

UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO  
Facultad de Ciencias Empresariales



**PROCESOS INVOLUCRADOS EN LA ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD PROLAPSO  
DE ÓRGANOS PÉLVICOS O GENITAL EN LA ESPECIALIDAD GINECOLOGÍA DEL  
HOSPITAL DE SAN CARLOS**

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE CONTADOR AUDITOR

Alumnos : Daniela Pérez Morales  
Gustavo San Martín Almonacid

Profesor Guía : Sra. Cecilia Gallegos Muñoz

CHILLÁN 2015

## **Agradecimientos**

## Índice

<b>Resumen.....</b>	<b>2</b>
<b>Abreviaturas.....</b>	<b>3</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>5</b>
<b>1 Capítulo I: Marco Teórico.....</b>	<b>6</b>
1.1 Reseña del Hospital de San Carlos.....	6
Historia .....	6
Personal del Hospital .....	6
Acreditación de Calidad.....	7
Microrred.....	7
Infraestructura .....	7
Consultas médicas .....	8
Organigrama Hospital de San Carlos.....	10
1.2 Marco Conceptual .....	11
1.3 Discusión Bibliográfica.....	17
<b>2 Capítulo II: Metodología .....</b>	<b>23</b>
2.1 Problemática .....	23
2.2 Objetivo General.....	23
2.3 Objetivos Específicos.....	24
2.4 Tipo de Estudio .....	24
2.5 Fuentes de Información.....	24
2.5.1 Fuentes Primarias: .....	24
2.5.2 Fuentes secundarias:.....	25
2.6 Métodos de recolección de información .....	25
2.7 Análisis de la Información .....	25
<b>3 Capítulo IV: Diagnóstico .....</b>	<b>27</b>
3.1 Simbología.....	27
3.2 Mapa de procesos del ciclo del paciente HSC. ....	29
3.2.1 Flujo citación primer control con especialista Ginecológico .....	29
3.2.2 Flujo de Asistencia pública (Urgencia).....	32

3.2.3	Flujo Primera consulta con especialista Ginecológico.....	34
3.2.4	Flujo Toma de Exámenes de Sangre y Orina .....	36
3.2.5	Flujo de recepción y rotulación de frasco de muestras .....	38
3.2.6	Flujo proceso de toma de exámenes (Ecografía).....	40
3.2.7	Flujo solicitud y atención segundo control con médico especialista .....	43
3.2.8	Flujo de preparación para cirugía .....	46
3.2.9	Flujo de información para reunión de tabla (Pabellón).....	48
3.2.10	Flujo de información para reunión de tabla (Ginecología) .....	50
3.2.11	Flujo de hospitalización y Cirugía paciente POP.....	52
3.3	Detección de Puntos Críticos .....	54
<b>4</b>	<b>Capítulo V: Propuestas de mejora .....</b>	<b>56</b>
4.1	Propuesta nudo crítico A .....	56
4.2	Propuesta nudo crítico B .....	56
4.3	Propuesta nudo crítico C.....	60
<b>5</b>	<b>Capítulo VI: Conclusiones .....</b>	<b>61</b>
	<b>Bibliografía .....</b>	<b>62</b>
	<b>Anexos .....</b>	<b>64</b>
1.	Tabla 1: Establecimientos en red del Hospital de San Carlos .....	64
2.	Tabla 2: Dotación de camas .....	66
3.	Tabla 3: Consultas Médicas.....	66
4.	Interconsulta .....	67
5.	Orden de exámen sangre y orina .....	68
6.	Orden de exámen Ecografía.....	69
7.	Referencia a Control. ....	70

## **Resumen.**

Esta investigación centra su atención en la contribución de mejoras a los procesos clínicos y administrativos que inciden en el aumento del tiempo de espera en la atención de la enfermedad prolapso de órganos pélvicos o genital del Hospital de San Carlos, basando su atención en la gestión por procesos, con el fin de identificar procesos claves y nudos críticos, de esta forma aportar una visión integrada con la cual se pueden tomar decisiones efectivas. La investigación nace por el problema constante que se presenta en las listas de espera en la salud pública en Chile, que provocan en consecuencia el aumento del tiempo de espera, que por lo general origina un impacto negativo en los pacientes y en muchas veces atenciones inoportunas y/o deficientes.

Para lograr la contribución de mejoras se utiliza una metodología a través de diagramas de flujo que permite identificar los procesos desde el ingreso del paciente al sistema hospitalario, hasta el término del vínculo de este, generando una herramienta visual que refleja los procesos de la organización. De esta forma se permite determinar aquellos procesos claves y puntos críticos que afectan al tiempo de espera en la patología Prolapso de Órganos Pélvicos del Hospital de San Carlos. Posteriormente se reconocen las variables que afectan en cada uno de los puntos críticos, y en base a estas variables poder gestionar soluciones pertinentes tanto clínicas como administrativas, con el fin de entregar propuestas integradoras y que respondan a las necesidades tanto de los pacientes como de la organización.

**Palabras claves:** Gestión por procesos, Tiempos de espera, Listas de espera, Salud Pública

## Abreviaturas

CESFAM	: Centro de Salud Familiar
COSAM	: Centro Comunitario de Salud Mental Familiar
CECOF	: Centro Comunitario de Salud Familiar
SAPU	: Servicio de Atención Primaria de Urgencia
HSC	: Hospital San Carlos
POP	: Prolapso de Órganos Pélvicos
SOME	: Servicio de Atención Médico Estadístico
SAMU	: Servicio de Atención Médica de Urgencia
DGU	: Departamento de Gestión del Usuario
SINETSUR	: “Base de datos del Hospital San Carlos”
ADR	: Citación
RNLE	: Repositorio Nacional de Listas de Espera
NSP	: No Se Presenta
AP	: Asistencia Pública
APS	: Atención Primaria de Salud
CAE	: Consultorio Adosado de Especialidades
HCHM	: Hospital Clínico Herminda Martin
MLE	: Módulo de Lista de Espera
SYSLAB	: “Base de datos del laboratorio del Hospital San Carlos”
DAU	: Documento de Atención Urgencia
ARP	: Alto Riesgo Obstétrico

SOME : Servicio de Orientación Médico Estadístico

PR : Posta de salud Rural

## **Introducción.**

En un mundo cambiante, las exigencias en los sistemas de salud que atienden a la mayoría de la población también van variando y por ende aumentando nuevos requerimientos, por lo que es importante que ocurran transformaciones en la gestión para adaptarse a los nuevos desafíos sanitarios.

Tales desafíos vienen de la mano de la Autogestión Hospitalaria en Red, poniendo a prueba la capacidad de las instituciones de salud para gestionar adecuadamente sus recursos y ofrecer sus servicios. En este contexto se encuentra el Hospital de San Carlos, por lo que siempre existe la necesidad de identificar y gestionar los potenciales de mejora en los procesos existentes como parte del camino hacia la excelencia y una atención al más alto nivel.

Es necesario incorporar herramientas orientadas a la gestión por procesos como una alternativa de solución para contribuir al aumento del rendimiento hospitalario, de manera que facilite la detección de procesos claves en virtud de sus objetivos estratégicos y con ello encontrar puntos críticos en la institución.

El área de investigación es el departamento de Ginecología, específicamente en la enfermedad Prolapso de Órganos Pélvicos. La idea es representar la gestión del hospital identificando los procesos y sus interacciones como base para la evaluación de las necesidades de la organización y de sus usuarios. Una vez identificados los procesos y aquellos obstáculos que aumenten los tiempos de espera, se pretende aportar mejoras en virtud de un cambio necesario en la gestión en salud.

El principal objetivo es contribuir a mejorar la gestión interna del hospital en relación a la enfermedad prolapso de órganos pélvicos con el fin de potenciar la toma de decisiones y presentar un modelo aplicable en otras áreas o en otras instituciones de salud.



## **1 Capítulo I: Marco Teórico**

### **1.1 Reseña del Hospital de San Carlos**

#### **Historia**

La ciudad de San Carlos fue fundada el 3 de julio de 1800 por Joaquín del Pino. Años después a la fundación de la ciudad, precisamente en 1870, Nicolás del Pino familiar del fundador, donó parte de sus propiedades para la construcción del Hospital, lugar donde actualmente se encuentra en calle Gazmuri #448 a 26 kilómetros al norte de Chillán, cubriendo una superficie construida aproximada a los 18.000 m<sup>2</sup>.

El hospital de San Carlos finalmente fue inaugurado el 15 de febrero de 1874. En un comienzo con una edificación muy débil, hecha con materiales ligeros tales como la madera y el adobe. La construcción del antiguo hospital, tuvo su primer desafío el año 1906 por el terremoto de Valparaíso, y después por el terremoto de Talca en 1928 soportando ambos de buena forma. Estos terremotos no fueron significativos para la edificación, como sí lo fue el terremoto de 1939 ocurrido en Chillán que causó grandes destrucciones. Es por eso que tras este fuerte sismo, se construyó su actual fachada mejorando ampliamente la edificación de ese entonces.

El 27 de febrero del 2010, tras el fuerte terremoto que sacudió a la región, una vez más se originaron graves daños en el hospital, destruyendo casi en su totalidad los pisos superiores, dejando con graves daños el resto del hospital. Además, debido a lo complejo de los daños estructurales, la sección de urgencias tuvo que improvisarse en los estacionamientos del establecimiento para lograr brindar atención a los mismos damnificados del terremoto.

Dentro de las primeras adquisiciones del hospital en materia de equipamiento de salud, se destaca el primer Endoscopio, que llegó en el año 1986 por medio de una donación que realizó el Club de Leones de San Carlos. (Servicio de Salud Ñuble; Ministerio de Salud)

#### **Personal del Hospital**

Algunos de los primeros profesionales que formaron parte del cuerpo médico del hospital son la Químico Farmacéutico Auristela Muñoz el año 1938, la Matrona Mercedes Veas en 1940 y la Asistente Social Olivia Muñoz en 1946.

En el Hospital trabajan 520 personas para toda la comuna y sus redes de salud, cada año se suman más al equipo de trabajo, aumentando desde el 2013 un 9% en recurso humano. (Servicio de Salud Ñuble; Ministerio de Salud), (Servicio de Salud Ñuble; Ministerio de Salud)

### **Acreditación de Calidad**

Junto con el Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán, el Hospital San Carlos es el segundo establecimiento de la Región del Biobío que obtiene la Acreditación en Calidad. Esta acreditación es bajo el Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada durante el 2014 y es uno de los 14 hospitales públicos acreditados del país. Este importante indicador de calidad establece los parámetros de seguridad que debe tener la atención del paciente en términos de verificar y cotejar previamente cada una de las acciones a través de protocolos que minimizan la posibilidad de riesgos. (Servicio de Salud Ñuble; Ministerio de Salud)

### **Microrred**

Cabe mencionar que el hospital de San Carlos se organiza como una red de salud pública compuesta por establecimientos de salud de diverso nivel, como consultorios municipales, postas, consultorios de especialidad y otros hospitales más complejos; cada uno de estos establecimientos atiende problemas de salud de diferente complejidad y en diferentes zonas geográficas, como San Nicolás, San Fabián, Ñiquén y a partir de 2015 otras localidades como Quirihue y Coelemu. Todos conectados entre sí con el propósito de lograr una atención de salud oportuna, expedita y resolutive. (Servicio de Salud Ñuble; Ministerio de Salud), (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile)

Algunos de los establecimientos en red. **(Ver anexo 1, tabla 1)**

### **Infraestructura**

El Hospital de San Carlos cuenta con una superficie total construida de aproximadamente 18.000 mt<sup>2</sup>, esto incluye una torre hospitalaria, donde se encuentran habilitados los servicios clínicos de Ginecología y Obstetricia, Cirugía, Medicina Agudos, Pediatría y Pensionados. Una Unidad de Emergencias y una Unidad Quirúrgica, las cuales cuentan con 3 pabellones. Además está dotado de un Consultorio de Especialidades, SOME, Kinesiología y anexo policlínico de cirugía y neurología infantil. El edificio antiguo del Hospital está conformado, por servicio dental, telemedicina (sin

contacto físico) y Unidad de referencia cardiológica, servicio de alimentación y nutrición, Unidades de apoyo de laboratorio, imagenología y farmacia entre otras unidades administrativas. (Servicio de Salud Ñuble; Ministerio de Salud)

El Hospital está constantemente mejorando su infraestructura, cabe señalar que el 28 de agosto del año 2015 inauguró una nueva unidad de atención para pacientes con ataque cerebrovascular, atendiendo más de 80 pacientes en esta unidad. Además inauguró nuevas dependencias SAMU y renovación de sus ambulancias, contando con la primera ambulancia de avanzada, completamente equipada con todo lo necesario para una reanimación en caso de requerirlo, y de esta forma entregar un mejor servicio de calidad a la comunidad. En proyecto de nueva infraestructura se encuentran las Unidades de Esterilización, Traumatología y Kinesioterapia.

El Hospital de San Carlos cuenta con una dotación de 106 camas, de las cuales 15 son pediátricas y 91 de adultos indiferenciadas. (Servicio de Salud Ñuble; Ministerio de Salud) Distribución de camas. **(Ver anexo2, tabla 2)**

Hasta el día 11 de septiembre de 2015, el Hospital de San Carlos paso por un proceso de votación para cambiar su nombre al actual por “Dr. Benicio Arzola Medina”, dicho nombre fue elegido por la comunidad en la Oficina de Informaciones del Hospital además de una comisión que se encargó de llegar a las comunas de Ñiquén, San Nicolás y San Fabián. El Dr. Benicio Arzola Medina, fue un reconocido médico, quien fuera por 27 años director del establecimiento en los años 1976- 2003. (Servicio de Salud Ñuble; Ministerio de Salud)

### **Consultas médicas**

Durante el año 2014 se realizaron aproximadamente 41.817 consultas médicas, cabe mencionar que cerca del 8.9% de los pacientes no se presentó a la atención con el médico especialista. **(Ver anexo3, tabla 3)**

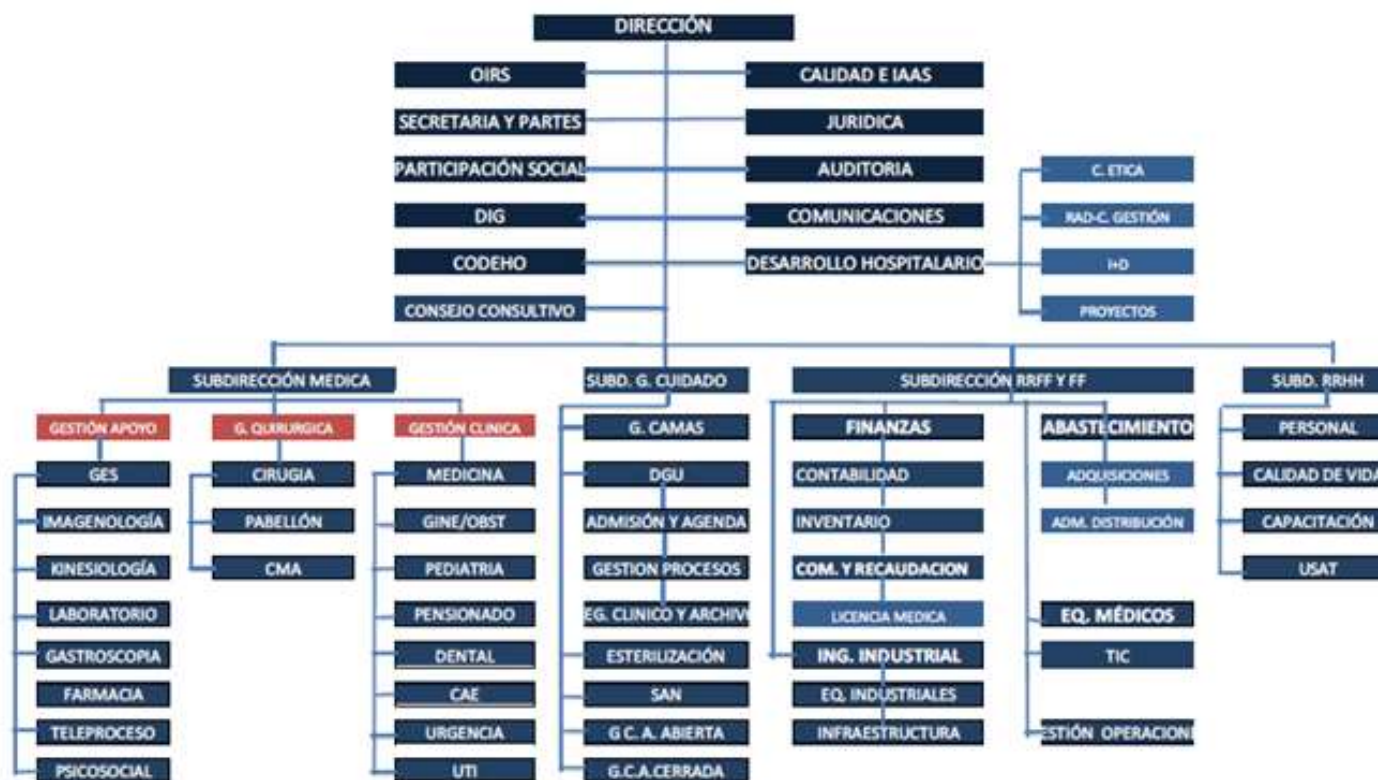
En la figura podemos ver que el departamento de Ginecología en relación al año 2013 disminuyó sus consultas. Podemos agregar que las listas de espera del hospital tuvieron una tendencia a la baja para el año 2014 y en Ginecología de 601 pacientes disminuyó a 549 pacientes, lo que es una estadística positiva para el hospital.

