



**FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**DIAGNÓSTICO PARA GESTIÓN POR PROCESOS EN PABELLÓN
DE ALTA COMPLEJIDAD, DE UN HOSPITAL PÚBLICO**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MAGÍSTER EN ENFERMERÍA CON MENCIÓN EN
GESTIÓN DEL CUIDADO**

Autor

Salvador Fardella Rozas

Profesora guía

A. Cecilia Landman Navarro

Valparaíso, Chile

Agosto, 2016

Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería

INFORME DE APROBACIÓN TESIS DE MAGISTER

La Comisión Evaluadora de Tesis comunica al Director de la Escuela de Enfermería, de la Facultad de Medicina, que la Tesis de Magíster presentada por el candidato

SALVADOR FARDELLA ROZAS

ha sido aprobada en el examen de defensa de Tesis, rendido el día de mes....., de año....., como requisito para optar al grado de Magíster en Enfermería con mención..... y, para que así conste para todos los efectos firman:

Comisión Evaluadora

Cecilia Landman Navarro
Profesora guía

INDICE DE CONTENIDOS

	Pagina
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	1
1.1. Introducción.	2
1.2. Planteamiento del Problema	5
1.3 Preguntas de la Investigación	6
1.4 Objetivos	6
1.4.1 Objetivo general	6
1.4.2 Objetivos Específicos	7
CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL	9
2.1. Historia del Sistema de Salud chileno	10
2.2. Reforma de Salud en Chile	13
2.3. Gestión de los Servicios de Salud	15
2.3.1. Marco Gestión	16
2.3.2. Meso Gestión	16

2.3.3. Micro gestión	17
2.4. Competencias del profesional de Enfermería	18
2.5. Gestión por Procesos	19
2.5.1. Definiciones de gestión por procesos	20
2.5.2. Fundamento de la gestión por procesos	21
2.5.3. Gestión por procesos y su importancia	22
2.5.4. ¿Qué es un proceso?	23
2.5.5. Mapa de proceso	25
2.5.6. Herramientas para graficar procesos	27
2.5.7. Importancia de modelar con BPMN 2.0	28
2.5.8. Estructura de niveles según BPMN 2.0	29
2.6. Marco contextual	38
2.6.1. Contexto Servicio de Salud Metropolitano Sur	38
2.6.2. Gestión Administrativa	43
2.6.3. Proceso Estratégico o de Gestión	44
2.6.4. Estructura Administrativa de la Gestión del Cuidado	45
2.6.5. Organigrama para la gestión del cuidado	46
2.6.6. Unidad de Pabellones Quirúrgicos	47
2.6.7. Capital Humano	50

2.6.8. Pabellón Central	51
2.6.9. Pabellón Ambulatorio	52
2.6.10. Pabellón de Especialidades	53
2.6.11. CEDIT	53
CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO	56
3.1. Metodología	59
3.1.1. Etapa I Preparatoria	59
3.1.2. Etapa II Diagnóstica e identificación procesos	61
3.1.2.1 Consideraciones metodológicas y éticas	61
3.1.2.2 Levantamiento de la Información	64
3.1.2.2.1 Revisión documental de actas	64
3.1.2.2.2 Estructura y Planificación de las Entrevistas	65
3.1.2.2.3 Desarrollo de las Entrevistas	66
3.1.2.2.4 Realización de Informe Pactado	67
3.1.2.2.5 Confrontación de Datos	67
3.1.3. Etapa III Levantamiento de procesos Propuesta de mejora de procesos	67
3.1.4 Etapa IV Diseño de Mapas	68

CAPÍTULO IV PRESENTACION Y ANALISIS DE DATOS	70
4.1 Análisis de Datos	71
4.2 Datos y Análisis de las Entrevistas	73
4.3 Revisión de Libros de Registro de Reuniones	89
4.4 Información encontrada en libro de reuniones	89
4.5 Análisis de los resultados del libro de reuniones	94
4.6 Diseño de Mapas de Procesos	96
4.7 Justificación de la Propuesta	97
CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	112
5.1 Potencialidades Propuestas de Mejora	113
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	118
ANEXOS :	124
Figura N° 1 : Elementos de un Proceso	23
Figura N° 2 : Representación de los procesos en la pirámide de producción	25
Figura N° 3 : Modelo Mapa de proceso	26
Figura N° 4 : Niveles de BPMN 2.0	31
Figura N° 5 : Organigrama del Hospital de alta complejidad	45
Figura N° 6 : organigrama Equipo de gestión del	50

cuidado en Pabellones quirúrgicos	
Figura N° 7 : Fases del Proyecto	57
Figura N° 8 : Objetivo General- específicos y Actividades	58
Tabla N° 1 : Notaciones de BPMN 2.0	32
Tabla N° 2 : Registro Estadístico Mensual	42
Tabla N° 3 : Producción pabellones año 2013	48
Tabla N° 4 : Producción considerando lista de espera	49
Tabla N° 5 : Preguntas introductorias entrevista semi estructurada:	66
Tabla N° 6 : Datos de respuesta de Gestión por Procesos	73
Tabla N° 7 : Datos de Análisis de la Gestión Actual	76
Tabla N° 8: Aspectos Positivos de la Gestión.	78
Tabla N° 9 : Datos de Aspectos Negativos de la Gestión	80
Tabla N° 10 : Datos Procesos Claves	82

Tabla N° 11: Datos de Sub Procesos Claves.	84
Tabla N° 12 : Datos de Procesos de Apoyo o Soporte	87
Tabla N° 13: Datos de La revisión de Libro de Reuniones.	94
Gráfico N° 1 : Qué es Gestión por Procesos	74
Gráfico N° 2 : Análisis de la Gestión Actual de Pabellones	76
Gráfico N° 3 : Aspectos Positivos de la Gestión	78
Gráfico N° 4 : Aspectos Negativos de la Gestión	80
Gráfico N° 5 : Cuáles son los Procesos Claves	83
Gráfico N° 6 : Sub Procesos Claves	85
Gráfico N° 7 : Procesos de Apoyo y Soporte	87
Gráfico N° 8 : Análisis de los Libros de Reuniones	95
Diagrama BPMN N° 1 : Macro procesos de Pabellones.	99
Diagrama BPMN N° 2 : Modelo descriptivo de Macro Proceso Gestión de la Tabla Quirúrgica.	100
Diagrama BPMN N° 3 : Modelo Descriptivo del Macro proceso Atención de paciente en Pabellones	101
Diagrama BPMN N°4 : Modelo Operacional del Sub Proceso Construcción de la Pre Tabla Quirúrgica	102

Diagrama BPMN N° 5 : Modelo Operacional del Segundo Sub proceso Reunión de la Tabla Quirúrgica	103
Diagrama BPMN N° 6 : Modelo Operacional del Sub Proceso Gestión de Recursos de la Tabla	104
Diagrama BPMN N° 7 : Modelo Operacional del Sub proceso Coordinación del Traslado de los pacientes a Pabellones.	105
Diagrama BPMN N° 8 : Modelo operativo que es Ingreso y evaluación del paciente en Pre anestesia	106
Diagrama BPMN N° 9 : Modelo Operativo del Sub Proceso Ingreso de Enfermería en Pre Anestesia.	107
Diagrama BPMN N° 10 : Modelo Operativo del sub proceso Revisión de Documentos.	108
Diagrama BPMN N° 11 : Modelo Operativo del Sub Proceso Ejecución de la Intervención Quirúrgica.	109
Diagrama BPMN N° 12 : Diagrama Operativo del sub proceso atención de paciente en Recuperación	110

AGRADECIMIENTO:

Las tesis deben de ser útiles no solo como medio para optar a un grado sino provocar impacto en la enfermería y creo que esta ya lo logro es por eso que los agradecimiento son para las dos personas que hicieron que esta se escribiera y se terminara, mi profesora Cecilia Landman y la Mg Alba Lozano Romero.

Gracias

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN

1.1. Introducción

Los servicios de pabellones quirúrgicos de los hospitales públicos de tercer nivel de atención, son en general, servicios extensos y complejos, que cuentan con todas las especialidades quirúrgicas (Nadeau, N. 2005). En esta investigación nos vamos a referir al servicio de pabellones de un hospital de alta complejidad, de la región metropolitana, Santiago de Chile.

Estos pabellones, se ven afectados por múltiples factores en su funcionamiento y gestión, por no contar con una adecuada perspectiva sistémica y de futuro, para abordar la planificación estratégica necesaria para brindar atención de calidad y acorde a los lineamientos y compromisos ministeriales y a las exigencias de la población usuaria, cada vez más exigente e informada de sus derechos (Milos, P. et cols).

El profesional de enfermería tiene una responsabilidad legal, ética y social, en relación a la gestión del cuidado, por tanto un compromiso con la calidad y seguridad del paciente (Estefo, S. et cols, 2010), ambos conceptos quedan fuertemente expresados en los pabellones quirúrgicos. Los enfermeros, por tanto, deben asumir el rol de gestores demostrando competencias de liderazgo, habilidad de comunicación y toma de decisiones, la expresión de este rol ha fundamentado la realización de este estudio.

La necesidad de desarrollar modelos de planificación estratégica en los pabellones quirúrgicos, que no solo se orienten a la solución de problemas emergentes, que siendo de urgente resolución, muchas veces, impiden ocuparse de una gestión planificada, sustentada en la identificación de procesos y su ordenamiento, que lleven

a la generación de protocolos y normas para la acción y la mejora continua (Ferrmi, E. et cols, 20114).

Teniendo como horizonte la planificación estratégica, el presente trabajo cuyo objetivo es el levantamiento de procesos claves, a través de la elaboración de un diagnóstico en los pabellones quirúrgicos, de un centro de salud de alta complejidad, en la ciudad de Santiago de Chile, considerando que la calidad de los mismos inciden en otros procesos institucionales y en la calidad y seguridad del servicio ofrecido a los usuarios tanto internos como externos.

El diagnóstico para el levantamiento de procesos se realizó de manera colaborativa, a través de una reflexión de los profesionales de enfermería que laboran en el servicio, utilizando metodología cualitativa, con entrevistas en profundidad, como una manera de darle una mayor cercanía y sentido a la realidad del fenómeno en cuestión.

El resultado dado por el enfoque por procesos de esta investigación aplicado al reconocimiento de la calidad, favorece la elaboración de protocolos, instrumentos de evaluación y herramientas operacionales ajustadas a la realidad del servicio de pabellones quirúrgicos, es importante señalar que además requiere de programas de inducción y capacitación del personal, considerando nuevas tecnologías que se deben incorporar, en un marco normativo institucional (Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno, 2015).

Cuando las instituciones tienen un claro objetivo de cada proceso identificado y las relaciones entre ellos, optimiza el trabajo, mejora los indicadores de resultados incentivando un compromiso del personal por realizar una tarea con alto estándar de calidad (Leeboy, W. et cols, 2012).

La gestión por procesos es un medio para enfocar el trabajo para lograr un mejoramiento sistemático y continuo de la calidad de las actividades claves identificadas, su descripción y documentación que las fundamentan ordenando y sistematizando estas actividades repetitivas existentes (Leeboy, W. et cols, 2012).

El fundamento para la realización de este estudio, nace a partir de la experiencia profesional, desde donde se ha observado en el trabajo diario de los pabellones, un “*eterno apagar incendios*”, (sic de E1entrevistado) es decir responder a lo urgente, en desmedro de lo importante, lo que genera pérdida de tiempo, stress laboral y desmotivación de los equipos, por no disponer de un sistema de trabajo que identifique los procesos y las responsabilidades personales y del equipo, para desarrollar de manera exitosa, segura y de calidad las acciones que a cada uno le compete (Martínez, C. y López, G. 2005)

En este escenario, el rol de gestor ejercido principalmente por profesionales de enfermería, se hace relevante, a través de un liderazgo y de una voluntad para comprender y conducir un trabajo planificado y fundamentado en lo técnico, científico y metodológico (Ferreira, A. 2013).

Los resultados de esta investigación se convierten en un insumo importante para la práctica de enfermería en el área quirúrgica, favoreciendo el establecimiento de competencias para la gestión en enfermería quirúrgica, elaboración de procesos propios de los servicios y de responsabilidad enfermera, mejora de indicadores de calidad en la gestión del cuidado entre otros, a través de la aplicación de la enfermería basada en la evidencia, en consecuencia, también es un aporte importante a la producción científica en el área de la gestión de enfermería, en el país.

1.2. Planteamiento del problema

Pueden enumerarse cientos de problemas diarios transformándolos en hipótesis diagnósticas para hacer el proceso de diagnóstico de un servicio quirúrgico, problemas que suceden en los pabellones de este Hospital de Alta Complejidad y que la mayoría se repiten en otros pabellones del país, que giran en torno a procesos propios, en diversos niveles de instalación, existen procesos de soporte, como por ejemplo, la disposición de insumos, macro-procesos, pre quirúrgicos, quirúrgicos y postquirúrgicos, procesos estratégicos como las políticas de la institución, de calidad, de costos, lineamientos ministeriales que inciden en la prestación de servicios. Subprocesos, como el ingreso de pacientes, gestión del cuidado en recuperación post anestésica, entre otros, y demás actividades que los componen, que en su momento se tratan de intervenir pero sin resultados satisfactorios.

La situación anterior, ocurre por la dificultad de generar una sinergia para una acción conjunta, evitando que todo gire en torno al *apagar incendios* y no actuar en la causalidad del problema de este servicio, evidenciándose ausencia de un orden lógico en la solución del problema, con un registro técnico claro y con compuertas de control medibles.

Es por ello que es necesaria la realización de una propuesta de intervención que minimice y evite los problemas, favorezca el desarrollo y el cumplimiento de los objetivos del servicio y que respondan a la necesidad de la población que requiere de sus servicios. Dada la relevancia y complejidad de este servicio, que tiene una alta demanda en el servicio de salud metropolitano sur, de la ciudad de Santiago.

Los Pabellones Quirúrgicos de un hospital de alta complejidad, como el objeto de este estudio, requieren de una organización formal y sistematizada de la Gestión de Procesos y Control, a partir de un diagnóstico que permita mejorar la calidad de las prestaciones y brindar seguridad del paciente o usuario. Por eso el propósito final de esta investigación es lograr un diagnóstico real de la situación de este servicio en el Hospital, que permita levantar procesos clave, elaborar una propuesta de intervención posterior con enfoque de gestión por procesos, viable, útil y consistente al marco de la reforma en salud chilena, a los procesos de acreditación de las instituciones de salud y de las competencias de los profesionales de enfermería en la gestión del cuidado en servicios de alta complejidad de la atención cerrada.

1.3. Pregunta de Investigación

¿Cuál es el diagnóstico de la gestión de los pabellones quirúrgicos, desde la percepción de los profesionales de enfermería, aplicando una mirada de los procesos involucrados?

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Identificar y analizar los procesos involucrados en la gestión clínica de los pabellones quirúrgicos centrales, en un Hospital Público, de Alta Complejidad.

1.4.2. Objetivos específicos

- Diagnosticar el estado de desarrollo de la gestión de los pabellones quirúrgicos centrales, con una mirada de gestión por procesos.

- Identificar los principales procesos clave de la gestión de los pabellones quirúrgicos centrales, desde la mirada de los profesionales de enfermería que laboran en ellos.

- Proponer un mapa de procesos actualizados de los pabellones quirúrgicos centrales.

- Identificar las potencialidades para mejorar los procesos clave y priorizados, de los pabellones quirúrgicos centrales.

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL

CAPITULO II MARCO REFERENCIAL

2. 1. Historia del sistema de salud chileno

Chile desde la colonia, ha transitado por diversas orientaciones de los servicios de salud, los que tenían una vinculación directa con las necesidades país en ese momento, es así que se han identificado algunas etapas temporales (Llanes, M.1992).

Sistema de salud como sustento de la caridad, en el periodo de 1600-1830.

- Sistemas de salud que se funda en la ciencia y el Estado como benefactor, entre 1840 a 1970.
- Sistemas de salud descentralizados y privatización, entre 1973 a 1990
- Sistemas de salud con una reorientación hacia el refuerzo y la modernización de lo público y la autogestión, desde 1990, hasta la actualidad.

Considerando las diversas transiciones de la salud y los modelos que las fundamentan, llegando a la actualidad a modelos participativos y de empoderamiento de la sociedad, donde la calidad y seguridad de las personas es exigida a los servicios de salud, siendo instalados estructuras para el seguimiento y monitoreo de las mismas. Desde allí, que a los profesionales de la enfermería se le exige más y mejores herramientas para la gestión en las diversas instituciones de salud, tanto públicas como privadas (Ferreira, A. 2013)

En la actualidad los sistemas de salud se desarrollan y cambian en un camino paralelo al resto de los fenómenos económicos, culturales, políticos y sociales. Al observar el entorno social en Chile y Latino-América, se aprecia que existe una coincidencia entre las políticas públicas, sus discursos y las estrategias para el mejoramiento y la evolución de los sistemas de salud.

En esta dinámica económica y social, donde el sistema de salud es parte de la evolución y del impacto sociocultural asociados a los cambios contextuales, tales como, las explosiones demográficas, los conflictos sociales, la escasez de recursos naturales, el incremento de las redes info-comunicacionales, todos ellos impactan en las exigencias y expectativas que la sociedad manifiesta frente a los servicios de salud.

El sistema de salud vigente, respondiendo a los requerimientos sociales y a los cambios demográficos y de salud, pretende generar un consenso social y político para fortalecer al sector público de salud, aunque con un fuerte énfasis en la coordinación público – privada. Se acepta que en el sistema de salud puedan convivir dos subsistemas con similares fortalezas (Gobierno de Chile, Superintendencia de Salud, 2011).

A su vez, existe un importante trabajo de adecuación de las políticas públicas de salud, acorde al cambio demográfico y epidemiológico que ha estado ocurriendo desde hace tiempo en el país, orientando las políticas públicas en salud hacia la eficiencia y eficacia en los costes involucrados en la atención en salud, considerando los elementos de calidad y participación de las personas y la defensa de sus derechos.

En este proceso de cambios, al profesional de enfermería le ha correspondido un papel fundamental, que ha requerido propias definiciones de su rol y el reconocimiento legal del mismo. Es por esto que el año 1997 se incorpora al código sanitario al profesional de Enfermería con el artículo 113, del Código Sanitario, (Biblioteca del Senado) se refiere a:

“Los servicios profesionales de la enfermera comprenden la gestión del cuidado en lo relativo a la promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente”

Posteriormente en diciembre del año 2007 se aprueba la norma técnica administrativa N°19 (<http://www.Minsal.cl>), que señala en dos de sus acápiteos lo siguiente:

“Gestión del Cuidado de Enfermería” entendida como el ejercicio profesional de la enfermera sustentada en su disciplina, la ciencia del cuidar, se define como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución.

“...es necesario establecer las normas generales para implementar efectivamente el “Modelo de Gestión del Cuidado de Enfermería” en los Establecimientos Hospitalarios de Alta y

Mediana Complejidad”

En el marco de la gestión actual de los Servicios de Salud, es importante identificar las orientaciones de la Reforma de la Salud Chilena, como lo veremos en los párrafos siguientes.

2.2. La reforma de salud en Chile: (Ministerio de Salud, www.minsal.cl.2000))

La reforma en salud del año 2000, establece como ejes de trabajo, la igualdad, solidaridad, equidad y eficiencia todos ellos apuntan a mejorar la salud, prolongar la vida y reducir la desigualdad como objetivos principales, todo lo anterior no es posible sin la intervención en la gestión de los establecimientos de salud.

Junto con lo anterior nacen las llamadas Garantías Explícitas de Salud (GES) basadas en cuatro desafíos sanitarios:

- El envejecimiento progresivo de la población.
- La desigualdad en salud.
- Expectativas de la población.
- Resolver problemas de salud de las personas.

Esta Reforma en Salud, hace replantear todo el sistema de salud en torno a cumplir los objetivos y programas de la misma, donde las Garantías Explícitas en Salud (GES), ha sido un hito a cumplir por ley, en todas las patologías asociadas o declaradas por este. En el transcurso del tiempo se han establecido garantías prioritarias basada en los indicadores de salud; en el año 2005 donde se implementa realmente la reforma se inició con 25 patologías GES, el 2007 con 56 a julio del 2014, se consideran 80

patologías GES, para cumplir con ello los gestores de los servicios de salud han debido implementar estrategias y nuevas herramientas para la gestión, y ahora se agrega un nuevo elemento que es el empoderamiento social, los usuarios conocen sus derechos, exigiendo altos estándares de calidad, seguridad y oportunidad en las atenciones ofertadas por el sistema (MINSAL, www.minsal.cl. 2014)

Es por el tema de las GES donde la gestión se orienta a cumplir con este compromiso, pasando a ser un pilar fundamental del buen funcionamiento de los establecimientos de salud en Chile, los cuales son evaluados en varios puntos de la gestión y en donde el proyecto de los hospitales auto gestionados toma forma y focaliza la acción de los equipos de salud hacia el cumplimiento de la gestión en el sistema intrahospitalario y con un avance en la coordinación con la atención primaria en salud, se implementa el concepto de sistema de redes para la atención en salud (Ministerio de Salud, www.minsal.cl.2000)

Al realizar un análisis crítico de la reforma en salud, se podría establecer la existencia de una población aún no satisfecha, incertidumbre de oportunidades en la atención en el sistema público, altos costos en las atenciones y procedimientos en sistema privado, discriminación por riesgo o preexistencias por parte de las instituciones que financian la salud, todo lo anterior comandado por los cambios demográficos y epidemiológicos de la población chilena.

Para dar cumplimiento a los lineamientos de la reforma y las expectativas de los usuarios se hace necesario, sistematizar y estructurar un sistema de gestión orientada a la identificación de procesos, que facilite el control y seguimiento de ellos, es en este escenario que el profesional de enfermería se instala en diversas estructuras institucionales como apoyo a una gestión sistémica (Mora, M. 2013).

Junto con lo anterior, en la atención cerrada, fundamentalmente, cuyos servicios deben poner en ejercicio la calidad de sus prestaciones, en un sistema de evaluación interno, con fines de una acreditación externa, que les brinda el sello de hospitales públicos autogestionados, en este ámbito al profesional de enfermería, le ha correspondido liderar, a través de las subdirecciones de enfermería y las unidades de calidad, según sea el caso.

El profesional de enfermería ha apoyado en la gestión del Modelo de Hospitales Autogestionados en Red; con el propósito que los centros de salud públicos, logren alcanzar la autonomía en la gestión de los recursos, garantizar el cumplimiento de las prestaciones que la red requiere para sus beneficiarios y otorgar plenamente el Régimen de Garantías salud (Ministerio de Salud, www.minsal.cl 2014).

