

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Posgrados

**CREACION DE UN PROCESO DE LISTA DE ESPERA QUIRURGICA EN EL
SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL ENRIQUE GARCES DE LA CIUDAD DE
QUITO EN EL AÑO 2018**

PROYECTO DE INTERVENCION

Ruales Rosero Franklin Gonzalo, MD

Director de Trabajo de Titulación

PhD. Dr. Jaime Ocampo

Trabajo de titulación de posgrado presentado como requisito
para la obtención del título de Especialista en Gerencia de la Salud

Quito, mayo de 2017

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO DE POSGRADOS

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

CREACION DE UN PROCESO DE LISTA DE ESPERA QUIRURGICA EN EL
SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL ENRIQUE GARCES DE LA CIUDAD DE
QUITO EN EL AÑO 2018

Ruales Rosero Franklin Gonzalo

Firmas

Jaime Ocampo, MD, PhD,

Director del Trabajo de Titulación

Ramiro Echeverría, MD, ESP-SP.,

Director de la Especialidad de Gerencia en Salud
Pública

Jaime Ocampo, MD, PhD,

Decano de la Escuela de Salud Pública

Comentado [JO1]: Cambiar

Comentado [JO2]:

Gonzalo Mantilla MD, M.Ed., F.A.A. P.,

Decano Colegio de Ciencias de la Salud

Hugo Burgos, Ph.D.,

Decano del Colegio de Posgrados

Quito, 5de mayo de 2017

© Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior

Firma del estudiante: _____

Nombre: Ruales Rosero Franklin Gonzalo

Código de estudiante: 127470

C. I.: 1712969060

Lugar, Fecha: Quito, mayo de 2017

Comentado [J03]: Actualizar

DEDICATORIA

A mi hijo:

Por ser una motivación constante de superación

A mis padres:

Por ser un estímulo incansable de aliento

AGRADECIMIENTOS

A Dios: por su infinita bondad y amor.

A mis maestros: por brindar de una manera abierta sus conocimientos.

A mis compañeros: quienes admiro por ser fuente de superación.

RESUMEN EJECUTIVO

Las listas de espera quirúrgica del servicio de Cirugía General del hospital Enrique Garcés son extensas y poco organizadas, lo que a través de estos años ha causado un deterioro en los indicadores hospitalarios e insatisfacción en los usuarios.

Este trabajo hace referencia a la posibilidad de mejora de los indicadores como el tiempo de espera para cirugía planificada, el tiempo de estancia hospitalaria de los pacientes en el pre quirúrgico y los índices de satisfacción de los usuarios mediante la creación de un sistema de lista de espera quirúrgica eficaz y simple, que permita la participación de los médicos, las enfermeras, la comunidad y sea administrado por el departamento de admisiones.

Los resultados de la aplicación serán de carácter inmediato y sostenible en el tiempo.

Palabras clave: Lista de espera quirúrgica, satisfacción del usuario, indicadores hospitalarios.

ABSTRACT

The surgical waiting lists of the hospital Enrique Garcés General Surgery service are extensive and not organized, through these years it has caused a worsening in the hospital indicators and dissatisfaction in the users.

This work refers to the possibility of improvement of the indicators such as the waiting time for planned surgery, the time of preoperative hospital stay of the patients and the satisfaction of the users by the creation of a surgical waiting list system, Effective and simple, allowing the participation of physicians, nurses, community and be administered by the admissions department.

The results of the application should be immediate and sustainable in time.

Key words: Surgical waiting list, user satisfaction, hospital indicators.

TABLA DE CONTENIDOS

Resumen Ejecutivo.....	6
Abstract.....	7
Planteamiento del problema.....	9
Objetivos del proyecto.....	31
Resultados esperados.....	32
Principales Actividades para la ejecución del proyecto.....	33
Organización de la gestión del proyecto.....	36
Cronograma general de actividades.....	43
Presupuesto general del proyecto.....	44
Referencias bibliográficas.....	45
ÍNDICE DE ANEXOS.....	46

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. INTRODUCCION

Las listas de espera para atención médica programada, en métodos diagnósticos o tratamientos clínicos y quirúrgicos, se dan fundamentalmente en los sistemas de salud con financiamiento público como el ecuatoriano y otros muchos países con el mismo modelo de prestación de servicios sanitarios. Si éstas listas son reguladas y sistematizadas, pueden ser útiles en el proceso de gestión de estos pacientes y son aceptadas por los profesionales y usuarios

Las listas de espera para intervención quirúrgica pueden interpretarse, de manera errónea, como una simple desvinculación entre la demanda y la oferta de un determinado procedimiento, si así fuera, sólo deberíamos ir aumentando los recursos humanos y materiales hasta terminar con las listas. Sin embargo, existen muchas evidencias, de que el aumento aislado de los recursos económicos no es la solución a largo plazo, pues el tiempo medio de espera se acorta, pero la lista aumenta por la mayor demanda que se genera, demostrado en el análisis estadístico realizado entre 1987 y 1991 del sistema médico Inglés y expresado estadísticamente en el que el impacto de las medidas netamente económicas y de contratación de profesionales duro en el mejor de los casos un año. (Newton JN, 1995). Serán necesarias, por tanto, otras medidas dirigidas a otros problemas concomitantes, como las estrategias para disminuir las enfermedades prevenibles, la buena selección de pacientes para ingreso a la lista de espera ó la focalización de la cobertura del estado sobre enfermedades de interés para la salud pública.

Los factores que también deben ser gestionados para la disminución de las listas deben incluir entonces el aspecto técnico-médico, administrativo y el social, pues muchas veces la sociedad tiene un diferente punto de vista de lo que es una urgencia o una necesidad del sistema de salud de la que tienen los prestadores del servicio. El sistema de listas de espera

Comentado [J04]: Cuales son estas evidencias? Puedes al menos mencionarlas y justificarlas con referencias bibliograficas?

Comentado [J05]: Seria interesante mencionar al menos esos otros problemas concomitantes

debe ser tratado desde esta perspectiva bajo criterios de priorización, que contengan criterios de inclusión de evidencia científica en la indicación quirúrgica, en los resultados deseados de cada paciente, en la efectividad del procedimiento quirúrgico, criterios éticos y de eficiencia en el uso de los recursos; priorizando por riesgo de muerte, probabilidad de éxito y tomando en cuenta la inclusión social (J.MArti, 2002).

En el Ecuador la constitución dice:” *Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”* (Asamblea, 2008). Desde esta perspectiva, todos los Ecuatorianos y Residentes en el Ecuador tienen derecho de recibir atención médica gratuita y sin restricciones de ningún tipo, lo que ha generado una alta demanda y presión sobre el sistema de prestación de servicio de salud, aumentando la demanda por servicios y de esta forma aumentando las listas de espera, que se pueden ver reflejados en los indicadores hospitalarios

Los indicadores **hospitalarios** son un reflejo de la gestión de un hospital y del sistema de salud, entre los más sensibles a la gestión están los días de estancia, el giro de cama, el intervalo de giro de cama, el índice de ocupación y el número de cirugías por quirófano por día.

Comentado [J06]: Aquí debes dedicar un espacio más o menos amplio para explicar cuáles indicadores, en qué consisten, y cómo están estos indicadores en el país y cómo se comparan con otros países.

Comentado [J07]: Bien, pero explicar y mostrar evidencias nacionales.

1.2 JUSTIFICACION

La mayoría de hospitales y en general los hospitales públicos no usan un sistema organizado de programación de espera de la lista quirúrgica, no está sistematizado y además no está centralizado en el departamento de admisiones, por el momento son administradas por las enfermeras o secretarias de cada piso o departamento hospitalario, provocando que las listas no se verifiquen de una manera adecuada, estén segmentadas y cuando los pacientes ingresan a hospitalización sean programados una vez que la cama es asignada, perdiendo tiempo valioso que podría ser usado para nuevos pacientes al disminuir el tiempo de hospitalización, problema que se presenta en el servicio de cirugía del hospital Enrique Garcés. Existen ciertos hospitales grandes que organizan sus listas de espera, sin embargo los sistemas de selección de pacientes no están sistematizados bajo un comité sino solo por orden de ingreso a la lista y la lista y todos estos intentos son independientes sin estrategia de nivel central del MSP.