A comienzo del 2014, había 329 pacientes en espera de una primera consulta médica de especialidad, de las cuales el mayor porcentaje correspondía a Cirugía General, Otorrino y Ginecología. El 2014, se logró reducir en un 80% la lista de pacientes que esperaban cirugía desde el 2013. (Servicio de Salud Ñuble; Ministerio de Salud, 2014)

## Organigrama Hospital de San Carlos

Ver Ilustración 1

Ilustración 1: Organigrama Hospital de San Carlos



Fuente: Hospital San Carlos; Servicio de Salud Ñuble, 2015, pág.

## 1.2 Marco Conceptual

La perspectiva en salud ha variado primordialmente debido a situaciones tales como los cambios en medicina, las nuevas estructuras demográficas poblacionales, el desarrollo de la tecnología, la implementación de nuevos procedimientos en salud y el aumento en las expectativas en la calidad de la atención.

Es importante revisar los distintos conceptos relacionados a fin de entender de mejor manera el real enfoque de la investigación, partiendo desde la base de la salud pública.

El concepto de Salud Pública a lo largo de los años ha tenido diferentes definiciones, pero todas centran su atención en la calidad de salud a nivel poblacional y en las personas. Encontramos distintos autores que analizan la salud pública como tal, una definición entregada por Márquez (2011), dice que “es la ciencia de prevenir enfermedades, prolongar la vida, y fomentar la salud y la eficiencia física”, además Márquez menciona que la comunidad debe ser parte importante a la hora de sanear el medio ambiente, es decir, deben ser capaces de controlar infecciones y educarse mutuamente en cuanto a la higiene personal. Otro punto al que hace referencia Márquez es que las comunidades deben ser capaces de organizarse de tal manera que existan servicios médicos y de enfermería, para que así se realicen los determinados tratamientos para cada enfermedad y lograr asegurar un nivel de vida adecuado. (Márquez, 2011, pág. 585)

García-Roco et al. (2002), agregan que la Salud Pública “Integra a la atención preventiva de las personas y la del ambiente natural, el entorno social y también los aspectos de la atención curativa” (García-Roco, Castañeda, Pérez, & Labrada, 2002, pág. 3)

En la actualidad las instituciones de salud pública buscan mejorar la prestación de los servicios y estrechar la brecha que existe entre lo público y lo privado.

Arredondo (2009), dice que lo público no responde a un tipo de usuario, sino que a un nivel poblacional. Por lo que define a la Salud Pública como la disciplina que “adopta una perspectiva de análisis a nivel poblacional tanto de las condiciones de salud como de la manera de organizar los recursos destinados a responder a tales condiciones.” Además

hace referencia al Sistema de Salud, mencionando que es este el que reúne los elementos, recursos, personas, e instituciones que mediante una adecuada organización buscan dar respuesta a aquellas necesidades presentes en distintos grupos sociales. (Arredondo, 2009, pág. 28)

Por último Montoya (2006), define al sistema de salud como “La ciencia y el arte de (a) prevenir la enfermedad, (b) prolongar la vida y (c) promover la eficiencia física y mental mediante el esfuerzo organizado de la comunidad” (Montoya, 2006, pág. 214)

El lugar donde se desarrolla de mejor manera el sistema de salud es el Hospital. La definición de Hospital en cierto punto se asemeja con la definición de sistema de salud, ya que ambos se enfocan hacia una respuesta social, que busca el logro de una atención de salud de calidad.

Rodríguez et al. (2014), hace mención sobre el Hospital como la organización destinada al cuidado de la enfermedad, además la define como “Expresiones culturales de las sociedades a las que pertenecieron, edificadas y mantenidas por las estructuras políticas contemporáneas, en cualquiera de sus expresiones.” (Rodríguez, Dackiewicz, & Toer, 2014, pág. 56).

La Real Academia Española (RAE) define al hospital como “Establecimiento destinado al diagnóstico y tratamiento de enfermos, donde se practican también la investigación y la enseñanza” ( Real Academia Española, 2014)

Los hospitales, están estructurados por divisiones y departamentos que representan las diferentes especialidades, las cuales se componen de procesos fragmentados para la atención de los pacientes. Dentro de estas especialidades encontramos la Ginecología.

Conill & Rocha (1982), define a la Ginecología como “La medicina de la mujer” que cuenta con objetivos propios de la Medicina como: aliviar, sanar y prevenir, “Alteraciones de la biología específicamente femenina, considerando a la mujer en su totalidad.” (Conill & Rocha, 1982, pág. 11)

La ginecología deriva del griego “gine” que significa mujer y “logo” que es lenguaje o ciencia; por tanto, significa literalmente ciencia de la mujer. González Labrador (2002),

agregan que la ginecología estudia la fisiología y distintas patologías femeninas en todos los aspectos de manera general y particular. (González Labrador, 2002, pág. 1)

Este último concepto con los años fue ampliado a un área más, esta área es la Obstetricia. Galliano (2007), define a la Ginecobstetricia como “La disciplina relacionada con los procesos normales y patológicos de los órganos reproductivos de la mujer”. Además agrega que la primera referencia del ejercicio de la Ginecobstetricia se tiene a partir de la época histórica. (Galliano, 2007, pág. 1)

Considerando que la ginecología estudia a la mujer no embarazada y que logra tener relación con varias áreas íntimas de la mujer, debemos tener en cuenta que estas pueden también generar patologías en ella. La ginecología menciona González Labrador 2002, tiene relación con la sexualidad humana, por lo que la conducta sexual influye o bien puede influir en la aparición de patologías ginecológicas. Además agrega que se pueden ver afectados los genitales o el sistema reproductor directamente por la sexualidad. (González Labrador, 2002, pág. 1)

Una vez que se fueron identificando nuevas enfermedades y patologías, también fue necesario que la medicina fuera adaptándose a cada necesidad. La Ginecología fue parte de esta constante adaptación, precisamente en el área quirúrgica donde dio sus primeros pasos a fines del siglo XIX cuando aún no se conocía la anestesia. (Conill & Rocha, 1982, pág. 73)

La ginecología quirúrgica coincidió, con el gran desarrollo de la cirugía ocurrido en la segunda mitad del siglo XIX. Esta área de la ginecología incorporó una serie de nuevas técnicas que fueron acompañadas de nuevos conocimientos científicos. “La ginecología es, pues una ciencia con unas técnicas que pertenecen al arte quirúrgico.” (Conill & Rocha, 1982, pág. 74)

Conociendo un poco de lo que trata la ginecología en sí, y la importancia que tiene para la mujer, aparece la enfermedad prolapso de órganos pélvicos, que según Galliano (2007), es uno de los motivos por los cuales la ginecología hizo su aparición en la historia. Galliano por último menciona que fueron los hebreos quienes introdujieron el uso del espejo para examinar el vientre femenino. (Galliano, 2007, pág. 3)



Consideramos que dentro de esta área podemos encontrar muchas enfermedades relacionadas con la mujer, una de ellas es el prolapso, que es aquella enfermedad relacionada netamente con el estudio.

Podemos encontrar diferentes definiciones de esta enfermedad una de ellas es “El descenso de una o más de las paredes vaginales, cuello del útero, o cúpula vaginal”, también como la “Incontinencia de orina como la observación de pérdida involuntaria de orina durante el examen físico” (Flores & Pizarro, 2012, pág. 175)

Esta enfermedad no es tanto un descenso de las paredes vaginales, sino a la vez también involucra diferentes órganos del cuerpo femenino. Algunos de los órganos que se ven involucrados son el útero, vagina, vejiga e intestinos. Según Obregón et al. (2009), existen dos clasificaciones, alteraciones del compartimiento anterior “Están implicadas las funciones sexuales y urinarias: incontinencia y protrusión de vejiga, vagina y útero” y las del compartimiento posterior “Relacionado con la función colorrectal incontinencia fecal y desordenes evacuatorios”. (Obregón, Saunero, & Díaz, 2009, pág. 140)

Palma et al. (2008), hace mención a que rara vez el prolapso provoca morbilidad o mortalidad, pero que sí, afecta en gran manera la calidad de vida de toda mujer. Agregan que el prolapso es “La exteriorización de los órganos pélvicos por la vagina”. Como dato estadístico mencionan que la mujer a lo largo de su vida tiene un 11% de riesgo de necesitar cirugía de corrección de prolapso de los órganos pélvicos o por incontinencia urinaria.

A la definición hecha por Obregón et al., agregan una tercera clasificación, que viene de la cúpula vaginal, del útero, y su nombre es (histerocele). (Palma, Riccetto, Hernández, & Olivares, 2008, pág. 618)

Además de los factores asociados a la sexualidad, el prolapso de órganos pélvicos posee distintos factores por los cuales se produce. Algunos de los factores confirmados son: edad avanzada, parto vaginal, trauma obstétrico, embarazo, historia familiar, etnicidad sobrepeso y obesidad, y constipación; y los factores probables son: variables intraparto, incrementos de la presión intraabdominal, menopausia, cirugía pélvica previa, condiciones médicas asociadas como diabetes y alteraciones tiroideas, trastornos del

tejido conjuntivo relacionados a la deficiencia de colágeno, enfermedades congénitas. (Obregón, Saunero, & Díaz, 2009, pág. 140)

El Prolapso de Órganos Pélvicos así como un sinfín de enfermedades, no es tratado del todo bien en Chile. El mercado de la salud tiene marcadas diferencias entre lo Público y lo Privado, en este sentido la calidad en la prestación no es la misma en un Hospital Público que una Clínica privada. A su vez, poder manejar los procesos tanto administrativos como clínicos, mejora la operación a realizar desde la cúspide hasta la base de la organización, obteniendo resultados positivos y brindando un mejor servicio.

Parte fundamental para lograr mejoras en la Salud Pública es la descentralización de las decisiones, desde los servicios de salud a las direcciones hospitalarias en la medida de que los recursos se utilicen de manera eficaz y eficientemente, es por esto que citamos la definición de autogestión y en consecuencia la de establecimientos de autogestión.

La Autogestión es “El sistema de organización de una empresa según el cual los trabajadores participan en todas las decisiones” “La información debe fluir vertical y horizontalmente.” (Seguel & Paravic, 2011, pág. 20)

El autor nos señala que se debe hacer partícipe a todos los trabajadores, o en su medida a cada centro de responsabilidad en las decisiones, de manera que todos estén involucrados con la organización y el logro de los objetivos.

Los establecimientos de Autogestión en red son aquellos hospitales que poseen un alto nivel de complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones. Estos establecimientos deben ser capaces de cumplir con procedimientos de medición de costos, calidad de atención y satisfacción de los usuarios, por lo demás deben ser capaces de fijar una dotación de personal acorde a su presupuesto. (Méndez & Torres, 2010, pág. 369)

En la búsqueda de mejorar el servicio prestado a los usuarios, es importante que las organizaciones de salud logren niveles altos de descentralización de manera que puedan optimizar sus procesos internos y en consecuencia sus recursos. La reducción de los tiempos de espera en los pacientes ligada a un buen nivel de atención, en una medida, va de la mano con las actividades realizadas por el centro de salud, donde gran

parte se encuentra en los procesos tanto de gestión administrativa como clínica. Por lo tanto las unidades de producción son más eficientes para resolver situaciones problemáticas si se dispone de suficiente autonomía.

Para entender mejor la gestión administrativa debemos considerar que es un proceso. Un proceso es “Un conjunto de actividades que recibe uno o más input y crea un producto de valor para el cliente.” (Osorio & Paredes, 2001, pág. 196), “Materiales, energía, equipo y procedimientos en las actividades del trabajo diseñadas para producir un resultado final” (Bonillo, 2006, pág. 152)

Los autores del concepto “procesos de negocio” centran su atención en las actividades de la organización, siendo estas las causantes de que se obtenga un resultado de valor para el usuario, para efectos de este estudio el “paciente”. Si hablamos de algo más grande tenemos la gestión por procesos que tiene una visión integradora y horizontal que jerarquiza al paciente. Da participación a los diferentes integrantes del equipo de salud, en cada tramo del proceso, convirtiéndolos en los motores del cambio y protagonistas de la mejora continua de la calidad.

La gestión por procesos se basa en un sistema integrado de procesos, que prioriza la calidad y la seguridad en la atención, optimizando la comunicación, el cuidado y la promoción del equipo de salud, la interdisciplina, el apoyo en guías de práctica clínica, la historia clínica única y la evaluación permanente de los resultados, con el objetivo de mejora continua. (Rodríguez, Dackiewicz, & Toer, 2014, pág. 57)

### 1.3 Discusión Bibliográfica

El objetivo de esta discusión es mostrar estudios de diferentes creadores con el enfoque de mejorar la eficiencia y productividad de los hospitales públicos. Estos estudios se realizaron principalmente en terreno y mediante observaciones y entrevistas al personal administrativo y de enfermería de los respectivos centros de salud.

En los estudios se destaca la gran participación que juegan las personas en la institución siendo ellas quienes promueven el cambio y además ser los capaces de identificar los nudos críticos existentes en los procesos de gestión producto de su experiencia.

Osorio & Paredes (2001), buscaron la forma de realizar una reingeniería de procesos en un hospital público, con el fin de entender cada proceso, y desarrollar estrategias de mejoras.

En primer lugar se procedió a recopilar información y observar formas de trabajo, centrando la atención en identificar actividades que se realizaban de forma básicamente manual, que afectaban a varios departamentos dentro del área de enfermería.

A partir del estudio se obtuvieron ideas de cómo algunos procesos podrían ser simplificados o mejorados. Osorio & Paredes mencionan que ante cualquier propuesta de mejora hay 3 puntos de vista con respecto a la factibilidad de ejecución "(1) Factibilidad operativa, es decir, que se pueda llevar a cabo en las condiciones organizativas actuales; (2) Factibilidad técnica, o lo que es lo mismo, que la tecnología actual permita efectuarla; y (3) Factibilidad económica, en relación a la disponibilidad de recursos financieros.". Ambos llegaron a la conclusión de que no todas las propuestas son implantables debido principalmente a limitaciones como respuestas de los trabajadores, representantes sindicales, o bien la misma gerencia, pese a tener el apoyo en el estudio.

El principal método de investigación fueron las entrevistas, comentando las ineficiencias observadas, y siendo los trabajadores los que proponían las principales mejoras. Como resultado del estudio se obtuvo que un gran número de enfermeros/as dedicaban hasta el 60% de su tiempo en rellenar volantes, planillas de turnos, etiquetas de identificación de pacientes, etc., es decir, trabajo distinto al que constituye su principal actividad profesional. Por otra parte, el desaprovechamiento de tiempos productivos, junto

con las altas listas de espera, conducían a una escasa disposición de tiempo y medios para la formación permanente, lo que se traducía en unas bajas expectativas de progreso profesional, asociadas, a una sensación de cierta frustración y desmotivación personal. Y por último no había necesidad de establecer contacto telefónico entre Admisión y la planta de hospitalización para conocer la disponibilidad de camas, siendo que los historiales clínicos podrían estar al alcance en cualquier momento mediante una red y así disminuir los tiempos y los desplazamientos innecesarios. (Osorio & Paredes, 2001)

Caso similar fue el estudio realizado en un hospital público de Brasil donde se apostó en la descentralización de la estructura administrativa, mediante la aplicación de la gestión compartida.

La recolección de datos fue realizada con los profesionales que integran el equipo de enfermería de la Sala de Urgencia y del Centro de Terapia Intensiva.

Los sujetos de la investigación fueron los enfermeros, auxiliares y técnicos de enfermería y la asistente técnica de salud del hospital. Los criterios de inclusión de los profesionales fueron la presencia en el hospital en el período de la recolección de datos. Se optó por utilizar este último criterio por ser importante que estos hubiesen participado del proceso de transición del modelo administrativo.

El estudio fue realizado en dos etapas. En la primera etapa, se realizó el análisis de los documentos relativos a la estructura organizacional del hospital. En la segunda, fue realizada una entrevista semiestructurada.

Bernardes et al. (2011), mencionan que el hospital en estudio estuvo cerca de 30 años en un modelo administrativo centrado en la administración clásica y a partir de eso pasó a ser trabajada la propuesta de descentralización de la estructura administrativa, mediante la adopción de los principios de la gestión compartida. El hospital fue entonces segmentado en trece unidades funcionales.