2.3. La gestión de los Servicios de Salud

En las empresas la gestión es la columna vertebral que sostiene y lleva al éxito o al fracaso el funcionamiento de estas. Las instituciones de salud son consideradas como una de las empresas más complejas de gestionar no sólo por el servicio que entregan, sino porque además, estas trabajan para un usuario que requiere de satisfacción y lograr el bienestar en torno a la salud. La atención en salud no es un producto por sí solo, sino que un servicio donde hay interacción entre dos o más personas, con las diferencias entre unos y otros que matizan el dinamismo en la relación usuario-institución. En ese sentido la gestión de las empresas es también una actividad social donde interactúan dos factores relacionados: el conocimiento humano y la realidad circulante. En el caso del conocimiento humano está la experiencia y la razón. (Mora, M. 2003).

Cuando se gestiona, dirigimos y administramos los recursos para lograr las metas propuestas y cumplir los objetivos de la planificación, para ello, es necesario coordinar y controlar presupuestos e insumos materiales, sino que también, trabajar con personas, incentivando a que este colectivo se comprometa con la eficiencia y eficacia del sistema.

En la gestión en Salud nos encontramos con tres grandes áreas que se definen a continuación:

2.3.1. Macro gestión o gestión reguladora

Es lo referente a la política sanitaria del estado donde se aplican las políticas públicas y al papel del estado en administrar estas políticas a través del MINSAL.

2.3.2. Meso gestión o gestión de redes

Aquí ya nos encontramos con la gestión hospitalaria, la coordinación de redes, incluyendo a la Atención Primaria en Salud, esta coordinación no comprende sólo a la atención pública, sino que también, a la interacción con la atención privada.

2.3.3. Micro gestión o gestión clínica

Es la Gestión que se lleva a cabo dentro de los servicios clínicos y ambulatorios y se ocupa de las acciones de los profesionales que aquí laboran (Román, A. 2012).

Es en la gestión clínica donde se ejerce el control para la productividad y los resultados que se pueden apreciar en la meso gestión encontrándonos con un punto de

apalancamiento para las mejoras en salud donde los gestores clínicos deben de tener las herramientas de intervención.

Estas herramientas de gestión deben de estar acordes al trabajo que se realiza, pues la gestión clínica de los pabellones quirúrgicos, no sólo por su complejidad, sino que también, por la cultura organizacional interna, son de un abordaje que involucra una mayor complejidad, en la atención cerrada.

La gestión de los servicios clínicos, es parte fundamental de la Gestión del Cuidado, donde el único profesional preparado y responsable por ley, es enfermería.

La gestión clínica, también tiene una perspectiva de mercado, que debe responder a las necesidades del usuario, así como a la competencia y la gestión de calidad y es aquí donde la Gestión por procesos puede generar herramientas fundamentales para el éxito de la misma.

2.4 Competencias del profesional de enfermería para la gestión por procesos

Al centrarse en las competencias de enfermería podemos basarnos en la propuesta de 11 puntos fundamentales para las competencias de enfermería según Cuevas (2006), y que se enumeran a continuación.

- Garantizar los cuidados profesionales desde un compromiso de calidad. centrandolo la atención en la persona la familia y la comunidad

- Tener un comportamiento ético y sólido compromiso social.
- Actuar respetando la opinión los valores y las creencias del paciente
- Mostrar sensibilidad ante las necesidades de los demás.
- Asumir la responsabilidad y la autoridad necesaria en la prestación de los cuidados
- Tener sólidos conocimientos profesionales.
- Tener capacidad de aprender y transferir lo aprendido a la práctica profesional y autoevaluarse.
- Tener pensamiento crítico y autónomo.
- Demostrar interés por el desarrollo del propio grupo profesional en todas las áreas vinculadas al cuidado: asistencial, docente, de gestión e investigación.
- Tener capacidad investigadora.
- Propiciar la cooperación y el trabajo en equipo.

A partir de esta base se pueden desprender más competencias de la enfermería, de acuerdo a la estructura o necesidades del establecimiento y servicio de salud donde se desempeñan, fundamentalmente el pensamiento crítico y el liderazgo de los equipos.

Desde esta perspectiva, para la gestión los pabellones quirúrgicos es fundamental trabajar en los procesos claves y con los líderes de estos procesos, para poder estructurar las competencias adecuadas de los funcionarios que participan de estos, para asegurar el éxito de los procesos y subprocesos de la gestión de pabellones.

2.5. Gestión por Procesos

La Gestión por procesos es un concepto que nace desde la industrialización y propuestas de mejoras en líneas de producción. Esta Gestión busca minimizar los errores y mejorar las actividades, entregando a los responsables de estas las herramientas para poder controlar, manejar y gestionar los procesos propios (Mora, J. 2013).

La gestión por procesos se instaló en los sistemas de salud europeos específicamente los españoles que la tomaron como herramienta de trabajo. En Chile ya se está hablando hace algunos años de gestión por procesos en los hospitales, pero solo se está tomando como lineamiento estratégico, sin contar aún con un trabajo disgregado a nivel de subprocesos, actividades registradas y publicadas, para ser usadas en forma sistemática y controlada.

En el marco de esta investigación, la gestión por procesos es fundamental poder aplicar los conocimientos existentes y observar el funcionamiento de un pabellón de alta complejidad, posterior a esto elaborar un diagnóstico con este enfoque y a futuro entregar un plan de intervención en este servicio, considerado uno de los pilares de la institución.

En la revisión de literatura, nos encontramos con muchas definiciones respecto a la gestión por procesos, se consideraron algunos más representativos que se describen a continuación

2.5.1 Definiciones de Gestión por Procesos

- a) La Gestión es el proceso mediante el cual se coordina una o varias actividades, y por el cual una institución define, alcanza, y evalúa sus procesos mediante el adecuado uso de recursos materiales de infraestructura y Humanos (Rebolledo G., 2014).

- b) La Gestión comprende procesos, estos son definidos como cualquier actividad realizada dentro de una organización que consuma recursos estructurales con la finalidad de obtener un servicio con valor añadido el cual va dirigido a un destinatario (Molina, M. et, al 1999).

- c) En la Gestión por procesos se establecen metodologías, se asignan responsabilidades y recursos para obtener resultados de calidad que permitan la obtención de los objetivos establecidos (Beltrán, J. et als 2004).

Al revisar las definiciones encontramos palabras claves como metodologías, responsables, flujo de trabajo, uso de recursos, resultados de calidad y centrados en el cliente, con esto da una mirada sistémica de las definiciones encontradas.

2.5.2 Fundamento de la Gestión por procesos

Al analizar las diferentes concepciones de la gestión por procesos, nos damos cuenta de la importancia de esta; y que el trabajo de gestión de un establecimiento de salud, está en torno a esta concepción, entonces los pabellones quirúrgicos, cuentan con una infinidad de actividades que deben ser coordinadas en un flujo específico

centrado en el cliente. Este tipo de gestión es fundamental para el control de sus actividades pues “Los procesos poseen dos grandes características que hacen justificable estudiarlo y son la variabilidad y la repetitividad” (Nogueira, Rivera, et als, 2004) entendiendo que en los pabellones quirúrgicos se desarrollan una gran cantidad de acciones repetitivas y variables.

Variabilidad: cada vez que se repite un proceso hay ligeras variaciones en la actividades realizadas dentro de un macroproceso, y el resultado es que nunca son iguales, “Nunca dos Outputs” son iguales. (Freund, J. 2014)

Repetitividad: los procesos se crean para tener un resultado e iterar este una y otra vez. Esta característica permite trabajar sobre el proceso y mejorarlo. “A más repeticiones más experiencia” situación muy presente en los pabellones.

Ambas aseveraciones hacen que un pabellón de alta complejidad dependa mucho de la estandarización de los procesos, para que las intervenciones quirúrgicas se realicen de acuerdo a lo esperado, en pro de llegar a la acción de la Calidad Total. (Freund, J. 2014)

La gestión por procesos surge como herramienta también para reducir la variabilidad, eliminar las ineficiencias asociadas a la repetición de las acciones o actividades y al consumo inapropiado de recursos.

2.5.3 La Gestión por Procesos y su importancia

Surge para sustituir la tradicional gestión por funciones (Sescam, 2002) pues es la base para entender la organización como un sistema, superar las contradicciones interdepartamentales y eliminar los problemas de diseño estructural (Trischler, 1998; Amozarrain, 1999; Zarategui, 1999; González Méndez, 2002).

Según Zaratiegui (1999), la gestión por procesos se constituye en la vía principal para alcanzar los objetivos estratégicos. Mejora el aporte de valor y en consecuencia, lograr la satisfacción usuaria (Amozarrain, 1999; Mora Martínez, Arnedo & Quiroz, 2002). Desde la experiencia práctica cercana, permite reordenar sus flujos, revisar actividades y plantear un plan de mejora continua en el quehacer profesional de los pabellones quirúrgicos, considerando la complejidad y el trabajo multidisciplinar de estos servicios (Fardella, S. Copiapó, 2014).

En este sentido también se expresa que la Gestión por Procesos nos hace reaccionar con más flexibilidad y rapidez a cambios en las condiciones económicas, y así estar en observación constante de los métodos y por ende de los Procesos (Zarratiegui, 1999).

2.5.4. ¿Qué es un Proceso?

Un proceso consta de actividades con secuencia repetitiva, que está a cargo de un responsable que consta de una entrada, el proceso en sí y una salida. (Figura N° 1). Estos procesos tienen destinatarios que pueden ser internos o externos hay consumo de recursos que pueden ser entre ellos: tiempo, materiales, maquinaria, etc. (Euskadi. Gobierno Vasco, 2008).

Los procesos además cumplen con determinadas características como son: permitir obtener resultados, responder a la misión de la organización, alinear objetivos con las necesidades del usuario, reflejar interrelaciones entre proveedores y diferentes servicios o unidades, también tienen un inicio y un fin, además pueden ser medidos y controlados por medio de indicadores de calidad lo que permite hacerles seguimiento.



Figura N° 1 Elaboración Propia, Elementos de un proceso.

Los procesos clave en un hospital, se inicia con la entrada principal, referida al input de un usuario o paciente enfermo, que lo lleva a una transformación, equivalente a una atención médica y de enfermería, investigación, conocimiento, y para llegar a esto se necesitan varios productos internos intermedios, o medios diagnósticos, cuidados, terapias, curaciones, entre otros. Los procesos principales, así como los productos intermedios y las líneas de producción se agrupan en concentraciones más grandes de procesos con ciertas características comunes que se llaman macroprocesos.

Los macroprocesos, corresponden al conjunto de procesos dentro de la institución o empresa, y que están bajo los objetivos estratégicos y que pertenecientes

a un servicio o departamento específico, que están unidos por un objetivo común o línea de producción y facilitan cumplir con la misión de la organización. (Mora, J. 2013)

Para poder gestionar de esta forma debemos tener una base de trabajo, y, sin el modelo de gestión no se pueden alinear estos para el trabajo o desarrollo de los procesos, acá es fundamental los objetivos de la empresa o institución de salud.

Los macro procesos dependiendo de la posición, en una mirada sistémica y del lugar donde se sitúen, serán un conjunto de procesos unidos por un denominador común, los cuales generan por sí solos un proceso clave, importante en la institución o servicio, siendo estos parte estructural fundamental del mapa que se está desarrollando.

Los macro procesos en un mapa de procesos serán un número acotado concentrando los procesos comunes a una área o a una situación temporal del Proceso Central de la Institución o del Servicio en el cual estamos trabajando.

En una institución al trabajar los objetivos estratégicos nos da los lineamientos del desarrollo de macro procesos; procesos y las actividades, todas con un denominador común, un objetivo estratégico. Si tomamos un solo objetivo estratégico se pueden llegar a identificar hasta 10.000 actividades. (Figura N° 2) (Mora, J., et al, 2003).

Al generar una estructura de procesos en una unidad como pabellones quirúrgicos estos se pueden agrupar en un diagrama general para poder entregar una mirada sistémica del servicio, a esto se le llama mapa de procesos de un servicio.

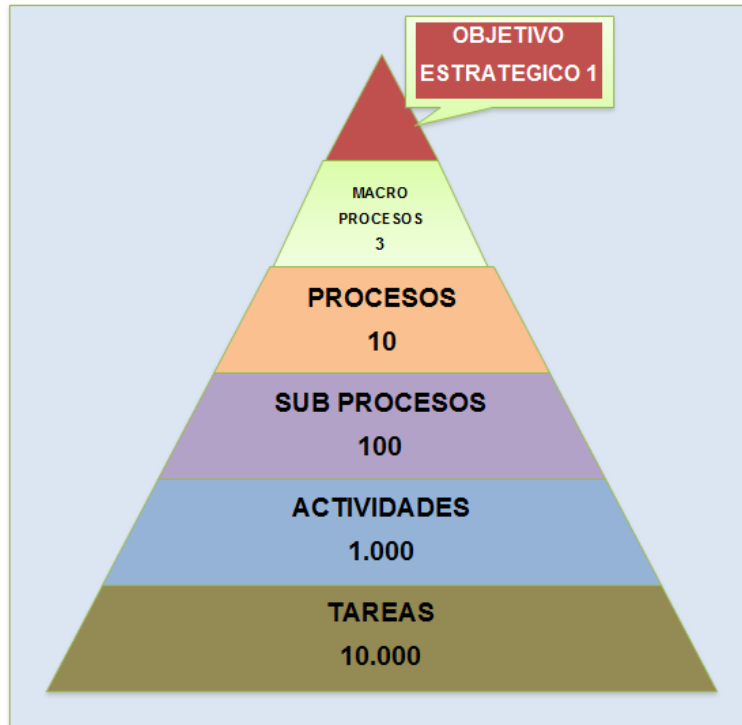


Figura 2. Representación de los procesos en la pirámide de producción. Mora Martínez J. 2013.

2.5.5 Mapa de Procesos

Los procesos se pueden agrupar para establecer analogías entre dichos procesos, por lo tanto al identificar y agrupar los procesos seleccionados, se deben definir a través de diagramas, mapas o gráficos que faciliten la interpretación de las estructuras e interrelaciones existentes entre los mismos. (Beltrán, J.; Carmona, M.; Carrasco, R.; Rivas, M.; Tejedor, F.; 2010).

Estos diagramas o mapas pueden ser determinados por cada institución, en cuanto a la forma de presentarlos, pero siempre entregando una mirada ordenada y

secuencial. En el conjunto de la mirada sistémica de una institución podemos encontrar un mapa de proceso que agrupa en forma resumida los macro procesos y su inclusión en el contexto de las estrategias institucional, social y comunitaria. El mismo mapa se puede replicar acercando esta mirada a los servicios de la institución, donde podrán cohabitar varios mapas de procesos según los servicios o unidades existentes.

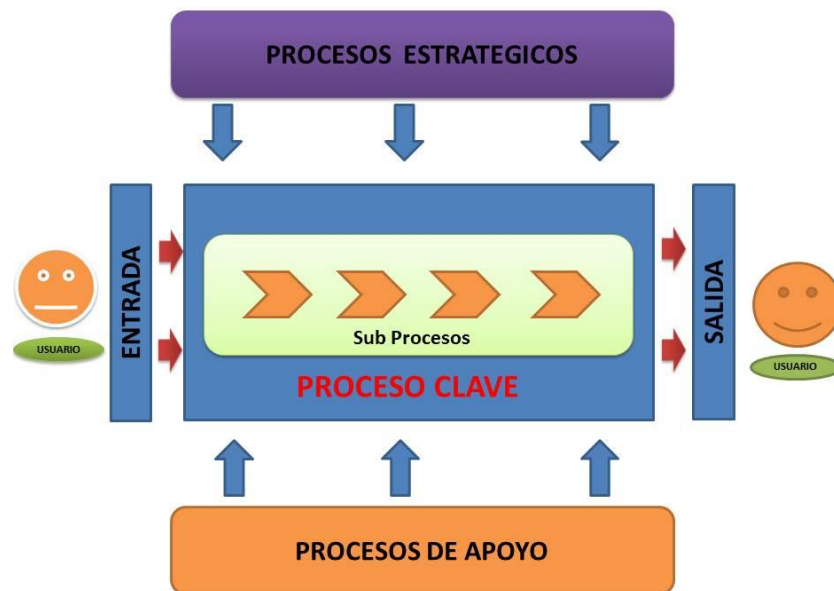


Figura Nº 3 Modelo Mapa de proceso, elaboración propia

Los procesos estratégicos están relacionados con la dirección de la institución y abarcan políticas estratégicas, políticas ministeriales, entre otros. Los procesos operativos o claves son aquellos relacionados con la función específica de cada servicio. Los procesos de apoyo son aquellos que dan soporte con recursos que son indispensables para la función específica de cada servicio y están en relación siempre con el proceso clave, ayudando a este en su función específica.

La utilidad del mapa de procesos es esencial, ya que en un diagrama podremos observar el contexto de donde estamos ubicados, qué hacemos y para quién lo hacemos. Con esta mirada general, podremos además, entender el giro de la institución, del servicio que estamos observando, para situarnos en una posición gerencial con una mirada de sistemas, desde esta perspectiva la gestión del cuidado es transversal, y la gestión de procesos de cada servicio, concierne al profesional de enfermería en todos los sentidos.

En la confección de mapa de procesos podremos optar por muchas modalidades que existen en el mercado, desde una modalidad gráfica simple hasta una modalidad de BPMN 2.0, que ya estaríamos entregando una herramienta útil para el desarrollo, desde la mirada macro, con los flujos y puntos clave, con la utilización de herramientas derivadas de las tecnologías de la Información.

2.5.6 Herramienta para graficar procesos

Cuando los procesos claves están claros en el mapa, tenemos la necesidad de graficar o pasar a un sistema de flujos, para que estos procesos puedan ser no solo entendidos sino una herramienta de trabajo práctica para la mejora continua.

Existen muchas formas de graficar los procesos y entre ellos uno de los más utilizados es la metodología BPMN muy usada en el área de la ingeniería, en Chile y el mundo.

BPM (Business Process Management) (Freund, J. 2014) es la metodología empresarial que permite a las empresas mejorar la eficiencia por medio de la gestión sistemática de sus procesos, proporciona lenguaje común para que las partes involucradas en los procesos puedan comunicar estos mismos de forma clara, completa y eficiente. De esta forma BPMN define la notación y sistemática de un diagrama de procesos de negocio para luego así poder sistematizarlos, está diseñado para ser usado por los analistas de procesos, quienes diseñan, controlan y gestionan los procesos.

Dentro de un diagrama de procesos de negocio BPD se utilizan un conjunto de elementos gráficos, que se encuentran agrupados en categorías. Igualmente sus componentes mapean las dimensiones Qué, Cómo, Cuándo, Dónde y Por Qué. En BPMN un proceso representa la forma en que una organización realiza su trabajo propio, para lograr su propósito u objetivo, es aplicable a los servicios de salud y por ende en la útil gestión del cuidado.

2.5.7. Importancia de Modelar con BPMN 2.0

BPMN, es un estándar internacional de modelado de procesos, aceptado por la comunidad, es independiente de cualquier metodología de modelado de procesos, crea un puente estandarizado para disminuir la brecha entre los procesos de negocio y la implementación de estos, es decir, permite modelar los procesos de una manera unificada y estandarizada permitiendo un entendimiento por todos.

En Chile, específicamente en el área de la salud, se utilizó esta metodología en el proyecto de un hospital público, en la Florida -según información directa del equipo de ingenieros que trabajaron en este proyecto- desde sus inicios para modelar procesos, misma información recabada con los equipos de los hospitales Luis Calvo

Mackenna y Barros Luco, este último se ha incorporado a un proyecto nuevo que está en vías de desarrollo.

2.5.8. Estructura de Niveles según BPMN 2.0

Según la profundidad del trabajo que se va a realizar existen diversos niveles de desarrollo de la diagramación en BPMN:

Nivel 1: Nivel de Procesos Descriptivos

La audiencia de nivel descriptivo son principalmente los procesos OWNWR (Freud, J. 2014) y Process Manager como también Process Participants y Process Analysts en las primeras fases de un proyecto. En este nivel modelar, documentar y eventualmente rediseñar para definir el contexto de los procesos que se deben de levantar. El objetivo de este nivel es además validar el alcance y la funcionalidad principal de los procesos que deben de levantarse, se describen el flujo normal del proceso así como queremos que ocurra, sin considerar los casos de excepción o errores. El nivel descriptivo sirve para validar en forma rápida el alcance del proyecto con los responsables del negocio e introducir al resto de los participantes.

Nivel 2: Procesos Operacionales

En el Nivel operacional se desarrolla toda la lógica de los procesos en su máximo detalle, incluyendo los casos de excepción, fallas e interrupciones que pueden ocurrir en el nivel de negocio. La habilidad del analista de procesos, consiste en desarrollar un modelo en el nivel 2, que abarque toda la lógica de negocio y que sea transferible al siguiente nivel de implementación.

Nivel 3A Modelo Técnico

El modelo técnico es la representación del modelo operacional en un Process Engine, pero adaptando al proceso de negocio a un modelo ejecutable y enriqueciéndose con aspectos técnicos. Como no siempre se implementan los modelos de negocio con un Process Engine, dividimos este nivel en un modelo técnico (3A), en el cual en un principio se sigue detallando el modelo de negocio en un BPMNS y la opción de un desarrollo propio (3B). En BPMN podemos especificar el modelo Técnico directamente en un Process Engine a partir de BPMN 2.0.

Nivel 3B Especificación para el Desarrollo

Si no se utiliza un Process Engine, la lógica de negocio tiene que ser desarrollada en algún lenguaje de programación. En estos casos hay que elaborar una especificación técnica que no tiene mucha relación con BPMN. Los diagramas deben pasarse a una especificación adecuada para el ambiente de programación escogida.

NIVEL 4B Implementación

Luego de la especificación del nivel 3B es necesario implementar técnicamente el proceso en una plataforma “tradicional”: si se utiliza un Process Engine no es necesario elaborar una especificación para el desarrollo, razón por la cual el esquema de la pirámide se muestra en forma asimétrica. En el siguiente gráfico se muestra la estructura de niveles ya descrita.

