

**UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA**

**MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE  
SERVICIOS DE SALUD SOSTENIBLE**

**ANÁLISIS ADMINISTRATIVO  
DE LA ACTIVIDAD QUIRÚRGICA ELECTIVA  
DENTRO DE LA JORNADA ORDINARIA  
DE LOS SERVICIOS MÉDICO QUIRÚRGICOS  
DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS  
AGOSTO A OCTUBRE DEL 2002.**

**AUTOR:**

**FRANCISCO GAITÁN CORNEJO**

**SAN JOSÉ, COSTA RICA**

|   |    |
|---|----|
| CAPITULO I.....   | 4  |
| MARCO CONTEXTUAL.....   | 4  |
| INTRODUCCIÓN.....   | 5  |
| 1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....                                  | 8  |
| 1.1 Antecedentes internacionales.....                             | 8  |
| 1.2 Antecedentes Nacionales.....                                  | 11 |
| 1.3 Organización del Hospital San Juan de Dios.....               | 15 |
| 1.3.1 Organización del Hospital.....                              | 15 |
| 1.4 Justificación.....  | 24 |
| 1.5 Formulación y delimitación del problema.....                  | 26 |
| 1.5.1 Definición del problema.....                                | 26 |
| 1.6 Delimitación.....   | 26 |
| 1.6.1 Delimitación temporal.....                                  | 26 |
| 1.6.2 Espacial e institucional.....                               | 26 |
| 1.6.3 Enfoque y ámbito.....                                       | 26 |
| 1.7 Formulación de hipótesis.....                                 | 27 |
| 1.8 Objetivos de la investigación.....                            | 27 |
| 1.8.1 Objetivo general.....                                       | 27 |
| 1.8.2 Objetivos específicos.....                                  | 27 |
| CAPÍTULO II.....  | 29 |
| MARCO TEÓRICO.....  | 29 |
| 2.1 Desarrollo de la Teoría de Administración.....                | 30 |
| 2.2 Tipos de Administración.....                                  | 31 |
| 2.2.1 Administración Pública.....                                 | 32 |
| 2.2.2 Administración Privada.....                                 | 33 |
| 2.2.3 Administración Mixta.....                                   | 34 |
| 2.3 Procesos de la administración.....                            | 35 |
| 2.3.1 Planeación.....   | 35 |
| 2.3.2 Organización.....   | 37 |
| 2.3.3 Dirección.....  | 39 |
| 2.3.4 Control.....  | 41 |
| 2.4 Compromiso de gestión.....                                    | 42 |
| 2.5 Conceptos teóricos básicos del quehacer hospitalario .....    | 46 |
| Sección de cirugía.....   | 46 |
| Servicio médico quirúrgico.....                                   | 46 |
| Equipo quirúrgico.....  | 46 |
| Concepto de programación de la actividad quirúrgica electiva..... | 47 |
| Cirugía electiva programada.....                                  | 47 |
| Cirugía electiva de hospitalización.....                          | 48 |
| Cirugía electiva ambulatoria.....                                 | 48 |
| Causas controlables.....  | 48 |
| Causas no controlables.....                                       | 49 |
| Quirófano.....  | 49 |
| CAPÍTULO III.....   | 51 |
| MARCO METODOLÓGICO.....   | 51 |
| 3.1 Tipo de investigación.....                                    | 51 |
| 3.2 Área de estudio.....  | 52 |

|  |     |
|--|-----|
| 3.3 Fuentes de información.....  | 52  |
| 3.3.1 Fuentes primarias .....  | 53  |
| 3.3.2 Fuentes secundarias.....   | 53  |
| 3.4 Población.....   | 55  |
| 3.4.1 Índice operatorio.....   | 55  |
| 3.4.2 Procedimiento en la recolección de la información.....   | 55  |
| 3.4.3 Descripción de las técnicas de investigación utilizadas.....   | 56  |
| 3.5 Naturaleza de las variables e indicadores.....   | 59  |
| 3.5.1 Operacionalización de variables.....   | 60  |
| 3.6 Limitaciones.....  | 62  |
| CAPITULO IV.....   | 63  |
| ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....   | 63  |
| 4 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....   | 64  |
| 4.1 Proceso que se lleva a cabo para realizar la programación y ejecución de la actividad quirúrgica electiva diaria.....                          | 64  |
| 4.1.1 Quirófanos disponibles con que cuenta la Sección de Cirugía.....   | 66  |
| 4.1.2 Composición del recurso profesional y técnico disponible en el servicio de sala de operaciones .....   | 69  |
| 4.1.3 Problemas en la programación de cirugías electiva.....   | 72  |
| 4.1.4 Programación de cirugías electivas por servicio médico quirúrgico.....   | 76  |
| 4.2 Rendimientos de producción alcanzados de cirugías electivas en relación con la utilización de los quirófanos disponibles.....                  | 83  |
| 4.2.1 Programación de cirugía electiva por quirófano.....  | 84  |
| 4.2.2 Rendimientos de producción alcanzados de cirugías electivas vrs utilización de los quirófanos disponibles.....                               | 85  |
| 4.3 Análisis de la suspensión de cirugías electivas programadas por causas controlables y no controlables dentro de la jornada ordinaria.....      | 88  |
| Causas controlables.....   | 93  |
| Causas no controlables.....  | 94  |
| CAPITULO V.....  | 96  |
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....  | 96  |
| 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....   | 97  |
| 5.1 Conclusiones.....  | 97  |
| 5.1.1 Proceso de programación de la actividad quirúrgica electiva dentro de la jornada ordinaria 97  |     |
| 5.1.2 Rendimientos de producción alcanzados de cirugías electivas realizadas vrs utilización del recurso físico de los quirófanos disponibles..... | 99  |
| 5.1.3 Causas que originan la suspensión de cirugías electivas.....   | 100 |
| 5.2 Recomendaciones.....   | 102 |
| 5.2.1 Proceso de programación de la actividad quirúrgica electiva dentro de la jornada ordinaria 102   |     |
| 5.2.2 Cumplimiento de la programación y realización de cirugías electivas.....   | 105 |
| 5.2.3 Rendimientos de producción alcanzados de cirugías electivas realizadas vrs utilización del recurso físico de los quirófanos disponibles..... | 106 |
| 5.2.4 Causas que originan la suspensión de cirugías electivas.....   | 107 |
| BIBLIOGRAFÍA.....  | 109 |
| BIBLIOGRAFÍA CITADA.....   | 110 |



**CAPITULO I**  
**MARCO CONTEXTUAL**

0

## INTRODUCCIÓN

En el ámbito internacional Costa Rica ocupa, desde hace varios años, un lugar preponderante en América Latina en el área de la salud y de los seguros sociales. Lo anterior, debido a que su población presenta altos niveles de salud comparados con los de países desarrollados producto de que existe prácticamente una universalización de los servicios médicos en el ámbito nacional.

Los logros alcanzados en el área de la salud alcanzan mayor relevancia ya que es un país pequeño en vías de desarrollo. La población ha comprendido que la salud no solo es un fin en sí mismo, sino que, es un medio indispensable para lograr mejorar el desarrollo económico y social de nuestra nación.

Los principios básicos contemplados en la Carta Constituyente han guiado las políticas de salud en Costa Rica, señalando que la protección de la salud es un derecho de todos sin excepción, y el Estado debe garantizar este postulado.

Para estos efectos, se creó la Caja Costarricense de Seguro Social mediante la Ley N° 17 del veintidós de octubre de 1943, para cubrir las contingencias de enfermedad y maternidad, invalidez y desempleo involuntario, además la Ley incluye la cobertura de las cargas de maternidad, familia, viudez, enfermedad y el suministro de una cuota de sepelio.

La Caja Costarricense de Seguro Social es una institución autónoma creada para desarrollar y poner en práctica las políticas del Estado en el campo de la salud. Sin embargo, a pesar del éxito logrado en este campo, con los cuales ha beneficiado a toda la población costarricense, en las últimas décadas ha requerido una transformación para adaptarse al crecimiento de la demanda de servicios, tanto cualitativa como cuantitativamente, por tal razón se inició un proceso de modernización y reestructuración organizacional en busca de alcanzar una mayor

eficiencia en los servicios médico asistenciales que presta, con el fin de garantizar a todos los habitantes que las prestaciones médica se brinden con criterios de oportunidad y calidad aceptados.

La Caja Costarricense de Seguro Social mediante la Ley N° 7441 publicada en el Diario Oficial La Gaceta del 14 de noviembre de 1994, inició dicho proceso de reforma para el sector salud, con la finalidad de mejorar la eficiencia y eficacia del sistema de prestación de servicios de salud. En este sentido, se identificaron tres áreas estratégicas de trabajo: 1) desarrollo de mecanismos de asignación de recursos en procura de la satisfacción racional y equitativa del interés público, 2) la readecuación del modelo de atención para la promoción y fortalecimiento de la atención integral en salud y 3) el fortalecimiento institucional por medio del apoyo de sistemas de organización que favorezcan la oportunidad y calidad en la toma de decisiones en el nivel local, mediante el fortalecimiento de funciones administrativas, financieras y operativas.

La reestructuración iniciada se adoptó en virtud de los problemas que se han venido observando en el funcionamiento del sistema: como son centralismo en la toma de decisiones, costos crecientes, disminución en la producción, insatisfacción por parte de los usuarios por la falta de equidad, oportunidad y acceso a los servicios médico asistenciales, bajas coberturas, duplicidad de funciones, entre otros.

Desde el punto de vista operativo los centros médicos con que cuenta la CCSS deben desarrollar prioritariamente procesos de trabajo adecuados, a fin de responder con eficacia, eficiencia y calidad a las necesidades de salud afrontados en la atención hospitalaria.

Por tal razón, deben adoptar las acciones que fuesen necesarias, para mejorar la oportunidad de los servicios de atención a las personas, especialmente en lo que respecta a los servicios de consulta externa en especialidades médicas y de

cirugía electiva, con énfasis en la resolución de las listas de espera y la gestión de los servicios identificados como críticos.

Por lo expuesto anteriormente, se considera que es importante realizar un estudio para evaluar durante un trimestre el funcionamiento de la actividad quirúrgica electiva que desarrollan los Servicios Médicos de Cirugía dentro de la jornada ordinaria en el Hospital San Juan de Dios, que permita conocer si dicha gestión cumple con las expectativas de la Institución y a la vez si satisfacen las necesidades de los usuarios. Asimismo, determinar los niveles de eficiencia y eficacia respecto de la utilización de los recursos disponibles.

En el primer Capítulo se describen los antecedentes del problema a nivel internacional, nacional y local, así como la justificación sobre las razones que se han considerado para realizar el presente trabajo final de graduación y los objetivos que se esperan alcanzar con el mismo.

El segundo apartado comprende el marco teórico que sustenta el presente trabajo de investigación, en el mismo se desarrolla la Teoría Administrativa, los tipos de administración que existen, se explica el proceso administrativo, el concepto de Compromiso de Gestión y los conceptos básicos sobre el quehacer de la actividad quirúrgica electiva.

El Capítulo III comprende el marco metodológico mediante el cual se explica la forma como se desarrollo el trabajo de investigación efectuado, identificando el tipo de investigación, el área de estudio, las fuentes de información, naturaleza de las variables e indicadores y las limitaciones que se presentaron.

El análisis e interpretación de resultados se desarrollan en el Capítulo IV y en el Capítulo V se plantean las consideraciones obtenidas con el estudio realizado y se plantean las recomendaciones de acuerdo con los resultados.



# 1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

## 1.1 Antecedentes internacionales

Durante la primera mitad de la década de los ochenta, como consecuencia de la severa crisis que se enfrenta a nivel mundial y de la cual no se eximen los países de Centroamérica y Panamá, principalmente por el incremento del precio del petróleo, el crecimiento de la deuda externa de las naciones latinoamericanas por la devaluación de sus monedas frente al dólar americano y la disminución de los precios del café, en el Plan de Necesidades Prioritarias de Salud, se identifica el requerimiento de fortalecer la infraestructura de los servicios de salud, con el propósito de superar las restricciones que limitan su accesibilidad y de enfrentar sus crecientes demandas, mediante el desarrollo de la capacidad operativa de los servicios de salud<sup>1</sup>.

Para incrementar esta capacidad operativa, se reconoce como un factor determinante iniciar un proceso de Modernización Institucional el cual tiene como objetivo básico, la búsqueda de la eficacia, eficiencia y calidad en la prestación de los servicios de salud.

En América del Sur por ejemplo, en países como Chile, la Reforma del Sector Salud se inició en los años 80, donde se autoriza a la administración municipal,

---

<sup>1</sup> Dr. Guido Miranda Gutiérrez; La Seguridad Social y el Desarrollo en Costa Ricas, Segunda Edición 1994, Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social EDNASSS.

brindar los servicios de Atención Primaria de Salud, con las atribuciones propias del Servicio Nacional de Salud<sup>2</sup>.

Este proceso se ha iniciado también en Costa Rica producto del incremento de la demanda de servicios, de inversión y gasto para la atención de la salud de las personas, los cambios demográficos, sociales y de los indicadores de morbilidad, las constantes innovaciones en el campo de la tecnología, que han venido ejerciendo una presión sistemática y acelerada sobre la financiación y prestación de los servicios médicos asistenciales que brinda la Caja Costarricense de Seguro Social.

Como consecuencia de lo anterior, los centros médicos de la Caja han venido aparentemente perdiendo capacidad en la gestión para brindar servicios de atención médica en forma oportuna y con calidad a los usuarios de los citados servicios.

En la actualidad en forma complementaria se está formulando, cada vez con más frecuencia, propuestas alternativas de organización de los servicios de salud a lo interno de la Caja Costarricense de Seguro Social, debido a la necesidad de que estos funcionen con mayor eficiencia y eficacia. La formulación de estas propuestas se ha originado principalmente debido a los siguientes acontecimientos que se están presentando en los últimos años en Costa Rica<sup>3</sup>:

---

<sup>2</sup> Dr. Guido Miranda Gutiérrez; **La Seguridad Social y el Desarrollo en Costa Ricas**, Segunda Edición 1994, Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social EDNASSS.

<sup>3</sup> Juan Jaramillo Antillón, Principios de Gerencia y Administración de Servicios Médicos y Hospitales, Primera Edición, San José, Costa Rica, Editorial de la Universidad de Costa Rica: Editorial Nacional de Salud

- Aumento progresivo de la población de edad avanzada, con dificultad para acceder a los centros de hospitalización.
- Elevados costos de los tratamientos y de la cama hospitalaria en los centros altamente tecnificados.
- Inadecuación de los hospitales para tratar los problemas no agudos.

Dentro de uno de los problemas identificados que están afectando la capacidad de gestión de los Hospitales Nacionales y Regionales pertenecientes a la Caja Costarricense de Seguro Social, y que por ende afectan su imagen, está la falta de atención oportuna para resolver los problemas quirúrgicos que tiene los usuarios de los servicios médicos.

Este problema no es exclusivo de nuestro país, ya que en países como España se han realizado estudios con el propósito de mejorar la organización y gestión clínica en el área quirúrgica, debido al aumento de los costes y de la demanda asistencial, ya que esta situación es de especial preocupación para las autoridades sanitarias de esa nación<sup>4</sup>.

El Tribunal de Cuentas de la Ciudad de Madrid, España, presentó en 1998 ante el Senado un estudio donde se informa que se detectó una mala gestión asistencial

---

y Seguridad Social.

<sup>4</sup> [http://www.sedar.es/revista\\_sedar/sedar2001/4/abs5.htm](http://www.sedar.es/revista_sedar/sedar2001/4/abs5.htm), 14 julio del 2003.

en algunos hospitales de la Seguridad Social de ese país. En el informe rendido se indica que existe una infrautilización de las instalaciones, bajo rendimiento asistencial de los Hospitales y Clínicas, a nivel ambulatorio y hospitalario, cesión a terceros o su uso para fines ajenos a lo establecido por la Ley. El informe revela además el uso de quirófanos de un hospital por especialistas sin relación con el centro para realizar operaciones de cirugía estética, el uso por terceros de las salas de operaciones de la Seguridad Social con fines lucrativos, o la cesión de instalaciones y personal para impartir cursos docentes sin recibir ninguna contraprestación económica y sin estar habilitadas legalmente para realizar este tipo de actividades, lo cual genera que se descuiden las obligaciones en la atención de los pacientes<sup>5</sup>.

En México por ejemplo, un grupo de médicos por encargo de la Secretaria de Salud de esa nación, realizó un estudio con el propósito de identificar el uso que se le esta dando a las salas de operación de los hospitales y cuyo fin era además proponer alternativas de solución para alcanzar un uso eficiente de este recurso físico<sup>6</sup>.

## **1.2 Antecedentes Nacionales**

Un estudio reciente publicado (Enero del 2002) por la Red de Investigación Latinoamericana del BID<sup>7</sup> brinda evidencia detallada sobre la situación que se está

---

<sup>5</sup> <http://www.sct-mao.org/news7.html>

<sup>6</sup> <http://www.inbiomed.com.mx/gastro/gav65n2/espanol1/Wge002-03.html>

<sup>7</sup> Constance Paul, Una receta peligrosa, Un nuevo estudio detecta el cáncer de la corrupción en los hospitales públicos de América Latina, Banco Interamericano de Desarrollo, 2002.

enfrentando en los hospitales públicos de América Latina. Cuando equipos de estudio auspiciados por el BID entrevistaron a pacientes, médicos y enfermeras en media docena de países de la región, descubrieron que en los hospitales públicos la corrupción está generalizada. El robo de medicamentos y otros suministros, el cobro de tarifas excesivas e impropiedades o ilícitas por bienes y servicios, el ausentismo de médicos y enfermeras y el uso clandestino de instalaciones públicas para prestar atención médica privada fueron los abusos más citados por los encuestados. En el citado estudio se hace referencia que en Costa Rica, el 71 por ciento de los médicos y 83 por ciento de las enfermeras dieron cuenta del robo de equipos, materiales de sus hospitales y de incumplimientos de horarios contratados.

En el ámbito institucional la Dirección Técnica de Servicios de Salud, adscrita a la Gerencia de División Médica, ha realizado estudios en el ámbito de hospitales nacionales y regionales respecto a la gestión hospitalaria, como por ejemplo “Evolución y Estado actual del Sistema Hospitalario de la CCSS<sup>8</sup>. En este documento se abordan los logros alcanzados por la Institución a través de los años, así como, los problemas que se están presentando actualmente, donde se hace referencia a la pérdida de la capacidad de gestión para resolver las necesidades de los usuarios, entre ellas la actividad quirúrgica.

---

<sup>8</sup> Carlos A. Zamora. Evolución y Estado Actual del Sistema Hospitalario de la CCSS, 6 de Noviembre de 2001.

En nuestro país se ha venido cuestionando a través de la opinión pública que los hospitales de la Caja están funcionando sin un programa bien estructurado en el Área de Cirugía, de manera que se defina claramente el conjunto de acciones concretas orientadas a brindar oportunamente los servicios médico- quirúrgicos que demandan los pacientes adscritos a dichos nosocomios.<sup>9</sup>

Se indica que los Servicios del Área de Cirugía de esos hospitales<sup>10</sup> carecen de un adecuado plan de organización de manera que se defina y establezca una razonable distribución de funciones, definición clara de horarios de trabajo en jornadas ordinarias diurnas, mixtas y nocturnas, de forma tal que el personal médico y técnico sea administrado con niveles adecuados de eficacia y eficiencia, aspectos estos que supuestamente al no cumplirse están incidiendo en forma importante para incrementar los costos de operación de los Hospitales y la lista de pacientes en espera de un tratamiento.

Las Secciones de Cirugía de los hospitales de la Caja, según se establece, no disponen de un sistema de información confiable con el propósito de identificar, registrar e informar las actividades técnico- administrativas que llevan a cabo las diferentes especialidades médicas de Cirugía que conforman dichas Secciones, de manera que permita valorar los rendimientos de producción que se están alcanzando, referente a las labores realizadas y se disponga de una adecuado

---

<sup>9</sup> LA NACIÓN, página 4-A EL PAÍS, lunes 23 de setiembre del 2002.

<sup>10</sup> LA NACIÓN, página 4-A EL PAÍS, lunes 23 de setiembre del 2002.

proceso de toma de decisiones en caso de que se detecten desviaciones importantes<sup>11</sup>.

Se cuestiona que el tiempo disponible, dentro de la jornada ordinaria, de las salas de operaciones con que disponen los hospitales de la Caja no se utiliza racionalmente para atender la demanda creciente de cirugía electiva.

Otro de los cuestionamientos se refiere a que la utilización de las horas contratadas del personal médico y técnico de los Servicios de Cirugía, no se está realizando en las mejores condiciones de racionalidad y eficiencia, producto de la inadecuada planificación, programación, supervisión, distribución y asignación de labores de dicho personal.

Se afirma que las extensas listas de pacientes que esperan una cirugía programada o una cita para ser atendidos en ciertas especialidades médicas son todavía un serio problema sin solución para la Caja Costarricense del Seguro Social.<sup>12</sup>

En diferentes ocasiones la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, ha prometido resolver el problema constante de las presas de pacientes en listas de espera en el área de cirugía programada de los hospitales institucionales.

---

<sup>11</sup> LA NACIÓN, página 4-A EL PAÍS, lunes 23 de setiembre del 2002.

<sup>12</sup> LA NACIÓN, página 4-A EL PAÍS, lunes 23 de setiembre del 2002.

Diferentes alternativas y estrategias de solución se han adoptado y puesto en práctica para resolver este problema, como son: jornadas vespertinas, cirugías itinerantes, pago de horas extras al personal médico y técnico, desplazamiento de médicos asistentes especialista en cirugía a diferentes hospitales regionales para realizar operaciones, con el propósito de disminuir las lista de espera, sin embargo, pareciera que la solución aún no llega.

