



CCCC



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO

ESCUELA DE POSGRADO - ALTAGORA

DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

**GESTIÓN DEL PROCESO Y ABORDAJE DE LA LISTA DE
ESPERA QUIRÚRGICA EN EL HOSPITAL ESSALUD ALMANZOR
AGUINAGA ASENJO - CHICLAYO**

**PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
DOCTORA EN CIENCIAS DE LA SALUD**

AUTOR:

CLAUDIA MÓNICA CALDERÓN VÍLCHEZ

ASESOR:

Dr. WALTER DIAZ SALAZAR

CHICLAYO – 2021

PERU.

PÁGINA DE JURADO

Tesis

**GESTIÓN DEL PROCESO Y ABORDAJE DE LA LISTA DE ESPERA
QUIRÚRGICA EN EL HOSPITAL ESSALUD ALMANZOR AGUINAGA ASENJO
– CHICLAYO**

Aprobación de Tesis

Dr. Walter Diaz Salazar
Asesor de Tesis

Dr. Juan Luis Rodríguez Vega
Presidente del Jurado de Tesis

Dra. Vilma Montegudo Zamora
Secretario de Jurado de Tesis

Dr. Luis Felipe Pérez Medina
Vocal de Jurado de Tesis

DEDICATORIAS

A Dios, Todopoderoso, quien me mantiene sana en esta pandemia.

A mi padre Atilano, quien, con sus bendiciones diarias desde el cielo, me protege y guía por el camino del bien.

A mi madre María Isabel, Chabuca, mi hija Gianella, Roger, Richard, Jorge, Percy, Aldo, Fabricio, Ariana, July, Xiomara, Estefano, Thiago, Jerico, todos juntos son la inspiración para todos mis logros alcanzados.

AGRADECIMIENTOS

Al tutor y a los jurados. Gracias por su dedicación y por contar con su apoyo incondicional como guías en el desarrollo de ésta tesis.

A los docentes de la Escuela de Posgrado de la UDCH, quienes contribuyeron con sus enseñanzas durante mi período de alumno de dicha escuela.

A Jhosi, Abel, y a todos aquéllos participantes de éste trabajo.

RESUMEN

Las listas de espera quirúrgica desglosadas de los centros Hospitalarios de EsSalud se observa acumulación que abarca una mayor población de pacientes de las listas de espera por un inadecuado manejo. El **objetivo** del estudio consiste en determinar la relación existente entre Gestión del proceso y abordaje de la lista de espera quirúrgica en el hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo. A través de un estudio cuantitativo, de alcance correlación transversal, con la técnica de la encuesta y con 2 instrumentos uno de 12 preguntas y el segundo de 10 preguntas dirigido a los profesionales y administrativos que ascendió a un total de 30 profesionales de salud y administrativos, se utilizó la prueba de correlación de Pearson. Los **resultados** mostraron niveles inadecuados de la gestión por procesos (66,7%) y para el abordaje de la lista de espera quirúrgica (56,7%). **Concluyendo** que existe una Alta relación entre la Gestión del proceso de programación quirúrgica y el abordaje de la lista de espera en el hospital Essalud- Chiclayo ($r^2=,797$; $p=,000$), además el coeficiente de determinación establece que la gestión de dicho proceso explica la lista de espera quirúrgica en un 63,5% y el 26,5% se debe a otros factores.

Palabras claves: Gestión por procesos, abordaje de la lista de espera, indicadores de la lista de espera quirúrgica.

ABSTRAC

The surgical waiting lists broken down by EsSalud Hospital centers accumulation is observed that encompasses a larger population of patients on waiting lists due to inadequate management. The objective of the study is to determine the relationship between process management and surgical waiting list management in an Essalud Chiclayo hospital. Through a quantitative study, of cross-sectional correlation scope, with the survey technique and with 2 instruments, one of 12 questions and the second of 10 questions directed to professionals and administrative staff, which amounted to a total of 30 health professionals and administrative staff, the Pearson correlation test was used. The results showed inadequate levels of management by processes (66.7%) and for the approach to the surgical waiting list (56.7%). We conclude that there is a high relationship between the management of the surgical scheduling process and the approach to the waiting list in the Essalud- Chiclayo hospital ($r^2=.797$; $p=.000$), and the coefficient of determination establishes that the management of this process explains the surgical waiting list in 63.5% and 26.5% is due to other factors.

Keywords: Process management, waiting list approach, surgical waiting list indicators.

ÍNDICE

DEDICATORIAS	2
AGRADECIMIENTOS	4
ÍNDICE	7
INDICE DE TABLAS	9
INDICE DE GRÁFICOS Y FIGURAS	10
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
1.1 Realidad problemática.....	11
1.2 Formulación del problema.....	14
1.3 Delimitación de la investigación	14
1.4 Planteamiento del problema.....	14
1.5 Justificación e importancia de la investigación	15
1.6 Limitaciones de la investigación	16
1.7 Objetivos de la Investigación.....	16
1.7.1 Objetivo general.....	16
1.7.2 Objetivos específicos.....	16
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CIENTÍFICO.....	18
2.1 Antecedentes de investigación.....	18
2.2 Marco de referencia	24
2.2.1 Marco teórico	24
2.2.1.1 Gestión por procesos	24
2.2.1.2 Abordaje de la lista de espera.....	26
2.2.2 Marco conceptual	31
2.2.3 Marco histórico	32
2.2.4 Marco normativo	34
2.3 Hipótesis	35
2.3.1 Hipótesis general	35
2.3.2 Hipótesis específicas	36
2.4 Variables	36
2.4.1 Identificación de variables	36
2.5 Definición de las variables.....	36
2.5.1 Definición conceptual.....	36
2.5.2 Definición operacional	37
2.6 Operacionalización de las variables	38
2.7 Matriz de consistencia.....	41

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	43
3.1 Tipo de Investigación	43
3.2 Diseño de investigación/ contrastación de hipótesis	43
3.4 Materiales, técnicas e instrumentos de recolección de datos.	44
3.5 Validación y confiabilidad de los instrumentos	44
3.6 Métodos y procedimientos para la recolección de datos.....	45
3.7 Análisis estadístico y representación de los resultados	45
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	46
4.1. Presentación y análisis de la información	46
4.2. Discusión de resultados	55
CAPÍTULO V: PROPUESTA.....	57
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	64
CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES	65
Referencias	67
Anexos	72

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de la gestión de proceso en el abordaje de lista de espera quirúrgica en el Hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo	46
Tabla 2. Distribución de la gestión de proceso en el abordaje de lista de espera quirúrgica en el Hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo, según dimensiones	47
Tabla 3. Distribución del abordaje de la lista de espera quirúrgica en el Hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo	48
Tabla 4. Distribución del abordaje de la lista de espera quirúrgica en el Hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo, según dimensiones	49
Tabla 5. Correlación de las dimensiones de la gestión por procesos y la variable abordaje de la lista de quirúrgica en el Hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo.....	50
Tabla 6. Correlación de la gestión por procesos y la variable abordaje de la lista de quirúrgica en el Hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo	54

INDICE DE GRÁFICOS Y FIGURAS

Figura 1. Gestión de proceso en el abordaje de lista de espera quirúrgica en el Hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo.....	46
Figura 2. Distribución de la gestión de proceso en el abordaje de lista de espera quirúrgica en el Hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo, según dimensiones.....	47
Figura 3. Distribución del abordaje de la lista de espera quirúrgica en el Hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo	48
Figura 4. Distribución del abordaje de la lista de espera quirúrgica en el Hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo, según dimensiones	49
Figura 5. Dispersión de puntajes de la dimensión liderazgo de la gestión por procesos y la variable abordaje de la lista de quirúrgica en el Hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo	50
Figura 6. Dispersión de puntajes de la dimensión agentes de la gestión por procesos y la variable abordaje de la lista de quirúrgica en el Hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo	51
Figura 7. Dispersión de puntajes de la dimensión procesos de la gestión por procesos y la variable abordaje de la lista de quirúrgica en el Hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo	52
Figura 8. Dispersión de puntajes de la dimensión resultados de la gestión por procesos y la variable abordaje de la lista de quirúrgica en el Hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo	53
Figura 9. Puntajes de la gestión por procesos y la variable abordaje de la lista de quirúrgica en el Hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo	54
Figura 10. Modelo del proceso de programación quirúrgica.....	60

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Realidad problemática

Internacional

Los tiempos de espera son un problema común de muchos países alrededor del mundo, tanto por sus efectos en los pacientes como en los sistemas de salud, los tiempos de espera son un síntoma del desequilibrio entre la oferta y demanda de servicios de salud, y del incremento en los costos de estos. Dicho desequilibrio conduce a que los sistemas de salud racionen implícitamente los servicios de salud sin determinar cuáles servicios son más importantes y a quién se deben prestar de manera más urgente. Una buena gestión de los tiempos de espera mitiga los efectos que pueden tener las listas de espera, tanto en la salud de la población como en la legitimidad y equidad de los sistemas de salud (1).

Cuando no hay un adecuado abordaje de la lista de espera para cirugía, es decir cuando no se establece el número de pacientes seleccionados de la lista de espera y se programan de acuerdo con la capacidad del quirófano en un tiempo determinado. Las listas de espera fracasan cuando sólo se priorizan por urgencia y no se considera el tiempo de espera, Por lo tanto se requiere de un equilibrio entre el tiempo de espera para pacientes urgentes y el de pacientes menos urgentes. También por la falta de procedimientos basados en ayuda tecnológica que apoyan en la programación(2).

En Navarra, según Sevilla, B. 2019 (3), la lista de espera en el 2012 fue de 10515 pacientes, mientras en el 2018 fue 7827 representando un disminución del 25%. Sin embargo, respecto al 2017 tuvo un incremento del 5% (4). Mientras, en Murcia a pesar que ha disminuido en un 40% el tiempo de espera quirúrgica, aún los pacientes tienen un tiempo de espera de más de 150 días. Y los consejeros de salud se sienten moderadamente satisfechos con dicho indicador (5). Mientras en Madrid, el indicador negativo es el incremento de la población que

está en espera más de seis meses para ser intervenido, el 17 % de los pacientes padecen esta situación (6).

Lo más preocupantes en España es que un 9% de pacientes superó los seis meses de espera para una intervención quirúrgica en 2005. Donde los pacientes tienen que estar pendiente de cuando programan su operación, incluso los ya programados tienen que llamar a constatar si se llevará a cabo su operación, porque los modifican sin ningún aviso el periodo de espera para intervenciones quirúrgicas no urgentes conforman un problema de salud pública mayor en alrededor de la mitad de los países de la OCDE (7).

Nacional

Las listas de espera quirúrgica representan un gran problema en el sistema nacional de salud, esto a factores de percepción de que el costo es bajo generando un alza de la demanda y sobrepasa la oferta; sin embargo, cuando el plazo de espera para recibir el cuidado médico solicitado supera los márgenes dispuestos, el inventario en espera elevan los costos del sistema, agudizan el riesgo de complicaciones, extienden o complican la enfermedad y retardan la rehabilitación del paciente. De acuerdo a reportes las especialidades con mayor población en espera son: cirugía general, otorrinolaringología y oftalmología (8).

La situación de las listas de espera prolongadas son un problema tanto para la salud Pública (MINSA) y para EsSalud, de esta forma en los hospitales nacionales El Ministerio de Salud (Minsa) se ha preocupado en realizar cirugías ambulatorias como parte de un Plan Más Salud con la intención de disminuir la lista de espera en 10 Nosocomios de la capital limeña. Como parte de un marco de una planificación de acortamiento en los tiempos de espera en los Hospitales Sergio Bernales, Arzobispo Loayza, Dos de Mayo, Cayetano Heredia, Santa Rosa, Hipólito Unánue, María Auxiliadora con la finalidad de aliviar y optimizar los servicios de emergencia y de cirugía ambulatoria(9).

Son casi nulos los esfuerzos que se realizan para mejorar el abordaje de la lista de espera, En la región Junín y de la zona centro, se requiere de una integración del recurso humano calificado para lograr reducir la lista de espera quirúrgica de 45 días de espera en promedio, a 34 días, donde el proceso del abordaje no debe ser programado la cirugía por el médico a cargo, sino un personal completo donde intervenga la dirección, enfermería, el jefe de servicio y departamento, que mínimo debe ser programado una semana de anticipación, y permita oportunamente contar con el material médico y recurso humano, en todos los servicios quirúrgicos estas mejoras significan incremento en un 10% en las cirugías programadas (10).

Local

La Lista de Espera quirúrgica en un Hospital de Essalud de Chiclayo, sólo se logra operar al 24,7%; resulta alarmante que un 28% ya no solicitan cirugía y un 6,9% tiene exámenes expirados (8). Entre los factores de la lista de espera quirúrgica prolongada en el Hospital Essalud de Chiclayo; destacan: La prolongación de tiempo operatorio programado; se debe a tres razones básicas:

- La primera es la saturación de las unidades de recuperación pos anestésica llamada URPA, a veces están colapsadas y llenas de pacientes y retrasan las operaciones programadas, segundo los insumos quirúrgicos por falta de desabastecimiento quirúrgico y tercero el personal especializado, por los temas de horarios y horas complementarias para la cirugía, porque no hay personal disponible tanto como circulantes, enfermeras, médicos y anesthesiólogos.
- El segundo factor es la falta de riesgo cardiovascular; genera retrasos en la programación quirúrgica por la saturación de pacientes que están a la espera de su riesgo y por lo tanto; a veces existen equipos biomédico que están averiados o falta de turnos complementarios del área de medicina interna y cardiología.

- Tercero, las operaciones de emergencia; estas cirugías generan retrasos de las programadas porque son disruptivas porque hay riesgo de muerte donde se tienen que usar las salas de operaciones programadas.
- El cuarto factor es la presencia de proceso intercurrente, aumenta el tiempo de espera porque los pacientes presentan comorbilidades.
- El quinto y último factor es la falta de cama UCI es un aspecto muy complejo que retrasa las cirugías de alto riesgo, en medida que el paciente no puede ir a estas salas ir por el colapso de pacientes con otras comorbilidades.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la relación que existe entre Gestión del proceso y abordaje de la lista de espera quirúrgica en el Hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo?

1.2.2 Problemas específicos

¿Cómo es la gestión del proceso de la espera quirúrgica en el Hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo?

¿Cuál es el abordaje de la lista de espera quirúrgica en el Hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo?

¿Determinar la relación de las dimensiones de la gestión de proceso y el abordaje de lista de espera quirúrgica en el Hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo?

1.3 Delimitación de la investigación

El estudio se realizó en el Hospital de Essalud, en el área de cirugía y programación de la lista de espera quirúrgica durante el periodo abril 2020 – abril 2021.

1.4 Planteamiento del problema

El problema con la lista de espera quirúrgica no sólo es un tema de demanda de pacientes, sino que son las inconsistencias de la Gestión quirúrgica, de los pacientes quirúrgicos de Essalud, infraestructura, recursos humanos, materiales; los cuales son concluyentes para provocar un embalse quirúrgico.

Finalmente es importante recalcar que no existen procesos técnicamente administrados que permitan el ordenamiento y el flujo adecuado, se necesita gestionar el proceso en sala de operaciones desde la emergencia o consulta que son lugares donde se inicia el proceso y terminan en la cirugía.

1.5 Justificación e importancia de la investigación

1.5.1 Justificación

1.5.1.1 Científica

El estudio se origina porque se evidencia grandes problemas en la institución relacionada al largo tiempo de espera en la lista quirúrgica, donde los principales causantes son la falta de profesional médico, falta de recursos y procedimientos inadecuados. Razón por la cual se presenta una oportunidad para evaluar la situación.

1.5.1.2 Social

Por lo tanto, el estudio parte de una gran necesidad social de los pacientes que tienen una larga espera para su cirugía, con el estudio permite realizar el diagnóstico de cómo se maneja la situación de la gestión del proceso y como se relaciona con la lista de espera quirúrgica. Evidenciado la problemática y raíz de ello se pueden establecer recomendaciones para que se solucione el problema.

1.5.1.3 Académica

El beneficio del estudio es identificar los problemas actuales de la gestión del proceso y poner en evidencia la inadecuada gestión que se está dando al manejo de la lista de espera, y como se juega con la salud de usuario.

1.5.1.4 Económica

El estudio aporta información económica que permite costear y valorizar el proceso del abordaje de la lista de espera quirúrgico; coadyuva con el sinceramiento del costo de oportunidad de los pacientes cuando se posterga su programación; sirve finalmente para calcular la rentabilidad social del paciente asegurado.

1.5.2 Importancia

El estudio es importante porque es un tema real y actual, ya que cada vez se muestran los usuarios insatisfechos con el manejo de la lista de espera quirúrgica.

1.6 Limitaciones de la investigación

Dentro de las limitaciones, la pandemia del COVID 19, no permite el acceso a las lista de espera quirúrgica, ya que sólo se evaluó con cuestionario pero no con la ficha de recolección de datos, porque era necesario conocer el tiempo máximo y mínimo de espera quirúrgica.

1.7 Objetivos de la Investigación

1.7.1 Objetivo general

Determinar la relación existente entre Gestión del proceso y abordaje de la lista de espera quirúrgica en el Hospital EssaludAlmanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo.

