

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA

ESCUELA DE INGENIERÍA INDUSTRIAL



**ESTUDIO Y FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS DE  
HOSPITALIZACIÓN EN LOS HOSPITALES DE TERCER  
NIVEL DEL MINSAL**

PRESENTADO POR:

**EDITH ESMERALDA HEREDIA ZALDÍVAR**

**ROXANA BEATRIZ NIETO GUIDO**

**CARLOS ALBERTO SERMEÑO SIGUENZA**

**TATIANA BEATRIZ ZELAYANDÍA RODRÍGUEZ**

PARA OPTAR AL TITULO DE:

**INGENIERO (A) INDUSTRIAL**

CIUDAD UNIVERSITARIA, MAYO 2019

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

RECTOR:

**MSc. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO**

SECRETARIO GENERAL:

**MSc. CRISTÓBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ**

**FACULTAD DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA**

DECANO:

**ING. FRANCISCO ANTONIO ALARCÓN SANDOVAL**

SECRETARIO:

**ING. JULIO ALBERTO PORTILLO**

**ESCUELA DE INGENIERÍA INDUSTRIAL**

DIRECTOR:

**MSc. MANUEL ROBERTO MONTEJO SANTOS**

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA  
ESCUELA DE INGENIERÍA INDUSTRIAL

Trabajo de Graduación previo a la opción al Grado de:

**INGENIERO (A) INDUSTRIAL**

Título:

**ESTUDIO Y FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS DE  
HOSPITALIZACIÓN EN LOS HOSPITALES DE TERCER  
NIVEL DEL MINSAL**

Presentado por:

**EDITH ESMERALDA HEREDIA ZALDÍVAR**

**ROXANA BEATRIZ NIETO GUIDO**

**CARLOS ALBERTO SERMEÑO SIGUENZA**

**TATIANA BEATRIZ ZELAYANDÍA RODRÍGUEZ**

Trabajo de Graduación Aprobado por:

Docente Asesor:

**INGA. SONIA ELIZABETH GARCÍA SANDOVAL**

SAN SALVADOR, MAYO 2019

Trabajo de Graduación Aprobado por:

Docente Asesor:

**INGA. SONIA ELIZABETH GARCÍA SANDOVAL**



## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios por estar a lo largo de este camino junto a mí. Él ha sido mi refugio, mi ayudador y mi fortaleza.

A mi padre Jorge Alberto Heredia y mi madre Lidia Aracely de Heredia su apoyo ha sido incondicional en toda mi etapa como estudiante. Sus consejos me motivaron a que nunca desmayara y aunque el trayecto fue difícil, ellos estuvieron prestos a brindarme su ayuda. Me enseñaron a ser una mujer fuerte, perseverante y esforzada; cualidades que sirvieron muchísimo para llegar a la culminación de esta etapa.

Mis hermanos, Lili ha sido parte de esta aventura que es estudiar Ingeniería, las materias que llevamos juntas y los amigos que ganamos al cursarlas. Ella me retaba indiscutiblemente a dar lo mejor de mí a olvidar el no puedo y a decir soy capaz ¡pasare esta materia!, aunque muchas veces toco repetirlas. Pero seguimos adelante y hoy sé que el esfuerzo valió la pena.

María Luisa que desde Cuba me preguntaba cada vez que hablamos como vas en la U, creo que cada vez que me quise dar por vencida me recordaba, que lo podía lograr. Diego me ha escuchado muchas veces quejarme y a veces decir elegí la mejor carrera, tú has sido parte de mi motivación. Georgina, noches en vela contándote mis anécdotas en la UES, o acompañándome en mis noches de estudio para que no me quedara solita. Les agradezco su paciencia, sus consejos, su cariño, su confianza en mí y el siempre estar dispuestos a escucharme.

Dios, también pusiste ángeles a lo largo de este camino, y como no, si los hermanos de la iglesia oraban por mí. Entre esos ángeles, están mi grupo de amigos sé que puedo contar con ellos; a veces se alegraban mas ellos por mis triunfos que yo. Gracias por ser parte de este proceso y por esos días de desvelo y estudio buscando un espacio para aprender juntos.

Agradezco a mis amigos y compañeros de Tesis, sin ustedes subir este último escalón no hubiera sido posible y a nuestra asesora Ing. Sonia García, atesoro un consejo que nos dio en una de las asesorías espero ponerlo en práctica, gracias por la paciencia, su ayuda profesional y la motivación antes de cada defensa.

Mis Maestros de la Escuela de Ingeniería Industrial, con ustedes, reí, llore, me enoje. Pueden causar muchas emociones encontradas. Pero sobre todo aprendí muchísimo de todos ustedes, se tomaron el tiempo de aconsejarlos y eso vale oro.

Este versículo se convirtió en mi lema "Jehová Cumplirá su propósito en mi", Salmos 138.8. Y con seguridad sé que esta etapa estaba en sus propósitos.

Escuche tantas veces "ya terminaste la tesis ", "cuando te vas a graduar". Hoy puedo decir con seguridad termine la tesis y todo ha sido gracias a ustedes Familia Heredia Zaldivar. Aún queda camino por recorrer, pero confió en Dios que todo estará bien, porque lo tengo a Él en mi vida.

Heredia

## AGRACEDIMIENTOS

Agradezco a todas a las personas que estuvieron a lo largo de mis estudios y me ayudaron a poder culminar mi carrera, en especial a mi papi Rafael Nieto, eres la persona más comprensible, amable y con un gran corazón, sus consejos han sido y seguirán siendo uno de los grandes pilares en mi vida, mil gracias por su infinito amor hacia mí, siempre me dio su apoyo incondicional en circunstancias difíciles y sin pensarlo dos veces, le agradezco por estar siempre conmigo y al pendiente de todo, lo amo mucho papi y este logro es suyo, espero que Dios me lo bendiga regalándole muchos años más de vida para poder disfrutar los frutos de este logro que realizamos gracias a todo su esfuerzo y empeño por que un día fuera una profesional.

Gracias a mi mami Estela, mi papi Carlos, tía Gloria, tía Tila, mis primas Marcela Menjivar y Milena Nieto, mis hermanas Maritza, Jennifer, Karen y Johana por su apoyo, amor y por estar al pendiente de todo el proceso académico.

A mi futuro Ing. Javier Mulatillo, que ha sido soporte en muchas cosas tanto académicas como personales, gracias porque me has permitido ser parte de su vida en todos estos años, por guiarme y ser ese apoyo incondicional hacia mí y mi familia, estoy muy orgullosa de ti, lo amo mucho y espero estés allí siempre, así como lo has estado hasta la fecha para festejar y gozar de los buenos momentos y consolarnos en los malos, infinitamente muchas gracias amor.

No podía faltar el agradecimiento a mis compañeros de tesis, por el esfuerzo de cada uno, a pesar de las dificultades supimos salir adelante.

Gracias a nuestra asesora Inga. Sonia García, que nos brindó todo su conocimiento y experiencia en temas de salud, le felicito por tener esa capacidad de enseñanza y sobre todo su calidad humana.

A nuestra contraparte el Ing. Rodas, el Dr. Estrada y el Dr. Roldan (Coordinadores del MINSAL) por brindarnos la información necesaria para desarrollar el trabajo de grado, así como al Dr. Cerón parte del personal médico y de enfermería de los Hospitales del Tercer Nivel.

GRACIAS DIOS TU BENDICION.

Atte. Roxana Nieto.

## *Agradecimientos*

*En primer lugar, agradezco a Dios, porque en su infinita misericordia he podido ver su amor hacia conmigo y me ha regalado discernimiento a lo largo de esta carrera para poder alcanzar esta meta.*

*A mi familia:*

*- A mi madre: Daisy del Carmen por estar conmigo en buenas y malas, por ser la persona que en ningún momento ha dudado de los alcances profesionales y como persona que puedo llegar a alcanzar.*

*Por estar siempre conmigo y ser el mayor que llegare a tener en mi vida. Miles de gracias mamá, y Felicidades, porque este éxito es igual tuyo que mío.*

*- A mi hermano, gracias por todo, eres el consentido y sé que también haz formado parte de este logro, sin duda alguna no estaría aquí sin ti, gracias por hacerme reír y liberar el estrés.*

*- A mi familia por darme todo el apoyo, consejos y fortaleza en este camino, porque sé que nunca he estado solo en nada y siempre puedo confiar en ustedes.*

*A mis compañeras de Tesis,*

*- El proceso ha sido largo y cansado, tuvimos infinidad de momentos complicados, pero al final gracias a Dios, concluimos el proceso. Sin ustedes no habría sido posible, muchas gracias.*

*- Tatiana, fuiste clave para mí en este proceso, en la carrera y en muchos momentos de mi vida, gracias por tu apoyo, y espero sigamos cosechando muchos éxitos. Te Quiero.*

*Carlos Sermeño*

## AGRADECIMIENTOS

*Agradezco a Dios, quien siempre ha llenado de bendiciones a mi familia y a mi persona, porque a pesar de las fallas, Él bendice mi caminar y siempre ha estado a mi lado.*

*Agradezco infinitamente a mis padres (Jaime Zelayandía Torres y Jesús Rodríguez de Zelayandía) quienes incondicionalmente me han apoyado, aconsejado y acompañado en este camino (lleno de lágrimas y risas) y para ellos dedico este logro; agradecida con la vida por todas las alegrías e incluso tristezas que me trajo la experiencia de estudiar en la Universidad de El Salvador, orgullosa de ser estudiante de esta Alma Mater.*

*A mis hermanos Jaime e Ingrid también estaré siempre agradecida por su apoyo y consejos, por todas esas veces que me hicieron más de un favor, sin duda mi cariño incondicional de hermana mayor para ustedes.*

*A mi familia, tanto Z como R, simplemente gracias por todas esas ocasiones en donde necesite ayuda o un poco de apoyo y me lo brindaron, especialmente a mis prim@s, con quienes pase noche de desvelos estudiando juntos o simplemente acompañándome mientras me preparaba para los parciales.*

*También no puedo dejar atrás a todas esas verdaderas amistades que logre cosechar en estos años, los viajes a la playa, los enojos y las noches de desvelo para terminar los trabajos, entre discusiones y ataques de risa... simplemente gracias por formar parte de mis recuerdos y a aquellas que perdurarán con los años espero compartir muchos logros más.*

*Para las personas que siempre me apoyaron, siendo hermanos de la iglesia, excompañeros, conocidos de la familia y a los docentes que realmente se preocuparon por ser parte de mi proceso de formación y como persona, y también para los que llegarán a ser un sostén y aporte en mi carrera profesional, mi más sincero aprecio.*

*Tatiana Beatriz Zelayandía Rodríguez*

## AGRADECIMIENTOS GENERALES

A Dios todopoderoso:

Por permitirnos realizar este trabajo

A nuestros padres y abuelos:

Por su abnegación y cariño

A nuestros herman@s:

Por su constante apoyo y aliento

A nuestros maestros y asesora de tesis

Con todo respeto

A nuestros demás parientes y amigos:

Con mucho aprecio

Y sincera gratitud a la Coordinación del Tercer Nivel de Hospitales

Grupo de Hospitalización

## Tabla de contenido

---

Tabla de contenido.....	v
Siglas y acrónimos .....	x
Introducción.....	xi
Objetivos .....	xiii
Objetivo general.....	xiii
Objetivos Específicos.....	xiii
Alcances y Limitaciones .....	xvi
Alcances .....	xvi
Limitaciones.....	xvi
Justificación e Importancia .....	xvii
Justificación .....	xvii
Importancia.....	xvii
Capítulo 1: Marcos: Teórico, Institucional y Normativo .....	1
1    Marco Teórico .....	2
1.1    Procesos.....	2
1.2    Concepto de Gestión.....	21
1.3    Modelos de gestión. ....	26
1.4    El proceso de mejora .....	45
1.5    Sistema de costeo.....	52
2    Marco institucional.....	55
2.1    Ministerio de Salud.....	55
2.2    Hospitales especializados de Tercer Nivel o de Referencia Nacional.....	75
2.3    Comparación de Hospitales de 3er nivel .....	99
2.4    Procesos de Hospitalización de MINSAL para Hospitales de Tercer Nivel .....	101
2.5    Proceso de Atención del MINSAL en Servicios de Hospitalización.....	106
3    Marco Normativo.....	110
3.1    Gestión Pública .....	110
3.2    Gestión Hospitalaria .....	112
Capítulo 2: Metodología .....	117
1    Delimitación del objeto de estudio .....	119
2    Metodología de Investigación .....	122

2.1	Tipo de diseño.....	122
2.2	Tipo de Investigación .....	122
2.3	Fuentes de investigación.....	123
2.4	Metodología general de la investigación.....	125
Capítulo 3: Identificación del Proceso de Hospitalización en el Tercer Nivel de Atención del MINSAL.....		161
1	Modelado de proceso de Hospitalización .....	162
1.1	Identificación de Procesos de Hospitalización .....	162
1.2	Clasificación de los Procesos.....	163
1.3	Priorización de Procesos críticos.....	174
1.4	Descripción de los Procesos .....	179
Capítulo 4: Caracterización del proceso de Hospitalización en el Tercer Nivel de Atención del MINSAL.....		199
1	Caracterización del proceso de atención para brindar Servicios de Hospitalización .....	200
1.1	Proceso de Hospitalización .....	200
1.2	Sub proceso de Gestión de Ingreso .....	204
1.3	Sub proceso de Gestión de Cama.....	208
1.4	Sub proceso de Evaluación Médica .....	211
1.5	Sub proceso de Gestión de Indicaciones .....	215
1.6	Sub proceso de Atención de Enfermería .....	219
1.7	Sub proceso de Gestión de Alta Médica.....	222
1.8	Sistema de costo actual utilizado en el proceso de Hospitalización.....	230
1.9	Formularios utilizados en el servicio de Hospitalización. ....	232
1.10	Resultado de la caracterización de los Procesos priorizados .....	236
Capítulo 5: Análisis del Proceso de Hospitalización en el Tercer Nivel de Atención del MINSAL .....		238
1	Análisis de información secundaria de los Hospitales de Tercer Nivel.....	239
1.1	Análisis de la Filosofía de la institución .....	239
1.2	Análisis del Presupuesto .....	243
1.3	Análisis comparativo de recurso humano en los Hospitales del Tercer Nivel de acuerdo a cama.....	244
1.4	Análisis comparativo servicio de apoyo a diagnóstico. ....	245
1.5	Producción de egresos en el área de Hospitalización del Tercer Nivel de Atención. ....	248
1.6	Análisis de indicadores de los Hospitales del Tercer Nivel año 2017 .....	250

2	Análisis de valor agregado de proceso de Hospitalización.....	251
3	Muestreo de Trabajo .....	259
3.2	Aplicación de muestreo del trabajo al proceso de Hospitalización.....	262
4	Análisis de información primaria del Tercer Nivel de Atención por recurso.....	275
5	Diagnóstico de la Situación actual.....	282
5.1	Elementos del proceso de Hospitalización del HNR.....	282
5.2	Elementos del proceso de Hospitalización del HNNBB .....	287
5.3	Elementos del proceso de Hospitalización del HNM.....	292
5.4	Diagnóstico de la gestión en la administración del proceso de Hospitalización .....	297
6	Costeo Actual del proceso de Hospitalización .....	300
7	Eficiencia actual del proceso de Hospitalización .....	308
8	Nivel de Homologación del proceso actual entre Hospitales .....	318
8.1	Diferencias en el proceso de Hospitalización en los centros de Atención del Tercer Nivel. 318	
9	Planteamiento del problema.....	323
9.1	FODA Hospital Nacional Rosales.....	323
9.2	FODA Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.....	326
9.3	FODA Hospital Nacional de la Mujer .....	328
9.4	Identificación y priorización de oportunidades de mejoras a partir de FODA .....	330
9.5	Definición y análisis del problema identificado.....	346
10	Conceptualización del Diseño.....	350
10.1	Generación y evaluación de opciones de solución .....	350
10.2	Conceptualización del Diseño de la solución.....	354
Capítulo 6: Homologación y Fortalecimiento del Proceso de Hospitalización .....		361
1	Planeamiento de la mejora de Procesos de Hospitalización.....	362
1.1	Conceptualización del diseño de la solución .....	362
1.2	Caracterización del diseño de la solución.....	369
2	Homologación del proceso de Hospitalización .....	376
2.1	Manual de Gestión por Procesos .....	377
2.2	Manual de Procesos y Procedimientos .....	407
3	Organización del Proceso de Hospitalización.....	621
3.1	Manual de Funciones del Comité de Gestión por Procesos .....	622
4	Medición y Control del Proceso.....	650



4.1	Manual de auditoria del Comité de Gestión por Procesos .....	651
4.2	Manual de Indicadores para Hospitalización .....	677
5	Seguimiento del Proceso: Mejora Continua.....	719
5.1	Manual de Mejora Continua de Procesos.....	720
5.2	Sistema de información Gerencial para los Hospitales de Tercer Nivel (implementación de la herramienta PERC).....	739
Capítulo 7: Realización del Proceso Propuesto .....		745
1	Realización del Proceso de Hospitalización Propuesto .....	746
2	Planeación del Proceso de Hospitalización .....	747
2.1	Plan estratégico de Hospitalización.....	747
2.2	Plan Operativo de Hospitalización.....	753
3	Realización del Proceso Fortalecido.....	771
3.1	Eficiencia y Tiempos del Proceso de Hospitalización .....	771
3.2	Impacto de la implementación de la Gestión por Procesos en los Hospitales de Tercer Nivel	772
3.3	Proyecciones para el aumento de la eficiencia en el proceso de Hospitalización .....	778
3.4	Costos del proceso de Hospitalización.....	790
3.5	Sistema de aplicación de indicadores .....	813
4	Homologación del proceso de Hospitalización implementando la GPP .....	842
Capítulo 8: Administración del Proyecto .....		848
1	Metodología de administración de proyecto y evaluaciones .....	849
2	Administración del Proyecto de Implementación de Propuestas de Fortalecimiento.....	850
2.1	Desglose del trabajo.....	851
2.2	Descripción de los Entregables y paquetes de Trabajo.....	853
2.3	Duración y costos de paquetes .....	862
2.4	Diagrama PERT .....	877
2.5	Análisis de riesgo del Proyecto .....	879
2.6	Presupuesto de la administración del Proyecto .....	892
Capitulo 9: Evaluaciones .....		904
1	Evaluaciones.....	905
1.1	Estudio económico .....	905
1.2	Costos operativos del proceso de Hospitalización.....	907
1.3	Análisis de tendencias de costos por recurso.....	911
1.4	Detalle de los Centros de Costos .....	913

1.5	Análisis de tendencia de costos por procesos .....	921
1.6	Análisis de Costos de Hospitales de Tercer Nivel (H. Bloom y H. de la Mujer) .....	952
1.7	Fuentes de Financiamiento .....	963
2	Evaluación Económica Financiera.....	964
2.1	Estimación de TMAR.....	964
2.2	Valor Actual Neto (VAN).....	964
2.3	Beneficio costo "B/C".....	968
3	Evaluación social.....	969
3.1	Demanda .....	969
3.2	Mejor calidad en el Servicio Prestado: .....	971
3.3	Máximo aprovechamiento de los recursos disponibles.....	971
3.4	Sistema de Control y Evaluación de la Voz del Cliente: .....	975
3.5	Control del Seguimiento de los procesos claves .....	976
3.6	Condiciones de trabajo.....	980
3.7	Costo por atención .....	980
	Conclusiones.....	986
	Glosario.....	988
	Bibliografía .....	990
	Anexos .....	991
	Análisis de Información Secundaria .....	991
	Análisis de Información Secundaria Hospital Rosales.....	991
	Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom .....	1024
	Hospital Nacional de la Mujer .....	1056
	Boletas con las que se da la solicitud de servicios de apoyo y generales .....	1085
	Anexo Proyecto programa integrado de salud PRIDES II .....	1088

## Siglas y acrónimos

---

AMSS Área Metropolitana de San Salvador  
APS Atención Primaria de Salud  
DIGESTYC Dirección General de Estadísticas y Censos  
Ecos-F Equipo comunitario de Salud Familiar  
Ecos-E Equipo comunitario de Salud Especializado  
EHPM Encuesta de hogares de propósitos múltiples  
ESDOMED Estadísticas y Documentos Médicos.  
FODA Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas  
GPP Gestión por Proceso.  
HNNBB Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom  
INS Instituto Nacional de Salud  
ISSS instituto Salvadoreño del Seguro Social  
MINSAL Ministerio de Salud  
ONG Organización No Gubernamental.  
PEPSU proveedores, entradas, proceso, salida, usuario.  
PHVA Ciclo planear-hacer-verificar-actuar  
RIIS Redes integrales e integradas de salud  
RRHH Recursos Humanos.  
TMAR Tasa mínima de retorno  
TIR Tasa interna de retorno  
SIG Subsistema de Información Gerencial  
SIBASI Sistema Básico de Salud Integral  
SNS Sistema Nacional de Salud  
SIMMOW Sistema de Información de morbilidad vía Web  
UCI Unidad de Cuidados Intensivos.  
UCSF-B Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica  
UCSF-I Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia  
UCSF-E Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada  
VAN Valor actual neto

## Introducción

---

El estado salvadoreño ha venido evolucionando con el transcurso de los años para la mejora en su desempeño, así como también las instituciones oficiales que lo constituyen, siendo una de ellas el Ministerio de Salud (MINSAL) que tiene como misión ser la instancia del Estado rectora en materia de salud, que garantiza a los habitantes de la República de El Salvador la cobertura de servicios oportunos e integrales, con equidad y calidez, en corresponsabilidad con la comunidad, incluyendo todos los sectores y actores sociales, para contribuir a lograr una mejor calidad de vida.

El MINSAL, cuenta con tres Unidades Organizativas Estratégicas, que son las dependencias que conducen el quehacer institucional; y una Gerencia General de Operaciones que garantiza el funcionamiento de los sistemas de apoyo administrativos.

Según las Redes Integrales e Integradas de Salud (RIIS), el MINSAL organiza los establecimientos y servicios de salud en tres niveles de atención: instituciones de primer nivel, Hospitales de segundo y Tercer Nivel, que forman el Sistema Nacional de Salud (SNS), y junto a otros prestadores de servicios de salud, la RIIS busca que se incorporen gradualmente donde la finalidad es la gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, desarrollando su trabajo en una población definida.

Los Hospitales Nacionales de Tercer Nivel son aquellos establecimientos de referencia nacional, que están categorizados para la atención de usuarios(as) que requieran servicios altamente especializados en las áreas de emergencia, consulta externa y Hospitalización, cirugías y cuidados críticos. Cada uno de estos Hospitales tiene definido un conjunto de prestaciones y especialidades médicas asignadas de acuerdo al perfil epidemiológico nacional, contando para ello con personal especializado y equipos de diagnóstico y apoyo necesario.

Con el estudio se pretende fortalecer los Procesos de Hospitalización en el Tercer Nivel de atención del MINSAL, con el fin de optimizar los recursos y brindar una atención cada vez más eficiente, eficaz y con calidez al paciente, aumentando así la productividad de la institución.

Para desarrollar un estudio de fortalecimiento de Procesos, es necesario realizar un diagnóstico organizacional que permita establecer la situación actual de cada uno de los establecimientos de referencia nacional, y así poder identificar diferentes problemáticas y poder así obtener oportunidades de mejora.

En este documento se presentan los antecedentes que se consideraron pertinentes para la realización del estudio, un marco conceptual en el cual se describe de forma teórica los conceptos relacionados con el tema en cuestión y las técnicas de ingeniería industrial que se consideran fundamentales para el desarrollo completo del estudio. Se incluye un marco institucional que habla acerca de las instituciones que intervienen en el Tercer Nivel de atención de salud, así como de la organización y los servicios que estos prestan a la sociedad salvadoreña, y también se incluye un marco legal que engloba la legislación a la cual están sujetas estas instituciones.

Después de las generalidades mencionadas, se presenta la definición de la metodología que se utilizará en el diagnóstico y en la conceptualización de diseño:

El diagnóstico incluye dos partes identificables, que corresponden al análisis de información secundaria y primaria el cual consta de caracterización y descripción de los Procesos de Hospitalización, una investigación de satisfacción de usuarios externos, además de recolección de información de los servicios de apoyo.

Posteriormente se planteará un problema en base a los resultados del diagnóstico de la situación actual de los Hospitales de Tercer Nivel, que servirá como base para la generación de opciones de solución, de entre las cuales se elegirá una, la más adecuada para la homologación de los Procesos de Hospitalización del Tercer Nivel de atención del MINSAL, en base a criterios como la adaptabilidad de la solución, la novedad y la experiencia.

Una vez elegida la opción de solución más conveniente, se procederá a describirla, de modo que quedará plantada su estructura y componentes, constituyendo este la conceptualización del diseño, que se utilizará en el desarrollo del diseño

El Diseño se estableció bajo la metodología del Circulo de Deming, la cual identifica cuatro elementos claves como lo son el Planear-Hacer-Verificar-Actuar, y a cuáles elementos se les aplicó la mejora continua para el fortalecimiento de los diferentes Procesos identificados.

Para la validación de los elementos de fortalecimiento planteados en el Diseño, se realizó una simulación de los Procesos, con la cual se procedió a determinar los beneficios generados en comparación con la Situación Actual presente en el Diagnóstico.

Para finalizar el estudio de fortalecimiento de los Procesos de Hospitalización en el Tercer Nivel de Atención del MINSAL se establecerán las evaluaciones correspondientes para su implementación además del Plan de Administración de Proyecto correspondiente.

# Objetivos

---

## Objetivo general

Diseñar propuestas para el fortalecimiento de la gestión de los Servicios de Hospitalización en los hospitales de Tercer Nivel del MINSAL, a través de la identificación, análisis y mejora de sus Procesos, como herramienta que apoya la toma de decisiones y la optimización de recursos, aumentando la productividad del servicio en beneficio de los usuarios.

## Objetivos Específicos

### Diagnóstico

- Establecer el marco teórico, normativo, contextual e institucional de la gestión Hospitalaria, con el propósito de diseñar la Metodología de investigación, para la realización del diagnóstico de la situación actual de los Procesos de Hospitalización en los nosocomios de Tercer Nivel del MINSAL
- Identificar los Procesos y recursos que intervienen en el servicio de Hospitalización, de manera que se pueda clasificar y determinar la secuencia e interacción de estos Procesos, para facilitar la caracterización de los mismos.
- Caracterizar los Procesos de Hospitalización de manera descriptiva y esquemática centrándose en las actividades y características relevantes que permiten el control y la gestión del proceso, para medir y evaluar la situación actual del Proceso de Hospitalización en los Hospitales de Tercer Nivel del MINSAL.
- Priorizar los Procesos de Hospitalización, con la medición y comparación de los indicadores con los estándares actuales para determinar aquellos que tienen mayor incidencia en el desempeño bajo el enfoque por Procesos, lo que permitirá definir, comprender y cuantificar las oportunidades de mejora para su análisis posterior.
- Analizar la información recopilada de la situación actual del proceso de Hospitalización, por medio de técnicas que faciliten la toma de decisiones y que tengan impacto en las oportunidades de mejora identificadas en el proceso, estableciendo las bases para la etapa de diseño.
- Definir oportunidades de mejora identificadas en el análisis de la situación actual del proceso de Hospitalización en los nosocomios de Tercer Nivel del MINSAL, para el posterior diseño de propuestas de mejora, que garantice que el proceso se gestione eficientemente.

- Conceptualizar el diseño de las soluciones propuestas para las oportunidades de mejora identificadas, en base a los resultados obtenidos del análisis la situación actual del proceso de Hospitalización en los nosocomios de Tercer Nivel del MINSAL, que contribuya a brindar un servicio eficiente, eficaz y con calidez hacia el usuario.

## **Diseño**

- Diseñar en coordinación con el equipo del MINSAL las propuestas de fortalecimiento del proceso de Hospitalización para obtener la homologación en los tres hospitales, elaborando la secuencia lógica de las actividades y asignando óptimamente los recursos y el personal responsable para el control y seguimiento de estas.
- Documentar a través de manuales de Procesos y procedimientos que permitan la homologación y unificación los esfuerzos encaminados a brindar un mejor servicio a los usuarios del área de Hospitalización
- Representar los Procesos de Hospitalización priorizados en la etapa de diagnóstico con las mejoras realizadas para facilitar la interpretación de las actividades en su conjunto, ya que permite una percepción visual del flujo y la secuencia de las mismas.
- Determinar los costos actuales y comprobar si estos varían, en qué proporción al implementar la homologación a través de la Gestión por Procesos, identificando las entradas de la realización de la siguiente etapa de evaluación y tener en cuenta la inversión necesaria tanto en moneda como en tiempo.
- Establecer un sistema de indicadores, a través de una guía a utilizar para el control y el seguimiento del proceso de Hospitalización y asegurar la mejora continua del éste, con el fin de ofrecer un servicio oportuno hacia el usuario.
- Determinar los recursos necesarios para la implementación de la Gestión por Procesos, identificando las entradas de la realización de la siguiente etapa de evaluación y tener en cuenta la inversión necesaria tanto en forma monetaria como en tiempo de la implementación del modelo en la evaluación del proyecto

## **Evaluaciones**

- Realizar un plan de implementación y la Administración del Proyecto, que permita el control y seguimiento de la correcta ejecución de la solución propuesta, definiendo el cronograma de actividades y entregables para la puesta en marcha eficiente.
- Determinar los riesgos probables a presentarse durante la ejecución del proyecto de implementación del Proceso Homologado en los servicios de los tres hospitales de Tercer Nivel, para evitar y mitigar escenarios que puedan generar desviaciones imprevistas del presupuesto planificado.

- Determinar la rentabilidad de la propuesta de mejora por medio de la evaluación financiera para la justificación de la aplicación de la propuesta, el cubrimiento oportuno de los costos y selección de las alternativas de financiamiento.
- Evaluar económicamente el diseño del Sistema de Gestión de Procesos en los servicios de los tres hospitales de Tercer Nivel, para determinar la factibilidad de la implementación.
- Realizar la evaluación social del proyecto a fin de determinar los beneficios e impacto que se generará a la sociedad en general, especialmente en los pacientes ingresados y usuarios del hospital.
- Evaluar el proyecto desde la perspectiva de género, para establecer el cumplimiento del proyecto con parámetros que garantice la igualdad de género en su implementación.



## Alcances y Limitaciones

---

### Alcances

La investigación se realizará en el Hospital Nacional Rosales, Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom y Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”, los cuales conforman la categoría de Hospitales de Tercer Nivel del Ministerio de Salud, ubicados en el área Metropolitana de San Salvador, específicamente para el servicio de Hospitalización.

- a) En el diagnóstico de la situación actual tendrá lugar el levantamiento de la Información, que permita describir, caracterizar e identificar oportunidades de mejora en los Procesos. Se establecerá un sistema de indicadores claves de desempeño para el control de los Procesos de Hospitalización y con ello diseñar propuestas de mejora; mediante la aplicación de técnicas de ingeniería industrial enfocadas a la optimización de los Procesos, lo cual permita brindar una atención adecuada y oportuna a los pacientes.
- b) Evaluación del cumplimiento de las funciones de los diferentes actores que conforman el personal de los Servicios de Hospitalización, mediante lo establecido a partir de los manuales de funciones y puestos
- c) La recolección de información primaria de percepción de la satisfacción del cliente externo, comprenderá únicamente la relacionada al proceso de Hospitalización, excluyendo los Procesos Emergencia, Consulta externa, UCI y Sala de Cirugía.
- d) La presentación de una propuesta de solución está basada en la información recolectada en el diagnóstico tanto en información primaria, como secundaria y avalada por la unidad de planificación de Hospitales de Tercer Nivel del MINSAL

### Limitaciones

- a) Las principales fuentes de información secundaria, los sistemas con los cuales el MINSAL mantiene un seguimiento y control de las principales actividades y recursos (SIMOWW, SEPS, SPME), no contienen datos actualizados, debido a falta de alimentación de datos por parte del personal de los Hospitales.
- b) Establecer una muestra probabilística de médicos, no fue posible debido a los horarios de contratación y la rotación que estos tienen en los diferentes Procesos misionales pertenecientes a los Hospitales.
- c) El tiempo de recolección de información primaria en los Hospitales fue limitado por el tipo de actividades que se realizan en los servicios y para la mejor atención de los pacientes.

# Justificación e Importancia

---

## Justificación

A través de la investigación preliminar, el estudio de los Procesos de Hospitalización en los Hospitales de Tercer Nivel del MINSAL se justifica bajo los siguientes argumentos:

La alta demanda y presupuesto indicado a los Hospitales de Tercer Nivel tienen como objetivo dar respuesta en promedio al 1-3%<sup>1</sup> de la demanda de atención, en el año 2017 esta demanda alcanzó el 5.17% de casos atendidos. Para cumplir con los objetivos propuestos, los Hospitales de Tercer Nivel reciben \$89.225,760 para realizar sus actividades de funcionamiento de un total de \$356.132,570 que el MINSAL otorga a las instituciones adscritas y otras entidades en el año 2018<sup>2</sup>

Es decir, los tres Hospitales que forman parte del Tercer Nivel de atención, siendo estos los más especializados, reciben el 25.05% de lo asignado por parte del MINSAL a los Hospitales de toda la red nacional, o visto desde otro ángulo el 14.33% del presupuesto Nacional concedido a el ramo de salud.

El aporte que los Hospitales de Tercer Nivel brindan a la salud, siendo los que ofrecen los servicios asistenciales más especializados, son parte vital del sistema nacional de salud. El fortalecimiento de los Procesos en el área de Hospitalización, permitirá un mejor uso de los recursos, facilitando brindar un servicio de atención oportuno y eficiente, lo que conlleva la satisfacción del cliente.

Las diferencias evidenciadas en la realización de investigación preliminar marcan un camino hacia el fortalecimiento de los Procesos de Hospitalización mediante la homologación de los Procesos.

La propuesta del modelo de gestión de los Procesos para los Hospitales de Tercer Nivel está en concordancia con el plan operativo de MINSAL, que está encaminado a la homologación de los Procesos en los tres Hospitales para lograr la certificación internacional de calidad.

## Importancia

La función básica del Hospital es ingresar pacientes para brindar atención médica, disponiendo de recursos humanos y tecnológicos; y desarrollar una serie de Procesos tendientes a tratar al paciente, teniendo en consideración que se tiene una organización compleja donde interactúan simultáneamente una serie de factores y quienes la conducen deben tener amplios conocimientos de todos los recursos necesarios para generar servicios orientados a la salud.

La atención Hospitalaria de los pacientes, que necesitan atención especializada es importante en el bienestar de la salud de las personas. El Sistema de Salud a través del Ministerio de Salud,

---

<sup>1</sup> Manual de Organización y Funciones de las RIISS, MINSAL 2013, vigente

<sup>2</sup> Presupuesto aprobado para el ramo de salud 2018

cuenta con atención especializada en el Tercer Nivel de atención, el cual cuenta con tres Hospitales, los cuales son de referencia nacional, y por lo cual un fortalecimiento en los Procesos de Hospitalización permitirá ofrecer servicios de calidad y optimizando los recursos que se destinan a la prestación del servicio.

La importancia del fortalecimiento de los Procesos en el área de Hospitalización en el Tercer Nivel de atención del MINSAL radica principalmente en el costo de oportunidad que significa para un paciente que requiere de la atención del centro asistencial y debido a la gestión poco eficiente que se pueda estar realizando, dicha atención no pueda ser brindada en el tiempo oportuno y con la calidad esperada

En el área de Hospitalización, los tiempos de espera son elevados para acceder a este servicio luego que a los pacientes se les indica que deben quedarse, además de esto los pacientes que ingresan a Hospitalización tienen que quedarse aún más del tiempo necesario debido a la manera de realizar los Procesos.

El fortalecimiento de los Procesos de Hospitalización en el Tercer Nivel de atención del MINSAL, permitirá la homologación del servicio en los Hospitales de este nivel, además el tener identificados y documentados los Procesos ayudará a que el modelo sea replicado en los Hospitales de los otros niveles de atención del MINSAL.

81 · NOR 3107 B2

MARCO:  
TEORICO,  
INSTITUCIONAL Y  
NORMATIVO

CAPITULO 1

# 1 Marco Teórico

---

## 1.1 Procesos

Los Procesos son aquellos que constituye el núcleo de una organización, son las actividades y tareas que realiza a través de las cuales producen o genera un servicio o producto para sus usuarios; entonces, los Procesos representan el hacer de la organización. El punto central de un proceso es el “agregar valor” a este resultado, a través de la calidad empleada para obtener dicho resultado.

Los resultados obtenidos en los Procesos son importantes de conocer y analizar, para el control del conjunto de actividades y para conducir a la organización hacia la obtención de los resultados deseados.

### 1.1.1 Conceptos de proceso según algunos autores

Existen varias definiciones:

- Según la ISO 9000:2000 Lo define como un conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.
- “Un proceso es una secuencia de actividades que uno o varios sistemas desarrollan para hacer llegar una determinada salida (output) a un usuario, a partir de la utilización de determinados recursos (entradas/input)” (Gema Viviana Carvajal, 2017).
- Es la secuencia ordenada de actividades repetitivas que se realizan en la organización por una persona, grupo o departamento, con la capacidad de transformar unas entradas en salidas o resultados programados para un destinatario (dentro o fuera de la empresa que lo ha solicitado y que son los clientes de cada proceso) con un valor agregado (Alberto Medina, 2004).
- Los Procesos son, por tanto, el conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan entre sí mediante las cuales, las organizaciones crean valor para sus clientes. Sus actividades para añadir valor, deben disminuir los plazos de realización de los servicios, disminuir los costes e, impactar positivamente en la calidad del servicio (Fortuny).



### 1.1.2 Elementos de los Procesos

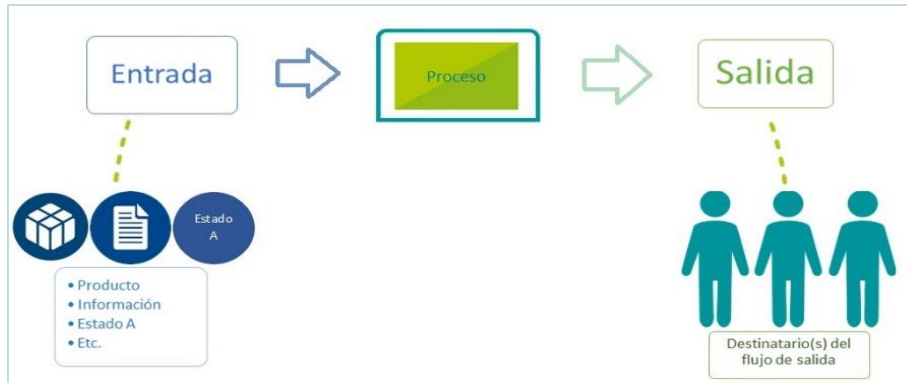
Todo proceso consta de los siguientes elementos:

- a) Entrada: producto con unas características objetivas que responda al estándar o criterio de aceptación definido. La Entrada es un producto que proviene de un suministrador (externo o interno); es la salida de otros Procesos (precedente en la cadena de valor) o de un proceso proveedor o del cliente.
- b) Salida: producto con la calidad exigida por el estándar del proceso, del producto y del nivel de satisfacción del usuario: el impreso diario con el registro de facturas recibidas, importe,

vencimiento. La Salida final de los Procesos de la cadena de valor es una entrada para un proceso del cliente.

- c) Destinatario del flujo de salida: es la persona o conjunto de personas que reciben y valoran lo que les llega desde el proceso en forma de flujo de salida.
- d) Recursos utilizados en el proceso: son todos aquellos elementos materiales o de información que el proceso consume o necesita utilizar para poder generar la salida. Pueden clasificarse en dos grupos:
  - a. Que se consumen en cada repetición (se gastan)
  - b. Los que sirven para más de una repetición (se amortizan).
- e) Métodos / planificación de Procesos: método del trabajo, procedimiento, hoja de proceso, instrucción técnica, etc. Es la descripción de la forma de utilizar los recursos, quien hace que, cuando y ocasionalmente el cómo. Se incluye el método para la medición y el seguimiento del:
  - a. Funcionamiento del proceso (medición y evaluación)
  - b. Producto del proceso (medida del cumplimiento)
  - c. La satisfacción del cliente (medida de satisfacción)
- f) Controles: un proceso está bajo control cuando su resultado es estable y predecible, lo que equivale a dominar los factores del proceso, supuesta la conformidad del input. En caso de funcionamiento incorrecto, poder saber cuál es el factor que lo ha originado es de suma importancia para orientar la acción de mejora (gestión de calidad).

Ilustración 1 Elementos de los Procesos



Fuente: elaboración propia

### 1.1.3 Características de los Procesos

Como características generales que se cumplen en los Procesos se tiene:

- Alinear los objetivos de las actividades del proceso con las expectativas y necesidades de los clientes.
- Indican como están estructurados los flujos de información y los flujos de los recursos disponibles.
- Muestran las relaciones cliente-proveedor entre las diversas funciones y, como realmente se realiza el trabajo.

### **1.1.3.1 Variabilidad:**

Cada vez se repite el proceso hay ligeras variaciones en la secuencia de actividades realizadas que, a su vez, generan variabilidad en los resultados del mismo expresados a través de mediciones concretas. La variabilidad repercute en el destinatario del proceso, quien puede quedar más o menos satisfecho con lo que recibe del proceso.

### **1.1.3.2 Repetitividad**

Los Procesos se crean para producir un resultado y repetir ese resultado. Esta característica de repetitividad permite trabajar sobre el proceso y mejorarlo.

### **1.1.3.3 Límites de los Procesos**

No existe una interpretación homogénea sobre los límites de los Procesos, ya que varía mucho con el tamaño de la empresa. Lo realmente importante es adoptar un determinado criterio y mantenerlo a lo largo del tiempo. Parece lógico que:

- a) Los límites del proceso determinen una unidad adecuada para gestionarlo, en sus diferentes niveles de responsabilidad.
- b) Estén fuera del departamento para poder interactuar con el resto de Procesos (proveedores y clientes).

## **1.1.4 La identificación y secuencia de los Procesos**

Entre los principales factores para la identificación y selección de los Procesos se tiene:

- Influencia en la satisfacción del cliente.
- Los efectos en la calidad del producto/servicio.
- Influencia en Factores Clave de Éxito (FCE).
- Influencia en la misión y estrategia.
- Cumplimiento de requisitos legales o reglamentarios.
- Los riesgos económicos y de insatisfacción.
- Utilización intensiva de recursos.

La manera más representativa de reflejar los Procesos identificados y sus interrelaciones es precisamente a través de un mapa de Procesos, que viene a ser la representación gráfica de la estructura de Procesos que conforman un sistema de gestión.

### **1.1.4.1 Mapa de Procesos**

Una organización puede recurrir a diferentes herramientas de gestión que permitan llevar a cabo la identificación de los Procesos, subprocesos y sus respectivas actividades, a través de diversas técnicas; una vez efectuada la identificación y la selección de los Procesos, surge la necesidad de definir y reflejar esta estructura de forma que facilite la determinación e interpretación de las interrelaciones existentes entre los mismos.

Permiten identificar claramente los individuos que intervienen en el proceso, la tarea que realizan, a quien afectan cuando su trabajo no se realiza correctamente y el valor de cada tarea o su contribución al proceso. También permiten evaluar cómo se entrelazan las distintas tareas que se requieren para completar el trabajo si son paralelas o secuenciales.

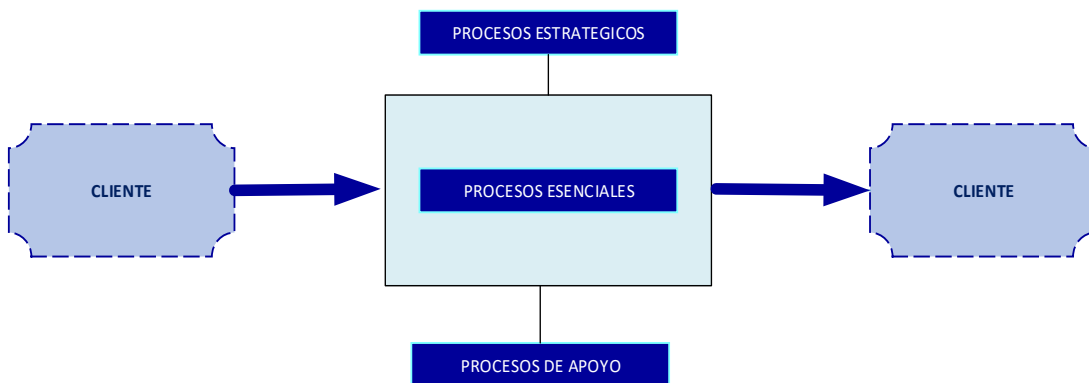


Los mapas de Procesos son útiles para:

- Conocer cómo se lleva a cabo los trabajos actualmente
- Analizar los pasos del proceso para reducir el ciclo de tiempo o aumentar localización
- Utilizar el proceso actual como punto de partida para llevar a cabo proyectos de mejoramiento
- Orientar a nuevos empleados.
- Desarrollar formas alternas de realizar el trabajo en momentos críticos
- Evaluar, establecer o fortalecer los indicadores o medidas de resultados.

El nivel de detalle de los mapas de proceso dependerá del tamaño de la propia organización y de la complejidad de sus actividades. El mapa de Procesos incluye la siguiente clasificación de Procesos: En Estratégicos, de Apoyo y Operativos, los cuales se definirán más adelante.

*Ilustración 2 Modelo para la agrupación de Procesos en el mapa de Procesos*



Fuente: elaboración propia

#### **1.1.4.2 Técnicas de representación utilizadas para elaborar mapas de Procesos**

Los enfoques para elaborar mapas de Procesos pueden variar de acuerdo a diferentes atributos: nivel de detalle, uniones jerárquicas entre los mapas, tipos de flujos, estructura orgánica, símbolos, operadores lógicos y tiempo de flujo. La literatura recoge una gran gama de herramientas de representación de Procesos con las características de que, hoy en día, se alternan enfoques tradicionales como los cursogramas analíticos y sinópticos o de recorrido, con diagramas IDEF0, mapas de senda, arriba-abajo, en circunstancias donde el análisis del valor añadido, como instrumento de mejora, ha cobrado gran fuerza en el accionar de las empresas del mundo.

En tanto, la Servucción ha devenido en la forma de representación gráfica de un servicio y presupone la organización de los elementos físicos y humanos en la relación cliente-empresa, necesaria para la realización de la prestación de un servicio.

Es posible crear diferentes mapas en dependencia de las técnicas de representación utilizadas para construir modelos de Procesos, las cuales se resumen en cuadro siguiente



Cuadro 1 Resumen de herramientas para la representación de Procesos

Diagrama	Características
IDEF0	Integra las técnicas IDEF0
ASME	Es inherente en su uso una evaluación de si una actividad añade valor o no. esclarece las áreas de pérdidas o actividades que no aportan valor.
Servucción	Representación simplificada de un sistema de prestación de un servicio a partir de los siguientes elementos: cliente, soporte físico, personal de contacto y servicio

Fuente: Gestión de Procesos. Universidad Camilo Cienfuegos, Matanzas, Cuba.

## Procedimientos para la elaboración de mapas de Procesos

Cuadro 2 Resumen de procedimientos para elaborar mapas de Procesos

Autor	Procedimiento (pasos)
Bou y Sauquet (2004)	<p>Definición del proceso (ficha de proceso): misión del proceso, salida, clientes y requerimientos, fin y comienzo, entradas clave</p> <p>Identificación de actividades.</p> <p>Distinción entre actividades: las que siempre suceden, las que algunas veces suceden.</p> <p>Construcción del diagrama</p> <p>Despliegue del proceso en subprocesos (aumentar el nivel de detalle)</p>
Sociedad latinoamericana para la Calidad	<p>Propósito. Analizar cómo se pretende utilizar el Diagrama de Flujo.</p> <p>Determinar nivel de detalle requerido.</p> <p>Definir los límites</p> <p>Utilizar símbolos apropiados</p> <p>Hacer preguntas: ¿Quién recibe el input?, ¿Qué es lo primero que se hace con el input?</p> <p>Documentar – Documentar cada paso en la secuencia. ¿Qué produce este paso? ¿Quién recibe este resultado? ¿Qué pasa después? ¿Alguno de los pasos requiere de inputs que actualmente no se muestran?</p> <p>Completar – Continuar la construcción del diagrama hasta que se conecten todos los resultados (outputs) definidos en el extremo derecho del diagrama.</p> <p>Si se encuentra un segmento del proceso que es extraño para todos en el salón, se deberá tomar nota y continuar haciendo el diagrama.</p> <p>Revisión. ¿Todos los flujos de información encajan en los inputs y outputs del proceso? ¿El diagrama muestra la naturaleza serial y paralela de los pasos?</p> <p>Determinar oportunidades.</p>

Fuente: "Reflexión sobre las prácticas de calidad a través de la teoría de la gestión del conocimiento: descubriendo las zonas grises y las nuevas posibilidades de los manuales de proceso, los diagramas de flujo y los procedimientos"

### 1.1.4.3 El Diagrama de Flujo o Flujograma

El Diagrama de Flujo o Flujograma, consiste en expresar gráficamente las distintas operaciones que componen un procedimiento o parte de este, estableciendo su secuencia cronológica. Según su formato o propósito, puede contener información adicional sobre el método de ejecución de las operaciones, el itinerario de las personas, las formas, la distancia recorrida el tiempo empleado, etc.

#### Simbología de elaboración de diagramas de flujo de uso generalizado

**Documento:** cualquier documento (cheques, facturas de comprar o ventas, etc.)



**Proceso manual:** cualquier operación manual, como la preparación de una factura de venta o la conciliación de un extracto financiero.



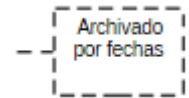
**Proceso:** cualquier operación, bien sea realizada manualmente, mecánicamente o por computador. Con frecuencia, se utiliza también con el símbolo del proceso manual.



**Líneas de Flujo:** líneas que indican un flujo direccional de documentos. Normalmente hacia abajo o hacia la derecha, a menos que las flechas indiquen lo contrario.



**Anotación:** utilizada para hacer comentarios explicativos, como una secuencia de archivo (por fecha, en orden alfabético, etc.)



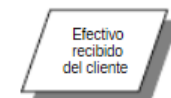
**Conector:** salida hacia, o entrada desde, otra parte del diagrama de flujo. Se utiliza para evitar un cruce excesivo de líneas de flujo. Los conectores de salida y de entrada contienen claves de letras o números.



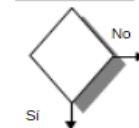
**Conector entre diferentes páginas:** indica la fuente o el destino de renglones que ingresan o salen del diagrama de flujo



**Entrada / Salida:** utilizado para ubicar un conector de otra página, para indicar información que ingresa o sale del diagrama de flujo



**Decisión:** indica cursos de acción alternos como resultado de una decisión de sí o no.



#### Diagrama a alto nivel

A través de este nivel de detalle de diagramación se pueden identificar fácilmente los principales elementos del proceso: Las entradas y sus proveedores (que pueden ser internos o externos a la institución); las salidas y sus usuarios o clientes (que pueden ser internos o externos a la institución); los subprocesos o etapas; las interrelaciones o conexiones con otros Procesos.

Un ejemplo de diagrama de alto nivel que muestra los elementos antes mencionados es el PEPSU, su nombre es el acrónimo de: Proveedor, Entradas, Proceso, Salidas, Usuario (cliente). En inglés se conoce como SIPOC (suppliers, inputs, process, outputs, customers). El PEPSU es

una metodología gráfica con la finalidad de sintetizar el proceso en grandes bloques, identificando:

- Las entradas que se requieren.
- Las salidas que se generan.
- Los proveedores que proporcionan las entradas.
- Los usuarios o clientes que reciben las salidas.

Adicionalmente unifica criterios sobre las grandes etapas o fases del proceso.

#### Beneficios

- Permite una mirada rápida y amplia de los Procesos de la organización.
- Ayuda en una primera etapa a realizar una determinación de Procesos y detección de áreas críticas.
- Facilita la definición de indicadores de gestión para los Procesos.

#### Limitaciones y precauciones

- No detallar en demasía cada uno de los Procesos, y enfocarse en detectar las áreas más débiles de la organización.
- Existe el riesgo, que una mala identificación, pueda provocar que se destinen demasiados recursos a Procesos no relevantes, y no se logre la mejora sistémica de la organización

### **1.1.5 Normalización de Procesos: herramientas**

La normalización es un mecanismo de coordinación que sirve para proyectar una mayor eficacia y una mejor gestión de los recursos en la realización de una actividad. También facilita las comunicaciones entre unidades o personas y posibilidad el uso de indicadores homogéneos para comparar la ejecución y el desarrollo de las mismas actividades en diversos ámbitos geográficos o temporales.

#### **1.1.5.1 Contribución de la normalización de Procesos**

Las principales ventajas que ofrece la aplicación de la normalización a los Procesos de una organización son las siguientes:

- Hace predecible el resultado del trabajo
- Permite garantizar que operación y gestión se realizan de manera homogénea en toda la organización y en todas sus áreas y centros.
- Facilita la asignación de responsabilidades y el trabajo en equipo.
- Se facilita enormemente la comunicación y la relación interpersonal.
- Mejora la eficacia de la organización.
- Es fácil controlar el funcionamiento de toda la organización.

### 1.1.5.2 Normalización de Procesos a través de la hoja de proceso

Una forma para lograr la normalización, es la formalización de Procesos mediante a lo que se denomina "hoja de proceso", la cual consta de las siguientes partes:

1. Encabezado, objeto y alcance.
2. Diagrama de flujo del proceso.
3. Breve descripción de las actividades operativas y de control del proceso, necesaria para entender su contenido.
4. Ejecutor de cada actividad; de preferencia se separa de la persona que tiene la responsabilidad de todas las actividades del proceso.

### 1.1.5.3 Ficha de descripción de un proceso

Una Ficha de Proceso se puede considerar como un soporte de información que pretende recabar todas aquellas características relevantes para el control de las actividades definidas en el diagrama, así como para la gestión del proceso.

En el ejemplo se aprecia que, además de la identificación del propio proceso y de otra información relevante para el control documental, aparecen términos tales como la misión del proceso, el alcance del mismo, las interrelaciones a través de las entradas y salidas, los indicadores y variables de control, etc.

*Ilustración 3. Ejemplo de Ficha para un proceso de Revisión de Requisitos del Producto*

INTENSA		REVISIÓN DE REQUISITOS DEL PRODUCTO		FP-722
PROCESO: REVISION DE LOS REQUISITOS DEL PRODUCTO			PROPIETARIO: DTO COMERCIAL	
MISION: asegurar que los requisitos aplicables a los productos para los clientes están correctamente definidos en ofertas, pedidos y contratos, aclarados y que se tiene capacidad para cumplirlos			DOCUMENTACIÓN: PC-722	
Alcance	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empieza: Cuando empezamos cualquier relación comercial</li> <li>• Incluye: Ofertas, pedidos y contratos. Recogida de información para asegurar la capacidad.</li> <li>• Termina: Con la elaboración de una oferta, aceptación de un pedido o modificación del mismo.</li> </ul>			
ENTRADAS:	Necesidades del cliente, información sobre capacidad de producción y stock.			
PROVEEDORES:	Cliente, producción, logística.			
SALIDAS:	Ofertas. Pedidos aceptados. Contratos finales. Modificaciones a los anteriores.			
CLIENTES:	Cliente externo.			
INPECCIONES:	Inspección mensual de las ofertas y pedidos.		REGISTROS: Reclamaciones, devoluciones, FORM 722.1	
VARIABLES DE CONTROL:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inmovilizado de producto final</li> <li>• Capacidad de producción</li> <li>• Catálogo de entrega estándar</li> <li>• Política comercial</li> </ul>		INDICADORES: <ul style="list-style-type: none"> <li>• I722.1 = % de ofertas aceptadas</li> <li>• I722.2 = % ofertas/pedidos/contratos no conformes</li> <li>• I722.3= % modificaciones de registros por causa propia</li> </ul>	
		Revisión: 02 Fecha: 20/02/2018		

Fuente: Centro Andaluz para la excelencia en la gestión.

### 1.1.6 Subdivisión de Procesos

El nivel cero corresponde a los **macro Procesos**: fundamentales, estratégicos y de soporte. El nivel uno corresponde a los **Procesos**, el dos a los **subprocesos**, los cuáles nos dicen lo que realmente se hace en la organización. El nivel tres corresponde al nivel operativo o **procedimiento** y representa la documentación del nivel dos.

#### 1.1.6.1 nivel cero: macro Procesos

En una organización los macro Procesos pueden clasificarse en: macro Procesos estratégicos, Misional y de Apoyo/Soporte de acuerdo al impacto que tienen en la función, misión y visión institucional. Los macro Procesos agrupan a los Procesos que comparten un objetivo común, por lo que resulta fundamental definir correctamente los objetivos, asegurando su coherencia con la misión y los objetivos institucionales.

#### Clasificación de los Macro Procesos: fundamentales, estratégicos y de soporte

Ilustración 4 Clasificación de los macro Procesos



Fuente: La gestión de la excelencia en los centros sanitarios

**Procesos Fundamentales:** Son los que componen el saber hacer de la organización, es decir, su cadena de valor. Por este motivo, en empresas de servicios como los centros sanitarios, suelen ser aquellos que ponen a la organización en contacto con sus clientes. Son claves en el funcionamiento de la organización. Su objetivo no es gestionar otros Procesos fundamentales, sino obtener un resultado.

**Procesos Estratégicos:** Están a responsabilidad del equipo directivo, que proporcionan guías a la organización, para que pueda implementar los Procesos fundamentales. gestionan la relación con el entorno y el mercado de la organización.

- Están relacionados muy directamente con la misión y visión de la organización.
- Involucran a las personas del primer nivel jerárquico.
- Gestionan otros Procesos.
- Afectan a la totalidad de la organización.

**Procesos de Soporte:** Son los que dan apoyo y proporcionan recursos a los Procesos fundamentales y estratégicos, para que se lleven a cabo.

- Dan soporte a los Procesos fundamentales y estratégicos.
- Normalmente están dentro de una función.
- Sus clientes son internos.

### **1.1.6.2 nivel uno: Procesos**

Un proceso es un conjunto de actividades y recursos interrelacionados que transforman elementos de entrada en elementos de salida aportando valor añadido para el cliente o usuario. Los recursos pueden incluir: personal, finanzas, instalaciones, equipos técnicos, métodos, etc.

### **1.1.6.3 nivel 2: subprocesos**

Es un conjunto de actividades basadas en una secuencia lógica que cumplen un propósito. Un subproceso es un proceso en sí, pero es parte de un proceso más grande. Los objetivos de un subproceso deben ser coherentes con los del proceso del cual se desprenden. (USAID)

### **1.1.6.4 nivel tres: procedimientos**

Según la norma ISO 9000, un procedimiento es una forma específica para llevar a cabo una actividad o un proceso. Cuando se tiene un proceso que tiene que ocurrir en una forma específica, y se especifica cómo sucede, se tiene un procedimiento.

## **1.1.7 Clasificación de los Procesos**

No existe una única manera de clasificar los Procesos, los mismos pueden ser clasificados en función de:

- Alcance en la organización:
  - Empresariales: es todo aquel proceso que en su ejecución involucra a varias unidades organizativas de la entidad.
  - Funcionales: en sí mismo o como descomposición de un proceso empresarial, se desarrolla o tiene su inicio y fin dentro de una sola área organizativa.
  - Unitarios: es una actividad elemental realizada en un nivel de la organización inferior a la funcional.
  
- Por el impacto sobre el cliente final:
  - Clave, básicos o fundamentales: son los que expresan el objeto social y la razón de ser de la organización. Son aquellos que directamente contribuyen a realizar el producto o brindar el servicio.
  - Soporte o apoyo: son los encargados de proveer a la organización de todos los recursos (materiales, humanos y financieros) y crear las condiciones para garantizar el exitoso desempeño de los Procesos clave, básicos o fundamentales.
  - Procesos críticos o estratégicos: son aquellos Procesos que, siendo relevantes para la organización, es decir clave, muestran un pobre desempeño con relación a la calidad con que se brindan a los clientes.
  
- Por su misión:
  - Procesos operativos: transforman los recursos para obtener el producto o proporcionar el servicio conforme a los requisitos del cliente, aportando en consecuencia un alto valor añadido al cliente, las actividades en ellos incluidas y que no cumplan estas condiciones es muy probable que se hagan de manera más eficiente como parte de algún proceso de otro tipo.

- Procesos de apoyo: proporcionan las personas y los recursos físicos necesarios por el resto de Procesos y conforme a los requisitos de sus clientes internos. Dentro de estos se incluyen:
  - Gestión de los recursos humanos
  - Aprovisionamiento de bienes y mantenimiento
  - Gestión de proveedores
- Procesos de gestión: mediante actividades de evaluación, control, seguimiento y medición aseguran el funcionamiento controlado del resto de Procesos, además de proporcionar la información que necesitan para tomar decisiones y elaborar planes de mejora eficaces.

### **1.1.8 El seguimiento y la medición de los Procesos.**

El seguimiento y la medición constituyen, por tanto, la base para saber qué se está obteniendo, en qué extensión se cumplen los resultados deseados y por dónde se deben orientar las mejoras. En este sentido, los indicadores permiten establecer, en el marco de un proceso, qué es necesario medir para conocer la capacidad y la eficacia del mismo, todo ello alineado con su misión u objeto. La capacidad de un proceso está referida a la aptitud para cumplir con unos determinados requisitos, mientras que la eficacia del proceso está referida a con qué extensión los resultados que obtiene el proceso son adecuados o suficientes para alcanzar los resultados planificados.

#### **1.1.8.1 Indicadores del proceso**

Los indicadores constituyen un instrumento que permite recoger de manera adecuada y representativa la información relevante respecto a la ejecución y los resultados de uno o varios Procesos, de forma que se pueda determinar la capacidad y eficacia de los mismos, así como la eficiencia. En función de los valores que adopte un indicador y de la evolución de los mismos a lo largo del tiempo, la organización podrá estar en condiciones de actuar o no sobre el proceso.

#### **Definición de indicadores**

“Los indicadores expresan la relación cualitativa o cuantitativa entre dos o más variables con respecto al comportamiento o desempeño de un sistema, como puede ser un proceso, principalmente en lo que se refiere a su eficiencia y eficacia, así como a la calidad de sus resultados.”

#### **1.1.8.2 Funciones básicas de los indicadores:**

Los indicadores cumplen con dos funciones básicas:

- Función descriptiva: aporta información sobre el estado de un proceso.
- Función valorativa: los indicadores adquieren relevancia al ser comparados con otros de la misma naturaleza correspondientes a periodos anteriores (línea base y valores subsecuentes) o con valores preestablecidos que se consideran adecuados (estándares a alcanzar). Dicha comparación permite analizar tendencias y predecir cambios, con lo cual se pueden formular juicios de valor sobre el comportamiento o desempeño del proceso e identificar en dónde hay que realizar modificaciones o ajustes y orientar la toma de decisiones.

## Elementos para definir y construir indicadores

### Dimensiones

Las dimensiones permiten orientar los esfuerzos hacia las prioridades y con las decisiones con mejor relación costo beneficio. En el caso de un indicador las principales dimensiones son: calidad, eficacia, eficiencia y economía.

*Cuadro 3. Dimensiones de los Indicadores*

<b>Dimensión</b>	<b>Definición</b>
Eficacia	El cumplimiento de los objetivos y metas establecidos, en lugar, tiempo, calidad y cantidad.
Eficiencia	El logro de objetivos y metas programadas con la menor cantidad de recursos. Mide el rendimiento o racionalidad en el uso de los recursos financieros, materiales y humanos durante su transformación en bienes o servicios.
Economía	Los términos y condiciones bajo los cuales se adquieren recursos, en cantidad y calidad apropiada y al menor costo posible para realizar una actividad determinada, con la calidad requerida
Calidad	Mide el grado en que los productos (bienes o servicios) cumplen con los atributos (oportunidad, confiabilidad, amabilidad, accesibilidad, etc.) y requisitos establecidos; éstos últimos pueden ser legales o reglamentarios, así como los que se refieren a la satisfacción de necesidades y expectativas de los usuarios.

Fuente. Guía para la Optimización, Estandarización y Mejora Continua de Procesos.

No existen indicadores que midan todas las dimensiones a la vez. Se recomienda que los indicadores de desempeño de los Procesos consideren al menos las dimensiones de eficacia y eficiencia.

### Características que deben cumplir los indicadores

De lo anteriormente expuesto, se deduce la importancia de identificar, seleccionar y formular adecuadamente los indicadores que luego van a servir para evaluar el proceso y ejercer el control sobre los mismos. Para que un indicador se pueda considerar adecuado debería cumplir una serie de características:

*Cuadro 4 Características de los Indicadores*

<b>Característica</b>	<b>Definición</b>
Claro	Los indicadores deben ser tan directos e inequívocos como sea posible; es decir, entendibles
Relevante	Los indicadores deben proveer información sobre la esencia de lo que se quiere medir; deben estar definidos sobre lo importante, con sentido práctico



Económico	Todos los indicadores tienen costos e implicaciones para su construcción y medición; se deben elegir aquellos que estén disponibles a un costo razonable.
Monitoreable	Los indicadores deben poder sujetarse a una comprobación independiente
Adecuado	Los indicadores no deben ser ni tan indirectos ni tan abstractos que conviertan la estimación del desempeño en una tarea complicada y problemática.
Aportación Marginal	En el caso de que exista más de un indicador para medir el mismo aspecto del proceso, el indicador debe proveer información adicional en comparación con los otros indicadores propuestos

Fuente. Guía para la Optimización, Estandarización y Mejora Continua de Procesos.

## Tipos de indicadores

El enfoque del estudio son los indicadores relacionados con el desempeño de los Procesos, los cuales se clasifican en 2 tipos:

Indicadores de proceso: se utilizan para el seguimiento de la realización de las actividades durante la transformación de los insumos en productos (bienes o servicios). Sirven para medir la utilización de recursos materiales, personal y presupuesto. Ejemplos de indicadores de proceso son: tiempos de ejecución, desperdicios, tiempos de espera, reProcesos, porcentaje de avance, etc.

Indicadores de resultado: se refieren a los efectos, en el corto y mediano plazo del proceso. Permiten monitorear los efectos del uso del producto (bien o servicio) en un plazo determinado y determinar el nivel de cumplimiento de los objetivos definidos.

### Construcción de indicadores:

En el siguiente cuadro se plantean algunos pasos generales que permitirían configurar el seguimiento y la medición de los Procesos a través de indicadores.

*Cuadro 5 Pasos para el establecimiento de indicadores*

<b>Pasos generales para el establecimiento de indicadores en un proceso</b>
1. ° Reflexionar sobre la misión del proceso.
2. ° Determinar la tipología de resultados a obtener y las magnitudes a medir.
3. ° Determinar los indicadores representativos de las magnitudes a medir.
4. ° Establecer los resultados que se desean alcanzar para cada indicador definido.
5. ° Formalizar los indicadores con los resultados que se desean alcanzar (objetivos)

Fuente: Elaboración propia Guía para una gestión basada en Procesos. Instituto Andaluz de Tecnología.

### 1. Definición de qué es lo que se quiere medir

Como primer paso el dueño del proceso, junto con el personal que opera el proceso, determinan el aspecto que se desea evaluar del proceso, el cual pudiera estar relacionado con los insumos, la realización de las actividades, los productos (bienes o servicios). De esta manera también se define en qué puntos del proceso se realizarán las mediciones, por ejemplo:

- Si se desea medir la satisfacción del usuario, las mediciones se realizarán durante la entrega del bien o servicio o posteriormente.
- Si se desean medir tiempos de realización en actividades o etapas intermedias del proceso, a fin de identificar si existen retrasos, se definirán puntos de control a lo largo del proceso en donde se realizarán las mediciones

Por último, es importante destacar que, aunque cada organización debe decidir cómo formaliza los mismos, existen algunas características que deberían ser tenidas en cuenta, como pueden ser la forma de cálculo, la periodicidad para la medición y el seguimiento, la forma de representación, los responsables de ello y, por supuesto, el resultado esperado respecto al mismo.

## 2. Definición de las variables

Una vez definido qué se quiere medir, se establecen las variables que conforman al indicador y la relación entre ellas (método de cálculo del indicador). Las variables identificadas se definen con precisión para evitar ambigüedades, y se especifica cómo se produce la información de dichas variables y quién es el responsable de su recolección.

Se requiere determinar las características de la información (periodicidad de su recolección, unidad de medida, etc.), así como las fuentes y el procedimiento para su recolección y manejo.

## 3. Selección de indicadores y calidad de los datos

La selección de indicadores se realiza mediante criterios generales que consideran las características de los datos que se van a utilizar, su relación con lo que se desea evaluar y la utilidad para los encargados de la toma de decisiones.

Es muy conveniente que los indicadores cuenten con una ficha técnica que contenga por lo menos los siguientes elementos para su adecuado seguimiento y evaluación.

- Nombre del indicador
- Dimensión a medir
- Método de cálculo
- Descripción o definición del indicador
- Unidad de medida
- Frecuencia de medición
- Línea base
- Metas
- Sentido del indicador

A manera de ejemplo, a continuación, se muestra una ficha técnica de indicador:

*Cuadro 6 Ejemplo de ficha técnica de indicador*

Ficha Técnica del proceso	
Nombre del Indicador	
Descripción del Indicador	
Dimensión a medir	Eficiencia ( ), Eficacia ( ), Calidad ( ), Economía
Datos del Proceso al que mide	
Nombre del Proceso	

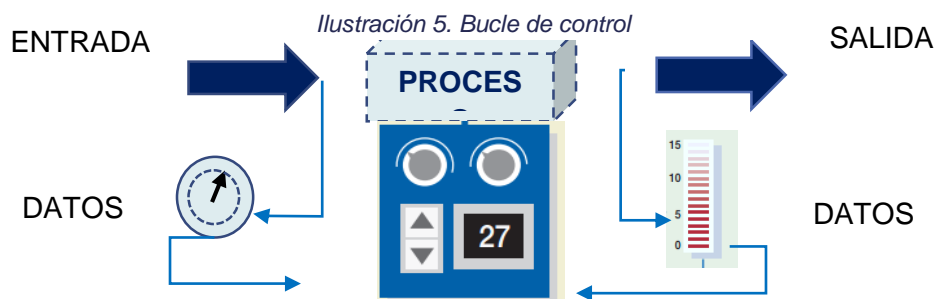
Unidad responsable del Proceso	
<b>Datos Técnicos del Indicador</b>	
Formula o método de calculo	
Unidad de medida	
Frecuencia de medición	
Fuente de datos	
Sentido del indicador	
Línea base	Descendente (↓), Ascendente (↑)

Fuente. Guía para la Optimización, Estandarización y Mejora Continua de Procesos.

### 1.1.9 El control de los Procesos

El control de gestión es un proceso que sirve para guiar la gestión empresarial hacia los objetivos de la organización y un instrumento para evaluarla.

Esto implica que, para ejercer un control sobre los Procesos, la información recabada por los indicadores debe permitir el análisis del proceso y la toma de decisiones que repercutan en una mejora del comportamiento del proceso. Estas decisiones deberán ser adoptadas por el responsable de la gestión del proceso o del conjunto de Procesos y se adoptará sobre aquellos parámetros del proceso para los que tiene capacidad de actuación. Estos parámetros son los que en la ficha de proceso se han denominado como “variables de control”. El esquema para el control del proceso es, por tanto, muy simple. A través de indicadores se analizan los resultados del proceso y se toman decisiones sobre las variables de control. De la implantación de estas decisiones se espera, a su vez, un cambio en el desempeño del proceso y, por tanto, de los indicadores. Esto es lo que se conoce como bucle de control.



Fuente: Elaboración propia Guía para una gestión basada en Procesos. Instituto Andaluz de Tecnología.

Sólo es posible que funcione el bucle de control si se es consciente de que la actuación sobre las variables de control consigue alterar los resultados del proceso y, por tanto, los indicadores, es decir, si existe una relación “causa-efecto” entre las variables de control y los indicadores.

#### 1.1.9.1 Cuadro de Mando Integral.

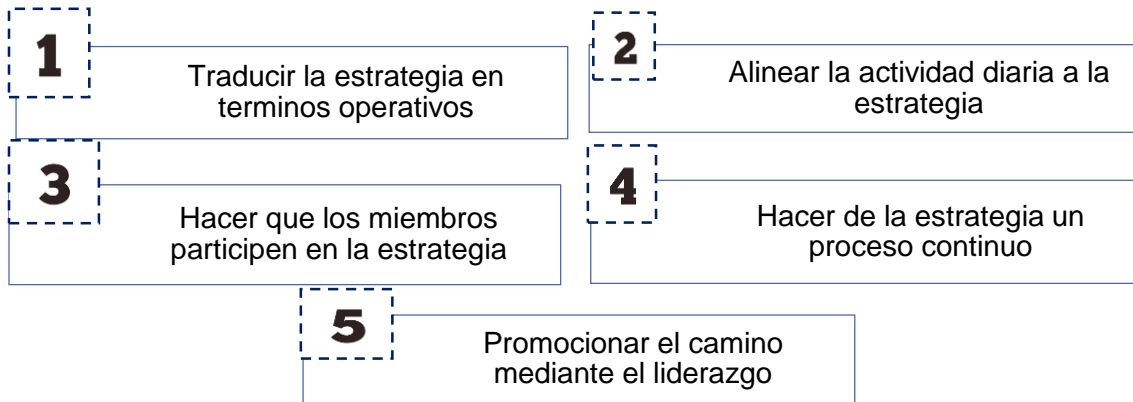
Según Fernández, Alberto, El Balanced Scorecard: “El Cuadro de Mando Integral es un modelo de gestión que traduce la estrategia en objetivos relacionados, medidos a través de indicadores y ligados a unos planes de acción que permiten alinear el comportamiento de los miembros de la organización”.

El Cuadro de Mando Integral además de ser una importante herramienta de control se comporta como un poderoso viabilizador de las estrategias, de esta forma es un instrumento para gestionar traduciendo el plan estratégico al accionar diario. Podríamos decir que el CMI nos proporciona una fotografía que nos permita examinar cómo estamos acometiendo hoy nuestra estrategia a mediano y largo plazo.

### Principios de cuadro de mando integral

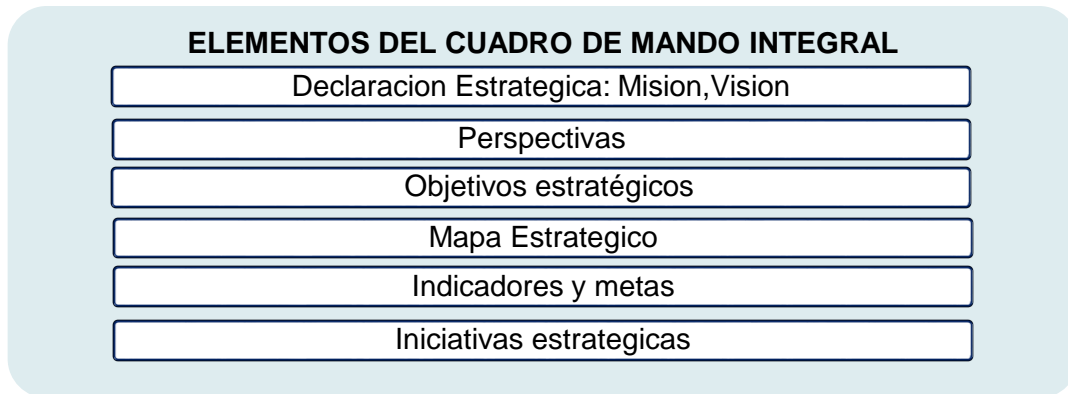
Sus creadores, Kaplan y Norton, basan el desarrollo del CMI en cinco principios:

*Ilustración 6. Principios del cuadro de Mando Integral*



Fuente. Elaboración propia a partir de Robert Kaplan, David Norton. (2002). Cuadro de Mando Integral.

*Ilustración 7. Elementos del cuadro de Mando integral*



Fuente. Elaboración propia a partir de Robert Kaplan, David Norton. (2002). Cuadro de Mando Integral.

**Declaración Estratégica: Misión, Visión y Valores:** La implementación del CMI empieza con la definición de la misión, visión y valores de la organización. La estrategia de la organización sólo será consistente si se han conceptualizado estos elementos. Defina, ajuste o ratifique la misión, visión y valores de la organización. Aquellas que cuentan con una declaración explícita y compartida de su misión, visión y valores pueden orientar mejor sus acciones y hacer frente a las

adversidades porque su equipo de dirección y el personal tienen claro su propósito básico, el futuro que quieren construir y los valores que le dan fortaleza moral.

**Perspectivas:** Las perspectivas son aquellas dimensiones críticas claves en la organización. Las cuatro perspectivas más comúnmente utilizadas son: perspectiva cliente, interna, financiera, de innovación y aprendizaje; se describen en el siguiente diagrama.



Fuente. Elaboración propia a partir de Robert Kaplan, David Norton. (2002). Cuadro de Mando Integral.

### **Objetivos estratégicos**

Determina en forma cualitativa lo que se desea alcanzar. Los objetivos estratégicos son el resultado del proceso de planificación, están condicionados por la estrategia seleccionada. La clave para el desarrollo de los objetivos estratégicos adecuados está en la identificación de los patrones de valor que las organizaciones proyectarán sobre sus segmentos de mercado objetivo.

### **Mapa estratégico**

Un mapa estratégico es una completa representación visual de la estrategia de una organización, describe el proceso de creación de valor mediante una serie de relaciones

### **Indicadores y metas**

Los indicadores son el medio que tenemos para visualizar si estamos cumpliendo o no los objetivos estratégicos; las metas, son verdaderamente una poderosa herramienta de motivación y evaluación.

Se pueden establecer dos tipos de indicadores:

- Indicadores de "resultado": miden la consecuencia del objetivo estratégico.
- Indicadores de "desempeño o inductores": miden el resultado de las acciones que permiten su consecución.

Ambos indicadores forman una cadena en la que los resultados del nivel inferior pueden ser los inductores del nivel superior. Indicadores e Inductores.

La diferencia entre los indicadores de resultado e inductores fundamentalmente nace en el propósito que tienen: los indicadores de resultados, dan mucha información sobre el pasado, sin que se pueda modificar el resultado final; los indicadores de desempeño o inductores, reflejan numéricamente la forma en que se ejecuta la operación, describen el desempeño a corto plazo, día a día y en ocasiones en tiempo real.

### **Iniciativas estratégicas**

Las iniciativas estratégicas son las acciones en las que la organización se va a centrar para la consecución de los objetivos estratégicos. Las iniciativas en conjunto conforman el plan de acción de la empresa, tienen un fin muy claro, tienen un coste, tienen una duración determinada y, por supuesto, tienen un responsable asignado para su correcto cumplimiento en presupuesto y en tiempo.

### **Responsables y recursos**

Cada objetivo e indicador debe tener su responsable. Una persona a cargo que controla su cumplimiento. Otro aspecto clave es asignar los recursos necesarios para la buena consecución los objetivos estratégicos. Se recomienda que el presupuesto contenga una partida de recursos asignados a los objetivos estratégicos.

#### **1.1.9.2 *Perspectivas del cuadro de mango integral***

Aspectos fundamentales en el desarrollo e implantación de las estrategias como vía para alcanzar el éxito empresarial. Estos aspectos fundamentales son llamados perspectivas básicas del Cuadro de Mando Integral, con las cuales mide los objetivos de las estrategias de la organización.

Las cuatro perspectivas básicas están relacionadas entre sí y son consideradas las dimensiones críticas claves en la organización, basadas en la visión y la estrategia de la empresa. Se trata de las siguientes:

- Perspectiva financiera
- Perspectiva del cliente
- Perspectiva de Procesos internos
- Aprendizaje y crecimiento (Perspectiva de potenciales)

Se habla de una integralidad del cuadro de mando porque todas las perspectivas están relacionadas y cada una de estas perspectivas puede influir indirectamente en las otras. Todas las perspectivas están compuestas por cuatro columnas:

- Objetivos
- Indicadores
- Valor del objetivo
- Acciones estratégicas

Cada perspectiva debe considerar los objetivos estratégicos a alcanzar, los indicadores representativos de la consecución de los objetivos, que además suponen una medida de rendimiento y, las acciones estratégicas a desarrollar para el logro de los objetivos.

La interrelación de todas las perspectivas se orienta a dar respuesta a la visión y estrategia de la empresa, dando lugar a un modelo de mejora continua.

Se describen a continuación cada una de las perspectivas.

### **Perspectiva Financiera**

La perspectiva financiera, describe los resultados tangibles de la estrategia, son el reflejo de lo que está ocurriendo con las inversiones, se enfoca en los requerimientos de crear valor agregado para los accionistas como: rentabilidad, utilidades, entre otros.

#### **Pregunta Clave**

¿Qué esperan de nosotros los inversionistas?

### **Perspectiva Clientes**

La perspectiva del cliente, brinda información importante para generar, adquirir, retener y satisfacer a los clientes. "La perspectiva del cliente permite a los directivos de unidades de negocio articular la estrategia de cliente basada en el mercado, que proporcionará unos rendimientos financieros futuros de categoría superior." (Kaplan & Norton).

#### **Pregunta Clave**

¿Qué valor ofrecemos a nuestros clientes para alcanzar nuestros objetivos financieros?

¿Qué quieren ellos de nosotros?

### **Perspectiva de Procesos internos**

La perspectiva de Procesos internos, analiza la adecuación de los Procesos internos de la empresa de cara a la obtención de la satisfacción del cliente y logro de altos niveles de rendimiento financiero.

#### **Pregunta Clave**

¿Cuáles son los Procesos internos que debemos mejorar para dar valor a nuestros clientes y, por ende, conseguir nuestros objetivos financieros?

¿En qué deberíamos ser excelentes?

## Perspectiva de aprendizaje y crecimiento

La perspectiva de aprendizaje y crecimiento, identifica el capital humano, capital de información (tecnologías de información), capital organizacional (clima organizacional) que sustentan los Procesos que crean valor.

### Pregunta Clave

¿Cuáles son las capacidades que necesitamos para mejorar dichos Procesos internos que nos ayudarán con las perspectivas de nuestros clientes y financieras?

## Proceso de elaboración del cuadro de mando integral

Cada organización posee características que la hacen única y por ello, puede definir su propio proceso de elaboración del Cuadro de Mando Integral. De forma general se presenta el plan de desarrollo típico y sistemático que los creadores de esta herramienta utilizaron para elaborar CMI en diversas organizaciones.

Se trata de un proceso en cuatro etapas.

- Etapa 1: Definir la unidad de negocio en la que se quiere implantar
- Etapa 2: Identificación de las vinculaciones entre la empresa y las unidades estratégicas de negocio
- Etapa 3: Seleccionar y diseñar indicadores
- Etapa 4: Implantación

## 1.2 Concepto de Gestión

Gestión viene de “gestar” o “dar a luz” y está por sobre administrar u operar, es una labor creativa, reflexiva y cuestionadora que emplea los Procesos como medio para cumplir el propósito de la organización.

### 1.2.1 Principios de la administración desde el punto de vista de Henri Fayol

Henri Fayol era un ingeniero minero, teórico de la administración francesa cuyas teorías en la administración y en la organización del trabajo fueron extensamente influyentes a principios del siglo XX.

Los principios de Henri Fayol (ingeniero y teórico de la administración) fueron los primeros en sistematizar el comportamiento gerencial, definiendo que la función administrativa sólo tiene incidencia sobre el personal de la empresa. Uno de sus resultados fue la creación de una serie de 14 principios que toda empresa debería aplicar para lograr altos índices de eficiencia, donde destacan la disciplina, autoridad y correcta delimitación de funciones.



“Emplearé con preferencia la palabra principios (y no “leyes”), desembarazándola de toda idea de rigidez. No existe nada rígido ni absoluto en materia administrativa, en ella todo es cuestión de medida. Casi nunca puede aplicarse dos veces el mismo principio en condiciones idénticas: es necesario tener en



cuenta las circunstancias diversas y cambiantes, los hombres igualmente diversos y cambiantes y muchos otros elementos variables.” Henry Fayol.

### **Principios de Henry Fayol:**

1. División del trabajo. La especialización permite que el individuo acumule experiencia, y mejore continuamente sus habilidades; de tal modo, pueda ser cada vez más productivo.
2. Autoridad. “consiste en el derecho de mandar y en el poder de hacerse obedecer.” El derecho a dictar órdenes junto con las cuales debe ir equilibrada la responsabilidad de su función.
3. Disciplina. Los empleados deben de obedecer, pero este tema tiene dos caras: los empleados obedecerán, solo la gerencia hace su parte proporcionando una buena lección.
4. Unidad de mando. Cada trabajador debe tener solamente un jefe sin otras líneas de mando en conflicto. De esta forma, se evitan cruces de indicaciones a modo de fuego cruzado.
5. Unidad de dirección. La gente contratada para la misma clase de actividades debe de tener los mismos objetivos en un solo plan. Esto es esencial para asegurar la unidad y la coordinación en la empresa. La unidad del comando no existe sin la unidad de la dirección, pero no fluye necesariamente de ella.
6. Subordinación del interés individual (al interés general). La administración debe de considerar que las metas de las empresas son siempre supremas. Siempre se debe buscar el beneficio sobre la mayoría.
7. Remuneración. El pago es un motivador importante pero cuando Fayol analiza un número de posibilidades, precisa que no existe un sistema de remuneración perfecto.
8. Centralización (Descentralización). Toda actividad debe ser manejada por una sola persona. Aunque gerentes conservan la responsabilidad final, se necesita delegar a subalternos la capacidad de supervisión de cada actividad.
9. Cadena escalonada (línea de autoridad). Una jerarquía es necesaria para la unidad de la dirección. Pero la comunicación lateral es también fundamental, mientras que los superiores sepan que está ocurriendo tal comunicación. La cadena escalonada se refiere al número de niveles en la jerarquía desde la autoridad de mayor nivel hasta el más bajo de la organización. No debe ser muy amplia o consistir de demasiados niveles.
10. Orden. El orden material y el orden social son necesarios, cada empleado debe ocupar el cargo más adecuado para él. Todo material debe estar en el lugar adecuado en el momento que corresponde. El primero disminuye la pérdida de tiempo y la manipulación innecesaria de materiales. El segundo se logra con la organización y la selección.
11. Equidad. En el funcionamiento de un negocio es necesaria una combinación de amabilidad y justicia. Tratar bien a los empleados es importante lograr equidad. Todo líder debe contar con la capacidad de aplicar decisiones justas en el momento adecuado.
12. Estabilidad de la contratación del personal. Los empleados trabajan mejor si tienen la seguridad en su empleo y en el progreso de su carrera. Una contratación insegura y un alto índice de rotación de personal de forma contraria a la organización.
13. Iniciativa. Permitir que todo el personal muestre su iniciativa de cierta manera es una fuente de la fortaleza para la organización, dando libertad a los subalternos para que determinen cómo realizar ciertos procedimientos. Junto con esto, se debe tener en cuenta que en ocasiones se cometerán errores.

14. Espíritu de cuerpo. La administración debe de fomentar la motivación moral de sus empleados. Fayol llega aún más lejos: “Es necesario un verdadero talento para coordinar esfuerzos, provocar el entusiasmo, utilizar las capacidades de cada persona, y recompensar a cada uno según sus méritos, sin despertar posibles celos y disturbar las relaciones armoniosas.”

Ilustración 9 Los 14 Principios de Fayol



Fuente: Elaboración propia

### 1.2.2 Gestión por resultados

La Gestión por Resultados (también denominada administración por objetivos o dirección por resultados) es un enfoque de gestión que busca incrementar la eficacia y el impacto de las políticas del sector público a través de una mayor responsabilización de los funcionarios por los resultados de su gestión. Se caracteriza por la adecuación flexible de los recursos, sistemas de gestión y estructura de responsabilidades, a un conjunto de resultados estratégicos precisos, definidos y dados a conocer con antelación, posibles de cumplir en un período establecido de tiempo.

La Gestión por objetivos tiene sus detractores; entre ellos W. Edwards Deming, quien argumentó que la falta de comprensión de los sistemas comúnmente resulta en la mala aplicación de los objetivos. Además, Deming declaró que el establecimiento de objetivos de producción animará a los recursos para cumplir con esos objetivos a través de cualquier medio necesario, que por lo general se traduce en mala calidad.

### 1.2.3 Gestión por funciones

La división en funciones departamentales está generalizada en las empresas y organizaciones de todo tipo, y así lo reflejan sus organigramas.

Una función departamental es un conglomerado de tareas cuyo común denominador es un conocimiento especializado. Resuelven problemas específicos y proveen, desde la perspectiva de la alta dirección, un producto intermedio muy procesado. Cada una tiene un diseño particular que la hace ser una experta en un ámbito concreto de interacción con el mundo; las tareas de una misma función departamental comparten paradigmas y lenguajes que son diferentes a los de

las tareas de otro ámbito de conocimiento. Esto es una condición necesaria para realizar las tareas eficientemente, es el principio de división del trabajo, tanto del manual como del profesional.

#### 1.2.4 Gestión por Procesos

El Enfoque Basado en Procesos consiste en la Identificación y Gestión Sistemática de los Procesos desarrollados en la organización y en particular las interacciones entre tales Procesos (ISO 9000:2000). La Gestión por Procesos se basa en la modelización de los sistemas como un conjunto de Procesos interrelacionados mediante vínculos causa-efecto. El propósito final de la Gestión por Procesos es asegurar que todos los Procesos de una organización se desarrollan de forma coordinada, mejorando la efectividad y la satisfacción de todas las partes interesadas (clientes, accionistas, personal, proveedores, sociedad en general).

#### 1.2.5 Comparativo de los diferentes enfoques de gestión

Diferencias de algunos elementos entre el enfoque funcional y el enfoque a Procesos

*Cuadro 7 Comparativo de los diferentes enfoques de gestión*

<b>Elemento</b>	<b>Enfoque Funcional</b>	<b>Enfoque por Procesos</b>
Orientación de resultados	Orientado a la tarea	Orientado al usuario o cliente
Estructura organizacional	Jerárquica	Sistémica/interconectada
Actitud predominante	Jefatura	Liderazgo
Control ejercido	Control externo	Autocontrol
Pregunta frente a un problema	¿Quién cometió el error?	¿Qué permitió el error?
¿Qué se evalúa?	El individuo	El proceso
¿Dónde se ve el problema?	Los empleados son el problema	El proceso tiene problemas
Solución al problema	Cambiar el empleado	Mejorar el proceso

Fuente: Elaboración propia

#### 1.2.6 ¿Qué es la Gestión por Procesos?

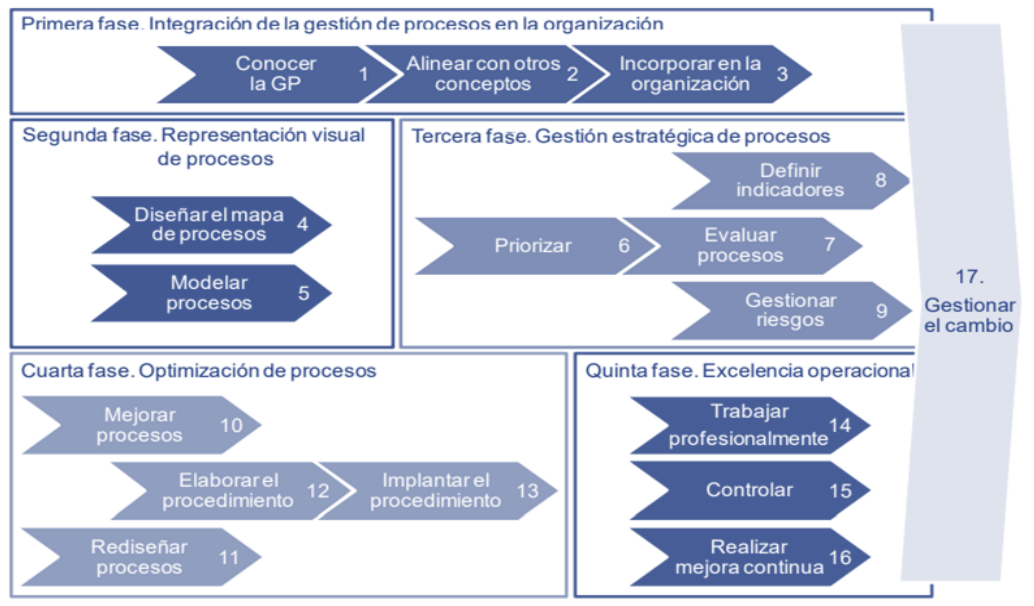
Es una disciplina de gestión que ayuda a la dirección de la empresa a identificar, representar, diseñar, formalizar, controlar, mejorar y hacer más productivos los Procesos de la organización para lograr la confianza del cliente. La estrategia de la organización aporta las definiciones necesarias en un contexto de amplia participación de todos sus integrantes, donde los especialistas en Procesos son facilitadores.

La Gestión por Procesos puede ser conceptualizada como la forma de gestionar toda la organización basándose en los Procesos, siendo definidos estos como una secuencia de actividades orientadas a generar un valor añadido sobre una entrada para conseguir un resultado, y una salida que a su vez satisfaga los requerimientos del cliente.

La GP puede definirse como una forma de enfocar el trabajo, donde se persigue el mejoramiento continuo de las actividades de una organización mediante la identificación, selección, descripción, documentación y mejora continua de los Procesos. Toda actividad o secuencia de actividades

que se llevan a cabo en las diferentes unidades constituye un proceso y como tal, hay que gestionarlo.

Ilustración 10 Fases y prácticas de la gestión de Procesos



Fuente: Gestión de Procesos 5ª edición, Juan Bravo Carrasco.

En la GP se concentra la atención en el resultado de los Procesos no en las tareas o actividades. Hay información sobre el resultado final y cada quien sabe cómo contribuye el trabajo individual al proceso global; lo cual se traduce en una responsabilidad con el proceso total y no con su tarea personal. En la GP el significado más acertado para el concepto calidad es: lo que el cliente espera recibir por lo que está dispuesto a pagar en función del valor percibido. (Gema Viviana Carvajal, 2017)

### 1.2.6.1 Objetivos de la Gestión por Procesos.

Como un sistema de gestión de calidad que es, el principal objetivo de la GP es aumentar los resultados de la organización a través de conseguir niveles superiores de satisfacción de sus clientes. Además de incrementar la productividad mediante:

- Reducir los costos internos innecesarios (actividades sin valor agregado)
- Acortar los plazos de entrega (reducir los tiempos de ciclo).
- Mejora la calidad y el valor percibido por los clientes de forma que a éste le resulte agradable trabajar con el suministrador.
- Incorporar actividades adicionales de servicios, de escaso costo, cuyo valor sea fácil de percibir por el cliente.
- Para entender la Gestión por Procesos se puede considerar como un sistema cuyos elementos principales son:
  - Los Procesos claves.
  - La coordinación y el control de su funcionamiento.
  - La gestión de su mejora.

El gran objetivo de la gestión de Procesos es aumentar la productividad de las organizaciones. La productividad incluye eficiencia y eficacia. Eficiencia para optimizar el uso de recursos (hacer más con menos). Eficacia para lograr objetivos hacia el exterior de la organización: cumplir las necesidades de los clientes para agregarles valor y satisfacer restricciones de los demás grupos de interés. (Carrasco, 2013).

### 1.3 Modelos de gestión.

Los modelos o normas de referencia (familia ISO 9000 y modelo EFQM) promueven la adopción de un enfoque basado en Procesos en el sistema de gestión como principio básico para la obtención de manera eficiente de resultados relativos a la satisfacción del cliente y de las restantes partes interesadas. En este sentido, las organizaciones que deseen implantar un Sistema de Gestión de la Calidad conforme a la ISO 9001 (orientado a la satisfacción de sus clientes), o ir más allá tratando de adoptar modelos de Calidad Total o Excelencia Empresarial (ISO 9004 o modelo EFQM, respectivamente), deben reflexionar sobre este enfoque y trasladarlo de manera efectiva a su documentación, metodologías y al control de sus actividades y recursos, sin perder la idea de que todo ello debe servir para alcanzar los “resultados deseados”.

#### 1.3.1 Modelo 1: La familia de normas ISO 9000

Una de las referencias más universalmente utilizada ha sido y es en la actualidad la familia de normas ISO 9000 (cuya versión actual es la del año 2000). Esta familia se compone de una serie de normas que, como se aprecia en el cuadro adjunto, permiten establecer requisitos y/o directrices relativos a un Sistema de Gestión de la Calidad.

<b>Normas de la familia ISO 9000 (versión del 2000)</b>
<i>ISO 9000:2000 “Sistema de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario”</i>
<i>ISO 9001:2000 “Sistema de gestión de la calidad. Requisitos”</i>
<i>ISO 9004:2000 “Sistema de gestión de la calidad. Directrices para la mejora del desempeño”</i>

Dentro de esta familia, es la norma ISO 9001 la norma de referencia por la que principalmente las organizaciones establecen, documentan e implantan sus Sistemas de Gestión de la Calidad con el objeto de demostrar su capacidad para proporcionar productos y/o servicios que cumplan con los requisitos de los clientes y orientarse hacia la satisfacción de los mismos. Asimismo, la adopción de los requisitos de esta norma les ha permitido y les permite en la actualidad la posibilidad de obtener un reconocimiento externo a través de entidades certificadoras acreditadas.

Por otra parte, la norma ISO 9004 aparece en esta versión del 2000 con el objeto de establecer directrices que permitan a una organización avanzar desde un Sistema de Gestión de la Calidad orientado a la satisfacción del cliente hacia un Sistema orientado a todos los grupos de interés de una organización (clientes, accionistas, aliados, personas y sociedad). Además, la norma ISO 9004 se preocupa por la mejora global del desempeño de la organización, tanto en términos de eficacia como de eficiencia, es decir, que no solo se orienta a obtener los resultados deseados (objetivos) si no alcanzarlos con la menor utilización de recursos posible.

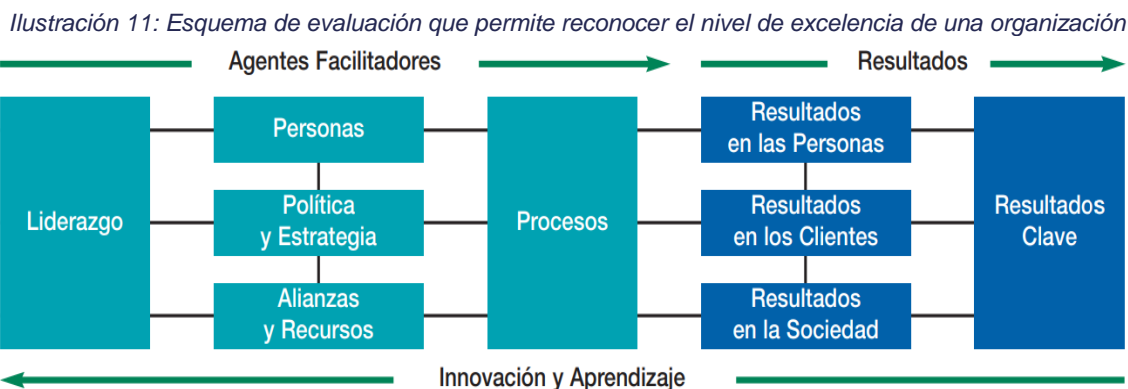
Cuadro 8 Comparativo entre ISO 9001 e ISO9004

ISO 9001	ISO 9004
Establece requisitos	Establece directrices de gestión.
Orientación hacia el cliente.	Orientación hacia todas las partes interesadas
Busca la mejora continua de la calidad	Busca la mejora global del desempeño.
Eficacia	Eficiencia.

Fuente: ISO 9004

### 1.3.2 Modelo 2: El Modelo de Excelencia Empresarial de la EFQM

Esta orientación hacia la obtención de resultados (que es para lo que verdaderamente deben servir los sistemas de gestión) se ve refrendada a su vez por los fundamentos de los modelos de excelencia empresarial, como el modelo de la EFQM (European Foundation for Quality Management – Fundación Europea para la Gestión de la Calidad), lo que pone de manifiesto la finalidad de los sistemas de gestión. El modelo EFQM de Excelencia Empresarial se considera a sí mismo como un marco de trabajo no-prescriptivo que reconoce que la excelencia de una organización se puede lograr de manera sostenida mediante distintos enfoques. En esta línea, el modelo se fundamenta en que los resultados excelentes con respecto al rendimiento de la organización, a los clientes, las personas y la sociedad (en definitiva, los diferentes grupos de interés) se logran mediante un liderazgo que dirija e impulse la política y estrategia, las personas de la organización, las alianzas y recursos, y los Procesos.



Fuente: Guía para una gestión basada en Procesos. Instituto Andaluz de tecnología.

El modelo, como se observa en la figura anterior, se compone de nueve criterios y un esquema de evaluación que permite reconocer el nivel de excelencia de una organización, constituyéndose como una herramienta de mejora continua del desempeño global, que permite catalizar el cambio en las organizaciones, y en verdadero impulsor de la innovación y aprendizaje para la obtención de resultados excelentes en todos los ámbitos. Como ocurre con ISO 9000, el modelo EFQM también se soporta en una serie de fundamentos entre los que se puede destacar, nuevamente, la “orientación hacia los resultados”, considerando la satisfacción equilibrada de todas las partes interesadas.



### 1.3.3 El enfoque basado en Procesos como principio de gestión.

El enfoque basado en Procesos es un principio de gestión básico y fundamental para la obtención de resultados, y así se recoge tanto en la familia ISO 9000 como en el modelo EFQM.

#### 1.3.3.1 El principio de “enfoque basado en Procesos” en la familia ISO 9000 del 2000.

La actual familia de normas ISO 9000 del año 2000 para los “Sistemas de Gestión de la Calidad” ha permitido introducir unos cambios trascendentes en dichos sistemas en comparación con la anterior versión de 1994. La mayor evidencia de esto es precisamente el hecho de que esta familia de normas se sustenta en ocho Principios de Gestión de la Calidad, que no estaban recogidos en la anterior versión. Estos Principios de Gestión de la Calidad se encuentran descritos en la norma ISO 9000:2000 “Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos y Vocabulario”, de manera que constituyen una referencia básica necesaria para el entendimiento y la implantación adecuada de los requisitos de la ISO 9001 o las directrices de la ISO 9004.

Principios de Gestión de la Calidad Enfoque al cliente:

- Las organizaciones dependen de sus clientes
- Liderazgo: Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización.
- Participación del personal: es la esencia de una organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.
- Enfoque basado en Procesos: Un resultado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.
- Enfoque de sistema para la gestión: Identificar, entender y gestionar los Procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos.
- Mejora continua: La mejora continua del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de ésta.
- Enfoque basado en hechos para la toma de decisión: Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.
- Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor: Una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor. **ISO 9000:2000**

El principio de “enfoque basado en Procesos” sostiene que “un resultado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos se gestionan como un proceso”. Con esta definición, se puede deducir que el enfoque basado en Procesos enfatiza cómo los resultados que se desean obtener se pueden alcanzar de manera más eficiente si se consideran las actividades agrupadas entre sí, considerando, a su vez, que dichas actividades deben permitir una transformación de unas entradas en salidas y que en dicha transformación se debe aportar valor, al tiempo que se ejerce un control sobre el conjunto de actividades.

El hecho de considerar las actividades agrupadas entre sí constituyendo Procesos, permite a una organización centrar su atención sobre “áreas de resultados” (ya que los Procesos deben obtener resultados) que son importantes conocer y analizar para el control del conjunto de actividades y para conducir a la organización hacia la obtención de los resultados deseados.

Este enfoque conduce a una organización hacia una serie de actuaciones tales como:

- Definir de manera sistemática las actividades que componen el proceso.
- Identificar la interrelación con otros Procesos.
- Definir las responsabilidades respecto al proceso.
- Analizar y medir los resultados de la capacidad y eficacia del proceso.
- Centrarse en los recursos y métodos que permiten la mejora del proceso.

### **1.3.3.2 El principio de “enfoque basado en Procesos” en el modelo EFQM**

La importancia del enfoque basado en Procesos se hace también evidente a través de los fundamentos del modelo EFQM de Excelencia Empresarial. De forma similar a como ocurre con la familia ISO 9000, el modelo EFQM reconoce que existen ciertos conceptos fundamentales que constituyen la base del mismo. La relación de fundamentos de gestión que contempla este modelo no obedece a ningún orden en particular ni trata de ser exhaustiva, ya que los mismos pueden cambiar con el paso del tiempo a medida que se desarrollen y mejoren las organizaciones excelentes. En todo caso, los fundamentos actualmente considerados en el modelo son la base de la estructura de criterios del mismo (incluidos los sub criterios y las áreas para cada uno de ellos) así como del sistema de evaluación a través de los criterios establecidos. Del análisis del cuadro de la página siguiente se aprecia la analogía con los Principios de Gestión de la Calidad recogidos en ISO 9000.

#### **Conceptos fundamentales de la Excelencia**

- Orientación hacia los resultados
- Orientación al cliente
- Liderazgo y constancia en los objetivos
- Gestión por Procesos y hechos
- Desarrollo e implicación de las personas
- Aprendizaje, innovación y Mejora continuos
- Desarrollo de Alianzas
- Responsabilidad Social Modelo EFQM

Entre todos ellos, cabe destacar el fundamento o principio de “Gestión por Procesos y hechos”.

Según este modelo la Gestión por Procesos y hechos permite a las organizaciones “actuar de manera más efectiva cuando todas sus actividades interrelacionadas se comprenden y se gestionan de manera sistemática, y las decisiones relativas a las operaciones y las mejoras planificadas se adoptan a partir de información fiable que incluye las percepciones de todos los grupos de interés”.

### **1.3.3.3 El enfoque basado en Procesos en la norma ISO 9001:2000.**

Como primer paso para plantear la manera de abordar el enfoque basado en Procesos en un Sistema de Gestión de la Calidad, conviene hacer una reflexión acerca de cómo la norma ISO 9001:2000 establece las estructuras para llevarlo a cabo. La propia norma ISO 9001:2000 “Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos”, establece, dentro de su apartado de introducción, la promoción de la adopción de un enfoque basado en Procesos en un Sistema de Gestión de la Calidad para aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos.

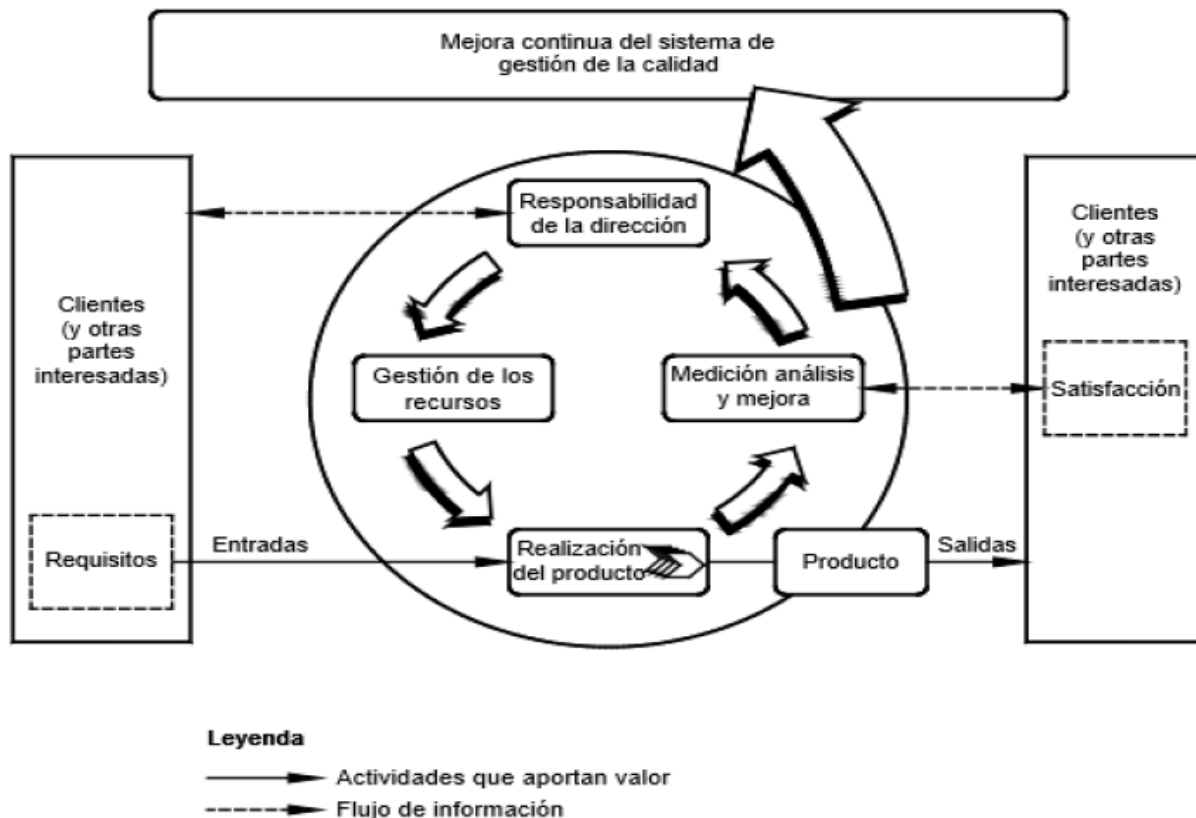


Según esta norma, cuando se adopta este enfoque, se enfatiza la importancia de:

- a) Comprender y cumplir con los requisitos.
- b) Considerar los Procesos en términos que aporten valor.
- c) Obtener los resultados del desempeño y eficacia del proceso.
- d) Mejorar continuamente los Procesos con base en mediciones objetivas.

El énfasis del enfoque basado en Procesos por estos aspectos sirve de punto de partida para justificar la estructura de la propia norma y para trasladar este enfoque a los requisitos de manera particular. De hecho, la trascendencia del enfoque basado en Procesos en la norma es tan evidente que los propios contenidos se estructuran con este enfoque, lo que permite a su vez concebir y entender los requisitos de la norma vinculados entre sí. Como muestra de lo anterior, se recogen gráficamente los vínculos entre los Procesos que se introducen en los capítulos de la norma de referencia:

*Ilustración 12: Modelo de un Sistema de Gestión de la Calidad basado en Procesos*



*Fuente: ISO 9000*

Esta estructura de Procesos permite una clara orientación hacia el cliente, los cuales juegan un papel fundamental en el establecimiento de requisitos como elementos de entrada al Sistema de Gestión de la Calidad, al mismo tiempo que se resalta la importancia del seguimiento y la medición de la información relativa a la percepción del cliente acerca de cómo la organización cumple con sus requisitos.

Los pasos a seguir para tal finalidad se reflejan en el cuadro siguiente:

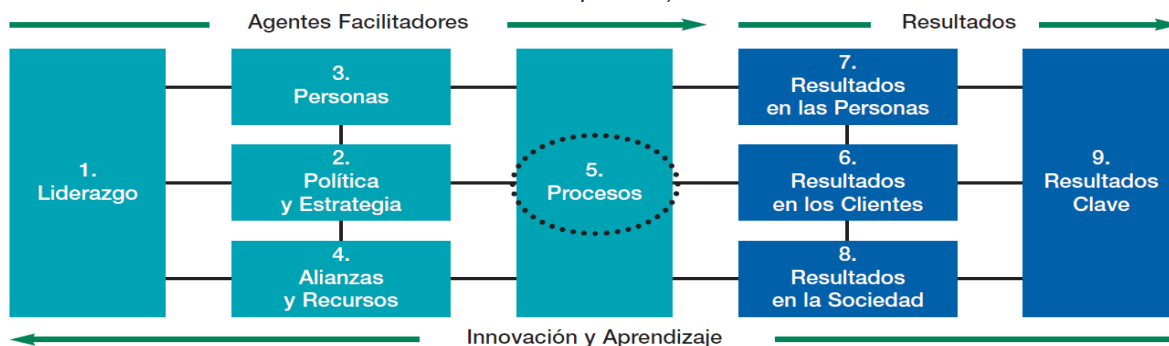
<p align="center"><b>Pasos para el establecimiento, implantación y mantenimiento de un S.G.C.</b></p> <p>a) identificar los Procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad y su aplicación a través de la organización,</p> <p>b) determinar la secuencia e interacción de estos Procesos,</p> <p>c) determinar los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos Procesos sean eficaces,</p> <p>d) asegurarse de la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de estos Procesos,</p> <p>e) realizar el seguimiento, la medición y el análisis de estos Procesos,</p> <p>f) implementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos Procesos.</p> <p align="right"><b>ISO 9001:2000 (apartado 4.1)</b></p>
--

**1.3.3.4 El enfoque basado en Procesos en el modelo EFQM.**

La orientación hacia los resultados y la adopción de un enfoque basado en Procesos son igualmente pilares esenciales y básicos en el modelo EFQM de Excelencia Empresarial, siendo cada vez más las organizaciones que dirigen sus sistemas de gestión hacia la satisfacción equilibrada de todos los grupos de interés a través de este modelo.

En la figura adjunta se aprecian nuevamente los nueve criterios que forman el modelo, agrupados en *agentes facilitadores* (que tratan sobre lo que la organización hace) y en *resultados* (que tratan de lo que la organización logra), de forma que estos últimos son consecuencias de los primeros.

*Ilustración 13: Esquema de evaluación que permite reconocer el nivel de excelencia de una organización (enfoque proceso).*



Fuente: Guía para una gestión basada en Procesos. Instituto Andaluz de tecnología

Las flechas que aparecen en este esquema reflejan la naturaleza dinámica de este modelo, de manera que muestra cómo a través de la *innovación y el aprendizaje* se deben potenciar los agentes facilitadores en pro de una mejora de los resultados de la organización.

Para desplegar la estructura anterior, el modelo desarrolla cada criterio a través de sub criterios; y cada sub criterio a través de una relación no exhaustiva de áreas, lo que no significa que todas ellas sean obligatorias de abordar, sino que sirven de ejemplo y referencia sobre lo que la

organización puede considerar para entender y dar respuesta al sub criterio en cuestión (como se aprecia en la tabla que se acompaña a modo de ejemplo).

Cuadro 9 Estructura de desarrollo del Criterio 5 “Procesos” del modelo de EFQM

Sub criterios.		Áreas a abordar
5a.	Diseño y gestión sistemática de los Procesos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseñar los Procesos de la organización, incluidos aquellos Procesos clave necesarios para llevar a efecto la política y estrategia.</li> <li>• Establecer el sistema de gestión de Procesos que se va a utilizar.</li> <li>• Aplicar a la gestión de Procesos sistemas estandarizados como, por ejemplo, sistemas de calidad como los basados en la normativa ISO 9000, sistemas de gestión medioambiental o sistemas de gestión de riesgos laborales.</li> <li>• Implantar sistemas de medición de los Procesos y establecer objetivos de rendimiento.</li> <li>• Resolver las interfaces internas de la organización y las relacionadas con los clientes externos, para gestionar de manera efectiva los Procesos de principio a fin.</li> </ul>
5b.	Introducción de las mejoras necesarias en los Procesos mediante la innovación, a fin de satisfacer plenamente a clientes y otros grupos de interés, generando cada vez mayor valor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar y establecer prioridades para las oportunidades de mejora –y otros cambios– tanto continua como drástica.</li> <li>• Utilizar los resultados del rendimiento operativo y de las percepciones, así como la información procedente de las actividades de aprendizaje, para establecer prioridades y objetivos de mejora, así como métodos mejorados de funcionamiento de las operaciones.</li> <li>• Estimular el talento creativo e innovador de empleados, clientes y clientes y hacer que repercuta sobre las mejoras, continuas y drásticas.</li> <li>• Descubrir y utilizar nuevos diseños de Procesos, filosofías operativas y tecnologías que faciliten las operaciones.</li> <li>• Asegurarse de que las personas de la organización reciben la formación pertinente para operar Procesos nuevos o alterados, antes de su implantación.</li> </ul>

5c.	Diseño y desarrollo de los productos y servicios basándose en las necesidades y expectativas de los clientes
5d.	Producción, distribución y servicio de atención, de los productos y servicios.
5e	Gestión y mejora de las relaciones con los clientes.

Fuente: *Guía para una gestión basada en Procesos. Instituto Andaluz de tecnología*

Abordar este criterio 5 “Procesos” induce a una organización a modelar sus actividades con un enfoque basado en Procesos, diseñando y estableciendo una estructura de Procesos coherente, describiendo cada uno de ellos, estableciendo sistemas que permitan el seguimiento y la medición del rendimiento de cada proceso y en su conjunto, e introduciendo las mejoras necesarias para satisfacer cada vez más a los diferentes grupos de interés.

Por otra parte, es necesario considerar que el diseño, la gestión y la mejora de los Procesos en una organización, deben estar liderados mediante una implicación directa de los líderes de la organización (criterio 1), que impulsen el desarrollo, la implantación y la mejor continua del sistema de gestión enfocado sobre la base de los Procesos, además de asegurar que la estructura de Procesos esté alineada con la política y la estrategia de la organización (criterio 2) y que dicha política y estrategia se desplieguen mediante la identificación de los Procesos clave en la estructura definida (sub criterio 2d). Se puede concluir que la actuación necesaria para dotar de un enfoque basado en Procesos a un Sistema de Gestión de la Calidad conforme requiere la norma ISO 9001:2000, encajan en el marco de los criterios, sub criterios y áreas propuestas por el modelo EFQM. Esta circunstancia permite llevar a cabo un planteamiento común para implantar este enfoque, en el contexto de ambas referencias (familia ISO 9000 y modelo EFQM).

#### **1.3.4 Como se gestiona un proceso.**

A modo de síntesis, los pasos a dar para gestionar un proceso son los siguientes:

##### *A) Acciones preliminares.*

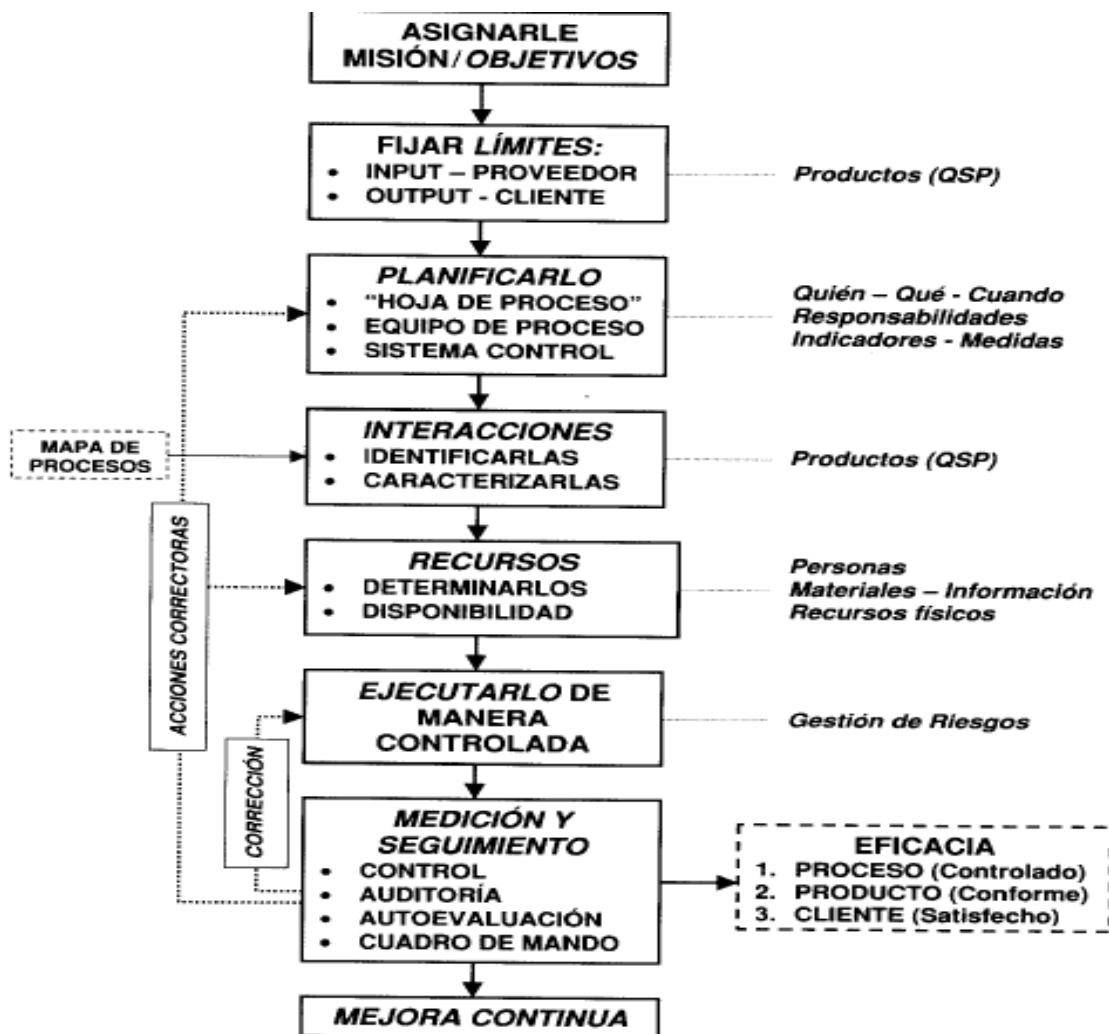
1. Comprender el concepto de proceso (comprender = conocer + saberlo, aplica al ámbito de responsabilidades.)
2. Comprender el concepto de gestión.

##### *B) La gestión de un proceso: Etapas.*

1. Asignar y comunicar la misión del proceso y los objetivos de calidad, tiempo/servicio y el coste del proceso, coherentes con los requisitos del cliente y con la estrategia de la empresa.
2. Fijar los límites del proceso: Definir input y output, proveedor(es) y cliente(s).
3. Planificar el proceso: Representarlo gráficamente mediante un flujograma. Elaborar la hoja de proceso, definir el equipo de proceso y el sistema de control (batería de indicadores y medidas del proceso y del producto o servicio).
4. Comprender las interacciones con el resto de Procesos, en especial con el proceso del cliente: Mapa de Procesos de empresa como facilitador.

5. Asegurar la disponibilidad de recursos físico, materiales e información necesarios para la operación y el control del proceso. Adecuada gestión de la interacción con los Procesos de apoyo y de gestión.
6. Durante la etapa de ejecución del proceso, y cuando el responsable no sea el ejecutor directo, el gestor del proceso se involucra en la solución de incidencias, en la eliminación de riesgos y se asegura del funcionamiento de los controles.
7. Medición y seguimiento. Análisis de los datos contenidos en las herramientas de medición del proceso (control, cuadro de mando, autoevaluación, etc.) con la frecuencia adecuada (en operaciones industriales es habitual hacerlo a diario.)
  - a) Acometer las correcciones pertinentes.
  - b) Si hubiera desviaciones sobre los objetivos, proponer medidas correctas.
  - c) Industrializar o extrapolar a otros Procesos, las medidas correctoras.
8. Periódicamente, desencadena el proceso de mejora continua del proceso.

Ilustración 14: Como gestionar un proceso.



Fuente: Gestión por Procesos. José Antonio Pérez Fernández. Editorial ESIC. Madrid, 2004.

### 1.3.5 Gestión por Procesos: visión sistémica

La gestión de Procesos es una forma sistémica de identificar, comprender y aumentar el valor agregado de los Procesos de la empresa para cumplir con la estrategia del negocio y elevar el nivel de satisfacción de los clientes; apoya el aumento de la productividad y el control de gestión para mejorar en las variables clave, por ejemplo, tiempo, calidad y costo.

Ayuda a identificar, medir, describir y relacionar los Procesos, luego abre un abanico de posibilidades de acción sobre ellos: describir, mejorar, comparar o rediseñar, entre otras. Reconoce que los Procesos no pueden estar abandonados a su suerte y establece formas de intervención que tienen por objetivo cumplir la estrategia de la organización y mejorar en múltiples aspectos deseables. (Carrasco, 2013).

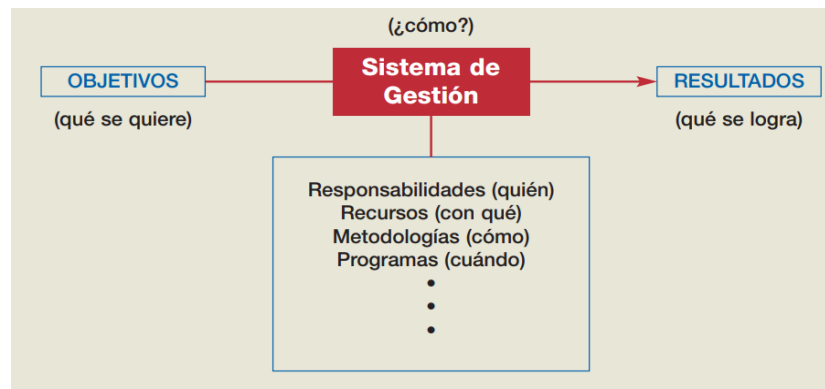
#### ¿Qué es un sistema?

Estructura organizativa, procedimientos, Procesos y recursos necesarios para implantar una gestión determina.

#### Sistema de Gestión.

Un Sistema de Gestión, por tanto, ayuda a una organización a establecer las metodologías, las responsabilidades, los recursos, las actividades que le permitan una gestión orientada hacia la obtención de esos “buenos resultados” que desea, o lo que es lo mismo, la obtención de los objetivos establecidos.

Ilustración 15 El Sistema de Gestión como herramienta para alcanzar los objetivos



Fuente: Guía para una gestión basada en Procesos. Instituto de andaluz de tecnología.

**Sistema de Gestión:** “Sistema para establecer la política y los objetivos y para lograr dichos objetivos” *ISO 9000:2000*.

**Sistema de Gestión:** “Esquema general de Procesos y procedimientos que se emplea para garantizar que la organización realiza todas las tareas necesarias para alcanzar sus objetivos”.

**Modelo EFQM**

### **1.3.6 Enfoque de Procesos a un sistema de gestión**

Tomando como referencia lo establecido en los apartados anteriores, las actuaciones a emprender por parte de una organización para dotar de un enfoque basado en Procesos a su sistema de gestión, se pueden agregar en cuatro grandes pasos:

- 1.º La identificación y secuencia de los Procesos.
- 2.º La descripción de cada uno de los Procesos.
- 3.º El seguimiento y la medición para conocer los resultados que obtienen.
- 4.º La mejora de los Procesos con base en el seguimiento y medición realizado.

La adopción de este enfoque siguiendo estos cuatro pasos no sólo facilita el entendimiento del mismo de cara a un sistema basado en las normas de la familia ISO 9000 del 2000, sino que además permite alinear las actuaciones por parte de una organización con los diferentes criterios y sub criterios del modelo EFQM de Excelencia Empresarial, mediante el cual se deberían abordar enfoques para el *diseño y la gestión sistemática de los Procesos (sub criterio 5a)* y la *introducción de las mejoras necesarias en los Procesos (sub criterio 5b)*.

### **1.3.7 Gestión por Procesos en Hospitales**

#### **1.3.7.1 Qué se entiende por Hospitales**

Se denomina Hospital al lugar donde se desarrolla todo tipo de servicios vinculados a la salud; en ellos se atiende a los individuos que necesitan uno o más tipos de asistencia médica, además de los que padecen de una determinada enfermedad y que acuden a él con el objeto de recibir un diagnóstico y un posterior tratamiento para su afección. En estos recintos también se practican la investigación y la enseñanza médica.

Según el tipo de patología que atiendan, hay distintos tipos de Hospitales, como ser materno infantiles, geriátricos, generales y psiquiátricos, entre otros. Para ofrecer y cumplir con brindar una buena atención, los Hospitales cuentan con diferentes áreas que se ocupan de las distintas demandas de sanidad que puede haber para evitar de esta manera una desorganización generalizada. Y después claro, cada Hospital, cuenta con un sector de análisis comunes, otro de más complejos, quirófano y pisos enteros destinados a la recuperación de los pacientes en habitaciones.

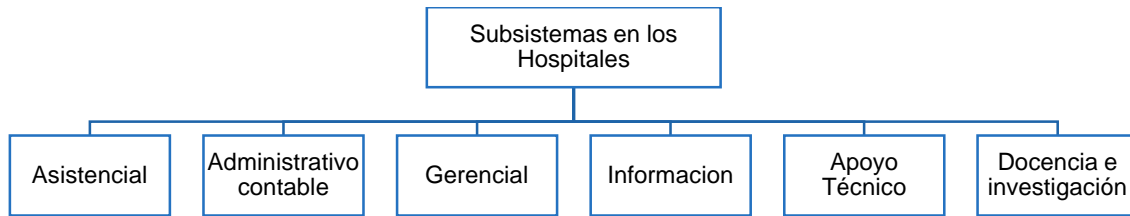
En tanto, el Hospital está compuesto por una serie de subsistemas ,que no son exclusivamente para algún tipo de servicio médico, e interactúan entre sí dinámicamente: el sistema asistencial (incluye a los consultorios externos y áreas de internación), sistema administrativo contable (se ocupa de la admisión y egreso de los pacientes, como todo lo inherente a documentación en general), gerencial (se encarga de la dirección del Hospital, las políticas y las finanzas), de información (se refiere al sistema informático que mantiene comunicadas a todas las áreas), apoyo técnico (se ocupa del mantenimiento) y de docencia e investigación (área encargada de la capacitación de los nuevos profesionales).<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Definición de Hospital. <https://definicion.de/Hospital/>



Ilustración 16 Subsistemas que componen a un Hospital



Fuente: Elaboración Propia, a partir de definición de Hospital de Julián Pérez Porto y Ana Gardey 2012

La Gestión de una institución Hospitalaria se dificulta en gran medida por las características clínicas y diversa complejidad de los pacientes que atiende. Es por eso que se plantea la necesidad de reducir el gran número de casos atendidos a grupos más pequeños, situación que dio lugar a la creación de sistemas de medición en categorías de pacientes con características homogéneas. La Gestión por Procesos contribuye apreciablemente a la Gestión Clínica, pues permite ajustar los indicadores de actividad, comparar el desempeño de diversas unidades asistenciales u Hospitales, analizar el grado de utilización de los recursos, facilitar la elaboración de estándares asistenciales, aproximar el lenguaje médico al lenguaje de los directivos, fomentar el uso de protocolos y guías clínicas y las actuaciones ante factores críticos, identificar proyectos de mejora continua y aportar una base para la gestión interna y los sistemas de planificación.

Al utilizar la Gestión por Procesos en una organización debe describirse de forma clara su misión (en qué consiste, para qué existe y para quién se realiza qué), concretando a continuación entradas y salidas e identificando clientes internos, proveedores del mismo y clientes externos, destinatarios de los servicios, etc. Se debe poder medir la cantidad y la calidad de lo producido, el tiempo desde la entrada hasta la salida y el coste invertido en añadir valor y, por último, ha de poder asignarse la responsabilidad del cumplimiento de la misión del proceso a su propietario del proceso. Si definimos al Hospital como una empresa, ésta debe ser considerada una empresa de servicios. Una empresa de servicios es aquella en la que es imposible distinguir el producto del proceso, ya que ambos van íntimamente unidos. Por otra parte, el producto de un Hospital es relativamente intangible, con lo que el paciente percibe producto y proceso de forma indistinguible y, por tanto, los valora conjuntamente. Se estudia primero el producto básico de un Hospital: la salud. Al Hospital acuden los pacientes en busca de una mejora en su salud (o de un alivio en su dolor). Se entenderá que el objetivo primordial del Hospital es la mejora, no el mantenimiento, de la salud. Así, desde el punto de vista del paciente, un Hospital es una empresa que produce y vende salud.

Ilustración 17 Proceso productivo de un Hospital desde el punto de vista del paciente



Fuente: Elaboración Propia



El mercado de un Hospital incluye aquella población que, por razones geográficas de proximidad, por razones de especialización en cierto tipo de tratamientos, o por razones puramente administrativas pueden acudir al mismo en busca de una mejora de su salud. Hoy en día, es común decir que el cliente del Hospital es el paciente.

Las motivaciones por las que un paciente acude a un determinado Hospital son variadas, y aunque puede acudir por decisión propia, en general lo hace por consejo de un profesional médico, quien en el mejor de los casos podrá aconsejar a qué centro acudir, y en otros muchos se verá obligado por razón de asignación previa dentro de la estructura de la Seguridad asistencial

Y si el cliente-paciente tiene poco control sobre el proceso de elección de Hospital, la característica más singular es que una vez admitido en el centro, el paciente se convierte en un componente (materia prima) esencial para la producción del producto Hospitalario: pacientes con mejor salud. Con respecto a esta última característica que cuando el paciente está dentro del Hospital tiene muy poco que decir sobre el tipo de proceso clínico al que se le somete, siendo el médico, y no el paciente, el que genera la demanda de servicios, tratamientos y atenciones Hospitalarias. El propio médico es además el proveedor de parte de estas necesidades.

Esta múltiple función del médico en un Hospital, definidor del producto final (por ejemplo, un paciente más sano sin apéndice), apoderado de las decisiones del cliente, asalariado del Hospital, cliente a su vez de otros servicios generados por el Hospital (radiología, análisis, estancias, etc.), proveedor de parte de los servicios demandados, generador simultáneo de demanda y oferta, es una de las características del proceso de producción de un centro Hospitalario que más dificultades entrañará en el análisis de la empresa sanitaria. También justifica la gran importancia del médico dentro de un Hospital.

Este proceso es diferente para cada paciente, y es definido y controlado por un médico que actúa con funciones similares a las de un director de proyecto, considerando cada paciente/caso como un proyecto que va requiriendo utilización de diversos recursos del propio centro. Obsérvese que algunas partes del Hospital actúan como fabricantes de productos intermedios (análisis, radiología, etc.) que son solicitados (comprados) por el médico para su paciente. Algunos médicos fabrican sus propios productos intermedios, lo que presenta situaciones paradójicas, poniendo al médico como cliente (decide qué hace) y proveedor del servicio que ha decidido hacer. Una serie de dificultades complican la gestión del proyecto:

1. El proyecto no está bien definido, sino que se define a medida que se va avanzando en el mismo, a través de una secuencia iterativa de fases de diagnóstico/tratamiento.
2. No existe una limitación explícita sobre los recursos que pueden utilizarse en la gestión de cada proyecto. La salud no tiene precio. Esta característica sí que creemos es única en los sistemas sanitarios, y es donde estriba la diferenciación entre eficacia económica y eficacia médica y ética. Existe una limitación presupuestaria general, pero no está dividida al nivel de cada proyecto.
3. Desde el punto de vista de la gerencia, para muchos Hospitales su producto es un paciente tratado, que es por lo que perciben ingresos. Desde este punto de vista, el paciente puede considerarse como una materia prima necesaria para fabricar el producto final.

### **1.3.7.2 Relevancia de la Gestión por Procesos en los servicios de salud**

Particularmente, las organizaciones Hospitalarias cumplen un rol sobresaliente en el tratamiento y curación de las personas con las afecciones más serias, lo cual demanda una atención especializada y tecnológicamente avanzada. Esto, unido a las particularidades del servicio de Hospitalización que ofrecen, las convierte en los más costosos del sector (Jiménez Paneque, 2004).

Los Procesos de servicio en un Hospital suceden a partir de una entrada principal (paciente enfermo), una transformación (atención médica, investigación, conocimiento) y una salida con valor añadido (paciente curado). Para efectuar la transformación se precisan diversos insumos, generados en Procesos internos (medios diagnósticos) o suministrados por proveedores externos. Estos servicios poseen particularidades que distinguen su gestión, por lo que es importante considerar aquellos elementos que los diferencian de otros sistemas, en virtud de adaptar apropiadamente las herramientas a utilizar. Algunos de esos aspectos son:

- El cliente (dígase del paciente y su acompañante) no decide que va a comprar, no paga el producto o servicio que recibe, pero sí evalúa la calidad del servicio;
- Existe gran variabilidad en la atención de salud y la práctica clínica;
- La secuencia de actividades no está bien definida a medida que se avanza en el diagnóstico y la recuperación del paciente, aunque no significa que no haya invariantes y secuencias de actividades estables y repetitivas, independientemente del tipo de paciente (Claveranne & Pascal, 2004);
- Uno de los resultados del proceso es el paciente tratado y curado.

### **1.3.7.3 Inserción de la Gestión por Procesos en instituciones Hospitalarias.**

La Gestión por Procesos es una de las buenas prácticas más utilizadas en el sector de salud en las últimas décadas, pues es una vía apropiada para alcanzar mayor satisfacción de los pacientes y un servicio asistencial más eficiente y eficaz. Uno de sus elementos más significativos es la mejora de Procesos; la introducción de sus herramientas, que hace unos años eran escasamente difundidas, se fomenta cada vez más en instituciones Hospitalarias.

Razones que justifican la Gestión por Procesos en servicios de salud

- Flujos de trabajo multi departamentales y/ o multidisciplinarios.
- Frecuencia de ineficiencias en Procesos complejos.
- Variabilidad en Procesos repetitivos.
- Necesidad de una herramienta para sistematizar las actividades de los Procesos.
- Necesidad de adecuar los servicios a las necesidades/ expectativas de los usuarios.
- Conveniencia de indicadores para medir la efectividad y eficiencia de los Procesos.
- Exigencia actual de aplicar la mejora continua a todas las actividades de una organización.
- Facilita la evolución desde organizaciones tradicionales verticales a estructuras más flexibles que trabajan de forma horizontal

Es necesario que las instituciones públicas logren una evolución paulatina de la organización tradicional (vertical, por departamentos o servicios), hacia una organización más flexible y dinámica propiciando la incorporación del personal en estructuras más horizontales (Procesos)

para responder mejor a las necesidades cambiantes los usuarios de los servicios. La metodología denominada Gestión por Procesos, permite analizar de forma sistemática la secuencia de actividades que los constituyen y las personas que intervienen en los mismos, así como la representación gráfica de todas estas actividades (diagrama de flujo o diagrama de proceso).

Un elemento clave de la Gestión por Procesos es la exploración de las expectativas necesidades de los usuarios y la definición de las características de calidad de las diferentes actividades que constituyen el proceso con objeto de que respondan a las mencionadas expectativas / necesidades. Siguiendo con el ejemplo anterior, los familiares directos de un paciente ingresado por el proceso anterior esperan/ necesitan una información comprensible y continuada. La disponibilidad del médico y del personal de enfermería para dar esta información y la existencia de una logística (despacho, horarios) son características de calidad de la atención prestada. Asimismo, con objeto de medir cómo discurren estos Procesos y tener “bajo control” su nivel de variabilidad, se utilizan indicadores que deben informar periódicamente sobre el nivel de efectividad y eficiencia de los mismos y el nivel de satisfacción de las personas o clientes a quien van dirigidos. En el caso anterior los indicadores pueden ser la supervivencia del paciente, la existencia o no de secuelas o complicaciones, la duración de la estancia Hospitalaria, la satisfacción del paciente y sus familiares, etc.

Sin embargo, un proceso puede estar perfectamente definido y estabilizado en su Gestión, ofreciendo muy poca variabilidad en su ejecución y paradójicamente, no responder a las expectativas o necesidades de los usuarios, no ser efectivo o ser altamente ineficiente. Es en este momento cuando entra en escena la otra dimensión de la Gestión por Procesos, encaminada a la mejora de los mismos, que consiste en una revisión de toda la secuencia de actividades que lo constituyen confrontándolas a las expectativas del cliente, a los resultados obtenidos y al consumo de recursos. Caso de detectarse oportunidades de mejora con los recursos disponibles se abordará ésta, a través de herramientas sencillas.

#### ***1.3.7.4 Dificultades y ventajas de la Gestión por Procesos en los servicios de Salud***

Las actividades asistenciales son complejas, están sometidas frecuentemente a una gran variabilidad, y regidas por personas con formaciones y criterios dispares, que condicionan el transcurrir de cada proceso con sus decisiones. La organización de los centros Hospitalarios en compartimentos funcionales entorpece la fluidez de las actividades que conforman el proceso. La Gestión por Procesos supone un cambio radical de la organización, y, por lo tanto, su implantación es compleja

#### **Desventajas de la Gestión por Procesos en los servicios de salud**

Como todo lo nuevo, esta metodología tiene dificultades y genera resistencias, que se pueden sintetizar como sigue:

- Particularmente, los clínicos, habituados al manejo permanente en su actividad de la literatura “científica”, desconfían de modelos que consideran además “importados” de otros ámbitos, que pueden ser diferentes al suyo, y que no son objeto de excesivas publicaciones en la literatura científica tradicional.
- A pesar de que los sistemas informáticos han tenido un desarrollo creciente en nuestras organizaciones en los últimos años, no alcanzan todavía el nivel necesario para la

obtención de indicadores automáticos para la evaluación de los Procesos, con lo que la medición de indicadores es una tarea que se ve como algo adicional, cuyo valor añadido no se percibe fácilmente.

- Por último, la estructura de las instituciones públicas está excesivamente jerarquizada y vertical, lo que no facilita la fluidez de las comunicaciones y la asunción efectiva de funciones por los propietarios de los Procesos.

En las Instituciones Hospitalarias convergen numerosos tipos de actividad como puede ser la actividad asistencial de primer nivel o especializada, la hostelería, la actividad económico administrativa, la ingeniería, el mantenimiento y toda una serie de actividades de apoyo y servicio que son imprescindibles y de muy diversas características. Debido a esta gran diversidad y a la complejidad inherente a todos los Procesos que se ejecutan en las Instituciones Hospitalarias, existen altas probabilidades de incurrir en errores y desaprovechar recursos tanto humanos como materiales.

### **Ventajas de la Gestión por Procesos en los servicios de salud**

- Una Gestión por Procesos estructurada, con los recursos y coordinación adecuados, permite optimizar de forma significativa la utilización de los recursos y mejorar la calidad asistencial.
- Permite la orientación sistemática de todas las actividades hacia las necesidades y expectativas de los clientes. En función de las expectativas razonables y los recursos disponibles se establecen las características de calidad del servicio que se va a ofrecer.
- Facilita la participación de una forma estructurada de todas las personas intervinientes en los Procesos, las cuales son las que mejor conocen la forma idónea de realizar las actividades.
- En los Procesos asistenciales, esta metodología es capaz de incorporar los avances y el apoyo para la toma de decisiones que supone lo que se denomina “Medicina basada en la evidencia”, a través de la definición de las características de calidad de las actividades.
- La estructura de indicadores facilita la medición sistemática de los resultados más relevantes de los servicios que ofrece cada centro.

#### **1.3.7.5 Indicadores para la gestión Hospitalaria**

A continuación, se muestra un conjunto de indicadores que pueden ser utilizados para la gestión diaria del Hospital. Sin embargo, no toda la información necesita ser monitorizada diariamente. Algunos indicadores son o pueden ser muy útiles si son revisados mensualmente.

*Cuadro 10 Indicadores para la gestión Hospitalaria*

<b>De producción</b>	<b>De eficacia y eficiencia</b>	<b>De calidad</b>	<b>De costos</b>
Razón de Hospitalización / 1000 habitantes	Estancia preoperatoria	Reingresos	Gasto real
Consultas externas /1000 habitantes	Utilización del quirófano	Infecciones intrahospitalarias	Gastos por servicios personales
Urgencias / 1000 habitantes	Tiempo de espera de cirugía	Calidad del expediente	Gastos por servicios no personales

Índice ocupacional	Porcentaje de citas sustituidas	Análisis de protocolos y normas	Gastos materiales y suministros
Índice quirúrgico	Tiempo de entrega de exámenes de laboratorio	Controles de calidad	Gastos por suministros en especie
Rendimiento en la consulta externa por especialidad	Tiempo de entrega de medicamentos en farmacia	Uso adecuado de medicamentos	Gastos en inversión
Porcentaje de referencias atendidas	Tiempo de entrega de rayos X y reportes de radiodiagnóstico	Plan de intervención en áreas críticas identificadas	Monto asignado por inversión / gasto por depreciación
Exámenes / egreso	Tiempo de respuesta de las interconsultas	Satisfacción del usuario externo	Gasto en pago de incapacidades
Medicamentos / egreso	Evaluación para incentivos	Mortalidad Hospitalaria	Costo por incapacidad
Estudio de rayos X / egreso	Estancia promedio en observación	Quejas	Costo por día de incapacidad
Porcentaje de referencias		Cumplimiento de plazos establecidos para el envío de datos	Gestión de cobros de actividades extraordinarias
Programas de capacitación para el compromiso de gestión			Relación entre producción Hospitalaria y el gasto del mismo

Fuente: Elaboración Propia, recopilación de diversas fuentes

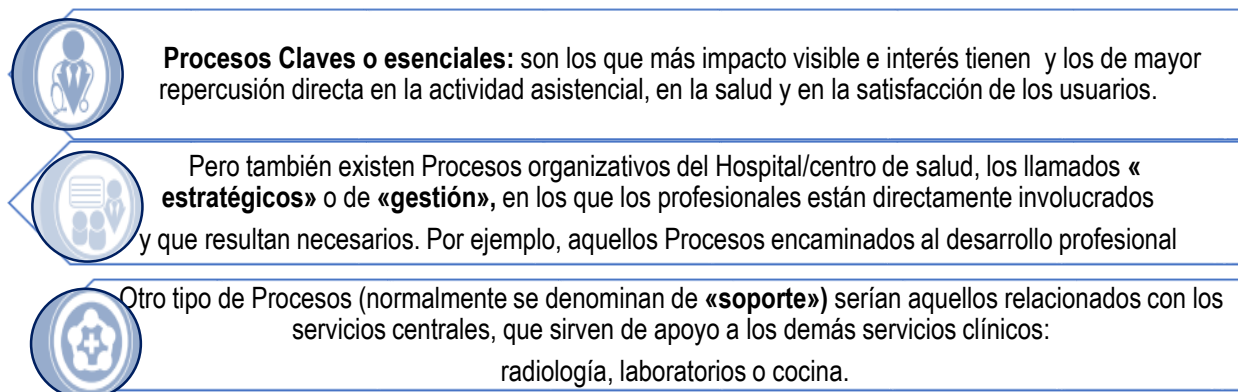
### **1.3.7.6 Proceso Hospitalario**

En este medio proceso es el «conjunto de actuaciones, decisiones, actividades y tareas que se encadenan de forma secuencial y ordenada para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos del paciente/población al que va dirigido». En otras palabras, un proceso no es más que la sucesión de pasos y decisiones que se siguen para realizar una determinada actividad o tarea que cuando se trabaja desde el enfoque de la calidad total deben ir orientados a satisfacer una necesidad de nuestros clientes (paciente/familia/otros colegas/sociedad).

En el sector salud podemos definir algunas de las características del estudio de los Procesos, centrados en la atención al paciente, con implicación de todos los profesionales y con tomas autónomas de decisión, consensuado entre los mismos, utilizando la evidencia científica a través de documentos prácticos de uso (guías, vías de práctica clínica), y todo esto desarrollado dentro de un sistema integrado.

### 1.3.7.7 Tipos de Procesos Hospitalarios

Cuadro 11 Tipos de proceso Hospitalario



Fuente: elaboración Propia

Los Procesos pueden ser clasificados en función de varios criterios; sin embargo, la clasificación más común hace referencia a Procesos Estratégicos, Claves y de Apoyo. Dentro del ámbito de los servicios de salud, los Procesos claves son los que se encuentran directamente relacionados a la atención médica del paciente.

Ilustración 18 Procesos misionales de un Hospital



Fuente: elaboración propia

#### La consulta externa

La consulta externa es, o debe ser, el pivote alrededor del cual gira la actividad de una especialidad: el lugar idóneo donde diagnosticar, orientar y establecer la estrategia terapéutica de un enfermo. La Hospitalización y los quirófanos son instrumentos de apoyo dentro del proceso de relación de un especialista y un enfermo, utilizables puntualmente cuando sean imprescindibles y durante el menor tiempo posible. El trabajo fundamental en gran número de especialidades se desarrolla en la consulta externa. La consulta aporta diversas ventajas: para el paciente, comodidad y la posibilidad de mantener su actividad socio familiar; para el sistema sanitario, bajos costes de instalación y mantenimiento, y un mayor rendimiento del trabajo del especialista. Los indicadores fundamentales de resultados y rendimientos en el área de trabajo de consultas son los siguientes:

- Horas de disposición de locales.
- Número de enfermos nuevos o primeras consultas.
- Número de revisiones de enfermos o consultas sucesivas.
- Porcentaje de utilización de locales.
- Demora en la lista de espera.

## **Cirugía y Sala de Operación**

La misión de un servicio de esta especialidad es obvia: realizar intervenciones quirúrgicas. Los indicadores de resultados y rendimientos más importantes son los siguientes:

- Número de quirófanos instalados.
- Número de sesiones quirúrgicas disponibles.
- Número de intervenciones quirúrgicas desglosadas.
- Tiempo de utilización del quirófano.
- Porcentaje de utilización.
- Intervenciones suspendidas.
- Mortalidad operatoria y peri operatoria

## **Emergencia**

El Departamento de Emergencias, es en un Hospital el departamento de atención primaria que ofrece un tratamiento inicial de pacientes con un amplio espectro de enfermedades y lesiones, algunas de las cuales pueden ser potencialmente mortales y requieren atención inmediata.

## **Cuidados intensivos**

Es una instalación especial dentro del área Hospitalaria que proporciona medicina intensiva. Los pacientes candidatos a entrar en cuidados intensivos son aquellos que tienen alguna condición grave de salud que pone en riesgo su vida y que por tal requieren de una monitorización constante de sus signos vitales y otros parámetros, como el control de líquidos. Los Hospitales han habilitado áreas de cuidados intensivos para algunas especialidades médicas.

## **Hospitalización**

Es un área básica del Hospital a lo largo de su historia. Su misión es proporcionar a los pacientes ingresados una serie de cuidados que no se pueden prestar en otro lugar ni de otra forma. La necesidad de Hospitalización se debe definir por la necesidad de cuidados integrales del enfermo y no por otras necesidades o conveniencias.

Sólo se debe Hospitalizar para la realización de una técnica diagnóstica o terapéutica agresiva, en el caso de que el paciente vaya a requerir cuidados de enfermería que no puedan o deban prestarse en el domicilio. Los objetivos de gestión en el área de Hospitalización deben ir encaminados a una reducción máxima del tiempo de estancia, basándose en una buena programación de ingresos el mismo día de la cirugía o exploración invasiva, una utilización de guías de actuación por patologías y situaciones clínicas, y una optimización del funcionamiento de los servicios centrales de apoyo diagnóstico, trabajando con el concepto y objetivo de Just in Time. Los indicadores fundamentales de resultados y rendimientos de las áreas de Hospitalización son los siguientes:

- Número de camas.
- Número de ingresos.
- Número de estancias.
- Estancia media.
- Índice de ocupación.
- Rotación enfermo-cama.



