AAU 0451

UNIVERSIDAD CATOLICA ANDRES BELLO
VICERRECTORADO ACADEMICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
POSTGRADO EN DESARROLLO ORGANIZACIONAL

PROPUESTA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA AMBULATORIA EN EL CENTRO DE SALUD SANTA INÉS

Autor:
Lorenza G. Lupo Pucciarelli

Asesor:
William Medina Quero

Caracas, Venezuela
Septiembre de 2002

UNIVERSIDAD CATOLICA ANDRES BELLO
VICERRECTORADO ACADEMICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
POSTGRADO EN DESARROLLO ORGANIZACIONAL

PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO
presentado para optar al título de:

ESPECIALISTA EN DESARROLLO ORGANIZACIONAL

Título:

PROPUESTA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA AMBULATORIA EN EL CENTRO DE SALUD SANTA INÉS

Realizado por:

Lorenza G. Lupo Pucciarelli

Profesor Asesor:

William Medina Quero

Caracas, 25 de septiembre de 2002

Querida Chipi-Chipi, la muerte no existe, pero la vida,
como tú la conoces, es maravillosa ¡aprovéchala!.
Te quiere por siempre. Tu papá.

Laura Esquivel (2000), Tan Veloz Como El Deseo (fragmento)

INDICE

	Pág.
Lista de Tablas	v
Lista de Figuras	vi
Resumen	vii
Introducción	viii
Capítulo I: Formulación y planteamiento del problema de investigación	1
Capítulo II: Objetivos	4
Capítulo III: Marco Teórico	5
II.1 Organización y enfoque de sistemas	5
III.2 Los centros de servicios de salud y su clasificación	7
III.3 El hospital como empresa de servicios	10
III.4 El Proceso productivo en los centros de salud	11
III.5 Calidad de los productos y servicios	13
III.6 La planificación sanitaria y el control de la gestión	16
III.7 El ciclo económico del hospital	19
III.8 El departamento quirúrgico	21
III.9 La cirugía ambulatoria en organizaciones para el mantenimiento de la salud	23
III.10 La cirugía ambulatoria en países desarrollados	28
Capítulo IV: Marco Metodológico	33
Capítulo V: Resultados	39
-La propuesta organizacional	39
-Escenarios de implementación	39
-La Organización	40
a. Razón de ser	40
b. Prioridades estratégicas	40

Pág.

c. Procesos 41

d. Estructura Organizativa 41

Capítulo VI. Conclusiones y Recomendaciones 46

-Conclusiones 46

-Recomendaciones 48

Bibliografía 50

Anexos 52

Anexo I: Taller Razón de Ser del Centro de Salud Santa Inés 53

Anexo II: Información recolectada Taller Razón de Ser 64

Anexo III: Matriz DOFA 69

Anexo IV: Taller de análisis y diseños de escenarios de implementación 70

Anexo V: Taller Análisis y diseño de escenarios de implementación 74

LISTA DE TABLAS

N°	Título	Pág.
I	Macroproceso Administración	41
II	Macroproceso Cirugía	43
III	Macroproceso Facturación	44

LISTA DE FIGURAS

N°	Título	Pág.
1	Adaptación Modelo David Hanna (1990) en Diseño de las Organizaciones para la Excelencia	7
2	La producción hospitalaria (Errasti, 1996)	12
3	Elementos que constituyen el costo de la mala calidad (Corella, 1996)	15
4	Figura 4. Ciclo Económico de las Empresas de Salud (Corella, 1996, p. 286)	20
5	Modelo para el proceso de implementación de la unidad de cirugía ambulatoria en el CSSI (Lupo/ Pérez, mayo 2002)	36
6	Estructura Organizativa propuesta para la unidad de cirugía ambulatoria del CSSI	45

RESUMEN

El presente trabajo de grado titulado "Propuesta de Implantación de la Unidad de Cirugía Ambulatoria en el Centro de Salud Santa Inés" se enmarcó en el interés que la modalidad de cirugía ambulatoria ha despertado en los últimos años en el ámbito de la gestión de la salud y de la asistencia médica. Entre las principales razones del auge de la cirugía ambulatoria están el ahorro de costos de estancia hospitalaria y la gran aceptación por parte de los receptores del servicio al provocar una menor interrupción del ritmo de vida de los pacientes. Factores claves que han hecho posible la difusión de la cirugía ambulatoria son los avances de la tecnología médica, las novedosas técnicas quirúrgicas y la aparición de sustancias anestésicas seguras y con efectos secundarios reducidos. Si bien esta modalidad quirúrgica se originó principalmente en los Estados Unidos de Norteamérica, Venezuela no escapa a esta realidad y es así como el Centro de Salud Santa Inés se planteó la necesidad de ampliar el ciclo de asistencia médica mediante la creación de la unidad de cirugía ambulatoria. Para ello este trabajo, bajo un enfoque sistémico, conceptualizó el modelo de cirugía ambulatoria, su razón de ser, prioridades estratégicas, procesos medulares y su organización, con la finalidad de determinar las tareas de transformación y las interrelaciones de dicha unidad con el resto de la organización y su entorno. Luego de haber definido las líneas estratégicas y teniendo en cuenta la organización propuesta, se recomendó la conformación de un equipo multidisciplinario de proyecto en las áreas médica, de ingeniería, legal, finanzas, sistemas, recursos humanos que permitiera operacionalizar la propuesta. De igual forma, se determinó la importancia de establecer alianzas estratégicas con otros centros de salud y convenios con empresas aseguradoras a objeto de formar una red de salud y agilizar el flujo de pacientes respectivamente.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años el tema de la cirugía ambulatoria ha despertado gran interés en el campo de la asistencia de la salud. Dicho interés se ha visto estimulado por la creación de centros de atención quirúrgica autónomos y por la necesidad, cada vez mayor, de disminuir el costo de los servicios médicos.

Si bien la modalidad quirúrgica de la cirugía ambulatoria disminuye algunos de los costos de la atención médica mediante la reducción de la hospitalización, plantea asimismo la necesidad de resolver algunos problemas pertinentes a la organización y planificación de estos centros de salud, para así asegurar la calidad de la atención y la satisfacción de los pacientes.

El presente trabajo de grado tiene como principal objetivo la conceptualización del modelo de cirugía ambulatoria para el Centro de Salud Santa Inés (CSSI), ubicado en el Parque Social Manuel Aguirre, s.j. en Montalbán; dicho Centro pretende ampliar el ciclo de atención médica mediante la creación de la unidad de cirugía ambulatoria a mediano plazo.

Partiendo del diagnóstico previo que permitió identificar las variables condicionantes para el establecimiento de esta nueva unidad dentro del CSSI, se elaboró un modelo de enfoque sistémico que sirvió de referencia para describir los procesos medulares que soportan a la estructura organizativa propuesta, finalizando con las recomendaciones a tomar en cuenta para la operacionalización de la propuesta de implantación.

En los capítulos I y II se formulan el problema y la pregunta de investigación, así como los objetivos generales y específicos, la justificación e importancia del estudio.

La síntesis de la revisión bibliográfica, documentos y demás fuentes relevantes al problema de investigación está reseñada en el capítulo III (marco teórico).

El capítulo IV describe la metodología utilizada, esto es, las técnicas, sujetos participantes y recursos empleados en función del tema. La propuesta organizacional, que a su vez comprende los escenarios de implementación, la razón de ser de la unidad de cirugía ambulatoria del CSSI, así como sus prioridades estratégicas y procesos medulares en los que se basa la estructura organizativa propuesta, están descritos en el capítulo V correspondiente a los resultados.

Los capítulos subsiguientes contienen las conclusiones y recomendaciones (capítulo VI), y las referencias bibliográficas citadas en el trabajo y relevantes para el mismo.

La última sección contiene los anexos: talleres de trabajo realizados con los directivos del CSSI, instrumentos de recolección de información y la data resultante de las sesiones de trabajo realizadas en dicho centro.

CAPÍTULO I

FORMULACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La cirugía ambulatoria empezó a recibir mayor atención a principios de los años 60, siendo clave el desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas y sustancias anestésicas que hicieron dicha cirugía más segura y más aceptable para los médicos. Por otra parte, la elevada demanda de camas de hospital y el mayor interés en que los pacientes permanecieran corto tiempo en los centros de salud luego de la cirugía, dieron un impulso adicional al desarrollo de la cirugía ambulatoria.

La cirugía ambulatoria incluye procedimientos quirúrgicos menores que pueden ser llevados a cabo sin necesidad de hospitalización del paciente, normalmente se efectúan en la mañana y antes del cierre del centro de salud el paciente es dado de alta médica (Alexander-Williams y Wasunna, 2000, p. 4).

De acuerdo con Marks y otros (1980, p.772) Bajo la modalidad de cirugía ambulatoria, el procedimiento quirúrgico es efectuado en el quirófano con el propósito de no admitir al paciente en el hospital. Los pacientes ambulatorios de cirugía usan toda la gama de servicios quirúrgicos del hospital: la unidad preparatoria, anestesia, quirófano y sala de recuperación; sin ser admitidos en el hospital antes ni después.

En Venezuela existen varias modalidades de funcionamiento del modelo de cirugía ambulatoria, todas ellas enfocadas hacia el ahorro de costos de

internado y hacia el incremento de la satisfacción de los pacientes, lo que en general, es muy beneficioso para el sistema nacional de salud.

Dentro de la vocación de servicio reflejada en la misión de la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB), están incluidos el compromiso social y el aporte a la superación de la pobreza de los sectores de bajos ingresos. En el contexto del trabajo de proyección a la comunidad de la UCAB, a partir de 1995 nace y se desarrolla el Proyecto Parque Social Padre Manuel Aguirre, s.j. con la finalidad de profundizar la inserción comunitaria que se venía desarrollando la Dirección de Proyección a la Comunidad. El principal objetivo del parque social era ofrecer a los vecinos de las zonas adyacentes a la UCAB una serie de servicios sociales que fomentaran el aumento de su calidad de vida en materia de educación, salud y recreación.

Por otro lado, la Fundación Inés de Planas, cumpliendo con el espíritu del testamento del Dr. Simón Planas, se aboca a apoyar la creación de una red de servicios de salud que incluya a su vez la educación para la salud, organización comunitaria, prevención y atención primaria con apoyo del nivel secundario. Es así como surge una alianza estratégica entre la Fundación Inés de Planas y la UCAB para desarrollar un Programa de Salud con tres líneas de acción: la educación para la salud, prestación de servicios y organización para la salud.

En este marco de ideas, en 1999 se concibe el proyecto del **Centro de Salud Santa Inés** ubicado en el Parque Social Padre Manuel Aguirre, como un centro de referencia o apoyo a los centros de atención primaria de la zona, puesto que ofrece atención médica a nivel primario y secundario (pediatría, gineco-obstetricia, medicina interna, cardiología, neumonología,

reumatología, traumatología y odontología) y servicios de diagnóstico (laboratorio, ultrasonido y radiología).

Dentro de la diversidad de servicios de salud que ofrece el Centro de Salud Santa Inés y para poder dar continuidad a un servicio de excelencia en esta materia y ampliar el ciclo de atención médica, surge la necesidad de creación de una unidad de cirugía ambulatoria o cirugía menor.

Habiendo determinado previamente las variables que condicionan el establecimiento de la Unidad de Cirugía Ambulatoria del Centro de Salud Santa Inés, y a objeto de asegurar la calidad de la asistencia médica con el máximo aprovechamiento de los recursos disponibles, se plantea la pregunta:

¿Cuál sería el modelo de Organización de la Unidad de Cirugía Ambulatoria del Centro de Salud Santa Inés, que basada en los procesos claves o medulares, daría soporte a la operación de dicha unidad?

CAPITULO II

OBJETIVOS

Objetivo General

Conceptualizar el modelo de cirugía ambulatoria, su razón de ser, sus procesos y su organización, a los fines de determinar, las tareas de transformación, su interrelación con el resto de la organización y dar soporte a la operación del centro.

Objetivos Específicos

- Identificar y analizar los procesos medulares que intervienen en la prestación del servicio de cirugía ambulatoria con la finalidad de determinar las relaciones clientes-proveedores que faciliten la operación de la unidad.

- Diseñar la organización del Centro de Cirugía Ambulatoria, basada en los procesos identificados, a objeto de dar soporte a la operación del Centro.

- Presentar una propuesta de Organización para el Centro de Cirugía Ambulatoria del Centro de Salud Santa Inés, para que posteriormente se determinen los recursos, financieros, materiales y humanos requeridos para su operación.

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO

III.1 Organización y Enfoque de Sistemas

"Las organizaciones consisten en arreglos orientados a una meta, individuos con un propósito....Sistemas psicosociales individuos que trabajan en grupos....Sistemas tecnológicos, individuos que utilizan conocimientos y técnicas ....y una Relación de Actividades Estructuradas individuos que trabajan juntos en relaciones estructuradas" (Hanna, 1990).