### **1.3 Organización del Hospital San Juan de Dios**

En el presente punto se describe una síntesis de la manera como está conformada actualmente su estructura organizacional, se detalla como se encuentra integrado el Departamento de Cirugía, la visión, misión y objetivos de dicha Sección, así como, las estrategias que se han definido para alcanzar las metas propuestas, se identifican las principales actividades que desarrollan los servicios médico quirúrgicos y cuales son las funciones y responsabilidades que deben observar las Jefaturas de la Sección de Cirugía y de los diferentes Servicios Médicos adscritos a este Departamento.

#### **1.3.1 Organización del Hospital**

El Hospital San Juan de Dios<sup>13</sup> como lo define el Reglamento General de Hospitales Nacionales, es un establecimiento destinado a realizar todas o algunas actividades de recuperación, rehabilitación, fomento y protección de la salud, mediante atención cerrada o ambulatoria. Además es un centro de enseñanza e investigación.

---

<sup>13</sup> Reglamento General de Hospitales Nacionales. , Propuesta de la Dirección General de Asistencia Médico Social y de conformidad con la Ley 1153 (38) del 14 de abril de 1950 y artículo 322 del Código Sanitario.



El Hospital San Juan de Dios es un Hospital Nacional clasificado según el Reglamento General de Hospitales Nacionales en la Categoría A, es desconcentrado, que atiende a una población directa de **476.865** habitantes, siendo la población indirecta de **256.733** para una población total de **733.638** habitantes.

Para suministrar atención a esta población, el Hospital cuenta con **695** camas distribuidas de la siguiente manera: **157** camas asignadas a la Sección de Medicina, **397** a la Sección de Cirugía, **103** a la Sección de Ginecología y Obstetricia, **27** a Neonatología y **11** camas para el Servicio de Pensionado.

El presupuesto asignado para el año 2002 al Hospital San Juan de Dios, según el Compromiso de Gestión fue de **¢27.240.321.261.00**.

La estructura organizativa se conforma de la siguiente forma: Dirección y Subdirección Médica, Sección de Cirugía conformada por los Servicios de Cirugía 1, Cirugía 2, Cirugía Cardiovascular y Tórax, Servicio de Emergencias Quirúrgicas, Servicios de Urología, Servicios de Neurocirugía, Servicios de Oftalmología, Servicios de Ortopedia, Servicios de Oncología, Servicios de Otorrinolaringología, Servicios de Cirugía Plástica y Reconstructiva y Unidad de Quemados y Servicios de Odontología.

La Sección de Gineco- Obstetricia y Neonatología integrada por el Servicio de Ginecología, Servicios de Obstetricia, Servicio de Emergencias Gineco-Obstétricas y Servicio de Neonatología.

La Sección de Medicina conformada por la Unidad de Cuidados Intensivos, Servicio de Emergencias Médicas, Servicios de Medicina 1, Servicios de Medicina 2, Servicio de Medicina 3 (Gastroenterología), Servicios de Medicina 4 (Neumología), Servicio de Nefrología, Servicios de Dermatología, Servicios de Cardiología, Servicio Hemato- Oncología, Servicio de Endocrinología, Servicio de

Neurología, Servicio de Infectología, Servicio de Medicina Nuclear, Servicio de Psiquiatría, Servicio de Psicología Clínica.

El Área Administrativa integrada de la siguiente forma: Administración y Sub Administración, Servicio de Admisión, Oficina de Aseo, Oficina de Contabilidad General, Oficina de Registros Médicos, Servicio de Ingeniería y Mantenimiento, Oficina de Pensiones, Unidad de Proveeduría, Oficina de Recursos Humanos, Unidad de Ropería, Taller de Ortopedia, Unidad de Transportes, Unidad de Cajas, Oficina de Validación de Derechos, Unidad de Seguridad y Vigilancia.

El Director Médico es el funcionario con máxima autoridad en el Hospital, es responsable de que éste realice en forma completa, continua, humana, oportuna y eficiente, la labor que le está encomendada; de mantener el orden y la disciplina del mismo y de obtener el más efectivo rendimiento productivo, económico y social del hospital.

La función técnica del hospital esta a cargo de las Secciones de Cirugía, Medicina y Gineco- Obstetricia. En cuanto a la recuperación, rehabilitación, fomento y protección de la salud estará a cargo, en cada especialidad médica del servicio correspondiente.

## **SECCIÓN DE CIRUGÍA**

La Sección de Cirugía agrupa 14 servicios quirúrgicos, los cuales cuentan con el 59.19% de las camas hospitalarias y son responsables del 45.8% del total de los egresos que se generan, y un 48.3% de las consultas brindadas por el Hospital. Los 14 servicios quirúrgicos utilizan métodos terapéuticos que en muchos de los casos requieren cirugía<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> Plan Anual Operativo, Año 2002, Sección de Cirugía, Hospital San Juan de Dios

## **Visión y Misión de la Sección de Cirugía**

A continuación se consignan la Misión, Visión, Objetivos y Estrategias que se han definido en el Plan Anual Operativo para el año 2002 de la Sección de Cirugía:

### **Misión**

“Brindar a los pacientes referidos al área de cirugía, atención integral de la salud en busca de la calidad de servicio.”

### **Visión**

“Ser un ente hospitalario autónomo, con estrecha relación con nuestros pacientes, rectores y compradores de servicios; con gran capacidad de resolución para la atención humanizada y de óptima calidad que garanticen nuestra competitividad.”

## **Objetivos de la Sección de Cirugía**

### **Objetivo General**

- Garantizar un desempeño productivo y de alta calidad en todas las labores médico quirúrgicas y administrativas de esta Sección.

### **Objetivos Específicos**

- Reducir la estancia preoperatoria.
- Disminuir la estancia promedio.
- Mantener el índice de mortalidad inferior al 4.5%.
- Mantener el índice de reingresos inferior al 5.5%.
- Mantener un índice de infecciones inferior al 10%.
- Incrementar el porcentaje de pacientes operados al 85%.

- Mantener el rendimiento en la utilización de salas de operaciones superior al 100%.
- Reducir el índice de suspensión de operaciones a un 5%.
- Reducir las listas de espera en consulta externa.
- Reducir el tiempo de espera de hospitalización.
- Cumplir el 100% de las normas y protocolos adscritos.
- Realizar oportunamente los informes necesarios para el buen desempeño de la Sección de Cirugía.

### **Estrategias**

- Controlar la utilización de recursos existentes y fomentar el aprovechamiento máximo de estos.
- Incrementar la resolución ambulatoria de los casos quirúrgicos.
- Mantener una excelente coordinación entre los diferentes servicios quirúrgicos y secciones hospitalarias.
- Mantener actividades académicas.
- Prestar apoyo necesario a aquellos servicios que lo soliciten.
- Mantener en la medida de lo posible el recurso humano, físico y material; para así tener los insumos necesarios para dar un buen desempeño de las labores de cada servicio.
- Dar seguimiento a las inversiones en planta física y reiterar en ellas con el fin de mejorar el desempeño de la Sección.
- Apoyar los planes de capacitación del personal del área.
- Evaluar el desempeño de las diferentes jefaturas periódicamente.
- Enfocar las acciones y estrategias a una gestión de calidad total.

El servicio hospitalario que brinda la Sección de Cirugía es dirigido a los pacientes, quirúrgicos o no, referidos a esta por consulta externa, otras secciones, hospitales o clínicas periféricas.

En cuanto a las salas de operación, se ha planificado tanto con las salas actuales como con la totalidad de estas (16), para así poder pronosticar los insumos en ambos casos. No obstante, las metas están acordes con la disponibilidad actual, por la poca probabilidad de obtener la capacidad total de las salas de operación en el Hospital San Juan de Dios.

Para el año 2002 la Sección de Cirugía definió en el Plan Anual Operativo como meta la realización de **14825** cirugías electivas durante dicho período, **5859** de hospitalización en el Primer Trimestre y **5906** también de hospitalización en el Segundo Semestre, y un total de **3060** cirugías ambulatorias. Es importante mencionar que en dicho documento no se hace una diferenciación detallada por medio de la cual se pueda identificar con cuantas operaciones programadas, ya sean de hospitalización o ambulatorias, va a realizar cada uno de los 14 servicios médico quirúrgicos adscritos a dicha Sección de Cirugía.

Lo anterior, significa que por mes se van a efectuar en promedio **1235** operaciones programadas. En dicho documento se define que se debe cumplir con un índice operatorio del **85%**.

De acuerdo con el Reglamento General de Hospitales Nacionales cada servicio médico quirúrgico, a través de su personal, se debe encargar de las siguientes actividades:

- Atención de enfermos hospitalizados.
- Atención de consulta Externa.
- Atención de interconsultas.
- Atención de urgencias.
- Trabajos de investigación, reuniones clínicas y enseñanza.
- Contribución con la enseñanza sistemática y a la formación práctica del personal en todas sus ramas.

A la Jefatura de la Sección de Cirugía le corresponde especialmente cumplir con las siguientes responsabilidades:

- Planear, organizar, coordinar, evaluar, dirigir y controlar las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de salud que corresponden al departamento a su cargo, con apego a las normas de política general que rigen a la Institución.
- Cooperar con la labor del Director Médico del Hospital, con el propósito de aportar el mayor esfuerzo e interés para la mejor marcha del nosocomio.
- Supervisar al personal médico subalterno en los distintos niveles.
- Presentar a la Dirección Médica del Hospital, con la regularidad requerida los informes correspondientes sobre las labores desarrolladas por la Sección a su cargo, que incluya recomendaciones sobre solución de problemas y necesidades existentes.

En relación con la responsabilidad de los Jefes de Servicio se tiene que deben cumplir con las siguientes obligaciones:

- Distribuir y coordinar el trabajo de acuerdo con las necesidades del Servicio a su cargo, el personal de que disponga y la capacidad técnica del mismo.
- Establecer en colaboración con la Jefatura de la Sección de Cirugía y los Jefes de Clínica, los métodos y sistemas de trabajo del personal profesional y técnico subalterno.

En cuanto a la Jefatura de Sala de Operaciones le corresponde las siguientes responsabilidades:

- Velar por el orden, aseo y disciplina dentro de las salas quirúrgicas.
- Cuidar y responder de la conservación del material quirúrgico, equipos, del instrumental y demás artículos que les sean confiados.
- Velar por la existencia y cumplimiento de normas y recursos tendientes a prevenir complicaciones intra hospitalarias y vigilar que se cumpla en las Salas de Operaciones todas las condiciones de asepsia y demás requisitos que la técnica señala para la misma.
- Velar porque se cuente con todos los elementos necesarios para la realización correcta y satisfactoria de las intervenciones quirúrgicas.
- Distribuir adecuadamente al personal profesional y técnico y establecer turnos dentro de su trabajo.
- Exigir que todo enfermo vaya a la operación que se le ha programado acompañado de la historia clínica completa.
- Velar porque se mantenga debidamente preparado el personal profesional y técnico, así como el material necesario para efectuar las intervenciones quirúrgicas.

El responsable de salas de operaciones puede limitar la entrada a las mismas, imponer la salida de un visitante y suspender una operación o alterar el programa diario de cirugías si no se cumplen los requisitos que exigen la seguridad de los enfermos o si existen otras razones fundadas para ello, debiendo en tales casos, comunicar la situación al respectivo superior jerárquico.

La Jefatura responsable de Salas de Operaciones debe designar a la persona que tendrá a su cargo elaborar la programación diaria de cirugías dentro de la jornada

ordinaria. Para estos efectos, debe anotar, con al menos un día de antelación las intervenciones proyectas a realizar para el día siguiente, especificando entre otros:

- Nombre de los pacientes.
- N° de identificación del expediente clínico.
- N° de Sala de Operación asignada.
- Servicio médico que programa la cirugía.
- Hora establecida.
- Diagnóstico Clínico.
- Intervención quirúrgica planeada.
- Médico (os) Asistentes Especialistas en Anestesia que asistirán la cirugía programada.
- Nombre del Cirujano responsables y de los médicos asistentes que lo asistirán.

En relación con las funciones fundamentales del Servicio de Anestesiología están las del suministro y control de las anestесias que se aplican en las cirugías, así como la atención de la Sala de Recuperación. El Servicio estará a cargo de un Médico Cirujano, registrado como especialista en anestesiología en el Colegio de Médicos y Cirujanos.

El Hospital San Juan de Dios cuenta con un total de 20 quirófanos donde se desarrolla generalmente la actividad quirúrgica programada todos los días hábiles dentro de la jornada ordinaria. La administración y organización de las salas de cirugía del Hospital San Juan de Dios están a cargo de un Consejo Gerencial de Sala de Operaciones, el cual está integrado por la Jefatura de Sala de Operaciones, Jefatura del Servicio de Anestesia, Jefatura de Enfermería y un representante administrativo nombrado por la Jefatura de la Sección de Cirugía para coordinar todos los aspectos en este campo. La distribución de los quirófanos se realiza de la siguiente manera:



La Sección de Cirugía dispone de 17 quirófanos donde los Servicios Médicos desarrollan la actividad quirúrgica electiva dentro de la jornada ordinaria contratada. Estos Servicios son: Cirugía 1, Cirugía 2 (Cirugía de Tórax), Cirugía 3 que se encarga de atender emergencias quirúrgicas, Cirugía Cardiovascular, Urología, Neurocirugía, Oftalmología, Ortopedia, Oncología, Otorrinolaringología, Cirugía Plástica y Reconstructiva y Unidad de Quemados y Servicio de Dento Maxilo Facial.

La Sección de Gineco- Obstetricia cuenta con 3 quirófanos, que es importante resaltar no se incluyeron para el análisis del presente estudio por estar separados del resto y ubicados en otra área de la planta física.

#### **1.4 Justificación**

Por los antecedentes del problema se ha considerado conveniente realizar el presente Proyecto de Graduación, enfocándolo a la evaluación de la actividad quirúrgica electiva que efectúan los Servicios Médico Quirúrgicos de la Sección de Cirugía dentro de la jornada ordinaria en el Hospital San Juan de Dios, así como, determinar si se está dando un adecuado aprovechamiento de la capacidad instalada del recurso físico de los quirófanos con que cuenta este nosocomio.

Si bien es cierto, la lista de espera de pacientes que requieren de una operación nunca se va a eliminar, la adecuada gestión de la actividad quirúrgica programada que realizan las especialidades médicas de cirugía dentro de la jornada ordinaria, reviste de gran importancia para la Institución, con el fin de resolver en forma importante este problema.

Por otra parte, en la medida que las especialidades médicas de la Sección de Cirugía logren desarrollar con eficiencia y eficacia la capacidad resolutoria de la actividad quirúrgica programada dentro de la jornada ordinaria, va a generar que la Institución disminuya los costos de operación y va a permitir que el paciente reciba una atención oportuna sin que tenga que someterse a largos plazos de espera, obteniéndose de esta forma una mayor eficiencia, eficacia y economía en la administración de los recursos productivos disponibles como son las salas de operaciones.

Por lo anterior, se ha considerado conveniente determinar mediante el presente estudio si las autoridades superiores de dicho nosocomio han adoptado procesos de trabajo acordes con los requerimientos institucionales en el Área Quirúrgica, que respondan con eficacia y eficiencia a las necesidades y problemas de salud afrontados en la atención hospitalaria, desarrollando las acciones necesarias, para mejorar la oportunidad de los servicios de atención a las personas, especialmente en lo que respecta a la resolución de las cirugías electivas y la gestión de los servicios identificados como críticos.

Con las consideraciones que se obtengan con este trabajo de investigación se pretende aportar información relevante a las autoridades del Hospital San Juan de Dios, con el fin de que puedan contar con un diagnóstico referencial sobre el desarrollo de la actividad quirúrgica y la utilización de los quirófanos que se lleva a cabo dentro de la jornada ordinaria, y de esta forma determinar si la misma reúne

los requerimientos institucionales para alcanzar una adecuada administración de los recursos disponibles.

## **1.5 Formulación y delimitación del problema**

### **1.5.1 Definición del problema**

¿Presenta la actividad quirúrgica electiva que realizan las especialidades médicas de cirugía dentro de la jornada ordinaria del Hospital San Juan de Dios en el período agosto a octubre del 2002, adecuados niveles de eficiencia y eficacia respecto a la utilización de los recursos disponibles y a los rendimientos de producción alcanzados?

## **1.6 Delimitación**

### **1.6.1 Delimitación temporal**

El período de análisis se seleccionó atendiendo sugerencias de la Jefatura de la Sección de Cirugía del Hospital San Juan de Dios y corresponde al trimestre de agosto a octubre del 2002.

### **1.6.2 Espacial e institucional**

En el Servicio de Sala de Operaciones del Hospital San Juan de Dios, perteneciente a la Caja Costarricense de Seguro Social.

### **1.6.3 Enfoque y ámbito**

El enfoque es administrativo gerencial, y el ámbito se circunscribe al desarrollo de la actividad quirúrgica electiva que ejecutan los Servicios Médico Quirúrgicos dentro de la jornada ordinaria de lunes a viernes.

## **1.7 Formulación de hipótesis**

Las especialidades médicas de cirugía del Hospital San Juan de Dios que llevan a cabo un adecuado proceso de programación y ejecución de cirugías dentro de la jornada ordinaria, obtienen mayor eficiencia y eficacia respecto a los rendimientos de cirugías electivas realizadas, en relación con aquellos que no programan ni ejecutan razonablemente las actividades por desarrollar en este campo.

## **1.8 Objetivos de la investigación**

### **1.8.1 Objetivo general**

Analizar la actividad quirúrgica electiva que realizan las especialidades médicas de cirugía dentro de la jornada ordinaria en el trimestre comprendido de agosto a octubre del 2002, con el fin de verificar los niveles de eficiencia y eficacia respecto a la utilización de los recursos disponibles, y a los rendimientos de producción alcanzados.

### **1.8.2 Objetivos específicos**

- Analizar el proceso de programación y ejecución de las cirugías electivas que realizan las especialidades médicas quirúrgicas dentro de la jornada ordinaria.
- Determinar los rendimientos de producción alcanzados respecto a las operaciones quirúrgicas electivas realizadas en la jornada ordinaria, en relación con la utilización del recurso físico de los quirófanos disponibles.

- Analizar la suspensión de cirugías por causas controlables y no controlables dentro de la jornada ordinaria.
- Recomendar las acciones pertinentes para mejorar la actividad quirúrgica electiva que se ejecuta dentro de la jornada ordinaria, con el fin de promover un uso efectivo y eficiente del recurso físico de las salas de operaciones con que cuenta el Hospital San Juan de Dios.

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**CAPÍTULO II**  
**MARCO TEÓRICO**

## **2.1 Desarrollo de la Teoría de Administración**

Las organizaciones y las ideas a la forma de dirigir, se conocen desde la antigüedad, sin embargo, fue a partir de la revolución industrial, en los siglos XVIII y XIX, donde se da un ejercicio más reciente de la Administración.

Desde hace mucho tiempo, estudiosos y expertos de la administración como Henri Fayol, Chester Barnard y Alvin Brown, han reconocido la necesidad de contar con un concepto claro de lo que es la administración y con una estructura de su teoría y principios fundamentales. Esta necesidad la reconocen también los gerentes inteligentes a medida que pasa el tiempo<sup>15</sup>.

La teoría general de la Administración, comienza con el énfasis en las tareas (actividades ejecutadas por los obreros en una fábrica), según la administración científica de Taylor. Posteriormente la preocupación básica fue el énfasis en la estructura, con la teoría clásica de Fayol y con la teoría de la burocracia de Weber. Luego surgió la teoría estructuralista. La reacción humanística emergió con el énfasis en las personas, a través de la teoría de las relaciones humanas, ampliada más tarde por la teoría del comportamiento y por la teoría del desarrollo organizacional.

El énfasis en el ambiente, aparece con la teoría de Sistemas, siendo perfeccionada con la teoría Contingencial, que posteriormente, lleva al énfasis en la Tecnología. Cada una de esas cinco variables (tareas, estructura, personas, ambiente y energía), origina en su momento una teoría Administrativa diferente, y marca un avance gradual en el desarrollo de la teoría general de la Administración.

Por lo tanto, la Administración es una ciencia social, que permite a los gerentes organizar el trabajo, para lograr los objetivos de la organización.

---

<sup>15</sup> Harold Koontz, Cyril O Donnell, Heinz Weihrich, Administración, Octava Edición, McGraw-Hill/Interamericana de México, S.A. de C.V.1999.

El Diccionario terminología de Economía, Administración y Finanzas<sup>16</sup>, define la Administración como:

*“Acción y efecto de administrar. Para Henri Fayol, en su obra Administración industrial y general (1916), administrar es prever, organizar, dirigir, coordinar y controlar. En su acepción original, el término administración significa gobierno. Sin buenos administradores, directivos o gerentes no pueden funcionar adecuadamente ni las Administraciones Públicas ni las empresas privadas. La opinión tradicional de los economistas de que el desarrollo económico depende de los factores productivos tierra, trabajo y capital no es del todo correcta. Se necesita, además capacidad organizativa para movilizar los recursos económicos. Sin una administración eficiente no puede haber progreso económico. De ahí que más que de países desarrollados y países subdesarrollados, o de países ricos y países pobres, se deba hablar en realidad de países bien administrados y de países mal administrados (o subdesarrollados). –Diccionario terminológico de economía, Administración y finanzas”.*

Para Chiavenato<sup>17</sup>,

*“El significado de la Administración es interpretar los objetivos propuestos por la organización y transformarlos en acción organizacional a través de la planeación, la organización, la dirección y el control de todas las actividades realizadas en las áreas y niveles de la empresa, con el fin de alcanzar tales objetivos de manera más adecuada a la situación”.*

## **2.2 Tipos de Administración**

---

<sup>16</sup> Diccionario terminología de Economía, Administración y Finanzas, Ediciones Pirámide, Madrid, página 39

<sup>17</sup> Chiavenato, Idalberto, Introducción a la Teoría General de la Administración, Mc Graw- Hill/ Interamericana de Colombia, 1999, pág. 8.