## 1.4 El proceso de mejora

El mejoramiento de los Procesos vendrá consiguiente de la comprensión de sistema de causas que afecta el desempeño de un proceso. Este mejoramiento se basa en cambios graduales y en la innovación de los Procesos.

Por lo tanto, la mejora de Procesos consiste en un análisis de las oportunidades de mejora de los Procesos de la empresa o institución, a partir de análisis de causas, desarrollar alternativas e implantar soluciones que mejoren la competitividad. La mejora de los Procesos se desarrolla bajo un enfoque que conlleva mejorar la eficacia (conseguir mejores resultados), su eficiencia (utilizar al máximo los recursos) y aumentar la satisfacción de todas las partes implicadas en el proceso.

### 1.4.1 Metodología para implementar la Gestión por Procesos.

En este epígrafe se analizan varias metodologías para el análisis y la mejora de los Procesos y propuestas utilizadas con el objetivo de valorar la factibilidad en la aplicación de las mismas en las condiciones reales del objeto de estudio práctico seleccionado (Gema Viviana Carvajal, 2017).

- **Nogueira Rivera (2002)**
  1. Análisis del proceso
  2. Formación de Equipos y planificación del proyecto
  3. Listado de los Procesos de la empresa
  4. Identificación de los Procesos relevantes
  5. Selección de los Procesos claves
  6. Nombrar al responsable del proceso
  7. Diseño del proceso
  8. Constitución del equipo de trabajo
  9. Definición del proceso empresarial
  10. Confección del diagrama As/s.
  11. Análisis de valor añadido
  12. Establecer indicadores
  13. Implementación del proceso
  14. Implantación, seguimiento y control
- **Valls, W., Vigil, E. (2004)**
  1. Identificar los Procesos que se llevan a cabo en la organización
  2. Clasificar los Procesos en fundamentales, específicos y unitarios.
  3. Determinar su secuencia e interacción mediante la descripción del proceso
  4. Representar los Procesos para que sea entendido por cualquier persona.
  5. Definir los responsables de cada proceso
  6. Definir cuáles son los clientes/ destinatarios de los Procesos
  7. Determinar las necesidades de los clientes/ destinatarios de los Procesos
  8. Traducir las necesidades de los clientes de los clientes/ destinatarios en características del producto y proceso.
  9. Definir en qué lugar o momento del proceso se produce la característica.
  10. Establecer un sistema que permita monitorear y dar seguimiento a las características



11. Implantación del sistema, ajuste de posibles variaciones y correcciones de desviaciones.

12. Mejora continua de los Procesos por el ciclo PDCA y análisis de la variabilidad.

Las guías y procedimientos citados anteriormente para el análisis y mejora de los Procesos tienen aspectos en común ya que abordan: la identificación de los Procesos, análisis de sus actividades, la creación de equipos de trabajo, etc. Sin embargo, se insiste más en las mejoras estructurales de algunos elementos que conforman los Procesos que en las mejoras funcionales, en las que existen grandes reservas de eficacia y eficiencia, debido a que dichas mejoras se basan en el análisis de la variabilidad del proceso. Además, muestran que hacer, pero no el cómo hacerlo, son muy generales y no especifican en todos los casos las herramientas y los métodos a utilizar.

#### 1.4.2 Tipos de mejora de proceso

**Mejoras estructurales:** se puede mejorar un proceso a base de aportaciones creativas, imaginación y sentido crítico. En este tipo de mejoras son fundamentalmente conceptuales. Las herramientas y técnicas que se emplean para este tipo de mejoras son de tipo creativo conceptual. Las herramientas para la gestión de la calidad, las encuestas a clientes, la reingeniería, el análisis del valor.

**Mejoras funcionales:** se puede mejorar la forma en que funciona un proceso intentando que sea más eficaz. Para estos problemas son útiles las herramientas clásicas de resolución de problemas, los sistemas de sugerencias, el diseño de experimentos y otras basadas en datos. El cambio en las estructuras se conoce como mejora continua, en caso de cambios con esfuerzos continuos, mientras que si esos cambios se dan de manera abrupta se les conoce con el nombre de reingeniería.

#### 1.4.3 Mejora continua de Procesos

El mejoramiento continuo más que un enfoque o concepto es una estrategia, y como tal constituye una serie de programas generales de acción y despliegue de recursos para lograr objetivos completos, pues el proceso debe ser progresivo. "Mejoramiento" significa que este conjunto de acciones incrementa los resultados de rentabilidad de la empresa, basándose en variables que son apreciadas por el mercado (calidad, servicio, etc.) y que den una ventaja diferencial a la empresa en relación a sus competidores; "Continuo" implica que dado el medio ambiente de competencia en donde los competidores hacen movimientos para ganar una posición en el mercado, la generación de ventajas debe ser algo constante. Algunas definiciones de autores sobre el significado de mejora continúan:

La mejora continua se define en la norma ISO 9000:2000 como una "actividad recurrente para aumentar la capacidad de cumplir los requisitos." (Palomo Rico)

Mejorar un proceso significa cambiarlo para hacerlo más efectivo, eficiente y adaptable. Qué cambiar y cómo cambiar depende del enfoque específico del empresario y del proceso. (James Harrington)

La administración de la calidad total requiere de un proceso constante, llamado Mejoramiento Continuo, donde la perfección nunca se logra, pero siempre se busca. (Edward Deming)

#### **1.4.3.1 Importancia de la mejora continua**

La importancia que tiene la técnica de mejora continua es que permite que los Procesos y la empresa sean más competitivos en la satisfacción del cliente; por lo tanto, el mejoramiento continuo debe de ser una idea internalizada por completo en la conducta de todos los miembros de la organización, convirtiéndose en una filosofía de trabajo y de vida. Sin embargo, mejorar no es solamente cuestión de buenos deseos e intenciones.

#### **1.4.3.2 Beneficios de la mejora continua**

- Flexibilidad y rapidez de respuesta de forma conjunta a un mercado cambiante antes las necesidades y expectativas del cliente.
- Optimización de costos y recursos.
- Permite eliminar Procesos repetitivos
- Contribuye a la adaptación de los Procesos de los avances tecnológicos

#### **1.4.3.3 Características de un Sistema de Mejora Continua**

- |  |  |
|--|--|
| a) El Sistema de Mejora Continua es Sistemático. | f) Está al día con los avances científicos y tecnológicos. |
| b) Está orientado hacia los Procesos.            | g) Es una estrategia                                       |
| c) Destinado al consumidor final.                | h) Disminuye la resistencia al cambio.                     |
| d) Está basado en hechos.                        | i) Es una cultura y filosofía de vida y de trabajo         |
| e) Su accionar es preventivo y proactivo.        |  |

#### **1.4.3.4 Ventajas y desventajas de la Mejora Continua.**

Como toda herramienta o forma de trabajar, existen ventajas y desventajas encontradas a lo largo de su implantación, es por ello que a continuación, se reflejan ciertas ventajas y desventajas que se dan la Mejora Continua:

##### **Ventajas.**

- a) Se concentra el esfuerzo en ámbitos organizativos y de procedimientos puntuales.
- b) Consiguen mejoras en un corto plazo y resultados visibles.
- c) La reducción de productos defectuosos, trae reducción en los costos, como resultado de un consumo menor de materias primas.
- d) Incrementa la productividad y dirige a la organización hacia la competitividad, lo cual es de vital importancia para las actuales organizaciones.
- e) Contribuye a la adaptación de los Procesos a los avances tecnológicos.
- f) Permite eliminar Procesos repetitivos.

##### **Desventajas.**

- a) Cuando el mejoramiento se concentra en un área específica de la organización, se pierde la perspectiva de la interdependencia que existe entre todos los miembros de la empresa.
- b) Requiere de un cambio en toda la organización, ya que para obtener el éxito es necesaria la participación de todos los integrantes de la organización y a todo nivel.

- c) En vista de que los gerentes en la pequeña y mediana empresa son muy conservadores, el Mejoramiento Continuo se hace un proceso muy largo.

### 1.4.3.5 Herramientas de la Mejora Continua

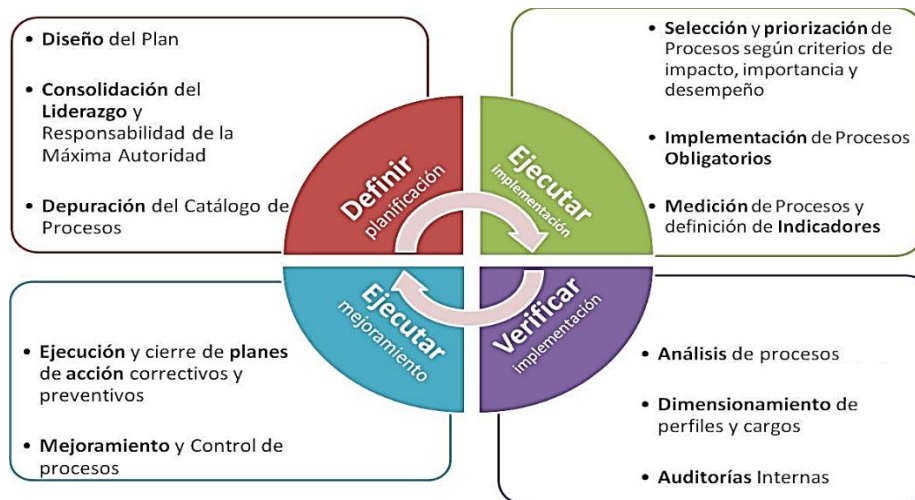
La mejora continua utiliza ciertas herramientas para brindar apoyo a los problemas que permiten mejorar la calidad en los Procesos. A continuación, se presenta algunas herramientas básicas: **Fuente especificada no válida.**

#### Ciclo de la Mejora Continua

El ciclo de mejora en su inicio fue desarrollado para ayudar a los equipos a mejorar los Procesos existentes, ya fuesen estos de distribución o de apoyo. Los Procesos al igual que los productos y servicios, tienen un ciclo vital. Todo proceso deberá ser examinado continuamente para identificar oportunidades de mejora. Una de las herramientas más importantes es: el ciclo PDCA

- Planificar: En esta fase se estudia la situación actual de la Empresa; se recopilan datos y se formula un plan de mejora.
- Hacer: Consiste en ejecutar el plan trazado anteriormente
- Acción: Comprende actividades que van desde la estandarización de aquellos cambios que han tenido éxito, a la corrección o ajustes de los planes iniciales.
- Control: Comprobar si se han alcanzado las mejoras previstas.

Ilustración 19 Ciclo de Mejora Continua



Fuente. Ciclo de Deming aplicado a la Gestión pública, Ramiro Obando 2013

#### La Técnica KAIZEN

El KAIZEN es un sistema japonés que permite mediante su aplicación una mejora progresiva en los Procesos, mediante la mejora en la Calidad, los Costos y los Tiempos de Entrega (QCD). Su filosofía hace hincapié en la necesidad de llevar a cabo continuas mejoras que permitan más altos niveles de satisfacción en los clientes y mayores niveles de rentabilidad.

Las 5S` es de origen japonés y consta de cinco pasos lo cual sirve para reducir tiempos improductivos y mejorar la calidad e incrementar la productividad de la empresa.

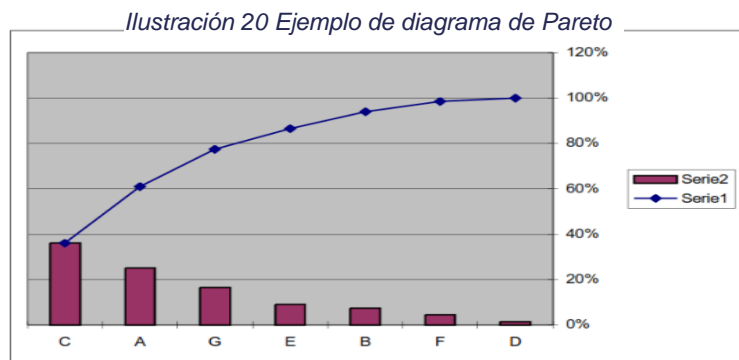
- **Seiri:** Consiste en saber diferenciar entre lo que es útil y lo que no es útil, es decir el lugar de trabajo está ocupado de escritorios maquinas sin utilizar, materias primas, archivos de documentos entre otros, por lo tanto, este método consiste en retirar cualquier elemento que no se pueda utilizar en un tiempo determinado.
- **Seiton:** Significa acción, en los términos de ordenar lo que es necesario de lo innecesario, lo cual indica que el Seiton clasifica los elementos a ocupar por orden de importancia para minimizar el tiempo de búsqueda y de esfuerzo.
- **Seiso:** Desarrollar continuamente la supervisión del orden y la limpieza de cada herramienta o máquina que se utiliza en el lugar de trabajo.
- **Seiketsu:** Mantener el orden, limpieza, higiene y salud en el lugar de trabajo es un aspecto diferencial y muy importante que los empleados prefieren y los clientes perciban en el primer contacto con la empresa.
- **Shitsuke:** Construir autodisciplina y formar el hábito de comprometerse en las 5 S mediante el establecimiento de estándares. Las 5 S pueden considerarse como una filosofía, una forma de vida en nuestro trabajo diario.



### Diagrama de Pareto

Con el Diagrama de Pareto se pueden detectar los problemas que tienen más relevancia mediante la aplicación del principio de Pareto (pocos vitales, muchos triviales) que dice que hay muchos problemas sin importancia frente a solo unos graves. Ya que, por lo general, el 80% de los resultados totales se originan en el 20% de los elementos.

La gráfica es muy útil al permitir identificar visualmente en una sola revisión tales minorías de características vitales a las que es importante prestar atención y de esta manera utilizar todos los recursos necesarios para llevar a cabo una acción correctiva sin malgastar esfuerzos.



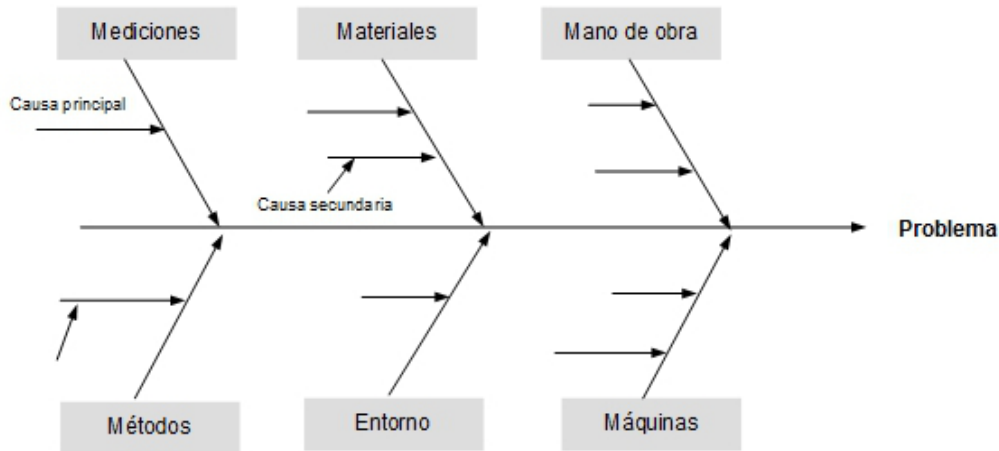
### Diagrama de Causa-Efecto

El diagrama causa-efecto es una forma de organizar y representar las diferentes teorías propuestas sobre las causas de un problema. Se conoce también como diagrama de Ishikawa o diagrama de espina de pescado y se utiliza en las fases de Diagnóstico y Solución de la causa.

El diagrama causa-efecto es un vehículo para ordenar, de forma muy concentrada, todas las causas que supuestamente pueden contribuir a un determinado efecto. Nos permite, por tanto, lograr un conocimiento común de un problema complejo, sin ser nunca sustitutivo de los datos. Es importante ser conscientes de que los diagramas de causa-efecto presentan y organizan teorías. Sólo cuando estas teorías son contrastadas con datos podemos probar las causas de los

fenómenos observables. Errores comunes son construir el diagrama antes de analizar globalmente los síntomas, limitar las teorías propuestas enmascarando involuntariamente la causa raíz, o cometer errores tanto en la relación causal como en el orden de las teorías, suponiendo un gasto de tiempo importante.

Ilustración 21 Ejemplo de Diagrama Causa-Efecto



#### 1.4.3.6 FODA

El análisis FODA es una herramienta que permite conformar un cuadro de la situación actual de la empresa u organización, permitiendo de esta manera obtener un diagnóstico preciso que permita en función de ello tomar decisiones acordes con los objetivos y políticas formulados. El término FODA es una sigla conformada por las primeras letras de las palabras Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas. De entre estas cuatro variables, tanto fortalezas como debilidades son internas de la organización, por lo que es posible actuar directamente sobre ellas. En cambio, las oportunidades y las amenazas son externas, por lo que en general resulta muy difícil poder modificarlas.

**Fortalezas:** son las capacidades especiales con que cuenta la empresa, y por los que cuenta con una posición privilegiada frente a la competencia. Recursos que se controlan, capacidades y habilidades que se poseen, actividades que se desarrollan positivamente, etc.

**Oportunidades:** son aquellos factores que resultan positivos, favorables, explotables, que se deben descubrir en el entorno en el que actúa la empresa, y que permiten obtener ventajas competitivas.

**Debilidades:** son aquellos factores que provocan una posición desfavorable frente a la competencia recursos de los que se carece, habilidades que no se poseen, actividades que no se desarrollan positivamente, etc.

**Amenazas:** son aquellas situaciones que provienen del entorno y que pueden llegar a atentar incluso contra la permanencia de la organización.

#### 1.4.3.7 Benchmarking

Esta técnica consiste en el intento de superar a los competidores tomando como referencia a los líderes del sector. Se trata de analizar los puntos fuertes y débiles de los productos líderes en el

mercado, con el fin de obtener la mayor información posible de los Procesos operativos en las organizaciones responsables de dichos productos. Esta técnica se emplea habitualmente para encontrar nichos de mercado en los que aún tengan sitio nuestros productos. No obstante, también se puede aplicar a la BPR a la hora de estudiar las soluciones adoptadas por la competencia.

#### **1.4.3.8 SERVQUAL**

SERVQUAL, que es una herramienta que sugiere que la diferencia entre las expectativas generales de los ciudadanos y sus percepciones respecto al servicio prestado, pueden constituir una medida de calidad del servicio. Es conocido como "Modelo de Discrepancias" y sugiere que la diferencia entre las expectativas generales de los clientes y sus percepciones respecto al servicio de un proveedor específico pueden constituir una medida de la calidad en el servicio.

#### **Dimensiones de SERVQUAL**

**Percepción de las necesidades del cliente:** El cliente tiene ciertas necesidades reales, de las cuales a veces él mismo no es consciente. Estas necesidades son percibidas por el sistema para la posterior realización del servicio. Algunos sistemas logran identificar las necesidades reales del cliente, mientras que otros solo perciben las necesidades de las cuales el cliente es consciente.

**Expectativas del cliente:** Aquí se define lo que espera el cliente del servicio, esta expectativa está formada por comunicación de boca a boca, información externa, experiencias pasadas y por sus necesidades conscientes. A partir de aquí puede surgir una retroalimentación hacia el sistema cuando el cliente emite un juicio.

Zeithalm, Parasuraman y Berry, a través de sus extensos estudios sobre la calidad en el servicio, han identificado cinco dimensiones que los clientes utilizan para juzgar a una compañía de servicios. Estas dimensiones son:

1. **Fiabilidad:** Se refiere a la habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa. Es decir, que la empresa cumple con sus promesas, sobre entregas, suministro del servicio, solución de problemas y fijación de precios.
2. **Capacidad de respuesta:** Es la disposición para ayudar a los usuarios y para prestarles un servicio rápido y adecuado. Se refiere a la atención y prontitud al tratar las solicitudes, responder preguntas y quejas de los clientes, y solucionar problemas.
3. **Seguridad:** Es el conocimiento y atención de los empleados y sus habilidades para inspirar credibilidad y confianza.
4. **Empatía:** Se refiere al nivel de atención individualizada que ofrecen las empresas a sus clientes. Se debe transmitir por medio de un servicio personalizado o adaptado al gusto del cliente.
5. **Elementos tangibles:** Es la apariencia física, instalaciones físicas, como la infraestructura, equipos, materiales, personal.

En base a los conceptos anteriores, SERVQUAL es una herramienta que se divide en tres cuestionarios.

**Fase 1.** Este cuestionario capta las percepciones de los clientes, contiene preguntas respecto al servicio que se espera brinde una compañía de servicio excelente.

**Fase 2.** Consiste en un cuestionario mediante el cual los clientes evalúan la importancia que tiene cada una de las cinco dimensiones de servicio.

**Fase 3.** En esta fase se solicita a los clientes sus percepciones específicas respecto a la compañía que se desea estudiar. Básicamente, los enunciados son los mismos que en la fase 1, pero aplicados a la compañía en estudio

### **El modelo de las cinco discrepancias**

El modelo contempla la posible existencia de cinco discrepancias o "brechas" en la cadena de servicio de una organización. Mediante la identificación de estas brechas, se pueden localizar áreas de oportunidad

#### **Discrepancia, diferencia entre:**

1. Expectativas de los clientes y percepciones de la administración respecto a dichas expectativas
2. Percepciones de la administración respecto a las expectativas de los clientes y las especificaciones de calidad en el servicio
3. Las especificaciones de calidad en el servicio y el servicio que actualmente se está brindando a los clientes
4. El servicio que actualmente se está brindando a los clientes y lo que se comunicó a los clientes respecto a dicho servicio
5. Servicio esperado y servicio percibido

## **1.5 Sistema de costeo**

### **Costeo de un proyecto:**

El costeo, del proyecto es el proceso de analizar un proyecto con los componentes de una actividad de negocios para poder descubrir cuál es el costo de todos sus elementos. El costeo es unir costos específicos a las variables apropiadas en la actividad y no es lo mismo que calcular un estimado

El costear ayuda a saber si se gana o se pierde con la actividad a realizar, y es por ello que costear se hace accesible y aplicable.

Definición de costo: Es la salida de dinero aplicada directamente en un producto o servicio, es decir son pesos, dólares o euros, hablando en términos monetarios, que se pueden "palpar" en el producto que la organización. Produce o servicio que brinde.

### **Sistemas de costos**

Un Sistema de Costos es un conjunto de procedimientos y técnicas para calcular el costo de las distintas actividades.

Los Sistemas de Costos se clasifican de la siguiente manera:



### **1) según la forma de producir.**

Según la forma de cómo se elabora un producto o se presta un servicio, los costos pueden ser:

a) **costos por órdenes.** Se utilizan en aquellas organizaciones que operan sobre pedidos especiales de clientes, en donde se conoce el destinatario de los bienes o servicios y por lo general él es quien define las características del producto y los costos se acumulan por lotes de pedido. Normalmente, la demanda antecede a la oferta, y por lo tanto a su elaboración.

b) **costos por Procesos.** Se utiliza en aquellas organizaciones que producen en serie y en forma continua, donde los costos se acumulan por departamentos, son costos promedios, la oferta antecede a la demanda y se acumulan existencias.

c) **costos por ensamble.** Es utilizado por aquellas organizaciones cuya función es armar un producto con base en unas piezas que lo conforman, sin hacerle transformación alguna. Por ejemplo, ensamblaje de automóviles, de bicicletas, etc.

### **2) según la fecha de cálculo.**

Los costos de un producto o un servicio, según la época en que se calculan o determinan, pueden ser:

a) **costos históricos.** Llamados también reales, son aquellos en los que primero se produce el bien o se presta el servicio y posteriormente se calculan o determinan los costos. Los costos del producto o servicio se conocen al final del período.

b) **costos predeterminados.** Son aquellos en los que primero se determinan los costos y luego se realiza la producción o la prestación del servicio. Se clasifican en Costos Estimados y Costos Estándares.

### **3) según método de costo.**

Los costos, según la metodología que utilice la organización. Para valorizar un producto o servicio, pueden clasificarse así:

a) **costo real.** Es aquel en el cual los tres elementos del costo (costos de materiales, costos de mano de obra y costos indirectos de fabricación) se registran a valor real, tanto en el débito como en el crédito.

Este método de contabilización presenta inconvenientes, ya que para determinar el costo de un producto habría que esperar hasta el cierre del ejercicio para establecer las partidas reales después de haberse efectuado los ajustes necesarios.

b) **costo normal.** Es aquel en el cual los costos de materiales y mano de obra se registran al real y los costos indirectos de fabricación con base en los presupuestos de la organización. Al finalizar la producción, habrá que hacer una comparación de los costos indirectos de fabricación cargados al producto mediante los presupuestos y los costos realmente incurridos en la producción, para determinar la variación, la cual se cancela contra el costo de ventas.

Este método de costo surge por los inconvenientes que se presentan en el costeo real.



La principal desventaja del costo normal es que, si los presupuestos de la organización no han sido establecidos en forma seria, los costos del producto quedarían mal calculados.

c) **costo estándar**. Consiste en registrar los tres elementos (costo de materiales, costo de mano de obra y costos indirectos de fabricación) con base en unos valores que sirven de patrón o modelo para la producción.

Este método de costo surge, debido a que se hizo la consideración de que, si los costos indirectos de fabricación se podían contabilizar con base en los presupuestos, siendo un elemento difícil en su tratamiento.

#### **4) según tratamiento de los costos indirectos.**

El costo de un producto o de un servicio prestado puede valorarse dependiendo del tratamiento que se les den a los costos fijos dentro del proceso productivo. Se clasifica así:

a) **costo por absorción**. Es aquel en donde tanto los costos variables y fijos entran a formar parte del costo del producto y del servicio.

b) **costo directo**. Llamado también variable o marginal, es aquel en donde los costos variables únicamente forman parte del costo del producto. Los costos fijos se llevan como gastos de fabricación del período, afectando al respectivo ejercicio.

c) **costo basado en las actividades (ABC)**. Es aquel en donde las diferentes actividades para fabricar un producto u ofrecer un servicio, consumen los recursos indirectos de producción y los productos o servicios consumen actividades, teniendo en cuenta unos inductores de costos para distribuirlos.

Entre otras categorías para la clasificación de costos están:

5) de acuerdo con la importancia sobre la toma de decisiones

6) de acuerdo con el tipo de desembolso en el que se ha incurrido

7) de acuerdo con el cambio originado por un aumento o disminución en la actividad, entre otros.

## 2 Marco institucional


---

### 2.1 Ministerio de Salud

Según el objetivo de la Política Nacional de Salud 2015-2019, el Ministerio de Salud, es el encargado de: “Garantizar el derecho a la salud de todas las personas mediante un Sistema Nacional de Salud integrado, sólido, que fortalezca sostenidamente lo público y regule efectivamente lo privado, con un abordaje de determinación social de la salud y la aplicación plena de la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), sumando esfuerzos hacia la cobertura universal de salud, el acceso universal a la salud, la búsqueda constante de la equidad y de un ambiente sano y seguro, a través de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación.”<sup>4</sup>

#### 2.1.1 RIIS

El concepto de servicios de salud integrales no es nuevo, sin embargo, su significado puede tener múltiples interpretaciones y usos, la Organización Mundial de la Salud ha propuesto la siguiente definición preliminar de servicios de salud integrales:

 *“La gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud, y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de vida”.*<sup>5</sup>

La definición de servicios de salud integrales es bastante amplia y se puede expresar por ejemplo como un conjunto amplio de intervenciones preventivas y curativas para un determinado grupo poblacional. Las Redes Integradas de Servicios de Salud, o Sistemas Organizados de Servicios de Salud como:

*“Una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”*<sup>6</sup>

#### 2.1.2 Sistema de Salud de El Salvador

En El Salvador, el sistema de salud surge con Hospitales de caridad. Luego se crea el Seguro Social como una forma de mantener productiva la fuerza laboral para la incipiente industria (inicia la segmentación). Una amplia oleada de protestas populares llevó al surgimiento de organizaciones contra la privatización del Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Esto generó la Reforma de Salud, como una respuesta integral al abandono y la privatización del sistema de salud, concibe a este último como bien público y como derecho humano

---

<sup>4</sup> Informe de labores 2016-2017, Ministerio de Salud

<sup>5</sup> FUENTE: Modification de WHO. Integrated health services – what and why? Technical Brief No. 1, May 2008.

<sup>6</sup> Modificado de Shortell, SM; Anderson DA; Gillies, RR; Mitchell JB; Morgan KL. Building integrated systems: the holographic organization. Healthcare Forum Journal 1993;36(2):20–6.

<b>Objetivo de la Reforma de Salud:</b> Garantizar el derecho a la salud a toda la población Salvadoreña a través de:	Un Sistema Nacional Integrado de Salud que fortalezca sostenidamente lo público y regule efectivamente lo privado
	El acceso a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud
	Un ambiente sano y seguro
	Un sistema de atención a la salud, eficiente, de alta resolutivez, equitativo y de alta calidad para todas.

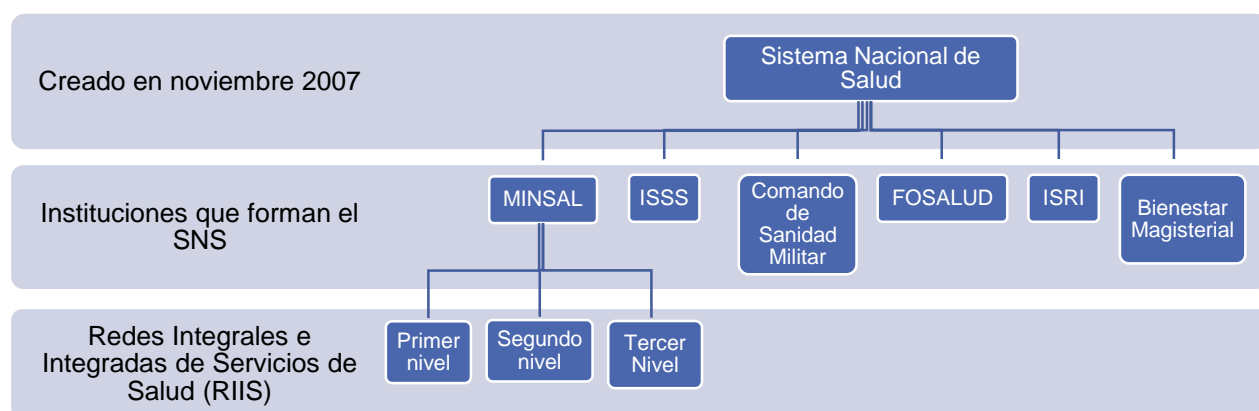
Fuente: Elaboración Propia a partir de la Reforma de Salud

La Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud (SNS) establece que el sistema está constituido por las instituciones que forman parte de la administración pública y cuya finalidad es elaborar y ejecutar políticas públicas que garanticen el derecho a la salud de la población. Entre estas el Ministerio de Salud es miembro con sus respectivas dependencias. En ese sentido el organismo rector del Sistema es el MINSAL y en dicha función es el encargado de coordinar la formulación de la Política Nacional de Salud de manera conjunta con los demás miembros del SNS.

### 2.1.3 Sistema Nacional de Salud y el MINSAL

La ley establece que se en el SNS se articulan los prestadores públicos de servicios de salud, bajo la rectoría del MINSAL. Los miembros del SNS deben orientar la ampliación de la cobertura de los servicios de salud a la población en los tres niveles de atención, priorizando la atención en el primero y segundo nivel, además bajo el marco de la Reforma de Salud, que busca el ejercicio pleno del Derecho Humano a la Salud, a partir del funcionamiento eficaz y eficiente del Sistema Nacional de Salud a través de las Redes Integrales e Integradas de Salud (RIIS).

Ilustración 23 Esquema de la dependencia entre instituciones según la ley.



Fuente: Elaboración Propia a partir de la Reforma de Salud (2010)

#### 2.1.4 Filosofía del MINSAL

<b>Misión:</b> Somos la instancia del Estado rectora en materia de salud, que garantiza a los habitantes de la República de El Salvador la cobertura de servicios oportunos e integrales, con equidad, calidad y calidez, en corresponsabilidad con la comunidad, incluyendo todos los sectores y actores sociales, para contribuir a lograr una mejor calidad de vida.	<b>Visión:</b> Instancia rectora del sector fortalecida, conduciendo de manera eficiente y efectiva el Sistema Nacional de Salud y garantizando a los habitantes de la República de El Salvador servicios integrales de salud en armonía con el ambiente, con equidad, calidad y calidez, para la conservación y restablecimiento de la salud, estimulando para ello la corresponsabilidad y la contraloría social.
--	--

#### Principios:

- **Transparencia:** Decisiones de cara a la población y rendición de cuentas como premisas de buen gobierno, rectitud fiscal, sostenibilidad, honestidad y responsabilidad.
- **Solidaridad:** Colaboración y redistribución para el bien común, unidad de intereses y propósitos.
- **Compromiso:** Dar prioridad a la salud de los salvadoreños.
- **Equidad:** Para que todas las personas disfruten de igualdad de oportunidades para desarrollar su potencial de salud y no experimenten desigualdades socialmente determinadas, injustas y evitables.
- **Universalidad:** En el acceso a los servicios y bienes, en el marco de un sistema de protección social universal para todos los salvadoreños.
- **Gratuidad:** Derecho a recibir atención en los servicios de salud del sistema público sin tener que pagar por prestación.
- **Intersectorialidad:** Abordaje de los problemas de salud involucrando en su identificación y solución sectores diferentes al sector salud, para enfrentar los factores que los determinan.
- **Participación social:** Potenciar el poder de decisión de la población como fuente de soberanía e iniciativa políticas en los asuntos de su salud y en la rendición de cuentas.
- 

#### 2.1.5 Historia del MINSAL.

En 1983 se elaboró el diagnóstico de salud correspondiente a los años 1979-1982 para ser tomado como documento de referencia para programar las actividades del Ministerio, la red de establecimientos de salud era de 331 distribuidos en 14 Hospitales 12 Centros de Salud, 98 Unidades de Salud, 164 Puestos de Salud, 34 Puestos Comunitarios y 9 Dispensarios de Salud, En 1992 se da la implementación y seguimiento






del Subsistema de Información Gerencial (SIG) en los Hospitales de Chalatenango, Rosales, Maternidad y en los Centros de Salud de Nueva Concepción, San Bartolo y Chalchuapa.

A nivel institucional se realizó el análisis e implementación del modelo de atención, con la propuesta de las Gerencias de Atención Integral en Salud, según grupos de edad: La niñez, los adolescentes, la mujer, el adulto masculino y el adulto mayor. Se ha continuado con el proceso de modernización con la redefinición de las funciones del Sistema Sanitario con el fin de conformar el Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI) bajo la visión de lograr la participación activa de la comunidad (participación social) y lograr la descentralización de los servicios de salud. Los SIBASI conformados para el año 2000 son: Metapán, Nueva Guadalupe, Ilobasco, Sensuntepeque y Zona Sur de San Salvador, los cuales sistematizaron sus experiencias para consolidar el funcionamiento de los sistemas básicos de salud integral como nuevo modelo de gestión. Se realiza la primera evaluación a nivel de todo el sector salud del desempeño de las funciones esenciales de la salud pública. Dándole continuación al proceso de modernización, con la finalidad de ampliar y mejorar los servicios de salud en el mes de agosto se conforman los 5 equipos técnicos de zona responsables de la supervisión de los SIBASI, oficializándose el 30 de agosto los 28 SIBASI, como entidad ejecutora y operativa de las políticas de Salud; se anulan las sedes Departamentales de salud.

### 2.1.6 Niveles de atención del Sistema Nacional de Salud

El MINSAL estructura los establecimientos y servicios de salud que integran la RIIS, según el modelo de provisión del servicio, en tres niveles de atención de diferente complejidad:

Tabla 1 Desglose de los niveles de atención

nivel de atención	Centros que comprenden los niveles	Cantidad de centros
Primer nivel	Equipos Comunitarios de Salud (familiares y especializados); Unidades Comunitarias de Salud; Oficina Sanitaria Internacional; Casa de espera materna; Centro Integral de Espera Materno Infantil Y Nutrición; Centro de Atención Integral de Adolescentes; Clínica de empleados	 1362
Segundo nivel	Hospitales Municipales, Hospitales Generales (Departamentales).	 27
Tercer Nivel	Hospitales de Especialidades (Hospitales Regionales y Hospitales Nacionales).	 3

Fuente: Plan Operativo Institucional 2018 MINSAL

## **2.1.7 Descripción de los niveles de atención**

### **2.1.7.1 Primer Nivel de atención**

La severidad de los problemas de salud en este nivel, plantean una atención de baja complejidad con una oferta de gran tamaño y menor especialización y tecnificación de sus recursos, En este nivel se desarrollan principalmente actividades de promoción y protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las necesidades de salud más frecuentes. Satisface las necesidades de salud de la población en su ámbito jurisdiccional a través de atención integral ambulatoria, con énfasis en promoción de la salud, prevención de los riesgos y daños y fomentando la participación ciudadana.

### **2.1.7.2 Segundo Nivel de atención**

Existen tres categorías dentro de los Hospitales de segundo nivel, las cuales son: Hospital Básico, Hospital Departamental y Hospital Regional. En general, estos nosocomios brindan atención de acuerdo al conjunto de prestaciones, de pacientes médico quirúrgico de Emergencia, servicio de Hospitalización, de Consulta Externa o Servicios de Apoyo que consultan a libre demanda o que sean referidos por otros niveles de atención en las cuatro especialidades básicas de la medicina o para algunas de las especialidades contempladas en los Hospitales Departamentales y Regionales, a fin de resolver problemas de salud agudos o crónicos.

#### **Hospital Departamental de Segundo Nivel:**

Es el establecimiento que, estando ubicado en las cabeceras departamentales, excepto San Salvador. Se incluyen en esta clasificación los Hospitales Nacional Psiquiátrico “Doctor José Molina Martínez” y Nacional de Neumología y Medicina Familiar “Doctor José Antonio Saldaña”, por proveer servicios especializados en estas áreas.

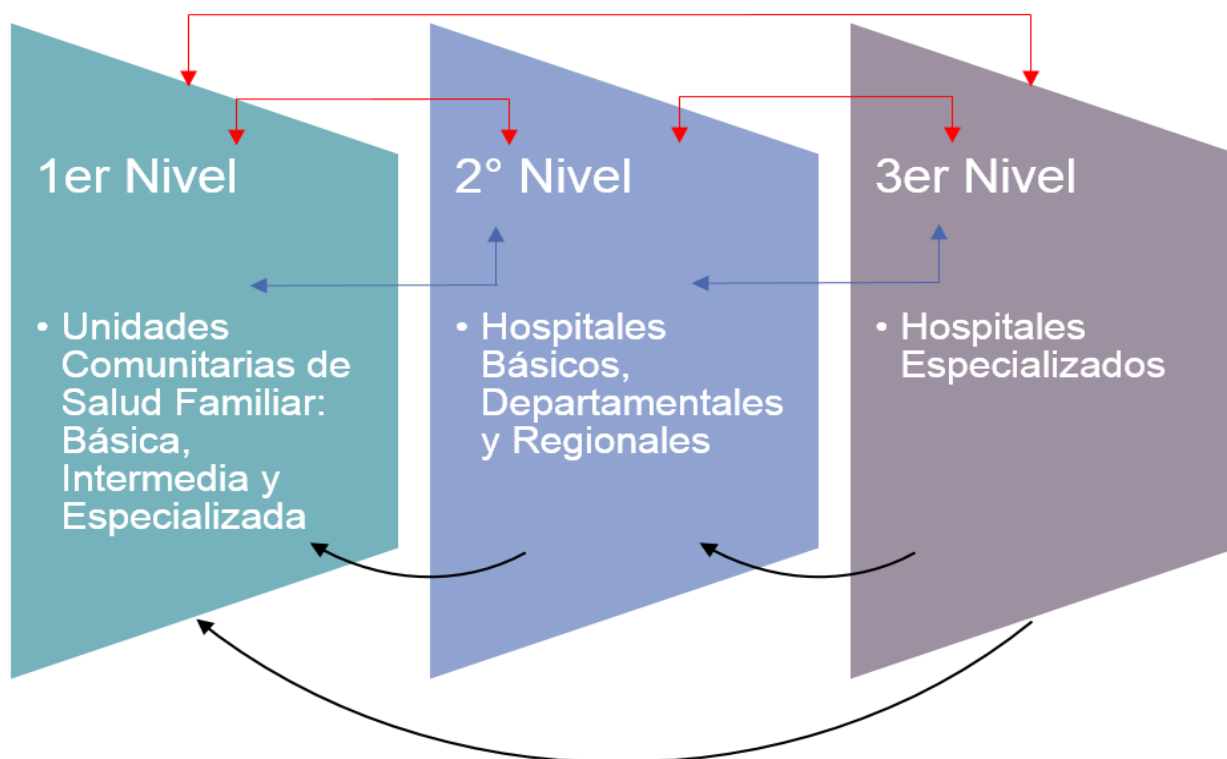
#### **Hospital Regional de Segundo Nivel:**

Son los establecimientos ubicados en las Regiones de Salud del país, considerados de referencia en sus respectivas Redes Regionales, y están categorizados para la atención de usuarios en las áreas de Emergencia, Consulta Externa y Hospitalización de moderado a alto riesgo, con especialidades y subespecialidades que sirvan como centro de referencia para los Hospitales Básicos y Departamentales de su región, contando con los servicios de apoyo necesarios.

### **2.1.7.3 Tercer Nivel**

Son los establecimientos de referencia nacional, que están categorizados para la atención de usuarios(as) que requieran servicios altamente especializados en las áreas de emergencia, consulta externa y Hospitalización. Cada uno de estos Hospitales tiene definido un conjunto de prestaciones y especialidades asignadas de acuerdo al perfil epidemiológico nacional, contando para ello con el equipo diagnóstico y de apoyo necesario.

Ilustración 24 Organización del Sistema de referencia, retorno e interconsulta



Fuente: Dirección del Primer nivel de Atención

Cuadro 12 Actividades Generales de los Hospitales Nacionales de Tercer Nivel

Actividades Generales de los Hospitales Nacionales de Tercer Nivel	
<p>Brindar atención especializada de Emergencia, recuperación y rehabilitación a los enfermos de las diferentes especialidades y subespecialidades médicas de medicina y cirugía en el caso del Hospital Rosales; de ginecología, obstetricia y neonatología en el Hospital Nacional de la Mujer, y de pediatría médica y quirúrgica, así como neonatología en el Hospital Benjamín Bloom. Son establecimientos de pacientes agudos y atienden a toda la población del país a través de la referencia y retorno.</p>	<p>En el Hospital de la mujer, es de relevancia el control prenatal de las embarazadas con alto riesgo o con comorbilidad. Así como la atención Hospitalaria del parto con complicaciones. Consejería a madres sobre sus cuidados y los del recién nacido, consejería en lactancia materna y planificación familiar post parto. En ginecología se atiende la cirugía de alta complejidad (ASA III, IV o V).</p>
<p>El modelo asistencial se basa en el enfoque multi profesional contando con Guías Clínicas para el tratamiento. Desarrolla</p>	<p>En los casos quirúrgicos tienen la capacidad para resolver toda la cirugía de alta complejidad y las complicaciones del</p>

<p>actividades de docencia e investigación en salud. Se ubica en la capital del país considerada como de mayor desarrollo económico y con mayor concentración poblacional.</p>	<p>sistema Hospitalario y paciente con la clasificación ASA III, IV o V</p>
<p>Servicio de Emergencias: con un área de selección de acuerdo a la especialidad. En esta área el paciente es evaluado inmediatamente por un médico especialista quien prioriza la atención brindando una mayor oportunidad y seguridad para los pacientes según complejidad.</p>	<p>En el Hospital Bloom se producen las atenciones claves para el recién nacido con morbilidad, y prematuro, reanimación neonatal, la cirugía pediátrica de padecimientos de alta complejidad (ASA III, IV o V).</p>
<p>Atención ambulatoria o Consulta externa: cuentan con múltiples sub especialidades de la atención médica; poseen equipos multidisciplinarios para la discusión de casos. La demanda y el perfil epidemiológico exigen cubrir las veinticuatro horas de las especialidades más críticas.</p>	<p>En el Hospital Rosales se atienden todas las especialidades de la Medicina Interna: pacientes agudos y crónicos, con patología de alta complejidad. Cuenta con la unidad de cuidados intermedios e intensivos de mayor capacidad instalada de la red pública.</p>
<p>Servicio de Hospitalización, aplica para las especialidades el mismo criterio ya expuesto.</p>	<p>Ortopedia y traumatología en emergencia y cirugía de alta complejidad, reemplazos de articulación y colocación de prótesis.</p>

Fuente: Elaboración Propia. Con información del documento "LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA CATEGORIZACIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS"



Cuadro 13 Comparación de funciones de los tres niveles de atención en salud

Funciones de los distintos niveles de atención		
Primer Nivel	Segundo Nivel	Tercer Nivel
<p>Se atienden problemas de salud de atención baja complejidad y menor especialización y tecnificación de los recursos. Se realizan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades de promoción y protección específica</li> <li>• Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las necesidades de salud más frecuentes.</li> <li>• Satisface las necesidades de salud de la población en su ámbito jurisdiccional a través de atención integral ambulatoria.</li> <li>• Prevención de Riesgos y Daños: Ejecuta e informa las acciones de control epidemiológico a los niveles correspondiente.</li> <li>• Vigilancia y monitoreo de complicaciones obstétricas, mortalidad materna y perinatal Prevención de disfunciones familiares y violencia social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Emergencia</li> <li>• Consulta externa</li> <li>• Hospitalización de moderado riesgo</li> <li>• Especialidades: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cirugía general</li> <li>○ Ginecobstetricia</li> <li>○ Medicina interna</li> <li>○ Pediatría</li> <li>○ Servicio de apoyo</li> <li>○ Subespecialidades definidas según el perfil epidemiológico del departamento</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Hospital Departamental de segundo nivel:</b></p> <p>Ubicados en las cabeceras departamentales, excepto San Salvador.</p> <p>Se incluyen en esta clasificación los Hospitales Nacional Psiquiátrico “Doctor José Molina Martínez” y Nacional de Neumología y Medicina Familiar “Doctor José Antonio Saldaña”, por proveer servicios especializados en estas áreas.</p> <p><b>Hospital Regional de segundo nivel:</b></p> <p>Categorizados para la atención de usuarios en las áreas de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Emergencia</li> <li>• Consulta externa</li> <li>• Hospitalización de moderado a alto riesgo, con especialidades y subespecialidades que sirvan como centro de referencia para los Hospitales Básicos y Departamentales de su región.</li> </ul>	<p>Pacientes con referencia del Primer o Segundo Nivel hacia especialidades para el Tercer Nivel, para resolver problemas de salud agudos o crónicos contempladas de acuerdo a su complejidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio médico quirúrgicos de emergencia</li> <li>• Servicio de Hospitalización</li> <li>• Consulta externa,</li> <li>• Servicios de apoyo necesarios</li> <li>• Casos de consultas a libre demanda de las cuatro especialidades básicas, se atenderán en la fase aguda, y se referirán al nivel correspondiente.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia

## 2.1.8 Recursos del MINSAL

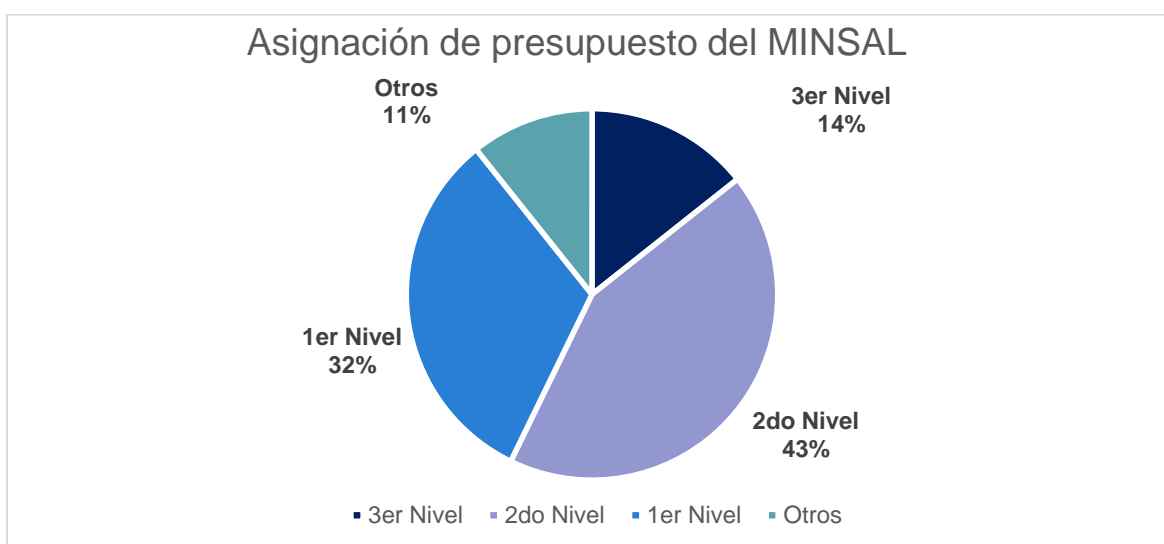
### 2.1.8.1 Presupuesto del MINSAL a Hospitales de 3er nivel

Para el año 2018, el Ministerio de Salud obtuvo un presupuesto aprobado por la asamblea legislativa de \$622,435,109 con las cuales el ministerio asigno a la Red de Hospitales \$356,132,570 lo que representa cerca del 57% del presupuesto asignado.

El restante 43%, lo conforman el Primer nivel de atención con \$199,576,500 cerca de un 32% y el restante 11% son dedicados a la parte administrativa, sueldos de personal y otros programas (veteranos de guerra), que el ministerio tiene a su cargo

De la asignación presupuestaria de Hospitales, se desglosa los dos niveles a los cuales estos forman parte; el Tercer Nivel de Atención recibe de parte del MINSAL \$89,225,760 para su funcionamiento.

Ilustración 25 Asignación de presupuesto del MINSAL



Fuente: Elaboración propia, a partir de Presupuesto aprobado Año 2018, MINSAL

El presupuesto, no es constante año con año, el cual debe ser aprobado anualmente por la Asamblea Legislativa, a continuación, se presenta el presupuesto anual por Nivel de Atención de los últimos tres años:

Tabla 2 Total del presupuesto institucional del MINSAL según niveles de atención)

Presupuesto en los diferentes Niveles de Atención del SNS				
	2016	2017	2018	Promedio
Primer nivel	\$244.55	\$253.81	\$199.58	\$232.64
Segundo nivel	\$223.76	\$219.37	\$203.54	\$215.55
Tercer Nivel	\$115.77	\$115.12	\$94.03	\$106.70
	<b>\$584.08</b>	<b>\$588.30</b>	<b>\$497.12</b>	<b>\$554.90</b>

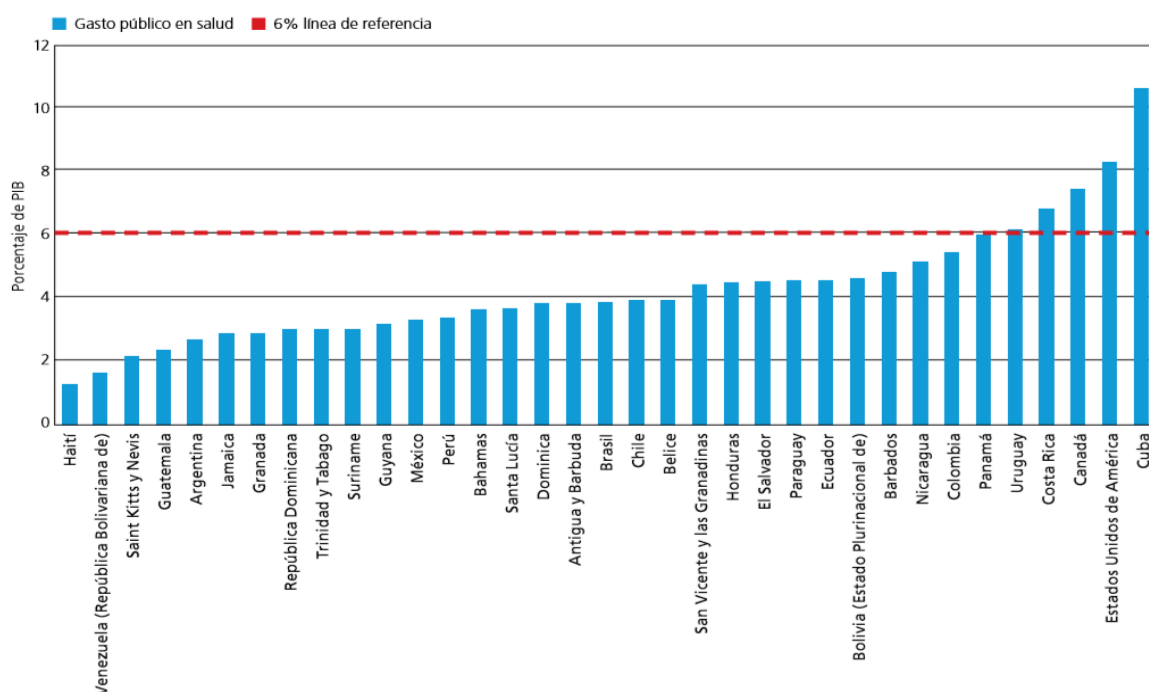
Fuente: Informe de Labores 2016-2017 del MINSAL, Datos en millones de US\$.

Incluye todas las fuentes de financiamiento (presupuesto ordinario y otros tipos de presupuestos

Lo representativo de los datos presentados es el presupuesto asignado al Tercer Nivel de Atención, si bien es una realidad que la cantidad de establecimientos que pertenecen a los primeros dos niveles de atención superan por mucho a los 3 Hospitales que forman el 3er nivel de Atención, la calidad de ser Hospitales de Referencia Nacional, y atender las patologías más complejas, infiere que la demanda de pacientes estará sujeta a el crecimiento de toda la población del país, por lo cual las instituciones muestran disconformidad con el porcentaje de presupuesto asignado.

Desde la parte presupuestaria, el problema tiene una raíz más profunda, según la OMS el mínimo de inversión en salud que debe ejercerse por un país es el 6% del PIB, en un estudio realizado en el año 2017, solo 5 países de Latinoamérica cumplían con el mínimo requerido

Ilustración 26 Gasto público en salud como porcentaje del PIB, 2014



Fuente: Salud en las Américas 2017, OMS

De acuerdo a la OMS El Salvador destina por inversión a la salud un 4.5% del porcentaje del PIB, muy por debajo del mínimo recomendado, a nivel centroamericano, El Salvador está por encima de la inversión de Guatemala y Belice, pero por detrás de Nicaragua, Panamá, Honduras y Costa Rica. El Salvador se ubica con una inversión entre el 4 y el 6% del PIB, con países como Paraguay, Ecuador, Bolivia, Nicaragua, Colombia y Panamá.

### 2.1.8.2 Recurso Humano en Hospitales de 3er nivel

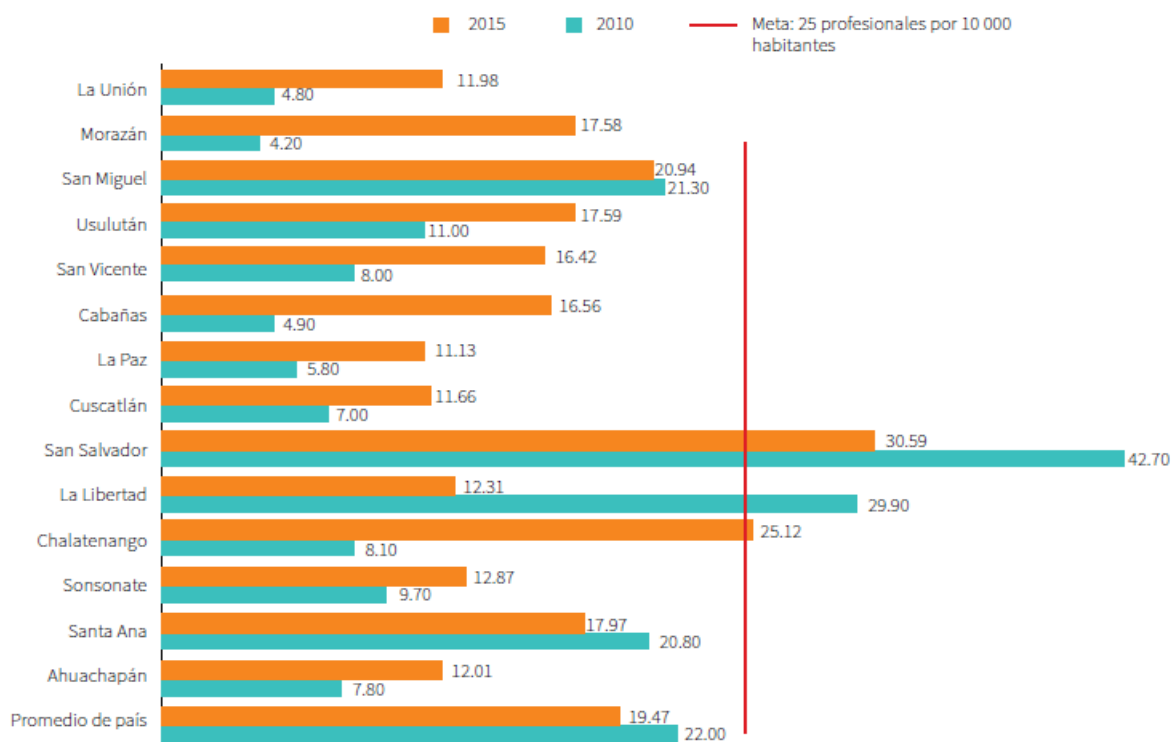
Un recurso sumamente importante en la prestación del servicio de salud, es el humano, ya que este es el que brinda la atención de primera mano a los pacientes.

El desarrollo de los recursos humanos en salud en el país, debe analizar los Procesos de educación y de trabajo en el contexto nacional, como Procesos complementarios que en un conjunto determinan la cantidad, calidad y pertinencia del elemento humano que ponen en

funcionamiento el sistema de salud salvadoreño. En el Tercer Nivel, al igual que en el Sistema Nacional de Salud, el recurso humano se desenvuelve en dos ejes transversales, uno el brindar atención médica y conjuntamente prestar servicios de docencia a la comunica médica en formación, los 3 Hospitales de 3er nivel son Hospitales escuela, por lo que la práctica docente es constante.

Según la 27.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó la resolución CSP27. R7, Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015 en la cual se establecieron metas, una de las cuales tiene relación con establecer 25 recursos humanos calificados por cada 10,000 habitantes.

Ilustración 27 Densidad de profesionales de la salud por cada 10 000 habitantes



Fuente: Dirección de Recursos Humanos MINSAL, 2015.

Comparando con la medición de la línea base 2010, hay departamentos que a pesar de no cumplir la meta establecida (25 recursos por 10 000 habitantes) han triplicado sus recursos a 2015, entre ellos La Unión, Morazán, Cabañas y Chalatenango. Los resultados también reflejan que aún no se ha logrado una distribución equitativa del personal de salud en las áreas de medicina, enfermería y salud materno infantil que son las áreas involucradas en este estudio

En América Central está a nivel intermedio del logro de esta meta, aún con una brecha nacional de 20.0 a 25.0 recursos humanos por 10 000 habitantes; es importante señalar que según los datos del MINSAL el 40.8 % del total de médicos del SNS se desempeña en el Primer nivel de Atención, mejorando el acceso de la población a recursos calificados.

Tabla 3 Recurso Humano/ 10 000 Hab en Centroamérica

País	Recursos / 10 000 Habitantes
Guatemala	12.5 recursos / 10 000 habitantes
Honduras	12.1 recursos / 10 000 habitantes
Nicaragua	16.0 recursos / 10 000 habitantes
R. Dominicana	20.0 recursos / 10 000 habitantes
El Salvador	20.0 recursos / 10 000 habitantes
Pánama	27.0 recursos / 10 000 habitantes
Costa Rica	33.8 recursos / 10 000 habitantes

Fuente: informe de los países (2013) 2da medición de metas, de los desafíos de Toronto

Según RRHH de las instituciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud, este recurso demuestra un incremento significativo en los años 2010 - 2013, que ha permitido mejorar el acceso a la salud de la población como un Derecho Humano fundamental y de los cuales más del 62% pertenecen al Ministerio de Salud MINSAL, según datos de un estudio realizado en 2014

De acuerdo a información encontrada en el SIMMOW, los médicos registrados en el Tercer Nivel de Atención son un total de 1429, distribuidos en los 3 Hospitales de referencia nacional, el número de enfermeras que forman parte del Tercer Nivel de Atención, no se pudo obtener debido a falta de información en el sistema

Tabla 4 Cantidad de Médicos en el Tercer Nivel de atención, por establecimiento

Hospital	Médicos
Hospital Nacional de Niños “Benjamín Bloom”	379
Hospital Nacional Rosales	801
Hospital Nacional de la Mujer	249

Fuente: SIMMOW

El Ministerio cuenta con un sistema informático para la planificación del recurso humano y la asignación para los diferentes servicios, tanto de médicos y de enfermeras, pero no se utiliza y no se le suministran datos por parte de los empleados.

### 2.1.8.3 Perfiles de atención médica de cada Hospital

Dentro del manual de “LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA CATEGORIZACIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS” se establece que el recurso humano que presta su servicio

dentro del proceso de Hospitalización debe cumplir rigurosamente con las condiciones que se presentan a continuación:

### **Dotación de Recursos Humanos.**

*Este criterio evalúa que el Hospital cuente permanentemente, durante las veinticuatro horas del día y los trescientos sesenta y cinco días del año, con personal médico con capacidad comprobada de estudios de la especialidad o especialidades que atienda el Hospital, y con personal de enfermería capacitado para la atención de urgencias, en base a la instrumentación técnico jurídica del MINSAL.*

- a) *El Hospital debe tener personal, en la cantidad necesaria y con la calificación técnica idónea, para prestar los Servicios de Hospitalización que ofrece, las veinticuatro horas del día, los trescientos sesenta y cinco días del año.*
- b) *El Hospital debe contar en el área de cirugía, con personal debidamente capacitado y en la cantidad suficiente para brindar los servicios quirúrgicos y de anestesia que ofrece.*
- c) *El Hospital debe contar con el personal profesional certificado y técnico acreditado (en su defecto con capacitaciones y formación comprobable) para atender los servicios de consulta externa, diagnóstico y de apoyo al tratamiento y los servicios de rehabilitación.*
- d) *El Hospital debe cumplir las Políticas y los instrumentos técnico jurídicos, además de la normativa interna, que establezcan las responsabilidades, derechos, obligaciones y sanciones a las que se somete todo el personal del Hospital, y además conocer y aplicar la Norma Técnica de Control Interno Específica, autorizada por la Corte de Cuentas de la República.*

A continuación, se presenta el perfil de los médicos que atienden en los diferentes Hospitales de referencia de Tercer Nivel, y el tipo de pacientes que se reciben según la especialidad del recinto:

*Cuadro 14 Perfiles de puestos de trabajo de los Hospitales de Tercer Nivel*

<b>Perfiles de puestos de trabajo de los Hospitales de Tercer Nivel</b>
<b>Puesto:</b> Jefe de servicio Hospitalario
<b>Graduado Universitario con Post-Grado:</b> Médico Especialista I, II, III (el nivel I, II y III corresponde a la cantidad de especialidades de medicina o cirugía que el médico haya cursado académicamente).
<b>Doctorado:</b> Doctor en Medicina con Especialidad
<b>Especialidad:</b> Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Cirugía, Psiquiatría y Medicina Familiar. Especialidad médica posterior a una de las especialidades básicas de la medicina según área de aplicación, así también estar inscrito en la Junta de Vigilancia para el ejercicio de la Profesión Médica.
<b>Experiencia Previa:</b> De 1 a 2 años desempeñando puestos de similar naturaleza.
<b>Misión del puesto:</b> Dirigir, planificar, coordinar y supervisar las actividades administrativas, asistenciales, médico-quirúrgicas y docentes de un servicio Hospitalario, a fin de brindar atención de salud con calidad, calidez y oportunidad a la población, cumpliendo con la normativa, guías y protocolos de atención establecidos, en el marco del modelo de atención, contribuyendo con la recuperación de la salud del paciente.

Puesto: Médico Staff

**Graduado Universitario con Post-Grado:** Médico Especialista I, II, III (el nivel I, II y III corresponde a la cantidad de especialidades de Medicina o Cirugía que el médico haya cursado académicamente).

**Doctorado:** Doctor en Medicina con Especialidad

**Especialidad:** Especialidad básica. Especialidad médica posterior a una de las especialidades básicas de la medicina según área de aplicación, así también estar inscrito en la Junta de Vigilancia para el ejercicio de la Profesión Médica.

**Experiencia Previa:** No requiere.

**Misión del puesto:** Brindar atención médica a pacientes de acuerdo a una de las ramas básicas de la Medicina, mediante la aplicación de procedimientos médicos y/o quirúrgicos de complejidad diagnóstica y terapéutica, con base a la normativa, guías y protocolos de atención establecidos a fin de brindar servicios de salud con calidad, calidez y oportunidad a la población, contribuyendo con la recuperación de la salud del paciente en el marco del modelo de atención.

Puesto: Médico Residente

**Doctorado:** Doctor en Medicina sin Especialidad

**Experiencia Previa:** Hasta un año. Haber realizado y aprobado el plan de residencia de Médico Residente II.

**Misión del puesto:** Brindar atención de salud preventiva, curativa y de Hospitalización a pacientes de leve a mediano riesgo, así como también desarrollar actividades docentes y administrativas, cumpliendo con la normativa, guías y protocolos de atención establecidos, contribuyendo a brindar servicios de salud con calidad y calidez a la población en el marco del modelo de atención y desarrollo del proceso de formación profesional.

Puesto: Enfermera jefa de unidad Hospitalaria.

**Graduado Universitario:** Licenciatura en Enfermería

**Técnico:** Tecnólogo en Enfermería; Enfermera Graduada

**Experiencia Previa:** Hasta un año. Preferentemente haber realizado el servicio social en un Hospital.

**Misión del puesto:** Realizar acciones de planeamiento, organización, dirección, supervisión y control de las actividades de un servicio Hospitalario de enfermería, para proporcionar atención integral de forma directa con calidad y calidez a pacientes Hospitalizados, de acuerdo a procedimientos y protocolos de atención establecidos, mediante el cumplimiento de indicaciones médicas y de enfermería, contribuyendo con el restablecimiento de la salud del paciente.

Puesto: Enfermera Hospitalaria

**Graduado Universitario:** Licenciatura en Enfermería

**Técnico:** Tecnólogo en Enfermería; Enfermera Graduada

**Experiencia Previa:** Hasta un año. Preferentemente haber realizado el servicio social en un Hospital.

**Misión del puesto:** Proporcionar atención integral de enfermería de forma directa con calidad y calidez a usuarios Hospitalizados de acuerdo a procedimientos y protocolos de



atención establecidos, mediante el cumplimiento de indicaciones médicas y de enfermería para contribuir al restablecimiento de la salud del usuario.

Puesto: Auxiliar de enfermería

**Bachiller Técnico Vocacional:** Bachiller en Salud.

**Experiencia Previa:** N/A.

**Misión del puesto:** Ejecutar actividades en apoyo en la atención de pacientes (mayordomía y mensajería, entre otros) en un área determinada de enfermería del establecimiento, contribuyendo con la atención oportuna al usuario.

**Perfil de pacientes: Hospital Nacional Rosales**



Pacientes agudos y crónicos, adultos y adolescentes, con patología de alta complejidad, de las diferentes especialidades de medicina y cirugía: Medicina Interna, Cirugía, Psiquiatría y Medicina Familiar. Cuenta con la unidad de cuidados intermedios e intensivos de mayor capacidad instalada de la red pública. Ortopedia y traumatología en Emergencia y Cirugía de alta complejidad, reemplazos de articulación y colocación de prótesis.

**Perfil de pacientes: Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom**

Atenciones claves para el recién nacido con morbilidad, y prematuro, reanimación neonatal; cirugía y tratamiento médico pediátrico de padecimientos de alta complejidad (ASA III, IV o V), para pacientes de las edades entre los cero y doce años (hasta los 18 años si ha sido un paciente en control antes de los 12 años).



**Perfil de pacientes: Hospital Nacional de la Mujer Dra. Isabel Rodríguez**



Control prenatal de las embarazadas con alto riesgo o con comorbilidad. Así como la atención Hospitalaria del parto con complicaciones. Consejería a madres sobre sus cuidados y los del recién nacido, consejería en lactancia materna y planificación familiar post parto. En ginecología se atiende la cirugía de alta complejidad (ASA III, IV o V).

Fuente: Manual de Funciones. Fotografías de referencia: Archivos de MINSAL



### 2.1.8.4 Estándares de Tiempo de Actividad enfermería y Médicos

Tabla 5 Estándares de tiempo de Enfermería

Cargo	Horas Administrativas	Horas Asistenciales	Horas Totales
Enfermera supervisora	4	4	8
Enfermera jefa de servicio	3	5	8
Enfermera Hospitalaria	1	7	8
Auxiliar de enfermería Hospitalaria	0,5	7,5	8

Fuente: Manual de procedimientos para el cálculo y planificación de necesidades de médicos y enfermeras en Hospitales nacionales

Tabla 6 Estándares de Enfermería en Hospitalización

Estándares de enfermería por índices de atención e infraestructura				
Monitoreo y evaluación de la calidad del cuidado	Unidad de medida	Índice de enfermera	Índice de Aux. Enfermería	# Horas enfermera. Por día cama ocupada
Supervisión y seguimiento de la calidad del cuidado	Camas	0,02	0	
Referencias e interconsultas fuera del Hospital	Camas censables	0,01	0	
Hospitalización	Unidad de medida	% de enfermera	% de aux enfermera	# horas de enfer. Por día cama ocupado
Medicina Interna	Camas censables	60	40	3
Medicina Interna Pediátrica	Camas censables	100	0	5
Cardiología	Camas censables	100	0	4
Endocrinología	Camas censables	80	20	3
Hematología	Camas censables	80	20	4
Infectología	Camas censables	60	40	3,5
Nefrología	Camas censables	100	0	4
Neurología	Camas censables	80	20	4
Neumología	Camas censables	60	40	3

Oncología Clínica	Camas censables	100	0	4
Psiquiatría	Camas censables	60	40	3
Cirugía general	Camas censables	60	40	3
Cirugía plástica	Camas censables	60	40	3,5
Otorrinolaringología	Camas censables	80	20	4
Neurocirugía	Camas censables	100	0	4
Oftalmología	Camas censables	60	40	3
Ortopedia y traumatología adultos	Camas censables	60	40	3
Urología	Camas censables	80	20	3,5
Cirugía de tórax	Camas censables	60	40	3,5
Cirugía pediátrica	Camas censables	80	20	5
Cirugía pediátrica	Camas censables	80	20	4
Otorrinolaringología pediátrica	Camas censables	80	20	4
Neurocirugía pediátrica	Camas censables	100	0	5
Oftalmología pediátrica	Camas censables	80	20	4
Ortopedia y traumatología pediátrica	Camas censables	80	20	4
Obstetricia y ginecología	Camas censables	60	40	3
Pediatría	Camas censables	85	15	4
Hematología pediátrica	Camas censables	100	0	5
Infectología pediátrica	Camas censables	100	0	5
Nefrología pediátrica	Camas censables	100	0	5

Oncología clínica pediátrica	Camas censables	100	0	6
Oncología clínica pediátrica	Camas censables	100	0	5
Perinatología	Camas censables	60	40	3

Tabla 7 Estándares de Médicos en Hospitalización

Cargo	Horas Administrativas	Horas Asistenciales	Horas Totales
Médico jefe de servicio (8 h)	4	4	8
Médico jefe de servicio (7 h)	3,5	3,5	7
Médico jefe de servicio (6 h)	3	3	6
Médico jefe de servicio (5 h)	2,5	2,5	5
Médico jefe de servicio (4 h)	2	2	4
Médico jefe de servicio (3 h)	3	0	3
Médico jefe de servicio (2 h)	2	0	2
Médico jefe de servicio (1 h)	1	0	1
Médico General o Especialista (8h)	0,5	7,5	8
Médico General o Especialista (7h)	0,5	6,5	7
Médico General o Especialista (6h)	0,5	5,5	6
Médico General o Especialista (5h)	0,5	4,5	5
Médico General o Especialista (4h)	0	4	4
Médico General o Especialista (3h)	0	3	3
Médico General o Especialista (2h)	0	2	2
Médico General o Especialista (1h)	0	1	1

Fuente: Manual de procedimientos para el cálculo y planificación de necesidades de médicos y enfermeras en Hospitales nacionales

### 2.1.8.5 Ley de salarios y escalafón en el Ministerio de Salud

Una de las dificultades con las que el país cuenta, es la ley del escalafón a el personal de salud el cual consume gran parte del presupuesto de la institución, y por ende evita la apertura de nuevas plazas para buscar alcanzar la meta planteada.

En el MINSAL la dificultad financiera ocasionada por el escalafón no está en su aumento anual, sino en el monto total de cada año con respecto al rubro de remuneraciones del ministerio, del cual representa el 7 %. A su vez, las remuneraciones representan el 65 % del presupuesto total. El peso del escalafón en el presupuesto del MINSAL dificulta atender mejor las prioridades antes señaladas. Por otra parte, el escalafón genera una desigualdad salarial creciente, pues como se calcula a tasa de interés compuesto, es decir, sobre el último salario, que ya tiene incorporados los aumentos por el escalafón de los años anteriores, la diferencia entre los salarios más elevados y los más bajos es cada vez mayor. Además, al no tener un año límite, el escalafón conduce a que algunos salarios sean demasiado altos, si se toma en cuenta la realidad económica del país.

Cuando el escalafón salarial fue aprobado El Salvador tenía una inflación de casi un 10 %; sin embargo, algunos años después, cuando la economía nacional se dolarizó, la inflación se redujo casi a cero, pero el escalafón mantuvo el 8 % de incremento anual, ocupando en 2017 el 73 % del presupuesto del Ministerio de Salud. Por otra parte, se reconoce que el escalafón es un derecho laboral que no debe ser anulado, pero puede ser modificado. Es por estos análisis que las autoridades sanitarias y al Ministerio de Hacienda propusieron en la Ley de Salarios a la Asamblea Legislativa aplicar 4 y 5 % de incremento salarial a los trabajadores con salarios menores de US\$ 2000.00, lo cual fue aprobado según decreto Legislativo 590

#### **2.1.8.6 Recurso Medicamento en Hospitales de 3er nivel**

El MINSAL cumple la labor en gran medida de suministrar los medicamentos a los diferentes niveles de atención e instituciones que se encuentran bajo su cargo, aunque bien es cierto que los diferentes centros de atención e instituciones están facultados para la adquisición de medicaciones según la necesidad que se posea.

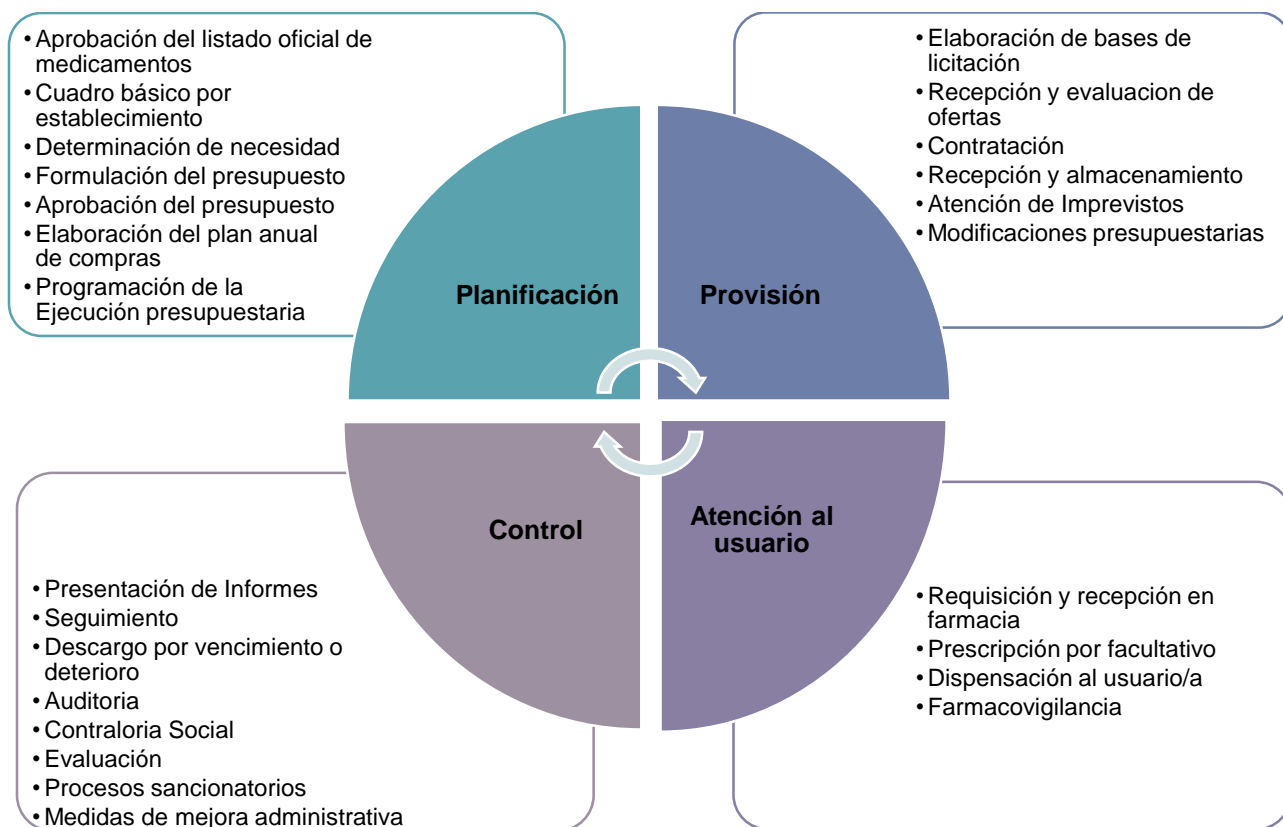
El proceso general, las etapas que conforma dicho proceso y acciones que se llevan a cabo en el Ministerio de Salud para atender la demanda de medicamentos pueden subdividirse como Las etapas consideradas son las siguientes: planificación, provisión, atención al usuario y control.

La planificación se da desde el Listado Oficial de Medicamentos (LOM) que es una herramienta legal en la que se dispone los medicamentos esenciales que el Ministerio de Salud se obliga a proporcionar a las y los usuarios. En consecuencia, los facultativos lo usan como marco para la toma de decisiones en relación con los medicamentos que pueden prescribir. El listado vigente es el que corresponde a la versión 10a.8 El listado vigente cuenta con 35 grupos terapéuticos que incluyen 331 principios activos y de estos, 521 presentaciones farmacéuticas, así como 45 preparados magistrales

#### **2.1.8.7 Uso racional de medicamentos**

Para la prescripción de medicamentos, el Ministerio de Salud posee guías de buenas prácticas, según esas guías, en el Ministerio de Salud, el prescriptor solo puede recetar medicamentos incluidos en el listado Oficial. La farmacovigilancia da seguimiento a la seguridad y efectividad de los medicamentos y se parte de que ningún medicamento es intrínsecamente seguro, cada paciente es único y cada situación de tratamiento es también es única.

Ilustración 28 Ciclo de adquisición de Medicamentos



Fuente: Elaboración propia

Según la OMS, el uso racional de los medicamentos se entiende por su uso correcto y apropiado. Entre los problemas frecuentes se encuentran:

- La polifarmacia (consumo de demasiados medicamentos);
- El uso excesivo de antibióticos e inyecciones;
- La prescripción no ajustada a directrices clínicas;
- La automedicación inapropiada.

En el ministerio, el uso apropiado de los medicamentos es responsabilidad de las farmacias de cada Hospital, aunque se desarrolla una ley de farmacovigilancia, aunque desde algunos años se encuentran estancado su proceso de creación.

En el caso de El Salvador, el uso regulado de los medicamentos aumenta, debido a la escasez de recursos con el que los establecimientos de salud tienen que enfrentarse año con año.

## 2.2 Hospitales especializados de Tercer Nivel o de Referencia Nacional.

Se incluyen los Hospitales con máxima capacidad resolutive diagnóstica y terapéutica, que atienden patologías de alta complejidad, siendo estos:

1. Especializado para la atención de la adultez y adolescencia: **Hospital Nacional Rosales**, cuenta con la atención en especialidades médico-quirúrgicas, destinadas a la atención de la población mayor de doce años de edad.
2. Pediátrico: **Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom**, el cual cuenta con especialidades médicas y quirúrgicas destinadas a la atención de la población de cero a doce años, y en casos especiales que defina un lineamiento específico, hasta dieciocho de años de edad.
3. Ginecobstetricia: **Hospital Nacional de La Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”**, el cual cuenta con especialidades para la atención Materno-Neonatal y sus subespecialidades.



Hospital Nacional Rosales



Hospital Nacional de niños Benjamín Bloom



Hospital Nacional de la Mujer Dra. María Isabel Rodríguez

## 2.2.1 Hospital Nacional Rosales

### Datos Generales

Ubicado en Final Calle Arce y Av. Mártires del 30 de Julio (antes 25 Av. norte), bajo la dirección del Dr. Mauricio Ventura Centeno.



<b>Misión:</b> Proveer servicios de salud en medicina interna, cirugía y sus especialidades; con eficiencia, eficacia, efectividad, calidad y calidez; tanto en emergencias como en Hospitalización y consulta externa, para satisfacer necesidades en salud a la población salvadoreña mayor de 12 años de edad; y ser uno de los tres principales Hospital Escuela del País	<b>Visión:</b> Constituirse en un Hospital que satisfaga la demanda de Tercer Nivel de atención en las especialidades de medicina y cirugía en población mayor de 12 años y con acreditación como Hospital Escuela dentro del Sistema Nacional de Salud.
--	---

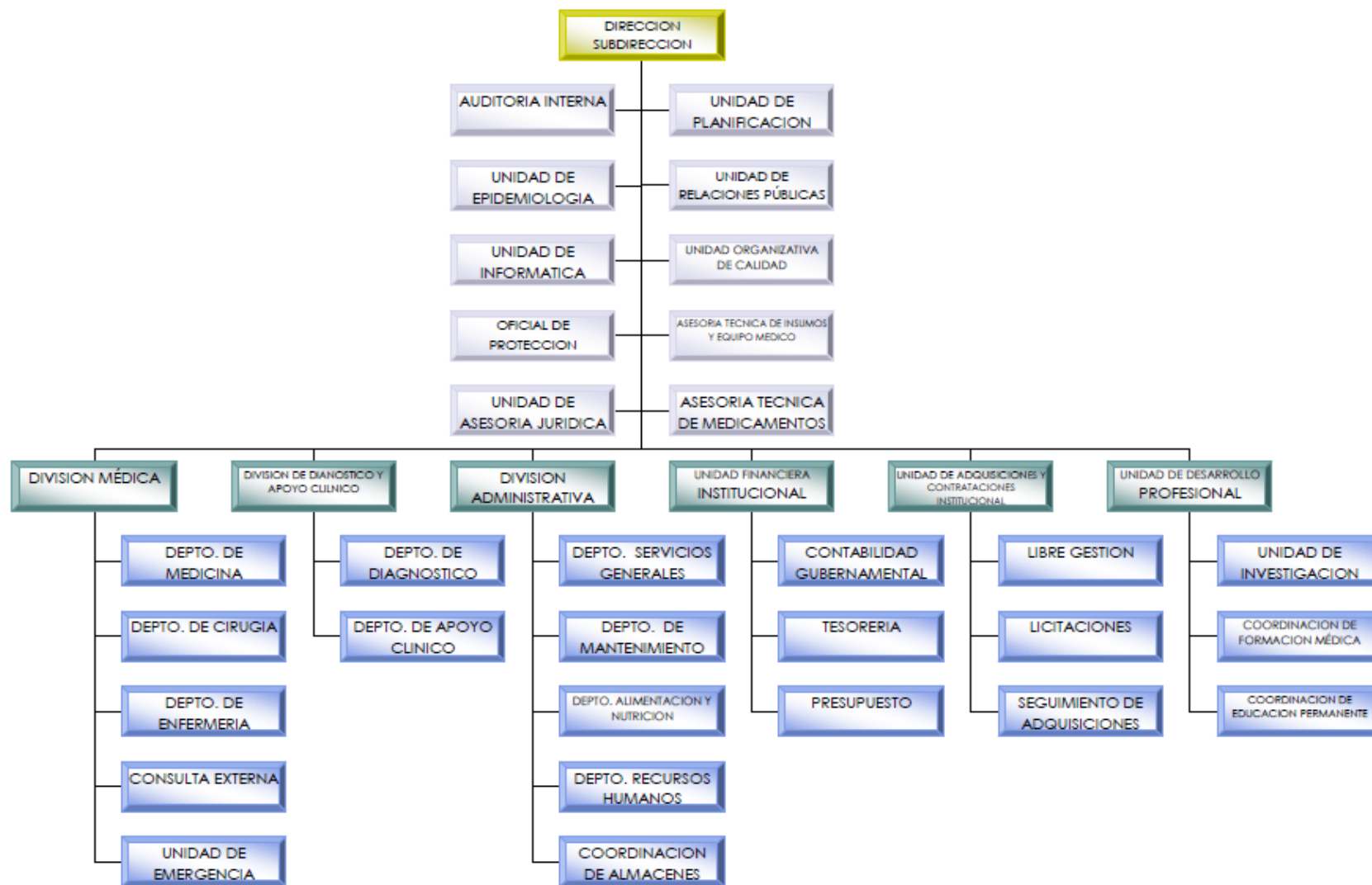
#### 2.2.1.1 Principales funciones del Hospital:

- Planificar, organizar, ejecutar y controlar los Procesos médico-quirúrgicos y administrativos que se desarrollan en el Hospital, en coordinación con la Red Nacional Integral del Sistema de Salud, en beneficio de la población mayor de doce años
- Participar en la elaboración de la documentación regulatoria que responda a las finalidades, políticas y estrategias del MINSAL, para brindar servicios médico-quirúrgicos de Tercer Nivel.
- Participar en la formulación y elaboración de normas, procedimientos, protocolos para la atención Hospitalaria en coordinación con la Dirección de Regulación y Legislación en Salud a través de la Dirección Nacional de Hospitales
- Cumplir y hacer cumplir la normativa institucional y lineamientos emanados del nivel central
- Gestionar oportunamente los recursos necesarios para el adecuado funcionamiento del Hospital.
- Administrar de forma oportuna los recursos asignados y disponibles para obtener de ellos la mayor utilidad.
- Preparar y ejecutar a nivel Hospitalario planes de emergencias y desastres en coordinación con la Red Nacional Integral del Sistema de Salud
- Promover y asesorar la investigación científica a nivel Hospitalario y vinculado a los servicios nacionales de salud.
- Ejecutar los convenios y otros mecanismos de cooperación, promovidos y suscritos por el nivel central, para el fortalecimiento de la gestión Hospitalaria y de la formación profesional
- Coordinar esfuerzos con las instituciones vinculadas a la atención que se ofrece en las RIIS



### 2.2.1.2 Organigrama institucional.

Ilustración 29: Organigrama institucional HNR.



Fuente: Portal de transparencia-transparencia.gob.sv -organigrama institucional



### 2.2.1.3 Servicios brindados por el Hospital Nacional Rosales

Cuadro 15 Servicios brindados por el Hospital Nacional Rosales

Servicios	Descripción de servicio
<b>Cirugía general:</b>	con capacidad para resolver toda la cirugía complicada del sistema Hospitalario
<b>Pequeña cirugía:</b>	Cirugía general con capacidad para realizar lo siguiente: Tenorrafias, lavados quirúrgicos de heridas, punción supra púlica, lavado peritoneal diagnóstico, colocación de tubos de toracotomía, colocación de catéter de vena central, paracentesis diagnóstica y des compresiva
<b>Ortopedia:</b>	Especialidad médica dedicada a corregir o evitar las deformidades o traumas del sistema musculo esquelético del cuerpo humano, por medio de cirugía (cirugía ortopédica), aparatos (llamados ortesis) o ejercicios corporales.
<b>Medicina interna:</b>	referencia que proviene desde la atención primaria y el resto de especialistas para atender a enfermos complejos cuyo diagnóstico es difícil, que se encuentran afectados por varias enfermedades o que presentan síntomas en varios órganos, aparatos o sistemas del organismo
<b>Atención de Máxima Urgencia: adultos</b>	Estabilización e ingreso a cuidados intermedios o intensivos.
<b>Odontología:</b>	Atención de la emergencia Odontológica y maxilofacial. Detección y tratamientos de problemas bucodentales y odontológicos propios del Tercer Nivel
<b>Clínica de Salud Mental Psicología y Psiquiatría:</b>	Detección de trastornos de la salud mental. Detección de alteraciones de conducta: hiperactividad, déficit atencional. Detección de trastornos alimentarios. Detección de uso y abuso de sustancias psicoactivas. Detección de víctimas de violencia intrafamiliar. Detección del abuso sexual.
<b>Consejería en estilos de vida saludables:</b>	Educación para la prevención de consumo de tabaco, alcohol y drogas y promoción de la actividad física. Promoción de la Higiene personal, bucal y de la vivienda Educación para la prevención de la violencia social: comunitaria. Educación para la prevención de la violencia de género, intrafamiliar e intergeneracional. Prevención de accidentes (hogar, escuela y en la vía pública)
<b>Consejería en estilos de vida saludables:</b>	Educación para la prevención de consumo de tabaco, alcohol y drogas y promoción de la actividad física. Promoción de la Higiene personal, bucal y de la vivienda

	Educación para la prevención de la violencia social: comunitaria. Educación para la prevención de la violencia de género, intrafamiliar e intergeneracional. Prevención de accidentes (hogar, escuela y en la vía pública)
<b>Clínica de dolor y Cuidados Paliativos:</b>	Atención y plan de tratamiento de pacientes según demanda.
<b>Servicios de apoyo:</b>	Banco de Sangre Radiología Ultrasonografía Tomografía axial Resonancia nuclear magnética Pruebas funcionales
<b>Otros servicios:</b>	Medicina física y Rehabilitación Modalidades de Tratamiento: (Electroterapia, Termoterapia, Cinesiterapia, Maso terapia, Hidroterapia, Laserterapia) Modalidades de Rehabilitación: (Rehabilitación pulmonar, Rehabilitación cardiaca, Rehabilitación de articulaciones en pacientes hematológicos). Medicina Nuclear Centello gramas tiroideas con I-131, Exploración sistémica con I-131, Prueba de supresión con I-131, Prueba de captación de I-131, Administración de tratamiento con I-131, Evaluación pre estudios, Consulta de seguimiento post tratamiento con I-131

Fuente: Portal de transparencia-transparencia.gob.sv

#### 2.2.1.4 Recursos del Hospital Nacional Rosales

##### Presupuesto HNR

Tabla 8 Presupuesto Hospitalario HNR

Presupuesto	2016	2017	2018
Total	\$48, 467,510	\$43, 791,191	\$45,394,725
Hospitalario	\$41, 694,750	\$37, 544,846	\$38, 985,840
% de Asignación	86%	86%	86%

Fuente: Presupuestos 2018-2017-2016. Hospital Nacional Rosales. Portal de Transparencia

##### Recursos Humanos HNR

Tabla 9 Clasificación y número de personal

Clasificación	Año 2018	Año 2017	Año 2016
Personal Ejecutivo	2	2	2
Personal Técnico	1136	1139	1139
Personal Administrativo	170	171	171
Personal de Obra	43	44	44
Personal de Servicio	258	260	260

Total	1609	1616	1616
-------	------	------	------

Fuente: Presupuestos 2018-2017-2016. Hospital Nacional Rosales. Portal de Transparencia

El personal del Hospital cubre las siguientes plazas:

Tabla 10 Clasificación De Recursos Humanos

Detalle	Plazas
Dirección superior y Administración	189
Atención Ambulatoria	184
Atención Hospitalaria	1441
<b>Total</b>	<b>1814</b>

Fuente: Ley de Salarios 2018 HNR

## **Demanda HNR**

Tabla 11 Demanda HNR

<b>Población que demanda servicios en el HNR 2018 (hombres y mujeres)</b>			
Edad	Total-2016	Total-2017	Total-2018
10 – 14	6728	6842	1721
15 – 19	17895	18197	4572
20 – 24	16299	16574	4164
25 – 29	13866	14100	3545
30 – 34	16291	16566	4157
35 – 39	15578	15841	3980
40 – 44	17305	17597	4416
45 – 49	19856	20192	5075
50 – 54	22648	23031	5790
55 – 59	23183	23575	5926
60 +	96637	98270	24690
<b>TOTAL</b>	<b>266285</b>	<b>270786</b>	<b>68036</b>

NOTA: Se estima que el 1% de la población total de El Salvador hace uso de los servicios médicos especializados, este mecanismo de pronóstico se comenzó a utilizar en el año 2018

Fuente: Estimaciones con información de la DIGESTYC y registros de servicios prestados en el HNR

## **Capacidad instalada del Hospital Nacional Rosales**

### **Dotación de camas en cada Hospital**

Tabla 12 Camas censables de Servicios de Hospitalización

<b>Camas Hospitalarias para 2017</b>	
<b>Especialidades Básicas</b>	
Cirugía General	147
Medicina Interna	88
<b>Subespecialidad de Medicina Interna</b>	
Cardiología	10

Endocrinología	30
Hematología	38
Oncología clínica	12
Infectología / Aislamiento	15
Nefrología	12
Neurología	10
<b>Sub Especialidades de Cirugía</b>	
Cirugía Oncológica	11
Cirugía Plástica	24
Neurocirugía	30
Oftalmología	21
Ortopedia / Traumatología	32
Otorrinolaringología	10
Urología	14
<b>Total</b>	<b>504</b>

Fuente: PAO 2018 HNR

### 2.2.1.5 Egresos, estancia en días y promedio de estancia en día por pacientes

Tabla 13 Egresos y estancia en días 2016-2017

<b>Estadísticas hasta enero-diciembre Hospital Nacional Rosales</b>			
	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018*</b>
Total, de egreso de pacientes	21,841	22,805	14,690
Total, de días de estancia Hospitalaria	189,589	193,795	136,197
Promedio de días por paciente	8.68 Días	8.50 Días	9.27 Días

Fuente. SIMMOW

\* Datos hasta el 15/09/2018

El estándar promedio en días por paciente en las principales especialidades de Hospitalización, medicina interna con un estándar de **7 días** y cirugía con un estándar de **5.5 días**

### 2.2.1.6 Tiempo de espera servicio de Hospitalización

**Para Ingreso a Hospitalización:** el tiempo promedio que un paciente esperó antes para ser ingresado, después de habérselo indicado en la consulta de emergencia, durante el año 2017, fue de 14 horas con 55; según la tabla siguiente

Tabla 14 Tiempo de Espera para ingreso Hospitalario

<b>Tiempo de espera durante el año 2017</b>		
Mes	<b>Para ingresos a Hospitalización</b>	
	<b>Horas</b>	<b>Minutos</b>
Enero	23	50
Febrero	24	59
Marzo	12	2

Abril	12	44
Mayo	12	2
Junio	19	36
Julio	10	32
Agosto	9	27
Septiembre	9	13
Octubre		
Noviembre		
Diciembre		
Promedio de 2017	14	55

Fuente: Plan operativo 2018. Hospital Rosales.

Tabla 15 Tiempo promedio de espera para ser ingresado a Hospitalización 2015-2017

Tiempo de espera para ingresar al servicio de Hospitalización					
	Año 2017	Año 2016		Año 2015	
Tiempo de espera después de habersele indicado en emergencias	14 horas con 55 minutos	Medicina	35 horas con 46 minutos	Medicina	29 horas con 13 minutos
		Cirugía	3 hora con 10 minutos	Cirugía	2 horas con 35 minutos

Fuente: Plan operativo 2016-2017-2018. Hospital Rosales.

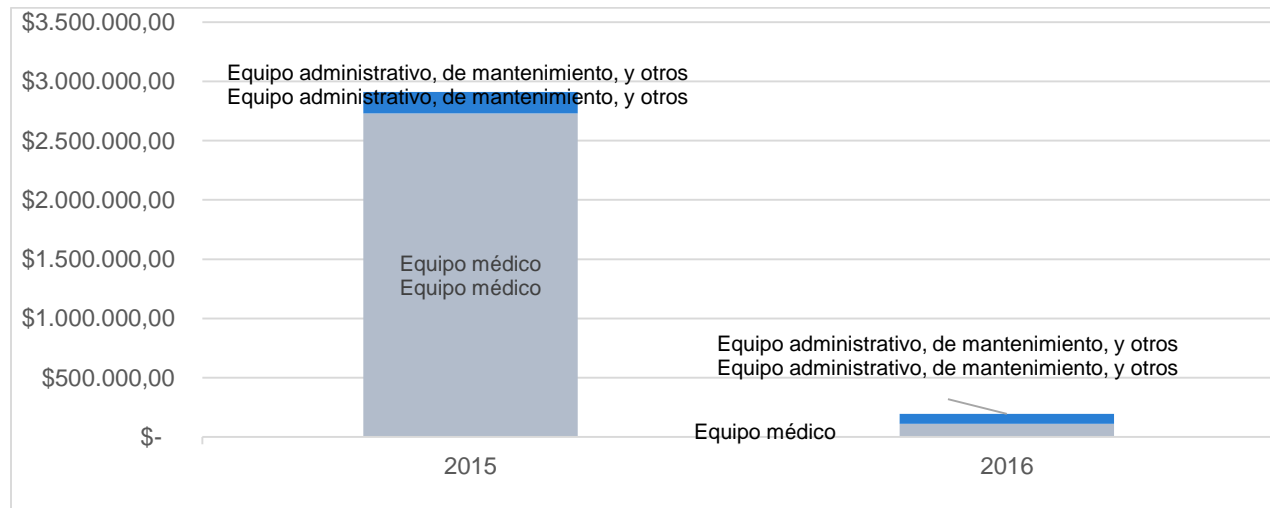
### Capacidad Instalada

$$CI_{2017} = \frac{\#de\ camas \times días\ del\ año}{tiempo\ promedio\ de\ estancia} = \frac{504 \times 365 \times 0.9}{6.25} = 26,490\ pacientes/año$$

### 2.2.1.7 Equipo e insumos

La inversión que se hace en los equipos e insumos, se presenta en el gráfico siguiente:

Ilustración 30 Gastos en equipamiento del HNR



Fuente: elaboración propia

La inversión en los últimos años del Hospital ha venido en disminución, y para el año anterior no se reportó inversión en el Hospital

### 2.2.1.8 Incorporación de servicios médicos y últimos cambios en infraestructura

Con la reforma nacional de salud aprobada en 2009, se logró el avance en los ocho ejes que la componen, tanto en la participación ciudadana, mejoramiento del sistema de información sanitaria, en el ordenamiento de los recursos humanos, entre otros; además del aumento en el presupuesto al ramo de salud. A finales del mes de abril del 2011, se inició la remodelación de la segunda planta del Hospital de Especialidades, en los servicios de Hemato-oncología, Nefrología, Hemodiálisis y Trasplante Renal.

Tabla 16 Cambios en infraestructura del HNR

Infraestructura 2015			
1	Remodelación y Amueblamiento de Sala de Hospitalización: Cirugía Mujeres 1.	\$ 156,318.23	BID
2	Remodelación y Amueblamiento de Sala de Hospitalización, Medicina Interna Hombres3	\$ 138,569.98	BID
3	Remodelación y Amueblamiento de Sala de Hospitalización, Oftalmología Mixto	\$175,922.29	BID
4	Remodelación y Amueblamiento de Sala de Hospitalización, Medicina Interna hombres 2.	\$146,750.33	BID
5	Reparación y Mantenimiento de pasillos y jardines.	\$ 425,553.32	BID
6	Reubicación del servicio de Litotricia	\$7,000.00	GOES
Monto		<b>\$1,050,114.15</b>	
Infraestructura en 2016			
1	Remodelación y Amueblamiento de Sala de Hospitalización Ortopedia Mujeres	\$223,838.36	BID
2	Remodelación y Amueblamiento de Sala de Hospitalización Ortopedia Hombres		
3	Reparación y Remodelación de la Plaza Central y Acceso Peatonal		
4	Remodelación y equipamiento del Centro Integral de Adherencia y Medicamentos	\$ 17,735.30	AEXCID
Monto		<b>\$241,573.66</b>	

Fuente: Planes operativos del HNR 2015-2017

En febrero 2018, se pone a la disposición el Laboratorio de Cateterismo Cardíaco y la Clínica de Insuficiencia cardíaca. Se adecuó un área física para la creación del Laboratorio de Cateterismo Cardíaco; que es un área Hospitalaria en donde se brinda atención médica realizando procedimientos diagnósticos y terapéuticos a pacientes con enfermedades cardiovasculares. Para los estudios se utiliza el Angiógrafo que es un equipo de la más reciente tecnología médica en el mundo y se utilizan una serie de insumos sofisticados como catéteres, stent, marcapasos, etc.

La Clínica de Insuficiencia cardíaca es un programa multidisciplinario, es un Sistema de Evaluación y seguimiento especializado del paciente con Insuficiencia Cardíaca en el cual demás

las citas de seguimiento convencional por Cardiología se involucra el seguimiento telefónico, y labores de educación y monitoreo por parte de la enfermera.<sup>7</sup>

### **Proyecto de nuevo Complejo HNR**

Con \$80 millones se pretende la construcción del Complejo Hospitalario Rosales, que tendrá 3 modernas torres, más recurso humano, modernos equipos e infraestructura, contará con un total de 712 camas, 29 especialidades, 67 consultorios y 25 quirófanos.

La Torre 1 para Hospitalización, de alta complejidad, tendrá tres pisos, con 504 camas, distribuidas en habitaciones para 4 o 6 pacientes; y otras 24 camas para pacientes en camas individuales, aislados por enfermedades contagiosas, estará ubicada donde estaba el Laboratorio Clínico Max Bloch, el cual será demolido. Esta torre atenderá pacientes con problemas del corazón, del cerebro, complicaciones de diabetes, cáncer e insuficiencia renal. Tendría 13 de los 25 quirófanos que tendría todo el Complejo Hospitalario y estarían las unidades de cuidados intensivos y de cuidados intermedios, con 36 y 14 camas, respectivamente.

La Torre 2 para Emergencias, tendría 3 pisos, albergaría otras 184 camas, 10 de ellas para pacientes aislados y 4 para pacientes de medicina nuclear. Los pacientes que serían atendidos aquí son los de cardiología y nefrología. El primer piso de esta segunda torre sería utilizado para Emergencias y allí estarían situados otros 4 quirófanos. El segundo y Tercer Nivel tendrían dos quirófanos en cada uno. Se ubicará donde era Especialidades del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, ISSS.

La Torre 3 será la de Consulta Externa, que estaría donde era el Hospital de Maternidad, tendría 67 consultorios médicos para atender 29 especialidades; dos salas de espera general con capacidad para 180 personas; y 30 salas de espera para pasar consulta con capacidad para 300 personas, aquí estarían las 1,200 personas que ahora pasan por la consulta externa.

El proyecto del Rosales contempla además la construcción de un Centro de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), con 4 quirófanos. Allí se operarán a personas por la mañana y en la tarde ya podrían ir a su casa. El área del actual Hospital se limpiará y remodelará, donde permite la Ley de patrimonio cultural, para que allí funcione el área administrativa, como la Dirección y la UACI. Y será el espacio de docencia para los médicos residentes que llegan recién egresados de las universidades y que permanecen allí por 3 años.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup>Es la primera Clínica de Insuficiencia Cardíaca inaugurada a nivel de MINSAL, y la segunda en el país ya que ya existe una en el sector privado desde el 2017.

<sup>8</sup> Datos de: <http://www.salud.gob.sv/07-06-2018-poblacion-salvadorena-beneficiada-con-nuevos-Hospitales-y-nuevas-unidades/>

## 2.2.2 Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom



### Datos Generales del Hospital

El Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, es un Hospital especializado del 3er nivel de Atención, cuya oferta de servicios se concentra en atenciones hacia niños y en casos específicos a adolescentes. Según artículo 3 de la LEPINA y lineamientos de categorización de Hospitales, el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, cuenta con especialidades médicas y quirúrgicas destinadas a la atención de la población de cero a doce años. Cuando los pacientes adquieren una enfermedad crónica en la infancia, los programas asistenciales de algunas sub especialidades incluyen atención hasta los 18 años de edad

Está ubicado en la 27 calle Poniente entre Final 25 Avenida Norte y Boulevard de Los Héroes, San Salvador.

<b>Misión del HNNBB</b>	<b>Visión del HNNBB</b>
Somos un Hospital público de referencia que brinda atención de salud a la población pediátrica, a través de servicios especializados, con recursos humanos multidisciplinarios, desarrollando una gestión basada en valores que garantizan la satisfacción del usuario.	Convertirnos en un Hospital público de referencia líder en atención especializada que brinde servicios médicos de avanzada a la población pediátrica, basada en la búsqueda permanente del crecimiento profesional y excelencia científica e investigativa, comprometidos con un sistema de valores que evidencie y garantice la satisfacción del usuario.

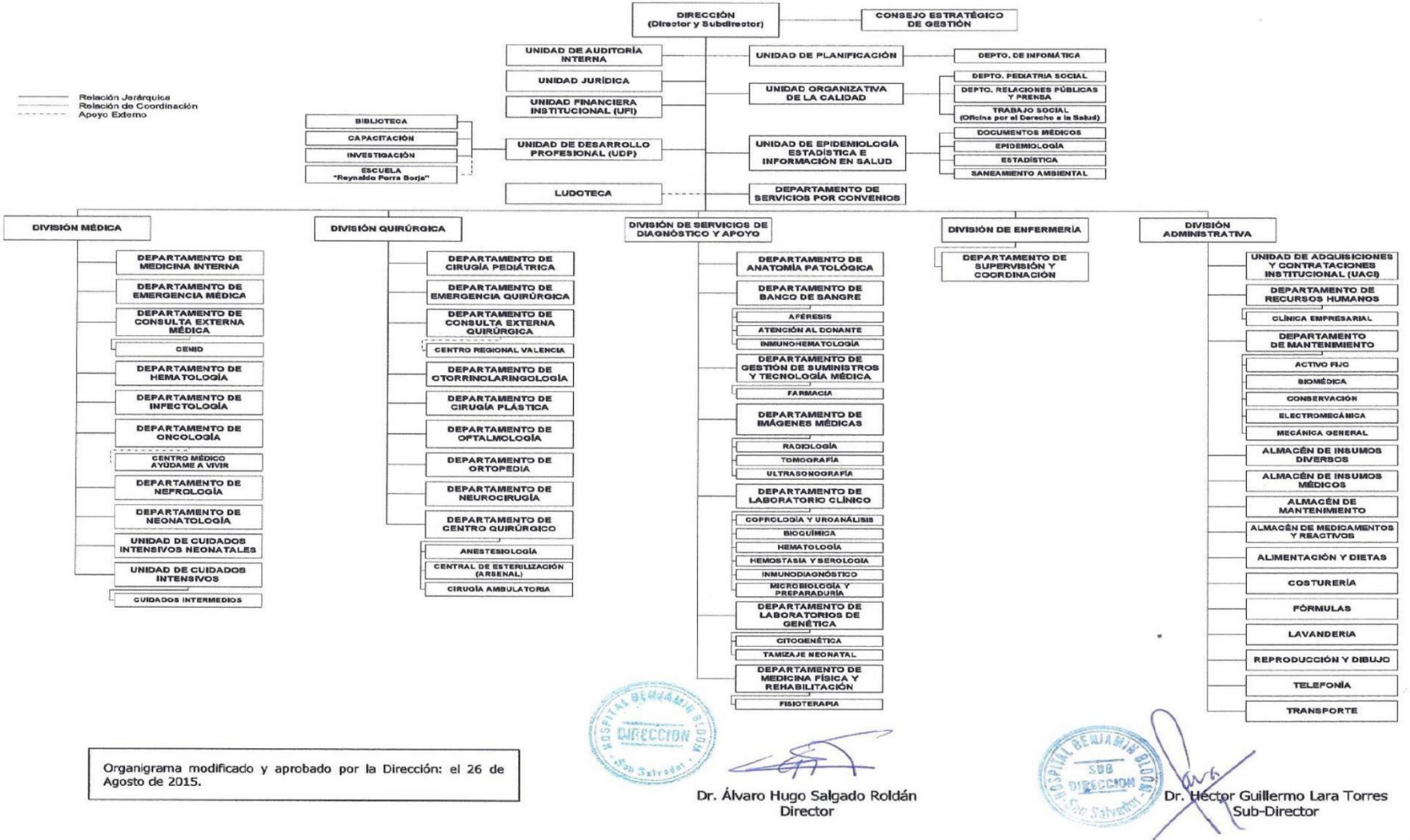
### 2.2.2.1 Principales funciones del Hospital

- Proporcionar servicios de salud a la población usuaria de servicios especiales de acuerdo a las políticas institucionales.
- Garantizar la atención médica a los usuarios de los programas de salud, manteniendo el manejo de protocolos establecidos en el Hospital
- Establecer mecanismos efectivos de comunicación entre los diferentes servicios de apoyo Hospitalario que dan atención a los usuarios del programa y cumplen con la normativa existente para la recuperación financiera de los servicios brindados.
- Definir una información sencilla y comprensible sobre los cambios y actualizaciones de normativas existentes en los programas de salud atendidos para facilitar la recuperación económica del servicio brindado.
- Mantener una coordinación eficaz en el personal del servicio con el fin de evitar errores en la documentación que se realiza para la recuperación de fondos por los servicios brindados.
- Lograr una recuperación económica favorable para el Hospital con el apoyo y trabajo de todo el recurso multidisciplinario contratado para la atención del programa de salud.



### 2.2.2.2 Organigrama institucional.

Ilustración 31: Organigrama institucional HNNBB



Fuente: Portal de transparencia-transparencia.gov.sv-organigrama institucional

### 2.2.2.3 Servicios brindados por el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom

Tabla 17 Servicios brindados por el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom

Servicios	Descripción de servicio
<b>Servicios de Hospitalización</b>	<p>Incluye el detalle de especialidades para las cuales el Hospital asigna camas de internación en las que se proporciona atención las 24 horas del día y los 365 días del año.</p> <p>Hospitalización de Medicina o Medicina Interna</p> <p>Cardiología</p> <p>Neurología</p> <p>Endocrinología</p> <p>Reumatología</p> <p>Gastroenterología</p> <p>Neumología</p> <p>Otras especialidades: Oncología, Hematología, Nefrología, Infectología, Neonatología</p> <p>Hospitalización de Cirugía, Ortopedia, Neurocirugía, Cirugía Plástica y reconstructiva, Cirugía General, Urología, C. Neonatal, C. Onco-hematológica, C. Cardiovascular, C. Mínima Invasiva, C. Maxilofacial, Otorrinolaringología, Oftalmología</p> <p>Servicios por Contrato: Este servicio está destinado para la atención de pacientes por convenios o contratos.</p>
<b>Atención en Hospital de Día a cirugía:</b>	<p>Se incluyen en esta clasificación las áreas destinadas para atender a los pacientes que requieren internación de menos de 24 horas, en días hábiles.</p>
<b>Atenciones en Unidades de Cuidados Críticos</b>	<p>Estas áreas están dedicadas al suministro de soporte vital o de soporte a los sistemas orgánicos en los pacientes que están críticamente enfermos, quienes generalmente también requieren supervisión y monitorización intensiva. El Hospital cuenta con tres áreas de acuerdo al siguiente detalle:</p> <p>Unidad de Cuidados Intensivos</p> <p>Unidad de Cuidados Intermedios</p> <p>Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.</p>
<b>Atenciones en Emergencia</b>	<p>Se atiende las 24 horas día y los 365 días del año</p>
<b>Consultas Externa:</b>	<p>Se proporciona atención de consulta ambulatoria en diferentes especialidades en días hábiles. c. Interconsulta y Procedimientos Médicos Ambulatorios.</p>
<b>Procedimientos e Interconsultas</b>	<p>Remitir a un paciente, mediante un parte interconsulta, a otro profesional sanitario, para ofrecerle una atención complementaria tanto para su diagnóstico, su tratamiento como su rehabilitación.</p>

<b>Intervenciones Quirúrgicas</b>	Está destinada a la atención de pacientes que requieren intervención quirúrgica, ya sea programada, de emergencia o ambulatoria.
<b>Servicios de Apoyo Diagnostico</b>	Laboratorio Clínico Laboratorio de Genética Radiología Ultrasonografía Tomografía Banco de Sangres Anatomía Patológica Neurofisiología Fisioterapia Terapia Respiratoria Audiología Electroencefalografía Electrocardiografía Ecocardiograma Farmacia Fisioterapia de Tórax y Rehabilitación pulmonar Pruebas de Alergia Nutrición Parenteral
<b>Servicios de Docencia</b>	coordinación con las Instituciones de Educación Superior o instituciones formadoras, para colaborar en la Integración Docencia Asistencia, a través de convenios y cartas de entendimiento que permitan el cumplimiento de los programas académicos sin menoscabo de la necesidad institucional Hospitalaria y de la prestación de servicio.
<b>Servicios Terapéuticos</b>	El servicio terapéutico está conformado por los servicios que efectúan algún procedimiento terapéutico, que, en mayor o menor medida, complementa el tratamiento que el médico ha determinado. Intervienen desde y hacia los Servicios de Hospitalización y atención ambulatoria, a través de los cuales permiten dar un tratamiento determinado

Fuente: Portal de transparencia-transparencia.gob.sv

#### **2.2.2.4 Recursos del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom**

##### **Presupuesto HNNBB**

*Tabla 18 Presupuesto Hospitalario HNNBB*

<b>Presupuesto</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Total	<b>\$32,074,370</b>	<b>\$29,980,928</b>	<b>\$31,121,470</b>
Hospitalario	<b>\$28,228,305</b>	<b>\$26,215,043</b>	<b>\$27,221,200</b>
% de Asignación	88%	87%	87%

Fuente: Presupuestos 2018-2017-2016. Hospital Nacional Rosales. Portal de Transparencia

## Recursos Humanos HNNBB

Tabla 19 Clasificación De Recursos Humanos

<b>CLASIFICACION DE RECURSOS HUMANOS (LEY DE SALARIOS Y GOES 2017)</b>	
<b>TIPO</b>	<b>PERSONAS</b>
MEDICO STAFF (Especialistas)	198
Odontólogo	8
Otros Profesionales	70
Enfermera Graduada	264
Auxiliar De Enfermería	159
Técnico Calificado	175
Técnico Administrativo	215
Servicios Generales	182
Apoyo Comunitario	1
Practicantes Internos	40
Médicos Residentes I, II, III	45
<b>TOTAL</b>	<b>1357</b>

Fuente Plan operativo 2018 HNNBB

El personal está distribuido, trabajando en las siguientes plazas.

Tabla 20 Clasificación De Recursos Humanos

<b>Detalle</b>	<b>Plaza s</b>
Dirección superior y Administración	136
Atención Ambulatoria	81
Atención Hospitalaria	1159
Fortalecimiento de la Salud de la Mujer	2
<b>Total</b>	<b>1378</b>

Fuente: Ley de Salarios 2018 HNNBB

## Demanda

Según datos del Censo de Población, de la Dirección General de Estadística y Censo (DIGESTYC) 2015-2025, proporcionados por la Unidad de Estadística del MINSAL, en el año 2016 se tenía como población de responsabilidad a 943,956 niños en general, masculinos y femeninos. Para el año 2017 se obtuvo la población de responsabilidad detalla en la tabla

Tabla 21 Demanda de HNNBB

<b>Edades</b>	<b>Masculino</b>		<b>Femenino</b>	
	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
0 a 4 años	128,984	13.90%	123,484	13.30%
5 a 9 años	121,533	13.09%	116,394	12.54%
10 a 14 años	118,460	12.76%	113,572	12.24%
15 a 19 años	102,905	11.09%	102,814	11.08%
<b>Total</b>	<b>471,883</b>	<b>50.84%</b>	<b>454,264</b>	<b>49.16%</b>
<b>Total General</b>				<b>928,147</b>

Fuente: Memoria de Labores 2017 HNBB

**Capacidad instalada de Hospital Nacional Benjamín Bloom**  
**Dotación de camas en cada Hospital**

Tabla 22 Detalle de camas por área en el Hospital Benjamín Bloom, años 2016-2018

Servicios de Hospitalización	2015	2016	2017
Neonatología	32	32	32
Medicina Interna	24	24	24
Oncología	42	43	43
Infectología	36	36	36
Nefrología	9	9	9
Hematología	18	18	18
Cirugía General	33	33	33
Cirugía Plástica	20	18	18
Neurocirugía	29	29	29
Otorrinolaringología	6	6	6
Oftalmología	9	9	9
Ortopedia	18	18	18
<b>Total de camas de Hospitalización</b>	<b>276</b>	<b>275</b>	<b>275</b>

Fuente: Plan Operativo 2018 HNNBB

**2.2.2.5 Egresos, estancia en días y promedio de estancia en día por pacientes**

Tabla 23 Egresos y estancia en días 2016-2017

Estadísticas hasta enero-diciembre Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom			
	2016	2017	2018*
Total, de egreso de pacientes	11,472	11,374	7,559
Total, de días de estancia Hospitalaria	101, 252	99, 532	71,519
Promedio de días por paciente	8.83 Días	8.75 Días	9.46 Días

Fuente. SIMMOW

\* Datos hasta el 15/09/2018

El estándar promedio en días por paciente en las principales especialidades de Hospitalización, se encuentra entre 7 y 9 días de estancia

**2.2.2.6 Tiempo de Espera para Ingreso Hospitalario (de emergencia)**

Tabla 24 Tiempo promedio de espera

Año	Tiempo promedio mensual de espera para Ingreso Hospitalario (horas)	Fuente
2016	4.70	Memoria de labores (informe de gestión año 2016). HNNBB
2017	6.03	Plan Operativo 2018 HNNBB

Fuente: Plan Operativo 2018 HNNBB

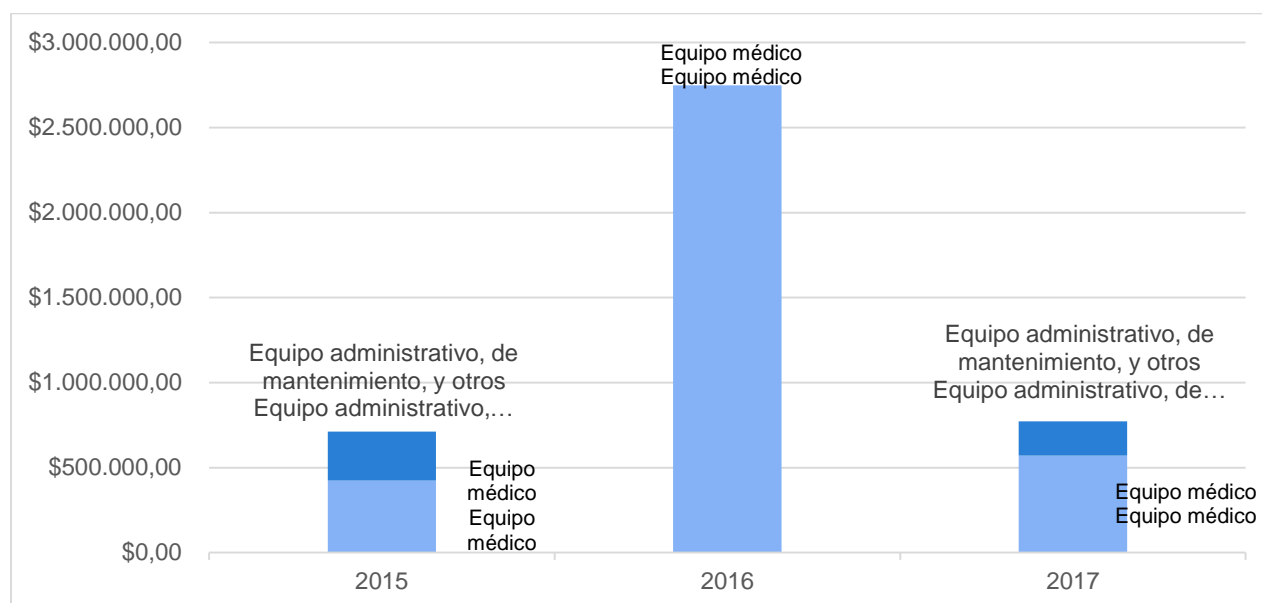
**Capacidad Instalada**

$$CI_{2017} = \frac{\text{\#de camas} \times \text{días del año}}{\text{tiempo promedio de estancia}} = \frac{275 \times 365 \times 0.85}{8} = 10,665 \text{ pacientes/año}$$

### 2.2.2.7 Equipo e insumos

La inversión que se hace en los equipos e insumos, se presenta en el gráfico siguiente, en el cual se observa la inversión en los últimos años del Hospital. Donde resalta el año 2016 con un 100% de la inversión de ese año en equipo médico y muy por encima de las inversiones realizadas en el Hospital en los últimos años, las cuales han sido poco más que modestas, y con un porcentaje de inversión en equipo administrativo, mantenimiento y otros, que también forman parte de quehacer institucional del Hospital.

Ilustración 32 Equipamiento de HNNBB



Fuente: elaboración propia

### 2.2.2.8 Incorporación de servicios médicos y últimos cambios en infraestructura

En 2010, se inaugura la Unidad de Atención a Niños Quemados del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom (HNNBB), construida y equipada a un costo de más de \$1.8 millones de dólares, fondos provenientes de la Fundación Benjamín Bloom, Fundación Familia Meehan y la Asociación Pro Niños Quemados de El Salvador (APROQUEMES).

La Unidad de Niños Quemados “Familia Meehan” atenderá las 24 horas, y cuenta con su propia Sala de Operaciones, Sala de Pequeña Cirugías y la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). La Unidad brinda atención integral al paciente quemado grave, así como los que sufren quemaduras por inhalación, quemaduras químicas, quemaduras de áreas especiales como cara, manos, genitales, pliegues, deflexión, etc. y contará con recurso humano especializado entre médicos, enfermeras, instrumentistas, fisioterapeutas, entre otros.

Tabla 25 Inversión en infraestructura HNNBB 2015-2017

Infraestructura 2015			
1	Construcción y Remodelación Laboratorio de Patología (Código y nombre del PA No. 2586)	\$196,914.13	Donación China- Taiwán
2	Remodelación Oncología Octavo piso Poniente Torre HNNBB, Fase II	-	Scotiabank El Salvador y ASAPAC
3	Remodelación HNNBB Oncología Octavo Piso Oriente dos cuartos para cuidados paliativos	-	KG DESIGN
4	Cambio de Techo en diferentes dependencias del Hospital (Almacén de Insumo Médicos, Citogenética y Administración)	\$11,676.1	GOES
5	Remodelaciones en dependencias del Hospital (Áreas de descanso de Anestesia, Pediatría Social, Unidad Financiera, áreas de sanitarios y Taller Biomédico en la Consulta Externa)	\$2,419.33	Recursos GOES y fondos propios
Monto		<b>\$ 231,009.56</b>	
Infraestructura en 2016			
1	Construcción, remodelación y equipamiento de laboratorios de patología y citología	\$196,914.13	Donación China - Taiwán
2	Remodelación de albergue para padres en el HNNBB	\$14,283.96	Tabernáculo Bíblico Bautista Amigos de Israel
3	Suministro, instalación y puesta en marcha de ascensores Hospitalarios	\$1,087,087.83	BID-PRIDES-MINSAL
Monto		<b>\$1,298,285.92</b>	
Infraestructura en 2017			
1	Remodelación del espacio para la apertura de la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos	\$200,000.00	Fundación Latidos de Esperanza, Rotary International y otras entidades nacionales e internacionales
Monto		<b>\$200,000.00</b>	

Fuente: Planes operativos de HNNBB 2015-2017

En diciembre de 2017 se realizó la Inauguración de cubículos de la Unidad de Oncología, servicio de Hospitalización que fue remodelado, en colaboración del Banco Scotiabank: *“Como Hospital nos sentimos complacidos y agradecidos con Scotiabank, por la Intersectorialidad de esta iniciativa la cual fomenta los alcances a corto plazo que se han evidenciado en nuestra nueva Reforma de Salud.”* Palabras de director del HNNBB, Dr. Álvaro Hugo Salgado Roldán.



### 2.2.3 Hospital Nacional de la mujer "Dra. María Isabel Rodríguez"



#### Datos Generales del Hospital

El Hospital Nacional de la Mujer "Dra. María Isabel Rodríguez", es una Institución Pública de servicio, que forma parte de la organización del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la República de El Salvador, con la categoría de Hospital Nacional Especializado de Tercer Nivel.

Actualmente ubicado en Final 25 avenida sur y calle Francisco Menéndez, Barrio Santa Anita, San Salvador; bajo la dirección de la Dra. Adelaida de Lourdes Trejo de Estrada.

Misión	Visión
Proporcionar atención médica en las especialidades de ginecología, obstetricia, neonatología y sus ramas afines con calidad y con alto sentido humano a la población, así como realizar investigación científica y participar en el desarrollo del recurso humano médico, de enfermería y paramédico para cumplir con los requerimientos y exigencias según estándares internacionales de calidad y seguridad.	Ser el Hospital de referencia a nivel nacional en la especialidad de ginecología, obstetricia y neonatología con mejores ambientes de infraestructura, tecnología y recurso humano, que garanticen proporcionar atención médica de calidad a sus usuarias.

#### 2.2.3.1 Principales funciones del Hospital

- Atención preventiva y curativa a la población femenina en el área de Obstetricia incluyendo adolescentes y pacientes con embarazo de alto riesgo.
- Atención preventiva y curativa a la población Femenina en el área de ginecología tanto para cirugía, tratamiento médico.
- Atención de pacientes en los diferentes Servicios de Hospitalización y consulta externa, así como Hospital de día.
- Atención de pacientes con patología neoplasia pélvica y de mama.
- Atención de pacientes que requieren atención de las diferentes sub especialidades de la Ginecología y Obstetricia.
- Atención de pacientes en estado crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos e intermedios.
- Atención de pacientes que son referidas de las diferentes maternidades a nivel nacional.
- Atención de recién nacidos y su alojamiento conjunto con la madre en el área de Puerperio.

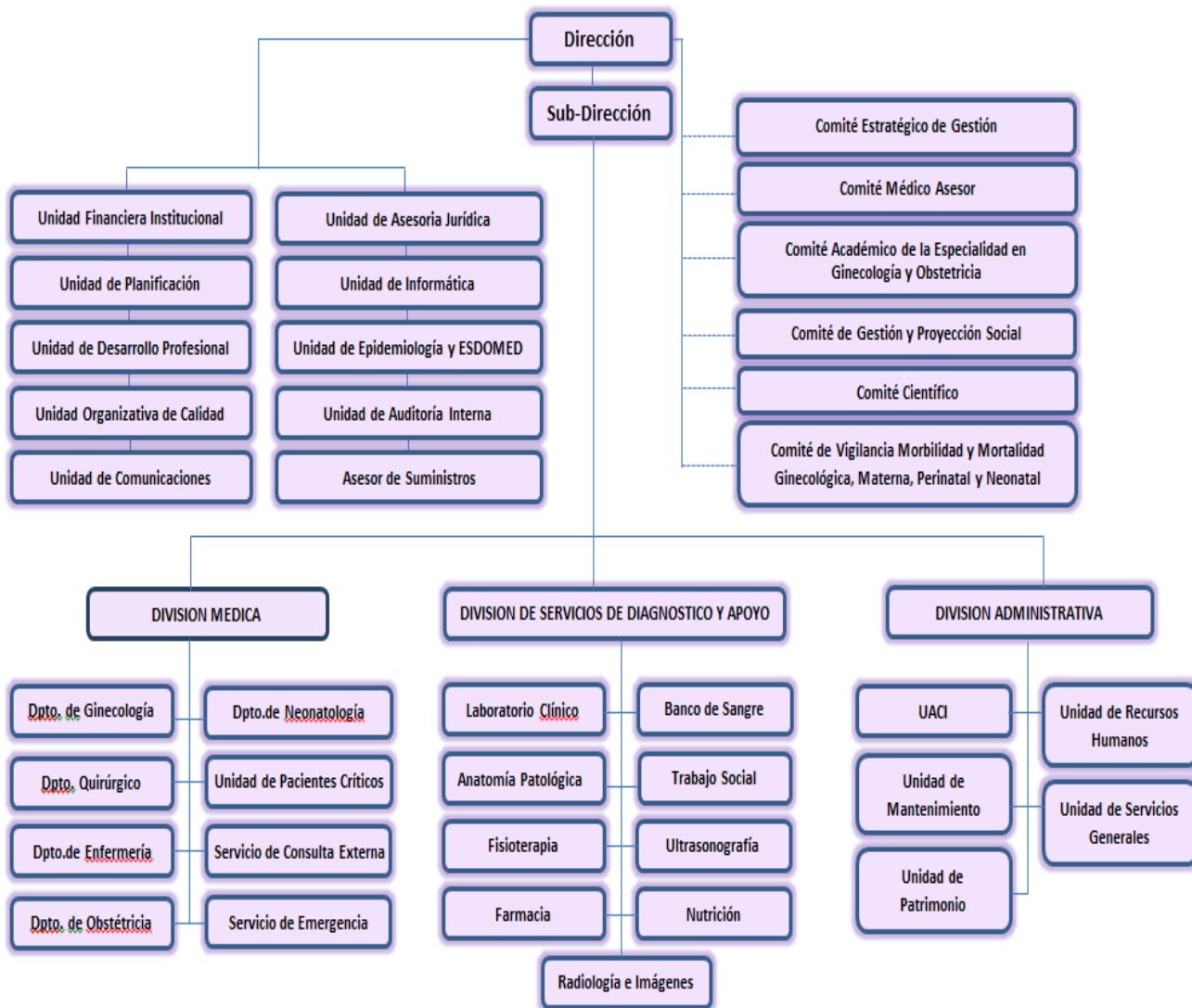


### 2.2.3.2 Organigrama institucional.

Ilustración 33 Organigrama institucional HNM

HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER  
"Dra. María Isabel Rodríguez"

## ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL



Fuente: Portal de transparencia-transparencia.gov.sv-organigrama institucional

### 2.2.3.3 Servicios brindados por el Hospital Nacional de la Mujer

Cuadro 16 Servicios brindados por el Hospital Nacional de la Mujer

Servicios	Descripción de servicio
<b>Neonatología</b>	Es la rama de la pediatría dedicada a la atención del bebé recién nacido desde su nacimiento hasta los 28 días.
<b>Puerperio</b>	Es el período de tiempo comprendido entre el parto (normal) y la recuperación de los órganos genitales de la mujer.
<b>Cirugía obstetricia</b>	es la división que se centra durante la cirugía del parto.
<b>Infectología</b>	hace referencia a las enfermedades infecciosas adquiridas en el Hospital
<b>Perinatología o Patología del embarazo</b>	Es una rama de la ginecobstetricia que se encarga del estudio y control de los embarazos de alto riesgo, durante todo el embarazo hasta el nacimiento del bebé y el control posterior.
<b>Oncología:</b>	ofrece tratamiento integral del paciente con cáncer ginecológico (incluyendo la mama), desde su diagnóstico hasta su curación
<b>Ginecología</b>	hace referencia a la especialidad médica y quirúrgica que trata las enfermedades del sistema reproductor femenino.
<b>Emergencias:</b>	es una enfermedad o lesión repentina que necesita tratamiento inmediato, dependerá fuertemente de la situación, del paciente y de la disponibilidad de recursos para asistirlo
<b>Ultrasonografía</b>	Es un método de diagnóstico que se basa en el uso de ultrasonido, para evaluar las estructuras fetales, anexos ovulares durante la gestación y otras enfermedades

Fuente: Portal de transparencia-transparencia.gob.sv

### 2.2.3.4 Recursos del Hospital Nacional de la Mujer

#### Presupuesto HNM

Tabla 26 Presupuesto Hospitalario HNM

Presupuesto	2016	2017	2018
Total	<b>\$17,935,220</b>	<b>\$16,817,736</b>	<b>\$17,513,045</b>
Hospitalario	<b>\$14,228,305</b>	<b>\$14,215,043</b>	<b>\$14,948,640</b>
% de Asignación	79%	85%	85%

Fuente: Presupuestos 2018-2017-2016. Hospital Nacional de la Mujer. Portal de Transparencia

#### Recursos Humanos HNM

Tabla 27 Clasificación De Recursos Humanos

Detalle	Plazas
Dirección superior y Administración	40
Atención Ambulatoria	82
Atención Hospitalaria	831

Fortalecimiento de la Salud de la Mujer	6
<b>Total</b>	<b>959</b>

Fuente: Ley de Salarios 2018 HNM

### ***Demanda HNM***

En base a datos estadísticos de la DIGESTYC, se estima que la población de género femenino, representa el 53% del total de salvadoreños en el país.

*Tabla 28 Población estimada a ser atendida en HNM*

<b>Población total</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	
6,643,359	<b>3,127,359</b>	<b>3,516,000</b>	
100%	<b>47%</b>	<b>53%</b>	
<b>Desglose de población femenina</b>			
	+ 50 años	745889	21%
64% de la población femenina estimada a ser atendida	20 – 49 años	1,601,959	46%
	10 – 19 años	620,802	18%
	0 – 9 años	547,350	16%

De acuerdo a lo presentado, la población que se proyecta a ser atendida por parte de HNM se estima sea del 64% del total de mujeres del país, que son las que se encuentran en los rangos de edades fértiles.

Se considera la Población Nacional como la potencial demandante de servicios del Hospital, en función de Referencia Nacional que atiende los casos derivados de toda la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud (RIISS) del MINSAL a nivel nacional. No obstante, registros estadísticos, muestran que la demanda de personas atendidas por primera vez en el Hospital durante 2017 fue de 16,917, más los recién nacidos que se incluyen en los servicios de neonatología, se estima una demanda real aproximada es de 20,000 personas.

Fuente: elaboración propia con datos de Plan Operativo Anual HNM 2018

### ***Capacidad instalada de Hospital Nacional de la Mujer***

#### **Dotación de camas en cada Hospital**

*Tabla 29 Capacidad Instalada en HNM*

<b>N.º</b>	<b>Servicio Hospitalario</b>	<b># de Camas</b>
1	Puerperio	36
2	Perinatología	48
3	Obstetricia	6
4	Ginecología	10
5	Oncología	19
6	Infectología	19
7	Neonatología	50
8	Cirugía Obstétrica	26
<b>Total</b>		<b>214</b>

Fuente: PAO 2018

### 2.2.3.5 Egresos, estancia en días y promedio de estancia en día por pacientes

Tabla 30 Egresos y estancia en días 2016-2017

Estadísticas hasta enero-diciembre Hospital Nacional de la Mujer			
	2016	2017	2018*
Total, de egreso de pacientes	19,586	19,037	11,659
Total, de días de estancia Hospitalaria	104,645	93,930	66,639
Promedio de días por paciente	5.34 Días	4.93 Días	5.72 Días

Fuente. SIMMOW \* Datos hasta el 15/09/2018

El estándar promedio en días por paciente en las principales especialidades de Hospitalización, se encuentra entre **5 días** de estancia

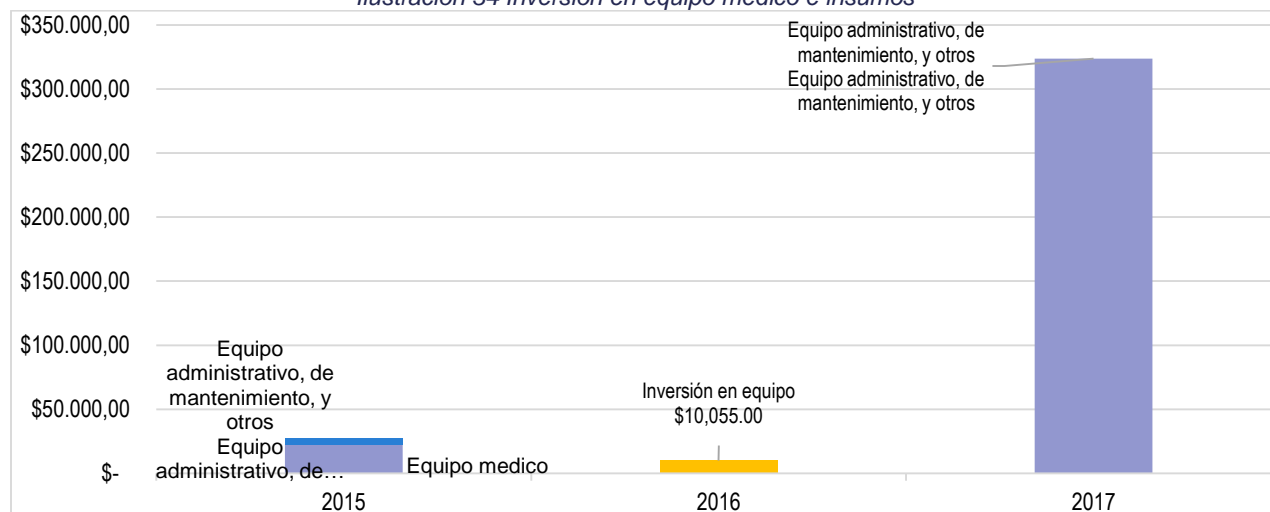
### Capacidad Instalada

$$CI_{2017} = \frac{\#de\ camas \times días\ del\ año}{tiempo\ promedio\ de\ estancia} = \frac{214 \times 365 \times 0.85}{5} = 13,278\ pacientes/año$$

### 2.2.3.6 Equipo e insumos

La inversión que se hace en los equipos e insumos, se presenta en el gráfico siguiente:

Ilustración 34 Inversión en equipo médico e insumos



Fuente: Elaboración propia

En el último año, la inversión de equipo en el Hospital, fue en su totalidad para equipo administrativo y mantenimiento, con una cantidad muy por encima de la realizada en los últimos años

### 2.2.3.7 Incorporación de servicios médicos y últimos cambios en infraestructura

El HNM brinda la atención de la especialización del embarazo y parto de alto riesgo, cáncer, cirugía por video laparoscopia, infertilidad y cirugía neonatal temprana, alojamiento materno y servicio de autopsia

Cuenta con tecnología en la que, los servicios de apoyo ingresan en el sistema, los resultados de las pruebas realizadas a los pacientes, y estos resultados pueden ser consultados en

diferentes terminales (monitores) ubicados dentro del Hospital, y de ser necesario la impresión de los mismos.

Las imágenes de radiografías también pueden ser consultadas en monitores ubicados en los servicios de los Hospitales, para la mejor visualización de las pruebas (imágenes que pueden ser ampliadas, medidas, etc.).

Tabla 31 Comparativo de antiguo Hospital Nacional Especializado de Maternidad versus Hospital Nacional de la Mujer

<b>Concepto</b>	<b>Hospital Nacional Especializado de Maternidad “Dr. Raúl Arguello Escolán” - 2012</b>	<b>Hospital Nacional de la Mujer Dra. Isabel Rodríguez - 2018</b>
Extensión de edificio	18 mil m <sup>2</sup>	30 mil m <sup>2</sup>
Camas de neonatos	Capacidad para 121 pacientes: Unidad de Cuidados Intensivos: 21 incubadoras Unidad de Cuidados Intermedios con 30 incubadoras y 10 bacinete; Unidad de Cuidados Mínimos de 60 bacinete	Capacidad para 150 pacientes: Unidad de Cuidados Intensivos: 40. Unidad de Cuidados Intermedios con 60. Cuidados Mínimos 50
Camas de Hospitalización	232 camas <sup>9</sup>	224 camas censables 204 no censables
Servicios de Hospitalización	11 servicios	11 servicios
Consulta externa	15 consultorios	30 consultorios (incluyendo las especialidades de odontología, psicología y psiquiatría)
Consultas en emergencia	26,000 consultas	capacidad de atender cerca de 42,000 consultas
Quirófanos disponibles para cirugía electiva	6 quirófanos	5 quirófanos (en inauguración 2014 contaba con 10 quirófanos)

Fuente: elaboración propia con datos de PAO de HNM y estadísticas 2012 del Hospital Nacional de Maternidad

<sup>9</sup> Dato obtenido de <http://w2.salud.gob.sv/novedades/noticias/noticias-ciudadanas/300-noviembre-2014/2701--26-11-2014-el-Hospital-de-maternidad-se-traslada-al-Hospital-nacional-de-la-mujer.html>

## 2.3 Comparación de Hospitales de 3er nivel

Tabla 32 Comparativa de datos de Hospitales de 3er nivel

Datos relevantes de los Hospitales de Tercer Nivel			
Información \ Hospital	Hospital Nacional Rosales	Hospital Nacional de Niños "Benjamín Bloom"	Hospital Nacional de La Mujer "Dra. María Isabel Rodríguez"
Presupuesto para el Hospital (2018)	\$45,394.725	\$31,121,470	\$17,513,045
Presupuesto asignado al servicio de Hospitalización (2018)	\$38,985,840	\$27,221,200	\$14,948,640
Plazas del Hospital	1814	1378	959
Promedio de población estimada que demanda servicios del Hospital	68,036	928,147	2,222,761
% de la población salvadoreña atendida	Se estima el 1% de la población salvadoreña	Estimado según estadísticos del Hospital	Estimado según estadísticos del Hospital
Cantidad estimada de egresos de Hospitalización (2017)	23,693	11,404	19,048
Días de Estancias (2017)	196,258	99,622	93,944
Días promedio de estancia (2017)	8.28	8.74	4,93
Estándar promedio de estancia	6.25	8	5
Causas principales de egreso (pacientes Hospitalizados en 2017)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumores (neoplasias)</li> <li>• Enfermedades del sistema circulatorio</li> <li>• Enfermedades del sistema genitourinario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedades del Apéndice</li> <li>• Leucemia (C91-C95)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Neumonía</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parto</li> <li>• Afecciones perinatales y las malformaciones congénitas representan la segunda causa</li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>de egreso La atención especializada de mujeres con tumores</li> </ul>
<b>Causas principales de días de estancia (pacientes Hospitalizados en 2017)</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Tumores (neoplasias) <ul style="list-style-type: none"> <li>Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas</li> </ul> </li> <li>Enfermedades del sistema circulatorio</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>Afecciones originadas en el período perinatal</li> <li>Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas</li> <li>Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias</li> </ul>
<b>Promedio que un paciente esperó antes para ser ingresado, después de habérselo indicado en la consulta de emergencia (2015-2016)</b>	<b>Medicina interna</b>	32 horas 29 minutos	6 horas 2 minutos*	Sin dato establecido
	<b>Cirugía</b>	2 horas 52 minutos		
<b>Camas censables de Servicios de Hospitalización</b>		504 camas	275	214

Fuente: Elaboración propia, con datos del "Plan Anual Operativo Institucional" de los años 2016-2018, de los tres Hospitales de Tercer Nivel

\*: Dato general. No se cuenta con desglose

-: no se cuenta con estos datos

Los Hospitales de Tercer Nivel, así como todas las instituciones que integran el Ministerio de Salud, se encuentran inmersos en un esfuerzo por brindar una atención integral y de calidad a la población. Para alcanzar estos buenos resultados se necesita gestionar las actividades y recursos que intervienen en el quehacer Hospitalario, con la finalidad de orientarlos a las metas propuestas.

## 2.4 Procesos de Hospitalización de MINSAL para Hospitales de Tercer Nivel

Para el cumplimiento de los Procesos en los diferentes Hospitales de Tercer Nivel, el MINSAL en el Manual de Procedimientos Hospitalarios, establece un proceso que se debe cumplir, por lo cual se partirá del establecimiento del mapa de Procesos general del sistema Hospitalario y posteriormente se establece el proceso propio de Hospitalización.

### 2.4.1 Procesos Generales Hospitalarios

Los Procesos pueden ser clasificados en función de varios criterios; sin embargo, la clasificación más común hace referencia a Procesos estratégicos, claves y de apoyo. Dentro del ámbito de los servicios de salud, los Procesos claves son los que se encuentran directamente relacionados a la atención médica del paciente.

Con base a lo anterior y con la finalidad de facilitar el diseño de los Procesos esenciales de los Hospitales, se plantea la función general descritas en el Manual de Organización con referencia a las Funciones generales y específicas de un Hospital desplegándola en funciones más específicas que faciliten su análisis e interpretación

*Cuadro 17 Desagregación de la Función general de un Hospital*

Función General del Hospital	Desagregación de la función asistencial
Brindar atención a pacientes médico quirúrgicos de emergencia, servicio de Hospitalización y Consulta externa, acompañado de los servicios de apoyo necesarios en las especialidades de establecidas para el Tercer Nivel.	Atender consultas externas correspondientes al nivel de resolución Hospitalaria.
	Brindar atención de emergencia de Tercer Nivel
	Atender patologías por métodos quirúrgicos en las especialidades de acuerdo al nivel de resolutivo del Hospital.
	Brindar cuidados y atención de Hospitalización a pacientes que lo ameriten dentro del campo de competencia y en el contexto del Tercer Nivel.
	Brindar atención de cuidado crítico al paciente que así lo amerite.

Fuente: Manual de Funciones

En las tablas siguientes:

- Cuadro analítico funcional para la identificación de los Procesos.
- Matriz para la validación de relaciones entre los Procesos y las funciones.
- Matriz para la estructuración de los Procesos.

Se realiza un análisis específico para la identificación de los Procesos esenciales definiendo al menos un proceso para cada función desagregada tal como sigue



Cuadro 18 Cuadro analítico funcional para la identificación de los Procesos

FUNCIONES	DESAGREGACION DE FUNCIONES	ACTORES	PRODUCTOS	PROCESOS
<p><b>FUNCION ASISTENCIAL</b></p> <p>Brindar atención a pacientes médico quirúrgicos de emergencia, servicio de Hospitalización y Consulta externa, acompañado de los servicios de apoyo necesarios en las especialidades establecidas para el Tercer Nivel.</p>	<p>Atender consultas externas correspondientes al nivel de resolución Hospitalaria.</p>	<p>-ESDOMED (Admisión de pacientes)                      -ESDOMED (Citas)                      -Consulta externa (Selección)                      -Consulta externa (Atención de consulta)                      -Consulta externa (Atención de enfermería)                      -Medios diagnósticos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta médica.</li> <li>• Referencia / retorno.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingresos</li> <li>• Procedimientos</li> <li>• Citas</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>- Proceso de atención de consulta externa Hospitalaria</b></p>
	<p>Brindar atención de emergencia de Tercer Nivel.</p>	<p>-ESDOMED (Admisión de pacientes)                      -Emergencia (Selección)                      -Emergencia (Atención de consulta)                      -Emergencia (Máxima urgencia)                      -Emergencia (Observación)                      -Emergencia (Atención de enfermería)                      -Medios diagnósticos / terapéuticos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta médica.</li> <li>• Referencia / retorno.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingresos.</li> <li>• Procedimientos</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>-Proceso de atención de emergencias</b></p>
	<p>Atender patologías por métodos quirúrgicos en las especialidades de acuerdo al nivel resolutivo del Hospital.</p>	<p>-Sala de operaciones                      -Servicios de Hospitalización                      -Medios diagnósticos                      -ESDOMED (Admisión de pacientes)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugías electivas para Hospitalización</li> <li>• Cirugías electivas ambulatorias</li> <li>• Cirugías de emergencia</li> </ul>	<p><b>-Proceso de Programación quirúrgica y sala de operaciones</b></p>
	<p>Brindar cuidados y atención de Hospitalización a pacientes que lo ameriten dentro del campo de competencia y en el contexto del Tercer Nivel.</p>	<p>-Servicios de Hospitalización                      -Medios diagnósticos                      -ESDOMED (Admisión de pacientes)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Egresos Hospitalarios                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimientos                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• DCO</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<p><b>-Proceso de atención para brindar Servicios de Hospitalización</b></p>
	<p>Brindar atención de cuidado crítico al paciente que así lo amerite.</p>	<p>-UCIA – UCE                      -Servicios de Hospitalización                      -Medios diagnósticos / terapéuticos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes atendidos                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• DCO</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>-Proceso de atención en Cuidados intensivos</b></p>

Fuente: Dirección Nacional de Hospitales, Ministerio de Salud, agosto de 2014.