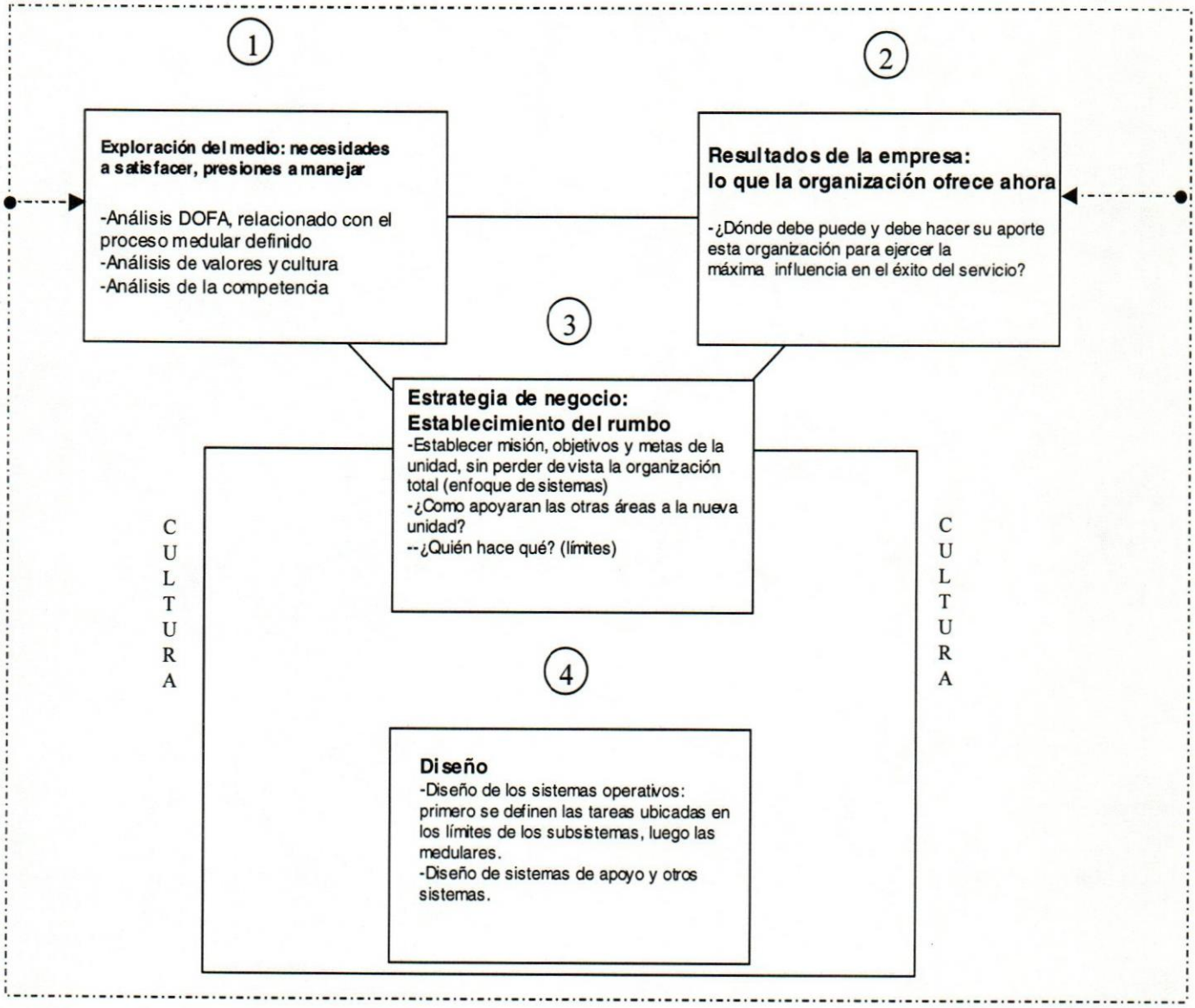
Independientemente del tipo de arreglo en el que consista la organización para la obtención de un fin común, en sí tienen características de sistema abierto, que permite su adaptación y sobrevivencia en el entorno, como sistema abierto se puede definir "Un todo organizado y unitario, compuesto de dos o más partes interdependientes, componentes o subsistemas y delineados por límites identificables que lo separan del suprasistema ambiental" (Hanna, 1990)

Este enfoque trata de comprender las interrelaciones, dentro y entre los subsistemas, así como entre la organización y su medio; además intenta definir patrones de relaciones o configuraciones de variables

Hanna, presenta el enfoque de afuera hacia adentro, el cual es de gran utilidad para la comprensión del presente estudio. Constituye un verdadero diseño de sistemas abiertos. "Las demandas y expectativas de los grupos externos de Interés se examinan de manera sistemática, a fin de determinar los procesos esenciales de la organización." Esto conlleva a que la

organización se estructure internamente para satisfacer las presiones y demandas externas.

Figura 1: Adaptación Modelo David Hanna (1990) en Diseño de las Organizaciones para la Excelencia (L.Lupo-M.Pérez, diciembre 2002)



III.2 Los centros de servicios de salud y su clasificación

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el sistema de salud incluye componentes interrelacionados del medio ambiente, actividades educativas, condiciones de la vivienda y laborales y otros aspectos relacionados (Errasti, 1996, p. 1). Son variados los componentes de la actividad humana que pueden relacionarse con el nivel de salud de las personas, es por ello que se afirma que el concepto de salud tiene un factor cultural que a su vez ha originado concepciones muy diversas.

Los servicios sanitarios proceden de la confluencia de una población que demanda una asistencia sanitaria y de la oferta de los medios para llevarla a cabo. El análisis de la oferta y la demanda ha conducido a la planificación geográfica y a la asignación de recursos; es así como en los países desarrollados del mundo occidental la ordenación de los servicios sanitarios públicos ha sido mediante la regionalización. Ella ha permitido estructurar los servicios sanitarios de una forma equitativa y de acuerdo al numero de habitantes de la región.

La puerta de entrada al sistema de salud es la atención primaria, la cual comprende la asistencia prestada por los médicos generales, pediatras, enfermeras, ya sea prestada en centros de salud urbanos y rurales como a domicilio. Según Errasti, (1996, pp. 3-5) el primer nivel de asistencia incluye los servicios de emergencia extrahospitalaria y el diagnóstico complementario básico: radiología, electrocardiograma y exámenes de laboratorio. Actualmente, aunque no de forma homogénea, se han incorporado la planificación familiar, salud mental, trabajo social y fisioterapia básica. Así, las funciones básicas de la atención primaria son: la promoción de la salud, la prevención de la salud y la curación / rehabilitación.

La promoción de la salud tiene como objetivo la mejora de la salud a través de la educación sanitaria y los programas de promoción e información. La prevención, mediante la epidemiología y los programas de salud se orienta a mantener la población sana; mientras que las actividades asistenciales y servicios de emergencia son los medios principales con los que cuenta la curación y rehabilitación.

La atención especializada la cumplen los hospitales y centros de salud encargados del internamiento clínico y de la asistencia especializada. Asimismo, comúnmente en ellos se ejecutan actividades de investigación y docencia.

Existen varios criterios para clasificar a las organizaciones sanitarias. El tipo de instalaciones, tecnología, especialidades, personal empleado que posee el hospital o centro de salud, le permite abordar niveles diferentes de asistencia; así, pueden clasificarse en Centros de Atención primaria, secundaria y terciaria (Errasti, 1996, pp.6-7)

Hospital Nivel Secundario

- Medicina Interna
- Cirugía general
- Traumatología
- Obstetricia y Ginecología
- Urología – Nefrología
- Oftalmología
- Pediatría
- Radiología
- Laboratorio de Bioquímica
- Laboratorio de Hematología
- Laboratorio de Microbiología
- Anatomía patológica
- Anestesiología y Reanimación
- Farmacia
- Rehabilitación
- Unidad de cuidados intermedios

Hospital Nivel Terciario

- Oncología y radioterapia
- Medicina nuclear
- Cirugía cardiovascular y torácica
- Neurocirugía
- Cirugía plástica
- Cirugía maxilo-facial
- Neonatología
- Cirugía pediátrica
- Genética
- Cardiología
- Especialidades pediátricas
- Especialidades obstétricas y ginecológicas
- Especialidades anatomopatológicas
- Psiquiatría
- Unidad de cuidados intensivos
- Especialidades rehabilitadoras

Por la dependencia patrimonial, los centros de salud pueden clasificarse en públicos y privados. Estos últimos a su vez, pueden tener o no fines de lucro.

Los hospitales que atienden diversidad de especialidades, tanto médicas como quirúrgicas, se denominan Generales y los que se destinan a un solo tipo de especialidad son llamados Monográficos (maternidad, por ejemplo). También son empleadas otras clasificaciones, como las que obedecen al tipo de pacientes (agudos/crónicos) o por el ámbito de influencia (locales, distritales, regionales).

De Gooijer y otros (2000, p.4) afirman que existe una diferencia entre organizaciones de cuidados ambulatorios e institucionales. Las diferencias residen principalmente en las facilidades, servicios y tecnología con los que cuentan. Los ambulatorios normalmente tiene un menor nivel de complejidad

en cuanto a servicios que ofrecen y equipos tecnológicos, mientras que las instituciones hospitalarias tienden hacia lo contrario.

III.3 El hospital como empresa de servicios

El producto de un centro de salud es el enfermo, y en este sentido, tiene tantos productos como pacientes, pues si bien pueden existir similitudes entre ellos, ningún enfermo es igual a otro. Desde el punto de vista funcional puede considerarse a un centro de salud como cualquier empresa, en la que se obtiene un producto o servicio mediante la combinación de los diversos factores productivos y bajo normas de calidad. Por ende, la calidad de servicio y los costos son prioritarios para que el hospital se mueva en un entorno competitivo. Sin embargo, existen algunas características propias de todo centro de salud, que lo distinguen de cualquier otro tipo de empresa: (Errasti, 1996, pp.81-83)

-El Producto: en una empresa clásica los productos están estandarizados, mientras que en el hospital existen tantos productos como pacientes.

-El Cliente: el paciente no decide lo que compra, sino el médico.

-Decisiones: en una empresa clásica las decisiones se toman respetando una jerarquía; en una organización sanitaria no existe participación jerárquica. Además, se da una división entre quien asume la responsabilidad de la atención sanitaria (el médico) y las consecuencias financieras de sus decisiones.

-Forma de pago: el cliente paga por su producto, en los centros de salud públicos paga el Estado.

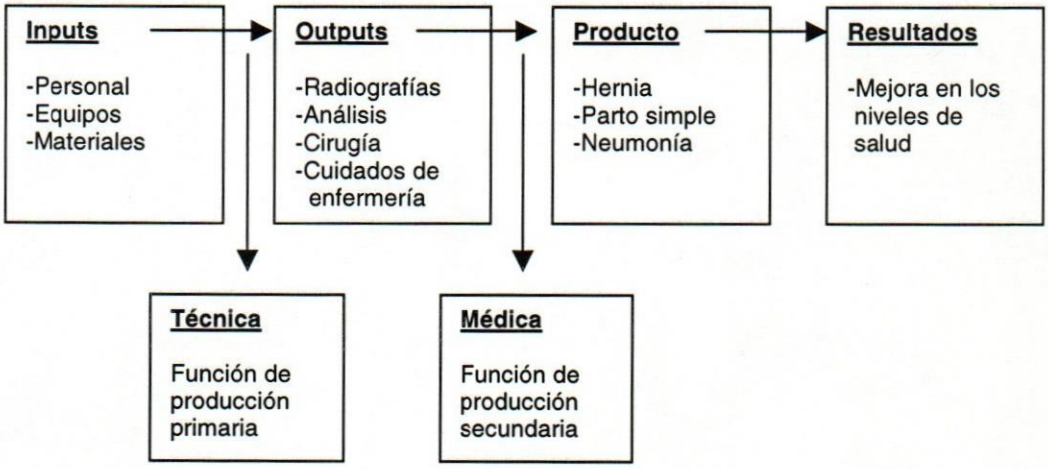
III.4 El proceso productivo en los centros de salud

La pregunta clave para el mejoramiento de la calidad de servicio en los centros de salud es comprender qué producen las organizaciones de este tipo. El producto hospitalario proviene de una empresa de servicios, por lo tanto es intangible y se identifica con el servicio que se le brinda a cada paciente. Su característica de poca homogeneidad hace difícil la medición de su calidad, puesto que una misma enfermedad puede tener pronósticos diversos en función de factores como la edad, circunstancias, reacciones desfavorables, etc. Ello implica el consumo de recursos diferentes en función del caso.

Se dice que un centro de salud es una empresa multiproducto. Entre los productos hospitalarios pueden distinguirse los primarios, los cuales son de naturaleza física (radiografías, medicamentos, análisis, alimentos, entre otros). Las intervenciones quirúrgicas son procesos más complejos que comprenden productos primarios mientras que el proceso de tratamiento es aun más sofisticado e intangible considerándose como la función secundaria de producción de un centro de salud. Todo tratamiento es el resultado del diagnóstico ajustado a la individualidad de cada paciente, con él se obtiene el producto final y es este proceso lo más genuino de las organizaciones de salud.

A continuación se presenta un Modelo que ilustra la función de la producción hospitalaria (Errasti, 1996, p.155):

Figura 2: La producción hospitalaria (Errasti, 1996)



El producto final de toda organización de servicios de salud es la mejora de los niveles de salud que se verifica en la práctica con el alta hospitalaria. Durante largo tiempo y aun en la actualidad, el producto hospitalario se ha medido en función del servicio, así pueden distinguirse: (Errasti, 1996, p.156)

-La consulta externa: primera consulta y control.
-Las emergencias: consulta que reviste esa particularidad.
-La hospitalización: se refiere a la estancia en el centro de salud.

Se ha tratado de establecer una tipología de los casos que se atienden para aminorar la dificultad práctica que radica en el infinito número de casos distintos que se atienden en un centro de salud. El objetivo es agrupar a los pacientes en función de características homogéneas mediante sistemas de medición como el case-mix.

De acuerdo con Errasti (1996, p.171) las variables utilizadas para establecer los grupos son las siguientes:

-Edad
-Principales problemas
-Problemas secundarios
-Diagnóstico principal
-Presencia de diagnósticos secundarios
-Paciente nuevo / control
-Motivo de la visita
-Referido o no
-Empleo de psicoterapia

III.5 Calidad de los productos y servicios de salud

La calidad de los productos no es igualable a la de los servicios, en una empresa de servicios la producción y el consumo ocurren al mismo tiempo, por lo que no es posible tomar una muestra y rechazar los productos defectuosos. Podemos entender aun más su complejidad si agregamos la necesidad de lograr un mismo estándar y una misma concepción de calidad.

Errasti (1996, pp.201-202) cita a Eiglier y Langeard (1991) cuando hace referencia a la calidad en la producción de los servicios:

-El resultado: tiene una carga subjetiva y se identifica con la calidad del servicio en sí mismo. Se dice que el servicio es de calidad cuando satisface las expectativas y necesidades del cliente. Las posibilidades de éxito en la calidad de servicio aumentan al segmentar a la población de clientes de acuerdo con sus expectativas.

-Los elementos que componen la producción del servicio: la calidad global del servicio está compuesta por la calidad de los productos que lo conforman:

infraestructura física, equipamiento, acceso, limpieza, capacitación y atención del personal, entre otros.

-El proceso: son todas las interacciones necesarias para la producción del servicio. Se mide al igual que el resultado, por su adecuación a las necesidades del cliente.

No obstante la dificultad que reviste la medición de la calidad en las organizaciones sanitarias, la reducción de costos, la mejora del servicio al cliente y el incremento de la productividad, como resultados de un conjunto de métodos aplicados a toda la organización hace que la idea de la calidad penetre cada vez más en los centros de salud.

De acuerdo a Sheps (1955, p. 68):

"La asistencia hospitalaria es multidimensional. Es un servicio proporcionado por un grupo coordinado de profesionales, técnicos y otros trabajadores, bajo la dirección de un médico. En la calidad de la asistencia recibida por los pacientes influyen la suficiencia de los recursos del hospital y su mantenimiento, la organización administrativa y profesional del hospital, la competencia del personal y las relaciones interpersonales entre la plantilla así como entre la plantilla y los pacientes. Por ello, cualquier intento de evaluación debe tener en cuenta el gran número de factores que influyen en la atención de los pacientes."