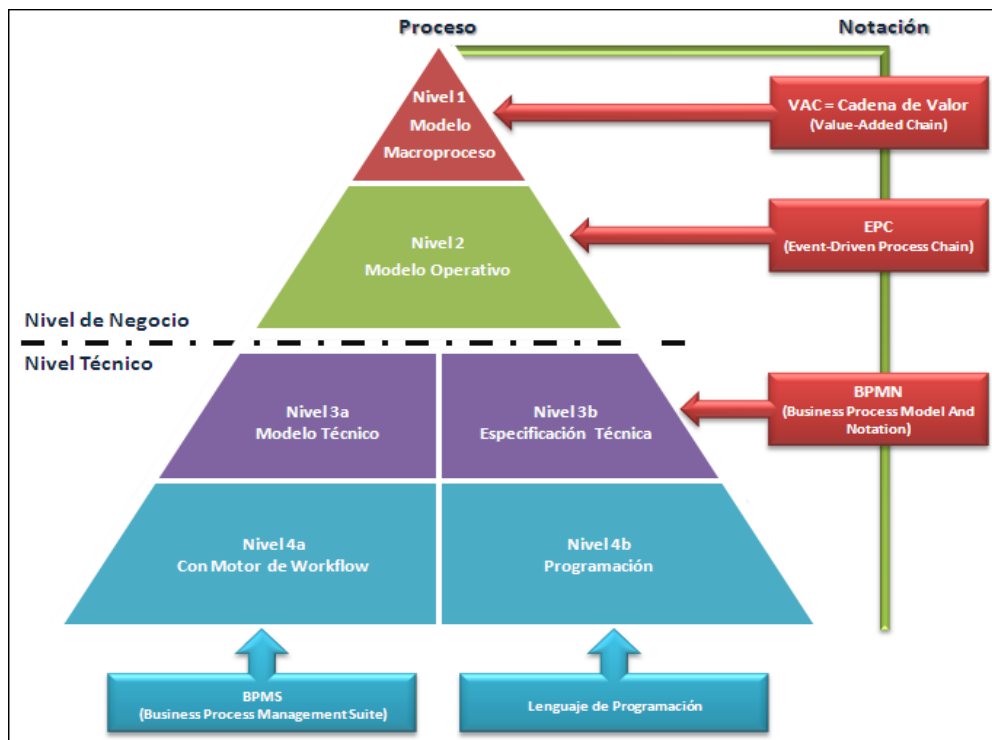


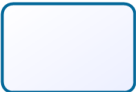

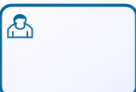


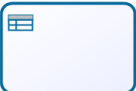

Figura N° 4 Niveles de BPMN 2.0 (Manual de BPMN 2.0) J. Freud 2014.





BPMN 2.0 también utiliza un conjunto de elementos gráficos especializados para describir un proceso y de qué manera es realizado. Los elementos principales del BPMN 2.0 son 3 y están clasificados en 4 niveles:



1. **Objetos de Flujo:** Estos son los principales elementos que podemos observar en la gráfica y definen el comportamiento de los procesos. Los objetos de flujo encontramos (ver Tabla N° 1).
2. **Objetos de conexión:** Son elementos Gráficos para conectar dos objetos de flujo dentro de un proceso (ver Tabla N° 1).



3. **Canales:** son elementos gráficos para Organizar las Actividades del flujo en diferentes categorías visuales que representan áreas funcionales, roles o responsabilidades (Tabla N° 1).






Tabla N° 1 de Notaciones de BPMN 2.0






Actividades:	
	Tarea Simple: Es una actividad atómica dentro de un flujo de proceso. Se utiliza cuando el trabajo en proceso no puede ser desglosado a un nivel más bajo de detalle.
	Tarea Manual: Es ejecutada por una persona, cuyo control no lo lleva un sistema workflow.
	Tarea de Usuario: También es ejecutada por una persona (usuario), pero en este caso el control lo lleva un sistema workflow.
	Tarea de Servicio: Es una actividad automática que es ejecutada completamente por algún software.
	Tarea Script: Un script es un pequeño programa que puede interpretar y ejecutar directamente el sistema workflow. El script tiene que estar escrito en el lenguaje que pueda interpretar el entorno de implementación.
	Tarea de Regla de Negocio: Ofrece un mecanismo para que el proceso provea una entrada a un motor de Reglas de Negocio y obtenga una salida de los cálculos que realice el mismo.
	Ciclo Multi-Instancia: Las tareas pueden repetirse secuencialmente comportándose como un ciclo. El ciclo multi-instancia permite la creación de un número deseado de instancias de actividad que pueden ser ejecutadas de forma paralela o secuencial.

	<p>Ciclo Estándar: Las tareas pueden repetirse secuencialmente comportándose como un ciclo. Esta característica define un comportamiento de ciclo basado en una condición booleana. La actividad se ejecutará siempre y cuando la condición booleana sea verdadera.</p>
<p>Subprocesos</p>	
	<p>Subproceso Local: Es una actividad cuyos detalles internos han sido modelados utilizando actividades, compuertas, eventos y flujos de secuencia. Un Sub-proceso describe en su interior la lógica en detalle, pero en el diagrama del proceso superior no toma más lugar que una propia actividad. El signo más (+) indica la existencia de una lógica dentro de este.</p>
	<p>Subproceso Global (Reusable): Pueden reutilizarse en varios procesos superiores. No están ligados al proceso superior, por lo tanto pueden poseer sus propios pools y lanes.</p>
	<p>Subproceso Ad-Hoc: Es un grupo de actividades que no requieren relaciones de secuencia. Se puede definir un conjunto de actividades, pero su secuencia y número de ejecuciones es determinada por sus ejecutantes.</p>

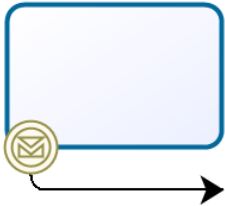
<p>Compuertas</p>	
	<p>Compuerta Exclusiva: De divergencia: Se utiliza para crear caminos alternativos dentro del proceso, pero solo uno se selecciona. De convergencia: Se utiliza para unir caminos alternativos.</p>
	<p>Compuerta Paralela: De divergencia: Se utiliza cuando varias actividades pueden realizarse concurrentemente o en paralelo. De convergencia: permite sincronizar varios caminos en uno solo. El flujo continúa cuando todos los flujos de secuencia de entrada hayan llegado a la figura.</p>

	<p>Compuerta Inclusiva: De divergencia: Se utiliza cuando en un punto se activan uno o más caminos de varios caminos disponibles, basado en los datos del proceso. De convergencia: Se utiliza para sincronizar caminos activados previamente por una compuerta inclusiva usada como punto de divergencia.</p>
	<p>Compuerta Basada en Eventos: Representa un punto del proceso donde se escoge un camino de varios disponibles, pero la decisión no se basa en datos del proceso sino en eventos.</p>

Eventos de Inicio	
	<p>Evento de Inicio Simple: Indica dónde se inicia un proceso. No tiene algún comportamiento particular.</p>
	<p>Evento de Inicio de Temporización: Se utiliza cuando el inicio de un proceso ocurre en una fecha o tiempo de ciclo específico. (ejemplo, todos los viernes)</p>
	<p>Evento de Inicio de Mensaje: Se utiliza cuando el inicio de un proceso se da al recibir un mensaje de un participante externo.</p>
	<p>Evento de Inicio Múltiple: Significa que hay múltiples formas de iniciar el proceso. Solo se requiere una de ellas.</p>
	<p>Evento de Inicio Condicional: Este tipo de evento dispara el inicio de un proceso cuando una condición se cumple.</p>

Eventos Intermedios	
	<p>Evento Intermedio Simple: Indica que algo sucede en algún lugar entre el inicio y el final de un proceso. Esto afectará el flujo del proceso, pero no iniciará (directamente) o finalizará el mismo.</p>
	<p>Evento de Temporización: Indica un retraso dentro del proceso. Este tipo de evento puede ser utilizado dentro de un flujo secuencial para indicar un tiempo de espera entre actividades.</p>
	<p>Evento de Mensaje: Indica que un mensaje puede ser enviado o recibido. Si un proceso está esperando por un mensaje y éste es capturado, el proceso continuará su flujo. El evento que lanza un mensaje se identifica con una figura sombreada. El evento que capta un mensaje se identifica con una figura sin relleno.</p>
	<p>Evento de Enlace: Este evento se utiliza para conectar dos secciones del proceso. Los eventos de enlace pueden ser utilizados para crear ciclos o evitar líneas de secuencia de flujo largas. Si en un proceso hay dos enlaces (uno que lanza y otro que recibe) el Modelador entenderá que están unidos. Si hay dos que lanzan y uno que recibe el Modelador entenderá que los que lanzan están unidos al que recibe. Si hay varios que lanzan y que reciben los nombres de las 'parejas' deben ser iguales para que el Modelador sepa cuál corresponde a cuál.</p>
	<p>Evento Condicional: Este evento se activa cuando una condición se cumple.</p>

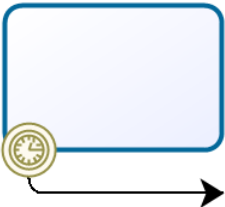
Eventos intermedios adjuntos a los límites de una Actividad



Evento de Mensaje:

Si un Evento de Mensaje se encuentra adjunto a los límites de una actividad, cambiará el flujo normal a un flujo de excepción cuando se reciba un mensaje.

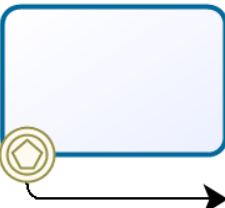
Si interrumpe la actividad a la que se encuentra adjunto, los bordes de la figura se mostrarán sólidos, de lo contrario se mostrarán discontinuos.



Evento Temporizador:

Si un Evento de Temporización se encuentra adjunto a los límites de una actividad, cambiará el flujo normal a un flujo de excepción cuando se cumpla un ciclo determinado o se alcance una fecha específica.

Si interrumpe la actividad a la que se encuentra adjunto, los bordes de la figura se mostrarán sólidos, de lo contrario se mostrarán discontinuos.



Evento Múltiple:

Si un Evento Múltiple se encuentra adjunto a los límites de una actividad, cambiará el flujo normal a un flujo de excepción cuando reciba uno o varios de los disparadores asignados.



Si interrumpe la actividad a la que se encuentra adjunto, los bordes de la figura se mostrarán sólidos, de lo contrario se mostrarán discontinuos.





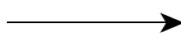
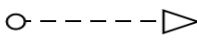

Evento Condicional:





Si un Evento Condicional se encuentra adjunto a los límites de una actividad, cambiará el flujo normal a un flujo de excepción cuando se cumpla una condición de negocio.

Si interrumpe la actividad a la que se encuentra adjunto, los bordes de la figura se mostrarán sólidos, de lo contrario se mostrarán discontinuos.

Eventos de Fin	
	Finalización simple: Indica que el flujo finaliza.
	Finalización de Mensaje: Indica que un mensaje se envía una vez finaliza el flujo.

Canales	
	Pool: Actúa como contenedor de un proceso. El nombre del pool es el nombre del proceso.
	Lane: Subdivisiones del Pool. Representan los diferentes participantes al interior de una organización.

Objetos de conexión	
	Flujo de Secuencia: Un flujo de secuencia es utilizado para mostrar el orden en el que las actividades se ejecutarán dentro del proceso.
	Flujo de Mensaje: Se utiliza para mostrar el flujo de mensajes entre dos entidades que están preparadas para enviarlos y recibirlos.
	Asociación: Se utiliza para asociar información y artefactos con objetos de flujo. También se utiliza para mostrar las tareas que compensan una actividad.

Artefactos	
	Objetos de Datos: Provee información acerca de cómo los documentos, datos y otros objetos se utilizan y actualizan durante el proceso.
	Depósito de Datos: Provee un mecanismo para que las actividades recuperen o actualicen información almacenada que persistirá más allá del alcance del proceso.
	Anotación: Son mecanismos para que un modelador provea información adicional al lector de un diagrama BPM.
	Grupo: Es un artefacto que provee un mecanismo visual para agrupar elementos de un diagrama de manera informal.

Fuente: Freund J., Rücker B., Hitpass B., BPMN 2.0 Manual de Referencia y Guía Práctica. Primera edición 2011.

2.6. Marco contextual de la investigación

En este apartado se muestra una breve descripción del contexto donde se desarrolló esta investigación, desde lo más general, como es el servicio de salud, hasta la unidad quirúrgica analizada.

2.6.1 Contexto Servicio de Salud Metropolitano Sur

Para tener una mirada de gestión de una unidad o servicio dentro de un establecimiento de salud es necesario cubrir un conjunto de variables, que consideran no sólo los aspectos propios del servicio o unidad sino que del establecimiento y del servicio de salud en que está inmerso, en este caso es el Servicio de Salud

Metropolitano Sur (SSMS), así como de los Servicios de Salud, así como también las regulaciones y propuestas de desarrollo que emanan del Ministerio de Salud.

El Servicio de Salud Metropolitano Sur, debe satisfacer las necesidades de atención de salud de un amplio territorio, cuenta para ello con un complejo asistencial, compuesto por un Hospital para Adultos y uno de Niños, ambos establecimientos son centros de derivación de otros establecimientos del Servicio y también centro de derivación nacional por su alta complejidad, se incorpora también a este complejo un hospital de infecciones, que en algunos aspectos se constituye en centro de derivación para otros establecimientos de la red sur.

Adicionalmente posee un hospital psiquiátrico y dos hospitales de menor complejidad, además a través de convenios de derivación atienden parte de su población en el Hospital Parroquial de San Bernardo.

El Servicio de Salud Metropolitano Sur, tiene una población asignada es de 1.090.515 habitantes de los cuales el 76% son beneficiarios del sistema público, con gran población asignada, pero según las proyecciones para los próximos años, esta población aumentará levemente con los cambios en los grupos etarios, lo que lleva a tenerlo presente ante cualquier evento de planificación estratégica o programas de gestión, especialmente en los pabellones quirúrgicos, por el riesgo de aumento en la población con necesidades traumatológicas, así como en cirugías del adulto mayor.

En el sistema de salud actual de manera concordante, estas instituciones disponen de mayores grados de autonomía para la gestión de sus propios recursos, dentro de definiciones de objetivos de participación en las redes de los Servicios de Salud, definidas por las Direcciones de los Servicios. Estas definiciones obligan a

difundir la responsabilidad de la gestión en líneas de dirección intermedias agrupadas en centros de responsabilidad, que deben recibir aportes de sistemas de información amigable y suficiente. Estas definiciones deben quedar adecuadamente resguardadas en las decisiones estructurales y organizativas que se establezcan para los hospitales normalizados, lo que reafirma la importancia de tener estructura de gestión intermedias claras para el buen funcionamiento de los servicios de un hospital.

Todo lo anterior nos sitúa en una posición diferente para gestionar y dar una mirada de procesos en base a lo que existe y los lineamientos adecuados.

Las instalaciones del hospital donde se encuentra el servicio objeto, de esta investigación, cuenta con un área de hospitalización que data del año 1947, destinado para internar pacientes con infecciones como la tuberculosis, por lo tanto, su disposición funcional no se condice con el alto grado de especialización que ha alcanzado, en este último tiempo.

Por otra parte la demanda de camas ha crecido enormemente desde la fecha de su inauguración hasta hoy, haciéndolo insuficiente. Respecto de su área de atención abierta, a pesar de ser de data reciente, posee limitaciones de espacio, tales como, insuficiencia de salas de espera, áreas de circulación estrechas y en general los boxes de atención, no cumplen con las recomendaciones actuales de superficie, las vías de conexión con el resto del complejo presentan algunas dificultades, no diferenciando las vías de circulación de público y de funcionarios.

El inicio de múltiples programas de atención ha agravado la insuficiencia del número de recintos. Por último, el acceso de la población se dificulta por estar ubicado aproximadamente a medio kilómetro, desde el acceso principal del hospital; trayecto que la población debe hacer caminando, ya que, no existe un medio de acercamiento.

Todo lo anterior hace que la atención de enfermería, se vea dificultada, puesto que los usuarios no disponen de una adecuación para sus requerimientos.

Considerando todos estos aspectos y la enorme cantidad de población usuaria (826.110 personas), que acuden para recibir atención de salud en estos establecimientos, hacen necesario la evaluación de una solución que permita entregar la atención de salud en condiciones óptimas, tanto en calidad, como en oportunidad, por lo cual se requiere cambiar los modelos de gestión, en la búsqueda de la calidad total.

La situación de base en el año 2013, presenta una distribución distinta en cuanto a la complejidad de camas, véase tabla N° 1: 114 cuidados críticos (20%), 68 (13%) medios y 451 básicos (69%). Incluye 41 camas de pensionado y de salud mental, con un total de 693.

El índice ocupacional de camas hospitalarias del establecimiento, para el año 2013 fue de 95,5%, teniendo ocupación del 96% en cuidados básicos, con servicios clínicos que alcanzaron el 100% de ocupación como cirugía, medicina y traumatología. En el caso de cuidados medios y críticos, este indicador superó el 97%. En todos los casos, se ha sobrepasado el estándar recomendado por el Ministerio de Salud (Autogestión Hospitalaria), donde se estipula que el porcentaje de ocupación debe estar entre el 80% y 90%. (Información proporcionada por el servicio de estadística del Hospital, Registro Estadístico Mensual (REM) año 2013)

En relación a la complejidad de los pacientes, los datos de las Categorizaciones por Riesgo y Dependencia (CUDYR) efectuadas durante el año 2013, señalan que el 34% de los pacientes hospitalizados deberían estar en cuidados críticos (A1, A2, B1, B2 y A3), 51% cuidados medios (C1, C2, B3) y un 15% en básicos. Esto difiere de la distribución de complejidad del recurso cama actual disponible para el establecimiento ver (Tabla N° 2).

Complejidad	Clasificación	Actual (2013)		
		N°	=	%
Cuidados críticos	UCI Adulto	21	11 4	18%
	UCI Cardiología	10		
	UTI Adulto	23		
	UCI Neonatología	14		
	UTI Neonatología	26		
Cuidados medios	Inmunosuprimidos	0	87	13%
	Mujer Ginecobstetricia	0		
	Adulto (incluye agudo)	87		
Cuidados básicos	Mujer Ginecobstetricia	59	45 1	69%
	Neonatología Básico	10		
	Adulto	38		
		2		
Subtotal		652		100%
Pensionado / Psiquiatría	Pensionado	13	41	
	Mediana Estadía	0		
	Salud Mental	28		
Subtotal		41		100%
Total		693		

Tabla N° 2 Fuente: Registro Estadístico Mensual (REM, 2013)

Los cambios demográficos de la población, sumado a la sobreutilización del recurso cama hospitalaria actual, la distribución de complejidad y el número de derivaciones al extra sistema, hace que la gestión del cuidado y la reorganización interna sea fundamental para dar una mejor atención, apareciendo la Gestión clínica como pilar importante en la gestión general.

2.6.2 Gestión Administrativa

La Gestión Administrativa hospitalaria está unida de forma indisoluble a la gestión clínica, siendo su soporte y apoyo. En términos generales los hospitales tradicionales pueden presentar más dificultades de gestión de la información entre estas dos áreas.

En ese sentido, el control de gestión se torna complejo por deficiencias en la veracidad, consistencia y oportunidad de los datos, haciendo que la toma de decisiones se realice con muchos elementos de incertidumbre, lo que se aleja como meta deseada en la autogestión, pues al no contar con los flujos oportunos y la información a tiempo, hace que las tomas de decisiones se hagan extemporáneas.

La Gestión Administrativa siendo un proceso estratégico, en cuanto a los lineamientos del hospital, pasa también a ser un proceso de soporte fundamental en cualquier servicio, donde el manejo de recursos humanos, el manejo de insumos, y en general, un manejo de recursos de alto costo son esenciales para el buen funcionamiento de cualquier unidad, en los pabellones toma un nivel de importancia prioritario, pues no sólo es el foco de producción de un hospital, sino que también un foco importante de gasto.

El enfoque basado en procesos parte de la idea de que “las empresas son tan eficientes como lo son sus procesos” (Amozarrain, 1999), reconoce que todo trabajo dentro de la organización se realiza con el propósito de conseguir algún objetivo, y que el objetivo se logra más eficazmente cuando los recursos y las actividades relacionadas se gestionan como un proceso.

Esto implica una visión transversal de la empresa, lo que quiere decir, ver al proceso diseñado como un elemento facilitador para satisfacer las necesidades de los clientes, internos y externos, como una forma natural de organización del trabajo.

Los procesos han adquirido una importancia tal que, en la actualidad, forman parte de las denominadas “buenas prácticas gerenciales”. (Nogueira Rivera et al, 2004), en este sentido la gestión del cuidado que realizan los profesionales de enfermería, a cargo de los servicios de mayor complejidad, requieren muchas herramientas para la gestión por procesos y responder con eficiencia, eficacia y efectividad, favoreciendo el liderazgo y la visibilidad de la profesión, en la gestión administrativa de la institución hospitalaria.

2.6.3 Proceso Estratégico o de Gestión

En relación a la Organización Interna, la institución ha redefinido su estructura organizacional, encabezado por la Dirección, de la que dependen siete subdirecciones: Subdirección Médica de Gestión Clínica, Subdirección Médica de Atención Abierta, Subdirección Médica de Atención Cerrada, Subdirección de Unidades de Apoyo Clínico, Subdirección de Gestión del Usuario, Subdirección Administrativa y Subdirección de Recursos Humanos. Además, dispone de otras estructuras para apoyar la gestión del cuidado, de dos coordinaciones de enfermería (atención abierta y cerrada) estas

últimas están a Nivel de Subdirecciones y dependen del Director, sin tener aún la figura de sub dirección.

2.6.4 Estructura Administrativa de la gestión del cuidado

Esta institución para poder responder a los requerimientos actuales, necesita de una estructura organizacional administrativa sólida y organizada, ajustada, para elevar los siguientes aspectos desde la perspectiva de la gestión del cuidado:

- Continuidad de Atención entre el servicio ambulatorio y de atención cerrada.
- Gestión de información financiera.

Para esto el grupo directivo del hospital ha revisado el organigrama del hospital para darle una funcionalidad más bien operativa, más que administrativa a los centros de responsabilidad.