Cuadro 19 Validación de relaciones entre los Procesos y las funciones

PROCESOS  FUNCIONES ASISTENCIALES		1	2	3	4	5
		- Proceso de atención de consulta externa Hospitalaria	-Proceso de atención de emergencias	-Proceso de Programación quirúrgica y sala de operaciones	-Proceso de atención para brindar Servicios de Hospitalización	-Proceso de atención en Cuidados intensivos
A	Atender consultas externas correspondientes al nivel de resolución Hospitalaria.	<b>Este proceso es requerido para dar soporte operativo a la función A</b>	Este proceso se relaciona a la función A según sea la gravedad del caso atendido.	Este proceso se relaciona con la función A por medio de los mecanismos de programación de cirugías	Este proceso puede tener como resultado el control de seguimiento post Hospitalización en la Consulta Externa	<b>No existe una relación típica entre este proceso y la función A</b>
B	Brindar atención de emergencia de Tercer Nivel	Este proceso se relaciona a la función B según sea la gravedad del caso atendido.	<b>Este proceso es requerido para dar soporte operativo a la función B</b>	Este proceso se relaciona con la función B cuando la atención requiera manejo quirúrgico.	El proceso de atención en Hospitalización se alimenta de algunos casos atendidos en consulta de emergencia	Las unidades de cuidado crítico UCIA y UCE brindan soporte a todos los Servicios de Hospitalización
C	Atender patologías por métodos quirúrgicos en las especialidades de acuerdo al nivel de resolutivo del Hospital.	Este proceso representa un mecanismo de acceso para el cumplimiento de la función C	Este proceso representa un mecanismo de acceso para el cumplimiento de la función C	<b>Este proceso es requerido para dar soporte operativo a la función C</b>	Mediante este proceso se brinda cuidado a los pacientes pre y post quirúrgicos	Las unidades de cuidado crítico UCIA y UCE brindan soporte a todos los Servicios de Hospitalización
D	Brindar cuidados y atención de Hospitalización a pacientes que lo ameriten dentro del campo de competencia y en el contexto del Tercer Nivel.	Este proceso representa un mecanismo de acceso para el cumplimiento de la función D	Este proceso representa un mecanismo de acceso para el cumplimiento de la función D	Este proceso se relaciona con la función B cuando la atención requiera manejo quirúrgico.	<b>Este proceso es requerido para dar soporte operativo a la función D</b>	Las unidades de cuidado crítico UCIA y UCE brindan soporte a todos los Servicios de Hospitalización
E	Brindar atención de cuidado crítico al paciente que así lo amerite.	<b>No existe una relación típica entre este proceso y la función E</b>	Este proceso representa un mecanismo de acceso para el cumplimiento de la función F	Este proceso se relaciona con la función F cuando la atención requiera manejo quirúrgico.	Las unidades de cuidado crítico UCIA y UCE brindan soporte a todos los Servicios de Hospitalización	<b>Este proceso es requerido para dar soporte operativo a la función F</b>

Fuente: Elaborado a partir de Manual de Funciones

Cuadro 20 Matriz para la estructuración de los Procesos

N.	PROCESOS NOMBRE	PROPOSITO	NATURALEZA	AREA DE INFLUENCIA	INICIA CON	FINALIAZA CON
1	<b>- Proceso de atención de consulta externa.</b>	Definir la secuencia de actividades y requisitos necesarios para la atención de pacientes referidos a la consulta externa del Hospital, tomando en cuenta los lineamientos y normativas existentes, la infraestructura, el recurso humano y otros insumos disponibles para brindar la atención ambulatoria de este servicio.	ASISTENCIAL	SECTORIAL	Recepción de personas con referencia a la consulta externa del Hospital	Emisión del alta, referencia o retorno.
2	<b>-Proceso de atención de emergencias.</b>	Definir la secuencia de actividades mediante la cual se brinda atención a las usuarias de la unidad de emergencia, considerando los factores de infraestructura, recurso humano, y planes de acción requeridos para brindar un servicio acorde a las necesidades y exigencias de la población.	ASISTENCIAL	SECTORIAL	Recepción de personas solicitando atención médica de emergencia del Hospital.	Ingreso Hospitalario o la emisión del alta, referencia o retorno.
3	<b>-Proceso de Programación quirúrgica y sala de operaciones.</b>	Homologar y definir la secuencia de actividades que permita la programación y ejecución de cirugías electivas, ordenando dicha secuencia en función de lograr el mayor aprovechamiento de las horas médico quirúrgicas y de los quirófanos disponibles, así como la reducción de tiempos de espera para la realización de cirugías electivas.	ASISTENCIAL	INSTITUCIONAL	Programación de cirugía electiva desde cualquier servicio autorizado para ello.	Traslado de paciente post cirugía hacia el servicio final de Hospitalización.
4	<b>-Proceso de atención para brindar Servicios de Hospitalización</b>	Definir la secuencia general de actividades que se desarrollan para el internamiento, cuidado y alta de los Servicios de Hospitalización, atendiendo las normativas vigentes y definiendo las responsabilidades de los diferentes actores que brindan los cuidados de Hospitalización.	ASISTENCIAL	INSTITUCIONAL	Orden medica de ingreso Hospitalario	Egreso Hospitalario o traslado a otro centro.
5	<b>-Proceso de atención en Cuidados intensivos.</b>	Definir la secuencia de actividades que se desarrollan durante la atención de pacientes de cuidado crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos y Especiales, así como su relación con los demás servicios del Hospital y establecer criterios para el óptimo funcionamiento de estas unidades.	ASISTENCIAL	INSTITUCIONAL	Recepción de pacientes en UCIA / UCE por admisión directa o transferencia de otro servicio u otra institución.	Transferencia de pacientes a otro servicio de Hospitalización o dependencia del Hospital.

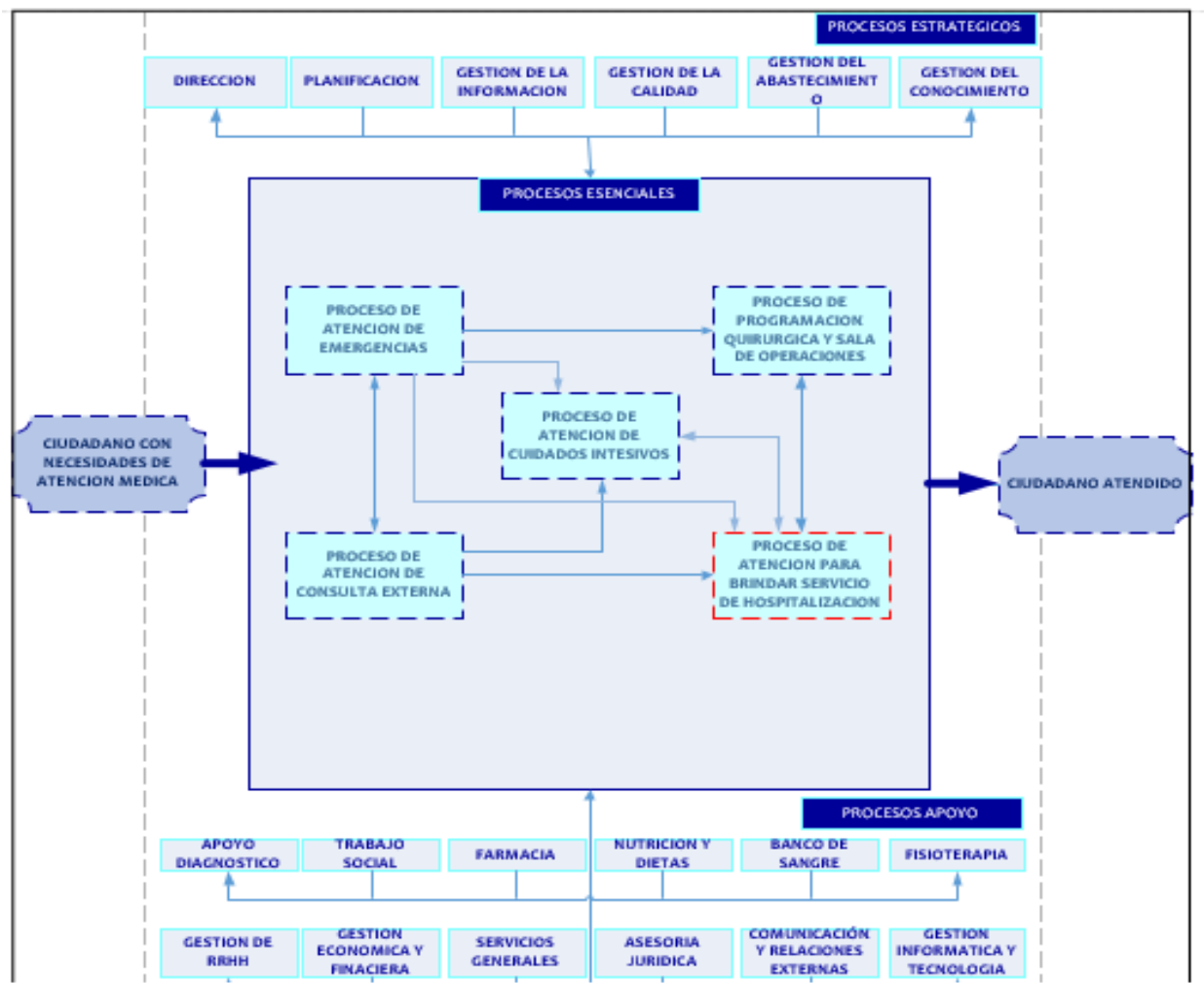
Fuente: Elaborado a partir de Manual de Funciones

Como se mencionó anteriormente, los Procesos clave son aquellos que afectan de modo directo la prestación del servicio y por tanto a la satisfacción del usuario o cliente externo, derivándose de la revisión del manual de Organización y Funciones de los Hospitales, algunas funciones concretas de tipo asistencial que se identificaron son las siguientes:

- i. Atención Quirúrgica.
- ii. Atención de Emergencias.
- iii. Atención de Consulta Externa.
- iv. Atención en Servicios de Hospitalización.
- v. Atención de UCIA / UCE
- vi. Atención de los Servicios de Apoyo.

Se muestra el mapa general de Procesos Hospitalarios dar una visión de los Procesos más importantes identificados, y de esta manera evidenciar como estos se relacionan y se comunican entre sí en los distintos niveles de categorización del sistema

Ilustración 35 Mapa de nivel 1, Procesos Hospitalarios



Fuente. Elaboración propia a partir de Manual de Procesos Hospitalarios 2014. MINSAL

## **2.5 Proceso de Atención del MINSAL en Servicios de Hospitalización**

Dentro de los Procesos clave de un Hospital se encuentra el proceso de Hospitalización, en el cual se centrará la investigación y por lo cual se procederá a describir el proceso, concretizado en una matriz que incluye la actividad y su descripción, así como la unidad administrativa responsable y el resultado esperado.

El Manual de Procesos en la Atención Hospitalaria describe el Proceso de la siguiente manera:

### **Propósito**

Implementar y estandarizar la organización del proceso de atención en los Servicios de Hospitalización en todos los Hospitales de la red pública, para facilitar la gestión de la atención de según el nivel resolutivo de cada Hospital y propiciar un escenario de mejora continua.

### **Alcance**

El alcance del proceso se clasifica como “sectorial”, debido a que para su adecuada operatividad deben intervenir diversos actores de la red de salud, para lo que se vuelve necesaria la coordinación entre diferentes unidades administrativas.

### **Políticas de operación, normas y lineamientos**

- Cada Hospital deberá establecer los mecanismos necesarios para registrar y validar los datos de ingreso Hospitalario según lo definido en la norma técnica para departamentos de Estadística y Documentos Médico y manual del tabulador diario de actividades
- El personal de enfermería debe garantizar que el paciente sea ubicado en su unidad de acuerdo a las indicaciones medicas
- En caso de ser necesario el médico de staff hará una evaluación inmediata de cada paciente que lo amerite al momento del ingreso, para ello la enfermera responsable deberá dar aviso de tal necesidad.
- El médico de staff es el responsable de establecer los planes de manejo y evaluar la evolución del paciente
- Deberá cumplirse con todos los requisitos de documentación y registro relacionados al ingreso, estancia y egreso de Hospitalización

Cuadro 21 Proceso establecido por el MINSAL

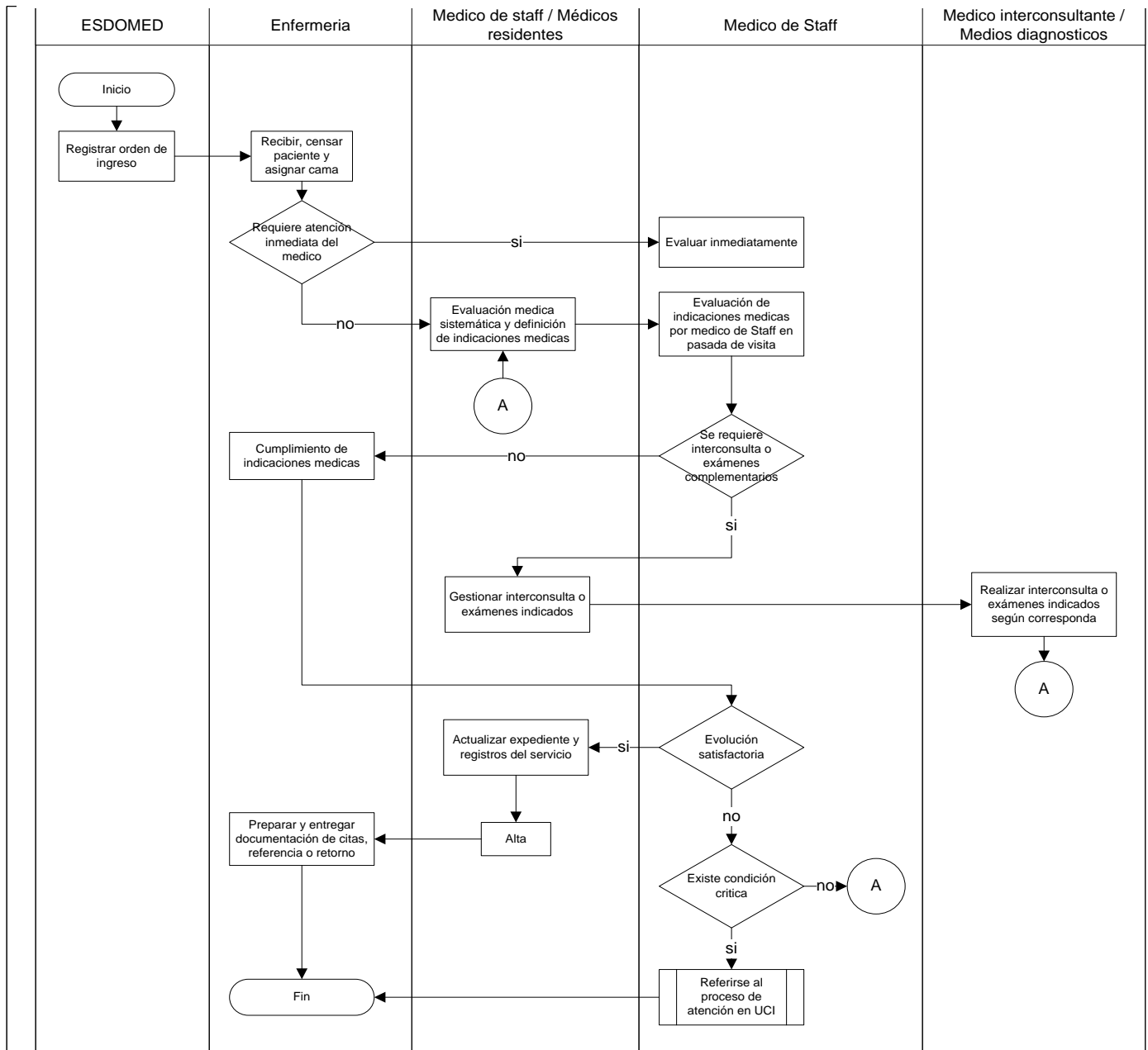
No .	Secuencia de Actividades	Descripción de la actividad	Responsable	Resultado esperado
1	Registrar orden de ingreso	El encargado de admisión de pacientes registra los datos necesarios del ingreso Hospitalario en los sistemas de registro correspondientes	ESDOMED	Registros de ingreso actualizados
2	Recibir paciente y asignar cama	Se recibe el paciente en el servicio de destino cumpliendo los requisitos documentales de registro y se asigna una cama censable.	Enfermería	Paciente encamado
3	¿Se requiere atención inmediata del médico?	Si el paciente requiere atención inmediata ver paso 4 en caso contrario ver paso 5	Enfermería	--
4	Evaluar inmediata y definición de indicaciones medicas	Si el paciente requiere atención médica inmediata, enfermería da aviso al médico de mayor jerarquía para que este evalúe al paciente y defina un manejo inmediatamente	Enfermería Médico de staff	Atención inmediata en Hospitalización y definición de plan de manejo inmediato
5	Evaluar sistemáticamente y definir indicaciones medicas	El médico a cargo evalúa al paciente durante el cumplimiento de su rutina diaria en el servicio de Hospitalización definiendo la condición clínica del paciente y las indicaciones medicas	Médico de staff o residentes	Definición del plan de manejo
6	Evaluar indicaciones médicas por médico de staff en pasada de visita	El médico de staff a cargo evalúa junto a los agregados y/o residentes el plan de manejo establecido durante la rutina de pasada de visita	Médico de staff	Plan de manejo validado y establecido
7	¿Se requiere interconsulta o exámenes complementarios?	El médico de staff decide la necesidad de apoyo diagnóstico	Médico de staff	--
8	Gestionar interconsulta o exámenes complementarios	Según la condición clínica del paciente y a criterio del médico tratante se debe solicitar la participación de médicos de otra especialidad	Médico de staff Enfermería	Solicitud de apoyo diagnóstico realizada

No .	Secuencia de Actividades	Descripción de la actividad	Responsable	Resultado esperado
9	Realizar interconsulta o exámenes indicados según corresponda	Es la evaluación por el médico Interconsultantes y /o la realización y obtención de resultados de exámenes complementarios.	Médicos Interconsultantes Servicios de apoyo diagnóstico	Cumplimiento de indicaciones médicas proporcionadas en interconsulta y/o en base a análisis de resultados de exámenes complementarios.
10	Cumplir indicaciones medicas	La enfermera a cargo de la unidad debe cumplir las indicaciones médicas	Enfermería	Cumplimiento del plan de manejo
11	¿Paciente evoluciona satisfactoriamente?	En caso de tenerse una evolución satisfactoria ver paso 12, en caso contrario ver paso 15	Médico de Staff	
12	Actualizar expediente y registros del servicio	Deben actualizarse todas las anotaciones relacionadas a la evolución clínica del paciente y todos los registros propios del servicio	Médico de Staff o Residente	Cumplimiento de requisitos documentales
13	Alta	Brindar a paciente orientación sobre su patología y finalización de tratamiento de forma ambulatoria, así como medidas de cuidado.	Médico de Staff o Residente. Enfermería	Paciente estable y en condiciones de alta
14	Preparar y entregar documentación de citas, referencia o retorno	Enfermera entrega y explica documentación de alta.	Enfermería	Cumplimiento de requisitos documentales
15	¿Existe condición crítica?	En caso de determinarse una condición inestable ver paso 16 en caso contrario ver paso 5	Médico de Staff	
16	Referirse al proceso de UCI	Manejo de paciente crítico	Médico de Staff	

Fuente: Manual de Procedimientos 2014- MINSAL

# Diagrama de Flujo de Proceso

Ilustración 36 Proceso actual de Hospitalización- MINSAL



DOCUMENTO	
Carta Iberoamericana de la calidad en la gestión pública	Lineamientos técnicos para la referencia, Retorno e interconsulta en las RISS
Guías Clínicas de Atención	Norma Técnica de Estadísticas y Documentos Médicos de Establecimientos de Salud
Lineamientos técnicos de mejora continua de la calidad en los Hospitales de las RISS.	Estrategias para la mejora continua de la calidad

Nota: Documento se refiere a los utilizados como referencia para establecer el proceso



### 3 Marco Normativo.

---

#### 3.1 Gestión Pública

La calidad en la Gestión Pública está enmarcada a nivel regional a través de compromisos o pronunciamientos internacionales adquiridos por el Estado de El Salvador y a nivel local mediante decretos particulares que buscan fomentar la mejora de la calidad en los sectores públicos y privados.

Al establecer el marco que normara el presente trabajo se inicia mencionando la Constitución Política de El Salvador la cual establece en su artículo 1. Es obligación del Estado asegurar el goce a la Salud, y en el artículo 101. Que es el Estado el que promoverá el desarrollo económico a través de la racional utilización de los recursos; de ahí la importancia de trabajar en la Mejora de la Gestión de los servicios de salud.

##### 3.1.1 Constitución Política de El Salvador

Art. 1.- El Salvador reconoce a la persona humana como el origen y el fin de la actividad del Estado, que está organizado para la consecución de la justicia, de la seguridad jurídica y del bien común. Asimismo, reconoce como persona humana a todo ser humano desde el instante de la concepción. (12) En consecuencia, es obligación del Estado asegurar a los habitantes de la República, el goce de la libertad, **la salud**, la cultura, el bienestar económico y la justicia social.

Art. 65.- La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento. El Estado determinará la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación.

Art. 101.- El orden económico debe responder esencialmente a principios de justicia social, que tiendan a asegurar a todos los habitantes del país una existencia digna del ser humano. El Estado promoverá el desarrollo económico y social mediante el incremento de la producción, la productividad y la **racional utilización de los recursos**. Con igual finalidad, fomentará los diversos sectores de la producción y defenderá el interés de los consumidores.

##### 3.1.2 El plan quinquenal de desarrollo del gobierno 2014-2019. El Salvador Productivo, Educado y Seguro.

Para el actual gobierno “El Plan Quinquenal de Desarrollo 2014-2019: El Salvador productivo, educado y seguro”, es el instrumento de Política Pública del más alto nivel, considerándose el documento de referencia, por excelencia, para la formulación de los planes estratégicos ministeriales.

El objetivo 4, referido específicamente a la salud de la población, plantea: “Asegurar gradualmente a la población salvadoreña, el acceso y cobertura universal a servicios de salud de calidad”, considerándose un objetivo de desarrollo y de buen vivir.

El eje, E.4.2. Referido específicamente a la “Ampliación progresiva de la cobertura de salud a toda la población y prestación integral de servicios de salud oportunos, accesibles, asequibles, eficaces y de calidad”

Y la línea de acción L.4.2.4. Referido a “Fortalecer la capacidad resolutoria de los Hospitales básicos, departamentales y regionales para desconcentrar los Hospitales nacionales de especialidades, con énfasis en salud mental y salud sexual y reproductiva.”

### 3.1.3 Decreto ejecutivo no. 134

La gestión de la calidad en el sector público comienza a tomar énfasis en El Salvador, desde que se publicó en el Diario Oficial, tomo N° 389 el 13 de diciembre del 2010 el Decreto N°. 134 donde se crea el **“Premio salvadoreño a la calidad” y el “Reconocimiento a las mejores prácticas”**; este premio reconoce las mejores prácticas tanto en el sector público como privado. Dentro de este decreto se establece en su Art. 6 que **“las instituciones del Órgano Ejecutivo procurarán la implementación de modelos de gestión de calidad, así como la adopción de un enfoque basado en Procesos**, de acuerdo a lineamientos emitidos por la Presidencia de la Republica, a través de la Secretaria para Asuntos Estratégicos”.

Por otra parte, en el Art. 7 establece que “Las instituciones del Órgano Ejecutivo procurarán autoevaluarse anualmente, independientemente de su postulación al Premio Salvadoreño a la Calidad y al Reconocimiento de las Mejores Prácticas, con el fin de proporcionar sostenibilidad a las actividades encaminadas a una gestión de excelencia “. Este decreto por otro lado considera “que la Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública, originada por el Consejo Latinoamericano de Administración para el Desarrollo, CLAD, promueve un enfoque común sobre la calidad y la excelencia en la gestión pública. Asimismo, propone la adopción de instrumentos que incentiven la mejora de la calidad en la gestión pública que sean flexibles y adaptables a los diferentes entornos competitivos”.

### 3.1.4 Carta Iberoamericana de Calidad en La Gestión Pública

Es también de importancia mencionar el compromiso del gobierno con el cumplimiento de la Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública, la cual promueve el establecimiento de un enfoque común acerca de las nociones de calidad en la gestión pública, a partir del cual se adopte un conjunto de principios y orientaciones que sirvan de referencia para la formulación de políticas, planes, modelos y mecanismos que permitan la mejora continua de la calidad de su gestión pública.

En tal sentido, la Carta Iberoamericana vincula la calidad en la Gestión Pública con dos propósitos fundamentales de un buen gobierno democrático:

1. toda gestión pública debe estar referenciada a la satisfacción del ciudadano, ya sea como usuario o beneficiario de servicios y programas públicos, o como legítimo participante en el proceso formulación, ejecución y control de las políticas públicas bajo el principio de corresponsabilidad social;
2. la gestión pública tiene que orientarse para resultados

#### Gestión por Procesos

- Los órganos y entes públicos orientarán sus actividades al desarrollo de una estrategia en términos de Procesos, basada en datos y evidencias, definiendo objetivos, metas, y compromisos a alcanzar. La adopción de una Gestión por Procesos permite la mejora de las actividades de la Administración Pública orientada al servicio público y para resultados.

A los efectos de la calidad en la gestión pública, los Procesos constituyen una secuencia ordenada de actividades, interrelacionadas, para crear valor añadido.

- La Gestión por Procesos en la Administración Pública debe tener en cuenta que el ciudadano es el eje fundamental de la intervención pública, lo cual requiere adoptar enfoques y diseñar los Procesos de prestación del servicio desde la perspectiva del ciudadano, usuario o beneficiario, y no desde la perspectiva de la Administración Pública.
- La Gestión por Procesos implica el desarrollo de las actuaciones siguientes:
  - a) La identificación de los requerimientos, necesidades y expectativas, de los diferentes destinatarios de las prestaciones y servicios públicos, así como de otros posibles grupos de interés.
  - b) La identificación de todos los Procesos necesarios para la prestación del servicio público y la adecuada gestión de la organización: Procesos clave u operativos, de apoyo a la gestión y estratégicos; lo que se denomina mapa de Procesos.
  - c) La definición del objetivo de cada uno de los Procesos, así como de los beneficios que aporta a los grupos de interés a los que va dirigido.
  - d) La definición secuencial detallada y precisa de las diferentes actividades que componen el proceso o procedimiento concreto, para el cumplimiento de los diferentes requerimientos, y en su caso su diagrama.
  - e) La definición de las obligaciones, así como de las autoridades y directivos encargados.
  - f) La definición de indicadores que permitan la medición y control del desarrollo de la marcha adecuada del proceso.
  - g) La definición y desarrollo de un sistema de gestión que permita el seguimiento, evaluación y mejora continua de la calidad de los Procesos, y la prestación del servicio.

## 3.2 Gestión Hospitalaria

La Gestión Hospitalaria en materia de enfoque por proceso tiene como marco legal las siguientes normativas

### 3.2.1 Ley De Creación Del Sistema Nacional De Salud

El Sistema Nacional de Salud, surge a partir de que se publicara en el Diario Oficial, tomo N° 377 el 16 de noviembre del 2007 el Decreto N°. 442 “Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud”

En los Objetivos que se declaran en el Art. 4, que tendrá esencialmente SNS, se declara en los incisos **b), i) y f)** lograr una mayor cobertura de atención por medio de condiciones de eficacia y eficiencia, logrando la satisfacción de los usuarios y el uso óptimo de los recursos.

b) Alcanzar una mayor cobertura y mayores niveles de atención en salud a toda la población salvadoreña, en condiciones de **eficacia, eficiencia** y equidad en la provisión de los servicios y en función de las necesidades de la población;

f) **Lograr la satisfacción de los usuarios**, respetando sus derechos y valores.

i) Trabajar conjuntamente en la consecución de objetivos comunes al Sistema, **optimizando los recursos** que sean necesarios en beneficio de la población.

En el Art. 21.- Se establecerán redes funcionales de segundo y Tercer Nivel con atención protocolizada.

El segundo y Tercer Nivel de Atención estarán conformados por los Hospitales públicos acreditados para cada una de las categorías. Para garantizar la continuidad de la atención y la prestación permanente y efectiva de los servicios correspondientes, actuarán en coordinación con los otros sistemas mediante el uso de la referencia y retorno.

### **3.2.2 Política Nacional de Salud 2015-2019**

Objetivo: Garantizar el derecho a la salud de todas las personas mediante un Sistema Nacional de Salud integrado, sólido, que fortalezca sostenidamente lo público y regule efectivamente lo privado, con un abordaje de determinación social de la salud y la aplicación plena de la estrategia de APS-I, sumando esfuerzos hacia la cobertura universal de salud, el acceso universal a la salud, búsqueda constante de la equidad y de un ambiente sano y seguro, a través de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación

Estrategia 4. Profundización y ampliación de los Ejes Estratégicos de la Reforma de Salud

Eje 1: Fortalecimiento de las redes integrales e integradas de salud (RIIS)

4.1 Fortalecimiento del modelo de gestión en red en el SNS (estructura, organización y funcionamiento) en consonancia con el modelo de territorialización que adopte el GOES.

4.1.4.4 Definir Procesos de gestión institucional que incluyan la participación social.

4.1.5 Incrementar la eficacia, la eficiencia y la calidad de la Red Hospitalaria Nacional como componente relevante de las Redes Integradas e Integrales de los servicios de salud.

### **3.2.3 Código de salud.**

El Artículo 40, prescribe que el Ministerio de Salud es el Organismo encargado de determinar, planificar, ejecutar la política nacional en materia de Salud; dictar las normas pertinentes, organizar coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la Salud.

El artículo 41 numeral 4, establece que corresponde al Ministerio, organizar, reglamentar y coordinar el funcionamiento y las atribuciones de todos los servicios técnicos y administrativos de sus dependencias.

### **3.2.4 Reglamento General de Hospitales del Ministerio De Salud.**

El Reglamento General de Hospitales del Ministerio De Salud publicado en el diario oficial no. 45, tomo no.144, de fecha 6 de marzo de 2017. Establece en los siguientes artículos normativas que se tendrán en cuenta para la elaboración del estudio. La categorización de los Hospitales, los responsables de la coordinación de estos y describe las funciones de estos.

Art. 2.- Los Hospitales Públicos son instituciones de salud adscritas al MINSAL; proporcionan servicios de salud de forma gratuita, tanto de Emergencia, Urgencia, Ambulatorios y Hospitalización; los Hospitales de Segundo Nivel, dependen jerárquicamente de la Dirección Nacional de Hospitales de Segundo Nivel de Atención, mientras que los Hospitales de Tercer Nivel o de Referencia Nacional directamente del Viceministerio de Servicios de salud, a través de la Coordinación de Redes Complejas. Para la ejecución presupuestaria, se coordinarán con la Unidad Financiera Institucional del Nivel Superior.

Art. 7.- Los Hospitales están categorizados de la siguiente manera: a) Hospitales de Segundo nivel de Atención: se subdividen en Hospitales Básicos, Departamentales y Regionales. b) Hospitales de Tercer Nivel: son los de Referencia Nacional.

Art. 11.- Los Hospitales de Tercer Nivel están bajo la Coordinación de Redes Complejas, la cual depende directamente del Viceministerio de Servicios de Salud. Los Hospitales de Tercer Nivel cuentan con servicios de alta complejidad y son de referencia Nacional, entre ellos están:

- a) **Pediátrico:** Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, el cual cuenta con especialidades médicas y quirúrgicas destinadas a la atención de la población de cero a doce años, y en casos especiales que defina un lineamiento específico, hasta dieciocho de años de edad.
- b) **Ginecobstetricia:** Hospital Nacional de La Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”, el cual cuenta con especialidades para la atención Materno-Neonatal y sus subespecialidades.
- c) **Especializado para la atención de la adultez y adolescencia:** Hospital Nacional Rosales, cuenta con la atención en especialidades médico-quirúrgicas, destinadas a la atención de la población mayor de doce años de edad. Además del criterio de prestación de servicios, se categorizan como Hospitales Escuela, aquellos que realizan formación de especialistas, bajo la conducción del Hospital y a partir de los Convenios que suscriba el MINSAL con Instituciones Educativas en el área de la salud.

Art. 25.- El Hospital tiene las funciones siguientes:

1. Brindar atención médica a la población realizando actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación mediante servicios de emergencia, ambulatorios y de **Hospitalización**, y podrá recibir o referir pacientes a otras instituciones, bajo el Sistema de referencia, retorno e interconsulta, con el propósito de realizar estudios diagnósticos u ofrecer terapéutica de acuerdo a su enfermedad y necesidad de complejidad en la atención Hospitalaria, a partir de la categorización del servicio.

5. Rendición de cuentas a la población en general, en atención al servicio de salud brindado, así como las actividades indispensables **para la mejora en la transparencia y la eficiencia de los Procesos**.

### **3.2.5 Manual de Procesos en la Atención Hospitalaria**

Manual de Procesos de atención Hospitalaria, es un documento que contiene la información básica de las actividades indispensables que deben ejecutarse para la realización y cumplimiento de las funciones asignadas a las instituciones que brindan servicios Hospitalarios a la población salvadoreña.

#### **Objetivo General**

Proporcionar una descripción de la secuencia de actividades que deben realizarse para el cumplimiento de las funciones conferidas a cada institución Hospitalaria de la red, enfocándose en los Procesos Hospitalarios claves, con **el fin de la homogenización de Procesos e identificación de oportunidades que mejoren los métodos de trabajo, a través de acciones lógicas y secuenciales, para la atención con calidad y eficiencia a las personas que solicitan la atención.**

- **Objetivo Especifico 2.** Mejorar la productividad mediante el análisis de la forma o secuencia en que se realizan las actividades o tareas, identificando las necesidades de capacitación o desarrollo, para alcanzar la eficacia, eficiencia o modificación de las actividades para el aumento de la productividad.

### **3.2.6 Estrategia para la mejora continua de la calidad en los servicios Hospitalarios del MINSAL (EMCSH).**

“Ministerio de Salud, San Salvador, a los 21 días de mes de diciembre del año dos mil doce. CONSIDERANDO: Que de conformidad a lo prescrito en el Artículo 42 Numeral 2 del Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo, esta Secretaría de Estado, con el propósito conducir la planificación de intervenciones para la prevención, atención y protección de la salud de la población por ciclo de vida a nivel Hospitalario, con calidad y calidez, tomando como base la situación epidemiológica actual; Que es necesario emitir la Estrategia para el mejoramiento de la prestación de servicios Hospitalarios, como parte de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, del Ministerio; y Que debe existir una coordinación de intervenciones, sistematizada de forma clara y precisa para la atención integral de la población.

Los objetivos de la estrategia para la mejora continua de la calidad en los servicios Hospitalarios del MINSAL, se describen a continuación:

#### **Objetivos**

##### **A. General**

Mejorar la calidad de la atención en los servicios Hospitalarios que permita aportar al funcionamiento eficiente y eficaz del establecimiento de salud, en marcado dentro de la RIISS, Implementando un liderazgo organizado y coherente con el enfoque de Derecho a la Salud.

##### **B. Específicos**

1. Formar una estructura que facilite el desarrollo integral y que permita el desarrollo integral y permanente de la calidad de los servicios Hospitalarios.
2. Evaluar integralmente la calidad de los Procesos Hospitalarios y sus resultados, a través de indicadores estandarizados y medibles para toda la red Hospitalaria, definidos por la Dirección Nacional de Hospitales en coordinación con el Comité Nacional de Calidad Hospitalaria (CNCH).
3. Evaluar el nivel de satisfacción de los pacientes y familiares respecto a la atención recibida.
4. Divulgar la Estrategia para el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de servicios Hospitalarios de la institución a todo el personal.


#### **Alcance**

La Estrategia para el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de servicios Hospitalarios, en adelante EMCSH, se debe implementar en todos los Hospitales del país, ajustándose a su categoría.

Actividades para el cumplimiento de los objetivos:

- A. Disponer de la estructura que permita el desarrollo integral y permanente de la calidad en los servicios Hospitalarios
- B. Evaluar integralmente la calidad del proceso asistencial y sus resultados
  - 1) Utilizar el enfoque sistémico en la identificación de problemas de calidad, a través del equipo multidisciplinario en la identificación de los pasos de los Procesos de atención Hospitalaria que afectan la calidad del servicio.
  - 2) Evaluar la calidad de atención Hospitalaria mediante el análisis de documentos, en especial el expediente clínico.
  - 3) Identificar los factores de riesgo para los pacientes que se deriven del proceso asistencial proponiendo las medidas para la prevención de los mismos, creando así un ambiente de seguridad y de manejo de riesgos.
  - 4) Identificación, medición y análisis de los eventos adversos que concurren en los pacientes, proponiéndose las medidas correctivas, preventivas.
  - 5) Evaluar los resultados de la implementación de la mejora a los problemas detectados.
  - 6) Realizar investigaciones científicas sobre calidad Hospitalaria.
- C. Evaluar el nivel de satisfacción de los pacientes y familiares respecto a la atención recibida
- D. La controlaría social sobre la red Hospitalaria y cada uno de los Hospitales en particular
- E. Divulgar la EMCSH de la institución a todo el personal
- F. Definir los principales indicadores y estándares de calidad Hospitalarios
  - 1) El indicador de resultado como elemento básico del sistema de control de calidad (o monitorización), constituye una guía para evaluar, valorar y controlar la calidad de aspectos importantes en la práctica asistencial y permite compararlos con los objetivos o características de calidad acordados o esperados.
  - 2) Los indicadores deben cumplir los siguientes requisitos: validez, confiabilidad, sensibilidad y especificidad, deben ser exactos, precisos y fácilmente obtenibles.
  - 3) Para el análisis y evaluación de los indicadores, deben ser agrupados por Procesos.
  - 4) Los indicadores de resultados miden la calidad de los Procesos y sus normas (estándar) y de la atención al paciente, de forma directa o indirecta, reflejan criterios clínicos de actuación, grado de utilización de los servicios, habilidad y desempeño.
  - 5) El producto del proceso se mide por los indicadores de resultados.
  - 6) Constituyen un instrumento para la mejora continua de la calidad, no deben ser considerados un fin en sí mismos y deben estar acompañados de las evaluaciones cualitativas.

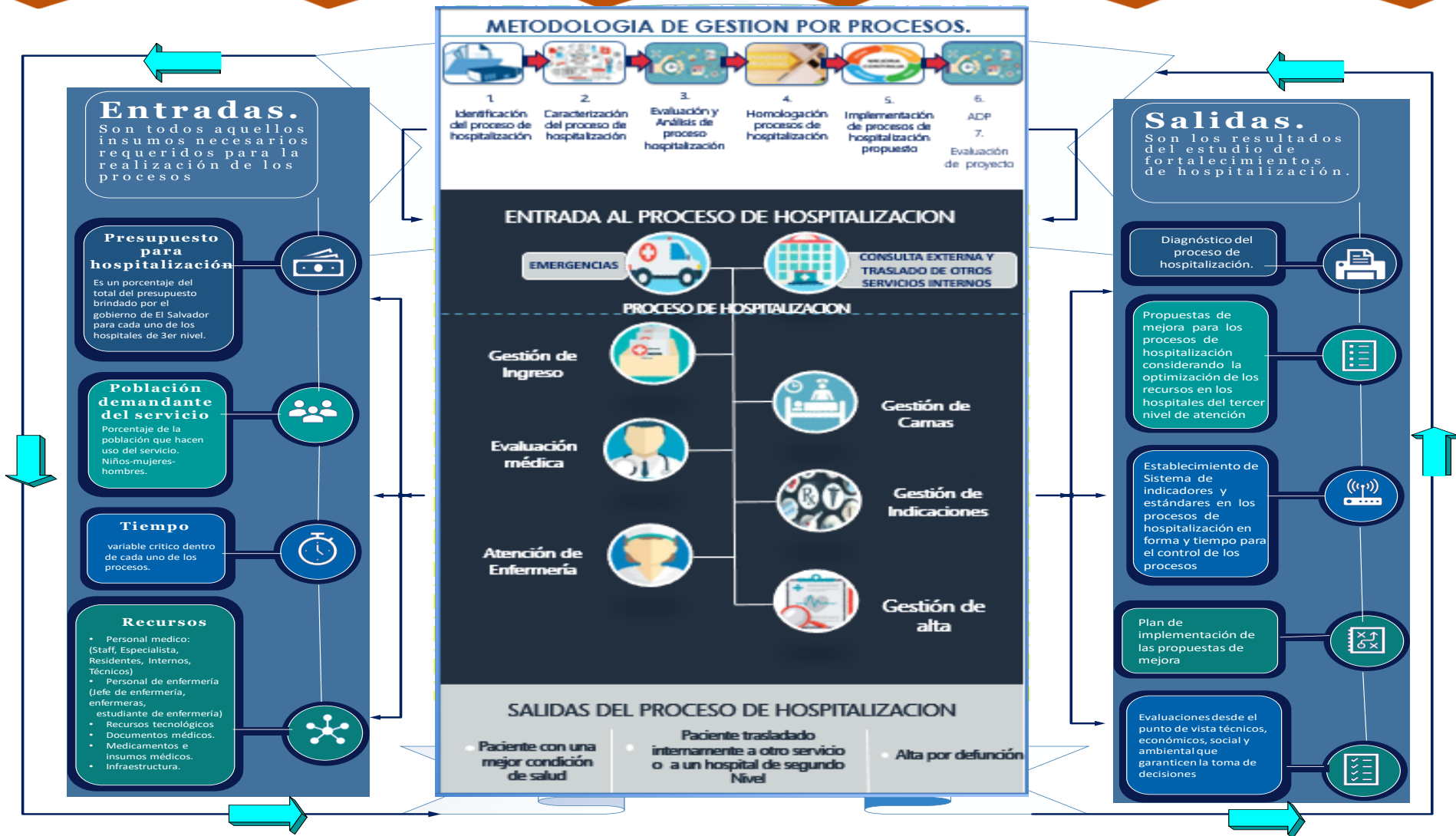
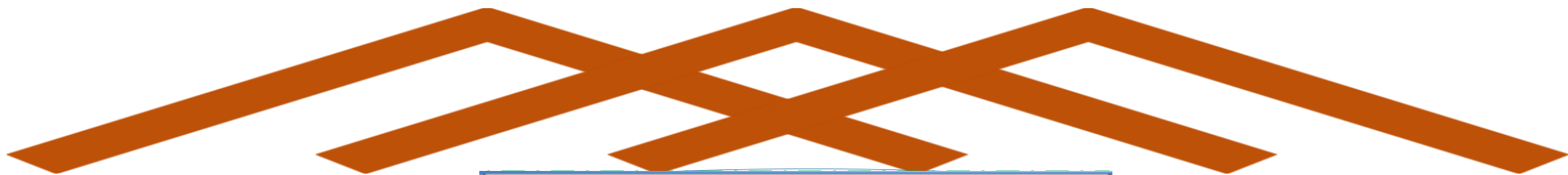


A photograph of a hospital room with several gurneys lined up. The room is brightly lit with overhead fluorescent lights. Medical equipment, including monitors and IV stands, is visible in the background. A large, semi-transparent white circle is overlaid in the center of the image, containing the text.

# METODOLOGIA

## CAPITULO 2





## 1 Delimitación del objeto de estudio

Para la realización del Diagnóstico de la Situación actual del proceso de Hospitalización de los Hospitales del Tercer Nivel del MINSAL, se determinarán los servicios en los cuales se enfocará el estudio para definir un proceso tipo con el objetivo que ha este proceso sea aplicada la metodología de fortalecimiento y homologación, y se pueda replicar en los demás Servicios de Hospitalización restantes.



En el marco institucional se describen los servicios que los Hospitales de Tercer Nivel brindan a la población, y las especialidades con las que cuenta cada uno de ellos y su clasificación. Se delimitará el objeto de estudio a tres servicios, uno por cada Hospital del Tercer Nivel.

### **Medicina Interna:**

Función: Asegurar que se brinde a los pacientes de variada complejidad y de las especialidades como: Neurología, Cardiología, Neumología, Reumatología, Alergología, Endocrinología, Gastroenterología, Inmunología, Nutrición y otras

### **Perinatología:**

Función: Brindar atención de calidad con calidez a través de cuidados médicos y de enfermería a las pacientes catalogadas como de Alto Riesgo Obstétrico y que se encuentran ingresadas en el servicio.

### **Cirugía:**

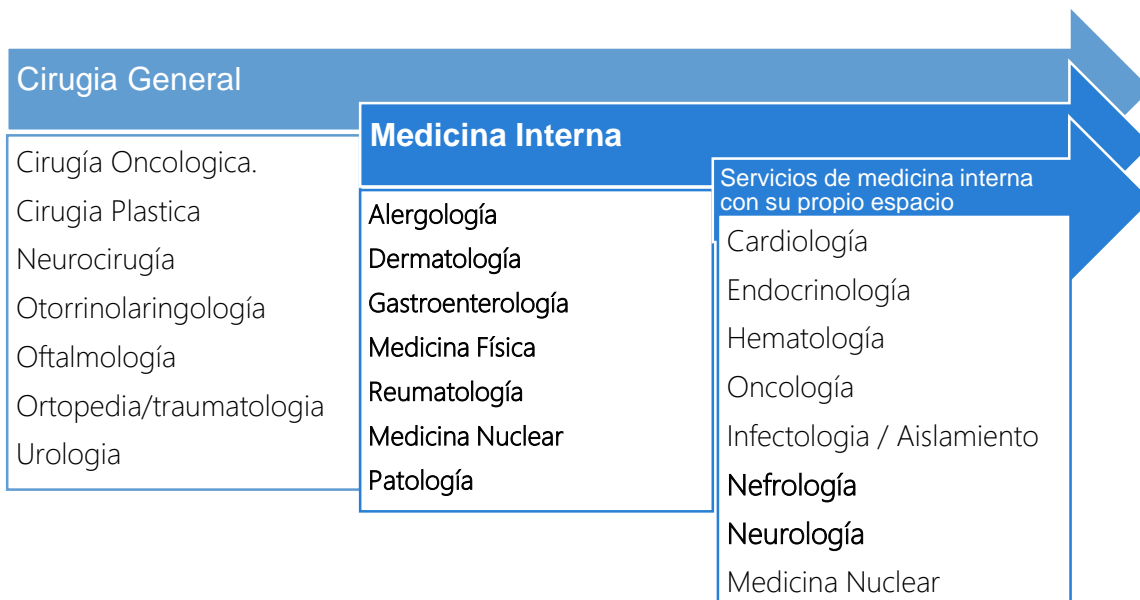
Función: Brindar atención de calidad con calidez a través de cuidados médicos y de enfermería a las pacientes con cuidados de preparación y postoperatorios.

En reuniones con la Coordinación de Hospitales de Tercer Nivel y basados en la información de los planes operativos de los Hospitales, se llegó a la conclusión que los Servicios de

Hospitalización, entre los tres nosocomios, son en total a 34 servicios, los cuales se desglosan a continuación por cada Hospital.

**Hospital Nacional Rosales.**

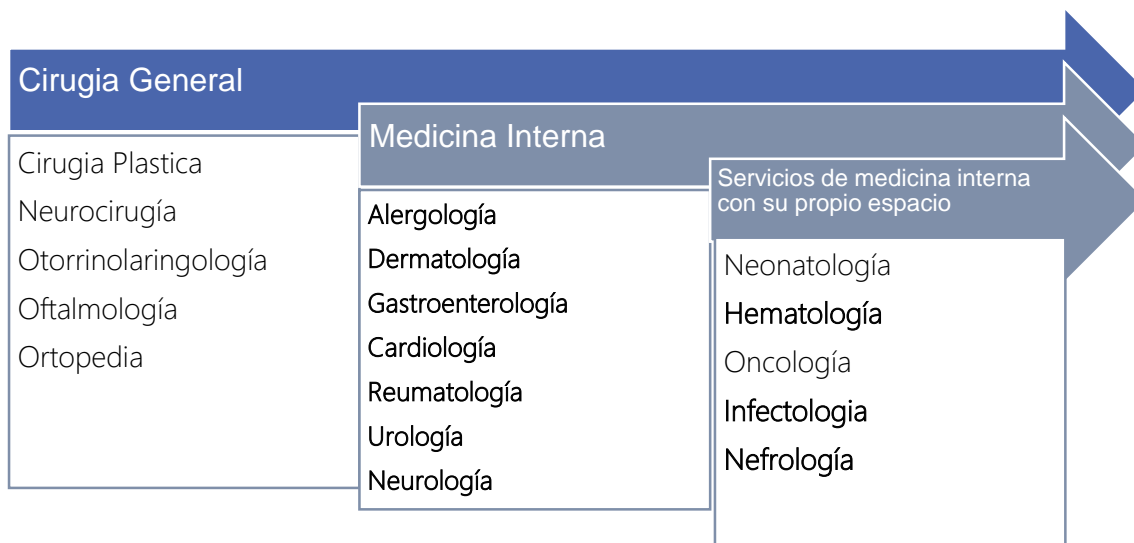
Total, de Servicios de Hospitalización: **16 Servicios**. Los servicios que se observarán son medicina interna, Neurología, Nefrología.



Nota: Medicina Interna engloba en su servicio la Hospitalización a siete especialidades, y de estas patologías son ingresados los pacientes en este servicio que es contado como uno; las especialidades de Medicina Interna que cuentan con su propio espacio son ocho.

**Hospital Nacional de niños Benjamín Bloom.**

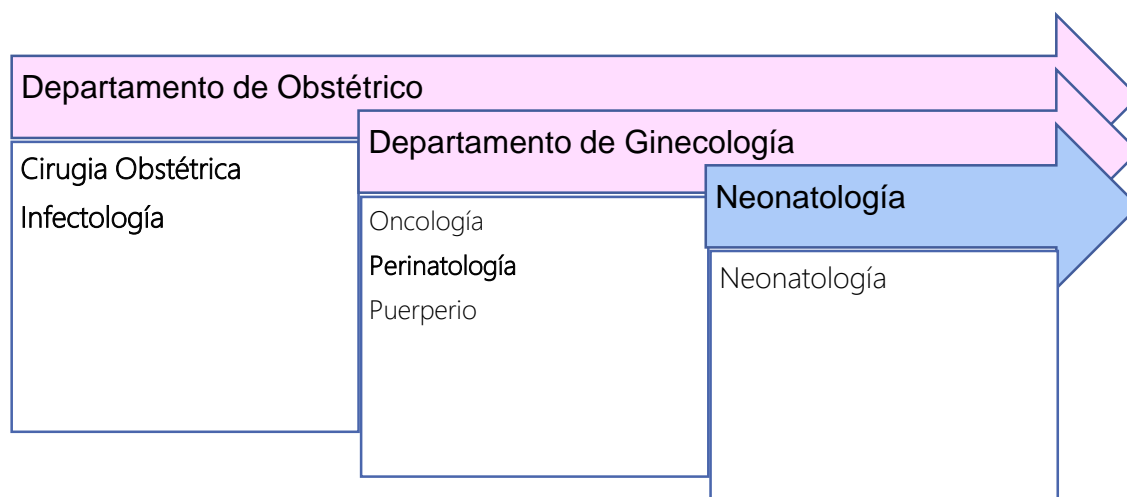
Total, de Servicios de Hospitalización: **12 Servicios**. Los servicios que se observarán son medicina interna, Hematología, Infectología, Nefrología.



Nota: Medicina interna engloba en su servicio la Hospitalización a siete especialidades, y de estas patologías son ingresados los pacientes en este servicio que es contado como uno; las especialidades de medicina interna que cuentan con su propio espacio son cinco.

### Hospital Nacional de la Mujer.

Total, de Servicios de Hospitalización: **6 Servicios**. De estos se observarán los servicios de Cirugía Obstétrica, Infectología y de Perinatología.



Según el detalle anterior, en la reunión con la coordinación Nacional de Hospitales de Tercer Nivel, cuyos integrantes son:

- Doctor Orestes Estradas. (Trabajo en el Hospital Zacamil Dr. Juan José Fernández, Hospital Saldaña e hizo su residencia en el Hospital Rosales)
- Doctor Jorge Roldan. (Trabajo de subdirector del Hospital Rosales desde 1999-2008)
- Ing. Roberto Iván Rodas. (Trabajo de Colaborar técnico de planificación del Hospital de la Mujer)

Se consideró para realizar el estudio de todos los Servicios de Hospitalización que ofertan los Hospitales de Tercer Nivel, lo siguiente:

- No es viable económicamente, ni factible en el tiempo estudiar cada uno de ellos.
- Los Procesos de Hospitalización deben ser visto como un proceso tipo. Ya que en cada uno de los Procesos que se realizan en cada Hospital para brindar el servicio de Hospitalización, su variabilidad es mínima, con respecto a las actividades que se realizan.

El objetivo de delimitar el estudio de esta manera: Es la creación de un proceso de Hospitalización tipo validado con la recolección de información primaria y secundaria, de tres Servicios de Hospitalización.

1. **H. Nacional Rosales:** Medicina Interna, Nefrología y Neurología.
2. **H. Nacional de Niños BB:** Medicina Interna, Nefrología, Hematología, Infectología
3. **H. Nacional de la Mujer:** Infectología, Perinatología, Oncología y Cirugía Obstétrica

Y que estos sean la base, para que se pueda identificar, documentar, caracterizar y analizar los Procesos de Hospitalización de los servicios restantes, involucrando al personal en la elaboración de estas actividades para fomentar la mejora continua de los Procesos.

## **2 Metodología de Investigación**

---

El diagnóstico permitirá detectar las necesidades y requerimientos que se utilizarán de base para el diseño, con el propósito de describir un proceso ordenado, secuencial y sistemático del proceso de Hospitalización. En el diseño se establecerán las mejoras de los Procesos y por ultimo las evaluaciones pertinentes en su implantación

### **2.1 Tipo de diseño**

Para la investigación que se llevará a cabo, se realiza por medio del tipo de investigación “No experimental”, ya que no se manipulan deliberadamente las variables, puesto que sólo se observa el fenómeno en su ambiente natural para luego analizarlo. Dentro de este diseño la investigación se clasifica como tras seccional, debido a que se recolectan datos de un solo momento, en un tiempo único (tiempo actual) su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado, estos pueden abarcar varios grupos o subgrupos de personas, objetos o indicadores.

### **2.2 Tipo de Investigación**

Los tipos de investigación que existen según la Naturaleza de los objetivos (nivel de conocimiento que se desea alcanzar) son: Exploratorias, Descriptivas, Correccionales y Explicativas.

Dentro de este estudio, debido a las condiciones propias de la investigación se definió utilizar el tipo de investigación Descriptiva.

#### **2.2.1 Investigación Descriptiva**

Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. Este método identifica las características del universo de investigación, señala formas de conducta y actitudes del universo investigado, establece comportamientos concretos y descubre y comprueba la asociación entre variables de investigación. De acuerdo con los objetivos planteados. Acude a técnicas específicas en la recolección de información, como: La observación, Las entrevistas y Los cuestionarios o talleres. La mayoría de las veces se utiliza el muestreo para la recolección de información, la cual es sometida a un proceso de codificación, tabulación y análisis estadístico.

El objetivo de la investigación descriptiva consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, Procesos y personas. Su meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables.

Para el presente trabajo la investigación será de carácter descriptiva, ya que solamente se describe la situación actual de los Servicios de Hospitalización que el Tercer Nivel de Atención

del MINSAL presta a la población salvadoreña, en cuanto a términos de sus características y rasgos importantes de la misma para obtener una imagen real del sujeto de estudio.

La investigación descriptiva permite medir la situación actual del servicio de Hospitalización. Los estudios descriptivos, buscan especificar propiedades importantes relacionadas al rubro de salud que toma en cuenta los programas que se le brinda a la población.

## 2.3 Fuentes de investigación

De la confiabilidad y veracidad de los datos que se obtuvieron a través de las distintas fuentes ha dependido en gran medida la calidad del presente trabajo de investigación.

Para realizar la investigación de campo, han sido empleadas dos tipos de fuentes de información específicas y generales, permitiendo obtener una mayor perspectiva del estudio a desarrollar.

### 2.3.1 Fuentes primarias

Las fuentes primarias servirán para obtener información sobre la situación actual del y así realizar el diagnóstico; para identificar y documentar los procedimientos que se llevan a cabo

### 2.3.2 Fuentes secundarias

Con el fin de sustentar los conocimientos teóricos relacionados al tema de la investigación se utilizarán fuentes documentadas por diversas instituciones, organizaciones y otros.

En el siguiente cuadro se muestra la información a recolectar en cada tipo de fuente:

*Cuadro 22 Fuentes de Información*

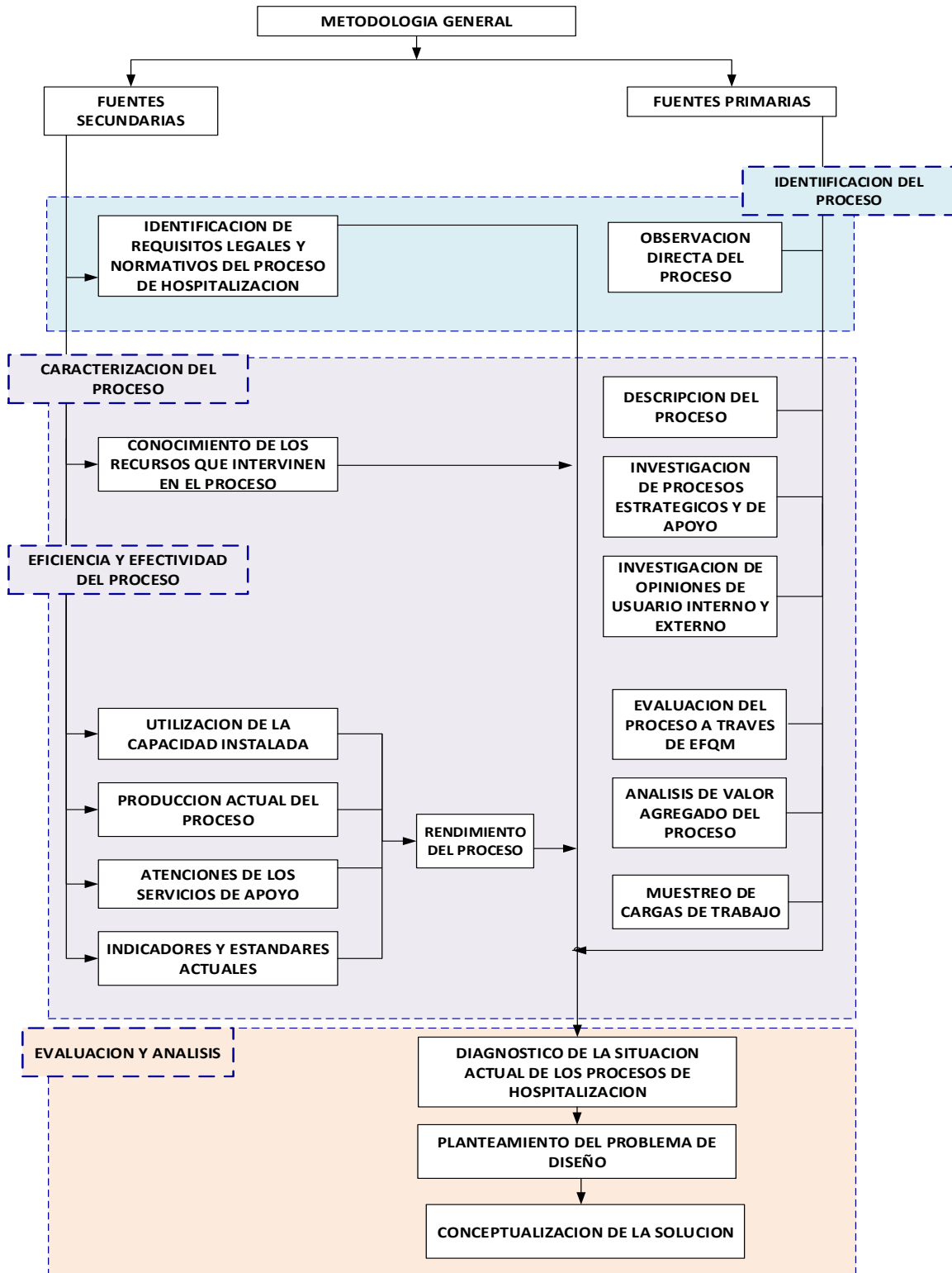
Tipo de Información	Instrumento	Información a recolectar	Fuente
Información primaria	Visitas de campo (Observación, entrevistas, fotografías)	Identificación del proceso, subprocesos, actividades. Identificación de oportunidades de mejora	Dirección de servicios, jefatura de enfermería de los servicios seleccionados, médicos y enfermeras. Servicio de Hospitalización seleccionado para la observación
	Entrevistas	Validación del proceso, subprocesos, actividades. Identificación de oportunidades de mejora	Personal médico y de enfermería en los Servicios de Hospitalización, estratégicos y apoyo.
	Encuestas	Identificación de nivel de satisfacción de cliente	Usuarios de los diferentes Servicios de Hospitalización en cada Hospital
	Reuniones de Trabajo	Identificación y aclaración de temáticas	Coordinación Nacional de Hospitales de Tercer Nivel.

		relacionadas al proceso de Hospitalización en los diferentes Hospitales.	
<b>Información secundaria</b>	Plan Operativo Anual; Manual de organización y Funciones; Memoria de Labores; Estadísticas y datos	Estadísticas e indicadores utilizados en los últimos años. Cantidad de recursos asignados.	Unidad de Planificación de cada Hospital
	Lineamientos, reglamentos, y manuales del MINSAL	Normativas, reglamentos y lineamientos que el MINSAL exige que se cumplan en los Hospitales en el proceso de Hospitalización.	Coordinación Nacional de Hospitales de Tercer Nivel
	Estudios previos	Metodologías y bibliografía de temas relacionados a la Gestión por Procesos	Biblioteca virtual de la Universidad de El Salvador
	Documentación Bibliográfica	Gestión por Procesos Gestión Hospitalaria Documentación de Procesos Hospitalarios. Cumplimiento de la calidad a través de estandarización de Procesos.	Libros relacionados al tema de modelo de Gestión por Procesos. Documentos internacionales donde se aborden la Gestión por Procesos en el área Hospitalaria Revistas y publicaciones relacionadas al modelo de Gestión por Procesos
	Sistemas estadísticos del MINSAL	Apoyo en construcción de la metodología, conceptualización y términos (vocabulario). Imágenes y diagramas de apoyo.	Conceptos, diagramas, etc.

Fuente: Elaboración propia

## 2.4 Metodología general de la investigación

Ilustración 37 Metodología de la investigación



Fuente: Elaboración propia



### **2.4.1 Preparación del plan de investigación**

Para el estudio y fortalecimiento de los Procesos de Hospitalización a realizar en los tres Hospitales, se preparó la planificación del mismo, la cual contiene la agenda de actividades a desarrollar específicamente en donde brinda el servicio de Hospitalización, entre estas la observación y recolección de información primaria con el personal de dicho servicio. Este plan se realiza para facilitar la coordinación de las actividades mencionadas.

El plan de investigación se integra con diversas actividades e instrumentos para la recolección de información en los Hospitales, los cuales deben contener:

1. Objetivo de la actividad de recolección de información a desarrollar.
2. El alcance de la actividad de investigación a programarse, definiendo las unidades y/o personal de la organización a quienes están dirigidas las actividades y los Procesos a investigar.
3. Las fechas y lugares donde se van a realizar las actividades de la investigación en el lugar.
4. La asignación de los recursos necesarios para la actividad.

El plan es revisado y aceptado por la contraparte y presentado antes de que comiencen las actividades de la investigación in situ.

En la siguiente tabla se muestra cada uno de los pasos y las técnicas a utilizar en cada uno de ellos:

Cuadro 23 Actividades a realizar en cada etapa a desarrollar en el diagnóstico

No.	Actividad	Descripción	Técnicas
1.	Marco Teórico. Marco institucional Marco legal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Investigación de los Servicios de Hospitalización</li> <li>Descripción de los servicios ofrecidos en los Hospitales de Tercer Nivel</li> <li>Descripción del marco legal que rige a los Hospitales de Tercer Nivel.</li> </ul>	Información Secundaria: <ul style="list-style-type: none"> <li>Investigación en datos estadísticos de los Hospitales de Tercer Nivel.</li> </ul>
2.	Identificación de requisitos legales y normativos del proceso de Hospitalización	<ul style="list-style-type: none"> <li>Descripción del marco legal que engloba al proceso de Hospitalización de los nosocomios de Tercer Nivel.</li> </ul>	Información secundaria: <ul style="list-style-type: none"> <li>Revisión de normativas, reglamentos</li> </ul>
3.	Identificación de los Procesos de Hospitalización	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaboración de banco de Procesos identificados.</li> </ul>	Información Primaria: <ul style="list-style-type: none"> <li>Observación</li> <li>Lista de verificación</li> </ul>
	Clasificación y Priorización de Procesos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Clasificar los Procesos que se desarrollan en el área de Hospitalización, y realizar una priorización de dichos Procesos con el objetivo de determinar los Procesos que tienen mayor incidencia en el desempeño; obtención de catálogo de Procesos priorizados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Método de clasificación por criterios</li> <li>Evaluación por puntos Hanlon</li> <li>Diagrama de Pareto</li> </ul>
4.	Caracterización y descripción de los Procesos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definición de recursos equipo, herramientas y otros; puestos de trabajo y distribución en planta.</li> <li>Descripción narrativa de los Procesos, subprocesos y procedimientos.</li> <li>Identificar el objeto de entrada y salida del servicio de Hospitalización, así como los proveedores del servicio</li> <li>Diagramar el macro proceso identificado, que refleje interrelaciones, conexiones entre los elementos que intervienen en el proceso y subprocesos identificados.</li> <li>Esquematizar los Procesos priorizados.</li> <li>Describir los documentos que intervienen en el proceso de Hospitalización</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ficha de Procesos</li> <li>Descripción narrativa</li> <li>Mapa de Procesos</li> <li>Diagrama de flujo de proceso</li> <li>Encuesta y entrevista a los Procesos estratégicos y de apoyo</li> </ul>

	Percepción del cliente interno y externo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer como los pacientes califican algunos aspectos que, durante la estadía en el Hospital, tuvieron que cumplirse como parte del proceso de Hospitalización.</li> <li>• Conocer la percepción de los trabajadores del Hospital como clientes internos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SERVQUAL</li> <li>• Encuesta</li> </ul>
5.	Diagnóstico de eficiencia y efectividad del proceso actual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinación de la capacidad instalada</li> <li>• Indicadores de Gestión</li> <li>• Identificar el valor agregado que cada uno de los Procesos dentro del macro proceso Hospitalización agregan al sistema, haciendo énfasis en los Procesos críticos</li> <li>• Determinar la eficiencia de trabajo de los Servicios de Hospitalización en cada uno de los Hospitales</li> <li>• Identificación de problemas que permitan visualizar adecuadamente las deficiencias existentes</li> <li>• Diagnóstico de la Situación Actual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muestreo del Trabajo</li> <li>• Análisis de valor agregado</li> <li>• Información Secundaria</li> </ul>
6.	Planteamiento del Problema y propuesta de la propuesta de solución	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planteamiento de la solución</li> <li>• Descripción de la propuesta de solución identificada, detallan los aspectos generales de la misma.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FODA</li> <li>• Diagramas de Pareto</li> <li>• Diagrama de Causa y Efecto</li> <li>• Diagrama de Krick</li> <li>• Ciclo PHVA</li> </ul>

Las herramientas mencionadas en la metodología se encuentran desarrolladas con más detalle en el marco teórico. A continuación, se muestra a detalle cómo se desarrollarán cada una de las partes.

## **2.4.2 Realización de marcos institucional, legal y contextual**

Antes de realizar la investigación en el lugar, es necesario conocer teóricamente algunos aspectos relacionados al proceso de Hospitalización: planes de los Hospitales a investigar, manuales que estos utilizan, conocimientos sobre la Gestión por Procesos aplicados a la Hospitalización, etc. Para la recopilación de estos conocimientos y la coordinación de las actividades a realizar en los Servicios de Hospitalización se tendrán las siguientes actividades:

### **2.4.2.1 Reunión de apertura**

Reunión con la Coordinación Nacional de Hospitales de Tercer Nivel del MINSAL, en donde se da a conocer la importancia de la investigación y sus respectivas actividades, además de conocer el proceso objeto de estudio. En esta reunión se presentará:

1. Confirmar el plan de investigación a ejecutar en los Hospitales y en qué áreas de especialidades se realizarían las visitas.
2. Proporcionar un breve resumen de cómo se llevarán a cabo las actividades de investigación en la visita.
3. Proporcionar la información de las áreas a visitar, personal a entrevistar, fecha y hora de reunión para la visita a las áreas.
4. Confirmar los canales de comunicación con el personal a entrevistar, para el caso la Coordinación Nacional de Hospitales de Tercer Nivel es quien informó y sostuvo comunicación con dicho personal.

### **2.4.2.2 Comunicación durante el plan de investigación**

Para la comunicación a distancia entre el equipo de trabajo de grado y la Coordinación Nacional de Hospitales de Tercer Nivel del MINSAL (CNH), se utiliza la aplicación en línea y para celular “Trello”. En dicha aplicación se informa sobre los progresos, coordinación e inquietudes hacia la contraparte o viceversa. Además, la Unidad está presente durante las reuniones para la presentación del equipo de trabajo hacia el personal de los Hospitales a entrevistar, con el fin de dar apertura para próximas reuniones que el equipo de trabajo realice.

### **2.4.2.3 Recopilación y verificación de la información de la investigación**

La recopilación de información se debe agendar reuniones para observación de los Procesos, también la recopilación a través de encuestas y entrevistas y para ello debe realizarse un muestreo apropiado. Dicha información debe contrastarse con la información secundaria recopilada sobre el proceso de Hospitalización analizado en los tres Hospitales, para así realizar la verificación de los datos e información.

La verificación de la investigación se basa en la comparación de la información secundaria (si existe o se encuentra disponible) contra las muestras de la información recolectadas por las actividades de investigación; por tanto, hay un cierto grado de incertidumbre.

Los métodos para recopilar esta información incluyen:

- Entrevistas.
- Encuestas.
- Observación de actividades.

- Realización de talleres con el personal involucrado en el proceso.
- Revisión de documentos.
- Etc.

#### **2.4.2.4 Observación del proceso. Primera visita exploratoria**

En la primera visita a realizar en los Hospitales del Tercer Nivel de atención del MINSAL, se busca alcanzar los siguientes objetivos:

**Objetivo:** Identificar los Procesos y recursos que intervienen en el servicio de Hospitalización, de manera que se pueda clasificar y determinar la secuencia e interacción de estos Procesos, para facilitar la caracterización de los mismos.

- Establecer un compromiso con los directores y jefes de servicios de los diferentes Hospitales, presentando los objetivos del estudio y los resultados esperados
- Verificar los Procesos de gestión que se definen en los documentos oficiales recolectados en la investigación secundaria.

**Alcance:** la actividad está enmarcada en un servicio de cada uno de los Hospitales del Tercer Nivel de Atención

**Las fechas y lugares:** 5 de mayo 2018/ Instalaciones de cada uno de los Hospitales del Tercer Nivel de Atención del MINSAL

**La hora y la duración:** las visitas se realizarán a las 7:30 am, con una media de 2:00 horas por cada uno de los Hospitales

La ruta de visita a seguir será:

- Hospital Nacional de la Mujer
- Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
- Hospital Nacional Rosales

**Asignación de los recursos:** Recurso Humano 4 Investigadores  
Coordinación de Hospitales de Tercer Nivel

En cada uno de los Hospitales se tendrá el acceso a un servicio con sus respectivos recursos:

- Jefe de servicios médico
- Jefa de enfermeras

#### **Desarrollo de la visita:**

- Presentación con los encargados de los servicios
- Introducción: se dará a conocer los objetivos de la visita, así como dar a conocer el plan a desarrollar en la visita
- Entrevista a el jefe de servicio médico
- Entrevista a jefe de enfermería del servicio
- Agradecimiento y despedida

**Instrumento:** En la realización de la visita se preparó una entrevista semiestructurada en la que, como su propio nombre indica, el entrevistador despliega una estrategia mixta, alternando preguntas estructuradas y preguntas espontáneas.

Esto forma es más completa ya que, mientras que la parte preparada permite comparar entre los diferentes candidatos, la parte libre permite profundizar en las características específicas del candidato. Por ello, permite una mayor libertad y flexibilidad en la obtención de información.

**Dirigido a:** La parte estructurada de la encuesta se realiza a dos perfiles de candidatos, jefe de servicios médicos y jefa de enfermería.

*Cuadro 24 Cuestionario de 1er Visita*

Pregunta	Objetivo
¿Conoce de gestión de Procesos?	Conocer cuánto se maneja los términos de Gestión por Procesos en el área de salud
¿Han existido esfuerzo por documentar los Procesos?	Identificar si se poseen documentos que deben ser incluidos en la investigación secundaria.
¿Con que recurso humano cuenta?	Determinar la cantidad de personal con la que se cuenta en el servicio, para así diseñar el instrumento y las actividades más adecuadas
¿Cuáles son los recursos asociados a la prestación del servicio?	Identificación de los actores involucrados en el proceso de Hospitalización
¿Cuáles son los problemas con los que se encuentra en la prestación del servicio?	Conocer los principales problemas que los doctores identifican y que podrían ocasionar retrasos en el proceso
¿Existen indicadores?	Identificar los métodos de evaluación del proceso
Describa el proceso de Hospitalización	Verificar el proceso de Hospitalización, comparándolo con el proceso establecido en la información secundaria

Fuente: Elaboración propia

### 2.4.3 Identificación y clasificación de los Procesos de Hospitalización

Los Hospitales de Tercer Nivel pertenecientes al Servicio de Salud de El Salvador presenta un desafío sobre la situación real de sus Procesos de Hospitalización internos y sus interrelaciones. Es por ello que, apoyándose en el levantamiento de sus Procesos y en el análisis de esos resultados, se espera proporcionar una herramienta de utilidad para mejorar el servicio entregado por la institución.

La investigación se enmarca en la aplicación de metodologías de gestión en salud, a través del diagnóstico descriptivo de situaciones reales, aplicando la Gestión por Procesos. Este tipo de evaluación permite realizar un seguimiento de aquellos Procesos que se desarrollan al interior de la institución en estudio, identificando los mecanismos mediante los cuales el Hospital está generando logros, así como detectar los aspectos que pueden no estar operando correctamente y requieren de estrategias de mejora.

La identificación de todos los Procesos, subprocesos y actividades asociadas con el desarrollo del macro proceso de Hospitalización permitirá la vinculación con: las atribuciones, organización

del trabajo, visión institucional y prioridades de la institución, así como una definición del macro proceso de Hospitalización considerando todas las partes del proceso (entradas y sus características o requisitos, salidas y sus características o requisitos, subprocesos o etapas, interrelaciones o conexiones con otros Procesos).

### **Objetivo de la identificación y clasificación de los Procesos:**

Definir los Procesos que actualmente componen las operaciones de Hospitalización en el Tercer Nivel de atención de MINSAL, a fin de clasificarlos y priorizarlos para su análisis en la etapa de diagnóstico.

Otros objetivos que se buscan:

1. Levantar un inventario de los Procesos que se llevan a cabo dentro de las operaciones en Hospitalización de los Hospitales de Tercer Nivel, clasificándolos en Macro Procesos, Procesos y sub Procesos.
2. Clasificar los Procesos del inventario de Procesos en Hospitalización de los Hospitales de Tercer Nivel en las categorías de: Proceso Estratégico, Proceso de Apoyo y Proceso Clave con el fin de realizar una priorización de estos.
3. Priorizar los Procesos inventariados en Hospitalización de los Hospitales de Tercer Nivel para su posterior análisis en busca de oportunidades de mejora en la etapa de diagnóstico

### **2.4.4 Levantamiento de Información**

#### **Equipo de trabajo**

Para iniciar la recopilación de información, se organizará un equipo de trabajo encargado de constituir la referencia técnica respecto a los Procesos en Hospitalización en el Tercer Nivel de atención del MINSAL. Este equipo integrado por profesionales del Hospital, con claridad respecto al quehacer institucional y a la Gestión por Procesos, dentro de los Hospitales principalmente en Hospitalización en el Tercer Nivel.

Cabe señalar que dentro de sus funciones se consideró:

- Transferir experiencia y conocimiento de los Procesos institucionales.
- Ser contraparte técnica en el levantamiento de Procesos de trabajo y participar en las sesiones de trabajo requeridas.
- Establecer una visión integral de los Procesos.
- Generar instancias de acceso a las unidades dependientes, para el levantamiento de información

**Herramientas a Utilizar:** Sesiones con equipo de trabajo del MINSAL, entrevista y observación en cada uno de los Hospitales.

#### **2.4.4.1 Descripción de los Procesos Planificación de los recursos**

Con los siguientes instrumentos se realizará el diagnóstico de la situación actual referido a la gestión de los recursos y planificación realizada en cada uno de los Hospitales de Tercer Nivel, con lo que se determinaran semejanzas y diferencias en los Procesos de dicha área.



Cuadro 25 Planificación de los recursos

Fuentes	Técnica	Resultado
Información primaria	Entrevista semiestructurada <ul style="list-style-type: none"> <li>Jefe de planificación</li> </ul> De cada Hospital de Tercer Nivel	Normativas y requisitos legales de la planificación asociados al proceso de Hospitalización.
Información secundaria	Revisión de las normas y reglamentos técnicos obtenidos en la entrevista.	Validar la información obtenida por medio de la entrevista.  Analizar la normativa para ver de qué manera esta beneficia o afecta el proceso de Hospitalización.

Fuente: Elaboración propia

**Objetivo del instrumento:** conocer cómo se desarrolla la planificación en cada uno de los Hospitales, para determinar las similitudes y diferencias en la gestión de los recursos en cada uno de ellos.

**Dirigido a:** Jefe de planificación del Consejo Estratégico de Gestión, de cada Hospital.

	<p><b>Universidad de El Salvador</b>  <b>Facultad de Ingeniería y Arquitectura</b>  <b>Escuela de Ingeniería Industrial</b>  <b>Hospitales de Tercer Nivel</b></p>	
<p>En el marco del estudio y fortalecimiento de los Procesos de Hospitalización en el Tercer Nivel de atención de MINSAL, es de interés conocer diversos factores que intervienen con el desempeño del mismo, siendo la planificación una de las áreas con mayor relación e impacto para la distribución de recursos e insumos. El instrumento está orientado a reconocer sobre la gestión actual del servicio de Hospitalización, de antemano agradezco su sincera colaboración</p> <p>Datos del entrevistado:                  Hospital en que labora: HNR__ HNNBB__ HNM__      Fecha de la entrevista: __/__/__</p>		
<p>Preguntas sobre la planificación en cada Hospital</p>		
<p><b>1. Describa cual es el proceso para la planificación de los recursos del Hospital:</b>                  Objetivo: conocer cuál es el método actual para la planificación de los recursos.</p> <p><b>2. ¿Cuáles son las políticas actuales empleadas para la planificación de recursos en el Hospital?</b>  <input type="checkbox"/> políticas de MINSAL  <input type="checkbox"/> políticas creadas por el Hospital: _____  <input type="checkbox"/> Otras: _____</p> <p>Objetivo: conocer cuáles son las políticas aplicadas para la planificación en cada Hospital</p> <p><b>3. Considera que las políticas antes mencionadas:</b>  <input type="checkbox"/> Generan retrasos en la ejecución de la planificación  <input type="checkbox"/> Son tediosas pero eficientes para lograr la ejecución de la planificación  <input type="checkbox"/> No generan ningún retraso para la ejecución de la planificación</p>		



Objetivo: Conocer si las políticas utilizadas en la gestión actual generan retrasos o son eficientes para la ejecución de la planificación de los recursos de cada Hospital.

**4. Existe normativa para realizar la planificación ¿Cuáles son?**

Objetivo: conocer si utilizan normativas para la planificación y cuales son

**5. Cada cuanto se realiza la planificación:**

- Mensual                       Trimestral  
 Semestral                       Anual  
 Quinquenal

Objetivo: conocer si para la planificación utilizan formularios prediseñados.

**6. ¿Qué instrumentos se utilizan para la planificación de los recursos del Hospital?**

Objetivo: conocer que instrumentos, además de los formularios, se utilizan para la planificación.

### Preguntas sobre objetivos y metas de planificación

**7. ¿En base a que se plantean las metas anuales?**

Objetivo: conocer cómo se formulan los objetivos en el área de planificación

**8. ¿Se controla la planificación, comparando resultados con objetivos?  Sí  No  
¿Cada cuánto se debe realizar el control?**

Objetivo: conocer si se comparan los resultados obtenidos contra lo planificado y cada cuanto se realiza esta acción.

**9. Cuando no se logra cumplir las metas planificadas, ¿Cómo identifica las causas que afectaron para el no cumplimiento de las metas planificadas?**

Objetivo: conocer si se indaga cuáles son las causas que provocan que no se cumplan las metas planificadas, y cuál es la forma de identificación de estas.

**10. ¿Se hacen informes de las acciones correctivas realizadas en cada uno de los servicios, para lograr el cumplimiento de las metas no alcanzadas?**

Objetivo: Conocer si se comprueba el efecto de las acciones correctivas usadas para el no cumplimiento de metas.

### Gestión de recursos

**11. ¿Cómo se controla el uso de los recursos destinados a cada servicio?**

Objetivo: identificar como se controlan los recursos asignados a cada servicio.

**12. ¿Cómo se asegura la disponibilidad de los recursos necesarios: ¿Humanos, instalaciones y equipos (mensual y anualmente)?**

Objetivo: conocer el control sobre la gestión de los recursos en los periodos establecidos

**13. ¿Se les da mantenimiento a los equipos del Hospital?  Sí  No ¿Cada cuánto se realizan este mantenimiento?**

Objetivo: conocer con qué frecuencia se realizan el mantenimiento de los equipos, o si estas reciben mantenimiento hasta que fallen.

**14. ¿Cuál es el proceso para la realización de los pedidos de medicamentos?**

Objetivo: conocer cuál es el método utilizado para conocer la cantidad de medicamentos solicitada para el Hospital.

**15. ¿Cuál es el proceso a seguir cuando no hay medicamentos o insumos necesarios para los pacientes que están ingresados por Hospitalización?**

Objetivo: conocer cuál es el protocolo a seguir cuando no hay medicamentos o insumos necesarios para el diagnóstico o tratamiento de los pacientes Hospitalizados que requieren el recurso ausente.

**16. ¿Qué alternativas de solución propone para este Hospital, ante la situación de escases de algunos medicamentos?**

Objetivo: conocer si el personal tiene alguna idea de cómo mitigar o solucionar el problema de escases de medicamento en cada uno de los Hospitales.

**Personal médico y de enfermería**

**17. ¿Dispone el Hospital del personal médico y de enfermería necesarios para brindar el proceso de Hospitalización de forma eficiente?**

Objetivo: conocer la percepción del área de planificación respecto a la cantidad de recursos (de cada categoría) con los que cuenta el Hospital.

**18. ¿Cuáles son los tipos de salarios y compensaciones para el personal médico y de enfermería?**

Objetivo: conocer los tipos de contratos y compensaciones del personal detallado

**19. ¿Cuál es la normativa o proceso para la asignación de turnos del personal médico y de enfermería para la Hospitalización?**

Objetivo: conocer cómo se planifica la rotación del personal en el proceso de Hospitalización.

**2.4.4.2 Descripción de los Procesos de los servicios de apoyo**

Parte de la caracterización del proceso de Hospitalización incluye la relación que los servicios de apoyo a diagnóstico le asiste en la atención del paciente ingresado a los servicios. Para ello se desarrolló la encuesta para el encargado del servicio de apoyo. Se seleccionaron nueve servicios para ser investigados, que los tres Hospitales los posean:



**Universidad de El Salvador**  
**Facultad de Ingeniería y Arquitectura**  
**Escuela de Ingeniería Industrial**  
**Hospitales de Tercer Nivel**



En el marco del estudio de fortalecimiento de los Procesos de Hospitalización en el Tercer Nivel de atención de MINSAL, es de interés conocer diversos factores que intervienen con el desempeño del mismo, un componente esencial de la prestación de estas atenciones médicas son los servicios de apoyo y por lo tanto es de interés conocer acerca de ellos.

**Servicio Brindado:** \_\_\_\_\_

**Hospital en que labora:** HNR\_\_ HNBB\_\_ HNM\_\_

**Fecha de la Entrevista:**

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Responda con referencia al servicio de Hospitalización

**1. ¿Cuál es el protocolo con el que Hospitalización puede solicitar su servicio?**

Objetivo: conocer el procedimiento con el cual los servicios de atención Hospitalaria pueden solicitar en cada Hospital los servicios de apoyo.

**2. ¿Qué área de Hospitalización es el que más demanda su servicio?**

Objetivo: Determinar la demanda de servicios de acuerdo a la especialidad de Hospitalización.

**3. ¿Cuáles son las pruebas más solicitadas y el tiempo estimado que toma su realización?**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Objetivo: Determinar cuánto tiempo esperan los servicios solicitantes los resultados de los exámenes.

**4. ¿Por orden de prioridad, enumere el servicio misional que atiende primero?**

- Emergencia** \_\_\_\_\_  
**Consulta externa** \_\_\_\_\_  
**Hospitalización** \_\_\_\_\_  
**Cirugía** \_\_\_\_\_  
**UCI** \_\_\_\_\_

Objetivo: Conocer la prioridad que representa el servicio de Hospitalización en relación con los otros servicios misionales.

**5. ¿Mencione los factores para realizar dicha priorización?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Objetivo: Determinar los factores involucrados en las tomas de decisión de prioridad a la hora de establecer el orden de realización del servicio

**6. ¿Cuáles son los principales motivos que pueden retrasarlos a la hora de brindar un servicio?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Objetivo: Determinar los principales motivos que retrasan el cumplimiento de los servicios.

**7. ¿Existe escasez de recursos e insumos para prestar los servicios en su área de trabajo?**

- Sí  No

**sí su respuesta es sí, Menciónelos**

\_\_\_\_\_

Objetivo: Determinar si existe escasez de recursos e insumos en el servicio de apoyo

**8. ¿Mencione alternativas de solución a las principales causas de retraso en su área de trabajo?**

Objetivo: Indagar en las posibles alternativas de solución a problemas presentados, tomando en consideración de los conocimientos de los trabajadores de las áreas.

Para mostrar los datos recolectados se utilizarán los siguientes formatos:

Hospital Nacional Rosales		Ficha técnica del servicio
Nombre del servicio		
Propósito	•	
Entradas	•	
Proveedores	•	
Salidas	•	
Clientes	•	
Políticas de operación, normas y lineamientos relacionados:		
<b>Resultados de entrevista realizada al servicio</b>		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Descripción del protocolo para la solicitud del servicio de apoyo desde el área de Hospitalización.</li><li>• Problemas de retrasos y sugerencias de solución:</li></ul>		

### 2.4.4.3 Descripción de los Procesos operativos

#### **Evaluación del cumplimiento de las funciones establecidas en el Manual de Funciones.**

**Instrumento:** Lista de verificación a realizar al personal médico de los Hospitales: médicos de staff y médicos residentes de los servicios a observar.

**Objetivo general de la actividad:** verificar por observación, el cumplimiento de las funciones y actividades del personal médico, específicamente las relacionadas al proceso de Hospitalización, que están documentadas en los manuales de organización especificados por lista. Se incluyen aquellas actividades con relación a las actividades operativas del personal médico.

Fuentes	Técnica	Resultado
Información primaria	Observación en situ. <ul style="list-style-type: none"><li>• Lista de verificación</li></ul>	Verificar el cumplimiento de funciones.

## Instrumento para Médicos

MANUAL GENERAL DE DESCRIPCION DE PUESTOS DE TRABAJO MINSAL				
CARGO: JEFE DOCTOR DE SERVICIOS HOSPITALIZACIÓN				
Verificación del cumplimiento de Funciones operativas	Hospital:	Hospital:	Hospital:	Hospital:
	Servicio: Fecha:	Servicio: Fecha:	Servicio: Fecha:	Servicio: Fecha:
1. Realizar el pase de Visita diaria como un proceso que integra la atención médica y la docencia.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2. Participar en la evaluación de los casos grave	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3. Realizar la evaluación diaria y firmar las altas de usuarios.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
CARGO: MÉDICO ESPECIALISTA I, II, III				
1. Interrogar y examinar a los pacientes ingresados, revisando con posterioridad la historia clínica escrita por el estudiante de doctorado en medicina	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2. Realizar el llenado correcto y oportuno de todos los documentos médico-legales relacionados con la asistencia médica.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3. Brindar a cada usuario la atención médica continuada de la más alta calidad.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4. Efectuar a cada usuario una valoración diagnóstica de los problemas clínicos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5. Revisar que la historia clínica de los pacientes sea completa y de calidad, con letra clara y legible. Dejando constancia de su participación a través de su firma y sello personal.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
6. Pasar visita diariamente a todos y cada uno de los pacientes a su cuidado, tomando las medidas diagnósticas y terapéuticas o indicando por escrito las que se deriven del proceso evolutivo de cada uno de ellos.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
7. Participar en la visita médica a los enfermos Hospitalizados de forma conjunta con el Jefe de Servicio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
8. Prescribir los medicamentos previstos en el cuadro básico local y cuando sea imprescindible un medicamento que no esté en el cuadro	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

básico tramitarlo personalmente con sus superiores, afín de realizar las Gestiones con carácter institucional				
9. Discutir en colectivo todos aquellos casos de diagnóstico dudoso	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
10. Informar al usuario y a sus familiares sobre los riesgos inherentes a los procedimientos a realizar y obtener su consentimiento firmado.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
11. Efectuar el alta de cada usuario informando a éste o en su defecto a los familiares o acompañantes sobre los problemas de salud que se han detectado	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
12. Firmar hoja de egreso y escribir resultados en la hoja para la contra referencia o retorno al Médico coordinador de equipo comunitario de salud familiar.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>CARGO: MEDICO RESIDENTE I, II,II</b>				
1. Realizar una evaluación completa al ingreso de cada paciente asignado a su servicio y escribir una historia clínica.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2. Establecer una buena relación médico – paciente, manteniéndolo a él y a su familia informado de toda la evolución y pronóstico.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3. Conocer el estado, evolución y resultado de los exámenes de laboratorio y gabinete y estar alerta a los cambios de la condición del paciente e informar al médico tratante o al Residente de mayor jerarquía.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4. Responder oportunamente al llamado del personal médico o paramédico ante situaciones de emergencia en los pacientes ingresados en los servicios.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5. Gestionar prontamente las inter consultas, indicadas a sus pacientes	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
6. Registrar diariamente en el expediente clínico la evolución, planes terapéuticos, indicaciones y procedimientos diagnósticos necesarios, deberá incluir sello y firma de responsable	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
7. Elaborar el resumen de alta de sus pacientes dentro de las 24 horas después del egreso el cual debe ser avalado por el médico de staff.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
8. Pasar visita con el agregado de planta y/o con el Médico residente de segundo o Tercer año, según estos lo consideren necesario y cumplir las indicaciones que estos hagan.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
9. Realizar procedimientos clínicos en el servicio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

10. Pasar visita rutinariamente. Podrá hacer el número de visitas extraordinarias que se le ordene por sus inmediatos superiores o que por su propia iniciativa considere conveniente.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
11. Participar activamente en el manejo de pacientes delicados.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
12. Conocer los casos que se han ingresado en el turno y dictar previa consulta con el agregado de turno el manejo del paciente delicado.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Fuente: Elaboración propia

### Instrumento para Enfermería

**Instrumento:** Lista de verificación a realizar al personal de enfermería de los Hospitales: jefe de enfermería, enfermera Hospitalaria y asistente de enfermería.

**Objetivo general de la actividad:** verificar por observación, el cumplimiento de las funciones y actividades del personal de enfermería, específicamente las relacionadas al proceso de Hospitalización, que están documentadas en los manuales de organización especificados por lista.

MANUAL GENERAL DE DESCRIPCION DE PUESTOS DE TRABAJO MINSAL				
CARGO: JEFE ENFERMERA DE SERVICIOS HOSPITALIZACIÓN				
Verificación del cumplimiento de Funciones operativas	Hospital:	Hospital:	Hospital:	Hospital:
	Servicio: _____	Servicio: _____	Servicio: _____	Servicio: _____
	Fecha: __/__/____	Fecha: __/__/____	Fecha: __/__/____	Fecha: __/__/____
1. Cumple medicamentos parenterales de uso delicado.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2. Proporciona atención directa al paciente de alto riesgo a través de la relación directa y el cumplimiento de indicaciones médicas y de enfermería.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3. Asiste al paciente en la visita médica.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4. Proporciona cuidados inmediatos en casos de urgencia y/o emergencia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5. Cumple tratamientos y procedimientos especiales	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
6. Elabora pedido de insumos al almacén a través del formulario correspondiente.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
CARGO: ENFERMERA HOSPITALARIA				
1. Realizar trámites de egreso, traslados y recibo de ingresos de pacientes de acuerdo a procedimientos establecidos.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

2. Asistir al paciente en los diferentes procedimientos para contribuir al diagnóstico y/o tratamiento	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3. Proporcionar atención al usuario de alto y mediano riesgo aplicando el proceso de atención de enfermería.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4. Tomar muestras para exámenes de laboratorio de acuerdo a indicaciones médicas y a procedimientos establecidos, para contribuir con el diagnóstico y tratamiento según enfermedad	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5. Transportar pacientes a diferentes servicios para que continúe recibiendo su tratamiento específico en el área correspondiente.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
6. Recibir y entregar equipos y material a la Central de Equipos para mantener el stock necesario y llevar un mejor control de dicho material por cada turno	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
7. Realizar toma de signos vitales a usuarios y registrarlos en expediente clínico para contribuir al diagnóstico y manejo de la situación de salud y enfermedad.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
8. Efectuar toma de signos vitales, medidas antropométricas, control de ingesta y eliminación de líquidos a pacientes asignados para llevar el registro y control adecuado de estos.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
9. Recibir y verificar medicamentos de unidosis en cada turno y medicamentos correspondientes a cada paciente para garantizar la disponibilidad y cumplimiento.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
10. Mantener equipados consultorios, carro de curaciones e inyecciones, entre otros.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
11. Realizar notas de enfermería sobre estado y evolución de pacientes asignados.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
12. Recibir, distribuir y proporcionar alimentación a pacientes asignados, de acuerdo a condición, dependiendo de la indicación médica, a fin de que ningún paciente se quede sin su dieta, proporcionando apoyo a aquellos que no pueden consumir los alimentos por sus propios medios, a través de una dieta asistida	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
13. Administrar medicamentos por vía oral, parenteral y local de acuerdo a su complejidad.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
14. Efectuar procedimientos de enfermería como curación, aspiración de secreciones bronquiales entre otros.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
15. Realizar registros de enfermería en forma oportuna.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO





16. Coordinar con otros departamentos del Hospital lo relacionado con la atención del paciente, reportando procedimientos a realizar, trámites de exámenes entre otros.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
17. Gestionar la provisión de medicamentos, alimentos, insumos y equipos para la atención del usuario.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
18. Realizar pedidos a Farmacia, Almacén y Cocina, entre otros, a fin de evitar desabastecimientos en detrimento de la atención a los pacientes.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>CARGO: AYUDANTE DE ENFERMERÍA</b>				
1. Colaborar en los cuidados higiénicos y de confort a los pacientes de bajo riesgo.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2. Proporcionar alimentación asistida a pacientes de bajo riesgo según delegación de enfermería.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3. Recibir y distribuir dietas y formulas a pacientes.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4. Colaborar con trámites de citas, exámenes y retiro de medicamentos en farmacia a pacientes que son dados de alta	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5. Colaborar con la enfermera en la movilización de pacientes.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
6. Realizar los registros correspondientes de las actividades realizadas.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
7. Elaborar y empaquetar material para esterilizar.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
8. Colocar y retirar patos y orinales de la unidad del paciente.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
9. Recibir y entregar ropa limpia y sucia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
10. Realizar limpieza de camas, sillas de rueda, camillas, orinales, patos y mesas de noche	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
11. Efectuar retiro de materiales y equipos de almacenes, farmacia, lavandería, etc.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
12. Mantener limpia y ordenada el área de trabajo de responsabilidad	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Fuente: Elaboración propia

## Encuesta a Personal médico- Cliente Interno

**Herramientas a Utilizar:** Sesiones con equipo de trabajo del MINSAL, Entrevista y Observación en cada uno de los Hospitales.

**Dirigida a:** personal médico en los Hospitales y se utilizará el siguiente instrumento.

	<p style="text-align: center;"><b>Universidad de El Salvador</b> <b>Escuela de Ingeniería Industrial</b> <b>Encuesta dirigida a personal de Hospitales de Tercer Nivel</b></p>	
<p>En el marco del estudio de fortalecimiento de los Procesos de Hospitalización en el Tercer Nivel de atención de MINSAL, es de interés conocer la percepción de los involucrados en la prestación del servicio. Siendo el personal médico uno de los principales prestadores del servicio.</p> <p>El instrumento está orientado a reconocer sobre la gestión actual del servicio de Hospitalización, de antemano agradezco su sincera colaboración</p> <p>Datos del entrevistado:</p> <p>Hospital en que labora: HNR <input type="checkbox"/> HNNBB <input type="checkbox"/> HNM <input type="checkbox"/>; <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera</p> <p>Lugar y Fecha de la Encuesta: _____</p>		
<p><b>1. ¿Cómo se orienta al personal nuevo en la forma de realizar sus actividades y labores? Seleccione solo una opción.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Supervisión directa</p> <p><input type="checkbox"/> Manual de Funciones</p> <p><input type="checkbox"/> No existe orientación</p>		
<p><b>2. ¿Cuáles son los recursos que considera que son más escasos ocasionándole problemas en el momento de realizar su trabajo?</b></p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p>		
<p><b>3. En caso que los recursos dentro del servicio no se encuentren disponibles ¿Cuál es la forma de resolver dicha situación? Puede seleccionar más de una.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Se le avisa al jefe inmediato</p> <p><input type="checkbox"/> Se gestiona con el área competente</p> <p><input type="checkbox"/> Se apoya con los demás servicios</p>		
<p><b>4. ¿Porque considera usted que se da los escasos de recursos? Seleccione una opción.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Mala planificación de los mismos</p>		

- Mala gestión de los mismos
- Falta de presupuesto para su compra

5. **¿Ha tenido alguna vez problemas con el abastecimiento de medicamentos para tratamiento dentro de la Hospitalización de los pacientes? Si responde “Sí”, pasar a la siguiente pregunta.**

- Sí       No

6. **Si ha respondido Sí a la pregunta anterior ¿con que frecuencia ocurre?**

- Una vez a la semana
- Una vez al mes
- Una vez cada tres meses

7. **¿Qué actividades considera que le consume más tiempo, al realizar sus labores en los Servicios de Hospitalización, en que tiempo estimado las realiza?**

Actividad	Tiempo estimado
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

8. **¿Qué actividades considera que generan retrasos en el servicio de Hospitalización? Ordénelos por importancia.**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

9. **¿Cuáles servicios de apoyo a diagnostico considera que son los más utilizados, excluyendo nutrición y farmacia, en la Hospitalización? Escríbalos en orden de importancia.**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

10. **De los servicios de apoyo a diagnostico mencionados anteriormente ¿cuál de ellos considera usted que ocasiona retrasos para el diagnóstico oportuno al paciente? Escríbalos en orden de importancia.**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

11. **¿Cómo se maneja la comunicación de problemáticas que afectan el desempeño del proceso de Hospitalización?**

- Verbal     Escrita     No hay acciones

12. **¿Reciben respuesta del área competente de resolver las situaciones que afectan el desempeño de Hospitalización?**

- Sí       No

**13. ¿Cómo evalúa el tiempo de respuesta resolver el tipo de situaciones que afectan el desempeño del proceso de Hospitalización?**

Inmediato     Oportuno     Tardío

*¡Gracias por su tiempo y colaboración!*

Fuente: Elaboración propia

**2.4.4.4 Encuesta para usuarios de Hospitalización- Cliente Interno**

Esta herramienta será utilizada para conocer la percepción de los usuarios que han estado ingresado en un servicio de Hospitalización en uno de los tres Hospitales de referencia. Esto será de utilidad para conocer como las personas perciben la atención recibida y la intervención de algunos recursos durante su estadía. Para definir la muestra de lo usuarios de la Hospitalización, es de tener en cuenta que tanto el HNNBB y el HNM egresan niños, por lo tanto, quienes contestaran las preguntas son los padres de los menores.

La metodología que se utilizará para la realización de esta encuesta es por medio de SERVQUAL, la cual se definió en el marco conceptual de este documento. Aun así, se retomarán algunos puntos importantes del apartado teórico, entre ellos los indicadores que se deben de medir por medio de la encuesta; estos indicadores se conocen como indicadores de dimensionamiento de la calidad y se relacionan a continuación:

- Aspectos o elementos tangibles
- Fiabilidad
- Sensibilidad o capacidad de respuesta
- Seguridad
- Empatía

Todas estas categorías se toman en cuenta para formular las preguntas que realizaran en el cuestionario de los usuarios y también se debe de realizar un rango por medio del cual el usuario calificará cada uno de estos aspectos para tener un valor cuantitativo del grado de satisfacción del usuario; para esta escala se utilizará la escala de Likert, la cual se presenta a continuación:

*Tabla 33 Clasificación de rango de satisfacción SERVQUAL*

Numero de calificación	Significado	Rango de satisfacción
1	Mucho peor de lo que esperaba	0% – 20%
2	Peor de lo que esperaba	21% - 40%
3	Como me lo esperaba	41% - 60%
4	Mejor de lo que esperaba	61% - 80%
5	Mucho mejor de lo que esperaba	81% - 100%

Fuente: Metodología SERVQUAL

Para facilitar la comprensión de los usuarios se utilizó una escala impresa con la numeración, significado y símbolo de caras con escala de colores:

				
1	2	3	4	5
Mucho peor de lo que esperaba	Peor de lo que esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que esperaba	Mucho mejor de lo que esperaba

También hay que tomar en cuenta algunos sinónimos de las respuestas pero que tienen el mismo rango de satisfacción del usuario, a continuación, se presentan algunos de ellos.

Tabla 34 Significado y Sinónimos de Respuestas SERVQUAL

Significado inicial	Sinónimo 1	Sinónimo 2	Sinónimo 3
Mucho peor de lo que esperaba	Muy malo	Muy complicado	Nunca
Peor de lo que esperaba	Malo	Complicado	Casi nunca
Como me lo esperaba	Regular	Regular	A veces
Mejor de lo que esperaba	Buena	Fácil	Casi siempre
Mucho mejor de lo que esperaba	Muy buena	Muy fácil	Siempre

Fuente: Metodología SERVQUAL

Para definir las preguntas se tendrá en cuenta las dimensiones de la técnica SERVQUAL y también se utilizará la matriz pregunta objetivo para tener más claro por qué se realiza estas preguntas y a su vez se le agregará una columna donde se defina la dimensión a la que la pregunta pertenece para tener claro si se abordan todas las dimensiones.

Nº	Pregunta	Objetivo	Dimensión
1	¿Cuántos días estuvo ingresada en el Hospital?	Conocer el tiempo de estadía	Pregunta abierta. Sin dimensión
2	¿Ingreso usted en el Hospital de forma programada o urgente?	Saber el tipo de entrada a Hospitalización	Pregunta con 2 opciones a escoger <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Urgente</li> <li>○ Programada</li> </ul> Sin dimensión
3	¿Cuánto fue el tiempo que esperó para ser ingresado?	Conocer el tiempo de espera a Hospitalización.	Pregunta abierta. Sin dimensión

4	¿Cuál es su grado de satisfacción con el trato y forma de recibirle en el momento del ingreso en Hospitalización?	Conocer que tan satisfecho estuvo el usuario al momento que lo recibieron en Hospitalización.	Empatía
5	Como considera la facilidad de los tramites que ha tenido que hacer para el ingreso de Hospitalización y en el momento de alta.	Conocer la complejidad que tienen los documentos a llenar	Fiabilidad
6	Que tan satisfecho esta con el Trato y amabilidad del medico	Conocer que tan satisfecho está el usuario con el trato que recibe por parte del médico.	Empatía
7	Que tan satisfecho esta con el Tiempo y dedicación del medico	Conocer que tan satisfecho está el usuario con el tiempo que recibe por parte del médico	Capacidad de respuesta.
8	Que tan satisfecho esta con la Competencia como profesional y conocimientos de su caso	Conocer la percepción del usuario con respecto a la competencia del doctor.	Seguridad
9	¿Con qué frecuencia lo visitaba el o los médicos durante el día?	Conocer la frecuencia de visita del doctor.	Capacidad de respuesta
10	En caso de complicación, que tan satisfecho esta con el tiempo de respuesta a su necesidad	Conocer el grado de satisfacción del usuario con respecto al tiempo de repuesta a su necesidad	Capacidad de respuesta
11	Que tan satisfecho esta con el tiempo que el médico se toma para examinarlo, poder preguntar sobre su estado y aclarar sus dudas	Conocer el grado de satisfacción del usuario con respecto al tiempo que dedica le médico en examinarlo y entablar una conversación	Fiabilidad
12	Que tan satisfecho esta con el trato y amabilidad de la enfermera	Conocer que tan satisfecho está el usuario con el trato que recibe por parte de la enfermera.	Empatía

13	Que tan satisfecho esta con el Tiempo y dedicación de la enfermera	Conocer el grado de satisfacción del usuario con respecto al tiempo y dedicación de la enfermera	Capacidad de respuesta
14	Que tan satisfecho esta con la Competencia como profesional y conocimientos (medición de presión, pesó, toma de temperatura)	Conocer el grado de satisfacción del usuario con respecto a la competencia	Seguridad
15	¿Qué tan frecuente acudía la enfermera cuando usted lo requería?	Conocer el grado de satisfacción del usuario con respecto a la frecuencia de atención según lo requería al usuario.	Capacidad de respuesta
16	¿Le han efectuado cambio de ropa, sábanas y gabacha?	Conocer si al usuario le efectúan cambio de ropa, sábanas y gabachas.	Pregunta cerrada. Sin dimensión
17	¿Recibió ayuda para realizar sus cuidados higiénicos?	Conocer si al usuario le ayudan a realizar sus cuidados higiénicos.	Pregunta cerrada. Sin dimensión
18	¿Le han realizado alguna/s prueba/s (análisis de sangre, orina, radiografías, etc...) durante su estancia en el Hospital?	Conocer si le realizan alguna prueba de diagnóstico.	Pregunta cerrada. Sin dimensión
19	Que tan satisfecho esta con la información clara sobre en qué consistían las pruebas	Conocer el grado de satisfacción del usuario con respecto a la información sobre en qué consisten las pruebas	Fiabilidad
20	Que tan satisfecho esta con la explicación de la información que le dieron sobre el resultado de las pruebas	Conocer el grado de satisfacción del usuario con respecto a la explicación de la información del resultado de las pruebas	Fiabilidad
21	Que tan satisfecho esta con la explicación de la información sobre el tratamiento médico	Conocer el grado de satisfacción del usuario con respecto	Fiabilidad

		a la explicación sobre el tratamiento a seguir	
22	¿Le han sido suspendido una o más pruebas de diagnóstico que ya tenía programada durante la estancia en el Hospital?	Conocer si le fueron suspendidas algunas pruebas de diagnóstico durante su estadía y cuál fue la causa (si la conoce)	Pregunta cerrada. Sin dimensión
23	De las medicinas que le recetaron el día del alta, le dieran en farmacia:	Conocer la cantidad de medicina que reciben al momento de egresar del Hospital	Seguridad
24	Le informaron sobre las indicaciones a seguir en el hogar	Conocer si le informan sobre las indicaciones a seguir en	Pregunta cerrada. Sin dimensión
25	Como considera la privacidad en la sala de Hospitalización	Conocer el grado de satisfacción del usuario con respecto a la privacidad dentro del servicio de Hospitalización.	Seguridad
26	Que tan Satisfecho está con el mantenimiento y limpieza del Hospital	Conocer el grado de satisfacción del usuario con respecto a la limpieza del lugar	Elementos tangibles
27	Como considera la indicación (señalización) para orientarse y saber adónde ir en el Hospital han sido	Conocer el grado de satisfacción del usuario con respecto a la señalización del lugar	Elementos tangibles
28	En su opinión ¿ha estado ingresado en el Hospital el tiempo necesario?	Conocer la percepción del usuario con respecto al tiempo necesario de estadía	Pregunta cerrada. Sin dimensión
29	¿Cómo calificaría la atención que le dieron en el servicio de Hospitalización?	Conocer el grado de satisfacción del usuario con respecto a la atención en general en el servicio de Hospitalización.	Fiabilidad

Fuente: Elaboración propia



### **Análisis de resultados.**

La percepción del servicio se divide en 5 dimensiones que son evaluadas con el cuestionario SERVQUAL los cuales son Elementos tangibles, Fiabilidad, Capacidad de respuesta, Seguridad y Empatía, el promedio de las 5 dimensiones es el índice de satisfacción del cliente (usuarios).

En la siguiente tabla resumen se muestra las preguntas que corresponden a cada dimensión.

*Tabla 35 Metodología de análisis de resultados SERVQUAL*

<b>Dimensión</b>	<b>Preguntas</b>
Elementos Tangible	25 y 26
Fiabilidad	5, 11, 19, 20, 21, 29
Capacidad de respuesta	7, 9, 10, 12, 14
Seguridad	8, 13, 22, 24.
Empatía	4, 6, 12

Fuente: Metodología SERVQUAL

### **2.4.5 Clasificación de los Procesos**

Todos los Procesos que realizan en Hospitalización de Tercer Nivel en el desarrollo de su misión pueden clasificarse dentro de tres categorías.

1. Procesos Clave
2. Procesos de Apoyo.
3. Procesos Estratégicos

**Objetivo de la actividad:** clasificar los Procesos que intervienen en el proceso de Hospitalización como clave, de apoyo y estratégicos.

**Herramienta a utilizar:** Reunión con expertos para discutir:

- Procesos Identificados
- Clasificación de Procesos

Para la actividad se llevará a cabo el llenado de una tabla instrumento, la cual consta de los siguientes pasos:

- Listar el conjunto de criterios sobre los cuales se basará la clasificación de los Procesos
- Definición de sub Procesos y actividades
- Creación de matriz de Procesos

### **2.4.6 Caracterización y descripción del proceso de Hospitalización**

#### **2.4.6.1 Caracterización de los Procesos**

El equipo de investigación realizará la caracterización de los Procesos, con el fin de tener los elementos necesarios para hacer una correcta clasificación y posterior priorización de los Procesos.

**Objetivo de la actividad:** caracterizar los Procesos, a través de la identificación de los elementos (proveedores, entradas, proceso, salidas, usuarios) que intervienen en cada uno de ellos.

**Herramienta a utilizar:** La herramienta con la cual se realizará la caracterización será mediante una ficha de Procesos, cuyo propósito es el de analizar el proceso y el medio ambiente o entorno en que se desarrolla, es una imagen sencilla de cómo opera el proceso de relación con sus proveedores (P), entradas, (E), proceso, (P), salidas, (S), usuarios (U) y recursos (R).

**Componentes del PEPSU.**

- Proveedores. Son entidades o personas que proporcionan las entradas, tales como: materiales, información y otros insumos. Pueden ser uno o varios proveedores en un proceso, ya sean internos o externos.
- Entradas. Son los materiales, información y otros insumos necesarios para operar los Procesos, en donde invariablemente las entradas deben ser medibles, con la finalidad de establecer si satisfacen los requerimientos del proceso y pueden ser una o varias entradas.
- Proceso. Es el conjunto de sistemas y procedimientos, materiales, máquinas, personas, ambiente laboral y mediciones empleadas para producir bienes o servicios. Es donde se convierten las entradas en salidas.
- Salidas. Son los bienes o servicios resultantes de un proceso; por lo tanto, deben ser medibles a fin de identificar si satisfacen las necesidades de los usuarios. Hay Procesos que tienen una salida para cada usuario y otros que tienen una salida que está orientada a varios usuarios.
- Usuarios. Son las personas o entidades que se benefician con las salidas.
- Recursos: Conjunto de elementos disponibles para para llevar a cabo el proceso.

*Ilustración 38 Formato de Ficha de Proceso*

<b>FICHA DE SUB-PROCESO</b>				
	<b>A n. Nombre del proceso</b>	<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Autor</b>
	Actual			
<b>Responsable</b>				
<b>Objetivo</b>				
<b>Entradas</b>	<b>Documento:</b>			
<b>Salidas</b>	<b>Documento:</b>			
<b>Participantes</b>	•			
<b>Recursos</b>				
<b>Desglose de los Procedimientos</b>	<b>Procedimientos</b>	<b>Descripción de las tareas</b>		
	1.	•		
	2.	•		

Fuente: fichas de proceso

### **2.4.6.2 Descripción del proceso de Hospitalización**

**Objetivo de la actividad:** Documentar el proceso por medio de diagramas, para dar respuesta a las preguntas: ¿Qué actividades se realizan? ¿Quién realiza las actividades? ¿Cómo se realizan las actividades?

**Herramientas a utilizar:** diagramas; estos pueden ser de los siguientes dos niveles de detalle:

- Diagrama a alto nivel
- Diagrama detallado

#### ***Diagrama a alto nivel***

A través de este nivel de detalle de diagramación se pueden identificar fácilmente los principales elementos del proceso: las entradas y sus proveedores (que pueden ser internos o externos a la institución); las salidas y sus usuarios o clientes (que pueden ser internos o externos a la institución); los subprocesos o etapas; las interrelaciones o conexiones con otros Procesos. Las técnicas a utilizar en el diagramado de alto nivel son:

- Mapa de Procesos: que muestra las interacciones entre los Procesos
- Diagrama de flujo de proceso: Muestra la secuencia cronológica de todas las operaciones e inspecciones y los traslados, demoras y almacenamientos con los que cuentan los Procesos.
- IDEF0<sup>10</sup>: se utiliza para modelar las funciones del sistema, por lo tanto, su resultado es un modelo. El modelo consta de diagramas y textos, con referencias cruzadas entre ellos.

#### ***Diagrama detallado***

Este tipo de diagramas permiten identificar oportunidades para optimizar un proceso, debido a que se visualizan los recursos involucrados en la ejecución del proceso, así como otros elementos. La perspectiva de cómo se realiza realmente un proceso la proporciona el diagrama a nivel detallado o diagrama de flujo de un proceso, y este tipo de diagrama también permite diseñar el flujo del proceso mejorado u optimizado. Es por ello que antes de optimizar un proceso es necesario realizar su mapeo, ya que proporciona información necesaria para encontrar sus áreas de mejora.

- Descripción narrativa: especificar de forma narrativa la secuencia de pasos o actividades que se ejecuta en cada proceso o subproceso.
- Diagrama de flujo: Debido a que especifica las actividades realizadas por cada uno de los actores del proceso, así como los documentos y sistemas empleados. Lenguaje ANSI.

#### ***Formatos a utilizar***

A continuación, se presentan los formatos a utilizar en la documentación de los Procesos.

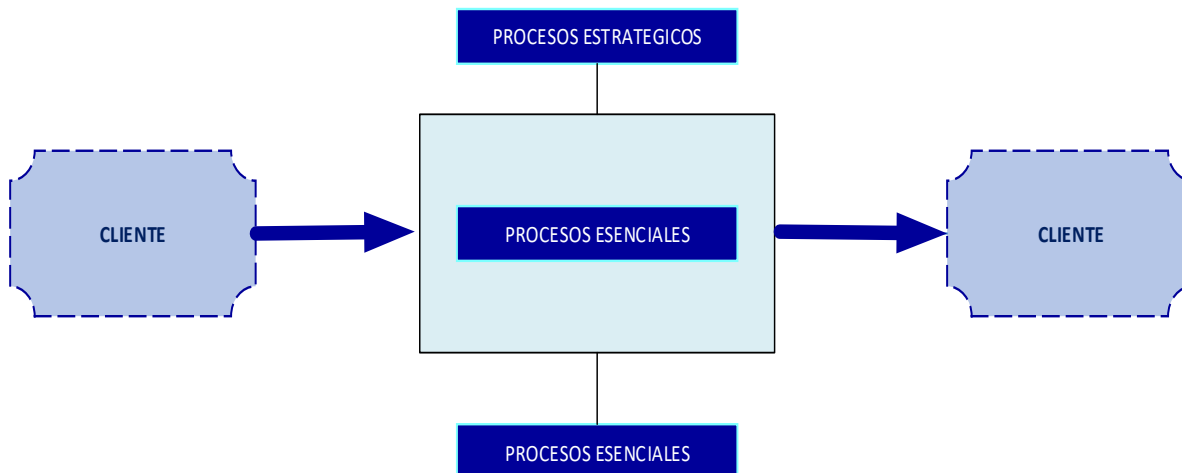
- **Instrumento:** Mapa de proceso

---

<sup>10</sup> IBM Knowledge Center – Modelado utilizando IDEF0

Con la categorización de los Procesos identificados en la etapa anterior de la metodología, se construirá el mapa de Procesos, en donde se podrá observar los Procesos de Hospitalización que corresponden a las categorías: Estratégicos, Esenciales y de Apoyo.

Ilustración 39 Esquematación del mapa de Procesos de Hospitalización



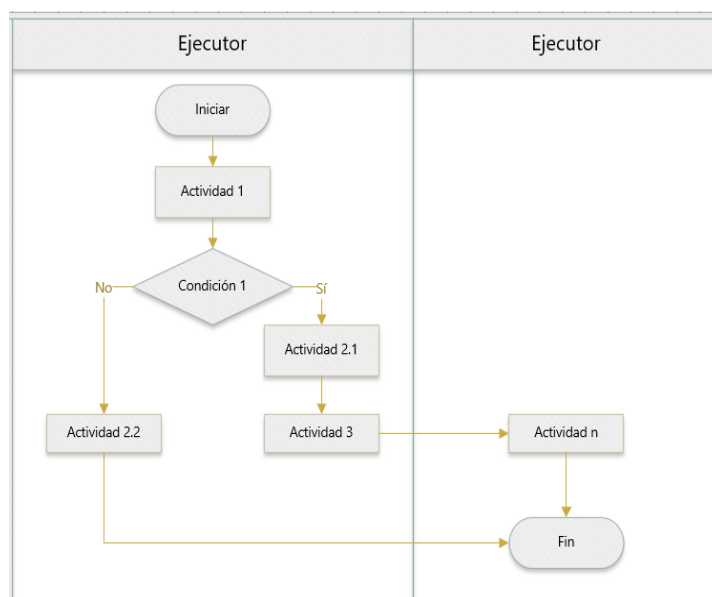
Fuente: Definiciones de mapas de Procesos

- **Instrumento:** Descripción narrativa:

<b>Nombre del subprocesso</b>			
<b>Código del subprocesso:</b> Código asignado			
<b>Nombre del procedimiento:</b>			
Propósito del procedimiento: describe cual es el objetivo de la realización del proceso.			
<b>Alcance:</b> menciona los ejecutores que intervienen en el proceso que se está describiendo.			
Documentos de referencia del procedimiento: lineamientos, normativas y otros documentos que sustentan el proceso descrito.			
<b>Descripción del procedimiento:</b> describe la actividad desarrollada, la describe y menciona a los ejecutores.			
La descripción se da según la secuencia de los pasos cómo se desarrolla el proceso escrita en la siguiente tabla:			
No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	EJECUTOR
1			
2			
n			

- **Instrumento:** Diagrama de flujo:

Ilustración 40 Ejemplo de diagrama de Flujo



Fuente: Elaboración propia

#### 2.4.7 Diagnóstico de eficiencia y efectividad del proceso actual

Para establecer la eficiencia de los Procesos Hospitalarios del servicio de Hospitalización, se realizará por medio de los indicadores identificados en cada uno de los Hospitales de Tercer Nivel

Comparar los resultados de los indicadores de eficiencia y productividad entre los Hospitales del año 2017, y definir si existe correlación entre estas variables. El comportamiento de estos indicadores, como los de producción, pueden reflejar la calidad de la atención tras haber logrado la eficiencia, pues son un índice de la eficacia y efectividad de una institución.

Tabla 36 fórmulas para calcular los indicadores

<b>Indicadores de eficiencia</b>	
Porcentaje de ocupación de camas (anual)	$\frac{\text{Días cama ocupado}}{\text{Días cama disponible}}$
Promedio de días estancia	$\frac{\text{días cama ocupado}}{\text{egresos}}$
Giro cama o índice de rotación (anual)	$\frac{\text{egreso}}{\text{dotación de camas}}$
Intervalo de tiempo de sustitución	$\frac{\text{días cama disponible} - \text{días cama ocupado}}{\text{ingresos}}$
<b>Indicadores de productividad</b>	
Ingreso	$\sum \text{ingresos en Servicios de Hospitalización}$
Traslados	$\sum \text{traslados entre Servicios de Hospitalización}$

Egreso	Vivo	$\Sigma$ egresos vivos de Servicios de Hospitalización
	Fallecido	$\Sigma$ fallecidos de Servicios de Hospitalización
Total de días de estancia		$\Sigma$ días de estancia de pacientes ingresados
<b>Tasa de mortalidad</b>		
Tasa bruta mortalidad		$\frac{\text{defunciones}}{\text{egresos}} \times 100$

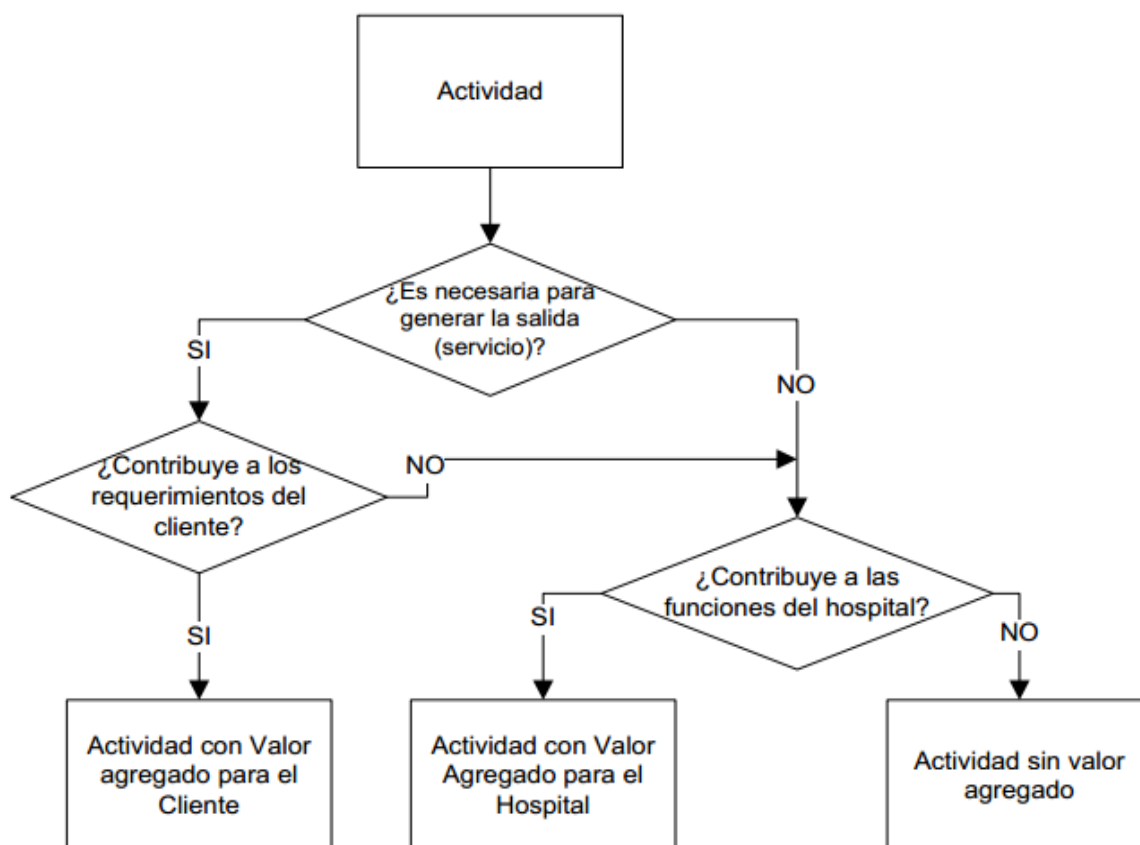
Fuente: Indicadores Hospitalarios de OPS

### 2.4.7.1 Evaluación del valor agregado

Una vez levantado el proceso tipo, se procederá a la aplicación de la técnica de evaluación de valor agregado con el propósito de determinar las actividades claves dentro del proceso de Hospitalización

Se seguirá la siguiente valoración:

Ilustración 41. Esquema para evaluación del Valor Agregado



Fuente. Elaboración propia.

La tabla que se utilizara para la evaluación se muestra a continuación.

Tabla 37. Evaluación de valor agregado para el proceso de Hospitalización.

MACROPROCESO: OPERATIVO		PROCESO: HOSPITALIZACIÓN							
SUB-PROCESO-1. ADMISIÓN/INGRESO DE PACIENTE									
PROCEDIMIENTO	DESGLOCE DE ACTIVIDADES	CON VALOR AGREGADO		SIN VALOR AGREGADO					
		VAC	VAH	P	D	M	I	A	
<b>TOTAL</b>		<b>0</b>							

Fuente: Elaboración Propia

#### 2.4.8 Diagnóstico de la situación actual

Se presentará por cada área de Hospitalización de los 3 Hospitales un resumen y análisis de la información tanto primaria como secundaria, en dicho cuadro se plasmarán datos actuales del funcionamiento del área de Hospitalización

Seguidamente, se realizará un análisis de los Procesos estratégicos en base a la comparación con los principios administrativos definidos por Fayol.

Además, para determinar la eficiencia del proceso, se utilizó el muestreo de trabajo

##### 2.4.8.1 Muestreo de trabajo

**Definición del problema:** El primer paso para aplicar la técnica de muestreo es definir la razón por la que es aplicada, en la cual se definirán los objetivos que se buscan alcanzar y describir detalladamente cada elemento a medir; las actividades activas y las inactivas.

**Estimación preliminar del porcentaje de inactividad:** se determinará el tiempo de recorrido para realizar las rondas de observación y se procederá a determinar el P preliminar al realizar la observación de medio día de trabajo en un servicio de cada Hospital

Por el tiempo dedicado en la realización de la técnica, no se realizará en todos los servicios, en cada Hospital será aplicado en el servicio más representativo de Hospitalización.

El porcentaje de actividad preliminar se obtendrá de la siguiente ecuación:

$$P_{preliminar} = \frac{\# \text{ de Actividad}}{\# \text{ de observaciones}}$$

Obtener el número de observaciones totales a realizar en cada Hospital:

Este número de observaciones (N) se obtiene con la siguiente ecuación:

$$N = \frac{k^2}{e^2} \times \frac{(1-p)}{p}$$

Dónde:

- K= nivel de Confianza (2)
- e= Porcentaje de error (3%)
- p= Porcentaje de actividad preliminar.

Por último, se calcula el # de rondas diarias

$$\text{Numero de rondas diarias} = \frac{\text{total de minutos de la jornada laboral}}{2(\text{tiempo de recorrido})}$$

Y el número de días a realizar la técnica.

$$\text{Numero de dias} = \frac{\text{numero total de observaciones}}{\text{numero de observaciones diarias}}$$

El siguiente es el formato general para la hoja resumen de datos:

Tabla 38 Resumen de datos obtenidos en muestreo

HOSPITAL									
Día observado 1									
Puestos de trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Actividad									
Inactividad									
Total de datos									
Porcentaje de inactividad %									
Porcentaje de actividad %									

Fuente: Elaboración Propia

El siguiente es el formato general para la hoja de toma de datos:

Tabla 39 Ficha de toma de datos

No	Hora	DIA 1 OBSERVADOR 1														Act	Inact	% Actividad	% Inactividad			
1	08:08	1	3	2	12	10	11	16	17	14	13	15	8	7	9	5	4	6				
2	08:18	3			5			1			2			4								
		9	8	7	17	13	16	14	15	2	3	1	5	6	4	12	10	11				
3	08:23	3			4			1			N			5								
		8	7	9	11	10	12	2	1	3	5	4	6	16	15	13	17	14				
4	08:29	3			5			4			2			1								
		9	8	7	15	17	16	13	14	11	10	12	6	5	4	2	3	1				
5	08:35	5			3			4			1			2								
		13	17	16	14	15	7	8	9	10	11	12	2	3	1	6	5	4				
6	08:42	4			2			1			3			5								
		12	10	11	4	5	6	1	3	2	8	7	9	13	17	14	15	16				

Fuente: Elaboración Propia



El final de la técnica, establecerá el P del estudio

$$p = \frac{\text{Número de Actividades}}{\text{Número total de Observaciones}} =$$

Y se establecerán los límites de control para el trabajo de muestreo se calculan mediante la ecuación:

$$LC = p \pm 3\sigma$$

$$\text{Dónde: } \sigma = \sqrt{\frac{p(1-p)}{n}} \quad \text{Entonces: } LC = p \pm 3\sqrt{\frac{p(1-p)}{n}}$$

#### 2.4.9 Planteamiento del Problema

El planteamiento del problema se realizará mediante la herramienta de análisis de planificación FODA, el análisis FODA, es una metodología de estudio de la situación de una organización, analizando sus características internas (Debilidades y Fortalezas) y su situación externa (Amenazas y Oportunidades) en una matriz cuadrada.

Es una herramienta para conocer la situación real en que se encuentra una organización, o proyecto, y planificar una estrategia de futuro. Durante la etapa de planificación estratégica y a partir del análisis FODA se debe poder contestar cada una de las siguientes preguntas:

- ¿Cómo se puede destacar cada fortaleza?
- ¿Cómo se puede disfrutar cada oportunidad?
- ¿Cómo se puede defender cada debilidad?
- ¿Cómo se puede detener cada amenaza?

Teniendo como base los análisis internos y externos realizados y considerando las reflexiones preliminares del servicio prestado, se realiza un análisis FODA que permita identificar las áreas que deben mejorarse y aquellas que deban ser explotadas por la institución, en el caso de este estudio se entenderá como sujeto de estudio el servicio de Hospitalización, por lo que el resto de áreas, se considerarán en el análisis externo de la institución

A través de las debilidades y amenazas, se generó un banco de problemas los cuales se clasificaron bajo el enfoque del PHVA, se agruparon en categorías de problemas más generalizados, los cuales se dividieron en las categorías 5 M, para representarlas en un diagrama Ishikawa.

Se utilizó Hanlon para darle valor a los problemas y posteriormente priorizarlos utilizando Pareto.

#### 2.4.10 Conceptualización de la solución

Luego se realizará la conceptualización de la solución, tomando como base lo identificado en el diagnóstico realizado

Las fases a realizar en la conceptualización son:

- Establecer metodología de diseño del modelo
- Describir la metodología de diseño del modelo
- Características del modelo
- Estructura del modelo
- Descripción de los productos

#### **2.4.11 Diseño de la Solución**

A partir de la conceptualización de diseño realizada se desarrollará una propuesta de solución que sea aplicable a los tres Hospitales de Tercer Nivel, y buscando la homologación del proceso de Hospitalización en los mismos

Para tal fin se utilizará la información recolectada en el Diagnóstico, lo que corresponde a las etapas previas presentadas en este documento donde se identificaron los Procesos, se clasificaron y se analizaron con el fin de obtener un proceso depurado con actividades eficientes de manera de fortalecer el proceso de Hospitalización

Además, teniendo en consideración las problemáticas identificadas en los diferentes niveles del proceso se crearán manuales que ayuden a solucionar estas problemáticas y eficientizar el proceso

La realización del Diseño será presentada mediante manuales que ayudaran a la organización en la solución de los problemas y de esta manera dejando instrumentos documentados.

Los manuales diseñados serán:

- Manual de introducción a la Gestión por Procesos
- Manual de Procesos y Procedimientos
- Manual de Funciones del comité
- Manual de Indicadores
- Manual de Mejora Continua
- Sistema de Información

#### **2.4.12 Realización de los Procesos**

Una vez realizada la propuesta de Diseño, esta se realizará mediante la ejecución de los Procesos estratégicos, y la simulación de los Procesos operativos con el fin de determinar el impacto de las mejoras realizadas en factores como tiempo, costo y eficiencia.

Para este propósito se utilizará herramienta como Excel para simular y proyectar los beneficios obtenidos por las propuestas en un tiempo de 5 años en el futuro a partir de la implementación de las propuestas realizadas.

#### **2.4.13 ADP de proyecto**


Se realizará la administración del proyecto, en donde se establecerán las actividades necesarias para la implementación de las propuestas de fortalecimiento en los Hospitales.

Se utilizarán técnicas y herramientas como el Gantt y Pert para mostrar gráficamente lo relacionado a los tiempos de ejecución del proyecto, además se determinará las competencias y atributos que debe poseer el encargado de la implementación a través de un manual de funciones del comité de implementación

#### **2.4.14 Evaluaciones**

Para finalizar el estudio y fortalecimiento de los Procesos de Hospitalización se realizarán evaluaciones que justifiquen la implementación de las propuestas diseñadas.

Se realizará un estudio económico para luego concluir con evaluaciones económicas, financieras y socioeconómicas.



IDENTIFICACIÓN  
DEL PROCESO DE  
HOSPITALIZACIÓN  
EN EL TERCER  
NIVEL DEL MINSAL  
CAPITULO 3

# 1 Modelado de proceso de Hospitalización

---

El proceso de Hospitalización mostrado en el marco institucional abarca los Procesos más importantes llevados a cabo durante la Hospitalización del paciente, aprobado por las autoridades del ministerio de Salud MINSAL, sin embargo, para un análisis comparativo en los Hospitales que forman parte del Tercer Nivel de atención se requiere un desglose con mayor detalle.

Para lo cual se procedió a levantar el proceso desde cero, mediante la visita a los tres Hospitales que forman el Tercer Nivel de atención y la aplicación de la metodología de Procesos, debido a que no se cuenta con la documentación técnica de los Procesos apropiada

## 1.1 Identificación de Procesos de Hospitalización

El proceso se inicia con el acto administrativo de la admisión, donde se identifica al paciente, se registran sus antecedentes y se valida la existencia de ficha clínica previa, si existe se adjunta al ingreso del paciente. Una vez finalizada la admisión el paciente recibe atención directa de salud, donde es evaluado por el médico, quien procede a dejar indicaciones de acuerdo a los hallazgos clínicos encontrados a través de la anamnesis<sup>11</sup> y examen físico.

La gestión de estas indicaciones estará a cargo de la enfermera quien las ejecutará o coordinará de acuerdo al tipo de indicación recibida. El proceso de atención de Hospitalizado finaliza cuando el paciente es egresado del Hospital, para lo cual el médico debe realizar el alta donde registra los hechos más relevantes de la Hospitalización y diagnósticos de ingreso y egreso, por otra parte, el ámbito administrativo realiza también un proceso de alta donde se recopila toda la información médico estadística requerida según norma.

Durante la estadía, el equipo clínico registra los procedimientos, los insumos y medicamentos utilizados en el paciente, con el fin de valorizarlos y establecimiento de estadísticas.

Luego de esta breve descripción del proceso, se realizará un mapa de Procesos para interpretar mejor la interrelación de los Procesos que se ejecutan en los Servicios de Hospitalización, para realizar esto se tomará en cuenta lo siguiente:

- Se dividirán los macro Procesos, los cuales se definen como estratégicos, operativos (Procesos claves) y los Procesos de apoyo.
- Cada macro proceso se dividirá en procedimientos, los cuales se modelarán y se seguirá la lógica con la que actualmente se llevan a cabo en los Servicios de Hospitalización.

Para la elaboración de este mapa de Procesos se tiene que tener clara la clasificación de los mismos; a continuación, se presenta dicha clasificación:

---

<sup>11</sup> Conjunto de datos que se recogen en la historia clínica de un paciente con un objetivo diagnóstico

## 1.2 Clasificación de los Procesos

Se debe de definir la red de Procesos por medio del Mapa de Procesos, el cual muestra de manera didáctica y práctica los Procesos Estratégicos, Misionales y de Apoyo. Para este fin a continuación se enuncia la clasificación de estos Procesos:

*Cuadro 26 Clasificación de Procesos de Hospitalización*

<b>Procesos Estratégicos:</b>	-Planificación y control -Gestión de Abastecimiento - Gestión de Recursos Humanos
<b>Procesos Operacionales:</b>	-Hospitalización
<b>Procesos de Apoyo:</b>	-Servicios Generales -Apoyo a Diagnósticos - Gestión de Estadísticas-ESDOMED

Fuente: Observación

A continuación, se presenta la matriz de Procesos, donde se puede observar los Procesos, sub Procesos, actividades, tareas y productos, que se utilizan para brindar un buen servicio a los usuarios; con esta matriz de proceso se logra observar las relaciones de cada proceso, y por medio de ella se detalla de manera descriptiva y amplía la información contenida en el mapa de Procesos.

Tomando en cuenta la clasificación de los Procesos anteriores, se presenta a continuación una tabla resumen que muestra el número de Procesos, sub Procesos, procedimientos y tareas que se realizan en los Servicios de Hospitalización. Todos estos Procesos, sub Procesos, procedimientos y tareas fueron identificados por medio de la observación en los Servicios de Hospitalización de los Hospitales de Tercer Nivel

### **Inventario de Procesos pertenecientes al marco proceso Hospitalización**

En el siguiente cuadro se presenta el banco de proceso desglosado en sus 3 tipos de Procesos: Estratégicos, Operativos y de Apoyo, así como en actividades y en tareas, con su respectivo producto que generan cada uno.

Cuadro 27. Inventario Descriptivo de los Procesos de Hospitalización

Proceso	Sub proceso	Procedimientos	Actividades	Producto
Estratégicos	Planificación y control (PYC-01-01)	Elaboración del Plan Anual Operativo (PYC-01-01-00-01)	1. Análisis y seguimiento de indicadores	Plan Anual Operativo
			2. Análisis y cumplimiento de metas	
		Planificación de Recursos utilizados en el servicio (PYC-01-01-00-02)	1. Administración y control de los recursos humano.	Recursos planificados. Distribución adecuada de los recursos
			2. Administración y control de equipo médico.	
			3. Administración y control de Insumos médicos	
			4. Elaboración de ficha de inventario, revisando el stock actual para Gestionar lo faltante	
	Participación en funciones administrativas (PYC-01-01-00-03)	1. Participar en actividades de los comités Hospitalarios	Desarrollo de programas en beneficio del usuario interno y externo. Oportunidades de mejora	
		2. Participar en reuniones científicas y técnico administrativas del Hospital y el servicio		
		3. Realizar entregas educativas a usuarios Hospitalizados y cuidadores o familiares		
	Gestión de abastecimiento (GDA-01-)	Gestión de insumos (DIR-01-02-00-01)	1. Elabora pedido de insumos al almacén a través del formulario e inventario (programado y eventual)	Servicios con los insumos necesarios para brindar la atención al paciente
2. Mantener equipados consultorios, carro de curaciones e inyecciones, entre otros				
3. Efectuar recibo y entrega del servicio por inventario en cada turno, asegurando el orden, cuidado y utilización de los insumos				
Gestión de equipos		1. Recibir y entregar equipos y material a la Central de Equipos para mantener el stock y Elaborar y empaquetar material para esterilizar	Servicios con el equipo médico	

		(DIR-01-02-00-02)	2. Controlar la permanencia y conservación de los medios básicos y fondos fijos a su cargo	necesarios para brindar la atención al paciente.
	Gestión de Recursos Humanos (GRH-01-03)	Dirección y capacitación de personal medico (GRH-01-03-00-01)	1. Planificar y organizar las actividades del personal médico, velando su cumplimiento	Funciones Médicas designadas adecuadamente
2. Elaborar y ejecutar el programa de orientación para personal nuevo				
3. Elaborar evaluaciones del desempeño del personal bajo su responsabilidad				
Dirección y capacitación de personal de Enfermería (GRH-01-03-00-02)		1. Planificar y organizar las actividades del personal de enfermería, velando por su cumplimiento	Funciones de enfermería designadas adecuadamente	
2. Elaborar y ejecutar el programa de orientación para personal nuevo				
3. Elaborar evaluaciones del desempeño del personal bajo su responsabilidad.				
4. Velar por el desarrollo del personal de enfermería de acuerdo a habilidades y destrezas				
		Gestión del conocimiento (GRH-01-03-00-03)	1. Elaborar y dar seguimiento al plan de formación de los Médicos y enfermeras	Formación de estudiantes de medicina, enfermería
			2. Participar en el proceso enseñanza aprendizaje de estudiantes de enfermería y medicina	
Operativos	Ingreso	Recepción de Documentos para Hospitalización (HOS-02-01-01-01)	1. Registrar datos personales de paciente	Datos de nuevo ingreso en el sistema y expediente
			2. Ingresar orden de ingreso en sistema	
			3. Revisar hoja de ingreso en que servicio será ingresado el paciente	Paciente apto para Hospitalizar
			4. Comunicar al servicio correspondiente	Autorización para el ingreso al servicio.
			5. Verificar si hay cama disponible para ingresar a paciente	



Hospitalización (HOS-02-01)	Gestión de expediente (HOS-02-01-01-02)	1. Solicitar expediente	Expediente listo, para el ingreso en Hospitalización	
		2. Elaboración del expediente		
		3. Llevar expediente con hoja de ingreso		
	Gestión de cama para Hospitalización (HOS-02-01-02)	Recepción de paciente en servicio de Hospitalización (HOS-02-01-02-01)	1. Indicación de traslado al servicio	Paciente con cama asignada en el servicio. Documentación completa y autorizada, expediente en el servicio. Paciente evaluado por el médico de turno.
			2. Traslado al servicio de Hospitalización asignado	
			3. Recibir al paciente / Comprobación de datos personales	
			4. Hacer lectura de expediente para revisar indicaciones previas	
			5. Dar indicaciones generales sobre estadía en el servicio en la Hospitalización.	
			6. Asignar cama para paciente de ingreso/entregar ropa Hospitalaria al paciente	
			7. Hacer limpieza de cama y colocar ropa de cama limpia	
8. Evaluación del paciente por Residente/ Verificar condición de ingreso				
9. Llevar paciente a cama preparada				
Evaluación y cumplimiento de indicaciones previas (HOS-02-01-01-02)	Evaluación y cumplimiento de indicaciones previas (HOS-02-01-01-02)	1. Tomar signos vitales y de temperatura de paciente en cama asignada/ según la condición médica del paciente	Paciente y cuadro clínico preparados para visita del médico.	
		2. Realizar cumplimiento de indicaciones médicas previas al ingreso (Emergencia-otro servicio)		
		3. Trasladar datos y documentos del expediente al cuadro clínico del servicio según la cama asignada	Libros de enfermería actualizados	
		4. Hacer anotaciones del cumplimiento de las indicaciones y si hubo cambios en la condición de salud del paciente		
		5. Realizar documentación para control estadístico/ censo diario de pacientes		
		6. Anexar hojas/formularios a expediente a usar en la ronda médica		

	Evaluación médica del paciente (HOS-02-01-03)	Evaluación del paciente (HOS-02-01-03-01)	1. Preparar cuadros clínicos	Establecimiento de la condición médica del paciente
			2. Consultar antecedentes	
			3. Realizar examen físico y evaluar a paciente para determinar evolución	
			4. Registrar evolución, Registrar diagnostico en cuadro clínico	
			5. Decisión de alta medica	
		Formulación de plan de indicaciones HOS-02-01-03-02	1. Discutir plan Terapéutico	Plan de tratamiento definido
		2. Formular plan terapéutico		
		3. Registrar indicaciones de los exámenes y tratamientos a realizar		
		4. Informar a los pacientes tratamiento a seguir		
	Registro de Información de las indicaciones medicas HOS-02-01-03-03	1. Recolectar los cuadros, y trasladarlos a la estación de enfermería	Boletas de exámenes y requisiciones de servicios	
		2. Preparación de los formularios correspondientes		
		3. Elaborar formularios y boletas correspondientes de solicitud de exámenes y medicamentos, así como cualquier petición para recursos externos		
4. Preparar cuadro clínico y anexar hojas para el diagnóstico si hacen falta				
Gestión de indicaciones médicas (HOS-02-01-04)	Gestionar indicaciones HOS-02-01-04-01	1. Comunicarse con el servicio de apoyo solicitado	Exámenes Ejecutados y medicamentos solicitados	
		2. Gestionar con el servicio de apoyo		
		3.Toma de muestras para laboratorio / preparación del paciente/o expedientes para la gestión de medicamentos		
		4.Traslado de las muestras / del paciente/traslado de boletas y expedientes		
	Recolección y registro HOS-02-01-04-02	1. Comunicación a servicio de apoyo, para verificar si ya están los resultados	Cuadro clínico con respuesta a los exámenes y	
	2.Traer producto de los servicios de apoyo			

		3.Comprobar la validez del resultado del examen/ verificar el medicamento proporcionado por farmacia/ O el diagnostico proporcionado por el médico Inter consultante	medicamento en el servicio
		4. Anexar los resultados a cuadro clínico. Colocar el medicamento en el lugar designado	
Atención de enfermería HOS-02-01-05	Evaluación del paciente HOS-02-01-05-01	1. Revisar antecedentes	Paciente con Diagnostico de enfermería establecido
		2. Toma de signos vitales y temperatura	
		3. Examinar físicamente	
		4. Consultar al paciente su estado de salud	
		5. Establecer diagnostico	
	Formular el plan de atención de enfermería y cuidados HOS-02-01-05-02	1. Formular Plan de cuidados de Enfermería	Plan de cuidados
		2. Registrar plan a seguir para cumplir indicaciones medicas	Notas de enfermería actualizadas
		3. Registrar plan a seguir de cuidados de enfermería	
		4. Informar al paciente sobre el plan a seguir	Paciente informado
	Ejecución del plan HOS-02-01-05-03	1. Dar la dosis diaria de medicamento al paciente	Paciente con indicaciones médicas cumplidas
		2. Realizar curaciones o procedimientos médicos de tratamiento de paciente	
		3. Observar su evaluación o algún cambio en su condición	
		4. Ejecutar actividades delegadas-limpieza de equipo medico	
		5. Ejecutar actividades delegadas-cuidados del paciente según condición	
	Registro del cumplimiento del plan HOS-02-01-05-04	1. Registrar el cumplimiento de medicación del paciente	Notas de enfermería actualizadas
		2. Registrar la evolución del paciente	
3. Registrar el control de signos vitales			
4. Registrar el cumplimiento de actividades delegadas			

Apoyo	Apoyo a diagnóstico AAD-03-01	Alta HOS-02-01-06	Alta por mejoría clínica HOS-02-01-06-01	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Indicar alta, Confirmar el alta al paciente, servicio social y familia</li> <li>2. Elaborar resumen de altas</li> <li>3. Seguimiento del Alta por enfermera.</li> <li>4. Cierre del expediente.</li> </ol>	Egreso Hospitalario	
			Alta por traslado a otro servicio HOS-02-01-06-02	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elaboración de registro de traslado</li> <li>2. Informar el traslado.</li> <li>3. Ejecutar el traslado</li> </ol>		
			Alta por traslado a otro centro de atención HOS-02-01-06-03	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elaboración de registro de traslado</li> <li>2. Informar el traslado.</li> <li>3. Ejecutar el traslado</li> </ol>		
			Alta por defunción HOS-02-01-06-04	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comunicación del fallecimiento</li> <li>2. Registro de defunción</li> <li>3. Ejecutar traslado del cadáver</li> </ol>		
			Alta exigida HOS-02-01-06-05	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informar al paciente y enfermera</li> <li>2. Tramitar firma de formulario correspondiente</li> <li>3. Elaboración de recetas y hoja de egreso</li> </ol>		
			Apoyar al diagnóstico clínico y tratamiento AAD-03-01-00-01	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recibir, almacenar, controlar, registrar los medicamentos suministrados a los pacientes Hospitalario</li> <li>2. Dispensación de medicamentos de forma oportuna y de acuerdo al cuadro básico.</li> <li>3. Realizar los diferentes diagnósticos a través de análisis clínicos a pacientes de Hospitalización</li> <li>4. Realizar exámenes clínicos e interconsultas para el tratamiento clínico</li> </ol>		Resultados de exámenes

Servicios generales SGE-03-02	Servicio de alimentación y dietas SGE-03-02-00-01	1. Preparar y distribuir oportunamente las dietas y formulas nutricionales a pacientes Hospitalizado	Pacientes con nutrición y dieta servida
	Servicios de mantenimiento y limpieza SGE-03-02-00-02	1.Ejecutar labores de limpieza de áreas Hospitalarias y administrativas, mensajería, y distribución de agua para consumo de pacientes y personal	Cuartos limpios, ropa Hospitalaria y programa de mantenimiento ejecutado
		2.Transporte y Servicios de lavandería y costureria	
Gestión de estadística GDE-03-	Estadísticas y documentos médicos AAD-03-03-00-01	3. Realizar Mantenimiento. preventivas y correctivas de equipo biomédico, industrial, mobiliario y planta física	Datos estadísticos y de producción para el control
		1.Elaborar y enviar a la jefatura inmediata los informes y los tabuladores mensuales	
		2.Realizacion de censo diario de pacientes	
		3. Mantener un registro de pacientes que ingresan a los Servicios de Hospitalización	
		4.Procesar datos estadísticos de todas las atenciones	

Fuente. Elaboración propia a partir de información primaria.

Las primeras 3 letras significan las iniciales de los Procesos, los siguientes dos números (01=Estratégico; 02=Misional o asistencial; 03=de apoyo), los siguientes son números correlativos de Procesos; luego el correlativo del subproceso y finalmente los últimos dos números son los correlativos de procedimientos

### Cantidad de subprocesos, actividades y tareas.

A continuación, se presenta un cuadro resumen que muestra la cantidad de subprocesos, actividades y tareas dentro del proceso de Hospitalización.

