciclo, frecuencia, recurrencia, estacionalidad, picos, etc.)	Se realiza traslado de los pacientes usuarios de los quirófanos a servicio de origen u otro destino definido por médico cirujano o anestesiólogo.
NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS	Necesidad de satisfacción de su demanda de servicios quirúrgicos. Usuarios esperan asistencia de calidad, oportuna, eficiente y eficaz.

c) DEFINICIÓN DE INDICADORES

INDICADORES	UNIDAD DE MEDIDA	META	PERIODICIDAD DE EVALUACIÓN	RESPONSABLE
SATISFACCIÓN DE USUARIOS	% DE SATISFACCIÓN (cualitativa)	Satisfacción mayor de 90 %	SEMESTRAL	Jefatura de enfermería.
TIEMPO DE TRASLADO A SERVICIO DESTINO (desde la recuperación hasta su llegada al servicio).	MINUTOS	Menor de veinte minutos	MENSUAL	Jefatura de enfermería de sala de operaciones.

PROCESO N°13: Equipamiento y preparación de quirófanos.

a) DEFINICIÓN Y PEPSU:

DEFINICIÓN: Preparación de equipos e insumos para acto quirúrgico.	
MISIÓN DEL PROCESO: Contar con los equipos e insumos necesarios para la realización apropiada de la intervención quirúrgica.	
PROVEEDORES:	Personal responsable de Central de Equipos, Arsenal Quirúrgico y Almacén de Insumos.
ENTRADAS:	Cirugía programada a realizarse en unidad quirúrgica.
PROCESOS (subprocesos, procedimientos, actividades):	Divulgación de programación quirúrgica. Preparación por parte de Central de Equipos, Arsenal Quirúrgico y Almacén de Insumos en base a programación. Encargado de quirófano confirma la disponibilidad y adecuado equipamiento de quirófano según cirugía a realizar.
SALIDAS:	Quirófano con insumos, arsenal y ropa necesarios para la intervención quirúrgica.
USUARIOS:	Responsables de quirófanos.

RESPONSABLE DEL PROCESO:

Personal de enfermería responsable de quirófano.
--

b) CARACTERÍSTICAS DE USUARIOS, OPERACIONES Y NECESIDADES:

CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS:	Personal de enfermería responsable de quirófano. Experticia y competencia técnica necesaria para asumir dicha responsabilidad.
OPERACIONES (tiempo de ciclo, frecuencia, recurrencia, estacionalidad, picos, etc.)	Programación diaria enviada a cada área o unidad. Definición de insumos a enviar según área. Envío y recepción de insumos. Distribución por quirófanos. Chequeo y preparación de insumos.
NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS	Necesidad de satisfacción de su demanda de servicios quirúrgicos. Usuarios esperan asistencia de calidad, oportuna, eficiente y eficaz.

c) DEFINICIÓN DE INDICADORES

INDICADORES	UNIDAD DE MEDIDA	META	PERIODICIDAD DE EVALUACIÓN	RESPONSABLE
% DE SUSPENSIÓN DE CIRUGÍAS POR FALTA O INAPROPIADA PREPARACIÓN DE INSUMOS, EQUIPOS O ARSENAL QUIRÚRGICO	% DE SUSPENSIÓN DE CIRUGÍAS	Menor de 5 %	MENSUAL	Jefatura de médica de Quirófanos

PROCESO N° 14: Lavado y desinfección de quirófanos.

a) DEFINICIÓN Y PEPSU:

DEFINICIÓN: Lavado y desinfección de quirófanos.	
MISIÓN DEL PROCESO: Mantener las instalaciones adecuadas para realizar intervenciones quirúrgicas, cumpliendo la normativa de prevención de infecciones nosocomiales.	
PROVEEDORES:	Auxiliar de enfermería de cada unidad quirúrgica.
ENTRADAS:	Cirugía programada a realizarse en unidad quirúrgica.
PROCESOS (subprocesos, procedimientos, actividades):	Adquisición de insumos necesarios. Realización de lavado semanal de quirófano. Realización de limpieza y desinfección diaria de quirófano.
SALIDAS:	Quirófano lavado, limpio y desinfectado.
USUARIOS:	Equipo médico, enfermería y anestesiología a cargo de intervención quirúrgica. Pacientes usuarios de quirófanos.