Mencionan que para que exista éxito en la implantación de un modelo de gestión con foco en la participación del colectivo en las decisiones, es clave en la descentralización de las acciones.

A partir del material obtenido se generaron dos bloques temáticos. El primero, se refiere a las críticas de los actores institucionales sobre el modo de conducción del proceso (La implantación vertical y la desinformación de los actores institucionales) y el segundo, se refiere al reconocimiento de algunos cambios positivos que pueden ser imputados al nuevo modo de administrar (Los avances provenientes de la implantación).

Por último concluyen en que en este modelo descentralizado, los problemas tienden a ser solucionados con mayor agilidad y adecuación, principalmente porque los profesionales tienen mayor autonomía y poder para que la resolutivead sea alcanzada de forma rápida. También destacan que en la medida en que las personas participan de las propuestas de solución, hay tendencia para alcanzar una mayor adecuación en la resolución, ya que los individuos experimentan esos problemas directamente en su cotidiano de trabajo. (Bernardes, Cecilio, Martinez, Silvia, & Bernardes de Carvalho, 2011)

Los procesos de gestión, no siempre son el eje central de las demoras en los tiempos de espera de los pacientes para recibir atención o un determinado tratamiento, sino que también influye la cantidad de pacientes que estén ingresados en el sistema hospitalario, es por esto que las colas y listas de espera en los hospitales se pueden interpretar, erróneamente, como un simple desajuste entre la demanda y la oferta o bien de un determinado procedimiento mal ejecutado. Sin embargo, el aumento de los recursos no es la solución, si bien garantizan la equidad entre todos los ciudadanos en el acceso a los servicios de salud, el tiempo medio de espera disminuye pero la lista se alarga por la cola.

J. Martí Valls (2002) plantea de que es necesario gestionar las listas, tanto en el plano social, de administración sanitaria y, sobre todo, en el ámbito del centro sanitario. Menciona que la gestión clínica en los servicios y la gestión de cada profesional, deben ser priorizados por gravedad, probabilidad de mejora y criterios sociales.

Destaca que la Administración sanitaria debe ser capaz de fijar tiempos máximos de espera razonables para cada tipo de procedimiento que esté en su cartera de servicios, garantizando al usuario el cumplimiento de esta espera, por lo cual deberá adecuar sus recursos a este compromiso.

Además J. Martí Valls dice que para entrar a pacientes en lista de espera y ordenarlos en ella, serán necesarios criterios de efectividad de los procedimientos, es decir, de indicación y valoración de mayor posibilidad de beneficio (costo-efectividad); criterios de mayor necesidad, por gravedad de la patología, pero también por asociación de criterios sociales, y finalmente criterios de orden de llegada. (Valls, 2002)

Si bien es cierto el personal de administración y enfermería tienen un rol importante en términos de gestión dentro de un hospital, la eficiencia en los procesos no tan solo pasa por sus buenas gestiones, sino que también directamente por los médicos y médicos interistas. Es así como los médicos a través de sus decisiones y diagnósticos pueden disminuir los tiempos de espera para un paciente, dependiendo de sus rápidas acciones y decisiones.

Como lo mencionan A. del Castillo Rueda; J. De Portugal Álvarez (2004), El médico internista en el entorno hospitalario es decisivo para favorecer una atención sanitaria centrada en las necesidades globales de la persona y es capaz de mantenerse como referente ante enfermedades específicas o nuevas.

A. del Castillo Rueda; J. De Portugal Álvarez definen a la Medicina Interna como “especialidad médica troncal de ejercicio fundamentalmente hospitalario que ofrece ser pionera en los objetivos de prevención de la enfermedad, alivio del dolor, asistencia sin curación y evitación de la muerte prematura, que incluye curar, cuidar, rehabilitar y paliar”.

El propósito del Servicio de Medicina Interna es la atención integral especializada de los enfermos con el fin de que los diagnósticos sean oportunos y así realizar una gestión eficiente de los recursos asistenciales con criterios de gestión clínica, ética y calidad con orientación hacia el usuario y hacia los procesos.

Se hace mención a la Medicina Interna porque el objetivo final es estandarizar los procesos clínicos de manera que se optimicen los recursos disponibles, es decir, que a determinados comportamientos de los pacientes, se realicen diagnósticos certeros y de esta forma se reduzcan los costos, mejoren los resultados asistenciales y se incrementen, consecuentemente, los grados de satisfacción tanto de usuarios como de profesionales. (Del Castillo Rueda & De Portugal Álvarez, 2004)

Cabe resaltar que de ninguna forma habrá buena gestión sanitaria sin una buena medicina, pero tampoco puede existir buena medicina sin una buena gestión sanitaria. Es importante añadir a las prácticas clínicas elementos de gestión, calidad y seguridad asistencial. De tal manera que el compromiso profesional y social sea entregar a los pacientes los mejores resultados posibles.

A. Del Castillo Rueda y P. Khosravi Shahi (2005), mencionan que la administración clínica y la gestión deben buscar un punto de encuentro para compartir conocimientos y proporcionar la mejor medicina posible con los recursos disponibles. Logrando de la mejor forma proporcionar al médico información completa de la máxima calidad, a fin de optimizar los recursos y los tiempos.

A través de estas prácticas se han generado alternativas que permiten optimizar el empleo de cama hospitalaria y potenciar su uso adecuado, como por ejemplo unidades de hospitalización domiciliaria, hospitales de día, unidades de diagnóstico, unidades de corta estancia (salas de alta rápida) y unidades de atención por procesos asistenciales. (Del Castillo; Khosravi, 2005)

Los hospitales son una de las organizaciones más complejas que existen en la actualidad. Además de los crecientes costos, los gastos en este sector son cada vez más importantes dentro de la actividad económica.

Las entidades públicas por lo general, constan de innumerables filas o colas de espera, que de alguna forma pasan a ser parte del funcionamiento normal del proceso para cada una de ellas, esto principalmente dado por el bajo costo para el usuario o en la mayoría de los casos la gratuidad ya que bajo esta consigna ningún país tiene suficientes recursos para dar soluciones a todas las necesidades en el sistema de salud.

Dentro de los factores que pueden intervenir en el tiempo de espera del usuario en el sistema de salud público, lo primero que se debe considerar son las políticas de acceso y universalidad vigentes (estructura sistema de salud), también debemos considerar los determinantes médicos de la salud y también los no médicos, los cambios demográficos, tecnológicos, el surgimiento de nuevos patrones de enfermedad y las expectativas de los pacientes.



También tiene un rol importante la capacidad que tenga el sistema: tanto en recursos humanos como en recursos físicos, camas, pabellones, equipamientos, etc., y sin duda la administración, tanto clínica como operacional, de los recursos, de los protocolos, de la productividad, de los incentivos y desincentivos, entre otras cosas.

Considerando los factores, cabe recalcar que existe un punto en donde la espera se transforma en excesiva y a su vez dañina para el bienestar del paciente, por otra parte la espera en otras enfermedades constituye a la recuperación parcial o total. (Departamento de Estudios y Desarrollo; C. Copetta, 2010, págs. 2-3)

Si bien los dos primeros estudios no son el real enfoque de la investigación, son lo más semejante, en primer lugar porque ambos analizan los procesos administrativos del centro asistencial y en segundo porque involucran a los trabajadores del centro asistencial en la identificación de los nudos críticos o aquellas situaciones donde no hay un uso eficiente de los recursos. Los aportes posteriores si bien no son estudios “in-situ”, dan claves de como los hospitales a través de la gestión clínica y administrativa pueden conseguir una atención médica hospitalaria excelente aplicando medidas sobre la base de criterios éticos, de gestión, calidad y seguridad, con la participación en las decisiones de todos los estamentos implicados, mejorando así las relaciones, realizando seguimiento de los procesos y comparando los resultados.

## **2 Capítulo II: Metodología**

### **2.1 Problemática**

Los procesos que se realizan dentro de un hospital en muchas ocasiones son complejos y no del todo conocidos, esto afecta directamente a la organización a la hora de lograr sus metas y objetivos, se produce principalmente porque si no se conocen los procesos y sus repercusiones, va en aumento la probabilidad de errores y la gestión deficiente de recursos. Un correcto control sobre estas actividades fortalece la posibilidad de lograr las metas y objetivos estratégicos del sistema de salud, además se verán una serie de beneficios que se estarán reflejados en los usuarios y pacientes del hospital.

Los hospitales son las organizaciones más complejas, deben manejarse con el objetivo de agregar valor, desplegando todas las herramientas de gestión disponibles. La actual gestión del hospital implica características diferentes, en disposición permanente de atender las expectativas y demandas del cliente.

La gran cantidad y la alta complejidad de los procesos ejecutados en los hospitales aumentan la posibilidad de cometer errores y en consecuencia desaprovechar los recursos, los que en las instituciones públicas no son muchos debido a los estrechos presupuestos.

Existen aspectos importantes a la hora de realizar una buena gestión por procesos. En primer lugar, buenos equipos de gestión capacitados para identificar y solucionar problemas, en segundo lugar, que el hospital sea capaz de manejar las exigencias de los procesos y por último es el mejor uso posible de los recursos disponibles.

### **2.2 Objetivo General**

- Contribuir a mejorar los procesos clínicos y administrativos que inciden en el aumento del tiempo de espera en la atención de la enfermedad prolapso de órganos pélvicos o genital del hospital de San Carlos, a través de la identificación y análisis de sus procesos.

## 2.3 Objetivos Específicos

- Identificar las etapas presentes desde el ingreso del paciente al sistema hospitalario hasta la alta médica y/o cirugía en el Hospital de San Carlos a través de diagramas de flujo.
- Determinar los nudos críticos que inciden en el aumento del tiempo de espera en la atención de la enfermedad prolapso de órganos pélvicos o genital del Hospital de San Carlos.
- Proponer alternativas de mejora en aquellos nudos críticos que generan aumento en el tiempo de espera para los pacientes de Prolapso de Órganos Pélvicos en el Hospital San Carlos.

## 2.4 Tipo de Estudio

La investigación fue de tipo cualitativa, ya que apunta al entendimiento de las ineficiencias identificando la causa, explicación, y respondiendo principalmente a la pregunta ¿Por qué la relación de los procesos de atención o ineficiencias, afecta a los tiempos de espera en la patología de Prolapso en el Hospital de San Carlos?. El estudio es de carácter netamente descriptivo pues se orienta a la descripción de cada uno de los hechos observados.

Para esto se necesita identificar y describir los procesos, de tal manera detectar aquellos puntos críticos que provocan el aumento en el tiempo de espera en la patología Prolapso en el Hospital de San Carlos y de este modo brindar mejoras pertinentes tanto clínicas y administrativas.

## 2.5 Fuentes de Información

Las fuentes de información que se utilizaron para esta investigación se pueden dividir en;

### 2.5.1 Fuentes Primarias:

Esta es netamente de carácter directo con las personas, ya que con las constantes visitas se conoció de manera presencial los procesos clínicos y administrativos que se encuentran involucrados en la especialidad de Ginecología del Hospital de San Carlos, en

la patología POP, contando con información directa tanto de administrativos, doctores, funcionarios y directivos que se relación con esta área.

### **2.5.2 Fuentes secundarias:**

Es el material relacionado con el tema a investigar, donde la información se centró en artículos, revistas, libros, bases de datos, datos estadísticos, estudios, informes, páginas web, etc., todo aquel material que entregó información necesaria para abordar el estudio de la manera más efectiva.

## **2.6 Métodos de recolección de información**

La recopilación de la información de la investigación, se efectuó de manera directa a través de entrevistas personales y observaciones.

Las entrevistas personales, hacen alusión a visitas en terreno al Hospital de San Carlos, realizando aquellas preguntas importantes para la investigación y de esta forma obtener la mayor información posible de boca, de administrativos, directivos y funcionarios. Las preguntas se originaron a partir de relatos de las personas entrevistadas, a medida que ellos relataron sus labores dentro del hospital.

En cuanto a las observaciones, esto fue de manera personal, llegando a una observación abierta, donde se pudieron contemplar todos aquellos procesos involucrados en la atención de la patología POP, logrando de este modo la identificación de estos procesos. También observaciones de objetos y situaciones de manera indirecta, donde se pudo observar información netamente del Hospital, como son sus registros, bases de datos, inventarios etc.

## **2.7 Análisis de la Información**

La información recopilada centra su foco en la diagramación de procesos de la enfermedad Prolapso de Órganos Pélvicos con la idea de entregar una herramienta visual de fácil comprensión para todo tipo de usuario, utilizando el programa Bizagi Modeler, la cual es la herramienta más completa para la diagramación de procesos de negocio. A su vez el mapa de procesos parte desde el ingreso del paciente hasta el término del vínculo con el Hospital de San Carlos, por lo que se abordó la información en cada proceso,

logrando constituir así el primer paso para la identificación de las deficiencias, problemas y nudos críticos presentes.

Cabe mencionar que se tomaron los resguardos necesarios para proteger la confidencialidad de la información, tanto del Hospital como de los pacientes de Prolapso de Órganos Pélvicos, manteniendo su uso con total responsabilidad y reserva.

### **3 Capítulo IV: Diagnóstico**

Para el diagnóstico de aquellos procesos ineficientes y puntos críticos que inciden en el aumento del tiempo de espera para el paciente de Prolapso de Órganos Pélvicos, es importante que se explique en forma sistemática cada uno de los procesos mediante los diagramas de flujo a fin de entender la situación actual del HSC. Estos diagramas son la base para la determinación de posibles mejoras, ya que al conocer la realidad de las distintas actividades, se podrá entregar un diagnóstico certero que contribuya a disminuir el tiempo de espera para los pacientes de POP.










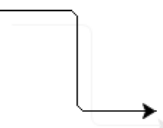
#### **3.1 Simbología**

Para lograr la interpretación deseada, es importante explicar la simbología utilizada en base a los requerimientos tanto de elaboración como para los distintos tipos de usuarios, con el fin de contribuir a una herramienta de fácil comprensión. A continuación la explicación de cada uno de los símbolos utilizados:

Tabla Explicativa de la Simbología

**Ver tabla 4**

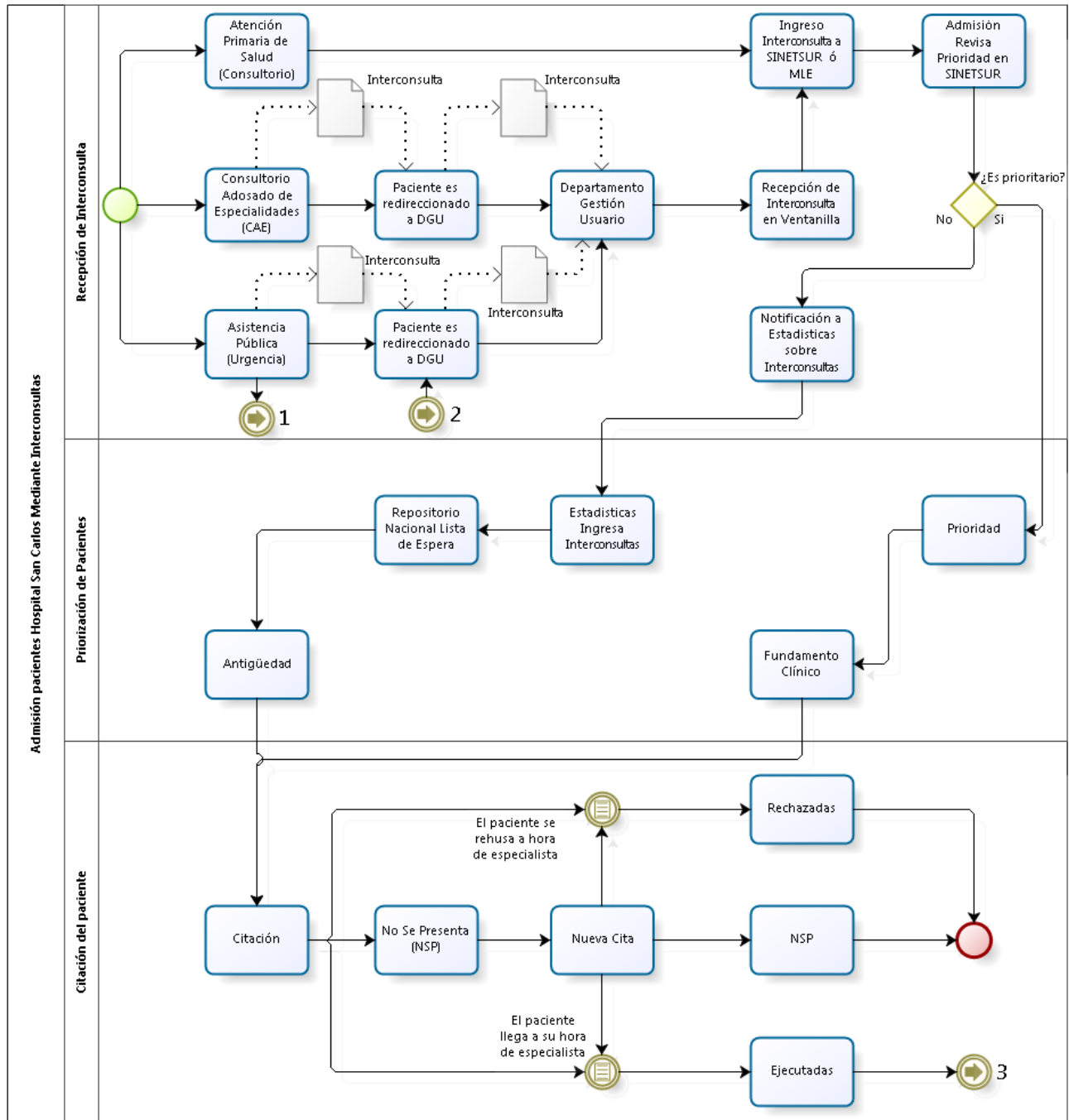
**Tabla 4: Explicación de la Simbología**

Símbolo	Nombre	Detalle
	Evento de Inicio	Indica donde comienza un proceso en el Diagrama de Flujo
	Evento Intermedio de temporización	Indica un tiempo de espera hasta la siguiente actividad
	Evento Intermedio de enlace de flujo	Indica el enlace hacia otro Diagrama de Flujo
	Evento Intermedio de condición	Indica la condición que debe cumplir hasta la siguiente actividad
	Evento Intermedio de enlace de subprocesos	Indica el enlace entre subprocesos que brinda información dentro de un diagrama de flujo
	Evento de Finalización	Indica el Final de un Diagrama de flujo
2	Conector Numérico de flujos	Indica el orden entre eventos de enlace y/o un evento de inicio entre Diagramas de Flujo
	Decisión o Camino	Indica una decisión o un camino a seguir dentro de un proceso
	Actividad	Indica una actividad dentro de un proceso
	Conector de Documentación	Indica un conector entre documentos desde una actividad a otra
	Conector	Indica un conector entre actividades dentro de un Diagrama de Flujo

Fuente: Elaboración Propia

### 3.2 Mapa de procesos del ciclo del paciente HSC.

#### 3.2.1 Flujo citación primer control con especialista Ginecológico



Fuente: Elaboración propia, con el programa Bizagi Process Modeler.