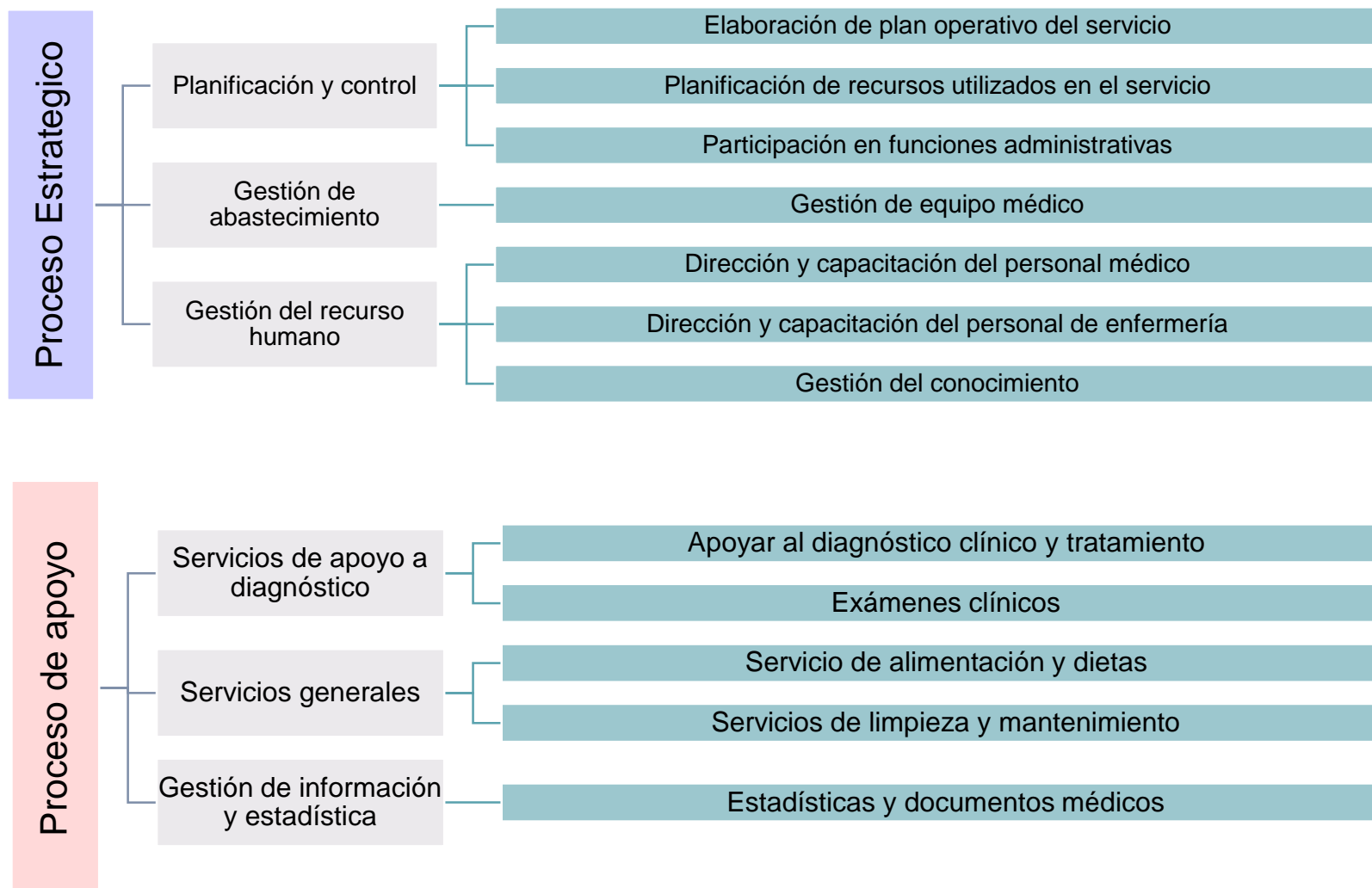
*Cuadro 28: Cantidad de Subprocesos, actividades y tareas.*

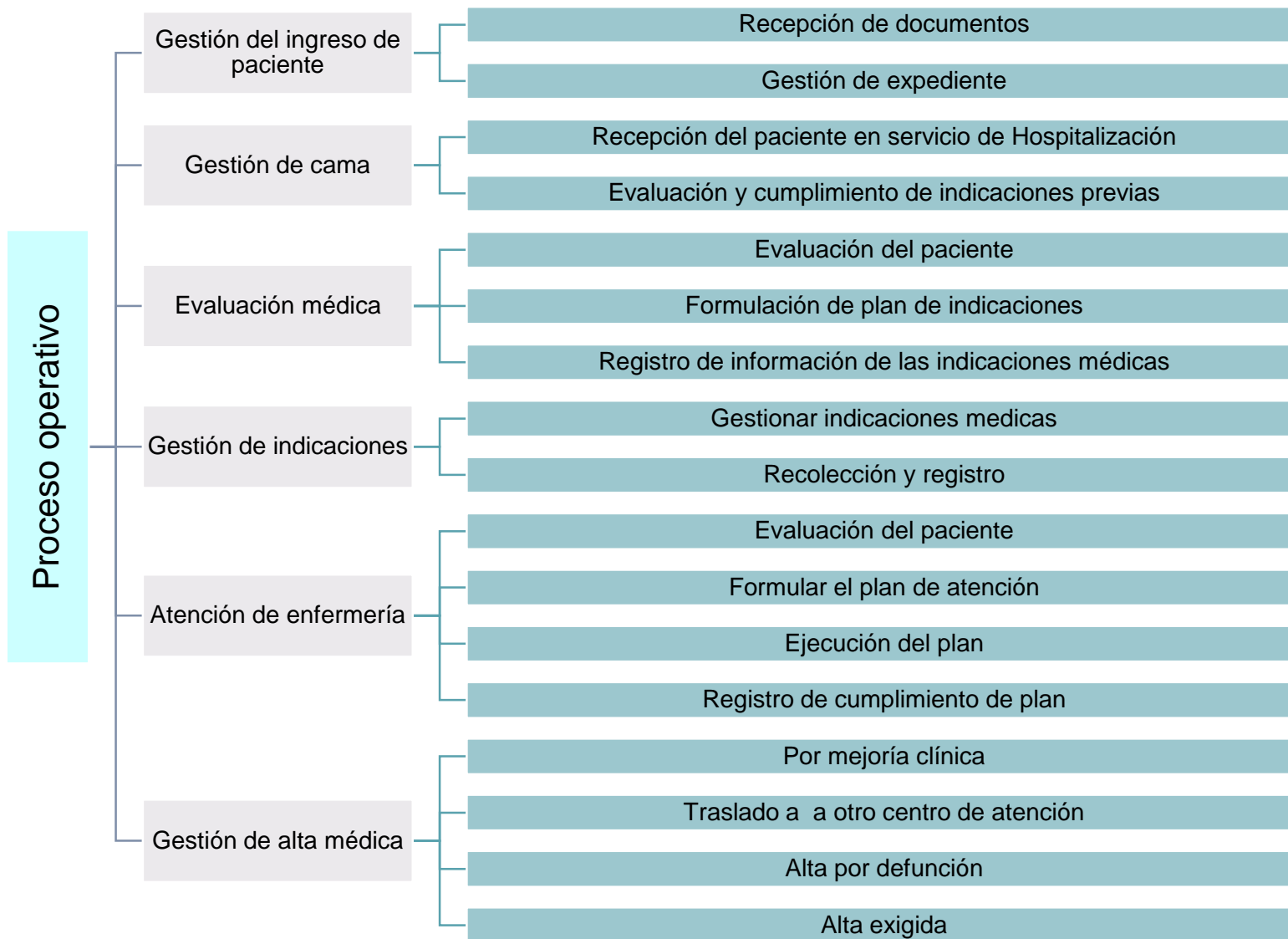
Tipo de proceso	Proceso	Subproceso	Procedimientos	Cantidad de actividad
Procesos estratégicos	Planificación y control		3	9
	Gestión de Abastecimiento		2	5
	Dirección		3	9
Procesos operativos	Hospitalización	Ingreso	2	8
		Gestión de cama para Hospitalización	2	15
		Evaluación médica del paciente	3	13
		Gestión de indicaciones medicas	2	8
		Atención de enfermería	4	18
		Alta	5	16
Procesos de apoyo	Apoyo a diagnostico		1	4
	Servicios generales		2	4
	Gestión de información y estadística		1	4
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>30</b>	<b>113</b>

Fuente. Elaboración propia a partir de información primaria.

## 1.2.1 Esquema de los Procesos que pertenecen al macro proceso de Hospitalización

Ilustración 42 Clasificación de los Procesos en Hospitalización





Fuente: Elaboración Propia



### 1.3 Priorización de Procesos críticos

No todos los Procesos identificados pueden ser estudiados al mismo tiempo, por lo cual es necesario priorizar y concentrar esfuerzos en los más críticos para mejorarlos. Para ello la selección de Procesos pretende identificar, entre todos los Procesos relacionados en el Mapa de Procesos, cuáles son aquellos especialmente críticos para que el centro alcance sus objetivos.

Estos Procesos llamados críticos pueden ser aquellos que:

- Tienen una significativa correlación con alguno de los objetivos o directrices definidas en la Visión del centro hospitalario.
- Se encuentran en una situación desordenada o desestructurada, y es urgente sistematizar su aplicación.
- Los resultados de su evaluación se encuentran por debajo de los estándares de Control previamente definidos por el Tercer Nivel de Atención.

Conviene aclarar que, obviamente, la consideración de un proceso como crítico obedece a un factor temporal, puesto que su clasificación como tal irá siempre supeditada a los objetivos estratégicos del Hospital, y las directrices marcadas por su visión.

#### **Criterios para la priorización.**

**1. Alcance:** Procesos Institucionales directamente ligados al cumplimiento de la misión. Este criterio se refiere al grado de implicación que puede llegar a tener un proceso en el cumplimiento de la misión del proceso de Hospitalización.

**2. Participación:** Proceso que demanda mayor recurso humano. Este criterio se refiere al grado de involucramiento de personal que existe en determinados Procesos, este criterio tiene por finalidad evaluar la participación de personal en la realización de un proceso en específico.

**3. Impacto Institucional:** Procesos orientados a la atención de usuarios, mediante el cual se expone la imagen de la institución: Este criterio se refiere a los Procesos en los cuales existe una relación directa con el cliente o usuario del proceso de Hospitalización, por lo cual son los Procesos que exponen directamente la imagen y por lo tanto un buen desarrollo de estos es significativamente importante para contribuir a una favorable percepción por parte de los usuarios.

**4. Impacto Estratégico:** Procesos que poseen una alta incidencia de poner en riesgo la realización de los objetivos y la razón de ser de la institución si dejasen de hacerse. Este criterio se refiere a la implicación que conlleva un determinado proceso al cumplimiento de los objetivos estratégicos y al cumplimiento de su prioridad institucional.

#### **Ponderación de criterios.**

**1 menos importante:** Esta puntuación se le dará aquel criterio que su relevancia o importancia en la gestión del proceso de Hospitalización sea realmente inferior con respecto a otro criterio comparado.

**3 igualmente importante:** Esta puntuación se le dará aquel criterio que su relevancia o importancia en la gestión del proceso de Hospitalización sea considerado igualmente importante con respecto a otro criterio comparado.

**5 más importante:** Esta puntuación se le dará aquel criterio que su relevancia o importancia en la gestión del proceso de Hospitalización sea considerado de una mayor importancia, aunque la diferencia no sea muy significativa, pero si mayor con respecto a otro criterio comparado.

**10 mucho más importante:** Esta puntuación se le dará aquel criterio que su relevancia o importancia en la gestión del proceso de Hospitalización sea considerado de una mayor importancia, pero la diferencia debe ser muy significativa claramente identificable e indiscutible con respecto a otro criterio comparado.

## Resultados

Usando los criterios anteriormente descritos, y los Procesos identificados en el inventario de Procesos, con la siguiente codificación:

### Procesos Estratégicos

- A: Planificación y control
- B: Gestión de abastecimiento
- C: Gestión de Recursos

### Procesos Operativos/Misionales

- D: Ingreso de paciente
- E: Gestión de cama
- F: Evaluación medica
- G: Gestión de Indicaciones
- H: Atención de Enfermería
- I: Alta Médica.

**M. Proceso de Hospitalización**



### Procesos de Apoyo

- J: Apoyo a diagnostico
- K: Servicios Generales
- L: Gestión de Estadística.

**La priorización de Procesos críticos es la siguiente:**

Para la asignación de la puntuación a los criterios se planeó una serie de consultas dirigidas a la coordinación de Hospitales del Tercer Nivel:

- Dr. Orestes Estrada.
- Dr. Jorge Roldan
- Ing. Iván Rodas

La mecánica se desarrolló en 2 partes, la primera consistió en presentar los criterios y medir la apreciación que cada uno tenía sobre cada criterio mediante consultas dirigidas, con el propósito de conocer la importancia que los participantes establecían a cada criterio con respecto a los otros.

Luego se procedió a asignar una calificación a cada uno de los Procesos haciendo comparaciones entre criterios por cada participante. Cada uno de los participantes brindo su

calificación a cada una de las comparaciones, partiendo de aquí se tomó un promedio de calificación, la cual quedó como seleccionada para ser colocada en la matriz.

Tabla 40 Criterios de metodología de Evaluación

Criterios	Alcance	Participación	Impacto Institucional	Impacto Estratégico	Total	Valor Relativo
Alcance		10	10	10	30	0.36
Participación	1		3	1	5	0.06
Impacto institucional	5	10		10	25	0.30
Impacto estratégico	10	3	10		23	0.28
<b>Total</b>					<b>83</b>	<b>1</b>

Fuente: Elaboración propia en base a Aplicación de Hanlon en sistemas de gestión

Luego se Compara cada uno de los Procesos con cada uno de los criterios calificados. La mecánica para la asignación de las calificaciones comparativas en las matrices siguientes fue la misma que se siguió para la elaboración de la matriz de criterios.

Tabla 41 Evaluación del Criterio Alcance

Alcance	A	B	C	M	J	K	L	Total	Valor Relativo
A		1 0	1 0	5	5	5	1 0	<b>45</b>	<b>0.22</b>
B	3		3	1	3	3	3	<b>16</b>	<b>0.08</b>
C	5	5		5	1 0	5	1 0	<b>40</b>	<b>0.20</b>
M	1 0	1 0	1 0		1 0	1 0	1 0	<b>60</b>	<b>0.30</b>
J	3	3	5	3		1	1	<b>16</b>	<b>0.08</b>
K	1	1	1	1	3		1	<b>8</b>	<b>0.04</b>
L	5	3	5	1	3	1		<b>18</b>	<b>0.09</b>
<b>Total</b>								<b>203</b>	<b>1.00</b>

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 42 Evaluación del Criterio Participación

Participación	A	B	C	M	J	K	L	Total	Valor relativo
A		1 0	1 0	5	1 0	5	1 0	<b>50</b>	<b>0.24</b>
B	3		3	1	3	3	3	<b>16</b>	<b>0.08</b>
C	1 0	1 0		1 0	5	5	1 0	<b>50</b>	<b>0.24</b>

<b>M</b>	1 0	1 0	1 0		1 0	5	1 0	<b>55</b>	<b>0.26</b>
<b>J</b>	5	5	3	1		1	3	<b>18</b>	<b>0.09</b>
<b>K</b>	1	1	1	3	1		1	<b>8</b>	<b>0.04</b>
<b>L</b>	3	3	3	1	3	1		<b>14</b>	<b>0.07</b>
<b>Total</b>								<b>211</b>	<b>1.00</b>

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 43 Evaluación del Criterio Impacto Institucional

Impacto Institucional	A	B	C	M	J	K	L	Total	Valor Relativo
<b>A</b>		1 0	1 0	3	1 0	5	1 0	48	0.22
<b>B</b>	5		5	1	3	3	5	22	0.10
<b>C</b>	1 0	1 0		5	5	5	1 0	45	0.20
<b>M</b>	1 0	1 0	1 0		1 0	1 0	1 0	60	0.27
<b>J</b>	5	5	3	1		1	3	18	0.08
<b>K</b>	3	1	1	1	3		3	12	0.05
<b>L</b>	3	3	3	3	3	1		16	0.07
<b>total</b>								<b>221</b>	<b>1.00</b>

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 44 Evaluación del Criterio Impacto Estratégico

Impacto Estratégico	A	B	C	M	J	K	L	Total	Valor Relativo
<b>A</b>		1 0	1 0	5	1 0	5	1 0	<b>50</b>	<b>0.23</b>
<b>B</b>	3		3	1	3	3	3	<b>16</b>	<b>0.07</b>
<b>C</b>	1 0	1 0		5	1 0	5	1 0	<b>50</b>	<b>0.23</b>
<b>M</b>	1 0	1 0	1 0		1 0	1 0	1 0	<b>60</b>	<b>0.28</b>
<b>J</b>	5	5	3	1		1	3	<b>18</b>	<b>0.08</b>
<b>K</b>	1	1	1	1	1		1	<b>6</b>	<b>0.03</b>
<b>L</b>	5	3	3	3	3	1		<b>18</b>	<b>0.08</b>
<b>Total</b>								<b>218</b>	<b>1.00</b>

Fuente: Elaboración Propia

Se procede a desarrollo de matriz resumen: Se multiplicará el valor de cada opción por el valor correspondiente a cada criterio

Tabla 45 Resumen de la aplicación de la técnica Hanlon

Valores obtenidos	Alcance	Participación	Impacto institucional	Impacto estratégico
A	0.22	0.24	0.22	0.23
B	0.08	0.08	0.10	0.07
C	0.20	0.24	0.20	0.23
M	0.30	0.26	0.27	0.28
J	0.08	0.09	0.08	0.08
K	0.04	0.04	0.05	0.03
L	0.09	0.07	0.07	0.08
<b>FACTOR</b>	<b>0.36</b>	<b>0.06</b>	<b>0.30</b>	<b>0.28</b>

Tabla 46 Datos obtenidos por criterios Hanlon

Resumen	Alcance	Participación	Impacto institucional	Impacto estratégico	Total
A	0.08	0.01	0.07	0.06	<b>0.22</b>
B	0.03	0.00	0.03	0.02	<b>0.08</b>
C	0.07	0.01	0.06	0.06	<b>0.21</b>
M	0.11	0.02	0.08	0.08	<b>0.28</b>
J	0.03	0.01	0.02	0.02	<b>0.08</b>
K	0.01	0.00	0.02	0.01	<b>0.04</b>
L	0.03	0.00	0.02	0.02	<b>0.08</b>
<b>Total promedio</b>					<b>1</b>

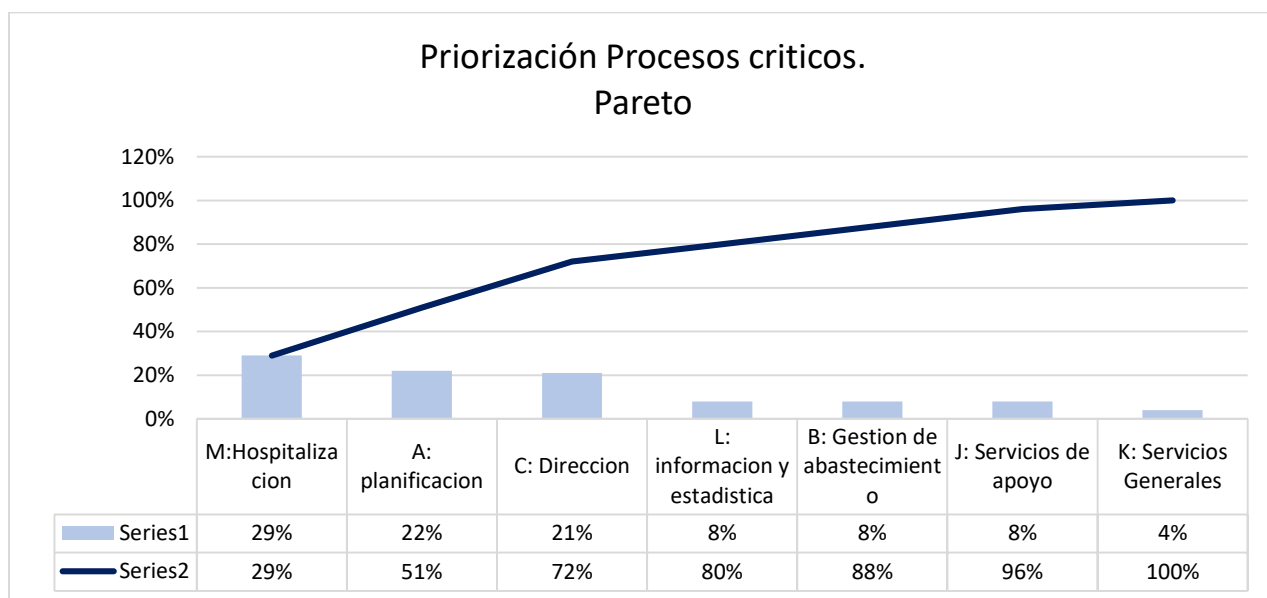
### 1.3.1 Priorización por medio de Pareto.

Tabla 47 Priorización de Procesos

Procesos	%	Acumulado
M: Hospitalización	29%	29%
A: Planificación	22%	51%
C: Dirección	21%	72%
L: Información y estadística	8%	80%
B: Gestión de abastecimiento	8%	88%
J: Servicios de apoyo	8%	96%
K: Servicios generales	4%	100%

Fuente: Elaboración Propia

En base a la tabla anterior se elabora el siguiente diagrama de Pareto, para la priorización de los Procesos.



Fuente: Elaboración Propia

En base al diagrama de Pareto mostrado, se tomará como Procesos críticos, los Procesos de

- Procesos de Hospitalización
- Procesos de Planificación
- Procesos de Dirección

## 1.4 Descripción de los Procesos

### 1.4.1 Descripción narrativa de los Procesos estratégicos, de apoyo y operativos que conforman el macro proceso Hospitalización.

#### Procesos estratégicos

##### 1. Planificación y control PYC-01-01

Proceso en el cual se planifican las actividades y recursos para un determinado periodo de tiempo (anual, mensual y semanal) y a las medidas que se toman para evaluar la calidad del servicio de Hospitalización.

###### 1.1 Elaborar plan operativo PYC-01-01-00-01

Este procedimiento incluye la elaboración del plan operativo anual del servicio, para contar con una guía que oriente el logro de objetivos y metas del servicio y de la institución. Para lo cual se necesita llevar el registro oportuno de las actividades realizadas haciendo uso de los formularios correspondientes, emitiendo informes oportunos y cuando le sean solicitados, presentándolos a la jefatura inmediata para la toma de decisiones.

Se debe velar por el registro adecuado de la información y supervisar el cumplimiento de los estándares de calidad del Servicio.

### 1.2 Planificación de Recursos utilizados en el servicio PYC-01-01-00-02

En este procedimiento se provee, organiza, conduce y controla el recurso humano, equipo médico, insumos Hospitalarios de las diferentes áreas de Hospitalización. Por medio del registro inventariado de los recursos y la distribución del talento humano en los diferentes turnos. También se lleva un registro de la cantidad de horas que cada recurso humano trabaja y las horas y el tiempo que se le debe compensar. Se le asigna al personal de enfermería semanalmente las funciones que ejecutarán en cada turno de trabajo. Este procedimiento se vincula con el área de recursos humanos de cada uno de los Hospitales que evalúa anualmente la necesidad de personal en cada una de las áreas y se encarga de la gestión de este al nivel de Hospital.

### 1.3 Participación en funciones administrativas PYC-01-01-00-03

El personal de jefatura enfermeras y médicos, el 60% de las actividades que estos realizan son administrativas entre ellas destacan en este procedimiento el de participación en reuniones científicas, docentes y técnico administrativas del Hospital, así como en las correspondientes al servicio al cual pertenece, participar en las actividades de los comités Hospitalarios a fin de contribuir con su ayuda a evaluar la marcha y calidad de la atención médica. La Realización de entregas educativas a usuarios Hospitalizados y cuidadores o familia a través de charlas, consejería. Y la búsqueda constante de oportunidades de mejora por medio de evaluar el grado de satisfacción de los usuarios y la discusión de casos y fallecidos en el servicio además de velar por el cumplimiento de normas y procedimientos, cumplir y hacer cumplir las funciones comunes a los trabajadores.

## **2. Gestión de Abastecimiento GDA-01-02**

Se refiere al proceso donde se realiza el pedido y administración de insumos y equipo médico que son necesarios en el servicio, este proceso se vincula con la unidad de compras y abastecimiento, UACI y central de equipos. Cuando ya se han comprado los insumos necesarios estos entran a los almacenes generales del Hospital. Cada servicio realiza la petición de insumos por medio del formato **vale de pedido de insumos de almacén** y retira los insumos que serán necesarios para la prestación del servicio.

Se efectúa recibo y entrega del servicio por inventario en cada turno, asegurando el orden, cuidado y utilización de los insumos. Se informa a la jefatura inmediata sobre necesidades de material y equipo para el cuidado de los pacientes. Se elabora pedido de insumos al almacén a través del formulario correspondiente, para mantener equipados consultorios, carro de curaciones e inyecciones, entre otros. La enfermera jefa lleva un inventario del stock de insumos que ingresan al servicio.

### 2.1 Gestión de Equipo Médico. GDA-01-02-00-01

Procedimiento donde se realizan actividades de control y la permanencia y conservación del equipo médico y fondos fijos a su cargo. Recibir y entregar equipos y material a la Central de Equipos para mantener el stock. Además, que de manera diaria la enfermera se encarga de realizar limpieza y empaquetar material para esterilizar, para que cada turno tenga el equipo médico esterilizado para realizar las curaciones.

### **3. Gestión de Recursos Humano GRH-01-03**

Este proceso se organiza y controlar las interconsultas solicitadas y la participación y distribución de los médicos de staff de su servicio en la Consulta Externa. El personal de especialistas lleva una calendarización anual en el que se detalla cuántos procedimientos médicos harán, y las metas de egresos que se deben cumplir.

Planifica los recursos de enfermería en plan de trabajo y plan de asignaciones según turnos, para garantizar la continuidad del cuidado de enfermería que se proporciona al paciente. El personal de enfermería lleva un control semanal en el que tienen una calendarización de sus actividades las cuales son asignadas y son rotativas semanalmente. Además, se ejecutan funciones de docencia donde se participa en el proceso de enseñanza y aprendizaje tanto de estudiantes de medicina como de enfermería

#### **3.1 Dirección y capacitación de personal médico GRH-01-03-00-01**

Procedimiento donde se planifica y organizar las actividades del personal médico, velando su cumplimiento, se elabora y ejecuta el programa de orientación para personal y se realizan evaluaciones del desempeño del personal bajo su responsabilidad. Exigiendo el cumplimiento del trabajo con disciplina y responsabilidad en la ejecución de las tareas asignadas.

#### **3.2 Dirección y capacitación de personal de enfermería GRH-01-03-00-02**

Procedimiento en el cual se planifica y organiza las actividades del personal de enfermería, velando por su cumplimiento, se elabora y ejecuta el programa de orientación para personal nuevo, realiza evaluaciones del desempeño del personal bajo su responsabilidad. Y vela por el desarrollo del personal de enfermería de acuerdo a habilidades y destrezas.

#### **3.3 Gestión del conocimiento GRH-01-03-00-03**

Procedimiento que se refiere a la formación del conocimiento del personal contratado en los Servicios de Hospitalización y de residentes, internos, técnicos en enfermería y estudiantes de enfermería en año social. En el cual se elabora y dar seguimiento al plan de formación de los Médicos y enfermeras y se participa en el proceso enseñanza aprendizaje de estudiantes de enfermería y medicina. La formación académica de empleados, Se realiza en el horario y sitio programado por la unidad de formación profesional.

## **Procesos de apoyo**

### **1. Apoyo a diagnostico AAD-03-01**

Procesos que son de apoyo para el personal médico, para establecer los diferentes diagnósticos y tratamiento. A través de análisis clínicos, exámenes e interconsultas a pacientes de Hospitalización. Para contribuir a la recuperación de la salud de los pacientes mediante la dispensación de medicamentos de forma oportuna y de acuerdo al cuadro básico y dar respuesta a la solicitud de exámenes solicitados a través de las indicaciones medicas

#### **1.1 Apoyar al diagnóstico clínico y tratamiento AAD-03-01-00-01**

- Medicamentos



Es el procedimiento de dispensación de medicamentos de forma oportuna y de acuerdo al cuadro básico. Se recibe, almacena, controla y registra los medicamentos suministrados a los pacientes Hospitalarios.

- Exámenes clínicos

Procedimiento donde se da la realización de exámenes clínicos e interconsultas para el establecimiento de diagnóstico y tratamiento a pacientes de Hospitalización

## **2. Servicios generales SGE-03-02**

Se refiere a los Procesos que ayudan a prevenir y corregir fallas en el equipo y las instalaciones del servicio de Hospitalización y a su vez la limpieza de las instalaciones.

Así también el proceso relacionado con la alimentación y nutrición adecuada para la recuperación y fomento de la salud de pacientes Hospitalizados.

### 2.1 Servicio de alimentación y dietas SGE-03-02-00-01

Es el procedimiento en el cual se planifica, organiza, ejecuta y controla las diferentes actividades relacionadas con la preparación y distribución de dietas a pacientes Hospitalizados. El formulario de pedido lo realiza la enfermera al inicio de turno según las indicaciones médicas.

### 2.2 Servicios de limpieza y mantenimiento SGE-03-02-00-02

- Limpieza

Este procedimiento incluye La limpieza es realizada por el personal de ordenanza que está asignado al servicio de Hospitalización. La limpieza diaria de instalaciones se hace dos veces al día una por la mañana antes que entren los familiares y una por la tarde cuando ya se han acabado las visitas. Entre las actividades que se realizan de limpieza está barrer, trapear, limpiar el baño de uso del personal, limpiar lavamanos y vaciar los basureros.

- Mantenimiento

En este procedimiento se incluyen: El equipo médico se le da mantenimiento preventivo y correctivo el departamento encargado de dicho mantenimiento es biomédico. También la coordinación con el departamento de mantenimiento el día que más convenga hacer el mantenimiento de tipo preventivo o correctivo en las instalaciones

## **3. Gestión de estadística GDE-01-03**

Este proceso se refiere a los documentos que necesitan ser archivados para llevar control de la información que se guarda en dichos documentos. El personal de enfermería lleva un registro por medio de diferentes **libros**: Libro de pruebas de diagnóstico realizadas, libro de recetas médicas entregadas, libro de envío de notas, libro de novedades, libro de inventario de insumos médicos y de movimiento de pacientes y de cobertura o cambio de turno.

Se registra diariamente por medio del formato **Movimiento diario de pacientes Hospitalizados**, la producción de los Servicios de Hospitalización, además de presentar mensualmente un reporte

con los indicadores de eficiencia y de producción Hospitalaria. El personal de enfermería lleva un registro por medio de libros de todas las pruebas de diagnóstico realizadas.

### 3.1 Estadísticas y documentos médicos GDE-01-03-00-01

Este procedimiento se vincula con el área de ESDOMED e inicia con la Elaboración y envió a la jefatura inmediata los informes y los tabuladores mensuales, que permitan llevar control de la producción generada y Mantener un registro de pacientes que ingresan a los Servicios de Hospitalización.

Después de hacer el censo total se realiza una suma de estos datos y el asistente de informática los traslada a la computadora para hacer el reporte mensual. En ESDOMED se encargan de crear el reporte mensual y se lo entregan a Dr. jefe para que agregue los comentarios y lo firme. Cuando está listo se entregan siete copias a los siguientes departamentos: dirección, ESDOMED, división médica, archivo, administración, división de diagnóstico de apoyo y servicio de Hospitalización correspondiente.

#### Proceso operativo: Hospitalización HOS-02-01

##### Nombre del subproceso: Gestión de Ingreso de Paciente

Código del subproceso: HOS-02-01-01

**Propósito del subproceso:** Admitir a paciente con orden de ingreso en el servicio de Hospitalización de la respectiva especialidad encargada de dar diagnóstico y tratamiento.

**Alcance del subproceso:** personal de Servicios de Hospitalización, ESDOMED.

#### Procedimiento 1: Recepción de Documentos para Hospitalización HOS-02-01-01-01

Propósito del procedimiento 1: recibir documentos para hacer el registro del ingreso del paciente.

Alcance del procedimiento 1: enfermeras, ESDOMED, médicos o enfermeras del servicio de Hospitalización.

Documentos de referencia del procedimiento 1: hoja de ingreso.

Cuadro 29 Procedimiento 1: Recepción de Documentos para Hospitalización HOS-02-01-01-01

N	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	EJECUTOR
1.	Registrar datos personales de paciente	Paciente programado: Si: enfermera de recepción toma los datos del paciente: Nombre, dirección, edad, DUI (si es mayor de edad). No: Enfermera de la unidad de Emergencias toma los datos personales de paciente que ha recibido indicación de ser ingresado en servicio de Hospitalización.	Enfermera de emergencia o de recepción
2.	Ingresar orden de ingreso en sistema	El encargado de admisión de pacientes (ESDOMED) registra los datos necesarios del ingreso Hospitalario en los sistemas de registro correspondientes de la base de datos del Hospital. Enferma envía la hoja de ingreso a ESDOMED	ESDOMED Enfermera de emergencia o de recepción

3.	Revisar hoja de ingreso	Revisar en hoja de ingreso en cual servicio será ingresado el paciente durante su Hospitalización.	Enfermera de emergencia o de recepción
4.	Comunicación al servicio	En servicio se recibe llamada de enfermera de Emergencia o de recepción para comunicar que se ha dado orden de ingreso a paciente en dicho servicio.	Enfermera de servicio, médico
5.	Revisar cama disponible	Después de la llamada se gestiona si hay camas disponibles en servicio: Si hay cama: se comunica a enfermera asignada a cama que llegara paciente de nuevo ingreso. No: se gestiona cama en servicios aledaños para poder ingresar a paciente y cuando haya disponible hacer la transferencia a la especialidad al que fue ingresado.	Enfermera de servicio

Fuente. Elaboración propia, a partir de información Primaria

### Procedimiento 2: Gestión de expediente HOS-02-01-01-02

Propósito del procedimiento 2: Solicitar la elaboración (si no existe) y envío del expediente del paciente a ser ingresado hacia servicio donde será admitido el paciente.

Alcance del procedimiento 2: enfermeras de emergencias o de recepción, archivo, ESDOMED.

Documentos de referencia del procedimiento 2: hoja de ingreso, expediente clínico.

Cuadro 30 Procedimiento 2: Gestión de expediente HOS-02-01-01-02

No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	EJECUTOR
1.	Solicitar expediente	Enfermera de emergencias o de recepción solicita a archivo si el paciente tiene expediente vigente en el Hospital	Enfermera de emergencias o de recepción
2.	Elaboración de expediente	Hay expediente del paciente. ESDOMED busca en base de datos del Hospital la existencia del expediente: Si hay: buscar en archivo el expediente físico. No: ESDOMED elabora expediente de paciente y entrega a archivo.	Archivo, ESDOMED
3.	Llevar expediente con hoja de ingreso	Llevar el expediente y entregarlo a enfermera de emergencias o de recepción. Enfermera recibe expediente y revisa que este la hoja de ingreso.	Archivo Enfermera de emergencias o de recepción

Fuente. Elaboración propia, a partir de información Primaria

### Nombre del subproceso: Gestión de cama para Hospitalización

Código del subproceso: HOS-02-01-02

Propósito del subproceso: Dar ingreso al paciente al servicio de especialidad asignado.

Alcance del subproceso: Enfermera de emergencias o de recepción; camillero.

### Procedimiento 3: Recepción de paciente en servicio de Hospitalización HOS-02-01-02-01

Propósito del procedimiento 3: recibir al paciente en el servicio asignado para el ingreso de su diagnóstico y tratamiento.

Alcance del procedimiento 3: camillero, enfermera, médico de staff, residente, interno.

Documentos de referencia del procedimiento 3: hoja de ingreso Hospitalario, indicaciones médicas del servicio o área de procedencia

Cuadro 31 Procedimiento 3: Recepción de paciente en servicio de Hospitalización HOS-02-01-02-01

No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	EJECUTOR
1.	Indicación de traslado al servicio	Se da orientación al paciente sobre el área en donde debe dirigirse para ser ingresado, se entrega expediente.	Enfermera de emergencias o de recepción
2.	Traslado al servicio de Hospitalización asignado con el expediente	Se traslada a paciente con hoja de ingreso y expediente al servicio de Hospitalización. Cuando se tengan más de un ingreso a realizar, enfermera de recepción o emergencias acuerda con enfermera de servicio si se envían pacientes al mismo tiempo o en lapsos diferentes. Bajo la condición que paciente puede movilizarse por su cuenta: Si: paciente se va caminando, acompañado de familiar o enfermera al servicio. No: es llevado en camilla y lo traslada enfermera o camillero de emergencias o de recepción.	Enfermera de emergencias o de recepción; camillero
3.	Recibir al paciente en el servicio	El paciente y el expediente son recibidos por la enfermera en el servicio de Hospitalización.	Enfermera del servicio
4.	Comprobación de datos personales	Paciente llega a estación de enfermería del servicio al que fue enviado y entrega documentos los cuales son corroborados por enfermera que atiende en servicio; también se entrega expediente que incluye exámenes de laboratorio y gabinete tomados en emergencias o servicio de donde ha sido transferido; y se da lectura de las últimas indicaciones médicas asignadas.	Enfermera de emergencias o de recepción; camillero
5.	Orientación del paciente	Se dan indicaciones verbales a pacientes de ingreso, sobre ubicación de baños, horario de visita de familiares, retiro de prendas de valor.	Enfermera del servicio
6.	Asignación de cama / Entrega de bata	Entrega de bata a paciente para cambiarse de ropa y guardar la ropa y zapatos que trae para guardarlos o entregarlos a familiar. Enfermera de servicio hace la gestión de buscar cama mientras paciente se está vistiendo,	Enfermera del servicio
7.	Preparación de cama	Se hace desinfección de colchón y cambio de ropa de cama.	Auxiliar de enfermera

8.	Evaluación de residente	Enfermera del servicio comunica a Residente la llegada de nuevo ingreso, para que se evalúe de forma rápida la condición de salud actual de paciente y el expediente.	Médico residente
9.	Traslado del Paciente en cama asignada	Paciente es llevada por enfermera a la cama asignada ya preparada. Se le indica en donde puede colocar sus pertenencias y donde poner los insumos que se le pueden llegar a entregar (vasos plásticos, botes con medicamentos, etc.).	Enfermera del servicio

Fuente. Elaboración propia, a partir de información Primaria

#### **Procedimiento 4: Evaluación y cumplimiento de indicaciones previas HOS-02-01-02-02**

Alcance del procedimiento 4: enfermera de servicio.

Documentos de referencia del procedimiento 4: hoja de indicaciones médicas, indicaciones de enfermería, formularios del expediente.

*Cuadro 32 Procedimiento 4: Evaluación y cumplimiento de indicaciones previas HOS-02-01-02-02*

No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	EJECUTOR
1.	Protocolo inicial de enfermería	Enfermera asignada a cama, toma signos vitales, temperatura y peso de paciente.	Enfermera del servicio
2.	Cumplimiento de indicaciones.	Realizar cumplimiento de indicaciones médicas previas al ingreso, establecidas por emergencia o en indicaciones de la referencia. Si el paciente llega con algún tipo de tratamiento en curso, hasta nuevas indicaciones médicas.	Enfermera del servicio
3.	Iniciación de cuadro clínico	Trasladar datos y documentos del expediente al cuadro clínico.	Enfermera del servicio
4.	Anotación de enfermería	Hacer anotaciones del cumplimiento de las indicaciones y si hubo cambios en la condición de salud del paciente en hoja llamada nota de enfermería, según lineamientos y protocolos establecidos.	Enfermera del servicio
5.	Realizar documentación para control estadístico	Se realiza anotación de ingreso en hoja de datos de movimiento diario de pacientes y también en libro de paciente ingresado (libro del servicio).	Enfermera del servicio
6.	Preparación de expediente para visita médica.	Armar cuadro con documentos de expediente, enfermera introduce hojas de formularios para armar cuadro de paciente. Enfermera introduce hojas de formularios para armar cuadro de paciente. El cuadro se maneja en una porta expediente y estará a disposición del equipo de salud, en la estación de enfermería del servicio donde estará ingresado el paciente.	Enfermera del servicio

Fuente. Elaboración propia, a partir de información Primaria

## Nombre del subproceso: Evaluación médica

**Código del subproceso: HOS-02-01-03**

**Propósito del subproceso:** médicos realizan protocolos para determinar diagnóstico y tratamiento a seguir para la mejora de la condición de salud del paciente.

**Alcance del subproceso:** enfermeras, auxiliar de enfermería, médico staff, residentes, internos.

**Documentos de referencia del proceso:** expediente clínico, hojas o formularios del expediente.

### Procedimiento 5: Evaluación del paciente HOS-02-01-03-01

Propósito del procedimiento 5: enfermera cumple con protocolos clínicos que le corresponde, además de cumplir con indicaciones médicas asignadas en última visita.

Alcance del procedimiento 5: enfermeras, médico staff, residentes, internos.

Documentos de referencia del procedimiento 5: expediente clínico, hojas o formularios del expediente.

*Cuadro 33 Procedimiento 5: Evaluación del paciente HOS-02-01-03-01*

No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	EJECUTOR
1.	Preparar cuadros clínicos	Enfermera del servicio prepara los expedientes para la visita médica de cada paciente, deja el cuadro clínico en cada una de las camas de los pacientes. Anexa los exámenes que fueron previamente solicitados por indicaciones médicas previas al ingreso o en última visita del médico.	Enfermera del servicio
2.	Consultar antecedentes	Se lee la historia clínica previa del paciente, para conocer su patología, las evaluaciones anteriores y otra información de interés que pueda aportar valor a su evaluación. Se conversa con el paciente y/o familiares y acompañantes con el objetivo de obtener información que pueda ser relevante para su tratamiento.	Médico staff, residentes
3.	Realizar examen físico y evaluar a paciente para determinar evolución	Exploración del personal médico hacia el paciente en busca de signos de alguna enfermedad. Se hacen preguntas a paciente para conocer si este ha sentido cambios en su condición de salud. Se hace la actividad de enseñar a estudiantes de medicina sobre los casos patológicos que se están observando.	Médico staff, residentes, internos
4.	Registrar evolución	Asignar un diagnóstico de acuerdo a los antecedentes obtenidos y escribir hoja de evolución. Las anotaciones en el cuadro deben hacerse con letra y números legibles y en estricto orden cronológico.	Médico staff, residentes
5.	Registrar diagnóstico en cuadro clínico	Dejar por escrito la evolución del paciente, el diagnóstico y las indicaciones las cuales pueden ser ejecutadas por el paciente o personal clínico. Las indicaciones escritas son autorizadas por firma y sello del médico de staff.	Internos, médico de staff

6.	Decisión de alta medica	El médico autoriza el egreso del paciente y considera la emisión de certificados y entrega de indicaciones al alta, o realizar el retorno o alta del paciente.	Médico de staff
----	-------------------------	--	-----------------

Fuente. Elaboración propia, a partir de información Primaria

### Procedimiento 6: Formulación de plan de indicaciones HOS-02-01-03-02

Propósito del procedimiento 6: médicos realizan diagnóstico y registro de las evaluaciones médicas realizadas a los pacientes.

Alcance del procedimiento 6: medico staff, residentes, internos.

Documentos de referencia del procedimiento 6: expediente clínico, hojas o formularios del expediente.

Cuadro 34 Procedimiento 6: Formulación de plan de indicaciones HOS-02-01-03-02

No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	EJECUTOR
1.	Discutir plan Terapéutico	llega a consenso con residentes y si es necesario con los otros médicos de staff del servicio o solo con jefe del servicio, para establecer las indicaciones a seguir por parte del personal médico, citas de interconsultas, pruebas a realizar para el apoyo del diagnóstico, dieta y medicación que el paciente debe seguir.	Medico staff, residentes
2.	Formular plan terapéutico	Se indica el plan de atención, en el cual se establecen las indicaciones a seguir por parte del personal médico.	Medico staff
3.	Registrar indicaciones de los exámenes y tratamientos a realizar	Se registra en el cuadro clínico, las indicaciones en las hojas del cuadro que servirán para solicitar la prestación de los servicios de apoyo e interconsultas del Hospital.	Medico staff, residentes, internos
4.	Informar a los pacientes tratamiento a seguir	Se le informa al paciente y al familiar (si está acompañado por uno) sobre la información de las indicaciones a seguir, siempre y cuando ellos quieran ser informados e incluye diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento a la enfermedad.	Medico staff o residentes

Fuente. Elaboración propia, a partir de información Primaria

### Procedimiento 7: Registro de Información de las indicaciones médicas HOS-02-01-03-03

Propósito del procedimiento 7: se registra en el expediente las indicaciones médicas que asigno el personal médico durante la visita médica.

Alcance del Procedimiento7: medico staff, residentes, internos.

Documentos de referencia del procedimiento 7: expediente clínico, hojas o formularios del expediente, boletas de exámenes



Cuadro 35 Procedimiento 7: Registro de Información de las indicaciones médicas HOS-02-01-03-03

No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	EJECUTOR
1.	Recolectar los cuadros, y trasladarlos a la estación de enfermería	Colocar expedientes en estación de enfermería en donde se ponen a disposición para realizar las respectivas anotaciones.	Enfermera del servicio
2.	Consultar indicaciones y Preparación de los formularios correspondientes	Consultar Indicaciones médicas hechas por el médico en la visita médica, para proceder a la preparación de los formularios correspondientes	Internos y enfermeras
3.	Elaborar formularios y boletas correspondientes de solicitud de exámenes y medicamentos, así como cualquier petición para recursos externos	Se realiza la elaboración de las boletas para solicitar la prestación de los servicios de apoyo, que deben estar completamente llenados y firmados por los médicos de staff.	Internos, residentes y enfermeras
4.	Preparar cuadro clínico y anexar hojas para el diagnóstico si hacen falta	Revisar el cuadro clínico y dejarlo listo con hojas para las visitas siguientes; anexar hojas para el diagnóstico si hacen falta.	Enfermera del servicio

Fuente. Elaboración propia, a partir de información Primaria

### Nombre del subproceso: Gestión de indicaciones médicas

**Código del subproceso: HOS-02-01-04**

**Propósito del subproceso:** enfermera de servicio, residente e internos Gestionan la asistencia de los servicios de apoyo, para cumplir con indicaciones médicas asignadas en última visita.

**Alcance del subproceso:** enfermeras, auxiliar de enfermería, médico staff, residentes, internos.

**Documentos de referencia del proceso:** expediente clínico, boletas de solicitud de servicios de apoyo a diagnóstico.

### Procedimiento 8: Gestionar indicaciones HOS-02-01-04-01

Propósito del procedimiento 8: hacer efectiva el cumplimiento de las indicaciones médicas, a través de la gestión de los servicios de apoyo de diagnóstico y generales con los que cuentan los Hospitales, para llevar a cabo el diagnóstico y tratamiento del paciente.

Alcance del subproceso 8: enfermeras, residentes, internos.

Documentos de referencia del procedimiento 8: expediente clínico, hojas o formularios del expediente.

Cuadro 36 Procedimiento 8: Gestionar indicaciones HOS-02-01-04-01

No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	EJECUTOR
1.	Comunicarse con el servicio de	Comunicar de forma personal o con llamada telefónica al servicio de apoyo correspondiente, la solicitud de prestación de sus servicios.	Internos, residentes y enfermeras



	apoyo solicitado		
2.	Gestionar con el servicio de apoyo	<p>Gestionar con el servicio de apoyo la prestación de sus servicios según el requerimiento que el médico haya realizado en las indicaciones de la visita médica. El requerimiento para los servicios puede ser hacia servicios de apoyo a diagnóstico o servicios generales. La gestión se realiza:</p> <p>Para servicios de apoyo de diagnóstico: se lleva la boleta de solicitud del servicio con los campos llenos, nombre y firma del médico. Se brindará el servicio llevando al paciente o las muestras hacia el lugar, o que el servicio solicitado llegue a la cama del paciente. Entre estos están los servicios de laboratorio, anatomía patológica, radiología e imágenes, banco de sangre, nutrición, farmacia, consulta externa, trabajo social</p> <p>Para los servicios generales: enfermera hace la gestión a través de llamada telefónica para que el servicio general llegue a prestar la asistencia solicitada. Entre estos esta lavandería.</p>	Internos, residentes y enfermeras
3.	Toma de muestras para laboratorio	<p>Para los exámenes de laboratorio para el examen correspondiente, se toma la muestra en el servicio:</p> <p>Si: enfermera toma la muestra en el servicio</p> <p>No: traslado del paciente al servicio de apoyo</p>	Enfermera
4.	Traslado de las muestras	Trasladar las muestras al servicio de apoyo, en el caso en que la muestra haya sido tomada en el servicio de Hospitalización	Enfermera

Fuente. Elaboración propia, a partir de información Primaria

### Procedimiento 9: Recolección y registro HOS-02-01-04-02

Propósito del procedimiento 9: recoger los resultados y registrar el cumplimiento de la asistencia de los servicios de apoyo de diagnóstico, llevar a cabo el diagnóstico y tratamiento del paciente.

Alcance del procedimiento 9: enfermeras, residentes, internos.

Documentos de referencia del procedimiento 9: expediente clínico, hojas o formularios del expediente.

Cuadro 37 Procedimiento 9: Recolección y registro HOS-02-01-04-02

No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	EJECUTOR
1.	Verificar si los resultados ya se encuentran	Ir a las áreas donde están los servicios de apoyo para Verificar si los resultados de muestras, exámenes o petición de medicamentos, ya se encuentran listos, ya sea por medio telefónico o por medio web.	Enfermera, internos

2.	Traer producto de los servicios de apoyo	Recoger de los servicios, los medicamentos y resultados impresos de exámenes y/o pruebas. Si el servicio cuenta con acceso al sistema, puede enviar los resultados a través de este y ser consultado en las terminales ubicadas en diferentes áreas del Hospital.	Internos, residentes y enfermeras, auxiliar de enfermería
3.	Comprobar la validez del resultado	Verificar el producto entregado por los servicios de apoyo solicitados, que los resultados de las pruebas sean correspondientes a lo solicitado, legibles y claras. Si estas se pueden revisar en el sistema de datos del Hospital, que estas se pongan a disposición lo antes posible (según el tiempo mínimo en que se puedan obtener los resultados de cada tipo de prueba).	Enfermeras del servicio
4.	Anexar los resultados a cuadro clínico.	Los resultados son impresos en el servicio de apoyo o en el servicio de Hospitalización donde fue solicitado, estos se anexan al expediente, para que sean leídos por el médico en la siguiente visita médica.	Enfermeras del servicio.

Fuente. Elaboración propia, a partir de información Primaria

### Nombre del subproceso: Atención de enfermería

#### Código del subproceso: HOS-02-01-05

**Propósito del subproceso:** enfermera cumple con protocolos clínicos que le corresponde, además de cumplir con indicaciones médicas asignadas en última visita.

**Alcance del subproceso:** enfermeras, auxiliar de enfermería, médico staff, residentes, internos.

**Documentos de referencia del proceso:** expediente clínico, boletas de solicitud de servicios de apoyo a diagnóstico.

#### Procedimiento 10: Evaluación del paciente HOS-02-01-05-01

Propósito del procedimiento 10: enfermera cumple con protocolos clínicos que le corresponde, además de cumplir con indicaciones médicas asignadas en última visita.

Alcance del procedimiento 10: enfermeras.

Documentos de referencia del procedimiento 10: expediente clínico, hojas o formularios del expediente.

Cuadro 38 Procedimiento 10: Evaluación del paciente HOS-02-01-05-01

No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	EJECUTOR
1.	Revisar antecedentes	Se da lectura de las indicaciones médicas asignadas al paciente de cama asignada para atender. Se hace actualización de las indicaciones cumplidas y pendientes, con llenado de formularios de cuadro. Se hacen listados de solicitud de recursos necesarios establecidos en las indicaciones médicas.	Enfermera del servicio

2.	Toma de signos vitales y temperatura	Enfermera toma signos vitales y de temperatura según lo establecido en protocolos y manual de procedimientos de enfermería.	Enfermera del servicio
3.	Examinar físicamente	Enfermera, informa a paciente acerca de los cuidados que le proporcionarán, y advirtiéndole sobre las técnicas que pueden ser molestas o dolorosas, examina según protocolos y manual de procedimientos de enfermería y cumplimiento de indicaciones médicas.	Enfermera del servicio
4.	Consultar al paciente su estado de salud	Enfermera debe comunicarse con paciente para conocer si ha tenido molestias o si necesita ayuda para realizar alguna tarea como ir al baño, etc.	Enfermera del servicio
5.	Establecer diagnóstico	En base a los resultados de la toma de signos vitales y protocolos de enfermería se establece el diagnóstico de la condición de salud actualizada del paciente.	Enfermera del servicio

Fuente. Elaboración propia, a partir de información Primaria

### **Procedimiento 11: Formular el plan de atención de enfermería y cuidados HOS-02-01-05-02**

Propósito del procedimiento 11: enfermera formula plan de cuidados de enfermería basado en el diagnóstico realizado con la ronda de enfermería.

Alcance del procedimiento 11: enfermeras, auxiliar de enfermería.

Documentos de referencia del procedimiento 11: expediente clínico, hojas o formularios del expediente.

*Cuadro 39 Procedimiento 11: Formular el plan de atención de enfermería y cuidados HOS-02-01-05-02*

No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	EJECUTOR
1.	Formular Plan de cuidados de Enfermería	En base al diagnóstico de la condición de salud actualizada del paciente, se formula el plan de los respectivos cuidados de enfermería a realizar.	Enfermera del servicio
2.	Registrar plan a seguir para cumplir indicaciones medicas	Se registra el plan de indicaciones médicas cumplidas con cada paciente, en sus respectivos expedientes.	Enfermera del servicio
3.	Registrar plan a seguir de cuidados de enfermería	Se registra en hoja de notas de enfermería el plan de indicaciones de enfermería a seguir con cada paciente, en sus respectivos expedientes.	Enfermera del servicio
4.	Informar al paciente sobre el plan a seguir	Se le comunica al paciente los procedimientos a seguir establecidos en los planes médicos y de enfermería.	Enfermera del servicio

Fuente. Elaboración propia, a partir de información Primaria

### **Procedimiento 12: Ejecución del plan HOS-02-01-05-03**

Propósito del procedimiento 12: enfermera cumple con protocolos clínicos que le corresponde, además de cumplir con indicaciones médicas asignadas en última visita.

**Alcance del procedimiento 12:** enfermeras, auxiliar de enfermería.

**Documentos de referencia del procedimiento 12:** expediente clínico, hojas de indicaciones médicas, indicaciones de enfermería.

*Cuadro 40 Procedimiento 12: Ejecución del plan HOS-02-01-05-03*

No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	EJECUTOR
1.	Dar la dosis diaria de medicamento al paciente	Enfermera administra la medicación y cuidados asignados por las indicaciones médicas e indicaciones de enfermería.	Enfermera
2.	Observar su evaluación o algún cambio en su condición	Se observa la evolución del paciente con el cumplimiento de las indicaciones médicas y de enfermería.	Enfermera
3.	Ejecutar actividades delegadas-limpieza de equipo medico	Diariamente se recibe ropa de cama limpia y batas, se hace el cambio de ropa en cada cama de pacientes ingresados.	Enfermera, auxiliar de enfermería
4.	Realizar curaciones o procedimientos médicos de tratamiento de paciente	La enfermera asiste al residente o interno para realizar curaciones a los pacientes o procedimientos de diálisis peritoneal o hemodiálisis. La enfermera se encarga de abastecer de los insumos necesarios para realizar las curaciones	Enfermera Interno y residente
5.	Ejecutar actividades delegadas-cuidados del paciente según condición	Realizar protocolos correspondientes a las condiciones y evolución en la salud del paciente. Cuidados higiénicos del paciente y cambio de suero, alimentación asistida en algunos casos	Enfermera

Fuente. Elaboración propia, a partir de información Primaria

### **Procedimiento 13: registro del cumplimiento del plan HOS-02-01-05-04**

Propósito del procedimiento 13: enfermera registra protocolos clínicos y cumplimiento de las indicaciones médicas asignadas en última visita.

**Alcance del procedimiento 13:** enfermeras, auxiliar de enfermería.

**Documentos de referencia del procedimiento 13:** expediente clínico, hojas de indicaciones médicas, indicaciones de enfermería.

*Cuadro 41 Procedimiento 13: registro del cumplimiento del plan HOS-02-01-05-04*

No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	EJECUTOR
1.	Registrar el cumplimiento de medicación del paciente	Abastecer medicamentos con método unidosis se entrega listado de dietas en libro de recepción. Se recogen medicamentos recetados en farmacia para suministrar los correspondientes a cada paciente; realización de curaciones y toma de signos vitales, y cumplimiento de otros protocolos. En caso de que el paciente tenga intolerancia o alergia de algún medicamento.	Enfermera del servicio

		Se anota el cumplimiento de las unidosis e indicaciones médicas realizadas a pacientes. Revisar si las hojas y formularios tienen disponibilidad para escribir más indicaciones.	
2.	Registrar la evolución del paciente	Se registran si se han observado si hay cambios en las condiciones de salud en las notas respectivas.	Enfermera del servicio
3.	Registrar el control de signos vitales	Se registra los resultados de la toma de los signos vitales tomados en cada ronda de enfermería.	Enfermera del servicio
4.	Registrar el cumplimiento de actividades delegadas	Se registra las actividades realizadas por el personal de enfermería que son parte de los protocolos, como documentar en los libros en las estaciones de enfermería.	Enfermera del servicio

Fuente. Elaboración propia, a partir de información Primaria

### Nombre del subproceso: Alta de paciente

**Código del subproceso:** HOS-02-01-06

**Propósito del subproceso:** realizar el protocolo de alta al paciente cuando el medico lo indique.

**Alcance del subproceso:** medico staff, enfermera.

**Documentos de referencia del proceso:** hoja egreso, expediente, Hoja resumen de alta

### Procedimiento 14: alta por mejoría clínica HOS-02-01-06-01

Propósito del procedimiento 14: se realiza alta por condición de mejoría clínica del paciente.

Alcance del procedimiento 14: enfermeras, auxiliar de enfermería.

Documentos de referencia del procedimiento 14: expediente clínico, hojas o formularios del expediente.

Cuadro 42 Procedimiento 14: alta por mejoría clínica HOS-02-01-06-01

No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	EJECUTOR
1.	Indicar alta	En ronda médica, el medico asignado se indica el alta de paciente con condiciones aptas. Enfermera realiza las últimas indicaciones médicas asignadas en ronda. Cuando se han finalizado, enfermera da indicaciones a paciente y orienta a que se cambie de ropa y entregue bata.	Medico staff, enfermera. Servicio social
2.	Elaborar resumen de altas	Se hace la gestión de los formularios y boletas para solicitar citas, referencias, exámenes, recetas de medicinas para tratamiento y dieta ambulatoria a seguir. Luego escribe en cuaderno la gestión realizada con las fechas de citas y toma de pruebas que paciente debe de realizar, según lo indicado por el médico. De estas hojas se entregará la original al paciente y la copia será archivada en el expediente.	Enfermera

3.	Seguimiento del Alta por enfermera.	Explica al paciente y familiares el tratamiento a seguir, dieta, tratamiento, próximos controles y cuidados específicos según su patología. Registra el alta en el libro de altas del servicio	Enfermera
4.	Cierre del expediente.	Paciente puede retirarse, si vive fuera de la zona metropolitana solo puede retirarse del servicio si llega un familiar a recogerla. Enfermera envía expediente a archivo.	Enfermera

Fuente. Elaboración propia, a partir de información Primaria

### Procedimiento 15: Alta por traslado a otro servicio HOS-02-01-06-02

**Propósito del procedimiento 15:** se realiza alta por condición de mejoría clínica del paciente.

**Alcance del procedimiento 15:** enfermeras, auxiliar de enfermería.

**Documentos de referencia del procedimiento 15:** Nota de traslado, traslado firmado en hoja de ingreso y egreso

*Cuadro 43 Procedimiento 15: Alta por traslado a otro servicio HOS-02-01-06-02*

No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	EJECUTOR
1.	Elaboración del registro del traslado	Esta tarea se inicia con la elaboración de la nota de traslado que contiene los datos más importantes de la evolución clínica, la cual es firmada por el médico staff del servicio de donde se encuentra el paciente. Interno del servicio llena la hoja de ingreso y egreso en el área de traslado.	interno, enfermera
2.	Informar el traslado	Se informa a la enfermera del servicio sobre el traslado y ella informa al paciente y familiares, indicando los motivos para hacer dicho traslado. Verifica que la información y la documentación clínica del paciente se encuentren completa.	
3.	Ejecutar el traslado (Enfermera)	Enfermera del servicio contacta telefónicamente con el personal de enfermería del servicio a donde el paciente será trasladado, para comunicar el motivo por el que se ha decidido traslado, y verificar la disponibilidad de camas.  Revisa que el expediente este completo y que el paciente haya recibido el medicamento indicado, registra la información en el libro de altas y en el censo de movimiento de pacientes. Enfermera hace traslado acompañando a paciente y lleva expediente y hace la entrega a la estación de enfermería del servicio de Hospitalización destino.	Enfermera

Fuente. Elaboración propia, a partir de información Primaria

### Procedimiento 16: Alta por traslado a otro centro de atención HOS-02-01-06-03

Propósito del procedimiento 16: se realiza traslado a otro centro de atención.

Alcance del procedimiento 16: enfermeras, auxiliar de enfermería.

Documentos de referencia del procedimiento 16: expediente clínico, hojas o formularios del expediente.

Cuadro 44 Procedimiento 16: Alta por traslado a otro centro de atención HOS-02-01-06-03

No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	EJECUTOR
1.	Elaboración de registro de traslado	Residente hace la elaboración de la nota de traslado con copia para expediente, y la hoja de ingreso y egreso.	Interno y residente
2.	Informar el traslado	Médico Contacta con el facultativo del centro de atención receptor informando la condición clínica del paciente y necesidad de traslado. Informar al paciente, familiares y enfermera Hospitalaria sobre el traslado del paciente.	Médico de staff o residente, Enfermera, trabajo social
4.	Ejecutar el traslado (Enfermera)	Enfermera anexara los exámenes complementarios que solicite el centro al que se va a referir. Gestionar el traslado en ambulancia con trabajo social; se comunica a enfermera que va a acompañar al paciente en el traslado, revisa que el expediente este completo y que el paciente haya recibido el medicamento y registra la información en el libro de altas y en el censo de movimiento de pacientes.	Trabajo social, Enfermera

Fuente. Elaboración propia, a partir de información Primaria

### Procedimiento 17: Alta por defunción HOS-02-01-06-04

Propósito del procedimiento 17: cumplir protocolos para pacientes fallecidos.

Alcance del procedimiento 17: enfermeras, médico staff, trabajo social.

Documentos de referencia del procedimiento 17: expediente clínico, hojas o formularios del expediente.

Cuadro 45 Procedimiento 17: Alta por defunción HOS-02-01-06-04

No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	EJECUTOR
5.	Comunicación del fallecimiento	El médico de staff o residente comprueba el fallecimiento del paciente, Enfermera reporta a contacto de paciente para notificación del fallecimiento; entrega pertenencias a familiares. Informar a la oficina de información los datos personales del paciente fallecido para los trámites relacionados con el traslado del cadáver	Enfermera, médico staff
6.	Registro de defunción	Registrar hora de defunción en la hoja defunción proporcionada por ESDOMED, hoja de paro	ESDOMED, Enfermera



		cardiorrespiratorio en donde se detalla las acciones tomadas. Registrar el fallecimiento en el censo del servicio	
7.	Ejecutar el traslado (Enfermera)	Facilita al médico el certificado de defunción, preparan al cadáver para el traslado a la morgue, lo identifican, trasladan el cadáver a la morgue	Trabajo social, Enfermera

Fuente. Elaboración propia, a partir de información Primaria

### Procedimiento 18: Alta exigida HOS-02-01-06-05

Propósito del procedimiento 18: cumplir protocolos para pacientes fallecidos.

Alcance del subproceso 18: enfermeras, médico staff, trabajo social.

Documentos de referencia del procedimiento 18: expediente clínico, hojas o formularios del expediente, hoja de consentimiento informado, alta exigida

Cuadro 46 Procedimiento 18: Alta exigida HOS-02-01-06-05

No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	EJECUTOR
1.	Informar al paciente	Se informa al paciente las consecuencias de no seguir con su tratamiento en Hospitalización, explicando los riesgos que se asumen con la exigencia del alta.	Enfermera, médico staff
2.	Tramitar firma de formulario correspondiente	Se le indica al paciente que debe firmar la hoja de alta exigida, y la hoja de consentimiento no informado exonerando al Hospital de las consecuencias del alta exigida.	Enfermera y Residente
3.	Elaboración de recetas y hoja de egreso	Informar a enfermería el alta y enfermera elabora las recetas y realizar las actividades por alta de mejoría.	Interno y Enfermera

Fuente. Elaboración propia, a partir de información Primaria

#### 1.4.2 Mapa de Proceso de Hospitalización

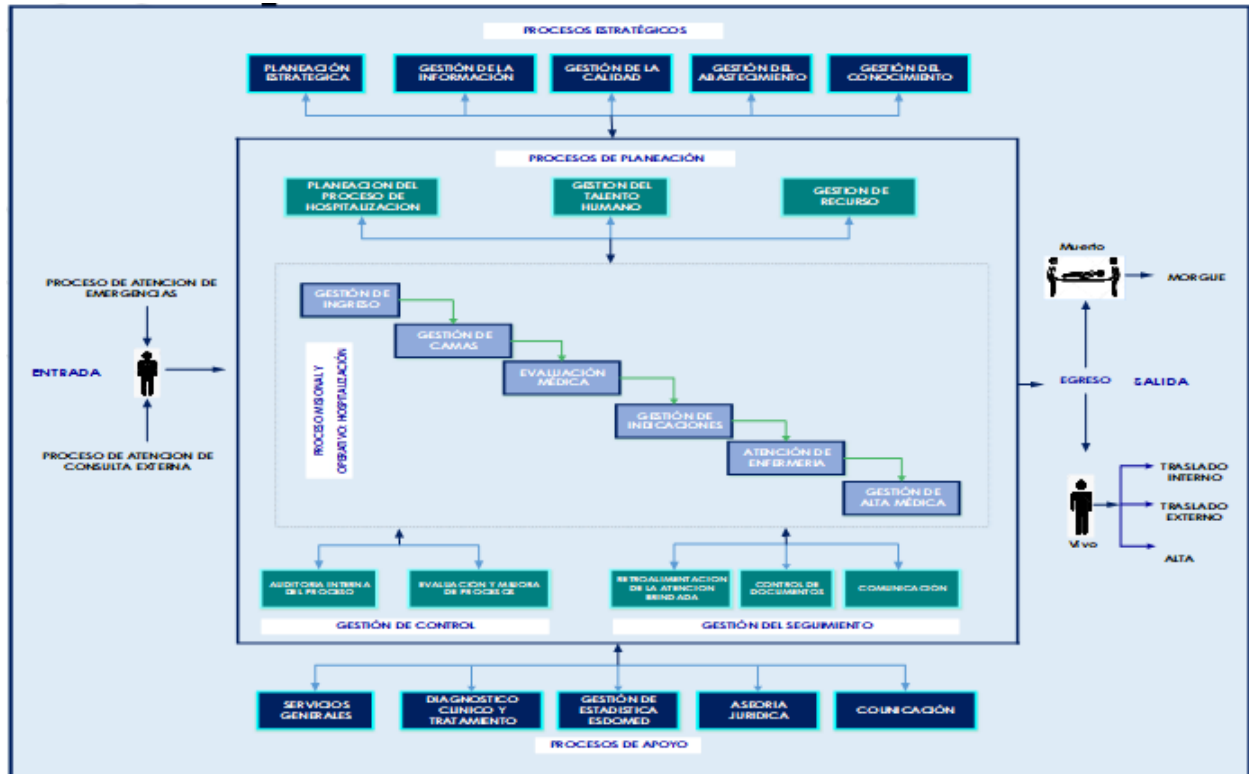
El proceso de Hospitalización es el conjunto de actividades clínicas y administrativas que se llevan a cabo en el Servicio de Hospitalización asignado. Tiene como objetivo brindar el apoyo clínico necesario en la atención progresiva del paciente según su estado de gravedad.

El proceso se inicia por derivación desde la Urgencia o por la derivación desde la atención ambulatoria o desde otro establecimiento Hospitalario. Comenzando en la fase de admisión con el proceso de Admisión de Hospitalización que tiene como objetivo realizar el registro y control administrativo de la atención en Hospitalizados. Además, en esta misma fase y de forma paralela, se lleva a cabo el proceso de Gestión de Camas, que tiene por objetivo Gestionar de manera eficiente el recurso cama. Posteriormente, en la etapa de atención clínica se inicia el proceso de Atención Clínica Hospitalización, cuyo objetivo es brindar la atención necesaria por parte del personal médico, además de la atención y cuidados por parte del personal de enfermería. De forma paralela al proceso antes mencionado, se genera el subproceso de Registros de prestaciones e insumos, proceso mediante el cual se deja constancia en ficha clínica y



formularios asociados de la evidencia de todos los insumos utilizados y de las prestaciones otorgadas durante la atención brindada al paciente. Finalmente, en la fase de egreso se procede a dar el alta al paciente, generándose a través del subproceso de Alta Clínica y Alta Administrativa.

Ilustración 44 Mapa del macro proceso Hospitalización



Fuente: Elaboración propia



CARACTERIZACIÓN DEL  
PROCESO DE  
HOSPITALIZACIÓN EN  
EL TERCER NIVEL DEL  
MINSAL  
CAPITULO 4

# 1 Caracterización del proceso de atención para brindar Servicios de Hospitalización

Definir la secuencia general de actividades que se desarrollan para el internamiento, cuidado y alta de los Servicios de Hospitalización, atendiendo las normativas vigentes y definiendo las responsabilidades de los diferentes actores que brindan los cuidados de Hospitalización.

Proceso de origen:	Se realiza a nivel:	Entrada:	Salida:
Asistencial	Institucional	Orden médica de ingreso Hospitalario	Egreso Hospitalario O traslado a otro centro.



## 1.1 Proceso de Hospitalización

Ficha proceso de Hospitalización

Cuadro 47 Ficha proceso de Hospitalización

Ficha de proceso				
Hospitalización HOS-02-01		Versión	Fecha	Autor
		Actual		HZ08003-NG08004-SS09034-ZR08005.
Responsable	Médico y Enfermera jefe de servicio			
Objetivo	Proporcionar Servicios de Hospitalización para aquellos pacientes que requieran de procedimientos o tratamientos especializados para recuperar la salud, en base a la asignación de recursos asociados a la actividad clínica, infraestructura, equipamiento y gestión administrativa asignados de acuerdo a su nivel de complejidad.			
Entradas	Paciente con indicación de Hospitalización. <b>Documento:</b> Orden medica de ingreso Hospitalario			
Salidas	Paciente de alta.			
Participantes	Equipo clínico de cada uno de los Servicios de Hospitalización Equipo de unidades de apoyo. Equipos de servicios de apoyo administrativo y logístico.			
Recursos	Horas-hombre, insumos médicos, papelería de oficina, mobiliario y equipo, infraestructura, sistema informático, medicamento y exámenes de gabinete y laboratorio.			
Sub-Proceso	Descripción			

<b>HOS-02-01-01</b> Gestión de ingreso de Paciente	Subproceso administrativo en el cual un administrativo recibe al paciente, que ha sido referido de <b>consulta externa o emergencia</b> lo identifica, recoge su información y motivo de Hospitalización y luego procede a realizar el ingreso al servicio correspondiente según la patología médica.
<b>HOS-02-01-02</b> Asignación de Cama	Subproceso considera la asignación de cama de acuerdo a la clasificación de gravedad del paciente y la disponibilidad del recurso cama en el establecimiento.
<b>HOS-02-01-03</b> Evaluación Medica	Subproceso que abarca la atención clínica directa del paciente desde su ingreso hasta el momento de egreso del establecimiento. Incluye a lo menos atención del médico.
<b>HOS-02-01-04</b> Gestión de indicaciones medicas	Subproceso en el cual el equipo de enfermería se encarga de coordinar y/o ejecutar el plan indicado por el médico.
<b>HOS-02-01-05</b> Atención de Enfermería	Subproceso en el cual se lleva a cabo la evaluación del paciente por medio del equipo de enfermería considera la revisión de la historia clínica del paciente, control de signos vitales, evaluación, definición de los diagnósticos de enfermería y respectivo plan de atención de enfermería que incluye los objetivos a cumplir. Una vez cumplidos se evalúa el logro de éstos.
<b>HOS-02-01-06</b> Alta del paciente	Subproceso en el cual el médico autoriza el egreso del paciente desde el servicio de Hospitalización y considera la emisión de certificados y entrega de indicaciones al alta incluye los trámites administrativos internos para contabilizar el egreso.
<b>Controles del proceso</b>	
Indicadores de producción	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Egresos Hospitalarios</li> <li>• Morbilidad por egreso Hospitalario</li> </ul>
Indicadores de gestión de cama	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Índice ocupacional (%)</li> <li>• Promedio estadía (días)</li> <li>• Intervalo de sustitución (días)</li> <li>• Índice de rotación (pacientes)</li> <li>• Tasa mortalidad bruta</li> <li>• Tasa mortalidad neta</li> </ul>
Lineamientos y normativa aplicada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guías Clínicas de Atención</li> <li>• Norma Técnica de Estadísticas y Documentos Médicos de Establecimientos Hospitalarios</li> <li>• Lineamientos técnicos para la referencia, Retorno e interconsulta en las RIISS.</li> <li>• Lineamientos técnicos de mejora continua de la calidad en Hospitales de las RIISS</li> <li>• Estrategia para la mejora continua de la calidad en los servicios Hospitalarios del MINSAL</li> </ul>

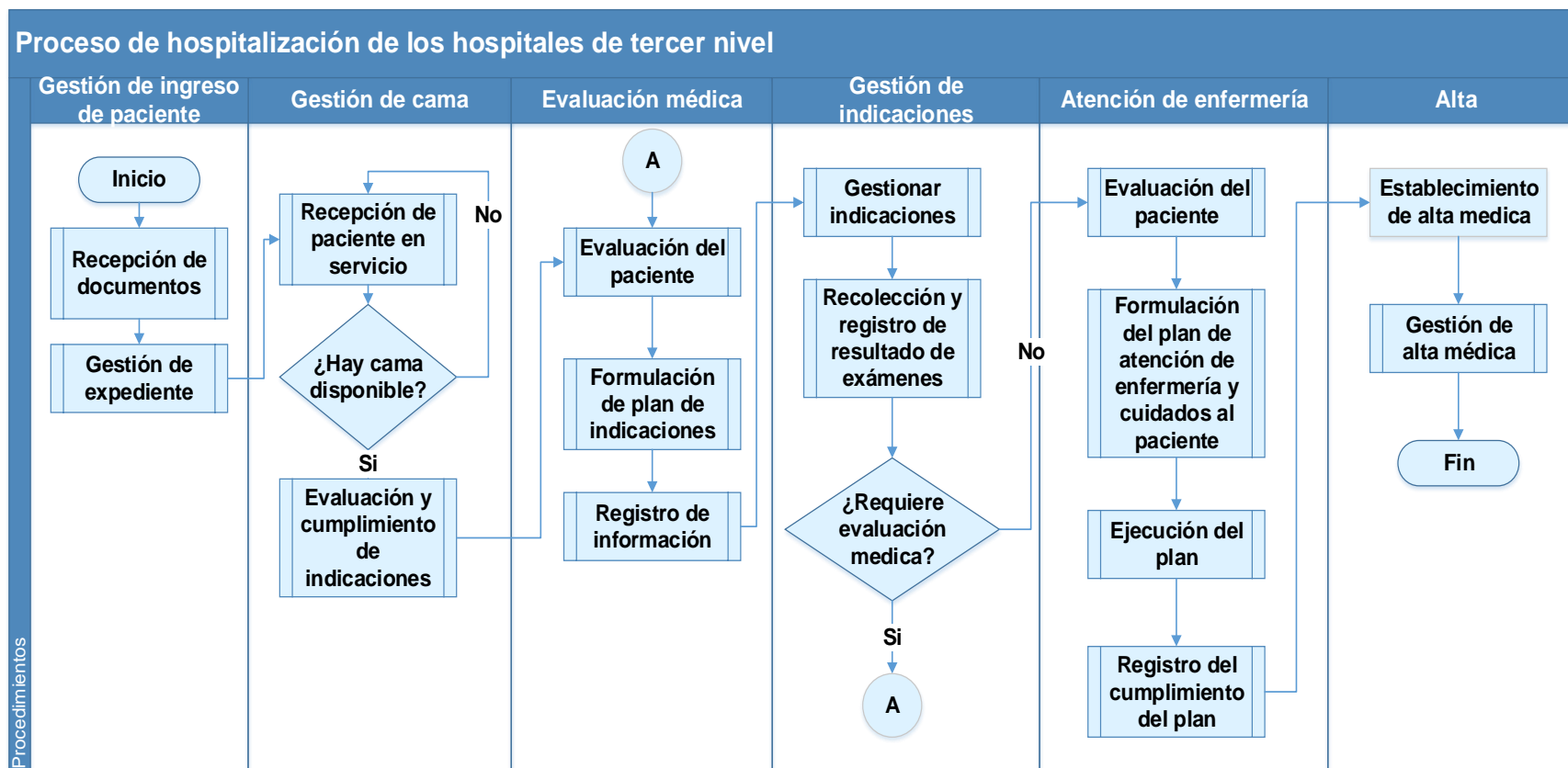
Fuente: Elaboración propia por medio de observación y el manual de funciones



**Análisis:** En los Hospitales no se cuenta con la documentación técnica del proceso de Hospitalización donde se detallen los responsables de cada uno de los Procesos, ni quien lo deba ejecutar, el manual de procedimientos de atención Hospitalaria no establece un nivel de detalle, tampoco la forma de controlar los Procesos. Actualmente las actividades se realizan de acuerdo al Manual General de descripción de puestos 2014 del MINSAL.

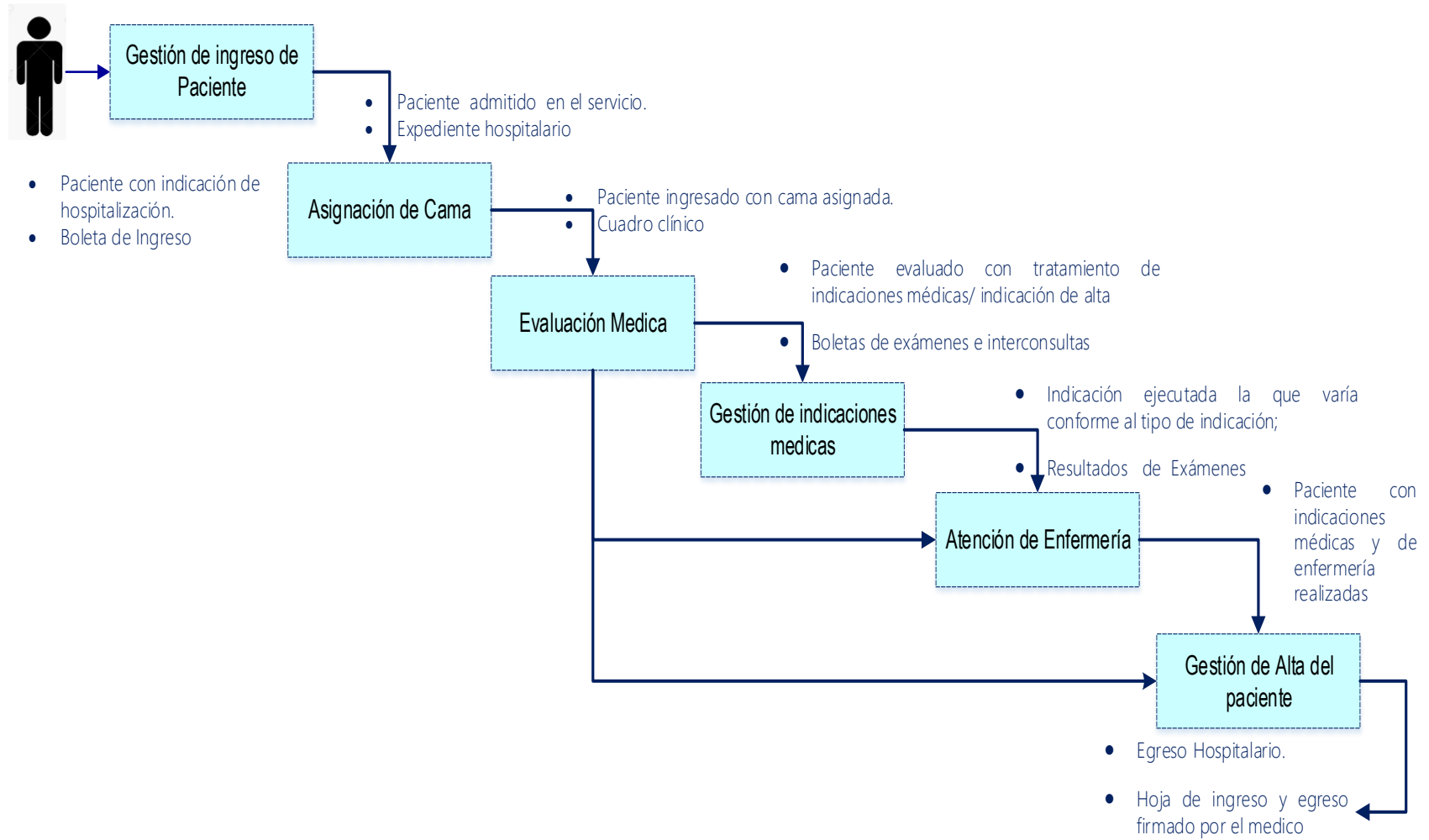
### 1.1.1 Diagrama de flujo del proceso general de Hospitalización.

Ilustración 45 Diagrama de flujo del proceso general de Hospitalización.



Fuente: elaboración propia.

Ilustración 46 Interacción de los subprocesos de Hospitalización



Fuente. Elaboración propia a partir de información primaria.

## 1.2 Sub proceso de Gestión de Ingreso

### 1.2.1 Ficha subproceso admisión de paciente/ ingreso

FICHA DE SUB-PROCESO							
<b>Gestión de ingreso de Paciente</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Versión</th> <th>Fecha</th> <th>Autor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Actual</td> <td></td> <td>HZ08003-NG08004-SS09034-ZR08005.</td> </tr> </tbody> </table>	Versión	Fecha	Autor	Actual		HZ08003-NG08004-SS09034-ZR08005.
Versión	Fecha	Autor					
Actual		HZ08003-NG08004-SS09034-ZR08005.					
<b>Responsable</b>	No se tiene un responsable para este subproceso						
<b>Objetivo</b>	Realizar el ingreso del paciente a la unidad de Hospitalización.						
<b>Entradas</b>	Paciente con indicación de Hospitalización. <b>Documento:</b> Boleta de Ingreso						
<b>Salidas</b>	Paciente con admisión realizada <b>Documento:</b> Expediente Hospitalario						
<b>Participantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrativo</li> <li>• ESDOMED</li> <li>• Servicio de Archivo</li> </ul>						
<b>Recursos</b>	Horas-hombre, uso del sistema informático del Hospital, papelería y útiles de oficina						
<b>Desglose de los Procedimientos</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Procedimientos</th> <th>Descripción de las tareas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Recepción de documentos para Hospitalización <b>HOS-02-01-01-01</b></td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registrar datos personales de paciente.</li> <li>• Ingresar orden de ingreso en sistema</li> <li>• Revisar en hoja de ingreso en que servicio será ingresado el paciente</li> <li>• Comunicar al servicio correspondiente el traslado indicado del paciente.</li> <li>• En el servicio se verifica si hay cama disponible para ingresar a paciente</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td>2. Gestión de expediente <b>HOS-02-01-01-02</b></td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar a archivo y consultar si hay existencia de expediente del paciente a ingresar.</li> <li>• Elaboración de expediente si paciente no tiene en el Hospital.</li> <li>• Llevar expediente y entregarlo a paciente, familiar o enfermera encargada de trasladar a paciente.</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>	Procedimientos	Descripción de las tareas	1. Recepción de documentos para Hospitalización <b>HOS-02-01-01-01</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registrar datos personales de paciente.</li> <li>• Ingresar orden de ingreso en sistema</li> <li>• Revisar en hoja de ingreso en que servicio será ingresado el paciente</li> <li>• Comunicar al servicio correspondiente el traslado indicado del paciente.</li> <li>• En el servicio se verifica si hay cama disponible para ingresar a paciente</li> </ul>	2. Gestión de expediente <b>HOS-02-01-01-02</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar a archivo y consultar si hay existencia de expediente del paciente a ingresar.</li> <li>• Elaboración de expediente si paciente no tiene en el Hospital.</li> <li>• Llevar expediente y entregarlo a paciente, familiar o enfermera encargada de trasladar a paciente.</li> </ul>
	Procedimientos	Descripción de las tareas					
1. Recepción de documentos para Hospitalización <b>HOS-02-01-01-01</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registrar datos personales de paciente.</li> <li>• Ingresar orden de ingreso en sistema</li> <li>• Revisar en hoja de ingreso en que servicio será ingresado el paciente</li> <li>• Comunicar al servicio correspondiente el traslado indicado del paciente.</li> <li>• En el servicio se verifica si hay cama disponible para ingresar a paciente</li> </ul>						
2. Gestión de expediente <b>HOS-02-01-01-02</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar a archivo y consultar si hay existencia de expediente del paciente a ingresar.</li> <li>• Elaboración de expediente si paciente no tiene en el Hospital.</li> <li>• Llevar expediente y entregarlo a paciente, familiar o enfermera encargada de trasladar a paciente.</li> </ul>						

**Normas de operación:**

Todo paciente que sea admitida en los Servicios de Hospitalización deberá registrarse en el sistema informático o medio vigente para registrar la admisión, registrando las variables siguientes: número de expediente, diagnóstico de admisión y servicio de procedencia ( además el sistema registrara de forma automática los datos de fecha y hora de registro de admisión) Al momento de la recepción en el servicio deben verificarse las condiciones de cada paciente para constatar que estas son las adecuadas para la atención en el servicio.

**Observaciones:**

El mecanismo de registro para admisión al servicio es el libro de admisión y el censo diario de pacientes como requisito de ESDOMED.

**Documentos de referencia:**

Lineamientos de ESDOMED,  
Movimiento diario de pacientes Hospitalizados

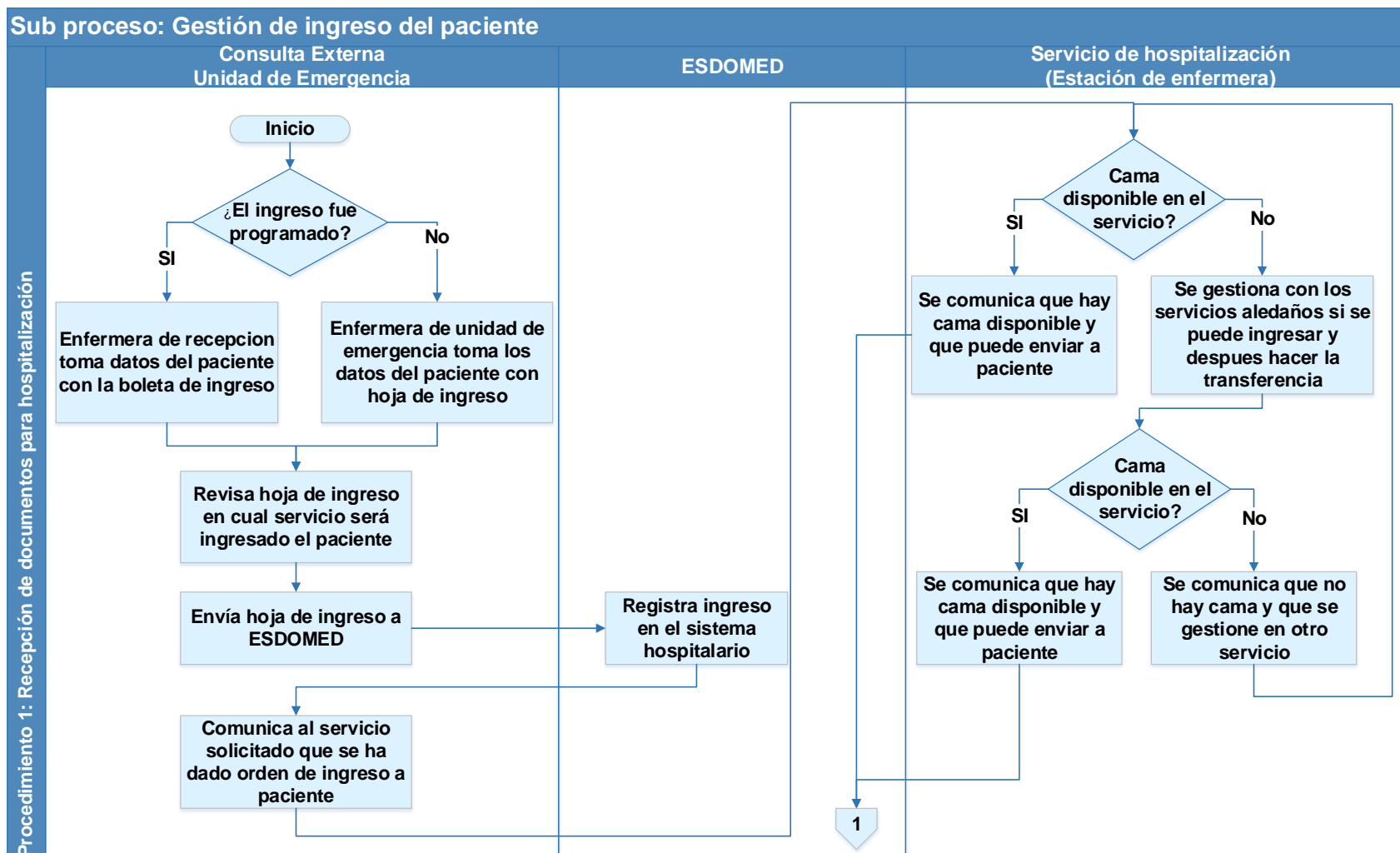
**Indicadores de interés:**

Número diario de admisiones al servicio.  
Numero de admisiones por servicio y área de procedencia.

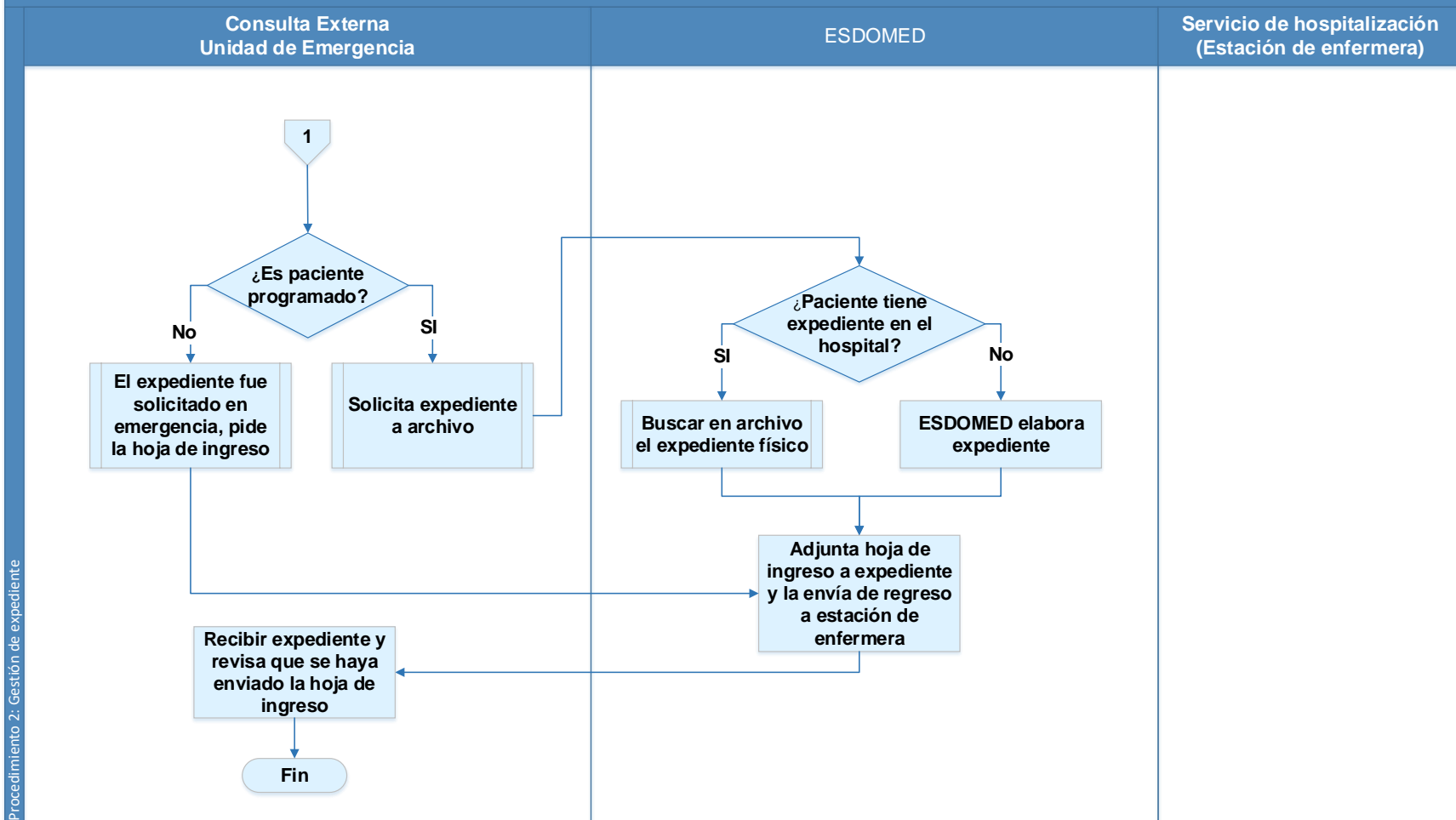
**Análisis:** No se posee documentación técnica del proceso, en el manual de procedimientos de atención Hospitalaria no se establecen los indicadores de control del proceso. La Norma técnica para los departamentos de estadística y documentos médicos esta desactualizada desde el año 2003.



## 1.2.2 Diagrama de flujo del Sub proceso Ingreso de paciente/admisión



## Sub proceso: Gestión de ingreso del paciente



Procedimiento 2: Gestión de expediente

### 1.3 Sub proceso de Gestión de Cama

#### 1.3.1 Ficha subproceso gestión de cama para Hospitalización

<b>FICHA DE SUB-PROCESO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente con admisión en el servicio</li> <li>• Expediente clínico</li> </ul> <div style="text-align: center; border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;">Asignación de Cama</div> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente ingresado con cama asignada.</li> <li>• Cuadro clínico</li> </ul>		
Gestión de cama para Hospitalización <b>HOS-02-01-02</b>	<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Autor</b>
	Actual		HZ08003-NG08004-SS09034-ZR08005.
<b>Responsable</b>	No se tiene un responsable para la gestión de este subproceso		
<b>Objetivo</b>	Recibir al paciente y asignar una cama Hospitalaria, administrando de manera eficiente el recurso cama, según la condición médica del paciente		
<b>Entradas</b>	Paciente con admisión en el servicio <b>Documento:</b> Expediente Hospitalario		
<b>Salidas</b>	Paciente con cama asignada - Paciente ingresado en el servicio <b>Documento:</b> Cuadro clínico, según número de cama		
<b>Participantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio de Movilización</li> <li>• Enfermera Hospitalaria, Auxiliar de Enfermería</li> <li>• Personal de Limpieza</li> </ul>		
<b>Recursos</b>	Horas-hombre, infraestructura, mobiliario y equipo, insumos de limpieza Utilización de los servicios de lavandería (ropa Hospitalaria) y según la condición del paciente equipo médico como monitor de signos vitales, pedestal de sueros, oxígeno, etc.)		
<b>Desglose de los Procedimientos</b>	<b>Procedimientos</b>	<b>Descripción de las tareas</b>	
	1. Recepción de paciente en servicio de Hospitalización <b>HOS-02-01-02-01</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se le indica a paciente que se trasladara a servicio asignado para su ingreso, acompañado de familiar o enfermera</li> <li>• Trasladar a paciente con expediente al servicio</li> <li>• Recibir al paciente en el servicio</li> <li>• Verificación del expediente para revisar indicaciones previas</li> <li>• Dar indicaciones generales sobre estadía en el servicio en la Hospitalización.</li> <li>• Entregar bata al paciente</li> <li>• Asignar cama para paciente de ingreso</li> <li>• Hacer limpieza de cama y colocar ropa de cama limpia</li> <li>• Evaluación médica del paciente por el residente</li> <li>• Llevar paciente a cama preparada</li> </ul>	
2. Evaluación y cumplimiento de	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomar signos vitales y de temperatura de paciente en cama asignada</li> </ul>		

	<p>indicaciones previas <b>HOS-02-01-02-02</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar cumplimiento de indicaciones médicas previas al ingreso.</li> <li>• Trasladar datos y documentos del expediente al cuadro clínico</li> <li>• Hacer anotaciones del cumplimiento de las indicaciones y si hubo cambios en la condición de salud del paciente.</li> <li>• Realizar documentación para control estadístico</li> <li>• Anexar hojas/formularios a expediente a usar en la ronda médica</li> </ul>
--	--	---

**Normas de operación:**

La revisión del expediente implica verificar

- Orden de Ingreso.
- Indicaciones médicas (Insumo para asignación de cama)
- Disponibilidad o necesidad de tomar exámenes.
- Necesidad de tomar venas.

La preparación del expediente implica agregar:

- Hoja de signos vitales
- Hoja de historia clínica
- Hoja de indicaciones medicas
- Hoja de anotación de enfermería

La ubicación será según la condición de la paciente evaluada por el personal médico, el expediente deberá estar con cada paciente.

**Observaciones:**

Cuando la paciente proviene cualquier servicio que no sea la Unidad de Emergencia únicamente se hace una revisión del expediente clínico con la finalidad de verificar que este completo y ordenado. (No se anexan nuevos formularios). No se cuenta con los dispositivos adecuados para depositar el expediente en la cama de cada paciente.

**Documentos de referencia:**

Normativas de Emergencia (Enfermería)

Guías clínicas de atención médica y de enfermería

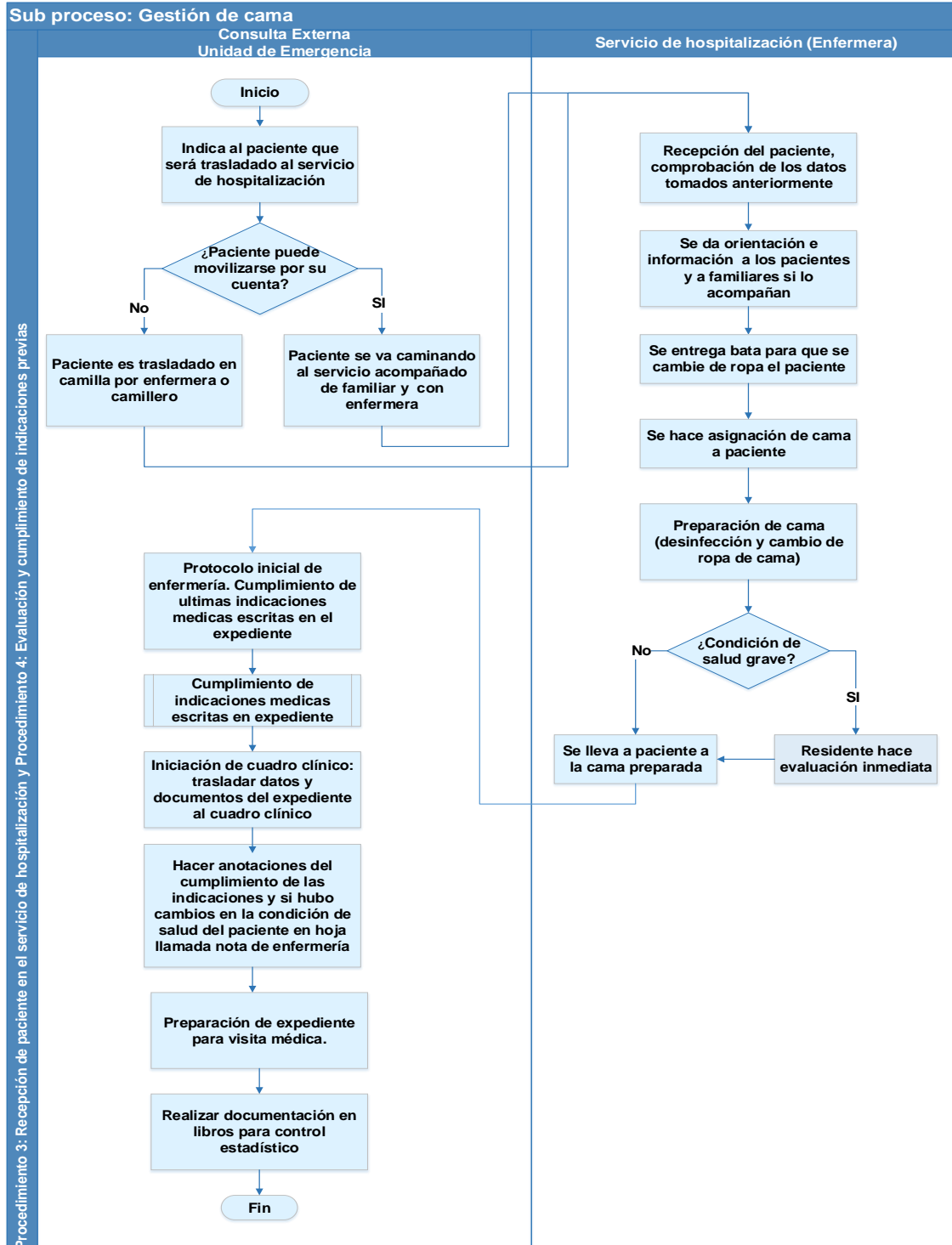
Indicadores de interés para el proceso.

No se tienen indicadores para este proceso

**Análisis:** Este proceso no tiene un responsable definido, no se cuenta con documentación técnica de este proceso, se realiza de acuerdo a las funciones establecidas en el manual, no se cuenta con indicadores establecidos para la evaluación de este subproceso. Según la observación realizada este proceso es el que genera retrasos, reProcesos y confusiones. Si no se realiza de una manera ordenada y no se establece un control y un registro de información en forma oportuna. Los pacientes más complicados son ubicados cerca de la estación de enfermería, si existe una complicación del estado de salud de un paciente se debe de cambiar de cama. Cuando ingresa nuevo paciente se evalúa su condición, respecto a los pacientes que ya están ingresados y puede que esto altere la cama asignada. Además, cuando se da de alta en una cama censable en el HNR, se trasladan los pacientes de carro camilla, a las camas.



Esto genera problemas de desplazamiento por el poco espacio que hay en los servicios, además de confusiones, debido a que se debe cambiar la información del expediente según la nueva posición asignada. Cuando esta actividad se pospone puede que el tratamiento de un paciente, se ha administrado a otro por no actualizar la información.

### 1.3.2 Diagrama de flujo del sub proceso gestión de cama para Hospitalización



## 1.4 Sub proceso de Evaluación Médica

### 1.4.1 Ficha subproceso evaluación médica del paciente

<b>FICHA DE SUB-PROCESO</b>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>Paciente ingresado con cama asignada.</li> <li>Cuadro clínico</li> </ul> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 0 10px; text-align: center;">Evaluación Médica</div> <ul style="list-style-type: none"> <li>Paciente evaluado con tratamiento de indicaciones médicas/ indicación de alta</li> <li>Boletas de exámenes e interconsultas</li> </ul> </div>		
Evaluación Médica del paciente  <b>HOS-02-01-03</b>	<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Autor</b>
	Actual		HZ08003-NG08004-SS09034-ZR08005.
<b>Responsable</b>	Jefe de servicio de Hospitalización.		
<b>Objetivo</b>	Evaluar al paciente para definir la condición clínica y definir indicaciones de acuerdo a la gravedad del paciente		
<b>Entradas</b>	Paciente ingresado con cama asignada <b>Documento:</b> Cuadro clínico 		
<b>Salidas</b>	Paciente evaluado con tratamiento de indicaciones médicas. / Indicación Alta médica del servicio. <b>Documento:</b> Boletas de exámenes de gabinete y laboratorio, interconsulta, boleta de alta medica 		
<b>Participantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Médicos de Staff</li> <li>Residentes</li> <li>Internos</li> </ul>		
<b>Recursos</b>	Horas-hombre, infraestructura, mobiliario y equipo, insumos de limpieza Utilización de los servicios de lavandería (ropa Hospitalaria) y según la condición del paciente equipo médico como monitor de signos vitales, pedestal de sueros, oxígeno, etc.)		
<b>Desglose de los Procedimientos</b>	<b>Procedimientos</b>	<b>Descripción de las tareas</b>	
	1. Evaluación del paciente <b>HOS-02-01-03-01</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Preparar cuadros Clínicos.</li> <li>Consultar antecedentes, leyendo el cuadro médico que presenta el paciente.</li> <li>Realizar examen físico, para evaluar al paciente y así determinar la evolución del mismo</li> <li>Registrar evolución, registrar diagnóstico en el cuadro clínica.</li> </ul>	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Decisión del Alta Médica, de acuerdo a la evolución presentada por el paciente se decide su alta o no</li> </ul>
	<b>2. Formulación de plan de indicaciones</b> <b>HOS-02-01-03-02</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discutir plan terapéutico, en el cual se establecen las indicaciones a seguir por parte del personal médico.</li> <li>• Formular plan terapéutico en el cual se establecen las indicaciones a seguir por parte del personal médico;</li> <li>• Registrar indicaciones de los exámenes y tratamientos a realizar.</li> <li>• Informar a los pacientes tratamiento a seguir</li> </ul>
	<b>3. Registro de Información</b> <b>HOS-02-01-03-04</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recolectar los cuadros, y trasladarlos a la estación de enfermería en donde se ponen a disposición para realizar las indicaciones.</li> <li>• Consultar Indicaciones médicas hechas por el médico en la visita médica, para proceder a la preparación de los formularios correspondientes.</li> <li>• Elaborar formularios y boletas correspondientes de solicitud de exámenes y medicamentos, así como cualquier petición para recursos externos.</li> <li>• Revisar el cuadro clínico y dejarlo listo con hojas para las visitas siguientes; anexar hojas para el diagnóstico si hacen falta.</li> </ul>

**Normas de operación:**

Aplicar los lineamientos, guías clínicas y protocolos de atención vigentes.

El personal médico debe evaluar y actualizar oportunamente las indicaciones en el expediente clínico con la finalidad de darles cumplimiento. Será necesaria la evaluación constante, con indicaciones precisas y oportunas, asegurando la disponibilidad de lo requerido en cada caso

**Observaciones:**

Garantizar la disponibilidad de medicamentos, equipamiento, insumos, materiales y el recurso humano específico y óptimo para asegurar la atención. Dejando en evidencia en el expediente clínico la conducta a seguir en las "Indicaciones médicas", según condición del paciente, en forma clara y oportuna.

**Documentos de referencia:**

- Guías clínicas de las diferentes especialidades y subespecialidades de medicina.
- Lineamientos sobre bioseguridad.
- Lineamientos de código rojo.
- Entre otras.

**Indicadores de interés para el proceso:**

- Número de pacientes delicadas
- Numero de traslados a otros servicios

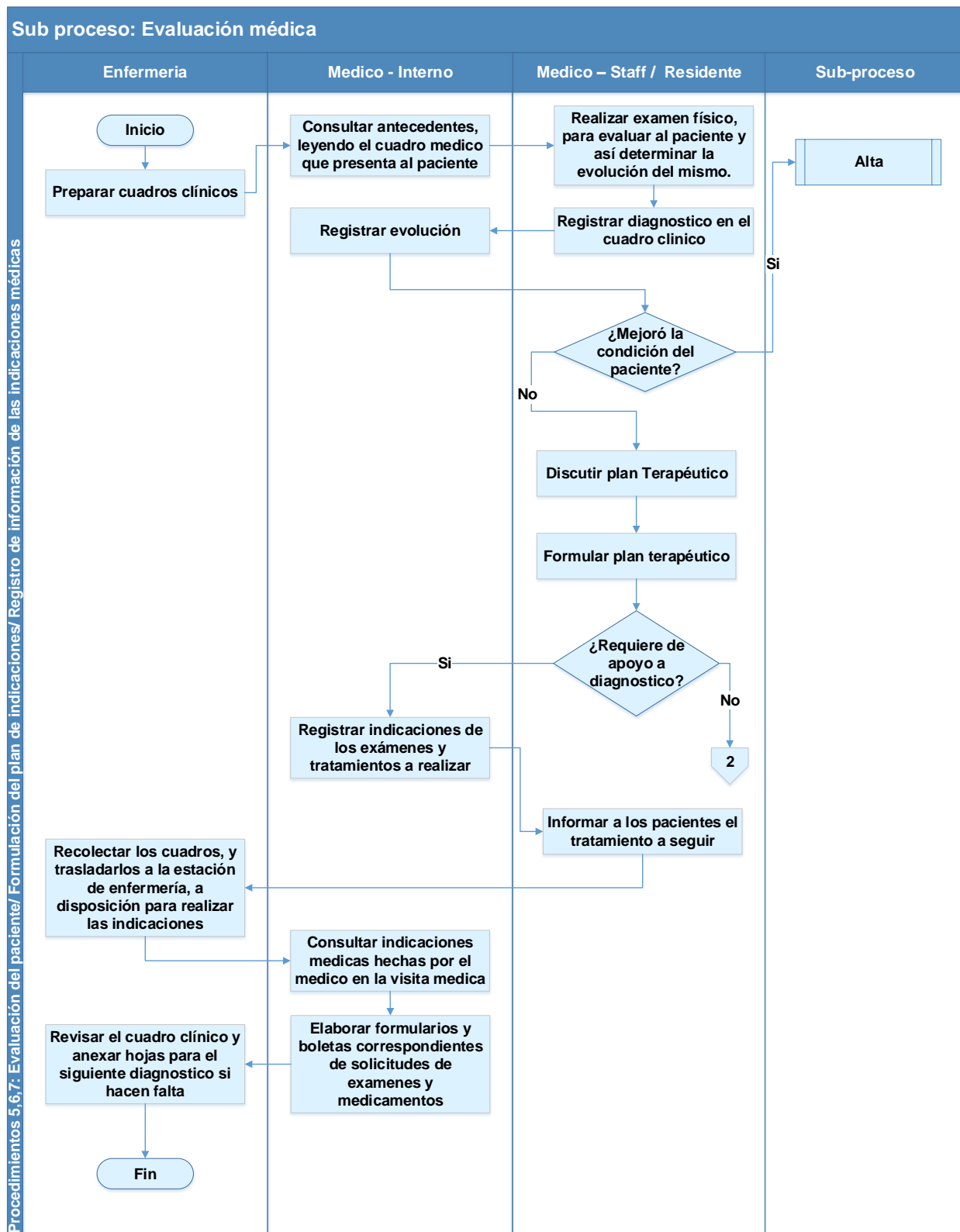
Formatos que necesitan la autorización del médico:

- Todas las solicitudes de exámenes de tratamiento y diagnóstico
- Solicitud de medicamento a farmacia por medio de la Hoja de Indicación médica
- Control de signos vitales para pacientes críticos
- Hoja de continuación de historial médico
- Solicitud de medicamentos restringido
- Hoja de resumen de alta
- Hoja de referencia e interconsulta

**Análisis:** Este proceso es ejecutado por el personal médico del servicio de Hospitalización el responsable de dirigir las actividades de dicho personal es el jefe del servicio. Este proceso no tiene indicadores que controlen el que hacer del médico, según la información estadística se puede controlar la producción de egresos por médico. Las guías clínicas están desactualizadas y existe una serie de documentos que el médico debe de llenar para que el paciente reciba el tratamiento según el diagnóstico establecido, estos formatos deben estar autorizadas con el sello del médico y su firma. Además, que cada uno de estos formatos debe tener el sello del servicio algunas actividades que realiza el médico son asistidas por enfermeras. No se cuenta con documentación técnica que respalde este subproceso.



## 1.4.2 Diagrama de flujo evaluación medica



## 1.5 Sub proceso de Gestión de Indicaciones

### 1.5.1 Ficha del Subproceso gestión de indicaciones

<b>FICHA DE SUB-PROCESO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente evaluado con tratamiento e indicaciones médicas</li> <li>• Boletas de exámenes e interconsultas</li> </ul> <div style="text-align: center;"> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicación ejecutada la que varía conforme al tipo de indicación;</li> <li>• Resultados de Exámenes</li> </ul>		
Gestión de Indicaciones <b>HOS-02-01-04</b>	<b>Versión</b> Actual	<b>Fecha</b>	<b>Autor</b> HZ08003-NG08004-SS09034-ZR08005.
<b>Responsable</b>	No se tiene un responsable asignado para la ejecución de este proceso		
<b>Objetivo</b>	Ejecutar en forma adecuada la coordinación de las indicaciones entregadas por el médico para la atención clínica de un paciente.		
<b>Entradas</b>	Paciente con Indicación médica. <b>Documento:</b> Boletas de Exámenes e interconsultas		
<b>Salidas</b>	Indicación ejecutada la que varía conforme al tipo de indicación; Informe de Resultados de los exámenes practicados por los servicios de apoyo a diagnostico <b>Documento:</b> Resultados de Exámenes		
<b>Participantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermera Hospitalaria</li> <li>• Auxiliar de Enfermería</li> <li>• Internos</li> <li>• Servicios generales</li> <li>• Servicios de apoyo Diagnostico</li> <li>• Personal médico de interconsulta</li> </ul>		
<b>Recursos</b>	Horas-Hombre, Infraestructura, mobiliario y equipo, insumos para la toma de muestras, Utilización de los servicios de apoyo, uso de recurso médico de otras especialidades.		
<b>Desglose de los Procedimientos</b>	<b>Procedimientos</b>	<b>Descripción de las tareas</b>	
	1. Gestionar indicaciones <b>HOS-02-01-04-01</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicar al servicio de apoyo correspondiente la solicitud.</li> <li>• Gestionar con el servicio de apoyo la realización de la toma de muestra en el caso de los exámenes que así lo requieran.</li> <li>• Tomar la muestra para el examen correspondiente, ya sea está tomada en el servicio o en el servicio de apoyo, lo que incluye un traslado del paciente.</li> <li>• Trasladar las muestras al servicio de apoyo, en el caso en que la muestra haya sido tomada en el servicio de Hospitalización.</li> </ul>	

	<p>2. Recolección y Registro <b>HOS-02-01-04-02</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar si los resultados de la muestra ya se encuentran, ya sea por medio telefónico o por medio web.</li> <li>• Enviar a traer el resultado/ medicamentos, los medicamentos y resultados de exámenes que se reciban de manera física deberán irse a traer al servicio de apoyo origen</li> <li>• Comprobar la validez del resultado, es decir verificar que todo se encuentre en el orden esperado.</li> <li>• Anexarlos resultados a cuadro clínico, para que sean leídos por el médico en la siguiente visita medica</li> </ul>
--	---	--

**Normas de operación:**  
Este subproceso se interactúa como proveedor y receptor de los productos recibidos del proceso de apoyo a diagnóstico.  
Se necesita:

- La solicitud del examen, firmado por el médico tratante de los Servicios de Hospitalización.
- Paciente y el expediente con la indicación medica
- Y en algunos casos las muestras tomadas para el servicio de laboratorio y anatomía patológica, con asistencia de la enfermera Hospitalaria.
- Solicitud de mantenimiento
- Requisición de dietas y medicamentos

Los servicios de apoyo a diagnóstico: digitalizan la información de los resultados obtenidos en los exámenes, y la envía a los Servicios de Hospitalización, para que este sirva de apoyo al diagnóstico y tratamiento del paciente por el médico tratante

**Observaciones.**

Los Servicios de Hospitalización deben tener los recipientes necesarios para trasladar las muestras al laboratorio (tubos de analítica, recipientes para muestras de orina y heces). las muestras deben ir etiquetadas con el nombre del paciente. Si un examen es de carácter urgente deben de agregar esa observación en la boleta del examen. Dicha boleta debe ir autorizada por el médico de turno y poseer el sello del servicio para un mejor control. Algunos servicios de apoyo requieren que el paciente sea trasladado hasta el área correspondiente, esto lo debe realizar la enfermera y en algunos casos se necesita el acompañamiento de un médico interno.

**Documentos de referencia:**

Lineamientos de internos de los Hospitales (lineamientos internos del servicio de nutrición y dietas)

Manuales generales de organización y funciones de los servicios de apoyo y generales  
Listado oficial de medicamentos

**Indicadores de interés para el proceso:**

Los servicios de apoyo totalizan la cantidad de exámenes que se realizan para los pacientes de Hospitalización y el número de solicitudes recibidas para cada tipo de examen.

Cantidad de recetas dispensadas para los Servicios de Hospitalización

Cantidad de dietas servidas para los Servicios de Hospitalización

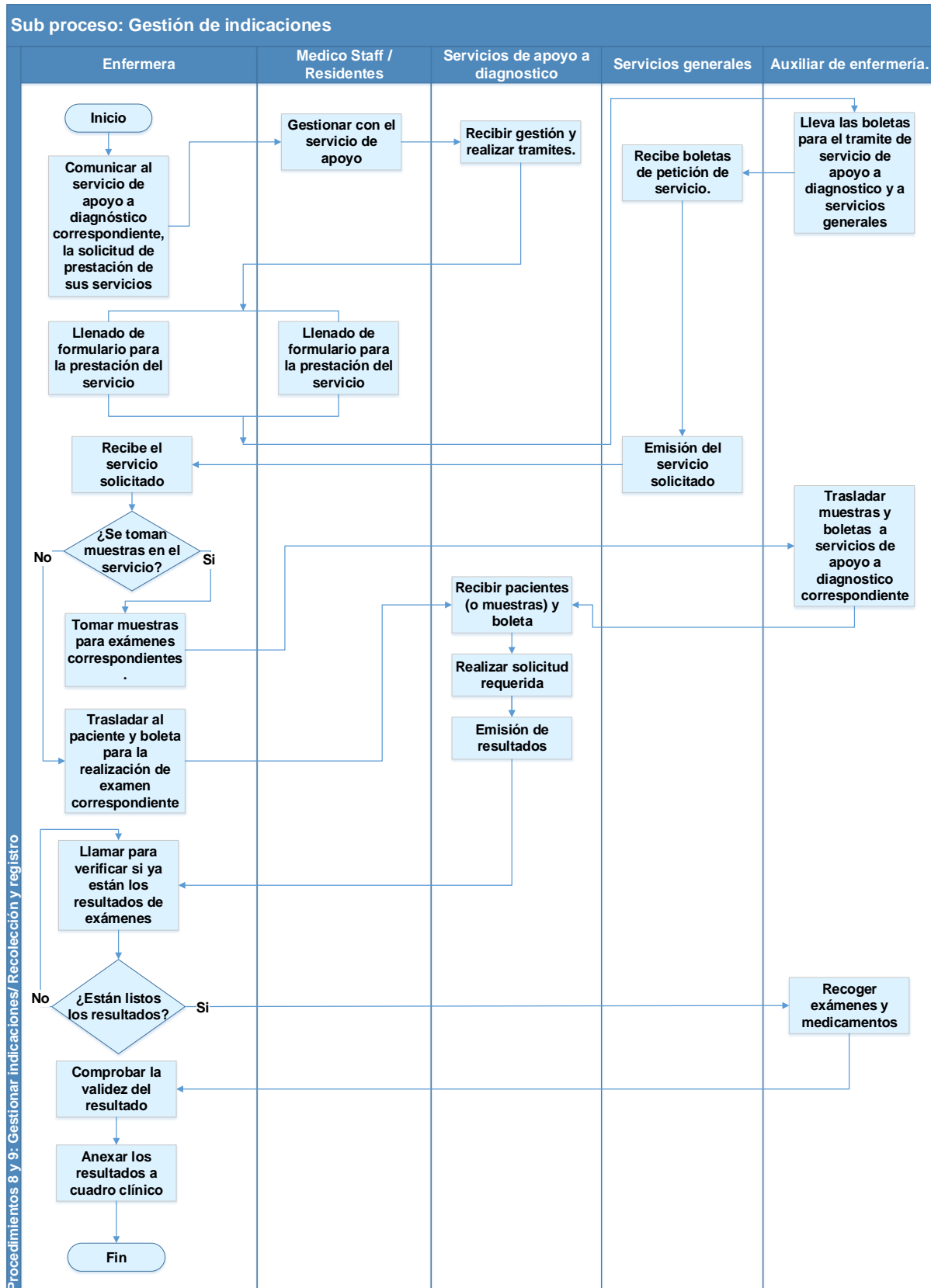
**Formatos utilizados:**

- Hoja de solicitud de exámenes

- Solicitud de requisición de dietas
- Solicitud de medicamento para los Servicios de Hospitalización (recetas médicas)
- Solicitud de mantenimiento




**Análisis:** No se posee documentación técnica de este proceso, No se tiene un responsable encargado de este proceso, ni indicadores que controle la vinculación de los Procesos de apoyo a diagnóstico y servicios generales con el proceso de Hospitalización. Los Procesos de apoyo tienen indicadores internos para medir la producción de servicios. Esta interacción algunas veces retrasa la continuidad del proceso de Hospitalización. Debido a la priorización que se les dan a otras áreas, los formatos de solicitud no van llenado correctamente o los servicios de apoyo a diagnóstico no tienen los insumos necesarios para brindar el producto que el proceso de Hospitalización le solicita.

## 1.5.2 Diagrama de flujo del sub proceso Gestión de indicaciones



## 1.6 Sub proceso de Atención de Enfermería

### 1.6.1 Ficha del subproceso atención de enfermería

FICHA DE SUB-PROCESO			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Paciente ingresado con cama asignada.</li> <li>Cuadro clínico, con indicaciones medicas</li> </ul>  <ul style="list-style-type: none"> <li>Paciente con indicaciones médicas y de enfermería realizadas.</li> <li>Cuadro clínico actualizado por la enfermera</li> </ul>			
Atención de enfermería <b>HOS-02-01-05</b>	<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Autor</b>
	Actual		HZ08003-NG08004-SS09034-ZR08005.
<b>Responsable</b>	Jefe de Enfermeras.		
<b>Objetivo</b>	Evaluar al paciente y definir indicaciones de enfermería de acuerdo a la gravedad del paciente		
<b>Entradas</b>	Paciente Ingresado, cama asignada <b>Documento:</b> Cuadro clínico actualizado por el medico 		
<b>Salidas</b>	Paciente con indicaciones médicas y de enfermería realizadas <b>Documento:</b> Cuadro clínico actualizado por la enfermera. 		
<b>Participantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermera Hospitalaria</li> <li>Auxiliar de Enfermería</li> </ul>		
<b>Recursos</b>	Horas-Hombre, formato de cumplimiento de indicaciones y hoja de enfermería, equipo médico, fármacos, insumos para limpieza.		
<b>Desglose de los Procedimientos</b>	<b>Procedimientos</b>	<b>Descripción de las tareas</b>	
	1. Evaluación del paciente <b>HOS-02-01-05-01</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revisar antecedentes médicos, actualizados.</li> <li>Realizar el registro de signos vitales del paciente, presión y temperatura.</li> <li>Examinar físicamente al paciente cuando la condición de salud lo amerita</li> <li>Consultar al paciente su estado de salud.</li> <li>Establecer diagnóstico de enfermería</li> </ul>	
	2. Formular el plan de atención de enfermería y cuidados al paciente <b>HOS-02-01-05-02</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formular el plan de cuidados de enfermería, según la condición del paciente</li> <li>Registrar el plan a seguir para cumplir indicaciones medicas</li> <li>Registrar del plan a seguir cuidados de enfermería.</li> <li>Informar al paciente los cuidados a seguir.</li> </ul>	

	<p>3. Ejecución del plan <b>HOS-02-01-05-03</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar la dosis diaria de medicamento al paciente <b>Vía parenteral</b> <b>Vía oral</b></li> <li>• Observar su evaluación o algún cambio en su condición.</li> <li>• Ejecutar actividades delegadas-limpieza de equipo médico.</li> <li>• Ejecutar actividades delegadas-cuidados del paciente según condición. <b>Cambio de suero</b> <b>Cambio de ropa de cama y batas</b></li> </ul>
	<p>4. Registro del cumplimiento o del plan <b>HOS-02-01-05-04</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registrar el cumplimiento de medicación del paciente.</li> <li>• Registrar la evolución del paciente.</li> <li>• Registrar el control de signos vitales.</li> <li>• Registrar el cumplimiento de actividades delegadas.</li> </ul>

**Normas de operación:**

Asegura el cumplimiento de guías clínicas y de enfermería, protocolos de atención, cuidados de enfermería.

Evaluación oportuna y permanente del paciente.

Llenado del expediente enfermería

**Observaciones:**

El personal de enfermería realiza un control por medio de diferentes libros de las actividades que se realizan en el servicio y de la gestión de indicaciones médicas realizadas. A si como también del movimiento diario de pacientes. La enfermera es la encargada de que el expediente permanezca en orden y actualizado con el cumplimiento de las indicaciones realizadas, además anexa al expediente la respuesta de los diferentes exámenes solicitados a los servicios de apoyo a diagnostico

**Documentos de referencia:**

Lineamientos técnicos de supervisión de enfermería.

Guías clínicas de enfermería

**Indicadores de interés para el proceso:**

Número de pacientes con complicaciones

**Formatos que la enfermera llena:**

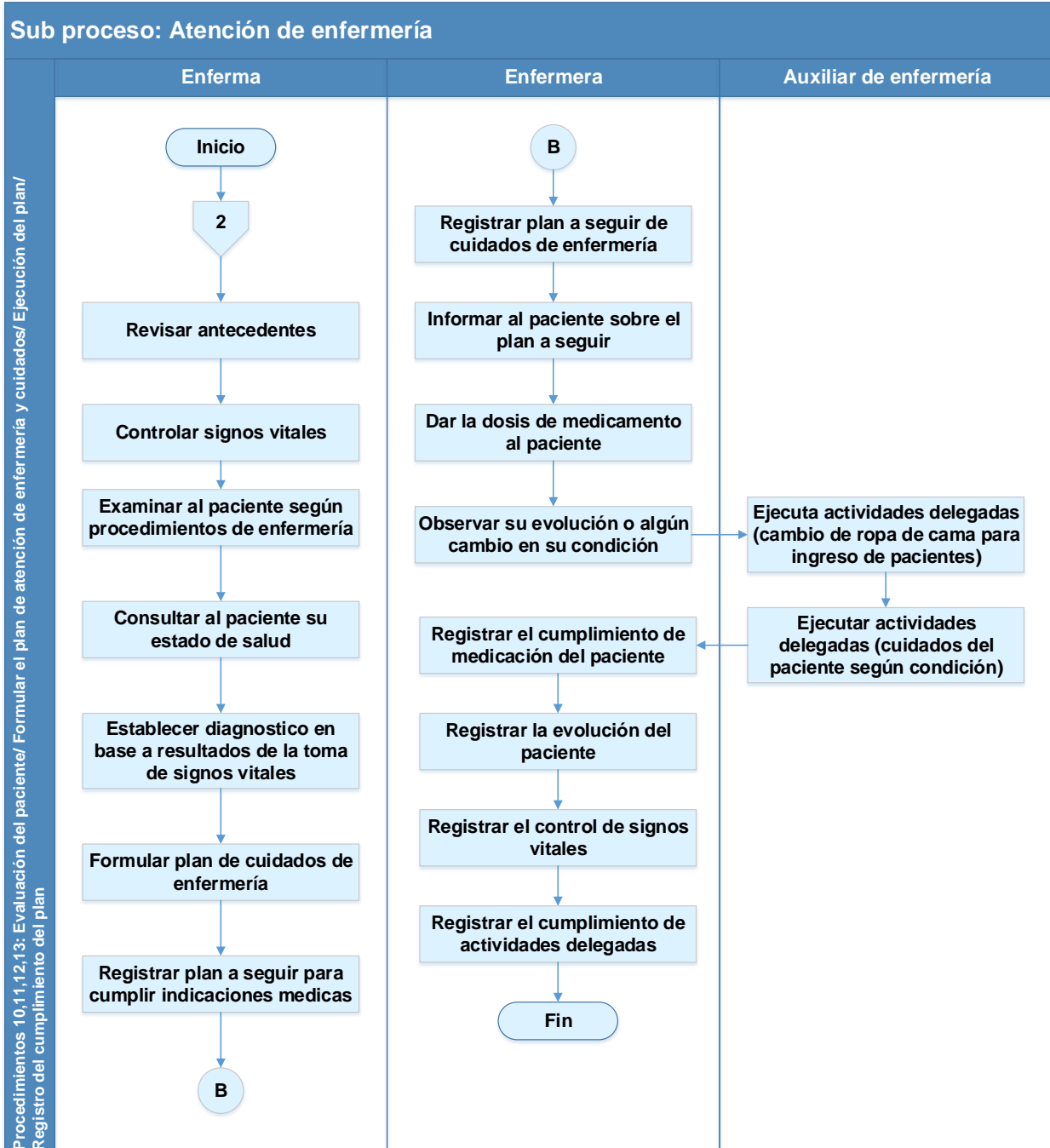
- Tratamiento y dieta del paciente
- Hoja de temperatura y pulso
- Requisición de dietas
- Orden del médico y cumplimiento de medicamentos
- Hoja de anotaciones de enfermería
- Tarjeta de indicaciones y cuidados de enfermería.

A demás se elabora una tarjeta por cada paciente para suministrar el medicamento oral y parenteral

**Análisis:** No se tiene documentación técnica de Procesos, ni indicadores que controlen este subproceso. Con el fin de tener un mejor control de su trabajo y de los insumos que se le asignan para realizarlo, las enfermeras llevan un registro a través de libros de todas las actividades y eventualidades que se presenten en el servicio. Todas las indicaciones que el médico establece son trasladadas a formatos propios de enfermería para su cumplimiento. Habiendo duplicidad de información. La enfermera en las diferentes tareas que realiza en este subproceso tiene una relación más cercana con el cliente externo por lo cual se debe procurar

fortalecerla calidez con la que ellas realizan las actividades. Existe un plan de asignaciones semanal rotativo para las actividades que se realizan dentro del servicio.



### 1.6.2 Diagrama de flujo del sub proceso Atención de enfermería





## 1.7 Sub proceso de Gestión de Alta Médica

### 1.7.1 Ficha subproceso Gestión de Alta Médica

<b>FICHA DE SUB-PROCESO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Paciente con indicación medica del alta → <b>Alta del paciente</b> →</li> <li>Egreso Hospitalario.</li> <li>Hoja de ingreso y egreso firmado por el medico-</li> </ul>		
<b>Gestión de Alta Médica HOS-02-01-06</b>	<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Autor</b>
	Actual		HZ08003-NG08004-SS09034-ZR08005.
<b>Responsable</b>	No tiene responsable		
<b>Objetivo</b>	Dar egreso al paciente, de los Servicios de Hospitalización		
<b>Entradas</b>	Paciente con indicación de alta  <b>Documento:</b> Expediente		
<b>Salidas</b>	Egresos Hospitalarios <b>Documento:</b> Hoja de ingreso y egreso firmada por el médico  Resumen de alta. Recetas de farmacia		
<b>Participantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermera Hospitalaria</li> <li>Auxiliar de Enfermería</li> <li>Médico de staff y residente</li> </ul>		
<b>Recursos</b>	Horas-Hombre, formatos, medicamentos, utilización de los servicios de ESDOMED-morgue y otros Servicios de Hospitalización.		
<b>Desglose de los Procedimientos</b>	<b>Procedimientos</b>	<b>Descripción de las tareas</b>	
	1. Alta por mejoría clínica <b>HOS-02-01-06-01</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Confirmar el alta</b> indicaciones de tratamiento a seguir a paciente, Familiares y enfermera responsable.</li> <li><b>Elaborar el resumen</b> de altas, las recetas médicas y la hoja de ingreso-egreso. De estas hojas se entregará la original al paciente y la copia será archivada en el expediente. Registra el alta en el libro de altas del servicio</li> <li><b>Seguimiento del Alta por enfermera.</b> Explica al paciente y familiares el tratamiento a seguir, dieta, tratamiento, próximos controles y cuidados específicos según su patología. Entregar Medicamento al paciente Retirar la ropa de cama del paciente.</li> <li><b>Cierre del expediente.</b> En esta tarea se ordena el expediente. Se envía a ESDOMED, Las radiografías se mandan al expediente de rayos x.</li> </ul>	
	2. Alta por traslado a otro servicio	<b>Documentos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nota de traslado.</li> </ul>	

	<p><b>HOS-02-01-06-02</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traslado firmado en hoja de ingreso y egreso</li> </ul> <p><b>Elaboración de registro de traslado</b> Esta tarea se inicia con la elaboración de la nota de traslado que contiene los datos más importantes de la evolución clínica. <b>(Interno)</b>. Llenar la hoja de ingreso y egreso en el área de traslado interno.</p> <p><b>Informar el traslado.</b> Se informa a la enfermera, al paciente y familiares indicándolos motivos de dicho traslado. Registra la información en el libro de altas y en el censo de movimiento de pacientes. Verifica que la información y la documentación clínica del paciente se encuentren completa.</p> <p><b>Ejecutar el traslado (Enfermera)</b> Contactar telefónicamente con el personal de enfermería del servicio donde el paciente será trasladado para verificar las condiciones del traslado. Revisa que el expediente este completo y que el paciente haya recibido el medicamento Trasladar al paciente al servicio.</p>
	<p>3. Alta por traslado a otro centro Hospitalario</p> <p><b>HOS-02-01-06-03</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Informar el traslado</b> Contactar con el facultativo del centro receptor informando la condición clínica del paciente y necesidad de traslado. Informar al paciente, familiares y enfermera Hospitalaria.</li> <li>• <b>Elaboración de registro de traslado</b> Elaboración de la nota de traslado, y la hoja de ingreso y egreso.</li> <li>• <b>Ejecutar el traslado</b> Enfermera anexara los exámenes complementarios que solicite el centro al que se va a referir Gestionar el traslado en ambulancia con trabajo social, acompañar al paciente en el traslado.</li> </ul>
	<p>4. Alta por defunción</p> <p><b>HOS-02-01-06-04</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Comunicación del fallecimiento</b> Comprobar el fallecimiento, informando a los familiares Informar a la oficina de información los datos personales del paciente fallecido para los trámites relacionados con el traslado del cadáver.</li> <li><b>Registro de defunción</b> Registrar en la hoja defunción proporcionada por ESDOMED, hoja de paro cardiorrespiratorio. Registrar el fallecimiento en el censo del servicio,</li> <li>• <b>Ejecutar Traslado</b></li> </ul>

		Facilita al médico el certificado de defunción, preparan al cadáver para el traslado a la morgue, lo identifican, trasladan el cadáver a la morgue.
	5. Alta Exigida <b>HOS-02-01-06-06</b>	<p><b>Informar al paciente y enfermera</b> Se informa al paciente las consecuencias de no seguir con su tratamiento en Hospitalización, Informar a enfermería el alta</p> <p><b>Tramitar firma de formulario correspondiente</b> Se le indica firmar la hoja de alta exigida, y la hoja de consentimiento no informado exonerando al Hospital.</p> <p><b>Elaboración de recetas y hoja de egreso</b> Elaborar las recetas y realizar las actividades por alta de mejoría</p>

**Normas de operación:**

Garantizar el completo llenado del expediente, registro de entrada y salida de pacientes (censo), coordinación a los servicios o Hospitales de transferencia  
Cumplimiento de indicaciones medicas  
Cuidados de traslados (uso barandal del carro-camilla).  
Se debe realizar una charla sobre los cuidados que el paciente deberá seguir en su casa.  
El expediente será entregado a ESDOMED, después de ser cerrado por el personal de enfermería del servicio, verificando que este se encuentre completo, con los exámenes anexos.

**Observaciones:**

- Se debe realizar el resumen del alta Hospitalaria o la hoja de alta exigida.
- Llenar la hoja de egreso Hospitalario
- Llenar la hoja de referencia o retorno
- Proporcionar al familiar las recetas médicas (enfermera)
- Y la tarjeta de citas en caso que el paciente quede en control con consulta externa (enfermera)

**Documentos de referencia:**

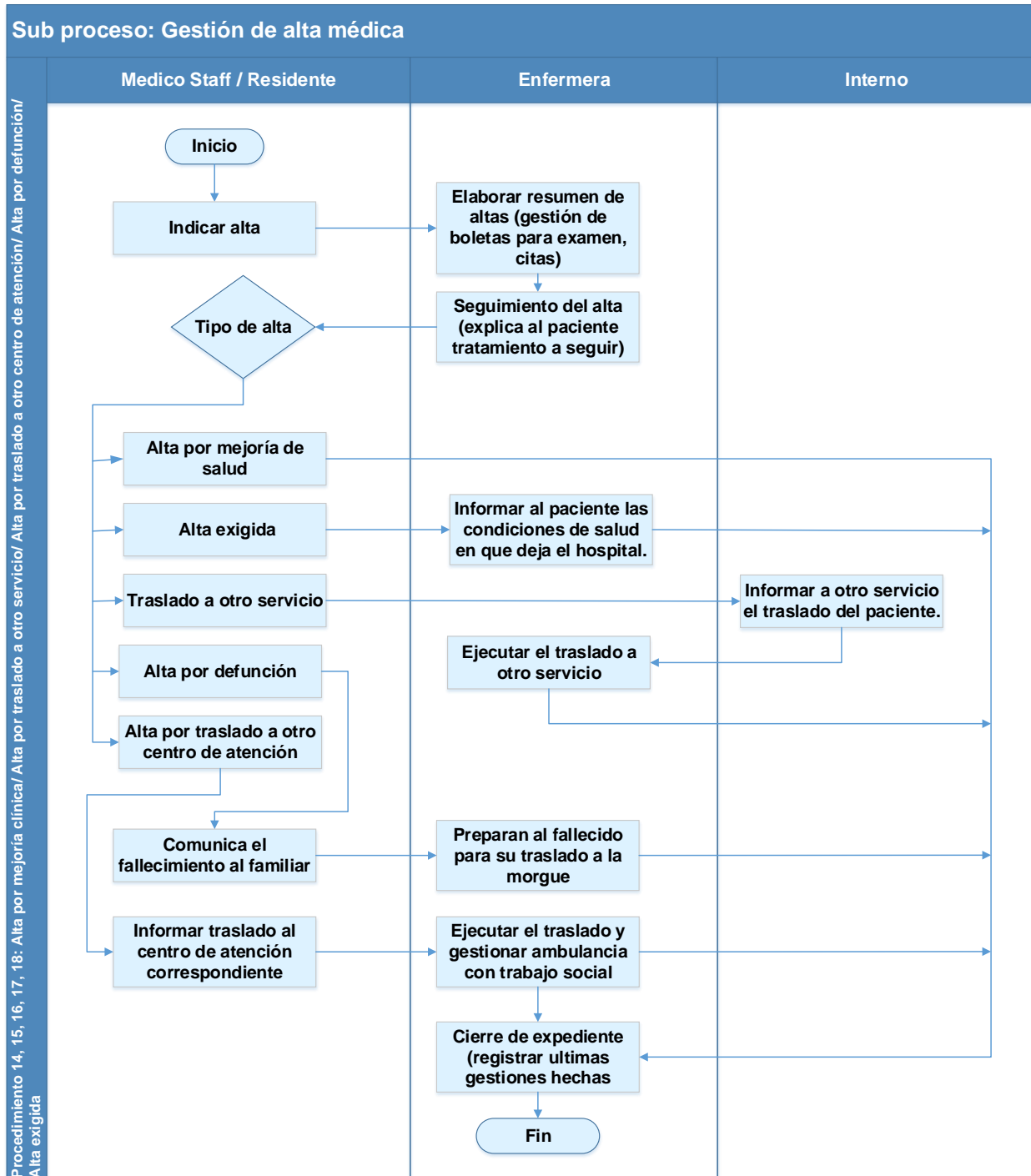
- En caso de defunción referirse a los lineamientos técnicos para el manejo de cadáveres. Lineamientos técnicos para la referencia, Retorno e interconsulta en las RIISS.

**Indicadores de interés para el proceso:**

- Numero diario de trasferecia a otro servicio
- Defunciones
- Egresos
- Tipo de alta

**Análisis:** No se cuenta con documentación técnica del proceso. En este proceso es el medico el que indica el alta según la condición del paciente, esta indicación se da en la ronda médica, el medico se encarga de llenar el resumen de alta y la hoja de egreso Hospitalaria, pero es la enfermera la que realiza todas las gestiones que conlleva el alta Hospitalaria. Este proceso tiene asignado ciertos indicadores que evalúan al proceso de Hospitalización en general. No se tiene un responsable específico para la realización de este proceso. Existe problemas con el levantamiento de la información del resumen de alta, que atrasa este proceso y que no permite que se desocupe una cama para el ingreso de un nuevo paciente al servicio de Hospitalización

## 1.7.2 Diagrama de flujo subproceso alta medica



### 1.7.3 Diferencias en el proceso de Hospitalización, entre los tres Hospitales.

Cuadro 48 Diferencias entre Hospitales del proceso de Hospitalización

Proceso de Hospitalización	Hospitales		
	Subprocesos	HNR	HNNBB
<b>1. Gestión de ingreso de paciente</b>	<p>Todos los pacientes entran por el área de emergencias (tanto programados en consulta externa como los de emergencias).</p> <p>Se tiene un Comité gestor de camas, encargado de gestionar la fecha en que el paciente programado será ingresado al servicio de Hospitalización.</p>	<p>El personal de ordenanza es el encargado de acompañar al paciente y su responsable respectivo (padre, madre o tutor) hacia el servicio de Hospitalización.</p>	<p>Paciente llega por su cuenta o acompañada con un familiar, cuando se tiene ingreso programado, no es llevada por personal de enfermería.</p>
<b>2. Gestión de cama</b>	<p>Se lleva a paciente al servicio hasta el momento en que se tiene lista la cama en donde será ingresado.</p> <p>En condiciones especiales, se permite que un responsable o familiar permanezca cerca del servicio y pueda acompañar al paciente durante la noche. Como norma, el acompañante debe permanecer fuera del servicio, pero no se respeta ya que el familiar/acompañante suele entrar y salir constantemente del servicio en horarios no habilitados.</p>	<p>El encargado del paciente (padre, madre o tutor) puede acompañar al paciente de forma permanente en el servicio.</p> <p>Los formularios tienen código de color y se posee un formulario que resume los resultados de pruebas.</p>	<p>Se tienen sillas en pasillo del servicio de Hospitalización para la espera de la asignación de cama.</p> <p>El personal de enfermería se apoya del personal de servicios generales para preparar la cama de pacientes de ingreso.</p> <p>El familiar o acompañante no puede permanecer en el servicio, puede ver a la paciente hasta la hora de visita.</p>

	<p>Se tienen camas-carrito extras a las camas permanentes del servicio. No se cuentan como camas censables, por esta razón, al tener una cama libre se transporta al paciente del carro a la cama disponible.</p>		
<b>3. Evaluación médica</b>	<p>La visita médica se realiza a partir de las 7:00 a.m.</p>	<p>La visita médica se realiza a partir de las 8:30 a.m.</p> <p>En algunos servicios, las anotaciones en los expedientes se realizan al finalizar la ronda médica, generando confusiones con las indicaciones correspondientes a cada paciente.</p> <p>Al terminar la visita médica, se dejan los expedientes ubicados de forma que la enfermera los pueda tomar inmediatamente.</p>	<p>La visita médica se realiza a partir de las 8:00 a.m.</p> <p>Pocos médicos interactúa de forma verbal con la paciente.</p>
<b>4. Gestión de indicaciones</b>	<p>La gestión es realizada por la enfermera que se le ha delegado, entre otras funciones, la gestión con los servicios de apoyo.</p> <p>Además de la farmacia de Hospitalización la cual trabaja en horario administrativo, se cuenta con el apoyo de farmacia de emergencia, el cual funciona 24 horas a la que se</p>	<p>La gestión es realizada por la auxiliar de enfermería o por secretaria del servicio.</p> <p>Una sola farmacia, habilitada en horario administrativo.</p> <p>El servicio de farmacia es el encargado de llevar las medicinas a los Servicios de Hospitalización.</p>	<p>Enfermera es quien traslada los medicamentos al servicio de Hospitalización.</p> <p>Se cuenta con tres áreas para las respectivas farmacias, pero solo funciona una para todas las áreas del Hospital, en horario Hospitalario.</p> <p>Los resultados de las pruebas son leídos en las terminales de los</p>

	<p>le puede solicitar en horarios no administrativos. Enfermera es quien traslada los medicamentos al servicio de Hospitalización.</p> <p>Se quiso implementar la sistematización digital, pero no se realizó ya que el personal de los Servicios de Hospitalización se negó a adoptar el cambio.</p> <p>La comida se prepara en el Hospital. La entrega de los alimentos lo hace el personal de cocina, que pertenece a los servicios generales.</p>	<p>Los resultados de las pruebas son leídos en las terminales de los Servicios de Hospitalización, a través del sistema digital. Se imprimen los resultados y en ocasiones no son recogidos. No se tiene control de quien revisa los resultados a través del sistema digital.</p> <p>La comida se prepara en el Hospital. La entrega de alimentos lo hace auxiliar de enfermería a los responsables del paciente. Para la alimentación con pacha, estas llegan al servicio y auxiliar llama a responsable para recogerla y alimentar al paciente.</p>	<p>Servicios de Hospitalización, a través del sistema digital y se tiene control de quien revisa los resultados en este medio. No se incurre en gastos de papelería.</p> <p>La preparación de comida depende de una empresa subcontratada, la cual prepara los platos según la dieta solicitada en cada servicio. Personal de estas empresas hacen la entrega de comida a pacientes. El área de nutrición es el encargado para preparación de fórmulas para alimentar a neonatos ingresados.</p>
<p><b>5. Atención de enfermería</b></p>	<p>Enfermeras Hospitalarias cumplen con las funciones que corresponden a la plaza de auxiliar de enfermería.</p>	<p>Poseen auxiliar de enfermería</p> <p>Hay actividades de enfermería en que el personal se auxilia de los responsables del paciente para realizarlas, como la alimentación, aseo personal y medicación oral.</p> <p>En algunos servicios el personal de enfermería se reparte por camas y realiza todas las funciones en los pacientes asignados, y en otros servicios cada enfermera tiene como responsabilidad algunas funciones y</p>	<p>Enfermeras Hospitalarias cumplen con las funciones que corresponden a la plaza de auxiliar de enfermería.</p> <p>Se apoyan con la ayuda del personal de los servicios generales.</p>

		cumplirlas en todas las camas del servicio.	
<b>6. Gestión de alta médica</b>	<p>Se da en cualquier momento, de preferencia acompañado de familiar, en caso contrario se puede retirar según la condición de salud y puede pedir a trabajo social que le trasladen en ambulancia a su hogar o zona cercana a donde reside.</p> <p>Horario de visita de 12:00 m. a 2:00 p.m.</p>	<p>El alta se puede dar en cualquier momento y solo se puede retirar con el responsable y cuando este haya retirado los medicamentos de la farmacia.</p> <p>Al dar de alta a un paciente, se quita ropa de cama, se desinfecta y se deja el colchón "levantado", hasta que se asigne la cama a otro paciente.</p> <p>Horario de visita de 10:00 a.m. a 12:00m.</p>	<p>El alta se da en el horario de visita de 11:00 a.m. a 1:00 p.m.</p> <p>Se realiza una charla colectiva para las mujeres que han sido dadas de alta junto al recién nacido, en algunos Servicios de Hospitalización.</p>

Fuente: elaboración propia basada en la observación de los Servicios de Hospitalización.



## 1.8 Sistema de costo actual utilizado en el proceso de Hospitalización

### 1.8.1 Utilización de la herramienta PERC, como parte de la Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud, de la OPS

La OPS coloca la Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud (MGPSS) y sus herramientas de apoyo a disposición de los gestores de servicios de salud, como una alternativa para facilitar el análisis de la información, su pertinencia, la eficiencia, la calidad de la atención, la negociación de acuerdos de gestión (contratos) y la gestión de costos y finanzas en el ejercicio de la atención en salud.

Ofrece elementos para facilitar el análisis de la pertinencia, eficiencia y calidad de la producción, de la negociación y del control de los acuerdos de gestión y para la generación de una nueva cultura institucional orientada a la racionalización de costos y la maximización de la productividad.

La MGPSS se basa en el análisis de la producción, eficiencia, recursos y costos (PERC) de los servicios de salud. El análisis del PERC se facilita mediante el uso de indicadores de desempeño que proveen a los gerentes una visión estratégica del manejo de los establecimientos de salud o de las redes de servicios de salud. El principio básico de la metodología es que cada aspecto del proceso productivo se debe y se puede cuantificar para el control y evaluación, así como para proveer la base del mejoramiento continuo en la capacidad de producción de los servicios de salud.

Ilustración 47 Enfoque productivo de la MGPSS



Fuente: Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud - Introducción y Generalidades

La Herramienta Digital PERC, denominada así por las siglas de *Producción, Eficiencia, Recursos y Costos*, consolida la información, genera cuadros, gráficas y tableros que permiten realizar el análisis de variables por centros de costos y servicios con elaboración de patrones de comportamientos, análisis de costos, series históricas, rendimientos y niveles de eficiencia.