RESPONSABLE DEL PROCESO:

Auxiliar de enfermería designado para unidad quirúrgica.

b) CARACTERÍSTICAS DE USUARIOS, OPERACIONES Y NECESIDADES:

CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS:	Personal médico, enfermería y anestesiología responsables de quirófano. Experticia y competencia técnica necesaria para asumir dicha responsabilidad. Pacientes usuarios de quirófanos.
OPERACIONES (tiempo de ciclo, frecuencia, recurrencia, estacionalidad, picos, etc.)	Adquisición periódica de insumos. Lavado semanal. Limpieza y desinfección diaria. Limpieza por cada cirugía realizada.
NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS	Quirófanos lavados, limpios y desinfectados para realizar intervenciones.

c) DEFINICIÓN DE INDICADORES

INDICADORES	UNIDAD DE MEDIDA	META	PERIODICIDAD DE EVALUACIÓN	RESPONSABLE
LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN REALIZADAS	% DE QUIRÓFANOS CON LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN REALIZADAS	100 % DE CUMPLIMIENTO	DIARIA	Jefatura de enfermería de Quirófanos

PROCESO 15: Preparación de hemoderivados.

a) DEFINICIÓN Y PEPSU:

DEFINICIÓN: Preparación de hemoderivados para cumplimiento durante acto quirúrgico.	
MISIÓN DEL PROCESO: Cumplir la indicación médica (según evaluaciones preoperatorias o durante acto quirúrgico) de administración de hemoderivados.	
PROVEEDORES:	Banco de sangre.
ENTRADAS:	Cirugía programada a realizarse en unidad quirúrgica con indicación preoperatoria de cumplimiento de hemoderivados.
PROCESOS (subprocesos, procedimientos, actividades):	Programación quirúrgica. Recepción de paciente donde se verifica indicación y solicitud enviada de hemoderivados. Confirmación de recepción de solicitud y disponibilidad en Banco de Sangre. Recepción y cumplimiento de hemoderivados.
SALIDAS:	Paciente usuario de quirófano con cumplimiento efectuado de hemoderivados.
USUARIOS:	Pacientes usuarios de quirófanos.

RESPONSABLE DEL PROCESO:

Personal de enfermería responsable de quirófano.
--

b) CARACTERÍSTICAS DE USUARIOS, OPERACIONES Y NECESIDADES:

CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS:	Pacientes usuarios de del Hospital Rosales a quienes se les realiza intervención quirúrgica. Usuarios del sistema público de salud. Variabilidad en condición socioeconómica, educativa y cultural. Generalmente un nivel socioeconómico bajo con nivel educativo bajo o intermedio.
OPERACIONES (tiempo de ciclo, frecuencia, recurrencia, estacionalidad, picos, etc.)	Programación quirúrgica. Recepción de paciente donde se verifica indicación y solicitud enviada de hemoderivados. Confirmación de recepción de solicitud y disponibilidad en Banco de Sangre. Recepción y cumplimiento de hemoderivados.
NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS	Cumplimiento oportuno y eficiente de hemoderivados según indicación médica a pacientes usuarios de quirófanos.

c) DEFINICIÓN DE INDICADORES

INDICADORES	UNIDAD DE MEDIDA	META	PERIODICIDAD DE EVALUACIÓN	RESPONSABLE
% DE SUSPENSIÓN DE CIRUGÍAS POR FALTA O INAPROPIADA PREPARACIÓN DE HEMODERIVADOS.	% DE SUSPENSIÓN DE CIRUGÍAS	Menor de 5 %	MENSUAL	Jefatura de médica de Quirófanos

PROCESO 16: Disponibilidad de medicamentos e insumos médicos.