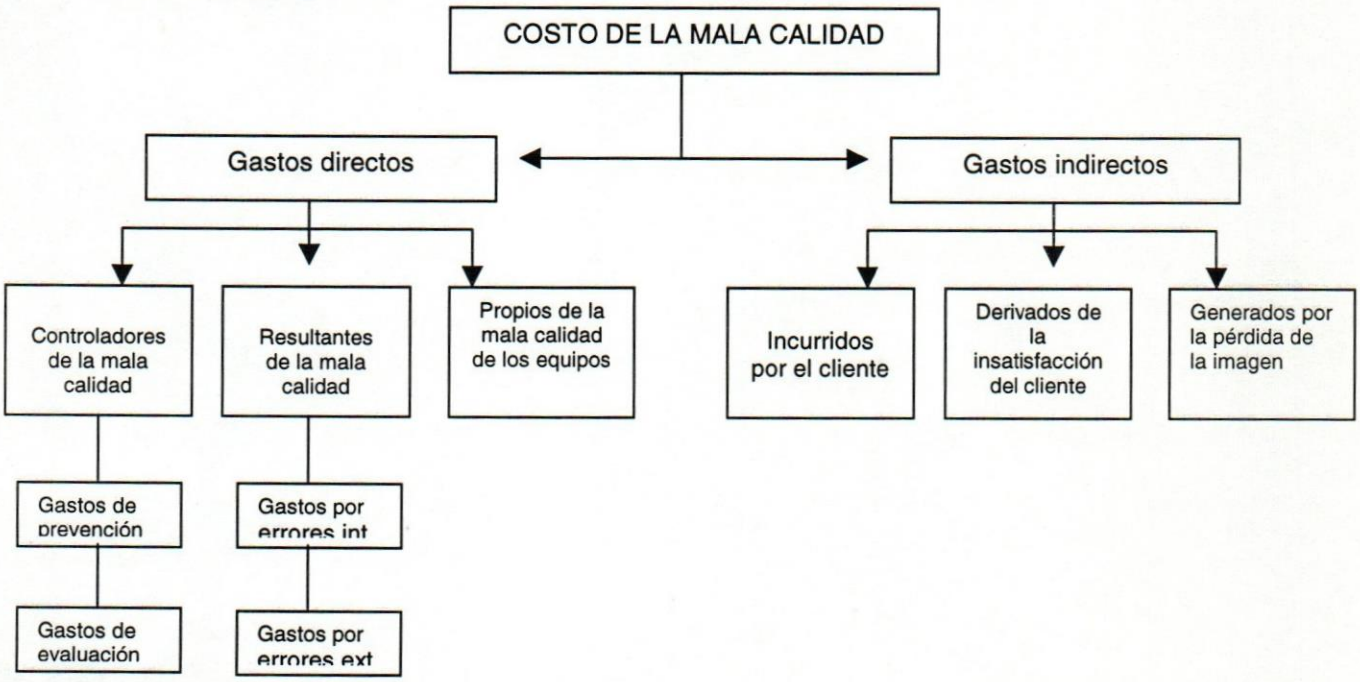
Uno de los elementos principales considerados a la hora de evaluar la calidad de servicio de una organización de salud es la actuación técnica de los médicos y demás profesionales de la salud, dicha actuación se juzga en función de los conocimientos y actualización tecnológica y se concreta en la obtención de mejores resultados. Posteriormente se ha añadido a relación

médico-paciente como un factor de importancia al colocar al paciente como colaborador activo en el proceso de diagnóstico y tratamiento. Es importante acotar, que si bien la calidad de los servicios de salud depende en gran parte de la percepción del paciente, éste no posee la comprensión completa de la ciencia médica. Además, la calidad también implica el mejor uso de los recursos disponibles cumpliendo requerimientos legales y éticos.

Las principales técnicas empleadas en la evaluación de la calidad hospitalaria pueden clasificarse en: (Sheps, 1955, p. 69)

-Análisis de los prerrequisitos o desiderata de una asistencia correcta
-Índices de elementos de funcionamiento.
-Índices de los efectos de la asistencia.
-Estudio sistemático de las historias clínicas como método práctico de valoración de la calidad (Huntley y otros, 1961, p. 220)

Corella, (1996, p.317) identifica los elementos que constituyen el costo de la mala calidad (figura 3):



III. 6 La planificación sanitaria y el control de la gestión

La planificación sanitaria comprende la planificación de la salud pública y los recursos para su consecución, por ende entran en juego tanto los programas de prevención como de asistencia. El objeto de la planificación sanitaria es la salud y puesto que ella será el punto de partida para el proceso en sí de planificación es indispensable definirla. No obstante las diversas connotaciones del término salud, la morbilidad, mortalidad y factores de riesgo e incapacidad han sido los indicadores más comúnmente empleados para la planificación operativa del sector.

El concepto de salud va más allá de la asistencia médica, de hecho incluye los factores biológicos y del entorno que de una forma u otra determinan los recursos necesarios.

Un posible modelo de planificación se deriva tomando en cuenta el estado de salud de la población, el mismo tendría como objetivo la consecución de un determinado estado de salud mediante la asignación de recursos humanos, materiales y financieros.

Los indicadores sanitarios ofrecen información sobre el estado de salud mediante datos objetivos que pueden ser empleados para realizar comparaciones entre distintas poblaciones y como medida para evaluar la gestión. Según Errasti (1996, pp. 305-307) los indicadores más utilizados para la planificación sanitaria pueden ser clasificados en:

Indicadores sociodemográficos: pirámide de edad, tasa de natalidad, tasa de mortalidad, tasa de crecimiento natural, tasa de fecundidad, tasa de

inmigración; entre otros. Todos ellos son de suma importancia para conocer las necesidades de salud.

Indicadores sanitarios: tasa de natalidad, tasa de mortalidad, tasa de mortalidad infantil, esperanza de vida, tasa de incidencia, riesgo relativo, riesgo atribuible, etc. Todos ellos pueden ser diferenciados por sexo, edad, causas y así tener un conocimiento más preciso de cada variable.

Indicadores de utilización de servicios de salud: permiten establecer una distinción entre los servicios de salud que solicitan las personas y los propios médicos. Es claro que el carácter gratuito de la salud en algunos países, favorece un mayor uso de los servicios hospitalarios. Entre los indicadores más comunes tenemos: tasa de consultas médicas, tasa de intervenciones quirúrgicas, tasa de exploraciones diagnósticas, tasa de interconsultas, tasa de días de hospitalización, estancia médica.

Indicadores de recursos sanitarios: número de camas disponibles, ocupación media de camas, estancias hospitalarias, número de altas anuales, tasa de ocupación, estancia media, rotación media.

Las fuertes inversiones, el avance tecnológico y el cambio verificado tanto dentro como fuera hacen necesaria una organización de los centros de salud que permita el cambio sistemático y constante. Toda organización de salud sirve a su entorno y por ende si éste cambia una actitud pasiva del centro de salud puede arriesgar su supervivencia. La planificación estratégica es un instrumento que tiene como objetivo el diseño del futuro que se desea alcanzar y pretende conciliar el cambio con la continuidad. Errasti (1996, pp. 310-311) cita a Ohmae al nombrar los cuatro factores que permiten obtener una ventaja significativa sobre la competencia, mediante una estrategia

adecuada: identificar y centrarse en los factores claves de éxito, crear una superioridad relativa, perseguir iniciativas agresivas y crear grados de libertad estratégica al innovar en sectores no trabajados por la competencia.

Los médicos son los que en primer lugar manifiestan la inquietud sobre hacia dónde se dirige el hospital y qué se necesita para mejorar el presente y llegar al futuro deseado. Esto es determinante para que un centro de salud inicie el proceso de planificación estratégica y puede traducirse en el deseo de una mejora constante mediante la ejecución de nuevos proyectos. Toda estrategia marca una dirección y determina objetivos y metas para los cuales debe asignar recursos; posee por lo tanto, dos aspectos: su formulación y su implementación.

Peters distingue nueve actividades en el proceso de planificación estratégica del hospital (Errasti, 1996, pp. 311-313):

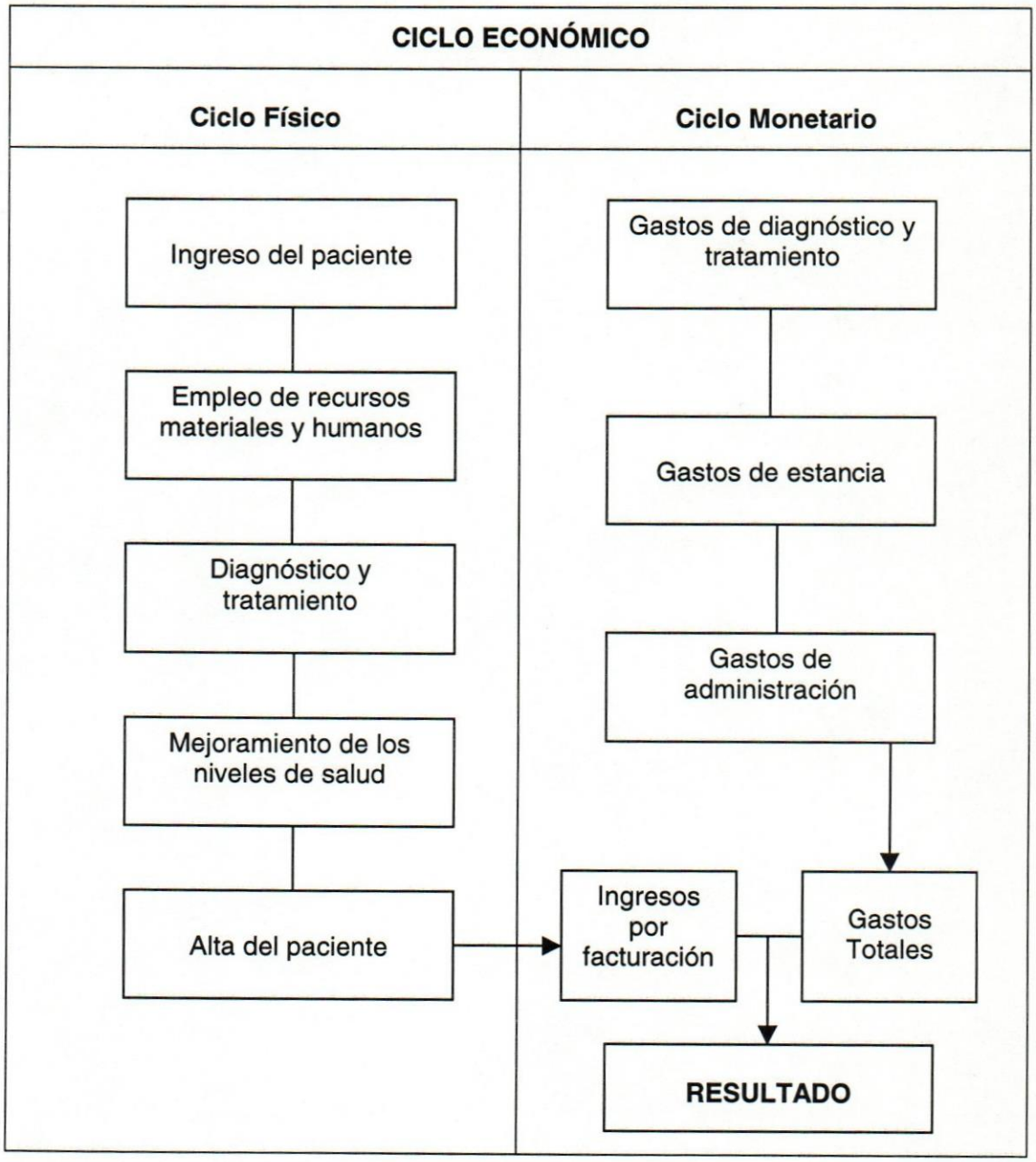
- Revisar la misión del hospital cuidando de que refleje la situación futura deseada.
- Analizar la situación actual, mediante la evaluación de fortalezas y debilidades.
- Examinar a la organización de salud en relación con su entorno, para determinar las fuerzas impulsoras y restrictivas.
- Elegir estrategias y objetivos entre las variadas opciones.
- Preparar un plan que soporte la estrategia y permita su implementación.
- Aprobación del plan.
- Ejecución del plan mediante un procedimiento y cronograma establecidos.
- Evaluación del plan.

III.7 El ciclo económico del hospital

La productividad de un centro de salud (Corella, 1996, pp. 285-286) no es más que la relación entre producción obtenida y los recursos utilizados para lograrla. Es de gran ayuda para el establecimiento de indicadores oportunos en las organizaciones de salud, el conocimiento del ciclo económico.

El resultado del proceso productivo del hospital es fruto tanto del ciclo físico como del económico. El ciclo económico de un hospital está representado esquemáticamente en la figura 4.

Figura 4. Ciclo Económico de las Empresas de Salud (Corella, 1996, p. 286)



III.8 El Departamento quirúrgico

Existen tres tipos de pacientes de cirugía: los pacientes internados (generalmente ingresan al centro de salud antes de la cirugía), pacientes ambulatorios y pacientes externos (limitados a procedimientos de cirugía menor y anestesia local). En cirugía ambulatoria se opera con procedimientos más extensivos que los utilizados en pacientes externos y puede incluso requerir anestesia general. El paciente se somete a pruebas antes de la operación, es intervenido en la mañana, pasa a la sala de recuperación y es dado de alta el mismo día. La instalación de atención ambulatoria consiste en una cama y silla reclinable y puede estar dentro del área clínica.

El departamento quirúrgico se refiere generalmente tanto a la instalación como al departamento. La instalación está constituida por la sala de operaciones, las salas de cistoscopia y la sala de recuperación. Este departamento puede estar organizado de varias formas, sin embargo, por lo general consiste en tres grupos separados: los cirujanos de varias especialidades, personal de enfermería y técnico y el servicio de anestesiología. Este último servicio, puede estar a cargo de anestesiólogos privados o un departamento de anestesiología del centro de salud.

El equipo básico de enfermería del quirófano consiste en una enfermera circulante y una enfermera instrumentista. La enfermera circulante es una profesional titulada que trabaja fuera del campo aséptico que rodea la mesa de operaciones. Sus funciones son coordinar actividades, registrar eventos, obtener abastecimientos, entregar y recibir abastecimientos y especimenes del campo aséptico. La enfermera instrumentista opera dentro del campo aséptico, su función es asistir al cirujano, organizar y alcanzar instrumentos.

El asistente del médico cirujano es otro médico que se encarga de la retracción de la incisión quirúrgica y asiste al cirujano en el procedimiento quirúrgico.

Los ayudantes generalmente transportan al paciente, lo colocan en posición y se encargan de la limpieza, pueden igualmente limpiar, verificar y envolver los paquetes del instrumental.