2.6.5 Organigrama para la Gestión de Cuidado

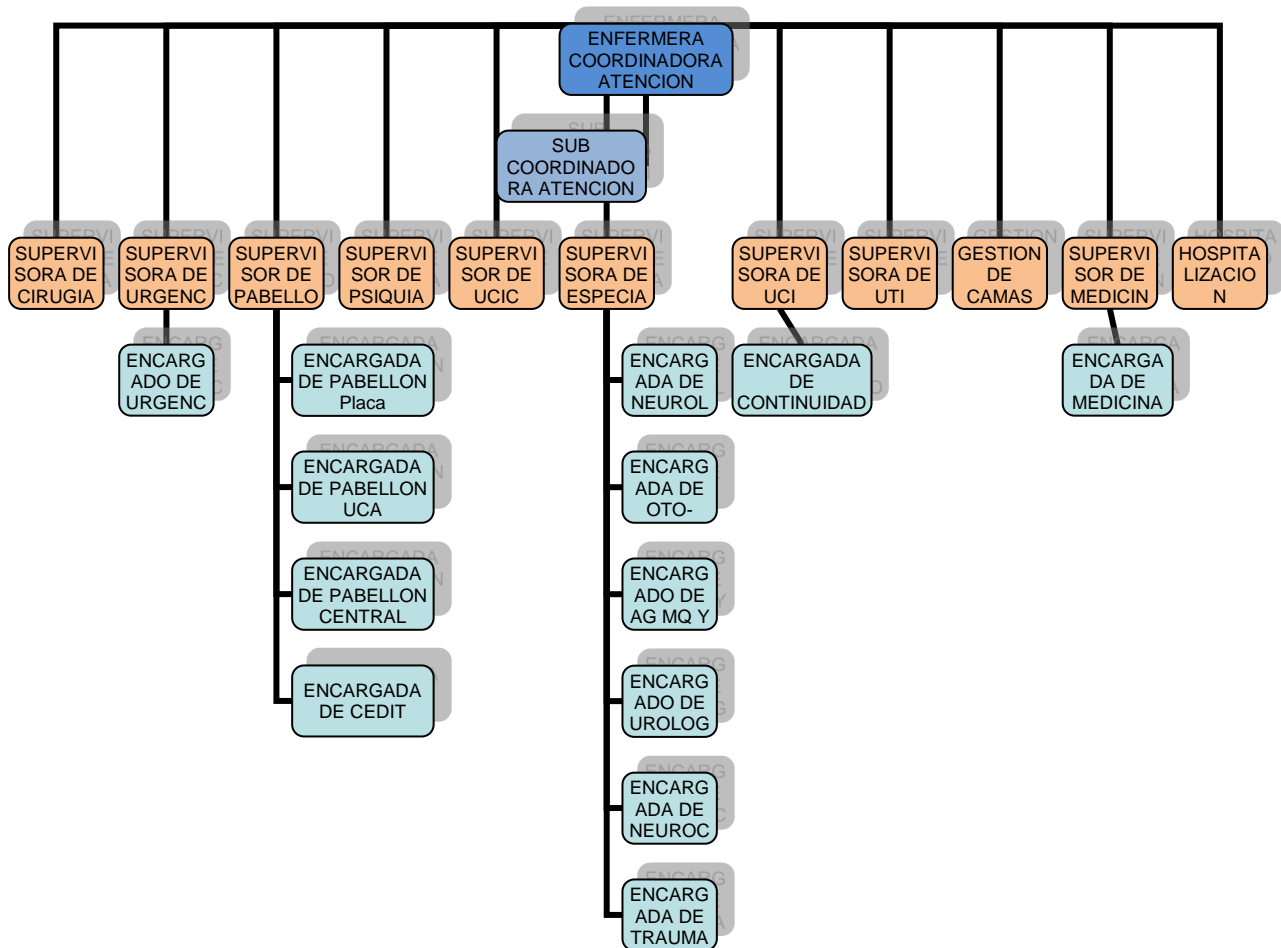


Figura N° 5 Organigrama del Hospital de alta complejidad. Elaboración propia.

2.6.6. Unidad de Pabellones Quirúrgicos

La unidad de Pabellones Quirúrgicos y CEDIT es el centro de atención de este estudio y se detalla la atención y organización interna para entender el funcionamiento del mismo.

La Unidad de Pabellones y Procedimientos Endoscópicos, tiene por objetivo otorgar atención integral y de calidad a nuestros pacientes, en el marco del proceso y resolución quirúrgica. Está conformada por las siguientes unidades:

1. Pabellón central
2. Pabellón ambulatorio
3. Pabellón especialidades
4. Centro Endoscópico Diagnóstico y Terapéutico (CEDIT)

Estas unidades están ubicadas en varios sectores del hospital pero todas dan cuenta a una sola organización interna como servicio.

La unidad de Pabellones llega a ser el centro operativo o la columna vertebral de producción de muchos establecimientos de salud, siendo uno de los servicios más complejos y el más costoso, en cuanto se refieren al valor del metro cuadrado, por lo tanto es una gran inversión en infraestructura y recursos humanos, que debe funcionar de manera óptima.

Además, siempre se ha considerado, en el inconsciente colectivo de los profesionales de la salud, a los pabellones quirúrgicos un lugar casi desconocido para

muchos profesionales, por ser un lugar de tránsito restringido y cerrado, lo que genera no entender su funcionamiento interno.

Con el objeto de entender la importancia de este servicio y para estimar la producción quirúrgica se deben considerar tres tipos de cirugías: mayor electiva, mayores, ambulatorias y de urgencias.

Es necesario entregar antecedentes estadísticos para situarnos en el nivel de producción de este pabellón.

En lo referente a la producción de estos pabellones de alta complejidad, la tabla N° 3 muestra la producción real obtenida del Registro Estadístico Mensual (REM) correspondiente al año 2013 y a la lista de espera respectiva, Tabla N° 4, se aprecia una subestimación en la proyección de producción del 11%. A raíz de ello, se implementó una nueva metodología de estimación, que considera como base los datos productivos del año 2013, los pacientes en la lista de espera y el incremento de población.

Cirugías mayores electivas atención cerrada	Cirugías mayores ambulatorias (CMA)	Cirugías urgencia
10.541	3.601	4.378

Tabla N° 3: Producción pabellones año 2013. Fuente: Registro Estadístico Mensual (REM) año 2013

Durante el año 2013 se efectuaron 10.541 cirugías mayores electivas en atención cerrada, 3.601 cirugías mayores ambulatorias y 4.378 de urgencia. Si se considera una lista de espera (LE) de 4.075 intervenciones registrada en repositorio al año 2013 y una LE no expresada equivalente a un 30% de la lista de espera de especialidades de Cirugía (7.385) según opinión de experto (MINSAL-SSS), es posible estimar una LE total de 11.460 intervenciones, de las cuales, aproximadamente, un 25% de ellas corresponderá a Cirugía mayor Ambulatoria (2.865). Al incluir este cálculo en el total de cirugías, se obtienen los resultados presentados en la Tabla N° 4:

Cirugías mayores electivas atención cerrada	Cirugías mayores ambulatorias (CMA)	Cirugías urgencia
19.136	6.466	4.378

Tabla N° 4: Producción considerando lista de espera Fuente: Registro Estadístico Mensual (REM) año 2013 y repositorio de lista de espera.

Como se puede apreciar en las tablas anteriores, los resultados de producción además de la lista de espera, muestran una gran producción y atenciones pendientes lo cual tiene un gran impacto sanitario en los pacientes y la comunidad, siendo un tema a resolver. Es por ello que los pabellones, son considerados como una unidad de alta producción y de alta demanda, lo que reafirma la necesidad de gestionar cada proceso lo mejor posible centrados en el usuario y contribuyendo al incremento de la producción.

2.6.7. Capital humano de la unidad quirúrgica

El recurso humano en pabellones, como en cualquier otra unidad, es fundamental en cualquier proceso, que considera a las personas trabajando para otras personas. Otro aspecto importante, son los índices de carga y cantidad de personal, junto con ello, se trabaja con equipos altamente especializados, en el área de Enfermería, profesionales, técnicos y auxiliares de servicios, a este grupo se les une los médicos especialistas, constituyendo un capital humano fundamental para el funcionamiento de los pabellones y se constituyen en un proceso clave de esta unidad.

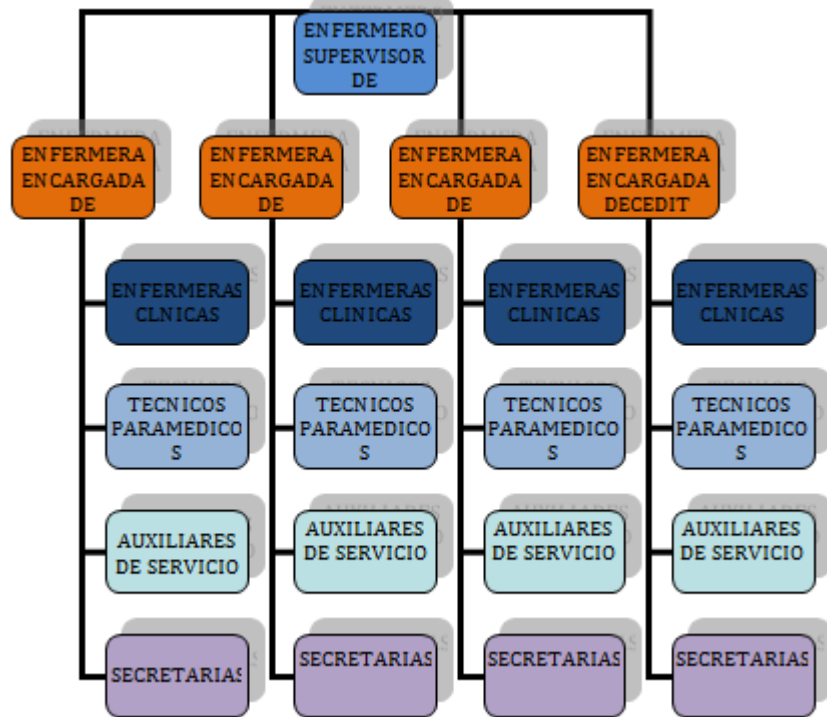


Figura Nº 6 organigrama Equipo de gestión del cuidado en Pabellones quirúrgicos, elaboración propia.

Horarios de trabajo

El horario de los pabellones en general, es diurno, en horario hábil de lunes a viernes y se desglosa de la siguiente forma:

El servicio de pabellones tiene trabajo en horario 24/7 sólo para el Pabellón de Urgencias y además de recuperación, el resto de los pabellones funcionan en horario diurno.

Los horarios diurnos de los pabellones son: de 7:45 a 16:30 de lunes a jueves y los viernes hasta a las 15:30.

2.6.8 Pabellón Central

Están compuestos por 7 Pabellones. En esta unidad se realizan las cirugías de las especialidades como:

- Digestivo alto y bajo
- Vascular
- Maxilofacial
- Tórax
- Cirugía Plástica.
- Cirugía General
- Pabellón de Urgencia interna 24 horas con todas las especialidades.

Esta unidad cuenta con una Enfermera encargada, dos enfermeras diurnas y una en sistema de cuarto turno, para el funcionamiento de la recuperación y pabellones de urgencia, además tiene una dotación de 18 técnicos diurnos, más 12 técnicos en sistema de turnos, para cubrir recuperación y pabellón de urgencia, tres auxiliares diurnos y tres en sistema de turno. Una secretaria y un auxiliar de servicio para la ropa diurno. El horario de trabajo es desde las 7:30 hasta las 16:30, más horario extraordinario, en caso necesario, si es que existen pacientes en recuperación, el turno cubierto es de 24 horas.

2.6.9. Pabellón ambulatorio

Esta unidad cuenta con 4 pabellones en funcionamiento donde se opera toda la cirugía ambulatoria, incluyendo en esta la especialidad, la oftalmología completa.

El recurso humano cuenta con una enfermera encargada y tres enfermeras (os) clínicos, una de ellas cumple funciones de evaluación pre anestésica de los pacientes programados en esta unidad. Se dispone de 18 técnicos en sistema diurno, 3 auxiliares y un secretario.

El horario de trabajo es desde las 7:30 hasta las 16:30, más horario extra, si es necesario, por los pacientes que requieren permanecer en recuperación post anestésica.

2.6.10. Pabellón especialidades

Esta unidad cuenta con 11 pabellones de los cuales funciona solo una parte con especialidades como: neurocirugía, traumatología, otorrinolaringología y urología

Cuenta con una enfermera coordinadora y cuatro enfermeras (os) clínicos que se distribuyen en tres en pabellones y uno en recuperación post anestésica.

24 técnicos paramédicos, 5 auxiliares de servicio y 1 secretaria. El horario de trabajo es desde las 7:30 hasta las 16:30, más horario extraordinario, si es necesario por los pacientes que permanecen en recuperación, con 11 unidades que funciona desde las 08:00 hasta las 19:30 horas. Además de los sábados, cuando es necesario hasta las 20:00 horas.

2.6.11. Centro de endoscopia diagnóstico y terapéutico (CEDIT)

Esta unidad es considerada la más grande en el país y la que hace la mayor variedad de procedimientos en el área pública y funciona con dos pabellones quirúrgicos, recuperación de pacientes y 8 box de atención.

Cuenta con una enfermera jefe de unidad, más dos enfermeras clínicas, 15 técnicos paramédicos dos auxiliares de servicio y 3 secretarias. El horario de trabajo es desde las 7:30, hasta las 16:30, más horario extraordinario, si es necesario por los pacientes que permanecen en recuperación, además en algunas épocas del año, hay llamados de urgencia para reanimación cardiopulmonar, situación en la cual el equipo completo se presenta en los pabellones al procedimiento en cualquier horario,

realizándose principalmente los procedimientos de RCP y de ligadura de vasos, en caso de hemorragias digestivas agudas.

Los procedimientos realizados son en general ambulatorios, a excepción los de pabellones, la mayoría requieren de hospitalización o bien de manejo en pacientes ya hospitalizados en las diferentes unidades del hospital, la gama de procedimientos son alrededor de 56.

2.6.12 Pabellones que no son dependientes de esta unidad

Existen dos unidades que no dependen de pabellones, que son el pabellón del servicio de urgencias del hospital y del servicio de ginecología. En el caso servicio de urgencias, está en proceso para que en el año 2016, su dependencia sea del servicio de pabellones centrales.

Este proyecto se basa fundamentalmente, en el reconocimiento del capital humano quien con sus competencias logra integrar la gestión por procesos, como una herramienta potente para desarrollar un trabajo armónico e integrando equipos comprometidos con la calidad, la eficiencia y la eficacia institucional.

En el capítulo siguiente se revisará la metodología utilizada para el diagnóstico de los procesos involucrados en la gestión-administración de los pabellones quirúrgicos centrales, donde el capital humano se constituye en el pilar fundamental para el compromiso con la calidad, la eficacia y eficiencia institucional, a través de la utilización de herramientas sistémicas para un trabajo en equipo en pos de un objetivo común, es aquí donde la gestión por procesos instala un sentido orgánico de trabajo al interior de los pabellones y con las redes de apoyo de otras unidades.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLOGICO

CAPITULO III MARCO METODOLÓGICO

Este apartado describe la metodología desarrollada en el proyecto para la identificación de procesos clave en los pabellones quirúrgicos centrales, en un hospital público de alta complejidad, ubicado en la zona sur de la ciudad de Santiago de Chile. Se pretende que este estudio signifique un aporte para mejorar la calidad del servicio prestado y permitir la participación del equipo de salud.

La identificación de procesos claves, son la base para realizar el seguimiento y control necesarios para generar futuras estrategias de mejora. Como una manera de organizar el desarrollo de este proyecto, a continuación se presenta un esquema que orienta el trabajo en pos de la consecución de los objetivos planteados y el producto final.

Este proyecto, consta de dos grandes fases, la primera de evaluación diagnóstica, tiene un carácter investigativo cualitativo, por tanto está sujeto a los principios éticos y metodológicos de toda indagación. La segunda fase tiene como propósito desarrollar herramientas operacionales para el levantamiento y diseño de mapas de procesos clave de los pabellones quirúrgicos centrales (Fig. N° 7)

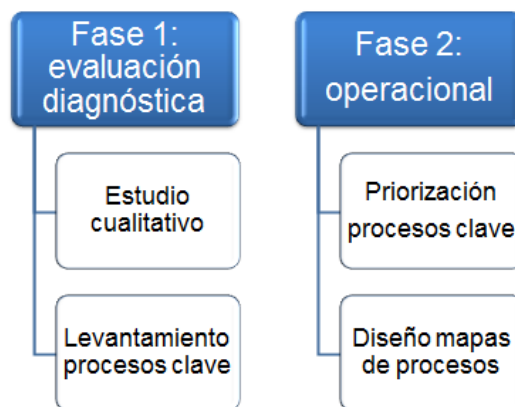


Fig. N°7. Fases del proyecto

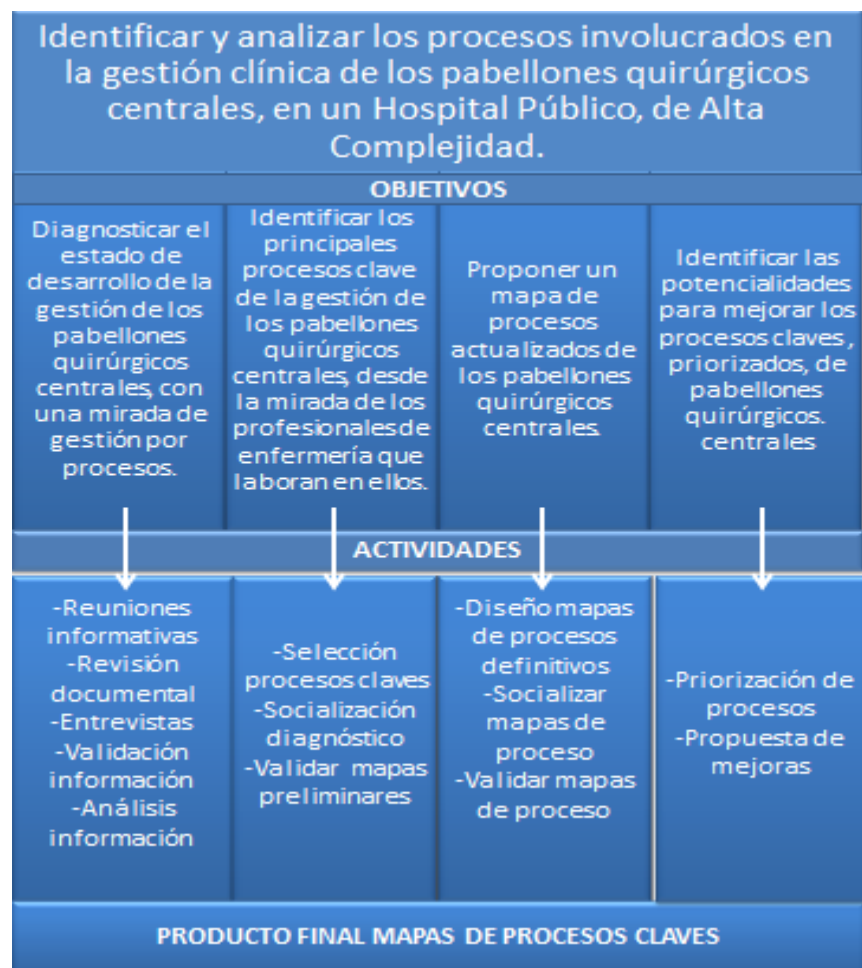


Fig.: Nº 8 Objetivo General, Específicos y Actividades asociadas

3.1. Metodología

El proyecto considera tres etapas fundamentales:

3.1.1. Etapa I: Preparatoria

a. Análisis de la situación actual de la institución:

MISIÓN

“Ser el mejor Hospital Público del país”.

VISION

Contribuir a elevar el nivel de salud de la población, trabajando humanizadamente para otorgar una atención integral de calidad, prestigiada, con enfoque docente, con la participación activa de la comunidad, con funcionarios competentes y motivados, optimizando el uso de su patrimonio tecnológico y financiero al servicio de la continuidad asistencial y centrada en el usuario.

b. Elaborar el plan de trabajo institucional:

Se procedió a hacer un plan de trabajo que consideraba una carta Gantt:

- i. Recolección de Antecedentes
- ii. Revisión de documentación.
- iii. Análisis de antecedentes.
- iv. Definición de informantes claves

- v. Revisión de libros de reuniones
- vi. Confección de instrumento.
- vii. Aplicación de entrevistas.
- viii. Transcripción de entrevistas
- ix. Análisis de entrevistas
- x. Análisis de libro de reuniones de enfermeras.
- xi. Confección de planilla de análisis
- xii. Saturación de datos encontrados.
- xiii. Análisis de resultados
- xiv. Confección de conclusiones

c. Capacitar a los encargados de implementar:

Este proyecto no considera esta fase, quedando pendiente para ser realizada posteriormente, previa socialización con las autoridades institucionales y los equipos de los pabellones quirúrgicos.

d. Sensibilizar a la institución :

Este trabajo se inició cuando el autor de este proyecto era enfermero Coordinador del Hospital, realizando la socialización del trabajo con el director del Hospital. Posteriormente, asumió un nuevo rol como Supervisor de los Pabellones Quirúrgicos, en esta etapa se presentó el proyecto a la Enfermera Coordinadora del Hospital.

Se trabajó además socializando este proyecto con las enfermeras encargadas y enfermeras clínicas del servicio en estudio.

3.1.2. Etapa II: Diagnóstico del estado de desarrollo de la gestión de los pabellones quirúrgicos centrales, con una mirada de gestión por procesos (Objetivo 1)

Para realizar esta primera etapa de evaluación investigativa, se han tenido en cuenta los principios éticos y metodológicos de toda investigación, puesto que se realizó una indagación de carácter cualitativo, con análisis de documentación institucional y de registros relacionados con el respaldo de reuniones sistemáticas del equipo de enfermería de los pabellones quirúrgicos centrales. y de los relatos de los informantes claves.

3.1.2.1. Consideraciones metodológicas y éticas

Lugar	Servicio de pabellones quirúrgicos	
Tipo de estudio	Cualitativo, con análisis documental y de relatos de entrevistas con informantes claves.	
Población y muestra	Profesionales de enfermería que se encontraban activos en el servicio de pabellones quirúrgicos, identificados como Informantes claves. El enfermero investigador, como coordinador de pabellones quirúrgicos. Enfermeras y Enfermeros Clínicos de pabellones quirúrgicos.	
	mujeres	4
	hombres	2
Características de la muestra	Experiencia profesional	> 3 años
	Antigüedad	2 años en el servicio y desempeñando funciones de asistencia clínica y gestión del servicio
	Horario laboral	Sistema de turnos
	Cargos	3 mujeres han sido jefes encargadas de servicio, por más de un año.