Permite la programación y un presupuesto sustentado en el análisis de la demanda, la capacidad productiva institucional y en los protocolos de atención, que ofrece opciones más sólidas para determinar las metas de producción, y los requerimientos de procedimientos terapéuticos,

diagnósticos y de otra índole, y de recursos humanos e insumos esenciales. Es un esquema de evaluación de la productividad y del análisis de la eficiencia institucional al comparar resultados con programación, atención brindada con protocolos, costos actuales o presuntivos y capacidad de producción real con la potencial. (Organización Panamericana de la Salud, 2010)

### **1.8.1.1 Alimentación del Sistema de Costos a través de la herramienta PERC en los Hospitales de Tercer Nivel**

La herramienta PERC se alimenta con la información actualizada generada por las diferentes áreas de los servicios de atención Hospitalaria ofrecidos en los diferentes Hospitales. Es así como se tienen siete formularios los cuales son llenados por responsables asignados, con la información proporcionada por las áreas antes mencionadas, que para el sistema serán conocidos como los centros de costos. En el siguiente esquema se muestran los siete formularios que son alimentados con la información proveniente las diversas áreas del Hospital, y cuál es la unidad encargada de llenar cada uno de estos:

*Cuadro 49 Proveedores y tipo de información del sistema PERC*

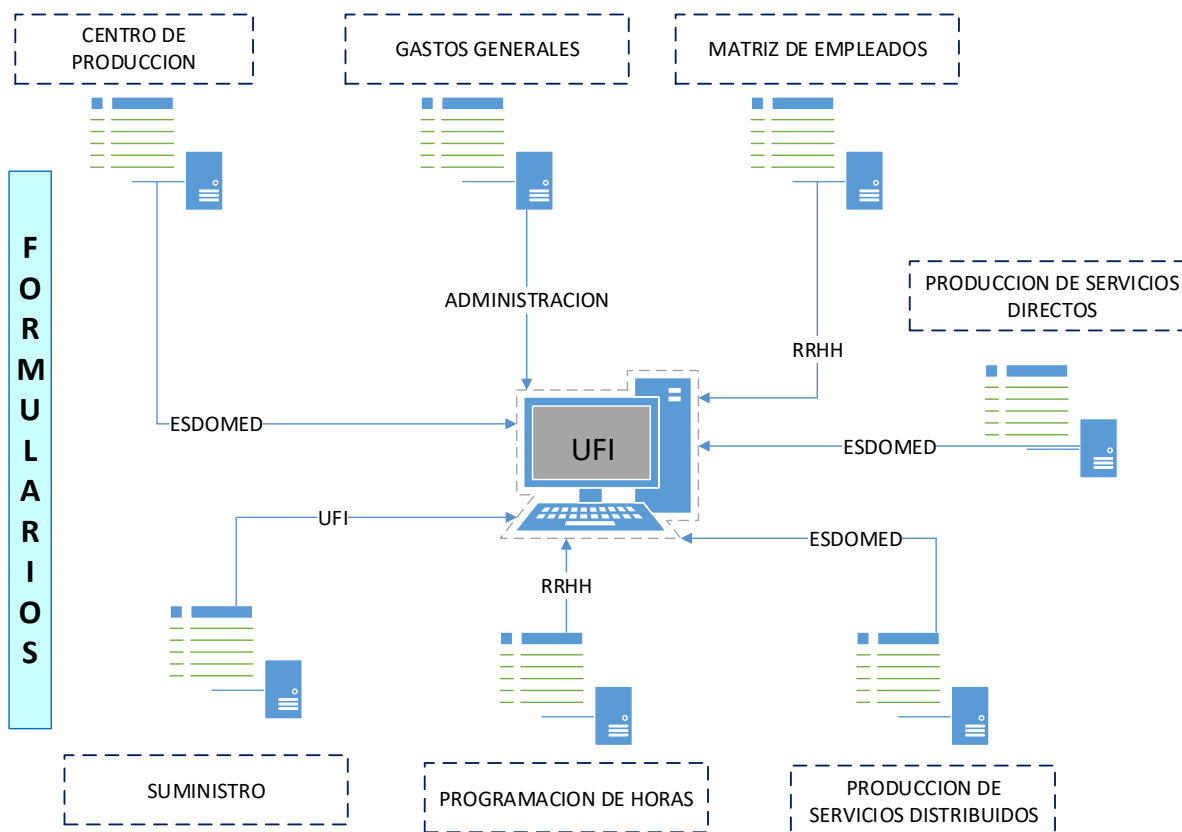
<b>Centros de producción (generadores de la información)</b>	<b>Formularios</b>	<b>Jefaturas responsables de llenar formularios con la información generada</b>
Todas las áreas del Hospital que generan un servicio (administrativo, general, división médica, diagnóstico, apoyo clínico)	Centros de Producción	ESDOMED
Centro de producción finales (Servicios de Hospitalización, Hospital de día, consultas)	Producción de Servicios	
Servicios de diagnóstico, apoyo clínico y generales	Producción distribuida	
Recursos humanos	Matriz de empleados	Recursos Humanos
Recursos humanos (o división médica)	Programación de horas	
Servicios generales	Gastos generales	Administración
Centro de distribución de insumos	Suministros	UFI
Almacenes		
Mantenimiento		
Farmacia		

Fuente: elaboración propia a partir de consulta con área de Planificación de los Hospitales y Coordinación Nacional de Hospitales de Tercer Nivel.

Los formularios al ser llenados, pasan a la UFI para que esta unidad alimente el sistema informático de costos con la información consolidada. El primer elemento fundamental es la definición de los centros de producción (centros de costos), que para el proceso de Hospitalización estos serán los Servicios de Hospitalización que ofrece cada Hospital de Tercer

Nivel y los servicios de apoyo clínico, diagnóstico y generales que intervienen en él. Para el proceso de Hospitalización, la información se genera desde dos grandes áreas, la primera es en los Servicios de Hospitalización, cada servicio (que en su mayoría son una especialidad médica) realiza los reportes mensuales de los recursos utilizados y consumidos para la atención de los pacientes ingresados en ese periodo y esto es entregado a las unidades responsables de cada tipo de recurso, estas unidades son: la jefatura de ESDOMED, jefatura de UFI, jefatura de Administración y la jefatura del Centro de Distribución de Insumos médicos. La segunda área que reporta información a las unidades antes mencionadas son los servicios de apoyo que intervienen durante el servicio de atención Hospitalaria del paciente que genera egreso.

Ilustración 48 Esquema de manejo de información en formularios para el Sistema de Costos de cada Hospital



Fuente: elaboración propia en base a reunión con planificación de HNR y Coordinación de Hospitales de Tercer Nivel

### 1.9 Formularios utilizados en el servicio de Hospitalización.

A continuación, se presentan los documentos a utilizar en el proceso de Hospitalización según la *Norma técnica para los departamentos de estadística y documentos médico de Hospitales nacionales año 2003*, tiene el objetivo de normar las actividades de los departamentos de estadísticas y documentos médicos para brindar los lineamientos para la organización y funcionamiento de los mismos.

El personal de salud que atiende al paciente, detallará en los formularios del expediente toda información y documentación que garantice y certifique la atención del paciente; los formularios

siempre debe identificarlos con el nombre completo del paciente, edad (según el documento de identidad de la persona) y número de expediente.

Las anotaciones en el expediente se harán con tinta, con letra y números legible y en estricto orden cronológico, anotando al final de cada atención o consulta el nombre del responsable de la atención, firma y código de profesional.

Tabla 48: Documentos utilizados en el proceso de Hospitalización.

Categoría	Formulario	HNR	HNNBB	HNM
Formularios de expediente (evolución del paciente)	Hoja de diagnóstico y problemas		x	
	Hoja resumen de examen médicos.		x	
	Hoja de balance hídrico	x	x	x
	Hoja de signos vitales	x	x	x
	Hoja de temperatura y pulso - grafica	x	x	x
	Hoja de control de tensión arterial, pulso y diuresis			x
	Notas de evolución	x	x	x
	Hoja de indicaciones medica	x	x	x
	Hoja para anexar informes de laboratorio	x	x	x
	Historia clínica	x	x	x
	Hoja de reporte obstétrico			x
	Hoja de signos vitales en trabajo de paros y uso de fármacos en infusión			x
	Historia prenatal y del parto			x
	Formulario para notificación individual de infecciones.	x	x	x
	Hojas para interconsulta	x	x	x
	Hoja de ingreso y egreso	x	x	x
	Hoja para resumen de alta	x	x	x
	Hoja de rechazo de tratamiento médico y alta exigida	x	x	x
	Hoja de consentimiento informado	x	x	x
Ficha de identificación	x	x	x	
Gestión de Servicios de Apoyo	Hoja de requisición de dietas	x	x	x
	Hoja de recetas de medicamento farmacia.	x	x	x
	Solicitud de trabajo para mantenimiento (mobiliario y equipo)	x	x	x
	Formulario de solicitud de sangre	x	x	x
	Hoja de solicitud de otros exámenes auxiliares de diagnóstico y tratamiento	x	x	x
Formulario de enfermería	Notas de enfermería	x	x	x
	Tarjeta de indicaciones médicas y de enfermería.	x	x	x

Fuente: Norma técnica para los departamentos de estadística y documentos médico de Hospitales nacionales

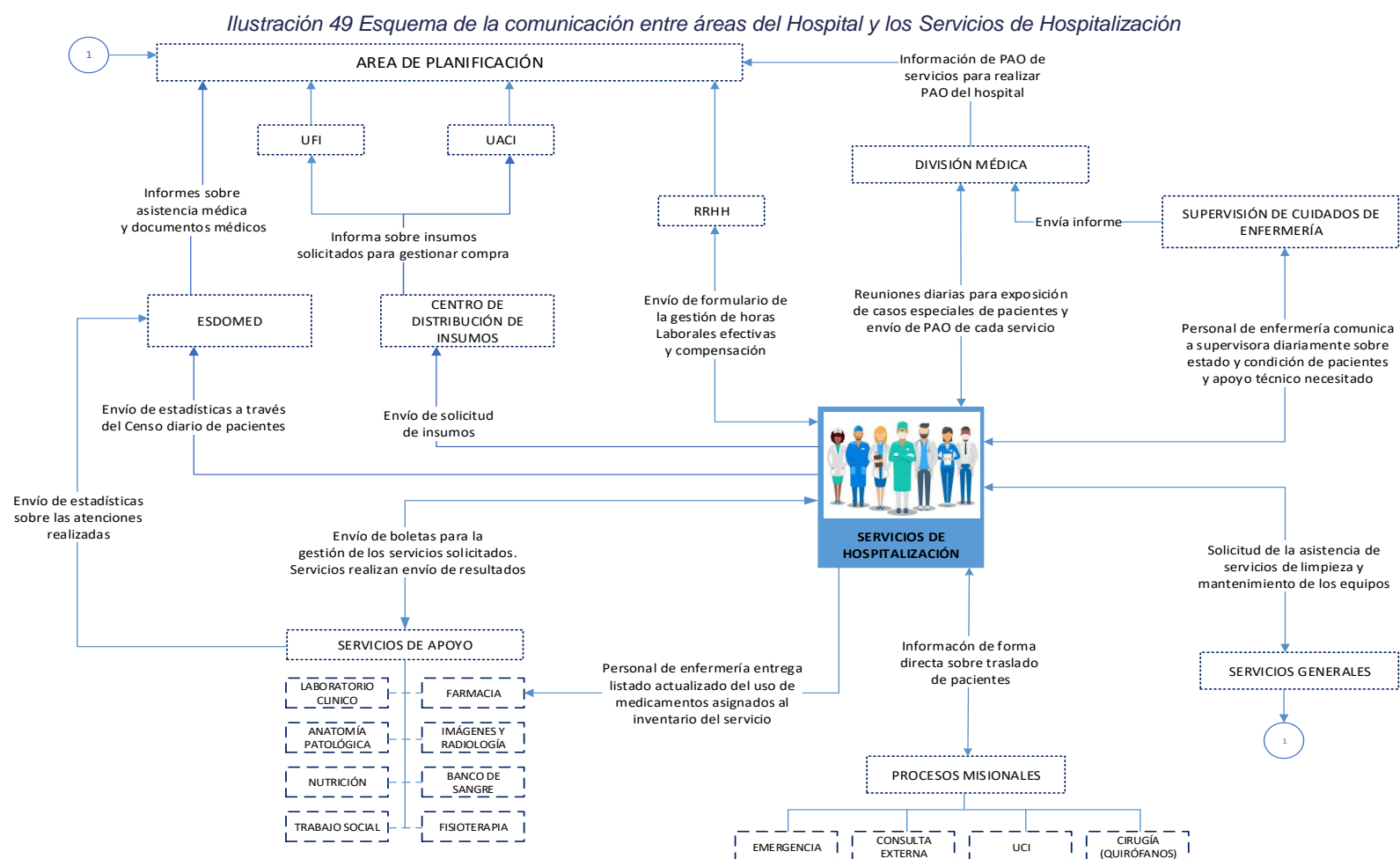
Observaciones:

- El HNNBB y HNM, tienen las paginas enumeradas en la parte derecha inferior según el orden del expediente
- El HNNBB tiene las paginas secciones en colores rosada, amarilla, celeste y verde.
- En el HNNBB la Hoja de ingreso y egreso, la utilizan por separado.
- El ordenamiento de los formularios del expediente se hará de acuerdo a un orden preestablecido, lo cual ningún Hospital lo cumple.
- Las enfermeras llenan “libros”, en el cual colocan el historial de cada uno de los pacientes, los cuales no están normados y toman tiempo para su llenado.
- El HNM tiene formularios únicos, debido al tipo de perfil del cliente.
- Existen formularios que no están normados dentro del expediente los cuales son de Gestión de servicio de apoyo, ya que no son documentos de la evolución del cliente.

**Nota:** según el acuerdo 186 el formato de consentimiento informado ya no es el mismo que aparece en el documento estadísticos, se cambió su estructura (ver anexo).

### 1.9.1 Comunicación entre áreas del Hospital y los Servicios de Hospitalización

Es importante reconocer como se da el flujo de información entre las áreas del Hospital y los Servicios de Hospitalización, para la toma de decisiones o solicitud de asistencia tanto de las áreas estratégicas del Hospital como las de apoyo clínico y de diagnóstico, debido a que esta interrelación de departamentos afecta directamente en la atención del paciente.



Fuente: elaboración propia en base a información primaria

## 1.10 Resultado de la caracterización de los Procesos priorizados

El objetivo principal de este estudio es determinar la situación actual del proceso de Hospitalización en los Hospitales de Tercer Nivel, para ello se procedió al análisis de los Procesos priorizados a fin de identificar los posibles problemas que no permiten ofrecer un servicio de calidad (tiempos de atención adecuados, atención al usuario, buen manejo de información, documentación técnica completa, etc.) resulta de suma importancia para el proceso de Hospitalización ya que se convierten en los principales puntos de mejora a tratar.

Se realizó la caracterización de los Procesos priorizados como paso inicial para la identificación de elementos esenciales necesarios para llevar a cabo cada proceso y la definición de sus principales características facilitando su entendimiento, análisis, gestión y el control de sus interrelaciones como parte del sistema; adquiriendo una visión Integral para la adopción de un enfoque basado en Procesos.

A partir de la caracterización de los Procesos, observación directa y múltiples entrevistas con personal que participa en el proceso de Hospitalización, se lograron identificar posibles problemas que afectan la calidad en la prestación del servicio los cuales se considerarán hipótesis hasta no profundizar en ellos, estos se detallan a continuación:

- **Inexistencia de documentación técnica que respalde los Procesos estratégicos, de apoyo y operativos.**

Los Hospitales de Tercer Nivel, específicamente en los Servicios de Hospitalización carecen de documentación técnica de Procesos estratégicos, tácticos y operativos.

El proceso operativo no posee documentación que los encargados podrían seguir para una medición y control de los Procesos.

- **Deficiencia en la identificación de (responsables) de los Procesos.**

No se posee un responsable de los sub Procesos que se deben realizar al ejecutar el proceso operativo, esto genera que el control se encuentre descentralizado.

- **Inexistencia de Procesos establecidos en las áreas gerenciales para la toma de decisiones.**

No se posee documentación técnica de Procesos en donde se mapeen los procedimientos a seguir. Esta falta de Procesos deriva en un descontrol de los indicadores de proceso.

- **Desactualización de normativas y lineamientos que apoyan indirectamente la gestión del proceso de Hospitalización.**

No se poseen lineamientos actualizados sobre procedimientos que mejorarían potencialmente el grado de interés de los usuarios, las actividades que se ejecutan en el proceso de Hospitalización se encuentran especificadas en el manual de descripción de puestos de trabajo del MINSAL, se realiza una asignación de estas por medio de las funciones establecidas para cada puesto de trabajo. Cada Hospital también posee normativas internas que se deben cumplir en la ejecución del proceso y que no se encuentran homologadas.

- **Formatos no estandarizados en los diferentes Hospitales del Tercer Nivel**

Existe una gran cantidad de formatos y boletas que se deben llenar para la realización de cada uno de los procedimientos del proceso de Hospitalización, volviendo algunos procedimientos de los sub Procesos gestión de indicaciones, evaluación médica y atención de enfermería, burocrática y lenta. Algunos de estos formatos difieren en los tres Hospitales. Las enfermeras llevan registros para tener un mayor control por medio de libros internos los cuales no se encuentran estandarizados, con lo cual el control del proceso se vuelve ineficiente.





ANÁLISIS DEL  
PROCESO DE  
HOSPITALIZACIÓN EN  
EL TERCER NIVEL DEL  
MINSAL  
CAPITULO 5

# 1 Análisis de información secundaria de los Hospitales de Tercer Nivel

Después de analizar la información más representativa de los diferentes Hospitales, el siguiente paso es realizar un análisis comparativo de dicha información

## 1.1 Análisis de la Filosofía de la institución

### Misión

De acuerdo a lo analizado en los diferentes Hospitales, existen características compartidas por los 3 Hospitales, en su construcción, su función de brindar salud a la población es un factor que resalta en cada una de ellas y se observa la diferenciación de en los segmentos de mercado a los cuales se encuentran destinados

Como se observa en la tabla siguiente:

*Cuadro 50 Análisis de misión de los diferentes Hospitales*

Componente	HNR	HNNBB	HNM	Observación
<b>Clientes</b> ¿Quiénes son ellos?	a la población salvadoreña mayor de 12 años de edad	a la población pediátrica	a la población, aunque queda general no hace referencia a su cliente, la mujer	Los 3 presentan una distinción de clientes establecidas acorde a la población a la cual están dirigidas
<b>Productos</b> ¿Cuáles son los productos o servicios de la organización?	servicios de salud en medicina interna, cirugía y sus especialidades... tanto en emergencias como en Hospitalización y consulta externa	brinda atención de salud... a través de servicios especializados	atención médica en las especialidades de ginecología, obstetricia, neonatología y sus ramas afines	Al tratarse de Hospitales de 3er nivel, todos enmarcan como característica general la atención especializada
<b>Mercado</b> ¿Dónde compite la organización?	población salvadoreña.	No lo manifiesta explícitamente, sin embargo, el nombre de la organización "Hospital Nacional de niños"	No lo manifiesta explícitamente, sin embargo, el nombre de la organización "Hospital Nacional de la mujer"	El mercado explícitamente solo lo describe el HNR, mientras que los otros no especifican el

		denota el mercado al que está dirigido, además de mencionar que es de referencia.	denota el mercado al que está dirigido.	mercado, al ser Hospitales de referencia nacional, el mercado de los 3 correspondería a la población salvadoreña
<b>Tecnología</b> ¿Cuál es la tecnología básica de la organización?	No hace mención al uso o creación de tecnología	No hace mención al uso o creación de tecnología	realizar investigación científica	Ha este componente solo el HNM hace referencia a la investigación científica, mientras que en el resto no se toma en cuenta en la construcción de la misión
<b>Preocupación por la supervivencia, rendimiento y rentabilidad</b> ¿Cuáles son los objetivos económicos de la organización?	No se menciona explícitamente. Sin embargo, expresa que es una institución Nacional, por lo tanto, sus fondos provienen del estado.	No se menciona explícitamente. Sin embargo, expresa que es una institución Nacional, por lo tanto, sus fondos provienen del estado.	No se menciona explícitamente. Sin embargo, expresa que es una institución Nacional, por lo tanto, sus fondos provienen del estado.	Ningún Hospital hace referencia a el rendimiento y la rentabilidad, pero al ser nacionales, su función no pasa por la rentabilidad de capital
<b>Concepto propio</b> ¿Cuáles son las principales fortalezas y ventajas competitivas de la organización?	especialidades; con eficiencia, eficacia, efectividad, calidad y calidez; tanto en emergencias como en Hospitalización y consulta externa	servicios especializados, con recursos humanos multidisciplinares	participar en el desarrollo del recurso humano médico, de enfermería y paramédico	El concepto propio cada uno hace referencia a conceptos propios y diferentes, por lo que establece las ideas a seguir individuales
<b>Filosofía</b> ¿Cuáles son las creencias básicas, valores, aspiraciones	Señala que es desea satisfacer necesidades en salud; además con eficiencia, eficacia,	garantizan la satisfacción del usuario	cumplir con los requerimientos y exigencias según estándares	Hay una tendencia clara en poner al usuario como el centro de las actividades, salvo el

y prioridades filosóficas de la organización?	efectividad, calidad y calidez		internacionales de calidad y seguridad	HNM que merecería la pena mencionarlo además de hacer referencia a la estandarización y acreditación
<b>Preocupación por su imagen pública</b> ¿Cuál es la responsabilidad pública de la organización y qué imagen desea?	calidad y calidez, como parte de la imagen que puede ser percibida por la población	basada en valores, como parte de la imagen que brinda a la población	calidad y seguridad, como parte de la imagen que brinda a la población	La calidad resalta como principal atributo que se quiere implementar en la percepción de la población
<b>Preocupación por los empleados</b> ¿Cuál es la actitud de la organización hacia sus empleados?	Aunque no hace referencia explícitamente de la formación del personal, incluye que se cuenta ser uno de los tres principales Hospital Escuela del País, lo que hace notar personal capacitado y en crecimiento	Aunque no hace referencia explícitamente de la formación del personal, incluye que se cuenta con recursos humanos multidisciplinarios	desarrollo del recurso humano médico, de enfermería y paramédico	Al ser Hospitales escuela, el desarrollo del recurso humano es parte importante de la misión institucional establecida y compartida entre el nivel de atención

Fuente: elaboración propia

## Visión

Cuadro 51 Análisis de visión de los diferentes Hospitales

Componente	HNR	HNNBB	HNM	
¿Qué es lo que realmente queremos?	Constituirse en un Hospital que satisfaga la demanda de Tercer Nivel de atención en las especialidades de medicina y cirugía	Convertirnos en un Hospital público de referencia líder en atención especializada que brinde servicios médicos de avanzada a la población pediátrica	Ser el Hospital de referencia a nivel nacional en la especialidad de ginecología, obstetricia y neonatología	Se comparte la visión de ser Hospitales de referencia nacional con atención especializada de las diferentes especialidades
¿A qué nos gustaría llegar en el futuro?	Constituirse en un Hospital ... y con acreditación como Hospital Escuela dentro del Sistema Nacional de Salud	Convertirnos en un Hospital público de referencia... basada en la búsqueda permanente del crecimiento profesional y excelencia científica e investigativa	Ser el Hospital de referencia a nivel nacional en la especialidad de ginecología, obstetricia y neonatología con mejores ambientes de infraestructura, tecnología y recurso humano	Las metas a futuro son diferentes, acordes a las necesidades de c/u Se observan objetivos claros y al alcanzables
¿En qué lugar del mercado nos visualizamos en el futuro?	población mayor de 12 años ... aquí se hace énfasis de la población a la cual está referida	a la población pediátrica... aquí se hace énfasis de la población a la cual está referida, contrario a la misión.	No lo manifiesta explícitamente, sin embargo, el nombre de la organización "Hospital Nacional de la mujer" denota el mercado al que está dirigido.	El mercado permanecería constante al ser Hospitales de referencia nacional
¿Cuál es el sueño de la organización?	No se visualiza un sueño como institución por alcanzar	un sistema de valores que evidencie y garantice la satisfacción del usuario	garanticen proporcionar atención médica de calidad	El sueño general es mejorar la atención medica de los usuarios

Fuente: Elaboración propia

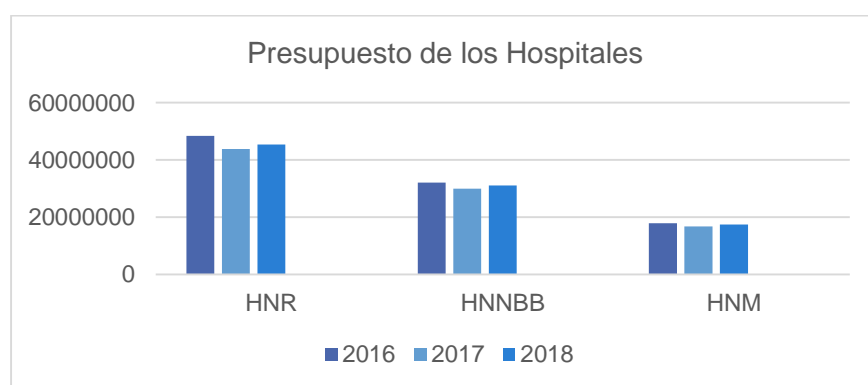
## 1.2 Análisis del Presupuesto

Tabla 49 Presupuesto en Hospitales de 3er nivel

Presupuesto en los Hospitales de Tercer Nivel						
		2016	2017	2018	Promedio	%
Hospital Rosales	Nacional	48,467,510	43,791,121	45,394,725	45,884,452	49%
Hospital Bloom	Benjamín	32,074,370	29,980,928	31,121,470	31,058,922	33%
Hospital Nacional de la Mujer		17,935,220*	16,817,736	17,513,045	17,422,000	18%
<b>Total</b>		<b>\$98,477,100</b>	<b>\$90,589,785</b>	<b>\$94,029,240</b>	<b>\$94,365,375</b>	

Fuente: Datos del MINSAL

Ilustración 50 Presupuesto de Hospitales de Tercer Nivel



Fuente: Datos del MINSAL

El presupuesto de los Hospitales es diferenciado, de acuerdo a la demanda y al tipo de usuarios a los cuales están destinados a brindar su servicio, teniendo un mayor mercado el Hospital Nacional Rosales

### 1.2.1 Análisis de presupuesto de Hospitalización

El presupuesto asignado a el proceso misional de Hospitalización es porcentual a lo entregado por el MINSAL a los diferentes establecimientos, en general el 85% del presupuesto que percibe el Hospital pasa a Hospitalización.

Tabla 50 Análisis de Presupuesto vs Egresos de los Hospitales de 3er nivel

	HNR	HNNBB	HNM
Promedio Presupuesto Total	45,884,47	31,058,92	17,422,00
	5	3	1
Promedio Presupuesto Hospitalario	39,408,47	27,221,51	14,463,99
	9	6	6
% de asignación	85%	87%	84%
Promedio de Egresos	21,502	10,659	20,073
\$ utilización por egreso	1,832.78	2,255.85	720.57

Fuente: elaboración propia, datos del SIMOWW

El área de Hospitalización recibe del presupuesto general de Hospitales entre el 84% y el 87%, se podría decir un constante en los diferentes Hospitales, es de destacar que el área de atención Hospitalaria corresponde a los Procesos de Hospitalización, cirugía y UCI.

El costo de inversión por egreso establece que los costos más altos por egreso corresponden al HNNBB, seguidos del HNR.

### 1.3 Análisis comparativo de recurso humano en los Hospitales del Tercer Nivel de acuerdo a cama.

Tabla 51 Análisis comparativo de recurso humano en los Hospitales del Tercer Nivel de acuerdo a cama

Año 2018	HNR	HNNBB	HNM
Medico	3.42 camas/medico	1.93 camas/medico	2.15 camas/medico
Enfermera por turno	6.70 camas/enfermeras	3.21 camas/enfermera	4.75 camas/enfermeras
Personal de enfermería faltante	99	No hay escases de personal	24

Fuente: elaboración propia, datos del MINSAL

La cantidad de personal de enfermeras que se necesita para atender cada una de las camas ocupadas, en los Servicios de Hospitalización según el estándar en horas proporcionado por el MINSAL, se observa los escases de estos recursos en el HNR y HNM, en el HNNBB se tienen 21 enfermeras más en el área de Hospitalización, con respecto a los demás Hospitales que están necesitados de personal.

#### 1.3.1 Demanda y capacidad instalada

Tabla 52 Capacidad Instalada de Hospitales de 3er nivel

	Hospital	2016	2017	2018	Ultimo cambio entre 2017-2018
Planes Operativos	HNR	699	694	695	+1
	HNNBB	396	396	396	0
	HNM	420	422	428	+6
Datos MINSAL	HNR	522	522	536	+14
	HNNBB	331	331	328	-3
	HNM	342	342	338	-4

Fuente: elaboración propia

La capacidad instalada Hospitalaria en los Hospital, se puede establecer a través de la cantidad de camas disponibles, bajo esta perspectiva, actualmente el HNR es el de mayor capacidad de atención seguido del HNM. La diferencia de la capacidad instalada entre el HNM y HNNBB, según el MINSAL es de solamente 10, pero si se toma de referencia el establecido por los planes operativos institucionales la diferencia crece a 32 camas a favor del Hospital de la Mujer, la incoherencia en datos que se presenta desde cada uno de los Hospitales y los datos que se presentan desde el Ministerio de Salud, dificulta el establecimiento de la capacidad instalada real, por lo que para cualquier uso se establece como capacidad instalada la presentada a través de los Plan Operativo Institucional (POI)



La capacidad anual según camas censables se establece y los números de egreso de los Servicios de Hospitalización en la siguiente tabla:

*Tabla 53 Demanda vs Capacidad Instalada*

	<b>HNR</b>	<b>HNNBB</b>	<b>HNM</b>
Capacidad de camas censables	21,857	16,846	17,804
Egreso de Hospitalización camas censables	22,416	19,718	18,842
% de utilización	102.55%	117.03%	105.83%

Fuente: Elaboración propia, datos de Informe de Labores 2017

La capacidad instalada anual, no es suficiente para brindar los servicios Hospitalarios a la demanda presentada en el año 2017 según los informes de labores 2017 el cual evidencia un sobre cumplimiento de atenciones. La demanda de cada uno de los Hospitales, fue analizada en los apartados anteriores, y tiene la particularidad que cada uno de los Hospitales está destinado a diferentes segmentos del mercado salvadoreño.

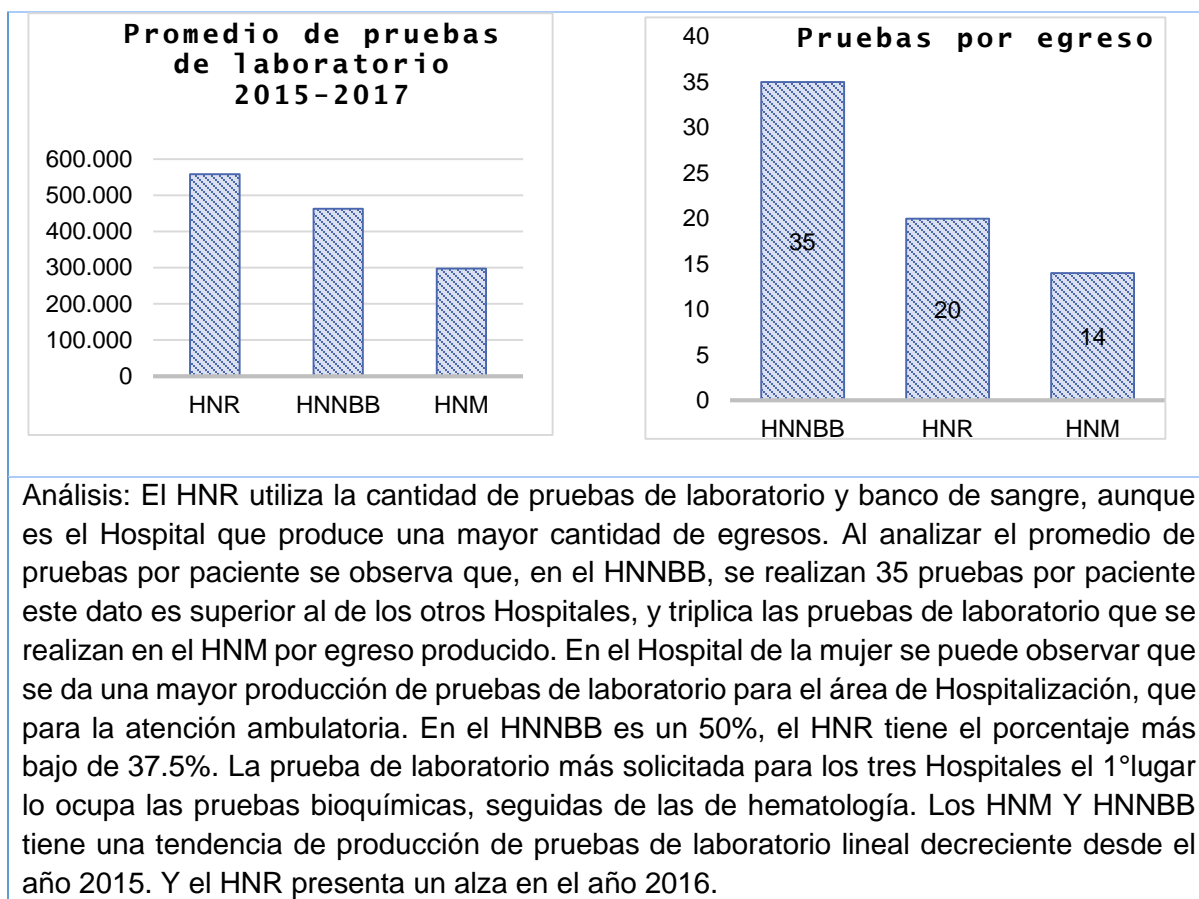
#### **1.4 Análisis comparativo servicio de apoyo a diagnóstico.**

Se presenta el resumen del análisis de la información secundaria con respecto a los servicios de apoyo a diagnóstico y su interrelación con las áreas de Hospitalización en los centros de Atención del Tercer Nivel

*Tabla 54 Comparativo del uso de laboratorio y banco de sangre*

<b>Laboratorio y banco de sangre</b>			
<b>Puesto de trabajo</b>	<b>Hospitales de 3° nivel</b>		
	<b>HNR</b>	<b>HNNBB</b>	<b>HNM</b>
Promedio de pruebas 2015-2017	558,622	463,525	297,931
Promedio de Egresos	23942	12518	20050
Año pico	2016	2015	2015
Tendencia	————	Lineal decreciente	Lineal decreciente
Promedio de pruebas por paciente/egresado	20	35	14
Porcentaje de pruebas realizadas para el área de Hospitalización	37.5%	50%	60%
1°-Prueba más solicitada	Bioquímica	Bioquímica	Bioquímica
2° Prueba más solicitada	Hematología	Hematología	Hematología





Fuente: Elaboración Propia

## Servicios intermedios

Cuadro 52 Comparativo del uso de Servicios Intermedios

Servicios intermedios			
Puesto de trabajo	Hospitales de 3º nivel		
	HNR	HNNBB	HNM
1º Servicio más solicitado	Tratamiento y rehabilitación	Tratamiento y rehabilitación	Imagenología
Tipo de prueba O procedimiento	Terapias respiratorias	Terapias respiratorias	Radiografías
2º Servicio más solicitado	Imagenología	Imagenología	Tratamiento y Rehabilitación
Tipo de prueba O procedimiento	Radiografías	Radiografías	Fisioterapia

**Análisis:** Los servicios intermedios de Diagnóstico más solicitados en los Hospitales de Tercer Nivel, en el HNR y en HNNBB, son similares, así mismo la prueba más solicitada en cada uno de ellos. Esto cambia en el HNM en el cual el orden se invierte, siendo la de mayor demanda Imagenología, en esta área se realizan dos pruebas más que en los otros dos Hospitales y tratamiento y rehabilitación ocupa el segundo lugar y la prueba más solicitada es fisioterapia, en esta área también se realizan pruebas de ginecología.

Fuente: Elaboración Propia

## Servicios generales

Tabla 55 Comparativo de uso de lavandería y dietas

Lavandería y Dietas			
Puesto de trabajo	Hospitales de 3° Nivel		
	HNR	HNNBB	HNM
Promedio de libras de ropa por egreso	61	45	67
Cirugía. Promedio de uso de lavandería//Obstetricia	58%	15%	60%
Medicina. Promedio de uso de lavandería// Neonatología	38%	70%	21%
Hospitalización promedio de uso de servicios de lavandería, con respecto a otras áreas Hospitalarias	92%	80%	93%
Promedio de dietas por egreso	10	6	24
Días de estancia	8.0	8.4	4.9
Cirugía. Promedio de uso de dietas//Obstetricia	48%	11%	6%
Medicina. Promedio de uso de dietas ///Neonatología	50%	83%	91%

Análisis: Los servicios de la lavandería, son más utilizados por el área de atención Hospitalaria, que, por consulta ambulatoria, el 90% de los productos de lavandería son utilizados por el proceso de Hospitalización. El promedio de libras de ropa lavada por egreso producido es mayor en el HNM, seguido por HNR, la tendencia es similar en los tres Hospitales. El promedio de dietas por egreso producido el HNM lo cuadruplica con respecto a las dietas servidas en el HNNBB, y en el HNR este promedio hace a 10 dietas por paciente. Aunque según los días de estancia el Bloom debe tener una mayor cantidad de dietas servidas por paciente, seguido por el HNR y por último el HNM

En HNR la especialidad de cirugía utiliza el recurso lavandería 58% y dieta 48% comparado con el Bloom que solo los utiliza 15% y 11% respectivamente. En HNNBB el recurso ropa lo utiliza más medicina interna con el 70%, y alimentación con el 83%. Comparado con el HNR con un 38% y 50%.

Fuente: Elaboración Propia

## 1.5 Producción de egresos en el área de Hospitalización del Tercer Nivel de Atención.

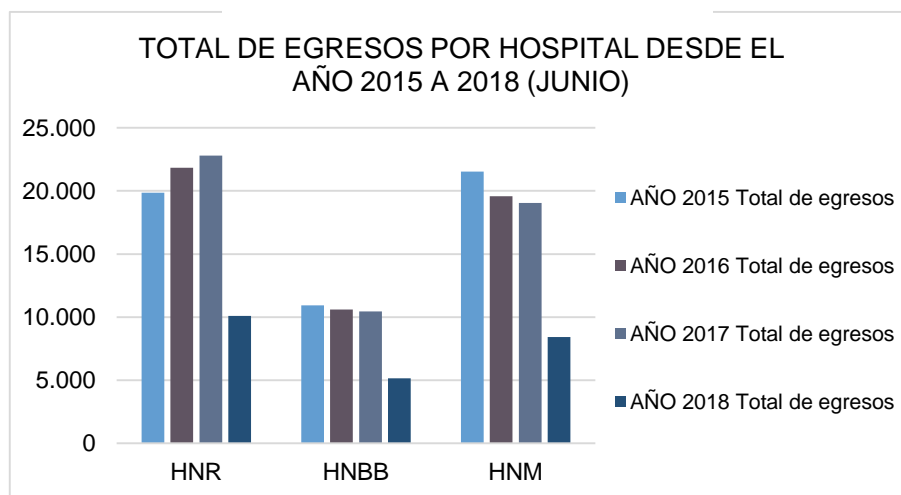
En el siguiente cuadro se presentan los datos de total de egresos por Hospital (HNR, HNNBB, HNM), y el tipo de egreso ya sea vivo o muerto.

Tabla 56 Producción de Hospitalización en Hospitales de 3er nivel

	2015			2016			2017			2018		
	Total de Egresos	Total de Egresos Vivo	Total de Egresos Muerto	Total de Egresos	Total de Egresos Vivo	Total de Egresos Muerto	Total de Egresos	Total de Egresos Vivo	Total de Egresos Muerto	Total de Egresos	Total de Egresos Vivo	Total de Egresos Muerto
HNR	19,859	18,168	1,691	21,841	20,063	1,778	22,805	20,867	1,938	14,844	13,421	1,423
HNNBB	11,820	11,309	511	11,472	10,940	532	11,374	10,971	403	7,655	7,379	276
HNM	21,529	21,200	329	19,586	19,355	231	19,037	18,802	235	11,779	11,603	176

Fuente: Elaboración Propia, a partir de datos del SIMMOW

Ilustración 51 Total de Egresos por Hospital



Análisis.

- HNR: Para el año 2015 se obtuvo un total de egresos de 19,859 personas, lo cual para los siguientes años se observa un aumento de egresos por lo cual dicho Hospital está atendiendo el 5% del 80% de la población salvadoreña, cuando su capacidad es del 1% a atender.
- HNNBB: Durante la comparación de los 3 años se ha mantenido en la cantidad de egresos en cambio el HNM ha disminuido notoriamente su producción.

Fuente: Elaboración Propia

### 1.5.1 Cumplimiento de meta por Hospital.

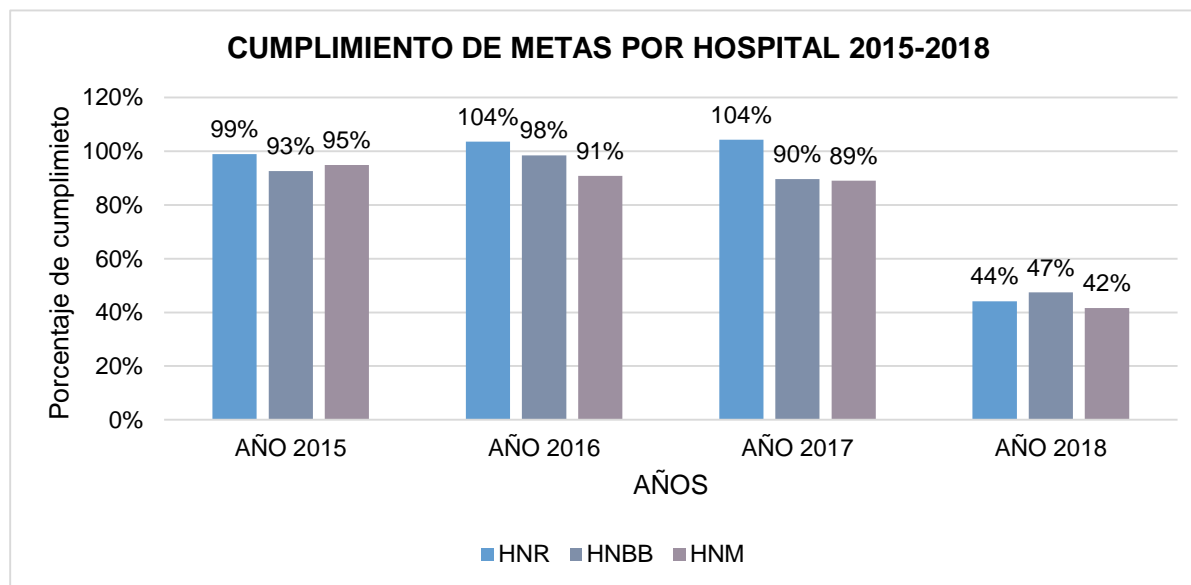
En el siguiente cuadro se presentan los datos de cumplimiento de metas de acuerdo a lo programado.

Tabla 57 Cumplimiento de metas de Hospitales de 3er nivel

	2015			2016			2017			2018		
	Total de egresos	Programado	Cumplimiento %	Total de egresos	Programado	Cumplimiento %	Total de egresos	Programado	Cumplimiento %	Total de egresos	Programado	Cumplimiento %
HNR	19,859	20,078	99%	21,841	21,077	104%	22,805	21,857	104%	10,106	14,844	64%
HNN BB	11,820	12,924	91%	11,472	11,717	98%	11,374	12,755	89%	5,154	7,655	67%
HNM	21,529	22,689	95%	19,586	21,557	91%	19,037	21,374	89%	8,424	11,779	71%

Fuente: Elaboración Propia, a partir de datos del SIMMOW

Ilustración 52 Cumplimiento de Metas de Hospitales de Tercer Nivel



Análisis.

- Se observa que el HRN en los 3 años de comparación ha sobrepasado la meta programada de egresos,
- HNNBB ya que ha tenido una fluctuación en su producción con respecto a lo programado
- HNM ha disminuido el cumplimiento de metas, es decir están produciendo menos egresos que lo programado.

Fuente: Datos del SIMMOW

## 1.6 Análisis de indicadores de los Hospitales del Tercer Nivel año 2017

Tabla 58 Indicadores de Operatividad de Hospitales de Tercer Nivel

Indicadores de eficiencia		HNR	HNNBB	HNM
Porcentaje de ocupación de camas (anual)		88%	84%	69%
Promedio de días estancia		7.99 días	8.4 días	4.9 días
Giro cama o índice de rotación (anual)		39	38	100
Intervalo de tiempo de sustitución		0.48 día	1.70 días	1.59 días
Indicadores de productividad				
Ingreso		25,322	12,401	19,048
Egreso	Vivo	22,520	11,965	18,805
	Fallecido	2,802	436	243
Total de días de estancia		202,223	103,555	93,944
Tiempo de espera desde que se da indicación en consulta de emergencia		14 h 45 min	6h	-
Tasa de mortalidad				
Tasa bruta mortalidad		11.07	3.52	Neonatal: 20.57 Maternal: 1.28

Fuente: Elaboración Propia, a partir de datos del SIMMOW

Los sistemas de información manejados para el control de estadísticas Hospitalarias establecen estándares de promedio de días de estancia (6.5 HNR, 8 HNNBB, 5 HNM) y al verificar el obtenido según los datos 2017 se observa que todos los Hospitales se encuentran arriba del estándar

### 1.6.1 Análisis de capacidad instalada, capacidad proyectada y producción real.

Tabla 59 Producción real vs Capacidad Instalado

	HNR	HNNBB	HNM
C.I	19,160	10,404	17,190
Programada	21,857	11,636	21,374
Egresos	22,805	11,374	19,037
% de utilización	119%	109%	111%
Días de estancia	193,795	99,532	93,930
Nº de camas	504	275	214
Cálculo de camas	590	321	303
Camas faltantes	86 faltantes	47 faltantes	89 faltantes

Fuente: Elaboración Propia, a partir de datos del SIMMOW

Los 3 Hospitales se encuentran sobre utilizados ya que se está produciendo más de lo que puede atender con su capacidad instalada, esto se debe que debido a la saturación de pacientes en el HNR y HNNBB ingresan carros a los servicios para brindarle atención a los pacientes de los cuales no cuentan como camas censables y en HNM se observó que en una cuna están hasta 3 neonatos

## 2 Análisis de valor agregado de proceso de Hospitalización.

---

El análisis de valor agregado es el principio esencial para el mejoramiento de los Procesos; la técnica es simple, directa y muy efectiva. No es necesario entender la idea de valor agregado, lo que es necesario entender es que cada paso que en la organización se realice para realizar un proceso involucra un costo, y que, en cada paso del proceso, el costo se incrementa. Las actividades de valor agregado real son aquellas que desde el punto de vista del usuario final son requeridas para proveer al producto o servicio lo que el cliente está esperando. Hay muchas actividades que se ejecutan porque son requeridas por el negocio, pero que no agregan valor desde el punto de vista del cliente, estas son las actividades de valor agregado para el negocio. Por lo tanto, para realizar el análisis de valor agregado, el equipo de trabajo debe revisar cada sub proceso, procedimiento e incluso actividades y preguntarse ¿Esta actividad agrega valor al cliente final o al proceso?, es por ello que se define el siguiente objetivo:

### Objetivos del AVA

- Asegurar la satisfacción de los requisitos de los grupos de interés (clientes internos, clientes externos, directivos, etc.): Asegurarse de que un proceso, aporta valor a los grupos relacionados con el mismo.
- Valida la estructura definida por la dirección para organizar sus operaciones
- Permite determinar si las personas que desempeñan el trabajo entienden o no lo que tienen que hacer.

El valor es definido desde el punto de vista del cliente final o del proceso administrativo. Las actividades que deben ser ejecutadas para satisfacer los requerimientos de los clientes son consideradas Actividades de Valor Agregado Las actividades que no contribuyen a satisfacer los requerimientos de los clientes, y que pueden ser eliminadas sin que degraden el producto o servicio, son consideradas actividades que no agregan valor (SVA).

### Clasificación

1. Actividades de valor agregado para el cliente (VAC): Son aquellas que a la vista del cliente son necesarias para cumplir con sus expectativas.

2. Actividades de valor agregado para el Hospital (VAH): Son actividades requeridas por la organización para brindar el servicio, pero que no aportan valor desde el punto de vista del cliente.

3. Actividades sin valor agregado (SVA): Son aquellas que no contribuyen a alcanzar los requerimientos del cliente y que pueden ser eliminadas sin degradar la funcionalidad o la calidad del producto o servicio. De las cuales se distinguen:

- Actividades que existen porque el proceso fue inadecuadamente diseñado o no está funcionando tal y como el diseño lo indica (re-Procesos, esperas y actividades de preparación), estos pueden ser necesarios, aunque no generen un valor real.
- Actividades no requeridas por el cliente o por el proceso y que pueden ser eliminadas sin afectar resultados.

A continuación, se presenta el análisis correspondiente a los procedimientos identificados en la institución, proveniente del mapa de Procesos. Con esto se busca identificar los Procesos que se optimizaran, los que se deben reducir y los que se recomienda eliminar:

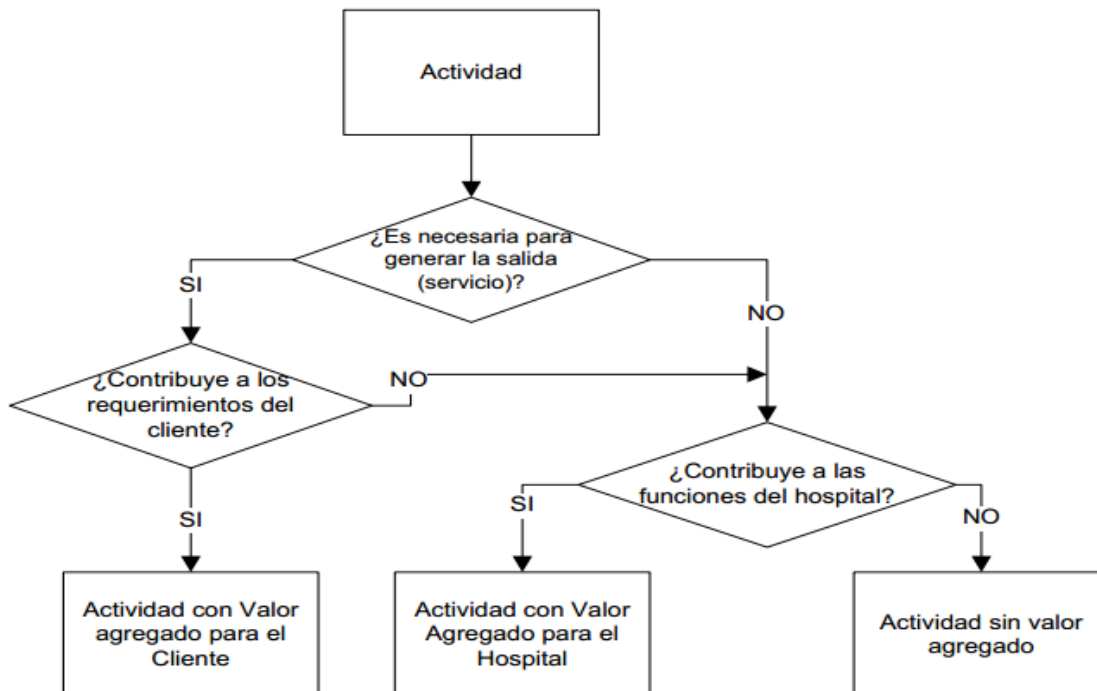
- Generan valor real: optimizarlos
- No generan valor, pero son necesarios: reducirlos
- No generan valor y no son necesarios: eliminarlos

A los Procesos que no generen valor agregado al cliente, y tampoco generan valor agregado a la institución se les clasificara con las siguientes categorías:

- Preparación: Actividades que son de preparación para poder prestar el servicio a las usuarias.
- Espera: Actividades de espera que deben realizarse durante el proceso.
- Movimiento: Actividad que se presenta al realizar un movimiento de documentación o personal.
- Inspección: Actividad relacionada a una supervisión o revisión de un aspecto relacionado al servicio.
- Archivo: Actividad relacionada al almacenamiento de información dentro del HNM

### Evaluación del valor agregado

Ilustración 53. Esquema para evaluación del Valor Agregado



Fuente. Elaboración propia.

Tabla 60. Evaluación de valor agregado para el proceso de Hospitalización.

MACROPROCESO: OPERATIVO		PROCESO: HOSPITALIZACIÓN						
SUB-PROCESO-1. ADMISIÓN/INGRESO DE PACIENTE								
PROCEDIMIENTO	DESGLOCE DE ACTIVIDADES	CON VALOR AGREGADO		SIN VALOR AGREGADO				
		VAC	VAH	P	D	M	I	A
RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS PARA HOSPITALIZACIÓN	1.Registrar datos personales del paciente							1
	2.Ingresar orden de ingreso en sistema		1					
	3.Revisar en hoja de ingreso en que servicio será ingresado el paciente						1	
	4.Comunicar al servicio correspondiente el traslado indicado del paciente			1				
	5.En el servicio se verifica si hay cama disponible para ingresar a paciente						1	
GESTIÓN DE EXPEDIENTE	1.Solicitar a archivo y consultar si hay existencia de expediente del paciente a ingresar				1			
	2. Elaboración de expediente si paciente no tiene en el Hospital.		1					
	3. Llevar expediente y entregarlo a paciente, familiar o enfermera encargada de trasladar a paciente.					1		
<b>TOTAL</b>		<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Fuente: Elaboración propia

MACROPROCESO: OPERATIVO		PROCESO: HOSPITALIZACIÓN						
SUB-PROCESO2. GESTIÓN DE CAMA PARA HOSPITALIZACIÓN								
PROCEDIMIENTO	DESGLOCE DE ACTIVIDADES	CON VALOR AGREGADO		SIN VALOR AGREGADO				
		VAC	VAH	P	D	M	I	A
RECEPCION DE PACIENTE EN SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN	1.Se le indica a paciente que se trasladara a servicio asignado para su ingreso, acompañado de familiar o enfermera			1				
	2. Trasladar a paciente con expediente al servicio					1		
	3. Recibir al paciente en el servicio	1						
	4. Hacer lectura de expediente para revisar indicaciones previas			1				



	5. Dar indicaciones generales sobre estadía en el servicio en la Hospitalización.						1	
	7. Asignar cama para paciente de ingreso/entregar ropa Hospitalaria al paciente si lo requiere	1						
	8.Hacer limpieza de cama y colocar ropa de cama limpia	1						
	9.Evaluación del paciente por Residente/ Verificar condición de ingreso	1						
	10.Llevar paciente a cama preparada	1						
EVALUACION DE CUMPLIMIENTO DE INDICACIONES PREVIAS	1.Tomar signos vitales y de temperatura de paciente en cama asignada	1						
	2. Realizar cumplimiento de indicaciones médicas previas al ingreso	1						
	3.Trasladar datos y documentos del expediente al cuadro clínico del servicio según la cama asignada							1
	4. Hacer anotaciones del cumplimiento de las indicaciones y si hubo cambios en la condición de salud del paciente.		1					
	5.Realizar documentación para control estadístico		1					
	6. Anexar hojas/formularios a expediente a usar en la ronda médica		1					
<b>TOTAL</b>		<b>7</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

Fuente: Elaboración Propia

MACROPROCESO: OPERATIVO		PROCESO: HOSPITALIZACIÓN						
SUB-PROCESO3. EVALUACION MEDICA DEL PACIENTE								
PROCEDIMIENTO	DESGLOCE DE ACTIVIDADES	CON VALOR AGREGADO		SIN VALOR AGREGADO				
		VAC	VAH	P	D	M	I	A
1. EVALUACION DEL PACIENTE	1. Preparar cuadros Clínicos.						1	
	2. Consultar antecedentes, leyendo el cuadro médico que presenta el paciente.			1				
	3.Realizar examen físico, para evaluar al paciente y así determinar la evolución del mismo	1						
	4. Registrar evolución, Registrar diagnóstico en el cuadro clínico.	1						
	5.Decisión del Alta Médica, de a acuerdo a la evolución presentada por el paciente se decide su alta o no	1						
	1. Discutir plan Terapéutico, en el cual se establecen las indicaciones a seguir por parte del personal médico.			1				

FORMULACIÓN DE PLAN DE INDICACIONES	2. Formular plan terapéutico en el cual se establecen las indicaciones a seguir por parte del personal médico;		1						
	3. Registrar indicaciones de los exámenes y tratamientos a realizar.		1						
	4. Informar a los pacientes tratamiento a seguir	1							
REGISTRO DE INFORMACIÓN	1. Recolectar los cuadros, y trasladarlos a la estación de enfermería en donde se ponen a disposición para realizar las indicaciones.				1				
	2. Consultar Indicaciones médicas, para proceder a la preparación de los formularios correspondientes.			1					
	3.Elaborar formularios y boletas correspondientes de solicitud de exámenes y medicamentos, así como cualquier petición para recursos externos		1						
	4.Revisar el cuadro clínico y dejarlo listo con hojas para las visitas siguientes; anexar hojas para el diagnóstico si hacen falta							1	
<b>TOTAL</b>		<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	

Fuente: Elaboración Propia

MACROPROCESO: OPERATIVO		PROCESO: HOSPITALIZACIÓN							
SUB-PROCESO 4. GESTIÓN DE INDICACIONES									
PROCEDIMIENTO	DESGLOCE DE ACTIVIDADES	CON VALOR AGREGADO		SIN VALOR AGREGADO					
		VAC	VAH	P	D	M	I	A	
GESTIÓN INDICACIONES	1. Comunicar al servicio de apoyo correspondiente la solicitud.			1					
	2.Gestionar con el servicio de apoyo la realización de exámenes, interconsultas, medicamentos		1						
	3.Tomar la muestra para el examen correspondiente, ya que sea está tomada en el servicio o en el servicio de apoyo // preparar al paciente para exámenes//o expedientes para la gestión de medicamentos	1							
	4.Trasladar las muestras al servicio de apoyo, en el caso en que la muestra haya sido tomada en el servicio de Hospitalización, trasladar al paciente/trasladar al expediente y boletas	1							
RECOLECCION Y REGISTRO	1. Verificar si los resultados de la muestra ya se encuentran, ya sea por medio telefónico o por medio web.							1	
	2.Envíar a traer el resultado/ medicamentos, los medicamentos y resultados de exámenes que se reciban de manera física deberán irse a traer al servicio de apoyo origen					1			

	3. Comprobar la validez del resultado, es decir verificar que todo se encuentre en el orden esperado (exámenes, medicamentos o diagnóstico del especialista de interconsulta).							1	
	4. Anexarlos resultados a cuadro clínico, para que sean leídos por el médico en la siguiente visita médica/ Colocar el medicamento en el lugar designado								1
<b>TOTAL</b>		<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	

Fuente: Elaboración Propia

MACROPROCESO: OPERATIVO		PROCESO: HOSPITALIZACIÓN							
SUB-PROCESO5. ATENCION DE ENFERMERIA									
PROCEDIMIENTO	DESGLOCE DE ACTIVIDADES	CON VALOR AGREGADO		SIN VALOR AGREGADO					
		VAC	VAH	P	D	M	I	A	
EVALUACIÓN DEL PACIENTE	1. Revisar antecedentes médicos, actualizados.			1					
	2. Toma de signos vitales del paciente, presión y temperatura.	1							
	3. Examinar físicamente al paciente cuando la condición de salud lo amerita	1							
	4. Consultar al paciente su estado de salud.	1							
	5. Establecer diagnóstico de enfermería	1							
FORMULAR EL PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y CUIDADOS AL PACIENTE	1. Formular el plan de cuidados de enfermería, según la condición del paciente		1						
	2. Registrar el plan a seguir para cumplir indicaciones medicas		1						
	3. Registrar del plan a seguir cuidados de enfermería.								1
	4. Informar al paciente los cuidados a seguir.							1	
EJECUCION DEL PLAN	1. Dar la dosis diaria de medicamento al paciente: Vía parenteral y Vía oral	1							
	2. Realizar curaciones o procedimientos médicos de tratamiento de paciente	1							
	3. Observar su evaluación o algún cambio en su condición.	1							
	4. Ejecutar actividades delegadas-limpieza de equipo médico.		1						
	5. Ejecutar actividades delegadas-cuidados del paciente según condición./ cambio de suero, cambió de ropa de cama, cuidados higiénicos	1							
	1. Registrar el cumplimiento de medicación del paciente.	1							
	2. Registrar la evolución del paciente.		1						

REGISTRO DEL CUMPLIMIENTO DEL PLAN	3.Registrar el control de signos vitales		1						
	4. Registrar el cumplimiento de actividades delegadas.								1
<b>TOTAL</b>		<b>9</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>

Fuente: Elaboración Propia

MACROPROCESO: OPERATIVO		PROCESO: HOSPITALIZACIÓN							
SUB-PROCESO6. ALTA HOSPITALARIA									
PROCEDIMIENTO	DESGLOCE DE ACTIVIDADES	CON VALOR AGREGADO		SIN VALOR AGREGADO					
		VAC	VAH	P	D	M	I	A	
ALTA POR MEJORIA CLINICA	1.Confirmar el alta al paciente, servicio social y familia	1	1						
	2.Elaborar el resumen del alta		1						
	3.Seguimiento del Alta por enfermera	1							
	4.Cierre del expediente								1
ALTA POR TRASLADO A OTRO SERVICIO	1. Elaboración de registro de traslado		1						
	2. Informar el traslado.			1					
	3. Ejecutar el traslado	1							
ALTA POR TRASLADO A OTRO CENTRO DE ATENCION	1. Elaboración de registro de traslado		1						
	2. Informar el traslado.			1					
	3. Ejecutar el traslado	1							
ALTA POR DEFUNCION	1. Comunicación del fallecimiento			1					
	2.Registro de defunción		1						
	3.Ejecutar traslado del cadáver		1						
ALTA EXIGIDA	1. Informar al paciente y enfermera	1							
	2.Tramitar firma de formulario correspondiente		1						
	3. Elaboración de recetas y hoja de egreso								1
<b>TOTAL</b>		<b>5</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>

Fuente: Elaboración propia

Después de haber realizado el análisis de valor agregado, se muestra una tabla resumen

Tabla 61. Análisis de Valor Agregado

Actividades de valor agregado		Actividades sin valor agregado					TOTAL																																
Para el cliente	Para el Hospital	P	D	M	I	A																																	
27	21	11	1	4	8	7	79																																
34%	27%	14%	1%	5%	10%	9%	100%																																
<b>61%</b>		<b>39%</b>					<b>100%</b>																																
<p> <span style="color: green;">■</span> VAC  <span style="color: blue;">■</span> VAH  <span style="color: orange;">■</span> SVA         </p>		<p><b>VAC:</b> Actividades de valor agregado para el cliente</p> <p><b>VAH:</b> Actividades de valor agregado para el Hospital</p> <p><b>SVA:</b> Actividades sin valor agregado</p>																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">ACTIVIDADES SIN VALORAGREGADO</th> </tr> <tr> <th>ABREVIACION</th> <th>DESCRIPCION</th> <th>CANTIDAD</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>P</td> <td>PLANIFICACION</td> <td>11.00</td> <td>35%</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>DEMORA</td> <td>1.00</td> <td>3%</td> </tr> <tr> <td>M</td> <td>MOVIMIENTO</td> <td>4.00</td> <td>13%</td> </tr> <tr> <td>I</td> <td>INSPECCION</td> <td>8.00</td> <td>26%</td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>ARCHIVO</td> <td>7.00</td> <td>23%</td> </tr> <tr> <td colspan="2">TOTAL</td> <td>31.00</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>		ACTIVIDADES SIN VALORAGREGADO				ABREVIACION	DESCRIPCION	CANTIDAD	%	P	PLANIFICACION	11.00	35%	D	DEMORA	1.00	3%	M	MOVIMIENTO	4.00	13%	I	INSPECCION	8.00	26%	A	ARCHIVO	7.00	23%	TOTAL		31.00	100%	<p> <span style="color: green;">■</span> PLANIFICACION  <span style="color: blue;">■</span> DEMORA  <span style="color: orange;">■</span> MOVIMIENTO  <span style="color: grey;">■</span> INSPECCION  <span style="color: purple;">■</span> ARCHIVO         </p>					
ACTIVIDADES SIN VALORAGREGADO																																							
ABREVIACION	DESCRIPCION	CANTIDAD	%																																				
P	PLANIFICACION	11.00	35%																																				
D	DEMORA	1.00	3%																																				
M	MOVIMIENTO	4.00	13%																																				
I	INSPECCION	8.00	26%																																				
A	ARCHIVO	7.00	23%																																				
TOTAL		31.00	100%																																				

Fuente. Elaboración Propia

**Análisis:** Según la gráfica se puede observar que de las **79** actividades que se realizan en el proceso de Hospitalización y que agrupadas conforman los procedimientos del proceso de Hospitalización tipo se obtiene que el **61%** de las actividades que se realizan generan valor agregado.

De estos el **34%** agregan valor al servicio proporcionado al cliente y de estas el cliente puede crearse una imagen y percepción de los Hospitales. El **27%** lo constituyen actividades que generan valor agregado para la institución en este caso los Hospitales, estas actividades el cliente no las percibe, pero son necesarias para realizar la prestación del servicio.

Las actividades sin valor agregado las constituyen 31 de las antes mencionadas, con un porcentaje total de **39%**. La mayoría de actividades sin valor que se realizan en los Hospitales de Tercer Nivel, se vinculan con la planificación o preparación para poder prestar el servicio a los usuarios e interviene en el proceso con un **14%**. Y las de archivo, son actividades que permiten el almacenamiento temporal o definitivo de la información que se utiliza en el proceso con un total del **9%**. Esto se debe a la cantidad de información y papelería que es verificada y reprocesada por diferentes actores del proceso, también de la cantidad de boletas y formularios de información que se deben elaborar para realizar el proceso de Hospitalización. El **16%** les corresponde a actividades de planificación, movimiento y demora.

Se debe buscar una manera disminuir la cantidad de papelería que se debe actualizar y llenar, además de la verificación de esta información, debido a que son actividades que no generan valor percibido por el cliente o la empresa. Pero que consumen mucho tiempo en realizarlas.

### **3 Muestreo de Trabajo**

---

Para establecer la eficiencia en los Servicios de Hospitalización de los Hospitales de 3er nivel de Atención del MINSAL, se aplicó la técnica de muestreo del trabajo bajo 10 pasos que se muestran a continuación.

#### **Definición del problema.**

Al efectuar las observaciones respectivas en los Servicios de Hospitalización podrá obtenerse el porcentaje de actividad e inactividad del recurso humano, para determinar la eficiencia con la que se realiza el proceso. Además, se obtendrán los distintos elementos existentes por los cuales se pueda estar presentando cualquier tipo de inactividad; Con la obtención de estos elementos se facilitará la propuesta de acciones correctivas al proceso de Hospitalización.

#### *a) Objetivos del muestreo*

- Obtener el porcentaje de actividad e inactividad en los puestos de trabajo.
- Realizar propuestas de acciones correctivas para el mejoramiento de la eficiencia
- Identificar los elementos causantes de la mayor parte de la inactividad existente a lo largo de la jornada de trabajo.

#### *b) Descripción detalladamente cada elemento que deba medir*

Los elementos a medir en cada observación serán la actividad o inactividad del puesto de trabajo, el cual se entenderá como el personal que desempeña la función y no el puesto físico. Para lo cual se definen los siguientes elementos a medir:

#### **Elementos de actividad:**

Se registrará como actividad toda observación en la cual el puesto de trabajo esté siendo ocupado para realizar tareas relacionadas con las definidas para dicho puesto.

#### **Elementos de inactividad:**

Se registrará como inactividad toda observación en la cual el puesto de trabajo no esté siendo ocupado para actividades productivas o relacionadas al proceso de Hospitalización

- **Necesidades personales (NP):** son aquellas necesidades en las cuales el trabajador suspende momentáneamente sus actividades para atender sus necesidades fisiológicas.
- **Uso de Celular (UC):** el personal utiliza el dispositivo para actividades fuera de las necesarias en el servicio
- **Platicando (P):** El personal tiene conversación que no corresponden a las actividades que se realizan en el servicio.
- **No está (NO):** El personal se ausenta de servicio, y no se logra comprobar la actividad que ha salido a realizar
- **Distraído (D):** El personal se encuentra en alguna actividad en el servicio y se distrae por algún motivo.
- **Actividades no curriculares (ANC):** Actividades que no corresponden a la realización del servicio comer y beber en el servicio.
- **Buscando Material/Insumo (BMI):** El personal va en busca de material o materia prima para su trabajo, la cual no se encuentra en el lugar que corresponde.
- **Esperando Material/Insumo (EMI):** El personal espera material o materia prima para su trabajo, la cual aún no se encuentra disponible o es utilizado por otro personal.

## Estimación preliminar del porcentaje de inactividad

### Tiempo de recorrido

Luego de visitar las instalaciones de los servicios y definir el área de estudio, se establecen los puntos de observación y se realiza un recorrido total entre dichos puntos, esto se hace con el objetivo de calcular y determinar el tiempo más tardío en el traslado entre dichos puntos de observación, para luego calcular el número de rondas y observaciones diarias necesarias para llevar a cabo el estudio en su totalidad.

Luego, de realizar esta actividad, se determinó que el tiempo de recorrido más tardío es de 5 minutos.

### Porcentaje de actividad preliminar

Es necesario establecer el número de observaciones (N) necesarias para que la muestra sea representativa y valida.

Para obtener número de observaciones (N) necesarias, es fundamental contar con el porcentaje de actividad o inactividad, este puede basarse en experiencias anteriores; pero es preferible hacer un estudio previo con una muestra que sea representativa al estudio.

Este número de observaciones (N) se obtiene con la siguiente ecuación:

$$N = \frac{k^2}{e^2} \times \frac{(1 - p)}{p}$$

Dónde:

- K= nivel de Confianza (2)
- e= Porcentaje de error (3%)
- p= Porcentaje de actividad preliminar.

En base a lo anterior, se realizó un estudio durante la jornada matutina de un día de trabajo, para determinar el porcentaje de actividad preliminar en los servicios Hospitalarios del Tercer Nivel.

$$P_{preliminar} = \frac{\# \text{ de Actividad}}{\# \text{ de observaciones}}$$

El fin de encontrar este valor, es para determinar el número de observaciones (N) necesarias. Se muestra en la siguiente tabla los valores obtenidos de las observaciones preliminares en los tres Hospitales:

Tabla 62. P preliminar

Hospital	N.º de observaciones	Actividad	Inactividad	P	(1 - P)	N
HNR	264	196	68	0,7424	0,2576	1542,15
HNNBB	446	346	100	0,7757	0,2243	1284,41
HNM	395	345	50	0,8734	0,1266	644,23

Fuente: Elaboración Propia. Por medio de observación

### 3.1.1.1 Determinar el número de observaciones que se pueden realizar diariamente.

Se presenta la fórmula para determinar el número de observaciones diarias que se pueden realizar en cada servicio de Hospitalización

$$\text{Número de rondas diarias} = \frac{\text{total de minutos de la jornada laboral}}{2(\text{tiempo de recorrido})}$$

La jornada laboral en los Hospitales es de 24 horas, sin embargo, se considerará para el estudio una jornada de 8, el tiempo del recorrido más largo entre puntos de observación se aproxima a 5 minutos para el cálculo, sustituyendo estos valores se tiene:

$$\text{Número de rondas diarias} = \frac{8 \text{ horas} \times 60 \text{ minutos}}{2(5 \text{ minutos})}$$

$$\text{Número de rondas diarias} = \mathbf{48 \text{ rondas}}$$

$$\text{Número de observaciones diarias} = \text{No. de rondas} \times \text{No. de Obs. por ronda}$$

Se presentan los cálculos para el número de observaciones diarias que se realizarán en los Hospitales:



Tabla 63. Número de Observaciones diarias por Hospital

Hospital	N.º de Rondas x N.º de observaciones	N.º de Observaciones diarias
HNR	48 x 8	384
HNNBB	48 x 12	576
HNM	48 x 9	432

Fuente: Elaboración Propia.

### Determinar el número de observadores que se precisaran.

Los cuatro integrantes del grupo son los observadores que se encargan de tomar los datos del estudio, cada uno realiza las observaciones en todos los puestos de trabajo en orden aleatorio, de la manera en que está definido en el itinerario del día.

### Determinar al azar los instantes en que se van a hacer las observaciones.

El momento en que se realiza cada observación se establece mediante números aleatorios, por cada tiempo en que se realizara la observación se revisara cada punto de observación y cada puesto de trabajo de estos.

### Determinar el número de días o turnos que requiera el estudio.

$$\text{Numero de dias} = \frac{\text{numero total de observaciones}}{\text{numero de observaciones diarias}}$$

Se determina el número de días que tomara al equipo de trabajo realizar las observaciones en cada uno de los Hospitales.

Tabla 64. Días requeridos para el muestreo de la inactividad en los Servicios de Hospitalización

Hospital	N.º observaciones Totales	N.º observaciones diarias	# de días
HNR	1542,15	384	4
HNNBB	1284,41	576	2,3 ≈ 3
HNM	644,23	432	1,5 ≈ 2

Fuente: Elaboración Propia

## 3.2 Aplicación de muestreo del trabajo al proceso de Hospitalización

Se muestran los resultados obtenidos en la aplicación de la técnica de Muestreo del Trabajo, en cada uno de los centros Hospitalarios de Tercer Nivel, se detalla cada una de las observaciones realizadas y los resultados obtenidos.

### 3.2.1 Muestreo del trabajo: proceso de Hospitalización del HNR

Se detallan los resultados de las observaciones realizadas en el Hospital Nacional Rosales.

Los cuales fueron obtenidos al aplicar la Técnica de Muestreo del trabajo.

Tabla 65. Observaciones día 1. HNR.

Resultados obtenidos en el día 1.								
Puestos de Trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8
Actividad	5	12	21	33	42	40	39	39
Inactividad	0	5	8	15	4	8	9	9
% de Actividad	100.00	70.59	72.41	68.75	91.30	83.33	81.25	81.25
	%	%	%	%	%	%	%	%
% de Inactividad	0.00%	29.41	27.59	31.25	8.70%	16.67	18.75	18.75
		%	%	%		%	%	%

Fuente. Elaboración Propia

Tabla 66. Observaciones día 2. HNR.

Resultados obtenidos en el día 2.								
Puestos de Trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8
Actividad	5	13	21	35	39	37	42	38
Inactividad	1	5	8	13	1	11	6	10
% de Actividad	83.33%	72.22%	72.41%	72.92%	97.50%	77.08%	87.50%	79.17%
% de Inactividad	16.67%	27.78%	27.59%	27.08%	2.50%	22.92%	12.50%	20.83%

Fuente. Elaboración Propia

Tabla 67. Observaciones día 3. HNR

Resultados obtenidos en el día 3.								
Puestos de Trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8
Actividad	7	16	25	39	44	39	34	40
Inactividad	2	4	7	9	4	9	14	8
% de Actividad	78%	80%	78%	81%	92%	81%	71%	83%
% de Inactividad	22%	20%	22%	19%	8%	19%	29%	17%

Fuente. Elaboración Propia

Tabla 68. Observaciones día 4. HNR.

Resultados obtenidos en el día 4.								
Puestos de Trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8
Actividad	5	12	20	37	37	37	42	38
Inactividad	1	6	9	11	5	3	6	10
% de Actividad	83%	67%	69%	77%	88%	93%	88%	79%
% de Inactividad	17%	33%	31%	23%	12%	8%	13%	21%

Fuente. Elaboración Propia

Resultados obtenidos de las observaciones realizadas al aplicar la técnica de Muestreo del Trabajo en los Servicios de Hospitalización del Hospital Nacional Rosales.

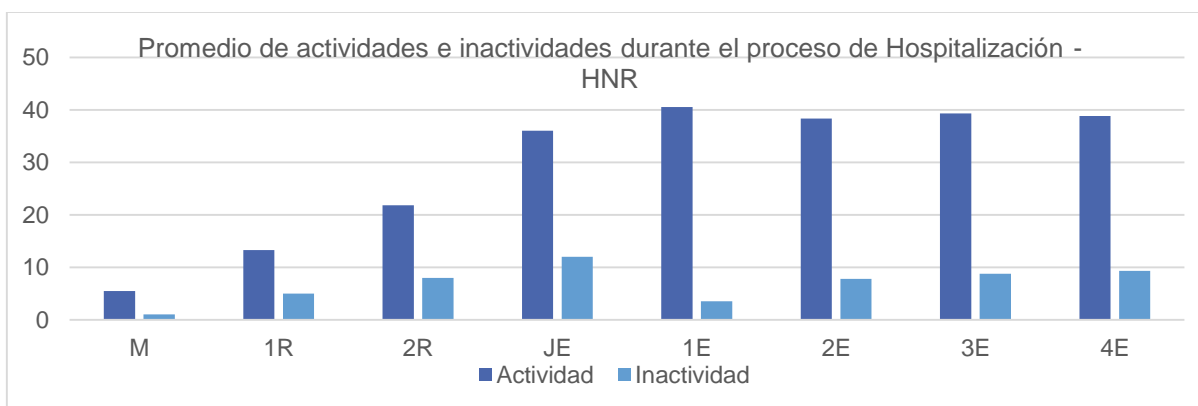
Tabla 69. Resultados promediados de actividad e inactividad. HNR

		Promedio de los días observados							
Puestos de Trabajo	de	M	1R	2R	JE	1E	2E	3E	4E
Actividad		5.5	13.3	21.8	36.0	40.5	38.3	39.3	38.8
Inactividad		1.0	5.0	8.0	12.0	3.5	7.8	8.8	9.3
% de Actividad		84.62%	72.60%	73.11%	75.00%	92.05%	83.15%	81.77%	80.73%
% de Inactividad		15.38%	27.40%	26.89%	25.00%	7.95%	16.85%	18.23%	19.27%

Fuente: Elaboración propia

Se muestra el grafico de los resultados obtenidos de la aplicación de la técnica en los servicios hospitalarios por cada uno de los puestos de trabajo descritos

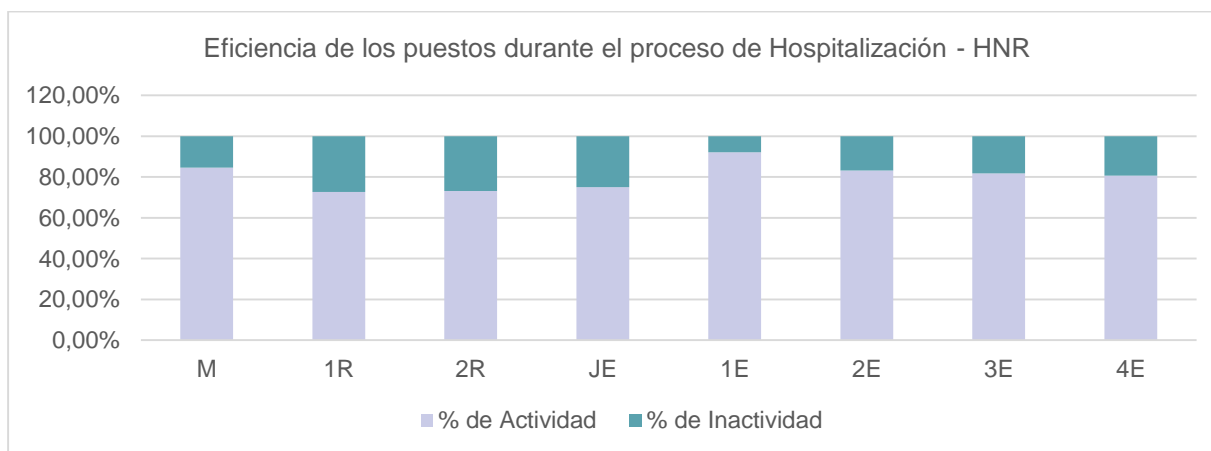
Ilustración 54. Actividad e Inactividad del Proceso de Hospitalización. HNR



Fuente. Elaboración Propia

Se observa que el personal de enfermería realiza un mayor número de actividades, en comparación con el personal médico donde se reduce la cantidad de actividades y el tiempo operativo.

Ilustración 55. Eficiencia de los puestos de trabajo HNR



Fuente. Elaboración Propia

En el gráfico expuesto se observa que el personal de enfermería y el jefe de los médicos son los que presenta un porcentaje mayor de eficiencia el cual ronda en promedio en el 80%. Y que puede ser mejorado por medio de un mayor control del desempeño del talento humano.

El porcentaje global de actividad obtenida en el estudio de los Servicios de Hospitalización observados en el que se detalle a continuación:

**P de Estudio de HNR=**

$$p = \frac{\text{Número de Actividades}}{\text{Número total de Observaciones}}$$

$$p = \frac{933}{1154} = 0.8085 = \mathbf{80.85\%}$$

El promedio de actividad de **80.85%**, servirá de base para establecer los límites de control del proceso de Hospitalización. Para establecer el estándar y la desviación de este para evaluar el desempeño de cada uno de los puestos de trabajo.

Tabla 70. Porcentajes de actividad diarios y acumulados para cada día de observación

No. Días	Observaciones		Elemento considerado			
			Diario		Acumulado	
	Diaria	Acumulada	No	%	No.	%
1	289	289	231	79.93	231	79.93
2	285	574	230	80.70	461	80.31
3	301	875	244	76.74	705	80.57
4	279	1154	228	79.92	933	<b>80.85</b>

Fuente. Elaboración propia

**Límites de control**

Los límites de control para el trabajo de muestreo se calculan mediante la ecuación:

$$LC = p \pm 3\sigma$$

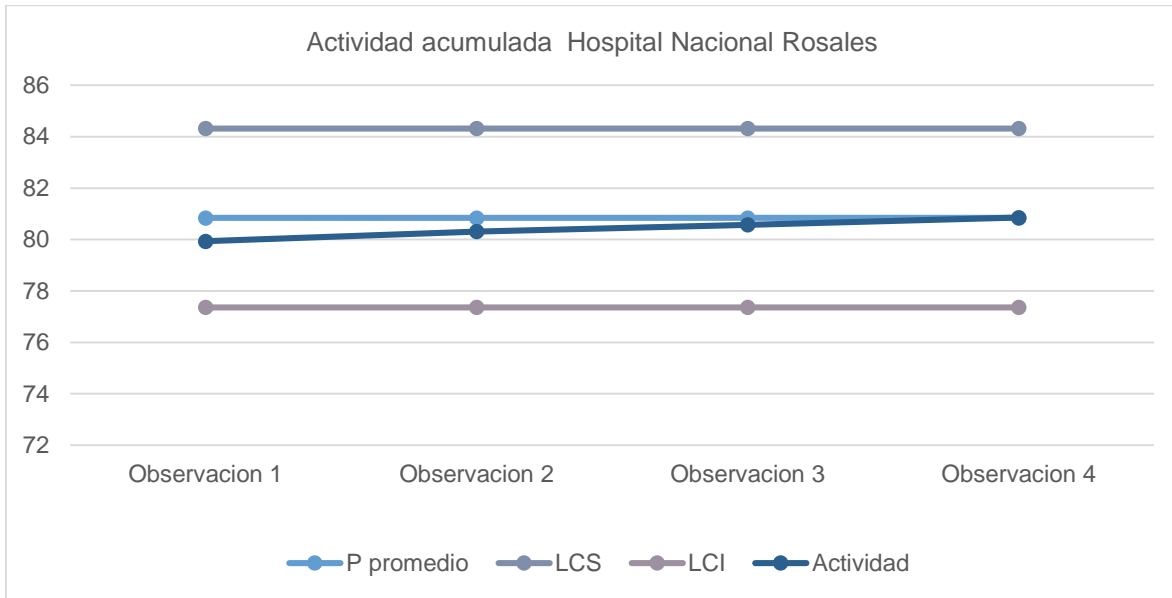
Dónde:  $\sigma = \sqrt{\frac{p(1-p)}{n}}$       Entonces:  $LC = p \pm 3\sqrt{\frac{p(1-p)}{n}}$

$$LC = p \pm 3\sqrt{\frac{p(1-p)}{n}} = 0.8084 \pm 3\sqrt{\frac{0.8084(1-0.8084)}{1154}} = 0.8084 \pm 0.03476$$

Para el límite superior se tiene: **LCS = 0.8432**

Para el límite inferior se tiene: **LCI = 0.7736**

Ilustración 56. Límites de Control de Actividad. HNR

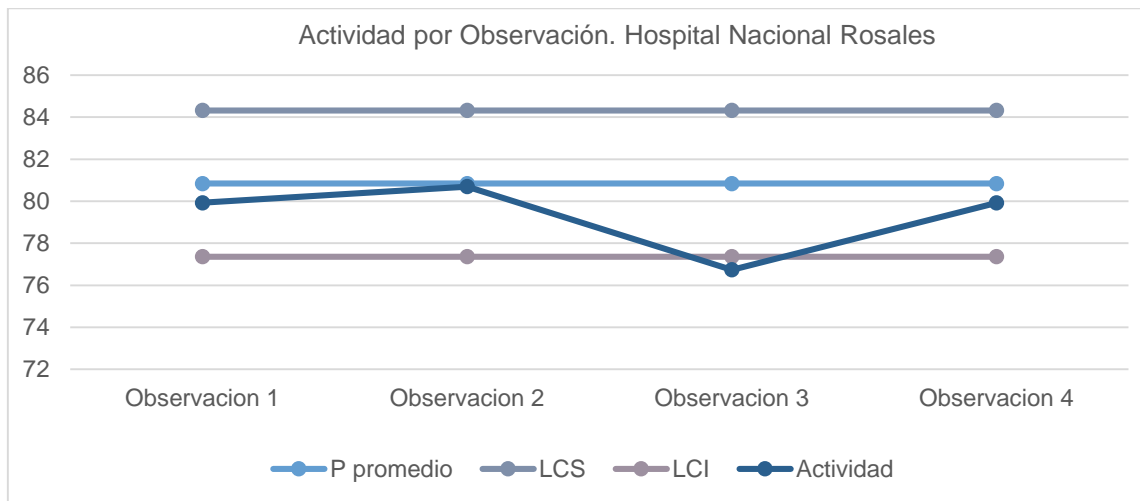


Fuente. Elaboración Propia

Se establecen los límites de control para evaluar cada uno de los puestos de trabajo del área de Hospitalización, teniendo como límite inferior el 77.36, por lo cual es necesario procurar que ninguno de los puestos de trabajo trabaje a ese nivel de operatividad. Con lo cual se hace necesario la constante evaluación del personal y el brindar las herramientas necesarias a cada puesto de trabajo para que no existan tiempos inactivos que se han imputados a la dirección del Hospital.

Se observa en el siguiente gráfico que en los días en los cuales se realizó el estudio, solo el día 4 estuvo fuera de los límites de control establecidos. Y los demás días de observación se mantienen en el estándar establecido por medio del estudio

Ilustración 57. Límites de Control comparada con las observaciones realizadas. HNR



Fuente. Elaboración Propia

### 3.2.2 Muestreo del trabajo: proceso de Hospitalización del HNNBB

Se detallan los resultados de las observaciones realizadas en el Hospital de Niños Benjamín Bloom. Los cuales fueron obtenidos al aplicar la Técnica de Muestreo del trabajo.

Tabla 71. Observaciones día 1. HNNBB

Resultados obtenidos en el día 1.												
Puestos de Trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Actividad	14	16	28	33	31	38	42	32	41	39	15	42
Inactividad	4	8	19	16	2	11	6	10	3	9	12	7
% de Actividad	78%	67%	60%	67%	94%	78%	88%	76%	93%	81%	56%	86%
% de Inactividad	22%	33%	40%	33%	6%	22%	13%	24%	7%	19%	44%	14%

Fuente. Elaboración Propia

Tabla 72. Observaciones día 2. HNNBB

Resultados obtenidos en el día 2.												
Puestos de Trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Actividad	15	16	28	34	30	42	36	41	37	42	22	39
Inactividad	2	3	21	15	3	7	6	7	8	6	11	9
% de Actividad	88%	84%	57%	69%	91%	86%	86%	85%	82%	88%	67%	81%
% de Inactividad	12%	16%	43%	31%	9%	14%	14%	15%	18%	13%	33%	19%

Fuente. Elaboración Propia

Tabla 73. Observaciones día 3. HNNBB

Resultados obtenidos en el día 3												
Puestos de Trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Actividad	14	13	28	33	31	39	42	42	37	35	22	42
Inactividad	4	6	19	16	2	10	6	5	8	13	9	7
% de Actividad	78%	68%	60%	67%	94%	80%	88%	89%	82%	73%	71%	86%
% de Inactividad	22%	32%	40%	33%	6%	20%	13%	11%	18%	27%	29%	14%

Fuente. Elaboración Propia

Resultados obtenidos de las observaciones realizadas al aplicar la técnica de Muestreo del Trabajo en los Servicios de Hospitalización del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.

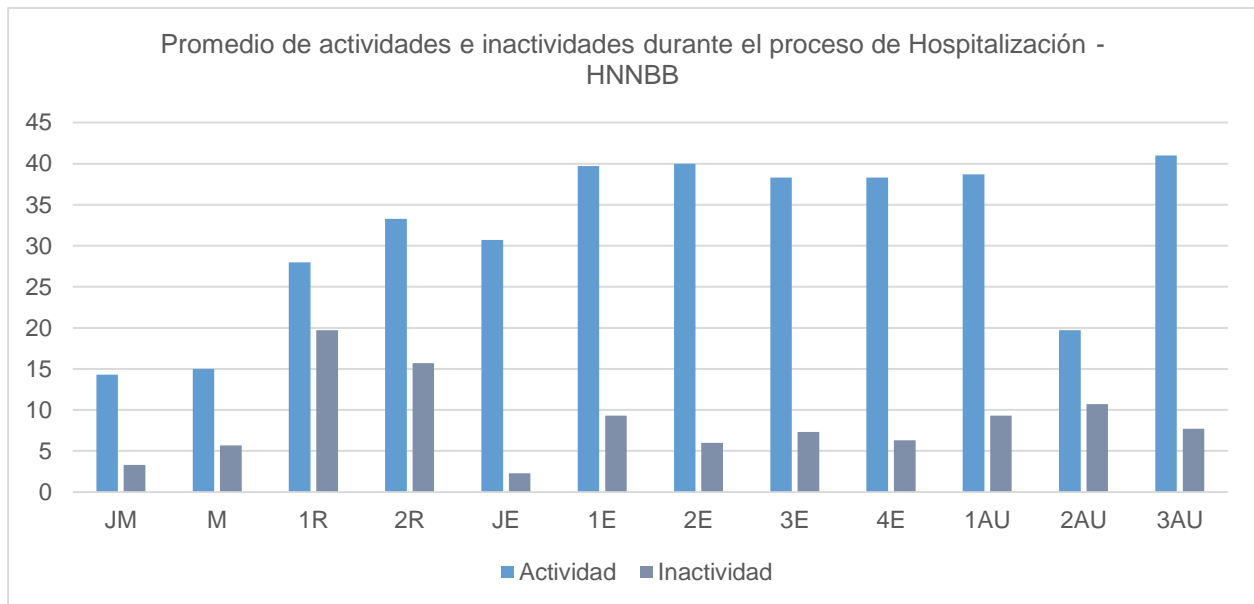
Tabla 74. Resultados promediados de actividad e inactividad. HNNBB

Promedio de los días observados													
Puestos de Trabajo	JM	M	1R	2R	JE	1E	2E	3E	4E	1AU	2AU	3AU	
Actividad	14.3	15.0	28.0	33.3	30.7	39.7	40.0	38.3	38.3	38.7	19.7	41.0	
Inactividad	3.3	5.7	19.7	15.7	2.3	9.3	6.0	7.3	6.3	9.3	10.7	7.7	
% de Actividad	81.1	72.5	58.7	68.0	92.9	80.9	86.9	83.9	85.8	80.5	64.8	84.2	
% de Inactividad	18.8	27.4	41.2	31.9	7.07	19.0	13.0	16.0	14.1	19.4	35.1	15.7	
	3%	8%	4%	3%	3%	5%	6%	4%	2%	6%	4%	5%	
	7%	2%	6%	7%	%	5%	4%	6%	8%	4%	6%	5%	

Fuente: Elaboración propia

Se muestra el grafico de los resultados obtenidos de la aplicación de la técnica en los servicios hospitalarios por cada uno de los puestos de trabajo descritos

Ilustración 58. Actividad e Inactividad del Proceso de Hospitalización. HNNBB



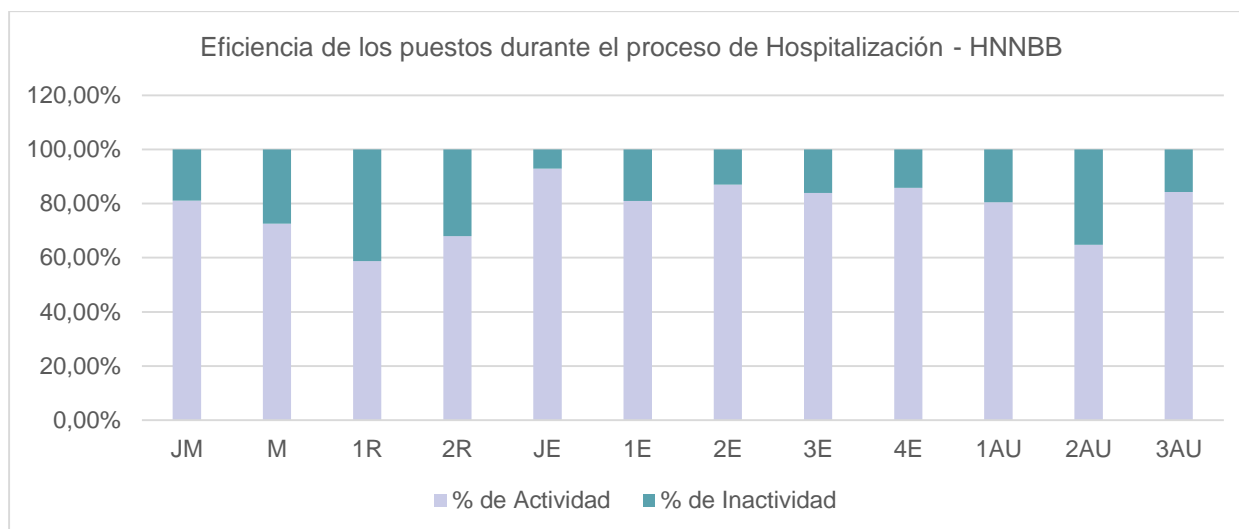
Fuente. Elaboración Propia

Se observa que el personal de enfermería realiza un mayor número de actividades, en comparación con el personal médico donde se reduce la cantidad de actividades y el tiempo operativo.

En el grafico expuesto a continuación se observa que el personal de enfermería y el Jefe de los médicos son los que presenta un porcentaje mayor de eficiencia el cual ronda en promedio en el 80%.

Y que puede ser mejorado por medio de un mayor control del desempeño del talento humano.

Ilustración 59. Eficiencia de los puestos de trabajo HNBB



Fuente. Elaboración Propia

El porcentaje global de actividad obtenida en el estudio de los Servicios de Hospitalización observados en el que se detalle a continuación:

**P de Estudio de HNNBB=**

$$p = \frac{\text{Número de Actividades}}{\text{Número total de Observaciones}}$$

$$p = \frac{1131}{1441} = 0.7849 = \mathbf{78.49\%}$$

El promedio de Actividad de **78.49%**, servirá de base para establecer los límites de control del proceso de Hospitalización. Para establecer el estándar y la desviación de este para evaluar el desempeño de cada uno de los puestos de trabajo.

Tabla 75.. Porcentajes de actividad diarios y acumulados para cada día de observación

No. Días	Observaciones		Elemento considerado			
	Diaria	Acumulada	Diario		Acumulado	
			No	%	No.	%
1	478	478	371	77.62	371	77.62
2	480	958	382	79.58	753	78.60
3	483	1441	378	78.26	1131	<b>78.49</b>

Fuente. Elaboración propia

**Límites de control**

Los límites de control para el trabajo de muestreo se calculan mediante la ecuación:



$$LC = p \pm 3\sigma$$

$$\text{Dónde: } \sigma = \sqrt{\frac{p(1-p)}{n}}$$

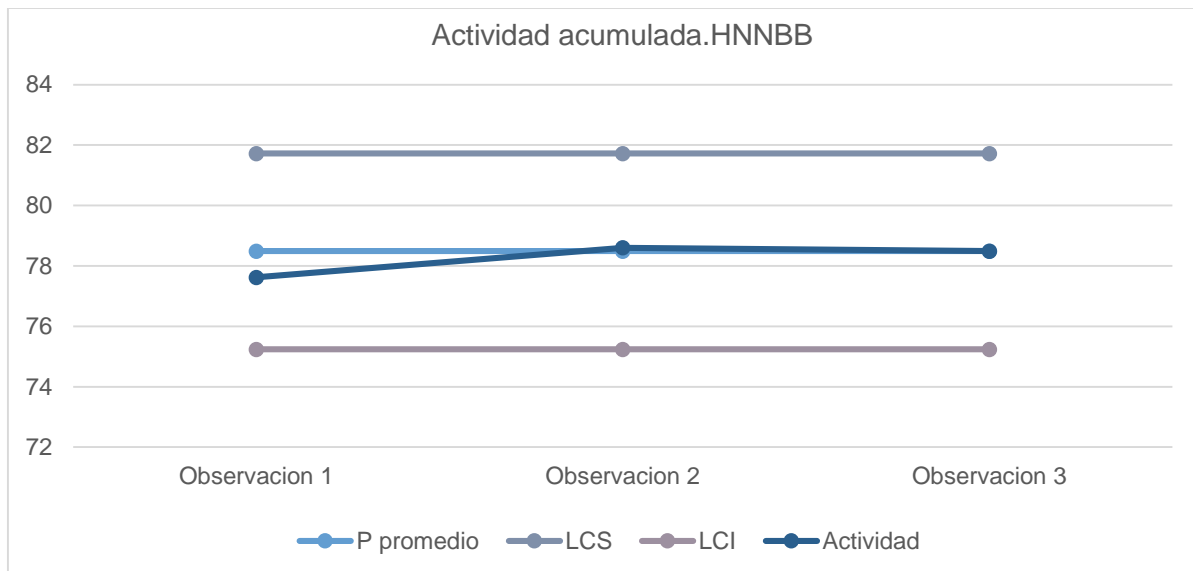
$$\text{Entonces: } LC = p \pm 3\sqrt{\frac{p(1-p)}{n}}$$

$$LC = p \pm 3\sqrt{\frac{p(1-p)}{n}} = 0.7849 \pm 3\sqrt{\frac{0.7849(1-0.7849)}{1441}} = 0.7849 \pm 0.03247$$

Para el límite superior se tiene: **LCS = 0.8172**

Para el límite inferior se tiene: **LCI = 0.7524**

Ilustración 60. Límites de Control de Actividad. HNNBB

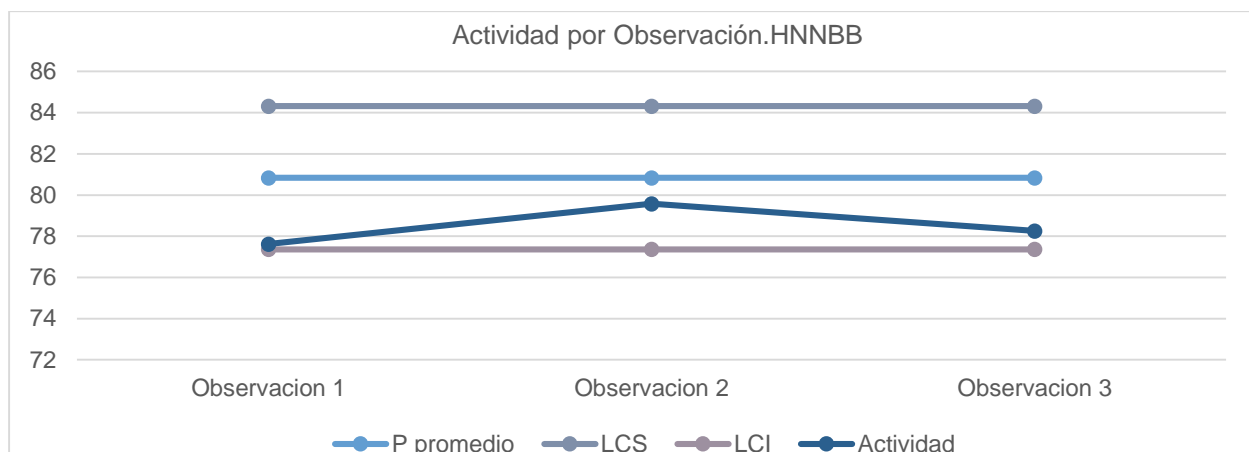


Fuente Elaboración Propia

Se establecen los límites de control para evaluar cada uno de los puestos de trabajo del área de Hospitalización, teniendo como límite inferior el 75.24, por lo cual es necesario procurar que ninguno de los puestos de trabajo trabaje a ese nivel de operatividad. Con lo cual se hace necesario la constante evaluación del personal y el brindar las herramientas necesarias a cada puesto de trabajo para que no existan tiempos inactivos que se han imputados a la dirección del Hospital.

Se observa en el siguiente gráfico que en los días en los cuales se realizó el estudio, todos estuvieron dentro de los límites de control establecidos, pero tiende al límite de control inferior por lo cual se necesita controlarlo.

Ilustración 61. Límites de Control comparada con las observaciones realizadas. HNNBB



Fuente. Elaboración Propia

### 3.2.3 Muestreo del trabajo: proceso de Hospitalización del HNM

Se detallan los resultados de las observaciones realizadas en el Hospital Nacional de la Mujer. Los cuales fueron obtenidos al aplicar la Técnica de Muestreo del trabajo.

Tabla 76. Observaciones día 1. HNM.

Resultados obtenidos en el día 1.									
Puestos de Trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>Actividad</b>	33	8	10	39	45	38	42	42	38
<b>Inactividad</b>	7	4	2	9	3	10	6	6	10
<b>% de Actividad</b>	82.50%	66.67%	83.33%	81.25%	93.75%	79.17%	87.50%	87.50%	79.17%
<b>% de Inactividad</b>	17.50%	33.33%	16.67%	18.75%	6.25%	20.83%	12.50%	12.50%	20.83%

Fuente. Elaboración Propia

Tabla 77. Observaciones día 2. HNM.

Resultados obtenidos en el día 2.									
Puestos de Trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>Actividad</b>	34	8	15	39	44	41	42	42	40
<b>Inactividad</b>	7	5	7	10	5	8	7	7	9
<b>% de Actividad</b>	82.93%	61.54%	68.18%	79.59%	89.80%	83.67%	85.71%	85.71%	81.63%
<b>% de Inactividad</b>	17.07%	38.46%	31.82%	20.41%	10.20%	16.33%	14.29%	14.29%	18.37%

Fuente. Elaboración Propia

Resultados obtenidos de las observaciones realizadas al aplicar la técnica de Muestreo del Trabajo en los Servicios de Hospitalización del Hospital Nacional de la Mujer.

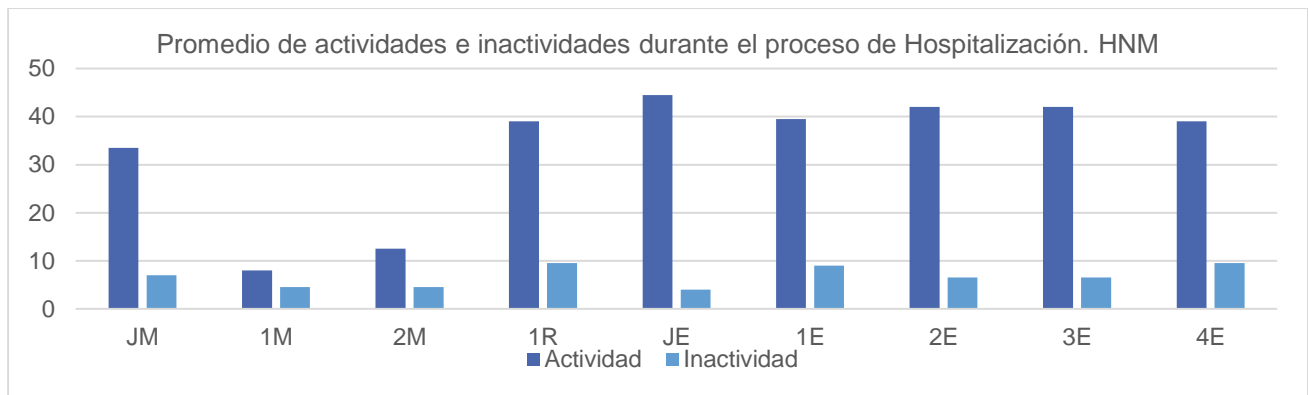
Tabla 78 Resultados promediados de actividad e inactividad. HNM

Promedio de los días observados									
Puestos de Trabajo	JM	1M	2M	1R	JE	1E	2E	3E	4E
<b>Actividad</b>	33.5	8	12.5	39	44.5	39.5	42	42	39
<b>Inactividad</b>	7	4.5	4.5	9.5	4	9	6.5	6.5	9.5
<b>% de Actividad</b>	82.72%	64.00%	73.53%	80.41%	91.75%	81.44%	86.60%	86.60%	80.41%
<b>% de Inactividad</b>	17.28%	36.00%	26.47%	19.59%	8.25%	18.56%	13.40%	13.40%	19.59%

Fuente: Elaboración Propia

Se muestra el gráfico de los resultados obtenidos de la aplicación de la técnica en los servicios hospitalarios por cada uno de los puestos de trabajo descritos

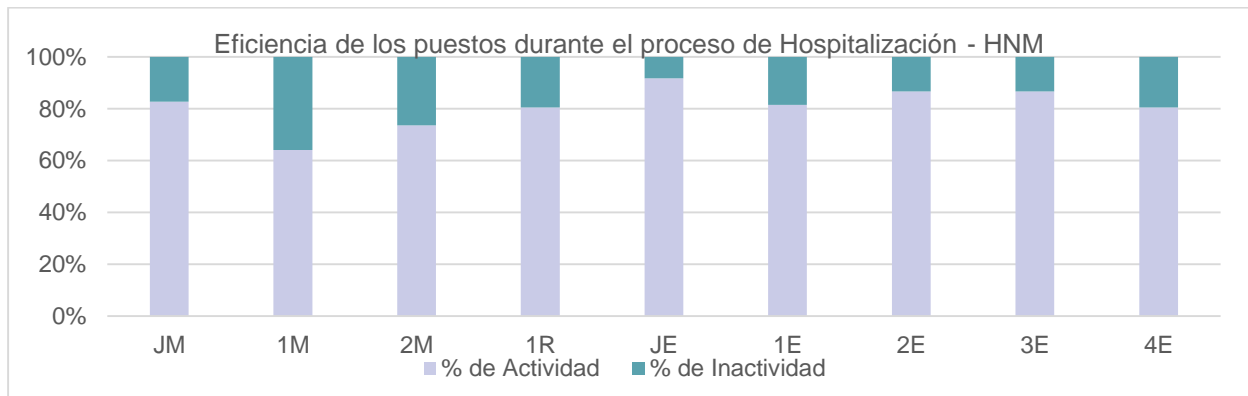
Ilustración 62. Actividad e Inactividad del Proceso de Hospitalización. HNM



Fuente: Elaboración Propia

Se observa que el personal de enfermería realiza un mayor número de actividades, en comparación con el personal médico donde se reduce la cantidad de actividades y el tiempo operativo. En el gráfico expuesto se observa que el personal de enfermería y el Jefe de los médicos son los que presenta un porcentaje mayor de eficiencia el cual ronda en promedio en el 85%. Y que puede ser mejorado por medio de un mayor control del desempeño del talento humano.

Ilustración 63. Eficiencia de los puestos de trabajo HNM



Elaboración Propia

El porcentaje global de actividad obtenida en el estudio de los Servicios de Hospitalización observados en el que se detalle a continuación:

**P de Estudio de HNM=**

$$p = \frac{\text{Número de Actividades}}{\text{Número total de Observaciones}}$$

$$p = \frac{600}{722} = 0.8310 = \mathbf{83,1\%}$$

El promedio de Actividad de **83.1%**, servirá de base para establecer los límites de control del proceso de Hospitalización. Para establecer el estándar y la desviación de este para evaluar el desempeño de cada uno de los puestos de trabajo.

:

Tabla 79. Porcentajes de actividad diarios y acumulados para cada día de observación

No.	Observaciones		Elemento considerado			
			Diario		Acumulado	
	Diaria	Acumulada	No	%	No.	%
1	352	352	295	83.81	295	83.81
2	370	722	305	82.43	600	<b>83,10</b>

Fuente. Elaboración propia

**Límites de control**

Los límites de control para el trabajo de muestreo se calculan mediante la ecuación:

$$LC = p \pm 3\sigma$$

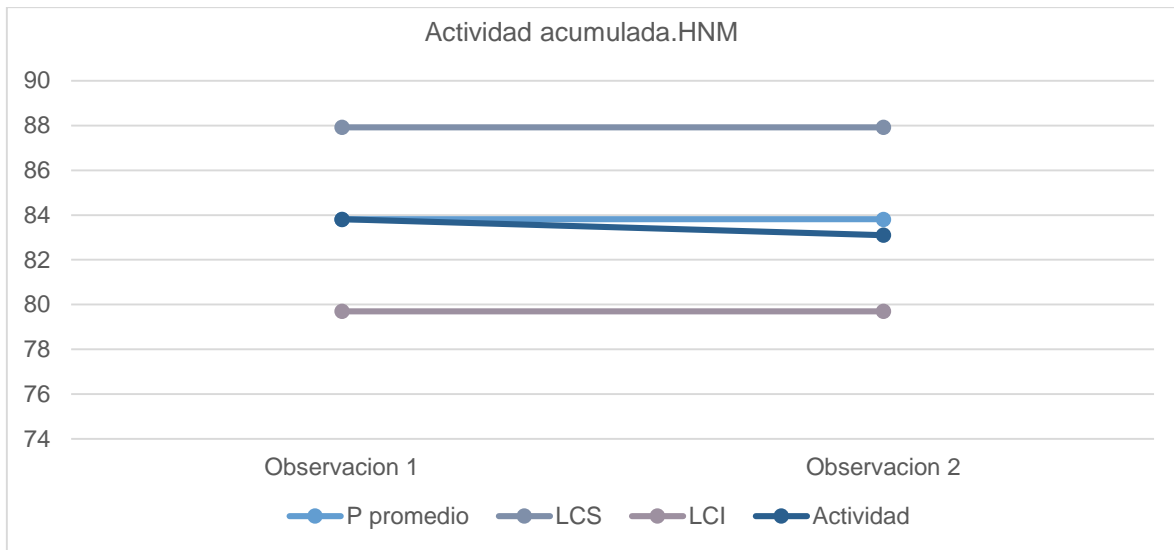
Dónde:  $\sigma = \sqrt{\frac{p(1-p)}{n}}$       Entonces:  $LC = p \pm 3\sqrt{\frac{p(1-p)}{n}}$

$$LC = p \pm 3\sqrt{\frac{p(1-p)}{n}} = 0.8381 \pm 3\sqrt{\frac{0.8381(1-0.8381)}{722}} = 0.8381 \pm 0.0411$$

Para el límite superior se tiene: **LCS = 0.8792**

Para el límite inferior se tiene: **LCI = 0.7970**

Ilustración 64. Límites de Control de Actividad. HNM

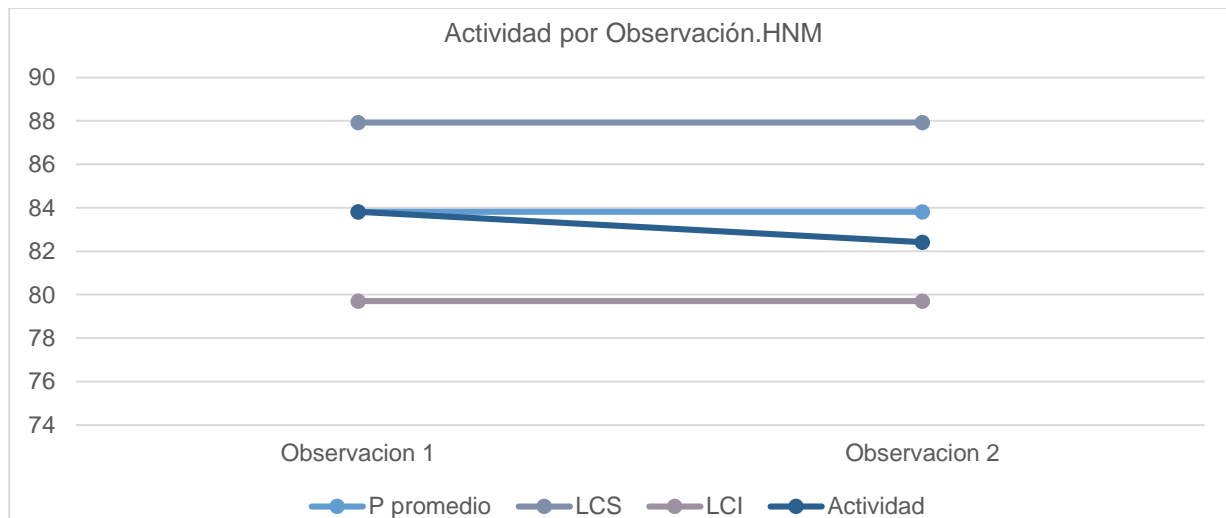


Fuente. Elaboración propia

Se establecen los límites de control para evaluar cada uno de los puestos de trabajo del área de Hospitalización, teniendo como límite inferior el 79.70, por lo cual se debe procurar que ninguno de los puestos de trabajo trabaje a ese nivel de operatividad. Con lo cual se hace necesario la constante evaluación del personal y el brindar las herramientas necesarias a cada puesto de trabajo para que no existan tiempos inactivos que se han imputados a la dirección del Hospital.

Se observa en el siguiente grafico que en los días en los cuales se realizó el estudio, ninguno de los días estuvo fuera de los límites de control establecidos. Y se mantienen en el estándar establecido por medio del estudio.

Ilustración 65. Límites de Control comparada con las observaciones realizadas. HNM



Fuente. Elaboración propia

## 4 Análisis de información primaria del Tercer Nivel de Atención por recurso

### 4.1.1 Análisis de recurso medico

Se detalla en la siguiente tabla, el resumen de las respuestas obtenidas, al analizar la encuesta realizada al personal médico y de enfermería.

Tabla 80 Información obtenida por medio de encuestas realizadas al recurso Humano de los Hospitales de 3er nivel

Pregunta	HNR	HNNBB	HNM	Análisis
1. ¿Cómo se orienta al personal nuevo en la forma de realizar sus actividades y labores?	Supervisión directa 60%	Supervisión directa 52%	Supervisión directa 64%	Para los tres Hospitales, al nuevo personal se le da instrucción directa para dar a conocer la forma en que se desarrollaran sus actividades en el servicio de Hospitalización. Se tiene manual, pero la inducción es dirigida verbalmente.
2. ¿Recursos que considera que son más escasos ocasionando problemas para realizar su trabajo?	Medicamentos 33(u) Insumos 28 (u) Personal de enfermería 28 (u)	Insumos 38 (u) Personal de enfermería 32 (u) Medicamentos 28(u)	Insumos 37 (u) Personal de enfermería 27 (u) Medicamentos 22(u)	Los insumos y recursos que el personal opina que más escasean en los tres Hospitales son los mismos, pero en diferente orden para el Hospital Rosales.
3. ¿En caso que los recursos dentro del servicio no se encuentren disponibles ¿Cuál es la forma de resolver dicha situación?	Aviso al jefe inmediato 43 (u)	Aviso al jefe inmediato 34 (u)	Aviso al jefe inmediato 45 (u)	El porcentaje más alto de respuesta cuando el personal no tiene los recursos es el aviso al jefe para los tres Hospitales. Sin embargo, se da la colaboración entre Servicios de Hospitalización.
4. ¿Causa de escasez de recursos?	Falta de presupuesto para su compra 56%	Falta de presupuesto para su compra 68%	Falta de presupuesto para su compra 56%	Más de la mitad del personal encuestado de cada Hospital opina que los escasos de recursos se deben a la falta de presupuesto asignado a cada uno de ellos.
5. ¿Ha tenido problemas de abastecimiento de medicamentos?	Si ha tenido problemas de abastecimiento. 100%	Si ha tenido problemas de abastecimiento 92%	Si ha tenido problemas de abastecimiento 88%	Para los tres Hospitales, el personal de Hospitalización afirma que se da los escasos de medicamentos, y para un poco más de la mitad de opiniones al menos una vez a la semana se da este problema.
6. ¿Frecuencia de escasez de medicamentos?	Una vez a la semana 57%	Una vez a la semana 60%	Una vez a la semana 52%	
7. ¿Actividades con mayor consumo de tiempo?	Documentación 20(u) Cuidados higiénicos 15 (u) Visita médica/ dar medicamentos 13 (u)	Interconsulta 18 (u) Cuidados higiénicos 16 (u) Documentación 16(u)	Tramites de alta 31(u) Cuidados higiénicos 24(u) Traslados 18 (u)	Las actividades que más consumen tiempo son diferentes entre los tres Hospitales, y los que se opina, en común, es el de cuidados higiénicos al paciente y la documentación para HNR y HNNBB.

8. ¿Actividades que generan retrasos (ponderación)?	Servicios de apoyo a diagnostico 50(u) Interconsulta 42 (u) Visita médica /actividades secretariales 24 (u)	Actividades secretariales 76 (u) Interconsulta (64) Servicios de apoyo a diagnostico 44(u)	Actividades secretariales 72 (u) Servicios de apoyo a diagnostico 61(u) Visita médica 57 (u)	Las actividades que generan retrasos durante el proceso de atención en la Hospitalización son los retrasos generados en los servicios de apoyo para atender o dar respuesta, además de llevar a los pacientes a interconsulta o que el médico de otra especialidad agende visita a paciente que no se pueda mover de cama.
9. ¿Servicios de apoyo más utilizados por orden de importancia?	Laboratorio 150 (u) Imágenes 125 (u) Trabajo social 40 (u)	Laboratorio 170 (u) Imágenes 96 (u) Otros servicios de apoyo a diagnostico 60 (u)	Laboratorio 120 (u) Imágenes 99 (u) Otros servicios /interconsulta 84 (u)	El servicio de laboratorio y el de imágenes y rayos X son los servicios que más solicitan de apoyo de los pacientes ingresados, debidos a que su resultado aporta información para el tratamiento y control de progreso de la salud del paciente.
10. ¿Servicios de apoyo que considera usted que ocasiona retrasos?	Laboratorio 120 (u) Imágenes 110 (u) Farmacia 65 (u)	Laboratorio 120 (u) Interconsulta 90 (u) Imágenes 70 (u)	Laboratorio 140 (u) Interconsulta 112 (u) Farmacia 90 (u)	De los servicios de apoyo a diagnóstico, el laboratorio es el que más genera retrasos en la recepción de muestras y entrega de resultados. Esto se debe por la demanda que debe atender de las demás áreas del Hospital (emergencia y consulta externa). Sin embargo, se les da respuesta a los casos urgentes, sean de cualquier área del Hospital que lo solicite.
11. ¿Comunicación de problemas?	Verbal 60%	Verbal 66%	Verbal 58%	El personal comunica de forma verbal a su jefe inmediato dentro del servicio, cuando se presentan situaciones que afecten negativamente el desempeño del proceso de Hospitalización.
12. ¿Respuesta a situaciones?	Si 90%	Si 64%	Si 78%	Para la mayoría de personas se están resolviendo las situaciones que son reportadas, pero el tiempo que se toma para ello es extenso y que se da de forma tardía, lo que se contrapone a la segunda opinión más elegida la cual, el personal percibe que se da de manera oportuna la solución a los problemas.
13. ¿Tiempo de respuesta para resolver situaciones?	Tardío 72% Oportuno 18%	Tardío 44% Oportuno 24%	Tardío 38% Oportuno 26%	

Fuente: Elaboración propia

#### 4.1.2 Análisis de información de los servicios de apoyo de los Hospitales de Tercer Nivel

En el siguiente cuadro se muestran parte de los datos que se recolectaron con la entrevista, y que pueden ser comparados entre Hospitales.

Cuadro 53. Resumen de Información Primaria de Servicios de Apoyo

Respuesta de los servicios de apoyo del Hospital Nacional Rosales									
	Lavandería	Farmacia	Nutrición	Laboratorio clínico	Anatomía patológica	Imágenes y radiología	Trabajo social	Banco de sangre	Medicina física y rehabilitación
Área de Hospitalización que más demanda del servicio	Hospitalización UCI Cirugía	Hematología UCI general Medicina interna	Se requiere por igual en los servicios	Emergencia Nefrología	Quirófano de emergencia Quirófano general	Ortopedia Servicios que lo requiera	Se requiere por igual en los servicios	Emergencia Hematología Servicios que lo requiera	Servicios de Hospitalización que lo requiera
Por orden de prioridad, a que proceso misional atiende primero:	<input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Hospitalización- <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> UCI	<input type="checkbox"/> UCI <input type="checkbox"/> Hospitalización	<input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Emergencia	<input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Consulta externa <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> UCI	<input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> UCI <input type="checkbox"/> Consulta externa <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Cirugía	<input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Consulta externa	<input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Consulta externa <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> UCI	<input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> UCI <input type="checkbox"/> Consulta externa	<input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Consulta externa <input type="checkbox"/> Emergencia
Pruebas más solicitadas al servicio	No aplica	Preparación de medicamentos Revisión en expedientes	No aplica	Química Hematología Coagulación	Biopsias Citologías Estudio de líquidos	R. general Resonancias TAC Encefalogramas	Constancias de trabajo. Gestión interconsultas	Promoción y captación de donantes de sangre	
Respuesta de los servicios de apoyo del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom									
	Lavandería	Farmacia	Nutrición/banco de leche	Laboratorio clínico	Anatomía patológica	Imágenes y radiología	Trabajo social	Banco de sangre	Fisioterapia
Área de Hospitalización que más demanda del servicio	Hospitalización Cirugía	Se requiere por igual en los servicios	Se requiere por igual en los servicios	Hospitalización Emergencia UCI	Cirugía: oncología, nefrología, urología	Emergencia UCI	Se requiere por igual en los servicios	Emergencia Hematología Servicios que lo requiera	Tratamiento de pacientes sin movimiento
Por orden de prioridad, a que proceso misional atiende primero:	<input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Consulta externa <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> UCI	<input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Consulta externa <input type="checkbox"/> Emergencia	<input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Emergencia	<input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> UCI <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Consulta externa	<input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> UCI <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Consulta externa	<input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> UCI <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Consulta externa	<input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Consulta externa <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> UCI	<input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> UCI <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Consulta externa	<input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> UCI <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Consulta externa
Pruebas más solicitadas al servicio	No aplica	Recetas de medicamentos Nutrición parenteral	No aplica	Químicas Hemogramas General de orina	Biopsias Estudio de líquidos	R. convencional Estudios especiales Tomografía	Comunicación a autoridades Gestión interconsultas	Tipo sanguíneo Prueba cruzada	Pacientes que requieran movilización Terapias de rehabilitación



Respuesta de los servicios de apoyo del Hospital Nacional de la Mujer Dra. Isabel Rodríguez									
	Lavandería	Farmacia	Nutrición/banco de leche	Laboratorio clínico	Anatomía patológica	Imágenes y radiología	Trabajo social	Banco de sangre	Fisioterapia
Área de Hospitalización que más demanda del servicio	Emergencia Puerperio	Neonatología Obstetricia Perinatología	Perinatología Oncología UCI	Neonatología Emergencia	Ginecología Obstetricia	Neonatología UCI Cirugía Oncología	Se requiere por igual en los servicios	Neonatología Emergencia UCI	Neonatología Puerperio UCI Adulto
Por orden de prioridad, a que proceso misional atiende primero:	<input type="checkbox"/> UCI <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Consulta externa	Todos son atendidos al mismo tiempo con el uso de stock diario	Distribución a todas las áreas con misma prioridad	<input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Consulta externa <input type="checkbox"/> Emergencia	<input type="checkbox"/> UCI <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Consulta externa	<input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Consulta externa	<input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Consulta externa <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> UCI	<input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> UCI <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Consulta externa	<input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> UCI <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Consulta externa
Pruebas más solicitadas al servicio	No aplica	Recetas de medicamentos Nutrición parenteral Atención farmacéutica a casos de VIH	No aplica	Hemograma Glucosa Creatinina General de orina	Biopsias Citología	Radiografía de tórax Ultrasonografía abdominal R. de otro tipo	Constancias de trabajo. Charlas Gestión interconsultas	Tipo sanguíneo Prueba cruzada Aglutinas	Verificación de rupturas de extremidades

Fuente: elaboración propia

Para comprender estos resultados referirse al anexo resultado de las encuesta de satisfacción del cliente

Cuadro 54. Análisis del levantamiento de información de los servicios de apoyo

Área de Hospitalización que más demanda del servicio:	Debido a las especialidades que son diversas en los tres Hospitales, las áreas que demandan la asistencia de los servicios de apoyo no coinciden entre Hospitales ya que no cuentan con las mismas.
Por orden de prioridad, a que proceso misional atiende primero:	Para los tres Hospitales se tiene el protocolo de atención al paciente de más urgencia sin importar el área del que este provenga. Sin embargo, estos casos se dan en mayor proporción en las áreas de Hospitalización y en emergencia, en Tercer lugar, se tiene la solicitud en consulta externa por la cantidad de citas programadas para el control previo o posterior al tratamiento asignado.
Pruebas más solicitadas al servicio:	Son diversas las pruebas que se realizan en cada servicio, pero entre Hospitales estos coinciden en las pruebas que son más solicitadas para la realización del diagnóstico y tratamiento. Para estos Hospitales algunos de los servicios tienen establecidos tiempos límite para la entrega de resultados con el objetivo de evitar retrasos para el paciente y disminuir el tiempo de estadía en Hospitalización.

Fuente: elaboración propia

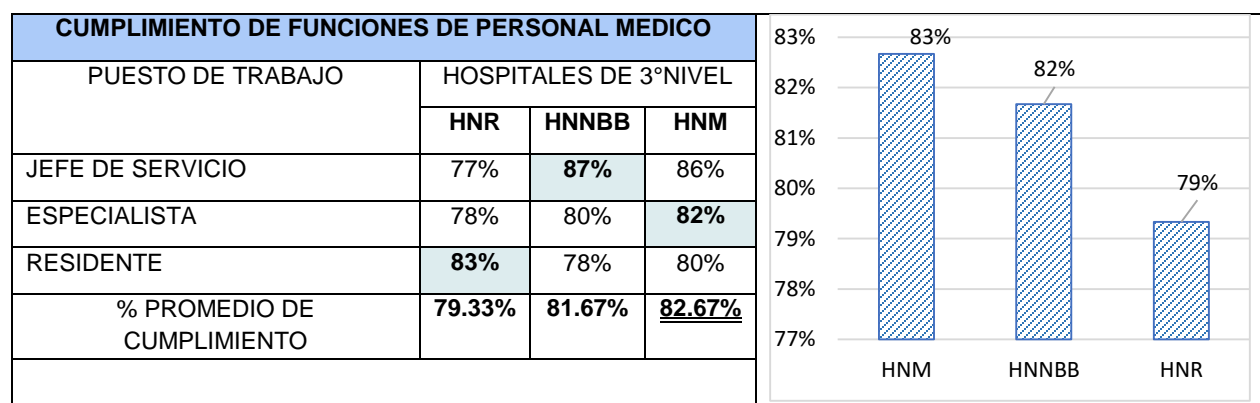
### 4.1.3 Análisis del cumplimiento de funciones de los Hospitales del Tercer Nivel del MINSAL.

El índice de cumplimiento de funciones en los Hospitales del Tercer Nivel, del personal médico tiene un promedio global de 80.97%, el de personal de enfermería 84.77%. En los Servicios de Hospitalización.

Se presenta el resultado de la evaluación del cumplimiento de las actividades asignadas al personal médico según el manual de funciones del Ministerio de Salud.

- Personal Médico

Tabla 81. Analisis del cumplimiento de funciones del Personal Medico



Fuente. Elaboración propia por medio de observación

Al analizar las funciones del personal médico, el HNNBB y el HNM se encuentra arriba del promedio 80.97%, en el Hospital Rosales residente, es el que tiene un mayor contacto con el paciente, este personal permanece en el servicio de Hospitalización evaluando cualquier eventualidad que se pueda presentar, aunque algunas de las funciones que le corresponde a él son delegadas al interno habiendo reProcesos de información y demoras, al final las funciones son cumplidas. La delegación de funciones es parte del eje de docencia que como Hospital escuela se debe cumplir, pero se debe aportar ideas de solución para que el proceso no se retrase por una mala gestión de la información y la falta de planificación de las actividades.

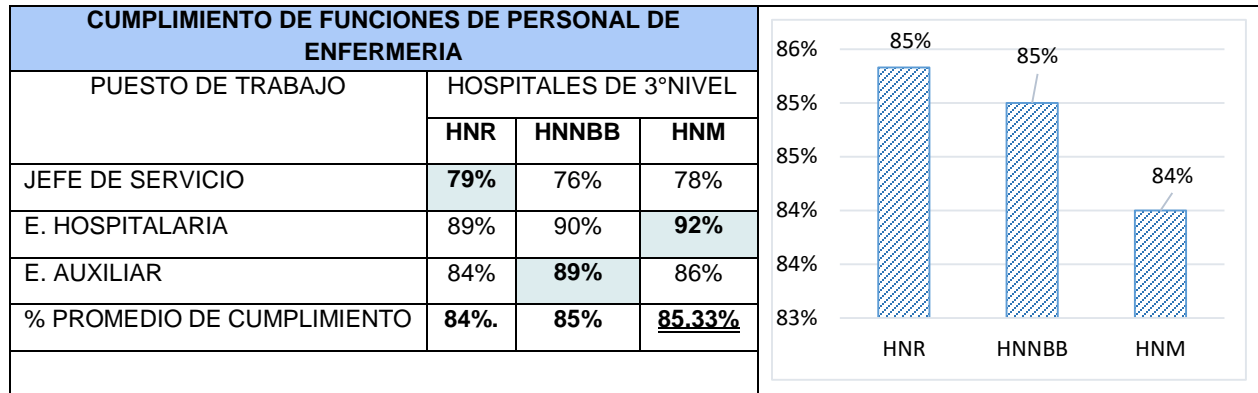
En el HNNBB el mejor evaluado fue el Jefe de Servicio, en los servicios observados se pudo comprobar que el médico, aunque realiza solo 3 funciones operativas, participa en el cumplimiento de estas. En base a los días que se aplicó la técnica el Medico jefe asistió a la visita o ronda medica diaria, por el perfil del paciente el médico debe tener una relación debe ganarse la confianza del paciente. Otra razón es porque se estable un binomio madre-paciente, aunque el médico debe informar y comunicar al paciente su estado como parte de sus funciones es la madre del paciente la que está pendiente de solicitar información de la condición de su hijo

En el HNM, el mejor evaluado fue el médico especialista se pudo observar que en algunos de los servicios se realiza esta función dividiendo el número de camas por médico especialista para facilitar el proceso de ronda médica. El delega muchas de sus funciones al residente, aunque él

nos las realice, se llevan a cabo por otro personal. Se debe evaluar la carga de trabajo y de qué manera redistribuir las funciones, existe también una problemática con respecto a las horas contratadas porque existen contratos de 2, 4, 8 y 6 Horas lo que a veces limita el tiempo que el médico dedica al cuidado del paciente. Estos médicos también son encargados de brindar Consulta externa por lo cual debe existir una buena organización de este recurso.

- Personal de Enfermería

Tabla 82. Analisis del cumplimiento de funciones del Personal Enfermería



Fuente. Elaboración propia por medio de observación

La enfermera Jefa de servicio es la mejor evaluada en su mayoría en los tres Hospitales la mayoría de funciones que ella realiza son de planificación, son programadas en la semana varios reuniones donde ella debe reportar como se está realizando el trabajo, la actividad que comúnmente se observa que ella no cumple en los tres Hospitales es asistir al doctor en la visita médica, la función de dar medicamento parenteral a paciente delicados se las asigna a la enfermera Hospitalaria, la función se cumple pero la realiza otro recurso humano.

La enfermera auxiliar es la mejor evaluada en el HNNBB, esto se debe a la ayuda que recibe de la secretaria que está asignada por servicio que también colabora en el cumplimiento de varias de funciones en especial las que tiene que ver con gestión de insumos médicos y actividades propias de mensajería. Al igual el padre de familia ayuda a cumplir funciones de cuidados higiénicos de paciente entre otras

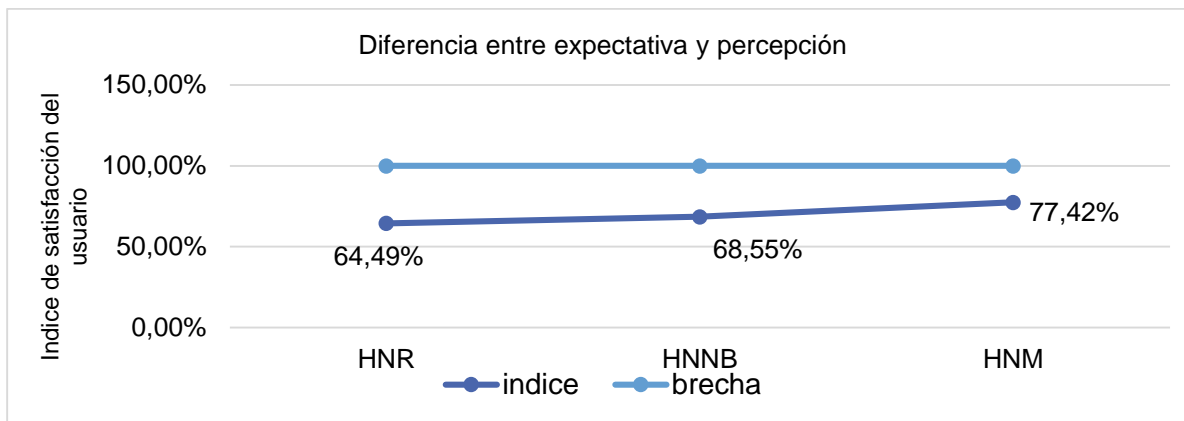
En el HNM la Enfermera Hospitalaria es la mejor evaluada, las funciones son divididas entre ellas según el plan de asignaciones, además algunas de ellas se realizan de manera conjunta para agilizar el proceso, la auxiliar de enfermería colabora en toda la gestión y abastecimiento de insumos, medicamentos, alimentación lo que permite que la enfermera Hospitalaria se dedique a las funciones que se relacionan directamente con el cuidado y tratamiento del paciente.

#### 4.1.4 Análisis de la percepción de los usuarios de los Hospitales de Tercer Nivel

A continuación, se presenta la brecha que existe entre las especificaciones de calidad en el servicio y el servicio que actualmente se está brindando a los clientes, es decir servicio esperado

y servicio percibido. Se observa que el Hospital HNM, la percepción tiene una diferencia de 22.58%, de la expectativa, siendo el mejor Hospital evaluado por los usuarios.




Ilustración 66. Índice de satisfacción del usuario



Elaboración propia. Por medio de los datos obtenidos en la Encuesta de satisfacción

A continuación, se presenta un comparativo de la percepción del cliente en los Hospitales de Tercer Nivel.

Cuadro 55. Análisis de los resultados obtenidos en la Encuesta de Satisfacción del cliente. Tercer Nivel de Atención.