No ha existido una visión metodológica para integrar y consolidar un procedimiento para la implementación y coordinación de las listas de espera con una priorización exacta, bajo la cual, los involucrados en el proceso puedan definir sistemáticamente que pacientes deben ser intervenidos primero y cuales después de tal forma que sean eficientes y mejoren significativamente la estancia hospitalaria, la satisfacción de los usuarios y otros indicadores hospitalarios. Posiblemente porque el desarrollo de control hospitalario con indicadores en los hospitales en nuestro país es reciente y no ha tenido un apoyo decidido, suponiendo fuertemente en que el origen ha sido falta de personal.

La evidencia de la que se dispone dice que la existencia de listas de espera quirúrgica largas tiene una causa multifactorial y por ende, las estrategias encaminadas únicamente en uno o algunos de los factores que aisladamente influyen en su génesis o mantenimiento han demostrado constantemente ser insuficientes (A. Cañizares, 2011).

Comentado [JO8]: Pregunta, estas seguro que ningun hospital publico tiene un sistema de listas de espera? Seria muy importante tambien explicar por que no existen estos problemas en la parte privada? Tienen los privados un sistema de lista de espera?

Comentado [JO9]: Por que no ha existido? Tienes alguna explicacion?

Comentado [JO10]: Sigo insistiendo que deberias tratar de exponer estas causas multi factoriales.

La mejoría en la lista de espera supone un incremento tácito de la calidad y no solo en la calidad de la atención, por lo que la implementación a nivel nacional del proceso de calidad **“Acreditación Canadá Internacional”**, ha permitido que los diferentes departamentos hospitalarios tomen conciencia de lo importante que es la gestión por procesos en los hospitales y la expedición del *“estatuto orgánico de gestión organizacional por procesos de los hospitales del ministerio de salud pública”*, mediante Acuerdo ministerial 1537, permite la organización hospitalaria que orientada de manera adecuada conduce a un resultado institucional óptimo para que la creación de un proceso tan importante como la lista de espera quirúrgica sea instituido, y en el que en el Objetivo 3 menciona: *“Mejorar la accesibilidad y el tiempo de espera para recibir atención, considerando la diversidad de género, cultural, generacional, socioeconómica, lugar de origen y discapacidades”*, lo cual nos obliga a mejorar en muchos aspectos, siendo uno de los fundamentales el proceso de listas de espera quirúrgica. (Oficial, Registrro, 2012)

La revisión de la literatura en conjunto con la estadística hospitalaria y la necesidad de mejorar los costos y efectividad de los sistemas de salud en general, hacen que sea imperativa la necesidad de intervenir en el servicio de cirugía general del Hospital Enrique Garcés, a fin de mejorar la gestión general de la lista de espera quirúrgica, los indicadores hospitalarios y los índices de satisfacción de los pacientes.

La gestión de la lista de espera quirúrgica, debe ser centralizada en admisiones a fin de tener un solo sistema intrahospitalario, mismo que debe tener información y gestión con bases de datos exactas y proyecciones que determinarán el mejor uso del sistema al tomar decisiones unificadas entre el centro quirúrgico, el servicio de cirugía, admisiones y el sistema de atención al **usuario**, esta comisión debe ser conformada por todos estos actores en vista de

Comentado [JO11]: Por que no pensar en que la lista debe ser manejada por el jefe o el servicio de cirugía?

que hay diferentes percepciones y necesidades que no pueden ser discriminadas por una sola persona.

Una mejor gestión, llevará a dar más atenciones en volumen sin disminuir la seguridad del paciente y optimizará recursos que se encuentran sobre utilizados por el momento.

Al momento no existe una cuantificación real de la cantidad de pacientes que se encuentren en la lista de espera programada y no programada, pero se estima que son aproximadamente 800, que equivalen a un cuarto de la producción anual y debería ser completamente manejable.

Comentado [JO12]: Esta es la justificación de por que el proyecto debería realizarse en el futuro.

1.3 BENEFICIARIOS DEL PROYECTO

El proyecto beneficiará directamente a:

- a.- Los 4000 usuarios que se intervienen al año en el servicio de cirugía general, potencialmente subiendo a 5000 al año debido al menor tiempo de espera prequirúrgico, con mejoría del uso del giro de cama.
- b.- El hospital y el Ministerio de Salud gastará menos dinero por cada paciente al no hospitalizarlo por muchos días en el prequirúrgico (calculado en aproximadamente 80 USD al día en el HEG según el aplicativo de la OPS – MSP- PERC), además hay que tomar en cuenta que el hecho de que los pacientes pierdan días laborales (ya que casi todos tienen actividad económica informal)
- c.- El personal de salud, ya que al no tener a los pacientes hospitalizados, la presión generada sobre el trabajo disminuye.

1.4 DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

La definición de que es una lista de espera quirúrgica, es variada, por lo que vamos a usar la siguiente que es la más cercana y acertada, a fin de unificar el criterio, tomada de (A. Cañizares, 2011): *“es el conjunto de registros de pacientes que “precisan” una determinada prestación a la que el sistema sanitario no puede dar respuesta de forma simultánea a su prescripción” (Cañizares, 2011)*

En Ecuador la constitución garantiza las atenciones en salud como un derecho, mismo que debe ser proveído de manera gratuita, sin distinción de ninguna clase a toda persona que se encuentre en el territorio nacional. Por lo que las listas de espera en los hospitales públicos han aumentado, siendo necesaria una intervención organizada. En este trabajo analizaremos y reflexionaremos sobre el contexto de la situación de las listas de espera en nuestro país, la realidad internacional y por último del hospital Enrique Garcés.

La literatura reciente ha abordado diversos aspectos de las listas de espera que hemos intentado acopiar, actualizar y analizar en este trabajo. Son muchas las dificultades que enfrenta la gestión de los hospitales públicos y las definiciones de las listas de espera quirúrgica son variadas, sin embargo se pueden decir que siempre deberá prevalecer el aspecto técnico médico; además se producen contradicciones de manera frecuente y choque de intereses entre los diferentes puntos de vista de los grupos, incluyendo el político y el de la comunidad, que intervienen constantemente en la toma de decisiones sobre los procesos hospitalarios, por lo tanto, los diseños sobre los tiempos de retraso en la atención deben tomar en cuenta todos estos factores. (A. Cañizares, 2011)

Comentado [JO13]: Este párrafo requiere de bibliografía.

Se mencionarán algunos de los más recientes análisis realizados acerca de este tema y luego daré mi criterio personal.

La lista de espera quirúrgica es un indicador de medida de los resultados en salud de las entidades operativas desconcentradas (A. Cañizares, 2011), una lista de espera quirúrgica, básicamente persigue que se homogenicen los criterios para una adecuada gestión de la demanda quirúrgica de los hospitales y sistemas de salud (Cuesta, 1998) y expresan la capacidad del sistema de responder ante las demandas de la población de manera correcta y en el tiempo adecuado; se ve influida por diferentes factores y por eso la llamaremos multifactorial (A. Cañizares, 2011).

En el Gráfico 1, se describen factores como el financiamiento, los recursos tecnológicos disponibles, el perfil de morbilidad de la comunidad, las características sociales de los pacientes y de la ciudadanía, la capacidad instalada de la infraestructura existente, la coordinación con los sistemas sanitarios privados, los entes de control ciudadanos, los recursos humanos y hasta los medios de comunicación juegan papeles importantes dentro de este conjunto de influencias sobre el sistema.

Comentado [JO14]: Aquí están los factores... por favor ampliar la explicación de los mismos.