El sistema clave del funcionamiento del quirófano es la programación de casos, cuyo objetivo es coordinar un elevado número de consideraciones: la urgencia de la cirugía, los programas y horarios de pacientes, cirujanos, anestesiólogos, quirófano y personal del mismo equipo, otros servicios como rayos X y patología y la disponibilidad de camas en el caso de cirugías no ambulatorias. La programación de los casos es importante para la efectividad y eficiencia del departamento quirúrgico y el establecimiento de políticas y procedimientos es la base de la programación de casos.

La segunda clave del funcionamiento del quirófano está en el sistema de administración de materiales, su objetivo es proporcionar el abastecimiento, instrumental y equipo correctos en el lugar, hora y condición correctos para su uso. El quirófano es un ambiente único por la cantidad de abastecimiento, altos costos, condiciones asépticas y restricciones de tiempo. El sistema de administración de materiales debe coordinar una variedad de productos de uso único y equipos delicados; los errores pueden causar demoras, poner en peligro la seguridad del paciente y ocasionar gastos innecesarios.

El enfoque tradicional de la administración de materiales de la sala operatoria involucra el apoyo del departamento de servicio central de esterilización en la preparación del instrumental y abastecimientos selectos. Los centros de

salud que aplican principios de administración centralizada de materiales, dependen del sistema de "carrito de casos", que entrega carritos totalmente listos al quirófano antes que comiencen las actividades de preparación de la sala. Los carritos contienen el instrumental, equipos y abastecimientos tal como está documentado en las tarjetas de preferencia del cirujano del caso. Los carritos para procedimientos de emergencia están listos en la suite quirúrgica.

III.9 La cirugía ambulatoria en organizaciones para el mantenimiento de la salud

La historia registra el primer uso de la cirugía ambulatoria en 1909 de manos del Dr. J. H. Nichol, (Marks y otros, 1980, p. 771) quien realizó 7230 operaciones ambulatorias en el Hospital Real de Niños de Glasgow. Las experiencias subsiguientes y más importantes fueron llevadas a cabo por el Dr. Ralph M. Waters en Iowa en 1919 y en 1938 por el Dr. Gertrude Herzefeld en Edimburgo, quien realizó 1000 intervenciones de hernias en niños. Asimismo, durante la Segunda Guerra Mundial, la Dra. Ruth Jackson practicó cirugías ambulatorias ortopédicas y el Hospital DeGraff Memorial en Nueva York viene practicando este tipo de cirugía desde 1947.

Fue en el año 1960 cuando la cirugía ambulatoria comenzó a difundirse más gracias al desarrollo de nuevas técnicas y agentes anestésicos, lo cual incrementó la seguridad de esta práctica. Adicionalmente, la elevada demanda de camas de hospital y el mayor interés en que los pacientes acortaran su estancia hospitalaria, provocó un incremento considerable en el uso de la cirugía ambulatoria. Fue así como en 1968 se inauguró el primer centro de salud de cirugía ambulatoria, ubicado en Rhode Island, EUA. En 1979 la Organización para la Revisión de Normas Profesionales de

Washington, declaró que permitiría el reembolso en sus programas de seguros de hospitalización y cirugía por 51 procedimientos quirúrgicos exclusivamente si se ejecutaban sobre una base ambulatoria. Se harían excepciones solo si se presentaban condiciones médicas que requirieran observación postoperatoria o si el cuidado postoperatorio no se podía cumplir por las condiciones del hogar.

La Organización Mundial de La Salud distingue tres modalidades quirúrgicas: internados, ambulatorios y externos:

"*Internados* se refiere a una intervención realizada en sala de operaciones con el propósito de admitir al paciente en el hospital por lo menos una noche. *Ambulatorios* se refiere a un procedimiento efectuado en quirófano con el propósito de no admitir al paciente en el hospital....*Externos* se refiere a procedimientos quirúrgicos efectuados en consultorios médicos particulares, en la unidad de emergencia del hospital o en salas para procedimientos especiales distintas del quirófano". (Marks y otros, 1980, p. 772).

Los criterios generales para seleccionar la modalidad quirúrgica se basan en las características del paciente y en el procedimiento que se debe efectuar. Si bien la decisión final la toma el cirujano y por ende puede interferir su apreciación personal, al adoptar la decisión influyen los siguientes factores (Marks y otros, 1980, pp. 777-778):

- Extensión y localización del procedimiento a efectuarse.
- Presencia y gravedad de otros procedimientos que se deben llevar a cabo simultáneamente.
- Existencia de un proceso crónico previo.
- Posibilidad de complicaciones postoperatorias.

- Necesidad de procedimientos postoperatorios especializados.
- Tipo de anestesia a utilizar.
- Programación de las actividades, incluyendo el horario.
- Edad del paciente.
- Aceptación de la modalidad ambulatoria por parte del paciente.
- Condiciones y entorno de la vivienda del paciente.
- Distancia entre el hogar del paciente y el quirófano.

Cuando la intervención quirúrgica se realiza bajo la modalidad ambulatoria, se ahorran los costos de internación o estancia hospitalaria: costos ordinarios diarios de los servicios y honorarios de los médicos por sus visitas a los internados, si bien estos últimos son parcialmente compensados por los costos extra que supone el tiempo extra que el paciente debe permanecer en sala de recuperación.

De acuerdo a Marks y otros (1980, p. 778) la fórmula básica para calcular el ahorro en el costo es:

Costo diario + honorarios médicos – sala de recuperación = ahorro

Donde:

-Costo diario por internado: son los costos básicos por habitación y comida.

-Tiempo de estancia: es un factor importante para determinar el ahorro en los costos, para ello se considera la duración estimada de la estancia en el hospital si el procedimiento se hubiese llevado a cabo como internado.

-Visitas médicas a internados: el costo de las visitas médicas a los internados se basa sobre la hipótesis de que durante el primer día la visita médica incluye un examen físico general y la consignación de la historia clínica.

-Costo de sala de recuperación: los pacientes ambulatorios que requieren de anestesia general suelen necesitar más tiempo en la sala de recuperación. Los internados van a sus habitaciones, pero los ambulatorios deben esperar que puedan regresar a sus hogares (por lo general, un mínimo de tres horas).

Estudios llevados a cabo por Marks y otros (1980, p. 779), revelaron que la atención médica y quirúrgica prestada a pacientes ambulatorios en centros de salud de Oregon entre 1966 y 1974, era de muy alta calidad y que existía poca diferencia en el resultado de la atención en ambulatorios e internados. Las tasa de complicaciones e infecciones postoperatorias registradas fueron similares y menos del 0,5% del total de los procedimientos ambulatorios resultaron en admisiones por complicaciones posteriores a la cirugía. De igual forma, no se encontró evidencia alguna de conexión entre la muerte de 3 pacientes ambulatorios y el hecho de no haber sido admitidos en el hospital.

Durante este estudio, los investigadores solicitaron a los prestadores de servicios de salud su apreciación en cuanto a las diferencias entre ambulatorios e internados, problemas de la cirugía ambulatoria y futuro de esta modalidad de intervención quirúrgica. En general los profesionales de la salud comentaron estar muy satisfechos con la cirugía ambulatoria ya que requiere mucho menos papeleo tanto para los cirujanos como para el personal del hospital. En lo que respecta a los receptores del servicio, los pacientes afirmaron estar satisfechos con la calidad de la atención médica

recibida y calificaron como una ventaja el hecho de que la cirugía ambulatoria no interrumpe las responsabilidades cotidianas tan prolongadamente como la modalidad de internado. Es importante tener en cuenta que las cirugías ambulatorias se realizaron en hospitales, esto permite disponer de los equipos y del personal necesario en caso de surgir complicaciones. Esta posibilidad infunde mucha más confianza en médicos y pacientes, lo que aumenta el grado de satisfacción.

Al hablar de las ventajas de la cirugía ambulatoria, debemos hacer una diferencia entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo. El Dr. Peter Bewes quien posee una larga experiencia en cirugía ambulatoria en el reino Unido y en Tanzania (Alexander-Williams y Wasunna, 1999, pp. 5-8) presenta su punto de vista en cuanto al concepto de cirugía ambulatoria en países en vías de desarrollo:

- Las distancias entre el hogar y los centros de cirugía ambulatoria: en centros urbanos como los del Reino Unido se requiere aproximadamente treinta minutos en automóvil para llegar a los principales centros de salud, mientras en algunos países africanos el 85% de la población requiere de más de un día de viaje por carretera para llegar a un hospital.

- El transporte: existen zonas rurales en las cuales sus habitantes no disponen de vehículos automotores, lo cual dificulta el regreso a casa del paciente luego de una cirugía ambulatoria.

- Los cuidados en el hogar: es necesario que los cuidados postoperatorios puedan ser proporcionados en el hogar, lo cual no

siempre es factible dadas las condiciones de las viviendas de países en vías de desarrollo.

- Condiciones patológicas: en las áreas rurales usualmente las condiciones patológicas son múltiples o bien el paciente acude al centro de salud cuando su patología está avanzada lo cual puede aumentar el riesgo de efectuar la intervención quirúrgica bajo la modalidad ambulatoria.

- Técnicas quirúrgicas: en algunos países africanos no existe personal calificado ni la tecnología necesaria para efectuar cirugía ambulatoria.

- Facilidades quirúrgicas en el quirófano: la cirugía ambulatoria requiere de áreas de máxima esterilidad, aire acondicionado y circulación de aire de manera de minimizar el riesgo de infecciones. Algunos países no cuentan con estas condiciones.

III.10 La cirugía ambulatoria en países desarrollados

En los países desarrollados la práctica de la cirugía ambulatoria está creciendo rápidamente principalmente por consideraciones de tipo económico (Alexander-Williams y Wasunna, 1999, pp. 8-11):

- El avance tecnológico, los novedosos agentes anestésicos y el ahorro en costos de internado y servicios hospitalarios son las principales causas de su crecimiento.

- La preferencia de los pacientes: la mayoría de los pacientes cuentan con condiciones socioeconómicas adecuadas, condiciones higiénicas y de confort en sus viviendas, servicios, facilidad de transporte.

- Prevención de complicaciones postoperatorias: si estas ocurren, resulta relativamente fácil trasladar al paciente al hospital.

Las dificultades que reviste la práctica de esta modalidad quirúrgica en los países en vías de desarrollo no deben descartarla en su totalidad, la OMS afirma que si bien están claras que las condiciones económicas, domésticas y culturales son muy distintas, el aprendizaje logrado en cirugía ambulatoria en el mundo desarrollado puede ser transferido a otras regiones. Los beneficios de la cirugía ambulatoria aplicables al mundo entero incluyen: avances en agentes anestésicos y analgésicos, tratamiento de heridas, cirugía no invasiva, información al paciente e instrucciones para cuidados postoperatorios.

La cirugía ambulatoria no es fácil de organizar y es por ello que algunos piensan que las ganancias no necesariamente justifican su costo y complejidad. En los países no desarrollados el incremento de la cirugía ambulatoria se ha centrado en el desarrollo de agentes anestésicos que permiten una rápida recuperación y movilización del paciente. De acuerdo a Alexander-Williams y Wasunna (1999, pp. 12-16) quienes siguen los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los aspectos que deben considerarse son:

- Selección y preparación preoperatoria del paciente: es importante excluir a aquellos con hipertensión no controlada, enfermedades respiratorias graves, obesidad u otras condiciones que puedan

aumentar la aparición de complicaciones. Los exámenes de rutina comprenden: hematología, orina, radiografía de tórax y electrocardiograma.

- Condiciones domésticas adecuadas que permitan el cuidado postoperatorio y minimicen el riesgo de infecciones.

- Acompañamiento: todo paciente que se someta a una cirugía ambulatoria, debe estar acompañado por un adulto que pueda estar con él de regreso a casa y pueda encargarse de su cuidado la noche posterior a la cirugía.

- Personal de anestesiología calificado: puesto que normalmente las cirugías ambulatorias son menores, podría pensarse que no es necesario contar con personal altamente calificado; sin embargo el éxito de las intervenciones quirúrgicas realizadas bajo esta modalidad, reside principalmente en disponer de profesionales de la salud con alto nivel de calificación. La anestesia en la cirugía ambulatoria debe proporcionar: rápida recuperación, y que permita la movilización temprana del paciente.

- Recuperación postoperatoria: debe existir la facilidad de una sala de recuperación cercana al quirófano con ciertas condiciones básicas: espacio, iluminación, equipos de monitoreo y personal de enfermería. El paciente requiere estar acostado por lo menos una hora después de la intervención quirúrgica o hasta que pueda caminar y esté libre de náuseas.

- Dolor postoperatorio: el efectivo control de dolor es básico para facilitar la movilización del paciente y regreso a casa luego de la cirugía. Para evitar el PONV (postoperative nausea and vomiting: náuseas y vómito postoperatorio) debe prevalecer, en lo posible, el uso de la anestesia local. Joshi (1998) afirma "los pacientes ambulatorios requieren sustancias analgésicas efectivas, con efectos secundarios mínimos, intrínsicamente seguras y que puedan ser administradas fácilmente fuera del hospital o centro de cirugía ambulatoria".

- Información al paciente: "es importante informar ampliamente al paciente sobre qué debe esperar después de la cirugía, dado que al abandonar el hospital no tendrá contacto directo con el médico. Las áreas claves de información son: dolor postoperatorio, manejo de heridas, prevención de infecciones, reincorporación al trabajo y otras actividades de rutina como conducir, bañarse, hacer ejercicios, etc." (Bradshaw y otros, 1999, p. 42)

- Alta: antes de dar al paciente de alta, debe ser evaluado por el médico y por el anestesiólogo. Los criterios a tomar en cuenta son: capacidad de caminar y tolerar la ingesta de líquidos. El paciente puede presentar dolor o náuseas pero moderadamente.

- Facilidades de hospedaje: en países no desarrollados en los cuales no existen facilidades de transporte o de comunicación, es recomendable facilitar al paciente hospedaje cercano al hospital, de manera de tener acceso fácil y rápido al centro hospitalario en caso de complicaciones postoperatorias.

Ejemplos de operaciones y procedimientos que pueden ser realizados bajo la modalidad de cirugía ambulatoria son: (http://www.amsurg.com)

- Gastroenterología: colonoscopia y otros procedimientos endoscópicos de las vías digestivas
- Oftalmología: cataratas y cirugía láser de la retina
- Otorrinolaringología: oídos, nariz y garganta (amígdalas)
- Proctología: hemorroides, fístulas anales
- Dermatología
- Urología: cistoscopia y biopsia

CAPÍTULO IV

MARCO METODOLÓGICO

a.- Propósito: a partir del diagnóstico y las variables que condicionan el establecimiento de la unidad de cirugía ambulatoria en el Centro de Salud Santa Inés, se elaboró la propuesta de Diseño Organizacional que soporta la operación de la unidad.

b.- Estrategia: una vez efectuado el diagnóstico en cuestión, desde una perspectiva sistémica, se consideró el modelo de referencia organizacional que se describe a continuación: (Lupo y Pérez, 2002, Modelo para el proceso de implementación de la Unidad de Cirugía Ambulatoria del Centro de Salud Santa Inés)

- **Entorno**

  .- De Orden Superior: Se compone de las macrovariables del entorno que impactan significativamente el establecimiento de cualquier organización, entorno político o gubernamental, entorno económico, entorno regulatorio o legal, ecológico y los estratos que componen el ámbito social.