Hospitales de Tercer Nivel	Índice de satisfacción del cliente.	Análisis comparativo
HNR	64.48% 	El Hospital menos evaluado por el cliente es el HNR, tiene el índice de satisfacción más bajo debido a que esperan mucho tiempo para realizar algún procedimiento, hay escases de recursos, el trato y amabilidad del personal médico y enfermeras no es el adecuado, existe poca remodelación de la infraestructura y no hay condiciones asépticas.
HNNBB	68.6% 	El HNNBB tiene un bajo índice de satisfacción del cliente al igual que el HNR con la diferencia que es más aseado y el personal médico y enfermeras tienen un poco más de empatía con el cliente.
HNM	77.42% 	El mejor Hospital según la percepción del cliente es el HNM, en el cual resalta las 5 dimensiones, debido a que su infraestructura es nueva, el trato y la amabilidad del personal médico y enfermera es mejor, no esta tan demandado como los demás Hospitales y por lo cual tiene un buen resultado de la dimensión de Capacidad de respuesta, es decir no esperan mucho tiempo para recibir un procedimiento






Elaboración propia. Encuesta de Satisfacción realizada en los Servicios de Hospitalización





## 5 Diagnóstico de la Situación actual


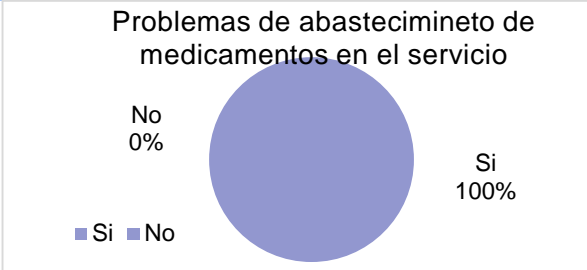




### 5.1 Elementos del proceso de Hospitalización del HNR

Análisis de los elementos de interés en el proceso de Hospitalización para cada uno de los Hospitales del Tercer Nivel

Cuadro 56. Análisis de Elementos que participan en el proceso de Hospitalización. HNR

Elemento evaluado	Datos	Situación actual															
 <p>Perfil</p>	<p>Pacientes agudos y crónicos, adultos y adolescentes, con patología de alta complejidad, de las diferentes especialidades de medicina y cirugía: Medicina Interna, Cirugía, Psiquiatría y Medicina Familiar. Cuenta con la unidad de cuidados intermedios e intensivos de mayor capacidad instalada de la red pública. Ortopedia y traumatología en emergencia y cirugía de alta complejidad, reemplazos de articulación y colocación de prótesis.</p>																
 <p>Presupuesto</p>	<p>2017: \$43,791,191 Asignado atención Hospitalaria: \$37,544,846 Recibe: <b>49%</b> del presupuesto asignado al Tercer Nivel por parte del MINSAL</p>	<p>Los Hospitales de Tercer Nivel son los que más presupuesto recibe de toda la RIIS. Se asigna el 85% del presupuesto al área de atención Hospitalaria (Cirugía, UCI y Hospitalización)</p>															
 <p>Demanda</p>	<p>Hombres y mujeres: Año: 2017: 270,786 Año 2018: 68,036</p>	<p>Antes del año 2018 la demanda se estimaba que el 5% de la población total acude a este Hospital, ahora se estima al 1%, por lo cual la demanda es del 68,036.</p>															
 <p>Capacidad de camas</p>	<p>Camas censables: 504 camas. (No se incluye bienestar magisterial). % de utilización: 116% C.I: 19,160 días cama/año. Calculo de necesidad real de cama: 590 Nº de cama faltantes: 86 camas</p>	<p>Para 2017: Medicina interna: 88 camas Sub especialidades M.I.: 127 camas Cirugía general: 147 camas Subespecialidad cirugía: 142 camas</p>															
 <p>Total, de egresos y días de estancia</p>	<p>Egresos: 22,805 Muertes: 1,938 Porcentaje de utilización del presupuesto por egreso de producción: \$1,832.78 Las especialidades de Cirugía General y Medicina Interna son las que producen más egresos.</p>	<p>Datos de egresos:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Especialidad básica</th> <th>Días promedio de estancia</th> <th>Programado</th> <th>Real</th> <th>% de eficacia (cumplimiento)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>M.I.:</td> <td>7.63 días</td> <td>5580</td> <td>5483</td> <td>98.23%</td> </tr> <tr> <td>Cirugía:</td> <td>8.35 días</td> <td>6300</td> <td>7057</td> <td>112%</td> </tr> </tbody> </table>	Especialidad básica	Días promedio de estancia	Programado	Real	% de eficacia (cumplimiento)	M.I.:	7.63 días	5580	5483	98.23%	Cirugía:	8.35 días	6300	7057	112%
Especialidad básica	Días promedio de estancia	Programado	Real	% de eficacia (cumplimiento)													
M.I.:	7.63 días	5580	5483	98.23%													
Cirugía:	8.35 días	6300	7057	112%													

	Días de estancia: 193,795 días. Promedio estándar de días de estancia: 8.50 días	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Sub Especialidad</th> <th>Días promedio. de estancia</th> <th>Programado</th> <th>Real</th> <th>% de eficacia (cumplimiento)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sub M.I.:</td> <td>8.24 días</td> <td>5964</td> <td>5948</td> <td>99.73%</td> </tr> <tr> <td>Sub Cirugía:</td> <td>11.72 días</td> <td>4013</td> <td>4317</td> <td>107%</td> </tr> </tbody> </table>	Sub Especialidad	Días promedio. de estancia	Programado	Real	% de eficacia (cumplimiento)	Sub M.I.:	8.24 días	5964	5948	99.73%	Sub Cirugía:	11.72 días	4013	4317	107%
Sub Especialidad	Días promedio. de estancia	Programado	Real	% de eficacia (cumplimiento)													
Sub M.I.:	8.24 días	5964	5948	99.73%													
Sub Cirugía:	11.72 días	4013	4317	107%													
Causas de egresos (vivos y muertos) 	Tumores: 5,312 casos. Enfermedades hipertensivas: 2,686 casos Vacío (patologías no clasificadas): 1,269 casos Enfermedades del apéndice: 1,194 Insuficiencia renal: 1,154 casos	Egresos de los servicios de medicina interna y cirugía con estadía mayor a 72 horas. Las especialidades que más generaron egresos: hematología, nefrología, endocrinología, oftalmología, ortopedia/traumatología.															
Causas que generan más días de estancia 	Tumores (neoplasias) malignos: 45.332 días Enfermedades hipertensivas: 12,476 días Vacío (patologías no clasificadas): 6,695 días Enfermedades del apéndice: 4,615 días Insuficiencia renal: 6,181 días	Días de estancia en camas censables de los Servicios de Hospitalización															
Tiempo de espera (después de indicación en emergencia)	Promedio 2017: 14 horas con 55 minutos	Promedio de los tiempos de espera de las especialidades de medicina interna y de cirugía, ambos provenientes de emergencia.															
Recursos humanos  	Promedio de cumplimiento de funciones médicos: 79.33% Promedio de cumplimiento de funciones enfermeras: 84% Se tiene personal de acuerdo a cama: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicos: 3.42 camas/médicos</li> <li>• Enfermeras: 6.70 camas/enfermera <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tiempo operativo optimo (To): 2,124 horas</li> <li>○ Tiempo operativo real (Tr): 1.335.25 horas</li> <li>○ (To – Tr) / 8hr = personal de enfermería faltante</li> </ul> </li> </ul>	Plazas de interinos están conformadas por 80 practicantes internos y 91 residentes. <table border="1"> <thead> <tr> <th>Médicos en área Hospitalización: 247</th> <th>Disponibilidad de recurso humano en 8hr laborales.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jefe de servicio: 28 Médico especialista: 157 Residente: 62</td> <td>Jefe de servicio: 10.62 Médico especialista: 74.77 Residente: 62</td> </tr> <tr> <th>Enfermera en área de Hospitalización: 579</th> <th>Disponibilidad de hr/enfermera al día</th> </tr> <tr> <td>Jefe enfermería: 28 Enfermera Hospitalaria: 159 Ayudante de enfermería: 39 Auxiliar de enfermería: 291</td> <td>Jefe enfermería: 196 Enfermera Hospitalaria: 1113 Ayudante de enfermería: 273 Auxiliar de enfermería: 2091</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>Necesidad de personal de enfermería:</b></td> </tr> </tbody> </table>	Médicos en área Hospitalización: 247	Disponibilidad de recurso humano en 8hr laborales.	Jefe de servicio: 28 Médico especialista: 157 Residente: 62	Jefe de servicio: 10.62 Médico especialista: 74.77 Residente: 62	Enfermera en área de Hospitalización: 579	Disponibilidad de hr/enfermera al día	Jefe enfermería: 28 Enfermera Hospitalaria: 159 Ayudante de enfermería: 39 Auxiliar de enfermería: 291	Jefe enfermería: 196 Enfermera Hospitalaria: 1113 Ayudante de enfermería: 273 Auxiliar de enfermería: 2091	<b>Necesidad de personal de enfermería:</b>						
Médicos en área Hospitalización: 247	Disponibilidad de recurso humano en 8hr laborales.																
Jefe de servicio: 28 Médico especialista: 157 Residente: 62	Jefe de servicio: 10.62 Médico especialista: 74.77 Residente: 62																
Enfermera en área de Hospitalización: 579	Disponibilidad de hr/enfermera al día																
Jefe enfermería: 28 Enfermera Hospitalaria: 159 Ayudante de enfermería: 39 Auxiliar de enfermería: 291	Jefe enfermería: 196 Enfermera Hospitalaria: 1113 Ayudante de enfermería: 273 Auxiliar de enfermería: 2091																
<b>Necesidad de personal de enfermería:</b>																	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Personal de enfermería faltantes:99</li> </ul>	99 enfermedad turno de 8hr															
<p>Abastecimiento de medicamentos</p> 	<p>Estándar programado de cumplimiento mensual: 86.28%</p> <p>Promedio anual real: 80.79%</p> <p>Recetas despachadas en el año 2017: 336,616</p> <p>% de medicinas en Hospitalización: 57%</p>	<p>Problemas de abastecimiento de medicamentos en el servicio</p> 															
<p>Pruebas de servicios laboratorio</p> 	<p>Pruebas de laboratorio más solicitadas: bioquímica, hematología, banco de sangre, bacteriología.</p> <p>El 39% de las pruebas son de Hospitalización.</p> <p>La prueba Bioquímica (293,434) y Hematología (109,920) son las pruebas más solicitadas para el diagnóstico y tratamiento del paciente.</p>	<p>Cantidad de pruebas realizadas en el año 2017: 546,643</p> <p>Promedio de pruebas por paciente: 21</p>															
<p>Servicios intermedios de diagnostico</p> 	<p>Tendencia de producción 2017:</p> <table border="1" data-bbox="560 867 1682 1146"> <thead> <tr> <th>Servicios intermedios de diagnostico</th> <th>Cantidad</th> <th>Prueba más solicitada</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Imagenología</td> <td>94,528</td> <td>Radiografía</td> </tr> <tr> <td>A. patológica</td> <td>9,064</td> <td>Biopsia de otras partes del cuerpo</td> </tr> <tr> <td>Tratamiento. y rehabilitación</td> <td>104,124</td> <td>Terapia respiratoria</td> </tr> <tr> <td>Otros procedimientos</td> <td>22,808</td> <td>Electrocardiograma</td> </tr> </tbody> </table> <p>El servicio intermedio de diagnóstico más solicitado es el Tratamiento y Rehabilitación con un 45%.</p> <p>Notas: No está dividido por proceso misional.</p>	Servicios intermedios de diagnostico	Cantidad	Prueba más solicitada	Imagenología	94,528	Radiografía	A. patológica	9,064	Biopsia de otras partes del cuerpo	Tratamiento. y rehabilitación	104,124	Terapia respiratoria	Otros procedimientos	22,808	Electrocardiograma	
Servicios intermedios de diagnostico	Cantidad	Prueba más solicitada															
Imagenología	94,528	Radiografía															
A. patológica	9,064	Biopsia de otras partes del cuerpo															
Tratamiento. y rehabilitación	104,124	Terapia respiratoria															
Otros procedimientos	22,808	Electrocardiograma															
<p>Servicios generales</p>  	<p>Producción: Alimentación y dietas: 145,881 dietas servidas, el 48% de cirugía – 49% de M.I</p> <p>Promedio de comidas: 6 por egreso producido</p>	<p>Producción:</p> <p>Lavandería: 1,507,121 lb/año, siendo el 92% para Hospitalización (59% Cirugía – 38% M.I)</p> <p>Promedio libras de ropa: 59 egreso producido</p>															

Indicadores de gestión Hospitalaria



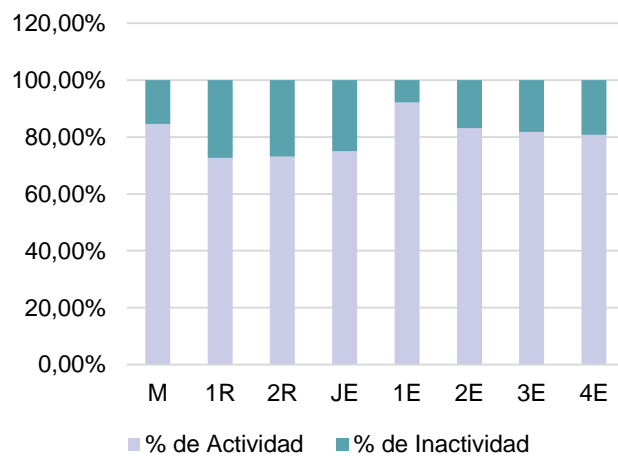
2017

Porcentaje de ocupación de camas (anual)	88%
Promedio de días estancia	7.99 días
Giro cama o índice de rotación (anual)	39%
Intervalo de tiempo de sustitución	0.48 día

Resultados de muestreo del trabajo

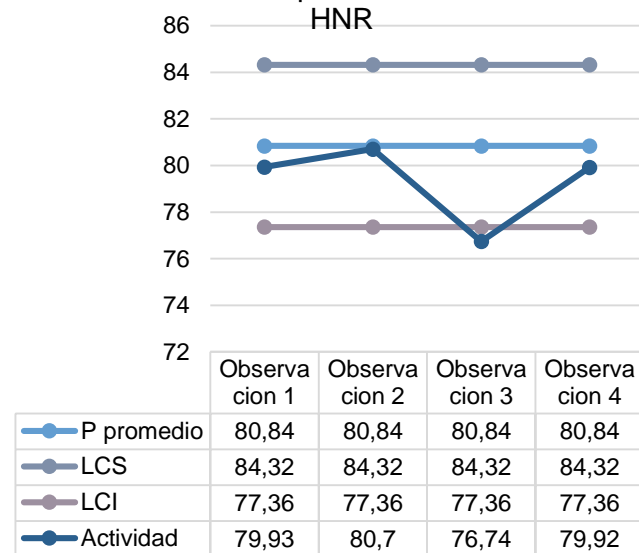


Eficiencia de los puestos de trabajo durante el proceso de Hospitalización - HNR


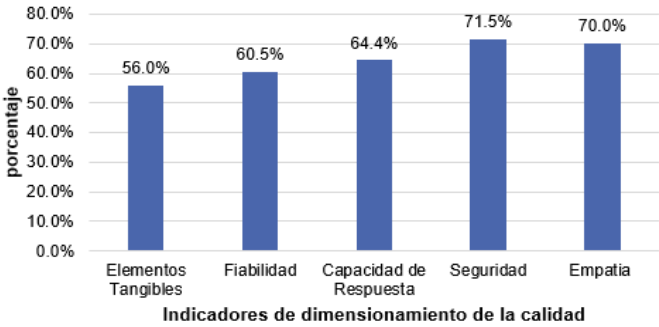




La eficiencia es del 80.84%, siendo el personal de enfermería el más eficiente

Actividad por Observación HNR















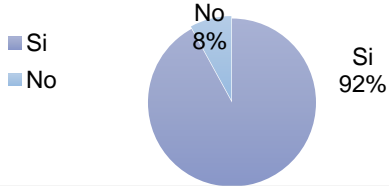


<p>Percepción del cliente externo</p> 	<p>Índice de Satisfacción del Cliente: 64.48% La enfermera tuvo una aceptación</p>	<p><b>Percepcion del usuario HNR</b></p>  <table border="1"> <caption>Indicadores de dimensionamiento de la calidad</caption> <thead> <tr> <th>Indicador</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Elementos Tangibles</td> <td>56.0%</td> </tr> <tr> <td>Fiabilidad</td> <td>60.5%</td> </tr> <tr> <td>Capacidad de Respuesta</td> <td>64.4%</td> </tr> <tr> <td>Seguridad</td> <td>71.5%</td> </tr> <tr> <td>Empatia</td> <td>70.0%</td> </tr> </tbody> </table>	Indicador	Porcentaje	Elementos Tangibles	56.0%	Fiabilidad	60.5%	Capacidad de Respuesta	64.4%	Seguridad	71.5%	Empatia	70.0%
Indicador	Porcentaje													
Elementos Tangibles	56.0%													
Fiabilidad	60.5%													
Capacidad de Respuesta	64.4%													
Seguridad	71.5%													
Empatia	70.0%													
<p>Percepción del cliente interno</p> 	<p>El personal se orienta mediante a supervisión directa.  Recursos más escasos: medicamentos, insumos y personal de enfermería.  Causa de escases: falta de presupuesto.  Actividades con mayor consumo de tiempo: llenado de documentación, cuidados higiénicos y visita médica.  Actividades que generan retraso: interconsulta y actividades secretariales  Servicio de apoyo que generan retraso: laboratorio, imágenes y farmacia.  Se da respuesta a problemática en un 90% pero el 72% considera que el tiempo de repuesta es tardía.</p>													
<p>valor agregado de las actividades del proceso</p> 	<p>Actividades totales del proceso: 79 actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades con valor agregado: 61%</li> <li>• Actividades sin valor agregado: 39%</li> </ul>													

## 5.2 Elementos del proceso de Hospitalización del HNNBB

Cuadro 57. Análisis de Elementos que participan en el proceso de Hospitalización. HNNBB

Elemento evaluado	Datos	Situación actual															
 <p>Perfil</p>	Atenciones claves para el recién nacido con morbilidad, y prematuro, reanimación neonatal; cirugía y tratamiento médico pediátrico de padecimientos de alta complejidad (ASA III, IV o V), para pacientes de las edades entre los cero y doce años (hasta los 18 años si ha sido un paciente en control antes de los 12 años).																
 <p>Presupuesto</p>	2017: \$29,980,928 Asignado a atención Hospitalaria: \$26,215,043 Recibe: <b>33%</b> del presupuesto asignado al Tercer Nivel	Se asigna entre 87% del presupuesto al área de atención Hospitalaria.															
 <p>Demanda</p>	Niños y adolescentes: 2017: 928,147	La población de responsabilidad del Hospital, son los niños 0 a 12 años, sin embargo, cuando los pacientes adquieren una enfermedad crónica en la infancia, los programas asistenciales de algunas sub especialidades incluyen atención hasta los 18 años de edad.															
 <p>Capacidad de camas</p>	Camas censables: 275 % de utilización: 109% C.I: 10,404 días cama/año. Calculo de necesidad real de cama: 321 Nº de cama faltantes: 46 camas	Para 2017: Medicina interna: 24 Sub especialidades M.I.: 138 Cirugía general: 33 Subespecialidad cirugía: 80															
 <p>Total, de egresos y días de estancia</p>	Egresos: 11.374; Muertos: 403 Días de estancia: 99,532 Promedio estándar de días de estancia: 8.75 días Porcentaje de utilización del presupuesto por egreso de producción: \$2,255.85 Las especialidades de Cirugía Pediátrica y Oncología Pediátrica son las que producen más egresos.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Especialidad</th> <th>Días Estancia</th> <th>Programado</th> <th>Real</th> <th>%de eficacia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>M.I. pediátrica:</td> <td>10.27</td> <td>2.059</td> <td>2,224</td> <td>108%</td> </tr> <tr> <td>Cirugía pediátrica:</td> <td>4.88</td> <td>977</td> <td>937</td> <td>96%</td> </tr> </tbody> </table>	Especialidad	Días Estancia	Programado	Real	%de eficacia	M.I. pediátrica:	10.27	2.059	2,224	108%	Cirugía pediátrica:	4.88	977	937	96%
Especialidad	Días Estancia	Programado	Real	%de eficacia													
M.I. pediátrica:	10.27	2.059	2,224	108%													
Cirugía pediátrica:	4.88	977	937	96%													

<p>Causas de egresos (vivos y muertos)</p> 	<p>Tumores: 1,358 casos.          Enfermedades del apéndice: 1,191          Influenza y neumonía: 677          Traumatismo de la cabeza: 649          Enfermedades infecciosas intestinales: 420</p>	<p>Egresos de los servicios de medicina interna y cirugía con estadía mayor a 72 horas. Las especialidades que más generaron egresos: Cirugía pediátrica, Infectología pediátrica, Oncología pediátrica, Neurocirugía pediátrica.</p>								
<p>Causas que generan más días de estancia</p> 	<p>Tumores [neoplasias] malignos: 17,400 días          Influenza [gripe] y neumonía: 6,491 días          Trastornos respiratorios y cardiovasculares específicos del período perinatal: 4,876          Enfermedades del apéndice: 4,141 días          Enfermedades infecciosas intestinales: 2,385 días</p>	<p>Días de estancia en camas censables de los Servicios de Hospitalización</p>								
<p>Tiempo de espera (después de indicación en emergencia)</p>	<p>Promedio 2017: 6.03 horas</p>	<p>Promedio de los tiempos de espera de las especialidades de medicina interna y de cirugía, ambos provenientes de emergencia, esta sobre el estándar del Hospital, que es de 3 a 6 horas.</p>								
<p>Recursos humanos</p>  	<p>Promedio de cumplimiento de funciones médicos: 81.67%          Promedio de cumplimiento de funciones enfermeras: 85%</p> <hr/> <p>Se tiene personal de acuerdo a cama:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicos: 1.93 camas/médicos</li> <li>• Enfermeras: 3.21 camas/enfermera             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tiempo operativo óptimo (To): 1,636 horas</li> <li>○ Tiempo operativo real (Tr): 1,801 horas</li> <li>○ <math>(To - Tr) / 8hr =</math> personal de enfermería faltante</li> <li>○ Personal de enfermería faltantes: -21</li> </ul> </li> </ul> <p>No se tiene escasez de personal de enfermería.</p>	<p>Plazas de interinos están conformadas por 40 practicantes internos y 45 residentes.</p> <table border="1" data-bbox="1171 932 1860 1403"> <thead> <tr> <th data-bbox="1171 932 1528 1052"><b>Médicos en área Hospitalización: 205</b></th> <th data-bbox="1528 932 1860 1052"><b>Disponibilidad de recurso humano en 8hr laborales.</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1171 1052 1528 1208">                     Jefe de servicio: 28                      Médico especialista: 132                      Residente: 45                 </td> <td data-bbox="1528 1052 1860 1208">                     Jefe de servicio: 20                      Médico especialista: 77.5                      Residente: 45                 </td> </tr> <tr> <th data-bbox="1171 1208 1528 1289"><b>Enfermera en área de Hospitalización: 459</b></th> <th data-bbox="1528 1208 1860 1289"><b>Disponibilidad de hr/enfermera al día</b></th> </tr> <tr> <td data-bbox="1171 1289 1528 1403">                     Jefe enfermería: 17                      Enfermera Hospitalaria: 215                 </td> <td data-bbox="1528 1289 1860 1403">                     Jefe enfermería: 119                      Enfermera Hospitalaria: 1,505                 </td> </tr> </tbody> </table>	<b>Médicos en área Hospitalización: 205</b>	<b>Disponibilidad de recurso humano en 8hr laborales.</b>	Jefe de servicio: 28 Médico especialista: 132 Residente: 45	Jefe de servicio: 20 Médico especialista: 77.5 Residente: 45	<b>Enfermera en área de Hospitalización: 459</b>	<b>Disponibilidad de hr/enfermera al día</b>	Jefe enfermería: 17 Enfermera Hospitalaria: 215	Jefe enfermería: 119 Enfermera Hospitalaria: 1,505
<b>Médicos en área Hospitalización: 205</b>	<b>Disponibilidad de recurso humano en 8hr laborales.</b>									
Jefe de servicio: 28 Médico especialista: 132 Residente: 45	Jefe de servicio: 20 Médico especialista: 77.5 Residente: 45									
<b>Enfermera en área de Hospitalización: 459</b>	<b>Disponibilidad de hr/enfermera al día</b>									
Jefe enfermería: 17 Enfermera Hospitalaria: 215	Jefe enfermería: 119 Enfermera Hospitalaria: 1,505									

		Ayudante de enfermería: 67 Auxiliar de enfermería: 160 Secretaria: 12	Ayudante de enfermería: 469 Auxiliar de enfermería: 1,120 Secretaria: 84															
Abastecimiento de medicamentos 	Estándar programado de cumplimiento mensual: 85% Promedio anual real: 81.34% Recetas despachadas en el año 2017: 121,032 % de medicinas en Hospitalización: 66%	Problemas de abastecimiento de medicamentos en el servicio 																
Pruebas de servicios laboratorio 	Pruebas de laboratorio más solicitadas: bioquímica, banco de sangre, hematología, bacteriología. El 50% de las pruebas son de Hospitalización. La prueba Bioquímica (225,982) y Hematología (83,058) son las pruebas más solicitadas para el diagnóstico y tratamiento del paciente	Cantidad de pruebas realizadas: 430,104 Promedio de pruebas por paciente: 34.76																
Servicios intermedios de diagnóstico 	Tendencia de producción 2017: <table border="1" data-bbox="464 987 1556 1268"> <thead> <tr> <th>Servicio intermedio de diagnóstico</th> <th>Cantidad</th> <th>Prueba más solicitada</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Imagenología</td> <td>70,436</td> <td>Radiografía</td> </tr> <tr> <td>A. patológica</td> <td>3,092</td> <td>Biopsia de otras partes del cuerpo</td> </tr> <tr> <td>Tratamiento y rehabilitación</td> <td>206,485</td> <td>Terapia respiratoria</td> </tr> <tr> <td>Otros procedimientos</td> <td>8,173</td> <td>electroencefalograma</td> </tr> </tbody> </table>			Servicio intermedio de diagnóstico	Cantidad	Prueba más solicitada	Imagenología	70,436	Radiografía	A. patológica	3,092	Biopsia de otras partes del cuerpo	Tratamiento y rehabilitación	206,485	Terapia respiratoria	Otros procedimientos	8,173	electroencefalograma
Servicio intermedio de diagnóstico	Cantidad	Prueba más solicitada																
Imagenología	70,436	Radiografía																
A. patológica	3,092	Biopsia de otras partes del cuerpo																
Tratamiento y rehabilitación	206,485	Terapia respiratoria																
Otros procedimientos	8,173	electroencefalograma																
Servicios generales	Alimentación y dietas: 91,571 dietas servidas, el 83% de Medicina Pediátrica y 11% de Cirugía Pediátrica Lavandería: 586,150 lb/año																	



Promedio de comidas: 7.40 por egreso producido

Libras de ropa: 47.38 por egresos producido, siendo el 80% para Hospitalización, (69% Medicina Pediátrica – 19% neonato – 6% Cirugía Pediátrica)

Indicadores de gestión Hospitalaria



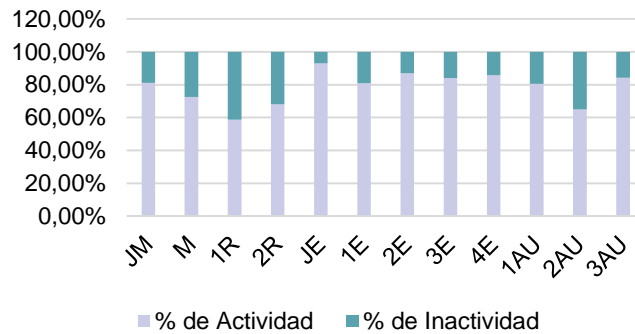
2017

Porcentaje de ocupación de camas (anual)	82%
Promedio de días estancia	8.4 días
Giro cama o índice de rotación (anual)	38%
Intervalo de tiempo de sustitución	1.70 días

Resultados de muestreo del trabajo

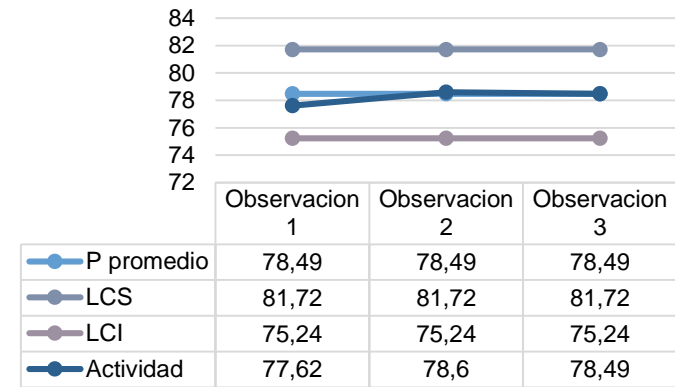



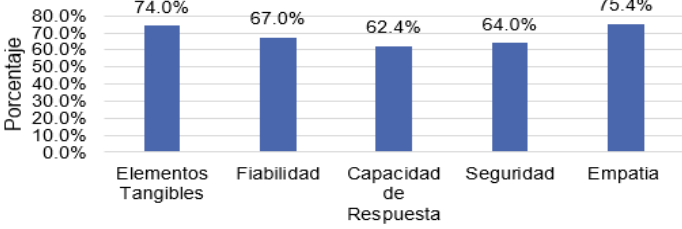


Eficiencia de los puestos durante el proceso de Hospitalización - HNNBB



La eficiencia es del 78.49%, siendo el personal de enfermería el más eficiente






Actividad acumulada.HNNBB





<p>Percepción del paciente</p> 	<p>Índice de Satisfacción del Cliente: 68.6%</p>	<p>PERCEPCION DEL USUARIO HNNBB</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicador</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Elementos Tangibles</td> <td>74.0%</td> </tr> <tr> <td>Fiabilidad</td> <td>67.0%</td> </tr> <tr> <td>Capacidad de Respuesta</td> <td>62.4%</td> </tr> <tr> <td>Seguridad</td> <td>64.0%</td> </tr> <tr> <td>Empatia</td> <td>75.4%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Indicadores de dimensionamiento de la calidad</p>	Indicador	Porcentaje	Elementos Tangibles	74.0%	Fiabilidad	67.0%	Capacidad de Respuesta	62.4%	Seguridad	64.0%	Empatia	75.4%
Indicador	Porcentaje													
Elementos Tangibles	74.0%													
Fiabilidad	67.0%													
Capacidad de Respuesta	62.4%													
Seguridad	64.0%													
Empatia	75.4%													
<p>Percepción del cliente interno</p> 	<p>El personal se orienta mediante a supervisión directa.  Recursos más escasos: medicamentos, insumos y personal de enfermería.  Causa de escases: falta de presupuesto.  Actividades con mayor consumo de tiempo: Cuidados higiénicos, llenado de documentación e interconsulta  Actividades que generan retraso: interconsulta y actividades secretariales  Servicio de apoyo que generan retraso: laboratorio e imágenes.  Se da respuesta a problemática en un 64% pero el 44% considera que el tiempo de repuesta es tardía.</p>													
<p>valor agregado de las actividades del proceso</p> 	<p>Actividades totales del proceso: 79 actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades con valor agregado: 61%</li> <li>• Actividades sin valor agregado: 39%</li> </ul>													




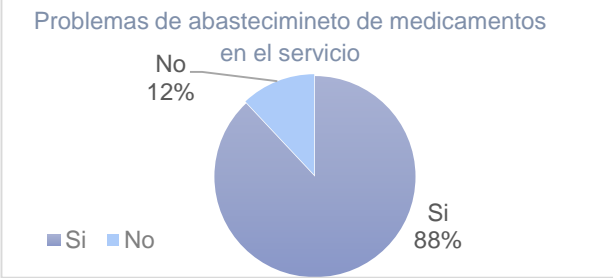
### 5.3 Elementos del proceso de Hospitalización del HNM






Cuadro 58. Análisis de Elementos que participan en el proceso de Hospitalización. HNM


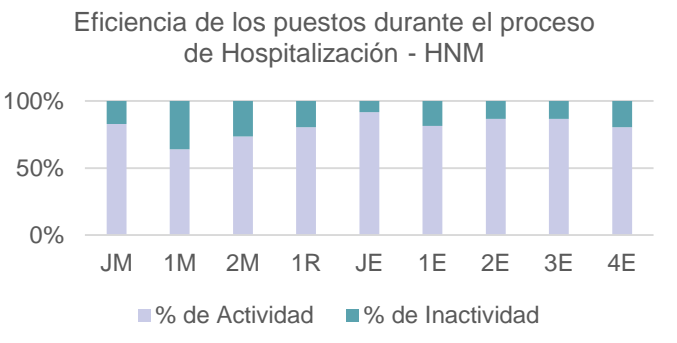
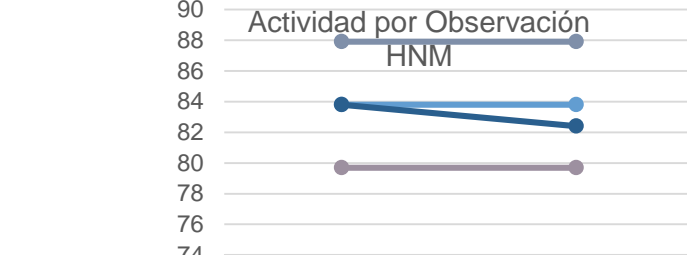

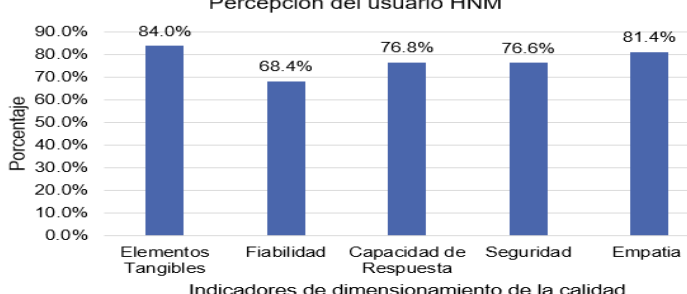

Elemento evaluado	Datos	Situación actual								
 <p>Perfil</p>	Control prenatal de las embarazadas con alto riesgo o con comorbilidad. Así como la atención Hospitalaria del parto con complicaciones. Consejería a madres sobre sus cuidados y los del recién nacido, consejería en lactancia materna y planificación familiar post parto. En ginecología se atiende la cirugía de alta complejidad (ASA III, IV o V)									
 <p>Presupuesto</p>	2017: \$16,817,736 Asignado a atención Hospitalaria: \$14,215,043 Recibe: <b>18%</b> del presupuesto asignado al Tercer Nivel	Se asigna un poco más del 84% del presupuesto al área de atención Hospitalaria								
 <p>Demanda</p>	Mujeres y neonatos: 2,222,761 mujeres	La población que se proyecta a ser atendida por parte de HNM se estima sea del 64% del total de mujeres del país, que son las que se encuentran en los rangos de edades fértiles. La demanda según la coordinación del MINSAL debería ser el 1% que equivale a 22,227								
 <p>Capacidad de camas</p>	Camas censables: 214 camas adultos, incluyendo 50 cunas neonatos. % de utilización: 111% C.I: 17,190 días cama/año. Calculo de necesidad real de cama: 303 N° de cama faltantes: 89 camas	Para 2017: Especialidad Ginecología:46 Neonato: 50 Especialidad obstetricia: 80 Medicina interna: 38								
 <p>Total, de egresos y días de estancia</p>	Egresos: 19,037 Muertos: 235 Días de estancia: 93,930 Promedio estándar de días de estancia: 4.93 días	Datos de egresos: <table border="1" data-bbox="1150 1193 1801 1299"> <thead> <tr> <th>Concepto</th> <th>Programado</th> <th>Real</th> <th>% cump.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Egreso Hospitalario</td> <td>21,374</td> <td>19,037</td> <td>89%</td> </tr> </tbody> </table>	Concepto	Programado	Real	% cump.	Egreso Hospitalario	21,374	19,037	89%
Concepto	Programado	Real	% cump.							
Egreso Hospitalario	21,374	19,037	89%							

<p>Causas de egresos (vivos y muertos)</p> 	<p>Tumores (neoplastias) malignos: 1,762 casos  Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto: 1,691 casos  Partos: 1,685 casos  Edemas, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio: 1,419 casos  Feto y recién nacido afectados por factores maternos y por complicaciones del embarazo, del trabajo de parto y del parto: 1,315 casos</p>	<p>Egresos de los servicios del departamento de obstetricia (los cuatro primeros servicios que más generan egresos) y el departamento de ginecología que atiende casos de cáncer.</p>
<p>Causas que generan más días de estancia</p> 	<p>Tumores (neoplastias) malignos: 5,257 días  Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto: 5,695 días.  Partos: 3,223 días  Edemas, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio: 5,302 días  Feto y recién nacido afectados por factores maternos y por complicaciones del embarazo, del trabajo de parto y del parto: 5614 días</p>	<p>Días de estancia en camas censables de los Servicios de Hospitalización</p>
<p>Tiempo de espera (después de indicación en emergencia)</p>	<p>Promedio 2017:  Sin dato establecido.</p>	<p>Promedio de los tiempos de espera de las especialidades de medicina interna y de cirugía, ambos provenientes de emergencia.</p>



<p>Recursos humanos</p>  	<p>Promedio de cumplimiento de funciones médicos: 82.67%</p> <p>Promedio de cumplimiento de funciones enfermeras: 85.33%</p> <hr/> <p>Se tiene personal de acuerdo a cama:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicos: 2.15 camas/médicos</li> <li>• Enfermeras: 4.75 camas/enfermera <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tiempo operativo optimo (To): 1,029 horas</li> <li>○ Tiempo operativo real (Tr): 838.65 horas</li> <li>○ <math>(To - Tr) / 8hr =</math> personal de enfermería faltante</li> <li>○ Personal de enfermería faltantes:24</li> </ul> </li> </ul>	<p>Plazas de interinos están conformadas por 80 practicantes internos y 91 residentes.</p> <table border="1" data-bbox="1150 267 1856 836"> <tr> <td><b>Médicos en área Hospitalización: 135</b></td> <td><b>Disponibilidad de recurso humano en 8hr laborales.</b></td> </tr> <tr> <td>Jefe de servicio: 14 Médico especialista: 83 Residente: 38</td> <td>Jefe de servicio: 6.5 Médico especialista: 54.87 Residente: 38</td> </tr> <tr> <td><b>Enfermera en área de Hospitalización: 365</b></td> <td><b>Disponibilidad de hr/enfermera al día</b></td> </tr> <tr> <td>Jefe enfermería: 12 Enfermera Hospitalaria:114 Ayudante de enfermería:15 Auxiliar de enfermería: 186</td> <td>Jefe enfermería: 86 Enfermera Hospitalaria: 792 Ayudante de enfermería: 105 Auxiliar de enfermería: 1,302</td> </tr> </table>	<b>Médicos en área Hospitalización: 135</b>	<b>Disponibilidad de recurso humano en 8hr laborales.</b>	Jefe de servicio: 14 Médico especialista: 83 Residente: 38	Jefe de servicio: 6.5 Médico especialista: 54.87 Residente: 38	<b>Enfermera en área de Hospitalización: 365</b>	<b>Disponibilidad de hr/enfermera al día</b>	Jefe enfermería: 12 Enfermera Hospitalaria:114 Ayudante de enfermería:15 Auxiliar de enfermería: 186	Jefe enfermería: 86 Enfermera Hospitalaria: 792 Ayudante de enfermería: 105 Auxiliar de enfermería: 1,302
<b>Médicos en área Hospitalización: 135</b>	<b>Disponibilidad de recurso humano en 8hr laborales.</b>									
Jefe de servicio: 14 Médico especialista: 83 Residente: 38	Jefe de servicio: 6.5 Médico especialista: 54.87 Residente: 38									
<b>Enfermera en área de Hospitalización: 365</b>	<b>Disponibilidad de hr/enfermera al día</b>									
Jefe enfermería: 12 Enfermera Hospitalaria:114 Ayudante de enfermería:15 Auxiliar de enfermería: 186	Jefe enfermería: 86 Enfermera Hospitalaria: 792 Ayudante de enfermería: 105 Auxiliar de enfermería: 1,302									
<p>Abastecimiento de medicamentos</p> 	<p>Estándar programado de cumplimiento mensual: 80%</p> <p>Promedio anual real: 79.33%</p> <p>Recetas despachadas en el año 2017: 192,625</p> <p>% de medicinas en Hospitalización: 79%</p>	<p>Problemas de abastecimiento de medicamentos en el servicio</p>  <table border="1"> <caption>Problemas de abastecimiento de medicamentos en el servicio</caption> <thead> <tr> <th>Respuesta</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td>88%</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>12%</td> </tr> </tbody> </table>	Respuesta	Porcentaje	Si	88%	No	12%		
Respuesta	Porcentaje									
Si	88%									
No	12%									
<p>Pruebas de servicios laboratorio</p>	<p>Pruebas de laboratorio más solicitadas: bioquímica, hematología, banco de sangre, bacteriología.</p> <p>El 59% de las pruebas son de Hospitalización.</p> <p>La prueba Bioquímica (83,338) y Hematología (79,326) son las pruebas más solicitadas para el diagnóstico y tratamiento del paciente</p>	<p>Cantidad de pruebas realizadas: 236,432</p> <p>Promedio de pruebas por paciente: 12.42</p>								

																	
<p>Indicadores de gestión Hospitalaria</p> 	2017																
<p>Servicios intermedios de diagnóstico</p> 	<p>Tendencia de producción 2017:</p> <table border="1" data-bbox="464 626 1507 902"> <thead> <tr> <th>Servicio intermedio de diagnóstico</th> <th>Cantidad</th> <th>Prueba más solicitada</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Imagenología</td> <td>86,857</td> <td>Radiografía</td> </tr> <tr> <td>A. patológica</td> <td>12,372</td> <td>Biopsia de otras partes del cuerpo</td> </tr> <tr> <td>Tratamiento y rehabilitación</td> <td>29,033</td> <td>fisioterapia</td> </tr> <tr> <td>Otros procedimientos</td> <td>8,812</td> <td>Colposcopia</td> </tr> </tbody> </table> <p>El servicio intermedio de diagnóstico más solicitado es Imagenología con un 63%, no está dividido por proceso misional.</p>		Servicio intermedio de diagnóstico	Cantidad	Prueba más solicitada	Imagenología	86,857	Radiografía	A. patológica	12,372	Biopsia de otras partes del cuerpo	Tratamiento y rehabilitación	29,033	fisioterapia	Otros procedimientos	8,812	Colposcopia
Servicio intermedio de diagnóstico	Cantidad	Prueba más solicitada															
Imagenología	86,857	Radiografía															
A. patológica	12,372	Biopsia de otras partes del cuerpo															
Tratamiento y rehabilitación	29,033	fisioterapia															
Otros procedimientos	8,812	Colposcopia															
<p>Servicios generales</p>  	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Producción: Alimentación y dietas: 336,765 dietas por egreso producido, (1% de Ginecología – 6% de obstetricia y 91% de Neonato y 1% de M.I)</li> <li>• Promedio de comidas: 17.69 por egreso producido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Producción: Lavandería: 872,841 lb/año, siendo el 93% para Hospitalización (19% de Ginecología – 50% de obstetricia y 25% de Neonato y 6% de M.I)</li> <li>• Libras de ropa: 45.84 por egreso producido</li> </ul>															

<p><b>Resultados de muestreo del trabajo</b></p> 	<p><b>Eficiencia de los puestos durante el proceso de Hospitalización - HNM</b></p>  <p>La eficiencia es del 83.81%, siendo el personal de enfermería el más eficiente</p>	<p><b>Actividad por Observación HNM</b></p>  <table border="1" data-bbox="1155 446 1837 625"> <thead> <tr> <th></th> <th>Observacion 1</th> <th>Observacion 2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>P promedio</td> <td>83,81</td> <td>83,81</td> </tr> <tr> <td>LCS</td> <td>87,92</td> <td>87,92</td> </tr> <tr> <td>LCI</td> <td>79,7</td> <td>79,7</td> </tr> <tr> <td>Actividad</td> <td>83,81</td> <td>82,41</td> </tr> </tbody> </table>		Observacion 1	Observacion 2	P promedio	83,81	83,81	LCS	87,92	87,92	LCI	79,7	79,7	Actividad	83,81	82,41
	Observacion 1	Observacion 2															
P promedio	83,81	83,81															
LCS	87,92	87,92															
LCI	79,7	79,7															
Actividad	83,81	82,41															
<p><b>Percepción del paciente</b></p> 	<p><b>Índice de Satisfacción del Cliente: 77.42%</b></p>	<p><b>Percepción del usuario HNM</b></p> 															
<p><b>Percepción del cliente interno</b></p> 	<p>El personal se orienta mediante a supervisión directa.  Recursos más escasos: insumos, personal de enfermería y medicamentos,  Causa de escases: falta de presupuesto.  Actividades con mayor consumo de tiempo: tramites de altas, cuidados higiénicos y traslados.  Actividades que generan retraso: actividades secretariales y visita médica.  Servicio de apoyo que generan retraso: laboratorio, interconsulta y farmacia.  Se da respuesta a problemática en un 78% pero el 38% considera que el tiempo de respuesta es tardía.</p>																
<p><b>valor agregado de las actividades del proceso</b></p>	<p>Actividades totales del proceso: 79 actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades con valor agregado: 61%</li> <li>• Actividades sin valor agregado: 39%</li> </ul>																

Fuente: Elaboración propia, investigación de información secundaria y recolección de información primaria

## 5.4 Diagnóstico de la gestión en la administración del proceso de Hospitalización

### 5.4.1 Aplicación de los principios de Fayol

Los principios de Henri Fayol delimitan algunos pilares de la administración de empresas, como el trabajo en equipo, la disciplina, la estabilidad del personal, entre otros, que buscan el logro de altos índices de eficiencia. Para el presente estudio se utilizarán estos principios para describir la situación actual que se desarrolla en la administración del proceso de Hospitalización, en cada uno de los Hospitales de Tercer Nivel.

#### 1. División del trabajo

- **HNR:** Se evidencia cada uno de los puestos de trabajo. En la mayoría de Servicios de Hospitalización, el personal de enfermería tiene repartidas las funciones a realizar en todo el cuarto del servicio de Hospitalización.
- **HNNBB:** Se evidencia con facilidad cada uno de los puestos de trabajo; en este Hospital se cuenta con auxiliar de enfermería que se comparte entre dos Servicios de Hospitalización. Hay Servicios de Hospitalización donde se tiene personal secretaria, lo que facilita en la división del trabajo y que este puesto se enfoque en actividades de digitación y de gestión.
- **HNM:** Se evidencian cada uno de los puestos de trabajo; el puesto de Enfermera Hospitalaria absorbe las actividades y funciones del puesto Auxiliar de Enfermería.

El personal Hospitalario, tienen como guía el Manual general de descripción de puestos del MINSAL en esta se describen las funciones que el personal tiene a su cargo. Así también se detalla el perfil de la persona que debe realizar el cargo, facilitando la especialización en las funciones que se cumplen y aumentando la eficiencia del proceso de modo que se logre una mayor productividad.

El problema surge con el personal interno que no tiene asignada sus funciones por lo cual no hay una especialización en las actividades que realizan, ellos se asignan las actividades conforme al que este desocupado, o según el número de camas ocupadas.

#### 2. La autoridad

- **HNR / HNNBB/ HNM:** En los tres Hospitales se tiene clara la capacidad y responsabilidad de dar las órdenes pertinentes, es exclusiva de los jefes médicos y de enfermería. El jefe de enfermería puede solicitar ayuda en las actividades de los internos y residentes del servicio. El cargo y la formación académica que estos tienen les delega la autoridad.

#### 3. La disciplina

- **HNR:** El personal de enfermería como los estudiantes de esta rama tiene total respeto de las normas, reglas y órdenes establecidas. Sin embargo, en cuanto al personal

médico, los estudiantes internos cumplen las ordenes, pero no de forma inmediata y se realizan con desinterés o desgana.

- **HNNBB:** se tiene un orden establecido para realizar las actividades y estas son cumplidas según lo establecido por todo el personal, incluyendo a los estudiantes internos y de enfermería.
- **HNM:** a pesar de que se tiene un orden general, cuando se termina la visita médica se da la situación de disputa de los expedientes, entre los internos y personal de enfermería.

En cada uno de los Hospitales se cuenta con normativa interna y leyes y lineamientos del MINSAL que se debe cumplir. El problema radica en que esta desactualizada y algunos lineamientos no se apagan a la realidad del Hospital. La falta de documentación del proceso de Hospitalización, y el que actualmente está definido por el MINSAL, no establece lineamientos a seguir para realizar cada uno de las actividades lo que genera desorden.

#### 4. Unidad de mando

- **HNR / HNNBB/ HNM:** Existen ciertas confusiones ocasionadas por el hecho que existen dos jefes en el servicio. Se llega a pensar que el medico solo puede dar órdenes al personal médico y la enfermera únicamente al personal de enfermería. Cada uno está facultado para dar órdenes en el área que conocen, especialmente al personal que está todavía en proceso de aprendizaje. La enfermera da órdenes al interno, en busca de una mejor realización de sus labores ya que este recurso todavía está en aprendizaje.

#### 5. Unidad de dirección

- **HNR / HNNBB/ HNM:** Se tiene definido según el tipo de personal, las funciones de las cuales está encargado cada uno de estos puestos, de tal manera que se divide entre funciones de enfermería y funciones médicas. De igual manera, se tiene identificado quienes son los encargados de la planificación y delegación en cada servicio de Hospitalización, ya través de ellos se genera parte de la planificación general del Hospital.

#### 6. Subordinación del interés particular al interés general

- **HNR / HNM:** a pesar de tener una convivencia positiva entre el personal, se llegan a dar conflictos entre el personal de enfermería y específicamente los internos del servicio, ya que no se tiene la convicción de realizar las actividades de gestión con prontitud y eficiencia, en beneficio de los pacientes.
- **HNNBB:** con el orden establecido, el interés va en función del cumplimiento de este, dejando de lado en ocasiones, el cumplimiento de actividades que surgen espontáneamente, como por ejemplo el atender el papeleo de los pacientes que les han indicado ingreso al servicio.

#### 7. Remuneración del personal

- **HNR / HNNBB/ HNM ¿También protestan?:** Se da la remuneración según el puesto de trabajo para el que ha sido contratado o bien como el valor por servicio contratado.

El aspecto de remuneración engloba a todo el personal del Hospital, que para los tres nosocomios se han implicado en la realización de marchas y protestas públicas sobre el aumento de los salarios según el cumplimiento de la ley de escalafón, lo que afecta en los Procesos de atención Hospitalaria con la reducción de la cantidad de personal cumpliendo con sus actividades, debido a la asistencia en dichas actividades, además del cumplimiento diario de actividades con menor motivación. Para la compensación de horas extra, se retribuye con la misma cantidad de tiempo para descanso.

## 8. Centralización

- **HNR/ HNNBB / HNM:** a pesar de tener jefaturas dentro de los Servicios de Hospitalización, estos responden a una dirección superior, por lo que hay decisiones que no se pueden ejecutar sin previa autorización, además de acatar aquellas directivas que son provenientes de los niveles altos de la jerarquía de cada Hospital.

## 9. Jerarquía o cadena escalar

- **HNR / HNNBB HNM:** En los tres Hospitales se puede observar una cadena jerárquica bien definida, como lo es el modelo de gestión por funciones, pues de las personas que desempeñan cada puesto de trabajo de los servicios obedecen a un jefe por cada área (médico y de enfermería), los cuales a la vez dependen de la dirección médica, y a la dirección general de cada Hospital.

## 10. Orden

- **HNR:** a pesar de contar con mobiliario antiguo que dificulta el manejo de los materiales, se tiene bien identificado el lugar al que pertenecen los insumos y materiales. Sin embargo, se falla en el manejo de los desechos ya que algunos de estos, como no tirar adecuadamente los algodones utilizados en los basureros, o las jeringas ya usadas son desechadas en las cajas donde estas venían o en cajas de guantes que no tienen el color distintivo de desecho, siendo un foco de posibles accidentes (heridas o pinchones). El personal sabe en donde ejecutar sus respectivas actividades en el orden de ejecución establecido.
- **HNNBB:** buen manejo de desechos. El personal sabe en donde ejecutar sus respectivas actividades en el orden de ejecución establecido.
- **HNM:** buen manejo de desechos. El personal sabe en donde ejecutar sus respectivas actividades, pero se da el conflicto entre internos y enfermeras en cuanto al uso de los expedientes al término de la visita médica.

## 11. Equidad

- **HNR / HNNBB / HNM:** trato justo e igualitario para los subordinados de las jefaturas. Los llamados de atención son realizados con respeto.

## 12. Estabilidad del personal

- **HNR / HNNBB / HNM:** por ser instituciones que pertenecen al estado, los empleados poseen estabilidad laboral a través de los contratos. Se realizan rotaciones de enfermeras en los servicios.

### 13. Iniciativa

- **HNR / HNNBB / HNM:** No se evidencian acciones encaminadas a este principio.

### 14. Unión del personal o espíritu de equipo

- **HNR / HNM:** Se tienen bien marcadas las funciones entre personal y se denota la individualidad entre los grupos de médicos y de enfermeras. Sin embargo, hay una buena comunicación entre las jefaturas de estos dos grupos en cada uno de los Servicios de Hospitalización.
- **HNNBB:** es un ambiente que fomenta la colaboración sobre todo la solicitud de forma amable y pertinente que realiza el personal de enfermería hacia los estudiantes internos.

En conclusión, se presenta el siguiente cuadro con los principios en que se deben realizar esfuerzos para mejorarlos, en cada Hospital correspondiente:

*Cuadro 59. Principios de Fayol con Oportunidad de mejora en el Tercer Nivel de Atención*

Hospital	HNR	HNNBB	HNM
Principios a mejorar	<ul style="list-style-type: none"><li>• 1. División del trabajo</li><li>• 3. La disciplina</li><li>• 6. Subordinación del interés particular al interés general</li><li>• 9. Jerarquía</li><li>• 10. Orden</li><li>• 14. Unión del personal.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 6. Subordinación del interés particular al interés general</li><li>• 9. Jerarquía</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 1. División del trabajo</li><li>• 3. La disciplina</li><li>• 6. Subordinación del interés particular al interés general</li><li>• 9. Jerarquía</li><li>• 14. Unión del personal.</li></ul>

Fuente. Elaboración propia. Análisis de los principios de Fayol

## 6 Costeo Actual del proceso de Hospitalización

Los Hospitales de Tercer Nivel costean sus Procesos por medio de centros de costos, en los cuales Hospitalización tiene incidencia en los que se detallan a continuación.

- Suministros
- Gastos Generales
- Salarios y Sueldos
- Servicios de Tratamiento y Diagnóstico

### Costos actuales del servicio de Hospitalización

Para la determinación de los costos actuales, es necesario establecer los Recursos de Hospitalización que conforman los centros de Costos del Hospital

Los Costos asociados al proceso de Hospitalización por recurso que se contemplan son los siguientes, detallados en la tabla de recursos

Recurso 1. Gastos Generales	Recurso 5. Suministro de Atención y Tratamiento
Recurso 2. Misceláneos	Recurso 6. Apoyo a Diagnostico
Recurso 3. Suministros Médicos	Recurso 7. Mano de obra enfermera
Recurso 4. Esterilización	Recurso 8. Mano de obra Doctor

La manera en la que se aplican estos costos es por medio de un prorratio con base a las horas implicadas por actividad además analizando la relación directa o no de estos recursos el proceso de Hospitalización.

Tabla 83. Detalle de los Costos en Gastos Generales

Recurso 1. Gastos Generales		
Descripción	Costo	Porcentaje
Servicios de Energía Eléctrica	\$ 97,247.16	1%
Servicios de Agua Potable	\$ 1,044.36	
Servicios de Telecomunicaciones	\$ 1,197.00	
Servicio de Transporte y Manejo de Carga	\$ 14,517.00	
Servicios de Limpieza y Tratamiento de Desechos	\$ 2,642.40	
Mantenimiento y Reparación de Mobiliario y Equipo Diversos	\$ 10,825.32	
Arrendamientos Inmobiliarios	\$ 1,746.00	
Consultorías, Estudios e Investigaciones Especializadas	\$ 11,652.48	
Depreciaciones	\$ 26,793.72	
<b>Total</b>	<b>\$ 167,665.44</b>	

Tabla 84. Detalle de los Costos en Misceláneos

Recurso 2. Misceláneos		
Descripción	Costo	Porcentaje
Productos de Papel y Accesorios de Oficina	\$ 9,859.32	2%
Suministros de Limpieza	\$ 13,611.00	
Ambulancia	\$ 4,648.32	
Limpieza	\$ 256,010.40	
Mantenimiento	\$ 118,325.76	
Almacén	\$ 34,744.68	
Costureria	\$ 31,253.88	
<b>Total</b>	<b>\$ 468,453.36</b>	

Tabla 85. Detalle de los Costos en Suministros Médicos

Recurso 3. Suministros Médicos		
Descripción	Costo	Porcentaje
Medicamentos y Productos Farmacéuticos	\$ 8669,181.36	46%
Suministros de Nutrición Clínica	\$ 53,065.92	
Productos de Laboratorio Clínico y Evaluación del Paciente	\$ 343,552.80	
Suministros y Productos de Tratamiento y Cuidados Médicos	\$ 313,373.76	
Oxígeno	\$ 359,901.84	
<b>Total</b>	<b>\$ 9739,075.68</b>	



Tabla 86. Detalle de los Costos de Esterilización

Recurso 4. Esterilización		
Descripción	Costo	Porcentaje
Central de Esterilización y Arsenal	\$ 223,473.60	1%
Salario del personal Técnico en arsenal	\$ 14,519.52	
<b>Total</b>	<b>\$ 237,993.12</b>	

Tabla 87. Detalle de los Costos Suministros de Atención y Tratamiento

Recurso 5. Suministro de Atención y Tratamiento		
Descripción	Costo	Porcentaje
Alimentos para personas	\$ 392,954.40	4%
Alimentación y dietas	\$ 379,926.14	
Farmacia	\$ 178,448.04	
<b>Total</b>	<b>\$ 951,328.58</b>	

Tabla 88. Detalle de los Costos los servicios de apoyo a diagnóstico

Recurso 6. Apoyo a Diagnostico		
Descripción	Costo	Porcentaje
Anatomía Patológica	\$ 150,876.00	13%
Laboratorio Clínico	\$ 453,987.56	
Espirometrías (Procedimientos de Neumología)	\$ 141,653.03	
Ecocardiografía Procedimientos de Cardiografía)	\$ 11,350.56	
Endoscopia	\$ 392.97	
Radiología e Imágenes	\$ 375,706.56	
Quirófano Cirugía General	\$ 489,307.20	
Quirófano de Emergencia	\$ 587,184.24	
Fisioterapia	\$ 58,915.20	
Banco de Sangre	\$ 474,709.80	
Trabajo Social	\$ 84,677.40	
<b>Total</b>	<b>\$ 2828,760.52</b>	

Tabla 89. Detalle de los Costos del Talento Humano enfermera

Recurso 7. Mano de obra enfermera		
Descripción	Costo	Porcentaje
Enfermera hospitalaria	\$ 1947,348.36	22%
Enfermera hospitalaria (fosalud)	\$ 297,771.60	
Enfermera jefe de unidad hospitalaria	\$ 531,148.32	
Auxiliar de enfermería hospitalaria	\$ 1632,333.36	
Enfermera supervisora hospitalaria	\$ 141,033.24	
Ayudante de enfermería	\$ 14,261.88	
<b>Total</b>	<b>\$ 4563,896.76</b>	

Tabla 90. Detalle de los Costos del Talento Humano Medico

Recurso 8. Mano de obra doctor		
Descripción	Costo	Porcentaje
Médico especialista ii (8 hd)	\$ 564,598.61	10%
Medico jefe de servicio (2 h.d.)	\$ 56,040.63	
Jefe de residentes (cirugía)	\$ 34,176.36	
Jefe sala de operaciones (4 hd )	\$ 7,058.70	
Medico colaborador técnico	\$ 3,930.87	
Médico residente en subespecialidad (anestesiología ii)	\$ 473,694.48	
Médico residente i (becario) cirugía	\$ 611,815.32	
Practicante interno	\$ 445,670.40	
Promotor de salud	\$ 4,944.36	
<b>Total</b>	<b>\$ 2201,929.73</b>	

Tabla 91. Costos totales por recursos involucrados en el proceso

Costos total		
Descripción	Costos	Porcentaje
Gastos Generales	\$ 167,665.44	100%
Misceláneos	\$ 468,453.36	
Suministros Médicos	\$ 9739,075.68	
Esterilización	\$ 237,993.12	
Suministro de Atención y Tratamiento	\$ 951,328.58	
Apoyo a Diagnóstico	\$ 2828,760.52	
Mano de obra enfermera	\$ 4563,896.76	
Mano de obra Médico	\$ 2201,929.73	
<b>Total</b>	<b>\$ 21,159,103.19</b>	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla anterior se detalla el total de los costos de cada uno de los recursos y centros de costos que intervienen en el proceso de Hospitalización para brindar un servicio de calidad y calidez al paciente.

Se realiza una distribución de cada uno de los recursos que se utilizan en el proceso de Hospitalización, en base a la cantidad el tiempo invertido en realizarlos ya sea por el personal médico o de enfermería actualmente el proceso solo cuenta de 3 fases del Ciclo PHVA. Existiendo una deficiencia en el control de las actividades que se realizan. Los médicos y enfermeras tienen indicadores que miden sus Procesos, pero ellos no tienen una mayor información de cómo el control y la medición de estos influyen en la ejecución de un servicio con calidad y calidez hacia el ciudadano, donde se optimice el uso de recursos de manera que se pueda dar atención medica hospitalaria a un mayor número de paciente reduciendo la demanda insatisfecha que actualmente presenta los Hospitales de Tercer Nivel.

Tabla 92. Desglose de costos por proceso

Descripción de Procesos	Descripción de Subprocesos.	Tiempo por servicio en Horas	R-1	R-2	R-3	R-4	R-5	R-6	R-7	R-8	Totales	%	Ciclo PHVA
			\$13,972.12	\$39,037.78	\$811,589.64	\$19,832.76	\$79,277.38	\$235,730.04	\$380,324.73	\$183,494.14			
Planificación del proceso de Hospitalización	Planeación operativa	17.05	\$1,295.70	\$3,620.15	\$125,094.06		\$18,734.43	\$78,005.59	\$26,435.28	\$23,692.49	\$276,877.68	1.53%	<b>\$5418,614.89</b>
Gestión de abastecimiento de Recurso	Gestión de insumos médicos	8.53	\$7,774.18	\$21,720.88	\$750,564.34		\$112,406.58	\$234,016.76	\$158,611.67	\$142,154.93	\$1427,249.34	7.88%	
	Gestión de equipo medico	8.53	\$7,774.18	\$21,720.88	\$750,564.34	\$237,993.12		\$234,016.76	\$158,611.67	\$142,154.93	\$1552,835.88	8.57%	
Gestión de talento humano	Planeación del talento humano	5.68	\$5,182.79	\$14,480.59	\$500,376.23				\$105,741.11	\$94,769.95	\$720,550.66	3.98%	
	Gestión de personal	5.68	\$5,182.79	\$14,480.59	\$500,376.23				\$105,741.11	\$94,769.95	\$720,550.66	3.98%	
	Gestión del conocimiento	5.68	\$5,182.79	\$14,480.59	\$500,376.23				\$105,741.11	\$94,769.95	\$720,550.66	3.98%	
Hospitalización	Ingreso	7.18	\$6,543.92	\$18,283.57					\$277,250.33	\$11,028.04	\$313,105.86	1.73%	<b>\$12034,310.47</b>
	Gestión de cama	5.38	\$4,907.94	\$13,712.68					\$218,881.84		\$237,502.46	1.31%	
	Evaluación medica	31.97	\$29,152.12	\$81,450.35	\$2814,514.37				\$65,005.55	\$933,434.25	\$3923,556.64	21.6%	
	Gestión de indicaciones medicas	34.60	\$31,552.05	\$88,155.70			\$342,157.44	\$1424,659.95	\$1266,427.73	\$106,345.12	\$3259,298.00	17.9%	
	Atención de enfermería	27.50	\$25,078.00	\$70,067.36	\$2421,175.28		\$271,951.40		\$1118,415.59		\$3906,687.64	21.5%	
	Gestión de Alta Medica	9.03	\$8,237.95	\$23,016.65					\$349,022.39	\$13,882.87	\$394,159.87	2.18%	
Gestión del Control	Auditoría interna del proceso	17.05	\$15,548.36	\$43,441.76					\$317,223.33	\$284,309.86	\$660,523.32	3.65%	<b>\$660,523.32</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>183.86</b>	<b>\$153,412.78</b>	<b>\$428,631.75</b>	<b>\$8363,041.06</b>	<b>\$237,993.12</b>	<b>\$745,249.85</b>	<b>\$1970,699.06</b>	<b>\$4273,108.71</b>	<b>\$1941,312.36</b>	<b>\$18,113,448.68</b>	<b>100%</b>	<b>\$18,113,448.68</b>

Fuente. Elaboración propia con información del sistema de costos del HNR

En la tabla siguiente se realiza el desglose más detallado por procedimientos, teniendo en cuenta que las actividades de la planificación y control (Planificación operativa y Planificación de recursos) se realizan de manera anual. Se debe hacer especial énfasis en los sub- Procesos de Atención de Enfermería que tiene un 21.5% de los recursos y el proceso de Evaluación Médica con un 21.6% de recursos, entre estos dos subprocesos se tiene el 43.1% de recursos de Hospitalización invertidos.

Tabla 93. Costos por procedimiento

C	Proceso	Sub	Código	Procedimientos	A	R-1	R-2	R-3	R-4	R-5	R-6	R-7	R-8	TOTAL PROCED.	TOTAL DE PROCESOS	
Planear	Planificación y control		PYC-01-01-00-01	Elaboración del Plan Anual Operativo	2	\$36.00	\$100.60	\$6,782.41		\$642.63	\$1,855.95	\$454.88	\$103.25	\$9,975.72	<b>\$387,250.32</b>	
			PYC-01-01-00-02	Planificación de Recursos utilizados en el servicio	4	\$36.00	\$100.60	\$6,782.41		\$642.63	\$1,855.95	\$454.88	\$103.25	\$9,975.72		
			PYC-01-01-00-03	Participación en funciones administrativas	3	\$5,184.60	\$14,485.68				\$267,256.80	\$65,503.08	\$14,868.72	\$367,298.88		
	Gestión de abastecimiento		DIR-01-02-00-01	Gestión de insumos	3	\$7,776.96	\$21,728.52	\$976,667.28		\$92,539.20	\$200,442.60	\$98,254.56	\$22,303.08	\$1419,712.20	<b>\$2008,211.04</b>	
			DIR-01-02-00-02	Gestión de equipos	2	\$7,776.96	\$21,728.52		\$237,993.12		\$200,442.60	\$98,254.56	\$22,303.08	\$588,498.84		
	Gestión de Recursos Humanos		GRH-01-03-00-01	Dirección y capacitación de personal medico	3	\$5,184.60	\$14,485.68						\$22,303.08	\$41,973.36	<b>\$300,126.12</b>	
		GRH-01-03-00-02	Dirección y capacitación de personal de Enfermería	4	\$5,184.60	\$14,485.68				\$98,254.56			\$117,924.84			
		GRH-01-03-00-03	Gestión del conocimiento	2	\$5,184.60	\$14,485.68				\$98,254.56	\$22,303.08		\$140,227.92			
Hacer	Hospitalización	1	HOS-02-01-01-01	Recepción de Documentos para Hospitalización	5	\$3,271.32	\$9,139.92					\$161,419.92	\$185,105.40	\$358,936.56	<b>\$717,873.12</b>	
			HOS-02-01-01-02	Gestión de expediente	3	\$3,271.32	\$9,139.92					\$161,419.92	\$185,105.40	\$358,936.56		
		2	HOS-02-01-02-01	Recepción de paciente en servicio de Hospitalización	9	\$2,453.40	\$6,854.88					\$161,419.92	\$185,105.40	\$355,833.60	<b>\$711,667.31</b>	
			HOS-02-01-02-02	Evaluación y cumplimiento de indicaciones previas	6	\$2,453.51	\$6,854.88					\$161,419.92	\$185,105.40	\$355,833.71		
		3	HOS-02-01-03-01	Evaluación del paciente	5	\$9,715.32	\$27,144.48	\$1220,102.64				\$107,613.36	\$185,105.40	\$1549,681.20	<b>\$4649,043.60</b>	
			HOS-02-01-03-02	Formulación de plan de indicaciones	4	\$9,715.32	\$27,144.48	\$1220,102.64				\$107,613.36	\$185,105.40	\$1549,681.20		
			HOS-02-01-03-03	Registro de Información de las indicaciones medicas	4	\$9,715.32	\$27,144.48	\$1220,102.64				\$107,613.36	\$185,105.40	\$1549,681.20		
		4	HOS-02-01-04-01	Gestionar indicaciones	4	\$15,772.68	\$44,068.68			\$187,682.64	\$813,052.32	\$161,419.92	\$185,105.40	\$1407,101.64	<b>\$2814,203.28</b>	
			HOS-02-01-04-02	Recolección y registro	4	\$15,772.68	\$44,068.68			\$187,682.64	\$813,052.32	\$161,419.92	\$185,105.40	\$1407,101.64		
		5	HOS-02-01-05-01	Evaluación del paciente	5	\$6,268.20	\$17,513.16	\$787,191.48			\$74,586.36		\$540,915.12		\$1426,474.32	<b>\$5705,897.28</b>
			HOS-02-01-05-02	Formular el plan de atención de enfermería y cuidados	4	\$6,268.20	\$17,513.16	\$787,191.48			\$74,586.36		\$540,915.12		\$1426,474.32	
			HOS-02-01-05-03	Ejecución del plan	5	\$6,268.20	\$17,513.16	\$787,191.48			\$74,586.36		\$540,915.12		\$1426,474.32	
			HOS-02-01-05-04	Registro del cumplimiento del plan	4	\$6,268.20	\$17,513.16	\$787,191.48			\$74,586.36		\$540,915.12		\$1426,474.32	
		6	HOS-02-01-06-01	Alta por mejoría clínica	4	\$1,647.24	\$4,602.36						\$64,568.04	\$74,042.16	\$144,859.80	<b>\$724,299.00</b>
			HOS-02-01-06-02	Alta por traslado a otro servicio	3	\$1,647.24	\$4,602.36						\$64,568.04	\$74,042.16	\$144,859.80	
HOS-02-01-06-03	Alta por traslado a otro centro de atención		3	\$1,647.24	\$4,602.36						\$64,568.04	\$74,042.16	\$144,859.80			
HOS-02-01-06-04	Alta por defunción		3	\$1,647.24	\$4,602.36						\$64,568.04	\$74,042.16	\$144,859.80			
HOS-02-01-06-05	Alta exigida		3	\$1,647.24	\$4,602.36						\$64,568.04	\$74,042.16	\$144,859.80			
Control	Gestión de estadísticas		AAD-03-03-00-01	Estadísticas y documentos médicos	4	\$15,553.92	\$43,457.16					\$196,509.12	\$44,606.16	\$300,126.36	<b>\$300,126.36</b>	
			<b>Total</b>			<b>\$157,368</b>	<b>\$439,683</b>	<b>\$7799,306</b>	<b>\$237,993</b>	<b>\$767,535</b>	<b>\$2297,959</b>	<b>\$4433,800</b>	<b>\$2185,053</b>	<b>\$18,113,448.68</b>	<b>\$18,113,448.68</b>	

Fuente. Elaboración propia con información del sistema de costos del HNR. Nota: C\* = Clase, A\* = Actividades

Tabla 94.. Costos de Recursos de los Servicios de Hospitalización HNR

Descripción	Suministros	Gastos Generales	Salarios y sueldos	Servicios de Tratamiento y diagnóstico	Total general	%	Egresos	%	DCO	Costos por egreso	Costos por Día cama
Cardiología	\$18,467.38	\$1,034.90	\$18,919.61	\$10,679.25	\$504,401.94	3%	611	3%	3510	\$825.74	\$143.72
Cirugía General	\$120,060.14	\$1,398.94	\$137,742.03	\$124,593.55	\$3942,612.19	22%	5932	26%	53550	\$664.63	\$73.62
Cirugía Oncológica	\$1,210.88	\$897.66	\$12,753.06	\$5,678.07	\$210,998.07	1%	217	1%	3510	\$971.49	\$60.12
Cirugía Plástica	\$732.86	\$796.74	\$3,372.95	\$7,034.96	\$122,630.60	1%	462	2%	4553	\$265.70	\$26.93
Endocrinología	\$39,643.05	\$711.36	\$28,455.33	\$11,741.64	\$827,481.12	5%	1032	5%	10718	\$802.09	\$77.20
<b>Hemato-oncología</b>	<b>\$370,342.06</b>	<b>\$1,364.97</b>	<b>\$41,381.67</b>	<b>\$27,797.27</b>	<b>\$4529,094.84</b>	<b>25%</b>	<b>2769</b>	<b>12%</b>	<b>19268</b>	<b>\$1,635.54</b>	<b>\$235.05</b>
Infectología	\$41,926.00	\$612.17	\$16,292.81	\$7,140.80	\$677,709.18	4%	896	4%	6748	\$756.45	\$100.43
Medicina Interna	\$98,257.30	\$1,553.09	\$138,698.63	\$46,990.19	\$2932,851.34	16%	6081	27%	45203	\$482.27	\$64.88
<b>Nefrología</b>	<b>\$107,095.35</b>	<b>\$2,162.32</b>	<b>\$59,316.31</b>	<b>\$21,197.42</b>	<b>\$1949,466.98</b>	<b>11%</b>	<b>1018</b>	<b>4%</b>	<b>5379</b>	<b>\$1,914.85</b>	<b>\$362.39</b>
Neurocirugía	\$5,692.08	\$422.60	\$20,560.75	\$13,364.40	\$411,317.65	2%	679	3%	13604	\$606.02	\$30.23
<b>Neurología</b>	<b>\$25,734.14</b>	<b>\$542.03</b>	<b>\$5,409.29</b>	<b>\$9,635.57</b>	<b>\$424,479.03</b>	<b>2%</b>	<b>176</b>	<b>1%</b>	<b>1599</b>	<b>\$2,405.43</b>	<b>\$265.48</b>
Oftalmología	\$3,083.95	\$649.80	\$16,942.37	\$13,861.01	\$354,790.08	2%	855	4%	7046	\$414.87	\$50.35
Ortopedia	\$7,293.98	\$811.97	\$27,359.86	\$18,924.14	\$558,732.27	3%	353	2%	11585	\$1,583.10	\$48.23
Otorrinolaringología	\$964.32	\$381.94	\$20,006.00	\$7,331.68	\$294,661.89	2%	597	3%	3076	\$493.34	\$95.80
Urología	\$5,788.21	\$631.63	\$17,818.17	\$11,995.99	\$372,221.49	2%	1127	5%	4444	\$330.37	\$83.75
<b>Total</b>	<b>\$846,291.70</b>	<b>\$13,972.12</b>	<b>\$565,028.83</b>	<b>\$337,965.95</b>	<b>\$18113,448.68</b>	<b>1.00</b>	<b>22805</b>	<b>1.00</b>	<b>193,795</b>	<b>\$943.46</b>	<b>\$114.55</b>

Fuente. Sistema de costeo HNR. Elaboración propia. Datos promediados año 2017

Actualmente, al HNR invierte un promedio de \$943.46 por egreso producido al año y un promedio de \$114.55 por día cama ocupado por el paciente, indicador de importancia para establecer la eficiencia Hospitalaria. Los servicios que poseen la mayor afluencia de personas son Cirugía General y Medicina Interna. Es más caro un egreso de área de Nefrología y del área de Neurología debido a que la atención del paciente es altamente especializada

Tabla 34. Costos promedio mensuales por egreso y días de estancia HNR

Costo Promedio por Egresos al mes	Costo Promedio por día de estancia
\$943.46	\$114.55
Promedio de egresos	Promedio de Día Cama Ocupado
1,520 pacientes*	12,920*
Promedio de estancia hospitalaria 8.5	

Fuente. Sistema de costeo HNR. Elaboración propia

\*Promedio de Egresos y Promedio de día cama son datos por servicio; en un año todos los Servicios de Hospitalización proporcionan la cantidad de egresos de 22,805 pacientes y un total de 193,795 días de estancia

El costo anual del proceso de Hospitalización es de \$18,113,448.68 para obtener el dato de cuál es el costo del proceso en un servicio este dato se debe multiplicar por el porcentaje asignado a cada servicio por egreso y día cama.

Ejemplo

Servicio de Medicina Interna  $\$18,113,448.68 * 0.16 = \$2,898,151.79$

Costo por DCO  $\$18,113,448.68 * 0.27 = \$4,890,631.14$

y luego dividirlo entre la cantidad de días camas ocupados en el servicio

Por egreso  $\$2,898,151.79 / 6081 \text{ pacientes} = \$476.59$  costo por cada paciente ingresado en medicina interna

## 7 Eficiencia actual del proceso de Hospitalización

A continuación, se muestran las actividades que forman parte de los sub Procesos misionales de Hospitalización, con el tiempo estimado de ejecución total de cada actividad; el tiempo total se detalla en tiempo eficiente e ineficiente de cada una de las actividades. Los tiempos son los observados durante la recolección de información en los 4 Servicios de Hospitalización de los Tres Hospitales de Tercer Nivel.

Tabla 95. Sub proceso: Gestión de ingreso de paciente OPT-HOS-GDI

Actividad	Detalle	Tiempo total (horas)	Tiempo total (minutos)	Actividad Eficiente	Actividad Ineficiente
Registrar datos personales de paciente	Paciente programado: enfermera de recepción toma los datos del paciente: Nombre, dirección, edad, DUI (si es mayor de edad). Paciente no programado: Enfermera de la unidad de Emergencias toma los datos personales de paciente que ha recibido indicación de ser ingresado en servicio de Hospitalización.	0.282	4	2.50	1.50
Ingresar orden de ingreso en sistema	Enfermera envía la hoja de ingreso a ESDOMED	0.845	12	6	6
	(ESDOMED) registra los datos necesarios del ingreso hospitalario en los sistemas de registro correspondientes de la base de datos del hospital. Envía de nuevo hoja a enfermera.	0.704	10	8	2
Revisar hoja de ingreso	Enfermera de recepción o de emergencia Revisa en hoja de ingreso en cual servicio será ingresado el paciente durante su Hospitalización.	0.141	2	2	0
Comunicación al servicio	En servicio enfermera recibe llamada de enfermera de Emergencia o de recepción para comunicar que se ha dado orden de ingreso a paciente en dicho servicio.	0.070	1	0.75	0.25
Revisar cama disponible	Si hay cama en servicio: se comunica a enfermera asignada a cama que llegara paciente de nuevo ingreso.	0.422	6	5	1
	Se gestiona cama en servicios aledaños para poder ingresar a paciente y cuando haya disponible hacer la transferencia a la especialidad al que fue ingresado.	0.845	12	5	7
Solicitar expediente	Enfermera de emergencias o de recepción solicita a archivo si el paciente tiene expediente vigente en el hospital	0.352	5	3	2
Elaboración de expediente	Hay expediente del paciente. ESDOMED busca en base de datos del hospital la existencia del expediente: buscar en archivo el expediente físico.	1.408	20	12	8
	ESDOMED elabora expediente de paciente y entrega a archivo.	1.408	20	15	5
Llevar expediente con hoja de ingreso	Llevar el expediente y entregarlo a enfermera de emergencias o de recepción. Enfermera recibe expediente y revisa que este la hoja de ingreso.	0.704	10	3	7
<b>SUMA DE TIEMPOS</b>		<b>7.18</b>	<b>102</b>	<b>62.25</b>	<b>39.75</b>
<b>% DE EFICIENCIA - %INEFICIENCIA</b>		<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>61%</b>	<b>39%</b>

Tabla 96.Sub proceso: Gestión de cama OPT-HOS-GDC

Actividad	Detalle	Tiempo total (horas)	Tiempo total (minutos)	Actividad Eficiente	Actividad Ineficiente
Indicación que el paciente será ingresado	Traslado: Si el paciente se puede mover	1.167	18	10	6
	Traslado: Si el paciente no se puede mover	0.324		12	6
Recepción de paciente	Se revisa expediente en el servicio y se corrobora con el paciente o familiar	0.194	5	4	1
Orientación del Paciente	Indicaciones generales	0.519	3	3	0
El paciente se cambia de ropa	Si el paciente se puede mover	0.065	8	7	0
	Si el paciente no se puede mover	0.519		8	0
Asignación de cama	Se le indica al paciente o familiar que numero de cama usará	0.778	1	0.80	0.20
Preparación de cama	Se realiza en paralelo desde que el paciente se va a cambiar	0.519	8	6	2
Traslado a la cama	Si la condición es estable	0.519	12	8	1
	Condición Grave- revisión grave	0.324		11	1
Cumplimiento de protocolo inicial	Se cumplen las indicaciones enviadas desde emergencia	0.065	8	8	0
Iniciación de cuadro clínico	La enfermera crea el cuadro y traslada la información del expediente	0.389	8	6	2
Llenado de hoja de enfermería	De acuerdo al cumplimiento de indicaciones	5.380	5	4.50	0.50
Prepara el cuadro para visita médica	Revisar que estén todas las hojas correspondientes al cuadro	1.167	1	1	0
Datos estadísticos	Llenado de estadística e información del servicio de Hospitalización	0.324	6	5	1
	SUMA DE TIEMPOS	0.194	83	69.3	13.7
	% DE EFICIENCIA - %INEFICIENCIA	100%	100%	83%	17%



Tabla 97.Sub proceso: Evaluación Médica OPT-HOS-EM

Actividad	Detalle	Tiempo total (horas)	Tiempo total (minutos)	Actividad Eficiente	Actividad Ineficiente
Prepara el cuadro para visita	La enfermera lleva el cuadro a la cama para la visita del medico	0.4918	0.25	0.25	0
Consulta de expediente	El residente lee la historia clínica del paciente	1.9674	1	1	0
Realización de examen Físico	El doctor examina	1.9674	1	1	0
Se registra el diagnostico	Se escribe en el cuadro las condiciones de salud del paciente	0.9837	0.50	0.50	0
Evolución del paciente	Si el paciente mejoro se va del alta	1.9674	1	0.70	0.30
	Él paciente permanece ingresado	1.9674	1		
Se discute y se formula un nuevo plan de tratamiento	Se realiza con el grupo de médicos	9.8369	5	4	1
Requerimiento de Servicios de apoyo	Si no se requieren se pasa a cuidados de enfermería	0.9837	0.50	0.50	0
	Se requiere atención de servicios de apoyo	0.9837	0.50	0.50	0
Registra indicaciones en el expediente	Se escribe en el cuadro las condiciones de salud del paciente	1.9674	1	1	0
Informa al paciente	Verbalmente le explica al paciente (o a familiar) sobre su evolución de salud	0.9837	0.50	0.50	0
Recolectar los cuadros y llenar expediente con las ultimas indicaciones		1.9674	1	1	0
Consulta el cuadro clínico		0.9837	0.50	0.50	0
Elaborar boletas para los exámenes	Llenado de boletas con información del paciente y otra de importancia	5.9022	3	2.50	0.50
Anexa documentación necesaria	En físico coloca boletas de exámenes, citas o referencias al expedientes	0.9837	0.50	0.50	0
	SUMA DE TIEMPOS	31.9700	16.25	14.45	1.8
	% DE EFICIENCIA - %INEFICIENCIA	100%	100%	89%	11%

Gestionar indicaciones este subproceso puede tomar cuatro rutas diferentes, dependiendo que servicio requiere el paciente, servicios de apoyo a diagnostico ((laboratorio clínico y banco de sangre, Imagenología, anatomía patológica, otros procedimientos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación-interconsulta, el medicamento de farmacia es de manera diaria, nutrición y dietas tres veces al día (recepción, comprobación y entrega) y solo una vez al día se pide) y lavandería una vez al día).

Tabla 98.Subproceso: Gestión de indicaciones OPT-HOS-GDI

	Actividad	Detalle	Tiempo total (horas)	Tiempo total (minutos)	Actividad eficiente	Actividad ineficiente
Desarrollo de la gestión de indicaciones	1. Comunicarse con el servicio de apoyo solicitado	Comunicar de forma personal al servicio de apoyo correspondiente, la solicitud de prestación de sus servicios.	1.270	8	3	5
		Comunicar de manera telefónica al servicio de apoyo correspondiente, la solicitud de prestación de sus servicios.	0.317	2	1.20	0.80
	2. Gestionar con el servicio de apoyo. gestionar con el servicio de apoyo la prestación de sus servicios según el requerimiento que el medico haya realizado en las indicaciones de la visita médica. El requerimiento para los servicios puede ser hacia servicios de apoyo a diagnostico o servicios generales.	Servicios de apoyo a diagnostico )	0.476	3	2	1
		Lavandería	0.159	1	0.5	0.5
		Nutrición y dietas	0.159	1	0.5	0.5
		Farmacia programado	0.159	1	0.5	0.5
		Farmacia Eventual	0.159	1	0.5	0.5
		Interconsulta (SI, NO)	0.476	3	2	1
	3.Toma de muestras para laboratorio / preparación del paciente/o expedientes para la gestión de medicamentos	Tomar muestras ( Laboratorio y Banco de Sangre)	0.476	3	3	0
		preparar expedientes y Boleta ( gestión de Medicamentos) Programado	12.697	80	65	15
		preparar expedientes y Boleta ( gestión de Medicamentos) Eventual	0.794	5	3	2
		Preparar paciente y expediente (Radiología e Imagenología, interconsulta , Anatomía patológica, otros Procedimientos de diagnóstico y Tratamiento y Rehabilitación)	2.381	15	5	10
		Preparar , recolectar y revisar boletas (Nutrición Dietas)	1.270	8	5	3
	4.Traslado de las muestras / del paciente/traslado de boletas y expedientes	Traslado de muestras ( Laboratorio y Banco de Sangre)	0.476	3	3	0
		Traslado expedientes y Boleta ( Farmacia) programado	1.587	10	4	6
		Traslado expedientes y Boleta ( Farmacia) eventual	0.476	3	3	0
		Traslado de paciente y expediente (Radiología e Imagenología, interconsulta , Anatomía patológica, otros Procedimientos de diagnóstico y Tratamiento y Rehabilitación)	2.381	15	5	10
		Traslado de Boletas (Nutrición Dietas y servicios Generales)	0.317	2	2	0

Recolección y registro de la información de diagnóstico	1. Comunicación a servicio de apoyo, para verificar si ya están los resultados	Comunicar de forma personal al servicio de apoyo correspondiente, la solicitud de recepción del servicio.	0.794	5	5	0
		Comunicar de manera telefónica o vía electrónica al servicio de apoyo correspondiente, la solicitud de recepción de sus servicios.	0.317	2	2	0
	2.Traer producto de los servicios de apoyo	Traslado de Resultados de (Laboratorio y Banco de Sangre)	0.476	3	3	0
		Traslado DE MEDICAMENTOS Y UNIDOSIS ( Farmacia) programado	1.905	12	10	2
		Traslado DE MEDICAMENTOS Y UNIDOSIS ( Farmacia) eventual	0.397	2.5	2.50	0
		Traslado de Resultados (Radiología e Imagenología, interconsulta , Anatomía patológica, otros Procedimientos de diagnóstico y Tratamiento y Rehabilitación)	0.317	2	2	0
		Recepción de Nutrición y Dietas	0.476	3	3	0
	3.Comprobar la validez del resultado del examen/ verificar el medicamento proporcionado por farmacia/ O el diagnostico proporcionado por el medico Inter consultante	Verificar e informar de los Resultados (Laboratorio y Banco de Sangre)	0.159	1	1	0
		Comprobar y verificar el Medicamento según la solicitud realizada (Farmacia)	1.587	10	6	4
		Comprobar y verificar el Medicamento según la solicitud realizada (Farmacia) EVENTUAL	0.317	2	2	0
		Verificar e Informar los Resultados de exámenes (Radiología e Imagenología, interconsulta , Anatomía patológica, otros Procedimientos de diagnóstico y Tratamiento y Rehabilitación)	0.238	1.50	1.50	0
		Comprobar Nutrición y Dietas de cada paciente	0.159	1	1	0
	4. Anexar los resultados a cuadro clínico. Colocar el medicamento en el lugar designado	Anexar los resultados de los exámenes al expediente clínico	0.317	2	2	0
		Colocar el Medicamento en el lugar correspondiente	0.794	5	5	0
		Colocar el Medicamento en el lugar correspondiente EVENTUAL	0.317	2	2	0
		Entregar alimentación al paciente	0.317	2	2	0
		SUMA DE TIEMPOS	34.599	218	157	61
		% DE EFICIENCIA - %INEFICIENCIA	100%	100%	72%	28%

Tabla 99. Atención de enfermería OPT-HOS-ADE

Actividad	Detalle de la actividad	Tiempo total (horas)	Tiempo total (minutos)	Actividad eficiente	Actividad ineficiente
Revisar antecedentes	Se da lectura de las indicaciones médicas asignadas al paciente de cama asignada para atender. (en rutina 2 veces). Cuando el medico agrega, elimina o modifica indicaciones durante el día	0.5357	1.50	1.50	0
Toma de signos vitales y temperatura	Enfermera toma signos vitales y de temperatura según lo establecido en protocolos y manual de procedimientos de enfermería. (Estado de salud estable 2 veces)	1.0714	3	2.50	0.50
	Estado de salud complicado en promedio 2 pacientes (12 veces)	1.0714	3	2	1
Examinar físicamente	examina según protocolos y manual de procedimientos de enfermería y cumplimiento de indicaciones médicas	1.0714	3	3	0
Consultar al paciente su estado de salud	si necesita ayuda para realizar alguna tarea como ir al baño, etc.( 10 veces)	1.7857	5	3.50	1.50
Establecer diagnostico	Con base a los resultados de la toma de signos vitales y protocolos de enfermería se establece el diagnóstico de la condición de salud actualizada del paciente. (Estado de salud estable).	1.0714	3	2.50	0.50
	Estado de salud complicado (3 veces)	1.0714	3	3	0
Formular Plan de cuidados de Enfermería	Con base al diagnóstico de la condición de salud actualizada del paciente, se formula el plan de los respectivos cuidados de enfermería a realizar. Estado de salud estable	0.0000	3	2	0
	Estado de salud complicado (3 veces)	1.0714		3	0
Registrar plan a seguir para cumplir indicaciones medicas	Se registra el plan de indicaciones médicas cumplidas con cada paciente, en sus respectivos expedientes.	1.0714	3	2.50	0.50
	Estado de salud complicado (3 veces).	0.0000		3	0
Registrar plan a seguir de cuidados de enfermería	Se registra en hoja de notas de enfermería el plan de indicaciones de enfermería a seguir con cada paciente, en sus respectivos expedientes.	1.2500	3.50	3.50	0
Informar al paciente sobre el plan a seguir	Se le comunica al paciente los procedimientos a seguir establecidos en los planes médicos y de enfermería.(3 veces)	0.7143	2	2	0
Dar la dosis diaria de medicamento al paciente	Enfermera administra la medicación y cuidados asignados por las indicaciones médicas e indicaciones de enfermería. (medicamento parenteral) 4 veces	1.7857	5	4.50	0.50

	Medicamento oral 4 veces	0.0000		2.50	0
Realizar curaciones o procedimientos médicos de tratamiento de paciente	La enfermera asiste al residente o interno para realizar curaciones a los pacientes.	2.5000	7	7	0
Observar su evaluación o algún cambio en su condición	Se observa la evolución del paciente con el cumplimiento de las indicaciones médicas y de enfermería. (Estado de salud estable 2 veces)	1.0714	3	3	0
	Estado de salud grave 12 veces	1.4286	4	4	0
Ejecutar actividades delegadas-limpieza de equipo medico	Diariamente se recibe ropa de cama limpia y batas, se hace el cambio de ropa en cada cama de pacientes ingresados y limpieza de equipo medico	1.4286	4	4	0
Ejecutar actividades delegadas-cuidados del paciente según condición	Realizar protocolos correspondientes a las condiciones y evolución en la salud del paciente. Cuidados higiénicos del paciente y cambio de suero, alimentación asistida en algunos casos (4 veces)	1.4286	4	3.50	0.50
Registrar el cumplimiento de medicación del paciente	Abastecer medicamentos con método unidosis se entrega listado de dietas en libro de recepción. (4 veces)	1.4286	3	3	0
Registrar la evolución del paciente	Se registran si se han observado si hay cambios en las condiciones de salud en las notas respectivas. Estado de salud estable	1.4286	3	3	0
	Estado de salud complicado (3 veces)	0.0000			
Registrar el control de signos vitales	Se registra los resultados de la toma de los signos vitales tomados en cada ronda de enfermería. (Estado de salud estable)	0.0000	2	1	0
	Estado de salud grave	0.7143		2	0
Registrar el cumplimiento de actividades delegadas	Se registra las actividades realizadas por el personal de enfermería que son parte de los protocolos, como documentar en los libros en las estaciones de enfermería. (En el censo diario)	2.5000	9	5	3
	En el libro de actividades de enfermería.	0.0000		1	0
	SUMA DE TIEMPOS	27.50	77	69.5	7.5
	% DE EFICIENCIA - %INEFICIENCIA	100%	100%	90%	10%

Tabla 100.Sub proceso: Alta de paciente

Actividad	Detalle	Tiempo total (horas)	Tiempo total (minutos)	actividad eficiente	actividad ineficiente
Indicar alta	En ronda médica, el medico asignado se indica el alta de paciente con condiciones aptas.	0.1106	5	5	0
	Alta exigida por el paciente. Se informa al paciente las consecuencias de no seguir con su tratamiento en Hospitalización, explicando los riesgos que se asumen con la exigencia del alta. Paciente debe firmar la hoja de alta exigida, y la hoja de consentimiento no informado exonerando al Hospital de las consecuencias del alta exigida.	0.3318	15	12	3
	Enfermera realiza las últimas indicaciones médicas asignadas en ronda.	0.2212	10	10	0
	Enfermera da indicaciones a paciente y orienta a que se cambie de ropa y entregue bata.	0.1106	5	5	0
Elaborar resumen de altas	gestión de los formularios y boletas para solicitar citas, referencias, exámenes, recetas de medicinas para tratamiento y dieta ambulatoria a seguir.	0.3318	15	9	6
	Escribe en cuaderno la gestión realizada con las fechas de citas y toma de pruebas que paciente debe de realizar, según lo indicado por el médico. De estas hojas se entregará la original al paciente y la copia será archivada en el expediente.	0.3318	15	12	3
Seguimiento del Alta por enfermera.	Explica al paciente y familiares el tratamiento a seguir, dieta, tratamiento, próximos controles y cuidados específicos según su patología.	0.1327	6	5	1
	Registra el alta en el libro de altas del servicio	0.1106	5	5	0
Cierre del expediente.	Paciente reside en zona metropolitana. Enfermera envía expediente a archivo.	0.2212	10	3	7
	si vive fuera de la zona metropolitana solo puede retirarse del servicio si llega un familiar a recogerla. Enfermera envía expediente a archivo.	0.2212	40	10	0
Elaboración del registro del traslado	Residente hace la elaboración de la nota de traslado con copia para expediente, y la hoja de ingreso y egreso.	0.8847		10	30
Informar el traslado	Medico Contacta con el facultativo del centro de atención receptor informando la condición clínica del paciente y necesidad de traslado. Informar al paciente, familiares y enfermera hospitalaria sobre el traslado del paciente.	0.2212	10	7	3
Ejecutar el traslado	Otro servicio. Enfermera del servicio contacta telefónicamente con el personal de enfermería del servicio a donde el paciente será trasladado, para comunicar el motivo por el que se ha decidido	0.8847	40	30	10

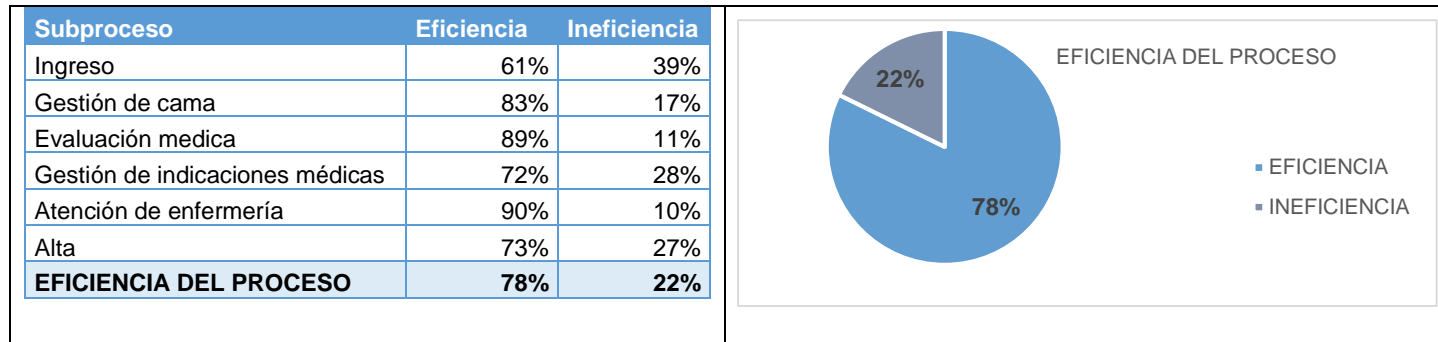
	traslado, y verificar la disponibilidad de camas. Revisa que el expediente este completo y que el paciente haya recibido el medicamento indicado, registra la información en el libro de altas y en el censo de movimiento de pacientes. Enfermera hace traslado acompañando a paciente y lleva expediente y hace la entrega a la estación de enfermería del servicio de Hospitalización destino				
	Otro hospital. Enfermera anexara los exámenes complementarios que solicite el centro al que se va a referir. gestionar el traslado en ambulancia con trabajo social; se comunica a enfermera que va a acompañar al paciente en el traslado, revisa que el expediente este completo y que el paciente haya recibido el medicamento y registra la información en el libro de altas y en el censo de movimiento de pacientes.	2.6540	120	90	30
Caso de defunción: Comunicación del fallecimiento	El médico de staff o residente comprueba el fallecimiento del paciente, Enfermera reporta a contacto de paciente para notificación del fallecimiento; entrega pertenencias a familiares. Informar a la oficina de información los datos personales del paciente fallecido para los trámites relacionados con el traslado del cadáver	1.3270	60	50	10
Registro de defunción	Registrar hora de defunción en la hoja defunción proporcionada por ESDOMED, hoja de paro cardiorrespiratorio en donde se detalla las acciones tomadas. Registrar el fallecimiento en el censo del servicio	0.3318	15	10	5
Ejecutar el traslado a morgue	Facilita al médico el certificado de defunción, preparan al cadáver para el traslado a la morgue, lo identifican, trasladan el cadáver a la morgue.	0.3318	40	38	2
	SUMA DE TIEMPOS	0.8847	411	301	110
	% DE EFICIENCIA - %INEFICIENCIA	100%	100%	73%	27%

Fuente Elaboración propia

## Eficiencia del Proceso de Hospitalización

Para determinar la eficiencia del proceso completo de Hospitalización, se sacará con el promedio de las eficiencias de los 6 subprocesos antes evaluados.

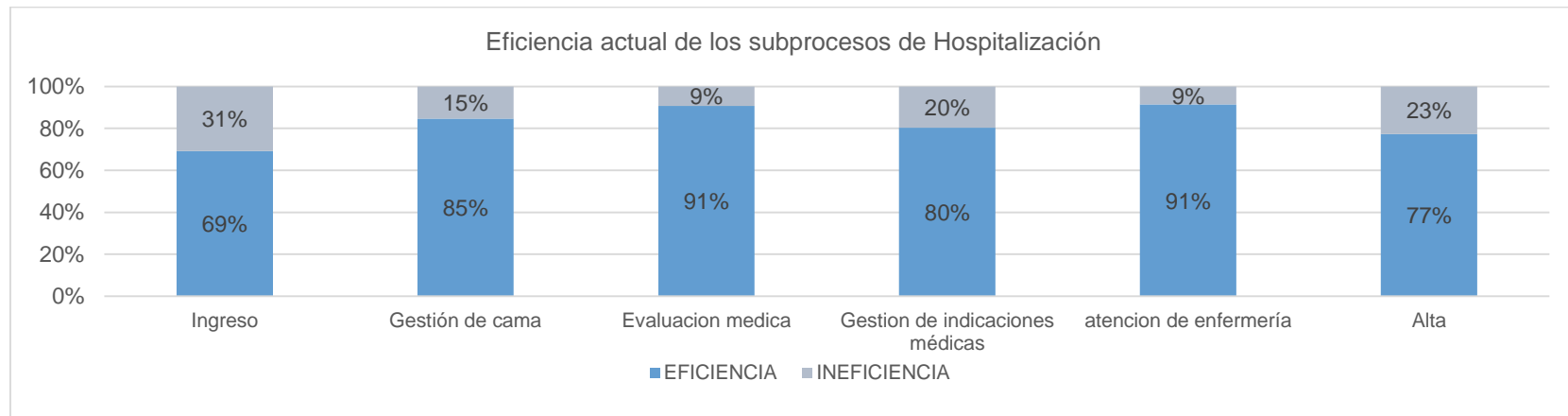
Tabla 101. Eficiencia actual del proceso de Hospitalización



Fuente. Elaboración Propia

En el siguiente gráfico se observa el detalle de la eficiencia en cada subproceso de Hospitalización.

Ilustración 67 Eficiencia Actual de los Subprocesos Operativos de Hospitalización.



El gráfico muestra que el subproceso de Ingreso es el que tiene más oportunidades de mejora para aumentar el nivel de eficiencia, seguido del subproceso de gestión de indicaciones y el de Alta.



## 8 Nivel de Homologación del proceso actual entre Hospitales

Con la observación de varios días en los servicios seleccionados para realizar el estudio, se levantó el proceso anteriormente descrito, en el cual se detectaron diferencias en la manera de ejecutar las actividades, algunas de las razones son debido a que el personal no realiza las funciones según los perfiles descritos en el Manual de Funciones y variabilidad en el proceso con oportunidades de mejora. Se muestra en la siguiente tabla las diferencias encontradas en el proceso de Hospitalización entre los tres hospitales

### 8.1 Diferencias en el proceso de Hospitalización en los centros de Atención del Tercer Nivel.

En el siguiente cuadro se muestran las diferencias detectadas por medio de observación y recopilación de información primaria en las áreas de Hospitalización del Tercer Nivel de Atención

Cuadro 60 Diferencias entre hospitales del proceso de Hospitalización

Subprocesos	Hospitales		
	HNR	HNNBB	HNM
<b>1. Gestión de ingreso de paciente</b>	<p>Todos los pacientes entran por el área de emergencias (tanto programados en consulta externa como los de emergencias).</p> <p>Se tiene un Comité gestor de camas, encargado de gestionar la fecha en que el paciente programado será ingresado al servicio de Hospitalización.</p>	<p>El personal de ordenanza es el encargado de acompañar al paciente y su responsable respectivo (padre, madre o tutor) hacia el servicio de Hospitalización.</p>	<p>Paciente llega por su cuenta o acompañada con un familiar, cuando se tiene ingreso programado, no es llevada por personal de enfermería.</p> <p>Pacientes programadas presentan cita, en sistema revisan cupo reservado y corroboran datos de la paciente.</p>
<b>2. Gestión de cama</b>	<p>Se lleva a paciente al servicio hasta el momento en que se tiene lista la cama en donde será ingresado.</p> <p>En condiciones especiales, se permite que un responsable o familiar permanezca cerca del servicio y pueda acompañar al paciente durante la noche. Como norma, el acompañante debe permanecer fuera del servicio, pero no se respeta ya que el familiar/acompañante suele entrar y salir constantemente del servicio en horarios no habilitados.</p>	<p>El encargado del paciente (padre, madre o tutor) puede acompañar al paciente de forma permanente en el servicio.</p> <p>Se tienen sillas en el servicio de Hospitalización para la espera de la preparación de cama asignada.</p> <p>Los formularios tienen código de color y se posee un formulario que resume los resultados de pruebas.</p>	<p>Se tienen sillas en pasillo del servicio de Hospitalización para la espera de la asignación de cama.</p> <p>El personal de enfermería se apoya del personal de servicios generales para preparar la cama de pacientes de ingreso.</p> <p>El familiar o acompañante no puede permanecer en el servicio, puede ver a la paciente hasta la hora de visita.</p>

	<p>Se tienen camas-carrito extras a las camas permanentes del servicio. No se cuentan como camas censables, por esta razón, al tener una cama libre se transporta al paciente del carro a la cama disponible.</p>		
<b>3. Evaluación médica</b>	<p>La visita médica se realiza a partir de las 7:00 a.m.</p>	<p>La visita médica se realiza a partir de las 8:30 a.m.  En algunos servicios, las anotaciones en los expedientes se realizan al finalizar la ronda médica, generando confusiones con las indicaciones correspondientes a cada paciente.  Al terminar la visita médica, se dejan los expedientes ubicados de forma que la enfermera los pueda tomar inmediatamente.</p>	<p>La visita médica se realiza a partir de las 8:00 a.m.  Pocos médicos interactúan de forma verbal con la paciente.  Al finalizar la visita médica no se tiene programado que parte del personal tomara los expedientes, se disputan entre residentes y enfermeras.</p>
<b>4. Gestión de indicaciones</b>	<p>La gestión es realizada por la enfermera que se le ha delegado, entre otras funciones, la gestión con los servicios de apoyo.  Además de la farmacia de Hospitalización la cual trabaja en horario administrativo, se cuenta con el apoyo de farmacia de emergencia, el cual funciona 24 horas a la que se le puede solicitar en horarios no administrativos.  Enfermera es quien traslada los medicamentos al servicio de Hospitalización.  Se quiso implementar la sistematización digital, pero no se realizó ya que el personal de los Servicios de Hospitalización se negó a adoptar el cambio.  La comida se prepara en el hospital. La entrega de los alimentos lo hace el</p>	<p>La gestión es realizada por la auxiliar de enfermería o por secretaria del servicio.  Una sola farmacia, habilitada en horario administrativo.  El servicio de farmacia es el encargado de llevar las medicinas a los Servicios de Hospitalización.  Los resultados de las pruebas son leídos en las terminales de los Servicios de Hospitalización, a través del sistema digital. Se imprimen los resultados y en ocasiones no son recogidos. No se tiene control de quien revisa los resultados a través del sistema digital.  Se tiene servicio de radiología móvil el cual puede trasladarse a los servicios con el equipo.  La comida se prepara en el hospital. La entrega de alimentos lo hace auxiliar de enfermería a los responsables del</p>	<p>Enfermera es quien traslada los medicamentos al servicio de Hospitalización.  Se cuenta con tres áreas para las respectivas farmacias, pero solo funciona una para todas las áreas del hospital, en horario hospitalario.  Se programó horario escalonado para la entrega de medicamentos de farmacia a los servicios, pero este no ha sido respetado o adaptado por el personal.  Los resultados de las pruebas son leídos en las terminales de los Servicios de Hospitalización, a través del sistema digital y se tiene control de quien revisa los resultados en este medio. No se incurre en gastos de papelería.  Se tiene servicio de radiología móvil el cual puede trasladarse a los servicios</p>

	personal de cocina, que pertenece a los servicios generales.	paciente. Para la alimentación con pacha, estas llegan al servicio y auxiliar llama a responsable para recogerla y alimentar al paciente.	con el equipo, las 24 horas (siempre que haya personal disponible). La preparación de comida depende de una empresa subcontratada, la cual prepara los platos según la dieta solicitada en cada servicio. Personal de estas empresas hacen la entrega de comida a pacientes. El área de nutrición es el encargado para preparación de fórmulas para alimentar a neonatos ingresados.
<b>5. Atención de enfermería</b>	Enfermeras hospitalarias cumplen con las funciones que corresponden a la plaza de auxiliar de enfermería.	Poseen auxiliar de enfermería Hay actividades de enfermería en que el personal se auxilia de los responsables del paciente para realizarlas, como la alimentación, aseo personal y medicación oral. En algunos servicios el personal de enfermería se reparte por camas y realiza todas las funciones en los pacientes asignados, y en otros servicios cada enfermera tiene como responsabilidad algunas funciones y cumplirlas en todas las camas.	Enfermeras hospitalarias cumplen con las funciones que corresponden a la plaza de auxiliar de enfermería.  Se apoyan con la ayuda del personal de los servicios generales.
<b>6. Gestión de alta médica</b>	Se da en cualquier momento, de preferencia acompañado de familiar, en caso contrario se puede retirar según la condición de salud y puede pedir a trabajo social que le trasladen en ambulancia a su hogar o zona cercana a donde reside. Horario de visita de 12:00 m. a 2:00 p.m.	El alta se puede dar en cualquier momento y solo se puede retirar con el responsable y cuando este haya retirado los medicamentos de la farmacia. Al dar de alta a un paciente, se quita ropa de cama, se desinfecta y se deja el colchón "levantado", hasta que se asigne la cama a otro paciente. Horario de visita: 10:00 a.m. -12:00m.	El alta se da en el horario de visita de 11:00 a.m. a 1:00 p.m.  Se realiza una charla colectiva para las mujeres que han sido dadas de alta junto al recién nacido, en algunos Servicios de Hospitalización.

Fuente: elaboración propia basada en la observación de los Servicios de Hospitalización.

Como se observa en la tabla anterior, en cada uno de los hospitales se realiza la ejecución de algunas actividades de manera particular y, sin embargo, estas no afectan en cuanto a la secuencia o cantidad de actividades de los subprocesos, pero se deben considerar para la realización de la homologación en la propuesta de diseño, de manera que estas se realicen de la manera más óptima para la atención de calidad y eficiente de los pacientes.

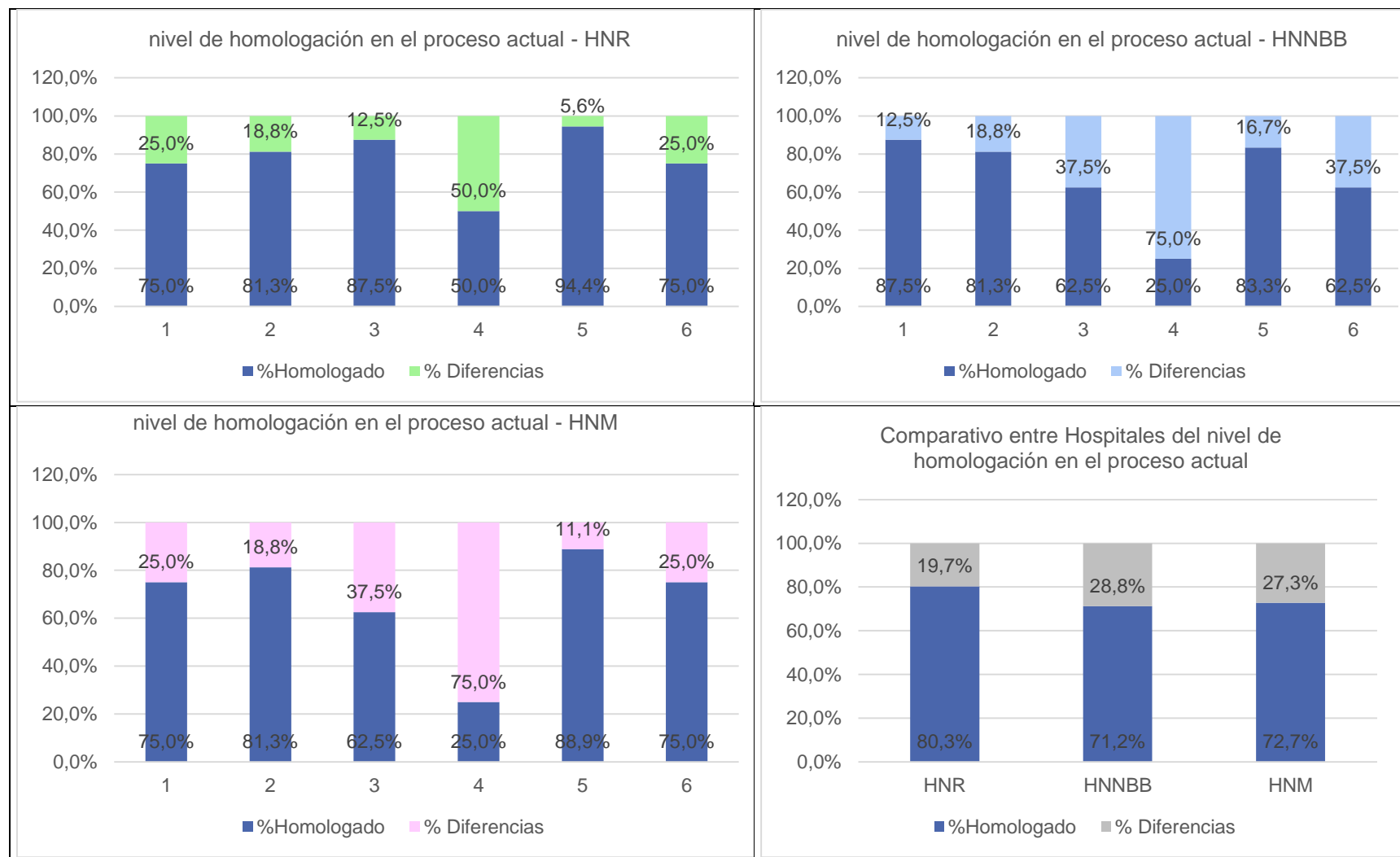
Tabla 102. nivel de Homologación de los Procesos de Hospitalización

Proceso de Hospitalización		Hospitales					
Subprocesos	Cantidad de actividades del subproceso	HNR		HNNBB		HNM	
		# Actividades. Diferentes	% de homologación	# Actividades. diferentes	% de homologación	# Actividades. diferentes	% de homologación
1. Gestión de ingreso de paciente	8	2	75%	1	88%	2	75%
2. Gestión de cama	16	3	81%	3	81%	3	81%
3. Evaluación médica	8	1	88%	3	63%	3	63%
4. Gestión de indicaciones	8	4	50%	6	25%	6	25%
5. Atención de enfermería	18	1	94%	3	83%	2	89%
6. Gestión de alta médica	8	2	75%	3	63%	2	75%
<b>TOTAL</b>	<b>66</b>	<b>13</b>	<b>80%</b>	<b>19</b>	<b>71%</b>	<b>18</b>	<b>73%</b>

Fuente: elaboración propia, a partir de tabla de diferencias en el proceso de Hospitalización.

Se obtuvo que el HNR es el que se asemeja más al proceso tradicional descrito, pero que ha implementado recientemente acciones que agilizan el ingreso, en menor proporción se asemeja el HNM ya que este ha implementado sistemas informáticos donde por medio del uso del sistema se pueden consultar resultados ahorrando en papelería y tiempo de recorrido, además de contar con equipos de diagnóstico móviles; y por último el HNNBB, esto debido a que estos han implementado medidas de automatización e incorporado perfiles de personal como el de la secretaria, con el que se auxilian para realizar actividades de digitación o gestión, lo que le da más tiempo al personal de enfermería de enfocarse en lo operativo, haciéndolo más eficiente.

Ilustración 68. Grafico de nivel de Homologación Actual del proceso



Fuente. Elaboración Propia

## 9 Planteamiento del problema

En este apartado se utilizará la técnica de FODA, para generar oportunidades de mejora, se realizará una priorización por Hospital y así poder determinar los problemas que serán retomados en el planteamiento de problema y posterior conceptualización de la solución

### 9.1 FODA Hospital Nacional Rosales

Se presenta a continuación las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que se presentan en el proceso de Hospitalización y que son la base para establecer estrategias de solución

Cuadro 61. FODA Hospital Nacional Rosales

Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none"><li>• Poseen personal especializado para atender patologías de Tercer Nivel.</li><li>• Capacitaciones para la humanización del trato en la prestación de servicios de salud</li><li>• La dirección de medicina interna ha realizado esfuerzos para documentar el proceso de Hospitalización.</li><li>• Al ser un Hospital escuela se posee el apoyo de internos para ejecutar algunas funciones.</li><li>• Remodelación de la infraestructura de servicio de Hospitalización.</li><li>• Existe constante comunicación entre el personal médico y paciente.</li><li>• Existe la modalidad de carro camilla lo que permite atender una mayor cantidad de pacientes que necesitan ser Hospitalizados.</li><li>• Existe una farmacia exclusiva para el uso de los Servicios de Hospitalización.</li><li>• Permanencia de familiar responsable en el Hospital 24 horas lo que permite otorgar las altas en el transcurso del día.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Los Procesos de Hospitalización no se tienen bien documentados y en los Servicios de Hospitalización desconocen de estos documentos.</li><li>• Gestión por funciones, lo que conlleva una comunicación tipo vertical y deficiencia en la toma de decisiones.</li><li>• Planeación en base a unidades desactualizadas y sin pronóstico de demanda.</li><li>• Programación de servicios no acorde a capacidad instalada.</li><li>• Camas mobiliario y equipo Hospitalario antiguo.</li><li>• Falta de recursos: insumos, medicamentos, recurso humano, lo que genera retrasos en el cumplimiento de actividades.</li><li>• Ineficiente distribución de los espacios físicos en los servicios</li><li>• Inconsistencia de horario y personal en la visita médica.</li><li>• Incumplimiento de los lineamientos de retorno / interconsulta.</li><li>• Se cuenta con registros de forma manuales en exceso, cuyo llenado requiere una gran inversión de tiempo por parte de los doctores y enfermeras.</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manipulación deficiente de los desechos generados en los servicios, se cumple parcialmente con Norma Salvadoreña Obligatoria para el Manejo de los Desechos Bio infecciosos NSO 13.25.01:07.</li> <li>• Se superan los estándares establecidos para los indicadores.</li> <li>• Desconocimiento de los medios de control del proceso Hospitalario.</li> <li>• No hay un control de no ingreso de los familiares al servicio de Hospitalización hasta la hora de la visita.</li> <li>• El personal no cumple las funciones de acuerdo al manual.</li> <li>• Existe reproceso en las actividades debido a la deficiente ejecución de los internos, debido al proceso de aprendizaje.</li> <li>• No responden a los problemas presentados en los servicios en el tiempo oportuno.</li> <li>• No se toma en consideración la opinión del personal y de los pacientes para la toma de decisiones enfocadas en la mejora de la atención.</li> <li>• Resistencia al cambio. No se quiere adaptar a la utilización de la tecnología en informática.</li> <li>• Los carros camillas dificultan el movimiento de las enfermeras, para realización de sus funciones dentro de los Servicios de Hospitalización.</li> </ul>
<b>Oportunidades</b>	<b>Amenazas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pertenece a la RIIS</li> <li>• Pertenece al Sistema Nacional de Abastecimiento de Medicamentos – SINAB. Esto permite hacer transferencias (a título de préstamo) entre estas instituciones de la red,</li> <li>• Políticas y planes estratégicos de gobierno con enfoque en salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se rige bajo normativas lineamientos, guías clínicas protocolos médicos y manuales que no han sido actualizados. Inexistencia de documentación técnica que respalde los Procesos estratégicos y de apoyo.</li> <li>• No se han actualizado las guías clínicas, normativas, políticas, etc., establecidos a nivel Nacional, acordes a las necesidades</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• El MINSAL tienen como meta actual documentar los Procesos Hospitalarios y establecer un nuevo sistema de gestión con enfoque a Procesos en busca de una certificación de excelencia.</li> <li>• Disponibilidad de normativa técnica Hospitalaria vigente</li> <li>• Existe un Comité Gestor de Camas, que se encarga de programar en menos de 30 días a los pacientes que se les indicó ingreso en consulta externa</li> <li>• Habilitación del programa de cirugía ambulatoria, disminuyendo los ingresos a los servicios Hospitalarios y que el paciente tenga una recuperación en un plazo menor a 24 horas.</li> <li>• El Hospital posee 5 farmacias dentro de estas la farmacia de emergencia que da servicio 24 horas y que también abastece a los Servicios de Hospitalización si se presenta alguna eventualidad</li> <li>• Se tienen planes para la construcción de un nuevo Hospital.</li> <li>• Modernización de los equipos utilizados para diagnóstico y tratamiento.</li> <li>• Recibe apoyo para el equipamiento, proveniente de entidades no gubernamentales nacionales y extranjeras.</li> <li>• Se cuenta con sistemas de información útiles para el control de las existencias de medicamentos (SINAB), producción de servicios Hospitalarios (SEPS), Sistema de Programación, Monitoreo y Evaluación de Actividades Hospitalaria (SPME) y Estadísticas vitales (SIMMOW).</li> </ul>	<p>del país, que sean guía para la construcción o adecuación de las listas oficiales de las diferentes entidades de salud de la red.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios de apoyo no tienen horarios escalonados para evitar la espera de los Servicios de Hospitalización.</li> <li>• Interrupción imprevista del servicio por reuniones de personal no planificadas.</li> <li>• Actualmente está vigente un manual de procedimientos Hospitalarios realizado por el MINSAL donde se describe un proceso de Hospitalización, en el cual no establece detalles.</li> <li>• Distribución en planta inadecuada para prestación de servicios Hospitalarios.</li> <li>• Consecuencias de la violencia social, se incrementa la demanda de los servicios de atención.</li> <li>• Fluctuación del Presupuesto, no asignado en base a las necesidades reales.</li> <li>• Abastecimiento de suministros deficiente debido a dificultades del proceso de adquisición (compras) y financiamiento.</li> <li>• Mantenimiento de la infraestructura no adecuado.</li> <li>• La información de los sistemas no está disponible en tiempo real. Los sistemas de información (software) no son alimentados en tiempo real, por lo tanto, la información que arrojan también está desactualizada y no aporta a la toma de decisiones.</li> <li>• Incumplimiento de los lineamientos de referencia / retorno / interconsulta por parte de los centros de atención de primer y segundo nivel.</li> <li>• Deficiencia de los servicios generales.</li> <li>• Percepción negativa del usuario de la atención brindada en los Hospitales de segundo nivel.</li> </ul>
--	--

Fuente. Elaboración propia por medio del levantamiento de información



## 9.2 FODA Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom

Cuadro 62.FODA Hospital Nacional Niños Benjamín Bloom

Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poseen personal especializado para atender patologías pediátricas de Tercer Nivel</li> <li>• La sub especialidad de medicina interna ha realizado esfuerzos para la documentación de Procesos.</li> <li>• Capacitaciones para la humanización del trato en la prestación de servicios de salud</li> <li>• Los servicios tienen asignada un recurso destinado a realizar las actividades de gestión y manejo de información.</li> <li>• Trato amable de las enfermeras hacia los pacientes.</li> <li>• Comunicación entre el personal médico y los responsables de los pacientes.</li> <li>• Permanencia de familiar responsable en el servicio las 24 horas lo que permite auxiliar en tareas de atención del paciente como medicación, alimentación y limpieza.</li> <li>• Al ser un Hospital escuela se posee el apoyo de internos que ayudan en algunas funciones del servicio.</li> <li>• Equipo e inmobiliario adecuado a las necesidades de atención del paciente.</li> <li>• Establecimiento de código de colores para el orden de los distintos formularios.</li> <li>• Tiene sistema informático, para la revisión de resultados de algunas pruebas y presentación de datos sobre la condición de salud de los pacientes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los Procesos de Hospitalización no se tienen bien documentados y en los Servicios de Hospitalización desconocen de estos documentos.</li> <li>• Gestión por funciones, lo que conlleva una comunicación tipo vertical y deficiencia en la toma de decisiones.</li> <li>• Programación de servicios no acorde a capacidad instalada.</li> <li>• Inconsistencia de horario y personal en la realización de la visita médica.</li> <li>• Falta de medicamentos. El personal pone de sus medicinas personales para suplir las necesidades del servicio de Hospitalización. No se tiene registro sobre la demanda insatisfecha.</li> <li>• Falta de insumos Hospitalarios. Entre servicios se realizan préstamos para suplir las necesidades en el momento.</li> <li>• Incumplimiento de los lineamientos/retorno/interconsulta.</li> <li>• Se cuenta con registros de forma manual en exceso, cuyo llenado requiere una gran inversión de tiempo por parte de los doctores y enfermeras.</li> <li>• Se superan los estándares establecidos para los indicadores.</li> <li>• Desconocimiento de los medios de control del proceso Hospitalario.</li> <li>• El personal no cumple sus funciones de acuerdo a manual.</li> <li>• Horario inadecuado a la distribución de las actividades durante la jornada.</li> </ul>
Oportunidades	Amenazas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perteneció a la RIIS.</li> <li>• Pertenecen al Sistema Nacional de Abastecimiento de Medicamentos, SINAB</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se han actualizado las guías clínicas, normativas, políticas, etc., establecidos a nivel Nacional, acordes a las necesidades del país,</li> </ul>

<p>Esto permite hacer transferencias (a título de préstamo) entre estas instituciones de la red.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidad de normativa técnica Hospitalaria vigente.</li> <li>• Políticas y planes estratégicos de gobierno con enfoque en salud.</li> <li>• El MINSAL tienen como meta actual documentar los Procesos Hospitalarios y establecer un nuevo sistema de gestión con enfoque a Procesos en busca de una certificación de excelencia.</li> <li>• Apoyo de programas y jornadas medicas con profesionales internacionales.</li> <li>• Posee más apoyo para el equipamiento, proveniente de entidades no gubernamentales nacionales y extranjeras.</li> <li>• Existe un área de descanso para los responsables de los menores en el anexo del Hospital.</li> <li>• Mantenimiento constante de la infraestructura.</li> <li>• Se cuenta con sistemas de información útiles para el control de las existencias de medicamentos (SINAB), producción de servicios Hospitalarios (SEPS), Sistema de Programación, Monitoreo y Evaluación de Actividades Hospitalaria (SPME) y Estadísticas vitales (SIMMOW).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay Hospitales que atiendan a la población adolescente por lo que el HNNBB</li> <li>• Percepción de la población acerca que el Hospital es el único capacitado para la atención pediátrica.</li> <li>• No hay farmacia abierta las 24 horas del día.</li> <li>• Actualmente está vigente un manual de procedimientos Hospitalarios realizado por el MINSAL donde se describe un proceso de Hospitalización sin mayor detalle.</li> <li>• Los servicios de apoyo no tienen horarios escalonados para evitar la espera de los Servicios de Hospitalización.</li> <li>• Consecuencia de la violencia social, se incrementa la demanda de los servicios de atención.</li> <li>• Fluctuación en el presupuesto general asignado al Hospital anualmente.</li> <li>• Los ascensores funcionan, pero no han sido asignados para transportar exclusivamente ciertos recursos, causando que en el mismo se transporte a pacientes encamados, médicos, visita, ropa limpia o sucia, suministros de recursos, etc.</li> <li>• Política en los servicios de apoyo de imprimir los resultados de las pruebas, aunque estos se hayan colocado en el sistema de información.</li> <li>• Mantenimiento de la infraestructura no adecuado.</li> <li>• Equipos y camas que no funcionan se colocan en espacios que pueden ser mejor utilizados</li> <li>• Incumplimiento de los lineamientos de referencia / retorno / interconsulta por parte de los centros de atención de primer y segundo nivel.</li> </ul>
---	--

Fuente. Elaboración propia

### 9.3 FODA Hospital Nacional de la Mujer

Cuadro 63.FODA Hospital Nacional de la Mujer

Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none"><li>• Poseen personal especializado para atender patologías de ginecobstetricia de Tercer Nivel</li><li>• Infraestructura modernizada.</li><li>• Equipos modernos para diagnóstico y tratamiento.</li><li>• Se cuenta con sistemas de información útiles para el control de las existencias de medicamentos (SINAB), producción de servicios Hospitalarios (SEPS), Sistema de Programación, Monitoreo y Evaluación de Actividades Hospitalaria (SPME) y Estadísticas vitales (SIMMOW)</li><li>• Revisión de resultados de algunas pruebas de manera digital y presentación de datos sobre la condición de salud de los pacientes.</li><li>• Distribución en planta adecuada para brindar la atención</li><li>• Cada servicio tiene sistema informático, para la revisión de resultados de algunas pruebas y presentación de datos sobre la condición de salud de los pacientes.</li><li>• Distribución eficiente de los espacios físicos.</li><li>• Cumple la normativa de desechos solidos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Planeación en base a unidades desactualizadas y sin pronóstico de demanda.</li><li>• No se ha realizado esfuerzos por documentar el proceso de Hospitalización por parte de la institución.</li><li>• Sub utilización de la capacidad instalada en algunos servicios.</li><li>• Gestión por funciones que conlleva a una comunicación tipo vertical y deficiencia en la toma de decisiones.</li><li>• Fallas funcionales de la infraestructura en el Hospital principalmente en la planta hidráulica, esterilización y lavandería.</li><li>• Inconsistencia en el horario y personal en la visita médica.</li><li>• Falta de recursos: insumos, medicamentos recurso humano, en los Servicios de Hospitalización, lo que genera retrasos en el cumplimiento de actividades debido a la demanda que se debe atender.</li><li>• Se cuenta con registros de forma manuales en exceso, cuyo llenado requiere una gran inversión de tiempo por parte de los doctores y enfermeras.</li><li>• El personal no cumple las funciones según el establecido en el manual.</li><li>• No se tienen definidos todos los estándares de indicadores de control.</li><li>• Desconocimiento de los medios de control del proceso Hospitalario.</li><li>• Las enfermeras no respetan el horario establecido escalonado en la atención de los servicios de apoyo a diagnóstico.</li><li>• Atención de personas que no pertenecen al Tercer Nivel.</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe reproceso en las actividades debido a la deficiente ejecución de los internos, debido al proceso de aprendizaje.</li> <li>• No responden a los problemas presentados en los servicios en el tiempo oportuno.</li> </ul>
<b>Oportunidades</b>	<b>Amenazas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pertenece a la RIIS.</li> <li>• Procesos de apoyo a Diagnostico documentados y trabajando con enfoque de Procesos.</li> <li>• Está en red con la gestión de medicamentos con las demás instituciones de atenciones en salud.</li> <li>• Pertenecen al Sistema Nacional de Abastecimiento de Medicamentos – SINAB Esto permite hacer transferencias (a título de préstamo) entre estas instituciones de la red.</li> <li>• Políticas y planes estratégicos de gobierno con enfoque en salud.</li> <li>• El MINSAL tienen como meta actual documentar los Procesos Hospitalarios y establecer un nuevo sistema de gestión con enfoque a Procesos en busca de una certificación de excelencia.</li> <li>• Disponibilidad de normativa técnica Hospitalaria.</li> <li>• Los servicios generales apoyan el proceso de Hospitalización y realizan eficientemente sus actividades.</li> <li>• Recibe apoyo para el equipamiento, proveniente de entidades no gubernamentales nacionales y extranjeras.</li> <li>• Se cuenta con sistemas de información útiles para el control de las existencias de medicamentos (SINAB), producción de servicios Hospitalarios (SEPS), Sistema de Programación, Monitoreo y Evaluación de Actividades Hospitalaria (SPME) y Estadísticas vitales (SIMMOW).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se han actualizado las guías clínicas, normativas, políticas, etc., establecidos a nivel Nacional, acordes a las necesidades del país.</li> <li>• Abastecimiento de suministros deficiente debido a dificultades del proceso de adquisición (compras) y financiamiento.</li> <li>• Interrupción imprevista del servicio por reuniones de personal no planificadas.</li> <li>• Actualmente está vigente un manual de procedimientos Hospitalarios del año 2014 realizado por el MINSAL donde se describe un proceso de Hospitalización, el cual no establece mayor grado de detalle, ni los responsables. Solo se divide en actividades.</li> <li>• Fluctuación en presupuesto general asignado al Hospital anualmente y no asignado en base a las necesidades reales.</li> <li>• Alto índice de embarazos en adolescentes.</li> <li>• Mantenimiento de la infraestructura no adecuado.</li> <li>• Equipos y camas que no funcionan se colocan en espacios que pueden ser mejor utilizados (pasillos, zona de espera fuera de los Servicios de Hospitalización).</li> <li>• Se diseñaron tres farmacias, pero solo función una, la cual trabaja solo en horario administrativo.</li> <li>• No se responden a las necesidades de los Servicios de Hospitalización en tiempo oportuno.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se tienen horarios escalonados para la atención de pruebas de diagnóstico, en los servicios de apoyo.</li> <li>• Distribución en planta adecuada para prestación de servicios Hospitalarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los sistemas de información (software) no son alimentados en tiempo real, por lo tanto, la información que arrojan también está desactualizada y no aporta a la toma de decisiones.</li> <li>• Incumplimiento de los lineamientos de referencia / retorno / interconsulta por parte de los centros de atención de primer y segundo nivel.</li> <li>• Percepción negativa del usuario de la atención brindada en los Hospitales de segundo nivel.</li> </ul>
--	--

Fuente. Elaboración propia

#### 9.4 Identificación y priorización de oportunidades de mejoras a partir de FODA

Estas oportunidades de mejoras se clasificaron dentro de cinco grupos: oportunidad de mejoras relacionados a método, mano de obra, medio ambiente, pacientes (materia prima), y recursos (materiales e insumos).

Cuadro 64. Oportunidades de mejora del Proceso de Hospitalización

Problema Generalizado		HNR	HNNBB	HNM
Método (Procesos)	1. Planificación deficiente	• Planeación en base a unidades desactualizadas y sin pronóstico de demanda.	Planeación en base a unidades desactualizadas y sin pronóstico de demanda.	Planeación en base a unidades desactualizadas y sin pronóstico de demanda.
				Sub utilización de la capacidad instalada en algunos servicios.
		Abastecimiento de suministros deficiente debido a dificultades del proceso de adquisición (compras) y financiamiento		Abastecimiento de suministros deficiente debido a dificultades del proceso de adquisición (compras) y financiamiento.
		Programación de servicios no acorde a capacidad instalada.	Programación de servicios no acorde a capacidad instalada	No se responden a las necesidades de los Servicios de Hospitalización en tiempo oportuno.

<b>Problema Generalizado</b>	<b>HNR</b>	<b>HNNBB</b>	<b>HNM</b>
2.Los estándares no están actualizados a la realidad nacional.	Se superan los estándares establecidos para los indicadores.	Se superan los estándares establecidos para los indicadores	No se tienen definidos todos los estándares de indicadores de control.
3.Cumplimiento parcial de las normativas	Manipulación deficiente de los desechos generados en los servicios, se cumple parcialmente con Norma Salvadoreña Obligatoria para el Manejo de los Desechos Bioinfecciosos NSO 13.25.01:07.		
4.Gestión por funciones orientada a cumplimiento de objetivos	•Gestión por funciones, lo que conlleva una comunicación tipo vertical y deficiencia en la toma de decisiones.	• Gestión por funciones, lo que conlleva una comunicación tipo vertical y deficiencia en la toma de decisiones.	•Gestión por funciones, lo que conlleva una comunicación tipo vertical y deficiencia en la toma de decisiones.
	El personal no cumple las funciones de acuerdo al manual	El personal no cumple sus funciones de acuerdo a manual	El personal No cumple las funciones según los establecido en el manual
5.No hay evaluación y actualización constante de los lineamientos, guías clínicas, protocolos médicos y manuales	No se han actualizado las guías clínicas, normativas, políticas, etc., establecidos a nivel Nacional, acordes a las necesidades del país, que sean guía para la construcción o adecuación de las listas oficiales de las diferentes entidades de salud de la red.	No se han actualizado las guías clínicas, normativas, políticas, etc., establecidos a nivel Nacional, acordes a las necesidades del país, que sean guía para la construcción o adecuación de las listas oficiales de las diferentes entidades de salud de la red	No se han actualizado las guías clínicas, normativas, políticas, etc., establecidos a nivel Nacional, acordes a las necesidades del país.

	<b>Problema Generalizado</b>	<b>HNR</b>	<b>HNNBB</b>	<b>HNM</b>
	6. No hay documentación completa de los Procesos estratégicos y de apoyo	Inexistencia de documentación técnica que respalde los Procesos estratégicos y de apoyo.	Inexistencia de documentación técnica que respalde los Procesos estratégicos y de apoyo.	
	7.No se tiene documentado adecuadamente el proceso de Hospitalización en los servicios.	Los Procesos de Hospitalización no se tienen bien documentados y en los Servicios de Hospitalización desconocen de estos documentos.	Los Procesos de Hospitalización no se tienen bien documentados y en los Servicios de Hospitalización desconocen de estos documentos	
	8. No se han realizado esfuerzos por documentar los Procesos			No se ha realizado esfuerzos por documentar el proceso de Hospitalización por parte de la institución.
	9. No se ha actualizado el método de registrar la información	Se cuenta con registros de forma manuales en exceso, cuyo llenado requiere una gran inversión de tiempo por parte de los doctores y enfermeras.	Se cuenta con registros de forma manual en exceso, cuyo llenado requiere una gran inversión de tiempo por parte de los doctores y enfermeras.	Se cuenta con registros de forma manuales en exceso, cuyo llenado requiere una gran inversión de tiempo por parte de los doctores y enfermeras.
Recursos (insumos, equipos)	1. Presupuesto no acorde a las necesidades a atender	Camas mobiliario y equipo Hospitalario antiguo.	Falta de medicamentos. El personal pone de sus medicinas personales para suplir las necesidades del servicio de Hospitalización. No se tiene registro sobre la demanda insatisfecha.	
		Fluctuación del Presupuesto, no asignado en base a las necesidades reales.	Fluctuación en el presupuesto general asignado al Hospital anualmente.	Fluctuación en el presupuesto general asignado al Hospital anualmente.

	<b>Problema Generalizado</b>	<b>HNR</b>	<b>HNNBB</b>	<b>HNM</b>
		Falta de recursos: insumos, medicamentos, recurso humano, lo que genera retrasos en el cumplimiento de actividades.	Falta de recursos: insumos, medicamentos, recurso humano, lo que genera retrasos en el cumplimiento de actividades.	Falta de recursos: insumos, medicamentos recurso humano, en los Servicios de Hospitalización, lo que genera retrasos en el cumplimiento de actividades debido a la demanda que se debe atender.
	2.Capacidad instalada insuficiente para la demanda	Los carros camillas dificultan el movimiento de las enfermeras, para realización de sus funciones dentro de los Servicios de Hospitalización.		
Mano de obra (personal)	1.Resistencia al cambio de uso de tecnología	Resistencia al cambio. No se quiere adaptar a la utilización de la tecnología en informática.		
	2.Incumplimiento de los lineamientos de retorno/ interconsulta	Incumplimiento de los lineamientos de retorno / interconsulta.	Incumplimiento de los lineamientos/retorno/int erconsulta	Atención de personas que no pertenecen al Tercer Nivel.
	3.Falta de coordinación entre el personal	Inconsistencia de horario y personal en la visita médica.	Inconsistencia de horario y personal en la visita médica	Inconsistencia en el horario y personal en la visita médica.
No se toma en consideración la opinión del personal y de los pacientes para la toma de decisiones en enfocadas en la mejora de la atención.		Horario inadecuado a la distribución de las actividades durante la jornada	Las enfermeras no respetan el horario escalonado establecido en la atención de los servicios de apoyo a diagnóstico	



	<b>Problema Generalizado</b>	<b>HNR</b>	<b>HNNBB</b>	<b>HNM</b>
	4. Incumplimiento de las funciones	Existe reproceso en las actividades debido a la deficiente ejecución de los internos, debido al proceso de aprendizaje.		Existe reproceso en las actividades debido a la deficiente ejecución de los internos, debido al proceso de aprendizaje.
	5. Desconocimiento de los medios de control del proceso Hospitalario	Desconocimiento de los medios de control del proceso Hospitalario	Desconocimiento de los medios de control del proceso Hospitalario	Desconocimiento de los medios de control del proceso Hospitalario
	6. Desconocimiento de los esfuerzos para la documentación del proceso de Hospitalización en los servicios.			
Medio ambiente	1. Distribución en planta inadecuada de los espacios físicos	Ineficiente distribución de los espacios físicos en los servicios.	Los ascensores funcionan, pero no han sido asignados para transportar exclusivamente ciertos recursos, causando que en el mismo se transporte a pacientes encamados, médicos, visita, ropa limpia o sucia, suministros de recursos, etc.	
		Distribución en planta inadecuada para prestación de servicios Hospitalarios.		

<b>Problema Generalizado</b>	<b>HNR</b>	<b>HNNBB</b>	<b>HNM</b>
2. Falta de coordinación entre las áreas funcionales	Interrupción imprevista del servicio por reuniones de personal no planificadas.		Interrupción imprevista del servicio por reuniones de personal no planificadas.
	Deficiencia de los servicios generales.		
	Los servicios de apoyo no tienen horarios escalonados para evitar la espera de los Servicios de Hospitalización.	Los servicios de apoyo no tienen horarios escalonados para evitar la espera de los Servicios de Hospitalización.	
	No responden a los problemas presentados en los servicios en el tiempo oportuno.		No responden a los problemas presentados en los servicios en el tiempo oportuno.
3. Incumplimiento de los lineamientos de retorno/ interconsulta de los otros niveles de atención.	Incumplimiento de los lineamientos de referencia / retorno / interconsulta por parte de los centros de atención de primer y segundo nivel.	Incumplimiento de los lineamientos de referencia / retorno / interconsulta por parte de los centros de atención de primer y segundo nivel.	Incumplimiento de los lineamientos de referencia / retorno / interconsulta por parte de los centros de atención de primer y segundo nivel.
4. Mantenimiento de la infraestructura no adecuado	Mantenimiento de la infraestructura no adecuado.	Mantenimiento de la infraestructura no adecuado	Mantenimiento de la infraestructura no adecuado.
		Equipos y camas que no funcionan se colocan en espacios que pueden ser mejor utilizados (pasillos, zona de espera fuera de los Servicios de Hospitalización).	Equipos y camas que no funcionan se colocan en espacios que pueden ser mejor utilizados (pasillos, zona de espera fuera de los Servicios de Hospitalización).

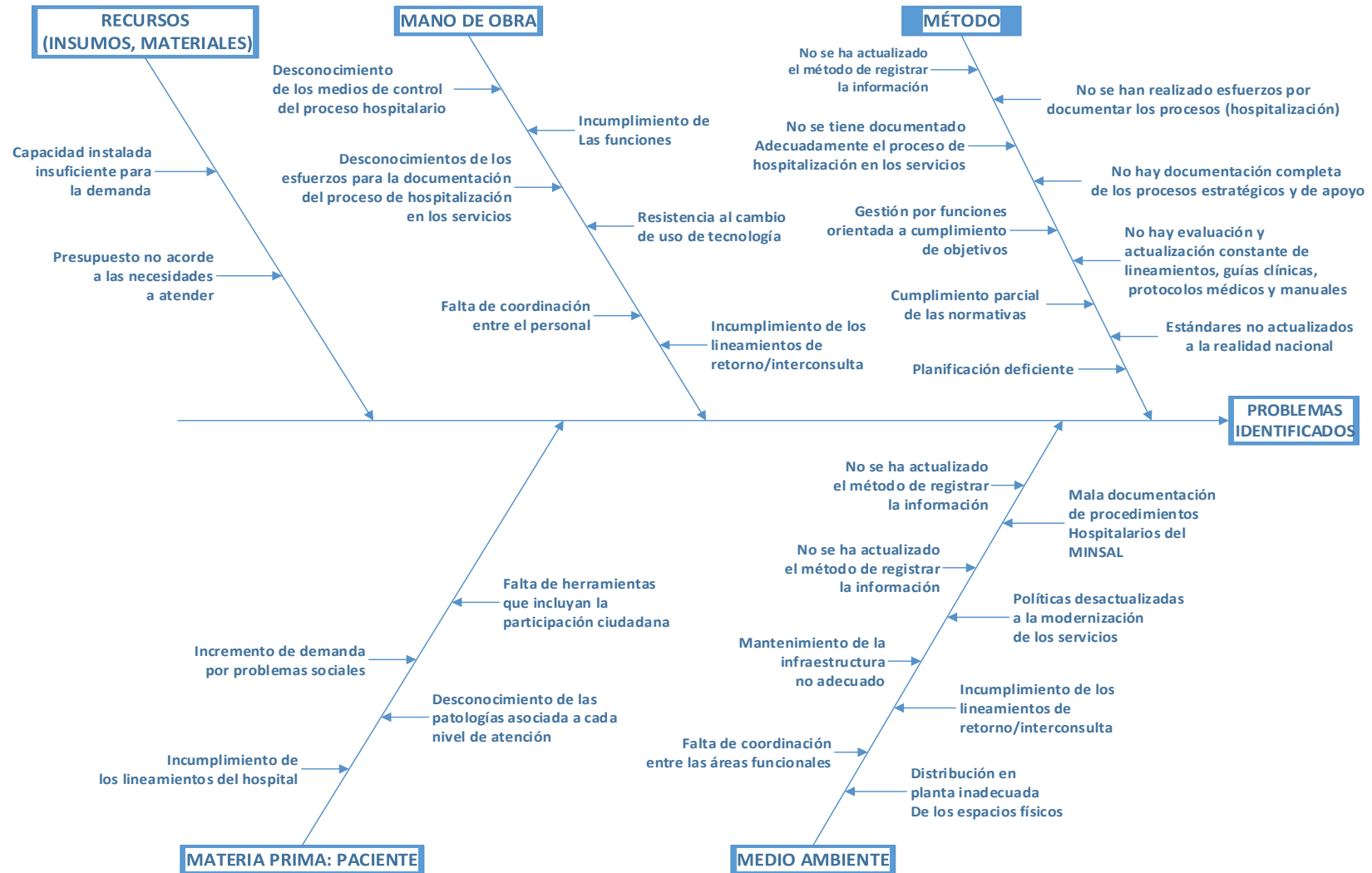
Problema Generalizado	HNR	HNNBB	HNM
			Fallas funcionales de la infraestructura en el Hospital principalmente en la planta hidráulica, esterilización y lavandería.
5. Incompleta documentación de procedimientos Hospitalarios del MINSAL	Actualmente está vigente un manual de procedimientos Hospitalarios realizado por el MINSAL donde se describe un proceso de Hospitalización, en el cual no establece detalles.	Actualmente está vigente un manual de procedimientos Hospitalarios realizado por el MINSAL donde se describe un proceso de Hospitalización sin mayor detalle	Actualmente está vigente un manual de procedimientos Hospitalarios realizado por el MINSAL donde se describe un proceso de Hospitalización sin mayor detalle
6. No se alimentan las plataformas estadísticas de control Hospitalario	La información de los sistemas no está disponible en tiempo real. Los sistemas de información (software) no son alimentados en tiempo real, por lo tanto, la información que arrojan también está desactualizada y no aporta a la toma de decisiones.		Los sistemas de información (software) no son alimentados en tiempo real, por lo tanto, la información que arrojan también está desactualizada y no aporta a la toma de decisiones.
7. Políticas desactualizadas a la modernización de los servicios		Política en los servicios de apoyo de imprimir los resultados de las pruebas, aunque estos se hayan colocado en el sistema de información	
8. No hay farmacias diferenciadas y no permanece abierta las 24 horas		No hay farmacia abierta las 24 horas del día.	Se diseñaron 3 farmacias, pero solo función una, la cual trabaja solo en horario administrativo

	<b>Problema Generalizado</b>	<b>HNR</b>	<b>HNNBB</b>	<b>HNM</b>
<b>Materia prima – paciente</b>	1. Incumplimiento de los lineamientos del Hospital	No hay un control de no ingreso de los familiares al servicio de Hospitalización hasta la hora de la visita		
	2. Desconocimiento de las patologías asociada a cada nivel de atención.	Percepción negativa del usuario de la atención brindada en los Hospitales de segundo nivel.	Percepción de la población acerca que el Hospital es el único capacitado para la atención pediátrica.	Percepción negativa del usuario de la atención brindada en los Hospitales de segundo nivel.
			No hay Hospitales que atiendan a la población adolescente por lo que el HNNBB debe absorber la atención de personas entre los 13 y 18 años una vez se encuentren en tratamiento antes de los 12 años	
	3. Incremento de demanda por problemas sociales			Alto índice de embarazos en adolescentes
		Consecuencias de la violencia social, se incrementa la demanda de los servicios de atención.	Consecuencia de la violencia social, se incrementa la demanda de los servicios de atención.	Consecuencia de la violencia social, se incrementa la demanda de los servicios de atención.
4. Falta de herramientas que incluyan la participación ciudadana	No se toma en consideración la opinión del personal y de los pacientes para la toma de decisiones enfocadas en la mejora de la atención.			

Fuente. Elaboración Propia por medio del FODA

A continuación, se presentan los problemas identificados durante la observación del proceso de Hospitalización de cada Hospital y otros formulados a través del diagnóstico de la información secundaria y primaria.

Ilustración 69. Ishikawa de las oportunidades de Mejora del Tercer Nivel de Atención



### 9.4.1 Calificación de los problemas

Para realizar la priorización de los problemas, se realizó calificación de estos a través de los criterios utilizados en la técnica matriz de Hanlon. Se muestran las notas finales obtenidas por la técnica antes mencionada de cada observador (integrante del grupo); la nota es multiplicada por la frecuencia del problema obtenida de la agrupación de problemas realizados en el FODA.

Tabla 103. Priorización de problemas HNR. Hanlon

Hospital Nacional Rosales								
	Problema / Criterio	Obs. 1	Obs. 2	Obs. 3	Obs. 4	Puntuación Promedio	Frecuencia	Puntuación X Frecuencia
Métodos y Procesos	1. Planificación deficiente	18.5	19	19	19.5	19.00	3	57
	2. Los estándares no están actualizados a la realidad nacional.	16.5	16.5	19	18.5	17.63	1	17.625
	3. Cumplimiento parcial de las normativas	13	16	12	13.5	13.63	1	13.625
	4. Gestión por funciones orientada a cumplimiento de objetivos	16.5	17.5	15	17.5	16.63	2	33.25
	5. No hay evaluación y actualización constante de los lineamientos, guías clínicas, protocolos médicos y manuales	14	15	15.5	18.5	15.75	2	31.5
	6. No hay documentación completa de los Procesos estratégicos y de apoyo	14	18.5	13	13.5	14.75	1	14.75
	7. No se tiene documentado adecuadamente el proceso de Hospitalización en los servicios.	16	16.5	15.5	16	16.00	1	16
	8. No se ha actualizado el método de registrar la información	11.5	15	10.5	12	12.25	3	36.75
	9. Recurso limitado para desarrollo de actividades	18.5	18.5	18.5	18.5	18.50	3	55.5
Mano de Obra	1. Resistencia al cambio de uso de tecnología	9	14	11	14	12.00	2	24
	2. Incumplimiento de los lineamientos de retorno/ interconsulta	15.5	18	14	19.5	16.75	1	16.75
	3. Falta de coordinación entre el personal	12.5	17	15.5	15.5	15.13	2	30.25
	4. Incumplimiento de las funciones	17	17.5	19	17	17.63	3	52.875
	5. Desconocimiento de los medios de control del proceso Hospitalario	15	17.5	16	14.5	15.75	1	15.75
	6. Desconocimientos de los esfuerzos para la documentación del proceso de Hospitalización en los servicios.	11.5	15	13.5	15.5	13.88	1	13.875
Medio Ambiente	1. Distribución en planta inadecuada de los espacios físicos	0	0	0	0	0.00	2	0
	2. Falta de coordinación entre las áreas funcionales	15.5	19.5	16.5	15.5	16.75	4	67

3.	Incumplimiento de los lineamientos de retorno/ interconsulta de los otros niveles de atención.	16.5	19.5	12.5	18.5	16.75	1	16.75
4.	Mantenimiento de la infraestructura no adecuado	12.5	19	15	0	11.63	1	11.625
5.	Mala documentación de procedimientos Hospitalarios del MINSAL	17	17.5	16	16.5	16.75	1	16.75
6.	No se alimentan las plataformas estadísticas de control Hospitalario	15.5	15.5	15	14.5	15.13	1	15.125

Fuente. Elaboración Propia

Tabla 104. Priorización de Oportunidades mejora HNNBB. Hanlon

Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom								
	Problema / Criterio	Obs. 1	Obs. 2	Obs. 3	Obs. 4	Puntuación Promedio	Frecuencia	Puntuación X Frecuencia
Métodos y Procesos	1. Planificación deficiente	15.5	17	19	17.5	17.25	2	34.50
	2. Los estándares no están actualizados a la realidad nacional.	16.5	14.5	19	15.5	16.38	1	16.38
	3. Cumplimiento parcial de las normativas	11	14	19	12	14.00	1	14.00
	4. Gestión por funciones orientada a cumplimiento de objetivos	16.5	17.5	16	17	16.75	2	33.50
	5. No hay evaluación y actualización constante de los lineamientos, guías clínicas, protocolos médicos y manuales	12	15	16.5	14	14.38	1	14.38
	6. No hay documentación completa de los Procesos estratégicos y de apoyo	16.5	17.5	16.5	17	16.88	1	16.88
	7. No se tiene documentado adecuadamente el proceso de Hospitalización en los servicios.	14.5	17.5	12.5	16.5	15.25	2	30.50
	8. No se ha actualizado el método de registrar la información	15.5	16.5	11.5	14	14.38	2	28.75
Mano de Obra	1. Incumplimiento de los lineamientos de retorno/ interconsulta	11.5	15	14	14	13.63	1	13.63
	2. Falta de coordinación entre el personal	13.5	12	12	12	12.38	2	24.75
	3. Incumplimiento de las funciones	14	15.5	15.5	16.5	15.38	2	30.75
	4. Desconocimiento de los medios de control del proceso Hospitalario	15.5	16	15.5	16	15.75	2	31.50
	5. Desconocimientos de los esfuerzos para la documentación del proceso de Hospitalización en los servicios.	11.5	15.5	12.5	13	13.13	1	13.13
Medio	1. Falta de coordinación entre las áreas funcionales	15.5	17.5	15	16.5	16.13	3	48.38
	2. Incumplimiento de los lineamientos de retorno/ interconsulta de los otros niveles de atención.	0	0	0	0	0.00	2	0.00
	3. Mantenimiento de la infraestructura no adecuado	13	15	13	15	14.00	2	28.00

4.	Mala documentación de procedimientos Hospitalarios del MINSAL	16.5	17.5	14.5	17	16.38	1	16.38
5.	Políticas desactualizadas a la modernización de los servicios	15.5	17	16.5	17	16.50	2	33.00
6.	No hay farmacia diferenciada y no permanece abierta las 24 horas	17	18	16	17	17.00	1	17.00

Fuente. Elaboración Propia

Tabla 105. Priorización de oportunidades de mejora HNM. Hanlon

Hospital Nacional de la Mujer								
	Problema / Criterio	Obs. 1	Obs. 2	Obs. 3	Obs. 4	Puntuación Promedio	Frecuencia	Puntuación X Frecuencia
Métodos y Procesos	1. Planificación deficiente	15.5	17	19	16.5	17.00	4	68.00
	2. Los estándares no están actualizados a la realidad nacional.	13.5	17.5	19	15	16.25	1	16.25
	3. Gestión por funciones orientada a cumplimiento de objetivos	16.5	17.5	17	17	17.00	1	17.00
	4. No hay evaluación y actualización constante de los lineamientos, guías clínicas, protocolos médicos y manuales	0	0	0	0	0.00	2	0.00
	5. No se han realizado esfuerzos por documentar el proceso	16.5	16	16	15.5	16.00	1	16.00
	6. No se ha actualizado el método de registrar la información	13.5	14.5	12.5	13.5	13.50	1	13.50
Mano de	1. Incumplimiento de los lineamientos de retorno/ interconsulta	0	0	0	0	0.00	2	0.00
	2. Falta de coordinación entre el personal	9.5	11	10	11.5	10.50	3	31.50
	3. Incumplimiento de las funciones	13.5	15.5	17.5	16	15.63	1	15.63
	4. Desconocimiento de los medios de control del proceso Hospitalario	12.5	14.5	13.5	15.5	14.00	1	14.00
Medio Ambiente	1. Falta de coordinación entre las áreas funcionales	12.5	11	11.5	11	11.50	2	23.00
	2. Incumplimiento de los lineamientos de retorno/ interconsulta de los otros niveles de atención.	0	0	0	0	0.00	3	0.00
	3. Mantenimiento de la infraestructura no adecuado	0	0	0	0	0.00	2	0.00
	4. Mala documentación de procedimientos Hospitalarios del MINSAL	16.5	17.5	17.5	16.5	17.00	1	17.00
	5. No se alimentan las plataformas estadísticas de control Hospitalario	16.5	17	16.5	16.5	16.63	1	16.63
	6. No hay farmacia diferenciada y no permanece abierta las 24 horas	0	0	0	0	0.00	1	0.00

Fuente de Elaboración propia.



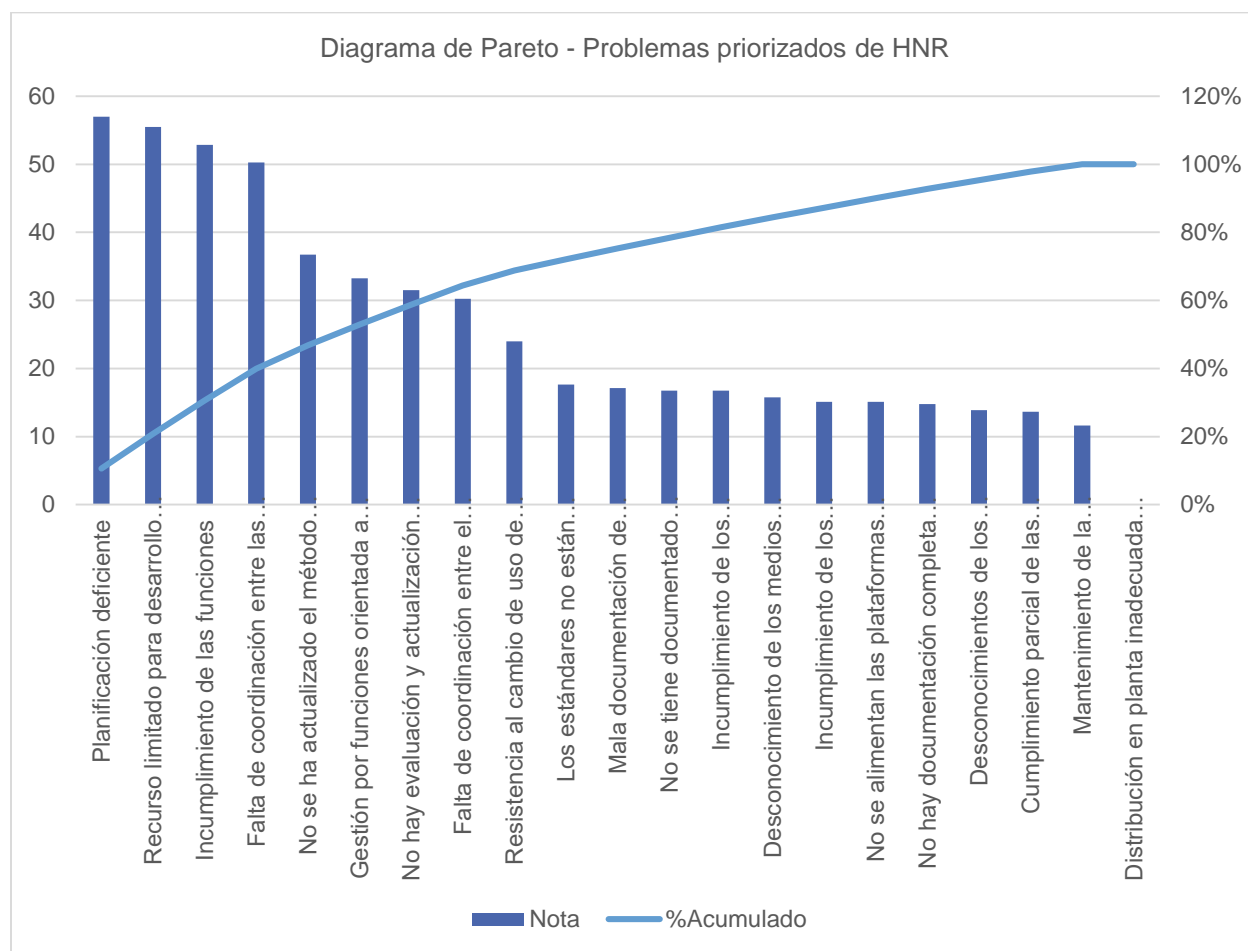
### 9.4.2 Oportunidades de mejora priorizados

Se muestra en la siguiente tabla de las oportunidades de mejoras que recibieron mayor puntaje y aplicando Pareto, se muestran las que necesitan mayor atención para su resolución y que impacte en las oportunidades de mejoras con menos puntaje y se resuelvan como consecuencia de solucionar los priorizados.