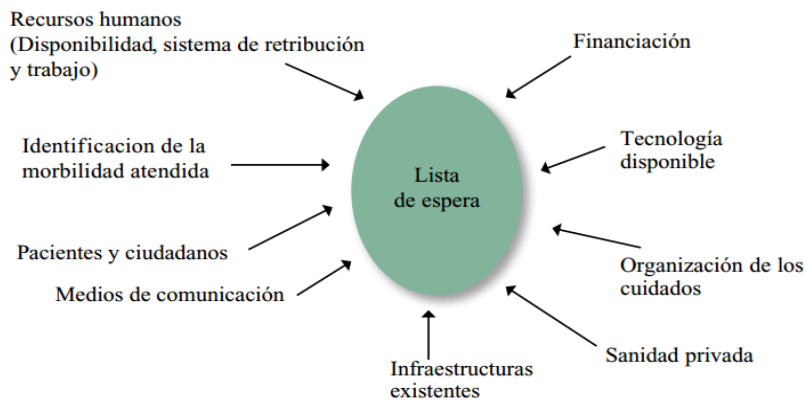


Gráfico 1.- Tomado de (A. Cañizares, 2011)

a.- Financiación: La cobertura de salud en el país está compuesta por los afiliados a los seguros públicos, privados, la cobertura de salud pública y la salud privada. La Constitución en el artículo 366 estipula lo siguiente: "El financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente, y deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado. Los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de salud." (Oficial, 2008)

Según la Ley de Seguridad Social 2001, el Seguro General Obligatorio (SGO) del IESS tiene tres fuentes de financiamiento: la aportación individual obligatoria de los afiliados, la aportación obligatoria de los empleadores públicos o privados y la contribución del Estado (Oficial, Ley 55: Ley de Seguridad Social. ., 2001)

A pesar de todo este marco legal, el mayor gasto en salud fue desde la parte privada 60,8% en 2008 (OMS, 2011) aumentando desde 202 a 474 dólares per cápita, siendo aún insuficiente para la cobertura de todas las necesidades de salud de la población.

b.- Recursos humanos: No está cuantificado el déficit específico de personal, sin embargo en el hospital Enrique Garcés se estimó el déficit de enfermeras parra una atención óptima en 165, por lo que es fundamental incrementarlo.

c.- Identificación de la morbilidad: este es uno de los puntos en la que los países de la región han mejorado sus indicadores, por el incremento de la capacidad de manejo de los datos y sobre todo con más velocidad, en nuestro país se pueden obtener del portal Ecuador en cifras y en el Hospital Enrique Garcés en el departamento de estadística.

d.- Pacientes y ciudadanos: Es un tema con mucha discusión de por medio, en vista de que las políticas deben ir mucho más dedicadas a que los pacientes y ciudadanos deben cuidar su salud, pues en el Hospital Enrique Garcés hasta el 45% de los pacientes tienen consultas por

patologías prevenibles en la comunidad, con lo que darían un respiro a la presión sobre el sistema de salud.

e.- Medios de comunicación: Son Parte fundamental de la educación de los ciudadanos, en especial para realizar medicina preventiva y para educar en el uso del sistema de salud

f.- Infraestructura: El sur de Quito tiene aproximadamente 1 millón de habitantes, si tomamos en cuenta que el estándar dice que debería haber una cama de segundo nivel de atención por cada mil habitantes y que el hospital tiene 329, y existen otras 150 privadas, tenemos un déficit de casi 550 camas hospitalarias para cubrir la demanda de manera adecuada y bajo estándares.

g.- Organización de los ciudadanos: Los ciudadanos no deben organizarse solo para reclamar derechos sino también para concientizar a la población para dejar prácticas perjudiciales para la salud, a través de los comités locales de salud.

La orientación de las acciones a tomar debe ser ampliamente analizada, no solo en los resultados a corto plazo y poco sostenibles, sino en una visión sistémica que nos lleve una generación de un procedimiento simple, eficiente y de largo plazo, desde el punto de vista financiero, los sistemas de salud debe generar una metodología de racionamiento de recursos en concordancia con la gran demanda de servicios asistenciales médicos, este racionamiento puede ser dirigido hacia disminuir las prestaciones de alto costo o disminuir las prestaciones no emergentes y sin impacto poblacional para la salud pública.

Existen en Europa grandes diferencias entre países, por ejemplo, en Inglaterra, Dinamarca e Irlanda, las listas de espera son prácticamente inexistentes y las esperas mayores a 3 meses suponen menos del 8% de las cirugías (Espallargues M G. P.-C., 2000). Situación que

se ha conseguido con una enorme inversión en los sistemas públicos y en educación de sus ciudadanos y profesionales sobre el uso del sistema y la prevención de la enfermedad.

En cada uno de los casos los que determinó una estrategia importante fue: En Inglaterra en 1987 se inició el (Waiting list initiative) que incluía un sistema de garantías de tiempo de atención, sinceramiento de las listas de espera, integración de sistemas de priorización y medición de resultados, se evidenció que había problemas en la priorización de pacientes por lista de espera en lugar de prioridad clínica, incluyendo problemas legales por priorización realizada por estadísticos; en Irlanda se inicia exactamente el mismo sistema de Inglaterra pero en 1993, con una gran inversión en tecnología, sistemas de control y priorización con participación de los ciudadanos, tuvieron un éxito con el choque de inversión durante aproximadamente 2 años, luego de lo cual las listas se incrementaron nuevamente, en Dinamarca se instaló un sistema de garantías de tiempos luego del cual el paciente podía reclamar su atención de forma privada. (Espallargues M G. P.-C., 2000).

Existe evidencia que los programas de choque en los que se aumenta la oferta de forma brusca, al estilo terapia de choque disminuye inicialmente los tiempos de espera, pero en general hace las listas más grandes en vista de que usuarios nuevos aparecerán, pues los usuarios se darán cuenta de "*lo bien que lo hacemos*" y solicitarán más prestaciones (C, 1992) (Newton JN, 1995).

Por otra parte, debemos tener cuidado con el pago de horas extras en la tarde o con el pago por acto quirúrgico, pues se puede presentar selección adversa para maximizar pagos (la selección adversa se daría al seleccionar a pacientes que no son tan necesarios, pero se puede cobrar más por ellos), pero se podría disminuir la productividad de las mañanas, provocando una ruptura de los criterios de priorización (Márquez S, 1994).

Comentado [JO15]: Puedes investigar por favor como los ingleses, Daneses e irlandeses lo hacen? Que sistemas usan, por que les va tan bien.... Que podemos copiar de ellos.

Sintetizando todo lo anteriormente dicho, la autoridad sanitaria debe elegir y canalizar los recursos de la mejor forma para garantizar tiempos de atención usando los recursos disponibles en la red de salud a fin de cumplir con las expectativas de los pacientes y sus dolencias. El modelo de salud en el Ecuador se basa en el Modelo de atención integral de Salud (MAIS), mismo que engloba una organización por niveles explicada en detalle más adelante, en el que la base es la descentralización y desconcentración de recursos, sin embargo aún es insuficiente por lo que se puede observar en las listas de espera quirúrgicas y en las listas de asignación de turnos de consulta externa que actualmente se encuentran en algunas especialidades hasta con seis meses de retraso.

Comentado [JO16]: En esta explicación deberíamos analizar el modelo que usamos aquí en Ecuador, así sea impreciso o mínimo deberíamos tener uno. No se lo de las horas extras, tampoco se sobre la disponibilidad de cirujanos ni la cantidad de insumos.

Posibilidades de gestión. -

Entonces la solución debe ser analizada desde varios puntos de vista, incluyendo el técnico, administrativo y el social, porque la sociedad tiene una diferente apreciación de lo que es una urgencia, que no necesariamente son cercanos a la posición del profesional de la salud. Por el contrario, el personal de salud buscará criterios de inclusión con evidencia científica en la indicación y en los resultados deseados de cada paciente, la efectividad del procedimiento quirúrgico, y con criterios éticos y de eficiencia en el uso de los recursos, priorizando por riesgo de muerte, probabilidad de éxito e inclusión social (J.MArti, 2002). Uno de los problemas a los que se ve enfrentado el personal de salud es a los referidos y a los amiguismos que destruyen el sistema y está demostrado que los menos favorecidos, en efecto reciben menores atenciones que el grupo antes mencionado que es mejor acomodado (S., 2000).

Comentado [JO17]: Este tema de la solución es el corazón de tu proyecto de tesis y es aquí en donde debes profundizar tus criterios.

Existen complicaciones que se presentan en los pacientes por dilatar tiempos de cirugías programadas, por no tener un sistema de priorización eficaz y que sea sincero, es decir que no tenga sesgos en la asignación de la programación, estas complicaciones finalmente

pueden promover gastos mayores posteriormente (Pell JP, 2000), por lo que los sesgos y las ineficacias deben evitarse, promoviendo mecanismos de control

Comentado [JO18]: Este parrafo no esta claro

Por lo tanto, una estrategia para disminuir los tiempos de espera quirúrgica debe contener:

1.- Un sistema de información adecuado con un registro de pacientes en lista de espera quirúrgica claro y confiable (informático o no). El Ministerio de Salud, está obligado a proveer de la normativa básica para promover la gestión de las listas de espera quirúrgica.

2.- La ley debe aplicarse en todos los procesos de la unidad operativa y en todos los territorios y jurisdicciones, dando tiempos de espera que promuevan la equidad en el acceso y uso, esta aplicación tiene que tener herramientas de mediciones eficaces y veraces.

3.- Debe desarrollarse un sistema de priorización en la que los principales actores estén involucrados de acuerdo a los descritos.