a) DEFINICIÓN Y PEPSU:

DEFINICIÓN: Disponibilidad de medicamentos e insumos médicos necesarios para el acto quirúrgico (generales y específicos).	
MISIÓN DEL PROCESO: Contar con los medicamentos e insumos médicos necesarios para la realización apropiada de la intervención quirúrgica.	
PROVEEDORES:	Farmacia e insumos médicos.
ENTRADAS:	Cirugías programadas a realizarse en unidad quirúrgica.
PROCESOS (subprocesos, procedimientos, actividades):	Divulgación de programación quirúrgica. Preparación por parte de farmacia y almacén de insumos para el despacho de medicamentos e insumos médicos necesarios para intervención quirúrgica.
SALIDAS:	Cirugía realizada con la disponibilidad y/o cumplimiento de medicamentos o insumos médicos.
USUARIOS:	Pacientes usuarios de quirófanos.

RESPONSABLE DEL PROCESO:

Personal de enfermería responsable de quirófano.
--

b) CARACTERÍSTICAS DE USUARIOS, OPERACIONES Y NECESIDADES:

CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS:	Pacientes usuarios de del Hospital Rosales a quienes se les realiza intervención quirúrgica. Usuarios del sistema público de salud. Variabilidad en condición socioeconómica, educativa y cultural. Generalmente un nivel socioeconómico bajo con nivel educativo bajo o intermedio.
OPERACIONES (tiempo de ciclo, frecuencia, recurrencia, estacionalidad, picos, etc.)	Divulgación de programación quirúrgica. Preparación por parte de farmacia y almacén de insumos para el despacho de medicamentos e insumos médicos necesarios para intervención quirúrgica.
NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS	Cumplimiento o disponibilidad oportuno y eficiente de medicamentos e insumos médicos según indicación médica a pacientes usuarios de quirófanos.

c) DEFINICIÓN DE INDICADORES

INDICADORES	UNIDAD DE MEDIDA	META	PERIODICIDAD DE EVALUACIÓN	RESPONSABLE
% DE SUSPENSIÓN DE CIRUGÍAS POR FALTA O INAPROPIADA PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS O INSUMOS MÉDICOS	% DE SUSPENSIÓN DE CIRUGÍAS	Menor de 5 %	MENSUAL	Jefatura de médica de Quirófanos

PROCESO 17: Preparación y disponibilidad de gases anestésicos.

a) DEFINICIÓN Y PEPSU:

DEFINICIÓN: Preparación de gases anestésicos.	
MISIÓN DEL PROCESO: Contar con gases anestésicos necesarios para la realización apropiada de la intervención quirúrgica.	
PROVEEDORES:	Personal responsable de Almacén de Insumos.
ENTRADAS:	Consumo histórico periódico.
PROCESOS (subprocesos, procedimientos, actividades):	Divulgación de programación quirúrgica. Preparación por parte de Insumos en base a consumo histórico.
SALIDAS:	Quirófano con gases anestésicos necesarios para la intervención quirúrgica.
USUARIOS:	Pacientes usuarios de quirófanos..

RESPONSABLE DEL PROCESO:

Jefe de Anestesiología.

b) CARACTERÍSTICAS DE USUARIOS, OPERACIONES Y NECESIDADES:

CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS:	Pacientes usuarios de del Hospital Rosales a quienes se les realiza intervención quirúrgica. Usuarios del sistema público de salud. Variabilidad en condición socioeconómica, educativa y cultural. Generalmente un nivel socioeconómico bajo con nivel educativo bajo o intermedio.
OPERACIONES (tiempo de ciclo, frecuencia, recurrencia, estacionalidad, picos, etc.)	Divulgación de programación quirúrgica. Preparación por parte de Insumos en base a consumo histórico Solicitudes o requisiciones por parte de jefe de Anestesiología.
NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS	Necesidad de satisfacción de su demanda de servicios quirúrgicos.

c) DEFINICIÓN DE INDICADORES

INDICADORES	UNIDAD DE MEDIDA	META	PERIODICIDAD DE EVALUACIÓN	RESPONSABLE
% DE SUSPENSIÓN DE CIRUGÍAS POR FALTA O INAPROPIADA PREPARACIÓN DE GASES ANESTÉSICOS.	% DE SUSPENSIÓN DE CIRUGÍAS	Menor de 5 %	MENSUAL	Jefatura de Anestesiología.