Para acceder a una atención mediante un médico especialista, en este caso un Ginecólogo, existen 3 instancias por las cuales se generan interconsultas (**Ver anexo 4**), la primera de ellas es la Atención Primaria de Salud (APS) que consiste en la generación de una interconsulta médica mediante el consultorio o centro de atención de primera instancia al cual pertenece el paciente, de este modo se genera la solicitud para atención con el médico especialista, que es derivada por el médico tratante en los centros ya mencionados. Esta interconsulta médica se realiza mediante el sistema SINETSUR, donde los funcionarios del DGU del HSC son los encargados de recepcionar aquella información, actualizando constantemente la base de datos con el fin de otorgar horas de manera oportuna y así no producir una espera significativa para el paciente. Otra base de datos a la cual se ingresan las interconsultas es el Modulo de Lista de Espera (MLE), que pertenece al Hospital Herminda Martín de Chillán, la razón por la cual se utiliza esta base de datos es por la nueva red Coelemu y Quirihue que aún no ha sido integrada a SINETSUR.

La segunda manera de ingreso mediante interconsulta es el Consultorio Adosado de Especialidades (CAE) que consiste en el ingreso del paciente mediante la atención de otra patología, en esta atención, el especialista tratante que debe señalar al paciente que debe ser atendido por un ginecólogo, de esta manera se genera la interconsulta médica de forma manual, así el paciente se dirige con la interconsulta al DGU, donde en ventanilla 1 las secretarías reciben este documento ingresándolo al sistema SINETSUR.

La tercera manera para generar una citación es mediante Asistencia Pública (urgencia) donde el paciente ingresa por una urgencia médica, y posteriormente la matrona entrega interconsulta manual, de esta manera el paciente debe dirigirse al DGU para la entrega de la interconsulta con el fin de generar una hora a especialista. El proceso de urgencia médica, será detallado mediante otro flujograma que se explicará más adelante en los enlaces 1 y 2.

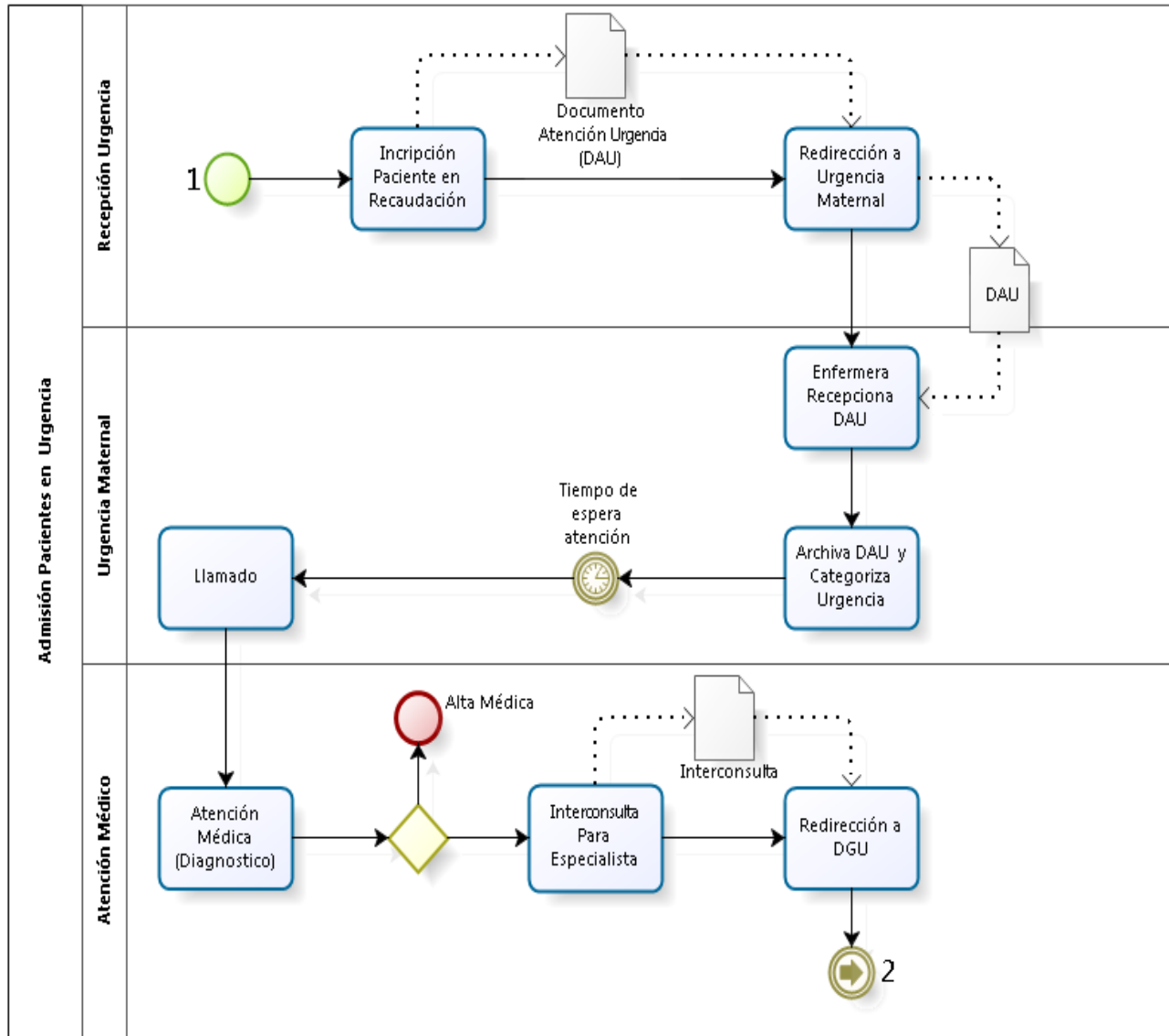
En los 3 casos, las secretarías en ventanilla 1 son las encargadas de revisar la prioridad de aquella interconsulta, mediante un fundamento clínico que realiza el médico tratante en APS, CAE y AP, generando de esta manera una citación más expedita que suele demorar 2 días. De no ser así se notifica al departamento de estadísticas sobre aquella interconsulta, la cual es ingresada en el RNLE y así entregar una hora a

especialista netamente midiendo la antigüedad de la solicitud. Este último camino derivado por la antigüedad, suele demorar entre 3 a 5 días.

Toda solicitud para citación con especialista ginecológico se realizará mediante una interconsulta médica, que debe ser recepcionada por el los funcionarios del DGU mediante las tres maneras antes detalladas, es este departamento quien se encarga de brindar la citación a través de llamado telefónico, contactando a el centro de atención primaria o Radios locales.

Cuando se cita al paciente a su hora con especialista, este puede rechazar aquella atención, ya sea porque no la requiere o netamente por motivos personales. Puede no presentarse a la citación por lo que el HSC deberá volver a contactar al paciente vía telefónica, medio masivos (Radio) o se contacta al centro de atención primaria correspondiente, lo cual conlleva una responsabilidad compartida tanto para el HSC, los APS y el mismo paciente, finalmente puede presentarse a la citación siendo esta considerada como una citación ejecutada. Este flujo de citación a primera atención con especialista, termina con el enlace de flujos número 3.

### 3.2.2 Flujo de Asistencia pública (Urgencia)



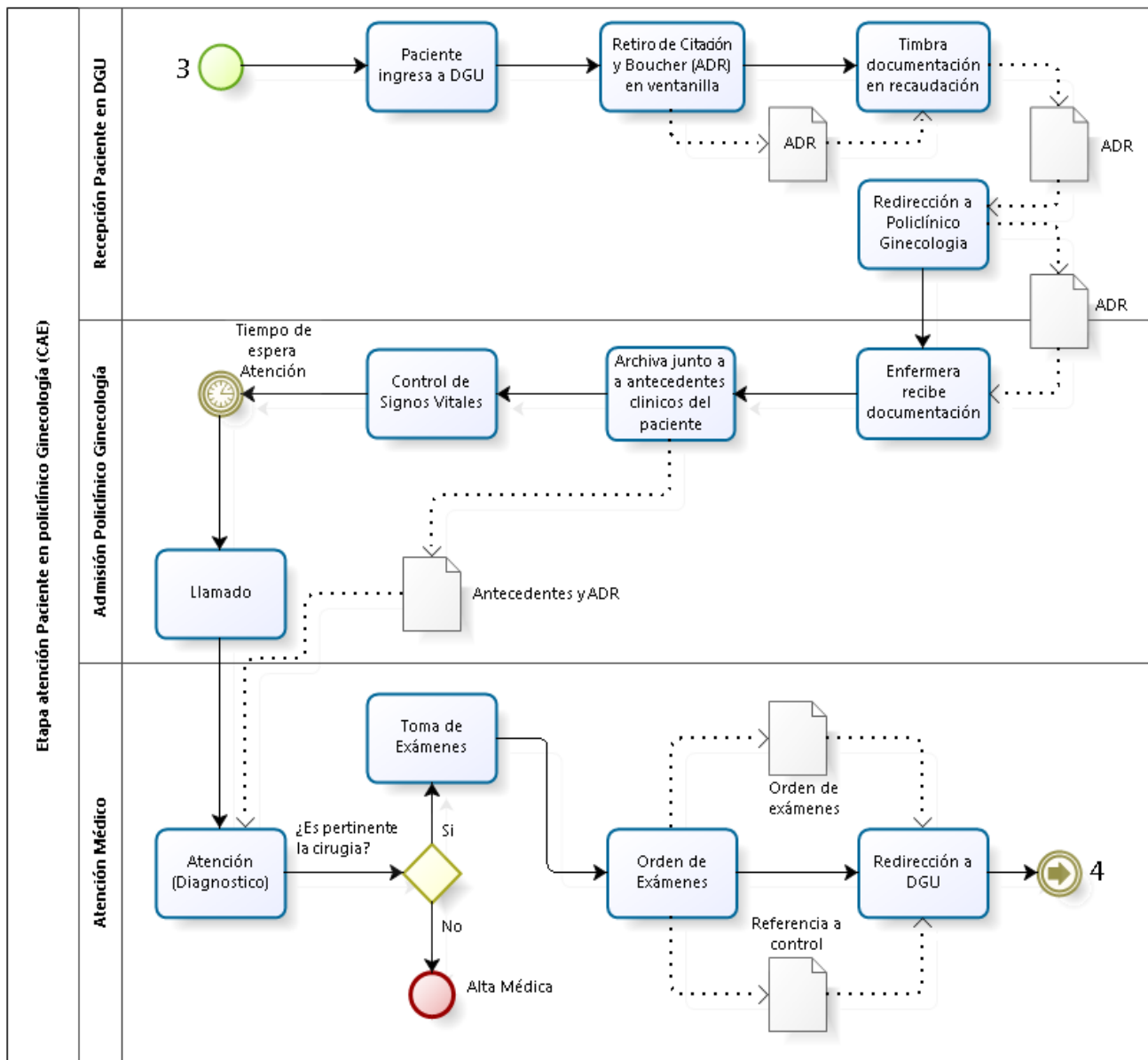
Fuente: Elaboración propia, con el programa Bizagi Process Modeler

Una de las maneras para poder solicitar hora con especialista ginecológico es a través de Asistencia Pública (Urgencia), donde la Matrona correspondiente entrega interconsulta para el ingreso a sistema SINETSUR y de esta manera brindar una hora con el especialista. Este flujo visualiza los procesos detallados de una atención mediante Urgencia hasta generar aquella interconsulta médica.

El flujo comienza con el conector numérico 1 donde el paciente hace ingreso a la Asistencia Pública (Urgencia) dirigiéndose a recaudación, es aquí donde la paciente presenta toda la información en relación a su estado de salud y datos personales, completado el DAU y así es redireccionado a Urgencia de Maternidad, donde enfermera de turno recepciona el DAU, archivándolo y categorizando la urgencia.

Una vez categorizada la paciente, se produce un tiempo de espera para su llamado. Una vez llamada, la matrona entrega un diagnóstico por el cual brinda interconsulta para que la paciente pueda solicitar una citación con un ginecólogo, de no necesitar una citación con especialista, la matrona estimará la respectiva alta médica. Este flujo termina con el conector numérico 2 que luego ingresa en el primer flujo de “citación a especialista” en la actividad de redirección a DGU.

### 3.2.3 Flujo Primera consulta con especialista Ginecológico



Fuente: Elaboración propia, con el programa Bizagi Process Modeler

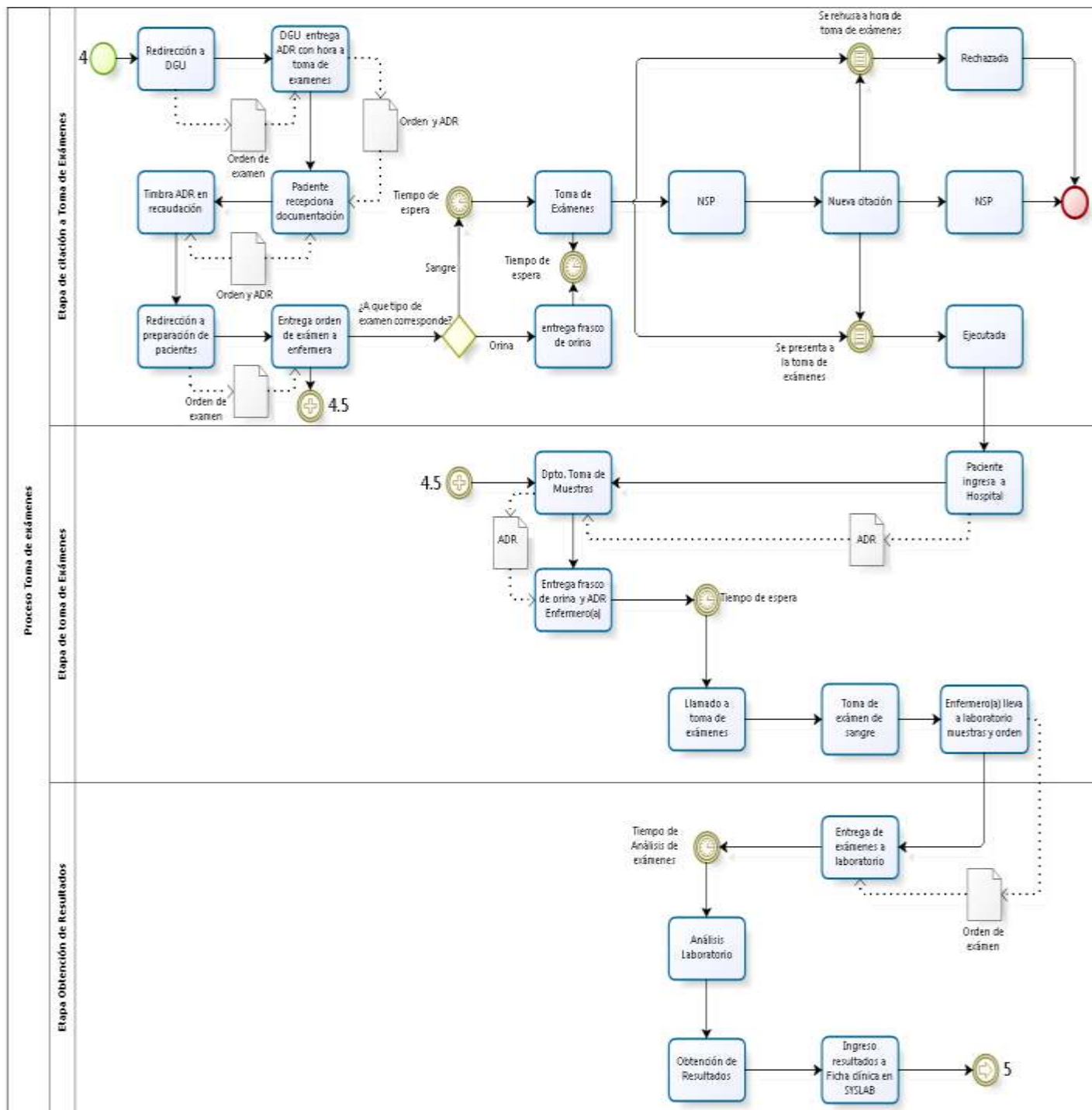
Este diagrama de flujo nos refleja la primera consulta con el especialista ginecológico, que inicia con la obtención de la hora correspondiente en el enlace numérico 3. De esta forma la paciente se dirige el día de aquella consulta al DGU, donde en ventanilla 1 retiran la citación (ADR) la cual es timbrada en recaudación, luego de timbrar la documentación, la paciente es redireccionada al policlínico de ginecología, donde se le prestara la atención correspondiente.