Tabla 106. Priorización Oportunidades de mejora HNR

Problemas priorizados Hospital Nacional Rosales	Nota	%
1. Planificación deficiente	57	11%
2. Recurso limitado para desarrollo de actividades	55.5	21%
3. Incumplimiento de las funciones	52.87	31%
4. Falta de coordinación entre las áreas funcionales	50.25	40%
5. No se ha actualizado el método de registrar la información	36.75	47%
6. Gestión por funciones orientada a cumplimiento de objetivos	33.25	53%
7. No hay evaluación y actualización constante de los lineamientos,	31.5	59%
8. Falta de coordinación entre el personal	30.25	64%
9. Resistencia al cambio de uso de tecnología	24	69%
10. Los estándares no están actualizados a la realidad nacional.	17.62	72%
11. Mala documentación de procedimientos Hospitalarios del	17.12	75%
12. No se tiene documentado adecuadamente el proceso de Hospitalización	16.75	78%
13. Incumplimiento de los lineamientos de retorno/ interconsulta de los otros niveles	16.75	81%
14. Desconocimiento de los medios de control del proceso	15.75	84%
15. Incumplimiento de los lineamientos de retorno/ interconsulta	15.12	87%
16. No se alimentan las plataformas estadísticas de control	15.12	90%
17. No hay documentación completa de los Procesos estratégicos y	14.75	93%
18. Desconocimientos de los esfuerzos para la documentación del proceso	13.87 5	95%
19. Cumplimiento parcial de las normativas	13.62	98%
20. Mantenimiento de la infraestructura no adecuado	11.62	100%
21. Distribución en planta inadecuada de los espacios físicos	0	100%
Sumatoria de puntos	539.5	

Ilustración 70. Diagrama de Pareto HNR



Fuente. Elaboración Propia

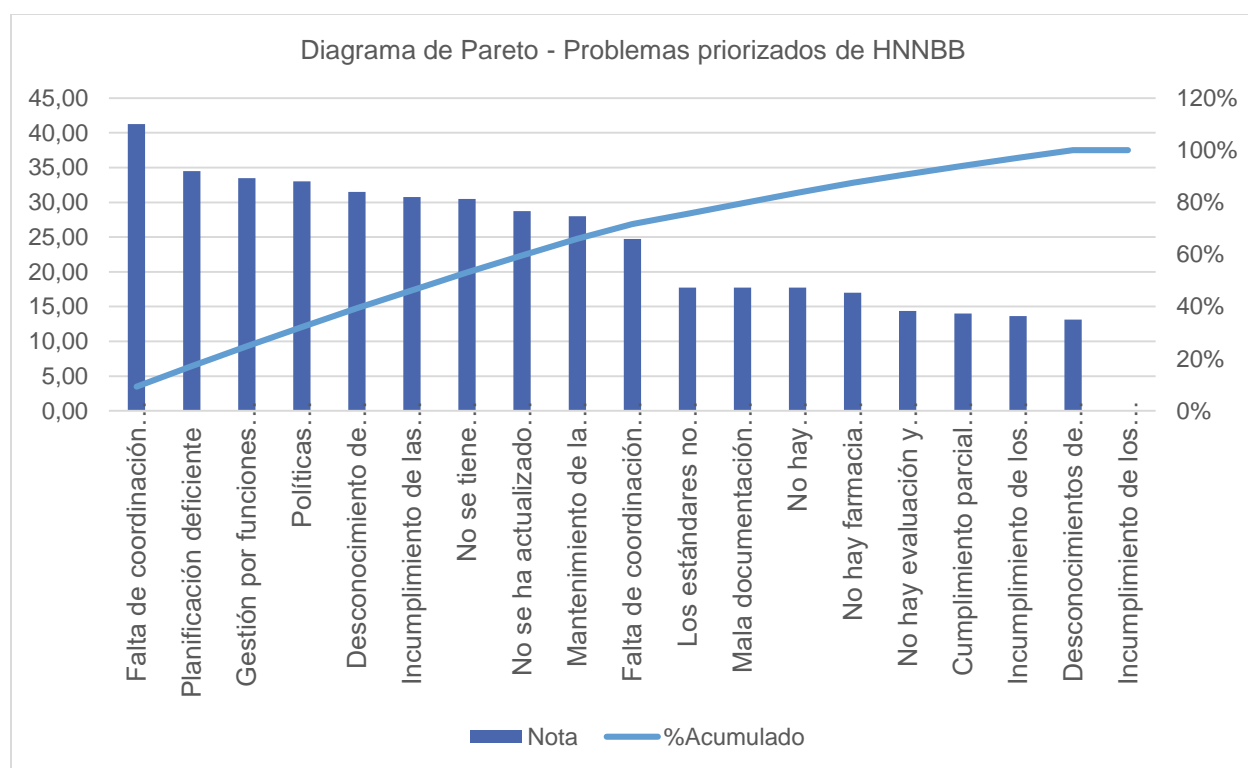
Tabla 107. Priorización de oportunidades de mejora HNNBB

Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom	Nota	Acumulad
1. Falta de coordinación entre las áreas funcionales	41.25	9%
2. Planificación deficiente	34.50	17%
3. Gestión por funciones orientada a cumplimiento de objetivos	33.50	25%
4. Políticas desactualizadas a la modernización de los servicios	33.00	32%
5. Desconocimiento de los medios de control del proceso Hospitalario	31.50	39%
6. Incumplimiento de las funciones	30.75	46%
7. No se tiene documentado adecuadamente el proceso de Hospitalización en los servicios.	30.50	53%
8. No se ha actualizado el método de registrar la información	28.75	60%
9. Mantenimiento de la infraestructura no adecuado	28.00	66%
10. Falta de coordinación entre el personal	24.75	72%
11. Los estándares no están actualizados a la realidad nacional.	17.75	76%
12. Mala documentación de procedimientos Hospitalarios del MINSAL	17.75	80%
13. No hay documentación completa de los Procesos estratégicos y de	17.75	84%

14. No hay farmacia diferenciada y no permanece abierta las 24 horas	17.00	88%
15. No hay evaluación y actualización constante de los lineamientos,	14.38	91%
16. Cumplimiento parcial de las normativas	14.00	94%
17. Incumplimiento de los lineamientos de retorno/ interconsulta	13.63	97%
18. Desconocimientos de los esfuerzos para la documentación del	13.13	100%
19. Incumplimiento de los lineamientos de retorno/ interconsulta de los	0.00	100%
20. Falta de coordinación entre las áreas funcionales	441.88	

Fuente. Elaboración propia

Ilustración 71. Diagrama de Pareto - Problemas priorizados de HNNBB



Fuente. Elaboración Propia

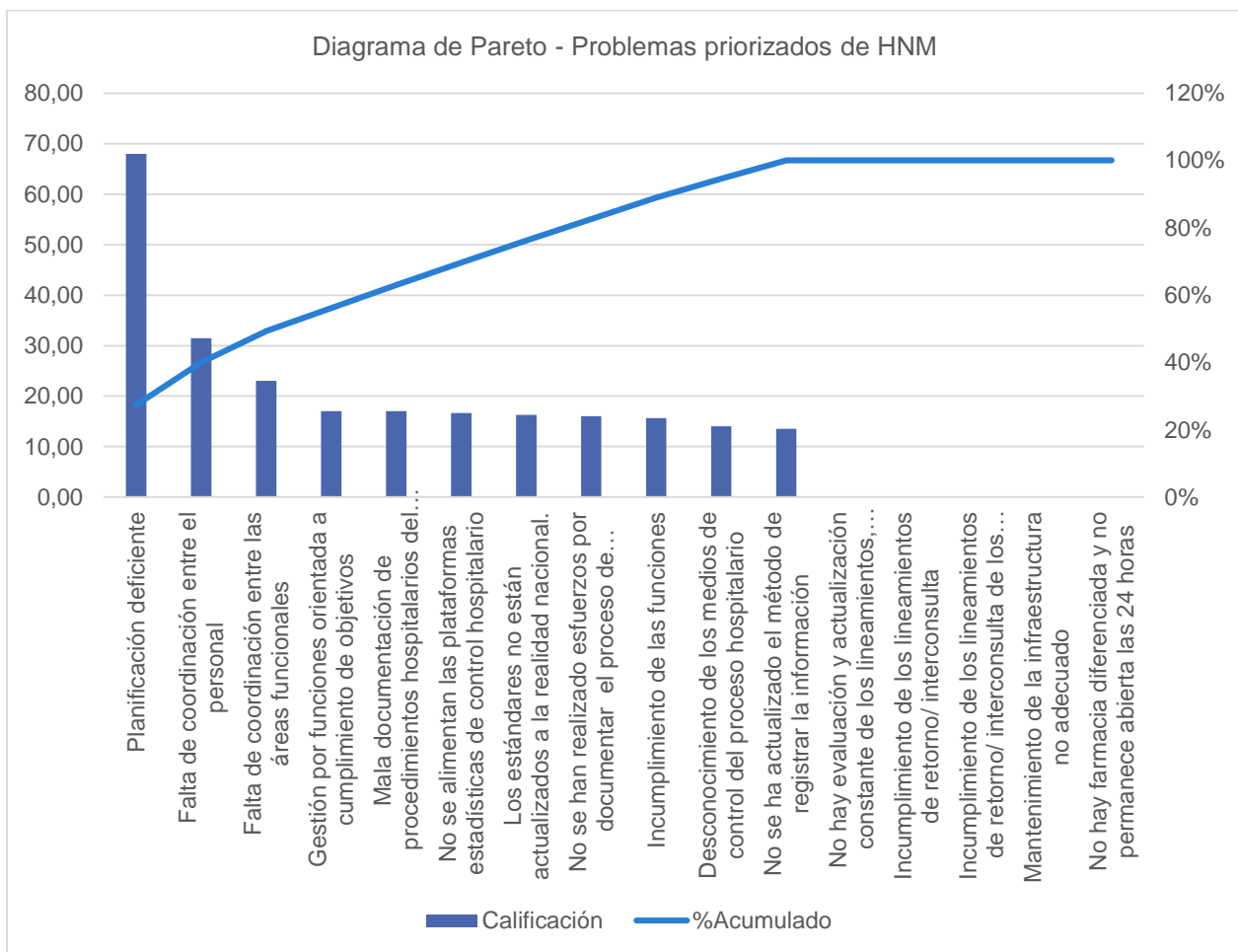
Tabla 108. Priorización de Oportunidades de mejora HNM

Hospital Nacional de la Mujer	Calificación	%Acumulado
1. Planificación deficiente	68.00	27%
2. Falta de coordinación entre el personal	31.50	40%
3. Falta de coordinación entre las áreas funcionales	23.00	49%
4. Gestión por funciones orientada a cumplimiento de objetivos	17.00	56%
5. Mala documentación de procedimientos Hospitalarios del MINSAL	17.00	63%
6. No se alimentan las plataformas estadísticas de control Hospitalario	16.63	70%
7. Los estándares no están actualizados a la realidad nacional.	16.25	76%

8. No se han realizado esfuerzos por documentar el proceso de Hospitalización en los servicios.	16.00	83%
9. Incumplimiento de las funciones	15.63	89%
10. Desconocimiento de los medios de control del proceso Hospitalario	14.00	95%
11. No se ha actualizado el método de registrar la información	13.50	100%
12. No hay evaluación y actualización constante de los lineamientos, guías clínicas, protocolos médicos y manuales	0.00	100%
13. Incumplimiento de los lineamientos de retorno/interconsulta	0.00	100%
14. Incumplimiento de los lineamientos de retorno/interconsulta de los otros niveles de atención.	0.00	100%
15. Mantenimiento de la infraestructura no adecuado	0.00	100%
16. No hay farmacia diferenciada y no permanece abierta las 24 horas.	0.00	100%
	248.50	

Fuente. Elaboración Propia

Ilustración 72. Diagrama de Pareto. HNM



Fuente, Elaboración propia

## 9.5 Definición y análisis del problema identificado

Como se observó en el planteamiento del problema, son diversos las oportunidades de mejora identificados en el proceso de Hospitalización, los cuales se pueden observar en el esquema Ishikawa y aunque son similares las causas y efectos entre Hospitales, la frecuencia en que estos se presentan es diferente. Sin embargo, los tres Hospitales poseen las problemáticas cuya solución se planteará como una sola a adaptar a cada nosocomio.

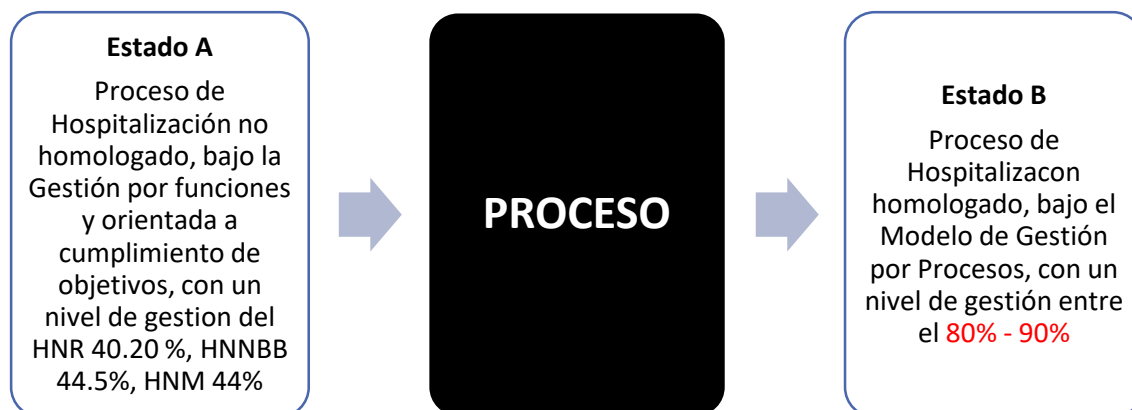
### 9.5.1 Definición del problema

Como resultado del diagnóstico, se obtuvo que actualmente la Gestión por Procesos se cumple en un 40.20% en el HNR, 44.5% en el HNNBB y el 44% en el HNM. La eficiencia con la que se trabaja en cada Hospital es del 80% HNR; 78% HNNBB; y del 83% HNM. El cumplimiento de funciones establecidos en el manual de funciones es, para el personal médico HNR-79%; HNNBB-81%; HNM-82% y para el personal de enfermería HNR-84%; HNNBB-85%; HNM-85%.

Se identificó que cada Hospital tiene variantes en la ejecución del proceso por lo que es necesaria la homologación, siendo flexibles según el tipo de atención orientada a cada clasificación perfil de paciente a atender en cada Hospital.

Como bien lo plantea Edward Krick en el diseño en la ingeniería, *“un problema proviene del deseo de lograr la transformación de un estado de cosas en otro”*, para el presente estudio se ha identificado la situación actual la cual se presenta como estado A, y con el estado B se tendrán los resultados de la implementación del diseño de la solución. Por lo tanto, se define como estado A, el siguiente problema generalizado para los tres Hospitales:

***“¿Cómo homologar y fortalecer el proceso de Hospitalización en el Tercer Nivel de Atención del MINSAL, que actualmente cuenta con un valor de cumplimiento de gestión del HNR 40,20%, HNNBB 44,5%, HNM 44,0%, y con la eficiencia actual del 80%HNR, 78%HNNBB, 83%HNM, a través de la adaptación de un Modelo de Gestión?”***



### 9.5.2 Análisis del problema definido



- Gestión por funciones orientada a cumplimiento de objetivos
- nivel de gestión del HNR 40.20 %, HNNBB 44.5%, HNM 44%
- Actividades con valor agregado 61% para el proceso observado en los tres Hospitales
- Eficiencia del Proceso (HNR-80%; HNNBB-78%; HNM-83%)
- Satisfacción del Cliente (HNR-64%; HNNBB-69%; HNM-77%)
- Cumplimiento de funciones de Médicos (HNR-79%; HNNBB-81%; HNM-82%)
- Cumplimiento de funciones de Enfermera (HNR-84%; HNNBB-85%; HNM-85%)
- Proceso de Hospitalización no documentado
- Estándares desactualizados
- Personal con desconocimiento de medios de control
- Planificación Deficiente

#### Variables de Entrada.

- Presupuesto asignado a los Hospitales del Tercer Nivel \$94,029,240 de los cuales el 49% HNR, 33% HNNBB y 18% HNM .....
- Disposición de protocolos médicos .....
- Relación actual entre las áreas funcionales de Hospitalización (emergencia, consulta externa, UCI) .....

- Gestión Orientado a Procesos
- Aumento de nivel de gestión hasta un 80% en el proceso homologado de los 3 Hospitales
- Aumentar las actividades con valor agregado hasta un 80% para el proceso homologado de los 3 Hospitales
- Aumentar eficiencia del Proceso entre el 85% y 90%
- Aumento de la Satisfacción del Cliente entre el 75% y 80%
- Brecha de cumplimiento de funciones reducida, alcanzando hasta el 90% de cumplimiento
- Brecha de cumplimiento de funciones reducida, alcanzando hasta el 90% de cumplimiento
- Procesos de Hospitalización Documentados y oficializados
- Actualización de estándares
- Personal capacitado en materia de medios de control
- Planificación Eficiente

#### Limitaciones de entrada

Los presupuestos para los Hospitales estarán en proporción a los asignados al MINSAL.  
 Los Procesos se desarrollan en orden de las funciones de cada puesto de trabajo que interviene en el servicio  
 Que el objetivo de la atención Hospitalaria coincida con los Procesos de las áreas funcionales

y Cirugías) y de apoyo en cada Hospital correspondiente		
• Procesos y procedimientos operativos y administrativos que se tienen actualmente en los Hospitales de Tercer Nivel.	.....	Enfoque únicamente al proceso misional de Hospitalización.
• Personal médico especializado para atenciones de 3er nivel. Médicos (HNR-3.42; HNNBB-1.93; HNM-2.15) camas/médicos Enfermeras (HNR-6.70; HNNBB-3.21; HNM-4.75) camas/enfermera	.....	Ninguna
• Falta de indicadores e incumplimiento de los estándares si establecidos	.....	
• Medicina no disponible para todos los usuarios	.....	Cantidades a comprar son estimadas según demanda de cada Hospital por el Comité farmacoterapéutico.
• Capacidad Instalada e Infraestructura que poseen los Hospitales destinadas para Hospitalización		

#### **Variables de Salida**

#### **Limitaciones de salida**

• Presupuesto asignado, utilizado eficientemente	.....	Los presupuestos para los Hospitales estarán en proporción a los asignados al MINSAL.
• Requerimientos del paciente satisfechos (Satisfacción del usuario)	.....	Únicamente permanecerán Hospitalizados los pacientes que ameriten cuidados que correspondan al 3 <sup>er</sup> nivel (excepto Hospital Bloom ya que no existen Hospitales de 2 <sup>o</sup> nivel para niños)
• Procesos de Hospitalización homologados y eficientes que logren la optimización de los recursos y la calidez y acceso en el servicio de los tres Hospitales a estudiar.	.....	Ninguna
• Personal médico especializado trabajando bajo enfoque por proceso.	.....	Resistencia al cambio del personal
• Asignación de cama a paciente en tiempo oportuno.	.....	Se mantendrá el número de camas censadas
• Camas disponibles en menor tiempo (pacientes despachados más rápido).	.....	Se mantendrá el número de camas censadas
• Tiempo oportuno de uso de cama por paciente.	.....	Se mantendrá el número de camas censadas
• Control administrativo sobre los Procesos y procedimientos		Acorde a los reglamentos de MINSAL

## **Criterios**

- Utilizar metodologías orientadas a Procesos.
- Análisis prioritario de los Procesos y procedimientos que sean críticos y claves para el servicio de Hospitalización, para disminuir los tiempos de espera de asignación de camas
- Que la solución no impida el cumplimiento efectivo de las necesidades elementales de la población que requiera el servicio de atención Hospitalaria del Tercer Nivel.
- Usar eficientemente la capacidad instalada del servicio de Hospitalización para disminuir la capacidad residual
- Se tomará como marco de referencia las ISO-9000:2015 y EFQM
- Homologar el diseño para ser aplicado a los Hospitales de Tercer Nivel y que pueda ser replicado al segundo nivel de atención.
- Solución integral y a un costo de implementación óptimo.
- Cumplir las expectativas de los usuarios y trabajadores.
- Soluciones a bajo costo.
- Documentos y registros que apoyen a los recursos humanos operativos y administrativos a brindar un mejor servicio.
- Alternativas de solución que ayuden a orientar la organización hacia la satisfacción del cliente

## **Restricción**

- Políticas actuales en los Hospitales que impidan el acceso a la observación, información o recolección de datos.
- Acceso a la información y la calidad con que la proporcionen (la que es obtenida por encuesta)
- Obsolescencia de la información y datos
- Protocolos, procedimientos médicos, Lineamientos y Guías clínicas, a los cuales no se les harán análisis ya que no corresponde al tipo de estudio.
- Las soluciones propuestas para los problemas analizados y priorizados deben estar acorde a las normativas establecidas actualmente, el presupuesto y el tipo de organización de cada uno de los Hospitales que conforman el Tercer Nivel.
- Los Procesos y procedimientos priorizados deben de dar valor agregado a la calidad de servicio.
- Los Procesos y procedimientos documentados y priorizados deben ser aprobados por la gerencia de los Hospitales.
- Las soluciones propuestas para los problemas analizados y priorizados deben de estar acorde a la filosofía institucional, la distribución de la infraestructura, el presupuesto y el tipo de organización de los Hospitales.



## 10 Conceptualización del Diseño

---

### 10.1 Generación y evaluación de opciones de solución

Dado que el problema de diseño para el área de Hospitalización de los Hospitales de Tercer Nivel está enfocado en la gestión del Centro, se proponen como opciones de solución las siguientes modelos alternativas:

- Modelo EFQM
- Modelo de Gestión por Procesos.

#### 10.1.1 Modelo EFQM

El modelo EFQM, como modelo de calidad total, es un modelo de excelencia, que todo tipo de organizaciones pueden utilizar y aplicar, tanto sanitarias como no sanitarias. Lo creó en 1988 la Europea Fundación foro Quelite Management (de ahí las siglas con las que coloquialmente se denomina al modelo: EFQM). La EFQM es una organización sin ánimo de lucro creada en 1988 por 14 empresas europeas, con la misión de desarrollar un modelo de excelencia europeo. Esta organización se basa en la orientación a resultados, y está enfocada en el cliente. La gestión de este modelo se realiza por Procesos y se apoya en la participación de todos los miembros de la organización, teniendo en cuenta aspectos éticos y sociales. En abril de 1999, el modelo se actualizó y rebautizó con el nombre de Modelo de Excelencia 2000, de ahí que en muchas ocasiones se aluda al modelo EFQM como Modelo de excelencia 2000 o como modelo EFQM de excelencia

#### Requisitos para la implantación de un modelo de calidad en una organización

La implantación de un modelo de calidad total en una organización requiere, en primer lugar, el compromiso y el liderazgo de su dirección, pero también es fundamental la participación de todos los miembros de la organización, cada uno desde su nivel de responsabilidad.

#### ¿Qué consigue una organización al aplicar el modelo?

La aplicación del modelo EFQM permite a cualquier tipo de organización realizar un análisis objetivo, riguroso y estructurado de la actividad y los resultados de una organización, y establecer un diagnóstico de su situación.

Además, este modelo es en sí mismo una herramienta de mejora porque, después de aplicarlo, la organización puede establecer líneas de mejora continua que pueden integrarse en el plan de calidad del centro. Es muy recomendable integrar la autoevaluación y los planes de mejora de ella derivados en el proceso de planificación del centro, elaborando un único plan de gestión que incorpore ambos aspectos. Los planes de mejora deberán tener asignados objetivos, indicadores, responsables y plazos.

#### Principios y fundamentos del modelo EFQM

Los principios y los fundamentos del modelo EFQM se definen por la razón de ser del propio modelo. El modelo europeo establece que: la satisfacción del cliente, la satisfacción del personal y la aceptación social de una organización se consigue mediante:

- Liderazgo.
- Política y estrategia.
- Gestión de las personas.
- Gestión de los recursos y alianzas.
- Gestión de los Procesos.

Todo lo cual debe producir unos resultados excelentes de la organización

### 10.1.2 Modelo de Gestión por Procesos

La gestión de Procesos o gestión basada en Procesos es uno de los 8 principios de la gestión de la calidad. Su importancia radica en que los resultados se alcanzan con más eficiencia cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso. La gestión basada en Procesos fue uno de los grandes aportes de la gestión de la calidad cuando nació como evolución del aseguramiento de la calidad. En general, cualquier organización tiene establecida una gestión funcional, esto es, se trabaja en departamentos con una definición clara de la jerarquía y se concentra la atención en el resultado de las actividades de cada persona o cada departamento. Al adoptar un enfoque de Gestión por Procesos, no se elimina la estructura de departamentos de la organización, pero se concentra la atención en el resultado de cada proceso y en la manera en que éstos aportan valor al cliente.

#### Principios de la Gestión por Procesos

El enfoque a Procesos se fundamenta en:

- La estructuración de la organización sobre la base de Procesos orientados a clientes.
- El cambio de la estructura organizativa de jerárquica a plana.
- Los departamentos funcionales pierden su razón de ser y existen grupos multidisciplinarios trabajando sobre el proceso.
- Los directivos dejan de actuar como supervisores y se comportan como apocadores.
- Los empleados se concentran más en las necesidades de sus clientes y menos en los estándares establecidos por su jefe.
- Utilización de tecnología para eliminar actividades que no añadan valor.

¿Cómo implementar la Gestión por Procesos en una organización? Los pasos que se deben seguir, de manera general, para llevar a cabo una Gestión por Procesos, son los siguientes:

- **Compromiso de la dirección.** La dirección tiene que ser consciente de la necesidad de esta sistemática de Gestión por Procesos. El factor crítico en este punto es la necesidad de formarse y capacitarse para dirigir el cambio.
- **Sensibilización y formación.** El Equipo Directivo recibe formación relativa a la Gestión por Procesos y son la herramienta de cambio para las personas que dependen de ellos. La gestión por objetivos se basa en conseguir que todos los empleados de la empresa se sientan comprometidos en este proceso y no se sientan obligados.
- **Identificación de Procesos.** A partir del análisis de todas las interacciones existentes con el personal de la organización y clientes externos se realiza un inventario de los Procesos.

- **Clasificación.** Entre los Procesos que se han identificado, hay que definir cuáles son los Procesos claves, los Procesos estratégicos y los Procesos de apoyo.
- Relaciones entre Procesos. Se debe establecer una matriz de relaciones ente Procesos. Entre los diferentes Procesos se pueden compartir instrucciones, información, recursos, equipos, etc.).
- **Mapa de Procesos.** Se ha de visualizar la relación entre los Procesos por lo que se emplean diagramas en bloques de todos los Procesos que son necesarios para el sistema de gestión de calidad.
- **Alinear la actividad a la estrategia.** Los Procesos clave permiten implantar de forma sistemática nuestra política y estrategia. Para ello, se crea una matriz de doble entrada con los objetivos estratégicos y los grupos de interés, de tal modo que queda definida la relación que existe entre ellos.
- **Establecer en los Procesos unos indicadores de resultados.** Las decisiones se tienen que basar en información sobre los resultados alcanzados y las metas previstas, que permitirán analizar la capacidad de los Procesos y sistemas; así como saber el cumplimiento de las expectativas de los grupos de interés y comparar nuestra propia organización con el rendimiento de otras.
- **Realizar una experiencia piloto.** Este paso constituye la prueba de fuego para desarrollar la implantación.
- **Implementar el Ciclo PHVA para mantener resultados.** Esta metodología se emplea de forma inicial en el área piloto escogida. Tras haber conseguido la dinámica de mantenimiento en ese proceso clave, se eligen otros y se amplía el área de actuación hasta llegar a todos los Procesos de la organización.

La Gestión por Procesos conlleva:

- Una estructura coherente de Procesos que representa el funcionamiento de la organización
- Un sistema de indicadores que permita evaluar la eficacia y eficiencia de los Procesos tanto desde el punto de vista interno (indicadores de rendimiento) como externo (indicadores de percepción).
- Una designación de responsables de proceso, que deben supervisar y mejorar el cumplimiento de todos los requisitos y objetivos del proceso asignado (costes, calidad, productividad, medioambiente, seguridad y salud laboral, moral)

Cuando se define y analiza un proceso, es necesario investigar todas las oportunidades de simplificación y mejora del mismo. Para ello, es conveniente tener presentes los siguientes criterios:

- Se deben eliminar todas las actividades superfluas, que no añaden valor.
- Los detalles de los Procesos son importantes porque determinan el consumo de recursos, el cumplimiento de especificaciones, en definitiva: la eficiencia de los Procesos. La calidad y productividad requieren atención en los detalles.

- No se puede mejorar un proceso sin datos. En consecuencia: son necesarios indicadores que permitan revisar la eficacia y eficiencia de los Procesos (al menos para los Procesos clave y estratégicos).
- Las causas de los problemas son atribuibles siempre a los Procesos, nunca a las personas.
- En la dinámica de mejora de Procesos, se pueden distinguir dos fases bien diferenciadas: la estabilización y la mejora del proceso. La estabilización tiene por objeto normalizar el proceso de forma que se llegue a un estado de control, en el que la variabilidad es conocida y puede ser controlada. La mejora, tiene por objeto reducir los márgenes de variabilidad del proceso y/o mejorar sus niveles de eficacia y eficiencia.

El análisis y definición de los Procesos permite:

- Establecer un esquema de evaluación de la organización en su conjunto (definiendo indicadores de los Procesos).
- Comprender las relaciones causa-efecto de los problemas de una organización y por lo tanto atajar los problemas desde su raíz.
- Definir las responsabilidades de un modo sencillo y directo (asignando responsables por proceso y por actividad).
- Fomentar la comunicación interna y la participación en la gestión.
- Evitar la “Departamentalización” de la empresa.
- Facilitar la Mejora Continua (Gestión del Cambio).
- Simplificar la documentación de los sistemas de gestión (puesto que por convenio un proceso podemos describirlo en un único procedimiento)
- Facilitar la Integración de los diferentes sistemas de gestión

Los Procesos de una organización pueden verse afectados por diversos requisitos legales y/o normativos, del cliente, internos y externos, medioambientales, de calidad, de seguridad, de medio ambiente, de productividad, Pueden surgir nuevos requisitos o verse modificados los actuales, pero la estructura de Procesos no tiene porqué sufrir modificaciones

### **10.1.3 Selección de una opción de solución:**

Para la selección de una alternativa de solución se utilizará una matriz de evaluación por puntos, que permita calificar las alternativas propuestas en base a criterios enfocados a la adecuación del modelo a los Procesos.

Los criterios definidos son los siguientes:

1. Adaptabilidad del modelo a los Procesos de Hospitalización: que tanto se adapta el modelo para poderlo implementar en el área de Hospitalización
2. Experiencia con el Modelo en otras unidades Gubernamentales: Si el modelo ha sido utilizado en otras unidades del Hospital o en otras instituciones del Gobierno de El Salvador
3. Grado de innovación para el área de Hospitalización: Si el modelo en cuestión implica cambios positivos en la gestión

Los criterios anteriormente mencionados tendrán un peso asignado, de modo que la suma de los tres será igual a 100%. Los pesos asignados para cada criterio se muestran en la siguiente tabla

Tabla 109. Criterios para selección de opción de solución

Criterio	Peso Asignado
Adaptabilidad del modelo a los Procesos	45%
Experiencia con el modelo en otras unidades y del GOES	40%
Grado de innovación	15%

Fuente. Elaboración Propia

Cada alternativa se calificará en base a estos criterios, pudiendo tener una calificación del 0 – 10, en cada criterio, y posteriormente se calculará una calificación total para cada alternativa, multiplicando la calificación en cada criterio por el peso del mismo, pudiendo ser la nota total máxima de cada alternativa de 10 puntos.

Tabla 110. Calificación de cada alternativa por cada criterio

Criterio	Peso Asignado	Calificación	Calificación Acumulada	Calificación	Calificación Acumulada
Adaptabilidad del modelo a los Procesos	45%	8	3.6	7	3.15
Experiencia con el modelo en otras unidades y del GOES	40%	7	2.8	3	1.2
Grado de innovación	15%	8	1.2	8	1.2
Total	100%		7.6		5.55

Fuente. Elaboración Propia

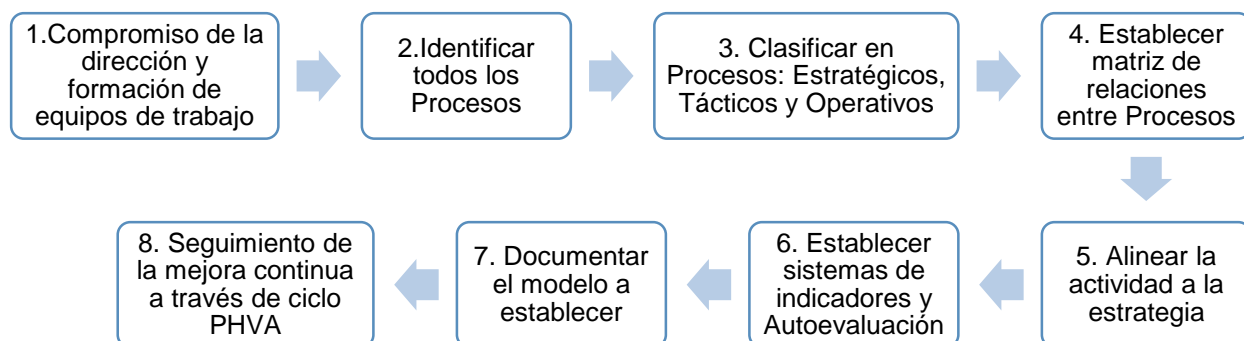
De acuerdo a la evaluación realizada, se elige como propuesta de solución el Diseño de un Modelo de Gestión por Procesos para el servicio de Hospitalización en el Tercer Nivel de atención del MINSAL

## 10.2 Conceptualización del Diseño de la solución

Gracias a los resultados generados se concluye que la solución más adecuada para resolver la problemática presentada en el área de Hospitalización de los Hospitales de Tercer Nivel es la aplicación de Gestión por Procesos. Para poder definir la forma específica en que debe llevarse a cabo la conceptualización de la solución es necesario definir cómo se gestiona por Procesos.

La conceptualización de diseño es una orientación a un diseño que está por emprenderse, y con la aplicación de Gestión por Procesos se resolverán los problemas que se tienen en el área de Hospitalización de los Hospitales de Tercer Nivel; la Gestión por Procesos se lleva a cabo a través de los siguientes pasos:

Ilustración 73 Esquema de la metodología para la conceptualización del diseño de solución



Fuente: elaboración propia basada en la metodología de Gestión por Procesos

Considerando esta metodología y evaluando las principales causas que generan los efectos negativos identificados, y la priorización de problemas realizada en el área de Hospitalización de los Hospitales de Tercer Nivel, se describe a continuación el contenido del Modelo de Gestión por Procesos diseñado para el área de Hospitalización.

Este modelo pretende reestructurar y fortalecer los Procesos actuales, mejorar la productividad y tener una incidencia positiva en la calidad del servicio, está orientado a la solución de los problemas identificados en el diagnóstico.

### 10.2.1 Descripción de la metodología

Se describirá cada paso para implementar el desarrollo del diseño de solución, representado en el “*Esquema de la metodología para la conceptualización del diseño de solución*”, de la ilustración anterior

#### 1. Compromiso de la dirección, comunicación y consulta: conformación de los equipos de trabajo

Es absolutamente necesario asegurar un alto compromiso del nivel Directivo, tanto de la Dirección de cada Hospital como de la Coordinación de Hospitales (MINSAL), esto logrará que garantice un apoyo absoluto a los equipos de trabajo a formar con el personal del área de Hospitalización, e incluye que la dirección seleccione de los mejores talentos disponibles para el establecimiento óptimo del modelo, teniendo en cuenta que el objetivo y resultado es situar al ciudadano como el cliente fundamental de la prestación del servicio público: la atención médica.

El trabajo en equipo es fundamental para ayudar a definir el modelo en forma apropiada, para permitir que los Procesos sean identificados eficazmente, promoviendo la participación de las distintas áreas de responsabilidad, y para asegurar que se consideran distintos puntos de vista en la evaluación del modelo.

Para la conformación de los Equipos de Trabajo es clave, que los integrantes cuenten con un adecuado nivel de competencia técnica y de ser posible, que posean experiencia en los distintos niveles de la gestión organizacional

## **2. Identificar todos los Procesos**

En esta fase de identificación, es fundamental la participación de la Alta Dirección, que debe orientar y validar el trabajo de los equipos operativos. Los equipos de trabajo formados por los Servicios de Hospitalización deberán analizar las diferentes actividades que realiza e identificar los Procesos, clasificándolos dependiendo de su finalidad en Estratégica, Misional y de Apoyo.

## **3. Clasificar en Procesos: estratégicos, tácticos y operativos**

Como se estableció en la identificación, se clasificarán los subprocesos del área de Hospitalización en tres tipos: Estratégicos, Operativos y de Apoyo. Simultáneamente, se definirá que estos deben satisfacer algunos criterios elementales: Obtener Resultados, Crear Valor para los destinatarios (ciudadanos/beneficiarios), dar respuesta al marco legal y a la finalidad que persigue cada Hospital, y cumplir con la Misión y la Visión general de cada nosocomio. También se debe verificar que los Procesos identificados permitan obtener los productos /servicios definidos en el objetivo del macro proceso del cual se derivan.

## **4. Establecer matriz de relaciones entre Procesos**

A pesar de que se tengan tres categorías de Procesos dentro de la Hospitalización, se debe comprender que no son excluyentes y que la interacción entre los tres tipos es vital para el desempeño eficiente y cumplimiento de metas laborales además de la atención de calidad a ofrecer al paciente Hospitalizado.

No esta demás mencionar que para que el modelo de Gestión por Procesos, sea exitoso debe implementarse en cada área del Hospital, ya que para el caso el proceso de Hospitalización establece relaciones con otras áreas que son necesarias para el tratamiento y diagnóstico de los pacientes ingresados en los servicios de esta área.

## **5. Alinear la actividad a la estrategia**

Se debe establecer lineamientos en donde el personal que se adaptara al nuevo modelo, comprenda el objetivo de la implementación del modelo de gestión por proceso, busca como estrategia central brindar la atención de calidad con la optimización de los recursos asignados al servicio de Hospitalización.

## **6. Establecer sistemas de indicadores y Autoevaluación del proceso**

Los sistemas de indicadores son instrumentos útiles en los Procesos de decisión, tanto en la fase de planificación como en la de gestión. No sólo son capaces de caracterizar la situación presente del desempeño del proceso de Hospitalización, sino también de monitorizar su evolución, hecho que permite elaborar estrategias de futuro, y que servirá de base para diseñar soluciones durante la fase de mejora continua.

También se establece una Guía de Autoevaluación Anual del Desempeño de la Gestión del Proceso, que para conocer cómo se está desempeñando el proceso en un periodo establecido, preferentemente una vez al año. Esto beneficiará a que cada Hospital controle el nivel de gestión con el que se está trabajando, y que es uno de los requisitos para obtener la certificación de las cuales todas las instituciones de gobierno, incluyendo las de atención a la salud, están llamadas a cumplir según lo establecido en la Carta Iberoamericana.

#### **7. Documentar el modelo a establecer**

Como producto de los esfuerzos realizados, se documentarán a través de los manuales, que se mencionan posteriormente. La documentación de los Procesos deberá estar en constante actualización con el fin que pueda utilizarse para alinear la operación del proceso con la estrategia.

#### **8. Seguimiento de la mejora continua a través de ciclo PHVA**

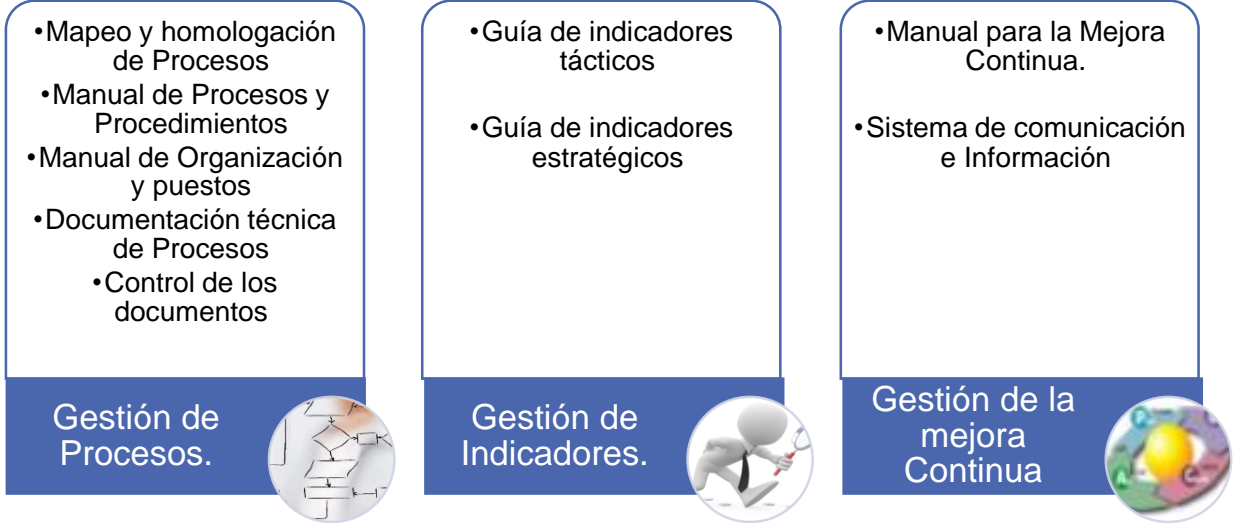
La Gestión por Procesos, pretende establecer la mejor y más eficiente forma de ejecutar las actividades del proceso objeto de estudio, coordinando la asignación de recursos, el diseño de flujos de información y relaciones de trabajo, bajo un enfoque sistémico que permita el logro de los objetivos del Hospital.

El ciclo PHVA (Planificar – Hacer – Verificar – Actuar) puede ser aplicado tanto a cada proceso individual como a la red de Procesos de cada área del Hospital como un todo. La retroalimentación de la satisfacción o insatisfacción del cliente por los resultados del proceso, además de la información proporcionada por el sistema de indicadores, serán los elementos de entrada esencial para el proceso de mejora continua.

#### **10.2.2 Planteamiento de la estructura de Modelo de Gestión al proceso de Hospitalización**

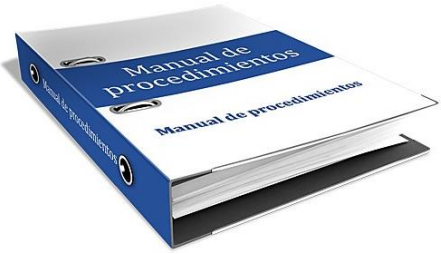
La construcción de las propuestas de fortalecimiento de los Procesos de Hospitalización en el Tercer Nivel de atención del MINSAL, en base a lo presentado anteriormente el modelo de Gestión por Procesos diseñado para el área de Hospitalización de los Hospitales de Tercer Nivel seguirá la estructura siguiente:





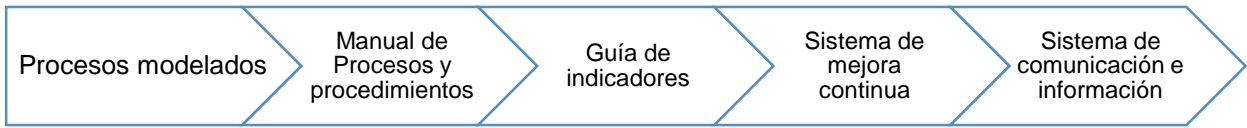
El Modelo de gestión diseñado contara con los siguientes documentos:

- Manual de Introducción a la Gestión por Procesos
- Manual de Procesos y procedimientos
- Manual de Organización y puestos
- Instrumento de medición de la satisfacción del usuario
- Manual de Auditoria Interna
- Guía de indicadores estratégicos
- Guía de indicadores tácticos
- Manual de Mejora Continua.
- SIG



**10.2.3 Productos a obtener con el diseño propuesto**

En este apartado se describen los resultados a obtener al establecer el diseño de propuesta de solución a implementarse para el fortalecimiento del proceso de Hospitalización:



**Procesos modelados**

El modelado de Procesos clave servirá para comprender las relaciones entre las actividades que se desarrollan en el área de Hospitalización del Tercer Nivel de atención del MINSAL. A través

del establecimiento de la secuencia y Mapa de proceso se identificarán las actividades y recursos necesarios para ejecutar los procedimientos y establecer los manuales.

Se re ajustarán los Procesos vitales para cumplir con la misión de la organización. Esto incluye nuevos procedimientos o modificación de los existentes, a partir del análisis de valor agregado y la estrategia institucional.

**Objetivo:**

- Fortalecer el servicio brindado a los pacientes mediante el modelado de los Procesos clave.
- Modelar los Procesos clave rediseñados para que sean documentados y sirvan de base para capacitaciones a actuales y futuros empleados
- Establecer responsabilidades de los Procesos y procedimiento entre los empleados para la facilitar el control

**Manual de Procesos y procedimientos**

Manual de procedimientos de Hospitalización en el Tercer Nivel de atención del MINSAL, el cual establece las actividades necesarias que permiten garantizar su repetición uniforme. Contiene información de las actividades, responsables y evidencia de los Procesos

**Objetivo:**

- Documentar con mejoras todos los Procesos y procedimientos que se realizan en el área de Hospitalización del Tercer Nivel de Atención del MINSAL
- Orientar la gestión a la máxima satisfacción de los pacientes en cuanto a la atención a los usuarios.
- Fortalecer los procedimientos desarrollados en el centro reduciendo aquellos que no contienen valor agregado

**Guía de indicadores**

El sistema de indicadores contendrá los parámetros bajo los cuales se podrá establecer una comparación del impacto que tienen los cambios realizados en los procedimientos el área de Hospitalización del Tercer Nivel de atención del MINSAL. Con ello se brindará a la dirección una herramienta para la toma de decisiones. Consistirá en el diseño de indicadores claves que permitirán monitorear el comportamiento de las variables que se desean controlar. Se establecerán fichas de indicadores los cuales contendrán la información necesaria para el cálculo del indicador y los estándares que faciliten el análisis del resultado obtenido.

**Objetivo:**

- Documentar con mejoras todos los Procesos y procedimientos que se realizan en el área de Hospitalización del Tercer Nivel de atención del MINSAL y estimar indicadores para la mejora continua
- Establecer indicadores que serán utilizados para la toma de decisiones.
- Establecer una base para la generación de estadísticas para controles futuros.
- Evaluar el nivel de mejoras que se obtendrán en la gestión del área de Hospitalización

### **Sistema de mejora continua**

Un sistema de mejora continua será una herramienta que permitirá la orientación del modelo de gestión a la satisfacción del cliente. Además, el sistema será una herramienta que permitirá el aseguramiento de la implementación del modelo de gestión en la institución, permitiendo a las jefaturas controlar el nivel de implementación que se ira logrando y tomar acciones correctivas en los aspectos que sean necesarios.

#### **Objetivo:**

- Dar seguimiento y control por medio del ciclo a los Procesos
- Asegurar la implementación del modelo de gestión.
- Controlar la implementación del modelo de gestión.
- Evaluar el nivel de mejoras que se obtendrán en la gestión

### **Sistema de comunicación e información**

El SIG permitirá que los encargados de llevar a cabo la implementación del modelo de gestión diseñado, puedan comunicarse con mayor facilidad con los demás participantes y llevar un mejor manejo de la información necesaria para el modelo.

#### **Objetivo:**

- Brindar una herramienta óptima para que se pueda dar la comunicación eficiente entre los encargados del modelo de gestión.
- Fortalecer el control de la información relevante a la implementación del Modelo



# HOMOLOGACIÓN Y FORTALECIMIENTO

DEL PROCESO DE  
HOSPITALIZACIÓN EN EL  
TERCER NIVEL DEL MINSAL

CAPITULO 6

# 1 Planeamiento de la mejora de Procesos de Hospitalización

---

## 1.1 Conceptualización del diseño de la solución

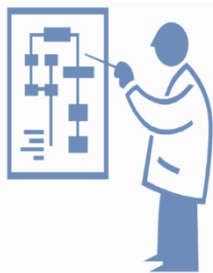
En la conceptualización del diseño de las mejoras del proceso de Hospitalización en el Tercer Nivel de Atención, es necesario identificar los pilares fundamentales de la Gestión por Procesos, para comprender como se interrelacionan sus elementos con el objetivo de lograr la satisfacción que el cliente desea y así mismo visualizar que es un sistema que se basa en la retroalimentación para lograr la mejora continua del mismo.

Al mismo tiempo se establece la línea base, obtenida en el diagnóstico, identificando acciones y estrategias de mejora a corto y largo plazo que apoyen el proceso en la disminución de la brecha existente entre el sistema de gestión actual (objetivos departamentales) aun sistema de gestión centrado en un mismo objetivo (diagnóstico correcto para el tratamiento y cuidados asistenciales de los pacientes en condiciones para ser ingresados en el Tercer Nivel), partiendo de las características simples de un sistema, es decir tomando en cuenta la relación que se tiene desde Hospitalización hacia otras áreas del Hospital que son los Servicios de Apoyo y Servicios Generales.

La conceptualización de diseño es una orientación sobre el diseño que está por emprenderse, con la aplicación de un Sistema de Gestión por Procesos, se fortalecerá a través de los elementos de la misma, al Proceso de Hospitalización en su ejecución y gestión de recursos, explicando brevemente como se aplicará dicho Sistema en los Hospitales de Tercer Nivel del MINSAL.

### 1.1.1 La Gestión por Procesos en el Servicio de Hospitalización de los Hospitales de Tercer Nivel

La Gestión de Procesos es la forma de enfocar el trabajo del servicio de Hospitalización centrándose en las necesidades y expectativas del paciente, definiendo las actividades y responsables del servicio de Hospitalización, obteniendo un método homologado para realizarlas dentro de los Hospitales de Tercer Nivel, teniendo en cuenta las condiciones y perfiles que cada nosocomio presenta. Asimismo, incluye métodos para monitorizar (medir y analizar periódicamente) los indicadores principales que van a informar sobre la situación en que se desempeña dicho Proceso, analizando los resultados para establecer los planes de acción en las áreas que no cumplan con las metas establecidas, a través de un Sistema de Indicadores y la Guía de Mejora Continua a cumplir.



El servicio de Hospitalización será el Proceso que siga un curso horizontal, lo que evitará que la jerarquía de puestos generen retrasos, es decir que los profesionales (médicos y de enfermería) se coordinen con las demás áreas, para definir e implantar las medidas necesarias que eviten ineficiencias y situaciones de retraso que, en muchas ocasiones, van a repercutir en la salud y bienestar del paciente, en el consumo inapropiado de los recursos hospitalarios, y en la calidad que el paciente y su familia van a percibir.

Implementar el Sistema de Gestión por Procesos no solo servirá para el fortalecimiento de la prestación del servicio para los pacientes, también servirá como base para poder llevar a cada Hospital a tener los elementos básicos para poder participar en la obtención de Certificaciones Internacionales, y guiarlas hacia un Sistema de Calidad, que garantice la satisfacción de las

necesidades y expectativas de sus pacientes y de la población en general quienes son los que aportan (a través de impuestos) para el funcionamiento de estos.

### **1.1.2 Utilidades del Sistema de Gestión por Procesos en el Servicio de Hospitalización de los Hospitales de Tercer Nivel**

La Gestión por Procesos servirá para evaluar y mejorar la gestión y administración de los Servicios de Hospitalización, ordenando, planificando y asignando responsabilidades para asegurar la participación de las personas según el subproceso o actividad en el que participe, teniendo como objetivo principal la mejora de las condiciones de la salud de los pacientes ingresados, con la utilización óptima y eficiente de los recursos.

Con el control y evaluación de resultados, teniendo actividades con valor y eliminando aquellas que generen retraso o no generan valor al proceso, haciéndolo más eficiente. A su vez, con la concentración de esfuerzos se pretende llegar a la disminución de tiempo de espera de los pacientes para recibir una cama, y el tiempo de estadía ya que el personal podrá enfocarse más en ellos y no en la gestión de los servicios de apoyo y generales.

La GPP implementada permite la gestión adecuada de los recursos, asignando lo necesario lo que generaría la disminución en costos por día cama.

Con el proceso trabajando eficientemente, la mejora en la atención hospitalaria tendrá un impacto positivo en la prestación del servicio, logrando que los pacientes reciban el diagnóstico y tratamiento en un tiempo óptimo (dentro del estándar a establecer), aumentando la capacidad de atención de demanda, es decir poder atender a más personas en un periodo determinado.

### **1.1.3 Requerimientos del Sistema de Gestión por Procesos del área de Hospitalización en los Hospitales del Tercer Nivel**

Para realizar el fortalecimiento de los Procesos en los Servicios de Hospitalización del Tercer Nivel de Atención del MINSAL, es necesario estipular requisitos que se deben cumplir para garantizar los resultados esperados en cada una de las fases de la aplicación del Sistema de Gestión por Procesos.

**Requisitos Generales:** Determinar la secuencia e interacciones de los subprocesos y asegurarse de la gestión y disponibilidad de recursos e información necesaria para la ejecución y seguimiento de los subprocesos. Para este apartado se tomarán los resultados obtenidos durante la investigación realizada en la etapa de diagnóstico, y el levantamiento de los subprocesos relacionados con los Servicios de Hospitalización en el Tercer Nivel de Atención del MINSAL.

**Requisitos de Documentación:** El Sistema de Gestión por Procesos debe estar respaldado por una documentación donde se especifique como debe funcionar y sus objetivos, con la finalidad de agregar valor a cada actividad, alcanzar las metas previstas por los Servicios de Hospitalización y evaluar la eficacia del sistema. Para cumplir con los requisitos de la documentación se debe contar con manuales donde se describa el actuar de los Servicios de Hospitalización en el Tercer Nivel de Atención del MINSAL en función de su gestión, teniendo el control de los resultados, asegurando la vigencia y actualización de los mismos, garantizando la pertinencia y oportunidad de cada proceso.

#### **1.1.4 Características del Modelo de Gestión por Procesos a diseñar para el proceso de Hospitalización del Tercer Nivel de atención del MINSAL.**

A continuación, se presentan las principales características del modelo del proceso de Hospitalización a aplicar en los tres Hospitales, las cuales son representativas y se consideran a la vez como ventajas de su aplicación.

**Aplicación a la Gestión Pública:** Las instituciones públicas que buscan mejorar sus Procesos y certificarse en normas de calidad, deben gestionar sus Procesos en base a un Sistema de Gestión por Procesos. El MINSAL en su Planeación Anual de Operaciones, ha planteado como objetivos que los Procesos Hospitalarios del Tercer Nivel de Atención se han gestionados con enfoque de Procesos.

**Replicable:** El modelo de Gestión de Procesos de Hospitalización puede ser utilizado para replicarlo internamente en el conjunto de Procesos que conforman el sistema Hospitalario del Tercer Nivel de Atención y externamente en los Procesos que se realizan en el Segundo Nivel de Atención.

**Flexible:** El modelo se establece bajo el concepto de mejora continua, por lo que puede rediseñarse y establecer cambios que se adapten a los requerimientos que surjan tanto por la demanda como por lineamientos normativos y legales.

**De fácil entendimiento:** La conceptualización se ha diseñado para que cualquier persona involucrada en el proceso logre comprender el nuevo modelo, enfocado en cada una de los pilares de la Gestión por Procesos.

**Esquemático:** El diseño comprende de su descripción de forma narrativa como de forma esquemática para la mejor comprensión del lector. La conceptualización del diseño, tiene la facilidad de ser sintetizado de manera práctica y sencilla, lo que permite entender de manera rápida la relación de los aspectos que comprenden el sistema.

#### **Basado en la situación actual del proceso de Hospitalización, en el Tercer Nivel de atención**

La conceptualización del diseño fue elaborada en base a la realización y análisis del diagnóstico de la situación actual en la forma que se planifica, gestiona y mide el rendimiento del proceso, de lo que se retomaron necesidades y oportunidades de mejora identificadas en el mismo.

**Enfocado en la Mejora Continúa:** El diseño del Sistema de Gestión, permitirá que constantemente se controle los resultados del proceso y se identifiquen eventos a mejorar con el objetivo de buscar optimizar los Procesos, e implementar soluciones que vayan en beneficio de brindar una atención más efectiva, eficiente y con calidez a los pacientes ingresados.

**Orientado a los clientes internos y externos:** Con la implementación de la Gestión por Procesos se identifican los clientes internos como externos del Proceso de Hospitalización y sus necesidades y expectativas del proceso, con lo cual se busca la mejora del ambiente laboral a través de la distribución óptima de carga laboral y optimización de recursos, y brindar la atención oportuna de Hospitalización a los pacientes entendiendo que aspectos satisfacen las necesidades de los mismos.



### 1.1.5 Plataforma de Problemas y Propuestas de Solución

Cuadro 65 Plataforma de oportunidades de mejora y Propuestas de Solución

Ejes MC	Componentes en los que se aplicara la mejorara	Problema encontrado en la Investigación	Propuesta de Solución
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);"><b>Planificación.</b> Gestión de la planificación</p>	<p><b>Procesos Estratégicos de Hospitalización</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificación</li> <li>• Dirección</li> </ul> <p><b>Liderazgo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsables del proceso</li> </ul>	<p>Gestión en base a objetivos particulares.</p> <p>Planificación en base unidades desactualizados (recursos, personal, producción)</p> <p>Deficiencia en la identificación de responsables de los Procesos.</p> <p>Desactualización de normativas y lineamientos que apoyan la gestión del proceso de Hospitalización.</p> <p>Del 61% De las actividades que aportan valor agregado solo el 27% aportan valor agregado al hospital.</p> <p>Los Servicios de Hospitalización en promedio atienden más pacientes de los que su capacidad les permite. % de utilización 119 % HNR % de utilización 109 % HNNBB % de utilización 111 % HNM</p> <p>Las metas programadas no se alcanzan y se calculan en base a la demanda.</p> <p>% cumplimiento de metas 104 % HNR % cumplimiento de metas 89 % HNNBB % cumplimiento de metas 89% HNM</p> <p>Según el 63% del personal médico encuestado, percibe que el presupuesto asignado al proceso de Hospitalización no es suficiente. El 30% dice que existe una deficiente gestión del presupuesto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concientización del personal de Jefatura</li> <li>• Alineación del proceso de Hospitalización a la estrategia de la institucional</li> <li>• Manual de capacitación del personal en gestión de Procesos.</li> <li>• Sistema de indicadores para la toma de decisiones</li> <li>• Recomendaciones para la actualización de normativas y lineamientos.</li> </ul>



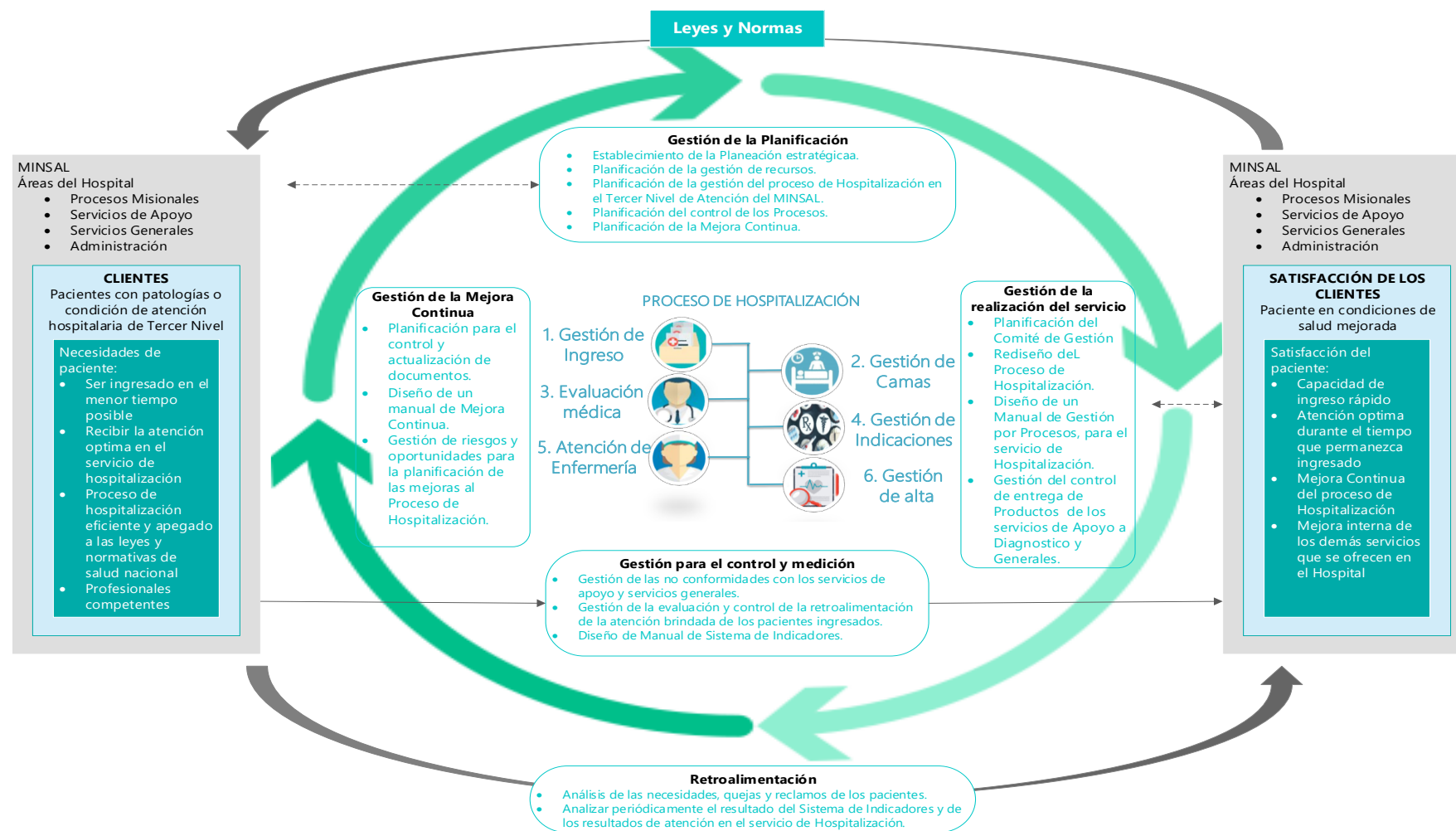
		Desabastecimiento de los recursos para brindar el servicio. El 93% de los médicos percibe esta situación y el 56% de ellos dice que se da una vez por semana. Recursos con mayores escasos Medicamentos, Insumos médicos, personal de enfermería.	
<b>Hacer</b> Brindar el Servicio de Hospitalización	<b>Procesos Operativo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hospitalización</li> <li>Coordinación con los Procesos de apoyo</li> <li>Personal (Medico y de enfermería que interviene en el proceso)</li> </ul>	<p>No hay documentación técnica de Procesos o es incompleta y desactualizada</p> <p>Desconocimiento del personal sobre lineamientos y Gestión por Procesos</p> <p>El 39% de las actividades que se realizan en el proceso de Hospitalización no aportan valor agregado.</p> <p>nivel de cumplimiento de funciones del personal médico HNR 79.33%, HNNBB 81.67%, HNM 82.67% y del personal de enfermería de HNR 84%, HNNBB 85%, HNM 85.33%.</p> <p>Porcentajes de inactividad del personal HNR 20%, HNNBB 22%, HNM 17%.</p> <p>Retrasos en el proceso de Hospitalización por falta de coordinación con los servicios de apoyo, el personal médico percibe que las actividades que generan cuellos de botella en el proceso de Hospitalización, son las que se relacionan con las actividades secretariales para gestionar el pedido de un producto de los servicios de apoyo, las interconsultas, y esperar el producto de un proceso de apoyo a diagnóstico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rediseño del proceso de Hospitalización</li> <li>Documentación del proceso de Hospitalización</li> <li>Recomendaciones para que la gestión de las actividades de los servicios apoyo se realice por proceso.</li> </ul>
<b>Verificar.</b> Gestión	<b>Satisfacción del cliente interno y externo</b>	No se alimentan las plataformas estadísticas de control hospitalario, por lo cual se planifica en base a	<ul style="list-style-type: none"> <li>Establecimiento de un sistema de indicadores que controlen los resultados del proceso.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usuario</li> <li>• Personal</li> <li>• Resultados de Gestión</li> </ul>	<p>resultados desactualizados, que no representan la situación actual</p> <p>Desconocimiento de Indicadores por parte del personal.</p> <p>No se controla el proceso, los indicadores actuales controlan únicamente los resultados</p> <p>El resultado de los indicadores que actualmente controlan los resultados, no se ajustan a los estándares establecidos por el hospital.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomendación de Estudiar las actividades que consumen mayor tiempo interconsultas, Cuidados Higiénicos y tramites de alta para verificar si se realizan de la mejor manera</li> </ul>
<p><b>Actuar</b></p> <p>Gestión de la mejora continua</p>	<p><b>Satisfacción del cliente interno y externos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usuario</li> <li>• Personal</li> <li>• Información y conocimiento</li> </ul> <p><b>Ciudadanos y Sociedad (demanda)</b></p>	<p>Desconocimiento de las patologías asociada a cada nivel de atención</p> <p>No hay un sistema de mejora continua con base a la satisfacción del cliente</p> <p>Del 61% De las actividades que aportan valor agregado solo el 34% aportan valor agregado al paciente</p> <p>Índice de satisfacción del cliente HNR 64.49%, HNNBB 68.55% Y HNM 77.42%</p> <p>No se dan respuesta a los problemas reportados por el personal y que afectan al proceso de Hospitalización. El 23% del personal médico entrevistado percibe esta situación</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual de mejora continua</li> </ul>

Fuente: Elaboración Propia

## 1.1.6 Esquema de la conceptualización del Diseño

Ilustración 74 Esquema de la conceptualización del Diseño

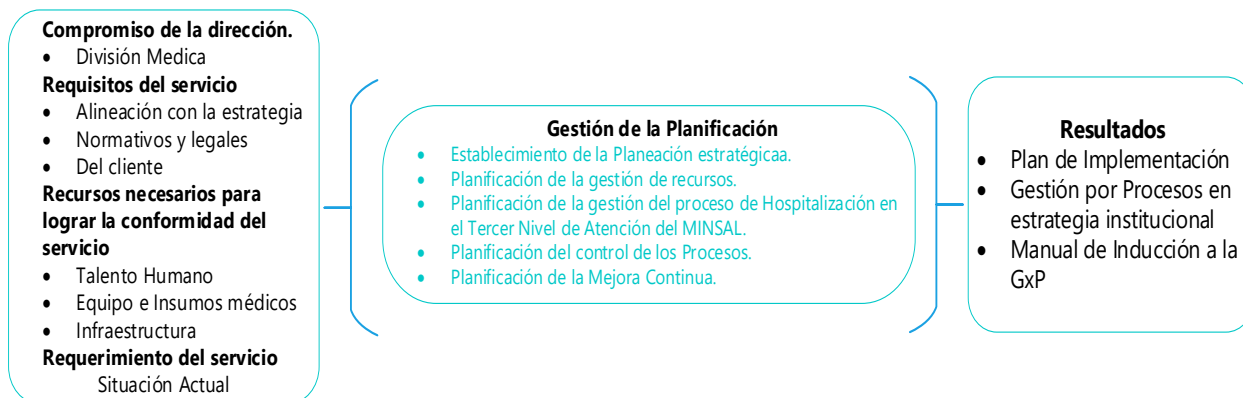


Fuente: Elaboración Propia, adaptado de Gestión por Procesos ISO 9001:2015

## 1.2 Caracterización del diseño de la solución

### 1.2.1 Gestión de la Planificación

En el primer componente para el desarrollo de la solución, se planifica y gestiona cada una de las partes que la dirección de los Servicios de Hospitalización tomara de punto de partida para la ejecución del diseño de solución planteada.



- **Establecimiento de la Gestión por Procesos en el plan estratégico.**

Para iniciar con la ejecución de la solución, es necesario partir que el Plan Estratégico de los Servicios de Hospitalización este en función de los componentes de una Gestión por Procesos, iniciando con la orientación de la Misión y Visión de los Servicios hacia un compromiso con el paciente a través de este nuevo sistema.

El establecimiento de objetivos y metas deberán encaminarse bajo esta metodología y con la estrategia anteriormente replanteada, dejando atrás la práctica de programar sin considerar la demanda insatisfecha. Los resultados serán evaluados periódicamente para establecer al cierre de cada periodo, la asignación de los recursos y analizar la brecha entre lo planificado y lo realizado, y realizar las correcciones pertinentes para que esto se reduzca y se vaya mejorando el desempeño estratégico de cada Hospital.

1. **Resultado:** Plan Estratégico orientado a Gestión por Procesos

- **Planificación y control de los Procesos.**

Se establecerán mecanismos de supervisión, control y evaluación, a través de la elaboración de estrategias y asignación de responsables en las actividades de la implementación de la solución.

2. **Resultado:** Plan de control

- **Planificación y gestión de recursos.**

Se debe identificar los elementos, insumos, instrumentos y recursos en general que se necesitaran para llevar a cabo la ejecución del diseño, en sus diferentes fases de planificación, ejecución y verificación de la implantación. Se debe contar con un registro de que se necesita, la cantidad, la actividad asignada y para qué se utilizara.

### 3. **Resultado:** Plan de Gestión de Recursos.

- Planificación de la gestión de comunicación y capacitaciones hacia los participantes y coordinadores de los equipos de trabajo en la implementación de la Gestión por Procesos.

Es necesario realizar una o dos reuniones con los directores de los Servicios de cada Hospital y las personas seleccionadas para formar los equipos de trabajo, para valorar su opinión, sugerencias o ideas que se deben analizar y así tomarlas en cuenta en el momento pertinente, logrando un ambiente inclusivo que genere más confianza y compromiso de parte de los participantes y la dirección.

Las capacitaciones serán dirigidas por profesionales especializados en el área de Gestión por Procesos, orientados al área de Hospitales, propiciando la expresión de dudas y comentarios para que sea mayor la asimilación de la metodología a implementar en los Servicios; estas reuniones serán programadas de tal manera de no entorpecer las funciones y actividades laborales del personal.

### 4. **Resultado:** Plan de Comunicación y capacitaciones.

- **Gestión de la comunicación de la Gestión por Procesos a todas las partes involucradas en el servicio de Hospitalización.**

La finalidad de esta solución es ser implementada por cada una de las personas involucradas en la Hospitalización de los pacientes que se atienden en los Servicios, por lo tanto estos deben conocer cuál es el objetivo de implementar una nueva estructura de como ejecutar sus funciones laborales, de esta manera los equipos de trabajo deberán replicar lo aprendido en las capacitaciones y programar que las personas que no recibieron la inducción directa, pueda participar de foros y capacitaciones posteriores a la implementación, para asegurar la asimilación correcta de lo que se pretende alcanzar y que tengan la oportunidad de esclarecer dudas o brindar sugerencias a considerar durante la prueba piloto y la fase de mejora continua.

### 5. **Resultado:** Manual de Inducción a la Gestión por Procesos

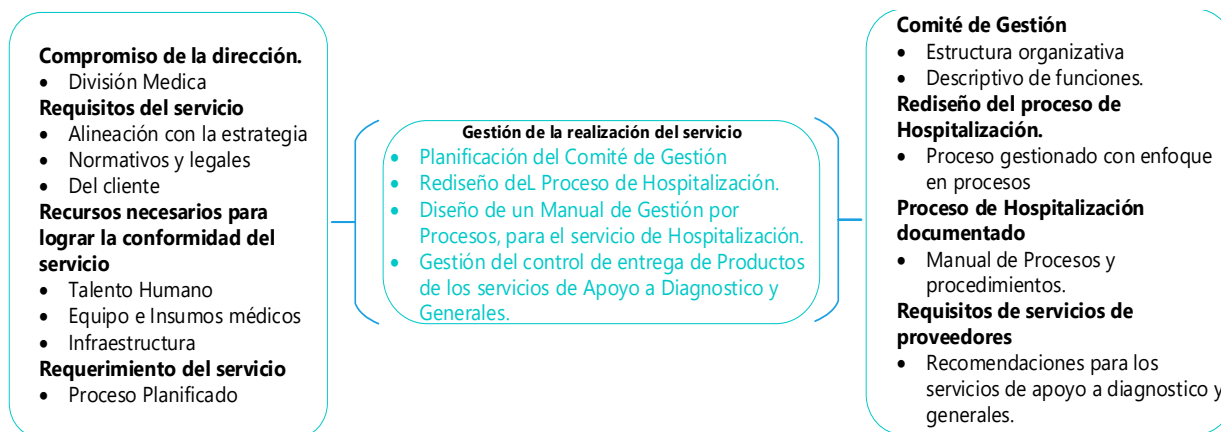
- **Gestión del Plan de Implementación.**

Se dejará establecido como se deberá realizar la ejecución, los recursos a utilizar, el tipo de personal que se necesita. El plan será ejecutado por la Dirección de los Servicios junto con el Coordinación de los Hospitales de Tercer Nivel.

### 6. **Resultado:** Plan de Implementación.

#### 1.2.2 **Gestión de la realización del Servicio de Hospitalización**

En este eslabón se planificará, controlará y se dará seguimiento a cada una de las actividades que se realizan de manera operativa, de manera que se gestione el que hacer de los Servicios de Hospitalización como un proceso que tiene entradas, consume recursos y produce salidas. Por lo que se requiere de personas responsables para la gestión de este. De manera que se utilicen eficientemente los recursos y se controlen los resultados obtenidos, con el objetivo de brindar un servicio con calidad y calidez hacia el paciente.



- **Creación del comité de gestión**

Para implementar la Gestión por Procesos en los Servicios de Hospitalización es necesario la creación de un comité conformado para cumplir con las funciones y responsables de la planificación, control y seguimiento del sistema de gestión. Por lo que se requiere del compromiso de la dirección el cual se lograra con el liderazgo de este grupo por parte de un responsable de la división médica.

1. **Resultado:** Estructura organizativa del comité (designación de responsables)  
Descriptivo de funciones del comité

- **Rediseño del Proceso de Hospitalización**

En base al análisis del proceso de Hospitalización, realizado en el diagnóstico y partiendo de la línea base al análisis de Valor Agregado de los Procesos se realizará el rediseño de los Procesos críticos que actualmente tengan deficiencias o generen retrasos o problemas en la prestación del servicio a los usuarios.

2. **Resultado:** Modelado de Procesos rediseñados (Mapa de proceso de Hospitalización)

El modelado de Procesos críticos servirá para comprender las relaciones entre las actividades que se desarrollan en el área de Hospitalización en los Hospitales de Tercer Nivel del MINSAL, identificando las actividades y recursos necesarios para ejecutarlas.

- **Diseño de un Manual de Gestión por Procesos para el Servicio de Hospitalización**

En este se establecerá las actividades y relaciones necesarias que permiten garantizar que la variabilidad en el resultado del proceso de Hospitalización sea mínima. Este documento contendrá información de las actividades, responsables y evidencia de los Procesos (Por medio de representación gráfica), permitiendo la homologación del proceso en los Hospitales del Tercer Nivel de Atención del MINSAL. Destacando las características que distintivas de cada uno de ellos.

3. **Resultado:** Proceso de Hospitalización documentado. (Manual de Procesos y procedimientos).  
Asignación de responsables de los subprocesos

Permitirá garantizar que la operación y la gestión del proceso de Hospitalización se realicen de manera homogénea en los tres hospitales. Se logrará hacer predecible el resultado del trabajo y facilitará la asignación de responsabilidades y el trabajo en equipo. Los Procesos formalizados facilitan la comunicación y la relación interpersonal, el control del proceso es factible lo cual mejora la eficacia del proceso.

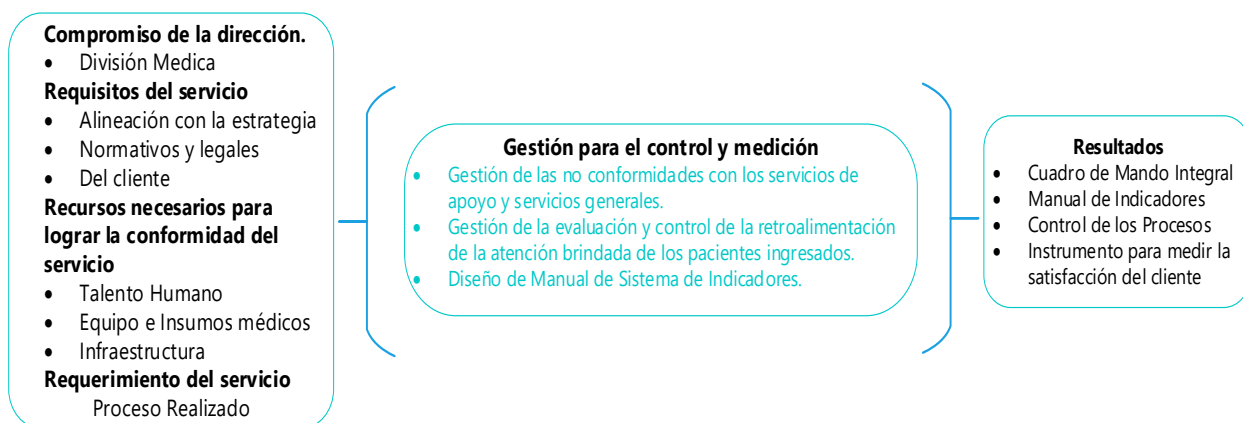
- **Gestión del control de entrega de resultados de los servicios de apoyo y Generales.**

Se evidenciarán las relaciones que se tienen con los Procesos de apoyo, diseñando formatos que permitan tener una mejor comunicación con ellos. Además de determinar que los productos generados por estos se han conforme a los requisitos establecidos por el proceso de Hospitalización.

4. **Resultado:** Lista de requerimientos (Recomendaciones y el proceso para el control de los productos obtenidos por los Procesos externos que afectan al proceso de Hospitalización, para lograr la disminución del tiempo de estadía de los pacientes por deficiencias en la gestión de los servicios de apoyo.

Las no conformidades se detectan en el cumplimiento deficiente de los productos provenientes de los servicios de apoyo durante el seguimiento y medición que se realizan. Controlar los servicios de apoyo y los servicios generales permitirán a los Servicios de Hospitalización, establecer las acciones correctivas, de tal manera que no se afecte el flujo del proceso.

### 1.2.3 Gestión para el control y medición



El control y Medición del Sistema comprende las actividades de evaluación interna y externa, así como el uso de indicadores de proceso y procedimiento para conocer el rendimiento de los mismos y evaluar posibles mejoras, así como la utilización de otros parámetros como la recurrencia de las inconformidades y otros.

- **Diseño de Manual de Sistema de Indicadores.**

Como resultado del control y seguimiento se establecerá un sistema de indicadores para dar seguimiento de los Procesos, para esto se establecerá el cuadro de mando integral con los principales indicadores a seguir en las diferentes líneas estratégicas a seguir. La determinación de los indicadores será un punto clave para monitorizar correctamente el desarrollo del proceso y evaluar los resultados de las acciones.

La medición y control de los Procesos de Hospitalización es importante, pero no suficiente, es por esto que del conocimiento y análisis de resultados de las no conformidades se establecen acciones correctivas a seguir dependiente de los casos que se presenten

El fin es definir el conjunto de indicadores para controlar y optimizar Procesos. Los cuales surgen principalmente del alineamiento con la estrategia de la organización, donde en primer lugar se sitúan las mediciones de satisfacción de clientes y luego las de eficiencia operacional. Los indicadores y mediciones siempre acompañan a la gestión de Procesos.

1. **Resultado:** Control de los Procesos, Sistema de Indicadores

- **Gestión de la evaluación y control de la retroalimentación de la atención brindada de los pacientes ingresados.**

Cuando la no conformidad involucra al cliente, es importante dar seguimiento a las quejas que estos presentan pues se debe garantizar su satisfacción en el proceso de Hospitalización, para ello es importante generar una encuesta de Satisfacción de Clientes, tanto internos como externos, a partir de muestras representativas para conocer por medio de análisis de resultados y los parámetros de índices de satisfacción de Clientes establecidos los puntos a mejorar para generar acciones correctivas a la medida, para en resultado mejorar la satisfacción de los usuarios.

2. **Resultado:** Servicio de Hospitalización con satisfacción al cliente, Instrumento para medir la satisfacción del cliente

- **Gestión de las no conformidades con los servicios de apoyo y servicios generales.**

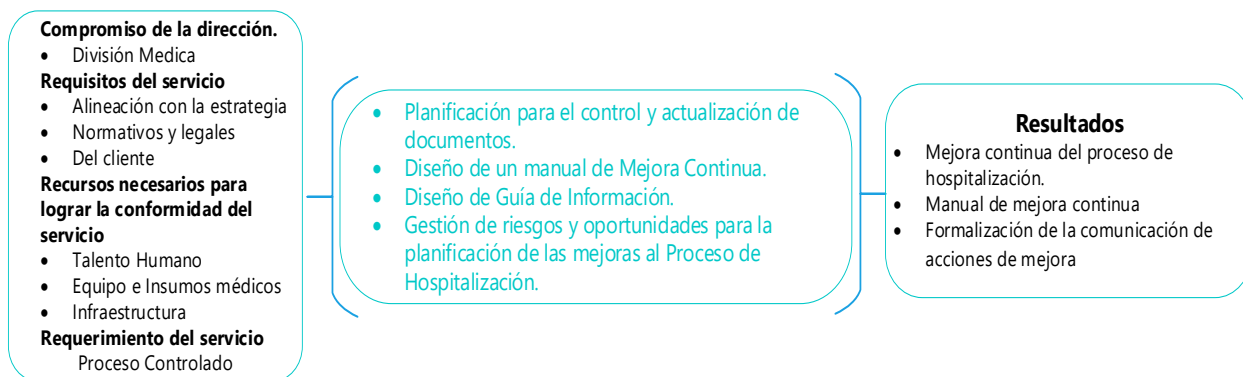
Las no conformidades se detectan en el cumplimiento deficiente de alguno de los productos provenientes de los servicios de apoyo durante el seguimiento y medición que se realizan. Controlar los servicios de apoyo y los servicios generales permitirán a los Servicios de Hospitalización, establecer las acciones correctivas a seguir de manera correctiva, para el efectivo cumplimiento del servicio

3. **Resultado:** Control de Procesos externos que afectan a Hospitalización

#### 1.2.4 Gestión de la Mejora Continua

Un sistema de mejora continua orienta el modelo de gestión a la satisfacción del cliente. Además, el sistema permite el aseguramiento de la implementación del modelo de gestión en la institución, permitiendo a las jefaturas controlar el nivel de implementación de la Gestión por Procesos y tomar acciones correctivas en los aspectos que sean necesarios.





- **Planificación para el control y actualización de documentos**

Los Procesos son cambiantes no se mantienen estáticos en el tiempo, por lo cual se necesita que el proceso se actualizado de manera periódica, debido al cambio en alguna de sus variables, lo que implica actualizar la documentación relacionada con la gestión del proceso. La forma de realizar dicha actualización debe ser planificada para que se obtenga resultados

1. **Resultado:** Guía para el control y actualización de documentos.

En el cual se establece quien realizará dicha actualización, de qué manera ejecutará y los periodos de actualización.

- **Diseño de un manual de Mejora Continua.**

Permitirá la evaluación del modelo y que este sea sostenible en el tiempo y flexible a cambios, en este manual se incluirán también elementos guías que permitan evaluar la percepción de los usuarios, así como también se debe tomar en cuenta el nivel de satisfacción de los empleados los cuales están directamente relacionados en la prestación del servicio, por tal motivo es importante contar con personal motivado que se sienta valorado en su trabajo.

Las herramientas de control y medición servirán de insumo en la aplicación de la mejora continua, permitiendo que estos sean elementos para la toma de decisiones.

2. **Resultado:** Manual de Mejora Continua.

- **Diseño de Guía de Información.**

La adopción del Sistema de Información y Comunicación es una decisión estratégica SIG permitirá que los encargados de llevar a cabo la implementación del modelo de gestión diseñado y las diferentes mejoras que esté presente, puedan comunicarse con mayor facilidad con los demás participantes y llevar un mejor manejo de la información necesaria para el Sistema. El propósito de la creación de una guía, es involucrar a todo el personal participante en Hospitalización, y en todos los niveles operacionales del proceso.

Para el correcto actuar del sistema de Gestión por Procesos es de suma importancia que los involucrados conozcan las líneas estratégicas que se siguen en la realización del Proceso de Hospitalización

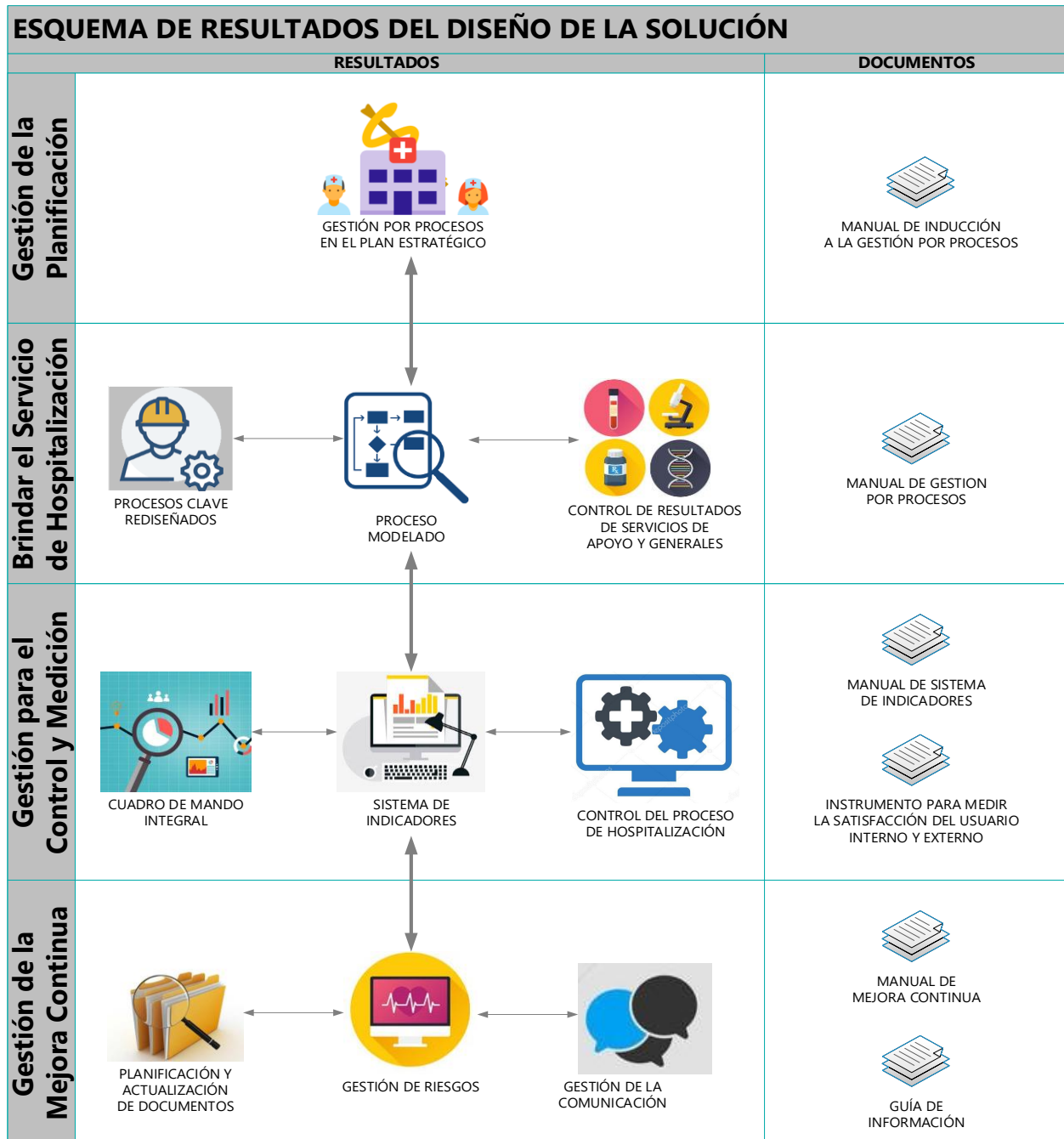
3. **Resultado:** Sistema de Información, Guía de Información

- **Gestión de Riesgos y oportunidades para la planificación de las mejoras al proceso de Hospitalización**

El principal fin de la gestión de riesgos es aumentar la seguridad de los Procesos, minimizando los riesgos para cumplir mejor con la misión institucional. Se trata del riesgo de producir pérdidas originadas por fallas en directrices estratégicas, personas, Procesos, estructura y tecnología, además de los riesgos por motivos externos a la organización.

**4. Resultado:** Disminución del impacto de los riesgos asociados al proceso

Ilustración 75 Esquema de Resultados del Diseño



Fuente: Elaboración propia

## 2 Homologación del proceso de Hospitalización

---

El fortalecimiento de los Procesos de Hospitalización en los Hospitales de Tercer Nivel del MINSAL, es el objetivo final que se busca con la realización de este estudio, un medio de lograrlo se genera a través de la homologación de los Procesos de Hospitalización, es decir, que el servicio de Hospitalización sea el mismo en cada uno de los tres Hospitales que forman la red del Tercer Nivel.



Si bien es cierto, realizar el proceso de manera idéntica, no es una meta alcanzable, debido a las diferencias propias de las especialidades de los tres Hospitales, es posible establecer un proceso único para desarrollar en cada uno de los Servicios de Hospitalización, con lo que estamos logrando una Homogeneidad en la realización del servicio.

Para lograrlo, una primera instancia para alcanzar los objetivos propuestos se realiza a través de un *Manual de Gestión por Procesos Hospitalización del Tercer Nivel de Atención MINSAL*, con el cual se pretende introducir al personal involucrado en el proceso de Hospitalización en los principios básicos de la Gestión por Procesos

El siguiente elemento que se presenta es el Manual de Procesos y Procedimientos de Hospitalización, propios del área de Hospitalización, solventando así los problemas relacionados con la falta de documentación, y en el cual se presentan los Procesos, fortalecidos de manera descrita y desglosado para que este sirva de herramientas para el personal en el cumplimiento de sus labores. Además, es en él se presenta la asignación de responsables de cada proceso, ya que en la actualidad el proceso carece de ellos.

A continuación, se presenta los manuales de Gestión por Procesos y el Manual de Procesos y Procedimientos

**Manual de Gestión por Procesos**  
**Hospitalización del Tercer Nivel de Atención**  
**MINSAL**

Ministerio de Salud



## **FICHA CATALOGRÁFICA**

2018 Ministerio de Salud

Todos los derechos reservados. Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra, siempre que se cite la fuente y que no sea para fines de lucro.

Es responsabilidad de los autores técnicos de este documento, tanto su contenido como los cuadros, diagramas e imágenes.

La documentación oficial del Ministerio de Salud puede ser consultada a través de:  
<http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

Ministerio de Salud

Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 2202-7000. Página oficial:  
<http://www.salud.gob.sv>

## Contenido

Contenido .....	3
1 Introducción .....	4
2 Marco Jurídico .....	5
3 Objetivos .....	6
4 Gestión por Procesos .....	7
4.1 Despliegue de la Planificación y Estrategia.....	7
4.1.1 Concientización de la Dirección .....	8
4.1.2 Constitución y formación del grupo de trabajo .....	8
4.1.3 Formación del grupo de trabajo. ....	10
4.1.4 Análisis de la Misión, Visión y Valores de la Institución .....	10
4.2 Identificación y Clasificación de los procesos .....	10
4.2.1 Identificación de los grupos de interés:.....	12
4.2.2 Identificación de los Procesos de la Organización y su finalidad .....	13
4.2.3 Construcción del Mapa de Procesos:.....	14
4.2.4 Selección de procesos críticos:.....	18
4.3 Gestión y Diseño de Procesos .....	18
4.3.1 Descripción de las actividades del proceso.....	19
4.4 Descripción de las características del proceso .....	20
4.5 Seguimiento y Medición de los procesos.....	21
4.5.1 Diseño de Indicadores de proceso .....	23
4.5.2 Características de los Indicadores .....	24
4.5.3 Seguimiento y el Control de los procesos.....	30

## 1 Introducción

Para la implementación de la Gestión por Procesos en los servicios Hospitalarios de los Hospitales de Tercer Nivel de Atención del MINSAL, es necesario que los involucrados del proceso y aquellos que de alguna manera forman parte en el proceso de brindar el servicio, conozcan de sobre la Gestión por Procesos, establecer los principios y las directrices que permitan a una organización adoptar de manera efectiva un enfoque basado en Procesos para la gestión de sus actividades y recursos.

Con el objetivo de facilitar la comprensión del modelo de Gestión por Procesos propuesto para el área de Hospitalización en el Tercer Nivel de Atención del MINSAL, y además difundir los elementos característicos que conforman la implementación del enfoque basado en Procesos se crea el Manual de Gestión por Procesos, el cual está constituido en el presente documento.

Este documento se convierte en una herramienta técnica de cumplimiento para los establecimientos de Tercer Nivel de la red del Ministerio de Salud, y para facilitar el desarrollo de sus funciones en los aspectos relacionados.

## 2 Marco Jurídico

Según el acuerdo N.º 288 se considera:

- I. Que conforme al artículo 41 numeral 4 del Código de Salud, corresponde al Ministerio de Salud, organizar, conducir y evaluar las actividades relacionadas con la salud, así como aplicar las normas propias de la materia de salud o de la deontología.
- II. Que la Reforma de Salud, iniciada con promulgación de la Política Nacional de Salud 2014- 2019, constituyen el marco base para responder de manera integral e integrada al acceso y calidad de los servicios públicos de salud, y dentro de la implementación de dicha Reforma, es necesaria una transformación de la estructura organizativa de los Hospitales que forma parte de la Red Pública, que conlleve un ordenamiento organizacional y funcional de todas sus dependencias, que contribuya de manera decidida al ejercicio pleno del Derecho Humano a la Salud.
- III. Que el Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud fue aprobado mediante Decreto Ejecutivo No. 55, del 10 de junio de 1996, publicado en el Diario Oficial No. 110, Tomo N.º 331, del 14 de junio del año antes citado, habiendo sido derogado mediante Decreto Ejecutivo N° 1, de fecha cuatro de enero de dos mil diecisiete, publicado en el Diario Oficial n°5, Tomo N° 414, del nueve de enero del corriente año; y,
- IV. Que dicho Reglamento no se ajustaba a las necesidades de funcionamiento de los Hospitales, por lo que se considera imprescindible la promulgación de un nuevo Reglamento General de Hospitales, que esté acorde a la Reforma de Salud con funcionamiento en las Redes Integrales e Integradas de Salud.



## 3 Objetivos

### Objetivos del manual

#### 1. General:

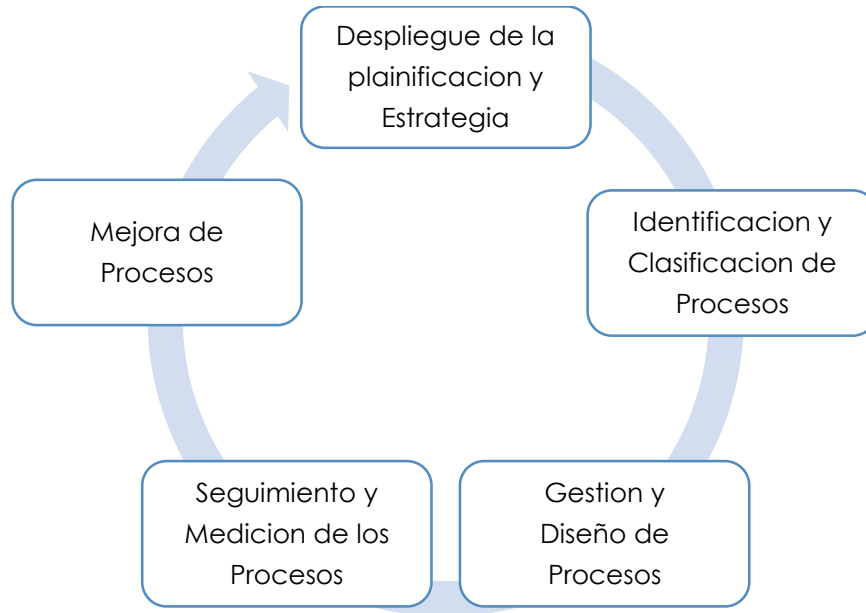
Establecer los principios y las directrices que permitan adoptar de manera efectiva un enfoque basado en Procesos para la gestión de sus actividades y recursos a ejecutarse dentro de los Servicios de Hospitalización de los establecimientos de Tercer Nivel de Atención de la red del Ministerio de Salud (MINSAL).

#### 2. Específicos:

- a) Establecer una guía metodológica que se ajusten a las necesidades de la institución, y que adicionalmente faciliten la implementación de la Gestión por Procesos a la institución.
- b) Definir los conceptos principales del modelo de Gestión por Procesos para establecer una base teórica.
- c) Establecer los pasos generales para implementar la Gestión por Procesos con la finalidad de servir de guía durante la ejecución de las bases del modelo.
- d) Proveer orientación sobre la administración de indicadores del modelo que permitirán verificar el desarrollo adecuado de los Procesos
- e) Describir los aspectos importantes de la mejora continua para establecer el proceso de ejecución de la misma

## 4 Gestión por Procesos

Las actuaciones a emprender por parte de una organización para dotar de un enfoque basado en Procesos a su sistema de gestión se pueden agrupar en cinco grandes pasos:



La implantación de la Gestión por Procesos se ha revelado como una de las herramientas de mejora de la gestión más efectivas para todos los tipos de organizaciones, La adopción de este enfoque siguiendo estos cinco pasos no sólo facilita su entendimiento de cara a la aplicación de un sistema de gestión de la calidad, conforme a la familia de normas ISO 9000, sino que además permite alinear las actuaciones por parte de una organización con los diferentes criterios y subcriterios del modelo EFQM de Excelencia de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad

### 4.1 Despliegue de la Planificación y Estrategia

**Objetivo:** El objetivo de esta fase es definir la razón y la estrategia que quiere seguir el centro a través del análisis de su Misión, Visión y Valores para plantear las metas y objetivos que se esperar alcanzar.

**Que se Hace:** Para el diseño de un Modelo de Gestión por Procesos para el área de Hospitalización, es importante considerar la razón de ser del centro, es decir su Misión.

**Visión y Valores,** ya que todos estos elementos en conjunto busaran contribuir al desempeño de una eficaz prestación de los servicios que se brindan a personas con necesidades de atención, a fin de lograr su satisfacción

Cuando la Institución se plantea la mejora global de sus resultados, la primera acción que debe llevar a cabo es identificar cuál es su posición dentro de sus clientes claves y dentro de la sociedad para después plantearse los objetivos y metas que espera alcanzar. Para lograr estos objetivos y metas, la Dirección debe plantear la misión, la visión y los valores de la organización.

El despliegue de la planificación y estrategia conducen a una caracterización de la institución que obliga a la organización a realizar un ejercicio de reflexión cuyo resultado ha de permitir definir:

¿Quiénes somos y qué pretendemos?

¿Quiénes son nuestros grupos de interés, clientes y que desean?

¿Qué necesidades internas y externas nos influyen y condicionan?

**Actividades:** Para realizar esta primera fase del modelo de Gestión por Procesos se deberán llevar a cabo las siguientes actividades:



#### 4.1.1 Concientización de la Dirección

Para que una institución pueda llevar a cabo el diseño e implementación de un modelo de Gestión por Procesos, es necesario contar con el apoyo e implicación de sus directivos, que deberán ser conscientes de lo que significa este tipo de proyectos en términos de costos económicos, dedicación y recursos y de cómo dichos costos se compensarán en un plazo muy breve, no sólo por el aseguramiento de la calidad, sino porque la Gestión por Procesos suele reducir los costos operativos.

Otro elemento que deben tener en cuenta los directivos, es que, en el diseño de la Gestión por Procesos, de una forma u otra, debe participar todo el personal de la organización en las diferentes etapas, en unos casos aportando información y en otros asumiendo un papel más activo.

#### 4.1.2 Constitución y formación del grupo de trabajo

Es necesario formar grupos de trabajo interdisciplinarios, con la participación de la dirección y, preferiblemente con la participación de un experto en Gestión por Procesos. Estos grupos de trabajo, se reunirán de forma periódica y planificada y serán los responsables del desarrollo de las etapas del diseño del modelo de Gestión por Procesos.

De este modo, los grupos de trabajo, al estar constituidos por personal propio, son perfectamente conocedores del funcionamiento de la organización y de los problemas que en ésta se generan, identifican, diagnostican y trabajan sobre las soluciones que satisfacen mejor las necesidades de los usuarios, contemplados como destinatarios de los servicios, y reduciendo así el costo de la calidad.

Los integrantes del grupo de trabajo deben ser personas capaces de trabajar en equipo y estar informadas ampliamente de la misión, responsabilidad, medios y limitaciones que afectan al grupo de trabajo.

Es recomendable que los participantes tengan nociones en materia de calidad y de Gestión por Procesos, para que sean capaces de comprender los Procesos, cómo reunir y analizar datos de forma sistemática, cómo identificar las causas fundamentales y cómo generar y poner en práctica las mejoras innovadoras de acuerdo con una planificación previa

#### **Características del Grupo de trabajo:**

Algunas de las principales características que debe poseer el grupo conformado que llevara a cabo el diseño e la implementación del modelo de Gestión por Procesos de la institución son:

**Deberá ser Multidisciplinario:** es decir, deben estar formados por la Dirección y personal de las diferentes unidades seleccionándose miembros de la Institución que conozcan los Procesos que se gestionan en la misma, con amplios conocimientos de la unidad a la que pertenezcan; se recomienda incorporar especialmente personas de las distintas jefaturas y dependencias. Al grupo se podrá incorporar puntualmente otras personas del Servicio si se considera necesario por la dirección de la institución.

**Estructura del Grupo de trabajo:** Los equipos no deben ser muy numerosos, siendo un tamaño óptimo entre 4 y 6 personas; esto dependerá del tamaño y las características particulares de cada institución, pero no se recomienda manejar equipos muy numerosos; dentro de este grupo de trabajo, existirán varios papeles importantes que deben ser desempeñados por sus miembros, entre los principales están:

**Coordinador:** persona encargada de asesorar y dirigir al equipo hacia sus objetivos, así como de supervisar el progreso y tomar decisiones correctoras, comúnmente este puesto es realizado por el director de la institución.

**Secretario o administrador:** se encargará de la planificación de las reuniones, hará circular los temas a tratar y elaborará las actas de las reuniones, este puesto será apoyado por el coordinador del grupo.

**Asesor:** El Asesor deberá ser buen conocedor del manejo de las herramientas y técnicas, y verdaderamente imparcial, dirigiendo los procedimientos, pero no los resultados, comúnmente este puesto es realizado por un experto en Gestión por Procesos

**Habilidades y Experiencias:** Los integrantes del grupo de trabajo deben ser personas capaces de trabajar en equipo y estar informadas ampliamente de la misión, responsabilidad, medios y limitaciones que afectan al grupo de trabajo. Por otro lado, es recomendable que los participantes tengan nociones en materia de calidad y de Gestión por Procesos, para que sean capaces de comprender los Procesos, cómo reunir y analizar

datos de forma sistemática, cómo identificar las causas fundamentales y cómo generar y poner en práctica las mejoras innovadoras de acuerdo con una planificación previa.

#### 4.1.3 Formación del grupo de trabajo.

Una vez constituido el grupo se facilitará una formación básica en aquellos aspectos necesarios que el personal debe saber de este modelo de gestión, tan básicos como la definición de Procesos hasta aspectos más amplios de la Gestión por Procesos. Esta formación deberá ser extendida, en el futuro, al resto del personal del Servicio. Las capacitaciones serán realizadas por instituciones o personas con experiencias en el diseño e implementación de este modelo de gestión dentro de las organizaciones

#### 4.1.4 Análisis de la Misión, Visión y Valores de la Institución

La misión es una declaración en la que se describe el propósito o razón de ser de la organización; la visión es lo que la organización pretende alcanzar a largo plazo y los valores son la base sobre la que se asienta la cultura de la organización. Los valores y principios constituyen el soporte para la visión y la misión y son la clave de una dirección eficaz.

### 4.2 Identificación y Clasificación de los procesos

#### **Objetivo:**

Identificar los Procesos que forman parte de la Institución e interpretar las interrelaciones existentes entre los mismos a través de un mapa de Procesos clasificados por su finalidad dentro de la institución.

#### **Que se hace:**

El primer paso para adoptar un enfoque basado en Procesos en una organización, en el ámbito de un sistema o modelo de gestión, es precisamente reflexionar sobre cuáles son los Procesos que deben configurar el sistema, es decir, qué Procesos deben aparecer en la estructura de Procesos del sistema.

Ni la familia de normas ISO 9000 ni el modelo EFQM establecen de manera explícita qué Procesos o de qué tipo deben estar identificados, si bien inducen a que la tipología de Procesos puede ser de toda índole (es decir, tanto Procesos de planificación, como de gestión de recursos, de realización de los productos o de seguimiento y medición). Esto es debido a que estos modelos no “prescriben” la manera de adoptar este enfoque, de forma que incluso organizaciones similares pueden llegar a configurar estructuras diferentes de Procesos.

Para resolver esta cuestión, es necesario en primer lugar recordar que los Procesos ya existen dentro de una organización, de manera que el esfuerzo se debería centrar en identificarlos y gestionarlos de manera apropiada. Habría que plantearse, por tanto, cuáles de los Procesos son los suficientemente significativos como para que deban formar parte de la estructura de Procesos y con qué nivel de detalle.

La identificación y selección de los Procesos debe nacer de una reflexión acerca de las actividades que se desarrollan en la organización y de cómo éstas influyen y se orientan hacia la consecución de los resultados.

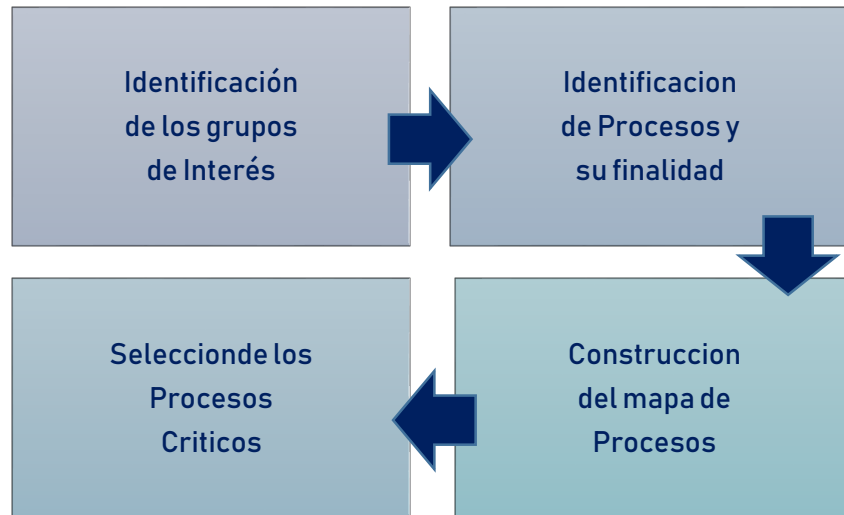
Una organización puede recurrir a diferentes herramientas de gestión que permitan llevar a cabo la identificación de los Procesos que componen la estructura, pudiendo aplicar técnicas de “Brainstorming” (tormenta de ideas), dinámica de equipos de trabajo, etc. En cualquiera de los casos, es importante destacar la importancia de la implicación de los líderes de la organización para dirigir e impulsar la configuración de la estructura de Procesos de la organización, así como para garantizar la alineación con la misión definida.

Una vez efectuada la identificación y la selección de los Procesos, surge la necesidad de definir y reflejar esta estructura de forma que facilite la determinación e interpretación de las interrelaciones existentes entre los mismos. La manera más representativa de reflejar los Procesos identificados y sus interrelaciones es precisamente a través de un mapa de Procesos, que viene a ser la representación gráfica de la estructura de Procesos que conforman el sistema de gestión.

El mapa de Procesos: Es la representación gráfica de la estructura de Procesos que conforman el sistema de gestión.

Ya analizadas la misión y la Visión de la Institución se procederá a la creación del mapa de Procesos de la institución a continuación se listan las actividades principales para la identificación y clasificación de los Procesos.

### Actividades:



#### 4.2.1 Identificación de los grupos de interés:

Una vez definidas la Misión y la Visión, el siguiente paso para elaborar el mapa de Procesos de la institución es la identificación de los Grupos de interés, clientes o usuarios. Los grupos de interés: Serán todos aquellos que tienen interés en la organización, sus actividades y logros. Entre ellos se puede incluir a socios, empleados, accionistas, propietarios, la Administración, etc.

**Cliente/usuario:** Persona que utiliza los servicios de la institución los clientes/usuarios podrán ser internos y o externos; su identificación es un punto clave. Los Procesos claves están dirigidos a cubrir las necesidades o expectativas de estos clientes/usuarios.

A la hora de identificar los grupos de interés del Servicio y sus clientes o usuarios es aconsejable utilizar la tormenta de ideas (Brainstorming), donde todos los participantes aportarán sus ideas sobre cuáles son los grupos de interés del Servicio, clientes o usuarios. A continuación, se identifican los distintos grupos y se relacionan con los servicios demandados, sus necesidades, sus expectativas. No podemos olvidar que los Procesos clave estarán dirigidos a cubrir las necesidades y expectativas de los clientes y usuarios. Por ello, deberán estar claramente identificados.

Además de la identificación de los grupos de interés y los clientes o usuarios se identificarán las necesidades y expectativas de estos:

#### **Necesidades y expectativas de grupos de interés, clientes/usuarios**

Entenderemos por “necesidades” aquellos servicios que son requeridos, por los clientes/usuarios, y entenderemos por “expectativas” las características o prestaciones que los clientes/usuarios esperan que tengan los servicios que son demandados. Las “necesidades” de los clientes / usuarios son la razón de ser de un proceso. Los Procesos claves tienen como objetivo cubrir las necesidades de los clientes/usuarios. Las

“expectativas” marcan el nivel de satisfacción de los clientes. En función de cómo se cubran las expectativas de los clientes/usuarios se obtendrá un mayor o menor grado de satisfacción de los mismos.

El Servicio/Unidad debe centrar sus esfuerzos en cubrir las necesidades de los clientes/usuarios alcanzando el mayor grado de satisfacción posible. La percepción del cliente/ usuario siempre tiene que ser mayor que la expectativa para que se produzca satisfacción.

El grupo de trabajo identificará, para cada uno de los grupos de interés / clientes / usuarios, las necesidades y expectativas de cada uno de ellos.

#### 4.2.2 Identificación de los Procesos de la Organización y su finalidad

Para adoptar un enfoque basado en Procesos en una organización, en el ámbito de un sistema de gestión, es precisamente reflexionar sobre cuáles son los Procesos que deben configurar el sistema, es decir, qué Procesos deben aparecer en la estructura de Procesos del sistema.

Ni la familia de normas ISO 9000 ni el modelo EFQM establecen de manera explícita qué Procesos o de qué tipo deben estar identificados, si bien inducen a que la tipología de Procesos puede ser de toda índole (es decir, tanto Procesos de planificación, como de gestión de recursos, de realización de los productos o de seguimiento y medición). Esto es debido a que estos modelos no “prescriben” la manera de adoptar este enfoque, de forma que incluso organizaciones similares pueden llegar a configurar estructuras diferentes de Procesos.

Para resolver esta cuestión, es necesario en primer lugar recordar que los Procesos ya existen dentro de una organización, de manera que el esfuerzo se debería centrar en identificarlos y gestionarlos de manera apropiada. Habría que plantearse, por tanto, cuáles de los Procesos son los suficientemente significativos como para que deban formar parte de la estructura de Procesos y con qué nivel de detalle. Se identifican cuáles son los grandes Procesos de la organización para posteriormente elaborar un mapa de Procesos en el que se representan gráficamente, clasificados por su finalidad dentro de la organización, para esto se deberá en esta fase realizar las siguientes acciones:

##### **Identificación de Procesos:**

Se realizará un inventario de todos los Procesos que se desarrollan en la institución a fin de proporcionar un panorama Global de la gestión de la organización

##### **Descripción de los Procesos en forma general:**

Se dará una descripción general del objetivo y la finalidad de cada proceso identificando cada una de sus subprocesos.



## **Agrupación de los Procesos**

Con el fin de facilitar la interpretación del mapa de Procesos es necesario reflexionar previamente en las posibles agrupaciones en las que pueden encajar los Procesos identificados. La agrupación de los Procesos dentro del mapa permite establecer analogías entre Procesos, al tiempo que facilita la interrelación y la interpretación del mapa en su conjunto. Se procederá a agrupar los Procesos identificados en categorías según su finalidad y analogía según la organización, como, por ejemplo: Procesos Administrativos, Procesos de Mantenimiento, Procesos de direccionamiento estratégico, etc.

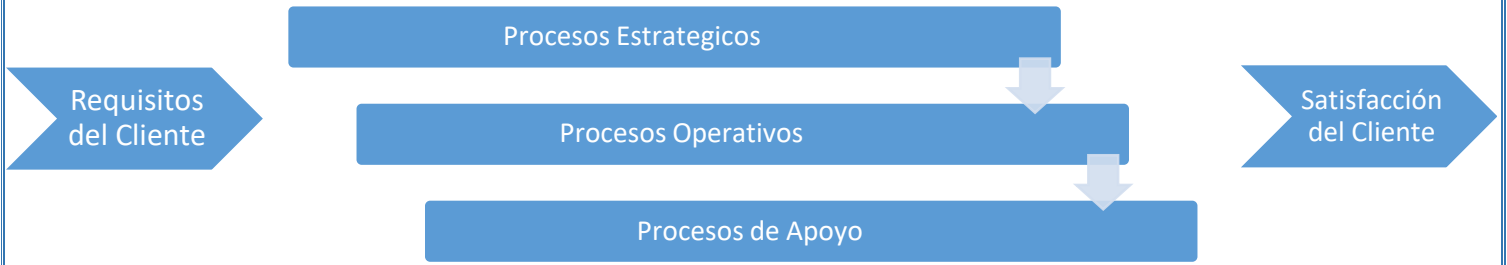
### **4.2.3 Construcción del Mapa de Procesos:**

El mapa de Procesos es un esquema gráfico, que representa los distintos Procesos que la organización utiliza para operar y desempeñar sus funciones y que ofrece una visión en conjunto del sistema de gestión de una organización. Una vez efectuada la identificación y la Agrupación de los Procesos, surge la necesidad de definir y reflejar esta estructura de forma que facilite la determinación e interpretación de las interrelaciones existentes entre los mismos. La manera más representativa de reflejar los Procesos identificados y sus interrelaciones es precisamente a través de un mapa de Procesos, que viene a ser la representación gráfica de la estructura de Procesos que conforman el sistema de gestión.

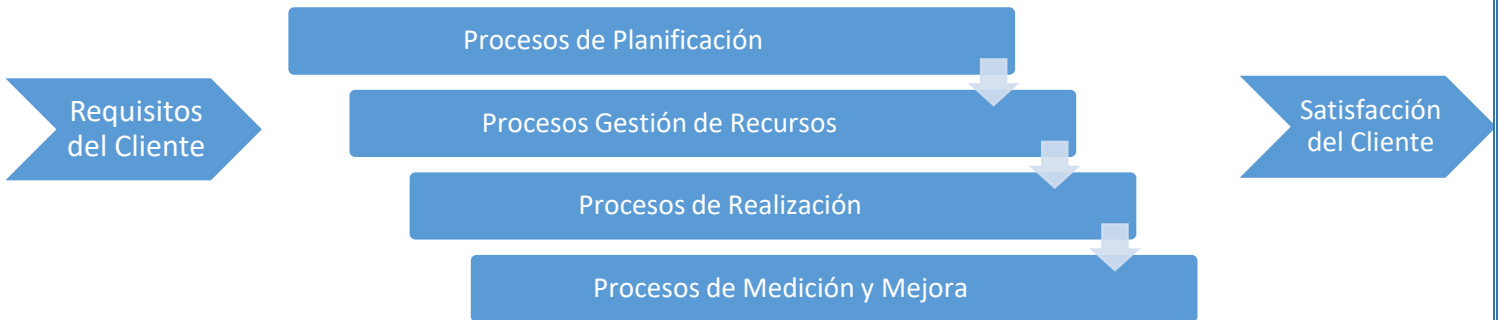
Se procederá a la clasificación de todas las agrupaciones realizadas dentro del mapa de Procesos.

El tipo de agrupación puede y debe ser establecido por la propia organización, no existiendo para ello ninguna regla específica. No obstante, y sin ánimo de ser exhaustivos, a continuación, se ofrecen dos posibles tipos de agrupaciones:

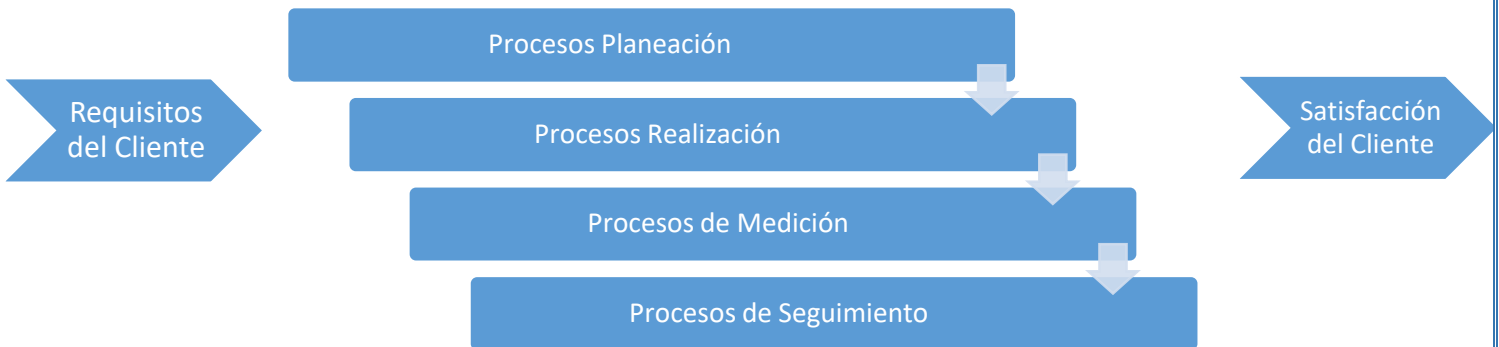
### Modelo de Agrupación de Procesos en el Mapa de Procesos (Ejemplo 1)



### Modelo de Agrupación de Procesos en el Mapa de Procesos (Ejemplo 2)



### Modelo de Agrupación de Procesos en el Mapa de Procesos (Ejemplo 3)

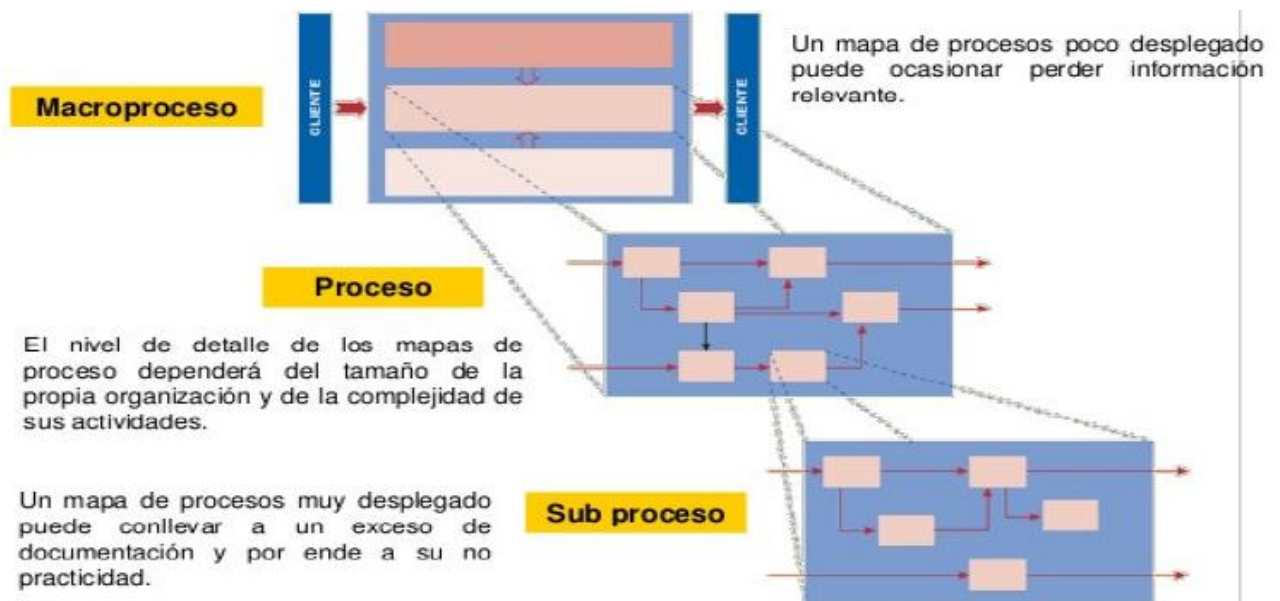


Una organización puede elegir como modelo de agrupación el que considere más adecuado (pudiéndose incluso diferenciarse de los propuestos anteriormente).

La agrupación de los Procesos permite establecer analogías entre los mismos, al tiempo que facilita la interrelación y la interpretación del mapa en su conjunto.

Considerando la agrupación elegida por la organización, el mapa de Procesos debe incluir de manera particular los Procesos identificados y seleccionados, planteándose la incorporación de dichos Procesos en las agrupaciones definidas. Para establecer adecuadamente las interrelaciones entre los Procesos es fundamental reflexionar acerca de qué salidas produce cada proceso y hacia quién van, qué entradas necesita el proceso y de dónde vienen y qué recursos consume el proceso y de dónde proceden.

Como se observa en las figuras anteriores, las agrupaciones permiten una mayor representatividad de los mapas de Procesos y además facilita la interpretación de la secuencia e interacción entre los mismos. Las agrupaciones, de hecho, se pueden entender como macro Procesos que incluyen dentro de sí otros Procesos, sin perjuicio de que, a su vez, uno de estos Procesos se pueda desplegar en otros Procesos (que podrían denominarse como subprocesos, o Procesos de 2º nivel), y así sucesivamente



En función del tamaño de la organización y/o la complejidad de las actividades, las agrupaciones y la cantidad de Procesos (así como los posibles niveles) serán diferentes. Si fuese necesario, se podrían emplear mapas de proceso “en cascada”, en soportes diferentes, pero vinculados entre sí. No obstante, hay que tener cuidado cuando se utiliza este tipo de “representación en cascada”, ya que se puede caer en un exceso de documentación, que además puede dificultar la interpretación de los mapas. Hay que tener presente que los mapas de Procesos son un instrumento para la gestión y no un fin en sí mismo. El nivel de detalle de los mapas de proceso dependerá del tamaño de la propia organización y de la complejidad de sus actividades.

El nivel de detalle de los mapas de proceso dependerá, como ya se ha comentado anteriormente, del tamaño de la propia organización y de la complejidad de sus actividades.

En este sentido, es importante alcanzar un adecuado punto de equilibrio entre la facilidad de interpretación del mapa o los mapas de proceso y el contenido de información.

Así, mapas de proceso excesivamente detallados pueden contener mucha información, pero presentar dificultad para el entendimiento de la estructura de Procesos (es decir, contener un exceso de información con poco valor y/o un excesivo detalle, que dificultan la

interpretación). En este sentido, un despliegue excesivo de los Procesos podría conducir a la consideración de Procesos muy “atomizados” que representan resultados de escaso interés por sí solos, y que sería de mayor utilidad y más fácil manejo si se consideraran de manera más agregada.

El último nivel de despliegue que se considere a la hora de establecer la estructura de Procesos debe permitir que cada proceso sea “gestionable” En el otro extremo, un escaso nivel de despliegue de los Procesos podría conducir a la pérdida de información relevante para la gestión de la organización.

Por ello, es necesario alcanzar un adecuado equilibrio. Hay que tener en cuenta que cada proceso implicará el manejo de una serie de indicadores y que los indicadores ofrecen información. Es conveniente que esta información sea la adecuada y relevante, y que los indicadores seleccionados sean, a su vez, manejables. El establecimiento y determinación de la estructura de Procesos de una organización es una “tarea” que implica la posible realización de ajustes posteriores. Es habitual y normal que una organización establezca un primer mapa de Procesos y, al cabo del tiempo, perciba la necesidad de modificar dicha estructura por diferentes motivos:

**Necesidad de agregar** Procesos para establecer otros indicadores relevantes.

**Conveniencia de desagrupar** Procesos para obtener información de resultados de interés a mayor nivel de detalle, etc.

Enfocar a Procesos la gestión de una organización supone asumir la posibilidad de que la estructura de Procesos sufra modificaciones y actualizaciones a lo largo del tiempo, aunque lo deseable es buscar una estabilidad en la estructura, una vez implantado este enfoque.

Por último, es necesario recordar que la representación e información relativa a los Procesos (incluyendo sus interrelaciones) no acaba con el mapa de Procesos, sino que, a través de la descripción individual de los mismos, se puede aportar información relativa a estas interrelaciones.

Hay que alcanzar un punto de equilibrio entre la información contenida en el mapa de proceso y su facilidad de interpretación y representatividad.

Para el mapa de Procesos se ubicaron los Procesos estratégicos en la parte superior, los de apoyo en la inferior y los claves al centro, las entradas que son leyes, reglamentos u otros entes que regulan, y salidas que es lo que se quiere lograr mediante la interrelación de todos los Procesos en la organización

#### 4.2.4 Selección de procesos críticos:

No todos los Procesos identificados pueden ser estudiados al mismo tiempo, por lo cual es necesario priorizar y concentrar esfuerzos en los más críticos para mejorarlos. Es por eso que se seleccionan los Procesos críticos que puedan generar un valor agregado a la organización.

Estos Procesos llamados críticos pueden ser aquellos que:  
 Tienen una significativa correlación con alguno de los objetivos o directrices definidas en la Visión de la organización.  
 Se encuentran en una situación desordenada o desestructurada, y es urgente Sistematizar su aplicación.  
 Los resultados de su evaluación se encuentran por debajo de los límites de control previamente definidos Metodología:  
 Se ocupará la matriz tipo L para poder hacer esta selección, se deben definir criterios que sean claves en el funcionamiento de la organización a evaluar, como, por ejemplo:

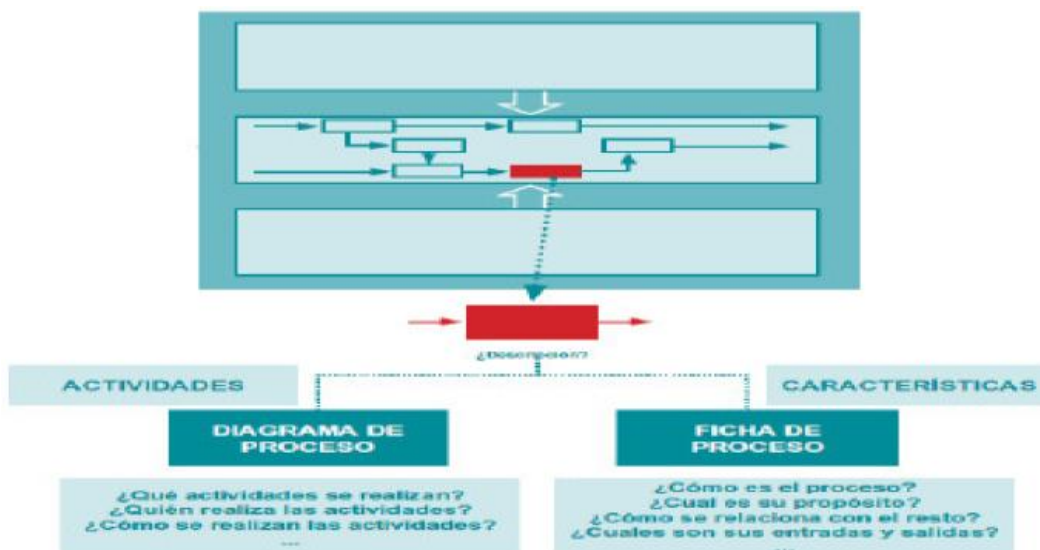
- Impacto institucional
- Impacto estratégico

Luego el grupo de trabajo define que puntuación darle a cada uno, para poder saber que, criterios son más importantes mejorar. Con la puntuación de cada uno de los criterios, se evalúan para cada uno de los Procesos, siguiente a esto se seleccionan en un diagrama de Pareto los Procesos críticos que serán objeto de estudio en primera instancia.

### 4.3 Gestión y Diseño de Procesos

El mapa de Procesos permite a una organización identificar los Procesos y conocer la estructura de los mismos, reflejando las interacciones entre ellos. No obstante, el mapa no permite saber cómo son los Procesos “por dentro” y cómo permiten la transformación de entradas en salidas.

La descripción de un proceso tiene como finalidad determinar los criterios y métodos para asegurar que las actividades que comprende se llevan a cabo de manera eficaz, al igual que el control del mismo. Esto implica que la descripción de un proceso se debe centrar en las actividades, así como en todas aquellas características relevantes que permitan el control de las mismas y la gestión del proceso.



El Diseño y la Gestión del proceso consistirán en las siguientes fases:

- Descripción de las actividades del proceso
- Descripción de las características del proceso

#### 4.3.1 Descripción de las actividades del proceso

Descripción de las actividades de un proceso se puede llevar a cabo a través de un diagrama, donde se pueden representar estas actividades de manera gráfica e interrelacionadas entre sí.

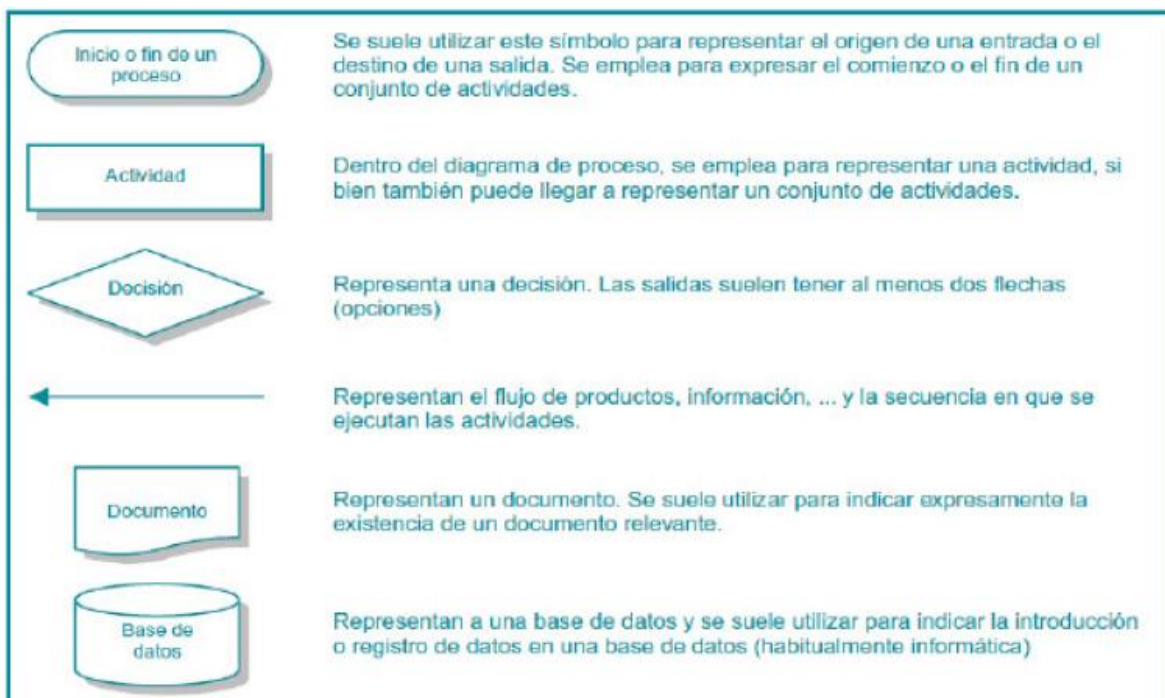
Estos diagramas facilitan la interpretación de las actividades en su conjunto, debido a que se permite una percepción visual del flujo y la secuencia de las mismas, incluyendo las entradas y salidas necesarias para el proceso y los límites del mismo.

Uno de los aspectos importantes que deberían recoger estos diagramas es la vinculación de las actividades con los responsables de su ejecución, ya que esto permite reflejar, a su vez, cómo se relacionan los diferentes actores que intervienen en el proceso.

Para la representación de este tipo de diagramas, la organización puede recurrir a la utilización de una serie de símbolos que proporcionan un lenguaje común, y que facilitan la interpretación de los mismos.

Para la representación de las actividades del proceso es muy común utilizar las normas UNE, No obstante, existe diversa bibliografía donde se establecen diferentes convenciones para llevar a cabo esta representación de diagramas de proceso.

A continuación, se muestran los símbolos más habituales, y que una organización puede adoptar como referencia para utilizar un mismo lenguaje.



Aunque la elaboración de un diagrama de proceso requiere un importante esfuerzo, la representación de las actividades a través de este esquema facilita el entendimiento de la secuencia e interrelación de las mismas y favorece la identificación de la “cadena de valor”, así como de las interfaces entre los diferentes actores que intervienen en la ejecución del mismo.

#### 4.4 Descripción de las características del proceso

La descripción de las características del proceso se hará mediante una ficha de proceso se puede considerar como un soporte de información que pretende recabar todas aquellas características relevantes para el control de las actividades definidas en el diagrama, así como para la gestión del proceso. La información a incluir dentro una ficha de proceso puede ser diversa y deberá ser decidida por la propia organización, si bien parece obvio que, al menos, debería ser la necesaria para permitir la gestión del mismo. Pero como mínimo dicha ficha o descripción contendrá los siguientes apartados.

**Nombre del Proceso:** El nombre del proceso que no es más que el conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan entre sí para producir bienes o servicios. Es donde se convierten las entradas en salidas.

**Misión del proceso:** Indicara la razón de ser del proceso, explicara el ¿Por qué? de la ejecución del proceso.

**Responsable del proceso:** Indicara quien es el actor o líder que deberá llevar a cabo o ejecutar la acción del proceso.

**Límites del proceso o alcance:** Establece cuando inicia y finaliza el proceso.

**Proveedores:** Son entidades o personas que proporcionan las entradas, tales como: materiales, información y otros insumos. Pueden ser uno o varios proveedores en un proceso, ya sean internos o externos.

**Entradas del proceso:** Son todos aquellos insumos que ingresarán al proceso, los cuales sufrirán transformación.

**Salidas del proceso:** Indicara todos aquellos productos o resultados del proceso.

**Usuarios:** Son las personas o entidades que se benefician con las salidas

**Controles del proceso:** Indicara aquellos requisitos, controles, documentos o registros que se necesiten.

**Indicadores:** Son medidores que deben establecerse en determinadas etapas del proceso



## 4.5 Seguimiento y Medición de los procesos

El enfoque basado en Procesos de los sistemas de gestión pone de manifiesto la importancia de llevar a cabo un seguimiento y medición de los mismos con el fin de conocer los resultados que se están obteniendo y si estos resultados cubren los valores u objetivos previstos.

No se puede considerar que un sistema de gestión tenga un enfoque basado en Procesos sí, aun disponiendo de un “buen mapa de Procesos” y unos “diagramas y fichas de Procesos coherentes”, el sistema no se “preocupa” por conocer sus resultados.

El seguimiento y la medición constituyen, por tanto, la base para saber qué se está obteniendo, en qué extensión se alcanzan los resultados deseados y por dónde se deben orientar las mejoras.

En este sentido, los indicadores permiten establecer, en el marco de un proceso (o de un conjunto de Procesos), qué es necesario medir para conocer la capacidad y la eficacia del mismo, todo ello alineado con su misión.



Dado que la finalidad de los indicadores es conocer la capacidad y eficacia asociadas a un proceso, es importante en este punto introducir estos conceptos.

**Capacidad:** Aptitud de una organización, sistema o proceso para realizar un producto que cumple los requisitos para ese producto.

**Eficacia:** Extensión en la que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados. ISO 9000:2005

Una organización debe asegurar que sus Procesos tienen la capacidad suficiente para permitir que los resultados que obtienen cubran los resultados planificados, y para ello se tiene que basar en datos objetivos, y estos datos deben surgir de la realización de un seguimiento y medición fiable.

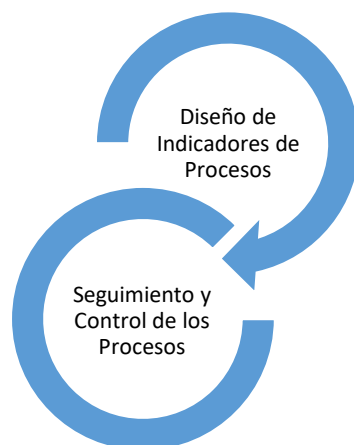
Es más, una organización debería preocuparse también por alcanzar los resultados deseados optimizando la utilización de recursos, es decir, además de la eficacia, debería considerar la eficiencia en los Procesos. Esto es indispensable si se desea avanzar hacia el éxito sostenido, como propugnan los actuales modelos de excelencia.



Los indicadores utilizados para conocer la eficiencia de un proceso deberían, por tanto, recoger los recursos que se consumen, tales como costes, horas-hombre utilizadas, tiempo, etc.

La información aportada por estos indicadores permite contrastar los resultados obtenidos con el coste de su obtención. Cuanto menos coste consuma un proceso para obtener unos mismos resultados, más eficiente será.

El seguimiento y la medición de los Procesos consistirán en las siguientes fases:



#### 4.5.1 Diseño de Indicadores de proceso

Los indicadores de un proceso constituyen los instrumentos que permiten recoger de manera adecuada y representativa la información relevante respecto a los resultados que obtiene, de forma que permiten determinar su capacidad y eficacia, así como su eficiencia.

En función de los valores que adopte un indicador y de su evolución a lo largo del tiempo, la organización podrá decidir si actúa o no sobre el proceso (en concreto sobre las variables de control que permitan cambiar su comportamiento), según convenga.

Un indicador es un soporte de información (habitualmente expresión numérica) que representa una magnitud, de manera que a través del análisis del mismo se permite la toma de decisiones sobre los parámetros de actuación (variables de control) asociados.

De ahí se deduce la importancia de identificar, seleccionar y formular adecuadamente los indicadores en cada proceso, ya que luego van a servir para su evaluación y control.

En este sentido, los indicadores se convierten en uno de los elementos centrales de evaluación de los diferentes sistemas que implementan y desarrollan las entidades, ya que permiten, dada su naturaleza, la comparación en la organización (Referenciación interna) o al exterior de la misma (Referenciación externa colectiva) desde el sector donde se desenvuelve.

Los indicadores permiten evidenciar el nivel de cumplimiento acerca de lo que está haciendo la organización y sobre los efectos de sus actividades, a través de la medición de aspectos tales como:

**Recursos:** Como talento humano, presupuesto, planta y equipos.

**Cargas de Trabajo:** Como estadísticas y metas que se tengan para un período de tiempo determinado y el tiempo y número de personas requeridas para realizar una actividad.

**Impacto:** De los productos y/o servicios, tales como enfermedades prevenidas, impuestos recolectados, niveles de seguridad laboral alcanzados

**Resultados:** Usuarios atendidos, Ejecución del cronograma,

**Productividad:** Como casos atendidos por profesionales, solicitudes procesadas por persona, llamadas de emergencia atendidas, Utilización de la Capacidad Instalada.

**Satisfacción del Usuario:** cantidad de quejas recibidas, Resultados de Encuestas etc.

#### 4.5.2 Características de los Indicadores

Los indicadores deben cumplir con unos requisitos y elementos para poder apoyar la gestión en el cumplimiento de los objetivos institucionales. Las características más relevantes son las siguientes:

**Oportunidad:** Deben permitir obtener información en tiempo real, de forma adecuada y oportuna, medir con un grado aceptable de precisión los resultados alcanzados y los desfases con respecto a los objetivos propuestos, que permitan la toma de decisiones para corregir y reorientar la gestión antes de que las consecuencias afecten significativamente los resultados o estos sean irreversibles.

**Excluyentes:** Cada indicador evalúa un aspecto específico único de la realidad, una dimensión particular de la gestión. Si bien la realidad en la que se actúa es multidimensional, un indicador puede considerar alguna de tales dimensiones (económica, social, cultural, política u otras), pero no puede abarcarlas todas.

**Prácticos:** Que se facilite su recolección y procesamiento.

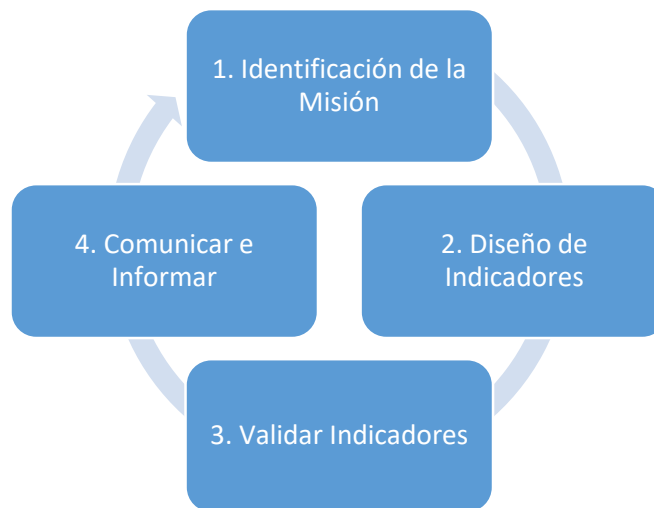
**Claros:** Ser comprensible, tanto para quienes lo desarrollen como para quienes lo estudien o lo tomen como referencia. Por tanto, un indicador complejo o de difícil interpretación que solo lo entienden quienes lo construyen debe ser replanteado.

**Explícitos:** Definir de manera clara las variables con respecto a las cuales se analizará para evitar interpretaciones ambiguas.

**Sensibles:** Reflejar el cambio de la variable en el tiempo.

**Transparente/Verificable:** Su cálculo debe estar adecuadamente soportado y ser documentado para su seguimiento y trazabilidad.

#### 4.5.2.1 Metodología para establecer Indicadores



#### **Identificación de la misión.**

Para la construcción de indicadores es necesario hacer una reflexión profunda de la organización dando respuesta a las siguientes preguntas<sup>1</sup>:

¿Qué se hace? Con esta pregunta se pretende que la entidad describa sus actividades principales que permiten cumplir con la razón de ser por la cual fue creada

¿Qué se desea medir? Debe realizarse la selección de aquellas actividades que se consideren prioritarias. Para ello se trata de establecer una relación valorada (por ejemplo, de 0 a 10) según el criterio que se establezca que permita priorizar todas las actividades. En esta reflexión puede analizarse bajo el tiempo dedicado por el personal de la organización en cada actividad, dado que resulta recomendable centrarse en las tareas que consuman la mayor parte del esfuerzo.

¿Quién utilizará la información? Una vez descritas y valoradas las actividades se deben seleccionar los destinatarios de la información, ya que los indicadores deben definir sustancialmente en función de quién los va a utilizar.

¿Cada cuánto se debe medir? En esta fase de la reflexión debe precisarse la periodicidad con la que se desea obtener la información. Dependiendo del tipo de actividad y del Destinatario de la información, los indicadores habrán de tener una u otra frecuencia temporal en cuanto a su presentación.

#### **Identificación y/o Revisión de Productos y Objetivos que serán medidos**

Después de tener claro el objetivo y el ser de la institución en general y los Procesos que se desean medir se deberá especificar en forma detallada cuales Procesos serán medidos:

Este paso responde a la pregunta: ¿Cuáles son los productos estratégicos y objetivos que serán evaluados?

Este será el punto de partida para asegurar la coherencia de los indicadores que se pretende construir, su análisis definirá el tipo de medición y los esfuerzos necesarios para obtener la información, pero cómo determinar lo que se considera estratégico para la organización, este interrogante se ilustra a través de las siguientes características:

Es el principal bien o servicio que la institución proporciona directamente a un usuario externo. La demanda de los usuarios de productos estratégicos es continua, sistemática, permanente y cautiva

Los recursos que se consumen en la generación de un producto estratégico son importantes, ya sea como porcentaje del presupuesto destinado a la provisión del servicio, o bien por el porcentaje de funcionarios afectados a la provisión del servicio

### **Diseño de indicadores**

Establecer Medidas de Desempeño Claves

Para este campo la pregunta claves es ¿Cuántos indicadores construir?

El número y tipo de indicadores dependerá de los objetivos determinados para la evaluación, de las características de la entidad y del nivel de la organización donde se pretendan desarrollar. En general los criterios para decidir el número de indicadores tienen que ver con los siguientes aspectos

El número de indicadores debe limitarse a una cantidad que permita apuntar a lo esencial, que permita captar el interés de los diferentes usuarios a los cuales va dirigido.

Que cubran las diferentes áreas de la organización: estratégica, gestión y operacional. De forma evidente lo más probable es que los indicadores de carácter estratégico y los más relevantes del control de gestión sean los que se reporten a las diferentes instancias que los solicitan.

Que permitan conocer el desempeño de los Procesos (resultados intermedios) para identificar debilidades, demoras, etc. Junto con lo anterior, estos resultados intermedios sirven para construir indicadores de calidad, que posibiliten tener antecedentes sobre la eficacia y la oportunidad del producto final.

### **Asignar las responsabilidades**

En concordancia con el punto anterior, donde se menciona que los indicadores se desarrollan a lo largo de la entidad, en todos los niveles y dado que se asocian a los resultados sobre los productos/servicios de cada nivel, se incluyen entonces los directivos o líderes a cargo que son responsables por ellos. Por lo que el paso siguiente a la identificación de lo que se medirá es establecer las responsabilidades institucionales para el cumplimiento en el manejo de la información, tanto para alimentar el indicador como para su análisis y presentación de resultados.

## Estructura Básica de los Indicadores

**Nombre del indicador:** Denominación del indicador.

**Objetivo:** Señalara el para que se estableció el indicador y que es lo que se mide.

**Proceso del indicador:** Describirá el mecanismo o procedimiento para la toma de datos del indicador.

**Responsabilidad:** Indicara el proceso dueño del indicador y, por lo tanto, los responsables de las acciones que se deriven del mismo.

**Usuarios del indicador:** Se establecerán quienes serán los clientes, y que directa o indirectamente necesitan conocer el indicador.

**Recursos:** Describirá el personal, instrumentos, informáticos, que participarán y permitirán la recolección de datos.

**Formula del indicador:** Método para el cálculo del indicador.

**nivel de Referencia:** Pueden ser metas, datos históricos, un estándar establecido, un requerimiento del cliente o de la competencia, o una cifra acordada por consenso con el grupo.

**Punto de Lectura:** Debe tenerse claro en qué punto se llevará a cabo la medición.

**Gráfico:** Se graficará la tendencia del indicador en un periodo de tiempo establecido.

### Hoja Metodológica del Indicador

A continuación, se presenta la Hoja Metodológica sugerida que constituye un instrumento que permite identificar los factores importantes al documentar un indicador. Tales como entidad, proceso, formula, variables, unidad de medida, metas, entre otros.

FICHA TECNICA DE INDICADORES			
<b>CODIGO:</b>		<b>VERSION:</b>	<b>FECHA:</b>
<b>Nombre del Indicador:</b>			
<b>Proceso para medición del Indicador:</b>			
<b>Objetivo del Indicador:</b>			
<b>Procesos que suministran información:</b>			
<b>Responsable de Medir</b>			
<b>Usuarios de la información recolectada</b>			
<b>Descripción del Indicador</b>			
<b>Tipo de Indicador</b>			
<b>Fórmula para calcular el indicador</b>			
<b>Estándar:</b>			
<b>Frecuencia Recolección</b>			
<b>Fuente de Datos</b>			
<b>Presentación del Indicador</b>			

### **Validar indicadores.**

La etapa de validación, es muy importante, ya que deben permitir asegurar su transparencia y confiabilidad del indicador para que se constituya en una herramienta para la toma de decisiones y la rendición de cuentas.

Para poder realizarla a continuación se determina un conjunto de criterios, sobre los cuales se deben examinar los indicadores para analizar su coherencia y la capacidad de cumplir los fines para los cuales fueron construidos.

<b>Criterio</b>	<b>Descripción</b>
Pertinencia	Debe referirse a los Procesos y productos esenciales que desarrolla cada institución para reflejar el grado de incumplimiento de sus objetivos institucionales. La medición de todos los productos o actividades que se realiza la institución genera una saturación de información, tanto al interior de la organización como fuera de ésta
Relevancia	Asegurarse que estoy midiendo los objetivos vinculados a lo estratégico. Cuando se trata de organizaciones que tienen más de un producto o servicio es conveniente desarrollar un conjunto de indicadores globales que represente a su accionar estratégico vinculado a su misión
Independencia	Los indicadores deben responder en lo fundamental a las acciones que desarrolla y controla la institución o a las variables del entorno que se ven afectados directamente por esas acciones. No puede estar condicionado a factores externos, tales como la situación general del país, la labor legislativa o la actividad conexas de terceros
Confiabilidad	Digno de confianza, independientemente de quien realice la medición. En principio la base estadística de los indicadores debe estar en condiciones de ser auditada por las autoridades de la institución y examinada por observadores externos.
Simplicidad y Comprensivo	Existe una tensión entre ambos criterios: se deben cubrir los aspectos más significativos del desempeño, pero la cantidad de indicadores no puede exceder la capacidad de análisis de los usuarios, tanto internos como externos. Los indicadores deben ser de fácil comprensión, libre de complejidades
No-Redundancia	Debe ser único y no repetitivo
Participación	Su elaboración debe involucra en el proceso a todos los actores relevantes, con el fin de asegurar la legitimidad y reforzar el compromiso con los objetivos

### **Comunicar e Informar**

Es importante precisar que los indicadores pueden ser utilizados para diferentes propósitos, dependiendo del objetivo de la evaluación, el ámbito en que se realiza y los usuarios a los

que se dirige, por lo que para la comunicación de los resultados es necesario tener en cuenta que los indicadores “no siempre podrán dar cuenta en forma integral del desempeño institucional, requiriéndose de otros antecedentes complementarios para esto, lo que refuerza un uso prudente de esta información”, razón por la cual se hace necesario trabajar baterías de Indicadores, que permitan desde diferentes puntos de vista el análisis de la situación y las medidas correctivas de ser necesario.

Así mismo enfocar la comunicación de acuerdo a los interesados, si los resultados están orientados a la rendición de cuentas a la ciudadanía, su presentación exige en lo posible un componente educativo, un lenguaje sencillo y entendible, para que puedan cumplirse con las expectativas de dichos usuarios frente a la Información suministrada.

Por su parte los informes para la Alta Dirección o Gerencia, requiere una periodicidad frente a la presentación de informes, de modo tal que pueda dar una línea base para el análisis o una continuidad de los Procesos, para efectos de una acertada toma de decisiones.

#### 4.5.3 Seguimiento y el Control de los procesos

Como se ha visto en el apartado anterior, una vez identificado y formalizado un indicador, su cálculo es utilizado para conocer la capacidad del proceso al que está asociado. No obstante, por un indicador se determinará mediante su comparación con el valor o el resultado que se ha planificado obtener. Por tanto, un resultado planificado es un valor de referencia con el que se compara el resultado real obtenido, permitiendo emitir un juicio acerca de la bondad del mismo.

Para determinar coherentemente los resultados planificados para un indicador, es habitual calcular los resultados que dicho indicador ha obtenido históricamente. También, si el proceso lo permite, puede ponerse inicialmente en marcha el proceso para calcular los valores del indicador en cuestión. A la vista de estos datos, será más fácil establecer los valores de referencia o resultados planificados.

En general, es conveniente distinguir dos tipos de resultados planificados:

**Objetivos.** Son valores de referencia, al igual que los anteriores, pero que sí representan una mejora de la capacidad del proceso. El establecimiento de objetivos requiere la realización de acciones en el proceso que permitan tal mejora de la capacidad, dado que con las condiciones anteriores de funcionamiento no se garantiza su cumplimiento.

**Valores de control.** Son valores de referencia con los que se compara el resultado real del indicador, permitiendo interpretar si el proceso funciona de manera apropiada o no. Se trata de valores coherentes con la capacidad admisible del proceso, y que deberían poder alcanzarse en las condiciones normales y habituales de funcionamiento.

En la siguiente tabla se puede apreciar más claramente la diferencia entre un tipo y otro.

Valor de Control	Objetivo
Representa un valor cuyo cumplimiento asegura la capacidad necesaria del proceso	Representa un estado de mayor capacidad que en periodos anteriores
No suele implicar el establecimiento de planificación de nuevas acciones para su consecución, sino que estas están estandarizadas en el sistema de gestión	Implica generalmente el establecimiento y planificación de acciones de mejora para su consecución, la posible estandarización de estas acciones y la posible revisión de los valores de control para sucesivos periodos
Se puede definir en todos los Procesos	No todos los Procesos tienen objetivos, solo es necesario en aquellos donde se decida mejorar.

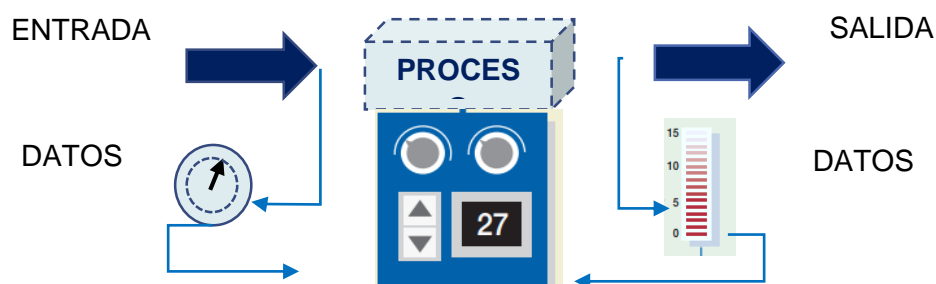
De la tabla anterior, se puede deducir que todo indicador debería disponer al menos de un valor de control con el que valorar si el resultado real (y por consiguiente el proceso) es bueno o no.

Adicionalmente, aquellos Procesos en los que se desee un aumento de su capacidad, será necesario que cuenten con indicadores sobre los que se establezcan objetivos, es decir, valores a alcanzar que representen un incremento de la capacidad del proceso y por lo tanto una mejora. Por lo general, esto supone la realización de acciones encaminadas a permitir tal incremento de la capacidad (incorporando/cambiando los recursos, aplicando nuevos métodos, etc.) que deberán ser planificadas.

A su vez, un indicador puede tener asociado uno o varios valores de control, incluso uno o varios objetivos, de forma que las decisiones sobre el proceso se toman en función de cómo los resultados reales obtenidos alcanzan tales resultados planificados.

El seguimiento y medición de los Procesos, como ya se ha expuesto, debe servir como mínimo para evaluar la capacidad y la eficacia de los Procesos, y tener datos a través de mediciones fiables que soporten la toma de decisiones.

Esto implica que, para ejercer un control sobre los Procesos, la información recabada por los indicadores debe permitir su análisis y la toma de decisiones que repercutan en una mejora del comportamiento del proceso. Uno de los principios de Gestión de la Calidad establecidos en la familia de normas ISO 9000 es el enfoque basado en hechos para la toma de decisiones, que establece que “las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información”.





Obviamente, estas decisiones deberán ser tomadas por el responsable del proceso o del conjunto de Procesos (propietario), y se adoptarán sobre aquellos parámetros del proceso (o del conjunto de Procesos) para los que tiene capacidad de actuación. Estos parámetros son los que en la ficha de proceso se han denominado como “variables de control”. El esquema para el control del proceso es, por tanto, muy simple. A través de indicadores se analizan los resultados del proceso (para conocer si alcanzan los resultados esperados) y se toman decisiones sobre las variables de control (se adoptan acciones). De la implantación de estas decisiones se espera, a su vez, un cambio de comportamiento del proceso y, por tanto, de los indicadores. Esto es lo que se conoce como bucle de control.