Criterios de inclusión	Profesionales de enfermería: - pertenecientes en pabellones quirúrgicos - \geq 6 meses de antigüedad. - firma de consentimiento informado
Criterios de exclusión	Profesionales que no firmen el consentimiento informado para la participación voluntaria en la investigación.
Aspectos éticos	Este es un proyecto en el cual el interés está centrado en la dinámica social de un grupo de personas en un contexto en particular, (pabellones quirúrgicos). Los profesionales, considerados como informantes claves, quienes participaron voluntariamente. No se expresaron beneficios personales acumulados por la investigación, tampoco los productos son la meta, sí los principios y estructuras sociales hacia donde se dirigen. Para este proyecto se tuvieron en cuentas las normas éticas internacionales para la investigación con seres humanos declarados por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS)
Consentimiento informado	Todos los participantes de esta investigación recibieron información, y orientación clara, sencilla, y completa sobre el propósito, objetivo, metodología del proyecto de investigación así como su forma de participar de manera autónoma y voluntaria. (Ver anexo 1). El propósito es asegurar que los participantes en este proyecto, firmaron el documento de manera voluntaria, sin generar conflictos entre ellos y el investigador. Se relaciona directamente con el respeto a las personas y a sus decisiones autónomas (Rueda Castro, 2004)

Aspectos de rigor metodológico	
Validez interna	Se da en la medida en que los resultados “reflejan” una imagen lo más completa posible, clara y representativa de la realidad o situación estudiada, en este caso la gestión por procesos que se da en un pabellón quirúrgico de alta complejidad. (E; Vásquez, ML. 2003).
Credibilidad	<p>La credibilidad se logra cuando el investigador, a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes en el estudio, recolecta información que produce hallazgos que son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten (E; Vásquez, ML. 2003).</p> <p>Transcripción textual de las entrevistas y devolución para su revisión a los informantes, donde se revisaron también los análisis del investigador, transcripción textual de las frases de los libros de reuniones revisados.</p>
Confirmabilidad	<p>Se define como la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho (Castillo, E; Vásquez, ML. 2003).</p> <p>Se realiza una caracterización clara de los informantes, se analiza uno a uno los textos de entrevistas transcritas, las que se conservan en formato de audio y texto disposición de los informantes, manteniendo la confidencialidad de la información.</p>
Aplicabilidad	<p>La aplicabilidad, da cuenta de la posibilidad de ampliar los resultados del estudio a otras poblaciones (E; Vásquez, ML. 2003).</p> <p>En este criterio se satura la información hasta encontrar lo más típico de las respuestas y se analizan todo el universo de la información representado en el texto de cada entrevista transcrita y las frases tomadas de los libros.</p> <p>También en el documento informe está la descripción acabada del contexto del proyecto y la caracterización de los informantes clave, para que sus resultados puedan ser transferidos a contextos similares.</p>

3.1.2.2. Levantamiento de la información

Para la identificación de los procesos claves del pabellón, se realiza recolección de información de tipo cualitativa, a través de entrevistas semi-estructuradas que permitió identificar la percepción de la gestión en el servicio por parte de los informantes claves, en este caso, lo constituyeron 6 profesionales de enfermería que cumplieron con los criterios de inclusión.

Se revisaron y analizaron los registros de los libros de reuniones de los profesionales de enfermería que constituyen el staff de los pabellones.

Estas actividades se desarrollaron por fases; en una primera fase se revisaron los libros de reuniones del Estamento de Enfermeras/os de los pabellones, estos libros contienen actas de reuniones programadas y no programadas relacionadas con la gestión del servicio por estamento.

Se utilizó la entrevista semi estructurada con 7 preguntas introductorias abiertas, permitiendo la espontaneidad de la respuesta pero acotando a los objetivos del proyecto.

3.1.2.2.1. Revisión documental de actas de Reuniones de Enfermeras/os de pabellones

Se revisó el libro de reunión de enfermeras de los pabellones, correspondiente a un año calendario, este libro es foliado y corresponde a las anotaciones y actas de las reuniones ordinarias y extraordinarias desarrolladas en los pabellones quirúrgicos,

fueron un total de 18 reuniones ordinarias y extraordinarias correspondientes a 33 páginas foliadas.

3.1.2.2.2. Estructura y planificación de las entrevistas

Para planificar las entrevistas se tuvo en cuenta el objetivo general, las características de la población participantes (cumplir los criterios de inclusión), que se entendieran las preguntas para obtener la mirada general y coherentes con los objetivos globales de la investigación (U. Flick, 2004).

- Obtener una definición de cada uno de la gestión por procesos
- Que identifiquen puntos de apalancamiento de mejora de la gestión de pabellones
- Identificar fortalezas del servicio de pabellones
- Identificar proceso clave y otros procesos de los pabellones.
- Identificar Debilidades de la Gestión de los Pabellones.

Para la validez de las entrevistas se tuvo en cuenta los criterios de Patton (1987).

- Siempre tener presente el propósito de la investigación que en este caso es el diagnóstico en torno a procesos.
- Dar libertad a los entrevistados en expresarse en su propio lenguaje.
- Estar siempre consciente de las ventajas y desventajas de la entrevista.
- Saber distinguir los diferentes tipos de información.
- Formular las preguntas claras.
- Evitar preguntas sesgadas.

- Establecer un clima de seguridad e interés mutuo.
- Mantener neutralidad con respecto al contenido de las respuestas.
- Mantener el control de la entrevista.
- Grabar la entrevista.
- Tomar nota para captar y destacar los puntos más importantes.
- Después de la entrevista revisar inmediatamente la grabación.
- Tratar con respeto a la persona a las personas entrevistadas.

3.1.2.2.3. Desarrollo de las entrevistas

Las entrevistas fueron semi-estructuradas con las siguientes preguntas introductorias:

1.	¿Qué es para usted Gestión por procesos?
2.	¿Cómo evalúa la gestión de los Pabellones?
3.	Mencione algunos aspectos positivos de gestión de los pabellones
4.	Mencione algunos aspectos negativos de gestión de los pabellones.
5.	Para usted cuál o cuáles son procesos clave de los pabellones.
6.	Mencione algunos subprocesos claves de los pabellones.
7.	¿Cuáles cree usted son las áreas clave de soporte de pabellones?

Tabla N° 5: Preguntas introductorias entrevista semiestructurada, elaboración propia.

Las entrevistas fueron programadas en acuerdo con los informantes claves según su tiempo y lugar cómodo para ellos, algunas se realizaron en el hospital (4) y las otras en el domicilio del informante (2), con una duración a aproximada de 30 a 40 minutos, grabadas en audio y transcritas en forma fidedigna, siendo identificada cada una con las letras I¹E¹, I¹ E¹, I³ E¹....., donde I significa Informante, y el súper índice el número de informante, E entrevista y súper índice número de entrevista.

3.1.2.2.4. Realización de un informe pactado: se transcribieron fidedignamente las entrevistas, una a una para ser revisado y autorizado por parte cada entrevistado.

3.1.2.2.5. Confrontación de los datos recogidos: se revisaran todas las entrevistas, triangulando la información con otro profesional de enfermería experto en el área.

Las etapas siguientes abajo enunciadas se desarrollarán en los apartados correspondientes.

3.1.3. Etapa III: Levantamiento de procesos clave de pabellón quirúrgico (Objetivo 2)

- a. Medir, Analizar y Evaluar los Procesos identificados a través de las entrevistas a informantes claves
- b. Diseño preliminar de mapas de procesos
- c. Socializar mapas de procesos

3.1.4. Etapa IV: Diseño mapas de proceso (Objetivo 3)

- a. Diseño mapas de procesos definitivos
- b. Socializar mapas de proceso
- c. Validar mapas de proceso

3.1.5. Etapa V: Potencialidades propuestas para la mejora (Objetivo 4)

- a. Priorización de procesos clave
- b. Propuesta de mejoras

CAPITULO IV

PRESENTACION Y

ANALISIS

DE DATOS

CAPÍTULO IV PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Etapa II: Levantamiento de procesos clave de pabellón quirúrgico (Objetivo 2)

4. 1. Análisis de datos

Esta fase da cuenta del Objetivo 2, planteada en la metodología del presente proyecto, a partir del diagnóstico, se realiza una identificación de procesos clave.

El análisis de los datos se realiza por codificación abierta (Strauss, A., & Corbin, J. 1998). Proceso analítico, a través del cual los conceptos son identificados, así como sus dimensiones y propiedades se descubren en datos relevantes.

Proceso analítico, a través del cual los conceptos son identificados, así como sus dimensiones y propiedades se descubren en datos relevantes, durante el proceso de codificación abierta, los datos son fragmentados en partes discretas, minuciosamente examinados y comparados por sus similitudes y diferencias. En este diagnóstico de la gestión de un pabellón quirúrgico, esta codificación se desarrolló con las respuestas y frases expresadas por los participantes, sobre las que se realiza una interpretación que describe en forma concreta los conceptos emitidos por los informantes claves, frente a las preguntas de la entrevista.

La codificación abierta desarrollada en el presente proyecto, parte de la elaboración de la matriz de análisis de la cual se toman fragmentos significativos para poder identificar los elementos comunes y descriptivos de la realidad de la gestión en el servicio de pabellones. Se tomó la información de las entrevistas realizadas a los profesionales de enfermería y la información recabada de los libros de acta de reuniones de gestión de enfermería.

Los resultados de las entrevistas transcritas en forma literal, permitió construir una matriz de análisis donde se saturaron las frases y según la repetición de estos temas se le dio una carga de valor por número de veces que se repitió la frase o concepto, para luego construir gráficos circulares.

En la revisión del libro de reuniones se extrajeron los temas que se repiten estos se pusieron en una matriz de análisis donde se saturaron las palabras o temas asociados a la gestión de los pabellones contrastándolos con la gestión por procesos, se le dio una carga de valor según las repeticiones que tenían con esta información se construyeron gráficos circulares, para facilitar la descripción y la presentación de la realidad observada.

4.2 Datos y Análisis de las Respuestas a las Entrevistas

PREGUNTA N° 1: ¿Qué es para Usted la gestión por Procesos?

Al revisar el texto de entrevistas de la primera pregunta se encuentran las siguientes frases:

- «La Gestión por procesos es armarlos, uniendo actividades de los mismos»
- «Es unir las actividades que hacemos gestionando por áreas»
- «Ordenar todo lo que hacemos estandarizando»
- «Estandarizar lo que hacemos armando actividades»
- «Hacer un orden de todas nuestras actividades»
- «Hacer gesto por partes o áreas de la Unidad»

Gestión por Procesos	N° repeticiones
Armar Procesos	1
Unir Actividades	1
Gestionar por Áreas	2
Estandarizar	1
Armar Actividades	2
Estandarizar lo que hacemos	2
Ordenar todo lo que hacemos	3

Tabla N° 6 Datos de respuesta de Gestión por Procesos, elaboración propia.

QUE ES GESTIÓN POR PROCESOS

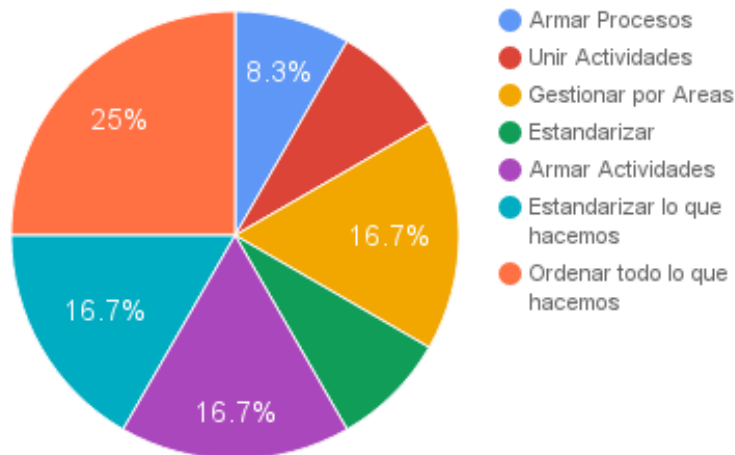


Gráfico N° 1 Qué es Gestión por Procesos.

Todas las respuestas se acercan en parte a la definición de Gestión por Procesos, según los autores revisados, lo que nos demuestra que existe un conocimiento general quizás no acotado y específico de la gestión por procesos. Esto puede estar asociado a los requerimientos del MINSAL en este último tiempo, se ha informado respecto a los procesos generales de las unidades de atención clínica.

25% de las respuestas señalan que la gestión es entendida como «*Ordenar todo lo que hacemos*», a pesar de que no se refiere a procesos, si a organizar lo interno; otros se refieren a «*estandarizar lo que hacemos*» junto con «*gestionar por áreas*» que siguen con un 16,7 % junto con «*armar actividades*» con el mismo porcentaje.

Pregunta Nº 2: ¿Cómo evalúa usted la gestión de los Pabellones?

Esta es una de las preguntas claves para asociar la gestión por procesos a la gestión tradicional utilizada actualmente en los pabellones en estudio y generar un diagnóstico de la gestión actual con la percepción clínica de los profesionales de enfermería entrevistados.

Los informantes asocian consecuencias que ellos perciben en el trabajo diario y donde cada uno de ellos con su mirada profesional en el rol asistencial ven el problema particular en que se encuentra la gestión realizada en ese momento de acuerdo a las consecuencias vividas por ellos.

Nos encontramos con respuestas como:

- «Estamos llenos de problemas»
- «Apagamos siempre incendios»
- «Nos Falta Organización y Comunicación»
- «NO planificamos solo actuamos y eso nos Desordena»
- «La organización y falta de respaldos escrito nos hace trabajar mal»
- «Cada uno hace las cosas como mejor les parece corriendo riesgos»
- «Cada uno trabaja como quiere»

Análisis de la Gestión Actual	N° repeticiones
Falta ordenar	3
Desorden	2
Hay muchos obstáculos	1
Falta Planificación, organización	6
Estamos Llenos de problemas	1
Muchas formas de trabajo	1

Tabla N° 7 Datos de Análisis de la Gestión Actual.

Análisis de la Gestion Actual

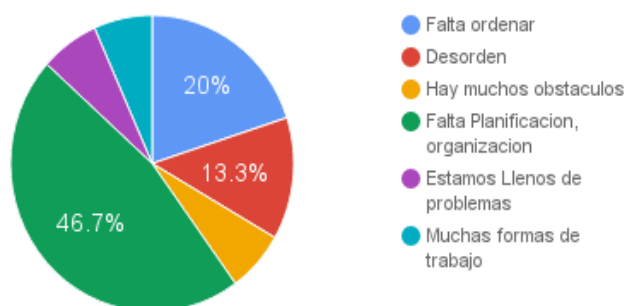


Gráfico N° 2 Análisis de la Gestión Actual de Pabellones.

El análisis de los datos encontrados podemos apreciar que en general, la «*Falta de Planificación y Organización*» se presenta en 46,7 %.

«*Falta Ordenar*» y «*hay desorden*» son dos respuestas muy relacionadas, con un 33,3% de las respuestas; en general, se evidencia una necesidad de orden en el desarrollo de las actividades en el servicio, siendo esta una de las debilidades de la gestión.

Un 6,7% de las respuestas señalan la variabilidad del tipo de trabajo.

El concepto «*Ordenar*» se observa en las respuestas, la que al asociarlas con la gestión por procesos, nos encontramos con el tema fundamental de este modelo de gestión, que es el delimitar los flujos y responsables de todos los procesos con un responsable y orden lógico de todas las actividades asociadas a cada sub proceso. Esta delimitación y orden lógico con sus respectivos responsables no se logra evidenciar desde lo que expresan los informantes, por el contrario queda de manifiesto que hay importantes diferencias en la forma como trabaja cada miembro del equipo en ese servicio.

Pregunta N° 3: Mencione Aspectos Positivos de la Gestión en Pabellones

En la Transcripción de las entrevistas se obtuvieron respuestas para esta preguntas tales como:

- «Trabajamos muy bien en calidad»
- «Hay muy buena infraestructura»
- «Usamos buena tecnología en los pabellones»
- «Tenemos profesionales capacitados y con competencia técnicas»
- «Tenemos algunos protocolos»

- «No encuentro nada Positivo»

ASPECTOS POSITIVOS DE LA GESTIÓN	N° repeticiones
Los enfermeros tienen competencias técnicas	3
Hay buena infraestructura	2
Tenemos algunos Protocolos	1
No Encuentro nada positivo	1
Usamos Buena Tecnología	2
Tenemos buenos cumplimientos de calidad	3

Tabla N° 8: Aspectos Positivos de la Gestión.

ASPECTOS POSITIVOS EN LA GESTION

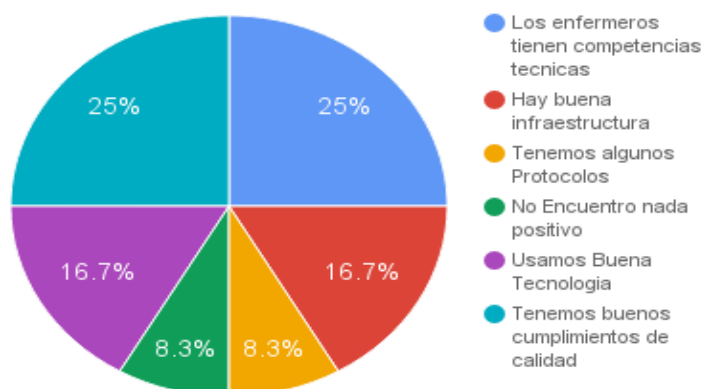


Gráfico N° 3 Aspectos Positivos de la Gestión.

Al análisis de aspectos positivos de la gestión de los pabellones, solamente uno refiere que no encuentra ningún aspecto positivo de la gestión de pabellones, más bien, se refiere a un desorden interno y falta de gestión del servicio quirúrgico, pues siempre se encuentra solucionando problemas del trabajo diario, lo que impide centrarse en la gestión general de los pabellones.

A diferencia los otros entrevistados, señalan como positivo las competencias profesionales, infraestructura, equipamiento y la tecnología existente en pabellón, sin delimitar la gestión en sí misma y no hacen alusión directa a responder la pregunta planteada.

Pregunta Nº 4: Mencione aspectos negativos de la gestión de los pabellones.

En la transcripción de las entrevistas y asociado a la pregunta de los aspectos negativos de la gestión de pabellones, los informantes señalan:

- «Nos Falta Ordenar nuestras acciones dentro de los pabellones»
- «Tenemos una estructura que falta revisar pues no da cuenta a las necesidades»
- «Todos trabajan muy diferente sin tener un lineamiento común»
- «Las unidades de apoyo no nos acompañan en nuestro trabajo»
- «Tenemos muchos problemas con el personal y de comunicación»
- «No hay comunicación fluida en nuestro pabellón y con las otras unidades»
- «Nos desordenamos y esto no se arregla por la desorganización interna»

Aspectos Negativos de la Gestión	N° repeticiones
Falta Ordenar	5
Falta estructura	2
Problemas con unidades de apoyo	2
Trabajamos muy diferente	3
NO hay comunicación fluida	2
Hay Muchos problemas con el Personal	1

Tabla N° 9 Datos de Aspectos Negativos de la Gestión.

Aspectos Negativos de la Gestion

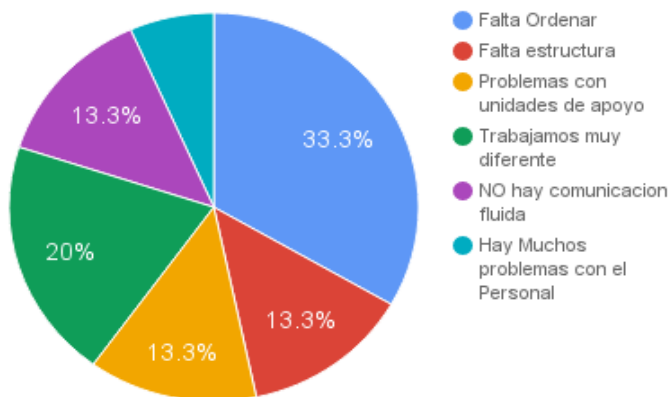


Gráfico N° 4 Aspectos Negativos de la Gestión.

Al análisis de las respuestas y los porcentajes de la carga que se le dio a cada una según se repetían y saturando las frases se llegó a 6 términos generales presentados en el gráfico anterior.

En general, los participantes entregan como dato consecuencias y problemas, más que la causa raíz del tema, con un 33,3% aparece con un mayor porcentaje la «*necesidad de ordenar los pabellones*», asociado al «*desorden interno*» que puede existir y a la percepción diaria del trabajo realizado sin definir el área a ordenar.

La sigue en orden de importancia con un 20% el «*trabajar muy diferente*» que sería la variabilidad del trabajo realizado dentro de los pabellones quirúrgicos frente a una misma actividad.

En tercer lugar con un 13,3 % están «*los problema con unidades de apoyo*», «*falta de comunicación*» y «*falta de estructura*», no delimitan si es estructura de trabajo o estructura administrativa derivada del organigrama, refiriéndose más bien a directrices de manuales o de normas escritas.

En el caso de los problemas con las unidades de apoyo específicamente esterilización, abastecimiento y farmacia, entre otros, es el desconocimiento del trabajo interno de los pabellones y la dinámica que se tiene en este servicio, considerando su gran variabilidad y asociada a un desorden interno declarado por los profesionales de enfermería del servicio.

En último lugar aparece el manejo del recurso humano, que es un tema importante en pabellones y repetitivo, según juicio experto y que en este caso tienen que ver «*con ausentismo y formas de trabajo no delineadas por la jefatura*»

Pregunta N° 5: ¿Para usted cuál o cuáles son procesos clave de los pabellones?

En relación a la temática del proceso clave de los pabellones quirúrgicos no encontramos con lo siguiente:

- «Atender al Paciente en Pabellones»
- «Entregar Servicios Quirúrgicos»
- «Operar a Pacientes en pabellones»
- «Operar Pacientes»
- «Entregar atención al Paciente Quirúrgico»
- «Atención de Enfermería a Pacientes»

Proceso Clave	N° repeticiones
Atender al Paciente	1
Operar a Pacientes	3
Entregar Servicio Quirúrgicos	1
Operar	1

Tabla N° 10 Datos Procesos Claves.

Proceso Clave

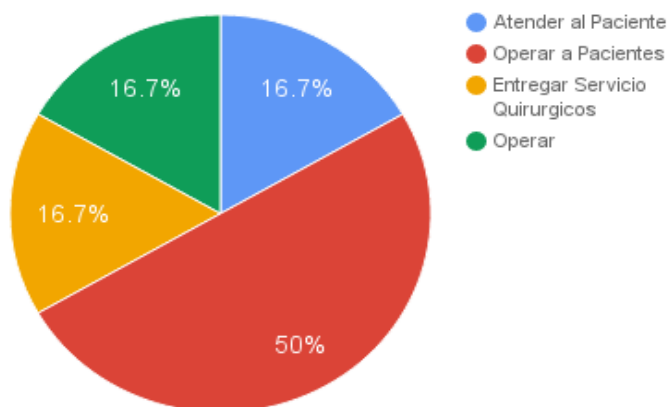


Gráfico Nº 5 Cuáles son los Procesos Claves.

« »

En relación a la temática de procesos clave que existen en los pabellones quirúrgicos, el análisis de las respuestas de los seis informantes presentaron los siguientes resultados el 50% de las respuestas reconocen que el proceso clave es «operar pacientes» las otras respuestas obtuvieron un 16,7% cada una y señalan relación a «atender pacientes», «entregar servicios quirúrgicos» y la última el concepto «operar». En general, se centran en la acción o actividad y no en el concepto clave de sub procesos, pero independiente de la semántica de procesos se acercan al proceso clave que es Atención Quirúrgica del usuario en Pabellón.

La coincidencia en las respuestas evidencia la necesidad que tiene la enfermería de entender y diferenciar claramente los conceptos de procesos, de las actividades que los componen, desde esta perspectiva la gestión del cuidado se vislumbra con algunas debilidades, que deja en entredicho el nivel de liderazgo de estos profesionales en un equipo interdisciplinario, donde lograr acuerdos para funcionar sinérgicamente puede ser más complejo, esto se condice con lo encontrado

en un estudio realizado en una unidad de pabellones, donde se evidenció claramente la necesidad de instaurar el proceso de enfermería como herramienta de gestión.