Una vez que se encuentra en el policlínico la enfermera de turno recibe y archiva el ADR junto a los antecedentes clínicos del paciente que se encuentran en sistema SINETSUR, además controla signos vitales (presión, pulso y peso) y entrega documentación al médico previo a la atención.

Luego de un tiempo de espera, el especialista llama a la paciente y diagnostica mediante un examen físico si el POP es pertinente para la cirugía, considerando la pertinencia de ambas partes tanto del especialista como de la paciente.

Si se considerara pertinente por ambas partes, se realiza la orden de toma de exámenes rutinarios de sangre, orina (**Ver anexo 5**) y ecografía transvaginal (**Ver anexo 6**), para descartar otros problemas clínicos que pueda generar la paciente que determinen un cambio de diagnóstico, para esto el especialista entrega la respectiva orden de exámenes y así mismo el documento referencia a control (**Ver anexo 7**) para que el paciente una vez obtenido sus exámenes pueda solicitar una nueva hora de atención. Este flujo de primera consulta con el especialista termina en el enlace número 4.

### 3.2.4 Flujo Toma de Exámenes de Sangre y Orina



Fuente: Elaboración propia, con el programa Bizagi Process Modeler

Este diagrama de flujo de proceso de toma de exámen de sangre y orina, visualiza todo los pasos a seguir de la paciente para llevar a cabo la toma de estos exámenes. El flujo comienza en el enlace número 4 cuando la paciente es redireccionada al DGU con la orden de exámen respectiva, donde la secretaria en ventanilla 1 brinda hora a toma de exámenes, revisando en sistema SINETSUR la disponibilidad y entregando a la paciente el ADR.

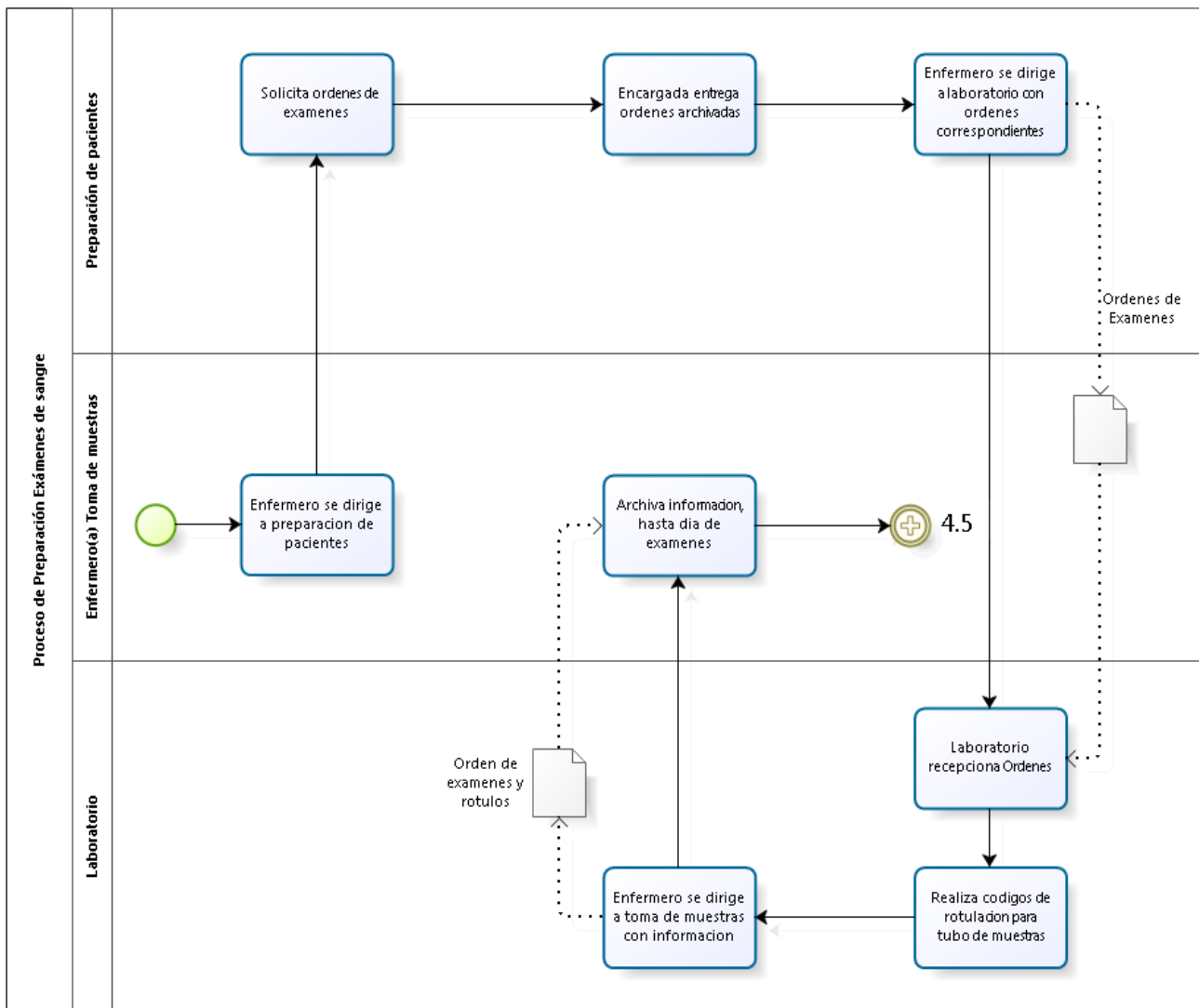
La paciente puede rehusar a esta hora, debido a toma de exámenes de manera particular o por motivos personales, de no ser así y aceptar la hora, la paciente timbra en recaudación su respectivo ADR y entrega orden de exámen en preparación de paciente, donde enfermera de turno archiva y entrega respectivo frasco de orina para la toma de esta solo de ser correspondiente. Cabe mencionar que el tiempo desde la citación hasta la toma de los exámenes es aproximado a 3 a 5 días.

Una vez llegado el día del exámen la paciente puede no presentarse y de esta forma se genera una nueva solicitud por el DGU. De ser ejecutada la cita a toma de exámenes, la paciente ingresa al Departamento de toma de muestras con su ADR, donde enfermero de turno recibe ADR correspondiente y frasco con orina de la paciente, la cual es rotulada. El proceso para obtener la rotulación de los frascos será explicado en un diagrama de subproceso intermedio que se detallara próximamente. Luego del tiempo de espera para el llamado a toma de muestras, el paciente ingresa para su respectiva toma de sangre la cual es depositada en los tubos de muestras correspondientes.

Al finalizar la toma de muestras del día, el enfermero del Departamento de toma de muestras se dirige al laboratorio con estas y sus respectivas órdenes de exámen, las cuales son recepcionadas e ingresadas en el sistema SYSLAB previo a su análisis. Después de un tiempo de espera de 1 a 3 días, los resultados de los exámenes son ingresados al sistema SYSLAB, donde el especialista ginecológico puede tener acceso a ellos.



### 3.2.5 Flujo de recepción y rotulación de frasco de muestras

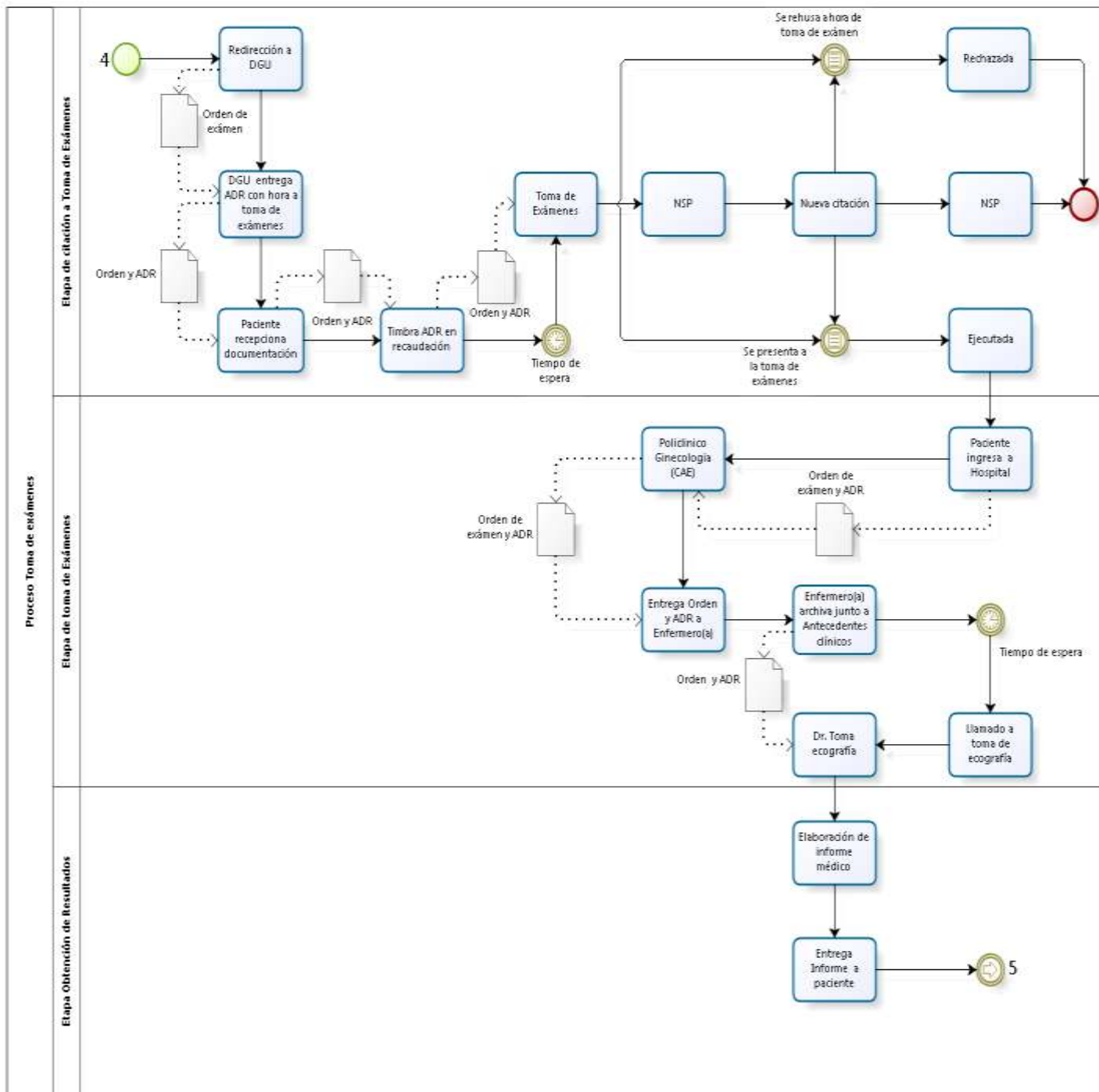


Fuente: Elaboración propia, con el programa Bizagi Process Modeler.

Dentro del proceso anterior, encontramos un sub-proceso que ayuda a comprender como se realiza la previa rotulación de frascos de muestras y redirección de las órdenes de exámenes.

Esto inicia cuando el enfermero de turno del departamento de toma de muestras se dirige el día anterior a preparación de pacientes a buscar toda las órdenes de exámenes archivadas para el día siguiente, las cuales son llevadas al laboratorio, quienes recepcionan aquellas órdenes para realizar la rotulación de los frascos de muestras, que consisten en respectivos códigos por paciente, para cada uno de los frascos, los cuales son llevados con las ordenes de exámenes al Departamento de toma de muestras para el día de la toma de exámenes. Cabe mencionar que este flujo termina en el enlace de subprocesos número 4.5 y a su vez ingresa con el mismo número en otra actividad del flujo anterior, lo que indica solo la conexión de un subproceso dentro del mismo flujo.

### 3.2.6 Flujo proceso de toma de exámenes (Ecografía)



El flujo de proceso de toma de exámen ecografía comienza en la etapa de citación a toma de exámenes en el enlace número 4, redireccionando al paciente al DGU con su orden de exámen entregada por el médico, la secretaria en ventanilla 1 del DGU recepciona la orden de exámen y entrega citación (ADR), seguido a esto el paciente se dirige a recaudación y timbra la documentación con el fin de validarla, una vez timbrado se produce un tiempo de espera hasta la toma del exámen. Es importante mencionar que el tiempo promedio de espera para ecografías de POP es de 535 días, siendo el paciente con más días de espera 951 días y el de menos espera 143 días al 20 de noviembre de 2015.