PROCESO 18: Mantenimiento y reparación de equipo biomédico.

a) DEFINICIÓN Y PEPSU:

DEFINICIÓN: Mantenimiento y reparación de equipo biomédico.	
MISIÓN DEL PROCESO: Efectuar mantenimiento preventivo y correctivo de equipo biomédico.	
PROVEEDORES:	Mantenimiento – biomédica.
ENTRADAS:	Informe de existencia de equipo biomédico y solicitudes periódicas por parte de jefatura médica de sala de operaciones.
PROCESOS (subprocesos, procedimientos, actividades):	Rondas periódicas de Biomédica. Mantenimiento preventivo de equipos con evidencia de bitácoras. Respuesta a solicitudes de mantenimiento correctivo según necesidad.
SALIDAS:	Quirófano con equipo biomédico recibiendo mantenimiento preventivo y correctivo oportuno y eficiente.
USUARIOS:	Jefes médicos (quirúrgico y de anestesiología) y de enfermería de Salas de Operaciones.

RESPONSABLE DEL PROCESO:

Jefes médicos (quirúrgico y de anestesiología) y de enfermería de Salas de Operaciones.

b) CARACTERÍSTICAS DE USUARIOS, OPERACIONES Y NECESIDADES:

CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS:	Jefes médicos (quirúrgico y de anestesiología) y de enfermería de Salas de Operaciones. Experticia y competencia técnica necesaria para asumir dicha responsabilidad.
OPERACIONES (tiempo de ciclo, frecuencia, recurrencia, estacionalidad, picos, etc.)	Rondas periódicas de Biomédica. Mantenimiento preventivo de equipos con evidencia de bitácoras. Respuesta a solicitudes de mantenimiento correctivo según necesidad.
NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS	Equipos biomédicos en adecuadas condiciones cumplimiento mantenimiento preventivo y correctivos oportunos y eficientes.

c) DEFINICIÓN DE INDICADORES

INDICADORES	UNIDAD DE MEDIDA	META	PERIODICIDAD DE EVALUACIÓN	RESPONSABLE
% DE SUSPENSIÓN DE CIRUGÍAS POR FALTA O INAPROPIADO EQUIPO.	% DE SUSPENSIÓN DE CIRUGÍAS	Menor de 5 %	MENSUAL	Jefatura de médica de Quirófanos

PROCESO 19: Manejo apropiado de desechos Bioinfecciosos.

a) DEFINICIÓN Y PEPSU:

DEFINICIÓN: Preparación de equipos e insumos para acto quirúrgico.	
MISIÓN DEL PROCESO: Cumplir con la norma técnica de adecuado manejo y disposición de desechos bioinfecciosos.	
PROVEEDORES:	Personal que labora en sala de operaciones y personal de limpieza.
ENTRADAS:	Horario de funcionamiento y producción histórica de quirófanos.
PROCESOS (subprocesos, procedimientos, actividades):	Adquisición de insumos para manejo de desechos bioinfecciosos. Disposición y recolección interna de desechos. Recolección externa de desechos.
SALIDAS:	Quirófano con desechos bioinfecciosos adecuadamente dispuestos y recolectados.
USUARIOS:	Equipo que labora en quirófanos.