Se puede distinguir, de acuerdo con la actividad y naturaleza en que se ejecuten, tres tipos de administración: Pública, Privada y Mixta.

### **2.2.1 Administración Pública**

La Administración Pública es la ejecución y observancia de la política estatal, según ha sido delineado por las autoridades competentes, y por tanto, a ellas conciernen los problemas, poderes, organización y técnicas que lleva implícita la aplicación de leyes y políticas formuladas por la dependencia gubernamental encargada de ella. Es la aplicación rigurosa de la administración formal, encauzando los mandatos legales hacia el estudio, de aquellos aspectos de organización, procedimientos y métodos, que permiten el logro de los propósitos de la organización.

Está constituida por el Estado y los demás entes públicos, cada uno con personalidad jurídica y capacidad de derecho público y privado.

La teoría de la organización establece que la administración pública es aquella disciplina de la administración que tiene que ver con los asuntos de carácter público, constituyendo el servicio o el agregado de medios y el sistema organizado para transmitir y hacer eficaz el impulso del gobierno y para regularizar las relaciones de la sociedad.

Según el Diccionario terminológico de Economía, Administración y Finanzas<sup>18</sup>:

*“Administración Pública, es el conjunto de organismos, entidades, instituciones y oficinas públicas, cuya misión es la de cooperar, cada una de ellas en su nivel y en la parte que le corresponde, en la realización efectiva de los fines del Estado. En general, cuando se habla de*

---

<sup>18</sup> Diccionario terminología de Economía, Administración y Finanzas, Ediciones Pirámide, Madrid, página 39

*Administración Pública se suele hacer referencia a los cuatro niveles siguientes:*

*Administración Central del Estado (Ministerios, sus Direcciones Generales y su Delegaciones Territoriales).*

*Administración Institucional (Organismos Autónomos, Sociedades Estatales, y demás entidades públicas del ámbito nacional).*

*Administración Autonómica (las comunidades autónomas).*

*Administración local (Municipios y provincias).*

*A esta parte de la Administración Pública, la más importante sin duda, hay que añadir la que depende de los Poderes Legislativo y Judicial.*

*Se utiliza también el término Administración Pública, para hacer referencia al cuerpo teórico de conocimientos (en realidad una nueva disciplina o rama del saber, de carácter multidisciplinar), que permite analizar y dar soluciones a los problemas que se plantean en los diferentes niveles de las distintas administraciones públicas”.*

### **2.2.2 Administración Privada**

Es aquella que concierne a las actividades de los particulares, en todos sus ordenes. Por el ámbito que abarca la administración privada, puede ser de tipo internacional (sociedades de carácter cultural, político o social y consorcios extranjeros). Por la estructura de la organización a la cual se aplica, puede ser bancaria, industrial, comercial, escolar, etc.

### 2.2.3 Administración Mixta

La administración mixta o cuasi pública se refiere a las actividades de aquellos organismos que están bajo la jurisdicción del poder público, así como del sector privado, y a ellos corresponde las instituciones de participación estatal, descentralizadas, autónomas y semi - autónomas. Por su ámbito, la administración mixta puede abarcar un carácter internacional, nacional, o regional y por la estructura del organismo a que sirve, puede ser de tipo descentralizado, autónomo, y semioficial.

Es oportuno que se planteen algunas consideraciones básicas sobre el objeto de lo que se llama “administración de empresas” y hay que tener presente los tres casos de la administración anterior, con el fin de concientizar que su estructura, funcionamiento, y problemas son de la misma naturaleza.

Para Álvaro Cedeño<sup>19</sup>,

*“Independientemente del tipo de entidad (pública, privada o mixta), tienen el propósito de satisfacer necesidades de personas que están fuera del medio.*

*Para satisfacer esas necesidades, entre las que puede elegir con libertad y racionalidad, y con la satisfacción de las necesidades, la entidad obtendrá un beneficio el cual puede ser material o inmaterial”.*

---

<sup>19</sup> Cedeño Gómez, Álvaro, Administración de Empresas, Editorial Universidad Estatal a Distancia, San José, Costa Rica, 1990, pág. 45.

## 2.3 Procesos de la administración

### 2.3.1 Planeación

La planeación consiste en anticipar y prever los acontecimientos futuros, tanto del ambiente interno como externo de las organizaciones.

Según David R. Hampton<sup>20</sup>, planeación es:

*“La planeación, es reflexionar sobre la naturaleza fundamental de la organización y decidir cómo situarla en su ambiente, cómo desarrollarla y aprovechar sus fuerzas, cómo afrontar los riesgos y oportunidades de ambiente, también incluye refinar las ambiciones a largo plazo, traducirlas a objetivos más específicos a corto plazo, así como los métodos de realización”.*

Para Chiavenato<sup>21</sup>,

*“La planeación, es la primera función administrativa porque sirve de base a las demás funciones, porque determina por anticipado los objetivos que deben cumplirse y qué debe hacerse para alcanzarlos de la mejor manera posible. La planeación determina dónde se pretende llegar, qué debe hacerse, cómo, cuándo en qué orden”.*

---

<sup>20</sup> Hampton, David R., Administración, Mc Graw- Hill/Interamericana de México, Tercera Edición, 1989, pág 23.

<sup>21</sup> Chiavenato, Idalberto, Introducción a la Teoría General de la Administración, Mc Graw- Hill/ Interamericana de Colombia, 1999, pág. 320.

Para Stoner<sup>22</sup>,

*“Planificar implica que los administradores piensen con antelación, en sus metas y acciones y que basen sus actos en algún método, plan o lógica, y no en corazonadas. Los planes presentan los objetivos de la organización y establecen los procedimientos idóneos para alcanzarlos. Además los planes son la guía para que la organización obtenga y comprometa los recursos que se requieren para alcanzar sus objetivos, los miembros de la organización desempeñen actividades congruentes con los objetivos y los procedimientos elegidos, y el avance hacia los objetivos pueda ser controlado y medido de tal manera que, cuando no sea satisfactorio, se puedan tomar las medidas correctivas.*

*El primer paso para planificar consiste en elegir las metas de la organización. A continuación, se establecen metas para cada una de las sub- unidades de la organización, es decir, sus divisiones, departamentos, etc. Definidas éstas, se establecen programas para alcanzar las metas de manera sistemática.*

*La planificación produce una imagen de las circunstancias futuras deseables, dados los recursos actualmente disponibles, las experiencias pasadas, etc.*

Se puede decir entonces, que la Planificación es una herramienta necesaria en todo y cada uno de los procesos que se llevan a cabo en la organización, ya sea que estas produzcan bienes o brinden servicios; asimismo, podemos decir que representa el camino a seguir para lograr los objetivos propuestos por los gerentes, así como el cumplimiento de la misión institucional.

---

<sup>22</sup> F. Stoner, James A., Freeman, R. Edward y Gilbert Jr, Daniel R., Administración, Prentice- Hall Hispanoamericana, S.A., Sexta Edición, 1996, páginas 11-12.

### 2.3.2 Organización

La organización, es el segundo componente del proceso administrativo, cuyo propósito principal es el de ayudar en la toma de decisiones gerenciales, para crear un marco estable y comprensible, de tal manera que se unifique el esfuerzo de todos los miembros de organización en la consecución de los objetivos propuestos para que las empresas perduren en el tiempo.

Según Carlos Hernández<sup>23</sup>:

*“La función de organización se explica por medio de la realización de las siguientes actividades: la división de grupos de las actividades componentes que son necesarias para lograr objetivos, la asignación de esas actividades agrupaciones a un administrador, el establecimiento de las relaciones de autoridad entre las agrupaciones, unidades organizativas.*

*Puesto que la organización está íntimamente relacionada con las personas, muchos incluyen el reclutamiento del personal y su destino en las unidades orgánicas como parte de la función organizadora”.*

Por su parte, Chiavenato<sup>24</sup> afirma que:

*“La palabra organización puede adoptar varios significados en administración, de los cuales los dos principales son:*

***Organización como entidad social orientada hacia objetivos y estructurada de manera deliberada:***

*La organización es una entidad social porque está constituida por personas, y se halla orientada hacia objetivos porque está diseñada para*

---

<sup>23</sup> Hernández Orozco, Carlos, Planificación y Programación. San José:EUNED. 1986, pág 61.

<sup>24</sup> Chiavenato, Idalberto, Introducción a la Teoría General de la Administración, Mc Graw- Hill/ Interamericana de Colombia, 1999, pág. 344.

*alcanzar resultados. Desde este punto de vista, la organización puede visualizarse desde dos aspectos distintos:*

*Organización formal:*

*Basada en una división racional del trabajo que especializa órganos y funciones en determinadas actividades. Es la organización planeada o definida en organigrama, consagrada por la dirección y comunicada en todos los manuales de la empresa.*

*Organización informal:*

*Surge de modo natural y espontáneo, debido a las relaciones humanas que establecen las personas que desempeñan cargos en la organización formal. Se basa en relaciones de amistad y el surgimiento de grupos que no aparecen en el organigrama ni en ningún otro documento formal.*

***Organización como función administrativa y parte integrante del proceso administrativo:***

*Organización se refiere al acto de organizar, integrar y estructurar los recursos y los órganos involucrados en su administración; establecer relaciones entre ellos y asignar las atribuciones de cada uno, es la segunda función administrativa, que junto con la planeación, dirección, y control forma parte del proceso administrativo. Para conseguir los objetivos cuando los planes se ejecutan bien y las personas trabajan con eficiencia, las actividades deben agruparse con lógica, y debe distribuirse la autoridad para evitar los conflictos y la confusión. La organización consiste en:*

- *Dividir el trabajo, es decir, determinar las actividades para alcanzar los objetivos planeados,*

- *Agrupar las actividades en una estructura lógica (departamentalización).*
- *Designar a las personas para que las llevan a cabo (cargos y tareas).*
- *Asignar los recursos necesarios.*
- *Coordinar los esfuerzos”.*

De lo anterior se desprende, que la función de organización, conlleva a la distribución de funciones y tareas en áreas de trabajo denominadas departamentos, secciones y unidades. Con la consecuente asignación de responsabilidades a nivel de toda la organización, así como el establecimiento de los canales de comunicación.

### **2.3.3 Dirección**

La Dirección tiene dos connotaciones, la primera se refiere a la amplia gama de actividades mediante las cuales los gerentes establecen el carácter y el tono de su organización. El segundo, significado denota el proceso de influjo interpersonal, en virtud del cual los gerentes se comunican con sus subalternos, respecto a la ejecución del trabajo.

Al respecto, Carlos Hernández<sup>25</sup> afirma:

*“Habiéndose completado la tarea de organizar los recursos, corresponde seguidamente al administrador o el gerente, poner en marcha el programa o el plan. Es en esta etapa entonces, donde cumple su papel la tercera función del proceso administrativo: la de activar la organización, que dentro de la concepción de algunos autores es afín con la tarea de dirección o*

---

<sup>25</sup> Hernández Orozco, Carlos, Planificación y Programación. San José: EUNED. 1986, págs 61- 62.



*gerencia y en consecuencia comprender las actividades emprendidas por el administrador para iniciar y continuar las acciones indicadas por el planeamiento y la organización con el fin de lograr los objetivos. Dentro de esta fase, también se considera incluido el mando como función vinculada a la administración, el cual consiste en guiar a los subordinados de modo que resulten empleados competentes y trabajen eficazmente en pos de los objetivos expresos de la empresa.*

*El mando comprende también actividades destinadas a orientar a los empleados, tales como suministrarles información acerca de las relaciones y personalidades interdepartamentales y sobre la historia, política y objetivos de la empresa.*

*Además se aclaran las tareas asignadas, se comparten los apoyos para mejorar el desempeño y se crean canales de comunicación adecuados”.*

Según Chiavenato<sup>26</sup>:

*“La dirección está relacionada con la acción, como la puesta en marcha, y tiene mucho que ver con las personas. Está directamente relacionada con la disposición de los recursos humanos de la empresa.*

*La función de dirección se relaciona directamente con la manera de orientar la actividad de las personas que componen la organización para alcanzar el objetivo o los objetivos. La dirección es la función administrativa que se refiere a las relaciones interpersonales de los administradores y sus respectivos subordinados en todos los niveles de la organización”.*

---

<sup>26</sup> Chiavenato, Idalberto, Introducción a la Teoría General de la Administración, Mc Graw- Hill/ Interamericana de Colombia, 1999, pág. 237.

En virtud de los conceptos antes expuestos, se evidencia que la Dirección implica tomar decisiones en procura de iniciar las operaciones necesarias para lograr los objetivos propuestos. La Dirección permite suministrar a los funcionarios las directrices a seguir para llevar a cabo sus labores diarias.

#### **2.3.4 Control**

El control es un proceso, que consiste en vigilar el cumplimiento de los objetivos y normas establecidos en la etapa de planeación. El control cierra el ciclo del proceso administrativo, pues relaciona el progreso o avance real con el que se previó al momento de la planeación.

Según Koontz y Weirhrich<sup>27</sup>:

*“El control consiste en medir y corregir el desempeño individual y de la organización para garantizar que los hechos se apeguen a los planes. Implica la medición del desempeño con base en metas y planes, la detección de desviaciones respecto de las normas y la contribución a la corrección de éstas. En pocas palabras, el control facilita el cumplimiento de los planes”.*

Para Chiavenato<sup>28</sup>:

*“El control verifica si todas las etapas marchan de conformidad con el plan trazado, las instrucciones dadas y los principios establecidos. Su objetivo es identificar las debilidades y los errores para rectificarlos y evitar que se repitan”.*

---

<sup>27</sup> Koontz Harold, O Donnell, Weirhrich, Administración, México, Mc Graw- Hill, 1999, pág. 36.

<sup>28</sup> Chiavenato, Idalberto, Introducción a la Teoría General de la Administración, Mc Graw- Hill/ Interamericana de Colombia, 1999, pág. 92.

Para Stoner<sup>29</sup>:

*“El control entraña los siguientes elementos básicos:*

- *Establecer estándares de desempeño.*
- *Medir los resultados presentes.*
- *Comparar estos resultados con las normas establecidas.*
- *Tomar medidas correctivas cuando se detectan desviaciones.*

*El gerente gracias a la función de control, puede mantener a la organización en el buen camino”.*

El control, es la última de las funciones del proceso administrativo, y esta íntimamente ligado con el proceso de planificación, pues permite medir el avance y consecuentemente los logros de las metas propuestas por la organización.

## **2.4 Compromiso de gestión**

El proceso de modernización en la Caja Costarricense de Seguro Social tiene como objetivo básico, la búsqueda de la eficacia, eficiencia y calidad en la prestación de los servicios de salud. Para mejorar el proceso administrativo y gerencial de las diferentes unidades médicas y administrativas que conforman la organización de la CCSS, se ha creado un nuevo modelo de asignación de recursos, el cual implica la separación funcional de actividades sustanciales de compra, provisión y financiamiento de los recursos del Seguro de Salud.

El nuevo modelo de asignación de recursos a las diferentes unidades que conforman la Caja Costarricense de Seguro Social se materializa mediante “El Compromiso de Gestión”<sup>30</sup>, constituyendo el acuerdo entre partes (PROVEEDOR

---

<sup>29</sup> F. Stoner, James A., Freeman, R. Edward y Gilbert Jr, Daniel R., Administración, Prentice- Hall Hispanoamericana, S.A., Sexta Edición, 1996, páginas 13.

<sup>30</sup> Concepto de Compromisos de Gestión, Gerencia de División Administrativa, Dirección de Compra de Servicios de Salud, 2002.

Y COMPRADOR) que define y evalúa la relación alcanzada en este ejercicio entre la asignación de recursos con la producción en salud, bajo criterios de calidad y oportunidad esperados de acuerdo con el estándar institucional asignado por el Comprador, en razón del análisis comparativo entre unidades de similar nivel de naturaleza y complejidad. Desde el punto de vista técnico, constituye una herramienta de adaptación y adecuación en el tiempo del modelo de atención a la resolución oportuna de los problemas y necesidades reales de salud de la población.

La Caja con base en el decreto 18012- P del 12 de febrero de 1988, en el que se establecen los principios y bases legales para implementar sistemas de incentivos económicos y sociales, para el mejoramiento de la eficiencia y el buen funcionamiento de los servicios públicos; ha creado un “Incentivo a la Producción” que estará sujeto al logro de la producción con calidad esperada por parte del Proveedor convenida en el “Compromiso”, a fin de incentivar el cumplimiento de objetivos estratégicos con criterios de eficacia, eficiencia y calidad por parte de las unidades prestadoras de tales servicios.

De acuerdo con los resultados que se han obtenido, ha quedado demostrado en la práctica, las bondades de este modelo para la gestión de servicios y su impacto positivo en las relaciones de organización y servicio en los órganos en que actúa, situación que ha hecho del “Compromiso de gestión”, una de las acciones estratégicas de mayor éxito impulsadas por la Caja en los últimos años, y que demandan permanentemente del “Comprador” y “Proveedor” la promulgación de alianzas estratégicas para garantizar la continuidad y sostenibilidad del proceso.

Los compromisos de gestión permiten a los protagonistas identificar y separar aquellas actividades que son propias de la gestión local, que cada proveedor deberá desarrollar y conducir por presumirse obligatorias dado el nivel de complejidad y capacidad instalada del mismo, de aquellas acciones en salud altamente prioritarias y de interés institucional, sobre las que el comprador

direcciona la asignación de recursos, el monitoreo, la evaluación y los incentivos, por construir objetivos de mayor impacto y relevancia social.

La delimitación del objeto contractual de los Compromisos de Gestión lo constituye la PRESTACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD, para la población que por adscripción territorial y niveles de complejidad le definan las autoridades de salud costarricense, de conformidad con el marco jurídico vigente.

El proveedor (hospital, clínica, área de salud) debe brindar a la población, servicios de “Atención Integral en Salud” equitativos, oportunos, eficientes y de alta calidad, a fin de procurar la atención real y efectiva de sus problemas de salud y la satisfacción de sus necesidades.

En el Compromiso de Gestión la producción hospitalaria resulta del acuerdo al que llegan Comprador y Proveedor, sobre el volumen de actividades a desarrollar por el segundo, bajo parámetros de eficiencia, calidad y oportunidad esperados del Proveedor, de acuerdo con estándares institucionales establecidos por el Comprador con base en la producción histórica, el perfil funcional y nivel de complejidad de cada centro.

Por otra parte, en lo referente a la gestión interna de los servicios el proveedor deberá generar procesos de trabajo que le permitan incrementar y mejorar sus capacidades gerenciales, en busca de la excelencia administrativa de su gestión. En este sentido, deberá cumplir en otras con el siguiente detalle de acciones administrativas en la prestación de los servicios, en procura del fortalecimiento y mejoramiento de la gestión local:

1. Desarrollar adecuados procesos de trabajo, a fin de responder con eficacia, eficiencia y calidad a las necesidades y problemas de salud afrontadas en la atención hospitalaria.

2. Cumplir con las labores de administración, dirección, supervisión, control y evaluación asignadas, incluyendo el control, mantenimiento y reposición de instalaciones y equipo, según corresponda, de conformidad con las políticas y normativa institucional vigente.
3. Garantizar el acceso a los servicios de salud atendiendo las disposiciones del Reglamento del Seguro de Salud. En ningún caso existirán diferencias en los servicios de salud otorgados, ni en el trato brindado a los usuarios y a las usuarias, en razón del color, sexo, credo, procedencia, y condición de aseguramiento.
4. Desarrollar las acciones que fuesen necesarias, para mejorar la oportunidad de los servicios de atención a las personas, especialmente en lo que respecta a los servicios de consulta en especialidades médicas y de cirugía electiva, con énfasis en las listas de espera y la gestión de los servicios identificados como críticos.
5. Efectuar un estudio integral de los sistemas de trabajo actuales, enfocado a tiempos de respuesta y simplificación de trámites, a fin de mejorar la calidad y oportunidad de las acciones administrativas y técnicas desarrolladas, preferiblemente dirigido al análisis de horarios de atención, identificación y mejoramiento de áreas críticas, y condiciones de trabajo: espacios físicos, clima y medio ambiente.
6. Procurar que el individuo en la medida de lo posible, no realice desplazamientos innecesarios para la resolución de sus necesidades en salud.
7. Utilizar y mantener actualizados los sistemas de información básicos, relativos a: información en salud, gestión administrativa y financiera.

8. Cumplir con la gestión clínica en la prestación de los servicios, entendida como la coordinación entre clínicos y gestores, con el propósito de dar uso adecuado y eficiente a los recursos y a la tecnología, en aras de incrementar su eficiencia y calidad.

## **2.5 Conceptos teóricos básicos del quehacer hospitalario**

El presente punto se ha preparado con el fin de ayudar al lector a conocer los conceptos básicos del quehacer hospitalario, para estos efectos se ha considerado incorporar las definiciones establecidas en el Reglamento General de Hospitales Nacionales, así como, diferentes significados externados por las autoridades médicas del Hospital San Juan de Dios.

### **Sección de cirugía**

Se entiende por Departamento o Sección de Cirugía de un Hospital<sup>31</sup> la agrupación de servicios médico quirúrgicos que cumplen aquellas actividades que utilizan métodos o técnicas similares dirigidas a objetivos específicos. Debe contar con la dotación suficiente para el cumplimiento de las funciones específicas descritas en el Reglamento General de Hospitales Nacionales.

### **Servicio médico quirúrgico**

Servicio Médico Quirúrgico de un Hospital es aquella dependencia destinada a cumplir funciones técnicas especializadas en determinada especialidad de medicina, el cual debe estar a cargo de un Jefe de Servicio y del personal subalterno necesario.

### **Equipo quirúrgico**

Los equipos quirúrgico humanos que intervienen en una cirugía electiva programada dentro de la jornada ordinaria se conforman de la siguiente forma:

---

<sup>31</sup> Reglamento General de Hospitales Nacionales, artículo 5, página 3.