1.7.2 Objetivos específicos

1. Identificar la gestión de proceso en el abordaje de lista de espera quirúrgica en el Hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo
2. Determinar el abordaje de la lista de espera quirúrgica en el Hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo

3. Relacionar las dimensiones de la gestión de proceso y el abordaje de lista de espera quirúrgica en el Hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CIENTÍFICO

2.1 Antecedentes de investigación

Internacionales

Zambrano, C. 2019 (11), en el estudio “Análisis de la eficiencia asociada a la lista de espera quirúrgica en el Sistema Sanitario Público Andaluzos”, considera que los sistemas sanitarios son imprescindibles para la sociedad actual y la lista de espera para acceder a los diferentes servicios que prestan uno de los mayores problemas. El objetivo fue conocer cómo se están utilizando los recursos de los que disponen y cuáles son los hospitales más eficientes. Para analizar la eficiencia se va a utilizar la metodología DEA, aplicando un modelo de salidas no deseadas. Los resultados obtenidos señalan que de una muestra de 30 hospitales, 11 son eficientes, lo que demuestra un alto grado de eficiencia del Sistema Sanitario Público Andaluz.

Se muestra que el abordaje de la lista de espera es un problema presente en varios sistemas sanitarios nivel mundial y casi el 50% tienen problemas en el abordaje de la lista de espera y muestran un interés por cambiar esta situación con la implementación de metodologías o procedimientos.

Pino, M. 2018 (12), en el estudio, “Gestión de listas de espera de intervención quirúrgica del período 2014-2017 del Servicio de Salud Metropolitano Sur”, con el objetivo de describir la evolución cuantitativa y la planificación sanitaria estratégica de reducción de las Listas de espera quirúrgica, en el Servicio de Salud Metropolitano Sur, observa un gran aumento de la lista de espera de intervención quirúrgica como consecuencia de deficientes estrategias de gestión, acompañado de una disminución en la producción de los establecimientos y de un ligero aumento de demanda. Por lo cual, resulta necesario generar nuevas y mejores estrategias de gestión, potenciando los actuales planes, para poder mejorar el acceso, calidad y oportunidad de la atención para todos los pacientes de la Red.

De acuerdo a Pino, atribuye la problemática de la lista de espera se debe a la gestión del proceso muchas veces ligado con el mal manejo de la demanda y la priorización de la lista de espera, así como la programación de todos los recursos necesarios para la cirugía quirúrgica.

Murphy L et al (13) en el estudio “Megaclínica regional de la columna vertebral de Irlanda del Norte: un enfoque centrado en el paciente para abordar las listas de espera ” que contiene una acumulación de 6000 pacientes. Y se tomó como muestra a 909 pacientes. La tasa media de no asistencia del 3,3%. Sólo el 9,1% de los pacientes fueron ingresados para cirugía, mientras que las tasas de alta oscilaron entre el 78% y el 91%. La satisfacción del paciente se ha mantenido en más del 90% para cada clínica. Se demostró un aumento significativo de la confianza de los médicos.

Donde se evidencia que la lista de espera quirúrgica afecta tanto en la parte quirúrgica como la asistencial, donde la población tiene que esperar tiempos prolongados para acceder a una cita. Porque aún no se logra mejorar el abordaje de la lista de espera en los hospitales.

Albareda, J et al. 2017 (14), en una investigación denominada ¿Realizamos bien la programación quirúrgica? ¿Cómo podemos mejorarla?, realizó el estudio con el objetivo de conocer la duración de las intervenciones, tiempos intermedios y rendimiento quirúrgico. A fin de elaborar una lista de espera virtual para aplicar un programa matemático que realice la programación con rendimiento idóneo máximo. Revisión retrospectiva de 4.045 intervenciones realizadas en los 3 últimos años para obtener la duración media de cada tipo de cirugía. Obtuvieron que el rendimiento quirúrgico con programación manual es del 75,9%, finalizando el 22,4% más tarde de las 15 h. El rendimiento en las jornadas sin suspensiones es del 78,4%. El retraso en la hora de comienzo es de 9,7 min. El rendimiento óptimo es del 77,5%. Concluyen que la programación matemática virtual son lo

suficientemente fiables como para implantar este modelo con garantías.

En el estudio se realiza la recomendación de la programación mediante un modelo matemático que permite programar la lista de espera, donde se pueden agregar valores y variables como tipo de cirugía, urgencia, recursos, disponibilidad de médicos.

Ruales 2017 (15), en el estudio “Creación de un proceso de lista de espera quirúrgica en el servicio de cirugía del hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito”, establece que las listas de espera quirúrgica del servicio de Cirugía General del hospital Enrique Garcés son extensas y poco organizadas, lo que a través de estos años ha causado un deterioro en los indicadores hospitalarios e insatisfacción en los usuarios. Este trabajo hace referencia a la posibilidad de mejora de los indicadores como el tiempo de espera para cirugía planificada, el tiempo de estancia hospitalaria de los pacientes en el pre quirúrgico y los índices de satisfacción de los usuarios mediante la creación de un sistema de lista de espera quirúrgica eficaz y simple, que permita la participación de los médicos, las enfermeras, la comunidad y sea administrado por el departamento de admisiones. Los resultados de la aplicación son de carácter inmediato y sostenible en el tiempo.

El autor reconoce que el abordaje de lista de espera no debe recaer sólo en el médico que solicita la operación, sino que es todo un proceso participativo de diferentes interesados como el médico, enfermera, departamento de admisiones. Para que reciba un abordaje integral.

Rodrigo et al. 2007 (16), en la investigación. Tiempos de espera aceptables y repercusiones de la espera desde la perspectiva de los pacientes, con el objetivo de conocer el tiempo máximo que a los pacientes del Servicio Navarro de Salud. En 2.400 pacientes atendidos en consultas y 1.131 pacientes intervenidos quirúrgicamente durante 1999 y 2000. El tiempo temporal máximo de espera fue de un mes para el 80% de los pacientes que esperó ser atendido en consulta y para el 74% que esperó para intervención quirúrgica. El 4,4% de los pacientes

de consultas y el 6% de los pacientes quirúrgicos tuvieron que realizar gestiones para agilizar la situación en la lista. El 17,4% de los pacientes quirúrgicos manifestaron necesidad de consultar a otros profesionales sanitarios, sintieron algún grado de inquietud o ansiedad durante la espera (el 82,9% de los pacientes quirúrgicos). Concluyen el referente temporal máximo que la mayoría de los pacientes considera aceptable esperar es un mes. La demora en la atención genera repercusiones en los ámbitos analizados.

Se muestra que mínimo un paciente espera un mes para ser atendido y este puede prolongarse más tiempo, y son los pacientes los encargados de movilizarse y hacer gestiones y reclamos para agilizar su atención, mientras esto debe ser organizado y gestionado por el recurso humano del hospital.

Nacionales

Gutiérrez, A. y Mendoza, P. 2019 (17), en el estudio " Tiempo de espera y calidad de atención en pacientes de odontoestomatología intervenidos en sala de operaciones", con el objetivo de establecer la relación entre el tiempo de espera y la percepción de la calidad de atención, en pacientes de odontoestomatología de un hospital de la seguridad social. El estudio se correlacionó con el tiempo de espera superior a 180 días y con la afectación de la calidad de vida; la satisfacción fue del 44%. Los pacientes que esperaron más de 180 días presentaron 2,6 veces más posibilidad de insatisfacción, los pacientes afectados presentaron 3,4 veces más posibilidad de insatisfacción. Finalmente, los pacientes afectados presentaron 3,3 más posibilidad de insatisfacción. Concluyó que existe relación inversa entre el tiempo de espera y la percepción de la calidad de atención; además, el grado de insatisfacción está asociado, sobre todo, a la afectación de la calidad de vida más que al propio tiempo de espera.

Del estudio se rescata como el tiempo de espera está ligado a una mayor insatisfacción con los pacientes, porque a más tiempo de espera los pacientes se sienten más insatisfechos y se incrementa la

probabilidad de insatisfacción a medida que supera los 180 días de espera para su operación quirúrgica.

Arias, J. 2018 (18), en la investigación “Factores determinantes del tiempo de espera quirúrgico en un instituto especializado de salud de Lima”, con el objetivo de determinar los aspectos administrativos, sanitarios y personales, con un diseño no experimental y transversal. La población fueron pacientes quirúrgicamente intervenidos en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas entre enero y febrero del 2017, empleándose el análisis documental como técnica para recolectar de las historias clínicas. Los factores administrativos afectan en los tiempos de espera en los pacientes; provocando un retardo excesivo en el tiempo de espera de 40,2% de los pacientes y retardo en el 33,7%, ello representa un 73,9% de retraso en la espera debido a factores administrativos y que los factores asistenciales incidieron en que la intervención quirúrgica se diera en un tiempo esperado o con un retardo moderado siendo porcentualmente menores los pacientes que sufrieron retardo excesivo en sus intervenciones. Se concluyó que los factores administrativos determinan el tiempo de espera quirúrgico sea mayor, retrasando en 49,26 días mientras que la media de los factores asistenciales fue 30,75 días.

Del estudio se evidencia el tiempo de espera para la atención quirúrgica puede estar influenciada por la gestión administrativa y la parte asistencial, no puede funcionar si una falla se necesita de la articulación de la parte administrativa y asistencial para acortar el tiempo de espera para la atención quirúrgica.

Roque, S. 2017 (19), en la tesis “evaluación del tiempo de espera quirúrgica en pacientes del servicio de cirugía. Hospital Regional Moquegua”, con el objetivo de determinar el tiempo de espera quirúrgica en pacientes del servicio de cirugía. Correspondiente a un estudio retrospectivo, no experimental de corte transversal. Utilizó la técnica documental, a través del uso de una guía de recolección. El tiempo de espera quirúrgica indicaron que son adecuados al ser menor

a 30 días, medio de 31 a 60 días, inadecuado de 61 a 90 días. Presentaron un menor tiempo de espera las intervenciones de cirugía mayor programada es adecuada en un 82.25%, inadecuado en un 3.23%; en la cirugía menor programada es adecuada en un 90.91%, inadecuado en un 3.03% y en la cirugía de urgencia un 100% tiene tiempos de espera adecuados. Las cirugías mayores, que tienen alta frecuencia son: colecistectomía laparoscópica con 61.29%, seguida de hernioplastia y postectomía con 14.52 % y en menor porcentaje colecistectomía abierta con 9.67%.

Se muestra que de acuerdo a la urgencia de la cirugía es menor el tiempo de espera, por lo tanto debe ser un indicador al momento de la programación abordaje de la lista de espera.

Cruz, D. y Muñoz, L. 2016 (20), en el estudio Propuesta de implementación de la metodología six sigma para reducir los costos operacionales en el proceso de gestión de espera quirúrgica en el departamento de cirugía del hospital Víctor Lazarte Echegaray, con el objetivo general implementar la Metodología Six Sigma para reducir los costos operacionales en el Proceso de Gestión de Espera Quirúrgica identificando las características epidemiológicas de los pacientes, así como las patologías por tipo y frecuencia, se analiza el tiempo de espera, los tiempos máximos y mínimos, el promedio de espera por especialidad y los motivos, determinó que la situación actual del proceso de gestión de espera quirúrgica se aplicó la metodología seleccionada con el fin de reducir los costos operacionales obteniendo una reducción de S/. 159,009 en los costos operacionales. La evaluación económica arrojó un VAN de S/. 3,641,630 TIR anual 161% y un B/C de 2.61, significando una total viabilidad de la propuesta.

El beneficio del abordaje de la lista de espera no sólo tienen que ver con la disminución del tiempo de espera, sino que también en la eficiencia operativa como los costos operacionales, la cual se puede lograr con la implementación de metodologías, modelos, procesos, entre otros.

Locales

Díaz, A. y Osada, J. 2015 (8), en la investigación titulada “Tiempo de espera quirúrgica en un hospital de Chiclayo, Perú”, reportaron que las especialidades médicas con las listas de espera más largas en la mayor parte de los países son: cirugía general, otorrinolaringología y oftalmología. En el servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo, durante el año 2013, existieron 551 pacientes en lista de espera quirúrgica; de los cuales hasta octubre del año 2014 han sido operados el 24,7%; el 40,1% ha sido operado en otra cirugía por una razón diferente; ya no requieren cirugía el 28% y un 6,9% tiene exámenes vencidos.

La lista de espera quirúrgica está muy asociada con el tiempo de espera, así como de los problemas de la gestión de la cirugía donde se llega a practicar cirugías para la cual no fue programada por errores médicos y administrativos.

2.2 Marco de referencia

2.2.1 Marco teórico

2.2.1.1 Gestión por procesos

Los procesos se consideran el núcleo operativo de la mayoría de las organizaciones y, progresivamente, se transforman en el cimiento estructural de un número creciente de ellas. Su función predominante se atribuye, en parte, a la necesidad de acercar las estructuras organizativas a las exigencias y expectativas de la demanda (21). Además, los procesos se caracterizan por: orientar a obtener resultados, responden a la misión de la organización y crean valor añadido en los usuarios (22). La importancia del componente estratégico del mapa de procesos el cual en base a la visión definen los procesos misionales y de soporte. En el caso de las listas de espera quirúrgico se debe establecer que área es responsable del abordaje operativo del proceso.

Un proceso es un procedimiento conformado por los elementos básicos del sistema: entrada, procesos y salidas, supeditados por algún otro

elemento circunstancial o contextual pudiendo ser algún sistema de control y el alcance del proceso, incluso su división en subprocesos (22). Definitivamente estos sistemas de entrada-proceso-salidas tienen que agregar valor para el usuario paciente que espera el cumplimiento de su operación programada, el cumplimiento es un indicador de calidad.

Entre los tipos de procesos se destacan los siguientes(23):

Estratégicos: procesos destinados a definir y controlar las metas de la empresa, sus políticas y estrategias. Estos son gestionados directamente por la alta dirección en conjunto.

Operativos(esenciales o claves): procesos destinados a llevar a cabo las acciones que permiten desarrollar las políticas y estrategias definidas para la empresa para dar servicio a los clientes. De estos se encargan los directores funcionales, que deben contar con la cooperación de los otros directores y de sus equipos humanos.

De apoyo: procesos no directamente ligados a las acciones de desarrollo de las políticas, pero cuyo rendimiento influye directamente en el nivel de los procesos operativos.

Aparte del proceso estratégico y misional todo Mapro contiene un proceso de soporte el cual contribuye con la mejoría del proceso operativo, es importante destacar de que este proceso es clave para el otorgamiento de la satisfacción de todo usuario- paciente; en caso del abordaje de la lista de espera las expectativas de los usuarios son grandes pero las salidas tienen que ser mucho más grandes.

Respecto a la gestión por procesos se refiere a la capacidad de responder con más flexibilidad y rapidez a cambios en las condiciones económicas; estos cambios comprenden, a su vez, la obligación de examinar los métodos de funcionamiento, es decir, la gestión por procesos busca disminuir la variabilidad que se manifiesta comúnmente cuando se manifiestan o prestan determinados servicios y trata de

erradicar las ineficiencias relacionadas a la repetitividad de las acciones o actividades y al gasto inapropiado de recursos(24).

Uno de los indicadores más contundentes de los procesos sanitarios es la capacidad de respuesta del prestador frente a situaciones como son los tiempos de espera, el tiempo de atención en consultorio externo y las listas de espera quirúrgicas los cuales verdaderas actividades de elevado conflicto en la cual predomina la insatisfacción de los pacientes y la gestión de procesos propone una eliminación de tiempos muertos de elementos que sólo contribuyen con enlentecer el procesos misional de fondo.

En la disminución del efecto de la espera, las organizaciones vienen elaborando diversos mecanismos. Mayormente buscando reducir la población en espera ante la alza de la oferta u optimizar la demanda o incluso disponiendo de mecanismos de autorregulación, sin embargo otros planes orientan sus determinación en la administración de los pacientes en espera a través de una acertada depuración y/o priorización (16).

La oferta y demanda quirúrgica ciertamente es inestable, si aumentamos la oferta de manera aritmética, la demanda de pacientes quirúrgicos es exponencial; por lo tanto, la administración de las listas de espera es un tema fundamentalmente técnico en donde tienen que coexistir un aspecto aplicativo-tecnológico y una priorización de los diagnósticos necesario para poder cumplir con todos los pacientes aparte el recurso humano es importante es deficitario y no existen las salas en número adecuado para aplacar esta contingencia.

2.2.1.2 Abordaje de la lista de espera

Una lista de espera se denomina a la agrupación de personas que en un punto determinado aguardan por una atención de consulta médica u odontológica, examen diagnóstico u operación quirúrgica programada, que es requerida por un profesional médico, el cual lo tiene documentado la petición (25). Aún el manejo de lista de espera quirúrgica sigue siendo a través de una asignación mecánica el cual es

registrado en un cuaderno que es administrado por el personal de enfermería; cuando en verdad debería utilizarse un aplicativo informático en donde pueden registrar por orden de llegadas y priorización las cirugías quirúrgicas correspondientes.

Las listas de espera para intervenciones quirúrgicas se pueden traducir, equivocadamente, como un sencillo desequilibrio entre la demanda y la oferta de un determinado procedimiento. Si así fuera, sólo se debería ir elevando los recursos hasta finalizar con las listas. Aunque, la diversa evidencia indica que el incremento aislado de recursos no es la respuesta, debido que el tiempo medio de espera se reduce pero la lista se extiende por la cola. Donde la gestión clínica en los servicios y la gestión de cada profesional, evidencian tres grandes aspectos como efectividad del procedimiento; con criterios éticos y de eficiencia en el manejo de recursos y priorizando por gravedad, la posibilidad de mejora y criterios sociales, es una responsabilidad ineludible para mejorar el problema de las listas de espera (26).

El tema desde nuestro punto de vista tiene tres ejes de capital importancia; el primer punto es la gestión administrativa de la lista de espera que está a cargo del personal de enfermería y muchas veces de un área especial administrativa en la sala de operaciones y el segundo es el aspecto puramente prestacional, con la disposición de recursos humano calificado en temas quirúrgicos, hay escases de profesionales en ese sentido y un programa informático que pueda organizar un proceso de teoría de colas y que pueda organizar de mejor manera el proceso operativo.