RESPONSABLE DEL PROCESO:

Jefatura de enfermería responsable de quirófano.

b) CARACTERÍSTICAS DE USUARIOS, OPERACIONES Y NECESIDADES:

CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS:	Equipo que labora en quirófanos. Pacientes usuarios de servicios. Experticia y competencia técnica necesaria para asumir dicha responsabilidad.
OPERACIONES (tiempo de ciclo, frecuencia, recurrencia, estacionalidad, picos, etc.)	Adquisición de insumos para manejo de desechos bioinfecciosos. Disposición y recolección interna de desechos. Recolección externa de desechos.
NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS	Desechos bioinfecciosos adecuadamente recolectados y dispuestos.

c) DEFINICIÓN DE INDICADORES

INDICADORES	UNIDAD DE MEDIDA	META	PERIODICIDAD DE EVALUACIÓN	RESPONSABLE
CUMPLIMIENTO DE ADECUADA DISPOSICIÓN DE DESECHOS BIOINFECCIOSOS	% DE CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDAR DE CALIDAD DE DESECHOS BIONFECCIOSOS	100 %	MENSUAL	Jefatura de médica de Quirófanos

ANEXO 7:

PROCESOS DE LA GESTION EN HOSPITAL NACIONAL “ROSALES”

Para la identificación inicial de los procesos se correlacionan las necesidades o expectativas con los procesos requeridos para suplirlas.

Necesidades o expectativas ¿Para quién lo hacemos?	Procesos identificados ¿Cómo lo hacemos?
Evaluación y diagnóstico precisos.	Evaluación médica y establecimiento de necesidad de acto quirúrgico.
Recibir información clara y precisa.	Explicación a paciente y familiares.
Solicitarle autorización de procedimiento a realizarle.	Elaboración y obtención de firma de consentimiento informado.
Recibir fecha de programación.	Programación de cirugías.
Minimizar cualquier riesgo potencial a través de evaluaciones previas oportunas.	Realización de evaluaciones preoperatorias.
Recibir hemoderivados si es necesario.	Transfusiones de hemoderivados.
Ser atendido en quirófanos con el equipo apropiado.	Equipamiento de quirófano.
Que las instalaciones cumplan las condiciones necesarias.	Instalación, mantenimiento y supervisión de aires acondicionados.
Que el equipo médico cumpla las condiciones necesarias.	Mantenimiento preventivo y correctivo de equipo médico (monitores, cauterios, etc.)
Que las instalaciones cumplan las condiciones necesarias de limpieza y desinfección.	Limpieza y desinfección de quirófanos.
Recibir el manejo apropiado para su intervención.	Gestión para la disponibilidad de gases anestésicos
Recibir el manejo apropiado para su intervención.	Gestión para la disponibilidad de medicamentos
Que se cuente con el instrumental y equipo necesarios para su intervención específica.	Gestión para la disponibilidad de instrumental y equipo
Que el personal a su cargo use la vestimenta apropiada.	Gestión para la disponibilidad de trajes de sala para personal y supervisión de su correcto cumplimiento.
Que se le proporcione vestimenta y ropa de sala apropiadas.	Gestión para la disponibilidad de ropa de sala para pacientes y mesas quirúrgicas
Que las instalaciones cumplan con el manejo correcto de desechos Bioinfecciosos.	Cumplimiento de las normas de manejo de desechos Bioinfecciosos y su supervisión.
Que la información de su caso sea registrada y manejada con confidencialidad.	Resguardo de la información y confidencialidad
Traslado oportuno y apropiado de su servicio al quirófano.	Traslado de servicio de hospitalización a quirófano
Recepción correcta en la sala de operaciones.	Ingreso a quirófanos centrales
Recibir terapia respiratoria si es necesario.	Realización de terapias respiratorias.
Recibir anestesia oportuna y pertinente	Administración de anestesia

según sea el caso.	
Ser intervenido quirúrgicamente.	Realización de acto quirúrgico
Recibir atención oportuna y pertinente durante su recuperación.	Atención durante su recuperación inmediata
Traslado oportuno y apropiado del quirófano a su servicio.	Traslado de paciente a servicio de procedencia
Contar con instalaciones seguras y tener la seguridad del patrimonio de todos los usuarios.	Cumplimiento de seguridad de las instalaciones
Ser tratado de manera cortés, digna y humana.	Atención con trato digno
Recibir atención esmerada y con la debida experticia.	Formación y actualización profesional.
Atención de calidad	Cumplimiento y supervisión de estándares de calidad, planes de mejora continua

ANEXO 8: POBLACION DE RESPONSABILIDAD PROGRAMATICA HOSPITAL NACIONAL ROSALES

Población de responsabilidad programática 2007-2013						
2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
1,985,644	2,019,201	2,053,326	2,088,027	2,123,315	2,159,199	2,195,690

Fuente: Manual de Organización y Función del Hospital Nacional Rosales 2014.