Pregunta N° 6 Mencione algunos subprocesos claves de los pabellones.

En la revisión de las respuestas de los Sub Procesos Claves, se observa lo siguiente:

- «Manejar el dolor de los pacientes»
- «Los ingresos de enfermera»
- «El manejo de personal»
- «Las pausas de seguridad que hacemos que son fundamentales»
- «Hacer la tabla quirúrgica»
- «La atención de los pacientes en recuperación»

Sub Procesos Claves	N° de repeticiones
Ingreso de Enfermería	3
Pausa de Seguridad	2
Manejo de Personal	1
Atención de enfermería en Recuperación	2
Manejar del Dolor	1
Hacer la Tabla Quirúrgica	1
Hacer el Protocolo	1
Ingreso de Anestesia	1

Tabla N° 11 Datos de Sub Procesos Claves.

Sub Procesos Claves

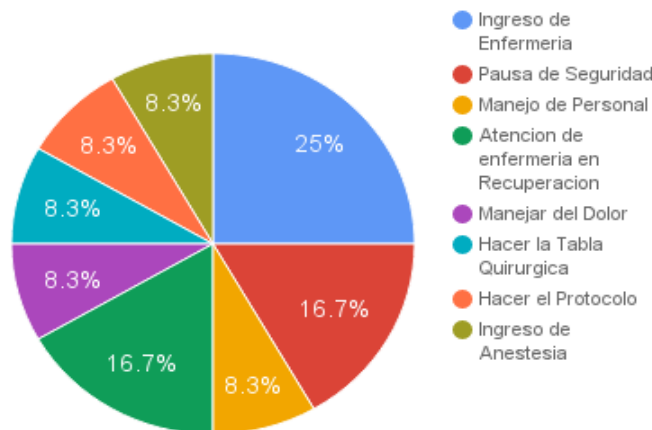


Gráfico N° 6 Sub Procesos Claves.

Si revisamos las respuestas entregadas por los informantes y habiendo saturado las mismas vemos que es reconocido dentro de su relación con los Sub Procesos claves o más importantes de su rutina diaria y que fueron nombrados como importantes en la gestión, en primer lugar con un 25% el «*ingreso de Enfermería*» seguido con un 16,7% de la «*pausa de seguridad*», esta última, cabe destacar que es un proceso que ejecuta la Enfermera, pero el responsable de este proceso es el médico cirujano y que toma relevancia en relación a la acreditación y la gestión de seguridad de los pabellones quirúrgicos. En segundo lugar, con 16,7%, la «*Atención de enfermería en Recuperación*», seguido con 8,3 % de 5 Subprocesos, como son el «*hacer el protocolo*», «*manejar el dolor*», «*hacer la tabla quirúrgica*», «*ingreso de anestesia*» y «*manejo de personal*».

Es importante analizar que se describen algunos subprocesos, como actividades, es el caso de hacer el protocolo, manejar el dolor y hacer la tabla quirúrgica, donde este último, dada la importancia que tiene en la gestión de los pabellones queda relegado a los últimos lugares y descrito como una actividad y no como un Subproceso.

Se destaca que ninguno de los informantes señaló la atención de enfermería Intra Operatoria como uno de los Subprocesos destacados.

En general, estos subprocesos y actividades que nombraron también fueron en el marco de sus problemas diarios que tienen que gestionar dentro de los quirófanos.

Pregunta N° 7: ¿Cuáles cree usted son las áreas clave de soporte de pabellones?

Al análisis de los procesos de soporte que identifican los informantes nos encontramos con las siguientes respuestas:

- «Yo Creo que Laboratorio»
- « Esterilización »
- «UCI UTI y Cirugía»
- «Recursos Humanos»
- «Ropería Y Esterilización»

Hubo repetición de algunos a los cuales se le dio carga de valor para crear la Tabla N° 12.

Procesos de Apoyo o Soporte	N° de repeticiones
Laboratorio	1
Esterilización	4
Ropería	1
Estadística	1
RRHH	1
Servicios de Hospitalizados	3
Ropería	2
Abastecimiento	2
Informática	1
Equipos Médicos	2

Tabla N° 12 Datos de Procesos de Apoyo o Soporte.

Procesos de Apoyo y Soporte

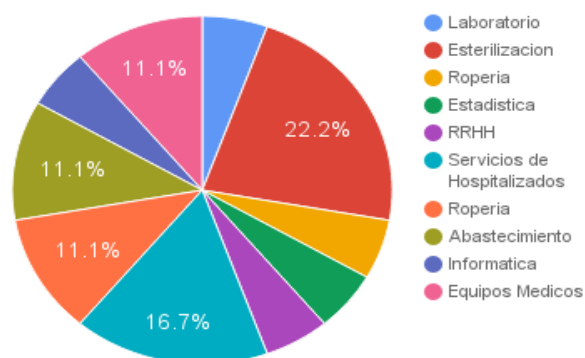


Gráfico N° 7 Procesos de Apoyo y Soporte.

Al observar las respuestas de los informantes en relación a los procesos de apoyo que distinguen dentro de la gestión o su relación con el trabajo diario, casi todos dan una respuesta clara al respecto; sólo uno de ellos lo asocia a servicios de pacientes hospitalizados.

Asocian su relación diaria como enfermeros clínicos de otras unidades, donde se destacan el Laboratorio con un 16,7 % y a Esterilización con un 22,2 %, siendo esta última la de mayor importancia.

En tercer lugar se encuentran Abastecimiento, Ropería y Equipos Médicos, con un 11,1 %; quedando como últimos los servicios clínicos, como la UCI, la UTI y Cirugía, no siendo parte estos últimos de las Unidades de apoyo.

Estas unidades de apoyo las reconocen dentro de los problemas que tienen en forma habitual relacionada con un déficit en una comunicación expedita.

4.3 Revisión de libros de registro actas reuniones de gestión

Para complementar y obtener información adicional para el diagnóstico de la gestión con una mirada de procesos, se procedió a la revisión de la documentación existente en los pabellones, como son los libros de reuniones de enfermería que fueron usados como apoyo a las entrevistas realizadas. Se revisaron estos libros de actas de un año calendario, donde se registraron las opiniones aseveraciones y reclamos por parte de los profesionales de enfermería que laboran en el servicio.

Podemos encontrar las siguientes aseveraciones que se repiten, a las frases encontradas se les aplicó una mirada de procesos, para continuar con la saturación de las respuestas.

4.4. Información encontrada en libro de reuniones de enfermería:

La información de tipo cualitativa encontrado en el libro de reuniones se categorizó de acuerdo a categorías establecidas por el investigador, como una manera de poder focalizar los problemas relacionados con las visiones de procesos del equipo de enfermería.

Categoría	Registro	Palabras claves
<p>1. Sentimiento de escaso apoyo para tomar decisiones y para una adecuada coordinación con los servicios o unidades de apoyo.</p>	<p>«Nadie nos ayuda, no tenemos servicio de apoyo en general tenemos que defendernos solos y hacer las cosas como mejor nos parezca, abastecimiento no tiene las cosas claras y no nos ayuda nos faltan cosas a pesar de que nosotros la pedimos y declaramos que las necesitamos no los envían los insumos necesarios para poder operar» (op. cit.)</p>	<p>i. Proceso de apoyo sin comunicación ii. Desconocimiento de procesos clave</p>
<p>2. Falta de sanción, si no se cumplen responsabilidades establecidas</p>	<p>«Hay mucho ausentismo siempre trabajamos los mismos, a los que faltan no les pasa nada, pues no hay nada por escrito que delimite la responsabilidad de cada uno o más bien sanciones del no cumplimiento de sus actividades».</p>	<p>i. Nada por escrito ii. Delimitación de funciones iii. Dueño de actividades iv. Gestión de Recursos Humanos</p>
<p>3. El ausentismo genera mayor carga laboral, por no tener reemplazos.</p>	<p>«El ausentismo del personal es demasiado alto incluyendo las enfermeras los que nos va así cubrir el trabajo de las otras dejando de lado muchas veces el cumplimiento que no se exige la dirección».</p>	
<p>4. Falta de control y disciplina del personal</p>	<p>«El personal hace lo que quiere y como mejor le parezca Hace falta ordenar sus actividades».</p>	<p>i. Variabilidad ii. Falta descripción de actividades y procesos iii. Ordenar iv. Gestión de Recursos Humanos</p>

Categoría	Registro	Palabras claves
5. La institución privilegia la gestión administrativa por sobre la gestión del cuidado.	«Las enfermeras nos dedicamos más a la parte administrativa que a la atención del paciente».	i. Ordenamiento de funciones ii. Dueños del proceso
	«La dirección nos pide cumplir con los compromisos de gestión desviando nuestra mirada del paciente y sólo nos dedicamos a actividades específicas».	i. Gestión de procesos clave ii. Gestión de indicadores iii. Gestión estratégica
	«Se nos sobrecarga el trabajo del punto vista administrativo alejándonos de los pacientes».	i. Gestión de procesos clave
6. El abastecimiento de los pabellones requiere rápida respuesta de las unidades de apoyo.	«Tenemos que correr por la falta de insumos siendo que abastecimiento siempre se le pide lo que nosotros necesitamos, pero ellos no tienen claro bien la necesidad y la urgencia de los pabellones»	i. Comunicación con procesos estratégicos
7. Desconocimiento de Procesos de apoyo y comunicación con proceso claves.	«Esterilización trabaja a su manera sin darse cuenta lo que nosotros necesitamos, desordenando las cajas lo que hace que nos demoremos más y abramos más cajas para poder operar un paciente».	i. Procesos de apoyo deficiente. li .Procesos sin delimitar atención a cliente interno iii. No hay comunicación entre proveedor y cliente interno

Categoría	Registro	Palabras claves
8. La organización del trabajo está supeditada a los requerimientos de los cirujanos.	<p><i>“Debieron haber reuniones claras y operativas en lo que se refiere a ordenar los pabellones, pues cada vez se está cambiando la forma de organizar de acuerdo a las necesidades de los cirujanos y no a las necesidades que pueden existir dentro de pabellones”</i></p>	<p>i. Orden interno de procesos ii. Variabilidad del trabajo</p>
	<p><i>«Estamos cansadas que los cirujanos pidan lo que a cada uno le parezca para operar, y no usen los insumos generales que nosotros tenemos en pabellón los que nos hace correr siempre y pedir abastecimiento insumos muy especiales y de alto».</i></p>	<p>i. Variabilidad ii. Procesos de apoyo</p>
9. El trabajo responde a lo urgente por sobre lo importante.	<p><i>« Nos llevamos apagando Incendios en el día»</i></p>	<p>i. Ordenamiento de Procesos</p>
10. Falta de control y disciplina del personal.	<p><i>“El personal hace muchas veces las cosas como a ellos les parecen y no sigue nuestras instrucciones”.</i></p>	<p>i. Variabilidad del trabajo ii. Delimitación de actividades por escrito.</p>
11. Déficit de descripciones de cargo generan tensión.	<p><i>«Necesitamos descripciones de cargo o más bien de actividades por escrito porque hay gente que se niega hacerla».</i></p>	<p>i. Ordenamiento de procesos ii. Dueño de procesos descripción de actividades y ejecutores iii. Unidades de apoyo no cumplen con su rol.</p>

Categoría	Registro	Palabras claves
12.Unidades de apoyo no cumplen con su rol	«Abastecimiento no tiene claro el trabajo de pabellones y no nos ayuda con el soporte necesario».	i. Procesos de apoyo ii. Poca comunicación
	«Equipos médicos se demora en reparar nuestro equipamiento y nunca tiene claro la tarea hacer solo nosotros».	
13. La organización del trabajo está supeditada a los requerimientos de los cirujanos.	«Los médicos hacen sus cosas como mejor le parece y debemos adecuarnos a las acciones de cada uno de ellos en vez de trabajar en forma más ordenada».	i. Variabilidad
	«Estamos cansadas que los cirujanos pidan lo que a cada uno le parezca para operar, y no usen los insumos generales que nosotros tenemos en pabellón los que nos hace correr siempre y pedir abastecimiento insumos muy especiales y de alto».	i. Variabilidad ii. Procesos de apoyo
14.Percepción de inconsistencia institucional entre producción y calidad	«Sólo piensan la dirección en la producción y no en la calidad de la misma»	i. Procesos Clave ii. Gestión de Indicadores
15.La institución no ha establecido claramente los procesos administrativos	«No hay lineamientos de la dirección para poder ordenar las tareas de los pabellones en lo que se refiere a cobros y costos».	i. Procesos estratégicos ii. Falta descripción de procesos iii. Descripción de indicadores.

4.5 Análisis de resultados de Libro de actas de reuniones

Se saturaron los textos y se reunieron por familias las palabras claves encontradas, con una mirada de procesos y se encontró lo siguiente:

Conceptos de Libro de Reuniones	Nº de Repeticiones
Falta de descripción de Procesos y Funciones	13
Falta Comunicación con Procesos de Apoyo	8
Falta Orden de Procesos Internos	5
Mucha Variabilidad	5
Falta de Gestión Procesos Claves	4
Falta de Gestión de Indicadores	4
Falta Comunicación Interna	2

Tabla Nº 13 Datos de La revisión de Libro de Reuniones.

Análisis de Libros de Reuniones

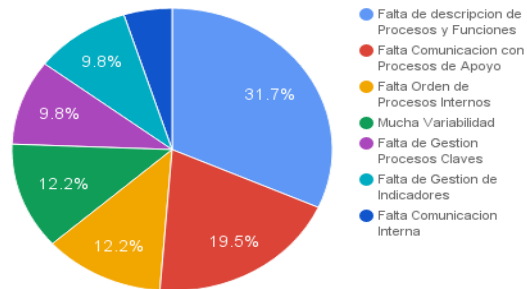


Gráfico N° 8 Análisis de los Libros de Reuniones.

En la revisión de la saturación de lo encontrado y a lo cual se juntaron las familias de conceptos en torno a una mirada de procesos:

En primer lugar con un 31,7 % está la falta de descripción de procesos y funciones. En esta área es importante que las actividades de un proceso y la descripción de las mismas son fundamentales para la gestión y éxito del proceso madre según Freund, J.(2014), y se le da una importancia fundamental a la gestión diaria y centran muchos problemas en la falta de la descripción de las actividades nucleares.

En segundo lugar como uno de los problemas descritos es la falta de comunicación con los procesos de apoyo, con un 19,5 % donde en la gestión de pabellones sitúan este problema con un porcentaje importante.

Lo siguen en tercer lugar la falta de orden de los procesos internos y la existencia de un exceso de variabilidad en las actividades internas con un 12,2%.

4.6 Diseño de mapas de Procesos

Etapa IV: Diseño mapas de proceso (Objetivo 3)

Con los resultados obtenidos en el diagnóstico y en base a poder mejorar los procesos de un pabellón quirúrgico de alta complejidad, aparece la gestión por procesos como una herramienta fundamental para generar una base para el trabajo en equipo, en pos de la calidad total, como estándar de los pabellones.

Para el diseño de los diferentes procesos y sub procesos de pabellones, se trabajó con diagramas de BPMN 2.0, con la idea de dejar planteado un insumo de trabajo para la intervención por procesos, aplicando los resultados de un diagnóstico de gestión previo.

Las etapas anteriores permitieron identificar los macro procesos, los procesos clave, los Sub Procesos, los modelos operativos generales de los sub procesos y el flujo a seguir por el objeto de atención, es importante señalar que la información producto del diagnóstico tuvo un carácter participativo, la propuesta que presentada corresponde al trabajo del investigador que realizo este proyecto.

Al Análisis de la Gestión de los Pabellones y aplicando la definición de Madurez de BPMN según Freund, J (2014) BPMN 2.0 nos encontramos en este servicio en el Nivel 1 que es el Inicial y que dice relación con:

Nivel 1 Inicial: Es la Institución que no tiene modelos de BPMN de gestión por procesos para iniciar la etapa de transformación en el camino a la gestión de calidad y mejora continua.

Por lo tanto se hace necesario indicar este trabajo y dejar las bases para futuros estudios de impacto de aplicación de un modelo de gestión por procesos basado en el modelo BPMN, levantando una primera información General.

4.7 Justificación de la propuesta

Esta Propuesta que se realiza en Base a BPMN 2.0 notación usada en el área de la ingeniería, entre otras. Es parte del fruto de esta investigación y es el punto de partida para entregar las herramientas al equipo de enfermería y una mirada sistémica de la gestión por procesos, a través de un mapa de procesos de un Pabellón de alta complejidad, este insumo puede ser usado como base para futuras investigaciones y desarrollos en el área de la gestión.

La propuesta se fundamenta en las entrevistas, las revisiones documentales y el conocimiento experto del investigador de este proyecto, junto con la revisión e literatura especializada (Freud, J 2014).

Según la bibliografía citada el mapa de procesos se debiera presentar en el nivel descriptivo para luego bajar al operacional. En el caso de la propuesta se hará una asociación entre lo descriptivo y lo operacional, como base para dar contexto y entendimiento a la propuesta.

Es relevante destacar que para desarrollar una propuesta completa de los pabellones habría que diagramar alrededor de 300 actividades y no es el objetivo de

este proyecto, sino que aportar con un insumo, para futuros proyectos de desarrollo en el área de la salud en especial, en la gestión que desarrolla la Enfermería.

Se presentan a continuación propuestas de diagramas realizados en notación BPMN 2.0, de acuerdo a las necesidades procesos y subprocesos de un pabellón de alta complejidad, estos se presentan desde una mirada de mapa general con los dos macro procesos, pasando por modelos descriptivos y operacionales.

Los últimos diagramas que corresponden a los operacionales, se componen de las actividades nucleares de los mismos y son parte de la propuesta para investigar en un futuro trabajo de levantamiento de procesos de un pabellón quirúrgico.

Los diagramas presentados a continuación están en orden de ejecución y priorizados en orden de complejidad:

- Diagrama Nº 1 BPMN 2: Mapa Conceptual Descriptivo de Pabellones. De los dos grandes macro procesos.

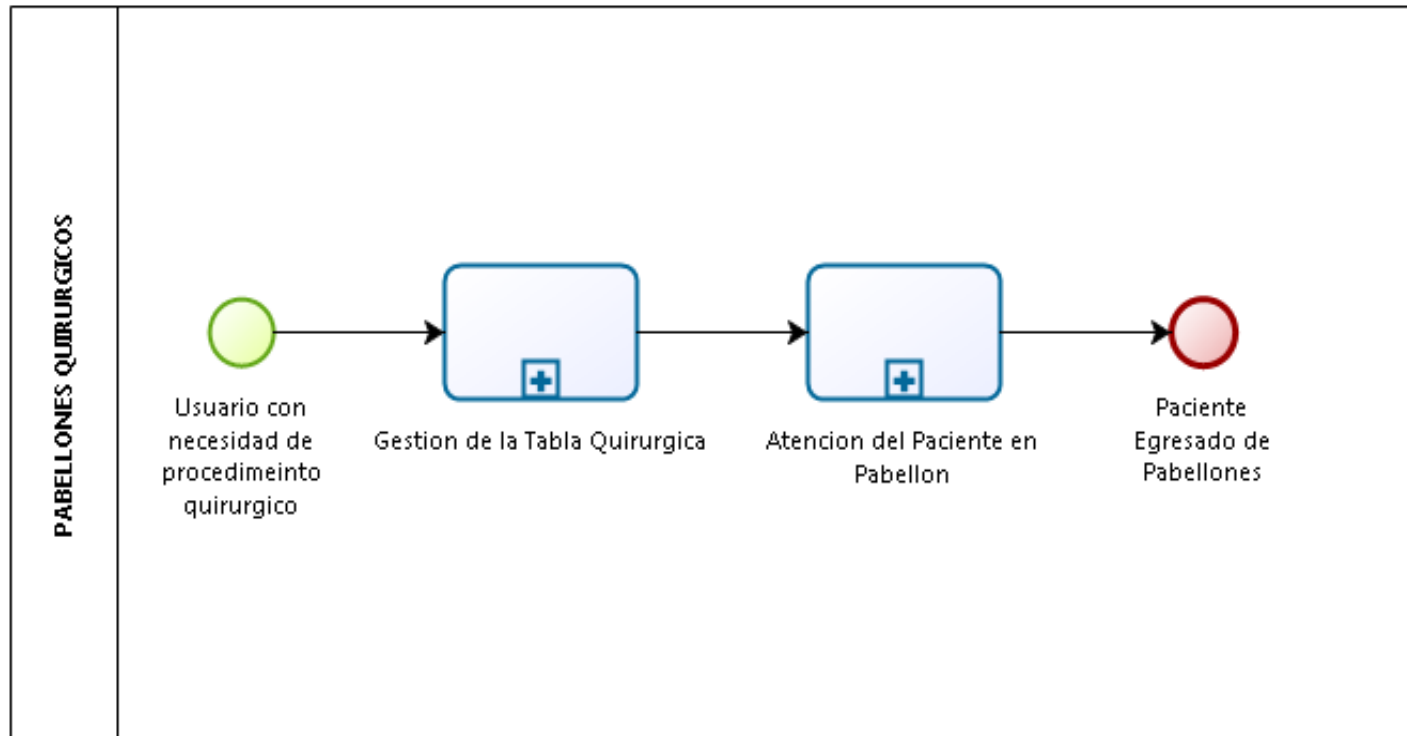


Diagrama Nº 1 Macro procesos de Pabellones. Elaboración propia.

- Diagrama N° 2 BPMN 2.0: Se presenta el detalle en modelo Descriptivo de cada uno de los dos grandes Macro procesos de Pabellones que es la gestión de la tabla Quirúrgica.