Saber y gestionar las listas de espera es imprescindible para la gestión del nosocomio, pero involucra un ordenamiento que toma diferentes ámbitos de la labor hospitalaria, que deben ejecutarse correctamente y coordinado. Tal coordinación redundará en que las listas sean fuente de retroalimentación, se ordenen, prioricen y acorten y, al mismo tiempo, a los pacientes que esperan reciban respuestas verídicas y concretas dentro de plazos razonables (27).

La tecnología aplicada a la ciencia de la salud es la única metodología en la solución de este tipo de problemas, toda vez que la enorme demanda de pacientes en espera, muchas veces es administradas por personas que priorizan a familiares de otros amigos al gremio de salud

Las listas de espera se rigen en el principio de la teoría de colas, es decir, los pacientes esperan en una cola para obtener la atención médica oportuna, donde, se está pagando un precio mayor y un tiempo prologando de lo esperado. Además, resulta costoso a los prestadores, produciendo desprestigio y fuga de clientes (28). El problema de la lista larga de espera es fundamentalmente alta es en los Hospitales públicos debido a la alta demanda de pacientes del Seguro Integral de Salud, sin embargo en el sector privado son muchos menores en tamaño y oportunidad porque los pacientes pueden encontrar sala de operaciones y puede ser fácilmente administrado.

Para gestionar las listas de espera quirúrgica se tiene que tratar en el plano social, administración sanitaria y en especial en el espacio del centro de salud. La gestión clínica en los servicios y de cada profesional, son principios de inclusión de la evidencia científica en la indicación y en los resultados esperados de los pacientes (efectividad del procedimiento); con principios éticos y de eficiencia en el uso de los recursos, dando prioridad por gravedad, posibilidad de recuperación y criterios sociales, aspectos de un compromiso inexorable para medrar el problema de las listas espera (26).

Las políticas de atención de pacientes en los establecimientos de salud públicos son generalmente problemáticos no sólo con el proceso de la lista espera, sino más allá después de la cirugía para encontrar camas de recuperación anestésica y cupo en unidades de cuidados intensivos, la demanda es mucha más grande que la oferta quirúrgica ofrecida en los hospitales, a esto se le agrega el problema del recurso humano calificado no sólo médicos, sino de enfermería y otras especialidades de las ramas médicas.

De esta manera, las listas de espera son un indicador de gestión y a la vez una herramienta a la que se le otorga el sistema para tramitar los retrasos y las esperas, protegiendo los principios de equidad encomendados a los sistemas de salud, concerniente al acceso; facilitando al paciente obtener los servicios prescritos cuando lo requiera; clasificando en base de prioridad de requerimiento de los pacientes. También, es útil como instrumento de planificación laboral, consiste en un método de administración del trabajo sanitario (29).

Una de las soluciones planteadas por los cuerpos médicos de diversos hospitales del Perú propone descentralizar en los hospitales que tienen menor carga de trabajo quirúrgico, es decir no aglomerar pacientes quirúrgicos en hospitales de alta complejidad, cuando pueden ser tratados en hospitales de menor complejidad, donde muchos pacientes presentan patologías de solución quirúrgica más simple, sin embargo se operan en hospitales muy complejos e allí una de las características de aglomeración de la lista de espera; por lo tanto la descentralización sería una medida adecuada para bajar la lista de espera.

Para abordar la lista de espera, es importante programar acciones, que abarquen el rediseño de formas de proceder, así como la introducción de un sistema de información y una relación de pacientes claro, seguro y transparente para todos los servicios de salud. Es de importancia la utilización de garantías por el tiempo de espera a nivel nacional para preservar los niveles de equidad al acceso de las prestaciones de servicio, sucedidos por una apreciación de los resultados y de la creación de medidas generales para financiación, elaboración de sistemas de indicación y priorización de prescripciones diagnósticas o terapéuticas para que el manejo del problema sea adecuado y coherente, tomando en cuenta que la investigación priorizó las necesidades de los pacientes, tratando la gravedad de sus enfermedades. Compete a los servicios de salud concretización en su entorno territorial, periodo máximo de acceso a la atención de salud, considerando el impacto en la salud o en la calidad de vida de los pacientes. Asimismo, una eficiente lista de espera que implemente una

visión constituida como marco idóneo para la integración sistemática de las mejores praxis, novedoso, coordinación, nuevos modos de gestión, guías clínicas de procedimientos habituales, contribución efectiva de profesionales y ciudadanos, entre otros aspectos (29).

Mientras, Zorrita et al (30). Establecen 6 claves para la gestión eficiente de las listas de espera quirúrgica:

1. **Priorizar los pacientes:** con una larga trayectoria de implantación en algunos países occidentales, los sistemas de priorización son una práctica que permite clasificar los pacientes bajo criterios clínicos, psicológicos y sociales. El grado de urgencia y gravedad de cada paciente es el más utilizado, aunque sus criterios deben ser adaptados en función de los diagnósticos y/o procedimientos particulares. Esto no reduce la lista de espera pero garantiza que los pacientes se atienden en función de su necesidad.
2. **Limitar la espera como derecho del paciente:** la fijación de garantías de tiempos máximos de espera ayuda a reducir los tiempos medios de demora, aunque esta herramienta debe complementarse con otras medidas para asegurar su impacto.
3. **Tiempos de espera por patología vs. número de pacientes en lista:** frente a la asociación de su gestión con un censo de pacientes en espera, un dato demasiado inexacto, los expertos recomiendan valorar los tiempos de espera medios, pues permiten monitorizar indicadores como la demora, la espera media y máxima. Esto sin olvidar que un solo indicador es insuficiente para valorar su gestión adecuadamente.
4. **Depuraciones administrativas de la lista de espera.** Las listas de espera se “inflan” con pacientes que ya no precisan la operación o la han realizado en otro centro. Un proceso simple como son las revisiones administrativas reduce en muchos casos los pacientes en espera en un 20-30%. Cuando además se incluye la revisión de la pertinencia de la indicación, mediante *audits de lista de espera*, contribuye a mejorar la

pertinencia de la cirugía y evitar intervenciones de dudosa indicación.

5. **La lista de espera quirúrgica, sólo la punta del iceberg:** es común considerar únicamente el tiempo de espera entre la indicación de la cirugía electiva y la intervención quirúrgica, cuando en muchos casos el problema está en los largos periodos de espera para la atención en primera consulta o la realización de pruebas diagnósticas.
6. **Sistemas de información como apoyo en una gestión eficiente:** Gran parte del problema está en la transparencia y gestión de la información: la información disponible no permite saber quién espera, cuánto tiempo y por qué motivo. La introducción de sistemas de información estandarizados ha sido uno de los factores de éxito en países como Portugal o el Reino Unido, que han conseguido éxitos importantes de reducción de las listas de espera.

2.2.2 Marco conceptual

Entrada. La recopilación de personas, elementos necesarios para abordar el proceso (22).

Indicador. Medida de una característica del proceso (24).

Lista de espera. Es el conjunto de pacientes que, en un momento concreto, se encuentran pendientes de recibir una determinada prestación asistencial por imperativos ajenos a la voluntad del paciente (25).

Proceso. Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados (22).

Procedimientos. Pautas necesarias para llevar a cabo un proceso. También la secuencia necesaria para su desarrollo que transforma las entradas en salidas (24).

Salidas. Resultados o elementos que genera un proceso (24).

Recursos: elementos fijos o variables, imprescindibles para que el proceso tenga lugar (22).

2.2.3 Marco histórico

El manejo de las organizaciones en la actualidad se ve afectada por la tenencia del: aprendizaje y el cambio, pudiendo ser orientadas a través de la gestión de procesos que el conocimiento de la organización, destrezas, competencias y recursos, para combatir los efectos del cambio en el espacio de actuación (31).

De esta forma, la transformación y el aprendizaje de una institución se logran gracias a la gestión de procesos. Esto involucra tener un amplio entendimiento de los mecanismos que produce la organización para alcanzar acciones proactivas que consoliden la preferencia de los clientes por medio de respuestas sensibles y veloces a la expectativas y demandas no expresadas (32).

Esta gestión, aparece como un enfoque que orienta el cuidado hacia las actividades de la organización, para perfeccionarla. En esta labor se tomara en cuenta a la organización como una red de procesos interacción o interconectados, en el que la configuración organizativa vertical clásica, eficiente a la altura de funciones, se sitúa sobre una noción horizontal, trasladando el centro de interés desde las estructura hasta los procesos, como procedimiento para optimizar el rendimiento, canalizando en el diseño disciplinado y cuidadosa realización de todos los procesos de una organización. Finalizando, la metodología de aplicación de la gestión basada en procesos, consiste en un instrumento de gestión ajustada para la coyuntura actual, constituyéndose con firmeza como una opción exitosa para recibir cada vez resultados favorables (33).

Como concepto en las empresas sucede de manera escalonada en los paradigmas de gestión empresarial, de forma gradual se le estima como una vía útil para innovar la organización y adaptarse al entorno. Al principio lo modelos de gestión y las entidades acogieron un punto

de vista particular de los procesos, al excluir a estas como un sistema integral de procesos, siendo estos el cimiento para los cambios primordiales en la organización. Históricamente, estas se han conducido de acuerdo a los principios Tayloristas de división y especialización del trabajo por departamentos o funciones específicas. Por medio del uso de organigramas que instauran la estructura organizativa y nombran a dichas funciones. El diagrama facilita precisa obviamente las interacciones jerárquicas entre los diversos puestos de una organización (cadena de mando). A pesar de ello, un organigrama no refleja el funcionamiento de la empresa, responsabilidades, el dialogo con los clientes, aspectos prioritarios, ni lo flujos de información y dialogo interno (34).

Como solución a esta demanda aparece la estrategia de: la adopción de un enfoque de procesos o gestión por procesos, intentado averiguar que las empresas cumplan con estructuras con gran capacidad de adaptarse a situaciones variables, más flexibilidad, mayor capacidad para asimilar y crear valor, con una fuerte convicción para hacer realidad sus objetivos. La gestión por procesos es una manera de manejar o administrar una organización, enfocándose en el valor agregado para el cliente y las partes interesadas (34).

Respecto al abordaje de la lista de espera quirúrgica, establece estrategias encaminadas en disminuir la proporción, reducir el tiempo o básicamente, centradas en simplificar la lista, cobran relevancia tres: a) la aplicación de tiempos de atención garantizada; b) la priorización de las listas en función de criterios explícitos, y c) la incorporación de estrategias para mejorar la indicación de una intervención o una prueba (35).

Tiempos de atención garantizada

Los tiempos de atención garantizada proponen una mirada de la gestión de la lista de espera desde el aseguramiento, de forma que el ciudadano que va a entrar en lista de espera tiene derecho a percibir la prestación en un tiempo legalmente establecido. Pero su

efecto beneficioso no se limita sólo a reconocer un derecho; los tiempos de garantía incorporan la idea de necesidad y de priorización según necesidad. Implica la implementación de un sistema de priorización explícito y, por tanto, de la capacidad de discriminar a los pacientes en función de su necesidad (riesgo); b) de la capacidad organizativa de los centros (es más difícil implementar en centros con alta presión de urgencias, y c) del acompañamiento de medidas de racionalización en la gestión de la lista de espera (mejora de los sistemas de información, incorporación de sistemas de priorización ligados a criterio clínico, análisis de la publicación de listas de espera y tiempos máximos por proveedor, incentivos positivos o negativos, entre otras.)

Priorizar según criterios explícitos

Se atiende a quien primero llega. Priorizar según algún criterio explícito distinto del tiempo en lista permitiría no solamente evitar carga innecesaria de sufrimiento a personas o colectivos y reducir la morbilidad asociada, sino además resolver de forma más eficiente el desbalance entre la oferta y la demanda haciendo transparente la gestión. Por otra parte, los modelos utilizados permiten la incorporación de criterios sociales (vivir solo, tener personas a cargo, etc.) que modulan la priorización realizada en función de criterios clínicos.

Mejorar las indicaciones médicas

Respecto a los factores que se movilizan (sesiones de quirófano, ratio sucesivas-primeras en consulta externa, días de estancia asociados a la espera de pruebas, etc.).

2.2.4 Marco normativo

Ley N° 26842: ley general de salud

Considera, en II títulos los derechos, deberes y responsabilidades concernientes a la salud individual, así como a los deberes, restricciones y responsabilidades en consideración a la salud de terceros.

Ley N° 29414: Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud

Realiza las modificaciones a la ley general de salud en el Artículo 15°, 23° y 29°. Donde establece en el apartado 15.1, lo siguiente:

Toda persona tiene derecho a obtener servicios, medicamentos y productos sanitarios adecuados y necesarios para prevenir, promover, conservar o restablecer su salud, según lo requiere la salud del usuario, garantizando su acceso de forma oportuna y equitativa.

Ley N° 26790: Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud

Establece que la Seguridad Social en Salud se fundamenta en los principios constitucionales que reconocen el derecho al bienestar y garantizan el libre acceso a prestaciones a cargo de entidades públicas, privadas o mixtas.

Ley N° 30024: Ley que crea el Registro Nacional de Historia Clínicas Electrónicas.

Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 331 -PE-ESSALUD-2013

Estable las funciones para la Unidad Central de Gestión de Oportunidad Quirúrgica.

2.3 Hipótesis

2.3.1 Hipótesis general

H1. Existe relación entre Gestión del proceso y abordaje de la lista de espera quirúrgica en el Hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo.

2.3.2 Hipótesis específicas

1. Existen características epidemiológicas de los pacientes de la lista espera quirúrgica.
2. Existe una adecuada gestión de proceso en el abordaje de lista de espera quirúrgica en el Hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo
3. Existe un buen abordaje de la lista de espera quirúrgica en el Hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo

2.4 Variables

2.4.1 Identificación de variables

2.4.1.1 Variable independiente

Gestión por procesos

2.4.1.2 Variable dependiente

Abordaje de la lista de espera

2.4.1.3 Variables intervinientes

Capacidad de respuesta

Capacidad resolutive

2.5 Definición de las variables

2.5.1 Definición conceptual

Gestión por procesos

Gestión por procesos busca reducir la variabilidad que aparece habitualmente cuando se producen o prestan determinados servicios y trata de eliminar las ineficiencias asociadas a la repetitividad de las acciones o actividades y al consumo inapropiado de recursos(24).

El abordaje de la lista de espera

Gestionar las listas de espera implica un ordenamiento que toca distintos ámbitos del quehacer hospitalario, que deben funcionar bien y coordinadamente. Tal coordinación redundará en que las listas sean fuente de retroalimentación, se ordenen, se prioricen y se acorten y, al

mismo tiempo, que quienes esperan reciban respuestas confiables y materializables dentro de plazos razonables (27).

2.5.2 Definición operacional

Gestión por procesos

Conformado por los elementos que intervienen en un modelo de procesos como: liderazgo, agentes, procesos y resultados.

El abordaje de la lista de espera

Se realiza en base a propuesta de mejora que buscan reducir la lista de espera que considera: Reducir el tamaño, reducir el tiempo y por último racionalizar

2.6 Operacionalización de las variables

Operacionalización

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
Gestión por procesos	Gestión por procesos busca reducir la variabilidad que aparece habitualmente cuando se producen o prestan determinados servicios y trata de eliminar las ineficiencias asociadas a la repetitividad de	Conformado por los elementos que intervienen en un modelo de procesos como: liderazgo, agentes, procesos y resultados.	Liderazgo	- Planificación - Coordinación	Cualitativa ordinal	Cuestionario
			Agentes	- Capacidades de las personas involucradas - Políticas y estrategias - Alianzas - Recursos	Cualitativa ordinal	
			Procesos	- Innovación - Aprendizaje	Cualitativa ordinal	

	las acciones o actividades y al consumo inapropiado de recursos(24)		Resultados	- Beneficios en los pacientes - Eficiencia en los recursos - Productividad - Control	Cualitativa ordinal	
El abordaje de la lista de espera	Gestionar las listas de espera implica un ordenamiento que toca distintos ámbitos del quehacer hospitalario, que deben funcionar bien y coordinadamente. Tal coordinación redundará en	Se realiza en base a propuesta de mejora que buscan reducir la lista de espera que considera: Reducir el tamaño, reducir el tiempo y por último racionalizar	Coordinación administrativa	- Maneja la capacidad de la oferta - Atiende a la demanda - Barreras administrativas	Cualitativa ordinal	Cuestionario
			Priorizar el tamaño de lista de espera	- Tiempos máximos de espera - Medida organizativa	Cualitativa ordinal	

	que las listas sean fuente de retroalimentación, se ordenen, se prioricen y se acorten y, al mismo tiempo, que quienes esperan reciban respuestas confiables y materializables dentro de plazos razonables (27)		Racionalización	- Sistema de información - Estándares de comportamiento - Priorización de lista - Medidas de impacto	Cualitativa ordinal	
--	---	--	-----------------	---	---------------------	--

2.7 Matriz de consistencia

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES E INDICADORES	METODOLOGÍA
Problema general ¿Cuál es la relación que existe entre Gestión del proceso y abordaje de la lista de espera quirúrgica en el Hospital Essalud Almazor Aguinaga Asenjo Chiclayo? Problemas específicos ¿Cómo es la gestión del proceso de la espera quirúrgica en el Hospital Essalud Almazor Aguinaga Asenjo Chiclayo? ¿Cuál es el abordaje de la lista de espera	Objetivo general Determinar la relación existente entre Gestión del proceso y abordaje de la lista de espera quirúrgica en el hospital Essalud Chiclayo. Objetivos específicos Identificar la gestión de proceso en el abordaje de lista de espera quirúrgica en el hospital Essalud Chiclayo	Hipótesis general H1. Existe relación entre Gestión del proceso y abordaje de la lista de espera quirúrgica en un hospital Essalud Chiclayo. Hipótesis específicas Existe una adecuada gestión de proceso en el abordaje de lista de espera quirúrgica en un hospital Essalud Chiclayo.	Gestión por procesos	Liderazgo - Planificación - Coordinación Agentes - Capacidades de las personas involucradas y - Políticas estrategias - Alianzas - Recursos Procesos - Innovación - Aprendizaje Resultados - Beneficios en los pacientes - Eficiencia en los recursos - Productividad - Control	Estudio: Enfoque: Cuantitativo Tipo: Correlacional Diseño: No experimental – transversal Población: 30 entre médicos y personal administrativo Técnica: Encuesta Instrumento: dos cuestionarios

quirúrgica en el Hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo? ¿Cuál es la relación de las dimensiones de la gestión de proceso y el abordaje de lista de espera quirúrgica en el Hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo?	Determinar el abordaje de la lista de espera quirúrgica en el Hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo Relacionar las dimensiones de la gestión de proceso y el abordaje de lista de espera quirúrgica en el Hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo	Existe un buen abordaje de la lista de espera quirúrgica en el Hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo Existe relación de las dimensiones de la gestión de proceso y el abordaje de lista de espera quirúrgica en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo Essalud Chiclayo	El abordaje de la lista de espera	Coordinación administrativa - Maneja la capacidad de la oferta - Atiende a la demanda - Barreras administrativas Priorizar el tamaño de lista de espera - Tiempos máximos de espera - Medida organizativa Racionalización - Sistema de información - Estándares de comportamiento - Priorización de lista - Medidas de impacto	
---	---	--	---	---	--

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de Investigación

Cuantitativo: La investigación cuantitativa trata de determinar la fuerza de asociación o correlación entre variables, la generalización y objetivación de los resultados a través de una muestra para hacer inferencia a una población por la cual toda muestra procede.