  .- De Orden Inmediato: Son aquellas variables que impactan directamente el diseño y establecimiento de una organización destinada e servicios de salud, pacientes con sus características demográficas y de morbilidad, los proveedores de insumos y tecnología médica, otras organizaciones destinadas a servicios de salud con las cuales se puedan construir relaciones.

.- **Visión y Misión**. Traduce la razón de ser de la organización en el largo plazo, así como su estrategia para llegar allí incluyendo sus líneas de acción y prioridades estratégicas para sobrevivir en el entorno dinámico y cambiante.

.- **Filosofía, Valores y Cultura**: soportan la razón filantrópica de la organización además de determinar los principios y formas de hacer las cosas en la organización medularmente; así como las conductas deseadas de los individuos que la componen.

.- **Procesos:** se refriere a la cadena de actividades y tareas que concatenadas y ordenadas entre sí hacen posible el logro de los objetivos estratégicos.

.- **Sistemas de gestión e información:** son modelos o esquemas que apoyan los procedimientos y el control de los indicadores de procesos y resultados dentro de la organización, dentro de herramientas tecnológicas que potencian y dan precisión a dichas gestiones.

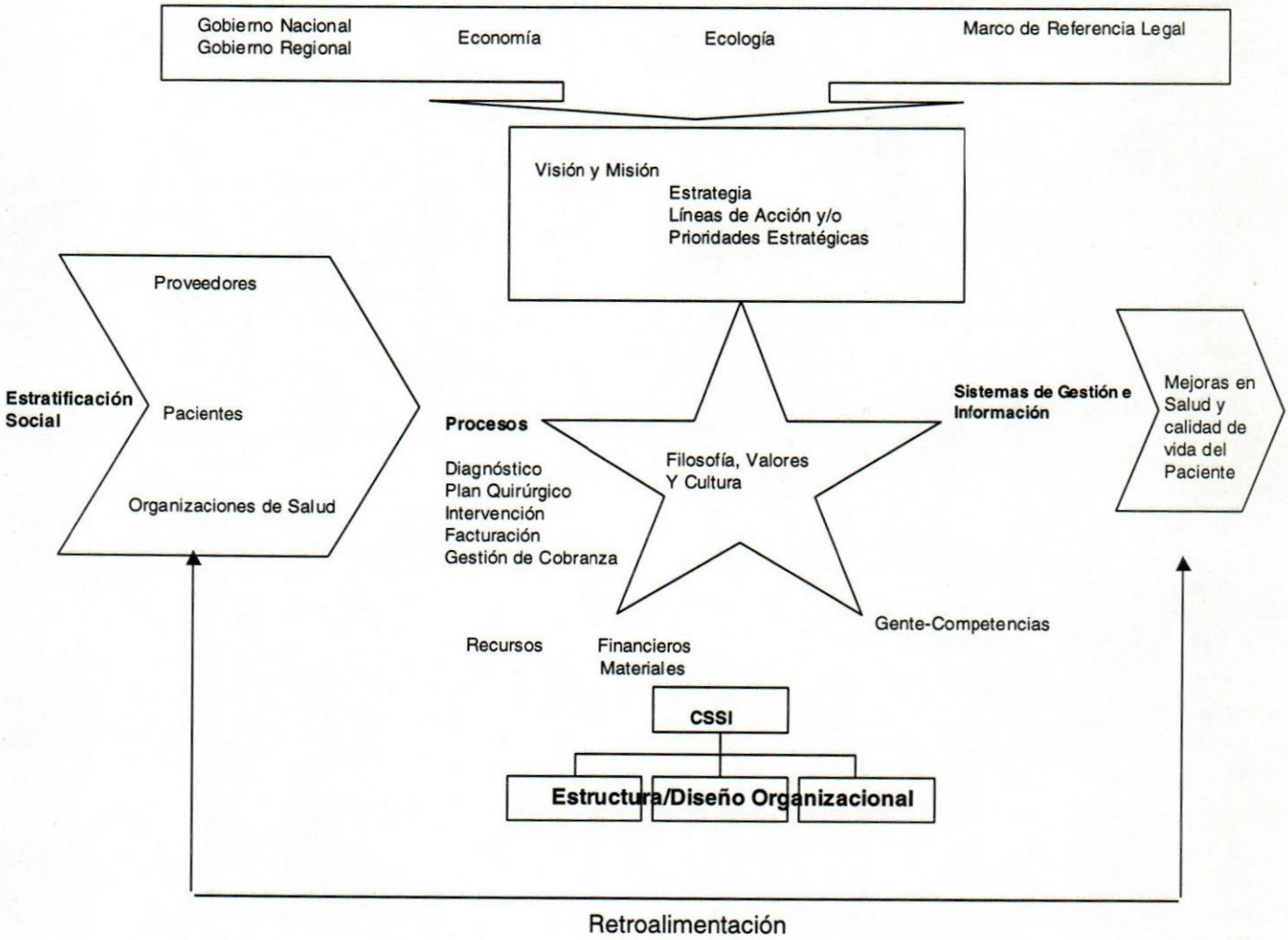
.- **Recursos:** Se refiere a insumos materiales o financieros provenientes del entorno o no, que facilitan la implementación, adecuación, operación y mantenimiento de la organización.

.- **Gente**: son los individuos que componen la organización con aquellas características personales que les permitan ser exitosos en las tareas encomendadas y en el cumplimiento de los objetivos establecidos, cualitativa y cuantitativamente.

.- Estructura / Diseño Organizacional: es la forma en como se organizan los procesos para producir los objetivos y resultados esperados por las líneas de acción estratégicas.

.- Mejoras en la Salud y Calidad de Vida del Paciente: es el resultado o producto final esperado dado que cada uno de los componentes organizacionales interactúan entre sí y con el entorno.

FIGURA 5: MODELO PARA EL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA AMBULATORIA DEL CSSI (Lupo y Pérez, 2002)



.- La Propuesta Organizacional

Posterior a la definición del marco de referencia para el modelo organizacional, se procedió a la descripción de la organización propuesta, dentro del escenario seleccionado desde el punto de vista jurídico.

.- Escenarios de Implementación

Se plantearon los escenarios para el diseño e implementación de la Unidad de Cirugía Ambulatoria dentro del Centro de Salud Santa Inés, utilizando para ello los elementos y variables identificados en el Diagnóstico Organizacional, variables del entorno, recursos indispensables para la puesta en marcha de la implantación del centro como un proyecto factible y la cesión de la infraestructura a terceros, tomándolo como referencia para la obtención de nuevos ingresos que garanticen la operación, mantenimiento y actualización del centro, así como futuras inversiones en proyectos de carácter social y comunitario que tenga a bien ejecutar El Parque Social Padre Manuel Aguirre, s.j. De igual manera en este contexto se puede segmentar la población a atender por la Unidad de Cirugía Ambulatoria desde el punto de vista económico social y especialidad médica, que requiera de prioridad en su asistencia.

c.- Sujetos Participantes:

Los sujetos que participaron en el proyecto de investigación fueron los Patrocinadores, quienes influenciaron el proceso de elaboración del proyecto;

el Cliente tomando las decisiones de la dirección del proyecto; el sistema cliente u objeto de la investigación y el Consultor facilitando el proceso.

d.- Técnicas:

Se combinaron varios métodos para complementar los atributos de cada uno de ellos.

-Análisis Documental: tiene como finalidad reunir información sobre el contexto institucional de la organización y antecedentes de la realidad actual.

-Observación: el contacto con la organización permitió al consultor convertirse en un instrumento para recolectar información.

-La entrevista: como encuentros cara a cara entre el equipo consultor y la Gerencia del Centro de Salud Santa Inés (CSSI) como cliente, constituyendo una fuente valiosa de información descriptiva, evaluaciones y reacciones afectivas.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

.- La propuesta Organizacional

Una vez definido el marco de referencia para el modelo organizacional, se procedió a la descripción de la organización propuesta, dentro del escenario seleccionado desde el punto de vista jurídico.

.- Escenarios de Implementación

Se plantearon los escenarios para el diseño e implementación de la Unidad de Cirugía Ambulatoria dentro del Centro de Salud Santa Inés, utilizando para ello los elementos y variables identificados en el Diagnóstico Organizacional, variables del entorno, recursos indispensables para la puesta en marcha de la implantación del centro como un proyecto factible y la cesión de la infraestructura a terceros, tomándolo como referencia para la obtención de nuevos ingresos que garanticen la operación, mantenimiento y actualización del centro, así como futuras inversiones en proyectos de carácter social y comunitario que tenga a bien ejecutar El Parque Social Padre Manuel Aguirre, s.j. De igual manera en este contexto se puede segmentar la población a atender por la Unidad de Cirugía Ambulatoria desde el punto de vista económico social y especialidad médica, que requiera de prioridad en su asistencia.

.- La Organización

a.- Razón de Ser

"Crear y consolidar una unidad de cirugía ambulatoria reconocida como modelo de atención quirúrgica eficiente y confiable, de excelencia profesional y humana, accesible a los sectores económicamente más vulnerables".

b.- Prioridades Estratégicas

- Ampliar el ciclo de atención integral al paciente dentro de exigentes patrones de ética y rentabilidad.

- Atender a los sectores económicamente más vulnerables de la población mediante la implementación de una organización integral para la salud.

- Ofrecer servicios de cirugía ambulatoria, con el objetivo de contribuir a la prevención de enfermedades y el bienestar de la población.

c.- Procesos

En las tablas I, II, II, se describen los procesos y subprocesos de administración, cirugía y facturación.

d.- Estructura Organizativa

La figura 6 muestra la estructura organizativa propuesta para la Unidad de Cirugía Ambulatoria del Centro de Salud Santa Inés.

TABLA I: MACROPROCESO DE ADMINISTRACIÓN

INSUMOS	PROVEEDOR	PROCESO	PRODUCTO	CLIENTE
Diagnóstico	• Consulta Interna • Consulta Externa	**Elaboración de Presupuesto**	Presupuesto de Intervención	• Paciente • Unidad de Compras
Presupuesto y Cantidades de Insumos por Intervención	Unidad de Administración	**Plan Quirúrgico**	Programa de Intervenciones detallado con requisito de suministros	• Unidad de Compras • Unidad de Cirugía
Plan Quirúrgico	Planificación Quirúrgica	**Compras**	Suministros y material quirúrgico	Unidad de cirugía ambulatoria
Plan Quirúrgico	Unidad de Planificación de Cirugía	**Logística de intervenciones**	Pabellones Insumos Cronograma de cirugías	Unidad de Cirugía Ambulatoria Paciente
Pronóstico de intervenciones	Unidad de Planificación de Cirugía	**Formulación de presupuesto de gastos**	Presupuesto detallado por rubro	Unidad de Administración

TABLA I. MACROPROCESO DE ADMINISTRACIÓN (continuación)

INSUMOS	PROVEEDOR	PROCESO	PRODUCTO	CLIENTE
Paciente de bajos recursos	• Consulta Interna • Consulta Externa	**Elaboración Estudio Socio Económico**	Estudio socio económico con recomendaciones	• Paciente • Servicio de Cirugía
• Montos facturados • Montos recaudados • Estadísticas de pacientes intervenidos • Estadísticas de satisfacción de pacientes • Insumos consumidos vs comprados • Estado Resultados	• Facturación y gestión de cobranzas • Servicio de Cirugía • Compras	**Elaboración de reportes de gestión**	Reportes de Gestión	• Dirección Ejecutiva CSSI

TABLA II. MACROPROCESO DE CIRUGÍA

INSUMOS	PROVEEDOR	PROCESO	PRODUCTO	CLIENTE
Paciente	• Consulta Interna • Consulta Externa	**Diagnóstico**	Evaluación pre-operatoria	• Paciente • Unidad de Administración • Unidad de Cobranzas
• Paciente • Diagnóstico • Suministros	• Consulta Interna • Consulta Externa • Unidad de Compras	**Intervención**	Paciente intervenido	• Paciente • Unidad de facturación y Cobranzas
Paciente	Unidad de Cirugía Ambulatoria	**Recuperación**	• Paciente intervenido • Alta Médica	• Paciente

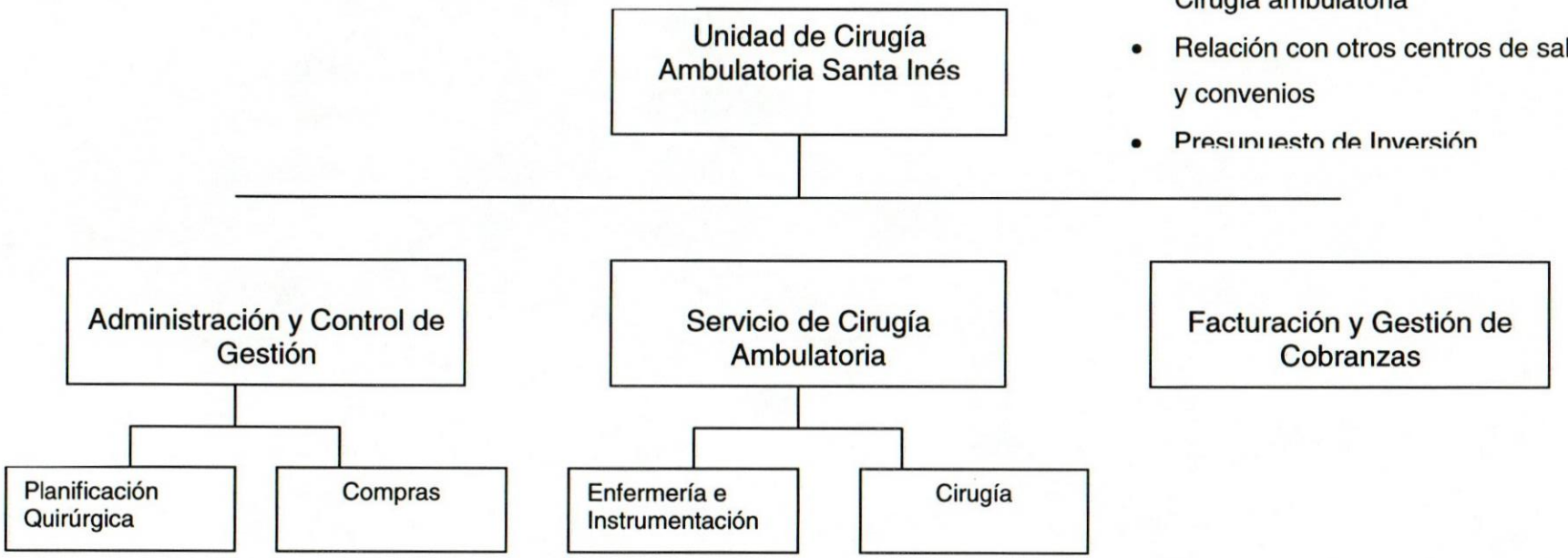
TABLA III. MACROPROCESO: FACTURACIÓN

INSUMOS	PROVEEDOR	PROCESO	PRODUCTO	CLIENTE
• Presupuesto • Alta médica • Detalle de Honorarios • Carta Aval o Convenio de pago	• Unidad de Planificación de cirugía • Paciente • Empresas aseguradoras	**Facturación**	Factura definitiva	Unidad de Administración
• Presupuesto Inicial • Presupuesto final	• Unidad de Administración • Unidad de Cirugía Ambulatoria	**Conciliación de Cuentas**	Cuenta conciliada	• Paciente • Unidad de facturación • Unidad de cobranzas
• Factura • Empresa aseguradora • Fondo de administración directa • Persona natural • Persona jurídica	• Unidad de Facturación	**Gestión de Cobranza**	Cobranza ejecutada	Centro de Cirugía Ambulatoria Santa Inés