- El cirujano principal
- Los médicos asistentes especialistas en cirugía que colaboran con el cirujano principal
- El médico asistente especialista en anestesiología, o el profesional en Enfermería que es Técnico en Anestesia.
- Un Jefe de Área de Enfermería.
- Un Supervisor de Enfermería de Sala de Operaciones.
- Profesional de Enfermería Instrumentistas, quien también puede ser un Auxiliar en Enfermería.
- Un Auxiliares de Enfermería Circulante.
- Un Auxiliar de Quirófano.
- Asistentes de Esterilización.
- Asistentes de Pacientes.

### **Concepto de programación de la actividad quirúrgica electiva**

Para el presente trabajo de investigación se considera la “Programación de la Actividad Quirúrgica electiva que se desarrolla dentro de la jornada ordinaria” a aquel proceso sistemático mediante el cual se formula un plan quirúrgico diario, adecuadamente organizado y de gran amplitud para obtener un objetivo determinado.

### **Cirugía electiva programada**

Las cirugías electivas o programadas como se le conoce en el ámbito de la Caja Costarricense de Seguro Social, se producen por dos medios: 1) cuando los pacientes son referidos por médicos de otros centros asistenciales, 2) cuando los pacientes son atendidos en Consulta Externa o en Hospitalización en el mismo hospital donde se practicara la operación. Cuando el paciente procede de otros centros asistenciales, los médicos que atienden estos pacientes plantean la



necesidad mediante la formula “Referencia a Especialista”, ante la autoridad superior (Jefatura del Servicio de Cirugía del Hospital). Dichas solicitudes una vez analizadas y aprobadas, son registradas por la secretaria de la citada jefatura en la Agenda de Pacientes citados en Consulta Externa. Posteriormente, los médicos asistentes de las diferentes especialidades médicas en ortopedia, urología, cirugía reconstructiva y odontología de acuerdo con la cita otorgada valoran al paciente y de proceder planifican y programan la cirugía electiva que se realizará.

### **Cirugía electiva de hospitalización**

La cirugía electiva de hospitalización es aquella donde el paciente que requiere de una operación es internado con dos o tres días de antelación para su debida preparación y una vez que se le efectuó el procedimiento quirúrgico requiere de los servicios de hospitalización y cuidados de enfermería para su recuperación, es decir, que ocupa una cama de hospital, por lo que el internamiento o estancia es de aproximadamente 5-6 días.

### **Cirugía electiva ambulatoria**

Por otra parte, la cirugía ambulatoria corresponde aquel procedimiento quirúrgico practicado al paciente que le permite desplazarse el mismo día de la operación a su casa de habitación por lo que no requiere de los servicios de hospitalización y cuidados de enfermería para su recuperación, es decir que no es internado en el nosocomio.

### **Causas controlables**

Corresponden a situaciones que originan la suspensión de cirugías programadas, pero que son causas prevenibles si se actúa con oportunidad para poder evitarlas. Por ejemplo, que el paciente haya comido antes de la cirugía, que el paciente no ingresa al hospital, que falta valoración del paciente, el paciente no fue preparado adecuadamente por el cirujano, que se descompuso un equipo en sala de

operaciones, falta de instrumental quirúrgico, falta aspirador, que el paciente fue operado el día anterior, o días antes, que el equipo no está esterilizado, el microscopio se descompuso, que el paciente de acuerdo con el criterio del cirujano no amerita la cirugía, no hay vapor, no se cuenta con biopsia del paciente, paciente tomo medicamento antes de la cirugía, las cirugías electivas que deben realizarse en determinado quirófano no iniciaron de conformidad a la hora exacta en que se encontraban programadas lo que genera que las demás no puedan efectuarse por dicho atraso, los cirujanos se retiraron temprano de las instalaciones del hospital, falta instrumentista, etc.

### **Causas no controlables**

Son aquellas situaciones que no se pueden controlar ajenas a los cirujanos y del personal de enfermería de sala de operaciones. Por ejemplo: que el paciente presentó temperatura alta antes de la cirugía que se le va a practicar, se le subió la presión arterial, el cirujano se enfermó, paciente con otitis, paciente con broncoespasmo, paciente con arritmia cardiaca, paciente con taquicardia, paciente con potasio bajo, paciente en mal estado, paciente se resfrió, paciente defecó, hipoglicemia alta, se presentó una emergencia, ecocardiograma alterado, paciente anticoagulado, paciente embarazada, paciente con infarto, paciente fallecido, paciente infectado, etc.

### **Quirófano**

Sala de operaciones donde se desarrolla la actividad quirúrgica en un hospital.

En el Plan Anual Operativo de la Sección de Cirugía del Hospital San Juan de Dios se establece que se programaran y realizaran un total de **35** cirugía en promedio al día en los **16** quirófanos disponibles, estimándose **3.5** cirugías realizadas por sala de operaciones.

Lo anterior, por cuanto las autoridades del Hospital San Juan de Dios consideran que el aprovechamiento del tiempo efectivo de cada quirófano es de **5** horas en las cuales una especialidad médica puede realizar con holgura **3.5** cirugías programadas, las otras **3** horas incluyen un registro por subactividad de valor agregado (traslado del paciente, preparaciones de equipo y material quirúrgico, trabajo preanestésico, aseo y asepsia de las salas, entre otras, y de valor nulo (demoras injustificadas o innecesarias).

## **CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1 Tipo de investigación**

De acuerdo con su alcance temporal el presente trabajo de investigación se considera transversal, pues describe la situación de la actividad quirúrgica electiva que se desarrolla actualmente en el Servicio de Sala de Operaciones del Hospital San Juan de Dios.

Desde la óptica estadística se considera un estudio descriptivo, pues pretende dar a conocer la forma como se desarrolla la actividad quirúrgica electiva que efectúan las especialidades médicas de cirugía dentro de la jornada ordinaria durante los días hábiles disponibles, mediante la descripción de una serie de factores preponderantes en la interrelación que se da sobre la programación de cirugías electivas- uso del recurso físico de los quirófanos. Su finalidad es detectar situaciones problemáticas, que impiden una utilización efectiva y eficiente de los recursos productivos disponibles, y buscar una respuesta que logre cambiar dicha situación.

### **3.2 Área de estudio**

El presente estudio se realizó en el Servicio de Sala de Operaciones adscrito a la Sección de Cirugía del Hospital San Juan de Dios de la Caja Costarricense de Seguro Social, que cuenta con 17 quirófanos de este nosocomio. Es importante hacer la observación que para este trabajo de investigación no se incluyeron las tres salas de operación que se han asignado a la Sección de Ginecología y Obstetricia que se encuentran en otra área de la planta física del Hospital.

### **3.3 Fuentes de información**

En toda investigación se debe establecer los procedimientos empleados para obtener la información. Al describir tales procedimientos equivale fundamentalmente a caracterizar el método y los instrumentos.

### **3.3.1 Fuentes primarias**

Las técnicas de investigación utilizadas como fuentes primarias corresponden a:

- La entrevista.
- Resultado de la aplicación de los instrumentos.
- La observación.
- La indagación.
- Proceso de recopilación y tabulación de datos mediante una hoja electrónica de Excel.
  
- La entrevista se utilizará con el propósito de obtener información de la Dirección Médica, Administración y de las Jefaturas de la Sección de Cirugía, Servicios médicos de Cirugía, Sala de Operaciones, Anestesia y Enfermería, en relación con aspectos referentes a la “Estructura de Control Interno” que se ejerce sobre la actividad quirúrgica programada dentro de la jornada ordinaria contratada

### **3.3.2 Fuentes secundarias**

Como fuentes secundarias para fundamentar los resultados del trabajo de investigación fueron consultadas las siguientes:

- Documento sobre la “Política Nacional de Salud” para el quinquenio comprendido del 2002 al 2006.
- Plan de atención a la salud de las personas (p.a.s.p.) para el período 2001-2006.
- Políticas Corporativas de la Caja Costarricense de Seguro Social, aprobadas por la Junta Directiva en la Sesión 7658, Artículo 14º, del 6 de junio del 2002.

- Plan Estratégico Corporativo Institucional de la Caja Costarricense de Seguro Social
- Plan Anual Operativo Institucional, Año 2002.
- Compromiso de Gestión del Hospital San Juan de Dios, correspondiente al período 2002.
- Plan Anual Operativo período 2002 del Hospital San de Dios, emitido por la Dirección Médica y la Administración General del Hospital San Juan de Dios.
- Planes Anuales Operativos del 2002 formulados por las Jefaturas de las especialidades médicas de cirugía.
- Plan de Presupuesto autorizado y ejecutado en el período 2002.
- Boletines Estadísticos de los meses de agosto a octubre del 2002.
- Programación diaria de la cirugía electiva que formulan los Servicios de Cirugía del Hospital San Juan de Dios, en el trimestre comprendido de agosto a octubre del 2002.
- Fórmulas de “Anestesia y Recuperación” emitidas por los médicos asistentes especialistas en anestesiología, sobre las cirugías electivas realizadas en el periodo sujeto a estudio.
- Fórmulas “Hoja Historia Operatoria”, emitidas por los médicos asistentes especialistas en cirugía, referentes a las operaciones programadas realizadas.
- Libro de Actas de Sala de Operaciones, donde se registran cada una de las cirugías realizadas.
- Reporte Diario de Labores de la Jefatura de Enfermería de Sala de Operaciones.
- Revisión de la documentación e informes de gestión de la Jefatura de Sala de Operaciones y de Anestesia.
- Informes sobre evaluación del Compromiso de Gestión de los años 2001 al 2002.

### **3.4 Población**

El presente trabajo de investigación no cuenta con diseño muestral, por cuanto se ha considerado analizar la totalidad de operaciones programadas por los Servicios Médico Quirúrgicos, correspondiente a **3113** cirugías dentro de la jornada ordinaria contratada, durante el trimestre analizado correspondiente a agosto / octubre del 2002.

#### **3.4.1 Índice operatorio**

Para el presente estudio de investigación el “Índice Operatorio” se considera la cantidad de cirugías electivas realizadas por cada Servicio Médico Quirúrgico adscrito a la Sección de Cirugía, entre el número de cirugías electivas que programó cada una de esas unidades médica dentro de la jornada ordinaria de lunes a viernes de cada semana. El porcentaje mínimo que se debe alcanzar corresponde a un 85% según el Compromiso de Gestión suscrito por el Hospital San Juan de Dios con al Dirección Compra de Servicios de Salud, de la Gerencia División Administrativa.

#### **3.4.2 Procedimiento en la recolección de la información**

El Servicio de Sala de Operaciones del Hospital San Juan de Dios cuenta con un archivo de la Programación diaria de Cirugías electivas que realizan dentro de la jornada ordinaria las especialidades médicas de cirugía, los que son ordenados en forma consecutiva de acuerdo a la fecha. Asimismo, en esta Unidad Médica se archivan los Protocolos de Anestesia, donde se deja evidenciado por parte del médicos Asistente especialista en Anestesia sobre la fecha de la operación planeada y realizada al paciente, Servicio de Cirugía que realizó la operación, nombres del cirujano principal y de los asistentes, instrumentista que asistió la cirugía, hora de inició y finalización del procedimiento quirúrgico practicado, etc.



De igual forma los médicos asistentes especialista de las diferentes especialidades médicas deben elaborar el protocolo o la Hoja de Historia Operatoria donde se anota mucha de la información antes descrita.

Para efectos del presente trabajo de investigación se tomó la totalidad de Programas de cirugía formulados en el período de estudio, así como, la totalidad de los Protocolos de Anestesia elaborados sobre las cirugías realizadas dentro de la jornada ordinaria. Además, en forma complementaria se revisó y analizó los reportes o informes que emite la Jefatura de Sala sobre las operaciones programadas efectuadas y suspendidas en el citado período.

### **3.4.3 Descripción de las técnicas de investigación utilizadas**

En cuanto a la aplicación de la técnica de observación se efectuara directamente mediante visitas y recorridos sistemáticos en el área donde se ubican las Salas Quirúrgicas, con el propósito de verificar como se lleva a cabo la programación y ejecución de las cirugías electivas.

En relación con la técnica de indagación se aplicará con el propósito de conocer el nivel de coordinación establecido entre los servicios de hospitalización, centro de equipos, enfermería y servicios generales, sala de recuperación y sala de cuidados intensivos.

La aplicación de la técnica de recopilación y tabulación de datos mediante una hoja electrónica de Excel, es con el fin de procesar la información requerida referente a la programación y ejecución de las cirugías, cumplimiento de la programación quirúrgica, obtener el índice de suspensión, causas que generan la suspensión de las operaciones programadas, etc.

Para aplicar la técnica del cuestionario se utilizará como instrumento estructurado mediante preguntas, dirigido a los Jefes que conforman la Sección de Cirugía, Sala de Operaciones, del Servicio de Anestesiología, de Enfermería.

Con el objetivo de analizar el proceso de programación y ejecución de las cirugías electivas que realizan las especialidades médicas quirúrgicas dentro de la jornada ordinaria se entrevistó Al Consejo Gerencial de Sala de Operaciones, integrado por las Jefaturas de Sala de Operaciones, Jefatura del Servicio de Anestesia, Jefatura de Enfermería, un representante administrativo de la Sección de Cirugía. Este Consejo Gerencial de Sala de Operaciones es el encargado de administrar, planificar, organizar y controlar la actividad quirúrgica electiva que se realiza en el Hospital San Juan de Dios dentro de la jornada ordinaria y las demás jornadas.

En cuanto a la técnica de observación se realizará mediante visitas y recorridos sistemáticos en el área donde se ubican las Salas Quirúrgicas, con el propósito de verificar como se lleva a cabo la programación y ejecución de las cirugías electivas.

Para la aplicación de la técnica de recopilación y tabulación en una base de datos mediante una hoja electrónica de Excel, serán utilizadas las formulas referentes a: 1- las Agendas de Pacientes citados para realizarles una cirugía programada, 2-las "Listas de Operaciones Programadas según fecha", 3- las "Hojas de Anestesia y Recuperación", 4- Hojas de Historia Operatoria, 5- Libro de Actas de Sala de Operaciones, 6- Informe diario de actividades de Enfermería, 7- Informe de Gestión del Servicio de Anestesiología, y 8- Informe del Boletín Estadístico (Cuadro 5).



### 3.5 Naturaleza de las variables e indicadores

**CUADRO 1  
NATURALEZA DE LAS VARIABLES**

| <b>Variables y su Naturaleza</b>  | <b>Indicadores</b>   |
|---|--|
| <p>1. Programación de la actividad quirúrgica electiva dentro de la jornada ordinaria.</p> <p align="center">Independiente</p>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ N° de quirófanos.</li> <li>▪ N° médicos asistentes especialistas en anestesia.</li> <li>▪ N° equipos quirúrgicos.</li> <li>▪ Frecuencia con que programan cirugías electivas las especialidades médicas.</li> <li>▪ Tipo de cirugía: de Hospitalización o ambulatoria.</li> <li>▪ <u>Cirugías electivas realizadas =</u><br/>Cirugías electivas programadas</li> <li>▪ Medir si los Servicios Médico Quirúrgicos alcanzan un 85% de Índice Operatorio.</li> </ul> |
| <p>3. Rendimientos de producción alcanzados de cirugías vrs utilización de quirófanos.</p> <p align="center">Dependiente.</p>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ N° cirugías electivas realizadas por sala de operación/ N° cirugías electivas programadas por sala de operaciones.</li> <li>▪ Medir si por quirófano se efectúan en promedio 3.5 cirugías programadas al día.</li> </ul>  |
| <p>4. Causas que originan la suspensión de cirugías.</p> <p align="center">Dependiente</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medir si los Servicios Médico Quirúrgicos alcanzan un 15% de Índice de suspensión de cirugías.</li> <li>▪ N° de cirugías suspendidas por causas controlables.</li> <li>▪ N° de cirugías suspendidas por causas no controlables.</li> </ul>  |
| <p>5. Alternativas de solución formuladas para mejorar la actividad quirúrgica programada.</p> <p align="center">Dependiente.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ N° de problemas detectados que impiden alcanzar eficacia y eficiencia en la actividad quirúrgica programada.</li> </ul>   |

**Fuente:** Objetivos de la presente investigación.

### 3.5.1 Operacionalización de variables

**CUADRO 2  
CONCEPTUALIZACIÓN, OPERACIONALIZACIÓN E INSTRUMENTACIÓN DE VARIABLES**

| ¿Presenta la actividad quirúrgica electiva que realizan las especialidades médicas de cirugía dentro de la jornada ordinaria y por espacio de un trimestre, adecuados niveles de eficiencia y eficacia respecto a la utilización de los recursos productivos disponibles y a los rendimientos de producción alcanzados?   |  |   |   |  |  |
|---|--|---|---|--|--|
| <b>Objetivo general</b><br>Analizar la actividad quirúrgica electiva que realizan las especialidades médicas de cirugía dentro de la jornada ordinaria en el trimestre comprendido de agosto a octubre del 2002, con el fin de verificar los niveles de eficiencia y eficacia respecto a la utilización de los recursos disponibles, y a los rendimientos de producción alcanzados. |  |   |   |  |  |
| <b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>  | <b>VARIABLES</b>   | <b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>  | <b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>   | <b>INDICADORES</b>   | <b>DEFINICIÓN INSTRUMENTAL.</b>  |
| Analizar el proceso de programación y ejecución de las cirugías electivas que realizan las especialidades médicas quirúrgicas dentro de la jornada ordinaria.   | Programación de la actividad quirúrgica electiva dentro de la jornada ordinaria. | Proceso mediante el cual se formula un plan quirúrgico diario, adecuadamente organizado y de gran amplitud para obtener un objetivo determinado | Conocer en detalle como se desarrolla el proceso de programación y ejecución de las cirugías electivas que realizan las especialidades médicas quirúrgicas dentro de la jornada ordinaria.<br>Esta variable se considera adecuada en la medida que se obtenga resultados positivos de los aspectos evaluados.<br>Se considera Muy buena si el cumplimiento de la programación de cirugías electivas alcanza un 90% o más.<br>Buena si el cumplimiento es de un 85% a menos del 90%.<br>Inadecuado si el cumplimiento es igual o menor al 84%. | Nº de quirófanos<br>Nº de médicos asistentes especialistas en anestesiología disponibles dentro de la jornada ordinaria.<br>Nº de equipos quirúrgicos disponibles.<br>Frecuencia con que las especialidades médicas programan las cirugías electivas.<br>Tipo de cirugía: de Hospitalización o ambulatoria.<br><u>Cirugías electivas realizadas</u> = cirugías electivas programadas Servicios Médico Quirúrgicos que alcanzan un Índice Operatorio del 85%. | -Entrevista escrita con los Jefes de Servicio de Cirugía, Sala de Operaciones, Anestesia, Jefe de Enfermería para conocer la forma como se desarrolla el proceso de programación diaria de la cirugía electiva dentro de la jornada ordinaria.<br>-Recopilación, revisión y análisis de los Programas diarios de cirugía electiva formulados por parte de la Jefatura de Sala de Operaciones.<br>Revisión y análisis de los informes mensuales que emite la Jefatura de Sala de Operaciones sobre las cirugías programadas y realizadas. |
| Determinar los rendimientos de producción alcanzados  | Análisis de los Rendimientos de producción                                       | Producto o utilidad alcanzada respecto a las cirugías electivas efectivamente realizadas en   | La variable rendimientos se evaluará de la siguiente forma:   | <u>Nº cirugías electivas realizadas por sala de operaciones.</u>   | Recopilación, tabulación y análisis de los datos contenidos en los siguientes documentos:  |

|   |  |  |   |   |   |
|---|--|--|---|---|---|
| respecto a las operaciones quirúrgicas electivas realizadas en la jornada ordinaria, en relación con la utilización del recurso físico de los quirófanos disponibles. | alcanzados de cirugías electivas.                                      | relación con el aprovechamiento del recurso físico de salas de operaciones asignadas a cada especialidad médica durante la jornada ordinaria contratada.   | Muy Bueno: si el aprovechamiento por parte de las especialidades médicas del recurso físico de sala de operaciones alcanza un 90% o más.<br><br>Bueno: si el aprovechamiento alcanza un 85% y es inferior a 90%.<br><br>Inadecuado si el aprovechamiento es inferior a un 85%.                    | Nº cirugías electivas programadas por sala de operaciones.<br><br>Determinar el promedio de cirugías electivas realizadas por quirófano = si por quirófano se efectúan en promedio 3.5 cirugías programadas al día. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Programación diaria de cirugía electiva.</li> <li>- Fórmula de Anestesia y Recuperación.</li> <li>- Libro de Sala de Operaciones.</li> <li>- Hoja de Historia Operatoria.</li> <li>- Boletín Estadístico (Cuadro 72).</li> <li>- Reportes mensuales de la Jefatura de Sala de Operaciones.</li> <li>- Reportes del Servicio de Enfermería.</li> </ul> <p>La información se procesara mediante una hoja electrónica de Excel.</p> |
| Analizar la suspensión de cirugías electivas por causas controlables y no controlables dentro de la jornada ordinaria.  | Relación causa efecto que origina la suspensión de cirugías electivas. | Cirugías electivas programadas que se suspenden por causas que eventualmente podrían ser controlables y otras no controlables que originan que se de esta situación, la cual interfiere con el normal funcionamiento de la actividad quirúrgica electiva dentro de la jornada ordinaria. | Esta variable se considera satisfactoria si el porcentaje de cirugía electiva suspendida no supera el 10%.<br><br>Si el porcentaje de suspensión es superior a un 10% y menor a un 15% se considera razonables.<br><br>Si el porcentaje de suspensión supera más del 15% se considera inadecuado. | Medir el Índice de suspensión de cirugías para verificar si alcanza al menos un 15%.<br><br>Nº de cirugías suspendidas por causas controlables.<br><br>Nº de cirugías suspendidas por causas no controlables.       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista escrita con la Jefatura de Sala de Operaciones y de Cirugía.</li> <li>- Recopilación, revisión y análisis de la Programación diaria de la cirugía electiva que formula la Jefatura de Sala de Operaciones.</li> </ul> <p>Informes administrativos diarios que emite la Jefatura de Sala de Operaciones referente a la cirugía electiva realizada y la suspendida.</p>   |

### **3.6 Limitaciones**

Para la realización del presente trabajo de investigación se presentaron limitaciones referentes al sistema de información con que cuenta el Servicio de Sala de Operaciones del Hospital San Juan de Dios, por cuanto los datos son poco fiables debido a que se incurre en omisiones de información sobre el desarrollo de la actividad quirúrgica electiva.