Según Hernandez(32). La investigación es de tipo correlacional-causal; porque estas investigaciones tienen como finalidad medir el grado de relación que exista entre dos o más conceptos o variables (en un contexto en particular). En ocasiones solo se analiza la relación entre dos variables, lo que podría representarse como; pero frecuentemente se ubican en el estudio relaciones entre tres variables, lo cual se podría representar.

3.2 Diseño de investigación/ contrastación de hipótesis

Según Hernandez (2010), es un estudio de diseño no experimental de corte transversal. La investigación no experimental es la búsqueda empírica y sistemática en la que el científico no posee control directo de las variables independiente, debido a que sus manifestaciones ya han ocurrido o a que son inherentes no manipulables. Se hacen inferencias sobre las relaciones entre las variables, sin intervención directa sobre la variación simultánea de las variables independiente y dependiente y es transversal por que se realiza en un determinado momento del tiempo.

3.3 Población y muestra

La población estuvo conformada por los 20 médicos especialistas y 10 administrativos.

La muestra lo conformaron un total de 30 entre médicos y administrativos de la oficina de planificación de las operaciones quirúrgicas.

3.4 Materiales, técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Técnicas

Las técnicas para la recolección de datos de esta investigación fue la encuesta.

Instrumentos

Como instrumentos de recolección de datos se utilizó el cuestionario de encuesta, donde fueron de elaboración propia para la gestión por procesos un total de 12 preguntas agrupados por dimensiones; liderazgo (1-2); Agentes (3-6), Procesos (7-8), resultados (9-12). La confiabilidad del instrumento fue de 0.725

Para el instrumento del abordaje de espera, también está constituido por 12 preguntas agrupados en tres dimensiones; coordinación administrativa (1-4), priorizar el tamaño de la lista de espera (5-6) y racionalización (7-10). La confiabilidad del instrumento fue de 0.802

3.5 Validación y confiabilidad de los instrumentos

En esta investigación lo primordial fue la aprobación del proyecto por la Universidad de Chiclayo, asimismo los instrumentos serán validados por expertos y se utilizará la prueba del alfa de Cronbach para determinar la confiabilidad de instrumento, se consideran los siguientes valores de la prueba.

Criterios de interpretación del coeficiente de Alfa de Cronbach

valores de Alfa	Interpretación
0.90 – 1.00	Se califica como muy satisfactoria
0.80 – 0.89	Se califica como adecuada
0.70 – 0.79	Se califica como moderada
0.60 – 0.69	Se califica como baja
0.50 – 0.59	Se califica como muy baja
<0.50	Se califica como no confiable

Donde se aceptará como confiable el instrumento si el valor de α es mayor de 0,8

3.6 Métodos y procedimientos para la recolección de datos

Se realizó mediante la aplicación de los cuestionarios que fueron aplicados al personal, se enviaron por google forms, y las respuestas se recopilaban en Excell.

3.7 Análisis estadístico y representación de los resultados

El análisis de los datos se realizó con el programa SPSS versión 24, la primera parte del método inductivo se contempló la estadística descriptiva que comprende la presentación de los resultados de tablas y gráficos en frecuencias relativas y absolutas, tanto para la variable como por dimensión, en el método deductivo mediante la estadística inferencial se utilizó la prueba de correlación de Pearson previa evaluación de la prueba de normalidad, se aceptó la relación a un nivel de confianza al 96% y con una significancia del 5%.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

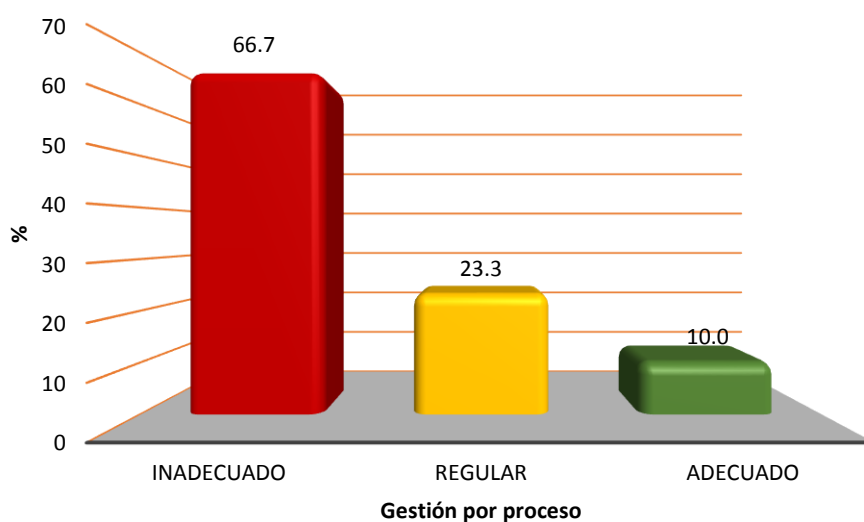
4.1. Presentación y análisis de la información

Tabla 1. Distribución de la gestión de proceso en el abordaje de lista de espera quirúrgica en el Hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo

	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuado	20	66.7
Regular	7	23.3
Adecuado	3	10.0
Total	30	100.0

Fuente: Cuestionario

Figura 1. Gestión de proceso en el abordaje de lista de espera quirúrgica en el Hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo



Fuente: Cuestionario - 2021

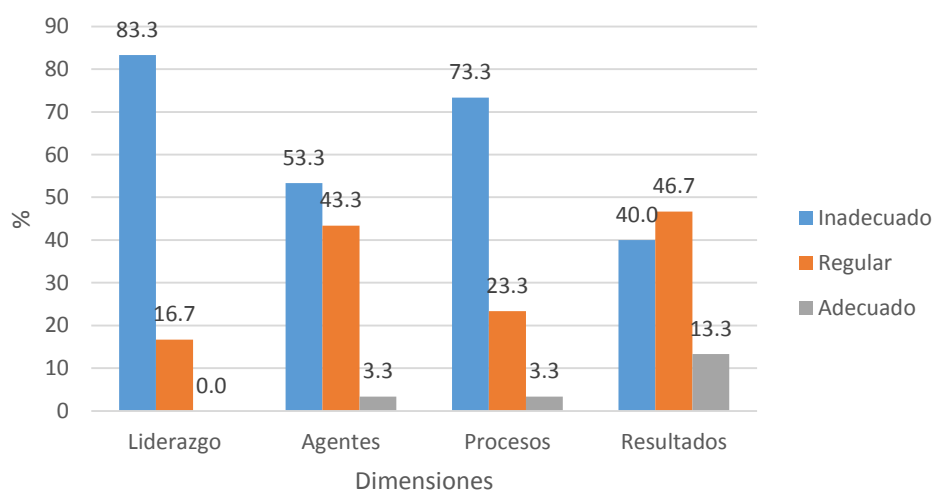
Se observa, que la mayoría de los trabajadores perciben la gestión de proceso en el abordaje de la lista de espera quirúrgica como inadecuado (66,7%), el 23,3% consideró la gestión regular y por el contrario el 10% manifestaron una gestión adecuada.

Tabla 2. Distribución de la gestión de proceso en el abordaje de lista de espera quirúrgica en el Hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo, según dimensiones

Dimensiones	Frecuencia	Porcentaje
Liderazgo		
Inadecuado	25	83.3
Regular	5	16.7
Adecuado	0	0.0
Agentes		
Inadecuado	16	53.3
Regular	13	43.3
Adecuado	1	3.3
Procesos		
Inadecuado	22	73.3
Regular	7	23.3
Adecuado	1	3.3
Resultados		
Inadecuado	12	40.0
Regular	14	46.7
Adecuado	4	13.3
Total	30	100.0

Fuente: Cuestionario – 2021

Figura 2. Distribución de la gestión de proceso en el abordaje de lista de espera quirúrgica en el Hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo, según dimensiones



Se observa, que las dimensiones de la gestión de procesos, en el abordaje de lista de espera quirúrgica en el hospital Essalud Chiclayo, en su mayoría predominaron el nivel inadecuado en el Liderazgo (83,3%), agentes (53,3%),

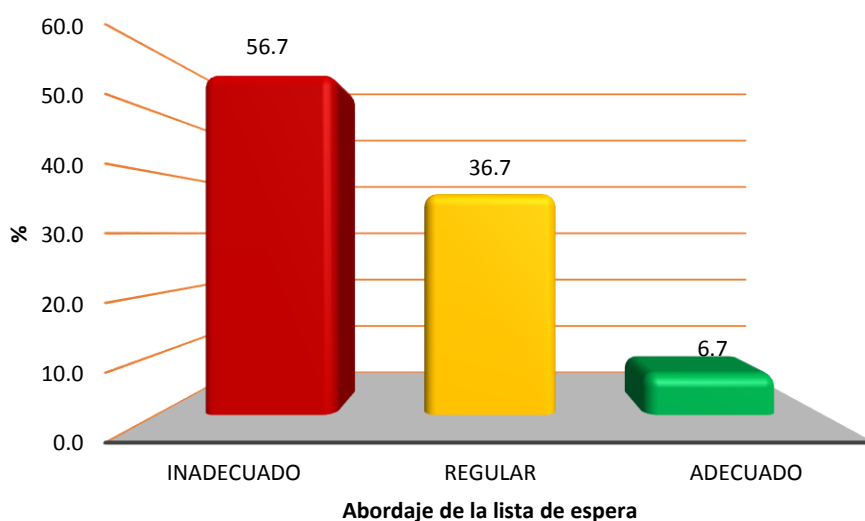
percepciones (73,3%), mientras en la dimensión resultados destacó el nivel regular (46,7%).

Tabla 3. Distribución del abordaje de la lista de espera quirúrgica en el Hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo

	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuado	17	56.7
Regular	11	36.7
Adecuado	2	6.7
Total	30	100.0

Fuente: Cuestionario – 2021

Figura 3. Distribución del abordaje de la lista de espera quirúrgica en el Hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo



Fuente: Cuestionario – 2021

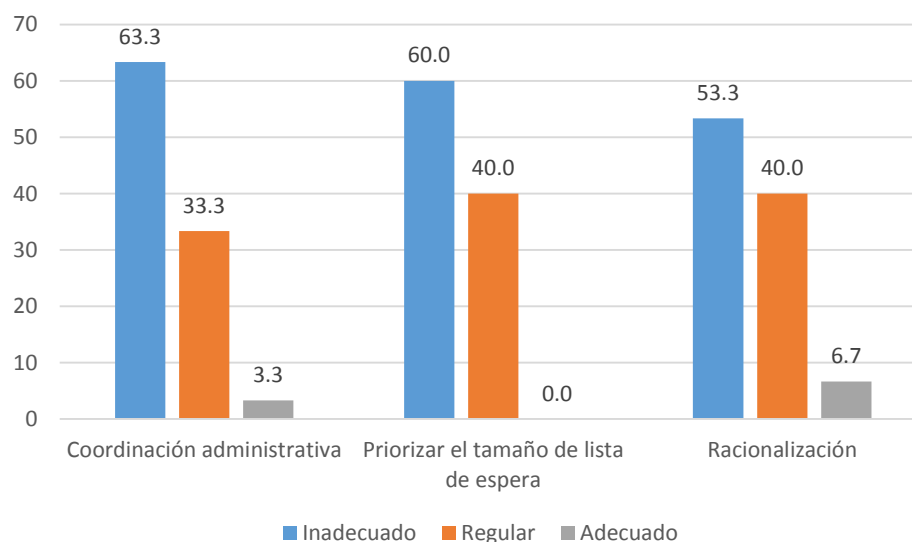
Se observa que los trabajadores perciben el abordaje de la lista de espera como inadecuado (56,7%), un 36,7% consideran que es regular, por el contrario el 6,7% manifestaron que es adecuado.

Tabla 4. Distribución del abordaje de la lista de espera quirúrgica en el Hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo, según dimensiones

	Frecuencia	Porcentaje
Coordinación administrativa		
Inadecuado	19	63.3
Regular	10	33.3
Adecuado	1	3.3
Priorizar el tamaño de lista de espera		
Inadecuado	18	60.0
Regular	12	40.0
Adecuado	0	0.0
Racionalización		
Inadecuado	16	53.3
Regular	12	40.0
Adecuado	2	6.7
Total	30	100.0

Fuente: Cuestionario – 2021

Figura 4. Distribución del abordaje de la lista de espera quirúrgica en el Hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo, según dimensiones



Fuente: Cuestionario – 2021

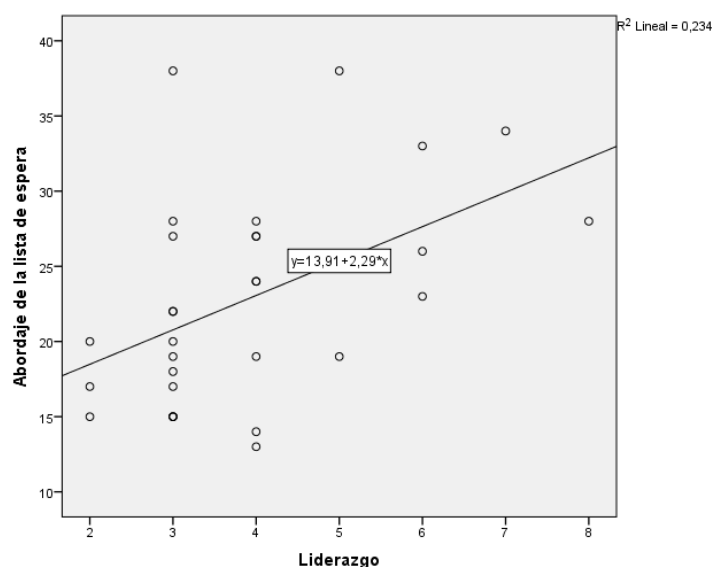
De las dimensiones del abordaje de la lista de espera quirúrgica, prevaleció el nivel inadecuado siendo (63,3%) en que no se logra la coordinación

administrativa, 60% evaluaron como inadecuado la forma de priorizar el tamaño de la lista de espera y el 53,3% inadecuado para la racionalización.