FIGURA 6

ESTRUCTURA ORGANIZATIVA PROPUESTA

UNIDAD DE CIRUGÍA AMBULATORIA CSSI



- Formulación de políticas y planes de Cirugía ambulatoria
- Relación con otros centros de salud y convenios
- Presupuesto de Inversión

- Plan Quirúrgico
- Presupuesto de intervención
- Estudios Socio Económicos
- Compras y suministros
- Pago a proveedores
- Logística de intervención
- Presupuesto de gastos
- Reportes de Gestión

- Verificación de diagnóstico
- Intervención
- Recuperación post-operatoria

- Facturación
- Conciliación de cuentas
- Gestión de cobranzas
- Relación con empresas aseguradoras y fondos de administración directa

CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES

- De acuerdo al marco de referencia para el modelo organizacional, se propone crear la unidad de cirugía ambulatoria bajo estándares de atención quirúrgica eficiente y confiable y accesible a los sectores económicamente más vulnerables. La eficiencia en la operación garantizará el máximo aprovechamiento de los recursos y la obtención de nuevos ingresos que aseguren el funcionamiento de la unidad, manteniendo la excelencia profesional y sensibilidad hacia el paciente.

- La unidad de cirugía ambulatoria permitirá ampliar el ciclo de atención al paciente de escasos recursos económicos, con el fin último de contribuir a la prevención de enfermedades y aumento del nivel de la salud de la población.

- Se propone estructurar la unidad de cirugía ambulatoria con los siguientes departamentos o divisiones:

    - Administración y control de gestión: con dos subunidades, la primera de ellas con funciones de planificación quirúrgica, coordinación de la logística de la intervención, elaboración de los presupuestos de intervención y estudios socio económicos para determinar la capacidad de pago de los pacientes. La segunda subunidad es la de compras, cuyas responsabilidades son la procura de suministros y equipos. Asimismo el pago a proveedores, la elaboración del presupuesto de gastos y los reportes de gestión estarían a cargo del departamento de Administración y Control de Gestión.

- Servicio de cirugía ambulatoria: comprende la sala de operaciones en sí y la subunidad de enfermería e instrumentación. También comprende la sala de recuperación postoperatoria, en la cual se monitorea el resultado de la intervención y se asegura la recuperación de las condiciones mínimas para que el paciente pueda ser dado de alta.

- Facturación y Cobranzas: responsable de los procesos de facturación, conciliación de cuentas, gestión de cobranzas y establece las relaciones con las empresas aseguradoras y fondos de administración jurídica.

- A su vez, la Directiva se encargaría de formular las políticas y planes de cirugía ambulatoria, establecer las relaciones con otros centros de salud y realizar el presupuesto de inversión.

▪ Los procesos medulares que soportan la operación de la unidad de cirugía ambulatoria del CSSI son:

- Macroproceso de Administración: comprende los procesos de elaboración de presupuesto, plan quirúrgico, compras, logística de la intervención, formulación de presupuesto de gastos, elaboración de estudio socioeconómico con recomendaciones, elaboración de reportes de gestión.

- Macroproceso de Cirugía: incluye el diagnóstico, la intervención en sí y la recuperación.

- Macroproceso de Facturación: comprende la facturación, conciliación de cuentas y la gestión de cobranza.

Recomendaciones

Una vez definida las líneas estratégicas y teniendo en cuenta la organización propuesta, se recomienda:

✓ Conformar un equipo multidisciplinario de proyecto en las siguientes áreas:

- Médica: evaluará las especialidades bajo las cuales se realizarán las intervenciones quirúrgicas ambulatorias, equipos necesarios, dotación del quirófano, personal médico y de enfermería e instrumentación.

- Ingeniería: se encargará de atender lo relacionado a ingeniería básica y de detalle para la adecuación de la infraestructura a las establecidas por los entes gubernamentales en materia de salud y asistencia social, acogerse a las normas municipales para la construcción y remodelación de este tipo de centros.

- Legal: determinar las ventajas y desventajas de la persona jurídica propuesta, así como su interrelación con entes del entorno según la normativa legal vigente y relacionada a centros de esta naturaleza, dentro del estado Venezolano

- Finanzas: Evaluar desde el punto de vista económico la factibilidad y rentabilidad del proyecto, tomando en cuenta la figura jurídica

seleccionada, en el marco de las obras de contribución social que ocupa la visión de esta organización

- Sistemas: Levantar las necesidades de integración de los sistemas para el funcionamiento de la unidad de cirugía ambulatoria en correspondencia con los procesos dentro del Centro de Salud Santa Inés.

- Gestión de la Gente: Analizar y evaluar los requerimientos de fuerza laboral y perfiles profesionales, para la operación del centro, así como determinar la figura de contratación para este tipo de personal. Diseñar esquemas de compensación e incentivos, y talleres para la difusión e integración cultural.

  - ✓ Establecer alianzas estratégicas con otros centros de salud, para el intercambio de pacientes de consultas externas y la eventual atención de emergencias.

  - ✓ Establecer convenios de atención con empresas aseguradoras o fondos de administración directa, a objeto de flexibilizar el proceso de admisión de los pacientes al Centro de Cirugía.

  - ✓ Diseñar e implementar mecanismos de información al paciente con relación a los cuidados de preparación pre operatoria y post operatoria, a fin de contribuir al éxito de las intervenciones.

BIBLIOGRAFÍA

Alexander-Williams, John y Ambrose Wasunna (Eds.) (1999). Day Surgery: implications for developing countries. Geneva, Switzerland: World Health Organization (WHO).

AmSurg: model (2001, noviembre). Disponible en: http://www.amsurg.com/about/model.htm

Bradshaw, Colin y otros (1999). Information needs of general day surgery patients. Ambulatory Surgery [Revista Electrónica], 7. Disponible en: http://www.elsevier.com/

Corella, José María (1996). La Gestión de Servicios de Salud. Madrid: Ediciones Díaz De Santos.

De Gooijer, Winfried y otros (2000). Hospital and Institutional Care. An approach to a generic classification. WHO.

Errasti, Francisco (1996). Principios de Gestión Sanitaria. Madrid: Ediciones Díaz De Santos.

Hanna, David (1990). Diseño de Organizaciones para la Excelencia en el Desempeño. Wilmington, EUA: Addison-Wesley Iberoamericana.

Huntley, Robert y otros (1961). La calidad de la atención médica: técnicas e investigación en la clínica de pacientes ambulatorios. En Kerr L. White Editor), Investigaciones sobre servicios de salud: Una antología (pp.221-228). Organización Panamericana de la Salud, 1992.

Joshi, Girish P. (1998). Pain management after ambulatory surgery. Ambulatory Surgery [Revista Electrónica], 7. Disponible en: http://www.elsevier.com

KAST, Freemont y ROSENZWEIG, J. Administración en las Organizaciones Enfoque de Sistemas y Contingencias. Mc Graw Hill, cuarta edición, México

Marks, Sylvia y otros (1980). Cirugía Ambulatoria en una organización para el mantenimiento de la salud. Estudio de costos, calidad de atención y satisfacción. En Kerr L. White (Editor), Investigaciones sobre servicios de salud: una antología (pp.770-788). Organización Panamericana de la Salud, 1992.

McMahon, Rosemary y otros (1997). Guía para la gestión de la atención primaria de salud. Washington, EUA: Organización Panamericana de la Salud.

Mohrman, Susan y Thomas Cummings (1989). Autodiseño de Organizaciones. Massachusetts: Addison-Wesley Iberoamericana.

Porras y Collins (1996), en la publicación de Harper Business Review (HBR) Construyendo la Visión de septiembre 1996

Sallenave, Jean Paul (1193): Gerencia y Planeación Estratégica. Grupo Editorial Norma, Colombia.

Sheps, Mindel (1955). Métodos para evaluar la calidad de la atención hospitalaria. En Kerr L. White Editor), Investigaciones sobre servicios de salud: una antología (pp.67-74). Organización Panamericana de la Salud, 1992.

ANEXOS

ANEXO I

TALLER RAZÓN DE SER

VISION Y MISION

AGENDA

- Expectativas personales
- Objetivo del taller
- Consideraciones Básicas sobre Visión y Misión
- Sesión de trabajo
  - -Construyendo la Visión y la Misión de la Unidad de Cirugía Ambulatoria del Centro de Salud Santa Inés

VISION Y MISION

Objetivo

- Definir la Imagen Compartida por los miembros de la Unidad de Cirugía Ambulatoria del Centro de Salud Santa Inés, que muestre hacia dónde quieren ir y cómo será en el futuro. La Visión es necesaria para proveer dirección estratégica y operativa a la organización

.... "Donde no hay Visión, la gente perece"

Proverbios, 29:18

VISION Y MISION

Consideraciones Básicas sobre Visión y Misión

• La visión proporciona orientación sobre qué parte de los fundamentos van a preservarse y cuales de ellos impulsarán el progreso en el futuro o un momento que está aún por realizarse y que todos desean
•Ideología medular define el carácter perdurable de la organización, un identidad que trasciende los ciclos de vida de productos o mercados, innovaciones tecnológicas, tendencias gerenciales y líderes individuales.

Cualquier visión efectiva debe englobar la ideología medular de la organización

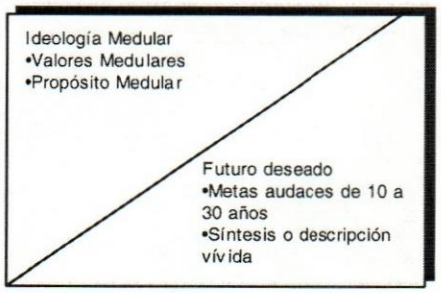
Construyendo la Visión de su compañía, HBR, Collins James; Porras Jerry, septiembre-octubre 1996

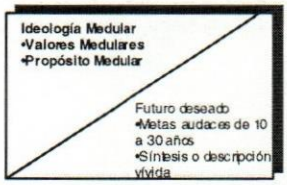
VISION Y MISION

Consideraciones Básicas sobre Visión y Misión

•La Visión consiste en dos partes bien definidas:

Articulando una Visión



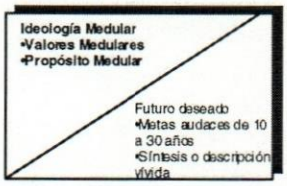


VISION Y MISION

Articulando una Visión

Ideología Medular
•Valores Medulares

•Principios orientadores, dogmas esenciales
•Trascienden en el tiempo, no requieren justificación externa, poseen valor y una importancia intrínseca para los que están dentro de la organización
•Conjunto universalmente correcto de valores medulares, No Existe
•Clave: No es qué valores medulares tenga, sino que se tengan
•Tendencia va de 3 a 5 valores medulares, tan arraigados que raramente cambiarían si es que lo hacen