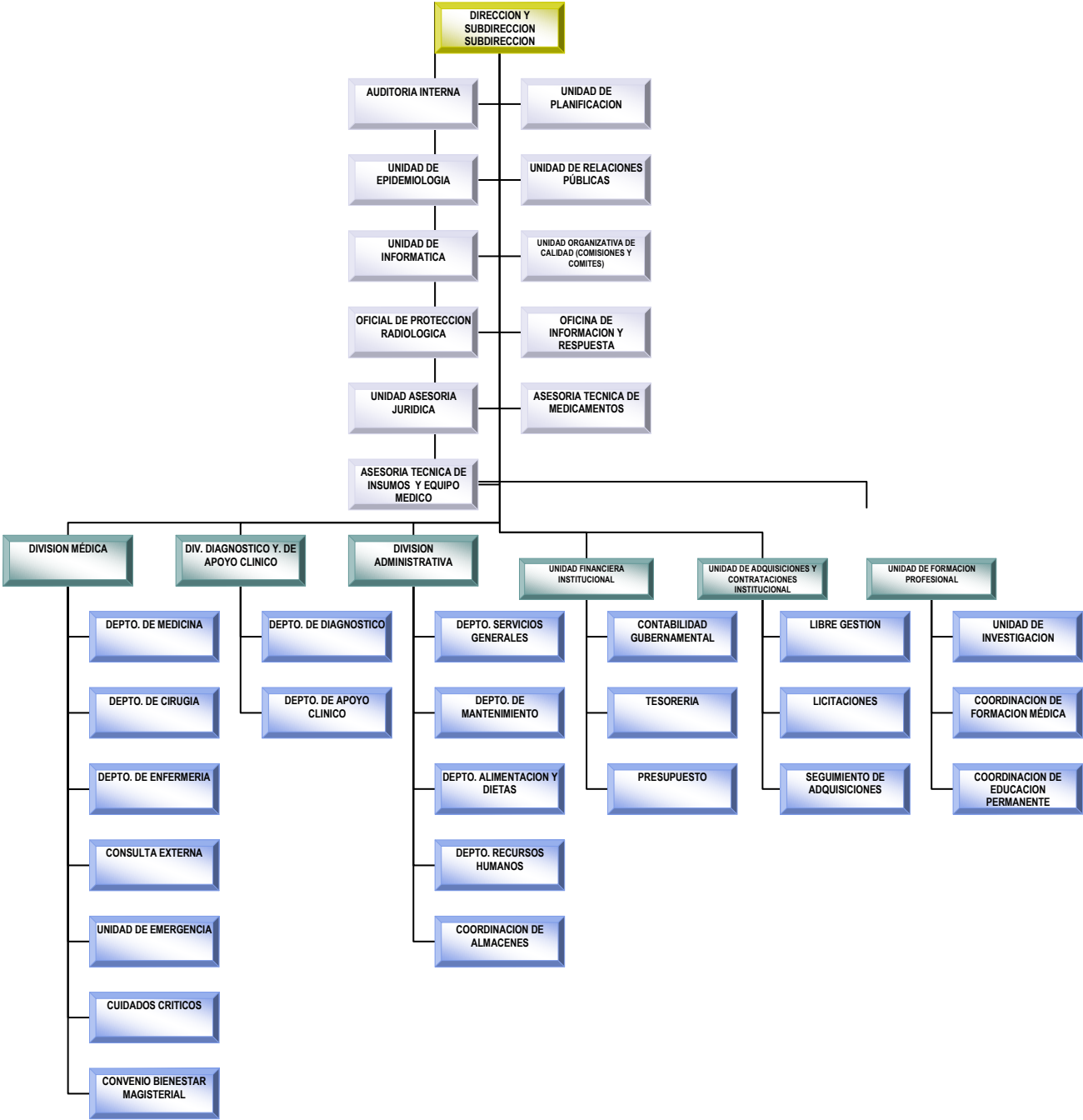
ANEXO 9: POBLACION AREA GEOGRAFICA DE INFLUENCIA HOSPITAL NACIONAL ROSALES

Población área de influencia 2007-2013			
Año	Total	MINSAL	Hospital Rosales
2007	5,744,113	4,595,290	229,765
2008	5,841,189	4,672,951	233,648