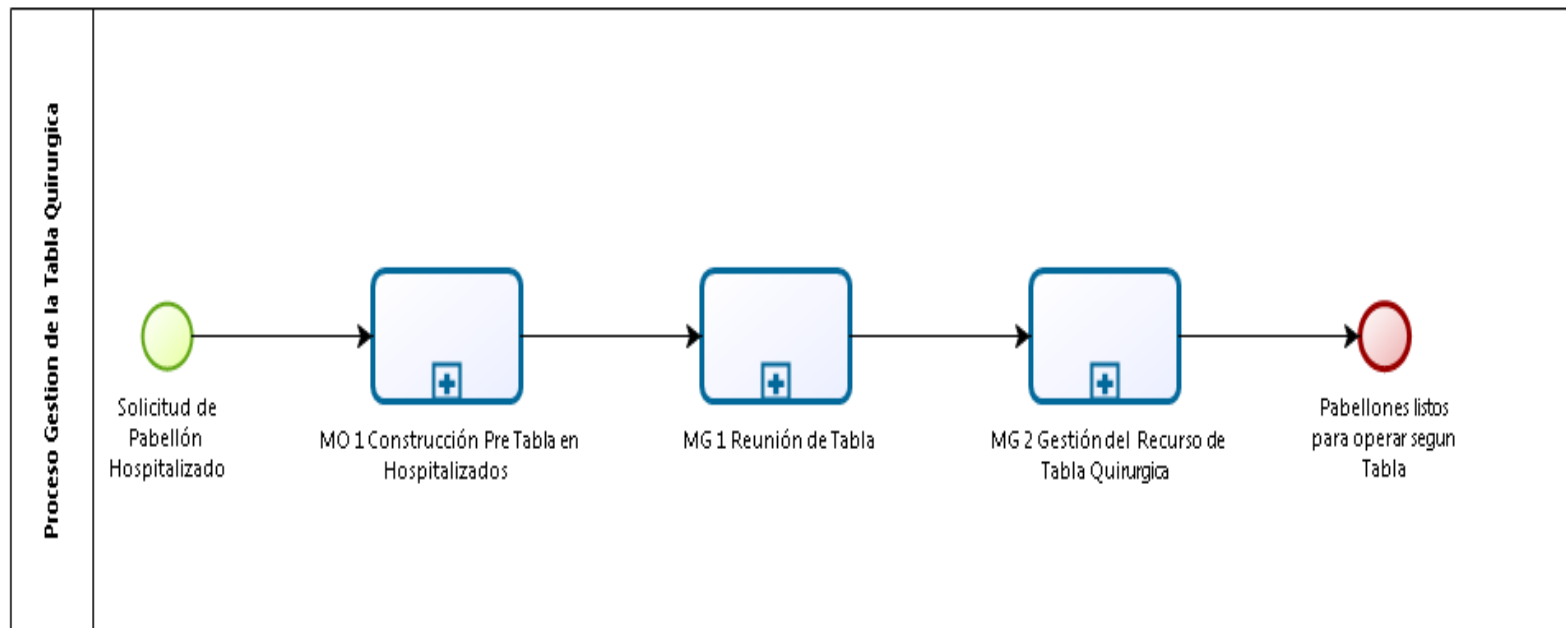


Diagrama N° 2 Modelo descriptivo de Macro Proceso Gestión de la Tabla Quirúrgica. Elaboración propia.

- Diagrama N° 3 BPMN 2.0: Diagrama del segundo gran Macro proceso de pabellones que es la Atención al paciente en quirófanos destacando como el proceso clave de la Unidad.

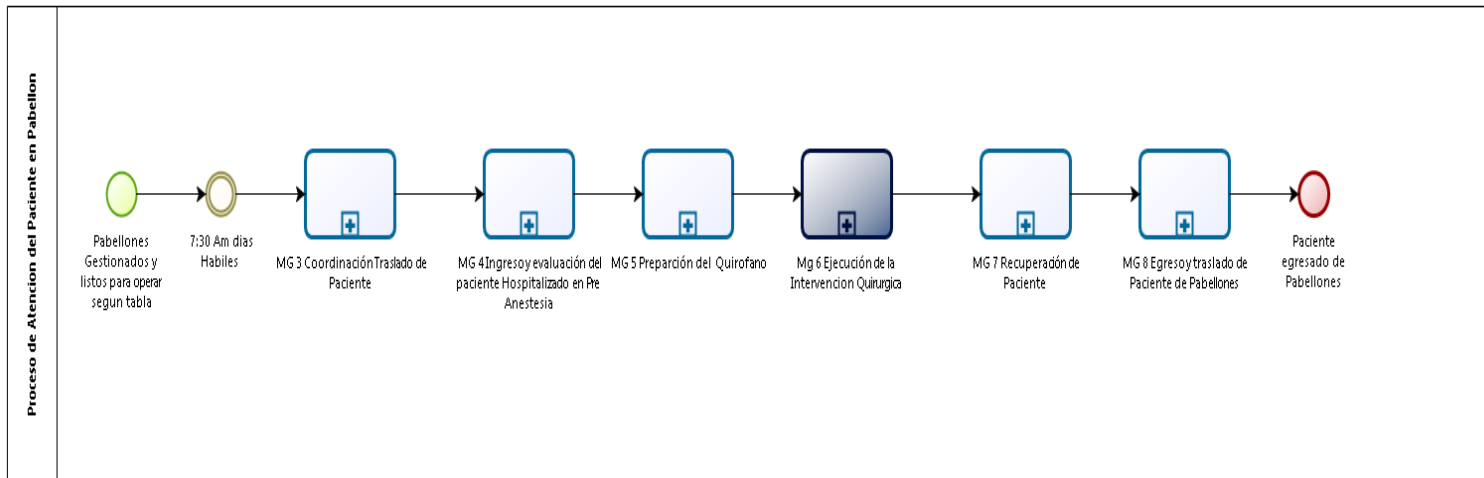


Diagrama N° 3 Modelo Descriptivo del Macro proceso Atención de paciente en Pabellones.

- Diagrama N° 4 BPMN 2.0: Modelo operacional del primer sub proceso

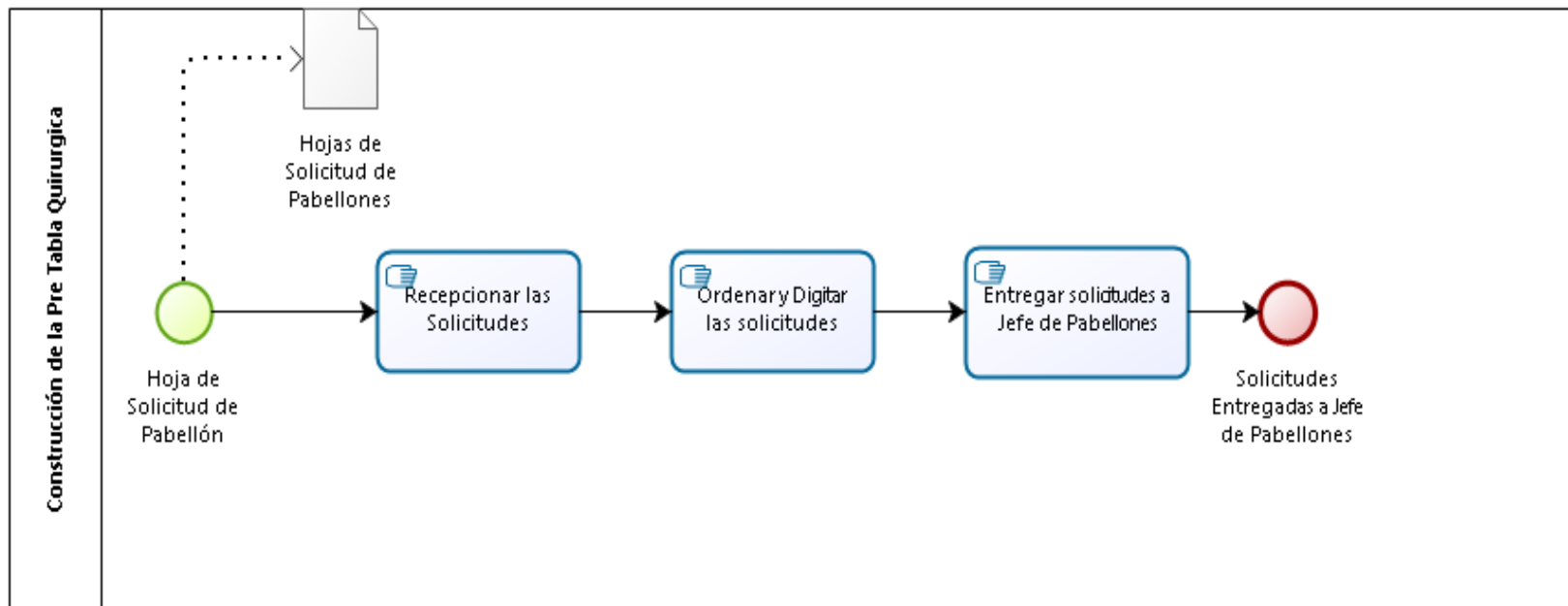


Diagrama N° 4: Modelo Operacional del Sub Proceso Construcción de la Pre Tabla Quirúrgica. Elaboración Propia.

- Diagrama N° 5 BPMN 2.0: Modelo Operacional del Segundo Sub proceso Reunión de la Tabla Quirúrgica donde se genera la misma

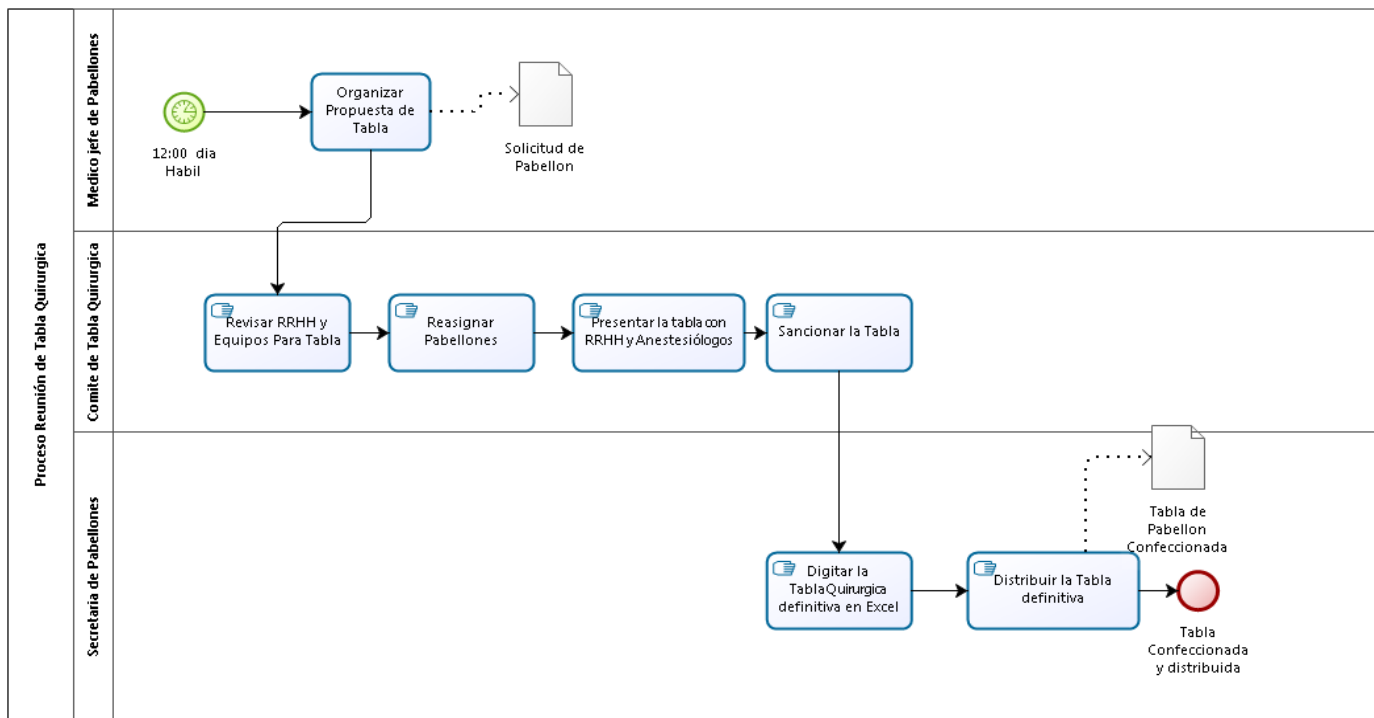


Diagrama N°5: Modelo Operacional del Sub Proceso Reunión de Tabla Quirúrgica. Elaboración propia.

- Diagrama N° 6 BPMN 2.0: Modelo Operacional del Sub Proceso Gestión de Recursos de la Tabla donde encontramos varios sub procesos Ad-Hoc que van a llevar a cabo la gestión de los pabellones para prepararlos en las áreas de RRHH, equipamiento, Insumos, Esterilización entre otros

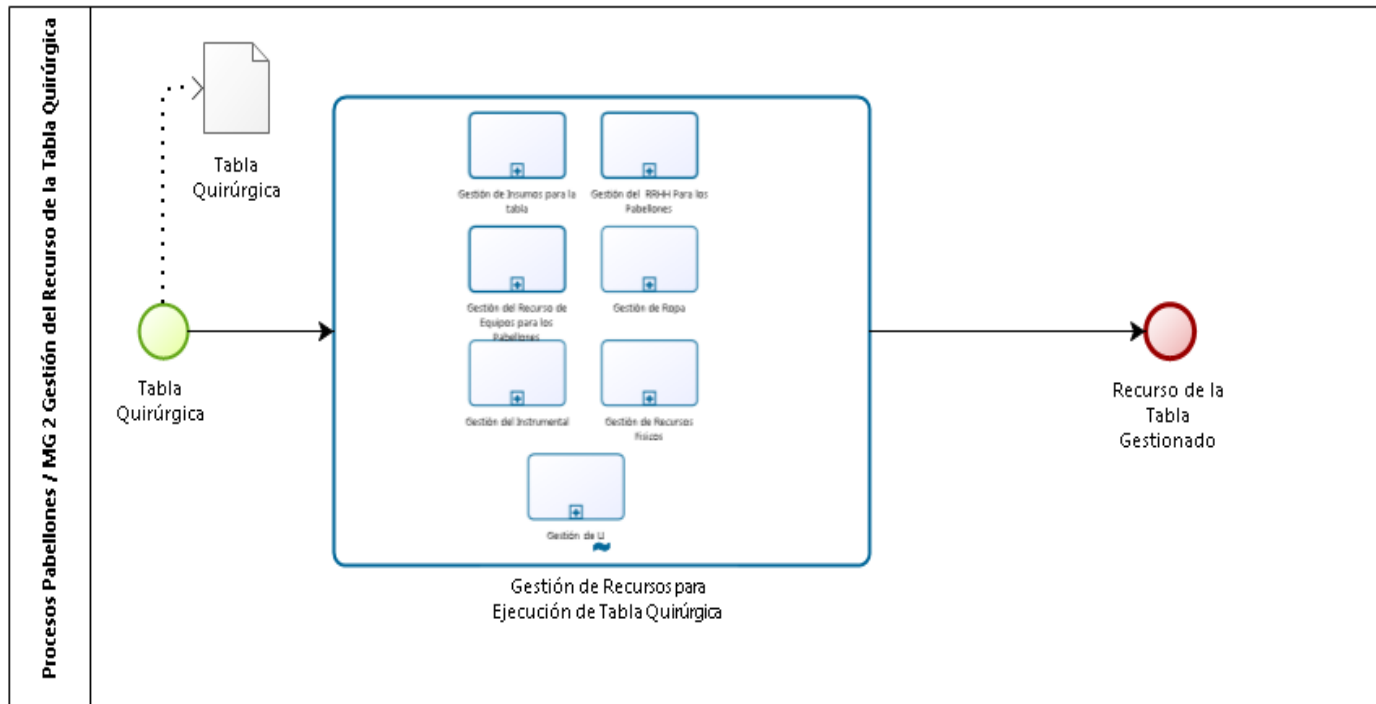


Diagrama N° 6: Modelo Operacional del Sub Proceso Gestión de Recursos de Pabellones. Elaboración Propia.

- Diagrama N° 7 BPMN 2.0: Modelo Operacional del Sub proceso Coordinación del Traslado de los pacientes a Pabellones.

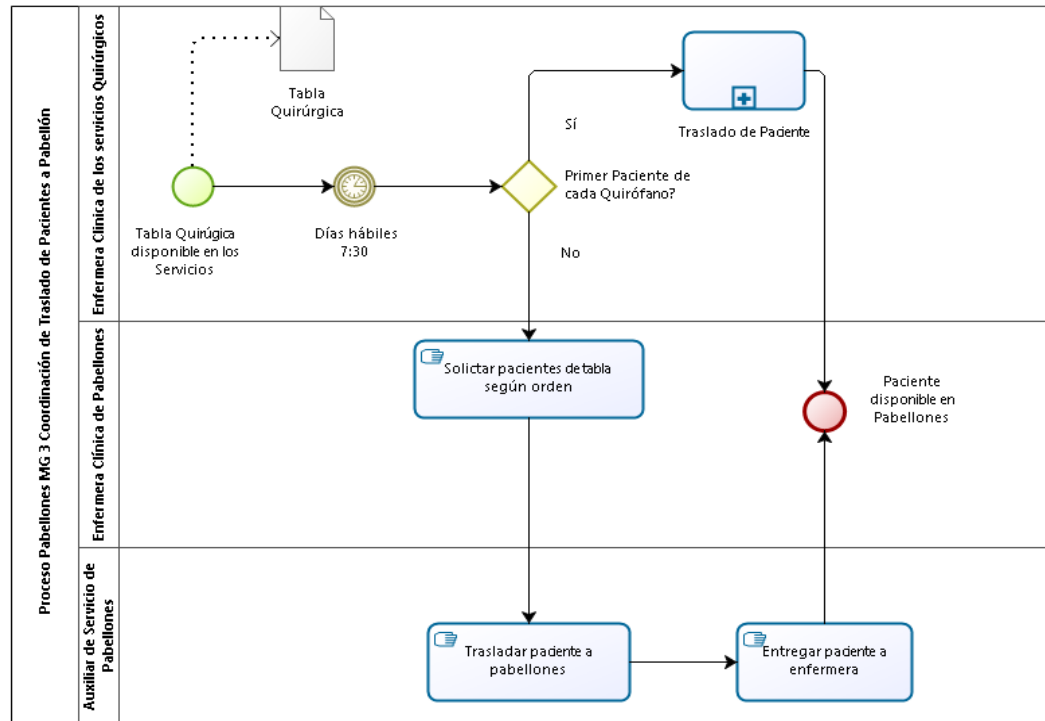


Diagrama N° 7: Modelo Operacional del Sub Proceso Coordinación de Traslado de Pacientes a Pabellones. Elaboración propia.

- Diagrama N° 8 BPMN 2.0: Este es Un modelo con mirada descriptiva del mismo modelo operativo que es Ingreso y evaluación del paciente en Pre anestesia

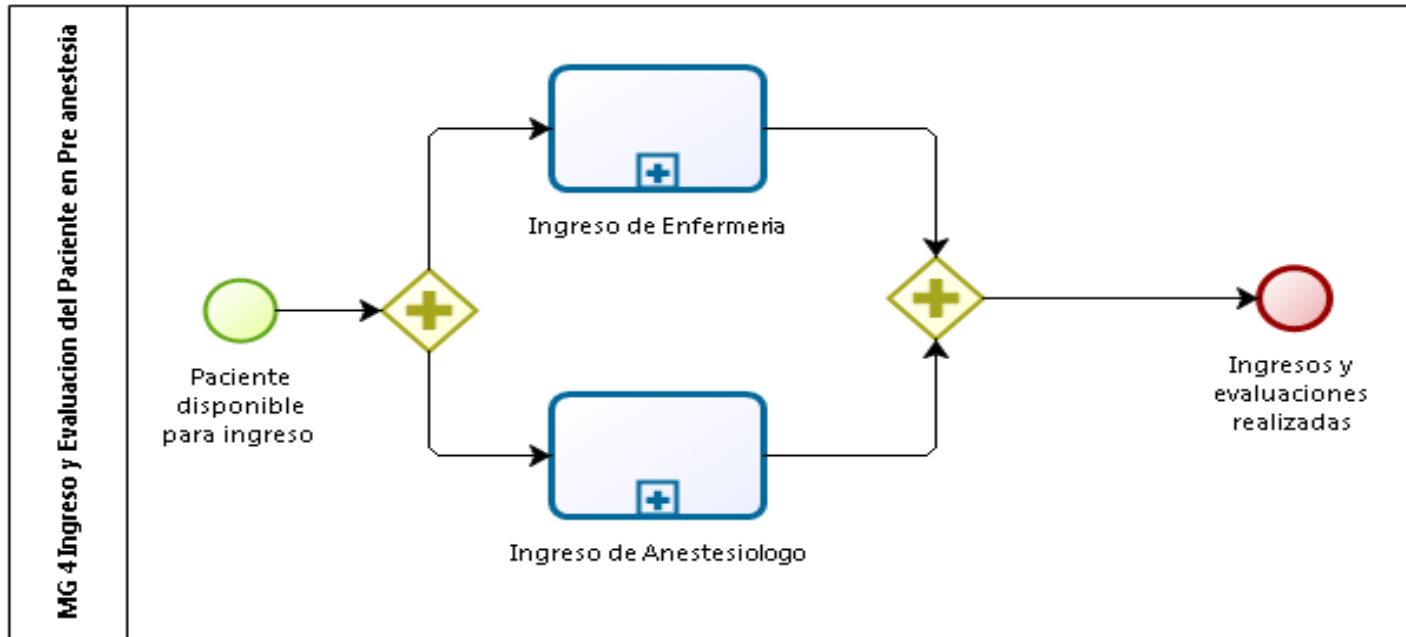


Diagrama N° 8 Modelos Operacional del Sub Proceso Ingreso y evaluación del Paciente en Pre Anestesia. Elaboración propia.

- Diagrama N° 9 BPMN 2.0: Modelo Operativo del Sub Proceso Ingreso de Enfermería en Pre Anestesia.

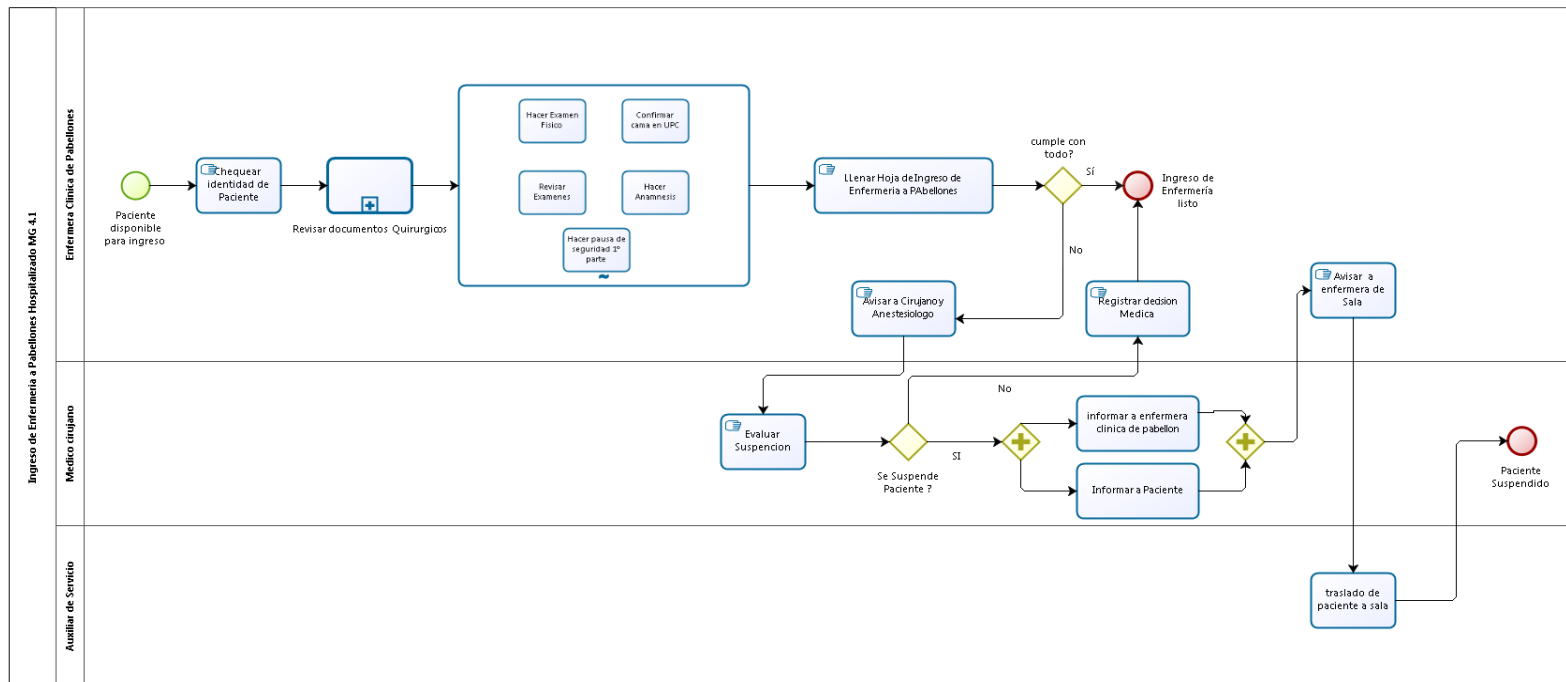


Diagrama N° 9: Modelo Descriptivo del Sub proceso Ingreso de Enfermería en Pre anestesia. Elaboración propia.