**Ver Tabla 5**

**Tabla 5: Lista de Espera Ecografías POP.**

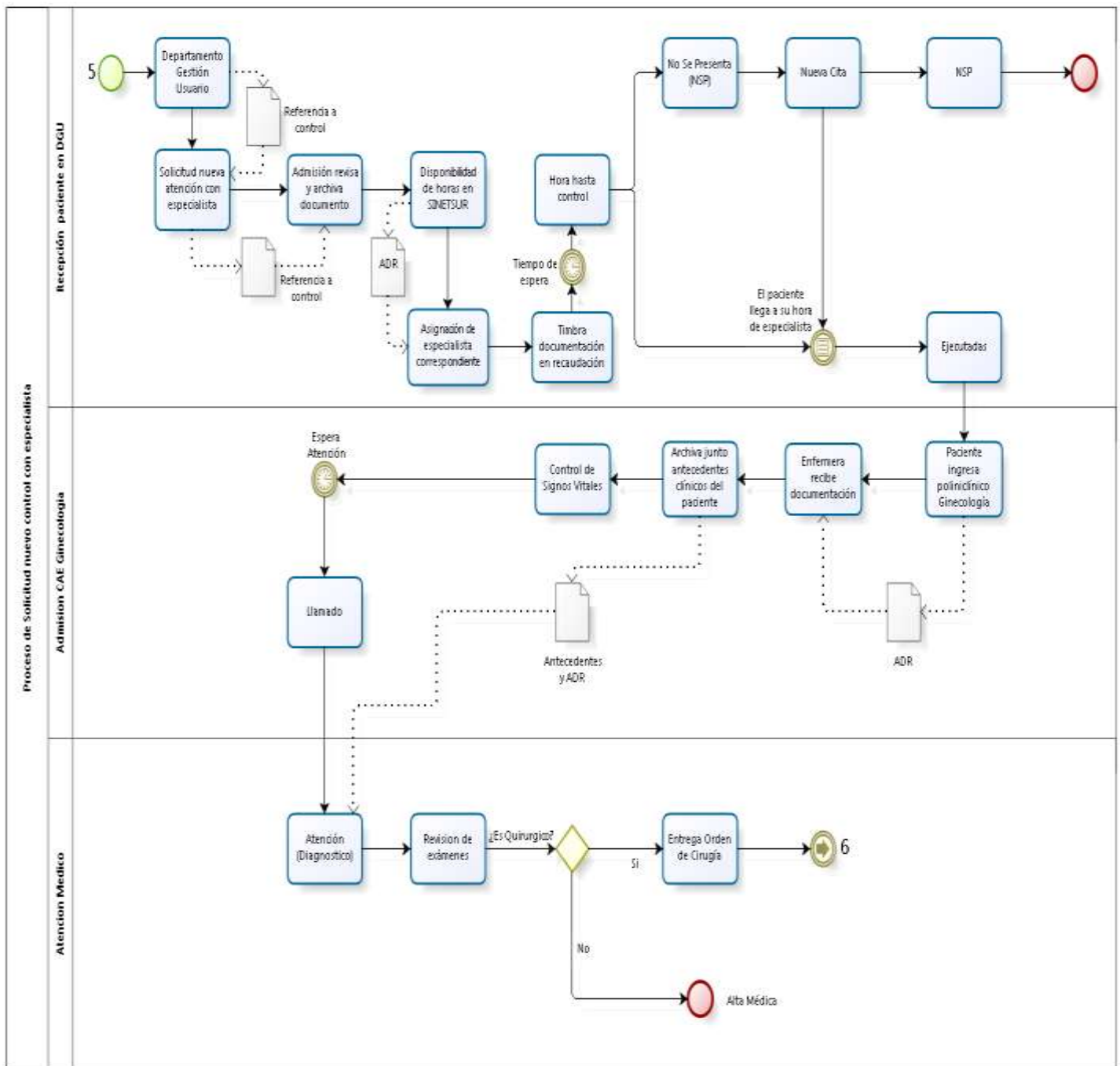
Días de espera	Tipo de exámen	Diagnostico
951	ECO TV	Prolapso
923	ECO TV	Prolapso
817	ECO TV	Prolapso
524	ECO TV	Prolapso
523	ECO TV	Prolapso
523	ECO TV	Prolapso
385	ECO TV	Prolapso
306	ECO TV	Prolapso
250	ECO TV	Prolapso
143	ECO TV	Prolapso

Fuente: Elaboración Propia, base de datos HSC

Una vez llegada la hora del exámen puede producirse la misma situación explicada en el flujo de exámen de sangre, Rechazar, NSP, o efectivamente se ejecuta. En el caso de que se ejecute correctamente, la paciente ingresa al hospital y luego al policlínico de ginecología donde entrega orden de exámen y ADR a enfermera en sala preparación de pacientes, la enfermera archiva ADR junto a orden de exámen y entrega al médico mientras el paciente espera hasta el llamado a toma de ecografía. Cabe mencionar que la ecografía para diagnosticar el POP es de tipo transvaginal.

Luego que el ginecólogo y el ecógrafo estén preparados, llama al paciente y toma la ecografía, una vez tomando la ecografía el médico elabora un informe en conjunto con una secretaria y finalmente entrega el informe a la paciente. De este modo termina el flujo de toma de ecografía con el enlace número 5. Destacar que el proceso de toma de ecografía demora 1 día.

### 3.2.7 Flujo solicitud y atención segundo control con médico especialista



Fuente: Elaboración propia, con el programa Bizagi Process Modeler

El flujo de solicitud segundo control con especialista comienza en la etapa de recepción del paciente en el enlace número 5 con el documento referencia a control otorgado en el enlace 4. En primera instancia el paciente es redireccionado hacia el DGU con el documento Referencia a Control, al cual se dirige una vez de tener los resultados de los exámenes, en DGU la paciente entrega a la secretaria de admisión en ventanilla número 1 el documento antes mencionado para solicitar un segundo control con el médico especialista tratante, posteriormente la secretaria archiva y revisa la documentación con el fin de otorgar una hora de atención al médico que vio la paciente en primera instancia, una vez revisado el nombre del médico, procede a ver disponibilidad de horarios en la base de datos SINETSUR y asigna hora al paciente con el especialista indicado en el documento Referencia a Control junto con la citación (ADR), luego de recepcionar el ADR, el paciente debe timbrar en recaudación a fin de validar el documento. Este proceso de asignación de hora a especialista toma el tiempo de 1 día para el paciente de POP, pero hasta la atención puede demorar de 3 a 5 días.

Posterior a la citación, el paciente debe esperar hasta el día del segundo control, ese día pueden presentarse dos instancias, la primera es que el paciente no se presente (NSP) a su hora de especialista por lo que el HSC deberá realizar una segunda cita al paciente mediante llamado telefónico, contactando a su centro de Atención Primaria de Salud y en última instancia mediante publicación masiva en Radios Locales, este proceso de segunda cita en términos de tiempo para el paciente puede ser rápido como extenso principalmente dependiendo de la agilidad con la cual se contacte al paciente, es decir, existen responsabilidades compartidas tanto del HSC, APS, o el mismo paciente. Si a esta segunda cita el paciente no vuelve a presentarse, se finaliza el proceso de atención, por lo que el paciente debe solicitar una nueva hora mediante su APS, AP o CAE.

La segunda Instancia es que efectivamente el paciente se presente el día de control por lo que esta citación se considera ejecutada. Al llegar el paciente a su hora de segundo control con especialista se dirige al policlínico de ginecología con el ADR, este documento es recepcionado por la enfermera en sala de preparación de pacientes el cual adjunta junto a antecedentes clínicos del paciente y luego controla los signos vitales. Paralelamente la enfermera entrega los antecedentes clínicos y ADR al médico, mientras el paciente espera por su atención en sala de espera hasta el llamado. Una vez Ingresado al Box, el Médico atiende al paciente revisa sus exámenes y puede otorgar el alta o bien

confirma el diagnóstico de POP, por lo que el médico procede a entregar orden de cirugía.  
De este modo termina el flujo de solicitud y segundo control en el enlace número 6.





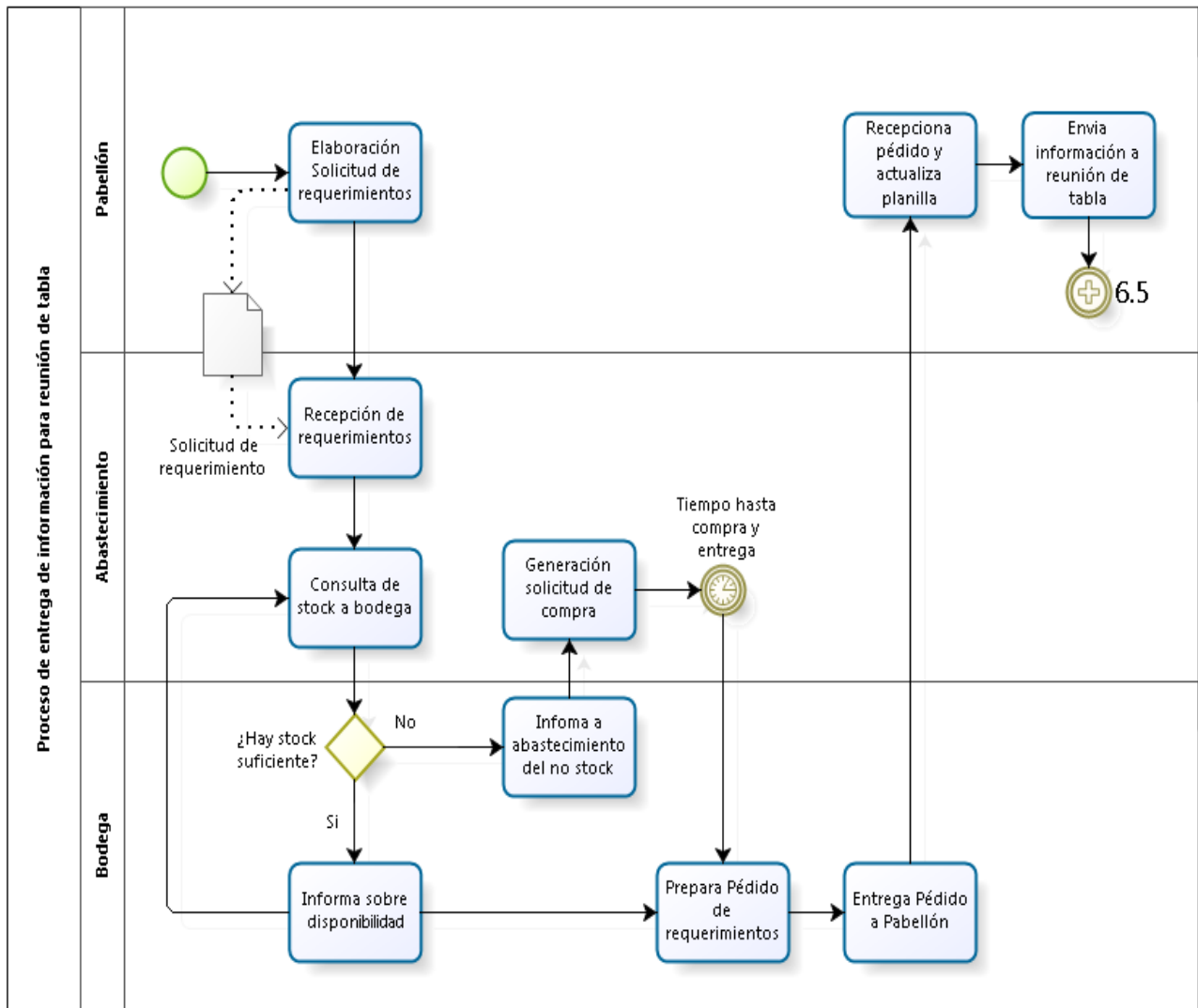
El Flujo de preparación para cirugía comienza en la etapa de citación a reunión de tabla en el enlace número 6 cuando el paciente se dirige hacia maternidad con la orden de cirugía entregada por el Médico tratante, llegando a maternidad el paciente entrega la orden de cirugía a la secretaria quien registra en un libro de actas y asigna hora a reunión de tabla. Este proceso de citación a reunión de tabla en términos de tiempo para el paciente es 1 día, pero el tiempo hasta la reunión de tabla varía entre 30 o 45 días dependiendo del número de cirugías programadas.

El día de la reunión de tabla el paciente puede que NSP o que efectivamente se Ejecute siguiendo la misma temática del diagrama de flujo anterior. Una vez que se considera la citación como ejecutada, el paciente ingresa al HSC específicamente a maternidad a la reunión de tabla con sus exámenes y la orden de cirugía. En la reunión de tabla participan 4 personas, la paciente, secretaria, matrona y médico tratante; cabe mencionar que en la reunión de tabla deben estar presentes una serie de informaciones por lo que el símbolo de enlace de subprocesos indica un subproceso que deriva a la información que debe estar disponible en la reunión pero que será explicado más adelante.

Una vez en la reunión de tabla el doctor revisa las variables que ingresan en el enlace 6.5 y evalúa los exámenes por lo que debe tomar dos decisiones respondiendo en primera instancia a la pregunta ¿Están disponibles todos los requerimientos?, la respuesta a esta decisión tiene dos caminos, el Sí deriva a la entrega de orden de hospitalización al paciente y el flujo termina en el enlace número 8, y la respuesta No deriva a la postergación de la cirugía por lo que la secretaria debe asignar una nueva hora a reunión de tabla. Una vez asignada esta nueva hora el proceso continúa en el enlace número 7 con el reingreso del paciente a la reunión de tabla el día asignado por la secretaria.

La segunda pregunta a la cual debe responder el médico es ¿Están completos los exámenes?, Si los exámenes están completos se deriva la entrega de una orden de hospitalización y el flujo termina en el enlace número 8, y si no están completos el médico deriva una nueva orden de examen dependiendo de cuál de los exámenes este incompleto y el paciente debe ser redireccionado al enlace 4.

### 3.2.9 Flujo de información para reunión de tabla (Pabellón)



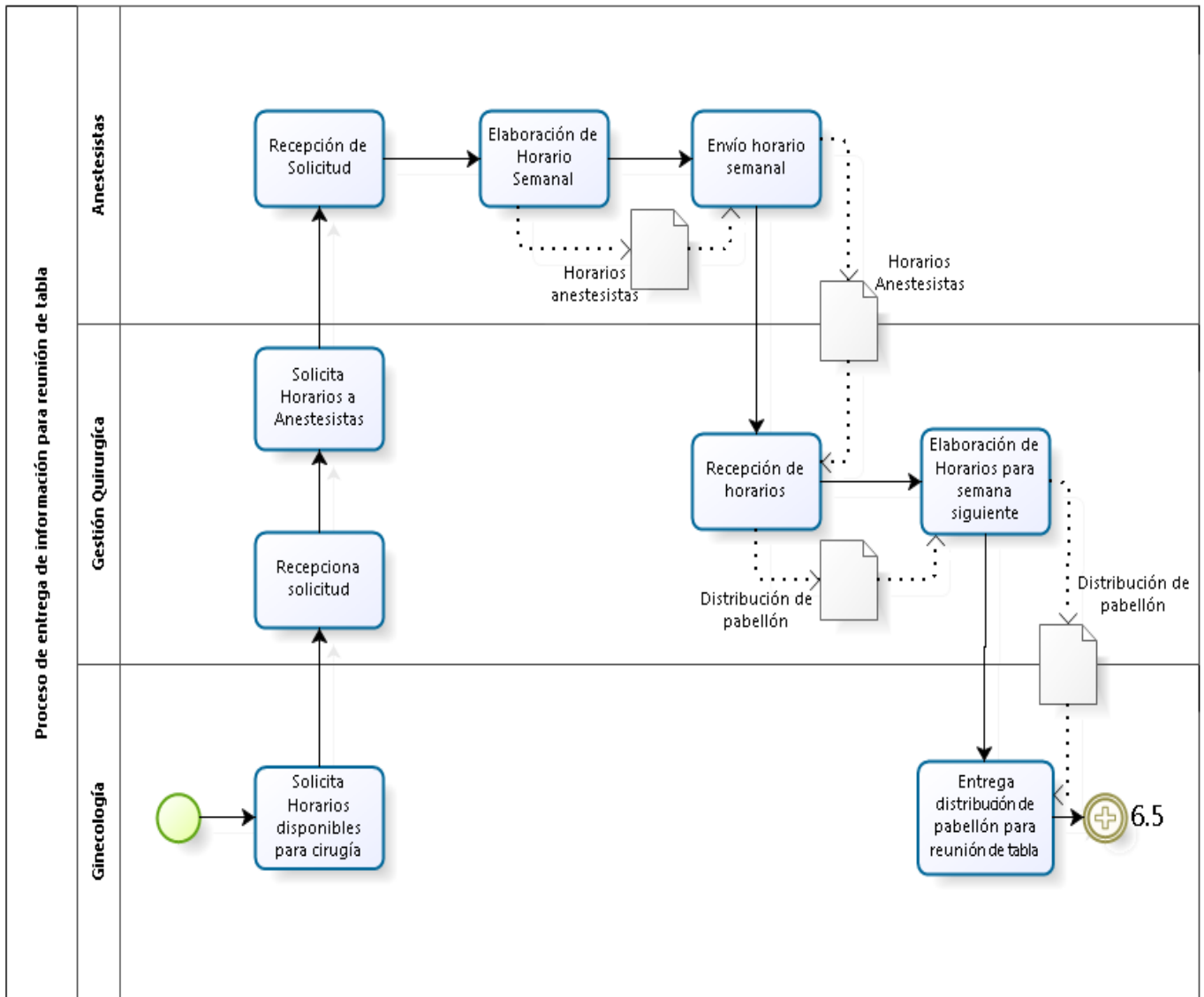
Fuente: Elaboración propia, con el programa Bizagi Process Modeler

Como se mencionaba en la explicación del flujo anterior, el flujo de información para reunión de tabla pabellón es un flujo de proceso intermedio, este flujo cumple la misión de entregar información necesaria para la correcta coordinación en la reunión de tabla con respecto a la cirugía, es por esto que termina en el enlace 6.5 que es el número de enlace de la actividad del flujo anterior que entra a reunión de tabla.

Este flujo comienza en pabellón cuando se elabora la solicitud de requerimientos, esta solicitud es vía correo electrónico en planillas Excel o mediante documento impreso, ambos llamados solicitud de requerimientos, posteriormente es abastecimiento quien recepciona esta solicitud por lo que debe consultar a bodega sobre la existencia de estos requerimientos, en el caso de no haber stock suficiente el departamento de bodega debe informar a abastecimiento que no cuenta con dicho requerimiento en consecuencia abastecimiento generara una solicitud de compra, luego a la solicitud se produce un tiempo de espera hasta que el pedido llega a bodega. Cabe mencionar que nunca se ha postergado una cirugía por falta de insumos, ya que el HSC en situaciones parecidas ha agotado todos los medios posibles, con el fin de lograr el abastecimiento de los insumos.

El otro camino es que bodega cuente con el total de los requerimientos por lo que informa a abastecimiento sobre la disponibilidad. En ambos casos una vez disponibles los requerimientos, se procede a preparar el pedido seguido de la entrega de este a pabellón, pabellón recepciona y actualiza sus planillas de requerimiento o insumos y envía información a ginecología a modo que la información esté disponible para reunión de tabla. Este flujo como antes se mencionaba, termina en el enlace de procesos intermedios número 6.5.