4.- Promover una visión integradas de los procesos internos y de vinculación con el sistema que en nuestro país está considerado como Red pública integral de salud.

5.- Deben redefinirse los niveles de atención y sobre todo las carteras de servicios, a fin de que no sean discrecionales de las Entidades Operativas.

6.- Al ser este un estudio de aplicación al servicio de cirugía general, solo existe un tipo de especialistas, por lo que no habría que diferenciar a los pacientes por especialidad

7.- Las salas de cirugía deben ser útiles todo el tiempo que sea disponible, en este caso podrían aumentar a seis días a la semana durante doce horas cada quirófano, sin embargo para este fin en el HEG se debería contratar al menos 5 enfermeras, 5 auxiliares, 5 anestesiólogos y 5 cirujanos, a fin de ocupar la capacidad máxima

Comentado [JO19]: Pienso que debería haber otros puntos:

- 6. disponibilidad u oferta de cirujanos dependiendo del tipo de cirugía
- 7. Expresar la disponibilidad de centros quirúrgicos disponibles en cada ciudad
- 8. Uso diario y por horas . de las salas de cirugía de estos centros .
- Analisis de los inventarios de los insumos requeridos para cada tipo de cirugía
- 9. Disponibilidad de anestesiólogos y demás personal.
- 10. Posibilidad de uso de las salas los fines de semana... sin pagar horas extras....
- etc

8.- Se debería tener el stock disponible para cada tipo de cirugía, de acuerdo a la cartera de servicios, de tal forma que esto no sea un limitante.

Evidencia de la eficacia de una lista de espera. –

Existe aún gran variabilidad en la administración de las listas de espera, como ejemplo se puede describir un estudio prospectivo multicéntrico realizado en 7 hospitales de Cataluña-España sobre la intervención de prótesis total de cadera (Martí-Valls J, 2000). Se observa en este estudio que los pacientes tenían una disfunción con gran variabilidad, si tomamos en cuenta que el instrumento que medía el dolor y la disfunción de la articulación tenía un rango de 0 a 350 siendo 350 peor estado y 0 el mejor; y habiendo pacientes dispersos por toda la tabla de medición, existieron una cantidad muy alta de pacientes que si obtuvieron la cirugía en el tiempo esperado aun a pesar de tener menos de 65 puntos y otros que tenían más puntos no obtuvieron la cirugía. Esto nos hace tomar conciencia de lo necesario que es estandarizar los criterios de prioridad para la elección de los pacientes (Martí-Valls J, 2000).

Entonces de acuerdo a la evidencia presentada, decimos que el sistema debe ser auditado de tal forma que no sea manipulable, por lo que en el Algoritmo que presento, esto se daría con decisiones en conjunto para evitar el sesgo.

La mayoría de unidades del sistema de salud pública presentan una historia muy parecida con abarrotamiento y saturación de la capacidad resolutive , por lo que transferir a algunos pacientes a estas casa de salud desde el HEG no solucionaría el problema de forma definitiva.

Comentado [JO20]: Otra pregunta: se puede usar la red nacional y el traslado de pacientes a otras provincias para evacuar la lista de espera

Necesidad periódica de depuración de las listas y auditoría previa a la cirugía. -

La auditoría previa a las cirugías es necesaria porque se ha demostrado que entre un 20 a 30% de los pacientes no se opera por razones diversas, que no son correspondientes a su patología o condición médica, sino por factores externos (Salom M, 1998). Por ello una comisión técnica asistencial y administrativa debe revisar los casos previos a que se llamen a programación.

Por ejemplo, la revisión de los casos de los pacientes que estuvieron esperando por cirugía por una gonartrosis, perdieron peso y ya no requieren cirugía de manera urgente, se podrían aplazar para dar prioridad a casos más complejos o a pacientes que tengan una indicación de cirugía urgente (Willians RL, 1996.) Otro Caso podría corresponder a pacientes que tienen condiciones médicas especiales como los diabéticos, hipertensos u otra enfermedad crónica, o que son mayores de 65 años, que requieren cirugía de vesícula, que aún hasta hoy ingresan a una lista general de programación, sin un verdadero sistema de selección que los priorice sobre los pacientes que no tienen condiciones especiales

Necesidad de priorizar. -

La necesidad de priorizar (Peiró, 2000), de acuerdo a diferentes criterios de urgencia, emitidos en conjunto por la parte técnica, administrativa y con participación de los actores sociales, prevé un mejor pronóstico, mejores resultados de costo -efectividad.

Existen casos como el canadiense en Ontario (Naylor CD, 1996), Reino Unido y Nueva Zelanda (Hadorn DC, 1997), en los que se han formado comités interdisciplinarios formados por enfermeras, médicos, admisionista y comunidad, en España se puede describir como una muestra la priorización de cirugías de cataratas, de prótesis de cadera y rodilla de acuerdo a los criterios emitidos por profesionales y la participación de la ciudadanía (sean estos

pacientes o no) descrito por la Agencia de Evaluación de Tecnología Médica del Departamento de Sanidad del gobierno autonómico de Barcelona (Espallargues M S. L., 2000).

Como se demuestra en la tabla 1, los problemas de las listas de espera han sido un inconveniente en los sistemas de salud por muchos años en diferentes países, incluso en los de la OCDE¹, aun a pesar de ser los que tiene los mejores sistemas previsionales y de salud en general.

¹ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico: es un organismo de cooperación internacional, compuesto por 34 estados, cuyo objetivo es coordinar sus políticas económicas y sociales.

Tabla 1.- Abordaje de las listas de espera en países europeos (continua)

País	Acciones	Resultados
Suecia	<ul style="list-style-type: none"> - Introducción de tiempos de garantía. - Creación de registros nacionales de la lista de espera (cataratas). 	<ul style="list-style-type: none"> - Se reducen las listas de espera tras la introducción, pero por corto espacio de tiempo. - En diciembre de 1996 se llega a los niveles del año 1992-1993.
Dinamarca	<ul style="list-style-type: none"> - Introducción de tiempos de garantía. 	
Finlandia	<ul style="list-style-type: none"> - Publicación de los datos sobre listas de espera (1993). - Introducción de tiempos de garantía (1996). 	
Irlanda	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de choque (<i>Waiting list initiative</i>) en 1993. - Mejora de los sistemas de información. - Establecimiento de un sistema de medida de resultados. - Establecimiento de prioridades de forma explícita y objetiva desde el Gobierno, pero teniendo en cuenta las preferencias de los ciudadanos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reducción del número de personas en lista de espera hasta 1996 con posterior aumento en 1997 y 1999. - El grupo de revisión efectúa recomendaciones a corto, medio y largo plazo en atención primaria, hospitalaria y geriátrica.
Reino Unido	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de choque (<i>Waiting list initiative</i>) desde 1987 - Introducción de tiempos de garantía (<i>Patient's Card 1991</i>). - Publicación de datos sobre listas de espera para tratamientos hospitalarios (años ochenta) y consultas externas (1994). - Sistema de priorización de pacientes para <i>by-pass</i> coronario y angiografía coronaria. - Establecimiento de un sistema de medida de resultados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes conocen el tiempo de espera. - Preocupación de los médicos por la posible pérdida de importancia del criterio de prioridad clínica ante la política basada en el número de pacientes y su tiempo de espera. - Posibles problemas legales para los hospitales que pueden ser acusados de negligencia al priorizar enfermos para cumplir el tiempo máximo de espera por delante de otros con mayor necesidad clínica. - Informe del grupo de expertos: <ul style="list-style-type: none"> • Se detectan variaciones considerables entre centros en el número de pacientes dentro de cada categoría de priorización. • Necesidad de mayor transparencia y consenso para asegurar la aplicación del sistema de priorización.
Italia	<ul style="list-style-type: none"> - Sistema de priorización para intervenciones cardiacas (Padua). - Utilización de la atención sanitaria en otros países (E-112). 	