Tabla 5. Correlación de las dimensiones de la gestión por procesos y el abordaje de la lista de quirúrgica en el Hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo

Dimensiones de gestión por procesos	Abordaje de la lista de espera		
	Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)	N
Liderazgo	,483**	.007	30
Agentes	,715**	.000	30
Procesos	,764**	.000	30
Resultados	,775**	.000	30

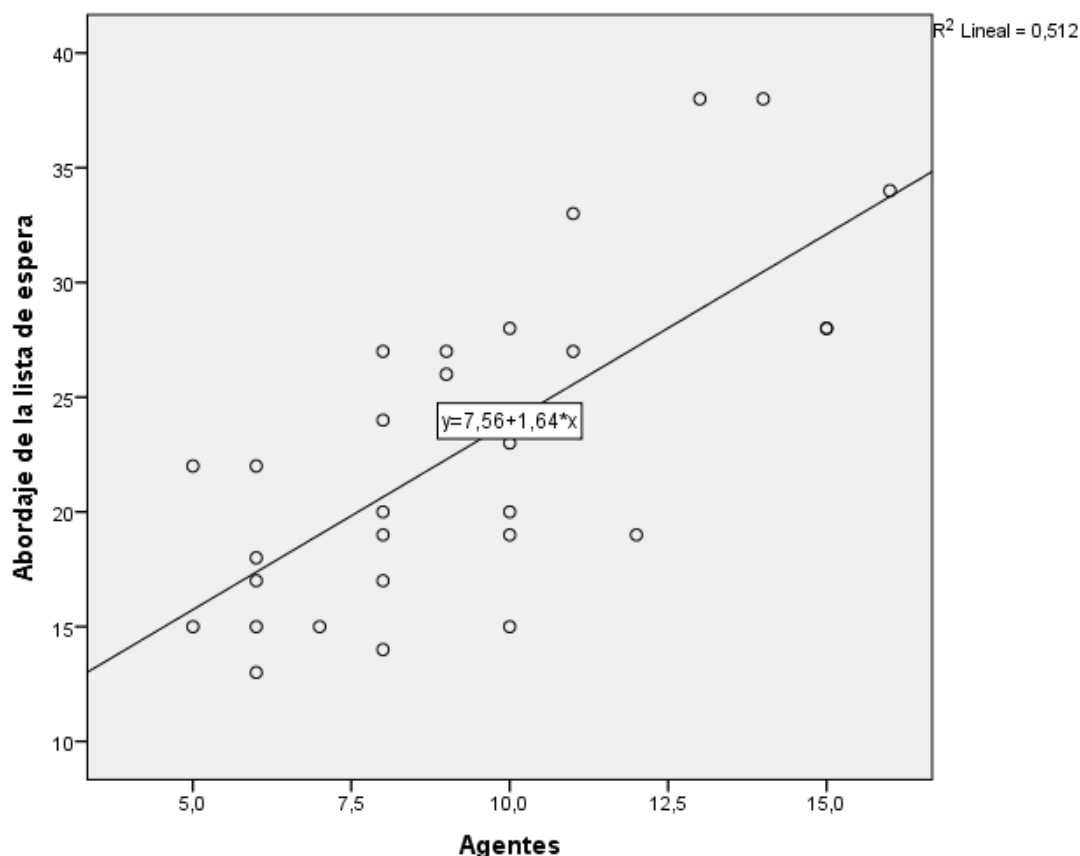
Figura 5. Dispersión de puntajes de la dimensión liderazgo de la gestión por procesos y el abordaje de la lista de quirúrgica en el Hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo



La correlación de Pearson, señala que el P-valor = 0,007 < 0.01 (ver tabla 5), por lo que el resultado es significativo al 99% de confianza estadística. En consecuencia, se acepta que el liderazgo tiene una relación directa con el abordaje de la lista de espera. La magnitud de esta correlación es de 48.3%(0,483), correspondiente a una correlación positiva moderada. El

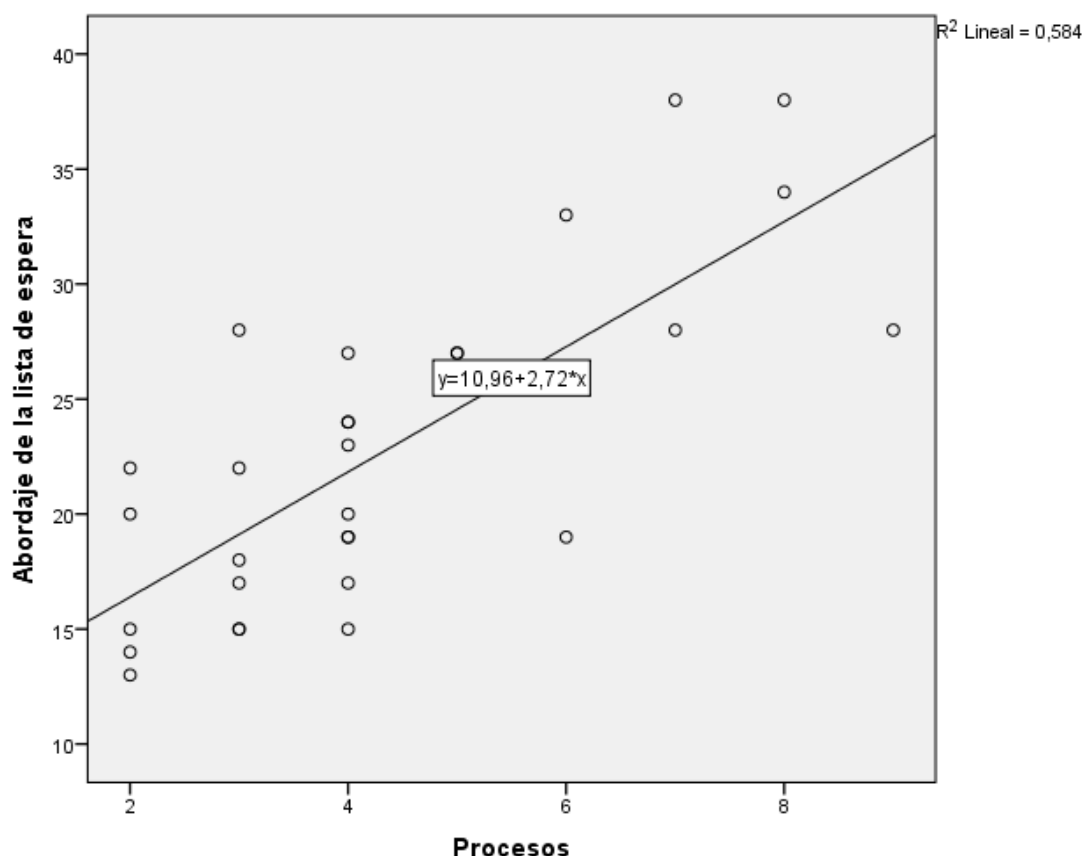
coeficiente de determinación (R2) indica que la dimensión liderazgo de la gestión por proceso explica la variable abordaje de la lista de espera en un 23,4%, el 76,6 % restante se debe a otras variables (que son extrañas). En este estudio no buscamos causalidades, solo verificar la relación.

Figura 6. Dispersión de puntajes de la dimensión agentes de la gestión por procesos y el abordaje de la lista de quirúrgica en el Hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo



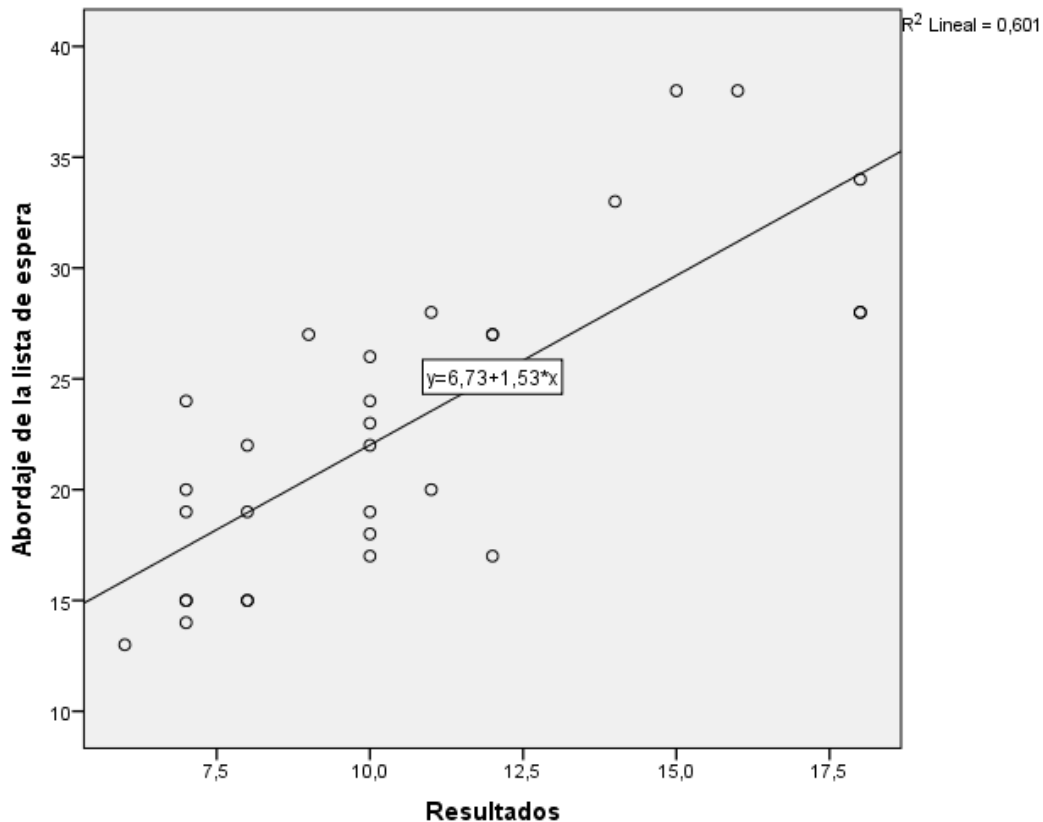
La correlación de Pearson, señala que el P-valor = 0,000 < 0.01 (ver tabla 5), por lo que el resultado es significativo al 99% de confianza estadística. En consecuencia, se acepta que los agentes tienen una relación directa con el abordaje de la lista de espera. La magnitud de esta correlación es de 71,5%(0,715), correspondiente a una correlación positiva alta. El coeficiente de determinación (R2) indica que la dimensión agente de la gestión por proceso explica la variable abordaje de la lista de espera en un 51,2%, el 48,8% restante se debe a otras variables (que son extrañas). En este estudio no buscamos causalidades, solo verificar la relación.

Figura 7. Dispersión de puntajes de la dimensión procesos de la gestión por procesos y el abordaje de la lista de quirúrgica en el Hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo



La correlación de Pearson, señala que el P-valor = 0,000 < 0.01 (ver tabla 5), por lo que el resultado es significativo al 99% de confianza estadística. En consecuencia, se acepta que los procesos tienen una relación directa con el abordaje de la lista de espera. La magnitud de esta correlación es de 76,4%(0,764), correspondiente a una correlación positiva alta. El coeficiente de determinación (R2) indica que la dimensión procesos de la gestión por proceso explica la variable abordaje de la lista de espera en un 58,8%, el 41,2% restante se debe a otras variables (que son extrañas). En este estudio no se determina causalidad, solo se verifica la relación.

Figura 8. Dispersión de puntajes de la dimensión resultados de la gestión por procesos y el abordaje de la lista de quirúrgica en el Hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo



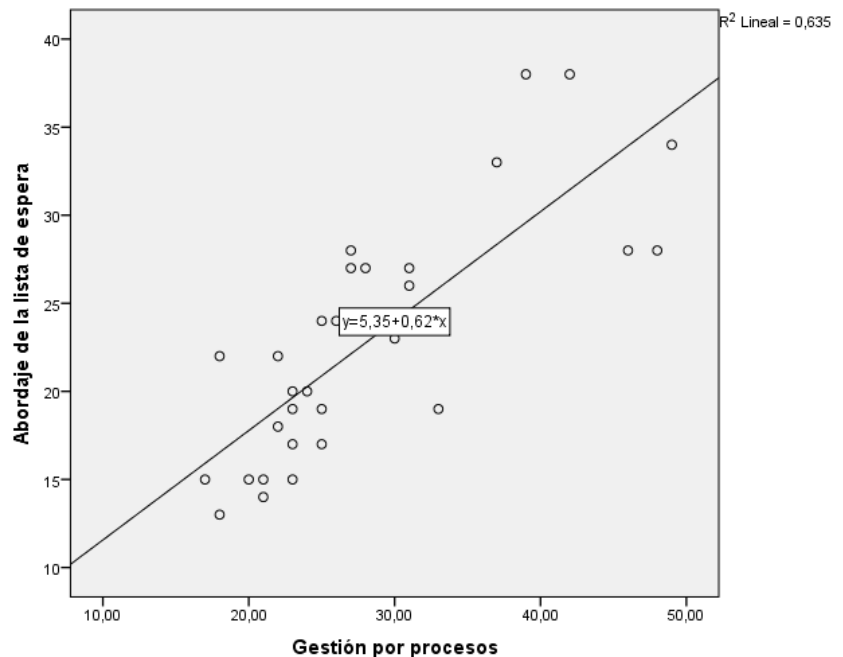
La correlación de Pearson, señala que el P-valor = 0,000 < 0.01 (ver tabla 5), por lo que el resultado es significativo al 99% de confianza estadística. En consecuencia, se acepta que los resultados tienen una relación directa con el abordaje de la lista de espera. La magnitud de esta correlación es de 77,5%(0,775), correspondiente a una correlación positiva alta. El coeficiente de determinación (R2) indica que la dimensión resultados de la gestión por proceso explica la variable abordaje de la lista de espera en un 60,1%, el 39,9% restante se debe a otras variables (que son extrañas). En este estudio no se busca causalidad, solo se verifica la relación.

Tabla 6. Correlación de la gestión por procesos y la variable abordaje de la lista de quirúrgica en el Hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo

		Abordaje de la lista de espera
Gestión por procesos	Correlación de Pearson	,797**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	30

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Figura 9. Puntajes de la gestión por procesos y el abordaje de la lista de quirúrgica en el Hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo



La correlación de Pearson, señala que el P-valor = 0,000 < 0.01 (ver tabla 6), por lo que el resultado es significativo al 99% de confianza estadística. En consecuencia, se acepta que la gestión por procesos tiene una relación directa con el abordaje de la lista de espera. La magnitud de esta correlación es de 79,7%(0,797), correspondiente a una correlación positiva alta. El coeficiente de determinación (R2) indica que la gestión por procesos explica la variable abordaje de la lista de espera en un 63,5%, el 36,5% restante se debe a otras

variables (que son extrañas). En este estudio no buscamos causalidades, solo verificar la relación.

4.2. Discusión de resultados

El manejo de la lista de espera siempre se ha sido un problema porque la demanda supera a la oferta de los hospitales, es por eso que el objetivo de estudio establece que si existe relación significativa alta entre Gestión del proceso y el abordaje de la lista de espera quirúrgica en el Hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo ($r^2=,797$; $p=,000$), capaz de incidir en el 63,5% en la lista de espera. Se evidencia que a medida que se gestionan los procesos se va a lograr mejorar la lista de espera. El estudio confirma lo manifestado Cantón I (18) por que los procesos a través de las entradas - procesos y salidas genera valor para el usuario paciente en el cumplimiento de una operación, el cual se determina por el indicador del cumplimiento. Donde en la institución se establecen los adecuados procesos acompañados de todos los niveles macros, misionales y de apoyo se generaría un valor para el paciente sobre todo en el cumplimiento o al menos acortando las listas de espera. Asegurando la atención oportuna. Además, se establece que con la gestión por procesos permite que la institución maneje una mejor capacidad para reaccionar con más flexibilidad y rapidez a cambios y se adecua a la necesidad de revisar los métodos de funcionamiento (24). Por lo tanto, la gestión por procesos es clave para un mejor abordaje de la lista de espera quirúrgica donde comprenda a todos los involucrados como los médicos, enfermeras, administrativo, entre otros que deben encargarse de contar todos los recursos humanos, tecnológicos (equipos) e insumos médicos y quirúrgicos.

Es así que el estudio comprende el análisis de cada una de las variables con sus respectivos componentes. Estableciendo que la gestión de proceso en el abordaje de lista de espera quirúrgica en el hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo fue inadecuado (66,7%), tal como indica Ruales (11), que es necesario la creación de un proceso porque hay un gran deterioro en los indicadores hospitalarios e insatisfacción en los usuarios con el cual se debe mejorar los procedimientos.

El abordaje de la lista de espera quirúrgica en el Hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo fue evaluado como inadecuado (56,7%), y todas sus dimensiones presentaron un nivel inadecuado, como reducir la lista de espera (63,3%), reducir tamaño de lista de espera (60%) y racionalizar (53,3%). El abordaje de la lista de espera forma parte de un complejo mayor denominado gestión del proceso de la programación quirúrgica en todos los hospitales del país, y es importante porque ante la inexistencia de esta herramienta de gestión ocurren los problemas de postergación de las cirugías programadas, falta de recursos materiales operatorios, problemas de recurso humano profesional, inexistencia de sala de operaciones para los casos de cirugía de emergencias, el malestar de los pacientes, etc; el problema es realmente alarmante ante el aumento de la demanda quirúrgica y se requiere de una inmediata atención especialmente en este nuevo contexto (9).

CAPÍTULO V: PROPUESTA

Título:

Procesos para el abordaje de la lista de espera quirúrgica en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo Essalud Almanzor Aguinaga – Chiclayo.

Introducción

La insatisfacción cada vez es mayor para el abordaje de la lista de espera, no hay una solución que compense la demanda, porque la oferta está definitivamente mal administrada y no se realiza una adecuada programación de las cirugías programadas, se prolonga la atención de la cita quirúrgica, la insatisfacción del paciente, además no hay una reducción del tamaño y tiempo de la lista de espera.

Objetivos

Elaborar una propuesta de procesos para el abordaje de la lista de espera quirúrgica en el Hospital EsSalud Almanzor Aguinaga Asenjo– Chiclayo.

Fundamentación

Según Cañizares et al (32), indica que las listas de espera tienen diferentes condicionantes: los recursos humanos existentes, los sistemas de trabajo y retribución, la financiación disponible y su forma de aplicación, la organización del sistema de cuidados y el grado de complementariedad entre atención primaria y especializada, los recursos tecnológicos, la infraestructura y dotación hospitalaria, el sistema de información y registro de lista de espera con disponibilidad o no de identificación de la morbilidad, el papel de ciudadanos y pacientes, los medios de comunicación, el papel y la presión de la sanidad privada, la educación para la salud y el conocimiento disponible por el ciudadano sobre sus procesos de enfermedad.

Las listas de espera como instrumento de planificación y gestión

La finalidad de la lista de espera es la de servir como instrumento de planificación del trabajo. Es, sin duda, un método de organizar la actividad sanitaria. La lista de espera tiene un carácter técnico y los tiempos de demora responden a la necesidad de proporcionar una respuesta estable

de actividad en función de las fluctuaciones de la demanda. Existe, por tanto, una demora técnica con tiempos de espera limitados que responde a una gestión adecuada y no supone problemas para el paciente. Se convierte en un problema de mala gestión y pierde su sentido si el número de pacientes es elevado y el periodo de espera se prolonga cada vez más. La planificación y racionalización de la demanda y la gestión efectiva y eficiente de la oferta son obligación clave de los servicios sanitarios para conseguir resultados adecuados en la lista de espera (32).