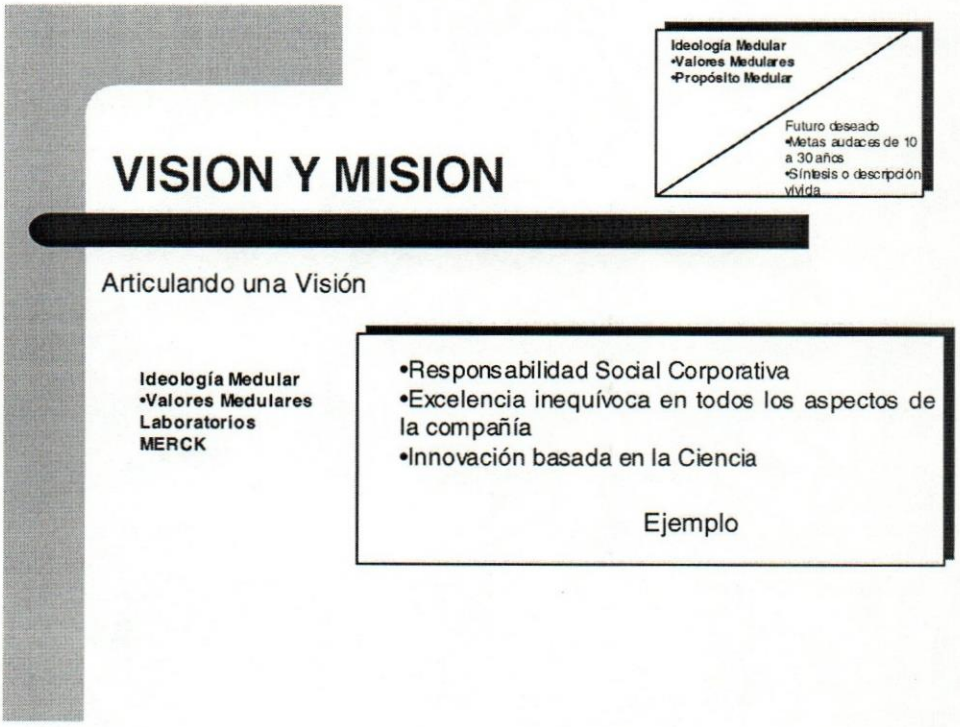


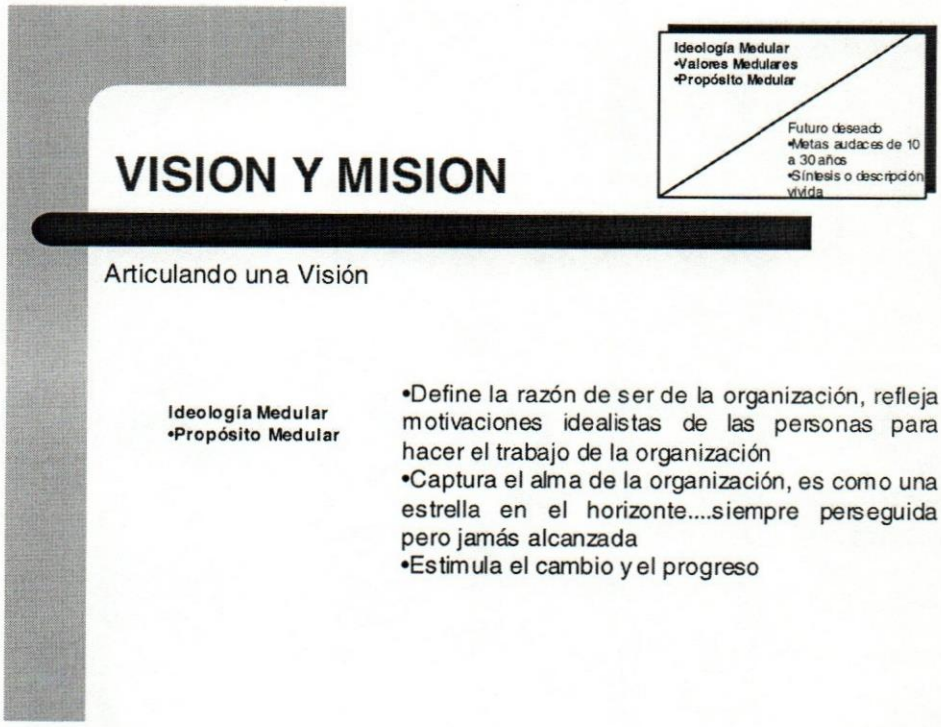
VISION Y MISION

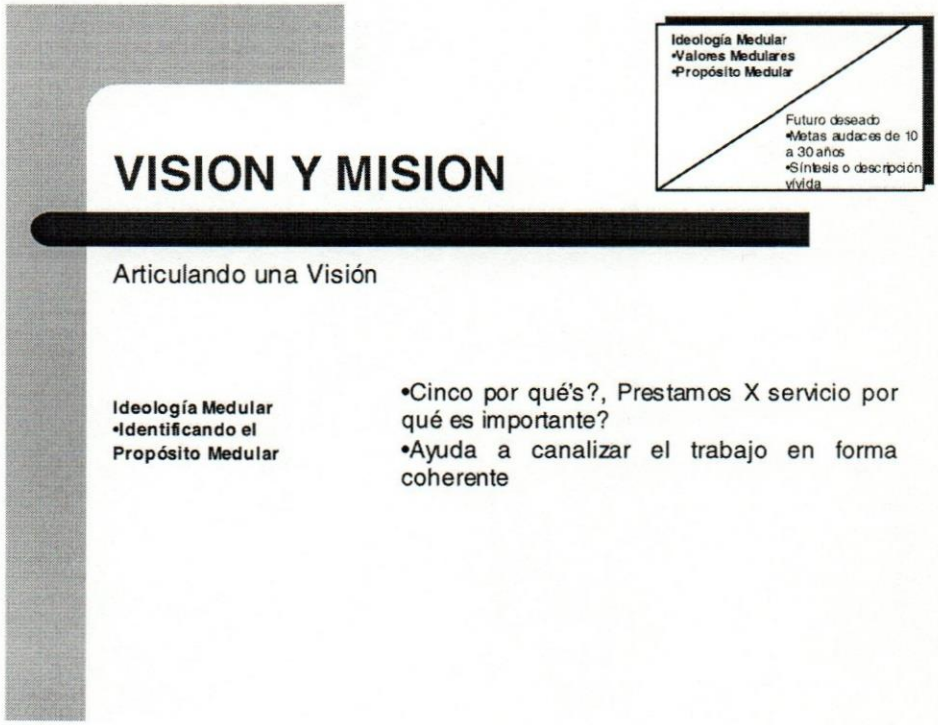
Articulando una Visión

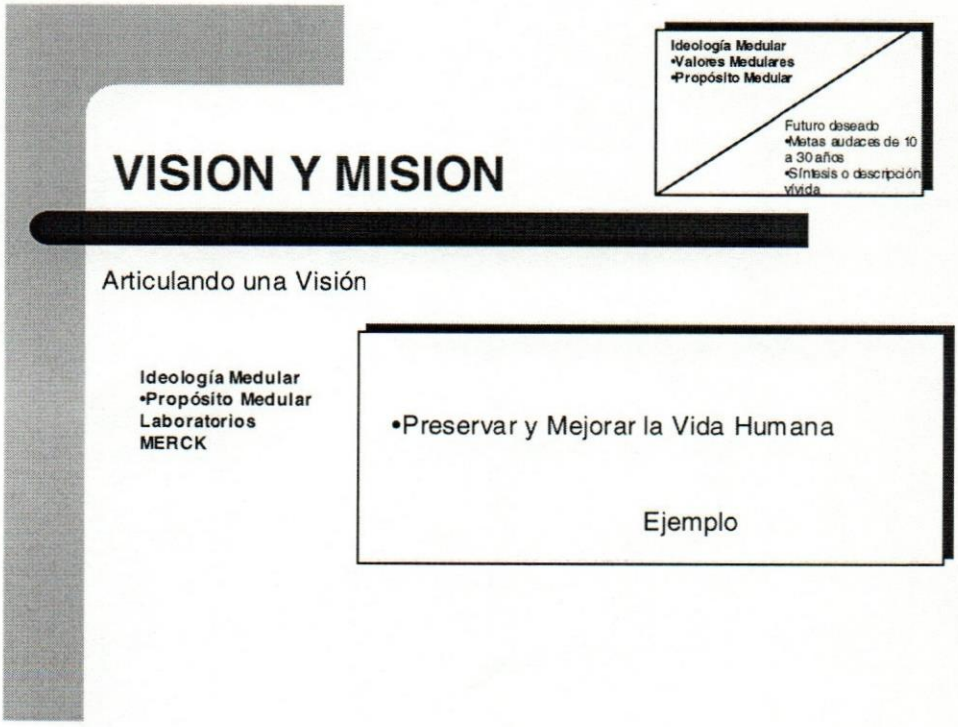
Ideología Medular
•Identificando Valores Medulares

•La Honestidad ayuda a definir cuales son realmente centrales y no práctica operativas,estrategias de negocio o normas culturales
•Los Valores deben soportar la prueba del tiempo
•Si las circunstancias cambiaran y nos penalizaran por mantener dicho valor: Seguiríamos manteniéndolo?, si la respuesta es SI entonces no es fundamental para la organización


Ideología Medular
•Valores Medulares
•Propósito Medular
Futuro deseado
•Metas audaces de 10 a 30 años
•Síntesis o descripción vivida
VISION Y MISION
Articulando una Visión
Ideología Medular
•Valores Medulares
Laboratorios
MERCK
•Responsabilidad Social Corporativa
•Excelencia inequívoca en todos los aspectos de la compañía
•Innovación basada en la Ciencia
Ejemplo


Ideología Medular
•Valores Medulares
•Propósito Medular
Futuro deseado
•Metas audaces de 10 a 30 años
•Síntesis o descripción vivida
VISION Y MISION
Articulando una Visión
Ideología Medular
•Propósito Medular
•Define la razón de ser de la organización, refleja motivaciones idealistas de las personas para hacer el trabajo de la organización
•Captura el alma de la organización, es como una estrella en el horizonte....siempre perseguida pero jamás alcanzada
•Estimula el cambio y el progreso


Ideología Medular
•Valores Medulares
•Propósito Medular
Futuro deseado
•Metas audaces de 10 a 30 años
•Síntesis o descripción vívida
VISION Y MISION
Articulando una Visión
Ideología Medular
•Identificando el Propósito Medular
•Cinco por qué's?, Prestamos X servicio por qué es importante?
•Ayuda a canalizar el trabajo en forma coherente


Ideología Medular
•Valores Medulares
•Propósito Medular
Futuro deseado
•Metas audaces de 10 a 30 años
•Síntesis o descripción vívida
VISION Y MISION
Articulando una Visión
Ideología Medular
•Propósito Medular
Laboratorios MERCK
•Preservar y Mejorar la Vida Humana
Ejemplo

Ideología Medular
•Valores Medulares
•Propósito Medular

Futuro deseado
•Metas audaces de 10 a 30 años
•Síntesis o descripción vívida

VISION Y MISION

Articulando una Visión

El futuro deseado
•Metas Audaces con nivel de Visión

•Forma Poderosa de Estimular el Progreso
•Una meta audaz es Clara, Apremiante, Fácil de Comprender
•Punto focal unificador del esfuerzo
•Actúa como catalizador del espíritu de equipo
•Línea de llegada claramente definida para saber cuando realmente se alcanzó
•Compromete a la gente
•Requiere pocas explicaciones

Ideología Medular
•Valores Medulares
•Propósito Medular

Futuro deseado
•Metas audaces de 10 a 30 años
•Síntesis o descripción vívida

VISION Y MISION

Articulando una Visión

Futuro deseado
•Metas audaces
General Electric, Universidad de Stanford

•Ser los número uno y dos en todos los mercados que atendamos y revolucionar esta compañía para tener las fortalezas de una gran compañía combinadas con la agilidad de una pequeña (GE años 80)
•Convertirse en la Harvard del Oeste (Universidad de Stanford años 40)

Ejemplos

Ideología Medular
•Valores Medulares
•Propósito Medular

Futuro deseado
•Metas audaces de 10 a 30 años
•Síntesis o descripción vívida

VISION Y MISION

Articulando una Visión

El futuro deseado
•Síntesis o descripción vívida

•Descripción vibrante, comprometedora
•Traducción de la visión en "palabras imágenes"
•Elaboración de un dibujo con palabras
•Demostración de convicción y emoción

Ideología Medular
•Valores Medulares
•Propósito Medular

Futuro deseado
•Metas audaces de 10 a 30 años
•Síntesis o descripción vívida

VISION Y MISION

Articulando una Visión

Futuro deseado
•Síntesis o descripción vívida, Sony

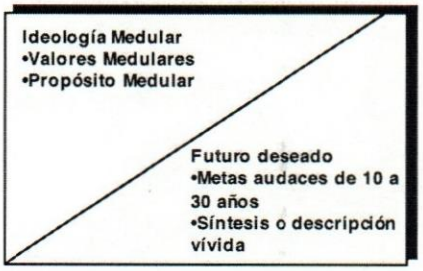
•Crearemos productos que eventualmente penetren en todo el mundo. Seremos la primera compañía Japonesa en entrar en los mercados de Estados Unidos y distribuir directamente. Tendremos éxito con la innovaciones en donde hayan fallado las compañías norteamericanas. Cincuenta años en el futuro, nuestro nombre de marca será bien conocido en todo el mundo y significará innovación y calidad que rivalizará con la mayoría de las compañías innovadoras de cualquier parte..."Made in Japan, significará algo de buena calidad no una baratija".....Sony años 50

Ejemplo

VISION Y MISION

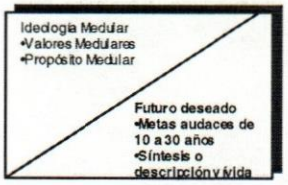
Articulando una Visión

Proceso de descubrimiento



Proceso Creativo

VISION Y MISION

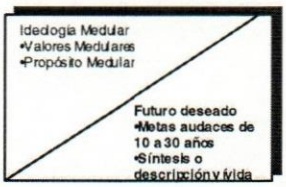


Articulando una Visión

•Valores Medulares
•Elevación de la cultura Japonesa y el status nacional
•Ser pioneros, no seguir lo que otros hacen
•Animar creatividad y habilidad individua
•Propósito Medular
•Experimentar el puro goce de innovación y la aplicación de la tecnología para el beneficio el placer del público en general
•Metas Audaces
•Darse a conocer como la compañía que cambie la imagen mundial de la deficiente calidad de los productos Japoneses

•Síntesis o Descripción vívida
•Crearemos productos que eventualmente penetren en todo el mundo. Seremos la primera compañía Japonesa en entrar en los mercados de Estados Unidos y distribuir directamente. Tendremos éxito con la innovaciones en donde hayan fallado las compañías norteamericanas. Cincuenta años en el futuro, nuestro nombre de marca será bien conocido en todo el mundo y significará innovación y calidad que rivalizará con la mayoría de las compañías innovadoras de cualquier parte..."Made in Japan, significará algo de buena calidad no una baratija".....Sony años 50

Ejemplo



VISION Y MISION

Articulando una Visión

La dinámica básica de las organizaciones visionarias es preservar los fundamentos y estimular el progreso. Es la visión la que proporciona el contexto.....

VISION Y MISION

PREGUNTAS Y PROPOSICIONES GENERADORAS

•Si estamos sentados aquí en 20 años Qué nos gustaría ver?, Cómo será este centro? Cómo se sentirán los empleados en el?, Si alguien escribiera un artículo en una revista médica importante, sobre la Unidad de Cirugía Ambulatoria del CSSI, qué nos diría?
• Cuál es el reto más grande que desea lograr la Unidad de Cirugía Ambulatoria?
•Qué es lo que menos desea que ocurra como organización?
•De qué tamaño ve el Centro de Salud Santa Inés en 5 años?
•Qué tipo de servicios estará prestando la Unidad en 5 años?
•En qué áreas de impacto social tendrá presencia la Unidad de Cirugía Ambulatoria?
•Describa las características organizacionales básicas de la Unidad dentro de 5 años (Estructura, Clima organizacional, Comunicaciones Internas, Efectividad de desempeño)
•Describa los tipos de relaciones que desearía alcanzar con: Pacientes, Proveedores, Inversionistas o Accionistas, Competidores, Comunidad, Trabajadores
•Sus servicios están atendiendo las siguientes necesidades? La comunidad, la región, el país y el mundo
•Qué rol se imagina usted desempeñando en la Unidad dentro de 5 años

VISION Y MISION

PREGUNTAS Y PROPOSICIONES GENERADORAS

• En base a lo expuesto en las preguntas y a su visualización desarrolle una descripción vívida o párrafo síntesis de la visión de la Unidad de Cirugía Ambulatoria del Centro de Salud Santa Inés

VISION Y MISION

Cómo lograremos la visión?