Tabla 1.- Abordaje de las listas de espera en países europeos

País	Acciones	Resultados
Holanda	<ul style="list-style-type: none"> - Introducción de tiempos de garantía. - Plan de choque y políticas integradoras a medio y largo plazo (Plan estratégico para las listas de espera y <i>Annual Health Care Survey</i>; Ministerio de Sanidad, Bienestar Social y Deportes; 1998-2000) - Aplicación de un método uniforme y coordinado de recogida de datos sobre listas de espera. - Publicación de la lista de espera para atención domiciliaria. - Creación de un grupo coordinador (1999) en atención domiciliaria y residencias. - Actuaciones específicas: <ul style="list-style-type: none"> • Incremento de la capacidad de atención de la enfermería (atención domiciliaria, <i>nursing homes</i> y convalecencia). • Medidas de tipo organizativo encaminadas a mejorar la eficiencia. - Mejora de la información sobre listas de espera. - Establecimiento de un sistema de medida de resultados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estabilización de las listas de espera y reducción moderada en el tiempo medio de espera.
Alemania	<ul style="list-style-type: none"> - Política a largo plazo: se establece la obligatoriedad del seguro de dependencia (<i>Care Insurance Act</i>, 1994) 	<ul style="list-style-type: none"> - Desaparecen prácticamente las listas de espera para residencias geriátricas.

Fuente: tomado de (A. Cañizares, 2011) modificado de (Espallargues M G. P.-C., 2000)

Todos estos múltiples ejemplos de intervenciones sobre el sistema de listas de espera quirúrgica, en general está ligado a sistemas sanitarios mayores, en nuestro caso estamos regidos por el MAIS² (Ministerio de salud Pública, 2012), que indica que se deben usar los tres niveles de atención (Gráfico 2) y dependiendo de la complejidad de la patología los pacientes pueden ser intervenidos en el segundo o en el tercer nivel, corresponde la cartera de servicios a cada unidad operativa, en este caso al Hospital Enrique Garcés.

² Modelo de atención integral de salud: tiene como desafío consolidar la implementación del modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Integral, trabajar con las familias, desarrollar nuevas formas relacionales, ubicar al usuario en el centro de la atención, instalando buenas prácticas, desarrollando intervenciones orientadas hacia resultados de impacto social.

Grafico 2.- MODELO GRAFICO SIMPLIFICADO DEL MAIS



Fuente: modificación propia de (Ministerio de salud Pública, 2012)

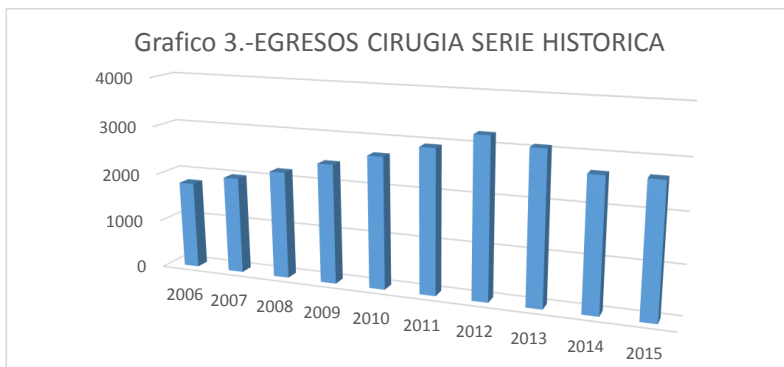
En el Hospital Enrique Garcés las atenciones se han incrementado considerablemente en los últimos años, haciendo que la cantidad de pacientes en lista de espera no programada (listos para cirugía sin fecha de ingreso) aumente, pero no así los de la lista de espera programada (listos para cirugía con fecha de ingreso).

Existen herramientas de medición y seguimiento de la gestión en el sistema público como el GPR³ (Secretaría de la Administración pública, 2011), que contiene todos los indicadores para la gestión hospitalaria relativos a la lista de espera quirúrgica y al número de cirugías por quirófano por día y concomitantemente otros indicadores medidos por el hospital entre los que se encuentran: giro de cama, promedio de estancia, intervalo de giro de cama, índice de ocupación, que serán administrados y medidos por el departamento de admisiones

³ Gobierno por resultados: Herramienta gubernamental de seguimiento de la gestión pública

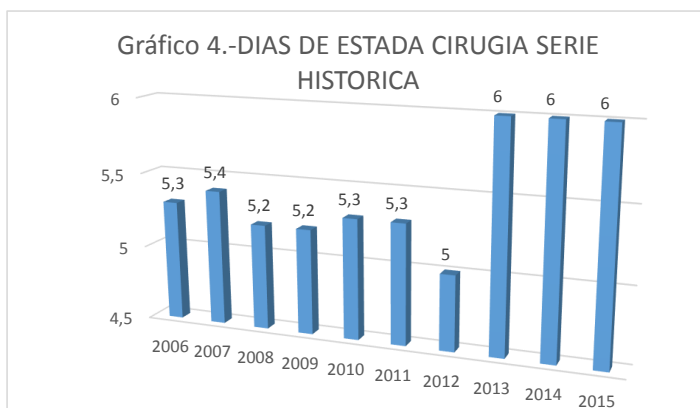
para gestionar la lista de espera quirúrgica, estos indicadores serán usados para la medición de la efectividad del estudio.

La razón de ser de toda institución hospitalaria es la satisfacción de los usuarios, es por eso que para evidenciar que la medida no solamente ha tenido efecto sobre los indicadores y la relación costo -efectividad del uso hospitalario sino también para mejorar la percepción que se tiene por parte de los usuarios y la sociedad de la atención hospitalaria.



Fuente: Estadística Hospital Enrique Garcés. Tienes datos del 2016?

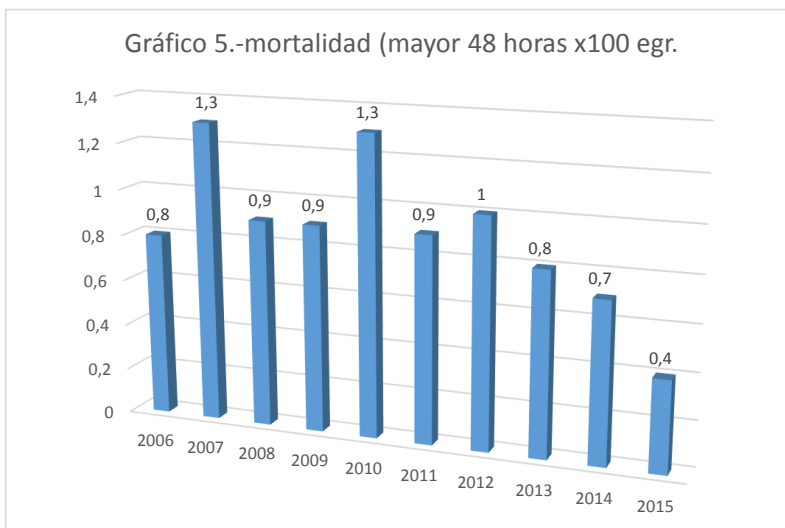
Se evidencia que se han disminuido la cantidad de egresos hospitalarios, hay que tomar en cuenta que desde el año 2013 en adelante se han aplicado métodos de calidad de atención y además entró en vigencia la gratuidad total de los servicios de salud.



Fuente: Estadística Hospital Enrique Garcés.

Se evidencia un incremento en el promedio de días de estada en el servicio de cirugía, lo que, de acuerdo a las medidas adoptadas, el incremento del personal por sí solo no ha sido suficiente, por lo que es evidente que tiene que cambiar el modelo de gestión para mejorar los procesos e indicadores. Muchos de estos aumentos en los egresos se deben a pacientes que son ingresados hasta siete días antes de sus cirugías, algunos de ellos ocupando camas durante el fin de semana previo a cirugía el lunes sin indicación real de hacerlo. El hospital tiene 5 quirófanos de los cuales 4 son para cirugía programada y 1 para emergencias. Los que se usan en cirugía programada trabajan de lunes a viernes de 7 a 4 pm, en este caso el incremento de tiempo a 12 horas por quirófano durante 6 días, lo que aumentaría el 25% de la capacidad operativa y si tendría un impacto inicial el aumento de personal para dar más horas útiles de quirófano, finalmente saturaríamos el espacio físico de hospitalización y se llegaría nuevamente a un represamiento, pues la demanda es mayor que la posibilidad de expandir la oferta.

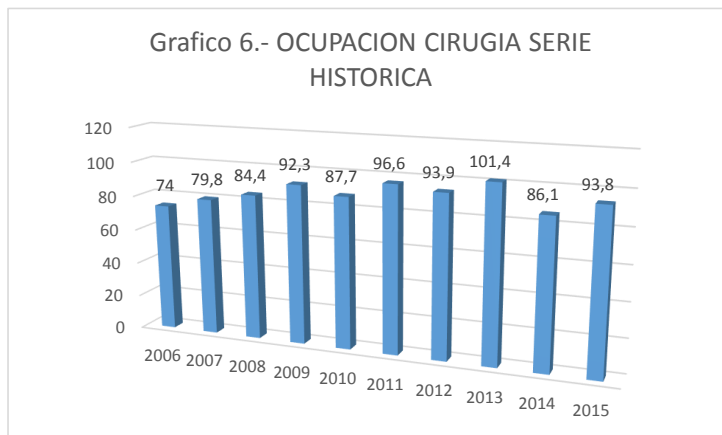
Comentado [JO21]: Cuantos quirófanos tiene el hospital?
Cual es el % de utilización?