Tipos de esperas

Se reconocen la física y la psicológica. La física se mide según las definiciones expuestas, pero la psicológica es más compleja en su medición. Involucra la percepción del usuario en la espera (donde los conceptos de satisfacción y expectativa entran en juego), sobre si esta es aceptable o no, y la incertidumbre es fundamental. Como regla, en la psicología de listas de espera se acepta que la ansiedad hace la espera más larga, al igual que la espera no explicada y la incierta. El tiempo de espera desocupado se percibe mayor en comparación con el hecho de que estuviera ocupado. Afecta más esperar solo que hacerlo en grupo (33).

MECANISMOS PARA ABORDAJE DE LAS LISTAS DE ESPERA.

Según Monge et al (33) señalan que el incremento de la demanda quirúrgica electiva y por emergencia representan un verdadero problema de salud pública debido a la cada vez mayor demanda de pacientes que llegan a sala de operaciones (SOP).

En este trabajo se propone mecanismos para el abordaje de las listas de espera propuestos por el autor de este estudio son los siguientes:

Propuestas para reducir el tamaño de la lista de espera quirúrgica en sala de operaciones del Hospital en estudio.

Subsidiar cirugías electivas con clínicas privadas

Establecer sistema de horas complementarias a personal de SOP

Intercambio prestacional con hospitales del MINSA

Simplificar trámite administrativo pre quirúrgico

Propuestas para reducir tiempos de espera quirúrgica en sala de operaciones del Hospital en estudio.

Desarrollar protocolos de tiempo en procedimientos operatorios programados.

Favorecer la cirugía ambulatoria o procedimientos alternativos.

Establecer tiempos de garantía (tiempos máximos de espera).

Implementar mayor infraestructura y equipos (aumentar SOP)

Propuestas para racionalizar las listas de espera quirúrgica en sala de operaciones del Hospital en estudio.

Crear o mejorar los sistemas integrados informáticos sobre la lista de espera.

Establecer sistemas de priorización de la lista de espera.

Racionalizar con eficiencia los exámenes pre quirúrgicos

Modelo del proceso

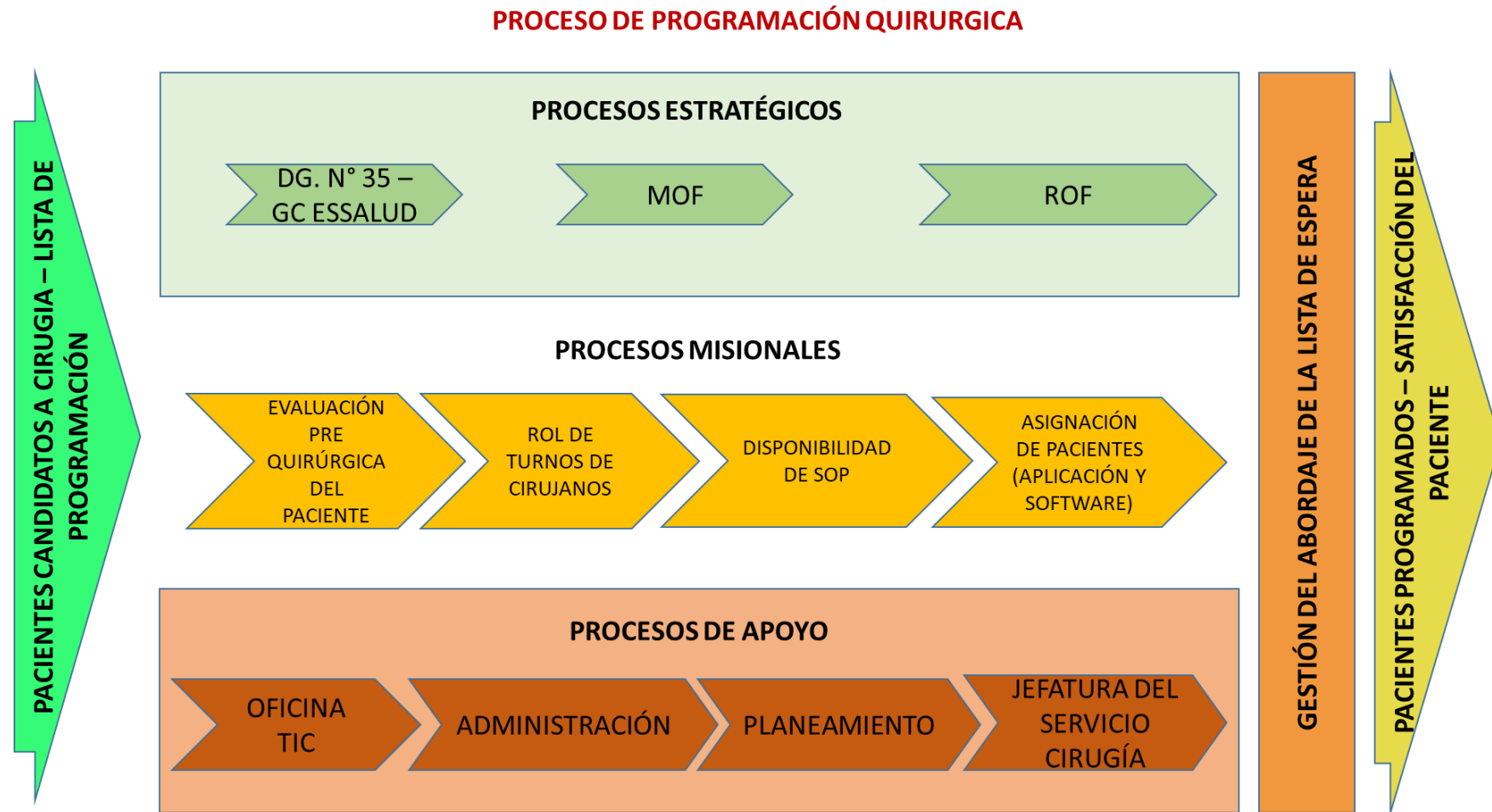


Figura 10. Modelo del proceso de programación quirúrgica

El proceso de programación quirúrgica del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo ESSALUD las entradas hacia la izquierda están conformadas por los pacientes candidatos a cirugía, esos pacientes que son captados en la consulta externa o en hospitalización y son pacientes de cirugía electiva ósea cirugía programada.

Los procesos estratégicos en la parte superior están conformados por la directiva de gerencia número 35 de ESSALUD, que habla sobre la lista de verificación de seguridad en la cirugía esa es la normativa, el MOF del servicio de cirugía, el reglamento de organización y función del mismo servicio, es decir del servicio de programación en este caso es el servicio de anestesia el que programa las cirugías. Esto es en cuanto a la parte estratégica.

El componente de apoyo del mapa de procesos está conformado por la administración del hospital, la oficina de planeamiento, la jefatura del servicio de anestesiología, la jefatura del departamento del servicio de cirugía y la oficina de la tecnología de información.

El proceso misional comienza en primer lugar con la evaluación pre quirúrgico del paciente, ósea al paciente se le programan todos sus exámenes pre quirúrgico, riesgos, electrocardiograma, evaluación anestésica, todos los exámenes prequirúrgicos. Esto es la primera parte del proceso misional una evaluación pre quirúrgica con todo su valor obviamente el tiempo, mejoras del servicio de calidad. Luego se tiene que ver el rol de turno de cirujanos lo ve el área de anestesia el cual programa 3 meses los turnos que tiene cada uno de los médicos y personal de enfermería especializado en tema quirúrgico. Luego viene el micro proceso de disponibilidad de sala de operaciones es decir ver si están operativas las salas, cuentan con recurso humano, material, toda la logística para que se pueda realizar la cirugía programadas y la agregación de valor se trata de poder asignar de manera electrónica la lista de pacientes que se van a intervenir quirúrgicamente y esta lista pueda ser publicada en los portales web de la institución, entonces el producto final, el resultado, el output serían los pacientes programados en lista de espera electrónica publicado en redes sociales y en el portal web de la organización hospitalaria.

Tabla 15. Plan de acción de la propuesta

Objetivo	Actividad	Responsable	Cronograma (2022)
Subsidiar cirugías electivas con clínicas privadas	Gestionar el costeo de las intervenciones quirúrgicas y celebrar alianzas estratégicas con clínicas privadas	Funcionarios y gerente financiero de Essalud	Enero
Establecer sistema de horas complementarias a personal de SOP	Planificar presupuesto suplementario a gerencia central	Departamento contable financiero de Essalud lima	Enero-febrero
Intercambio prestacional con hospitales del MINSA	Gestionar el proceso a nivel local previa evaluación de la demanda y tipos de cirugía.	Gerentes Médicos Director ejecutivo	Enero, febrero y marzo
Simplificar trámite administrativo pre quirúrgico	Implementar sistema integrado informático de lista de espera	Gerencia de TICs en essalud	Marzo

Desarrollar protocolos de tiempo en procedimientos operatorios programados.	Comité de expertos en gestión de trabajo quirúrgico	Cuerpo médico Director ejecutivo Servicio de cirugía	Enero a Marzo
Favorecer la cirugía ambulatoria o procedimientos alternativos.	Fomentar la creación del servicio de Cirugía de día	Servicio de cirugía	Abril y mayo
Establecer tiempos de garantía (tiempos máximos de espera).	Control de procesos quirúrgicos (auditoría del trabajo quirúrgico)	Equipo externo de auditoría de procesos quirúrgicos	Todo el año
Implementar mayor infraestructura y equipos (aumentar SOP)	Gestionar a través de plan de inversión pública los equipos e infraestructura requerido para SOP	Oficina de inversiones Essalud	Año 2021

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

Existe una alta relación entre la Gestión del proceso de programación quirúrgica y el abordaje de la lista de espera en el Hospital Essalud Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo ($r^2=,797$; $p=,000$), además el coeficiente de determinación establece que la gestión de dicho proceso explica la lista de espera quirúrgica en un 63,5% y el 26,5% se debe a otros factores

1. La gestión de procesos de programación para el abordaje de la lista de espera quirúrgica en el hospital fue inadecuado (66,7%), según este análisis, en todas las dimensiones predominó este hallazgo; a excepción de la dimensión resultados donde el 46,7% lo consideró regular.
2. El abordaje de la lista de espera quirúrgica en el hospital fue evaluado como inadecuado (56,7%), y todas sus dimensiones presentaron el mismo resultado como: falta de gestión de la lista de espera (63,3%), la ausencia de esta información (60%) y la racionalización de la demanda (53,3%)
3. Se muestra que las dimensiones; resultados ($p=,000$; $r^2=0,775$), procesos ($p=,000$; $r^2=0,764$) y agentes ($p=,000$; $r^2=0,715$), mostraron una alta relación con el abordaje de la lista de espera quirúrgica con un nivel de significancia menor al 5%, mientras el liderazgo ($p=,007$; $r^2=0,483$), tuvo una relación moderada.

CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES

Se recomienda a la Jefatura del Departamento de Cirugía que, en coordinación con Sala de Operaciones, elaboren la programación de actos operatorios de manera trimestral según la capacidad de respuesta del servicio y la oferta de materiales y especialistas.

1. Se recomienda a la Gerencia Quirúrgica que en coordinación con el área de Informática gestionen la implementación la lista de espera electrónica y en línea para la cirugía electiva o programada. Empezando desde la consulta externa-interconsultas con cardiología (Riesgo quirúrgico) y anestesiología-coordinación con hospitalización y finalmente sala de operaciones; para el cumplimiento del proceso quirúrgico.
2. Se recomienda a la Gerencia Quirúrgica, organizar ciclos de capacitación dirigidos a los gestores y personal administrativo para una mejor organización del servicio de sala de operaciones, orientado a conseguir una mejor programación de las cirugías electivas que se programan en el establecimiento con la finalidad de obtener mejores indicadores de productividad quirúrgica.
3. Se recomienda a la jefatura de sala de operaciones asumir el liderazgo en la programación quirúrgica, se debe aspirar a cumplir con el objetivo de cero pacientes en espera quirúrgica; para esto se requiere mayor cantidad de equipos gestores, mayor fortalecimiento de capacidades, para alcanzar metas prioritarias en programación electiva.
4. Se recomienda a las jefaturas de cada una de los servicios asistenciales pertenecientes a la Gerencia Quirúrgica, tengan el abastecimiento oportuno de los insumos quirúrgicos a utilizarse.
5. Se recomienda a la Gerencia de la Red, que aplique cultura motivacional al personal involucrado.
6. Se recomienda que mejore el Sistema de Referencia y Contra referencia. Que haya un trabajo articulado con el Ministerio Público.
7. Se recomienda al Gerente de la Red que en trabajo conjunto con el Minsa y CONAREME elaboren un plan anual para aumentar el número de

vacantes para el Residencia Médico. Así aumenten el número de especialistas.

Referencias

1. Banco Interamericano de Desarrollo. Lista de espera: Un mecanismo de priorización del gasto en salud [Internet]. 2016. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Breve-15-Listas-de-espera-Un-mecanismo-de-priorizaci%C3%B3n-del-gasto-en-salud.pdf>
2. Min D, Yih Y. Managing a patient waiting list with time-dependent priority and adverse events. *RAIRO Operations Research*. 1 de enero de 2014;48.
3. Sevilla C. Sanidad pública: lista de espera quirúrgica Navarra 2012-2018 [Internet]. Statista. 2019 [citado 13 de enero de 2020]. Disponible en: <https://es.statista.com/estadisticas/873016/numero-de-pacientes-en-lista-de-espera-para-operarse-en-navarra/>
4. López Á. Desesperados con las listas de espera [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.elmundo.es/elmundosalud/2007/01/16/portada/1168957058.html>
5. Asensio J. Baja un 11% el tiempo de espera para una intervención quirúrgica en la Región de Murcia [Internet]. Cadena SER. 2020 [citado 24 de febrero de 2020]. Disponible en: https://cadenaser.com/emisora/2020/01/28/radio_murcia/1580211732_101925.html
6. Sistema Nacional de Salud E. El 17% de los pacientes en lista de espera quirúrgica espera más de 6 meses para ser intervenido [Internet]. 2018 [citado 24 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-17-pacientes-lista-espera-quirurgica-espera-mas-meses-ser-intervenido-20180522124311.html>
7. Cañizares A, Santos Á. Gestión de listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Una breve aproximación a su análisis [Internet]. 2013. Disponible en: https://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/9a22a4dc90277c6d4812609edb157639.pdf

8. Díaz A, Osada J. Tiempo de espera quirúrgica en un hospital de Chiclayo, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. enero de 2015;32(1):204-204.
9. Ministerio de Salud. Ministerio de Salud realizará 2,000 cirugías ambulatorias para reducir tiempo de espera quirúrgico en hospitales de Lima Metropolitana [Internet]. 2016 [citado 2 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/15376-ministerio-de-salud-realizara-2-000-cirugias-ambulatorias-para-reducir-tiempo-de-espera-quirurgico-en-hospitales-de-lima-metropolitana>
10. Essalud W. Lista de espera quirúrgica se reduce e incrementan número de cirugías en Hospital de Huancayo | EsSalud [Internet]. 2017 [citado 2 de julio de 2021]. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/lista-de-espera-quirurgica-se-reduce-e-incrementan-numero-de-cirugias-en-hospital-de-huancayo/>
11. Zambrano C. Análisis de la eficiencia asociada a la lista de espera quirúrgica en el Sistema Sanitario Público Andaluz [Internet] [Tesis Doctoral]. [Sevilla]: Universidad de Sevilla; 2019 [citado 24 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://idus.us.es/handle/11441/91539>
12. Pino M. Gestión de listas de espera de intervención quirúrgica del período 2014-2017 del Servicio de Salud Metropolitano Sur [Internet] [Tesis]. [Santiago]: Universidad Andrés Bello; 2018 [citado 24 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.unab.cl/xmlui/handle/ria/10493>
13. Murphy L, Dhokia R, McKeag P, Darwish N, Eames N. Northern Ireland regional spine megaclinic: a patient-centered approach to tackle waiting lists. *British Journal of Healthcare Management*. 2 de agosto de 2018;24(8):388-93.
14. Albareda J, Clavel D, Mahulea C, Blanco N, Ezquerro L, Gómez J, et al. ¿Realizamos bien la programación quirúrgica? ¿Cómo podemos mejorarla? *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*. 1 de noviembre de 2017;61(6):375-82.
15. Ruales F. Creacion de un proceso de lista de espera quirurgica en el servicio de cirugia del hospital enrique garces de la ciudad de quito en el año 2018

- [Internet] [Tesis de pregrado]. [Quiro]: Universidad San Francisco de Quito; 2017 [citado 24 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/6460>
16. Rodrigo I, Gabilondo L. Tiempos de espera aceptables y repercusiones de la espera desde la perspectiva de los pacientes. *Rev Calidad Asistencial*. 1 de julio de 2007;22(4):168-79.
 17. Gutierrez A, Mendoza P. Tiempo de espera y calidad de atención en pacientes de odontoestomatología intervenidos en sala de operaciones. *Anales de la Facultad de Medicina*. abril de 2019;80(2):183-7.
 18. Arias J. Factores determinantes del tiempo de espera quirúrgico en un instituto especializado de salud de Lima, 2017 [Internet] [Tesis]. [Lima]: Universidad César Vallejo; 2018 [citado 24 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/550334>
 19. Roque S. Evaluación del tiempo de espera quirúrgica en pacientes del servicio de cirugía. Hospital Regional Moquegua 2016 [Internet] [Tesis]. [Moquegua]: Universidad José Carlos Mariátegui; 2017 [citado 24 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/ujcm/304>
 20. Cruz DR, Muñoz LD. Propuesta de implementación de la metodología six sigma para reducir los costos operacionales en el proceso de gestión de espera quirúrgica en el departamento de cirugía del hospital Víctor Lazarte Echegaray [Internet]. 2016 [citado 24 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/10240>
 21. Hernández A, Nogueira D, Medina A, Marqués M. Inserción de la gestión por procesos en instituciones hospitalarias: concepción metodológica y práctica. *Revista de Administração (São Paulo)*. diciembre de 2013;48(4):739-56.
 22. Cantón I. Introducción a los procesos de calidad. REICE: Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación. 2010;8(5):3-18.