**CAPITULO IV**  
**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**



## **4 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

Este capítulo está organizado para lograr la mejor comprensión de los resultados obtenidos, de la siguiente manera:

En el punto 4.1 se analizara el proceso de programación y ejecución de las cirugías electivas que realizan las especialidades médicas quirúrgicas dentro de la jornada ordinaria.

En el apartado 4.2 se desarrollará un análisis sobre los rendimientos de producción alcanzados respecto a las operaciones quirúrgicas electivas realizadas en la jornada ordinaria contratada, en relación con la utilización del recurso físico de los quirófanos disponibles.

En el punto 4.3 se efectúa un análisis referente a la identificación de las causas que originan la suspensión de las cirugías programadas, y de que forma afecta esta situación el aprovechamiento efectivo del recurso físico de las salas de operaciones.

### **4.1 Proceso que se lleva a cabo para realizar la programación y ejecución de la actividad quirúrgica electiva diaria**

A continuación se describe el proceso de programación de la actividad quirúrgica electiva diaria:

- Las Jefaturas de Servicios Quirúrgicos de acuerdo con los días hábiles y las salas de operaciones que se les ha asignado proceden a llenar la fórmula “Solicitud Sala de Operaciones”, incluidos los servicios de apoyo. Esta solicitud debe venir firmada por el Jefe de Servicio, o el responsable que cada Jefatura haya autorizado para que planteé el requerimiento de quirófano.

- La Hoja “Solicitud de Sala de Operaciones” debe ser depositada por los responsables de los Servicios Quirúrgicos en un buzón ubicado a la entrada de Sala de Operaciones.
- El proceso se inicia a las 10:30 a.m. y se da un plazo de espera hasta las 11:00 de la mañana para que los Servicios tenga tiempo de plantear sus requerimientos de quirófanos.
- Esta gestión la deben realizar las Jefaturas de Servicio obligatoriamente con un día de antelación, o puede ser el mismo día en que se realiza la programación, antes de las 11 a.m.
- El Consejo Gerencial de Sala de Operaciones, representado por las Jefaturas de Sala de Operaciones a cargo de un Cirujano, de la Jefatura de Enfermería y de la Jefatura de Anestesia son los responsables de organizar, coordinar y formular la “Programación diaria de cirugía” dentro de la jornada ordinaria. Para estos efectos, se basan en las fórmulas presentadas por las Jefaturas de Servicio de la “Solicitud de Sala de Operaciones”.
- Una vez hecha la aprobación y asignación de los quirófanos, Enfermería y Anestesia distribuyen al personal, esta coordinación se realiza todos los días de la semana.
- El personal se distribuye en otros servicios que no necesariamente son en sala de operaciones, pero que requieren servicios de anestesia y de enfermería. Por ejemplo: Hemodinamia, Litotripsia, Gastroenterología, Rayos X, Unidad de Quemados, para asistir en sedaciones en el Servicio de Broncoscopia, en Radioterapia, etc.

- Todos estos factores se deben considerar a la hora de efectuar la programación y distribución del personal para asignarlos en los diferentes quirófanos y las otras unidades a las cuales se les brindan servicios.
- Una vez hecha la programación se pasa al proceso de impresión, gestión que debe efectuarse antes de las 12:30 mediodía y un funcionario encargado distribuye dicha programación a las Jefaturas de los diferentes Servicios Quirúrgicos para que se enteren de la misma, también a los servicios de apoyo por ejemplo Nutrición y la Jefatura de la Sección de Cirugía.

Un problema diario es que las “Hojas Solicitud de Sala de Operaciones” son llenadas en forma incompleta, faltando información como por ejemplo: tiempos estimado de duración de la cirugía, procedimiento quirúrgico a realizar, complejidad de la cirugía, hora estimada de inicio de la operación y la firma del cirujano responsable de la operación, etc. Esta situación ocasiona serios trastornos para la programación de las cirugías.

#### **4.1.1 Quirófanos disponibles con que cuenta la Sección de Cirugía**

Como se indicó en el Capítulo III referente al Marco Metodológico el Hospital San Juan de Dios cuenta con una disponibilidad de **17** quirófanos numerados consecutivamente del 1 al 17, para que los Servicios Médico Quirúrgicos adscritos a la Sección de Cirugía y otros que no necesariamente pertenecen a ese Departamento desarrollen la actividad quirúrgica electiva dentro de la jornada ordinaria de lunes a viernes de cada semana. Estas salas de operaciones se encuentran debidamente equipadas y en perfectas condiciones de funcionamiento puesto que la Institución hace aproximadamente cuatro años realizó una importante inversión para su modernización y acondicionamiento físico.

En el Cuadro 3 se detalla la distribución y asignación de quirófanos por especialidad médica quirúrgica y por días de la semana. Esta organización de las salas de operaciones la efectuó el Consejo Gerencial de Sala de Operaciones integrado por las siguientes Jefaturas: El jefe médico de Sala de Operaciones a cargo de un cirujano general, el Jefe del Servicio de Anestesiología, el Jefe de Enfermería del Área Quirúrgica y un representante administrativo de la Sección de Cirugía.

**CUADRO 3**  
**Disponibilidad de salas de operaciones y asignación**  
**por servicio médico quirúrgico**

| ESPECIALIDAD MÉDICA                | LUNES     | MARTES   | MIÉRCOLES | JUEVES   | VIERNES | TOTAL DÍAS | CANTIDAD SALAS ASIGNADAS POR SEMANA |
|------------------------------------|-----------|----------|-----------|----------|---------|------------|-------------------------------------|
| Cirugía 1                          | (*)1-2-12 |          | 1-2-12    |          | 1-2-12  | 3          | 9                                   |
| Cirugía 2 (C Tórax)                | 8         | 8        |           |          | 8       | 3          | 3                                   |
| Cirugía 3-Emergencias              | 7         | 7        | 7         | 7        |         | 4          | 4                                   |
| Cirugía cardiovas.                 |           | 15       | 15        | 15       | 15      | 4          | 4                                   |
| Cirugía Maxilo Fac.                |           |          |           |          | 7       | 1          | 1                                   |
| Cirugía Plástica                   | 14-15     | 1        |           | 8-14     |         | 3          | 5                                   |
| Neurocirugía                       | 6         | 6        | 6         | 6        |         | 4          | 4                                   |
| Oftalmología                       | 13        | 13       | 13        | 13       | 13      | 5          | 5                                   |
| Oncología                          | 4         | 4        | 3-4       | 3-4      | 3-4     | 5          | 8                                   |
| ORL                                |           | 3-14     | 14        |          | 14      | 3          | 4                                   |
| Ortopedia                          | 10-11     | 10-11-12 | 10-11     | 10-11-12 | 10-11   | 5          | 12                                  |
| Urología                           | 5         | 5        | 5         | 1-5      | 5       | 5          | 6                                   |
| Total quirófanos asignados por día | 13        | 13       | 13        | 13       | 13      |            |                                     |

(\*) Corresponde al número mediante el cual se identifica cada quirófano

**FUENTE:** Distribución salas de operación por especialidad médica elaborada por el Consejo Gerencial de Sala de Operaciones

De acuerdo con la información brindada por los integrantes del Consejo Gerencial de Sala de Operaciones, la asignación de quirófanos por días hábiles a la semana y por Especialidad Médica Quirúrgica, se planificó y organizó de tal forma para poder alcanzar eficiencia y eficacia en la utilización del recurso físico de los quirófanos, según se presenta en el Cuadro 3.

Los criterios utilizados que se han considerado para efectuar esta distribución y asignación de los quirófanos corresponden a:

- 1) Las necesidades que presentan cada uno de los Servicios Médicos Quirúrgicos, para que atiendan con especial interés la resolución de la lista de espera de pacientes que requieren se les practique una cirugía.
- 2) Los equipos médicos especiales con que cuentan cada uno de estos Servicio médicos, los cuales se encuentra instalados específicamente en estas salas de operaciones, por ejemplo, equipos de urología, de neurocirugía, de Oftalmología y Ortopedia.

Actualmente existen tres quirófanos sin utilizar, correspondientes a las salas de operación **3**, **9** y **16**, debido a la falta de personal profesional y técnico para conformar equipos quirúrgicos y poder habilitarlos durante la jornada ordinaria.

Los quirófanos 9 y 16 se utilizan como bodegas para custodiar equipos médicos especiales de alto costo actualmente en uso, debido a que no se cuenta con bodegas en el Área Quirúrgica para estos efectos, ya que si se retira el equipo de estas salas no existe lugar donde resguardarlos y protegerlos adecuadamente.

Por otra parte, la Sala **3** se habilita durante la jornada ordinaria pagando tiempo extraordinario al personal del Servicio de Sala de Operaciones, de manera que si no se cancela el mismo ese quirófano permanece cerrado o no se puede habilitar.

En relación con la distribución y asignación de las salas de operaciones por servicio se evidencia que: a la especialidad médica de Ortopedia se le asigna todos los días de la semana (Lunes a Viernes) con el fin de que utilice los quirófanos **10-11** y **12** durante **12** veces; Cirugía 1 con tres días a la semana (Lunes, Martes y Viernes) para que haga uso de las salas **1-2** y **12**, es decir **9** salas de operaciones; el Servicio de Oncología todos los días de la semana (Lunes a Viernes) para que opere en los quirófanos **3** y **4**, haciendo uso por

semana de **8** veces de esas salas, así sucesivamente con los demás servicios médicos quirúrgicos.

Además, como se refleja en el Cuadro 3 por día se habilitan **13** quirófanos donde se desarrolla la actividad quirúrgica electiva que llevan a cabo las especialidades médicas quirúrgicas dentro de la jornada ordinaria, que va de las 7 a las 16 horas.

#### **4.1.2 Composición del recurso profesional y técnico disponible en el servicio de sala de operaciones**

En el Cuadro 4 se describe la cantidad de personal que se dispone en el Área de Sala de Operaciones para desarrollar la actividad quirúrgica electiva en los tres turnos de trabajo del Hospital San Juan de Dios.

**CUADRO 4**  
**Composición del personal profesional y técnico**  
**disponible en sala de operaciones**

| <b>PERSONAL DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA</b>        |                 |
|---|-----------------|
| <b>TITULO DEL PUESTO</b>                              | <b>CANTIDAD</b> |
| Jefe del Servicio de Anestesiología                   | 1               |
| Jefe de Clínica del Servicio de Anestesiología        | 1               |
| Médicos Asistentes especialistas en Anestesiología    | 19              |
| Profesionales en Enfermería (Técnicos Anestesiólogos) | 9               |
| <b>Total</b>  | <b>30</b>       |
| <b>PERSONAL DE ENFERMERÍA DE SALA DE OPERACIONES</b>  |                 |
| <b>TITULO DEL PUESTO</b>                              | <b>CANTIDAD</b> |
| Jefe de Área Quirúrgica                               | 1               |
| Supervisoras de Enfermería de Sala de Operaciones     | 2               |
| Profesionales de Enfermería – Instrumentistas         | 16              |
| Auxiliares de Enfermería- Instrumentistas             | 10              |
| Auxiliares de Enfermería – Circulantes                | 28              |
| Auxiliares de Quirófano                               | 26              |
| Asistentes de Esterilización                          | 13              |
| Asistentes de Pacientes                               | 7               |
| <b>Total</b>  | <b>103</b>      |

**Fuente:** Jefaturas del Servicio de Anestesia y de Enfermería de Sala de Operaciones.

En lo referente al personal profesional y técnico disponible en el Área de Sala de Operaciones se evidencia en el Cuadro 4 que se cuenta con un total de **133** funcionarios.

El Servicio de Anestesia dispone con un Jefe del Servicio de Anestesiología, un Jefe de Clínica de dicha Unidad Médica, 19 médicos asistentes especialistas en Anestesiología y 9 profesionales en Enfermería – Técnicos en Anestesia- y actualmente cuenta con 3 residentes propios y dos rotantes que provienen de otros hospitales. El Servicio de Anestesia es una Unidad que debe dar asistencia a todos los servicios del hospital, cubre los tres turnos de trabajo durante las 24 horas al día.

De conformidad con los recursos humanos profesionales y técnicos disponibles en la jornada ordinaria el Servicio de Anestesiología pueden cubrir únicamente 12 quirófanos, ya que se debe atender otros Servicios Médicos de Hospital San Juan de Dios, como son: Cuidados Intensivos, Hemodinamia, Litotripsia, Gastroenterología, Rayos X, Unidad de Quemados, hacer sedaciones en Broncoscopia, en Radioterapia, etc. La incidencia de incapacidades se considera que es de un 5%, situación que ha afectado en forma importante las actividades que se desarrollan en Sala de Operaciones.

Según comentario de la Jefatura del Servicio de Anestesia de acuerdo con un estudio de necesidades de recurso humano profesional que se realizó recientemente en ese Servicio se requieren al menos 19 médicos asistentes especialistas en anestesiología para poder atender la demanda que existe en el hospital. Si se laborara el tercer turno como jornada extraordinaria se requeriría 19 profesionales médicos en esta especialidad, si se toma el tercer turno como jornada ordinaria la necesidad sería de 14 profesionales.

De acuerdo con los datos presentados en el Cuadro 4 el Servicio de Enfermería de Sala de Operaciones cuenta con un total de 103 funcionarios, cuya distribución en las diferentes jornadas de trabajo es la siguiente:

- Primer Turno que va de las 6 a las 14 horas, doce Equipos Quirúrgicos para cubrir las trece salas que se habilitan por día para realizar la actividad quirúrgica electiva que realizan las especialidades médicas quirúrgicas y para asistir o atender requerimientos de otros Servicios Médicos del Hospital.
- Segundo Turno comprendido de las 14 horas a las 22 horas, se programan tres Equipos Quirúrgicos.



- Tercer Turno de las 22 horas de un día a las 6 horas del día siguiente, se programan tres Equipos Quirúrgicos.

De acuerdo con información brindada por la Jefatura de Enfermería de Sala de Operaciones siempre se encuentran de 8 a 9 funcionarios en vacaciones, 2 profesionales instrumentistas, 1 auxiliar de enfermería instrumentista, 3 o 2 auxiliares de enfermería circulante, 2 auxiliares de enfermería asistentes de esterilización y 1 asistente de paciente, en consecuencia esto afecta la programación de la actividad quirúrgica electiva dentro de la jornada ordinaria.

En relación con el índice de incapacidades se considera que está bien, sin embargo, hay temporadas que este problema se agudiza, en este momento esta en un 3%. Actualmente hay una auxiliar de enfermería con 1 año y medio de incapacidad y una Supervisora con 8 ½ meses incapacitada. Las incapacidades del personal de enfermería de sala es otro problema que afecta las labores de sala de operaciones.

#### **4.1.3 Problemas en la programación de cirugías electiva**

De acuerdo con las manifestaciones brindadas en la entrevista que se les realizó a los miembros que integran el Consejo Gerencial de Sala de Operaciones del Hospital San Juan de Dios, existen problemas que afectan el proceso de programación y ejecución de las cirugías electivas, debido a que algunas Jefaturas de Servicios Médico Quirúrgicos no están gerenciando ni aprovechando adecuadamente las salas de operaciones que se les ha asignado, por cuanto esta situación depende de la forma como dichas jefaturas programan las cirugías, factor que hasta el momento es ajeno al Consejo Gerencial de Sala de Operaciones.

En este sentido, expresaron que se presentan los siguientes problemas:

- Existen servicios médico quirúrgicos del Hospital San Juan de Dios que disponen de cirujanos que están contratados únicamente durante 4 horas al día (media jornada), sí programan dos o tres cirugías en horas de la mañana al menos deben suspender 1 o 2 dependiendo de la patología del paciente, puesto que en muchos casos la primer cirugía se prolonga, lo que retrasa las demás operaciones por lo que esos profesionales médicos no están dispuestos a trabajar más de las 4 horas contratadas.
- Un serio problema es la jornada laboral con la cual funciona el Servicio de Sala de Operaciones ya que este no es coincidente con el de los cirujanos de los diferentes Servicios Médico Quirúrgicos del Hospital y de los Anestesiólogos. El personal de Enfermería de Sala de Operaciones que conforman los equipos quirúrgicos tienen un horario contratado dentro de la jornada laboral ordinaria de 6 a las 14 horas.

Los cirujanos de los Servicios Médicos Quirúrgicos inician normalmente la jornada a las 7 a.m. y la finalizan a las 4 p.m. Estos profesionales médicos empiezan a realizar las cirugías electivas programadas aproximadamente a las 7:30 a.m. o a las 8:00 a.m. Lo anterior significa, que el personal de Enfermería de Sala de Operaciones que integran los equipos quirúrgicos de esa jornada está subutilizados de las 6:00 a.m. a las 7:30 a.m., es decir, durante aproximadamente 1 hora con treinta minutos mientras se inicia la actividad quirúrgica electiva diaria.

Por otra parte, las cirugías programadas van finalizando aproximadamente a las 12:30 p.m. o a la 1:30 p.m., por lo que a partir de esa hora hasta las 2 p.m. que finalizan la jornada ordinaria del personal de enfermería de sala de operaciones se da también una subutilización de aproximadamente 1 hora. Esta situación afecta la programación y ejecución de la actividad quirúrgica dentro de la jornada ordinaria.

- Otra situación que afecta el proceso se debe a que los cirujanos no se presentan a la hora exacta en que solicitaron se les programara la cirugía, aspecto que impide iniciar oportunamente según el horario programado, lo que interfiere con el cumplimiento de las otras cirugías, ya que la primera empezó con retraso.
- Sobre esta situación se le ha informado en forma reiterativa a las Jefaturas de Servicios Médico Quirúrgicos para que adopten medidas correctivas, sin embargo, es poco lo que se ha logrado para que se cumpla fielmente con la hora que se ha definido previamente para iniciar la cirugía programada.
- No se les exige a los cirujanos asumir sus responsabilidades y cumplimiento de las horas programadas en cirugía.
- Existen problemas con la contratación de materiales y suministros requeridos en el Servicio de Sala de Operaciones, situación que afecta el normal funcionamiento de la actividad quirúrgica electiva.
- Existe problemas con el mantenimiento preventivo y correctivo de equipos en sala de operaciones, lo que ocasiona que en algunos casos no se puedan habilitar los quirófanos.
- Los cirujanos no preparan adecuadamente la patología del paciente que van a operar, situación que origina la suspensión de la cirugía programada. Pacientes que van a ser operados, sin embargo, no han sido adecuadamente valorados ni se les ha practicado oportunamente los exámenes requeridos por lo que se debe suspender la cirugía por esta razón.

- Existen cirujanos que programan tres cirugías de alta complejidad en una misma sala, cuya duración es prologada por lo que al extenderse la primera se deben suspender las demás.
- Se dan caso donde el cirujano suspende la cirugía debido a que se retiró temprano de las instalaciones del hospital, aún cuando dicho profesional médico hubiera gestionado con la debida antelación la programación de dicha operación. Estas situaciones se presentan pocas veces, sin embargo se dan.
- Por otra parte, hay cirujanos que no cuentan con la habilidad para resolver la patología programada con mayor oportunidad o agilidad en comparación con otros profesionales médicos, lo que genera que las demás cirugías se retrasen o se tengan que suspender.

La planificación y programación de las cirugías electivas corresponde al proceso mediante el cual se formula un plan quirúrgico diario, adecuadamente organizado y de gran amplitud para obtener un objetivo determinado a fin de aprovechar de la mejor manera los recursos disponibles. De acuerdo con lo descrito anteriormente, el análisis permite evidenciar que existen debilidades importantes que afectan dicho proceso dentro de la jornada ordinaria.

Es decir, se presentan problemas que impiden organizar adecuadamente los recursos como son los horarios contratados de los profesionales médicos y el personal del Servicio de Sala de Operaciones que afectan directamente la programación. Aunado a lo anterior, se refleja debilidad en el control y supervisión puesto que los cirujanos no cumplen razonablemente para iniciar las cirugías a la hora que fue previamente programada, casos de pacientes que no son preparados ni valorados adecuadamente de acuerdo a la patología y cirujanos que suspenden la operación programada puesto que se retiran del hospital sin que exista una justificación razonable.

#### 4.1.4 Programación de cirugías electivas por servicio médico quirúrgico

En el Cuadro 5 se detalla la cantidad de cirugías electivas programadas en la jornada ordinaria en el trimestre objeto de estudio correspondiente a agosto/ octubre del 2002, por los diferentes Servicios Médico Quirúrgicos de la Sección de Cirugía del Hospital San Juan de Dios.