Fuente: Estadística Hospital Enrique Garcés.

Es evidente que los procesos de seguridad al paciente a pesar de que alargan los días de estada, disminuyeron la mortalidad incrementando la seguridad de las intervenciones en este servicio, es por eso que en el algoritmo y en el modelo que se presenta como alternativa se hace énfasis en el ingreso de pacientes listos para cirugía y programados, ganando tiempo sin sacrificar la seguridad.

Comentado [JO22]: Parece que se debería actuar en el tema de reducir el tiempo de estadia en las habitaciones.



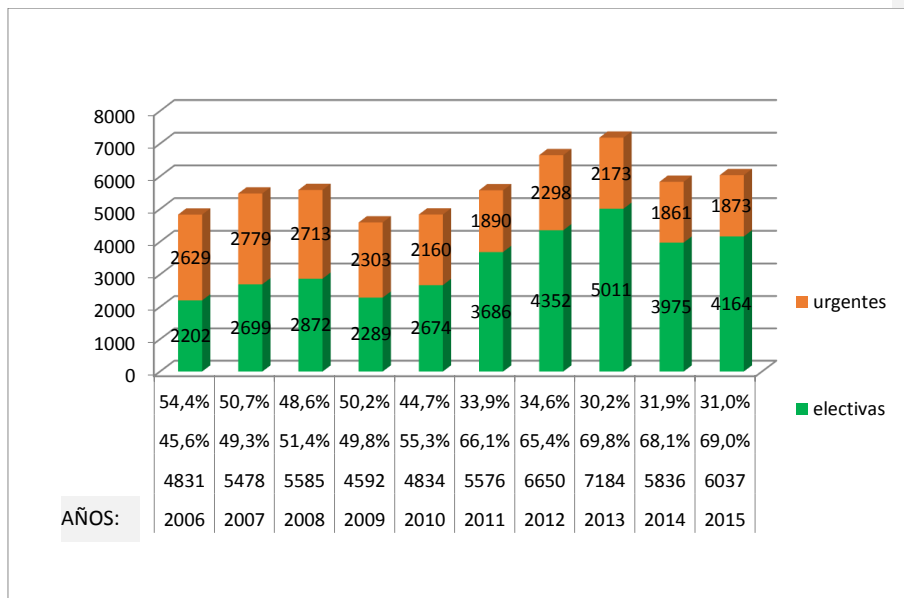
Fuente: Estadística Hospital Enrique Garcés.

Se evidencia que el hospital mantiene altos índices de ocupación, por lo que la carga de trabajo del personal es alta, sin que eso refleje en la eficiencia del sistema.

Comentado [JO23]: Tienes idea por que es tan largo el tiempo de estadia?

GRÁFICO 7.-CIRUGÍAS DEL CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS SERIE

HISTÓRICA



Fuente: Estadística Hospital Enrique Garcés.

Se puede evidenciar que el número de cirugías electivas se ha incrementado en porcentaje en los últimos años a pesar de que el número total de cirugías no se incrementó, aún a pesar de ello el número de cirugías en lista de espera, que no es una lista oficial se ha incrementado, lo que corrobora los datos anteriores que mencionan que el incremento aislado de oferta no es solución para el mejoramiento de la espera quirúrgica.

Estos datos evidencian que se requiere una nueva forma de gestión de los ingresos y administración de la lista de espera, a fin de mejorar el servicio y los costos.

2.- OBJETIVOS

General. -

Crear un proceso de gestión centralizado de la lista quirúrgica en el Hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito en el periodo Enero a Junio de 2018

Específicos. -

- Socializar la definición, importancia y ventajas de la creación de un proceso de gestión centralizado de la lista quirúrgica
- Implementar y estructurar el proceso de lista de espera quirúrgica en admisiones y en el servicio de cirugía.
- Mejorar la producción y los indicadores hospitalarios del servicio de cirugía.
- Incrementar la satisfacción de los usuarios del servicio de cirugía del hospital Enrique Garcés.

3.- RESULTADOS ESPERADOS

Se espera que:

- a.- Se disminuyan los días de estada y de estada prequirúrgico
- b.- Se aumenten en un 20% el número de pacientes intervenidos en el servicio
- c.- Se aumente la satisfacción del usuario externo en por lo menos un 20%
- d.- El sistema quede integrado en el hospital de tal forma que sea sostenible en el tiempo
- e.- Se espera que el sistema tenga una capacidad de ser extrapolable a otros hospitales o al sistema de salud general.

4. PRINCIPALES ACTIVIDADES PARA LA EJECUCION DEL PROYECTO

El presente trabajo propone una intervención en el servicio de cirugía general del Hospital Enrique Garcés, al introducir un nuevo procesos en la elaboración y manejo de la lista de espera quirúrgica.

La búsqueda de la información se la hizo en fuentes bibliográficas artículos científicos, documentos oficiales del ministerio de Salud Pública del Ecuador, y otros organismos del estado ecuatoriano, documentos oficiales del ministerio de sanidad de España, documentos de la OCDE (organización de cooperación para el desarrollo económico) y otros, como revistas científicas que agrupan las experiencias de los últimos 30 años de los países Europeos alrededor del tema de las listas de espera quirúrgico.

Gran parte de la información de retroalimentación de la implementación será obtenida de estadística del Hospital Enrique Garcés, al obtener las series históricas y el departamento de calidad que procesa la información hacia indicadores, también las encuestas de satisfacción también fueron provistas por el departamento de calidad donde se realizan trimestralmente en base a la normativa de Ministerio de salud Pública del Ecuador.

La implementación de este trabajo se hará en el servicio de cirugía del Hospital Enrique Garcés luego de obtener las autorizaciones de parte de las autoridades Hospitalarias.

En primera instancia se realizará una jornada de información sobre el proyecto y los conceptos generales de lista de espera quirúrgica al personal que labora en los procesos de admisiones y el servicio de cirugía, se delegará responsables en cada área a fin de que se dé el seguimiento adecuado.

Comentado [JO24]: Conuerdo que hay revision bibliografica pero me parece que se debe ampliar la busqueda en otras fuentes de datos.

Comentado [JO25]:

Comentado [JO26]: Pero hasta a

Comentado [JO27]: Como se hara esta jornada:???
Tiempos, horarios, a quienes, quien dara la informacion

Posteriormente se realizará la inducción sobre **indicadores** (ocupación de camas, giro de cama, intervalo de giro de cama, promedio de días de estadía, promedio de días preoperatorios) y procesos, como se llevará a cabo la implementación y la importancia de tener un proceso de lista de espera quirúrgica y se entregará en magnético y en físico el proceso a ser implementado de manera sintetizada (Anexo 1).

Comentado [JO28]: Cuales

Se capacitará sobre los indicadores a medir en el servicio durante la implementación del proceso de lista de espera quirúrgica, tanto en admisiones como en cirugía general. Deberá siempre acudir el proceso de atención al usuario del hospital en vista de que es quien dará seguimiento y apoyo para la implementación.

Se capacitará sobre la **encuesta** de satisfacción al usuario y se indicará el método de toma de información (Anexo 1).

Comentado [JO29]: Cual encuesta?

Se realizará una retroalimentación de la implementación y el conocimiento por parte del responsable de la implementación y su equipo semanalmente durante el periodo de implementación.

La información recolectada para retroalimentación y los informes de avance deberá ser entregada en formato digital (Excel, Word, pdf) y se consolidará en una matriz de Excel y se los analizará de manera cualitativa.

La evaluación del proceso por parte del implementador, será mensual y se indicará un cronograma para consultas por parte del personal, al finalizar el proceso se hará una evaluación final de la unidad y se comparará con la evaluación inicial, se emitirá un informe y se harán las recomendaciones pertinentes.

Los indicadores a ser medidos son el índice de ocupación, el intervalo de giro de cama, el numero de cirugías por quirófano por día, el tiempo de estancia prequirúrgico

y el giro de cama, como producción será considerado el número de cirugías realizadas en el periodo de estudio.