- Diagrama N° 10 BPMN 2.0: Modelo Operativo del sub proceso Revisión de Documentos que se aloja dentro del Sub proceso Ingreso de Enfermería a pacientes en Pre anestesia

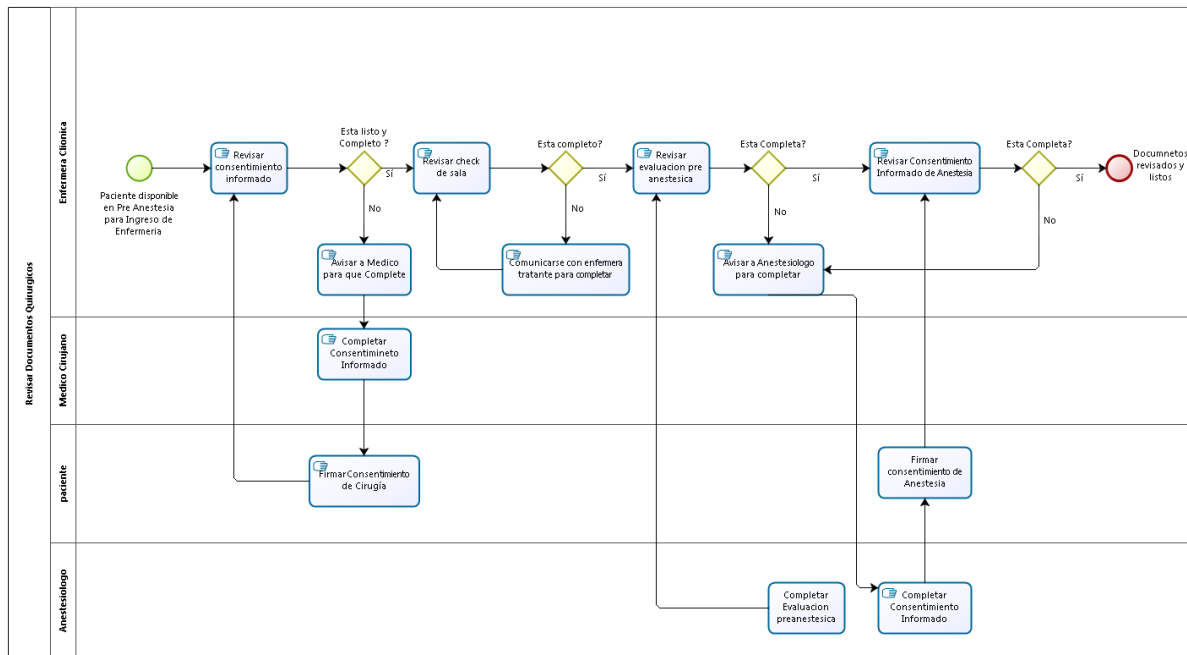


Diagrama N° 10: Modelo Descriptivo del Sub Proceso Revisión de Documentos por enfermeras en Pre anestesia. Elaboración propia.

- Diagrama N° 11 BPMN 2.0: Modelo Operativo del Sub Proceso Ejecución de la Intervención Quirúrgica.

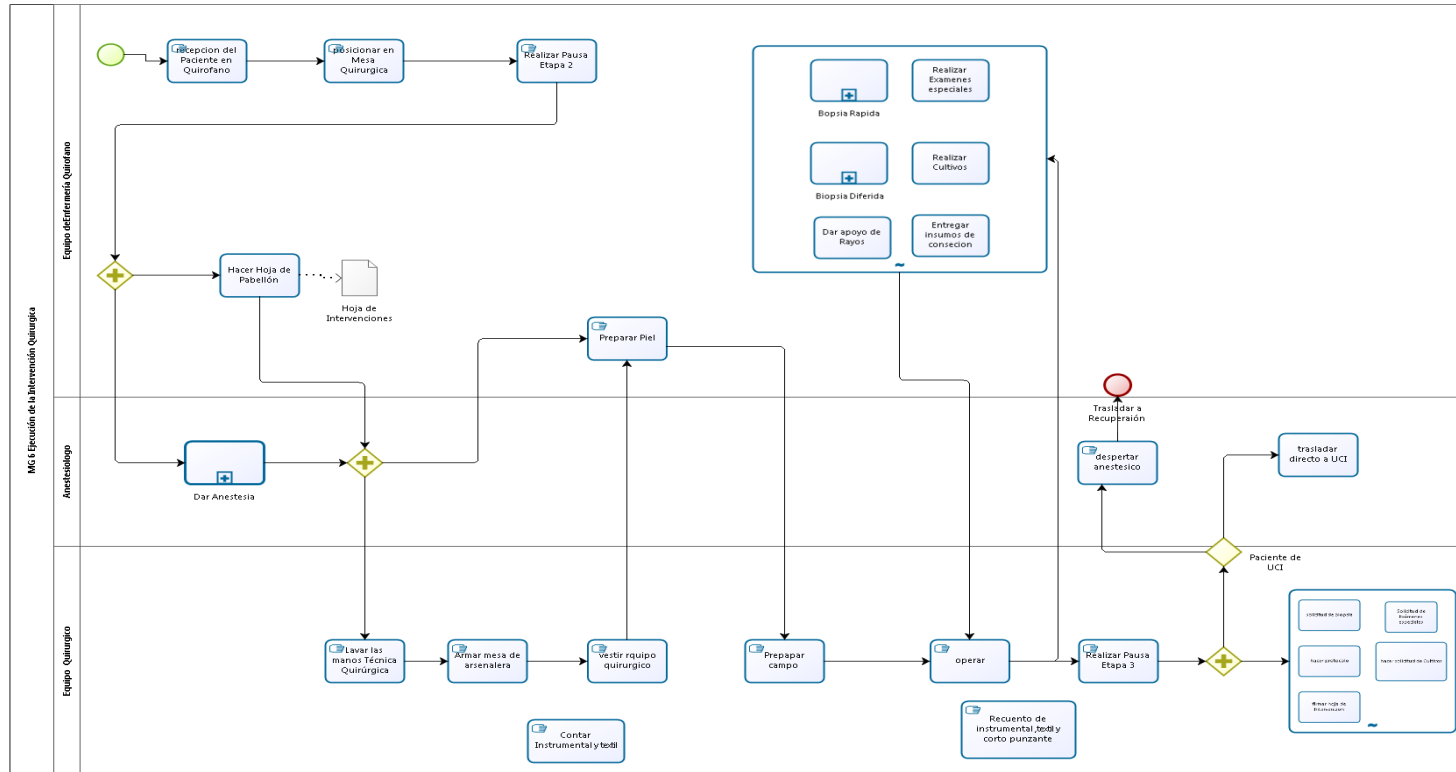


Diagrama N° 11: Modelo Operativo de del Sub Proceso Ejecución de la Intervención Quirúrgica. Elaboración Propia.

- Diagrama N° 12 BPMN 2.0 Diagrama Operativo del sub proceso atención de paciente en Recuperación

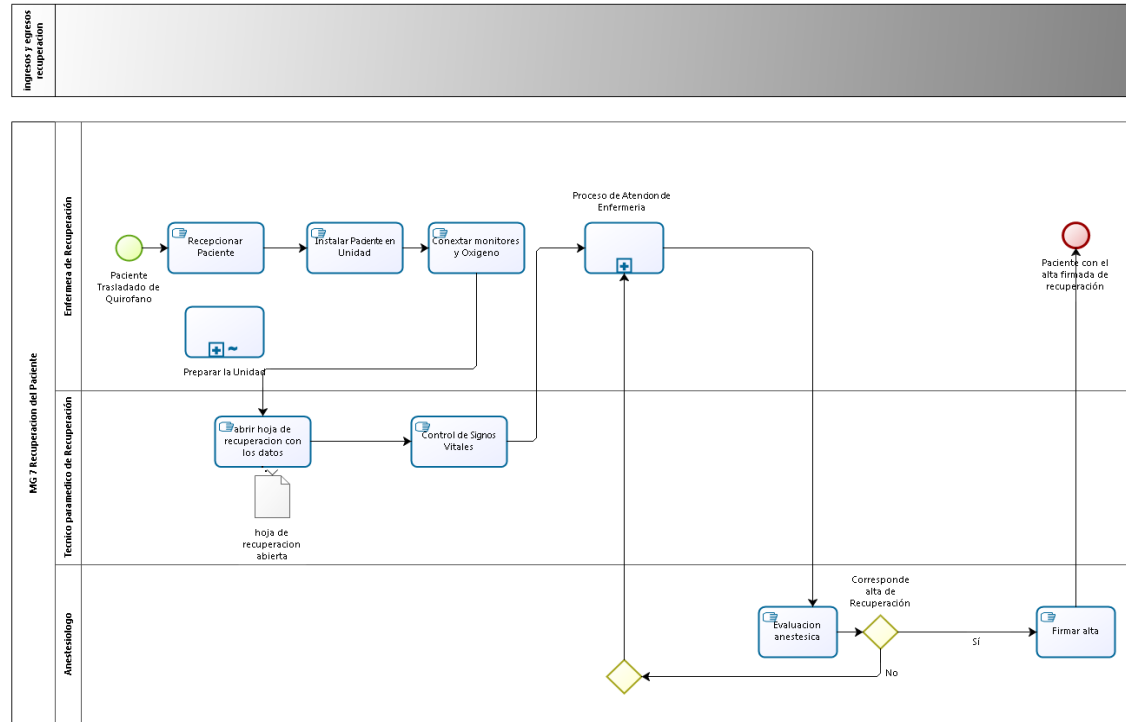


Diagrama N° 12 Modelo Operativo del Sub Proceso Recuperación de Paciente. Elaboración pr

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

Y

RECOMENDACIONES

CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.-Potencialidades Propuestas de Mejora

Etapa V: Potencialidades propuestas para la mejora (Objetivo 4)

Una vez analizados los resultados en su conjunto se presentan a continuación las conclusiones del proceso de diagnóstico de la gestión de los pabellones en estudio.

- a. Hace falta un ordenamiento interno en torno a registro descripción de funciones y actividades.
- b. La variabilidad de las acciones es alta lo que afecta el desarrollo de las acciones dentro de los pabellones afectan la calidad de la atención de los pacientes los cuales están expuesto a decisiones particulares y forma de trabajo diferentes dependiendo del técnico o profesional que lo atienda.
- c. La comunicación con las unidades de apoyo es deficiente afectando según la percepción de los profesionales de enfermería las actividades en conjunto y el funcionamiento de los pabellones.
- d. Se hace necesario una planificación estratégica en torno a los Procesos para poder dar lineamientos de trabajo claros y crear indicadores propios de gestión que puedan ser conocidos y reconocidos por los profesionales y personal que ahí trabaja.

- e. Carece de registros detallados de funciones y actividades específicas de los pabellones.
- f. No está delimitado el flujo o los flujo a seguir en los procesos internos de pabellones desordenando los sub procesos claves de los pabellones y por lo tanto desordenando las actividades.

Ahora al análisis de las preguntas contrastándola con la gestión por procesos encontramos algunas afirmaciones que se obtienen y apoyan el diagnóstico de la gestión de los Pabellones.

- Existe por parte de los colegas enfermeros un conocimiento general, pero no acabado de lo que es gestión por procesos.
- No existe descripción de los procesos estratégicos y los lineamientos de los mismos o no han sido bajado a los profesionales clínicos , los desconocen pues refieren falta de estos en un 9,8% además se reconoce como una de las falencia fundamentales la falta de ordenamiento y descripción de los procesos y actividades con un 31,7 % siendo esto la columna vertebral de cualquier gestión.
- Se aprecia que existe y es repetitivo tanto en las entrevistas y como en la revisión de los libros de reuniones, que la gestión clínica de enfermería se ve sobrepasada por la gestión administrativa relacionándolo al dar soluciones rápidas a algo que sucede como es el “apagar incendios “ que ellos refieren con esto, es importante especificar que según la gestión por procesos el ordenamiento de los mismos con descripción de las actividades es la base para despejar los flujos internos ayudando a los ejecutores a dar solución a los

problemas diarios, y que es más a la revisión de los procesos aparecen los puntos de apalancamiento para prevenir y mejorar los procesos en pro de la calidad de los mismos todo en el bien de los usuarios.

- Se describe que los pabellones sin una buena comunicación y delimitación de funciones y responsabilidades con las unidades de apoyo hace que el flujo sea interrumpido y por lo tanto afecte a el control interno y fluidez de las actividades realizadas para los usuarios.

En la descripción de las entrevistas así como en la revisión de los libros en conjunto al conocimiento experto podemos entregar una base de proceso con una mirada descriptiva de acuerdo lo expuesto en el marco Teórico de BPMN 2.0 de esta tesis y entregar un insumo con el mapa de procesos de un quirófano de alta complejidad que se entrega en anexo.

En general, en la revisión de los procesos de los pabellones quirúrgicos de un Hospital de alta complejidad donde enfermería es el pilar fundamental de esta gestión, se hace prioritario poder incluir la gestión por procesos en este tipo de servicios no solo porque estos son uno de los servicios con más complejidad en un hospital además de el lugar con el valor más alto del metro cuadrado y también uno de los servicios con una producción de alto impacto no solo para la institución sino para el país. Todo lo anterior se suma a la gran cantidad de actividades repetitivas y la gran variabilidad que existe dentro de estas unidades, lo que hace que los usuarios estén expuestos a una evento casi de suerte o azar, que les toque el profesional o funcionario que aplique mejor sus actividades y eso es ir en contra de la oportunidad e igualdad de atención.

Se recomienda gestionar por procesos para así disminuir la variabilidad de todos aquellos procesos repetitivos que existan en la unidad de análisis en pro de la calidad total y el mejoramiento continuo.

Se debiera hacer un levantamiento de los procesos de quirófanos de todo un país para igualar las condiciones de control calidad y evaluación de la atención en salud con Indicadores de gestión transversales para todas las unidades.

REFERENCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marriner Tomey, Ann,(2009),Gestión y Dirección de Enfermería, Barcelona, Elsevier
2. Alles Martha,(2006).Diccionario de Preguntas, gestión por competencias, Buenos Aires.: Granica
3. Alles Martha,(2005).Gestión por Competencias, el diccionario, Buenos Aires.: Granica
4. Alles Martha,(2000).Dirección Estratégica de Recursos Humanos, gestión, Buenos Aires.: Granica
5. Alles Martha,(2005).Desarrollo del talento Humano, basado en competencias, Buenos Aires.: Granica
6. Levy-Levoyer C, (2003) Gestión de las Competencias; como analizarlas, evaluarlas como desarrollarlas, Barcelona.: Gestión 2000.
7. Acevedo Ibáñez, A (1988) El proceso de la Entrevista; conceptos y Modelos. México, D.F.: Limusa.
8. Bunge, M. (1986) La Investigación Científica, Su Estrategia y su filosofía Barcelona: Ariel.
9. Historia Social de la Salud Pública en Chile, de María Angélica Illanes, editorial Colectivo de Atención Primaria Santiago 1992.
10. Flick, U. (2004) Introducción a la Investigación Cualitativa. Madrid: Morata.
11. Freund, J (2014) BPMN 2.0, Manual de Referencia y Guía Práctica. Chile: Camunda, BPMN Center.
12. Mora Martínez J. Guía Metodológica para la Gestión por Procesos, Aplicación en las organizaciones de Enfermería, España 2013.
13. H.J: Harrington. 1994, Mejoramiento de los procesos de la Empresa, Tomo 4, Colombia: McGraw-Hill, Inc. Traducido de la Primera edición en inglés.

14. Pepper Bergholz .S 2011 Definición de Gestión por Procesos, Medwave 2011 May;11(05):e5032 doi: 10.5867/medwave.2011.05.5032,
15. Hernández Nariño, Arialys; Nogueira Rivera, Dianelys; Medina León, Alberto; Márquez León, Maylin. Inserción de la Gestión por procesos en instituciones Hospitalarias. Concepción metodológica y Practica .Revista de Administración - RAUSP, vol. 48, núm. 4, octubre-diciembre, 2013, pp739-756 Universidad de Sao Paulo.
16. Nogueira Rivera, D.; Medina León, A., & Nogueira Rivera, C.(2004) Fundamentos del Control de Gestión Empresarial. Ciudad de la Habana: editorial Pueblo y Educación.
17. BIBLIOTECA NACIONAL DE CHILE. La salud pública en Chile (1910-1950). Memoria Chilena. Disponible en <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-707.html> . Accedido en 28/05/2015.
18. Hernández Nariño, A. (2010).Contribución a la Gestión y mejora de Procesos e Instalaciones Hospitalarias del Territorio Matancero. Tesis Doctoral en Ciencias Técnicas, Universidad de Matanzas “Camilo Cienfuegos”, Matanzas Cuba.
19. MINSAL, (2015), patologías GES, centro de documentación, Santiago, www.minsal.cl.
20. Servicio de Salud Metropolitano Sur, (2015), Centro de documentación Santiago.
21. Cuevas Santos, Cristina,(2006), Gestión por competencias en Enfermería , Madrid, Editorial DAE
22. Bayard Ocares, Oscar S. <http://bpmn-bayard.blogspot.com/> de, Santiago Chile 2015.
23. Nancy,Nadeau,Medwave 2005,Ago;5(7):e2680,doi:10.5867/medwave.2005.07 .2680 Nuevos desafíos del equipo de salud en pabellón.

24. Campos Jiménez, Alejandro (2014), Definición de un Modelo de Madurez BPMN, caso de estudio en una Organización de Educación Superior, <http://bpmncenter.cl>, Santiago de Chile.
25. Moncayo M, Oña N. Gestión de enfermería en el proceso de atención quirúrgica intraoperatorio del HG. Disponible en <http://repositorio.espe.edu.ec>.
26. Milos H Paulina, Bórquez P Blanca, Larraín S Ana Isabel. LA "GESTIÓN DEL CUIDADO" EN LA LEGISLACIÓN CHILENA: INTERPRETACIÓN Y ALCANCE. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2010 [citado 2016 Ago 09] ; 16(1): 17-29. Disponible en: <http://www.scielo.cl>.
27. Estefo Agüero Silvana, Paravic Klijn Tatiana. ENFERMERÍA EN EL ROL DE GESTORA DE LOS CUIDADOS. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2010 Dic [citado 2016 Ago 09] ; 16(3): 33-39. Disponible en: <http://www.scielo.cl>
28. Egea, Fermi Roqueta, Santiago Tomás Vecina, and MANEL R. CHANOVAS BORRAS. "Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español." *Emergencias* 23 (2011): 356-364.
29. Leebov, Wendy, Clara Jean Ersoz, and American Hospital Association. Manual de los administradores de salud para el mejoramiento continuo. Bogotá: Centro de Gestión Hospitalaria. CGH., 1993., 2012.
30. Consejo de Auditoria interna del Gobierno de Chile, link: <http://www.auditoriainternadegobierno.cl/wp-content/uploads/2015/06/DOCUMENTO-TECNICO-N-89-PROPUESTAS-METODOLOGICAS-PARA-EL-LEVANTAMIENTO-Y-MODELAMIENTO-DE-PROCESOS.pdf>. Junio 2015
31. Martínez-López, C., & López-Solache, G. (2005). Características del síndrome de burnout en un grupo de enfermeras mexicanas. *Arch Med Fam*, 7(1), 6-9.

32. Ferreira Umpiérrez, A. (2013). La gestión del cuidado en la legislación profesional: algunas consideraciones para su regulación. *Ciencia y enfermería*, 19(3), 103-109.
33. Superintendencia de Salud ,
link:<http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/Presentaciones/Chile.pdf>.
2016.

ANEXOS

Anexo 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

SRA/SRTA/SR:

Se le invita a participar de manera voluntaria en una investigación cuyo tema es “Hacer un Diagnóstico de la Gestión de un Pabellón de alta Complejidad con una Mirada de Gestión por Procesos”

El objetivo de este estudio es que a través de la percepción de las Enfermeras clínicas se pueda hacer un diagnóstico de la gestión de un Pabellón aplicando una Mirada de Procesos dirigido a Enfermeros de Pabellón de un Hospital Público que tengan a lo menos un año de Experiencia Clínica en Pabellones.

La participación en el estudio consiste en una entrevista, esta es voluntaria y Ud. puede retirarse en el momento que lo considere, sin que esto signifique ningún perjuicio para Ud. Los datos de su participación se mantendrán en forma estrictamente confidencial, y la publicación de los resultados en medios científicos será anónima.

En caso de cualquier duda Ud. podrá comunicarse con Salvador Fardella Rozas CEL 992207616

Declaro haber sido informado por Salvador Fardella Rozas Enfermero quién me explicó el estudio y entendí claramente mi participación. Tuve la oportunidad de aclarar todas las dudas, tomando libremente mi decisión y sin ningún tipo de presión. En mi poder quedará un duplicado de este consentimiento. Acepto voluntariamente participar y sé que tengo el derecho a terminar mi participación en cualquier momento

Responsable de la Investigación:

Salvador Fardella Rozas

Universidad de Valparaíso

Acepto Participar: SI NO

Nombre Participante: _____

Firma Participante: _____

Nombre Investigador: _____

Firma Investigador: _____

Fecha: _____