**CUADRO 5**  
**Cirugías electivas programadas**  
**durante la jornada ordinaria de los**  
**servicios médico quirúrgicos**  
**Periodo agosto/ octubre 2002.**

| ESPECIALIDAD MÉDICA<br>QUIRÚRGICA | TOTAL DE CIRUGÍAS |        |             |        |
|-----------------------------------|-------------------|--------|-------------|--------|
|                                   | HOSPITALIZACIÓN   | %      | AMBULATORIA | %      |
| ORTOPEDIA                         | 481               | 79.77% | 122         | 20.23% |
| UROLOGÍA                          | 310               | 84.47% | 57          | 15.53% |
| CIRUGÍA PLÁSTICA                  | 343               | 95.55% | 16          | 4.45%  |
| OFTALMOLOGÍA                      | 177               | 62.77% | 105         | 37.23% |
| ONCOLOGÍA                         | 228               | 85.07% | 40          | 14.93% |
| CIRUGÍA 1                         | 200               | 77.52% | 58          | 22.48% |
| CIRUGÍA 2                         | 181               | 72.40% | 69          | 27.60% |
| CIRUGÍA 3                         | 214               | 91.45% | 20          | 9.35%  |
| ORL                               | 55                | 37.41% | 92          | 62.59% |
| CIRUGÍA CARDIOVASCULAR            | 81                | 57.86% | 59          | 42.14% |
| NEUROCIRUGÍA                      | 139               | 99.29% | 1           | 0.71%  |

|                       |             |               |            |               |
|-----------------------|-------------|---------------|------------|---------------|
| CIRUGÍA MAXILO FACIAL | 12          | 100%          | 0          | 0%            |
| EMERG. QUIRÚRGICAS    | 30          | 100%          | 0          | 0%            |
| HEMATOLOGÍA           | 9           | 100%          | 0          | 0%            |
| UCI                   | 8           | 100%          | 0          | 0%            |
| NEFROLOGÍA            | 2           | 100%          | 0          | 0%            |
| Hemodinamia           | 1           | 100%          | 0          | 0%            |
| RADIOTERAPIA          | 1           | 100%          | 0          | 0%            |
| EMERG. GINECOLÓGICAS  | 1           | 100%          | 0          | 0%            |
| CARDIOLOGÍA           | 1           | 100%          | 0          | 0%            |
| <b>TOTALES</b>        | <b>2474</b> | <b>79.47%</b> | <b>639</b> | <b>20.53%</b> |

**FUENTE:** "Programas de Cirugías Electivas formuladas en el trimestre agosto/ octubre del 2002.

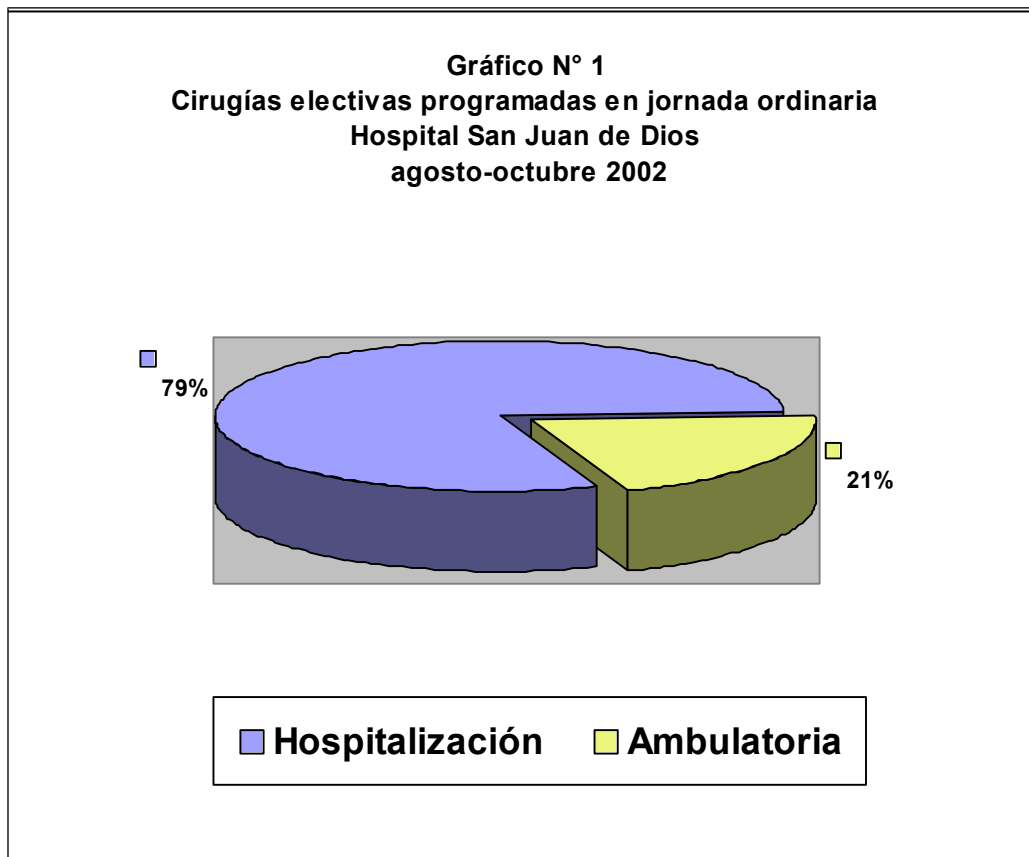
En el Plan Anual Operativo formulado por la Sección de Cirugía para el año 2002 se definió como meta la programación y realización de **14825** cirugía electivas durante ese año, que en promedio equivale a programar **1235** operaciones por mes y un total de aproximadamente **3706** cirugías por trimestre.

Como se observa en el Cuadro 5, veinte Servicios Médicos programaron un total de **3113** procedimientos quirúrgicos electivos en la jornada ordinaria. La información procesada sobre dicha "Programación" revela que el **79.47%** se asocia con **2474** cirugías electivas de hospitalización y el **20.53%** corresponden a **639** del programa de cirugías electivas ambulatorias. Este último indicador es importante por cuanto una política del hospital consignada en el Plan Anual Operativo del 2002, es que los Servicios Médico Quirúrgicos a mediano plazo deben llegar a programar paulatinamente hasta un **50%** de Cirugía Ambulatoria, ello con el fin de reducir costos de hospitalización, gerenciar eficientemente el recurso cama hospitalaria y gestionar eficazmente la lista de espera de pacientes que requieren una cirugía.

El trimestre analizado contó con **66** días hábiles, Agosto con 22 días; Setiembre 21 y Octubre con 23. Lo anterior, significa que en promedio se programaron **47.16** cirugías electivas por día hábil en dicho período y se estima que por mes se programaron **1037.67** cirugías electivas.

Sin embargo, los resultados presentados en el Cuadro 5 permiten evidenciar que en relación con la meta establecida en el Plan Anual Operativo del 2002 se dejaron de programar aproximadamente **197** cirugías electivas por mes, equivalentes a **9** operaciones por día hábil disponible en el trimestre.

En este sentido, los resultados del análisis revelan que no se está actuando consecuentemente para alcanzar los objetivos y metas definidos en el Plan Anual Operativo formulado por la Sección de Cirugía para el año 2002. Es decir, parece que el Plan Anual Operativo del 2002 fue formulado para cumplir con un requisito obligatorio de orden presupuestario y no como una herramienta de trabajo mediante la cual todos los recursos básicos a disposición de los responsables, se hayan planificado sustantivándolos en programas operativos, destinados a conseguir los objetivos propuestos por la Sección de Cirugía respecto a la actividad quirúrgica electiva.



**Fuente:** “Programación Diaria de Cirugía Electiva” emitido por el Consejo Gerencial de Sala de Operaciones, HSJD.

El grafico anterior, ilustra la composición de la “Programación de la Cirugía Electiva” que realizan las Jefaturas de Servicios Médicos adscritos a la Sección de Cirugía dentro de la jornada ordinaria en el trimestre de agosto a octubre del 2002.

Se evidencia claramente que la mayor proporción representada por **2474** (79.47%) corresponden a cirugías electivas de hospitalización y el resto al programa de cirugías ambulatorias equivalentes a **639** (20.53%).

Seguidamente en el Cuadro 6 se consigna la cantidad de cirugías electivas programadas en la jornada ordinaria en el trimestre objeto de estudio, que fueron realizadas por los diferentes Servicios Médico Quirúrgicos de la Sección de Cirugía del Hospital San Juan de Dios y se muestra el Índice Operatorio alcanzado por cada uno de estas Unidades Médicas.

**CUADRO 6**  
**Cumplimiento de la cirugía electiva programada**  
**e índice operatorio alcanzado por cada uno de los**  
**servicios médico quirúrgicos**  
**Período agosto/ octubre 2002**

| ESPECIALIDAD MÉDICA QUIRÚRGICA | TOTAL DE CIRUGÍAS |            |                   |
|--------------------------------|-------------------|------------|-------------------|
|                                | PROGRAMADAS       | REALIZADAS | INDICE OPERATORIO |
| EMERG. QUIRÚRGICAS             | 30                | 29         | 96.67%            |
| UROLOGÍA                       | 367               | 343        | 93.46%            |
| ORL                            | 147               | 135        | 91.84%            |
| CIRUGÍA PLÁSTICA               | 359               | 349        | 97.21%            |
| CIRUGÍA 1                      | 258               | 235        | 91.09%            |
| OFTALMOLOGÍA                   | 282               | 248        | 87.94%            |
| CIRUGÍA 2                      | 250               | 218        | 87.20%            |
| NEUROCIRUGÍA                   | 140               | 121        | 86.43%            |
| ORTOPEDIA                      | 603               | 519        | 86.07%            |
| ONCOLOGÍA                      | 268               | 224        | 83.58%            |
| CIRUGÍA 3                      | 234               | 182        | 77.78%            |
| CIRUGÍA CARDIOVASCULAR         | 140               | 107        | 76.43%            |
| CIRUGÍA MAXILO FACIAL          | 12                | 9          | 75%               |
| UCI                            | 8                 | 6          | 75%               |
| CARDIOLOGÍA                    | 1                 | 1          | 100%              |
| EMERG. GINECOLÓGICAS           | 1                 | 1          | 100%              |



|                |             |             |               |
|----------------|-------------|-------------|---------------|
| HEMATOLOGÍA    | 9           | 8           | 88.89%        |
| Hemodinamia    | 1           | 1           | 100%          |
| NEFROLOGÍA     | 2           | 2           | 100%          |
| RADIOTERAPIA   | 1           | 1           | 100%          |
| <b>TOTALES</b> | <b>3113</b> | <b>2739</b> | <b>87.98%</b> |

**FUENTE:** "Programas de Cirugías Electivas formuladas en el trimestre agosto/ octubre del 2002. Protocolos de Anestesia.

El Compromiso de Gestión del 2002 que suscribieron las autoridades médicas de Hospital San Juan de Dios con la Dirección Compra de Servicios de Salud adscrita a la Gerencia División Administrativa, se definió que se debía alcanzar para ese período al menos un cumplimiento del **85%** de Índice Operatorio.

Es importante enfatizar que el objetivo específico definido sobre el Índice Operatorio del citado Compromiso de Gestión es el de **"Incrementar el porcentaje de cirugías realizadas producto de la eficiencia en la gestión interna del centro"**.

Asimismo, en el Plan Anual Operativo formulado por la Sección de Cirugía para el 2002 se definió como objetivo específico **"Incrementar el porcentaje de pacientes operados al 85%"**.

Como se observa en el Cuadro 7 el Índice Operatorio obtenido en el trimestre evaluado agosto/ octubre del 2002 en términos generales se considera satisfactorio puesto que alcanza un **88%**, es decir, supera el **85%** establecido en el Compromiso de Gestión del 2002 y el Plan Anual Operativo de ese año formulado por la Sección de Cirugía.

Sin embargo, como se comentará y analizará más adelante en el punto 4.3 del presente Capítulo de "Análisis e Interpretación de Resultados", esta situación es contradictoria puesto que la diferencia del **12%** corresponde a la suspensión de cirugías por causas que en su mayoría son controlables y en menor proporción a causas no controlables que generan un alto costo de operación para la institución y donde se refleja que no existe una razonable eficiencia en la gestión de la

actividad quirúrgica electiva en la jornada ordinaria como lo exige el Compromiso de Gestión suscrito.

En este sentido, 5 Especialidades Médicas como son: Emergencias Quirúrgicas, Urología, ORL, Cirugía Plástica y Cirugía 1 en su orden, superaron la meta del 85 % de Índice Operatorio, alcanzando más del **91%**, es decir, que en contraposición el índice de suspensión de operaciones es inferior al **10%** y por lo menos tres de estos Servicios Médico Quirúrgicos mantienen un total de **689** pacientes en lista de espera para que se les realice una cirugía electiva. Dichos Servicios Médicos corresponden a: Urología con **127** pacientes, Cirugía Plástica con **120** y Cirugía 1 con **442** pacientes. Se desconoce el registro de Otorrinolaringología ya que a pesar que se solicitó la información ésta no fue suministrada por la Jefatura correspondiente.

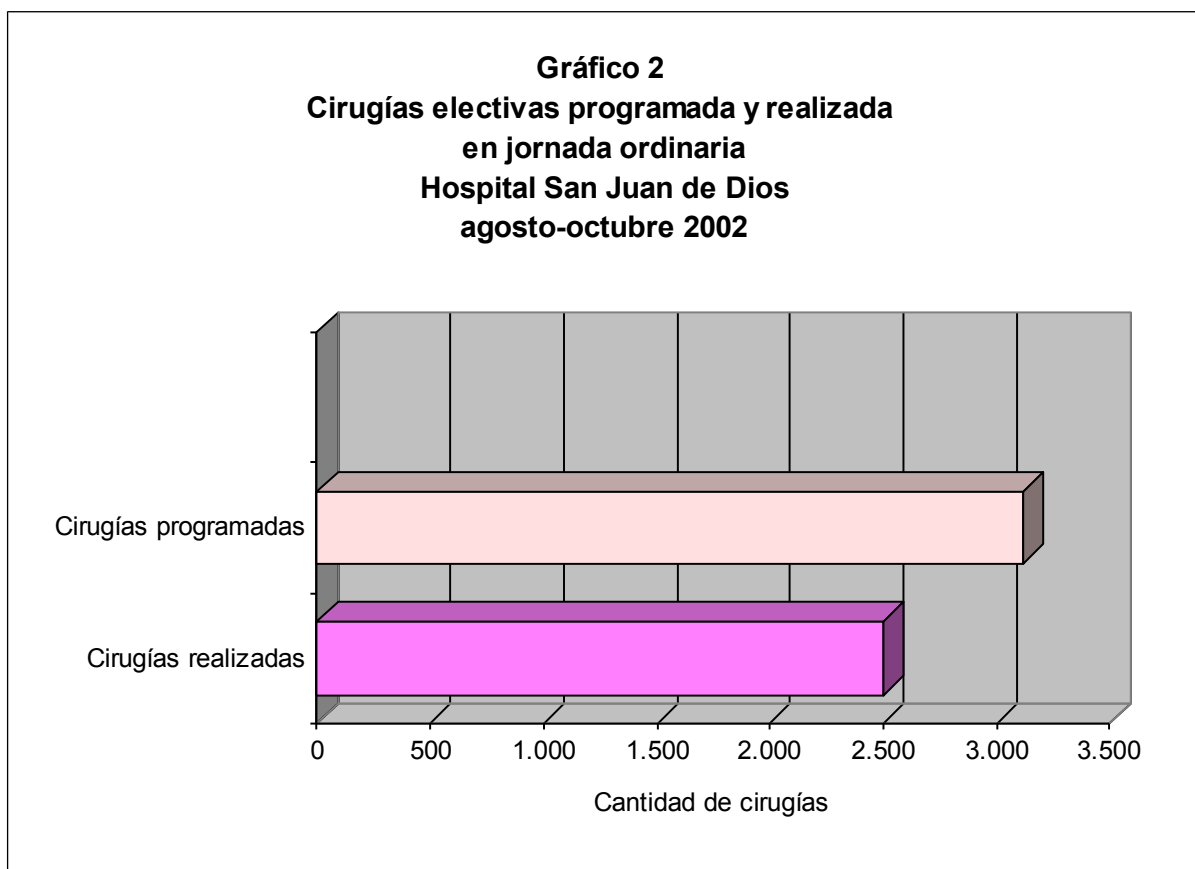
Asimismo, cuatro servicios alcanzaron y superaron la meta del **85%**, pero con porcentajes menores al **90%**, lo que significa que el índice de suspensión de cirugías es mayor al **10%**.

Los Servicios Médicos de Oncología, Cirugía 3, Cirugía Cardiovascular, Cirugía Maxilo Facial y la Unidad de Cuidados Intensivos no alcanzaron el Índice Operatorio del **85%**, reflejándose que no están cumpliendo con el Índice pactado en el Compromiso de Gestión e inclusive con la meta definida en el Plan Anual Operativo de la Sección de Cirugía para el 2002.

En relación con el Índice Operatorio de estos últimos servicios médicos es importante mencionar que uno de los objetivos sustantivos del control es juzgar la productividad alcanzada por las diferentes unidades que conforman una organización, con el propósito de verificar que las operaciones se realicen con eficiencia: rendimiento efectivo sin desperdicios innecesarios; con efectividad: logro de los objetivos y metas programadas en los planes, con economía: ejecutar las operaciones al costo mínimo posible. De acuerdo con la información revisada

y analizada, la cual fue proporcionada por el Consejo Gerencial de Sala de Operaciones, se verificó que no se efectúa una evaluación trimestral de la actividad quirúrgica electiva que se desarrolla en la jornada ordinaria, situación que impide valorar con oportunidad los rendimientos que están alcanzando los diferentes servicios médicos.

Los Servicios de Hematología, Hemodinamia, Nefrología, y Radioterapia no se hace ningún comentario por cuanto no programan regularmente, como sí lo hacen los demás servicios médicos quirúrgicos antes comentados.



**FUENTE:** "Programas de Cirugías Electivas formuladas en el trimestre agosto/ octubre del 2002. Protocolos de Anestesia.

El gráfico 2, ilustra el Índice Operatorio general correspondiente al **88%** alcanzado en el trimestre analizado agosto/ octubre del 2002, que se asocia con la realización de **2739** cirugías electivas de un total de **3113** programadas por los 21

servicios médicos del Hospital San Juan de Dios que programaron cirugías electivas dentro de la jornada ordinaria.

#### **4.2 Rendimientos de producción alcanzados de cirugías electivas en relación con la utilización de los quirófanos disponibles**

La Sección de Cirugía del Hospital San Juan de Dios dispone de 17 quirófanos para desarrollar la actividad quirúrgica electiva que programan las 14 especialidades médicas adscritas a la misma durante la jornada ordinaria.

Como se había mencionado en el punto 4.1 del presente capítulo los quirófanos 9 y 16 no se están utilizando actualmente para la actividad quirúrgica electiva programada dentro de la jornada ordinaria. Por dos razones:

En primer término, no se dispone con el suficiente recurso humano profesional y técnico requerido para su habilitación y en segundo lugar se utilizan como bodegas para custodiar equipos quirúrgicos de alto costo actualmente en uso, debido a que no se cuenta con bodegas en el Área Quirúrgica para estos efectos, ya que si se retira el equipo de estas salas no existe lugar donde resguardarlos y protegerlos.

Una situación que llama la atención corresponde con la gestión y utilización que se realiza con la Sala 17, la cual ha sido asignada al Servicio de Cirugía Plástica a la Unidad de Quemados.

Este quirófano reúne todas las condiciones para realizar cirugía mayor compleja y se habilita todos los días hábiles de la semana para que se efectúen operaciones, según se tuvo por demostrado, asignándose equipos quirúrgicos y médicos asistentes especialista en anestesia. Sin embargo, esta sala de operaciones no se encuentra bajo el control del Consejo Gerencial de Sala de Operaciones. La documentación referente a la programación, protocolos de anestesia e informes de

cirugía realizada y suspendida los lleva directamente la Jefatura del Servicio de Cirugía Plástica.

#### 4.2.1 Programación de cirugía electiva por quirófano

En el Cuadro 7 se presenta la cantidad de cirugías electivas programadas por sala de operación dentro de la jornada ordinaria en el trimestre objeto de estudio correspondiente a agosto/ octubre del 2002.

**CUADRO 7**  
**Cirugías electivas programadas**  
**por quirófano disponible**  
**Hospital San Juan de Dios**  
**Período agosto/ octubre 2002**

| SALA DE OPERACIÓN | TOTAL       | PORCENTAJE DE PROGRAMACIÓN | PROMEDIO CIRUGÍA PROGRAMADA POR DÍA |
|-------------------|-------------|----------------------------|-------------------------------------|
| SALA 1            | 200         | 6.42%                      | 3.03                                |
| SALA 2            | 106         | 3.40%                      | 1.61                                |
| SALA 3            | 222         | 7.13%                      | 3.36                                |
| SALA 4            | 94          | 3.02%                      | 1.42                                |
| SALA 5            | 186         | 5.97%                      | 2.82                                |
| SALA 6            | 158         | 5.08%                      | 2.39                                |
| SALA 7            | 82          | 2.63%                      | 1.24                                |
| SALA 8            | 282         | 9.06%                      | 4.27                                |
| SALA 10           | 282         | 9.06%                      | 3.77                                |
| SALA 11           | 249         | 8.00%                      | 3.77                                |
| SALA 12           | 183         | 5.87%                      | 2.77                                |
| SALA 13           | 293         | 9.41%                      | 4.44                                |
| SALA 14           | 223         | 7.16%                      | 3.38                                |
| SALA 15           | 172         | 5.53%                      | 2.61                                |
| SALA 17           | 243         | 7.81%                      | 3.68                                |
| Litotripcia       | 138         | 4.43%                      | 2.09                                |
| <b>TOTAL</b>      | <b>3113</b> | <b>100%</b>                | <b>2.94</b>                         |

FUENTE: "Programación Diaria Cirugía Electiva" emitido por el Consejo Gerencial de Sala de Operaciones.

Los resultados presentados en la Cuadro 7 permiten evidenciar que en promedio se programan en términos generales **2.94** cirugías electivas al día por quirófano dentro de la jornada ordinaria.

El análisis efectuado revela que en los quirófanos donde se programa en promedio **4** cirugías electivas al día dentro de la jornada ordinaria corresponden a las salas 8 y 13 las cuales han sido asignadas a los Servicios Médico Quirúrgicos de Cirugía 2 (Cirugía de Tórax) y Oftalmología.

En cinco quirófanos 1, 3, 10, 11, 14 y 17 se programa un estimado de **tres** cirugías electivas al día y estas salas de operación se han asignado a las especialidades médicas de Cirugía 1, Oncología, Ortopedia y Cirugía Plástica.