2009	5,939,905	4,751,924	237,596
2010	6,040,289	4,832,231	241,612
2011	6,142,370	4,913,896	245,695
2012	6,246,176	4,996,941	249,847
2013	6,351,737	5,081,389	254,070

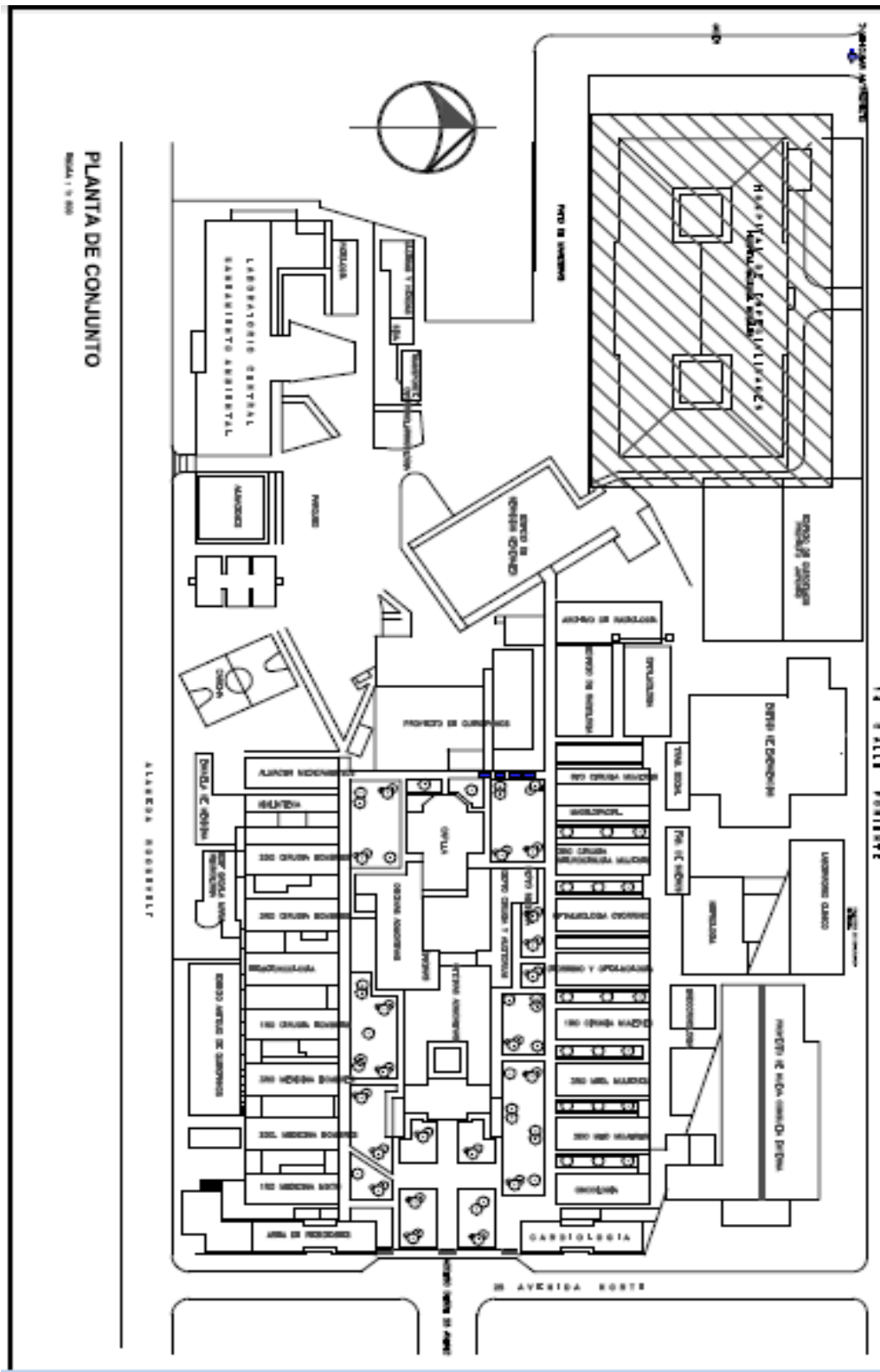
La cantidad de pacientes atendidos por el HNR en 2011, según ESDOMED es de 244,676.