Los datos serán tabulados mediante el programa Excel y SPSS a fin de obtener correlaciones entre las acciones y el mejoramiento de los indicadores mencionados. Las acciones detalladas en el esquema del proceso en el Anexo 2, y en el Flujograma del Anexo 3, mejorando significativamente los tiempos de ingreso por un mejor proceso de preparación de los pacientes, planificación de las cirugías y priorización de las cirugías y los pacientes, al mismo tiempo que aumenta el tiempo quirúrgico en el quirófano, priorizando la mejora de los procesos sobre la contratación de personal.

Comentado [JO30]: Sería prudente mencionar que acciones administrativas o correctivos deben ser tomados en cuenta?

PROCESO ESQUEMATIZADO DE LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DEL SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL ENRIQUE GARCES DE LA CIUDAD DE QUITO

ACCIONES CRÍTICAS A EJECUTAR	PERSONAS INVOLUCRADAS	OBJETIVO (PLAZO)	RESPONSABLE	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	RESULTADOS
Determinar los equipos necesarios para la evaluación inicial	Equipos de autoevaluación constituidos en cada servicio/proceso.	En cronograma	Líderes de cada servicio/proceso	Estadística y procesos	Estarán desarrollados, revisados y aprobados los procedimientos, normas, instrucciones y otros documentos necesarios para verificar el comportamiento inicial
Análisis de Factibilidad de flujogramas y corrección previa implementación	Miembros de todo el proceso y equipo de implementación	En cronograma	Coordinador de implementación de capacitación	Flujograma de implementación	Priorización de las necesidades de implementación en función del mejoramiento del desempeño organizativo, técnico operativo y mejora de la producción, satisfacción e indicadores,
Capacitación en el proceso de lista de espera quirúrgica	Miembros de todo el proceso de admisiones, atención al usuario y cirugía.	En cronograma	Coordinador de implementación y coordinadores de los procesos.	Actas de la reunión, preguntas y respuestas	Miembros de los procesos se encuentran capacitados

Aplicación del Proceso en admisiones	Todo el personal de admisiones	En cronograma	Implementador, Coordinador del proceso, responsable de la lista de espera	Estadística Hospitalaria	Implementación del proceso de lista de espera en Admisiones.
Aplicación del Proceso en atención al Usuario	Todo el personal de atención al usuario	En cronograma	Implementador, Coordinador del proceso, responsable de la lista de espera y call center	Listas de verificación de llamada y toma de datos	Implementación del proceso de lista de espera en atención al usuario
Aplicación del Proceso en Cirugía	Todo el personal de administrativo y técnico del servicio de cirugía	En cronograma	Implementador, Coordinador del proceso, responsable de la lista de espera	Ingresos de pacientes por lista de espera, planificación de distribución de camas	Implementación del proceso de lista de espera en el servicio de Cirugía.
Evaluación de aplicación	Todos los coordinadores de los procesos y responsables de lista de espera de admisiones, cirugía y atención al usuario	En cronograma	Implementador	Estadística hospitalaria, que se generará especialmente para este efecto.	Implementación de medidas que mejoren las falencias y potencialicen las ventajas
Aplicación de correctivos postevaluación	Todo el personal y los coordinadores de los procesos y responsables de lista de espera de admisiones, cirugía y atención al usuario	En cronograma	Todos los involucrados al mando el implementador	Actas de mejora obtenidas en reunión de evaluación.	Implementación de medidas que mejoren las falencias y potencialicen las ventajas
Informe final de aplicación de lista de espera quirúrgica	Implementador	En cronograma	Implementador.	Informe final, en base a estadística hospitalaria y en base a encuestas de satisfacción	Mejoramiento de Producción, Indicadores hospitalarios y satisfacción del usuario.

Fuente: Elaboración propia

6. ORGANIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE PROYECTO

6.1 MARCO INSTITUCIONAL

Grafico 8.- MODELO GRAFICO SIMPLIFICADO DEL MAIS



Fuente: modificación propia de (Ministerio de salud Pública, 2012)

En el Hospital Enrique Garcés las atenciones se han incrementado considerablemente en los últimos años, haciendo que la cantidad de pacientes en lista de espera no programada (listos para cirugía sin fecha de ingreso) aumente, pero no así los de la lista de espera programada (listos para cirugía con fecha de ingreso).

Existen herramientas de medición y seguimiento de la gestión en el sistema público como el GPR⁴ (Secretaría de la Administración pública, 2011), que contiene todos los indicadores para la gestión hospitalaria relativos a la lista de espera quirúrgica y al número de cirugías por quirófano por día y concomitantemente otros indicadores medidos por el hospital entre los que se encuentran: giro de cama, promedio de estancia, intervalo de giro de cama, índice de ocupación, que serán administrados y medidos por el departamento de admisiones

⁴ Gobierno por resultados: Herramienta gubernamental de seguimiento de la gestión pública

para gestionar la lista de espera quirúrgica, estos indicadores serán usados para la medición de la efectividad del estudio.

La razón de ser de toda institución hospitalaria es la satisfacción de los usuarios, es por eso que para evidenciar que la medida no solamente ha tenido efecto sobre los indicadores y la relación costo -efectividad del uso hospitalario sino también para mejorar la percepción que se tiene por parte de los usuarios y la sociedad de la atención hospitalaria.

6.2 MONITOREO Y EVALUACION

A.- La Satisfacción del usuario se realizará con la encuesta del MSP, que se encuentra en el anexo 1

B.- Los indicadores estadísticos a ser medidos son :

El Índice de Ocupación: Es la proporción entre las estancias reales generadas en un período de tiempo y las estancias teóricas posibles en ese mismo período. En el denominador se incluirán todas las camas funcionantes (las instaladas habilitadas y las extraordinarias) (Ministerio de Salud Pública Perú, 2001)

Fórmula de cálculo:

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes día de un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de días cama disponibles en el mismo período}} \times 100$$

En el (Hospital Enrique Garrces) HEG el índice de Ocupación de cama es del 90%, siendo superior al recomendado que es el 85%

El Giro de cama: Es el número de pacientes que rotan por una cama en un intervalo de tiempo, a este indicador también se lo puede llamar índice de rendimiento.

Fórmula de cálculo:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de egresos de un período}}{\text{N}^\circ \text{ de camas disponibles promedio en el mismo período}}$$

En el HEG, el giro de cama es de 45, siendo más bajo del óptimo, que debería rodear 60.

El intervalo de giro de cama: Este índice señala el tiempo promedio que una **cama** permanece desocupada entre el egreso de un paciente y la admisión de otro

Fórmula de cálculo:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de días cama disponibles} - \text{N}^\circ \text{ de pacientes día de un período}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos en el mismo período}}$$

El intervalo de giro de cama en el HEG es de 1, estando dentro de un límite aceptable, aunque muchas veces es menor a 1, lo cual es peligroso para las infecciones nosocomiales.

El número de cirugías por quirófano por día ó rendimiento del quirófano: Es el número de cirugías que se realizan en un quirófano cada día contando las horas hábiles y no hábiles.

Fórmula de cálculo:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de intervenciones quirúrgicas en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de salas de operaciones utilizadas en el mismo período}}$$

En el HEG este indicador está en 5,2 siendo bajo, pues solo se ocupan los quirófanos de lunes a viernes de 8 a 4.

Promedio de estadía: Este indicador sirve para evaluar el grado de aprovechamiento de las camas del hospital e indirectamente la calidad de los servicios, ya que tiempos excesivos de hospitalización pueden reflejar, entre otras causas, deficiencias técnicas. Establece el promedio de días de asistencia que recibe cada paciente hospitalizado en un período de tiempo, se considera normal de 4,5 a 5 días. (Ministerio de Salud Pública Perú, 2001)

Fórmula de cálculo:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de días estancia de los egresados (vivos o fallecidos) en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos (vivos o fallecidos) en el mismo período}}$$

En el HEG, es de 6 días, siendo alto, pero tomemos en cuenta que hay servicios que superan los 10 días, lo cual es demasiado altos, en el servicio de cirugía es de 10, tomando en cuenta que más de la mitad son días preoperatorios.