En ocho salas de operaciones se programan al día en promedio **menos de tres** cirugías electivas. Estas corresponden a las salas: 2, 4, 5, 6, 7, 12, 15 y una sala para realizar procedimientos de Litotripsia del Servicio de Urología. La sala 2 asignada al Servicio de Cirugía 1, el quirófano 4 a Oncología, la sala 5 a Urología, el quirófano 6 a Neurocirugía, la sala 7 para atender las emergencias quirúrgicas por parte del Servicio de Cirugía 3, la sala 12 a Cirugía 1 y a Ortopedia, los quirófanos 15 y 17 al Servicio de Cirugía Plástica y la Unidad de Quemados respectivamente.

#### **4.2.2 Rendimientos de producción alcanzados de cirugías electivas vrs utilización de los quirófanos disponibles**

En la Cuadro 8 se muestra los rendimientos de producción alcanzados de cirugías electivas realizadas vrs utilización del recurso físico de sala de operaciones.

Es importante mencionar que en el Plan Anual Operativo de la Sección de Cirugía se establece que se programarán y realizarán un total de **35** cirugía en promedio al día en los **16** quirófanos disponibles, estimándose **3.5** cirugías realizadas por sala de operaciones.

Lo anterior, por cuanto las autoridades del Hospital San Juan de Dios consideran que el aprovechamiento del tiempo efectivo de quirófano es de **5** horas en las

cuales una especialidad médica puede realizar en la mayoría de los casos con holgura **3.5** cirugías programadas, las otras **3** horas incluyen un registro por subactividad de valor agregado (traslado del paciente, preparaciones de equipo y material quirúrgico, trabajo preanestésico, aseo y asepsia de las salas, entre otras, y de valor nulo (demoras injustificadas o innecesarias).

**CUADRO8**  
**Análisis sobre los rendimientos de producción alcanzados**  
**de cirugías selectivas vrs utilización de los quirófanos**  
**hospital san Juan de Dios**  
**Periodo agosto/octubre 2002**

| SALA DE OPERACIONES | CIRUGÍAS ELECTIVA PROGRAMADAS Y REALIZADAS |             |             |                                   | PROMEDIO CIRUGÍA REALIZADAS POR DÍA |
|---------------------|--|-------------|-------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
|                     | PROGRAMADAS                                | SUSPENDIDAS | REALIZADAS  | % DE APROVECHAMIENTO DE QUIRÓFANO |                                     |
| SALA 1              | 200  | 17          | 183         | 91.5 %                            | 2.77                                |
| SALA 2              | 106  | 19          | 87          | 82.07 %                           | 1.31                                |
| SALA 3              | 222  | 26          | 196         | 88.28 %                           | 2.97                                |
| SALA 4              | 94   | 10          | 84          | 89.36 %                           | 1.27                                |
| SALA 5              | 186  | 27          | 159         | 85.48 %                           | 2.40                                |
| SALA 6              | 158  | 16          | 142         | 89.87 %                           | 2.15                                |
| SALA 7              | 82   | 10          | 72          | 87.80 %                           | 1.09                                |
| SALA 8              | 282  | 31          | 251         | 89.00 %                           | 3.80                                |
| SALA 10             | 282  | 48          | 234         | 82.97 %                           | 3.54                                |
| SALA 11             | 249  | 33          | 216         | 86.74 %                           | 3.27                                |
| SALA 12             | 183  | 26          | 157         | 85.79 %                           | 2.37                                |
| SALA 13             | 293  | 30          | 263         | 89.76 %                           | 3.98                                |
| SALA 14             | 223  | 45          | 178         | 79.82 %                           | 2.69                                |
| SALA 15             | 172  | 36          | 136         | 79.06 %                           | 2.06                                |
| SALA 17             | 243  | 0           | 243         | 100 %                             | 3.68                                |
| LITROTRIPSIA        | 138  | 0           | 138         | 100 %                             | 2.09                                |
| <b>TOTAL</b>        | <b>3113</b>                                | <b>374</b>  | <b>2739</b> | <b>87.98 %</b>                    | <b>37.84</b>                        |

FUENTE: "Programas de Cirugías Electivas formuladas en el trimestre agosto/ octubre del 2002. Protocolos de Anestesia.

Los resultados presentados en el Cuadro 8 permiten evidenciar que el aprovechamiento del recurso físico de los quirófanos, estableciendo la relación entre cirugías programadas por sala de operaciones y las efectivamente realizadas, en términos generales es bueno ya que alcanza un porcentaje del **87.98%**.

La Sala 1, 17 y la de Litotripsia son las únicas que alcanza un aprovechamiento muy bueno que supera el **90%**. Estos quirófanos son asignados a la Especialidad

Médica Quirúrgica de Cirugía 1 que alcanzó un Índice Operatorio del **91.09%** y los Servicios de Urología que obtuvo un Índice Operatorio del **93.46%**, el de Cirugía Plástica que obtuvo un **97.21%**.

De acuerdo a los datos procesados y analizados en 9 quirófanos se alcanza un aprovechamiento que se considera bueno, puesto que obtienen un porcentaje superior al **85%** pero menor al **90%**. Estos quirófanos corresponden a: las salas 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12 y 13. En la sala 3 operan los Servicios Médicos de O.R.L y Oncología. Se debe recordar que este quirófano para que sea habilitado se paga tiempo extraordinario a un equipo quirúrgico.

En la Sala 4 por lo general opera Oncología, en la Sala 5 Urología, Sala 6 Neurocirugía, Sala 7 Emergencias Quirúrgicas, en la Sala 8 Cirugía 2 (Cirugía de Tórax), en la Sala 11 y 12 opera el Servicio de Ortopedia y en la Sala 13 el Servicio de Oftalmología.

En relación con los quirófanos 2, 10, 14 y 15 alcanzan un aprovechamiento que se considera inadecuado por cuanto obtienen un rendimiento menor al **85%**.

En estas salas operan los Servicios de Cirugía 1, Ortopedia, O.R.L. y Cirugía Cardiovascular.

Sin embargo, aún cuando los rendimientos de producción alcanzados de cirugías programadas en relación con las realizadas por utilización de sala son razonablemente aceptables, parece incongruente esta situación si se realiza un análisis comparativo con el promedio de cirugías electivas efectuadas por quirófano, dentro de la jornada ordinaria en el trimestre analizado que contó con 66 días hábiles.

Lo anterior, por cuanto sólo los quirófanos 8, 10, 13 y 17 alcanzan un rendimiento en su utilización superior a 3.5 cirugías realizadas en promedio al día dentro de la jornada ordinaria. Es decir, que el uso que se les está dando es bastante



aceptable y están cumpliendo con el indicador establecido por la Sección de Cirugía de realizar al menos 3.5 operaciones al día por sala.

Mientras que, según se refleja de los resultados presentados en el Cuadro 8, existen ocho quirófanos (Salas 1, 3, 5, 6, 12, 14 y 15) donde se llegan a realizar en promedio menos de 3 cirugías electivas programadas dentro de la jornada ordinaria.

Esta situación se hace más evidente al analizar los promedios de cirugías realizadas en el uso de las salas 2, 4, y 7, donde no se llega a realizar ni siquiera 2 operaciones programadas al día. Lo anterior, significa que el uso que se les está dando a estos quirófanos es mínimo.

En consecuencia se evidencia que existe cierto grado de subutilización del recurso físico de sala de operaciones dentro de la jornada ordinaria, compuesto por sus componentes de los quirófanos (planta física), recurso humano profesional y técnico ( Médicos Asistentes Especialista en Anestesia y Personal de Enfermería que integran los equipos quirúrgicos) y de equipos especiales como son mesas quirúrgicas, lámparas cielíticas, máquinas de anestesia, monitores de signos vitales.

#### **4.3 Análisis de la suspensión de cirugías electivas programadas por causas controlables y no controlables dentro de la jornada ordinaria**

En el Cuadro 9 se muestra el Índice de suspensión de cirugías alcanzado por cada uno de los servicios médicos quirúrgicos que programaron y realizaron operaciones programadas dentro de la jornada ordinaria en el trimestre bajo análisis.

### CUADRO 9

**Análisis sobre el índice de suspensión de cirugías electivas por servicio médico quirúrgico  
Hospital San Juan de Dios  
Periodo agosto/ octubre 2002**

| ESPECIALIDAD MÉDICA | TOTAL DE CIRUGÍAS ELECTIVAS |             |             |                      | PACIENTES EN LISTA DE ESPERA |
|---------------------|-----------------------------|-------------|-------------|----------------------|------------------------------|
|                     | PROGRAMADAS                 | REALIZADAS  | SUSPENDIDAS | ÍNDICE DE SUSPENSIÓN |                              |
| CARDIOLOGÍA         | 1                           | 1           | 0           | 0 %                  | 52                           |
| CIRUGÍA 1           | 258                         | 235         | 23          | 8.91 %               | 442                          |
| CIRUGÍA 2           | 250                         | 218         | 32          | 12.80 %              | 31                           |
| CIRUGÍA 3           | 234                         | 182         | 52          | 22.22 %              | 0                            |
| C. CARDIVASC.       | 140                         | 107         | 33          | 23.57 %              | 690                          |
| C. MAXILO FAC.      | 12                          | 9           | 3           | 25.00 %              | 36                           |
| C. PLÁSTICA         | 359                         | 349         | 10          | 2.78 %               | 120                          |
| EMERG. QUIR.        | 30                          | 29          | 1           | 3.33 %               | 0                            |
| GINEC. EMERG.       | 1                           | 1           | 0           | 0 %                  | 0                            |
| HEMATOLOGÍA         | 9                           | 8           | 1           | 11.11%               | 0                            |
| Hemodinamia         | 1                           | 1           | 0           | 0%                   | 0                            |
| NEFROLOGÍA          | 2                           | 2           | 0           | 0%                   | 0                            |
| NEUROCIROLOGÍA      | 140                         | 121         | 19          | 13.57%               | 45                           |
| OFTALMOLOGÍA        | 282                         | 248         | 34          | 12.06%               | --                           |
| ONCOLOGÍA           | 268                         | 224         | 44          | 16.42%               | 90                           |
| O.R.L.              | 147                         | 135         | 12          | 8.16%                | --                           |
| ORTOPEDIA           | 603                         | 519         | 84          | 13.93%               | --                           |
| RADIOTERAPIA        | 1                           | 1           | 0           | 0%                   | 26                           |
| UCI                 | 8                           | 6           | 2           | 25.00%               | 0                            |
| UROLOGÍA            | 367                         | 343         | 24          | 6.54%                | 127                          |
| <b>TOTALES</b>      | <b>3113</b>                 | <b>2739</b> | <b>374</b>  | <b>12.01%</b>        | <b>1685</b>                  |

FUENTE: "Programas de Cirugías Electivas formuladas en el trimestre agosto/ octubre del 2002. Protocolos de Anestesia.

En el Compromiso de Gestión para el 2002 que suscribieron las autoridades médicas del Hospital San Juan de Dios con la Dirección Compra de Servicios de Salud adscrita a la Gerencia División Administrativa, se define la ficha técnica N° 10102 del indicador "Análisis de Cirugías Suspendidas", cuyo objetivo específico es: **"Disminuir el porcentaje de cirugías suspendidas por ineficiencia en la gestión interna del centro médico"**.

En el Plan Anual Operativo del 2002 formulado por la Jefatura de Sección de Cirugía del Hospital San Juan de Dios se define como objetivo general de este Departamento el siguiente: **“Garantizar un desempeño productivo eficiente y de alta calidad en todas las labores médico quirúrgicas y administrativas de esta Sección”**. Se definió como uno de los objetivos específicos a alcanzar para ese año, que se debe: **“Reducir el Índice de Suspensión de cirugías electivas a un 5%”**. Además, se estableció como una de las estrategias sustantivas para alcanzar las metas antes propuestas la siguiente: **“Controlar la utilización de los recursos existentes y fomentar el aprovechamiento máximo de éstos”**.

Las cifras presentadas en el Cuadro 9 muestra que en términos generales el Índice de suspensión de cirugías del Hospital San Juan de Dios en el trimestre estudiado es de un **12.01%**, que es consistente con respecto al **15%** definido en el Compromiso de Gestión suscrito para el año 2002. No obstante, se evidencia que no se cumplió con la meta del **5%** de suspensión definido en el Plan Anual Operativo de la Sección de Cirugía comentado en el párrafo anterior.

El Índice de suspensión del **12.01%** se asocia con la no realización de **374** cirugías electivas programadas dentro de la jornada ordinaria durante los 66 días hábiles con que contó el trimestre objeto de estudio (agosto/ octubre del 2002). Es decir, que en promedio se suspenden **5.66** cirugías electivas al día.

El Índice de suspensión tiene un alto costo de operación para la Institución ya que representa la subutilización de los recursos productivos disponibles. Lo anterior, si consideramos que bajo el supuesto que cada una de estas cirugías tuviera una duración de 1 hora con 30 minutos, equivaldría a aproximadamente **561** horas de quirófano no utilizadas. El “Modelo Tarifario del Seguro de Salud”<sup>32</sup> para el segundo semestre del 2002, emitido por la Dirección Financiero- Contable, Departamento de Costos Hospitalarios de la CCSS, establece que la “Hora Quirófano” es de **¢154.397.00**, lo que significa un costo por las **561** horas de sala

---

<sup>32</sup> Seguro de Salud, **MODELO TARIFARIO**, Vigente para el Segundo Semestre del 2002, Gerencia División Financiera, Dirección Financiera- Contable, Departamento de Costos Hospitalarios.

no utilizada de aproximadamente de **¢86.616.717.00** (Ochenta y seis millones seis cientos dieciséis mil setecientos diecisiete colones sin céntimos). De mantenerse este mismo comportamiento de suspensión de cirugías durante un año el costo de la suspensión de cirugías electivas se estima en **¢346.466.868.00**, montos que no son nada despreciables por la subutilización de los recursos disponibles producto de la suspensión de cirugías.

Por otra parte, si se hace el mismo ejercicio considerando por ejemplo el costo de una cirugía ambulatoria en Ortopedia correspondiente a **¢194.037.00**, de acuerdo con los costos definidos en el citado Modelo Tarifario, las **374** cirugías electivas suspendidas tendrían un costo total aproximado de **¢ 72.569.838.00** (Setenta y dos millones quinientos sesenta y nueve mil ochocientos treinta y ocho colones exactos).

Los resultados del análisis realizado permiten evidenciar que tampoco se esta cumpliendo con la estrategia establecida por la Sección de Cirugía de **“Controlar la utilización de los recursos existentes y fomentar el aprovechamiento máximo de éstos”**.

En el Compromiso de Gestión del 2002 suscrito por las autoridades médicas del Hospital San Juan de Dios se establece en la ficha técnica 10102 “Análisis de Cirugías Suspendidas” que si el Hospital logra un Índice Operatorio mayor al 85% no es necesario la realización de dicho análisis. Esta situación, parece que no es razonable por cuanto como ha quedado demostrado en el presente estudio la suspensión de cirugías representa un alto costo de operación para la Institución, y más bien parece que dicho Compromiso de Gestión no tiene un nivel de exigencia más riguroso en este sentido, sino que pareciera establece un cierto nivel de confort para que los Servicios Médico Quirúrgicos que participan en la actividad quirúrgica electiva se conformen con cumplir únicamente con alcanzar el **85%** de Índice Operatorio.

De acuerdo con los datos presentados en el Cuadro 9 tres Servicios Médico Quirúrgicos (Cirugía 3, Cirugía Cardiovascular, Cirugía Maxilo Facial) obtienen un Índice de Suspensión con rangos que van del **20%** al **25%** que es inadecuado, si se considera por ejemplo que Cirugía Cardiovascular cuenta con **690** pacientes en lista de espera para que se les practique una cirugía.

De igual forma Cirugía Maxilo Facial suspende el **25%** de las cirugías electivas que programa, No obstante, este Servicio Médico mantiene a **36** pacientes en lista de espera.

En la última columna del Cuadro 9 se evidencia que 10 Servicios Médico Quirúrgicos al 30 de junio del 2003, mantienen un total de **1685** pacientes en lista de espera para practicarles una cirugía electiva.

Se debe hacer la observación que se solicitó dicha información a los Servicios de Oftalmología, Otorrinolaringología y Ortopedia, sin embargo, aún cuando se insistió en dicha gestión no se obtuvo una respuesta positiva a dicho requerimiento.

#### **4.3.1 Causas que originan la suspensión de cirugía electiva dentro de la jornada ordinaria**

En el Cuadro 10 se muestra la cantidad de cirugías suspendidas por causas controlables y no controlables, o aquellas donde los cirujanos no indican los motivos o razones para adoptar la decisión de suspender las cirugías que previamente tenían programadas.

**CUADRO 10**  
**Identificación de las causas de**  
**suspensión de cirugías electivas**  
**Hospital San Juan de Dios**  
**Periodo agosto/ octubre 2002**

| <b>CIRUGÍAS SUSPENDIDAS</b>     | <b>CANTIDAD</b> | <b>PORCENTAJE</b> |
|---------------------------------|-----------------|-------------------|
| CAUSAS CONTROLABLES             | 185             | 49.46 %           |
| CAUSAS NO CONTROLABLES          | 111             | 29.67 %           |
| NO INDICAN MOTIVO DE SUSPENSIÓN | 78              | 20.85 %           |
| <b>TOTALES</b>                  | <b>374</b>      | <b>100%</b>       |

FUENTE: Programación diaria de la cirugía electiva emitida por el Consejo Gerencial de Sala de Operaciones. Informe mensual sobre cirugía electiva suspendida emitido por la Jefatura de la Sección de Cirugía del Hospital San Juan de Dios.

De acuerdo con los datos recopilados, revisados y analizados se detectaron **185** casos de cirugías suspendidas por causas controlables, que representa un porcentaje del **49.46%** de las **374** operaciones suspendidas.

**Causas controlables**

- Corresponden a situaciones que originan la suspensión de cirugías programadas, pero que son causas prevenibles si se actúa con oportunidad para poder evitarlas. Por ejemplo, que el paciente haya comido antes de la cirugía, que el paciente no ingresa al hospital, que falta valoración del paciente, el paciente no fue preparado adecuadamente por el cirujano, que se descompuso un equipo en sala de operaciones, falta de instrumental quirúrgico, falta aspirador, que el paciente fue operado el día anterior, o días antes, que el equipo no está esterilizado, el microscopio se descompuso, que el paciente de acuerdo con el criterio del cirujano no amerita la cirugía, no hay vapor, no se cuenta con biopsia del paciente, paciente tomo medicamento antes de la cirugía, las cirugías electivas que deben realizarse en determinado quirófano no iniciaron de conformidad a la hora exacta en que se encontraban programadas lo que genera que las demás no puedan efectuarse por dicho atraso, los cirujanos se retiraron temprano de las instalaciones del hospital, falta instrumentista, etc.

En relación con las causas no controlables se evidencia en el Cuadro 11 que se presentaron **111** casos de cirugías electivas suspendidas por causas no controlables equivalentes al **29.67%** de las 374 suspendidas.

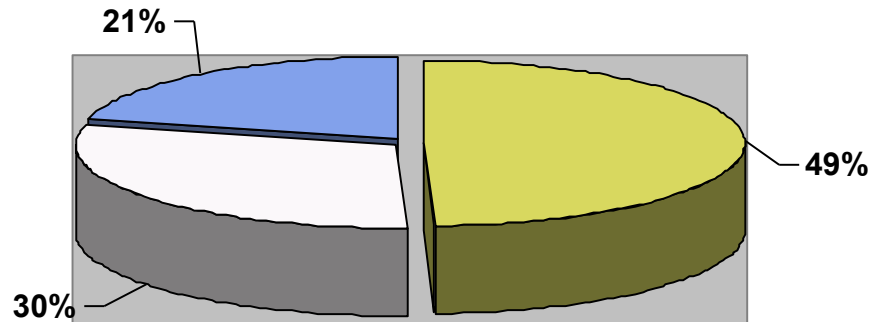
### **Causas no controlables**

- Son aquellas situaciones que no se pueden controlar ajenas a los cirujanos y del personal de enfermería de sala de operaciones. Por ejemplo: que el paciente presentó temperatura alta antes de la cirugía que se le va a practicar, se le subió la presión arterial, el cirujano se enfermó, paciente con otitis, paciente con broncoespasmo, paciente con arritmia cardíaca, paciente con taquicardia, paciente con potasio bajo, paciente en mal estado, paciente se resfrió, paciente defecó, hipoglicemia alta, se presentó una emergencia, ecocardiograma alterado, paciente anticoagulado, paciente embarazada, paciente con infarto, paciente fallecido, paciente infectado, etc.

Por otra parte, en **78** casos que representan un **20.85%** las causas de suspensión no se pudieron identificar debido a que los cirujanos no consignan los motivos que originaron la no-realización de la operación que se encontraba previamente programada.

**Gráfico 3**

**Porcentaje de incidencia causas de suspensión cirugía electiva Hospital San Juan de Dios, período agosto-octubre 2002**



■ Causas controlables □ Causas no controlables ■ no indican motivo suspensión

**FUENTE:** Informe mensual de Cirugías Suspendidas, emitido por la Jefatura de la Sección de Cirugía, Hospital San Juan de Dios.

En el Grafico se describe la incidencia de las causas que originan la suspensión de cirugías programadas. En este sentido, se reitera que llama la atención que el **49 %** de las cirugías electivas suspendidas se deban a causas que son controlables, lo que indica un importante grado de ineficiencia en la programación y ejecución de la actividad quirúrgica electiva que realizan los Servicios Médico Quirúrgicos dentro de la jornada ordinaria del Hospital San Juan de Dios.

En relación con la situación que se da cuando los cirujanos no consignan los motivos de suspensión de cirugías que representan el **21%**, se debe indicar que esta omisión de información representa una debilidad de control, puesto que impide identificar si las suspensiones se dan por causas controlables o no controlables y cual es su incidencia sobre el Índice de Suspensiones de cirugías electivas programadas dentro de la jornada ordinaria.