### 3.2.10 Flujo de información para reunión de tabla (Ginecología)

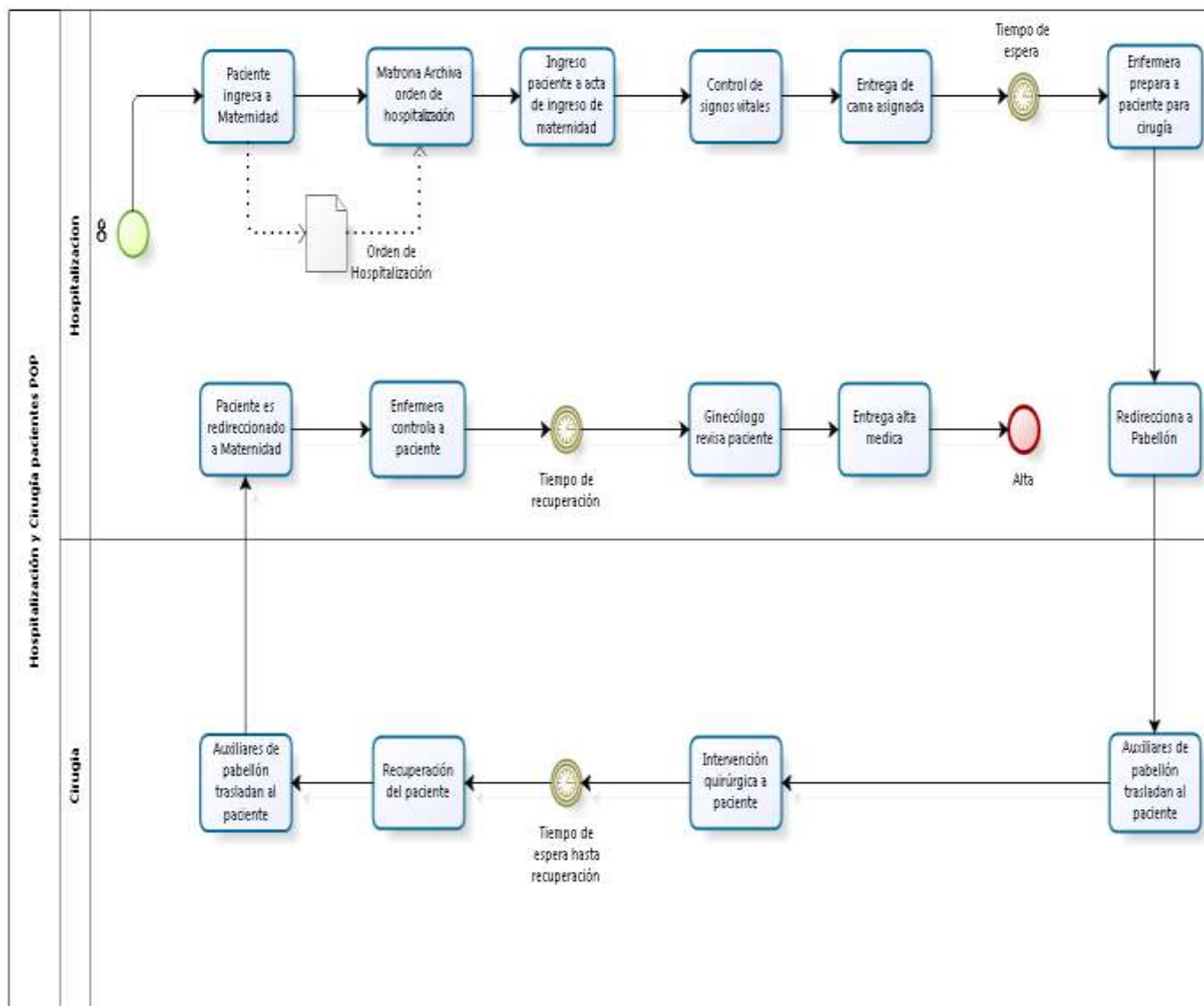


Fuente: Elaboración propia, con el programa Bizagi Process Modeler

Al igual que el flujo anterior, el flujo de información para reunión de tabla Ginecología es un flujo de proceso intermedio, cumple la misión de entregar información necesaria para la correcta coordinación en la reunión de tabla con respecto a la cirugía, es por esto que termina en el enlace 6.5 que es el número de enlace de la actividad del flujo preparación para cirugía anterior que entra a reunión de tabla.

Este flujo comienza con la solicitud de ginecología a gestión quirúrgica sobre los horarios disponibles para pabellón de la semana siguiente, gestión quirúrgica recepciona la solicitud de ginecología y a su vez solicita horario a los anestesiistas, los anestesiistas elaboran su horario semanal para luego enviar horario semanal a gestión quirúrgica, este último por su parte recepciona aquellos horarios y elabora la distribución de pabellón semanal que finalmente es enviado a ginecología. Este flujo como antes se mencionaba, termina en el enlace de procesos intermedios número 6.5, que es la reunión de tabla.

### 3.2.11 Flujo de hospitalización y Cirugía paciente POP



Fuente: Elaboración propia, con el programa Bizagi Process Modeler

El flujo de hospitalización y cirugía comienza en el enlace número 8 mediante el ingreso del paciente hacia la maternidad del HSC con el documento orden de hospitalización, este documento es recepcionado por la matrona en la sala de ingreso pacientes donde procede a archivar y luego a ingresar los datos del paciente en un acta de ingresos, una vez ingresados los datos, controla los signos vitales y entrega la cama asignada. Cabe mencionar que este proceso en términos de tiempo para el paciente es 1 día, ya que por protocolo del HSC el paciente debe ingresar el día antes a ser intervenido.

Por lo explicado anteriormente existe un tiempo de espera. Una vez llegado el momento de la cirugía el paciente es preparado para la intervención por la enfermera de turno y redireccionado junto con los auxiliares de pabellón quienes trasladan al paciente a pabellón, una vez en pabellón el paciente es anestesiado de manera regional y luego se produce la cirugía.

Posterior a la intervención Quirúrgica, existe un tiempo hasta la recuperación del paciente, este tiempo es aproximadamente 2 horas y es principalmente para que termine el efecto de la anestesia, una vez que el paciente este recuperado de la anestesia, los auxiliares trasladan al paciente hacia la cama designada en maternidad. Por último, ya instalado en la cama, la enfermera de turno controla al paciente periódicamente hasta que el ginecólogo finalmente realice un último chequeo y estime el alta del paciente. El alta de la paciente puede ser entre 24 a 48 horas después de la intervención quirúrgica.



### 3.3 Detección de Puntos Críticos

Realizado el diagnóstico y reconocidos cada uno de los procesos que involucra al paciente desde su ingreso hasta el desvinculo en el HSC, se analizó la información y de este modo se detectó aquellos puntos críticos (problemas) más significativos y que llevan a un aumento en el tiempo de espera del paciente de la patología POP.

- a) En primer lugar en el flujo de citación primer control con especialista, se detectó que el ingreso de las interconsultas al MLE provoca un tiempo de espera mayor para aquellos pacientes que provienen de la nueva red del HSC (Coelemu y Quirihue), principalmente porque no se encuentra incorporada al sistema SINETSUR. Esto debido a que el HCHM es el encargado de ingresar estas interconsultas al MLE y posteriormente enviar al RNLE con dirección al HSC. Cabe mencionar que el tiempo de espera normal para una citación mediante SINETSUR es de 3 a 5 días, mientras que a través del MLE el proceso puede demorar más de 5 días, principalmente porque la información no es redireccionada periódicamente.
  
- b) En el flujo primera consulta con especialista ginecológico, se detectó mediante entrevistas, que el ginecólogo puede realizar una ecografía durante la atención a un paciente, en lugar de entregar una orden de toma de ecografía, esto debido a que junto a los 2 box de ginecología y la sala de ARO, se encuentra una sala equipada para la toma de este exámen, además cabe destacar que por lo general en las tardes se encuentra desocupada. Analizadas las entrevistas se detectó que la principal deficiencia es la extensa lista de espera que existe para la toma de una ecografía, si bien es cierto la lista es un problema general para el HSC, esto afecta de manera directa la patología estudiada Prolapso de Órganos Pélvicos, debido a que previo a la intervención quirúrgica se requiere la toma de este exámen. Es importante mencionar que en una entrevista directa con uno de los especialistas se determinó que está en el criterio de cada especialista efectuar o no la ecografía en alguna de las atenciones con el paciente. Este exámen según la información recopilada en base de datos del HSC, tiene un tiempo promedio de espera de alrededor de 535 días para la patología POP, siendo la paciente con mayor espera 951 días y la de menos espera 143. Y el promedio de todas las patologías ginecológicas es de 532 días.

- c) El tercer punto crítico identificado es el que se produce en el flujo de preparación para cirugía. En la explicación de este flujo en el capítulo de diagnóstico, se menciona que hay dos tipos de informaciones importantes a la hora de agendar una cirugía, estas dos informaciones son los requerimientos de pabellón y la disponibilidad de los horarios de anestesistas. Esta última información pese a que es oportuna, tiene una variable como limitante, que se trata de la disponibilidad de anestesistas en virtud de la capacidad de pabellón. La principal problemática es que la capacidad del pabellón no es utilizada en su totalidad provocado por el escaso número de anestesistas en el HSC, bajo esta circunstancia se condiciona una menor asignación de pabellones para el área Ginecológica.

## **4 Capítulo V: Propuestas de mejora**

Una vez identificados los puntos críticos que producen el aumento del tiempo de espera, es importante analizar la información base para de esta forma desarrollar una propuesta de mejora adecuada a los requerimientos y la realidad.

### **4.1 Propuesta nudo crítico A**

Para analizar el punto crítico identificado en la letra A del capítulo anterior, cabe destacar que la variable más significativa es la frecuencia con la cual se ingresan las interconsultas al RNLE por parte del HCHM, esta variable si bien es cierto no depende directamente del HSC, si genera un aumento en el tiempo de espera para los pacientes, ya que como se mencionaba anteriormente, no se redireccionan las interconsultas con la frecuencia adecuada.

La principal propuesta de mejora para este punto crítico es que el HSC pueda integrar el sistema SINETSUR en esta nueva red geográfica de centros de salud. Bajo este punto de vista el principal beneficio y a su vez el más significativo, sería que los centros de salud derivados de la red Coelemu-Quirihue, puedan ingresar las interconsultas generadas de forma directa enlazadas con el HSC y así lograr que los pacientes tengan una atención más oportuna debido a que el proceso de citación pasaría a ser igual que el resto de los centros de salud ya integrados, siendo realizado en un máximo de 5 días y no más, excepto en aquellos casos donde no se logre comunicación, además se eliminaría el proceso de redirección por lo que habría un proceso mucho menos engorroso.

Es importante mencionar que el HSC ya se encuentra trabajando para mejorar este punto crítico. A partir del segundo semestre del año 2015 se estableció un programa de trabajo con el fin de integrar todas las redes del HSC en una sola base de datos, ejemplo; centros de salud asociados como los mismos departamentos del hospital.

### **4.2 Propuesta nudo crítico B**

Para abordar el problema identificado en la letra B del capítulo anterior, se recopiló información en el HSC con respecto a todas las variables que afectan esta problemática, como; datos estadísticos de ecografías pendientes, horarios de especialistas, horarios de

atención, tiempo promedio de ecografía, tiempos promedios de atención, disponibilidad de la sala de ecografía, entre otros. Todas estas variables fueron conseguidas entrevistando de manera personal a cada uno de las personas involucradas en este proceso; administrativos, enfermeros y médicos especialistas.

Si bien es cierto la patología estudiada es Prolapso de Órganos Pélvicos, para entregar propuestas es necesario abordar la totalidad de las ecografías pendientes. La información brindada por el HSC hace referencia a los siguientes datos:

**Ver tabla 6**

**Tabla 6: Lista de espera total ecografías**

Total pacientes en espera	Paciente con menor espera	Paciente con mayor espera	Promedio total lista de espera
451	5 días	2292 días	532

Fuente: Elaboración Propia, base de datos HSC

Bajo este contexto se determinó que el tiempo de espera para la toma una ecografía es demasiado extensa, existiendo incluso ecografías pendientes desde el año 2009 (dato proporcionado por departamento de estadísticas HSC). Según la información entregada por administrativos, la causa más significativa por la cual existen pacientes desde ese tiempo es porque no se ha logrado establecer contacto, es decir, no se ha podido informar al paciente sobre la hora de presentación a toma de exámenes. Cabe mencionar que el HSC ya estableció una estrategia para abordar aquellos casos donde no se logró contacto alguno. La estrategia consiste en ver cada caso en particular de esta forma establecer contacto con los pacientes y así lograr rebajar la lista.

La primera de las variables es el uso del ecógrafo. Se recopiló información con respecto a este tema con los funcionarios encargados; enfermeras, secretarias, matronas, y se determinó que el ecógrafo en su mayoría es utilizado solo por las mañanas dejando un vacío en las jornadas de la tarde y en tiempo completo el día lunes, lo cual da a demostrar el bajo uso de este recurso en relación a su capacidad. **Ver tabla 7**

**Tabla 7: Uso semanal del ecógrafo**

Horario	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Mañana de 09:30 a 13:30	Sin uso	12	12	12	12
Tarde de 14:00 a 17:00	Sin uso	Sin uso	Sin uso	Sin uso	Sin uso

Fuente: Elaboración Propia, base de datos HSC

Según la información detallada en la tabla, se desprende que el promedio de ecografías semanales es de 48. Además se reafirma que existe una capacidad ociosa dado al bajo uso de la sala de ecografías, ya que el ecógrafo no tiene un número limitado para la toma de exámenes.

Siguiendo con las variables se hace mención a que existen cinco especialistas ginecológicos que trabajan en el HSC y solo dos de ellos son los encargados de tomar ecografías mediante órdenes. Este último punto es la principal causa por la cual se producen las extensas listas de espera para toma de ecografía, ya que la mayoría de los ginecólogos derivan las ecografías mediante órdenes, tomando en consideración que todos están capacitados para la toma de este examen.

Como se explicó anteriormente solo hay dos especialistas que toman los exámenes mientras los especialistas restantes están destinados a otras labores dentro del HSC, esto demuestra que existe un déficit de especialistas que se dediquen a la toma de exámenes.

Analizada la problemática, las variables uso del ecógrafo y disponibilidad de los médicos, se establece la siguiente propuesta de mejora con el fin de terminar la lista de espera para toma de ecografías o reducirla en el máximo posible. De esta forma abordar a los nuevos pacientes de ginecología con un servicio mucho más expedito.

La primera propuesta de mejora es la contratación de horas para toma de ecografías. Esta contratación de horas consiste en uno o dos médicos ginecólogos adicionales que tomen los exámenes pendientes en los horarios donde el ecógrafo no es utilizado, es decir día lunes en la mañana o en la tarde, el día martes, miércoles y jueves por la tarde. Además del o los ginecólogos, se debe contratar a una secretaria

administrativa como asistente y asimismo la serie de insumos que deben ser utilizados junto al ecógrafo.

La asignación por jornada adicional será de 9 ecografías en 3 horas, considerado que por la mañana en 4 horas se toma un total de 12 ecografías. Adicional a las 48 ecografías que toman en la actualidad, se sumarían 36 ecografías producto de esta contratación.

El principal beneficio de contratar horas para ecografías es que la lista de espera de ecografías se verá disminuida en un tiempo aproximado de 5 semanas y media (38 días de espera aprox.) y no 10 semanas y media (73 días de espera aproximado). Bajo este punto de vista la lista se reduciría al mínimo posible.

Como se mencionó anteriormente 3 de los 5 médicos solo entregan órdenes de ecografía y no las toman, por lo que se genera una gran cantidad de horas para toma de exámenes. Dada esta circunstancia y analizada todas las variables, otra propuesta adicional a la anterior, es que en la primera consulta con especialista, el médico pueda realizar una atención integrada, esta atención deberá constar de un examen físico y la toma de una ecografía, de esta forma el beneficio será que no se generen nuevas órdenes de exámenes y por ende no se producirá la extensa lista y tiempo de espera que afecta hoy a los pacientes de POP en el HSC.

Otro de los factores asociados a la toma de la ecografía, es la calidad del ecógrafo, si bien es cierto existe una sala de ecografías, el equipo con el cual cuenta el HSC es de muy baja calidad. Según relatos de enfermeros(as) y secretarías asistentes en sala de ecografías, el ecógrafo es demasiado antiguo, por lo que las imágenes emitidas en muchos casos son bastante deficientes.

Analizada esta variable, es importante la implementación de un nuevo ecógrafo con el fin de entregar una mejor atención a los pacientes y también una buena implementación a los especialistas ginecológicos.