Promedio de días preoperatorios: Este indicador sirve para medir la utilización eficiente de las camas hospitalarias de los servicios quirúrgicos. Permite conocer los días cama disponibles mal utilizados por pacientes en espera de una intervención quirúrgica. El período preoperatorio de utilización de camas debe ser el menor posible y debe estar en relación a la

capacidad instalada del centro quirúrgico, para evitar que las camas sean ocupadas innecesariamente. (Ministerio de Salud Pública Perú, 2001)

Fórmula de cálculo:

$$\frac{\text{Nº de días preoperatorios de pacientes operados}}{\text{Nº de pacientes operados en el mismo período}}$$

Este indicador no está calculado ni en el HEG ni en el país, por lo que lo menciono para tener una referencia que debería medirse, ya que el análisis de este estudio tiene origen en una observación empírica de que este está extremadamente alargado.

Todos los indicadores que se han mencionado anteriormente son modificables no solo por el aumento del personal de un servicio sino también por el mejoramiento de la gestión hospitalaria mediante la implementación de sistemas y flujogramas para el registro de los pacientes que serán intervenidos, la verificación del cumplimiento de los protocolos preoperatorios de exámenes y chequeos cardiológicos, anestésicos y de otras especialidades, que apoyan al servicio de cirugía general del HEG

Si el servicio de cirugía general del hospital Enrique Garcés genera un proceso definido que englobe las actividades que actúen directamente sobre la lista de espera, podrá modificar los indicadores hospitalarios sin modificar mayormente el número del personal o la inversión en infraestructura

Comentado [JO31]: Aparte de explicar los indicadores, sería muy atinado mencionar cuáles son las cirugías que están más representadas. Pienso que no sería lo mismo cirugías de cerebro que de abdomen.

6.3 SOSTENIBILIDAD

El presupuesto referencial es uno de los mayores condicionantes, en vista de que podría ser lenta la asignación presupuestaria, sin embargo una vez obtenido no será retirada, en lo correspondiente a la organización y sistematización es sostenible ya que un proceso aplicado que reduce costos y minimiza el trabajo para cumplir una misma actividad es eficiente y eficaz, por lo que puede ser mantenida con un menor esfuerzo de lo que se estaba haciendo por el mismo trabajo anteriormente.

Al estar integrado con la sociedad y tener una veeduría el proceso no puede ser cortado sin previo aviso y además al hacer una nueva estructura no solo organizativa sino física y de pensamiento, no es posible salir sin crear unno nuevo que sea mejor.

7. CRONOGRAMA GENERAL DE ACTIVIDADES

Cuadro 1. Cronograma de actividades para la implementación del proceso de lista de espera quirúrgica. Todo el proceso debe ser realizado en el plazo de 24 semanas, cada actividad está marcada con X en la semana que debe ser realizada.

Comentado [JO32]: Explicar este cronograma

Comentado [JO33]:

PERIODO ENERO – JUNIO DE 2018

SEMANAS	1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17	S18	S19	S20	S21	S22	S23	S24	
EVALUACION INICIAL	X																								
ANALISIS DE FACTIBILIDAD DE FLUJOGRAMAS		X	X	X																					
CAPACITACION EN EL PROCESO DE LISTA DE ESPERA QUIRURGICA					X	X																			
APLICACIÓN DE PROCESO EN ADMISIONES							X	X	X																
APLICACIÓN DE PROCESO EN ATENCION AL USUARIO									X	X	X														
APLICACIÓN DE PROCESO EN CIRUGIA										X	X	X	X												
EVALUACION DE APLICACION															X	X									
APLICACIÓN DE CORRECTIVOS POSTEVALUACION																	X	X	X	X	X	X			
INFORME FINAL																							X	X	

8.- PRESUPUESTO

Es un estudio experimental, sin embargo la intervención es sobre los procesos, los servidores públicos serán los que implementen y no existe gastos en evaluadores externos, los datos posteriores a la intervención serán obtenidos desde el proceso de procesamiento de datos de admisiones:

PERIODO ENERO – JUNIO DE 2018

RUBRO	VALOR
REPRODUCCION DE MATERIAL INFORMATIVO	2500,00
MATERIALES DE OFICINA Y TECNOLOGICOS	1350,00
SUMINISTROS	2000,00
TRANSPORTE	200,00
ALIMENTACIÓN	1000,00
IMPREVISTOS	300,00
CONTRATACION DE PERSONAL – ANUAL 5 ANESTESIOLOGOS, 5 CIRUJANOS, 10 ENFERMERAS	126840
CONTRATACION DE UNA PERSONA EN ESTADÍSTICA, ENCARGADO DE LA LISTA EN ATENCION AL USUARIO	9240
TOTAL	143430

Elaborado por: Franklin Ruales R.

Comentado [J034]: Pienso que este presupuesto debe ser mejor justificado. Por otro lado creo que es muy barato para un proyecto tan grande ya que habria que hacer cambios en la estructura de la empresa , compara equipos, contratar personas y hasta despedir algunas...

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Bibliografía

- A. Cañizares, A. S. (2011). *Gestión de listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Una breve aproximación a su análisis*. Barcelona: Laboratorio de alternativas.
- Asamblea, N. (2008). <http://www.asambleanacional.gob.ec>. Obtenido de http://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf
- C, P. (1992). *Cutting queues or cutting corners : waiting lists and the 1990 NHS reforms*. Londres: BMJ 305:577-9.
- Cuesta, P. (1998). *Guía para la gestión de la lista de espera quirúrgica*. Madrid: INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESPAÑOL, Dirección General de Atención Primaria y Especializada Española.
- Espallargues M, G. P.-C. (2000). *Situació i abordatge de les llistes d'espera a Europa*. Paris: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdica. Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- Espallargues M, S. L. (2000). *Elaboració d'un sistema de prioritització de pacients en llista d'espera per a cirurgia de cataracta, artroplàstia de maluc i i artroplàstia de genoll*. Informatiu. Barcelona: AATM.
- Hadorn DC, H. A. (1997). The New Zealand priority criteria project. *Br Med J* , 314:131-4.
- J.MArti. (2002). La gestión de las listas de espera quirúrgicas por los centros sanitarios y los profesionales. *Gac Sanit*, 16(5):440-3.
- Márquez S, P. E. (1994). *Evaluación de un programa de reducción de la lista de espera quirúrgica basado en el pago por acto*. Barcelona: Med Clin (Barc) 03:169-73.
- Martí-Valls J, A. J. (2000). Efectividad y costes de la intervención de prótesis total de cadera en siete hospitales de Cataluña. *Medicina Clínica de Barcelona*, 114 (Suppl 2):34-9.
- Naylor CD, a. O. (1996). Primary hip and knee replacement surgery: Ontario criteria for case selection and surgical priority. . *Qual Health Care*, 5:20-30.
- Newton JN, H. J. (1995). *Waiting list dynamics and the impact of earmarked funding*. Londres: Br Med J 311:.
- Pell JP, P. A. (2000). *Effect of socioeconomic deprivation on waiting time of cardiac surgery: retrospective cohort study*. . Londres: Br Med J ; 320:15-9.
- S, P. (2000). Algunos elementos para el análisis de las listas de espera. *Gestión Clínica y Sanitaria 2000*;2:126-31, 2:126-31.
- S., P. (2000). *Listas de espera: mucho ruido, poca información, políticas oportunistas y mínima gestión*. Madrid: Gest Clin Sanit 2:115-6.
- Salom M, A. J.-Q. (1998). Efecto de la demora quirúrgica sobre los pacientes con gonartrosis. *Revista de Ortopedia y Trauma* , 42:2-4.

Willians RL, W. L. (1996.). Impact of MRI on knee arthroscopy waitinh list. *Ann R Coll Surg Engl*, 78:450-2.

10. ANEXOS.-

Anexo 1.- Encuesta de satisfacción del usuario del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Anexo 2.- Flujograma de implementación del proceso de lista de espera quirúrgica.

ANEXO 1.-
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN:

Instrumento oficial del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (se ha retirado la pregunta No. 6 del cuadro original por no ser pertinente para el caso.)

ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DEL CLIENTE EXTERNO			
Número	Pregunta	Respuesta	Código
1	¿El trato recibido por parte del personal de salud durante su atención fue cordial?	Sí	1
		No	2
2	¿Considera que el personal de la institución está correctamente capacitado para brindar el servicio?	Sí	1
		No	2
3	¿El tiempo para ser atendido fue el adecuado?	Sí	1
		No	2
4	¿Las personas que lo atendieron buscaron todas las alternativas para solucionar su problema?	Sí	1
		No	2
5	¿Considera que los procesos de la institución son transparentes?	Sí	1
		No	2
		Blanco	3

Anexo 2.-

FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DEL SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL ENRIQUE GARCES DE LA CIUDAD DE QUITO