23. Ortiz A. Diseño del Sistema de control de gestión de la Universidad de Holguín “Oscar Lucero Moya” [tesis de pregrado]. [Holguín]: Universidad de Holguín; 2010.
24. Biazzo S, Bernardi G. Process management practices and quality systems standards: Risks and opportunities of the new ISO 9001 certification. *Business Process Management Journal*. 1 de enero de 2003;9(2):149-69.
25. Letelier A, Cifuentes G. Situación y abordaje de lista de espera en un establecimiento de salud público en Santiago de Chile. *Medwave* [Internet]. 23 de julio de 2014 [citado 24 de febrero de 2020];14(06). Disponible en: [/link.cgi/Medwave/Enfoques/ProbSP/6000](http://link.cgi/Medwave/Enfoques/ProbSP/6000)
26. Martí J. La gestión de las listas de espera quirúrgicas por los centros sanitarios y los profesionales. *Gaceta Sanitaria*. octubre de 2002;16(5):440-3.
27. Contreras A, Medina A. Diseño de procesos para reducir tiempo en lista de espera traumatológica no garantizada, Hospital público Chileno. *Revista Médica de Risaralda*. enero de 2018;24(1):43-8.
28. Gobierno de Chile. Minuta. La Administración de las Listas de Espera en Salud [Internet]. Chile; 2010. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-7336_recurso_1.pdf
29. Garrido M. Las listas de espera son un indicador y una herramienta de gestión [Internet]. *El médico interactivo*. 2016 [citado 27 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://elmedicointeractivo.com/listas-espera-son-indicador-y-herramienta-gestion-20161028143247106930/>
30. Zorita I, Carrillo E. 6 claves para la gestión eficiente de listas de espera en cirugía electiva [Internet]. *Antares Healthlines*. [citado 27 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://www.antares-healthlines.com/nc/articulo/6-claves-para-la-gestion-eficiente-de-listas-de-espera-en-cirugia-electiva/>
31. García NN. GESTIÓN POR PROCESOS: UNA ESTRATEGIA PARA DIRECCIONAR EL CAMBIO Y EL APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL.

- Revista Escuela de Administración de Negocios. 30 de julio de 2004;(50):90-7.
32. Senge PM. La danza del cambio: los retos de sostener el impulso en organizaciones abiertas al aprendizaje. Editorial Norma; 2000. 518 p.
 33. Mallar MA. LA GESTIÓN POR PROCESOS: UN ENFOQUE DE GESTIÓN EFICIENTE. Revista Científica «Visión de Futuro» [Internet]. 2010;13(3). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3579/357935475004.pdf>
 34. Ruiz D, Almaguer RM, Torres IC, Hernández AM. La gestión por procesos, su surgimiento y aspectos teóricos. Ciencias Holguín. 27 de enero de 2014;20(1):10-9.
 35. Bernal E. ¿Ha llegado la hora de la gestión de las listas de espera? Gaceta Sanitaria. octubre de 2002;16(5):436-9.

Anexos

Anexo 1: Cuestionario de la evaluación de gestión por procesos de la lista de espera quirúrgica

Estimado trabajador, a continuación se le muestra una lista de preguntas relacionadas a evaluar la gestión de procesos en el abordaje de la lista de espera quirúrgica.

Considere la siguiente escala

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1	2	3	4	5

		1	2	3	4	5
	LIDERAZGO					
1	Se planifica el proceso de gestión de las cirugías electivas					
2	Existe una coordinación efectiva entre médicos y personal administrativo					
	AGENTES					
3	El personal en general está capacitado para la labor que realizan					
4	Se manejan el MOF (Manual de organización y funciones) Y ROF(Reglamento de trabajo) actualizados en el área					
5	Existe un plan operativo en el área quirúrgica					
6	La relación con otros servicios es colaborativa en el aspecto médico y de gestión					
	PROCESOS					
7	Existe escasez y racionalización de recursos materiales en el servicio					
8	Existen iniciativas de innovación en el personal médico					
	RESULTADOS					
9	Existe iniciativa de Innovación en el personal administrativo					
10	Se facilita el desarrollo profesional y laboral del personal que trabaja en el área.					
11	Se facilitan los procesos para beneficiar a los pacientes					
12	Se actualizan los procedimientos y políticas de la lista de espera quirúrgica					

Ficha técnica del cuestionario gestión de procesos

Nombre: Cuestionario de la evaluación de gestión por procesos de la lista de espera quirúrgica

Autor: CLAUDIA MÓNICA CALDERÓN VÍLCHEZ

Administración: autoadministrado

Duración: 15 minutos

Significación: Evalúa la percepción de la gestión por procesos de la lista de espera quirúrgica

Dimensiones e indicadores:

Liderazgo (1 -2)

- Planificación
- Coordinación

Agentes (3 – 6)

- Capacidades de las personas involucradas
- Políticas y estrategias
- Alianzas
- Recursos

Procesos (7 – 8)

- Innovación
- aprendizaje

Resultados (9 – 12)

- Beneficios en los pacientes
- Eficiencia en los recursos
- Productividad
- Control

Escala de respuestas: Escala Likert (Nunca (1), Casi nunca (2), A veces (3), Casi siempre (4) y Siempre (5)).

Calificación: La interpretación de la variable considera los siguientes valores

Niveles de interpretación del cuestionario de la evaluación de la gestión por procesos

	Gestión por procesos	Liderazgo	Agentes	Procesos	Resultados
Inadecuado	12 - 28	2 - 5	4 – 9	2 - 5	4 - 9
Regular	29 - 44	6 - 8	10 – 15	6 - 8	10 - 15
Adecuado	45 - 60	9 - 10	16 – 20	9 - 10	16 - 20

Confiabilidad: La confiabilidad del instrumento fue de 0.725

Validez: El cuestionario validado por juicio de expertos.

Anexo 2: Cuestionario de la evaluación del abordaje de la lista de espera quirúrgica

Estimado trabajador, a continuación se le muestra una lista de preguntas relacionadas al abordaje de la lista de espera quirúrgica.

Considere la siguiente escala

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1	2	3	4	5

		1	2	3	4	5
	Coordinación administrativa					
1	Existe capacidad del sistema de atención quirúrgico para atender la demanda de pacientes programados					
2	Existe capacidad de respuesta rápida para atender pacientes quirúrgicos de emergencia					
3	Se proponen soluciones técnicas para regular la demanda quirúrgica					
4	Están siempre presentes las barreras administrativas de la institución					
	Priorizar el tamaño de la lista de espera					
5	Existen barreras de carácter legal que pueden ser percibidas como amenazas en el servicio					
6	Los tiempos para hacer viable una lista de espera quirúrgicos son demasiado largos					
	Racionalización					
7	Considera un problema urgente de solucionar las listas de espera en cirugías					
8	El problema está en el proceso de información de listas quirúrgicas que es empírico y tradicional					
9	La solución está relacionada con el desarrollo de la TELEMEDICINA (tele gestión)					
10	La lista es sometida a priorización de acuerdo a la gravedad de los pacientes					

Ficha técnica del cuestionario del abordaje de la lista de espera quirúrgica

Nombre: Cuestionario de la evaluación de gestión por procesos de la lista de espera quirúrgica

Autor: CLAUDIA MÓNICA CALDERÓN VÍLCHEZ

Administración: autoadministrado

Duración: 15 minutos

Significación: Evalúa la percepción del abordaje de la lista de espera quirúrgica

Dimensiones e indicadores:

Coordinación administrativa (1 – 4)

- Maneja la capacidad de la oferta
- Atiende a la demanda
- Barreras administrativas

Priorizar el tamaño de lista de espera (5 – 6)

- Tiempos máximos de espera
- Medida organizativa

Racionalización (7 - 10)

- Sistema de información
- Estándares de comportamiento
- Priorización de lista
- Medidas de impacto

Escalas de respuestas: Escala Likert (Nunca (1), Casi nunca (2), A veces (3), Casi siempre (4) y Siempre (5).

Calificación: La interpretación de la variable considera los siguientes valores

Niveles de interpretación del cuestionario de la evaluación del abordaje de la lista de espera quirúrgica.

	Abordaje de la lista de espera	Reducir lista de espera	Reducir tamaño de la lista de espera	Racionalizar
Inadecuado	10 - 23	4 – 9	2 - 5	4 - 9
Regular	24 - 37	10 – 15	6 - 8	10 - 15
Adecuado	38 - 50	16 – 20	9 - 10	16 - 20

Confiabilidad: La confiabilidad del instrumento fue de 0.802

Validez: El cuestionario validado por juicio de expertos.

VALIDACIONES

MATRIZ DE VALIDACIÓN

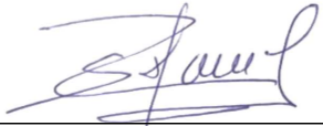
TÍTULO DE LA TESIS: GESTIÓN DEL PROCESO Y ABORDAJE DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN UN HOSPITAL ESSALUD ALMANZOR AGUINAGA - CHICLAYO																
VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEMS	OPCIÓN					CRITERIOS DE EVALUACIÓN							
				Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE Y LA DIMENSIÓN		RELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN Y EL INDICADOR		RELACIÓN ENTRE EL INDICADOR Y EL ÍTEM		RELACIÓN ENTRE EL ÍTEM Y LA OPCIÓN DE RESPUESTA	
									SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Variable 1. Gestión por procesos	Liderazgo	Planificación	Se planifica el proceso de gestión de las cirugías electivas						X		X		X		X	
		Coordinación	Existe una coordinación efectiva entre médicos y personal administrativo						X		X		X		X	
	Agentes	Capacidades de las personas involucradas	El personal en general está capacitado						X		X		X		X	

			para la labor que realizan														
		Políticas y estrategias	Se manejan el MOF (Manual de organización y funciones) Y ROF(Reglamento de trabajo) actualizados en el área					x		x		x		x			
		Allanzas	Existe un plan operativo en el área quirúrgica					x		x		x		x			
		Recursos	La relación con otros servicios es colaborativa en el aspecto médico y de gestión					x		x		x		x			
	Procesos	Innovación	Existe escasez y racionalizaci					x		x		x		x			

			ón de recursos materiales en el servicio															
		Aprendizaje	Existen iniciativas de innovación en el personal médico						x		x		x			x		
	Resultados	Beneficios en los pacientes	Existe iniciativa de Innovación en el personal administrativo						x		x		x			x		
		Eficiencia en los recursos	Se facilita el desarrollo profesional y laboral del personal que trabaja en el área.						x		x		x			x		
		Productividad	Se facilitan los procesos para						x		x		x			x		

			beneficiar a los pacientes														
		Control	Se actualizan los procedimientos y políticas de la lista de espera quirúrgica						x		x		x		x		

Firma del experto

: 

EXPERTO EVALUADOR:

Roger Santa Cruz Polo

Médico especialista traumatólogo

INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. NOMBRE DEL INSTRUMENTO:

Cuestionario de Evaluación de la gestión de proceso de la lista de espera quirúrgica

II. OBJETIVO:

Evaluar la percepción de la gestión de por procesos de la lista de espera quirúrgica

III. DIRIGIDO A:

Profesional de Salud

IV. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

Roger Santa Cruz Polo

V. GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR:

Doctor en Ciencias de la Salud

VI. VALORACIÓN

INADECUADO

☐

REGULAR

☐

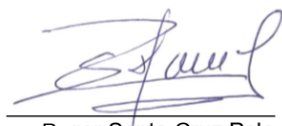
ADECUADO

☒

Chiclayo, 2 de abril del 2021

Firma:

EXPERTO:



Roger Santa Cruz Polo
Médico especialista traumatólogo

MATRIZ DE VALIDACIÓN

TÍTULO DE LA TESIS: GESTIÓN DEL PROCESO Y ABORDAJE DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN UN HOSPITAL ESSALUD ALMANZOR AGUINAGA - CHICLAYO

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEMS	OPCIÓN					CRITERIOS DE EVALUACIÓN								OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
				Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE Y LA DIMENSIÓN		RELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN Y EL INDICADOR		RELACIÓN ENTRE EL INDICADOR Y EL ÍTEM		RELACIÓN ENTRE EL ÍTEM Y LA OPCIÓN DE RESPUESTA		
									SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Variable 1. Abordaje de la lista de espera quirúrgica	Reducir lista de espera	Capacidad del sistema (oferta)	Existe capacidad del sistema de atención quirúrgico para atender la demanda de pacientes programados						X		X		X		X		
		Regulación de la demanda	Existe capacidad de respuesta rápida para atender pacientes quirúrgicos de emergencia						X		X		X		X		
		Barreras administrativas	Se proponen soluciones técnicas para regular la demanda quirúrgica						X		X		X		X		

		Barreras legislativas anulación	Están siempre presentes las barreras administrativas de la institución							X		X		X		X		
	Reducir tamaño de la lista de espera	Tiempos máximos de espera	Existen barreras de carácter legal que pueden ser percibidas como amenazas en el servicio							X		X		X		X		
		Medida organizativa	Los tiempos para hacer viable una lista de espera quirúrgicos son demasiado largos							X		X		X		X		
	Racionalizar	Sistema de información	Considera un problema urgente de solucionar las listas de espera en cirugías							X		X		X		X		
		Estándares de comportamiento	El problema está en el proceso de información de listas quirúrgicas que es empírico y tradicional							X		X		X		X		

		Priorización de lista	La solución está relacionada con el desarrollo de la TELEMEDICINA (tele gestión)							X		X		X		X		
		Medidas de impacto	La lista es sometida a priorización de acuerdo a la gravedad de los pacientes							X		X		X		X		

Firma del experto

:



EXPERTO EVALUADOR:

Roger Santa Cruz Polo

Médico especialista traumatólogo

INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. NOMBRE DEL INSTRUMENTO:

Cuestionario de la evaluación del abordaje de la lista de espera quirúrgica

II. OBJETIVO:

Evaluar el abordaje de la lista de espera quirúrgica

III. DIRIGIDO A:

Profesional de salud

IV. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

Roger Santa Cruz Polo

V. GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR:

Doctor en ciencias de la Salud

VI. VALORACIÓN

INADECUADO

☐

REGULAR

☐

ADECUADO

☒

Chiclayo, 2 de abril del 2021

Firma:

EXPERTO:



Roger Santa Cruz Polo
Médico especialista traumatólogo

MATRIZ DE VALIDACIÓN

TÍTULO DE LA TESIS: GESTIÓN DEL PROCESO Y ABORDAJE DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN UN HOSPITAL ESSALUD ALMANZOR AGUINAGA - CHICLAYO

ANEXO DE LA TESIS: SECCIÓN DEL PROCESO Y ADECUACIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN UN HOSPITAL ESCUELA ALEMÁN EN CHILE																	
VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEMS	OPCIÓN					CRITERIOS DE EVALUACIÓN								OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
				Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE Y LA DIMENSIÓN		RELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN Y EL INDICADOR		RELACIÓN ENTRE EL INDICADOR Y EL ÍTEM		RELACIÓN ENTRE EL ÍTEM Y LA OPCIÓN DE RESPUESTA		
									SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Variable 1. Gestión por procesos	Liderazgo	Planificación	Se planifica el proceso de gestión de las cirugías electivas						X		X		X		X		
		Coordinación	Existe una coordinación efectiva entre médicos y personal administrativo						X		X		X		X		
	Agentes	Capacidades de las personas involucradas	El personal en general está capacitado						X		X		X		X		

			beneficiar a los pacientes														
		Control	Se actualizan los procedimientos y políticas de la lista de espera quirúrgica						x		x			x			x



Firma del experto : _____

EXPERTO EVALUADOR: Elmer López López
Médico

INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. NOMBRE DEL INSTRUMENTO:

Cuestionario de Evaluación de la gestión de proceso de la lista de espera quirúrgica

II. OBJETIVO:

Evaluar la percepción de la gestión de por procesos de la lista de espera quirúrgica

III. DIRIGIDO A:

Profesional de Salud

IV. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

Elmer López López

V. GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR:

Doctor en Ciencias de la Salud

VI. VALORACIÓN

INADECUADO

☐

REGULAR

☐

ADECUADO

☒

Chiclayo, 2 de abril del 2021

Firma:
EXPERTO:



Elmer López López
DNI: 16718635
Médico

MATRIZ DE VALIDACIÓN

TÍTULO DE LA TESIS: GESTIÓN DEL PROCESO Y ABORDAJE DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN UN HOSPITAL ESSALUD ALMANZOR AGUINAGA - CHICLAYO