### 4.3 Propuesta nudo crítico C

Según el punto crítico identificado en la letra c abordado en el capítulo anterior, se pueden analizar diferentes variables que afectan la baja distribución de pabellón para Ginecología y posibles cirugías para POP. Una de las variables identificadas en esta problemática es la baja disponibilidad de anestesistas. Mediante la información recopilada en el establecimiento, la baja de anestesistas puede conllevar a una baja distribución de pabellón o a un aplazamiento de una cirugía, lo cual brinda al proceso un tiempo de espera mayor para aquel paciente que espera intervención quirúrgica.

La otra variable como ya se hacía mención es la distribución de pabellón, que se ve directamente afectada por los horarios disponibles de los anestesistas, es decir, la programación de una cirugía por parte de cualquier departamento del HSC es estrictamente condicionada por el número de estos especialistas.

En base al análisis de estas variables se determina que la propuesta de mejora es integrar un número mayor de anestesista, mediante el contrato de horas. Bajo esta consigna el beneficio que se produce es que al existir un mayor número de especialistas debiese haber una mayor distribución de pabellón, lo que en consecuencia brindaría una nueva distribución que permitiría una mayor cantidad de cirugías programadas para el departamento de Ginecología y a su vez de la patología POP. Cabe mencionar que la distribución actual para cirugías programadas de ginecología es solo los días martes por la mañana, distribución que cambiaría con esta propuesta dado a que la incorporación de anestesistas lograría una mejor proporción con respecto a los pabellones.

## 5 Capítulo VI: Conclusiones

En base a la investigación, la metodología y su implementación, se lograron responder cada uno de los objetivos propuestos. A continuación se detallaran los resultados;

En primer lugar se logró identificar cada una de las etapas presentes en el ciclo del paciente desde su ingreso hasta su salida del HSC, en la patología POP. Cada una de estas etapas fue llevada a un diagrama de flujo para una mayor comprensión, identificándose un total de once flujos, divididos en unidades de desarrollo, como; el proceso de citación, el proceso de consultas médicas, procesos de toma de exámenes, proceso de preparación para cirugía, proceso de hospitalización y proceso de recuperación. Cada una de las actividades identificadas en los flujos fue descrita de manera detallada.

Posteriormente se constató de la existencia de nudos críticos en algunos de estos procesos identificados, que generaron nuevas variables de estudio en virtud de implementar propuestas de mejora oportunas. Pese a la posible existencia de otras deficiencias, cabe mencionar que a fin de este estudio se consideraron puntos críticos, solo aquellos procesos que generaron un aumento en el tiempo de espera en la atención al paciente de POP.

Por último se generaron propuestas de mejora a cada uno de los tres puntos críticos identificados. La metodología de trabajo fue descubrir todas aquellas variables importantes a la hora de entregar una propuesta, analizándolas detalladamente bajo la mirada continua de entregar una alternativa que contribuya a la disminución de los tiempos de espera para los pacientes.

En conclusión, toda organización debe ser capaz de identificar sus procesos y tareas, con el fin de conocer de manera detallada y descriptiva cada una de las actividades que se realizan. Partiendo de esta base es más fácil identificar todo aquel proceso que no se ejecute de manera eficiente, por lo que es más fácil conocer los puntos críticos y sus variables en virtud de establecer una propuesta de mejora que sea capaz de responder a todos los requerimientos.



## Bibliografía

- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (Vol. 23). Madrid.
- Arredondo, A. (2009). Modelos y conceptos en Salud Pública y Sistemas de Salud: hacia una perspectiva transdisciplinaria. *Cuad. Méd. Soc.*, 49(1), 26-35.
- Bernardes, A., Cecilio, L. C., Martínez, Y. D., Silvia, C., & Bernardes de Carvalho, M. (2011). Modelo de gestión colegiada y descentralizada en hospital público: la óptica del equipo de enfermería. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19(4), 1-9.
- Bonillo, P. (2006). Metodología para la gerencia de los procesos del negocio sustentada en el uso de patrones. *Journal of Information Systems and Technology Management*, 3(2), 143-162.
- Conill, V., & Rocha, A. (1982). Notas para la Filosofía de la Historia de la Obstetricia y Ginecología. *Real Academia de Medicina de Barcelona*, 7-95.
- Del Castillo Rueda, A., & De Portugal Álvarez, J. (2004). Proyecto técnico de gestión y funcionamiento de la unidad asistencial de Medicina Interna. *Anales de Medicina Interna*, 21(1), 31-38.
- Del Castillo; Khosravi. (2005). Reingeniería en el proceso de gestión e innovación de la asistencia médica hospitalaria. *Anales de Medicina Interna*, 22(11), 509-510.
- Departamento de Estudios y Desarrollo; C. Copetta. (2010). *La Administración de las Listas de Espera en Salud*.
- Flores, C., & Pizarro, J. (2012). Calidad de vida en mujeres con alteraciones del piso pélvico: revisión de la literatura. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.*, 77(3), 175 - 182.
- Galliano, D. (2007). Historia de la Ginecología y la Obstetricia. *Clases de Residentes*, 1-20.
- García-Roco, O., Castañeda, N., Pérez, Z., & Labrada, H. (2002). La Salud Pública en América Latina y El Caribe. *Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Doménech*, 1-24.
- González Labrador, I. (2002). Ginecología y Sexualidad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(5).
- Márquez, M. (2011). Formación del espíritu científico en salud pública. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37, 585-601.
- Méndez, C., & Torres, M. (2010). Autonomía en la gestión hospitalaria en Chile: los desafíos para el recurso humano en salud. *Rev Saúde Pública*, 42(2), 366-371.
- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (s.f.). *Sitio web oficial Ministerio de Salud Chile*. Recuperado el 14 de Septiembre de 2015, de

<http://intradeis.minsal.cl/Mapas/Establecimientos.aspx?Mapa=8&Region=8&RegionGeografica=8416>

- Montoya, C. (2006). ¿Qué se entiende, hoy, por “Salud Pública”? *Cuad. Méd. Soc.*, 46(3), 212-227.
- Obregón, L., Saunero, A., & Díaz, S. (2009). Prolapso genital en la maternidad “Concepción Palacios”. *Revista de la Facultad de Medicina*, 32(2), 139-143.
- Osorio, J., & Paredes, E. (2001). Reingeniería de procesos en los Hospitales Públicos: ¿Reinventando la rueda? *Rev. Esp. Salud Pública*, 75, 193-206.
- Palma, Riccetto, Hernández, & Olivares. (2008). Prolapsos urogenitales: Revisión de conceptos. *Actas Urológicas Españolas*, 32(6), 618-623.
- Rodríguez, J., Dackiewicz, N., & Toer, D. (2014). La gestión hospitalaria centrada en el paciente. *Arch Argent Pediatr*, 112(1), 55-58.
- Seguel, F., & Paravic, T. (2011). Unidad de Investigación en Hospitales Autogestionados. *Ciencia y Enfermería*, 17(2), 19-25.
- Servicio de Salud Ñuble; Ministerio de Salud. (2014). *Cuenta Pública Hospital de San Carlos*. San Carlos.
- Servicio de Salud Ñuble; Ministerio de Salud. (s.f.). *Sitio web oficial Hospital de San Carlos*. Recuperado el 14 de Septiembre de 2015, de <http://hospitalsancarlos.cl/portal/quienes-somos/historia/>
- Servicio de Salud Ñuble; Ministerio de Salud. (s.f.). *Sitio web oficial Hospital de San Carlos*. Recuperado el 14 de Septiembre de 2015, de <http://hospitalsancarlos.cl/portal/acerca-de/dotacion/>
- Servicio de Salud Ñuble; Ministerio de Salud. (s.f.). *Sitio web oficial Hospital de San Carlos*. Recuperado el 14 de Septiembre de 2015, de <http://hospitalsancarlos.cl/portal/acerca-de/microrred/>
- Servicio de Salud Ñuble; Ministerio de Salud. (s.f.). *Sitio web oficial Hospital de San Carlos*. Recuperado el 14 de Septiembre de 2015, de <http://hospitalsancarlos.cl/portal/acerca-de/infraestructura/>
- Servicio de Salud Ñuble; Ministerio de Salud. (s.f.). *Sitio web oficial Hospital de San Carlos*. Recuperado el 14 de Septiembre de 2015, de <http://hospitalsancarlos.cl/portal/hospital-dr-benicio-arzola-medina-sera-el-nuevo-nombre-del-hospital-de-san-carlos/>
- Valls, J. M. (2002). La gestión de las listas de espera quirúrgicas por los centros sanitarios y los profesionales. *Gac. Sanit.*, 16(5), 440-443.

## Anexos

### 1. Tabla 1: Establecimientos en red del Hospital de San Carlos

<b>Códigos</b>	<b>Nombres</b>	<b>Dirección</b>
17-102	Hospital de San Carlos	Gazmuri N° 448
17-106	Hospital Comunitario de Salud Familiar de Quirihue	Prat N° S/N
17-108	Hospital Comunitario de Salud Familiar Dr. Eduardo Contreras Trabucco	Manuel Antonio Matta N° 370
17-307	CESFAM Cobquecura	Chacabuco N° 473
17-309	CESFAM San Fabián	21 de Mayo N° S/N
17-311	CESFAM Dr. José Durán Trujillo	Las Acacias N° 470
17-312	CESFAM San Nicolás	Arturo Prat N° S/N
17-313	CESFAM San Gregorio	Semíramis Caro N° S/N
17-314	CESFAM Dr. David Benavente de Ninhue	Arturo Prat N° 405
17-316	CESFAM Ñipas	Pedro Aguirre Cerda N°392
17-327	CESFAM Trehuaco	Luis Lama N° 286
17-329	CESFAM Teresa Baldechi	Avda. Arturo Prat N° S/N (Esquina Serrano)
17-415	Posta de Salud Rural Cachapoal	Pueblo Cachapoal
17-416	Posta de Salud Rural Rivera de Ñuble	Aldea de Rivera Ñuble
17-418	Posta de Salud Rural Chacay (Ñiquen)	Aldea Chacay Ñiquen
17-419	Posta de Salud Rural Ñiquen	Ñiquen
17-421	Posta de Salud Rural Torrecillas	Sector Torrecillas
17-422	Posta de Salud Rural La Gloria	Sector La Gloria
17-423	Posta de Salud Rural Monte Blanco	Aldea Monte Blanco
17-427	Posta de Salud Rural Nueva Aldea	Caserío Nueva Aldea
17-433	Posta de Salud Familiar El Sauce (Ninhue)	Sector el Sauce Ninhue
17-434	Posta de Salud Rural Los Remates	Sector Los Remates
17-439	Posta de Salud Rural Ranguelmo	Aldea de Ranguelmo
17-442	Posta de Salud Rural Guarilhue	Aldea de Guarilhue

17-443	Posta de Salud Rural Boca Itata	Sector Boca Itata
17-444	Posta de Salud Rural Denecan	Caserío Denecan
17-445	Posta de Salud Rural Vegas de Itata	Aldea Vegas de Itata
17-446	Posta de Salud Familiar Minas de Leuque	Sector Minas de Leuque
17-451	Posta de Salud Rural Buchupureo	Aldea de Buchupureo
17-452	Posta de Salud Rural Colmuyao	Casería de Colmuyao
17-461	Posta de Salud Rural Toquihua	Sector Toquihua
17-461	Posta de Salud Rural Toquihua	Sector Toquihua
17-462	Posta de Salud Rural Arizona	Caserío de Arizona
17-462	Posta de Salud Rural Arizona	Caserío de Arizona
17-463	Posta de Salud Rural El Rincón	Caserío El Rincón
17-464	Posta de Salud Rural Zemita	Caserío Zemita El Peumo
17-465	Posta de Salud Rural San Ignacio de Palomares	Caserío San Ignacio de Palomares
17-467	Posta de Salud Rural El Caracol	Sector El Caracol
17-468	Posta de Salud Rural Belén (Ñiquen)	Sector Belén
17-470	Posta de Salud Rural Trabuncura	Sector Trabuncura
17-602	COSAM San Carlos	Avda. O'Higgins N° 465
17-729	CECOF Valle Hondo	Pasaje Cabrales N° S/N, Pob. René Schneider
17-811	SAPU-José Durán Trujillo	Ignacio Serrano N° S/N (Esquina Sinfuriano Ossa)

Fuente: Servicio Nacional de Sistemas de Salud, Gobierno de Chile, Base de datos HSC

## 2. Tabla 2: Dotación de camas

Departamento	Número de Camas
Obstetricia y Ginecología	17 camas
Cirugía	26 camas
Pediatría	15 camas
Medicina	42 camas
Pensionado	6 camas

Fuente: Página web oficial Hospital de San Carlos

## 3. Tabla 3: Consultas Médicas

Especialidad	2012	2013	2014
Medicina	10.806	12.212	13.421
Cirugía Adulto	4.982	4.489	5.167
Otorrinolarin.	2.568	2.298	3.356
Dermatología	1.386	1.316	1.552
Pediatría	5.062	5.691	5.763
Cirugía Infantil	0	1.029	1.072
Neurología Inf.	2.918	2.674	2.462
Obstetricia	1.399	1.367	1.554
Ginecología	2.029	2.160	1.974
Traumatología	2.380	3.496	4.121
Oftalmología	706	1.304	1.375
<b>TOTAL</b>	<b>34.462</b>	<b>38.263</b>	<b>41.817</b>

Fuente: Cuenta Pública Hospital de San Carlos año 2014



## 5. Orden de exámen sangre y orina

MINISTERIO DE SALUD  
SERV. SALUD DE ÑUBLE  
HOSPITAL SAN CARLOS  
FONO: 426186/426262

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

C.C.: \_\_\_\_\_


### SOLICITUD DE EXAMENES DE LABORATORIO

Nombre paciente		
RUT:	Sexo:	Edad:
Procedencia:		N° Ficha
Diagnóstico probable:		
Fecha Nacimiento:		
<b>0302 Exam. Bioquímicos</b>	<b>0301 Hematológicos</b>	<b>0309 Orina</b>
047 Glicemia	045 Hemograma	022 Orina Completa
057 Uremia	Rcto Globular	004 Uricosuria
067 Colesterol	036 Hematocrito	006 Amilasuria
064 Triglicéridos	065 Leucocitos	007 Microalbuminuria
023 Creatinemia	041 Hemoglob. Glicosilada	010 Creatinuria
013 Bilirrubina Directa	067 Plaquetas	014 Test de embarazo
012 Bilirrubina Total	058 Reticulocitos	015 Fósforo en Orina
040 Fosfatasa Alcalina	059 Protrombina	016 Glucosuria
063 Trans. G.063 Trans G.O.T.	INR	024 Clearence
063 Trans G.P.T.	085 TTPK	028 Proteinuria
045 Gamma G.T.	086 V.H.S.	
060 Proteínas Totales	034 Grupo ABO y Rh	
015 Calcio	014 T.C. Directo	
026 C.K. Total	015 T.C Indirecto	<b>03 Inmunológicos</b>
025 C.K. MB		05 008 A.S.O.
050 LDM	<b>usubaleposiciones</b>	05 019 Factor Reum:
005 Ácido Úrico	006 pH.	06 039 Pruebas Tíficas
060 Albúmina	001 Benedict	06 077 Hepatitis B
008 Amilasemia	005 Leucocitos Fecales	
031 Proteína C. Reactiva	06070 Rotavirus	
034 Perfil Lipídico	004 Test de Weber	
042 Fósforo		<b>Otros</b>
046 Gases Arteriales		
046 Gases Venosos	0308 Líquidos Biológicos	
3x 032 Electrol. Plasmát.	(LCR, Asc., Pleu, Y Artic.)	
053 Lipasa	010 Recuento	
076 Perfil Hepático	014 Físico Químico	
075 Perfil Bioquímico	039 Líquido Amniótico	
(12 Parámetros)		
N° EXAMENES SOLICITADOS		

Timbre Recaudación

Nombre y Firma Solicitante

## 6. Orden de exámen Ecografía



**SOLICITUD DE ECOGRAFÍA  
HOSPITAL DE SAN CARLOS**

Fecha Solicitud: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ F. de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Servicio de Origen: \_\_\_\_\_ N° Ficha: \_\_\_\_\_ N° Cama: \_\_\_\_\_

Tipo de Ecografía: \_\_\_\_\_

Hipótesis Diagnóstica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Antecedentes Médicos /Quirúrgicos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anamnesis: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Exámenes laboratorio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Exámenes Imagenológicos previos: \_\_\_\_\_

Médico solicitante: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_ Firma y Timbre: \_\_\_\_\_


Día de Citación: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Preparación:

SI	NO



## 7. Referencia a Control.



**REFERENCIA A CONTROL**

Se refiere a paciente \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

Ficha: \_\_\_\_\_

Para hora en Policlínico de:

CARDIOVASCULAR

ENDOCRINOLOGIA

BRONCOPULMONAR

MEDICINA INTERNA

MEDICINA - ALTA

**Medico CAE**  
**Hospital San Carlos**