• A que se dedica la Unidad de Cirugía Ambulatoria del Centro de Salud Santa Inés para lograr la Visión Compartida

• Qué hacemos? ....verbo de acción en Infinitivo
•Dónde?..en cuál sector se realiza la acción enunciada anteriormente
•Cómo lo hacemos?....Mediante, ...a través de,....se sustenta en
•Para qué ?...con qué fin,....con el propósito de.

VISION Y MISION

Cómo lograremos la visión?

• Basado en las respuestas de las preguntas anteriores desarrolle un párrafo síntesis de la Misión

• Verificación de la Correspondencia entre la Visión y la Misión

ANEXO II

Información Recolectada Taller Razón de Ser

Expectativas previas al taller

Ponernos de acuerdo entre la teoría y el día a día, sobre qué va a ser la unidad de cirugía ambulatoria.

¿Qué vamos a ser y qué no vamos a ser? Posibilidades/ limitaciones; nivel de complejidad.

Trabajar en sintonía, capitalizar la experiencia inicial con un tercero que camina con nosotros.

¿Por qué misión y visión de una sub-unidad, cuando ya está definida la del CSSI?

1.- Si estamos sentados aquí en 10 años ¿qué nos gustaría ver?, ¿Cómo será este centro?

- ✓ Ver lo mismo que si no estuviéramos nosotros, institucionalidad, permanencia, trascendencia.
- ✓ Buen servicio, clima favorable, capacidad de solucionar problemas, empowerment.
- ✓ Cultura de sistematización de procesos, estructura.
- ✓ Verlo como un modelo exitoso interno / externo.
- ✓ Mejoramiento continuo: kaizen, centro de referencia nacional e internacional.
- ✓ Modelo que combine lo curativo con lo educativo y preventivo.
- ✓ Calidad profesional, combinada con trato humano.
- ✓ Cirugía ambulatoria dirigida hacia grupos desfavorecidos. Contribución social.

2. Si alguien escribiera un artículo en una revista médica importante, sobre la Unidad de Cirugía Ambulatoria del CSSI, ¿qué nos diría?

- ✓ Confiabilidad, actualización tecnológica, infraestructura adecuada y eficiente, cumplir con lo que se ofrece, personal capacitado.
- ✓ Simplicidad en los procesos, minimizar trámites burocráticos (administrativos y médicos), reducir tiempos.
- ✓ Servicio accesible aún para los más necesitados.
- ✓ Fuente para docencia e investigación: efecto no buscado intencionalmente por la acción social.
- ✓ Incentivo para médicos excelentes con vocación social.

3.- ¿Cómo se sentirán los empleados en él?

- ✓ Identificado con misión y visión.
- ✓ Clima favorable, integración.
- ✓ Motivación, satisfacción del trabajador, ambiente agradable.
- ✓ Orgullo e identidad, sentido de pertenencia.
- ✓ Trabajo en equipo, conciencia de valor agregado individual.
- ✓ Liderazgo situacional.
- ✓ Apoyo de procesos y personas.

4.- ¿Cuál es el reto más grande que desea lograr la Unidad de Cirugía Ambulatoria?

- ✓ Reducir tiempos, simplicidad de procedimientos, fluidez, flexibilidad.
- ✓ Accesibilidad, actualización tecnológica con accesibilidad para la población de escasos recursos.

- ✓ Crear conciencia de costos y tiempos: proceso educativo.
- ✓ Confianza.
- ✓ Mejorar la calidad de vida.

5.- ¿Qué es lo que menos desea que ocurra como organización?

-No-confiabilidad o desconfianza.

-No-integración de la unidad de cirugía ambulatoria al CSSI.

6.- ¿De qué tamaño ve el Centro de Salud Santa Inés en 5 años?

- ✓ Estar al 100% de capacidad operativa en el área de consultas.
- ✓ Red de centros de salud – iglesia.
- ✓ Impacto social, referencia o modelo de impacto social desde la red de salud.
- ✓ Ser interlocutores en el área de salud nacional.
- ✓ Red: fuente de pacientes para la unidad de cirugía ambulatoria.
- ✓ Tamaño: en función de los pacientes que genere la red de salud.
- ✓ Ser referencia en el área de educación para la salud.
- ✓ Modelo de gestión en el área educativa.

7.- ¿En qué áreas de impacto social tendrá presencia la Unidad de Cirugía Ambulatoria?

Ámbito de acción: Comunidad, región: distrito capital.

8.- ¿Qué rol tendremos cada uno de nosotros?

- Bernardo: rol de seguimiento.
- Mariana: facultar al personal para que tomen las decisiones necesarias en su ámbito de acción. Propiciar la capacitación, acompañar, facilitar.

- Dr. Paradisi: supervisar, evaluar funcionamiento, propuestas para mejoramiento continuo, optimización de recursos. Fomentar la apertura hacia médicos cirujanos expertos.
- Ma. Matilde: Rol estratégico, líneas de acción, seguimiento "escuchar".

9.- ¿Qué tipo de servicios estará prestando la Unidad en 5 años?

- ✓ No requiere hospitalización postoperatoria, posibilidades restringidas por variables socioeconómicas.
- ✓ Cirugía ambulatoria general: electiva, programada (no-emergencia).
- ✓ Oftalmología, otorrinolaringología, urología, traumatología, dermatología: analizar prácticas de mercado.
- ✓ Se excluyen procedimientos que requieren observación.
- ✓ Recuperación del paciente, complejidad de la intervención.
- ✓ Existencia de ambulancia para posibilidad de traslado a hospital cercano.

10.- Describa los tipos de relaciones que desearía alcanzar con: Pacientes, Proveedores, Inversionistas o Accionistas, Competidores, Comunidad, Trabajadores

-Proveedores: relación ganar / ganar, compromiso e identificación con servicio social, rapidez.

-Fondo de financiamiento para pacientes que no puedan costear cirugías menores.

-Conciencia de costos para pacientes exonerados.

-Competidores: cooperantes por exceso de demanda, aliados.

Párrafo síntesis de la Razón De Ser del CSSI:

"Crear y consolidar una unidad de cirugía ambulatoria reconocida como modelo de atención quirúrgica eficiente y confiable, de excelencia profesional y humana, accesible q los sectores económicamente más vulnerables".

ANEXO III

MATRIZ DEBILIDADES, OPORTUNIDADES, FORTALEZAS Y AMENAZAS (DOFA)

DEBILIDADES	AMENAZAS
• Presupuesto • Flexibilidad en los procesos • Posibilidad de atender más emergencias que cirugías seleccionadas • Integración de la nueva unidad al Centro de Salud • Adquisición de equipamiento y suministros oportunos para el centro • Adecuación de la Infraestructura de la Unidad de Cirugía Ambulatoria	• Entendimiento de los proveedores de la contribución social del centro • Altos costos de la infraestructura tecnológica, de suministros y mantenimiento • Delincuencia en la zona • Cultura de los estratos sociales que rodean al Centro (relaciones familiares y hábitos alimenticios) • Carencia de cultura de prevención en materia de salud • Infraestructura y condiciones de salubridad de las viviendas de las personas que acuden al centro • Causas de mortalidad • Nivel Educativo y/o Académico de la población • Ingresos laborales (bolívares) por familia • Relación con empresas de seguros y / o fondo de administración directa de la empresa privada
FORTALEZAS	**OPORTUNIDADES**
• Cultura basada en la vocación de servicio • Capacidad de la gente para solucionar los problemas • Organización orientada a la educación, prevención y curación • Calidad Profesional • Imagen del Centro para contribuir a la creación de la nueva unidad • Clima favorable, motivación y satisfacción del trabajador	• Accesibilidad del servicio a los estratos sociales necesitados • Consolidación de la Red de Centros de Salud y Cirugía Ambulatoria • Apertura del mercado mediante médicos referentes • Convertirse en una fuente para docencia e investigación • Alta demanda de servicios de salud en la zona • Pocos centros de atención primaria en el Distrito Capital

ANEXO IV
TALLER DE ANÁLISIS Y DISEÑO DE ESCENARIOS DE IMPLEMENTACIÓN

PROYECTO DE IMPLEMENTACIÓN UNIDAD CIRUGÍA AMBULATORIA CSSI

ANALISIS Y DISEÑO DE ESCENARIOS

Caracas, Abril 2002

PROYECTO DE IMPLEMENTACIÓN UNIDAD CIRUGÍA AMBULATORIA CSSI

Agenda

- ✓**Objetivo de la Reunión**
- ✓**Antecedentes**
- ✓**Revisión de la Visión**
- ✓**Análisis y diseño de Escenarios**

PROYECTO IMPLEMENTACION UNIDAD CIRUGIA AMBULATORIA

✓**Objetivo**

Plantear los escenarios para el diseño e implementación de la Unidad de Cirugía Ambulatoria dentro del Centro de Salud Santa Inés, utilizando para ello los elementos y variables identificados en el Diagnóstico Organizacional, variables del entorno, recursos indispensables para la puesta en marcha de la implantación del centro como un proyecto factible y la cesión de la infraestructura a terceros, tomándolo como referencia para la obtención de nuevos ingresos que garanticen la operación, mantenimiento y actualización del centro, así como futuras inversiones en proyectos de carácter social y comunitario que tenga a bien ejecutar El Parque Social Padre Manuel Aguirre s.j. De igual manera en este contexto se puede segmentar la población a atender por la Unidad de Cirugía Ambulatoria desde el punto de vista económico social y especialidad médica, que requiera de prioridad en su asistencia.

PROYECTO IMPLEMENTACION UNIDAD CIRUGIA AMBULATORIA

✓**Antecedentes**

Luego de haber realizado una investigación diagnóstica para elaborar la propuesta organizacional del Centro de Cirugía Ambulatoria del CSSI, se pudo identificar que hoy en día dentro de las prácticas en materia de cirugía ambulatoria en nuestro país se han identificado diversas modalidades de funcionamiento, la que mayores beneficios ha reportado para comunidad, pacientes y operadores del servicio es la de la cesión de la infraestructura de cirugía a terceros. Entre las principales ventajas que ofrece dicha práctica se pueden destacar el aseguramiento de una fuente de ingresos que permite la operación y mantenimiento regular del centro, la segmentación de la población a atender según su capacidad de pago y apertura a otras áreas de la medicina.

Para obtener estos beneficios, es recomendable en plano general la creación de alianzas estratégicas con otros centros de salud o médicos referentes, así como el establecimiento de convenios con compañías aseguradoras y fondos de administración directa que sufraguen los gastos asociados a las intervenciones de los pacientes que cuentan con este tipo de garantía económica.

Dentro de la primera línea de acción estratégica del CSSI se pretende el correcto diagnóstico y tratamiento eficiente de las enfermedades, labor relacionada con la calidad de servicio. Para poder dar continuidad a un servicio de excelencia en materia de salud, ampliar el ciclo de atención médica y ofrecer una diversidad de estos servicios a los estratos sociales en la zona oeste de Caracas, dentro del Centro de Salud Santa Inés surge la necesidad de la creación de una unidad destinada a Cirugía Ambulatoria o cirugía menor, cuyo objetivo primordial serían las intervenciones o procedimientos quirúrgicos primarios en los que el paciente no requiera de hospitalización. De esta forma, se genera un mayor volumen de intervenciones de esta naturaleza y se abaratan costos operativos en recursos materiales y humanos, además de ofrecer asistencia integral en materia de salud.

En el diagnóstico previo, al que ya se ha hecho referencia, se determinó la viabilidad para la implantación de dicha Unidad de Cirugía Ambulatoria, identificando factores críticos de éxito, como gente, recursos financieros e infraestructura física y tecnológica, enmarcada dentro del ámbito legal y otras consideraciones que el entorno ofrece como fuerzas impulsoras o restrictivas.

PROYECTO IMPLEMENTACION UNIDAD CIRUGIA AMBULATORIA

✓**Antecedentes**

Diagnóstico previo

Estudio Mejores prácticas
Cesión de Infraestructura a terceros
Ventajas

Cómo? Mediante alianzas estratégicas

Santa Inés

Correcto diagnóstico y tratamiento eficiente de las enfermedades
Ampliar el ciclo de atención médica
Ofrecer una diversidad de estos servicios a los estratos sociales
Necesidad de la creación de una unidad destinada a Cirugía Ambulatoria o cirugía menor

Viabilidad para la implantación

identificando factores críticos de éxito como gente
recursos financieros
infraestructura física y tecnológica,
ámbito legal
otras consideraciones que el entorno ofrece como fuerzas impulsoras o restrictivas.

PROYECTO IMPLEMENTACION UNIDAD CIRUGIA AMBULATORIA

Variable / Tipo de org.	Alineación Visión y Filosofía	Marco Referencia Legal	Factibilidad Recursos Financieros	Gestión De la Gente	Factibilidad Adecuación Infraestructura	Procesos	Ventajas	Desvertajas
Adscripción Funcional y Admtva. CSSI								
Persona Jurídica.								

PROYECTO IMPLEMENTACION UNIDAD CIRUGIA AMBULATORIA

Variable / Tipo de org.								
Adscripción Funcional y Admtva. CSSI								
Persona Jurídica.								

ANEXO V

EJERCICIO: PREGUNTAS Y PROPOSICIONES GENERADORAS
Construyendo la Visión y Misión

Si estamos sentados aquí en 10 años ¿qué nos gustaría ver?, ¿Cómo será este centro?

_____
_____
_____

Si alguien escribiera un artículo en una revista médica importante, sobre la Unidad de Cirugía Ambulatoria del CSSI, qué nos diría?

_____
_____
_____

¿Cómo se sentirán los empleados en él?

_____
_____
_____

¿Cuál es el reto más grande que desea lograr la Unidad de Cirugía Ambulatoria?

_____
_____
_____

¿Qué es lo que menos desea que ocurra como organización?

_____
_____
_____

¿De qué tamaño ve el Centro de Salud Santa Inés en 5 años?

¿Qué tipo de servicios estará prestando la Unidad en 5 años?

¿En qué áreas de impacto social tendrá presencia la Unidad de Cirugía Ambulatoria?

Describa las características organizacionales básicas de la Unidad dentro de 5 años (Estructura, Clima organizacional, Comunicaciones Internas, Efectividad de desempeño)

Describa los tipos de relaciones que desearía alcanzar con: Pacientes, Proveedores, Inversionistas o Accionistas, Competidores, Comunidad, Trabajadores

Sus servicios están atendiendo las siguientes necesidades de:

La comunidad

_____

La región

_____

El país

_____

El mundo

_____

¿Qué rol se imagina usted desempeñando en la Unidad dentro de 5 años?

_____

_____

_____

_____

_____

En base a lo expuesto en las preguntas y a su visualización desarrolle una descripción vívida o párrafo síntesis de la visión de la Unidad de Cirugía Ambulatoria del Centro de Salud Santa Inés

_____

_____

_____

_____

_____