TÍTULO DE LA LEY: SECCIÓN DEL PROCESO Y ABORDAJE DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN UN HOSPITAL ESCUELA DE MANEJO ASIGNADA - CHILEATO																	
VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEMS	OPCIÓN					CRITERIOS DE EVALUACIÓN								OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
				Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE Y LA DIMENSIÓN		RELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN Y EL INDICADOR		RELACIÓN ENTRE EL INDICADOR Y EL ÍTEM		RELACIÓN ENTRE EL ÍTEM Y LA OPCIÓN DE RESPUESTA		
									SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Variable 1. Abordaje de la lista de espera quirúrgica	Coordinación administrativa	Maneja de la capacidad de la oferta	Existe capacidad del sistema de atención quirúrgico para atender la demanda de pacientes programados						X		X		X		X		
		Atiende a la demanda	Existe capacidad de respuesta rápida para atender pacientes quirúrgicos de emergencia						X		X		X		X		
		Barreras administrativas	Se proponen soluciones técnicas para regular la demanda quirúrgica						X		X		X		X		

			Están siempre presentes las barreras administrativas de la institución						X		X		X		X		
	Priorizar el tamaño de lista de espera	Tiempos máximos de espera	Existen barreras de carácter legal que pueden ser percibidas como amenazas en el servicio						X		X		X		X		
		Medida organizativa	Los tiempos para hacer viable una lista de espera quirúrgicos son demasiado largos						X		X		X		X		
	Racionalización	Sistema de información	Considera un problema urgente de solucionar las listas de espera en cirugías						X		X		X		X		
		Estándares de comportamiento	El problema está en el proceso de información de listas quirúrgicas que es empírico y tradicional						X		X		X		X		

		Priorización de lista	La solución está relacionada con el desarrollo de la TELEMEDICINA (tele gestión)							X		X			X		X		
		Medidas de impacto	La lista es sometida a priorización de acuerdo a la gravedad de los pacientes							X		X			X		X		



Firma del experto : _____

EXPERTO EVALUADOR:

Elmer López López

Médico

INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. NOMBRE DEL INSTRUMENTO:

Cuestionario de la evaluación del abordaje de la lista de espera quirúrgica

II. OBJETIVO:

Evaluar el abordaje de la lista de espera quirúrgica

III. DIRIGIDO A:

Profesional de salud

IV. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

Elmer López López

V. GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR:

Doctor en ciencias de la Salud

VI. VALORACIÓN

INADECUADO

☐

REGULAR

☐

ADECUADO

☒

Chiclayo, 2 de abril del 2021



Firma:

EXPERTO:

Elmer López López
DNI: 16718635
Médico

MATRIZ DE VALIDACIÓN

TÍTULO DE LA TESIS: GESTIÓN DEL PROCESO Y ABORDAJE DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN UN HOSPITAL ESSALUD ALMANZOR AGUINAGA - CHICLAYO

ANEXO DE LA TESIS: SECCIÓN DEL PROCESO Y ADECUACIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN UN HOSPITAL ESCALON ALMANZOR AGUINAGA - CHILEATO																	
VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEMS	OPCIÓN					CRITERIOS DE EVALUACIÓN								OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
				Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE Y LA DIMENSIÓN		RELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN Y EL INDICADOR		RELACIÓN ENTRE EL INDICADOR Y EL ÍTEM		RELACIÓN ENTRE EL ÍTEM Y LA OPCIÓN DE RESPUESTA		
									SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Variable 1. Gestión por procesos	Liderazgo	Planificación	Se planifica el proceso de gestión de las cirugías electivas						X		X		X		X		
		Coordinación	Existe una coordinación efectiva entre médicos y personal administrativo						X		X		X		X		
	Agentes	Capacidades de las personas involucradas	El personal en general está capacitado						x		x		x		x		

			beneficiar a los pacientes														
		Control	Se actualizan los procedimientos y políticas de la lista de espera quirúrgica						x		x			x			x

Firma del experto : _____

EXPERTO EVALUADOR: Luis Felipe Pérez Medina
Médico Urólogo

INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. NOMBRE DEL INSTRUMENTO:

Cuestionario de Evaluación de la gestión de proceso de la lista de espera quirúrgica

II. OBJETIVO:

Evaluar la percepción de la gestión de por procesos de la lista de espera quirúrgica

III. DIRIGIDO A:

Profesional de Salud

IV. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

Luis Felipe Pérez Medina

V. GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR:

Doctor en Ciencias de la Salud

VI. VALORACIÓN

INADECUADO

☐

REGULAR

☐

ADECUADO

☒

Chiclayo, 2 de abril del 2021



Firma:

EXPERTO:

Dr Luis Felipe Pérez Medina
DNI: 40975484
Médico urólogo

MATRIZ DE VALIDACIÓN

TÍTULO DE LA TESIS: GESTIÓN DEL PROCESO Y ABORDAJE DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN UN HOSPITAL ESSALUD ALMANZOR AGUINAGA - CHICLAYO

TÍTULO DE LA LEY: SECCIÓN DEL PROCESO Y ABORDAJE DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN UN HOSPITAL ESCALON REMANENTE ASIGNADA - CHILEATO																	
VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEMS	OPCIÓN					CRITERIOS DE EVALUACIÓN								OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
				Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE Y LA DIMENSIÓN		RELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN Y EL INDICADOR		RELACIÓN ENTRE EL INDICADOR Y EL ÍTEM		RELACIÓN ENTRE EL ÍTEM Y LA OPCIÓN DE RESPUESTA		
									SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Variable 1. Abordaje de la lista de espera quirúrgica	Coordinación administrativa	Maneja de la capacidad de la oferta	Existe capacidad del sistema de atención quirúrgico para atender la demanda de pacientes programados						X		X		X		X		
		Atiende a la demanda	Existe capacidad de respuesta rápida para atender pacientes quirúrgicos de emergencia						X		X		X		X		
		Barreras administrativas	Se proponen soluciones técnicas para regular la demanda quirúrgica						X		X		X		X		

			Están siempre presentes las barreras administrativas de la institución						X		X		X		X		
	Priorizar el tamaño de lista de espera	Tiempos máximos de espera	Existen barreras de carácter legal que pueden ser percibidas como amenazas en el servicio						X		X		X		X		
		Medida organizativa	Los tiempos para hacer viable una lista de espera quirúrgicos son demasiado largos						X		X		X		X		
	Racionalización	Sistema de información	Considera un problema urgente de solucionar las listas de espera en cirugías						X		X		X		X		
		Estándares de comportamiento	El problema está en el proceso de información de listas quirúrgicas que es empírico y tradicional						X		X		X		X		

		Priorización de lista	La solución está relacionada con el desarrollo de la TELEMEDICINA (tele gestión)							X		X			X		X		
		Medidas de impacto	La lista es sometida a priorización de acuerdo a la gravedad de los pacientes							X		X			X		X		

Firma del experto : _____

EXPERTO EVALUADOR:

Luis Felipe Pérez Medina

Médico urólogo

INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. NOMBRE DEL INSTRUMENTO:

Cuestionario de la evaluación del abordaje de la lista de espera quirúrgica

II. OBJETIVO:

Evaluar el abordaje de la lista de espera quirúrgica

III. DIRIGIDO A:

Profesional de salud

IV. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

Luis Felipe Pérez Medina

V. GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR:

Doctor en ciencias de la Salud

VI. VALORACIÓN

INADECUADO

☐

REGULAR

☐

ADECUADO

☒

Chiclayo, 2 de abril del 2021



Firma:

EXPERTO:

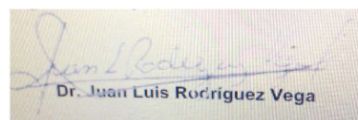
Dr Luis Felipe Pérez Medina
DNI: 40975484
Médico urólogo

MATRIZ DE VALIDACIÓN

TÍTULO DE LA TESIS: GESTIÓN DEL PROCESO Y ABORDAJE DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN UN HOSPITAL ESSALUD ALMANZOR AGUINAGA - CHICLAYO

ANEXO DE LA TESIS: SECCIÓN DEL PROCESO Y ADECUACIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN UN HOSPITAL ESCALON ALMANZOR AGUINAGA - CHILEATO																	
VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEMS	OPCIÓN					CRITERIOS DE EVALUACIÓN								OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
				Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE Y LA DIMENSIÓN		RELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN Y EL INDICADOR		RELACIÓN ENTRE EL INDICADOR Y EL ÍTEM		RELACIÓN ENTRE EL ÍTEM Y LA OPCIÓN DE RESPUESTA		
									SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Variable 1. Gestión por procesos	Liderazgo	Planificación	Se planifica el proceso de gestión de las cirugías electivas						X		X		X		X		
		Coordinación	Existe una coordinación efectiva entre médicos y personal administrativo						X		X		X		X		
	Agentes	Capacidades de las personas involucradas	El personal en general está capacitado						x		x		x		x		

			beneficiar a los pacientes														
		Control	Se actualizan los procedimientos y políticas de la lista de espera quirúrgica						x		x			x			x



Dr. Juan Luis Rodríguez Vega

Firma del experto : _____
 EXPERTO EVALUADOR: Juan Luis Rodríguez Vega

INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. NOMBRE DEL INSTRUMENTO:

Cuestionario de Evaluación de la gestión de proceso de la lista de espera quirúrgica

II. OBJETIVO:

Evaluar la percepción de la gestión de por procesos de la lista de espera quirúrgica

III. DIRIGIDO A:

Profesional de Salud

IV. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

Juan Luis Rodríguez Vega

V. GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR:

Doctor en Ciencias de educación

VI. VALORACIÓN

INADECUADO

☐

REGULAR

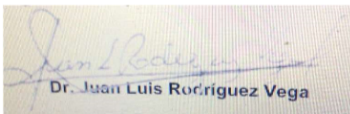
☐

ADECUADO

☒

Chiclayo, 2 de abril del 2021

Firma:
EXPERTO:



Dr. Juan Luis Rodríguez Vega

Dr Juan Luis Rodríguez Vega

MATRIZ DE VALIDACIÓN

TÍTULO DE LA TESIS: GESTIÓN DEL PROCESO Y ABORDAJE DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN UN HOSPITAL ESSALUD ALMANZOR AGUINAGA - CHICLAYO

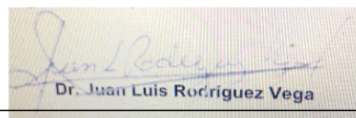
VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEMS	OPCIÓN					CRITERIOS DE EVALUACIÓN								OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
				Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE Y LA DIMENSIÓN		RELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN Y EL INDICADOR		RELACIÓN ENTRE EL INDICADOR Y EL ÍTEM		RELACIÓN ENTRE EL ÍTEM Y LA OPCIÓN DE RESPUESTA		
									SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Variable 1. Abordaje de la lista de espera quirúrgica	Coordinación administrativa	Maneja de la capacidad de la oferta	Existe capacidad del sistema de atención quirúrgico para atender la demanda de pacientes programados						X		X		X		X		
		Atiende a la demanda	Existe capacidad de respuesta rápida para atender pacientes quirúrgicos de emergencia						X		X		X		X		
		Barreras administrativas	Se proponen soluciones técnicas para regular la demanda quirúrgica						X		X		X		X		

			Están siempre presentes las barreras administrativas de la institución						X		X		X		X		
	Priorizar el tamaño de lista de espera	Tiempos máximos de espera	Existen barreras de carácter legal que pueden ser percibidas como amenazas en el servicio						X		X		X		X		
		Medida organizativa	Los tiempos para hacer viable una lista de espera quirúrgicos son demasiado largos						X		X		X		X		
	Racionalización	Sistema de información	Considera un problema urgente de solucionar las listas de espera en cirugías						X		X		X		X		
		Estándares de comportamiento	El problema está en el proceso de información de listas quirúrgicas que es empírico y tradicional						X		X		X		X		

		Priorización de lista	La solución está relacionada con el desarrollo de la TELEMEDICINA (tele gestión)							X		X			X		X	
		Medidas de impacto	La lista es sometida a priorización de acuerdo a la gravedad de los pacientes							X		X			X		X	

Firma del experto

:



Dr. Juan Luis Rodríguez Vega

EXPERTO EVALUADOR:

Dr. Juan Luis Rodríguez Vega

INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. NOMBRE DEL INSTRUMENTO:

Cuestionario de la evaluación del abordaje de la lista de espera quirúrgica

II. OBJETIVO:

Evaluar el abordaje de la lista de espera quirúrgica

III. DIRIGIDO A:

Profesional de salud

IV. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

Dr Juan Luis Rodríguez Vega

V. GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR:

Doctor en ciencias de Educación

VI. VALORACIÓN

INADECUADO

☐

REGULAR

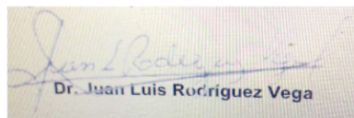
☐

ADECUADO

☒

Chiclayo, 2 de abril del 2021

Firma:
EXPERTO:



Dr. Juan Luis Rodríguez Vega

Dr Juan Luis Rodríguez Vega

MATRIZ DE VALIDACIÓN

TÍTULO DE LA TESIS: GESTIÓN DEL PROCESO Y ABORDAJE DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN UN HOSPITAL ESSALUD ALMANZOR AGUINAGA - CHICLAYO

HISTORIA DE LA EDUCACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL ESCUELA ALMAZOR AGUIRRE - CHILEATO																	
VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEMS	OPCIÓN					CRITERIOS DE EVALUACIÓN								OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
				Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE Y LA DIMENSIÓN		RELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN Y EL INDICADOR		RELACIÓN ENTRE EL INDICADOR Y EL ÍTEM		RELACIÓN ENTRE EL ÍTEM Y LA OPCIÓN DE RESPUESTA		
									SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Variable 1. Gestión por procesos	Liderazgo	Planificación	Se planifica el proceso de gestión de las cirugías electivas						X		X		X		X		
		Coordinación	Existe una coordinación efectiva entre médicos y personal administrativo						X		X		X		X		
	Agentes	Capacidades de las personas involucradas	El personal en general está capacitado						X		X		X		X		

			beneficiar a los pacientes														
		Control	Se actualizan los procedimientos y políticas de la lista de espera quirúrgica						x		x			x			x

Firma del experto : 
 EXPERTO EVALUADOR:  Dr Néstor Manuel Rodríguez Alayo
Dr. Néstor Manuel Rodríguez Alayo
 DIRECTOR DE LA UNIDAD DE INVERSIÓN SOCIAL

INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. NOMBRE DEL INSTRUMENTO:

Cuestionario de Evaluación de la gestión de proceso de la lista de espera quirúrgica

II. OBJETIVO:

Evaluar la percepción de la gestión de por procesos de la lista de espera quirúrgica

III. DIRIGIDO A:

Profesional de Salud

IV. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

Dr Néstor Manuel Rodríguez Alayo

V. GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR:

Doctor en Ciencias Biomédicas

VI. VALORACIÓN

INADECUADO

☐

REGULAR

☐

ADECUADO

☒

Chiclayo, 2 de abril del 2021

Firma:

EXPERTO:




Dr Néstor Manuel Rodríguez Alayo

MATRIZ DE VALIDACIÓN

TÍTULO DE LA TESIS: GESTIÓN DEL PROCESO Y ABORDAJE DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN UN HOSPITAL ESSALUD ALMANZOR AGUINAGA - CHICLAYO

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEMS	OPCIÓN					CRITERIOS DE EVALUACIÓN								OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
				Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE Y LA DIMENSIÓN		RELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN Y EL INDICADOR		RELACIÓN ENTRE EL INDICADOR Y EL ÍTEM		RELACIÓN ENTRE EL ÍTEM Y LA OPCIÓN DE RESPUESTA		
									SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Variable 1. Abordaje de la lista de espera quirúrgica	Coordinación administrativa	Maneja de la capacidad de la oferta	Existe capacidad del sistema de atención quirúrgico para atender la demanda de pacientes programados						X		X		X		X		
		Atiende a la demanda	Existe capacidad de respuesta rápida para atender pacientes quirúrgicos de emergencia						X		X		X		X		
		Barreras administrativas	Se proponen soluciones técnicas para regular la demanda quirúrgica						X		X		X		X		

			Están siempre presentes las barreras administrativas de la institución						X		X		X		X		
	Priorizar el tamaño de lista de espera	Tiempos máximos de espera	Existen barreras de carácter legal que pueden ser percibidas como amenazas en el servicio						X		X		X		X		
		Medida organizativa	Los tiempos para hacer viable una lista de espera quirúrgicos son demasiado largos						X		X		X		X		
	Racionalización	Sistema de información	Considera un problema urgente de solucionar las listas de espera en cirugías						X		X		X		X		
		Estándares de comportamiento	El problema está en el proceso de información de listas quirúrgicas que es empírico y tradicional						X		X		X		X		

		Priorización de lista	La solución está relacionada con el desarrollo de la TELEMEDICINA (tele gestión)							X		X			X		X	
		Medidas de impacto	La lista es sometida a priorización de acuerdo a la gravedad de los pacientes							X		X			X		X	

Firma del experto

EXPERTO EVALUADOR:

: 
 **Dr. Néstor Manuel Rodríguez Alayo**
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
P.M.H. - U.N.R.R.G.

Dr Néstor Manuel Rodríguez Alayo

INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. NOMBRE DEL INSTRUMENTO:

Cuestionario de la evaluación del abordaje de la lista de espera quirúrgica

II. OBJETIVO:

Evaluar el abordaje de la lista de espera quirúrgica

III. DIRIGIDO A:

Profesional de salud

IV. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

Dr Néstor Manuel Rodríguez Alayo

V. GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR:

Doctor en ciencias Biomédicas

VI. VALORACIÓN

INADECUADO

☐

REGULAR

☐

ADECUADO

☒

Chiclayo, 2 de abril del 2021

Firma:
EXPERTO:



Dr. Néstor Manuel Rodríguez Alayo
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
P.M.H. - U.N.N.P.R.G.

Dr Néstor Manuel Rodríguez Alayo