**CAPITULO V**  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## **5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 Conclusiones**

Del análisis de los resultados enunciados en el Capítulo IV “Análisis e Interpretación de Resultados” se llegó a las siguientes conclusiones:

#### **5.1.1 Proceso de programación de la actividad quirúrgica electiva dentro de la jornada ordinaria**

El proceso de programación de la actividad quirúrgica electiva dentro de la jornada ordinaria presenta problemas que interfieren con el normal funcionamiento del sistema. Entre estos se encuentran los siguientes:

- Los cirujanos no llenan adecuadamente las fórmulas denominadas “Hojas Solicitud de Sala de Operaciones”. Estos documentos son llenados en forma incompleta, faltando información por ejemplo: tiempos estimados de duración de la cirugía que impide valorar la cantidad de cirugías que se pueden programar por quirófano. No se indica claramente el procedimiento quirúrgico a realizar, ni la complejidad de la cirugía, hora estimada de inicio de la operación y la firma del cirujano responsable de la operación, etc. Esta situación ocasiona serios trastornos para la programación de las cirugías.
  
- Los servicios médico quirúrgicos del Hospital San Juan de Dios en su mayoría cuentan con cirujanos que están contratados únicamente durante 4 horas al día (media jornada). El horario de estos profesionales médicos es de 7 a.m. a las 11 a.m. Sin embargo, estos profesionales médicos programan en muchas ocasiones dos o tres cirugías en horas de la mañana, teniendo plena conciencia que no las van a poder realizar, y no están dispuestos a laborar después de que ha finalizado la jornada

contratada, esta situación permite evidenciar que existe una inadecuada programación de la actividad quirúrgica electiva.

- Se dan casos donde los cirujanos programan tres cirugías electivas en una misma sala de operaciones que son de alta complejidad y duración, por ejemplo cirugías de cáncer, esto ocasiona que se tengan que suspender 1 o 2 cirugías de las programadas.
- Un serio problema es la jornada laboral de los funcionarios que laboran en el Servicio de Sala de Operaciones ya que este no coincide con el de los cirujanos de los diferentes Servicios Médico Quirúrgicos y de los Anestesiólogos. El personal de Enfermería de Sala de Operaciones que conforman los equipos quirúrgicos tienen un horario contratado dentro de la jornada laboral ordinaria de 6 a las 14 horas. Esta situación hace que se pierdan muchas horas de las salas de operación disponibles.
- Los cirujanos no preparan adecuadamente la patología del paciente que van a operar, situación que origina la suspensión de la cirugía programada. Se programan pacientes que van a ser operados, sin embargo previamente no han sido adecuadamente preparados y valorados, ni se les ha practicado oportunamente los exámenes requeridos por lo que se debe suspender la cirugía sin razón, situación que genera ineficiencia en la programación de la actividad quirúrgica electiva.
- Se dan casos donde el cirujano suspende la cirugía debido a que se retiró temprano de las instalaciones del hospital, aún cuando dicho profesional médico solicitó que se le programara con un día de antelación dicha operación. Estas situaciones son pocas pero se dan con cierta regularidad.
- Por otra parte, hay cirujanos que no cuentan con la habilidad para resolver la patología programada con mayor oportunidad en comparación con otros,

lo que genera que las demás cirugías se retrasen o se tengan que suspender.

- Existe problemas con la contratación de materiales y suministros requeridos en el Servicio de Sala de Operaciones, situación que interfiere con el funcionamiento del sistema.

El Índice Operatorio correspondiente al **87.98 %** alcanzado por el Hospital San Juan de Dios, en el trimestre objeto de estudio, es consistente con el **85%** pactado en el Compromiso de Gestión, lo que significa que la actividad quirúrgica electiva dentro de la jornada ordinaria se está realizando con efectividad, puesto que se están logrando los objetivos y metas programados en el citado documento y de acuerdo con el Plan Operativo Anual de la Sección de Cirugía.

#### **5.1.2 Rendimientos de producción alcanzados de cirugías electivas realizadas vrs utilización del recurso físico de los quirófanos disponibles**

Los resultados obtenidos mediante el presente análisis permiten evidenciar que el aprovechamiento del recurso físico de los quirófanos, estableciendo la relación entre cirugías programadas por sala de operaciones y las efectivamente realizadas, en términos generales es bueno ya que alcanza un porcentaje del **87.98%**.

Sin embargo, aún cuando los rendimientos de producción globales alcanzados de cirugías programadas y realizadas sean buenos por quirófano, esta situación refleja incongruencia si se realiza un análisis comparativo detallado con respecto al promedio de cirugías electivas efectuadas por quirófano.

Lo anterior, por cuanto sólo los quirófanos 8, 10 y 13 alcanzan un rendimiento en su utilización superior a **3.5** cirugías realizadas en promedio al día dentro de la jornada ordinaria. Es decir, que el uso que se les está dando es bastante aceptable y están cumpliendo con el indicador establecido por la Sección de Cirugía de realizar al menos **3.5** operaciones al día por sala.

En relación con los quirófanos 9 y 16 no es razonable que se estén utilizando como bodegas para resguardar los equipos quirúrgicos que utilizan las especialidades médicas, ya que la Institución hizo una inversión millonaria hace aproximadamente 4 años para poder habilitarlos, ya que está era una queja constante de las autoridades del Hospital San Juan de Dios ya que no contaban con las suficientes salas de operaciones para desarrollar la actividad quirúrgica electiva.

Asimismo, llama la atención que para habilitar el quirófano 3 haya que pagar tiempo extraordinario a un equipo quirúrgico, situación que incrementa los costos de operación.

En consecuencia se evidencia que existe subutilización del recurso físico de sala de operaciones dentro de la jornada ordinaria, entre ellos: los quirófanos propiamente (planta física), recurso humano profesional y técnico ( Médicos Asistentes Especialista en Anestesia y Personal de Enfermería que integran los equipos quirúrgicos) y de equipos especiales como son mesas quirúrgicas, lámparas cielíticas, máquinas de anestesia, monitores de signos vitales, entre otros.

### **5.1.3 Causas que originan la suspensión de cirugías electivas**

El análisis efectuado muestra que en términos generales el Índice de suspensión de cirugías del Hospital San Juan de Dios en el trimestre estudiado es de un **12.01%**, que es consistente con respecto al **15%** definido en el Compromiso de

Gestión suscrito para el año 2002 el cual para efectos del presente trabajo de investigación se considera inadecuado.

El Índice de suspensión del **12.01%** se asocia con la no realización de **374** cirugías electivas programadas dentro de la jornada ordinaria durante los 66 días hábiles con que contó el trimestre objeto de estudio (agosto/ octubre del 2002). Es decir, que en promedio se suspenden **5.66** cirugías electivas programadas al día.

El **49.46%** de las **374** operaciones suspendidas se originan por causas controlables, o sea **185** casos. En relación con las causas no controlables se presentaron **111** casos de cirugías electivas suspendidas por diferentes razones equivalentes al **29.67%**.

En **78** casos que representan un **20.85%** las causas de suspensión no se pudieron identificar debido a que los cirujanos no consignan los motivos que originaron la no-realización de la operación que se encontraba programa.

El Índice de suspensión de cirugías tiene un alto costo para la Institución por la subutilización de los recursos productivos disponibles. Lo anterior, si se considera que bajo el supuesto que cada una de las 374 operaciones suspendidas tuviera una duración de 1 hora con 30 minutos, equivaldría aproximadamente a **561** horas de quirófano no utilizadas. El “Modelo Tarifario del Seguro de Salud”<sup>33</sup> para el segundo semestre del 2002, emitido por la Dirección Financiero- Contable, Departamento de Costos Hospitalarios de la CCSS, establece que la “Hora Quirófano” es de **¢154.397.00**, lo que significa un costo por las **561** horas de sala no utilizada de aproximadamente de **¢86.616.717.00** (Ochenta y seis millones seis cientos dieciséis mil setecientos diecisiete colones sin céntimos).

---

<sup>33</sup> Seguro de Salud, **MODELO TARIFARIO**, Vigente para el Segundo Semestre del 2002, Gerencia División Financiera, Dirección Financiera- Contable, Departamento de Costos Hospitalarios.

## **5.2 Recomendaciones**

Con el presente trabajo de investigación se pretende contribuir con el mejoramiento de la actividad quirúrgica electiva que se realiza dentro de la jornada ordinaria contratada por parte de los Servicios Médico Quirúrgicos del Hospital San Juan de Dios. Para ello, de los resultados obtenidos y de las conclusiones derivadas surgen las recomendaciones conducentes a una mejoraría de dicha actividad, que se enuncian a continuación:

### **5.2.1 Proceso de programación de la actividad quirúrgica electiva dentro de la jornada ordinaria**

#### **A las Gerencias de División Médica y Administrativa**

- Es conveniente que en coordinación con la Dirección Médica, Administración y la Jefatura de la Sección de Cirugía del Hospital San Juan de Dios gestionen ante la Junta Directiva la autorización para dotar de más plazas a los Servicios de Anestesiología y de Enfermería de Sala de Operaciones del Hospital San Juan de Dios para reforzar las labores y actividades que realizan estos Servicios.

Este planteamiento se debe respaldar mediante un estudio técnico de necesidad de plazas debidamente formulado por las Direcciones de Recursos Humanos y de Desarrollo Organizacional de la Institución, de manera que la cantidad de plazas a otorgar sea razonable en concordancia con las tareas y actividades que se deben cumplir en los tres turnos de trabajo de dicho nosocomio.

- Que instruya a las Direcciones Jurídica y de Recursos Humanos de la Institución para que den asesoría a la Dirección Médica, Administración y la

Jefatura de la Sección de Cirugía del Hospital San Juan de Dios, a fin de que se analice la conveniencia de realizar un cambio de la jornada ordinaria laboral del personal de enfermería de sala de operaciones que conforman los equipos quirúrgicos, de manera que se uniforme con la jornada contratada de los anestesiólogos y los cirujanos de los Servicios Médicos que programan cirugía electiva dentro de la jornada ordinaria contratada.

En este sentido, se debe realizar previa y oportunamente consultas a los funcionarios que laboran en el Servicio de Sala de Operaciones para determinar si existe una adecuada disposición de respaldo a esta decisión y verificar si existe un ambiente favorable para que se de dicho cambio, tendente a aprovechar eficientemente los recursos físicos disponibles en el Servicio de Sala de Operaciones.

#### **A la Dirección Médica**

- Que en coordinación con la Jefatura de la Sección de Cirugía recuerden constantemente y en forma sistemática mediante circulares dirigidas a las Jefaturas de los Servicios Médico Quirúrgicos que los cirujanos están en la obligación de llenar adecuadamente las fórmulas denominadas “Hojas Solicitud de Sala de Operaciones”. Con el propósito de que se corrijan las inconsistencias de control detectadas ya que estos documentos son llenados en forma incompleta, faltando información referente a: tiempos estimados de duración de la cirugía que impide valorar la cantidad de cirugías que se pueden programar por quirófano. Que se indique claramente el procedimiento quirúrgico a realizar, la complejidad de la cirugía, hora estimada de inicio de la operación y la firma del cirujano responsable de la operación, etc. Estas instrucciones deben ser comunicadas y recordadas a los profesionales médicos en forma sistemática tendentes a mejorar el cumplimiento de la programación de la cirugía electiva.



- Que en coordinación con la Jefatura de la Sección de Cirugía emitan una política de manera conjunta en el sentido que un cirujano no debe solicitar que se le programe más de una cirugía de alta complejidad y duración en una mismo quirófano, ya que está es una de las razones que incrementa el índice de suspensión debido a que dichos cirujanos en muchas ocasiones no pueden cumplir con la realización de las otras cirugías programadas en dicho quirófano, según los comentarios externados por los miembros que integran el Consejo Gerencial de Sala de Operaciones. De aplicarse acciones concretas en este sentido, se estaría alcanzando una mejor gestión en la utilización de los quirófanos y en el desarrollo de la actividad quirúrgica electiva.
- En coordinación con la Jefatura de la Sección de Cirugía giren instrucciones precisas para que las Jefaturas de los Servicios Médicos Quirúrgicos, hagan un llamado de atención y concientización a los cirujanos con el fin de que se presenten en forma puntual a la hora exacta en que solicitaron se les programara la cirugía electiva ha realizar, con el objetivo de evitar al máximo que hayan retrasos en las demás cirugía programadas en dicho quirófano, de manera que adoptando medidas en este sentido se mejore el cumplimiento de las horas de inició de las demás cirugías electivas programadas. Esto permitirá disminuir la suspensión cirugías por esta razón.
- Que en coordinación con la Jefatura de la Sección de Cirugía instruyan a las Jefaturas de los Servicios Médicos y a los cirujanos con el fin de que preparen adecuada y oportunamente la patología del paciente que van a operar, ya que no se está cumpliendo aparentemente con los protocolos médicos en este sentido, lo que origina la suspensión de la cirugía programada, como se tuvo por demostrado con el presente estudio.

- Que de manera conjunta con la Jefatura de la Sección de Cirugía y las Jefaturas de los Servicios Médico Quirúrgicos que programan cirugía electiva, adopten medidas disciplinaria estrictas cuando se den casos donde el cirujano suspende la cirugía electiva programada debido a que se retiró temprano de las instalaciones del hospital, sin causa debidamente justificada y razonada por escrito, ya que esta es una de las situaciones inconvenientes que ocasiona la suspensión de cirugías.

En este sentido, se debe iniciar oportunamente un procedimiento administrativo y de los resultados que se obtengan se aplique las medidas administrativas disciplinarias que correspondan.

- Que en coordinación con la Administración del Hospital San Juan de Dios adopten medidas correctivas para mejorar el proceso en la contratación de materiales y suministros requeridos a nivel de todo el Hospital. La materia de contratación administrativa es de difícil manejo, por tal razón, se debe brindar capacitación continua a todo el personal principalmente a los funcionarios de la Oficina de Compras y de la Proveeduría, con el fin de mejorar dicha gestión.

## **5.2.2 Cumplimiento de la programación y realización de cirugías electivas**

### **A la Dirección Médica**

- Que en coordinación con la Jefatura de la Sección de Cirugía, el Consejo Gerencial de Sala de Operaciones y las Jefaturas de los Servicios Médico Quirúrgicos que participan en la actividad quirúrgica electivas realicen una evaluación trimestral, solicitando a dichas Jefaturas informes actualizados sobre el desarrollo de dicha actividad quirúrgica que realiza cada uno de estos servicios médicos dentro de la jornada ordinaria, de manera que

permita verificar si las Especialidades médicas están alcanzando en forma individualizada un Índice Operatorio superior al 85%.

Este ejercicio de evaluación facilitara verificar si se está cumpliendo satisfactoriamente con los parámetros o estándares establecidos a nivel institucional, como es el Índice Operatorio definido en el Compromiso de Gestión, de esta forma se va a medir los rendimientos de cada especialidad médica y tomar acciones en el caso de desviaciones.

### **5.2.3 Rendimientos de producción alcanzados de cirugías electivas realizadas vrs utilización del recurso físico de los quirófanos disponibles**

#### **A la Dirección Médica**

- Que en coordinación con la Jefatura de la Sección de Cirugía y el Consejo Gerencial de Sala de Operaciones adopten medidas concretas para gestionar la debida habilitación de los quirófanos 3, 9 y 16 que actualmente no se están utilizando, por lo menos en el caso de las salas 9 y 16, para que se utilicen en la realización de cirugías programadas dentro de la jornada ordinaria. En este sentido, se debe gestionar la disponibilidad de otros espacios físicos dentro del Hospital para resguardar y proteger los equipos médicos de altos costo que se custodian en dichos quirófanos, de esta forma se impediría que se haga uso de los mismos como bodegas ya que la Institución efectuó una inversión millonaria para su adecuado acondicionamiento y equipamiento.

## **A la Jefatura de la Sección de Cirugía**

- Gire instrucciones precisas al Consejo Gerencial de Sala de Operaciones con el propósito de que rinda un informe semanal sobre la utilización de cada uno de los quirófanos que están haciendo los Servicios Médico Quirúrgicos.

Este informe debe constituirse en una herramienta de control y evaluación indispensable para determinar el promedio de cirugías que se están realizando al día por sala de operaciones.

- Instruya a la Jefatura del Servicio de Cirugía Plástica con el propósito de que la documentación que se genera sobre la programación de cirugías electivas, así como, los protocolos de anestesia y recuperación sean archivados por la Jefatura del Servicio de Sala de Operaciones y que se instruya al Consejo Gerencial de Sala de Operaciones con el propósito de que supervise y controle continuamente que se cumpla con esta disposición.

### **5.2.4 Causas que originan la suspensión de cirugías electivas**

#### **Jefatura Sección de Cirugía**

- Que en coordinación con el Consejo Gerencial de Sala de Operaciones y las Jefaturas de los Servicios Médico Quirúrgicos analicen semanalmente el comportamiento de las causas que originan que la cirugía electiva programada sea suspendida dentro de la jornada ordinaria y que se adopten medidas correctivas de inmediato sobre esta problemática para que se incremente el Índice Operatorio del Hospital San Juan de Dios y se

alcance un aprovechamiento satisfactorio de los recursos físicos productivos de las salas de operaciones. Esta es una alternativa fácil de aplicar que permitirá monitorear el uso que se le está dando a cada uno de los quirófanos disponibles.

- Gire instrucciones precisas a las Jefaturas de los Servicios Médico Quirúrgicos con el propósito de que se exija a los médicos cirujanos, en el momento que suspenden una cirugía electiva que tenían previamente programada, consignar en forma documental las razones o motivos que originaron que adoptaran dicha decisión de suspender la operación programada.

En este sentido, el Consejo Gerencial como responsable de administrar eficientemente los recursos disponibles en el Servicio de Sala de Operaciones y de llevar a cabo la gestión de la actividad quirúrgica electiva que se realiza dentro de la jornada ordinaria deben verificar continuamente que los médicos cirujanos consignen en detalle las razones para no efectuar la cirugía.

Es conveniente que si los médicos siguen omitiendo consignar las razones que motivaron la suspensión de la cirugía programada, que el Consejo Gerencial de Sala de Operaciones informe oportunamente a la Jefatura de la Sección de Cirugía con el fin de que se adopten medidas administrativas y disciplinarias por el incumplimiento de este requisito de control.

## **BIBLIOGRAFÍA**

## BIBLIOGRAFÍA CITADA

1. Arellano, Jaime, *Elementos de investigación*. San José, Costa Rica: EUNED, 1980.
2. Best, John, *Cómo Investigar en Educación*, Madrid, Editorial Morata, 1982.
3. Cedeño Gómez, Álvaro, *Administración de Empresas*, Editorial Universidad Estatal a Distancia, San José, Costa Rica, 1990, Pág. 45.
4. Cotta et al. "La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectiva". *Revista Panamericana de la Salud/ Public Health* 10(1), 2001.
5. Chiavenato, Idalberto, *Introducción a la Teoría General de la Administración*, McGraw-Hill/Interamericana de Colombia, 1999, Págs. 8,92,116,117,237,320 y 344.
6. *Diccionario terminología de Economía, Administración y Finanzas*, Ediciones Pirámide, Madrid, 2000, páginas 14,15 y 39.
7. Del Río González, Cristóbal, *El Presupuesto*, ELASA, México, Segunda Edición, 1988, páginas 4,7,8,25 y 26.
8. Dirección electrónica <http://www.sedar.es/Sedar> 2001/4/abs5.html/ Revista sedar/
9. Dirección electrónica <http://www.sct-mao.org/news7.html>
10. Dirección electrónica <http://www.inbiomed.com.mx/gastro/gav65n2/espanoIII/Wge002-03.html>

11. Dirección General de Asistencia Médico Social, *“Reglamento General de Hospitales Nacionales”*, Ley 1153. San José, 1950.
12. F. Stoner, James A., Freeman, R. Edward y Gilbert Jr, Daniel R. *Administración*, Prentice- Hall Hispanoamericana, S.A., Sexta Edición, 1996, Pág. 13.
13. Gerencia de División Administrativa, Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS, *“Concepto de Compromisos de Gestión”*. San José, 2002.
14. Gonzáles Pacheco, Eduardo, *“Hospital San Juan de Dios con ocasión de la celebración de sus 150 años de Historia”*, San José: EDNASSS, 1995.
15. Hampton, David R., *Administración*, McGraw-Hill/Interamericana de México, Tercera Edición, 1989, Pág. 23.
16. Hernández Orozco, Carlos, *Planificación y programación*. San José: EUNED. 1986.
17. Jaramillo Antillón, Juan, *Principios de Gerencia y Administración de Servicios Médicos y Hospitales*, San José, Editorial de la Universidad de Costa Rica, 1998
18. Koontz Harold, O Donnell, Weirrich, *Administración*, México, McGraw- Hill, 1999.
19. LA NACIÓN, página 4-A EL PAÍS, 23 de setiembre del 2002.
20. LA NACIÓN, Sección EL PAÍS, Martes 8 de julio del 2003.
21. Miranda Gutiérrez, Guido, *La Seguridad Social y el Desarrollo en Costa Rica*, San José: EDNASSS, 1994.



22. Moya de Madrigal, Ligia, *Estadística de la Salud*, San José, EUNED, 1978.
23. Peiró, Salvador, "*Comparación de la Actividad y Resultados de los Hospitales en España y perspectiva*". Escuela Valenciana de Estudios para la Salud, 2001.
24. *Plan Estratégico Corporativo* de la Caja Costarricense de Seguro Social. San José, Mayo 2000.
25. Sección de Cirugía, *Plan Anual Operativo Año 2002*, San José, Hospital San Juan de Dios.
26. Zamora, Carlos A., *Evolución y Estado Actual del Sistema Hospitalario de la CCSS*, San José, 2001.

## **ANEXOS**