Fuente: Manual de Organización y Función del Hospital Nacional Rosales 2014.

ANEXO 10: ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES



ANEXO 11: CROQUIS DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES



ANEXO 12:

GLOSARIO:

1. **DEFINICIÓN DE PROCESO:** El conjunto de actividades secuenciadas que realizan una transformación de una serie de entradas -inputs- (material, mano de obra, capital, información, etc.) en los resultados -outputs- deseados (bienes y/o servicios) añadiendo valor. Conjunto de actuaciones, decisiones, actividades y tareas que se encadenan de forma secuencial y ordenada para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos del paciente/población al que va dirigido.
2. **DEFINICIÓN DE GESTIÓN POR PROCESOS:** Forma de organización diferente de la clásica organización funcional, y en el que prima la visión del cliente sobre las actividades de la organización. Los procesos así definidos son gestionados de modo estructurado y sobre su mejora se basa la de la propia organización.
3. **TAREA:** Unidad operacional más elemental, actuación concreta a realizar en un tiempo limitado.
4. **ACTIVIDAD:** Es la suma de tareas. La secuencia ordenada de actividades da como resultado un proceso.
5. **CLIENTE DE UN PROCESO:** Es la persona, departamento o estructura organizativa, empresa que recibe el producto o servicio generado en ese proceso. El cliente de un proceso puede ser externo o interno a la propia organización.
6. **PROCEDIMIENTO:** Forma específica de llevar a cabo una actividad.
7. **PROCESOS ESTRATÉGICOS.** Proporcionan información sobre las responsabilidades en planificación y normativa, para guiar la organización hacia el cumplimiento de los procesos clave.

8. **PROCESOS OPERATIVOS O CLAVE.** Se relacionan directamente con la prestación del servicio o producto, y se sitúan en relación directa con el usuario.
9. **PROCESOS DE SOPORTE O APOYO.** Ofrecen los recursos necesarios para la prestación de los anteriores. Se incluyen por ejemplo laboratorio, hostelería, almacén, inversiones, compras y suministros, etc.
10. **ENFOQUE CENTRADO EN EL USUARIO.** La gestión por procesos centra las actuaciones en el usuario, teniendo en cuenta desde el principio sus necesidades y expectativas, fijando los atributos sobre las necesidades y expectativas del cliente, calidad de requerimientos, calidad de especificaciones y calidad del proceso a realizar.
11. **PROCESOS FRENTE A “PROCEDIMIENTOS:** Delimita adecuadamente el alcance del sistema de gestión.
12. **PROCESOS ESTRATÉGICOS:** Adecúan la organización a las necesidades y expectativas de los usuarios.
13. **PROCESOS OPERATIVOS:** Aquéllos que están en contacto directo con el usuario.
14. **PROCESOS DE SOPORTE:** Generan los recursos que precisan los demás procesos.
15. **PEPSU** Herramienta que define el inicio y el fin del proceso