Solo es posible que funcione el bucle de control si se es consciente de que la actuación sobre las variables de control consigue alterar los resultados del proceso y, por tanto, los indicadores, es decir, si existe una relación “causa-efecto” entre las variables de control y los indicadores

Por último, y antes de abordar el control de los Procesos sobre la base de los indicadores, es importante destacar que, aunque cada organización debe decidir cómo formaliza los mismos, existen algunas características que deberían ser tenidas en cuenta, como pueden ser la forma de cálculo, la periodicidad para la medición y el seguimiento, la forma de representación, los responsables de ello y, por supuesto, el resultado esperado respecto al mismo.

**Manual de Procesos y Procedimientos**  
**Hospitalización del Tercer Nivel de Atención**  
**MINSAL**



## **FICHA CATALOGRÁFICA**

2018 Ministerio de Salud

Todos los derechos reservados. Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra, siempre que se cite la fuente y que no sea para fines de lucro.

Es responsabilidad de los autores técnicos de este documento, tanto su contenido como los cuadros, diagramas e imágenes.

La documentación oficial del Ministerio de Salud puede ser consultada a través de:  
<http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

Ministerio de Salud

Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 2202-7000. Página oficial:  
<http://www.salud.gob.sv>



## HOJA DE IDENTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN

### NOMBRE DEL DOCUMENTO

Manual de Procesos y procedimientos de Hospitalización del Tercer Nivel de Atención del MINSAL

### SÍNTESIS DEL DOCUMENTO

Contiene los Procesos y procedimientos que deberán aplicarse para en los Servicios de Hospitalización

### AUTORIZACIONES

Director general del Hospital

### VALIDACIÓN

Coordinación de Hospitales del Tercer Nivel del MINSAL

Dr. Estrada\_\_\_\_\_

### FECHA DE AUTORIZACIÓN Y VALIDACIÓN

Mes	Año
Noviembre	2018

## Contenido

Introducción.....	6
Uso y actualización .....	7
Objetivos .....	8
Alcance .....	9
Marco Normativo.....	10
Estructuración del Manual.....	11
1. Mapa de Proceso de Hospitalización .....	14
2. Procesos Estratégicos.....	15
2.1 Proceso: Planeación del proceso de hospitalización.....	18
2.1.1 Sub proceso: Planeación Estratégica .....	19
2.1.2 Sub proceso: Planeación Operativa.....	27
2.2 Proceso: Gestión del Talento Humano.....	35
2.2.1 Sub proceso: Planeación del Talento Humano.....	36
2.2.2 Sub proceso: Gestión de Personal.....	44
2.2.3 Sub proceso: Gestión del Conocimiento.....	51
2.3 Proceso: Gestión de abastecimiento de recursos.....	59
2.3.1 Sub proceso: Gestión de Insumos médicos .....	60
2.3.2 Sub proceso: Gestión de Equipo médico.....	68
2.3.3 Sub proceso: Gestión de productos intrahospitalarios.....	75
3. Proceso clave o misional.....	83
3.1 Proceso: Hospitalización.....	85
3.1.1 Sub proceso: Gestión de ingreso.....	86
3.1.2 Sub proceso: Gestión de cama.....	92
3.1.3 Sub proceso: Evaluación médica.....	99
3.1.4 Sub proceso: Gestión de Indicaciones.....	107
3.1.5 Sub proceso: Atención de enfermería.....	114
3.1.6 Sub proceso: Gestión de Alta médica.....	124
4. Proceso: Gestión del control .....	136
4.1 Proceso: Gestión del proceso de Hospitalización.....	138
4.1.1 Sub proceso: Auditoría interna del proceso .....	139

4.1.2	Sub proceso: Evaluación y Mejora de Proceso.....	149
5.	Procesos de Seguimiento.....	158
5.1	Proceso: Gestión del proceso de Hospitalización.....	160
5.1.1	Sub proceso: Retroalimentación de la atención brindada.....	160
5.1.2	Sub proceso: Control de Documentos .....	169
5.1.3	Sub proceso: Comunicación .....	173
6.	Formularios utilizados en los procedimientos de los procesos de hospitalización .....	178
6.1	Guía de formularios.....	179

## Introducción

El presente Manual de Procesos y procedimientos de Hospitalización, es un documento que contiene la información básica de las actividades indispensables que deben ejecutarse para la realización y cumplimiento de las funciones asignadas para brindar servicios de atención hospitalaria a la población salvadoreña.

El manual incluye además los responsables y unidades que regularmente intervienen en los Procesos de atención, planificación y apoyo precisando su responsabilidad y participación. Además, se encuentra registrada la información básica referente al funcionamiento durante la prestación del servicio de Hospitalización, facilitando las labores de auditoría, de evaluación y control interno y propiciando un escenario apropiado para el desarrollo de la mejora continua.

También nos da a conocer de manera integral, la operatividad de cada proceso estratégico, operativo y de apoyo que se lleva para el funcionamiento del área de Hospitalización, con los siguientes apartados:

- a. Propósito, alcance y políticas de cada proceso.
- b. Descripción de cada proceso de Hospitalización.
- c. Flujograma o carta de proceso.
- d. Documentos de referencia y registros.
- e. Control de cambios y actualizaciones del procedimiento.

En espera que sea de utilidad al personal Hospitalario como guía para la estandarización de los Procesos de manera que se conduzca en forma ordenada el desarrollo de las actividades, evitando la duplicidad de esfuerzos, todo ello con la finalidad optimizar el aprovechamiento de los recursos y agilizar los trámites que realiza el usuario, con relación a los servicios que se le proporcionan.

## Uso y actualización

El presente documento se formuló con el fin de proporcionar los elementos que normen la operación en los Servicios de Hospitalización, para la atención de la salud de la población en forma óptima. La colaboración eficiente y oportuna del cuerpo médico y personal administrativo, en el cumplimiento de los lineamientos de este manual, se traducirá en el logro de los objetivos del proceso de Hospitalización.

Este Manual ha sido diseñado para ser un documento dinámico y como tal, deberá ser revisado para su actualización durante el desarrollo del proceso. Las revisiones y actualizaciones podrán ser elaboradas a iniciativa del personal que participa en el proceso y deberán siempre conservar o mejorar la calidad, el control y la eficiencia de los procedimientos.

Debido a que este Manual será el patrón bajo el cual operarán los Servicios de Hospitalización del Tercer Nivel de Atención del MINSAL contra el cual serán medidas en su eficiencia por las auditorias que se realicen, las revisiones y enmiendas del mismo serán permitidas solamente con la aprobación de la Coordinación de Hospitales del Tercer Nivel.

Todos los cambios o adiciones que se aprueben serán parte integrante del Manual y deberán ser incorporados a este documento en los mismos formatos del original. Los Servicios de Hospitalización tendrán así un Manual completo y permanentemente actualizado que servirá como base para sus operaciones.



## Objetivos

### Objetivo General

Proporcionar una descripción de la secuencia de actividades que deben realizarse para el cumplimiento de las funciones conferidas al macro proceso de Hospitalización con el fin de la homogenización de Procesos e identificación de oportunidades que mejoren los métodos de trabajo, a través de acciones lógicas y secuenciales, para la atención con calidad y eficiencia a las personas que solicitan la atención.

### Objetivos Específicos

- Proporcionar un instrumento que permita realizar los diferentes procedimientos asistenciales en el área de Hospitalización de manera estandarizada con el propósito de mejorar la calidad y seguridad en la atención del paciente
- Establecer las políticas, normas y desarrollo de las actividades que se llevan a cabo en los Servicios Clínicos de Hospitalización, con la finalidad de ofrecer una guía en el ejercicio de las funciones del personal que integra el área.
- Servir de guía para el desarrollo lógico, ordenado y eficiente de los procedimientos que realiza el personal que participa en el proceso de Hospitalización, especialmente como documento de inducción para el personal nuevo que ingrese a formar parte de esta dependencia.
- Lograr la mayor eficiencia, calidad y control en las operaciones, ahorrando tiempo y esfuerzo en la ejecución del trabajo, al evitar la duplicidad de funciones dentro de los Procesos.

## Alcance

El presente manual aplica para todos los Procesos y procedimientos incluidos en el mapa de Procesos de Hospitalización y para todos los Hospitales del Tercer Nivel de Atención del MINSAL. En este sentido, el Manual de Procesos y Procedimientos está dirigido a todas las personas que, bajo cualquier modalidad, se encuentren vinculadas al proceso y se constituye en un elemento de apoyo útil para el cumplimiento de las responsabilidades asignadas, y para coadyuvar, conjuntamente con el Control Interno, en la consecución de las metas de desempeño, asegurar la información y consolidar el cumplimiento normativo. Este documento describe los Procesos de Hospitalización, y expone en una secuencia ordenada las principales operaciones o pasos que componen cada procedimiento, y la manera de realizarlo. Contiene, además, diagramas de flujo, que expresan gráficamente la trayectoria de las distintas operaciones, e incluye las dependencias que intervienen, precisando sus responsabilidades y la participación de cada cual. Sus contenidos aprobados, deben ser de cumplimiento obligatorio para todo el personal profesional, técnico o administrativo actuante.

### **Código de Salud.**

El Código de Salud establece en " El Art. 195.- El Ministerio establecerá las normas generales para coordinar y unificar los procedimientos que han de seguir todos los establecimientos públicos de asistencia médica a fin de evitar duplicidad y dispersión de esfuerzos".

### **Política Nacional de Salud 2009 2014.**

Estrategia 9: Política Hospitalaria. Regular e incrementar la eficacia, eficiencia y calidad de los niveles secundario y terciario (hospitales) como componente relevante de la red integrada de servicios del Sistema Nacional de Salud.

Línea de acción 9.4: Mejorar la capacidad gerencial de los cuadros directivos de los hospitales como condición para el funcionamiento eficaz y eficiente de los servicios hospitalarios; institucionalizando y generalizando la implantación de un Sistema de información gerencial que facilite la toma de decisiones.

### **Reglamento General De Hospitales Del Ministerio De Salud**

Objeto regular las atribuciones y funciones de los Hospitales Públicos del Ministerio de Salud, en adelante MINSAL; así como su organización y funcionamiento en el Sistema Integrado de Salud, en adelante SIS, en atención a las necesidades de salud de la población.

### **Lineamientos Técnicos de Mejora Continua de la Calidad en Hospitales de las RISS,**

Estos lineamientos son la base para el desarrollo de la mejora continua de la calidad (MCC) en los servicios de salud el personal debe aplicar el modelo de mejoramiento continuo de la calidad. Realizándolo a través de la medición del cumplimiento de los estándares por medio de indicadores y mediante el análisis de los Procesos evaluados y sus fallas utilizando los ciclos de planificación, ejecución, verificación y análisis,

### **Estrategia para la Mejora Continua de la Calidad en los Servicios Hospitalarios**

Evaluar integralmente la calidad de los Procesos hospitalarios y sus resultados, a través de indicadores estandarizados y medibles para toda la red hospitalaria, definidos por la Dirección Nacional de Hospitales en coordinación con el Comité Nacional de Calidad Hospitalaria (CNCH). Evaluando el nivel de satisfacción de los pacientes y familiares respecto a la atención recibida.

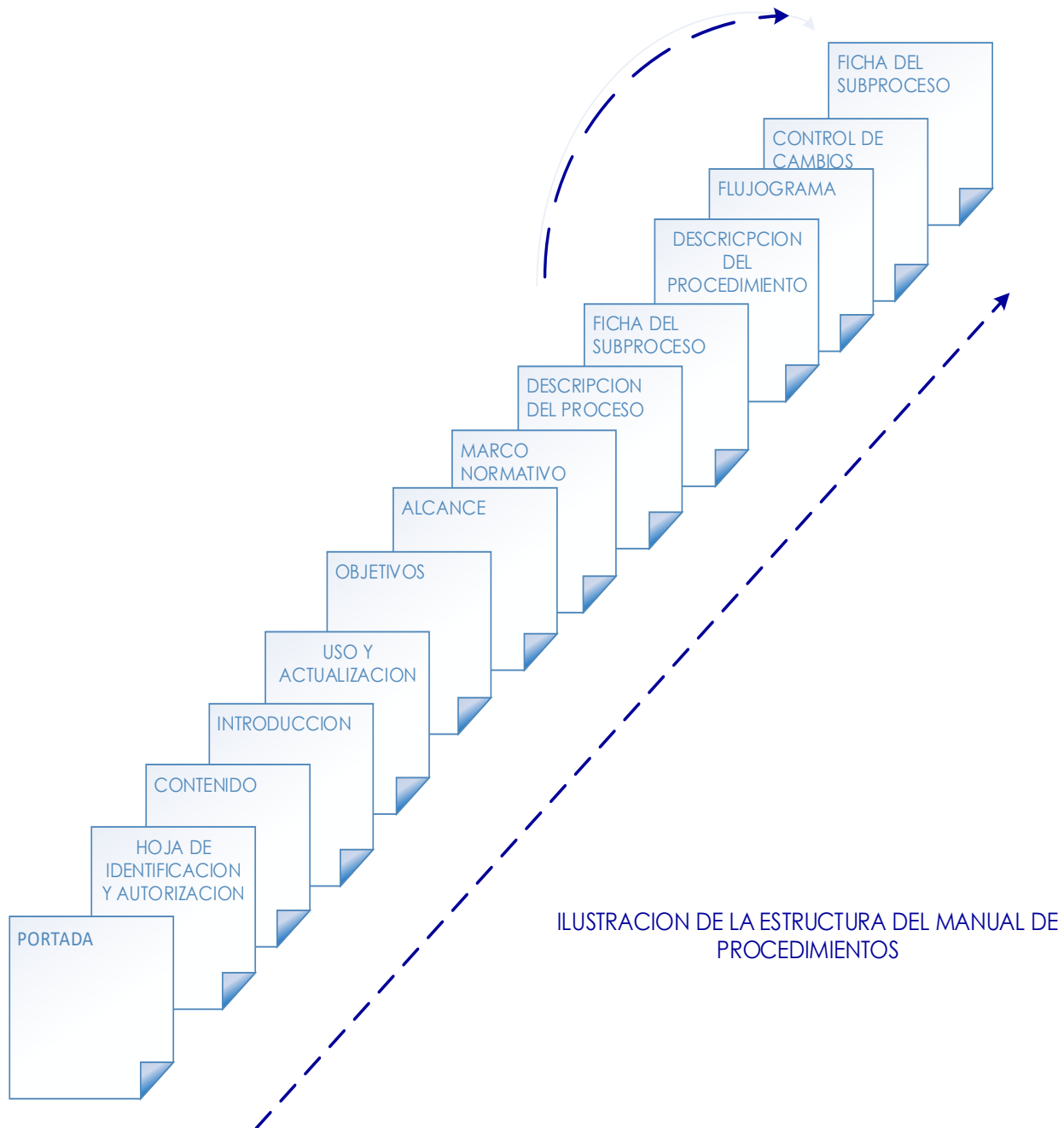
## **Estructuración del manual de procedimientos**

En el presente apartado se enfoca la atención a los aspectos de forma y estilo que integran el documento final; en el entendido de que los lineamientos que aquí se establecen son de carácter oficial, y cuya intención es uniformar la elaboración de los manuales de Procesos dentro del ámbito institucional.

El documento debe elaborarse en hojas de papel bond base 20, tamaño carta, la redacción del documento debe realizarse en el sistema de cómputo Microsoft Word o sistemas compatibles, utilizando el tipo de letra Century Gothic 10.5. Si se dispone de las herramientas e insumos necesarios en caso contrario deberá cuidarse la semejanza en su elaboración.

El diagrama de flujo podrá realizarse en el paquete que más se adapte a las posibilidades del área que lo elabora, cuidando y respetando la simbología que se establece en el apartado correspondiente de este documento. Se recomienda Microsoft Word para textos y Microsoft Visio para diagramas de flujo.

Bajo estas consideraciones generales, el Manual de Procesos deberá integrarse con el siguiente orden, contenido y características.



A continuación, se describen cada uno de los componentes del Manual de Procesos.

### **Hoja de identificación y validación**

Contiene la autorización y validación del manual, con el registro de firmas y la fecha de realización

### **Índice**

Se describe la relación que especifique de manera simplificada y ordenada, los capítulos o apartados que constituyen la estructura del manual, así como el número de hoja en que se encuentra ubicado cada uno de estos.

## **Introducción**

Se refiere a la explicación que se dirige al lector sobre el contenido del manual, de su utilidad y de los fines y propósitos que se pretenden cumplir a través de él.

En este apartado se señalará en forma clara y concisa, los antecedentes principales de la unidad responsable.

## **Uso y actualización**

Este se especifica el personal que está facultado para el uso del manual y la necesidad de actualización del proceso, dejando en claro quienes tienen la facultad para realizar cambios en los documentos y registros del sistema de Gestión

## **Objetivo del manual**

Se define el propósito final que se persigue con la implantación del Manual de Procesos. La formulación del objetivo debe ser breve, clara y precisa

## **Alcance**

Se especifica, que Procesos están descritos en este manual y el personal y áreas que lo deben adoptar

## **Marco Normativo**

En este apartado se debe escribir en forma enunciativa, los ordenamientos jurídicos y administrativos que dan fundamento y regulan la operación del manual y sus Procesos.

## **Descripción narrativa del proceso**

Se describe el objetivo, alcance entradas y salidas de los Procesos y los recursos necesarios para realizarlos, además se presenta un cuadro de los subprocesos y procedimientos que los compone y los formularios vinculados a su desarrollo

## **Ficha del subproceso**

En esta se define el objetivo, alcance y procedimientos que se necesitan llevar a cabo. Especificando de manera amplia la entrada y proveedores, salida y usuarios, registros, documentos externos y recursos para el óptimo desempeño del proceso

## **Descripción narrativa del procedimiento**

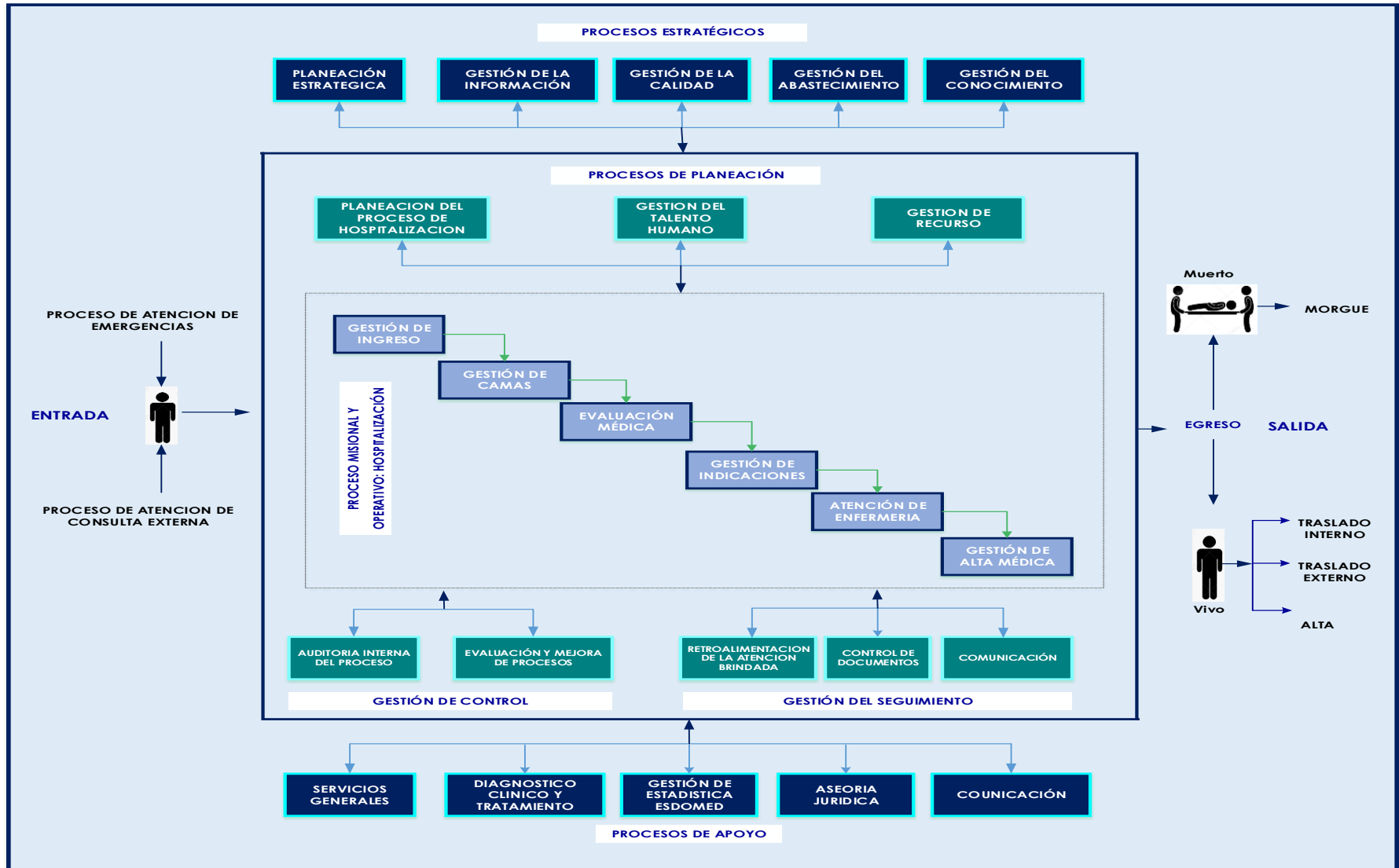
Es la narración cronológica y secuencial de cada una de las actividades que hay que realizar dentro del proceso, explicando quién, qué, dónde y cuándo se hace, a través de la explicación narrativa de cada actividad.

**Flujograma:** es la descripción gráfica del procedimiento, según la norma ANSI

## **Control de cambios de versión**

En este apartado se deberá describir en forma clara y breve las modificaciones que se realicen al proceso en el transcurso del tiempo.

# Mapa del proceso de hospitalización



## Procesos Estratégicos

PROCESOS ESTRATEGICOS-PLANIFICACION							
Planeación del proceso de Hospitalización EST-PH	Gestión del talento humano EST-GTH			Gestión de abastecimiento de recursos EST-GAR			
<i><b>Planeación estratégica</b></i>	<i>Planeación operativa</i>	<i>Planeación del talento humano</i>	<i>Gestión del personal</i>	<i>Gestión del conocimiento</i>	<i>Gestión de insumos médicos</i>	<i>Gestión de equipo medico</i>	<i>Gestión de productos intrahospitalarios</i>
<i><b>EST-PH- PLE</b></i>	<i>EST-PH-PLO</i>	<i>EST-GTH- PLH</i>	<i>EST-GTH- GP</i>	<i>EST-GTH- GDC</i>	<i>EST-GAR- GIM</i>	<i>EST-GAR-GEM</i>	<i>EST-GAR-GPI</i>
<i><b>Plan estratégico</b></i>	<i>Plan Operativo</i>	<i>Planificación del personal de Enfermería.</i>	<i>Control de permisos, inasistencias y horas,</i>	<i>Enseñanza y aprendizaje (Internos-residentes-servicio Social)</i>	<i>Requisición y recepción de insumos</i>	<i>Esterilización de arsenal medico</i>	<i>Establecimiento de requisitos de productos no conforme</i>
<i><b>Auditoría de la planeación Estratégica</b></i>	<i>Planificación de Recursos utilizados en el servicio</i>	<i>Planificación del personal Médico</i>	<i>Evaluación del desempeño del personal</i>	<i>Capacitación de personal</i>	<i>Control del uso de Insumos</i>	<i>Control de equipo médico y mantenimiento</i>	<i>Control de Productos no conforme</i>

El desglose anterior muestra los 3 Procesos, los cuales se subdividen en 8 subprocesos y 16 procedimientos que agregan valor indirecto al servicio ofertado por el proceso de Hospitalización



Procesos	Subprocesos	N°	Procedimientos	Código del procedimiento	Nombre de los formularios	Código del Registro	
ESTRATEGICOS	PLANIFICACIÓN DEL HOSPITALIZACIÓN	Planeación Estratégica	1	Plan estratégico	EST-PH -PLE-01	Plan Estratégico	PLA-EST-PLE-01-01
			2	Auditoria de la planeación Estratégica	EST-PH -PLE-02	Lista de verificación para la evaluación del plan estratégico	LVR-EST-PLE-01-01
		Planeación Operativa	3	Plan Operativo	EST-PH-PLO-01	Plan operativo	PLA-EST-PLO-02-01
			4	Planificación de Recursos utilizados en el servicio	EST-PH-PLO-02	Informe de requisición de recursos e insumos para Servicio de Hospitalización	INF-EST-PLO-02-01
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Planeación del Talento Humano	5	Planificación de personal de Enfermería	EST-GTH-PLH-01	---No aplica---	-
			6	Planificación de personal Médico	EST-GTH-PLH-02	---No aplica---	-
		Gestión de Personal	7	Control de permisos, inasistencias, horas	EST-GTH-GP-01	Control de permisos, inasistencias y horas trabajadas del personal	CTL-EST-GP-01-01
			8	Evaluación del desempeño del personal	EST-GT-GP-02	Lista de Verificación: Desempeño del Personal en los Servicios de Hospitalización	LVR-EST-GP-02-01
		Gestión del Conocimiento	9	Enseñanza y aprendizaje, Internos-residentes-servicio Social.	EST-GTH-GDC-01	Control de Entrenamiento/ INDUCCIÓN/ Capacitaciones	CTL-EST-GDC-01-01
			10	Capacitación de personal	EST-GTH-GDC-02	Listado de Asistencia a Capacitar por Módulo/Tema	LST-EST-GDC-01-01

GESTIÓN DE ABASTECIMIENTO DE RECURSO	Gestión de Insumos médicos	1 1	Requisición y recepción de insumos	EST-GAR-GIM-01	Formulario para requisición de recursos e insumos para Servicio de Hospitalización	FOR-EST-GIM-01-01	
		1 2	Control del uso de Insumos	EST-GAR-GIM-02	Control de Inventario del Servicio de Hospitalización	CTL-EST-GIM-01-01	
	Gestión de Equipo medico	1 3	Esterilización de arsenal medico	EST-GAR-GEM-01	---	No aplica---	-
		1 4	Control de equipo médico y mantenimiento	EST-GAR-GEM-02	Control y Evaluación de Equipos de los Servicios de Hospitalización	CTL-EST-GEM-01-01	
				Informe de Evaluación de Equipos médicos de los Servicios de Hospitalización	INF-EST-GEM-01-01		
	Gestión de productos intrahospitalarios	1 5	Establecimiento de requisitos de productos no conforme	EST-GAR-GPI-01	Formulario para producto recibido no conforme.	FOR-EST-GPI-01-01	
		16	Control de Productos no conforme	EST-GAR-GPI-02	Control de correcciones del producto recibido no conforme	CTL-EST-GPI-02-01	

<b>Proceso:</b> Planeación del proceso de Hospitalización	<b>Código del proceso:</b> EST-PH	<b>Clasificación:</b> Estratégico	<b>Responsable:</b> División medica	<b>Versión</b> : 1.0
<b>Cantidad de Sub proceso:</b> 2		<b>Cantidad de procedimientos:</b> 4		



**Objetivo:** Define las estrategias y los objetivos del Proceso de Hospitalización, y las líneas que se desagregaran en la planificación operativa de la prestación del servicio en la cual se formularan metas a corto plazo determinando los recursos necesarios buscando mejorar el desempeño del proceso y la satisfacción del cliente.

**Alcance:** Este proceso incluye el establecimiento y control de la planeación estratégica y la desagregación de este en la planeación operativa, la cual requiere de planificación de los recursos necesarios para el cumplimiento de las metas programadas

**Entradas Documentos:** Líneas estratégicas del Ministerio de Salud, Plan quinquenal, plan estratégico y operativo del Hospital de los años anteriores

**Salida Documentos:** Planeación estratégica de los Servicios de Hospitalización, Planeación Operativa y Planeación de los recursos (Presupuesto)

**Participantes:** División medica

- Responsables de los Procesos
- Jefes de Servicio.
- Comité de Gestión por Procesos

**Recursos:** Presupuesto para atención hospitalaria, Horas-hombre, papelería de oficina, Mobiliario y equipo, infraestructura, sistema informático

**Elaborado por:**  
GRUPO DE  
TRABAJO DE  
GRADO

**Revisado por:**  
INGA. SONIA  
GARCÍA

**Aprobado por:**  
COORDINACIÓN DE  
HOSPITALES DE TERCER  
NIVEL

**Fecha de Aprobación**  
NOVIEMBRE 2018

<b>Proceso:</b> Planeación del proceso de Hospitalización	<b>Código del proceso:</b> EST-PH	<b>Clasificación:</b> Estratégico	<b>Responsable:</b> Comité de Gestión por Proceso	Versión: 1.0
<b>Sub proceso:</b> Planeación Estratégica <b>Código del sub proceso:</b> EST-PH-PLE				Página:1-8



**Objetivo del subproceso:** Orientar hacia el logro de los resultados por medio de un proceso continuo y sistemático que consiste en prever futuros cambios, aprovechando las oportunidades que surgen, examinando los puntos débiles y fuertes del servicio de Hospitalización y estableciendo y corrigiendo cursos de acción a largo plazo.

**Alcance del subproceso:** Director y Personal del comité de Gestión por Proceso.

**Criterios:** la planeación estratégica requiere de líderes, la importancia y el compromiso del talento humano que participa en él.

Proveedor	Entrada	Procedimiento	P	H	V	A	Salida	Usuario	Registro
Dirección del Hospital	Lineamientos de la Dirección	Plan estratégico	X	X			Plan Estratégico	Director  Personal del comité de Gestión por Procesos	Plan Estratégico
		Auditoría de la planeación/control de la planeación Estratégica			X	X	Revisión del Plan Estratégico Plan Estratégico		

**Elaborado por:**  
GRUPO DE TRABAJO DE GRADO

**Revisado por:**  
INGA. SONIA GARCÍA

**Aprobado por:**  
COORDINACIÓN DE HOSPITALES DE TERCER NIVEL

**Fecha de Aprobación**  
NOVIEMBRE 2018

### 1. Control de registro

Nombre	Código del registro	Descripción
Lista de verificación para la evaluación del plan estratégico.	LVR-EST-PLE-01-01	Se describe la Fecha, Responsable de la Dirección de los Servicios de Hospitalización, Nombre del Auditor, Periodo a ser auditado, así como los Establecimientos de actividades estratégicas y la verificación del Cumplimiento de actividades estratégicas.
Informe de resultados de auditoría.	INF-EST-PLE-01-01	Informe realizado por el comité de gestión por proceso, para la documentación de los resultados de la evaluación aplicada.

### 2. Documentos externos

Nombre	Observación
Plan Operativo Institucional año 2018 del Ministerio de Salud	-----
Memorias laborales 2018.	

### 3. Recursos

Tipo	Descripción	Características generales - Requisitos
Personal	Personal del comité de Gestión por Procesos médico y de enfermería	Personal con formación específica
Papelería	Papelería de control de registro y útiles de oficina	Registros formalizados por la unidad de estadísticas
Materiales/insumos	Documentos externos	Disponibilidad de acceso a La información
Mobiliario	Cama, mobiliario de oficina.	Revisiones reglamentarias realizadas

<b>Sub Proceso:</b> Planeación estratégica.	<b>Código del sub proceso:</b> EST-PH -PLE	<b>Clasificación:</b> Estratégico	<b>Responsable:</b> Comité de Gestión por Proceso	<b>Versión:</b> 1.0
<b>Procedimiento:</b> Plan Estratégico			<b>Código del procedimiento:</b> EST-PH - PLE -01	<b>Página:</b> 3-8



- I. **OBJETIVO:** Establecer las principales líneas de acción a seguir mediante la elaboración del plan estratégico, así como la elaboración de la Misión, Visión y Valores del servicio de Hospitalización.
- II. **ALCANCE:** Comité de Gestión por Procesos y Dirección.
- III. **REFERENCIA / NORMATIVA:**  
Plan Operativo Institucional año 2018 del Ministerio de Salud  
Memorias laborales 2018.

### DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO 01

No	Actividad	Descripción	Responsable
1.	Revisar plan de salud del quinquenio.	El comité revisara cada 5 años el plan de salud para actualizarlo dependiendo de las necesidades que se vayan presentando en el servicio, analizando los recursos y herramientas necesarios para llevar a cabo el plan estratégico.	Comité de gestión por proceso
2.	Establecer líneas estratégicas del área.	Establecer conjunto de acciones que deberán ser desarrolladas para lograr los objetivos estratégicos, esto implica el definir y priorizar los problemas a resolver, planear soluciones, determinar a los responsables para su ejecución, asignar recursos para llevarla a cabo y establecer la forma y periodicidad para medir los avances.	
3.	Elaborar misión del área de Hospitalización	Declarar en formal escrita la misión la cual describe en forma clara y precisa la razón de ser del servicio que se brindan respondiendo a preguntas como ¿Quiénes somos? ¿Qué hacemos y para quienes?	
4.	Elaborar visión del área de Hospitalización	Elaborar la visión implica como espera ser Reconocido el servicio de Hospitalización a futuro, Significa la posición que se quiere alcanzar en el tiempo dentro de su entorno.	
5.	Establecer valores del área de Hospitalización	Establecer los Valores que rijan el accionar del personal para brindar una atención más humana a la población.	
6.	presentar propuesta del plan estratégico	Presentar la metodología de Plan Estratégico el cual debe permitir la identificación adecuada de los objetivos estratégicos, para que formule un plan de acuerdo con los lineamientos ya establecidos.	
7.	Analizar la propuesta del Plan estratégico	Hacer un análisis crítico de los recursos y apoyos logísticos necesarios para lograr con éxito la misión del servicio y alcanzar los objetivos y metas estratégicos.	Dirección
8.	Revisión y aprobación del plan Estratégico	Revisar los apartados elaborados del plan estratégico para su debida aprobación	

**Indicadores:**

**Cumplimiento estratégico.**

$$\frac{\text{Tiempo establecido en la realizacion de la planeacion}}{\text{Tiempo utilizado para la realizacion}} * 100$$

**Parámetros**

Mayor a 90%: Bueno  
Mayor a 50% y menor a 90%:  
Revisar  
Menor a 50%: Tomar Acciones

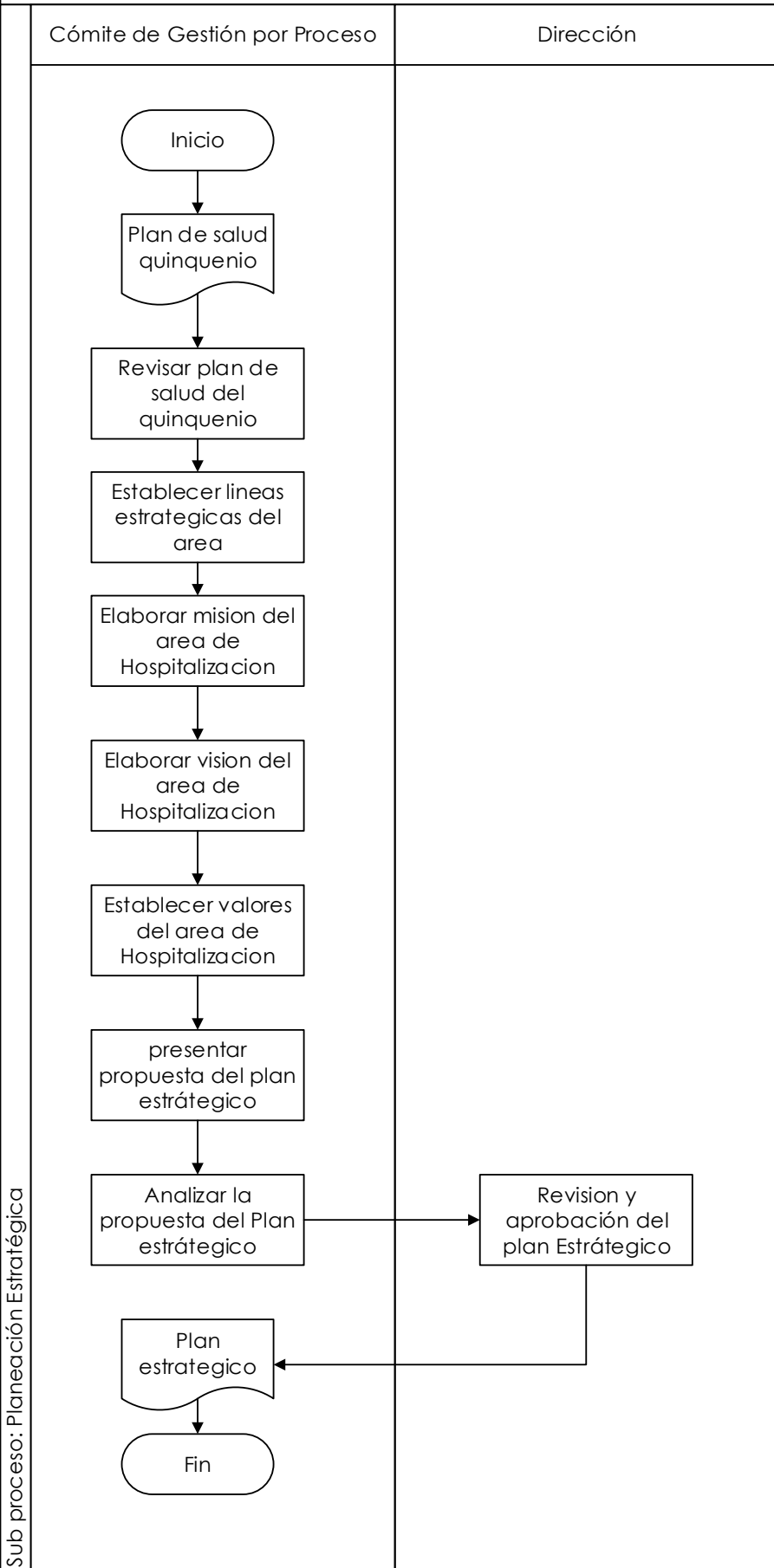
**Registro**

Registros	Código de registro	Soporte de archivo	Responsable de custodia
N/A		Papel / digital	

**Control de cambio**

Edición	Fecha	Motivo de la modificación

Procedimiento: EST-PH -PLE -01 Plan estratégico





<b>Sub Proceso:</b> Planeación estratégica.	<b>Código del sub proceso:</b> EST-PH -PLE	<b>Clasificación:</b> Estratégico	<b>Responsable:</b> Comité de Gestión por Proceso	<b>Versión:</b> 1.0
<b>Procedimiento:</b> Auditoria de la planeación/control de la planeación Estratégica <b>Código del procedimiento:</b> EST-PH -PLE -02				<b>Página:</b> 6-8



- I. **Objetivo:** Monitorear los compromisos acordados (objetivos estratégicos, líneas de acción, etc.) según el plan estratégico.
- II. **Alcance:** Comité de Gestión por Proceso
- III. **REFERENCIA / NORMATIVA:**  
Plan Operativo Institucional año 2018 del Ministerio de Salud  
Memorias laborales 2018.

### DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO 02

No	Actividad	Descripción	Responsable
1.	Preparar plan de auditoría	Preparar el plan de auditoria para verificar el cumplimiento del plan estratégico.	Comité de Gestión por Proceso
2.	Preparar documentos de trabajo y registros necesarios.	Preparar documentos de trabajo y registros para la verificación del cumplimiento de lo establecido en el plan estratégico.	
3.	Recopilación y verificación de la información con el personal auditado	Analizar la información sobre el valor de resultados para saber si la estrategia y la ejecución siguen siendo coherentes con los objetivos previstos.	
4.	Elaborar informe con hallazgos de la auditoria	Presentar los resultados obtenidos por la investigación realizada. Precisar las características que tendrá la evaluación y centrándose en los criterios que deberá tener el desempeño	
5.	Dar seguimiento de los hallazgos de acuerdo al informe de auditoría	Dar continuidad a los resultados obtenidos para la mejora del servicio de Hospitalización se tomarán en cuenta los indicadores de calidad y sus parámetros para la mejora continua de la calidad en los procedimientos de atención a la salud.	
6.	Realizar informe de seguimiento de los hallazgos o puntos de mejoras	Presentar informe para comparar información recabada con la continuidad de mejora	

### Indicadores:

Cumplimiento estratégico.	Cumplimiento de acciones.	Parámetros
$\frac{\text{Estrategias implementadas}}{\text{estrategias propuestas}} * 100$ <p style="text-align: center;">0</p>	$\frac{\text{No.De acciones llevadas a cabo}}{\text{No.De acciones establecidas en el plan de mejoramiento anual}} * 100$ <p style="text-align: center;">00</p>	Mayor a 90%: Bueno Mayor a 50% y menor a 90%: Revisar Menor a 50%: Tomar Acciones
• (N.º de metas alcanzadas en año /N.º de metas programadas al año) *100		

## Registro

Registros	Código de registro	Soporte de archivo	Responsable de custodia
Lista de verificación para la evaluación del plan estratégico	LVR-EST-PLE-01-01	Papel / digital	
Informe de Resultados de Auditoría	INF-EST-PLE-01-01		

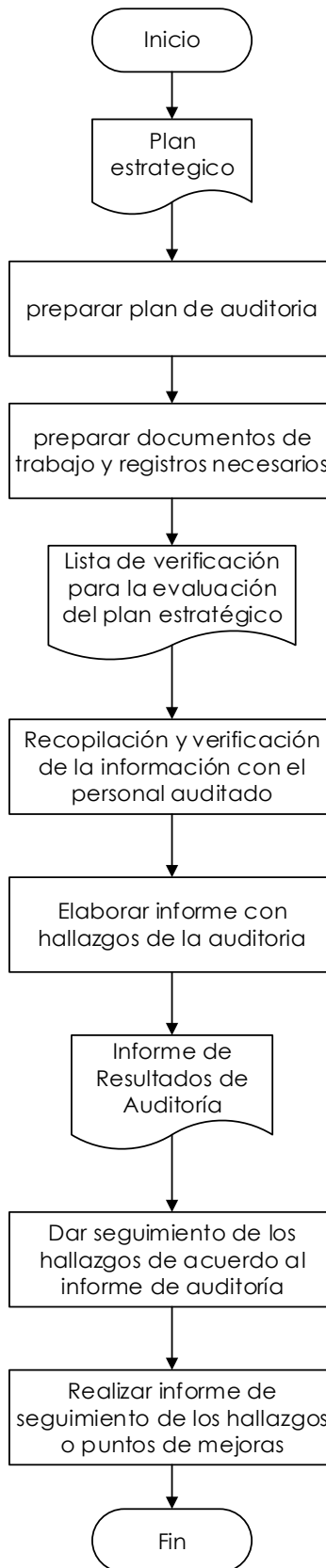
## Control de cambio

Edición	Fecha	Motivo de la modificación

Procedimiento: EST-PH -PLE -02 Auditoria de la planeación/control de la planeación Estratégica

Cómite de Gestión por Proceso

Subproceso: EST-PH-PLE Planeación Estratégica



<b>Proceso:</b> Planeación del Proceso de Hospitalización	<b>Código del proceso:</b> <i>EST-PH</i>	<b>Clasificación:</b> Estratégico	<b>Responsable:</b> Comité de Gestión por Proceso	Versión: 1.0
<b>Sub proceso:</b> <i>Planeación Operativa</i>				<b>Código del sub proceso:</b> <i>EST-PH-PLO</i>
				Página:1-8



**Objetivo del subproceso:** sistematizar los aspectos operativos relacionados con las actividades que permiten materializar los productos en una expresión anual, para ser coherente con los objetivos y metas del servicio de Hospitalización identificando los insumos necesarios para la generación de los productos finales, y los Procesos que conlleve para su respectiva planeación de recursos.

**Alcance del subproceso:** Jefes de Servicio (Medico-Enfermera) y personal del comité de Gestión por Proceso

**Criterios:** Deberá ser realizada en periodos sucesivos. Idealmente deberá ser realizada con una frecuencia anual. La planificación operativa debe ser de corto plazo, para garantizar la objetividad y finalidad necesaria.

Proveedor	Entrada	Procedimiento	P	H	V	A	Salida	Usuario	Registro
Dirección del Hospital ESDOMED	Plan estratégico	Plan Anual Operativo	X	X	X		Plan Anual Operativo	Jefes de Servicio (Medico-Enfermera) y personal del comité de gestión por proceso	Informe de requisición de recursos e insumos para Servicio de Hospitalización
	Estadísticas recolectadas del año anterior de atenciones brindadas y demanda insatisfecha, producción, etc. Plan Anual de Trabajo de la Dirección del Hospital	Planificación de Recursos utilizados en el servicio			X	X	Plan de las necesidades de recursos		

**Elaborado por:**  
GRUPO DE TRABAJO DE GRADO

**Revisado por:**  
INGA. SONIA GARCÍA

**Aprobado por:**  
COORDINACIÓN DE HOSPITALES DE TERCER NIVEL

**Fecha de Aprobación**  
NOVIEMBRE 2018

## Control de registro

Nombre	Código de registro	Descripción
Informe de requisición de recursos e insumos para Servicio de Hospitalización	INF-EST-PLO-02-01	Informe creado por el comité de gestión por proceso, para la documentación de los recursos solicitados para la ejecución óptima del proceso de Hospitalización, en el cual se presenta el cronograma de recepción de los recursos durante el año del periodo presentado.

### 1. Documentos de referencia.

Nombre	Observación
Plan Operativo Institucional año 2018 del Ministerio de Salud	Desactualización de algunos documentos
Manual de Organización y Funciones nivel Superior MINSAL	
Manual de instrucciones para tabulador diario de actividades	
Memorias laborales	

### 2. Recursos

Tipo	Descripción	Características generales - Requisitos
Personal	Personal médico y de enfermería	Personal con formación específica
Papelería	Papelería de control de registro y útiles de oficina	Registros formalizados por la unidad de estadísticas
Materiales/insumos	Según stock de consumo (toallas, Sabanas, guantes, fármaco, etc.)	Disponibilidad de acceso a los almacenes
Mobiliario	Cama, mobiliario de oficina.	Revisiones reglamentarias realizadas

<b>Sub Proceso:</b> Planeación operativa.	<b>Código del sub proceso:</b> EST-PH -PLO	<b>Clasificación:</b> Estratégico	<b>Responsable:</b> Comité de Gestión por Proceso	<b>Versión:</b> 1.0
<b>Procedimiento:</b> Plan Operativo <b>Código del procedimiento:</b> EST-PH -PLO-01				<b>Página:</b> 3-8



- I. **OBJETIVO:** Dirigir los Procesos de atención médica integral, de acuerdo con la Misión y Objetivos; con base en las políticas establecidas para el uso coordinado y racional de los recursos asignados actualizando los Procesos y realizar los ajustes que se consideren necesarios para hacer más funcional el proceso.
- II. **ALCANCE:** comité de Gestión por Proceso, Dirección del Hospital, Unidad de planificación y jefes de servicio médicos y enfermera.
- III. **REFERENCIA / NORMATIVA:**  
Plan Operativo Institucional año 2018 del Ministerio de Salud  
Manual de Organización y Funciones nivel Superior MINSAL  
Manual de instrucciones para tabulador diario de actividades  
Memorias laborales

#### DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO 03

N	Actividad	Descripción	Responsable
1.	Recibe los lineamientos requeridos de la dirección del Hospital para la elaboración del Plan Anual de Trabajo	Recibir, analizar y Tomar en cuenta los lineamientos por parte de la Dirección para la debida realización del plan anual de trabajo.	Comité de Gestión por Proceso
2.	Los Jefes de Servicio (Medico-Enfermera) en base a las estadísticas recolectadas del año anterior, revisan el cumplimiento de los Objetivos, la cantidad de atenciones brindadas, la demanda insatisfecha.	Revisar los datos estadísticos para verificar el cumplimiento de los objetivos con respecto a los datos del año anterior como insumo para la elaboración de metas a programar.	Jefes de Servicio (Medico-Enfermera)
3.	Revisa las líneas de acción del Plan Estratégico	Revisar la líneas acción para ver si se mantiene acorde con los objetivos planteados	Comité de Gestión por Proceso
4.	Elabora el plan anual de trabajo del área, Diseñando metas para un año	Elaborar el plan anual para sistematizar los aspectos operativos relacionados con las actividades que permiten materializar los productos en una expresión anual.	
5.	Elaborar plan operativo anual de área, conteniendo objetivos, recursos, estrategias y recomendaciones. Teniendo en cuenta los servicios brindados y la CI y los lineamientos requeridos por la dirección	Para ser coherente con los objetivos y metas del servicio, debe recoger en su programación justamente las prioridades establecidas en términos de la calendarización de las actividades, identificar los insumos necesarios para la generación de los productos finales, y los Procesos que conlleven	
6.	Envía Documento del plan operativo del servicio hospitalario a la División Medica	División medica será la encargada de revisar el plan anual para su aprobación	

7.	Revisa y consolida el plan operativo anual de los Servicios de Hospitalización (si esta correcto lo manda el consolidado a la unidad de planificación del Hospital, si tiene observaciones vuelve mandar el plan al servicio para correcciones)	Revisar que el plan anual este correctamente según los lineamientos por la dirección y envía a unidad de planificación, de lo contrario es reenviado al servicio para su corrección.	División Medica
8.	Revisa las observaciones del plan, corrige y vuelve a enviar	Revisar el plan y hace las debidas correcciones para reenviar	Comité de gestión por proceso
9.	Divulga el plan Anual aprobado por la dirección	Si el plan es aprobado por la dirección, el comité comunica dicho evento.	

**Indicadores:**

Indicador	Parámetros
(No. De acciones llevadas a cabo / No. De acciones establecidas en el plan de mejoramiento anual) * 100	Mayor a 90%: Bueno Mayor a 50% y menor a 90%: Revisar Menor a 50%: Tomar Acciones

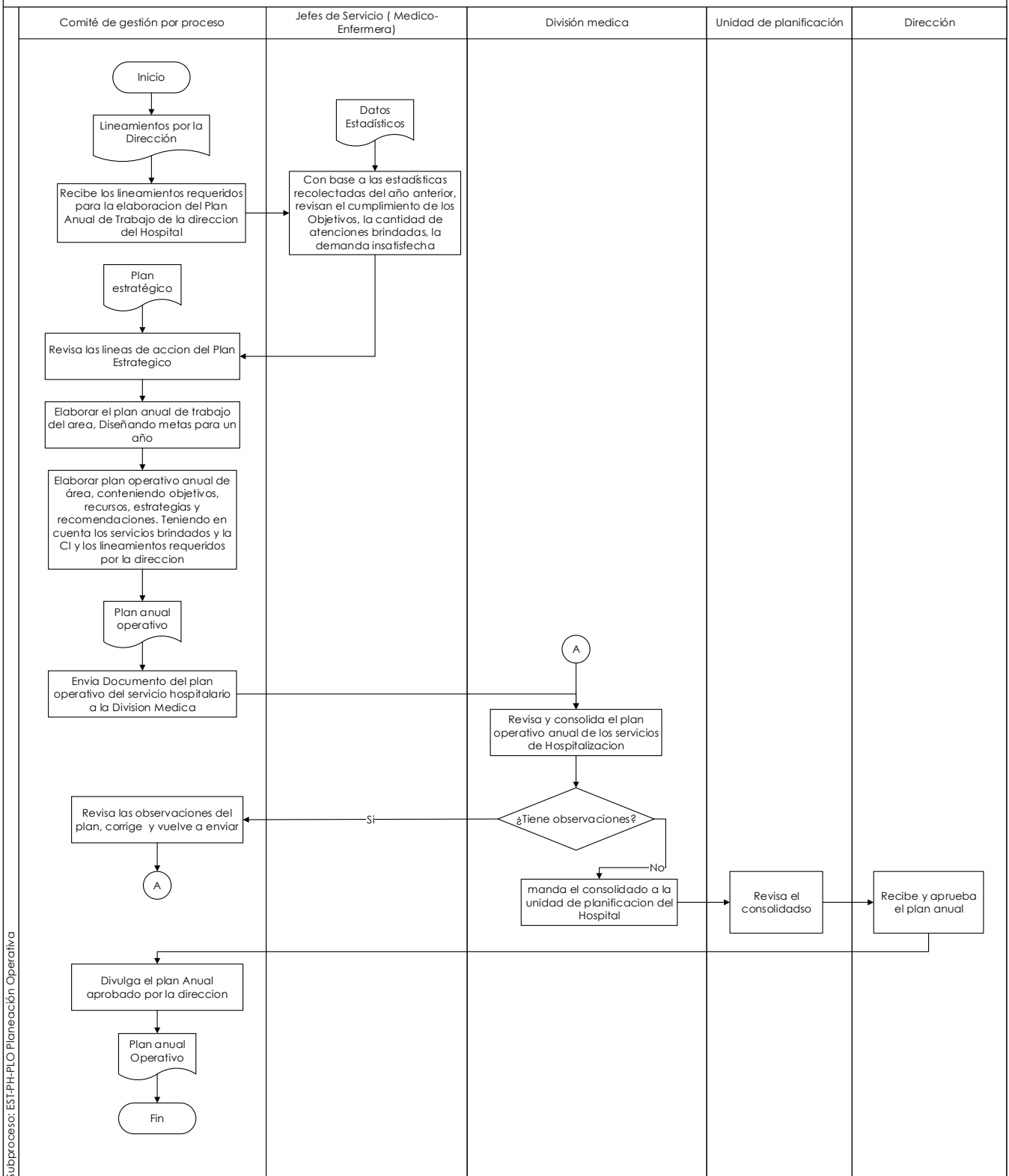
**Registro**

Registros	Código de registro	Soporte de archivo	Responsable de custodia
N/A		Papel / digital	

**Control de cambio**

Edición	Fecha	Motivo de la modificación

Procedimiento: EST-PH-PLO-01 Plan Operativo



Subproceso: EST-PH-PLO Planeación Operativa



<b>Sub Proceso:</b> Planeación operativa.	<b>Código del sub proceso:</b> EST-PH -PLO	<b>Clasificación:</b> Estratégico	<b>Responsable:</b> Comité de Gestión por Proceso	<b>Versión:</b> 1.0
<b>Procedimiento:</b> Planificación de Recursos utilizados en el servicio <b>Código del procedimiento:</b> EST-PH -PLO -02				<b>Página:</b> 6-8



- I. **OBJETIVO:** Realizar la planificación de adquisición de los recursos de acuerdo a la necesidad a utilizar en el servicio.
- II. **ALCANCE:** comité de gestión por proceso, Dirección del hospital y División médica.
- III. **REFERENCIA / NORMATIVA:**  
Plan Operativo Institucional año 2018 del Ministerio de Salud  
Manual de Organización y Funciones nivel Superior MINSAL  
Manual de instrucciones para tabulador diario de actividades  
Memorias laborales

#### DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO 04

No	Actividad	Descripción	Responsable
1.	Consultar la existencia física y por medio de inventario de recurso e insumo en el servicio	Revisar el inventario para conocer la cantidad exacta de recursos con la cuenta el servicio.	Jefe de servicio
2.	Revisa el plan operativo, oferta y programación de atenciones a brindar	Es necesario revisar la programación de atenciones para tener un pronóstico de la cantidad de insumos a necesitar	
3.	En base a las atenciones programadas y el inventario de insumos existente realizar la lista de recursos necesarios para brindar el servicio	Se realiza la lista necesaria de insumos según la programación de atenciones	
4.	Solicitar los recursos necesarios para brindar el servicio. Enviar los requerimientos a la división medica	Realizada la lista, se solicitan los insumos necesarios para suplir las atenciones programadas y se envía a división medica	
5.	División médica, revisa y analiza necesidades de recursos. Realiza ajustes de acuerdo al presupuesto asignado por área. Envía las correcciones a los servicios	División médica se encarga de suministrar los recursos solicitados teniendo en cuenta lo presupuestado y envía al servicio lo que se puede ofrecer.	División médica
6.	Se reajustan el requerimiento de recurso en base al presupuesto, priorizando las necesidades.	Se evalúan los lineamientos por parte de División médica y se realiza una nueva lista ajustada a lo presupuestado haciendo una priorización de los insumos	
7.	Se programa la solicitud de los recursos anualmente	Se realiza la programación de solicitud de insumos.	Jefe de servicio

8.	Se envía el documento “Planificación de recursos” a la división médica para ser aprobado. División médica aprueba el documento y lo envía a la dirección del Hospital.	Se envía el documento ajustado según la priorización de necesidad a división médica para su aprobación.	División medica – Dirección
9.	Se recibe el plan de recursos aprobado por la dirección del Hospital	Se recibe el plan de recursos necesarios en el servicio	Jefe de servicio
10.	Realizar “Informe de requisición de recursos e insumos para Servicio de Hospitalización”	Informe creado por el Comité de Gestión por Proceso, para la documentación de los recursos solicitados para la ejecución optima del proceso de Hospitalización, en el cual se presenta el cronograma de recepción de los recursos durante el año del periodo presentado.	Comité de Gestión por Proceso.

#### Indicadores:

#### Indicador

Porcentaje de Desabastecimiento:  

$$\% \text{ DES en el servicio} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de recursos con disponibilidad} = 0}{\text{Todos los recursos}} \times 100$$

#### Parámetros

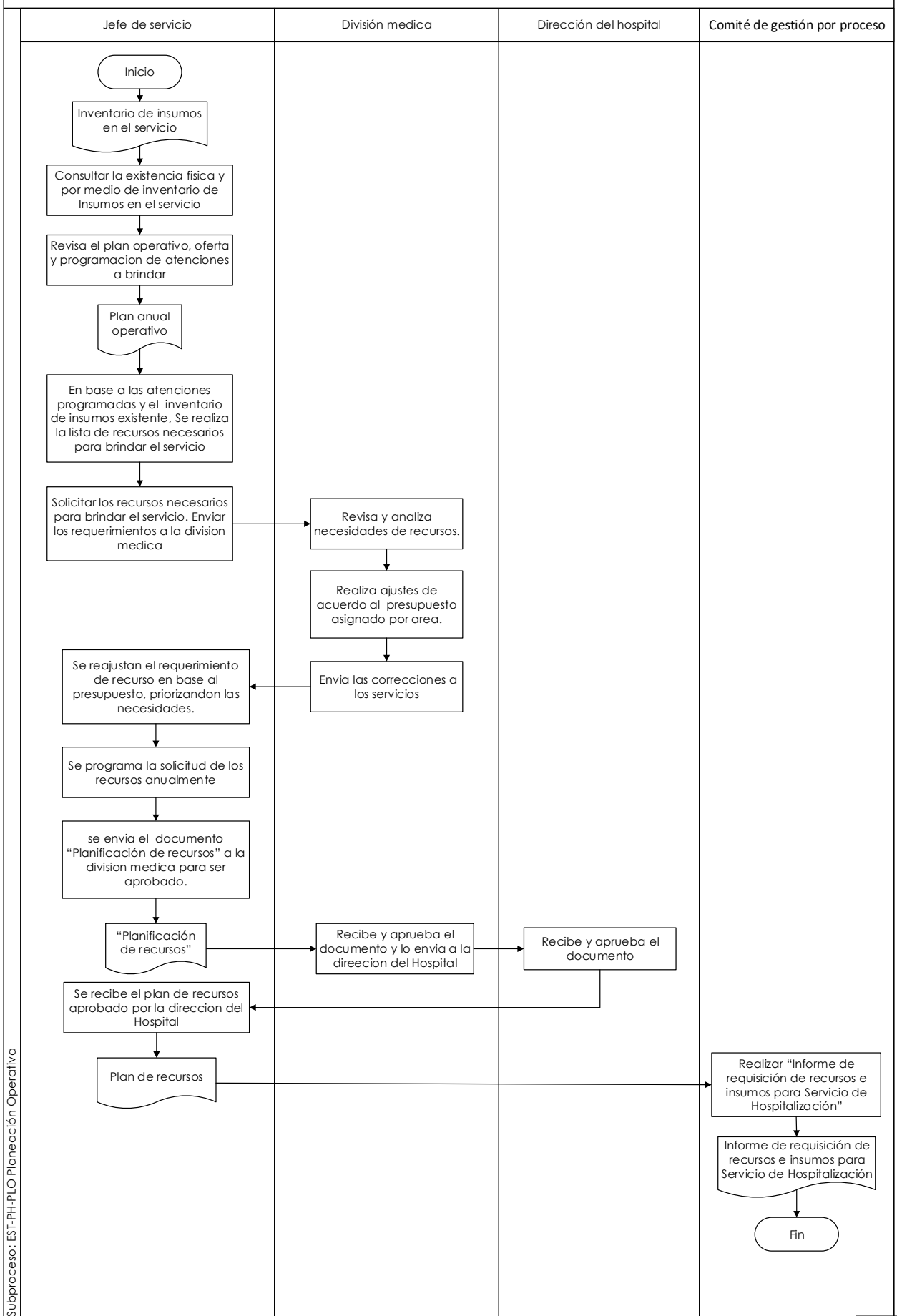
nivel Óptimo: igual o mayor al 90%.  
 nivel Regular: igual o mayor al 60% pero menor de 90%.  
 nivel Bajo: menor al 60%.  
 Mayor a 90%: Tomar Acciones  
 Mayor a 40% y menor a 90%: Revisar  
 Menor a 40%: Regular

#### Registro

Registros	Código de registro	Soporte de archivo	Responsable de custodia
Informe de requisición de recursos e insumos para Servicio de Hospitalización	INF-EST-PLO-02-01	Papel / digital	

#### Control de cambio

Edición	Fecha	Motivo de la modificación



Subproceso: EST-PH-PLO Planeación Operativa

<b>Proceso:</b> Gestión del Talento Humano	<b>Código del proceso:</b> EST-GTH	<b>Clasificación:</b> Estratégico	<b>Responsable:</b> División médica	<b>Versión:</b> 1.0
<b>Cantidad de Sub proceso: 3</b> <b>Cantidad de procedimientos: 6</b>				



**OBJETIVO:** Planificar y organizar en base a la demanda de ingresos Hospitalarios, las necesidades de talento humano para desarrollar el Proceso de Hospitalización, de manera óptima, por medio de un proceso de aprendizaje y enseñanza continua del personal

**ALCANCE:** En este procedimiento se provee, conduce, capacita, controla y distribuye el talento humano en los diferentes turnos. El control se realiza por medio de registro de la cantidad de horas que cada recurso humano trabaja y las horas y el tiempo que se le debe compensar. Este procedimiento se vincula con el área de recursos humanos de cada uno de los hospitales que evalúa anualmente la necesidad de personal en cada una de las áreas y se encarga de la gestión de este al nivel de hospital

**Entradas:** Necesidad de recurso humano

**Documento:** Ley de salarios y horas contratadas del personal

**Salidas:** Talento humano que cumple con el perfil para desarrollar y llevar a cabo el proceso.

**Documento:** Plan de asignaciones de enfermería  
Planificación de horas laborales de los médicos  
Capacitaciones  
Evaluaciones de desempeño

**Participantes:** División médica

Responsable de los Servicios de Hospitalización

Gestión de recurso humano Hospitalaria

**Recursos:** Presupuesto, horas-hombre, papelería de oficina, mobiliario y equipo, infraestructura, sistema informático.

**Elaborado por:**

GRUPO DE  
TRABAJO DE  
GRADO

**Revisado por:**

INGA. SONIA  
GARCÍA

**Aprobado por:**

COORDINACIÓN DE  
HOSPITALES DE TERCER  
NIVEL

**Fecha de  
Aprobación**  
NOVIEMBRE 2018

<b>Proceso:</b> Gestión del talento humano	<b>Código del proceso:</b> EST-GTH	<b>Clasificación:</b> Estratégico	<b>Responsable:</b> Comité de Gestión por Proceso	Versión: 1.0
<b>Sub proceso:</b> Planeación del Talento Humano <b>Código del sub proceso:</b> EST-GTH-PLH				Página:1-8



**Objetivo del subproceso:** Diseñar un modelo maestro de provisión de personal para representar el número de empleados de cada categoría de personal médico y de enfermería requerido para atender las necesidades de atención de los pacientes en cada servicio.

**Alcance del subproceso:** personal de enfermería y personal medico

**Criterios:** Los cambios que se requieran deben causar la menor interrupción posible a la atención de pacientes y al menor número de personal.

Proveedor	Entrada	Procedimiento	P	H	V	A	Salida	Usuario	Registro
-Unidad de Recursos Humanos.	-Matriz de personal.	Planificación de Enfermeras.	x	x	x	x	Plan de asignaciones de Enfermería	personal de enfermería	Plan de asignación de personal de enfermería
-MINSAL	-Manual de funciones.	Planificación de Médicos	x	x	x	x	Programación de carga laboral de Médicos	personal médico	Plan de asignación de personal médico.
-División médica	-Plan anual operativo.								

**Elaborado por:**  
GRUPO DE TRABAJO DE GRADO

**Revisado por:**  
INGA. SONIA GARCÍA

**Aprobado por:**  
COORDINACIÓN DE HOSPITALES DE TERCER NIVEL

**Fecha de Aprobación**  
NOVIEMBRE 2018

### 1. Control de registro

No aplica

### 2. Documentos externos

Nombre	Observación
Guías Clínicas de Atención	No se posee documentación técnica del proceso, en el Manual de Procedimientos de Atención Hospitalaria no se establecen los indicadores de control del proceso. La Norma técnica para los departamentos de estadística y documentos médicos esta desactualizada desde el año 2003
Plan Operativo Institucional año 2018 del Ministerio de Salud	
Manual de Organización y Funciones nivel Superior MINSAL	
Protocolos de intervención de enfermería para el Tercer Nivel de atención	
Manual de Funciones	

### 3. Recursos

Tipo	Descripción	Características generales - Requisitos
Personal	Personal médico y de enfermería	Personal con formación específica
Papelería	Papelería de control de registro y útiles de oficina.	Registros formalizados por la unidad de estadísticas
Material/insumos	Según stock de consumo (toallas, Sabanas, guantes, fármaco, etc.)	Disponibilidad de acceso a los almacenes
Mobiliario	Cama, mobiliario de oficina.	Revisiones reglamentarias realizadas

<b>Sub Proceso:</b> Planeación del Talento Humano	<b>Código del sub proceso:</b> EST-GTH-PLH	<b>Clasificación:</b> Estratégico	<b>Responsable:</b> Comité de Gestión por Proceso	<b>Versión:</b> 1.0
<b>Procedimiento:</b> Planificación de Enfermeras. <b>Código del procedimiento:</b> EST-GTH-PLH-01				<b>Página:</b> 3-8



I. **OBJETIVO:** coordinar todas las actividades de dotación de personal, incluida la programación, proporcionando la cantidad y combinación correcta de personal de enfermería.

II. **ALCANCE:** jefe de enfermería

III. **REFERENCIA / NORMATIVA:**

Guías Clínicas de Atención  
Plan Operativo Institucional año 2018 del Ministerio de Salud  
Manual de Organización y Funciones nivel Superior MINSAL  
Protocolos de intervención de enfermería para el Tercer Nivel de atención  
Manual de funciones

#### DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO 05

<b>N o</b>	<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>	<b>Responsable</b>
1.	Analizar la disponibilidad de personal de enfermería, con base a la programación de atenciones por servicio.	El comité revisa la programación de atenciones del servicio, así como la cantidad de personal que se dispone para hacer la asignación debida.	Comité de Gestión por Procesos
2.	Asignar el personal de enfermería según cargo a cada servicio Hospitalario.	Asignar el personal de enfermería según la programación de atención según el cargo ya sea enfermera hospitalaria o enfermera auxiliar.	
3.	Realizar la programación de turnos del personal de enfermería.	Se realiza la programación de la cantidad de personal de enfermería por cada turno.	
4.	Asignar semanalmente mediante el plan de asignaciones las actividades que realizara cada enfermera según el cargo.	Se debe asignar semanalmente las actividades a realizar por cada uno, según el cargo del personal de enfermería, quedara registrado en el plan de asignaciones de actividades.	Enfermera jefa
5.	El servicio se encuentra saturado, solicitar personal de servicios con menor demanda al Área de supervisión de la calidad.	Si el servicio se encuentra saturado se comunica al área de supervisión de la calidad, para solventar el problema y solicitar personal de otro servicio menos demandando.	
6.	Revisar y Enviar personal según lo solicitado al servicio con necesidad.	Revisar demanda y asignación de personal en cada servicio, realizar los movimientos requeridos y enviar personal según lo solicitado al servicio con necesidad.	Área de supervisión de la calidad.
7.	Comunicar al personal. Las actividades asignadas	Se comunica el personal las actividades correspondientes para cada uno y el turno a cubrir (horarios).	Enfermera jefa

#### 4. Indicador:

- Cantidad real de horas trabajadas = Total de horas requeridas por año/Horas trabajadas por mes por empleado
- Elaboración y seguimiento a los cuadros de turnos elaborados para el periodo

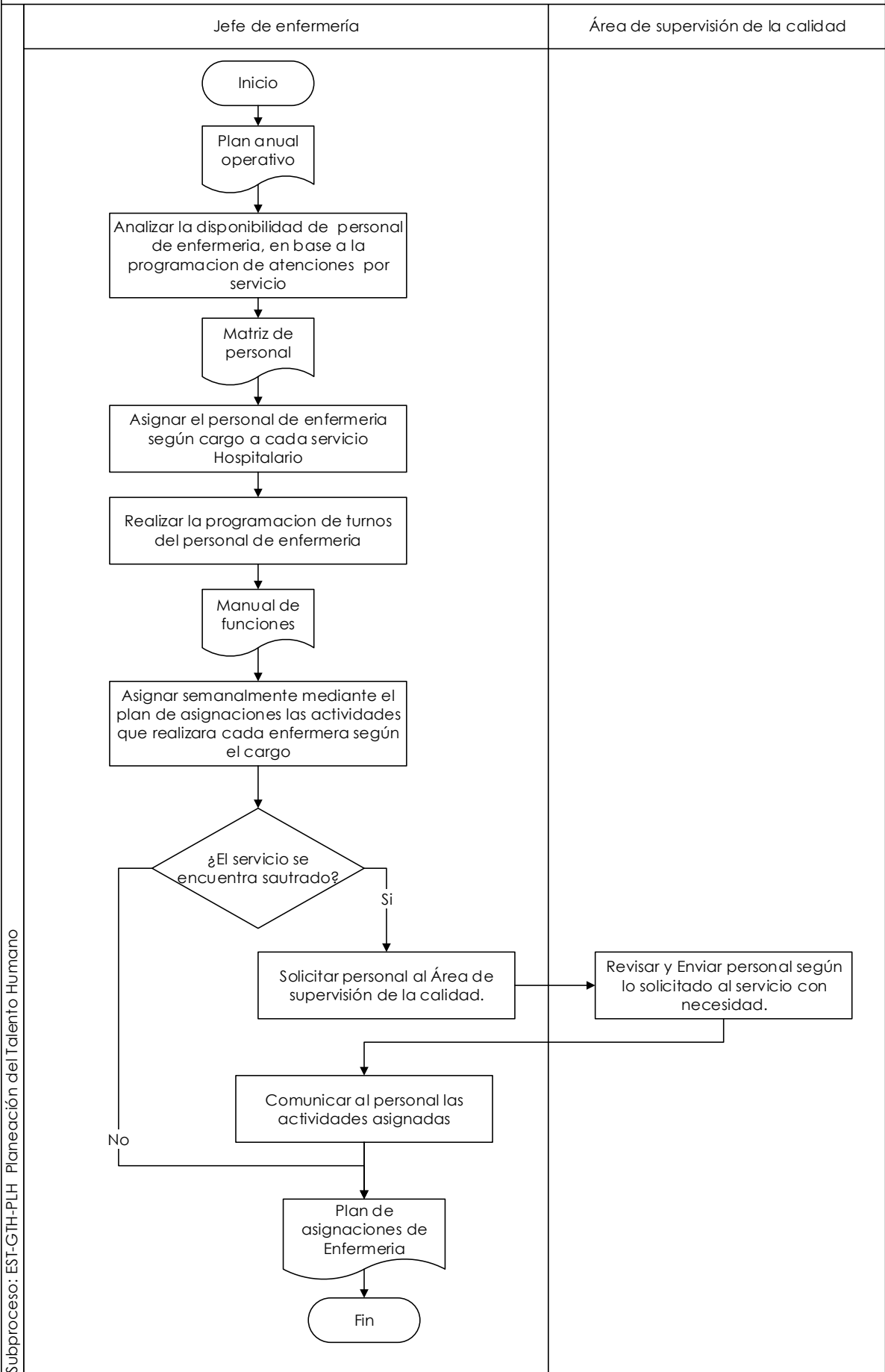
#### Registro

Registros	Código de registro	Soporte de archivo	Responsable de custodia
N/A		Papel / digital	

#### Control de cambio

Edición	Fecha	Motivo de la modificación





Subproceso: EST-GTH-PLH Planeación del Talento Humano

<b>Sub Proceso:</b> Planeación del Talento Humano	<b>Código del sub proceso:</b> EST-GTH-PLH	<b>Clasificación:</b> Estratégico	<b>Responsable:</b> Comité de Gestión por Proceso	<b>Versión:</b> 1.0
<b>Procedimiento:</b> Planificación de Médicos. <b>Código del procedimiento:</b> EST-GTH-PLH-02				<b>Página:</b> 6-8



- I. **OBJETIVO:** Coordinar todas las actividades de dotación de personal, incluida la programación, proporcionando la cantidad y combinación correcta de personal médico.
- II. **ALCANCE:** Personal de Comité de Gestión por Proceso
- III. **REFERENCIA / NORMATIVA:**

Guías Clínicas de Atención  
Plan Operativo Institucional año 2018 del Ministerio de Salud  
Manual de Organización y Funciones nivel Superior MINSAL  
Protocolos de intervención de enfermería para el Tercer Nivel de atención  
Manual de funciones

#### DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO 06

No	Actividad	Descripción	Responsable
1.	Analizar la disponibilidad de Horas Médicos, por especialidad en base a la programación de atenciones por servicio	El comité revisa la programación de atenciones del servicio, así como la cantidad de personal que se dispone para hacer la asignación debida.	Comité de Gestión por Proceso
2.	Revisa la carga laboral y disposición de médicos (Staff)	Se revisa la disposición laboral de cada uno de los médicos (depende del contrato en horas) para conocer con que cantidad de hora/medico se tiene para cubrir los turnos.	
3.	Reúne personal médico para definir el horario en Hospitalización	El comité lleva a cabo una reunión con el personal médico para que en conjunto definan el horario del servicio según las horas/medica de cada uno.	
4.	Asignar la cantidad de Médicos Necesaria a los Servicios de Hospitalización	Se asigna la cantidad de médicos en cada turno según la demanda del servicio.	
5.	Coordinar la disposición y rotación de internos y residentes dentro de los Servicios de Hospitalización	Coordinar con internos y médicos residentes la disposición de horas para establecer un horario rotativo	
6.	Asignar el recurso Medico (internos y residentes) para cada uno de los servicios	Se realiza la asignación de internos y médicos estableciendo el horario y el personal asignado en los diferentes turnos del servicio	
7.	Comunicar las responsabilidades a los médicos asignados a cada servicio	Se comunica el personal las actividades correspondientes para cada uno y el turno a cubrir (horarios)	

**Indicadores:**

- Cantidad de personal médico por turno.
- Cantidad de personal de enfermería por turno

**Registro**

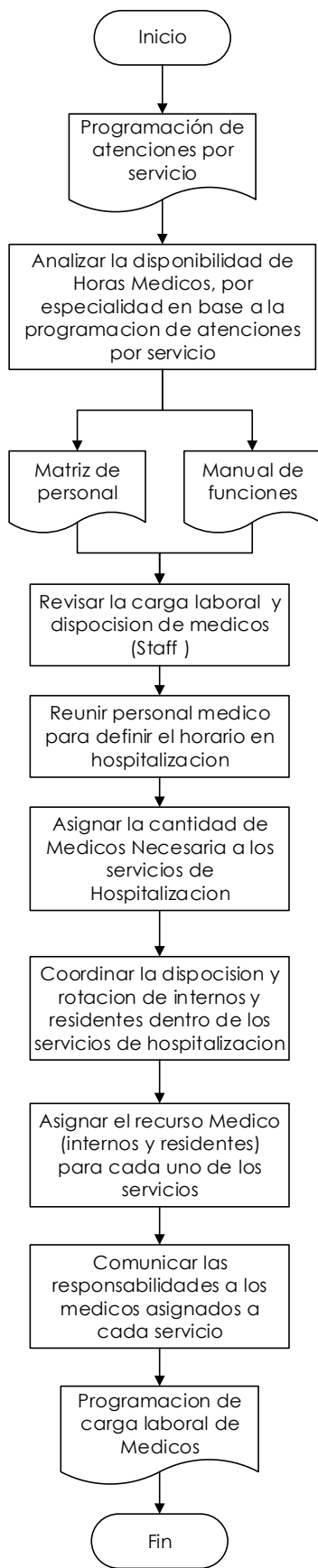
Registros	Código de registro	Soporte de archivo	Responsable de custodia
N/A		Papel / digital	

**Control de cambio**

Edición	Fecha	Motivo de la modificación

Procedimiento: EST-GTH-PLH-02 Planificación de Médicos

Jefe de servicio



Subproceso: EST-GTH-PLH- Planeación del Talento Humano

<b>Proceso:</b> Gestión del talento humano.	<b>Código del proceso:</b> <i>EST-GTH</i>	<b>Clasificación:</b> Estratégico	<b>Responsable:</b> Jefe médico y de enfermería	Versión: 1.0
<b>Sub proceso:</b> <i>Gestión de Personal</i>			<b>Código del sub proceso:</b> <i>EST-GTH-GP</i>	Página:1-7



**Objetivo del subproceso:** Informar y prestar asistencia técnica en la evaluación del desempeño del personal médico y de enfermería

**Alcance del subproceso:** Personal médico y de enfermería, personal de recursos humanos y personal del comité de Gestión por Proceso

**Criterios:** Es necesario el control de permisos, inasistencias para la compensación de horas.

Proveedor	Entrada	Procedimiento	P	H	V	A	Salida	Usuario	Registro
-Área de supervisión de la calidad	-Matriz de personal por cada servicio.	Control de permisos, inasistencias, horas			x		Hoja de Control del personal	personal médico y de enfermería	Control de permisos, inasistencias y horas trabajadas del personal de los Servicios de Hospitalización
-Unidad de Recursos Humanos	-Matriz de horas (permisos, inasistencias, horas)	Evaluación del desempeño del personal			x	x	Informe de Resultados de la evaluación del personal	personal de Recursos Humanos personal del comité de Gestión por Proceso	Lista de Verificación: Desempeño del Personal en los Servicios de Hospitalización.

**Elaborado por:**  
GRUPO DE TRABAJO DE GRADO

**Revisado por:**  
INGA. SONIA GARCÍA

**Aprobado por:**  
COORDINACIÓN DE HOSPITALES DE TERCER NIVEL

**Fecha de Aprobación**  
NOVIEMBRE 2018

## 1. Control de registro

Nombre	Código del registro	Descripción
Lista de Verificación: Desempeño del Personal en los Servicios de Hospitalización.	LVR-EST-GP-02-01	Se registra Fecha, Servicio de Hospitalización, Nombre del evaluado, Cargo o puesto desempeñado, así como las funciones operativas (para todo el personal), conducta observada con el personal y hacia los pacientes.
Control de permisos, inasistencias y horas trabajadas del personal de los Servicios de Hospitalización	CTL-EST-GP-01-01	<p>Se registra Fecha, servicio de Hospitalización, Nombre del encargado, Cargo o puesto desempeñado (Jefatura de Médicos o Jefatura de Enfermería).</p> <p><i>Permisos:</i> Motivo de Permiso, Enfermedad, Personales, Duelo, Maternidad, Paternidad, (Otros: Estudios, Misiones, Reunión Sindicato).</p> <p><i>Inasistencia</i> Nombre completo del empleado, Motivo de Inasistencia, si Presentó comprobante o No presentó comprobante.</p> <p>Horas Laboradas: según el personal ya sea Médicos o de Enfermería Nombre completo del empleado, Horas Programadas (cuantas fueron Cumplidas y cuantas Faltantes.) Motivo: Permiso o Inasistencia</p>

## 2. Documentos externos

Nombre	Observación
Plan Operativo Institucional año 2018 del Ministerio de Salud	Algunos documentos están desactualizados
Manual de auditoría interna institucional	
Manual de Organización y Funciones nivel Superior MINSAL	
Procedimientos de selección y contratación de personal MINSAL	

## 3. Recursos

Tipo	Descripción	Características generales - Requisitos
Personal	Personal médico y de enfermería	Personal con formación específica
Papelería	Papelería de control de registro y útiles de oficina	Registros formalizados por la unidad de estadísticas
Materiales/insumos	Según stock de consumo (toallas, Sabanas, guantes, fármaco, etc.)	Disponibilidad de acceso a los almacenes
Mobiliario	Cama, mobiliario de oficina.	Revisiones reglamentarias realizadas

<b>Sub Proceso:</b> Gestión del personal.	<b>Código del sub proceso:</b> EST-GTH-GP	<b>Clasificación:</b> Estratégico	<b>Responsable:</b> Comité de Gestión por Proceso	<b>Versión:</b> 1.0
<b>Procedimiento:</b> Control de permisos, inasistencias, horas. <b>Código del procedimiento:</b> EST-GTH-GP-01				<b>Página:</b> 3-7



- I. **OBJETIVO:** llevar el control estadístico de ausentismo laboral en el servicio.
- II. **ALCANCE:** jefe de servicio, área de supervisión de la calidad, Comité de gestión por proceso, Unidad de recursos humanos
- III. **REFERENCIA / NORMATIVA:**  
Plan Operativo Institucional año 2018 del Ministerio de Salud  
Manual de auditoría interna institucional  
Manual de Organización y Funciones nivel Superior MINSAL  
Procedimientos de selección y contratación de personal MINSAL

#### DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO 07

No	Actividad	Descripción	Responsable
1.	Tener un control de personal en donde se identifiquen los permisos e inasistencias y horas a compensar a través de formularios "Control de permisos, inasistencias y horas trabajadas del personal de los Servicios de Hospitalización"	Registrar la información en el formulario "Control de permisos, inasistencias y horas trabajadas del personal de los Servicios de Hospitalización" según sea el caso caso1: inasistencia caso 2: permisos caso 3: Horas a compensar.	Comité de gestión por proceso
2.	Medir la inasistencia a través de indicadores de desempeño	Llevar el control a través de los indicadores de desempeño del proceso por la reducción de personal debido a las inasistencias y permisos.	
3.	Si falta personal, por motivo de incapacidad, permiso o falta comunicar al jefe de servicio, para que solicite personal para que cubra	El comité le comunica al jefe de servicio las inasistencias del personal para realizar los ajustes necesarios en la programación de cargo labora para cubrir el turno	
4.	Se Solicita personal de enfermería " área de supervisión de la calidad"	El área de supervisión de la calidad es el responsable de brindar el personal faltante que el servicio ha solicitado para ajustar el personal necesario a cubrir en el turno.	Jefe de servicio
5.	Revisar y enviar el personal solicitado según la demanda en cada servicio	Revisar y enviar el personal solicitado según la demanda en cada servicio	área de supervisión de la calidad
6.	Consolidar la información de inasistencias y permisos y trasladarla a Recursos Humanos	Llevar la información recabada de inasistencias ya sea por falta o permisos a la unidad de Recursos Humanos para su registro.	Comité de Gestión por Procesos

7.	Recursos Humanos establece, la compensación de Horas y registra las inasistencias para el pago del Talento Humano.	Recursos Humanos es el encargado de realizar y registrar las compensaciones en horas.	Unidad de recursos humanos
----	--	---	----------------------------

#### 4. Indicador:

##### Indicador

nivel de ausentismo = cantidad de días ausentes (ya sea por faltas, por permisos o por retrasos al llegar) / días laborales al mes por cada personal x 100

lista de verificación de desempeño laboral

Índice de desempeño laboral = (No. De Personal evaluado / No. Total, de Personas que pertenecen al Proceso) \* 100

No. De Personal evaluado / No. Total, de Personas que pertenecen al Proceso) \* 100

##### Parámetros

Mayor a 90%: Tomar Acciones

Mayor a 50% y menor a 90%: Revisar

Menor a 40%: Regular

cumplimiento con un valor no menor al 85%,

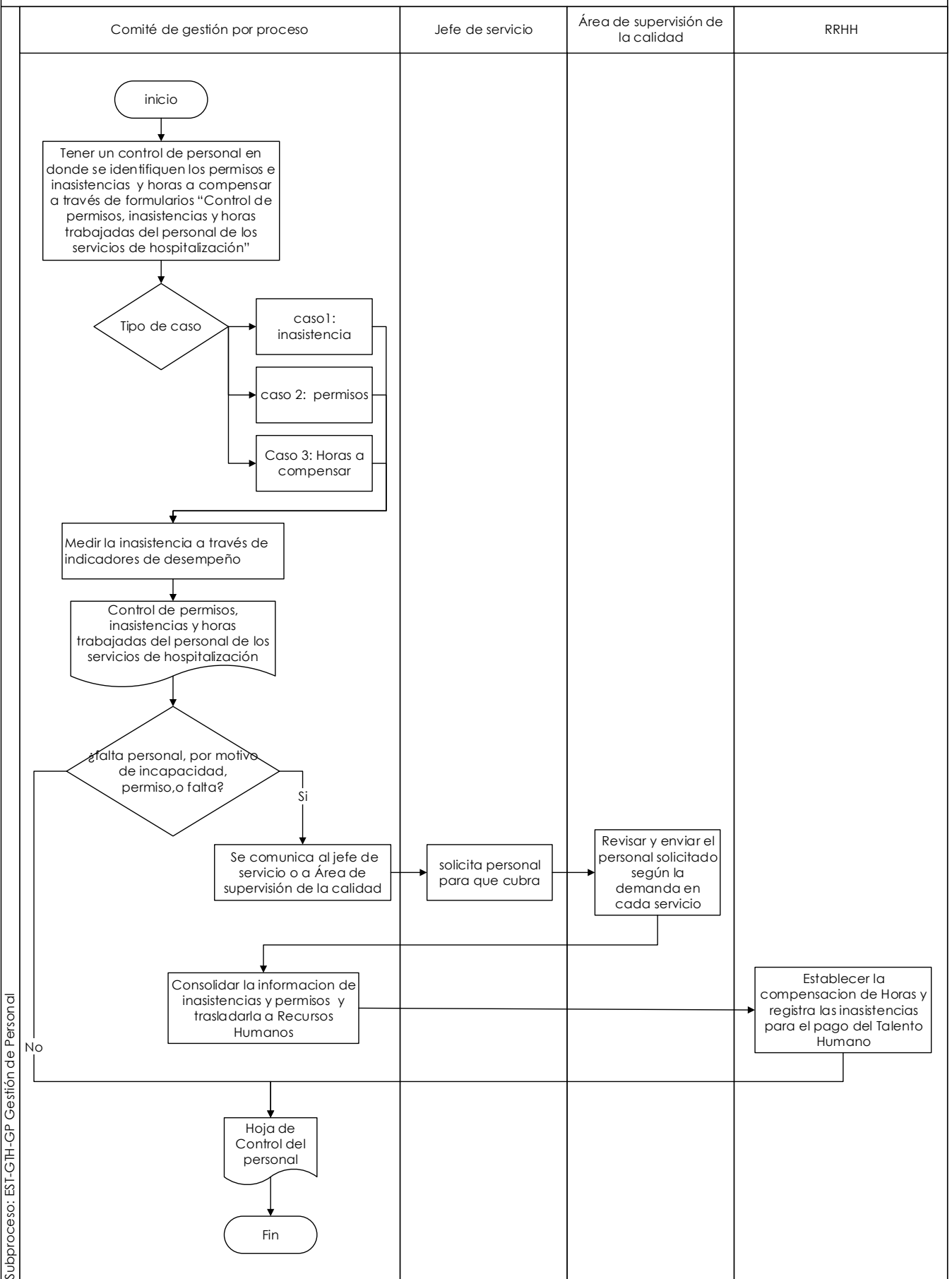
#### Registro

Registros	Código de registro	Soporte de archivo	Responsable de custodia
Control de permisos, inasistencias y horas trabajadas del personal de los Servicios de Hospitalización	CTL-EST-GP-01-01	Papel / digital	

#### Control de cambio

Edición	Fecha	Motivo de la modificación





Subproceso: EST-GTH-GP Gestión de Personal

<b>Sub Proceso:</b> Gestión del personal.	<b>Código del sub proceso:</b> EST-GTH-GP	<b>Clasificación:</b> Estratégico	<b>Responsable:</b> Comité de Gestión por Proceso	<b>Versión:</b> 1.0
<b>Procedimiento:</b> Evaluación del desempeño del personal. <b>Código del procedimiento:</b> EST-GTH-GP-02				<b>Página:</b> 6-7



- I. **OBJETIVO:** Evaluar el desempeño del personal
- II. **ALCANCE:** personal del Comité de gestión por proceso
- III. **REFERENCIA / NORMATIVA:**  
Plan Operativo Institucional año 2018 del Ministerio de Salud  
Manual de auditoría interna institucional  
Manual de Organización y Funciones nivel Superior MINSAL  
Procedimientos de selección y contratación de personal MINSAL

### DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO 08

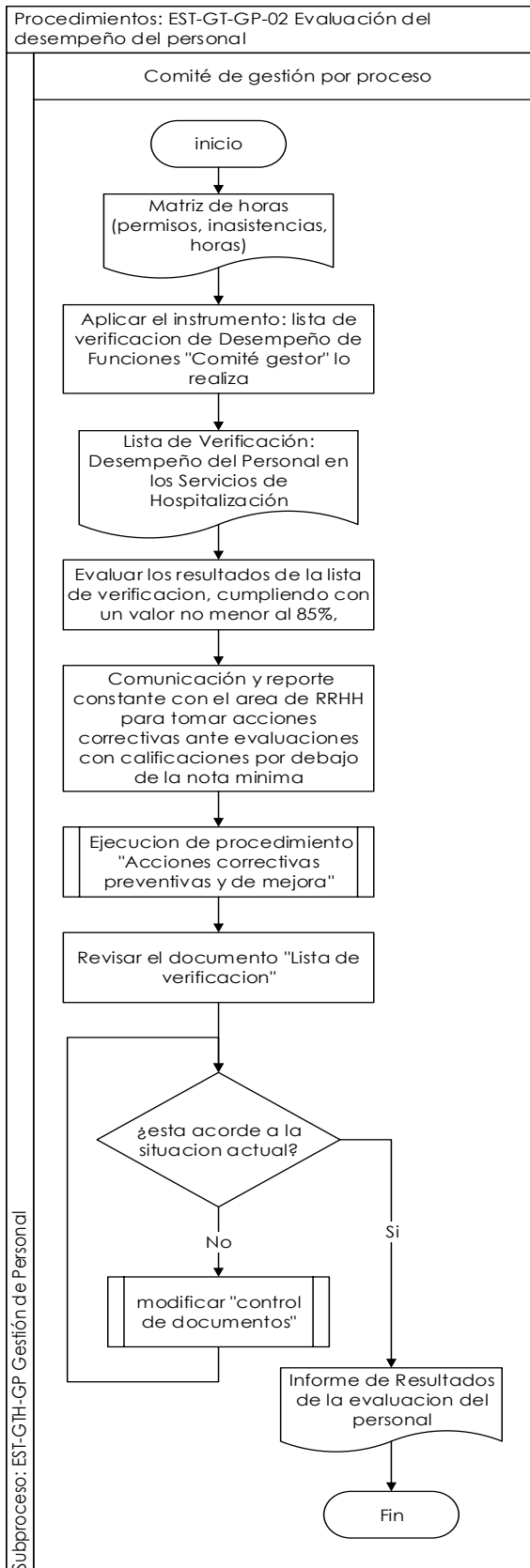
No	Actividad	Descripción	Responsable
1.	Aplicar el instrumento: lista de verificación de Desempeño de Funciones "Comité gestor" lo realiza	Elaborar el instrumento listo de verificación con el objetivo de medir el desempeño de funciones, y pasarlo a todo el personal.	Comité de Gestión por Procesos
2.	Evaluar los resultados de la lista de verificación, cumpliendo con un valor no menor al 85%,	Se analizan los resultados obtenidos en la lista de verificación, esperado un cumplimiento de funciones de no menor al 85%, de lo contrario se tomarán acciones.	
3.	Comunicación y reporte constante con el área de RRHH para tomar acciones correctivas ante evaluaciones con calificaciones por debajo de la nota mínima	Si el cumplimiento de funciones es menor al parámetro establecido por el comité de gestión por proceso, se reporta al área de RRHH quienes serán los encargados de tomar acciones correctivas en el desempeño de las funciones.	
4.	ejecución de procedimiento "Acciones correctivas preventivas y de mejora"	Según las indicaciones por RRHH el comité lleva a cabo la ejecución del procedimiento "Acciones correctivas preventivas y de mejora"	
5.	Revisar el documento "Lista de verificación", si no está acorde a la situación actual, modificar " Control de documentos"	Revisar continuamente el instrumento Lista de verificación, para estar de acorde con las funciones que se realizan en tiempo presente. Si requiere de actualización se realiza el proceso "Control de documentos"	

### Registro

Registros	Código de registro	Soporte de archivo	Responsable de custodia
Lista de Verificación: Desempeño del Personal en los Servicios de Hospitalización.	LVR-EST-GP-02-01	Papel / digital	

Control de cambio

Edición	Fecha	Motivo de la modificación



<b>Proceso:</b> Gestión del talento humano.	<b>Código del proceso:</b> <i>EST-GTH</i>	<b>Clasificación:</b> Estratégico	<b>Responsable:</b> Jefe de servicio (médico y de enfermería)	Versión: 1.0
<b>Sub proceso:</b> <i>Gestión del Conocimiento</i>		<b>Código del sub proceso:</b> <i>EST-GTH-GDC</i>		Página:1-8



**Objetivo del subproceso:** Inducir al personal que ingresan al Hospital, ya sea nuevo o reingreso, para facilitar la adaptación e integración de carácter institucional, otorgando información relacionada con distintos aspectos, como son: la Visión, Misión e Historia del Hospital, Políticas Internas, conocimiento de la Estructura y Organización Institucional, Metas de calidad y seguridad de la atención y Extracto del Plan de Emergencia así como Capacitar periódicamente al personal médico y de enfermería, en la correcta aplicación y desarrollo del proceso, entrenamiento en el puesto de trabajo, para que tengan un conocimiento y se comprometan con las funciones y/o actividades, métodos de trabajo y responsabilidades.

**Alcance del subproceso:** Jefe de servicio (médico y de enfermería), Comité de Gestión por Procesos y personal de nuevo ingreso.

**Criterios:** Toda personal de nuevo ingreso que se integre al Servicio de Hospitalización, deben recibir una Inducción general que les permita obtener una capacitación adecuada para que su desempeño asistencial responda a la realidad del funcionamiento general del Servicio.

La reinducción consiste en actualizar al personal antiguo informando sobre cambios en temas relacionados con horarios de trabajo, reglamento interno, cronograma, etc. que ha tenido la institución durante el tiempo en que no han estado presentes.

Proveedor	Entrada	Procedimiento	P	H	V	A	Salida	Usuario	Registro
Unidad de Recursos Humanos	Personal nuevo	Inducción de Internos-residentes-servicio Social		x		x	Personal Inducido y con los conocimientos de como ejecutar sus Procesos	-jefe de servicio (médico y de enfermería)	-Formulario de Control de Entrenamiento/ inducción/ Capacitaciones
	Plan de capacitación	Capacitación de personal (Pacientes, Personal Médico) servicio Social).	x	x	x	x	Personal con conocimientos, sobre la temática abordada	-Personal del Comité de gestión por proceso -Personal de nuevo ingreso.	-Listado de Asistencia a Capacitar por Módulo/Tema

**Elaborado por:**  
GRUPO DE TRABAJO DE GRADO

**Revisado por:**  
INGA. SONIA GARCÍA

**Aprobado por:**  
COORDINACIÓN DE HOSPITALES DE TERCER NIVEL

**Fecha de Aprobación**  
NOVIEMBRE 2018

## Parámetros

Mayor a 90%: Bueno

Mayor a 50% y menor a 90%: Revisar

Menor a 50%: Tomar Acciones

### 1. Control de registro

Nombre	Descripción
Formulario de Control de Entrenamiento/ inducción/ Capacitaciones	Se registra el Periodo de capacitación, Nombre del empleado, Nombre del jefe inmediato, Fecha de la capacitación, Tema abordado, Entrenador/Capacitador, Materiales, metodología utilizada
Listado de Asistencia a Capacitar por Módulo/Tema	Se registra la fecha en que se desarrolló la actividad, Nombre del Módulo/Capacitación, Nombre del participante, Puesto laboral dentro de Hospitalización, Nombre del Servicio, Firma del participante,  <i>Sobre los Facilitadores/Capacitadores:</i> Nombre del responsable de impartir el tema/actividad, Tema/Actividad/Módulo impartido y Firma del responsable.

### 2. Documentos de referencia.

Nombre	Observación
Guías Clínicas de Atención	No se posee documentación técnica del proceso, en el manual de procedimientos de atención hospitalaria no se establecen los indicadores de control del proceso. No se tiene actualización de algunos documentos de referencia.
Manual de Organización y Funciones nivel Superior MINSAL	
Manual de procedimientos de atención hospitalaria.	
Protocolos de intervención de enfermería para el Tercer Nivel de atención	
Manual de funciones	
Manual de Organización y Funciones de Sección de Capacitación	

### 3. Recursos

Tipo	Descripción	Características generales - Requisitos
Personal	Personal médico y de enfermería	Personal con formación específica, con habilidades de expresión (para los ponentes)
Papelería	Papelería de control de registro y útiles de oficina	Registros formalizados por el comité de gestión por proceso. Papelería para llevar acabo las capacitaciones (hojas, lapiceros, lápiz, borrador, etc.)
Materiales/insumos	Materiales tecnológicos como computadora, proyector, etc.	Disponibilidad de acceso.
Mobiliario	Mobiliario de oficina.	Tener acceso a solones con fines a reuniones y su respectivo mobiliario (sillas, mesas, pizarra, etc.)

<b>Sub Proceso:</b> Gestión del Conocimiento.	<b>Código del sub proceso:</b> EST-GTH-GDC	<b>Clasificación:</b> Estratégico	<b>Responsable:</b> Comité de Gestión por Proceso	<b>Versión:</b> 1.0
<b>Procedimiento:</b> Inducción de Internos-residentes-servicio Social). <b>Código del procedimiento:</b> EST-GTH-GDC-01				<b>Página:</b> 3-8



- I. **OBJETIVO:** Propiciar al personal que ingresa un período de adaptación y reconocimiento del ámbito laboral, lograr un acercamiento a la cultura del servicio de Hospitalización y al grupo de trabajo.
- II. **ALCANCE:** Jefe de servicio (médico y de enfermería) y personal de nuevo ingreso.
- III. **REFERENCIA / NORMATIVA:**
  - Manual de Organización y Funciones nivel Superior MINSAL.
  - Manual de Organización y Funciones de Sección de Capacitación.
  - Plan Operativo Institucional año 2018 del ministerio de Salud.

### DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO 09

No	Actividad	Descripción	Responsable
1-	Entregar carpeta con material informativo.	Si es personal de nuevo ingreso: Se entrega información fundamental del servicio como el manual de organización, sistema de turnos, manual de Procesos y procedimientos, etc. Si es reingreso (personal antiguo): se entrega información antes mencionados si existen cambios en específicos.	Comité de Gestión por Procesos
2-	Dar charla de bienvenida	Se realizan charlas con el objetivo de revisar la información entregada inicialmente reforzando los contenidos y resolver dudas que tenga el personal	Comité de Gestión por Procesos
3-	Difusión de llegada de personal de nuevo ingreso	Al personal de nuevo ingreso se presenta con el jefe según el cargo, con el objetivo de dar a conocer la jerarquía del servicio.	Comité de Gestión por Procesos
4-	Presentación con el equipo de trabajo	Se presenta el personal de nuevo ingreso con el equipo de trabajo con el fin de entablar una primera comunicación y conocer al personal del servicio en el que desempeñara las funciones.	Jefe de servicio (médico y de enfermería)
5-	Especificación del puesto de trabajo	El jefe inmediato orienta al personal de nuevo ingreso en: actividades a realizar, turno de trabajo, deberes y derechos dentro del servicio, reglas internas, etc.	
6-	Realización de recorrido	Se dará un recorrido de las áreas con las que tiene relación el Servicio de Hospitalización para conocer el hospital además se le dará una inducción dentro del servicio para conocer el espacio físico y el orden de los insumos a utilizar.	

7-	llenar formulario de cumplimiento de inducción	Se evalúa el subproceso mediante una el formulario del cumplimiento de inducción, para conocer si se llevaron a cabo cada una de las actividades que implica la inducción. Al finalizar la presentación del servicio y del Hospital, así como del equipo de trabajo se llena el formulario del cumplimiento de inducción	
8-	firmado del formulario	El formulario de cumplimiento de inducción será firmado por el comité, jefe inmediato y el personal nuevo inducido.	- jefe de servicio (médico y de enfermería)  -Personal nuevo
9-	formulario archivado	Se debe archivar el formulario debidamente firmado. El comité es el responsable de la custodia de dicho documento	Comité de Gestión por Procesos

#### 4. Indicador:

Cantidad del personal de nuevo ingreso

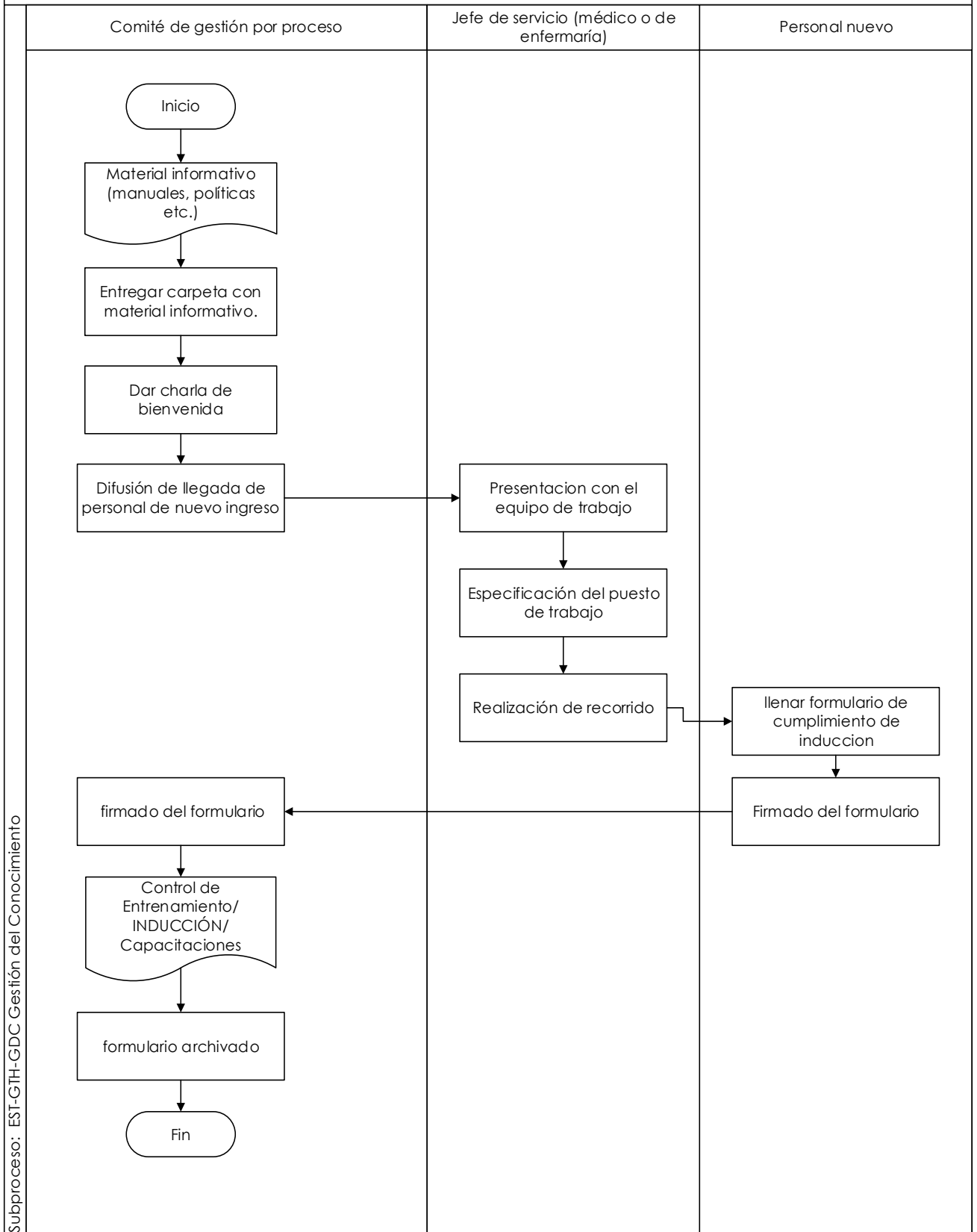
#### Registro

Registros	Código de registro	Soporte de archivo	Responsable de custodia
Control de Entrenamiento/ INDUCCIÓN/ Capacitaciones	CTL-EST-GDC-01-01	Papel / digital	

#### Control de cambio

Edición	Fecha	Motivo de la modificación

Procedimiento: EST-GTH-GDC-01 Inducción de Internos-residentes-servicio Social).



Subproceso: EST-GTH-GDC Gestión del Conocimiento



<b>Sub Proceso:</b> Gestión del Conocimiento.	<b>Código del sub proceso:</b> EST-GTH-GDC	<b>Clasificación:</b> Estratégico	<b>Responsable:</b> Comité de Gestión por Proceso	<b>Versión:</b> 1.0
<b>Procedimiento:</b> Capacitación de personal (Pacientes, Personal Médico, servicio Social) <b>Código del procedimiento:</b> EST-GTH-GDC-02				<b>Página:</b> 6-8



- I. **OBJETIVO:** Capacitar al personal del Servicio de Hospitalización sobre la temática en específico, con el fin de enriquecerlos con conocimientos necesarios para brindar el servicio de manera eficiente.
- II. **ALCANCE:** Jefe de servicio (médico y de enfermería), Comité de Gestión por Procesos y personal de nuevo ingreso.
- III. **REFERENCIA / NORMATIVA:**
  - Manual de Organización y Funciones nivel Superior MINSAL.
  - Manual de Organización y Funciones de Sección de Capacitación.
  - Plan Operativo Institucional año 2018 del ministerio de Salud.

#### DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO 10

No	Actividad	Descripción	Responsable
1.	Revisa plan de Capacitación.	Se revisa el plan de capacitaciones para ver si está acorde a la temática a presentar y su programación	Comité de Gestión por Procesos
2.	Revisar necesidades emergentes fuera del plan.	Si existen necesidades fuera del plan de capacitación se revisan para ser tomadas en cuenta.	
3.	Consolidar el plan de capacitación del mes siguiente.	Preparar la temática abordar en la capacitación del mes siguiente y su programación.	
4.	Divulgar el plan a los jefes.	Preparada la temática de la capacitación se les comunica a los jefes médico y de enfermería el objetivo de la capacitación.	
5.	Revisar y aprobar	Los jefes de servicio revisan la preparación de la capacitación para verificar si la información va a acorde a la temática a abordar, para su aprobación.	Jefe de servicio (médico o de enfermería)
6.	El director del hospital aprueba el plan de capacitación	Se envía la información de la capacitación al director para su aprobación.	Dirección
7.	Realiza la convocatoria de capacitaciones	Una vez aprobada la capacitación por la Dirección, se realizan convocatorias al personal involucrado en el proceso, incluyendo el lugar fecha y hora.	Comité de Gestión por Procesos
8.	Preparar Material	Se realiza toda la preparación necesaria para llevar acabo la capacitación, la presentación, la información que se brindara y entre otros aspectos como: espacio físico, materiales de oficina, papelería, etc.	
9.	Realizar capacitación y pasar lista de Asistencia	Se realiza la capacitación con el personal y se pasara lista de asistencia para medir el compromiso e interés del personal convocado.	Jefe de servicio (médico o de enfermería)

10.	Realizar evaluación del capacitador y/o capacitados	El comité evaluará tanto al capacitador y a los capacitados para diagnosticar la capacitación en busca de mejoras.	Comité de Gestión por Procesos
11.	Entregar copia evaluaciones y lista de asistencia al comité de calidad	Se entregará la lista de asistencia y los resultados de las evaluaciones al comité de calidad para mantener informados de aspectos durante la capacitación	
	Archivar listado de asistencia.	Se archiva el listado de asistencia	

### 5. Indicador:

$$\frac{\text{Asistencia del personal}}{\text{Cantidad de personas evaluadas}} = \frac{\text{No. De Personas asistentes a las capacitacion}}{\text{No. De Personal evaluadas}}$$

$$\frac{\text{No. Personas que hacen parte del proceso}}{\text{No. Total de Personas que pertenecen al Proce.}} \times 100$$

### Porcentaje de horas de capacitaciones realizadas en el año

*(Total de horas de capacitaciones realizadas en el periodo Total de horas planificadas en el periodo) x100*

### Porcentaje de médicos aprobados en la evaluación

*Nº de personal medico aprobado en la evaluacion Total de personal medico que realizó la evaluación) x100*

### Porcentaje de enfermeras aprobadas en la evaluación

*Nº de personal enfermeras aprobado en la evaluación Total de personal de enfermería que realizó la evaluación) x100*

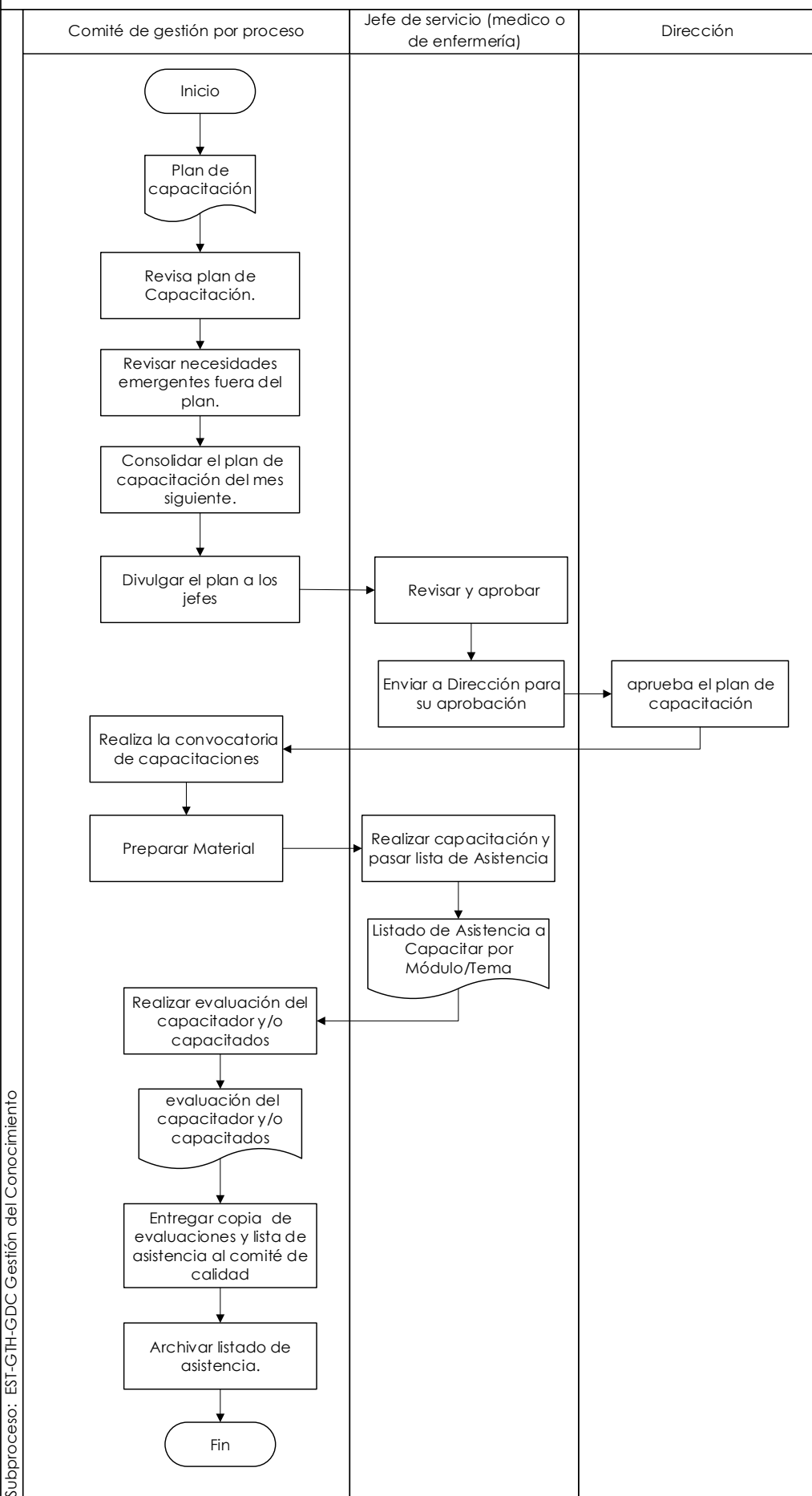
### Registro

Registros	Código de registro	Soporte de archivo	Responsable de custodia
Listado de Asistencia a Capacitar por Módulo/Tema	LST-EST-GDC-01-01	Papel / digital	

### Control de cambio

Edición	Fecha	Motivo de la modificación

Procedimiento: EST-GTH-GDC-02 Capacitación de personal ( Pacientes, Personal Medico) servicio Social).



Subproceso: EST-GTH-GDC Gestión del Conocimiento

<b>Proceso:</b> Gestión de abastecimiento de recursos	<b>Código del proceso:</b> EST-GAR	<b>Clasificación:</b> Estratégico	<b>Responsable:</b> División medica	<b>Versión</b> : 1.0
<b>Cantidad de Sub proceso:</b>		<b>Cantidad de procedimientos: 4</b>		



**OBJETIVO:** gestionar y controlar el uso de los recursos y productos intrahospitalarios, necesarios para brindar el servicio, de manera que se utiliza en él una manera óptima para un mejor desempeño del proceso de Hospitalización

**ALCANCE:** Se refiere al proceso donde se realiza el pedido y administración de insumos, equipo médico que son necesarios en el servicio y los productos intrahospitalarios que provee el proceso “Diagnóstico y Tratamiento clínico “y Servicios generales” este proceso se vincula con la unidad de compras y abastecimiento, UACI, central de equipos y las áreas de apoyo a diagnóstico.

**Entradas:** Planificación de los recursos del servicio

**Documento:** Plan operativo, Presupuesto detallado

**Salidas:** Recursos óptimos para brindar el servicio

**Documento:** Hoja de control y requisición de insumos y equipo

Requisitos de productos no conforme, control de productos no conforme

**Participantes:** Responsables del proceso de Hospitalización  
Equipo de unidades de apoyo.  
Comité de gestión del proceso

**Recursos:** Presupuesto para atención hospitalaria, Horas-hombre, insumos médicos, papelería de oficina, Mobiliario y equipo, infraestructura, sistema informático, Medicamento y exámenes de gabinete y laboratorio.

**Elaborado por:**

GRUPO DE TRABAJO DE GRADO

**Revisado por:**

INGA. SONIA GARCÍA

**Aprobado por:**

COORDINACIÓN DE HOSPITALES DE TERCER NIVEL

**Fecha de Aprobación**

NOVIEMBRE 2018

<b>Proceso:</b> Gestión de abastecimiento de recursos	<b>Código del proceso:</b> EST-GAR	<b>Clasificación:</b> Estratégico	<b>Responsable:</b> Jefe de enfermería	Versión: 1.0
<b>Sub proceso:</b> Gestión de Insumos médicos				<b>Código del sub proceso:</b> EST-GAR-GIM
				Página:1-8



**Objetivo del subproceso:** Mejorar el desempeño y contribuir a satisfacer la demanda de eficiencia en la utilización de los recursos, minimizar la duplicidad o superposición de competencias y funciones entre áreas.

**Alcance del subproceso:** Jefe de enfermera, auxiliar de enfermería y personal del área de almacén de insumos.

**Criterios:** La requisición de insumos no se puede realizar en su debida gestión (boleta de solicitud firmada y sellada por el jefe del servicio)

Proveedor	Entrada	Procedimiento	P	H	V	A	Salida	Usuario	Registro
División medica Servicio de Hospitalización	Plan anual operativo	Requisición y recepción de insumos	X	X			Insumos requeridos para brindar el servicio	Personal de enfermería Personal del área de almacén de insumos	Formulario para requisición de recursos e insumos para Servicio de Hospitalización
	Inventario de insumos	Control del uso de Insumos			X	X	Auditoria de Insumos	Personal de enfermería	Control de Inventario del Servicio de Hospitalización

**Elaborado por:**  
GRUPO DE TRABAJO DE GRADO

**Revisado por:**  
INGA. SONIA GARCÍA

**Aprobado por:**  
COORDINACIÓN DE HOSPITALES DE TERCER NIVEL

**Fecha de Aprobación**  
NOVIEMBRE 2018

## 1. Control de registro

Nombre	Código de registro	Descripción
Control de Inventario del Servicio de Hospitalización	CTL-EST-GIM-01-01	Se registra Fecha inicio, Fecha final, Servicio de Hospitalización, Artículo, Entradas, (en semanas), Salidas (en semanas), Existencia al fin del periodo (Al inicio del mes o Al final del mes).  <i>Entrega de control (al final del mes):</i> Nombre, fecha y firma de: Encargado del inventario y Encargado del área (Farmacia o Dirección de Insumos médicos).
Formulario para requisición de recursos e insumos para Servicio de Hospitalización	FOR-EST-GIM-01-01	Se registra: Fecha, Servicio de Hospitalización que solicita, Artículo solicitado, Especificaciones (medidas, peso, otros), Cantidad y Observaciones (si hay).  <i>Control de emisión.</i> Nombre, fecha y firma de quien: Elaboró, Revisó y Autorizó.

## 2. Documentos de referencia

Nombre	Observación
Manual de Organización y Funciones de Almacén de Insumos Médicos	Algunos documentos no están actualizados
Norma Técnica de Estadísticas y Documentos.	
Protocolos de intervención de enfermería para el Tercer Nivel de atención.	
Manual de funciones.	

## 3. Recursos

Tipo	Descripción	Características generales - Requisitos
Personal	Personal médico y de enfermería	Personal con formación específica
Papelería	Papelería de control de registro y útiles de oficina	Registros formalizados por la unidad de estadísticas
Materiales/insumos	Según stock de consumo	Disponibilidad de acceso a los almacenes
Mobiliario	Mobiliario de oficina.	Revisiones reglamentarias realizadas

<b>Sub Proceso:</b> Gestión de Instrumentos Médicos.	<b>Código del sub proceso:</b> EST-GAR-GIM	<b>Clasificación:</b> Estratégico	<b>Responsable:</b> Comité de Gestión por Proceso	<b>Versión:</b> 1.0
<b>Procedimiento:</b> Requisición y recepción de insumos <b>Código del procedimiento:</b> EST-GAR-GIM-01				<b>Página:</b> 3-8



- I. **OBJETIVO:** Realizar los inventarios físicos de insumos médicos de acuerdo a programación.
- II. **ALCANCE:** Jefe de enfermería y auxiliar
- III. **REFERENCIA / NORMATIVA:**  
Manual de Organización y Funciones de Almacén de Insumos Médicos  
Norma Técnica de Estadísticas y Documentos.  
Protocolos de intervención de enfermería para el Tercer Nivel de atención.

### DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO 11

N	Actividad	Descripción	Responsable
1.	Revisar el stock de insumos y el inventario, para asegurar la necesidad de requisición.	Revisar y cuantificar la cantidad exacta de insumos con los que cuenta el servicio para solicitar lo necesario en caso de escases.	Jefa de enfermería
2.	La requisición de insumos es Eventual, Envía solicitud de requisición de insumos al almacén.	A partir de lo inventariado se solicita los insumos mediante el formulario "Solicitud de requisición de insumos para Servicio de Hospitalización" a almacén de insumos, la cual es firmada y sellada por el jefe del servicio.	Jefa de enfermería
3.	Recibe solicitud y envía insumos según requisición	Recibe solicitud y envía insumos según requisición	Área de almacén de insumos
4.	Recibe los bienes por parte de Almacén Central (Programada y Eventual).	Para recibir los insumos por parte de la unidad de almacén se realiza a través de la programación para el retiro de insumos.	Jefa de enfermería
5.	Revisa la requisición de bienes por parte del almacén, contra los insumos recibidos y distribuir de acuerdo a la solicitud programada de cada jefatura	Se corrobora la entrega de insumos con la solicitud de requisición para conocer el % de disponibilidad de insumos del servicio, es decir cuánto de lo solicitado se le ha entregado al servicio, que será la cantidad de insumos con los que el servicio debe hacer sus estrategias para poder trabajar. Luego se le entrega a cada jefatura	Jefa de enfermería
6.	Abastecer el carro de curaciones e inyecciones.	Se debe de abastecer el carro de curaciones e inyecciones para que el personal de enfermería cuente con los insumos necesarios para poder realizar el procedimiento "Atención de enfermería".	Auxiliar
7.	Almacenar y Colocar los insumos en el lugar correspondiente y según las especificaciones	Una vez los insumos se encuentran en el servicio auxiliar de enfermería se encarga de colocarlos en el lugar correcto teniendo en cuenta las especificaciones	Auxiliar

**Indicadores:**

**% Disponibilidad Total Medicamentos** = N° de insumos solicitados por el servicio / N° Total de insumos entregados al servicio x 100

**Parámetros**

nivel Óptimo: igual o mayor al 90%.  
 nivel Regular: igual o mayor al 70% pero menor de 90%.  
 nivel Bajo: menor al 70%.

**Porcentaje de Desabastecimiento:**

% DES en el servicio = N° de medicamentos con disponibilidad = 0 / Todos los medicamentos x 100

Mayor a 90%: Tomar Acciones  
 Mayor a 50% y menor a 90%: Revisar  
 Menor a 50%: Bueno

**Registro**

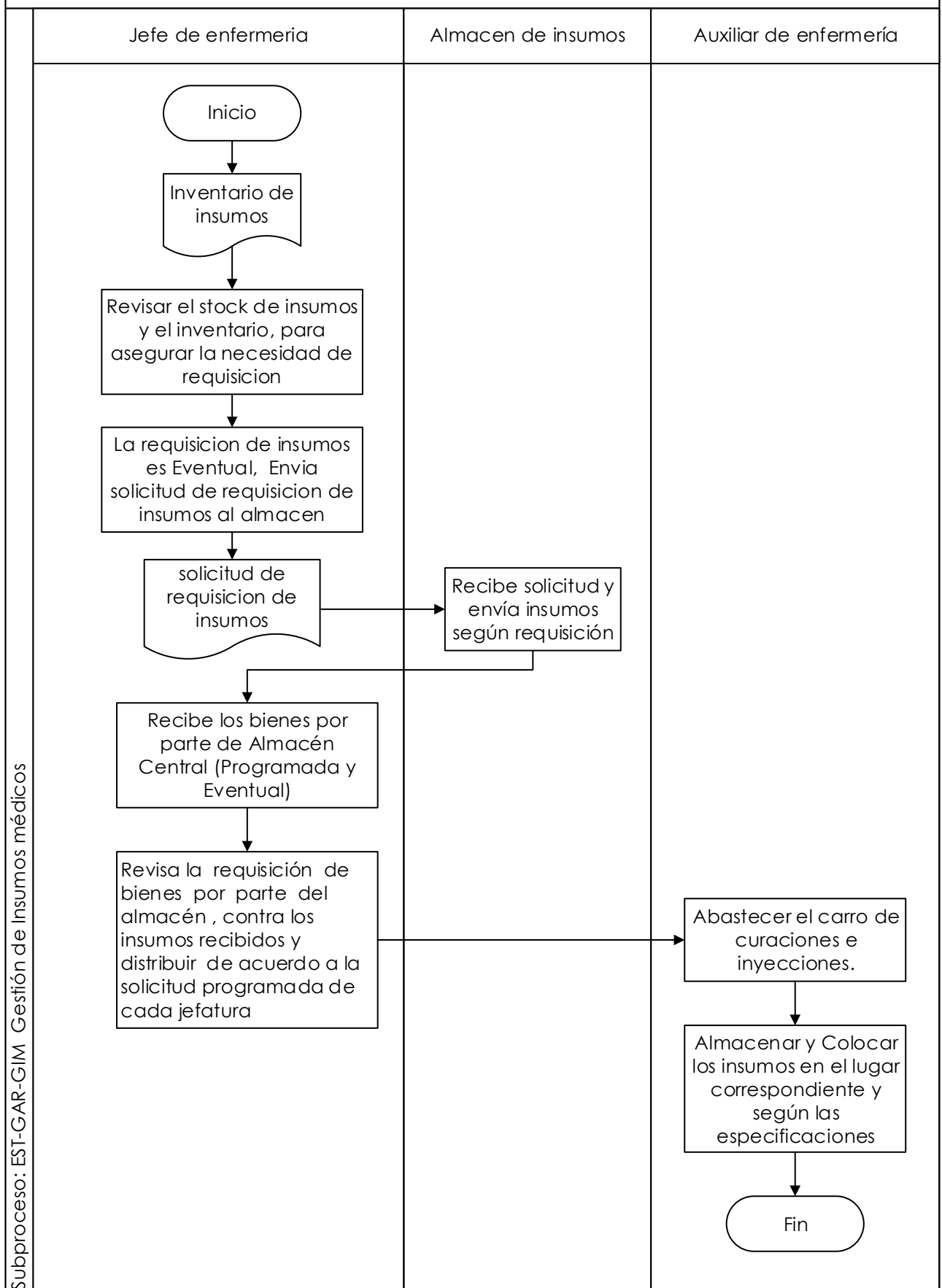
Registros	Código de registro	Soporte de archivo	Responsable de custodia
Solicitud de requisición de insumos para Servicio de Hospitalización	FOR-EST-GIM-01-01	Papel / digital	

**Control de cambio**

Edición	Fecha	Motivo de la modificación



Procedimiento: EST-GAR-GIM-01 Requisición y recepción de insumos



Subproceso: EST-GAR-GIM Gestión de Insumos médicos

<b>Sub Proceso:</b> Gestión de Instrumentos Médicos.	<b>Código del sub proceso:</b> EST-GAR-GIM	<b>Clasificación:</b> Estratégico	<b>Responsable:</b> Comité de Gestión por Proceso	<b>Versión:</b> 1.0
<b>Procedimiento:</b> Control del uso de Insumos <b>Código del procedimiento:</b> EST-GAR-GIM-02				<b>Página:</b> 6-8



- I. **OBJETIVO:** Monitorear periódicamente las condiciones de almacenamiento de los insumos y Mantener actualizado los sistemas de información respecto a las existencias, condiciones y fechas de vencimiento de los insumos médicos.
- II. **ALCANCE:** jefa de enfermería
- III. **REFERENCIA / NORMATIVA:**  
Manual de Organización y Funciones de Almacén de Insumos Médicos  
Norma Técnica de Estadísticas y Documentos.  
Protocolos de intervención de enfermería para el Tercer Nivel de atención.

## DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO 12

No	Actividad	Descripción	Responsable
1.	Los insumos y recursos asignados al servicio son, inventariados en el libro de Control	Registrar en el libro de control la cantidad y especificaciones de los insumos entregados al servicio para llevar el control.	Jefa de enfermería
2.	Registrar en el control de inventario la información necesaria, tipo de insumo, cantidades, fecha de ingreso, fecha de Vencimiento	Dentro de la información que se debe registrar en el libro y control son.: tipo de insumo, cantidades, fecha de ingreso, fecha de Vencimiento, para llevar un control más detallado de cada uno de los insumos.	Jefa de enfermería
3.	Controlar la rotación de los insumos. Primero entrar, primero en salir, Registrando la salida de insumos utilizados en el servicio	Se monitorea la rotación de los insumos, llevando el control y registro de las salidas para la utilización de estos en el servicio a través de la metodología PEPS (primero en entrar primero en salir)	Jefa de enfermería
4.	Realizar la distribución de insumos de manera controlada	Es necesario realizar la distribución de los insumos en el servicio de manera controlada para mejor manejo y utilización de los insumos, de manera que alcancen para lo programado.	Jefa de enfermería
5.	Notificar los escases de algún insumo al jefe de servicio, para firma de requisición	Si hay escases en algún insumo se le comunica al jefe de servicio para realizar la orden de requisición según la necesidad del servicio	Jefa de enfermería
6.	Realizar e procedimiento "Requisición y recepción de insumos"	Para el abastecimiento de insumos se realiza el procedimiento "Requisición y recepción de insumos"	Jefa de enfermería

**Indicadores:**

**% Disponibilidad Total Medicamentos** = N° de insumos solicitados por el servicio / N° Total de insumos entregados al servicio x 100

**Parámetros**

nivel Óptimo: igual o mayor al 90%.  
 nivel Regular: igual o mayor al 70% pero menor de 90%.  
 nivel Bajo: menor al 70%.

**Porcentaje de Desabastecimiento:**

% DES en el servicio = N° de medicamentos con disponibilidad = 0 / Todos los medicamentos x 100

Mayor a 90%: Tomar Acciones  
 Mayor a 50% y menor a 90%: Revisar  
 Menor a 50%: Bueno

**Registro**

Registros	Código de registro	Soporte de archivo	Responsable de custodia
Libro Control de Inventario del Servicio de Hospitalización	CTL-EST-GIM-01-01	Papel / digital	

**Control de cambio**

Edición	Fecha	Motivo de la modificación

Procedimiento: EST-GAR-GIM-02 Control del uso de Insumos

Jefe de enfermería

Subproceso: EST-GAR-GIM Gestión de Insumos médicos

Inicio

Los insumos y recursos asignados al servicio son, inventariados en el libro de Control

Registrar en el control de inventario la información necesaria, tipo de insumo, cantidades, fecha de ingreso, fecha de Vencimiento

libro Control del inventario de insumos

Controlar la rotación de los insumos . Primero entrar, primero en salir, Registrando la salida de insumos utilizados en el servicio

.Realizar la distribución de insumos de manera controlada

Notificar la excases de algun insumo al Jefe de servicio, para su requisión

Realizar el procedimiento "Requisición y recepción de insumos"

Fin

<b>Proceso:</b> Gestión de abastecimiento de recursos	<b>Código del proceso:</b> EST-GAR	<b>Clasificación:</b> Estratégico	<b>Responsable:</b> Auxiliar de enfermería	Versión: 1.0
<b>Sub proceso:</b> Gestión de Equipo médico				<b>Código del sub proceso:</b> EST-GAR-GEM
				Página:1-7



**Objetivo del subproceso:** Actualización del inventario vigente para verificar los equipos con los que se cuentan y el estado de los mismos.

**Alcance del subproceso:** Auxiliar de enfermería, personal del área de mantenimiento, Dirección, y personal del comité de Gestión por Procesos.

**Criterios:** Es rigurosamente necesario la esterilización del equipo médico para realizar los procedimientos medico dentro del servicio de Hospitalización.

Proveedor	Entrada	Procedimiento	P	H	V	A	Salida	Usuario	Registro
Servicio de Hospitalización  Central de equipo	Equipo medico  Medidas de esterilización	Esterilización de arsenal medico	X	X			Arsenal e instrumental médico esterilizado para la realización de procedimientos medico	auxiliar de enfermería	-----
Servicio de Hospitalización  Área de mantenimiento	Equipo medico  Programación de mantenimiento de equipo	Control de equipo médico y mantenimiento			X	X	Equipo médico en buenas condiciones para operar	personal del área de mantenimiento  personal del comité de Gestión por Procesos	Informe de Evaluación de Equipos médicos de los Servicios de Hospitalización  Control y Evaluación de Equipos de los Servicios de Hospitalización

**Elaborado por:**  
GRUPO DE TRABAJO DE GRADO

**Revisado por:**  
INGA. SONIA GARCÍA

**Aprobado por:**  
COORDINACIÓN DE HOSPITALES DE TERCER NIVEL

**Fecha de Aprobación**  
NOVIEMBRE 2018

## 1. Control de registro

Nombre	Descripción
Control y Evaluación de Equipos de los Servicios de Hospitalización	Se registra Fecha inicio de evaluación, Fecha finalización de evaluación, el Servicio de Hospitalización, Código de equipo evaluado, Descripción corta (para que se utiliza, medida, peso, otros), si Falla registrar el Tipo de falla y las observaciones.  CONTROL DE EMISION Nombre fecha y firma de: jefe del Servicio de Hospitalización donde se realizó la evaluación, Responsable de realizar la evaluación de los equipos y el responsable del Comité de Gestión de GPP.
Informe de Evaluación de Equipos médicos de los Servicios de Hospitalización	Informe creado por el comité de gestión por proceso, para la documentación de los resultados de la evaluación y control del mantenimiento de los equipos utilizados en cada uno de los Servicios de Hospitalización

## 2. Documentos de referencia.

Nombre	Observación
Inventario funcional de equipo médico confiable	Los documentos no están actualizados
Manual de Organización y Funciones de Almacén de Mantenimiento.	
Norma Técnica de Estadísticas y Documentos	

## 3. Recursos

Tipo	Descripción	Características generales - Requisitos
Personal	Personal médico y de enfermería	Personal con formación específica
Papelería	Papelería de control de registro y útiles de oficina	Registros formalizados por la unidad de estadísticas
Materiales/insumos	Según stock de consumo (toallas, Sabanas, guantes, fármaco, etc.)	Disponibilidad de acceso a los almacenes
Mobiliario	Cama, mobiliario de oficina.	Revisiones reglamentarias realizadas

<b>Sub Proceso:</b> Gestión de equipo médico.	<b>Código del sub proceso:</b> EST-GAR-GEM	<b>Clasificación:</b> Estratégico	<b>Responsable:</b> Comité de Gestión por Proceso	Versión: 1.0
<b>Procedimiento:</b> Esterilización de arsenal medico <b>Código del procedimiento:</b> EST-GAR-GEM-01				Página: 3-7



- I. **OBJETIVO:** Establecer actividades de contingencia para la provisión de instrumentos quirúrgicos esterilizados necesarios para garantizar el desarrollo del Proceso de Hospitalización y mantenimiento.
- II. **ALCANCE:** enfermera auxiliar
- III. **REFERENCIA / NORMATIVA:**  
Inventario funcional de equipo médico confiable  
Manual de Organización y Funciones de Almacén de Mantenimiento.  
Norma Técnica de Estadísticas y Documentos

### DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO 13

No	Actividad	Descripción	Responsable
1.	Recolectar los instrumentos quirúrgicos que se deben esterilizar	Se hace la recolección de los instrumentos quirúrgicos utilizados en el proceso de Hospitalización, para su debida esterilización para volverlos a utilizar en el proceso.	Enfermera auxiliar
2.	limpieza y desinfección de los instrumentos	Se hace un pre lavado y desinfección a los instrumentos antes de llevarlos a la Central de equipos.	
3.	empaquetado de los instrumentos	Se empaquetas en sabanas verdes los instrumentos para no contaminar y protegerlos de cualquier bacteria.	
4.	Enviar los instrumentos quirúrgicos empacados a la central de Equipos	Los instrumentos empaquetados son enviados a la Central de equipos para su esterilización.	
5.	Recibir los instrumentos quirúrgicos ya esterilizados por la central de Equipos	Realizada la esterilización por la Central de equipos se retiran los instrumentos ya debidamente esterilizados y empaquetados en sabanas, son llevados en carrito de medicamentos hacia el servicio	
6.	Realizar inventario de los instrumentos	Se debe revisar e inventariar la cantidad de instrumentos y sus especificaciones, para llevar el control de la disposición de instrumentos quirúrgicos	
7.	Colocar los instrumentos en su lugar correspondiente listos para su uso	Auxiliar de enfermería es la responsable de colocar los instrumentos quirúrgicos ya esterilizados en el lugar correcto listos para ser utilizados en el proceso de Hospitalización.	

#### Indicador

No. De Equipos esterilizados / total de equipos en el proceso de Hospitalización \* 100

#### Parámetros

Mayor a 90%: Bueno  
Mayor a 50% y menor a 90%: Revisar  
Menor a 50%: Tomar Acciones

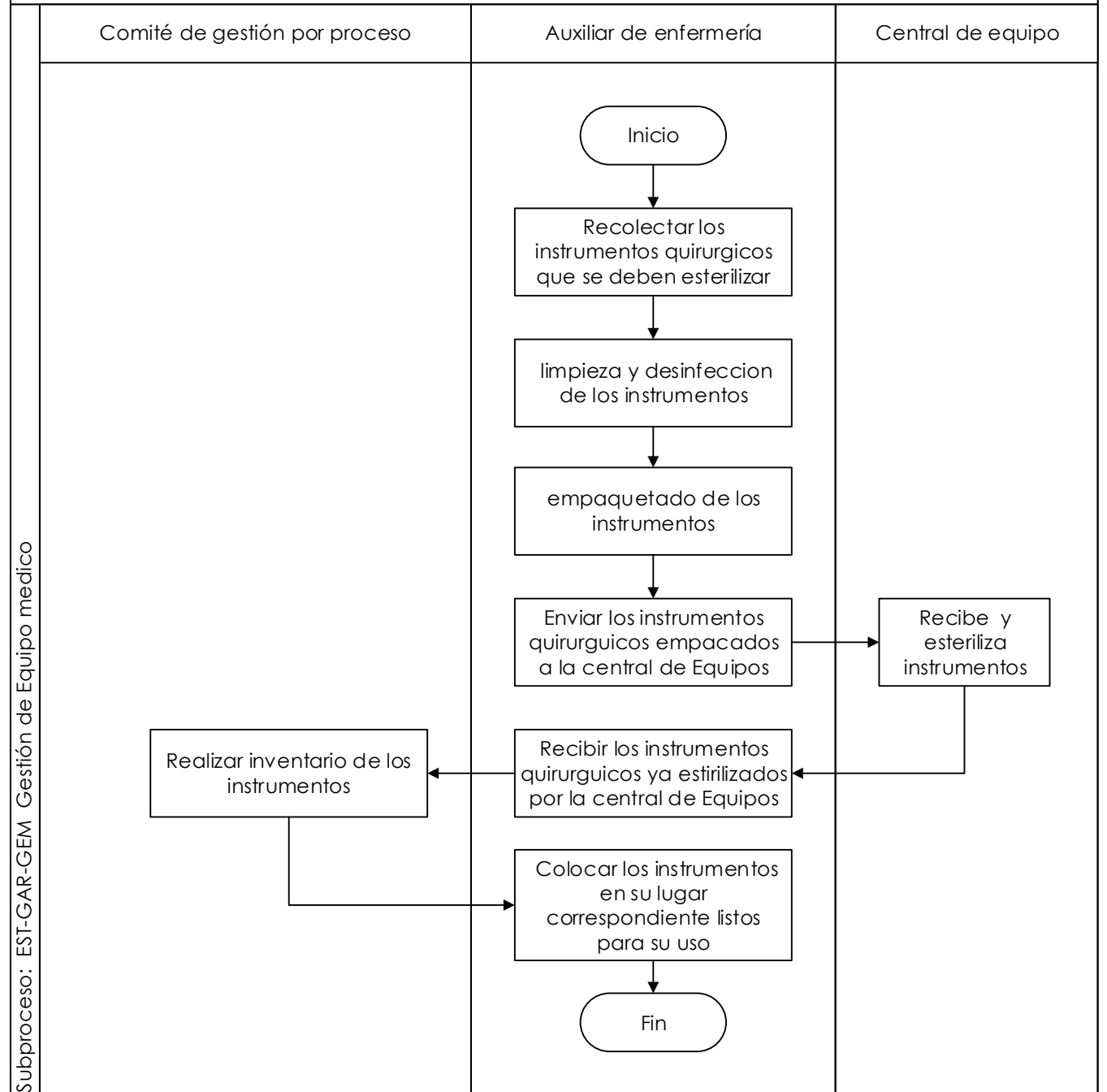
Registro

Registros	Código de registro	Soporte de archivo	Responsable de custodia
N/A		Papel / digital	

Control de cambio

Edición	Fecha	Motivo de la modificación

Procedimiento: EST-GAR-GEM-01 Esterilización de arsenal medico





<b>Sub Proceso:</b> Gestión de equipo médico.	<b>Código del sub proceso:</b> EST-GAR-GEM	<b>Clasificación:</b> Estratégico	<b>Responsable:</b> Comité de Gestión por Proceso	<b>Versión:</b> 1.0
<b>Procedimiento:</b> Control de equipo médico y mantenimiento <b>Código del procedimiento:</b> EST-GAR-GEM-02				<b>Página:</b> 5-7



- I. **OBJETIVO:** Elaborar registró que permita hacer seguimiento al cumplimiento del control de equipo médico y de mantenimiento.
- II. **ALCANCE:** personal del comité de gestión por proceso, personal del área de mantenimiento y Dirección.
- III. **REFERENCIA / NORMATIVA:**  
Inventario funcional de equipo médico confiable  
Manual de Organización y Funciones de Almacén de Mantenimiento.  
Norma Técnica de Estadísticas y Documentos

#### DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO 14

No	Actividad	Descripción	Responsable
1.	preparar los formularios para realizar el control y evaluación del equipo	Preparara el Formulario de Control y Evaluación de Equipos de los Servicios de Hospitalización, para registrar el manejo de los instrumentos quirúrgicos.	Comité de Gestión por Procesos
2.	revisar la integridad de los equipos médicos	Darle mantenimiento al equipo médico.	Área de mantenimiento
3.	Realizar informe de mantenimiento con los hallazgos encontrados y entregarlo al servicio.	Elaborar un reporte detallando la información obtenida durante el mantenimiento del equipo médico y es entrado al	
4.	Programar el mantenimiento correctivo del equipo	Se programa el mantenimiento correctivo del equipo.	Comité de Gestión por Procesos
5.	En caso de ser necesario reemplazo, hacer el requerimiento	Si durante el mantenimiento se detectó algún reemplazo, se elabora la solicitud de reemplazo y se le comunica al mantenimiento	
6.	Realizar informe de seguimiento de los hallazgos o puntos de mejoras	Se elabora un reporte de las acciones tomadas y el seguimiento de éstas en el mejoramiento de los equipos.	
7.	Se envía a dirección para su revisión y firma de enterado.	Se envía a dirección para su revisión y firma de enterado.	Dirección
8.	Recibe y archiva el informe	Recibe y archiva el informe	Comité de Gestión por Procesos

**Indicadores:**

<b>Indicador</b>	<b>Parámetros</b>
(No. De verificaciones realizadas/No de verificaciones programadas) * 100	Mayor a 90%: Bueno Mayor a 50% y menor a 90%: Revisar
No. De Equipos con mantenimiento realizados/ No. De equipos en el proceso de Hospitalización * 100	Menor a 50%: Tomar Acciones

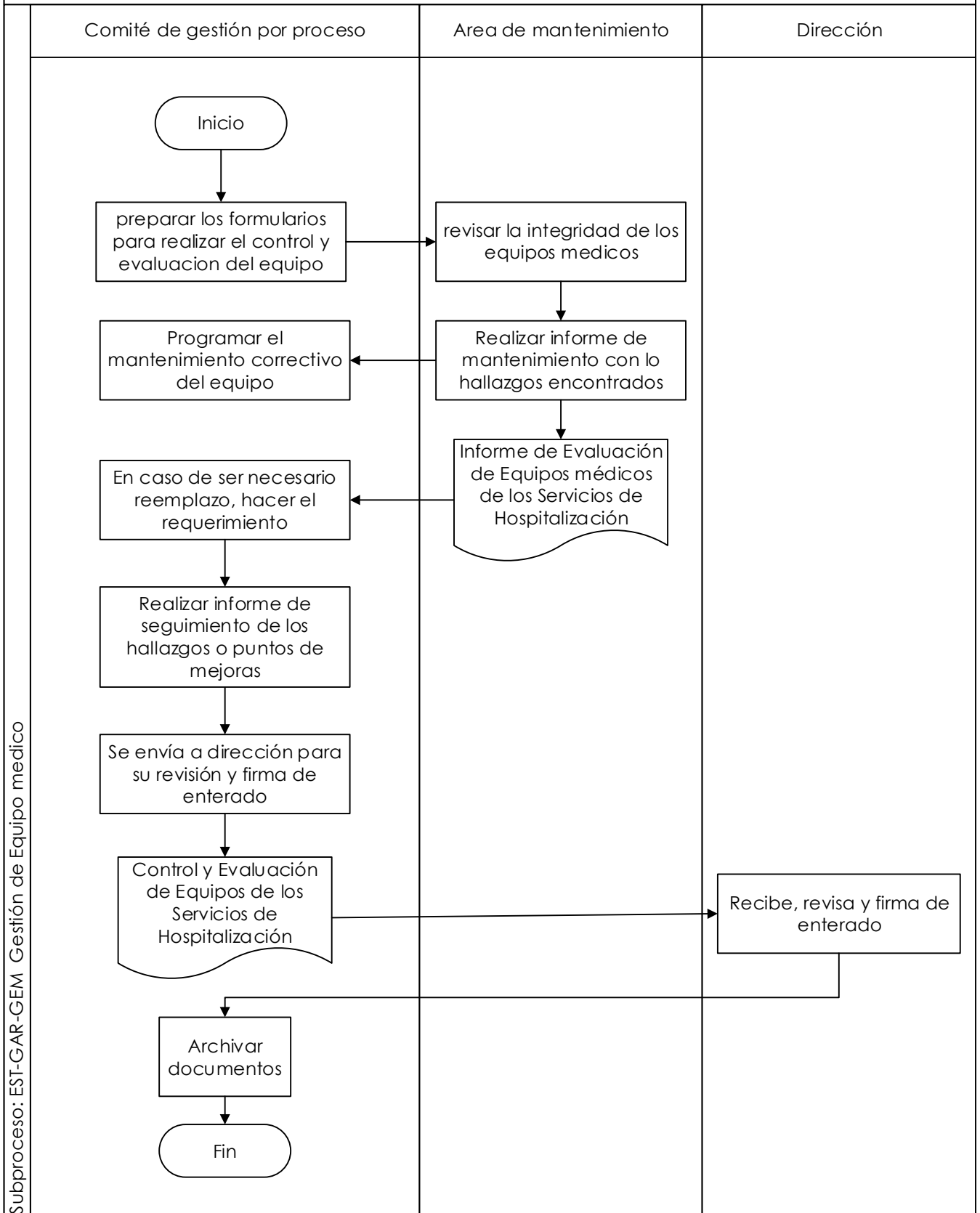
**Registro**

<b>Registros</b>	<b>Código de registro</b>	<b>Soporte de archivo</b>	<b>Responsable de custodia</b>
Control y Evaluación de Equipos de los Servicios de Hospitalización	CTL-EST-GEM-01-01	Papel / digital	
Informe de Evaluación de Equipos médicos de los Servicios de Hospitalización	INF-EST-GEM-01-01		

**Control de cambio**

<b>Edición</b>	<b>Fecha</b>	<b>Motivo de la modificación</b>

Procedimiento: EST-GAR-GEM-02 Control de equipo medico y mantenimiento



<b>Proceso:</b> Gestión de abastecimiento de recursos	<b>Código del proceso:</b> EST-GAR	<b>Clasificación:</b> Estratégico	<b>Responsable:</b> Jefe de enfermería.	Versión: 1.0
<b>Sub proceso:</b> Gestión de productos intrahospitalarios			<b>Código del sub proceso:</b> EST-GAR-GPI	Página:1-8



Ministerio de Salud  
EL SALVADOR  
UNÁMONOS PARA CRECER

**Objetivo del subproceso:** gestionar oportunamente las no conformidades que se presentan al Proceso y realizar las acciones correctivas para cada una de ellas con el objetivo de mitigar su impacto

**Alcance del subproceso:**

**Criterios:** Todo el personal del servicio tiene la obligación de detectar e informar las no conformidades que afecten la calidad del desarrollo de los procedimientos del proceso, en los formatos dispuestos para tal fin

Proveedor	Entrada	Procedimiento	P	H	V	A	Salida	Usuario	Registro
Producto final del servicio de apoyo a diagnóstico y generales  Servicio de Hospitalización	Requisitos para la entrega de servicio  Requisitos para la solicitud de servicio	Establecimiento de requisitos de productos no conforme	X	X			Lista de Requerimientos para los servicios de apoyo a diagnóstico y generales	Personal de enfermería  Personal del comité de Gestión por Procesos	-----
Producto final del servicio de apoyo a diagnóstico y generales  Servicio de Hospitalización	Producto final del servicio de apoyo a diagnóstico y generales  Solicitudes de requisición.	Control de Productos no conforme			X	X	Auditoria de productos	Personal de los servicios de apoyo a diagnóstico y generales	Formulario para producto recibido no conforme  Control de correcciones del producto recibido no conforme.

**Elaborado por:**  
GRUPO DE TRABAJO DE GRADO

**Revisado por:**  
INGA. SONIA GARCÍA

**Aprobado por:**  
COORDINACIÓN DE HOSPITALES DE TERCER NIVEL

**Fecha de Aprobación**  
NOVIEMBRE 2018

## 1. Control de registro


Nombre	Código de registro	Descripción
Formulario para producto recibido no conforme.	FOR-EST-GPI-01-01	<p>Se registrar Fecha, Servicio de Hospitalización, Servicio o área donde proviene el producto (Almacén/ Servicio de Apoyo/Servicios Generales). Se especifique el Producto no conforme recibido, No de Expediente, Inconformidad (según corresponda a cada caso), la Acción a implementar (según corresponda a cada caso).</p> <p><i>Detalle de la inconformidad</i> Ya sea por Producto incompleto o con información faltante, Entregado fuera del tiempo permitido, No corresponde a lo solicitado o Producto en mal estado</p> <p><i>Acciones a implementar:</i> Ya sea Aceptación bajo concesión, Oportunidad de mejorar el producto, Reproceso, Acción correctiva del producto, Detención del Producto o Destrucción.</p> <p>Nombre fecha y firma del responsable quien recibió en Servicio de Hospitalización, responsable del área donde proviene el producto y responsable de Recibo de copia al Comité Evaluador.</p>
Control de correcciones del producto recibido no conforme.	CTL-EST-GPI-02-01	<p>Se registra Fecha, Servicio de Hospitalización, Servicio o área donde proviene el producto (Almacén/ Servicio de Apoyo/Servicios Generales)</p> <p>Se especifica el Producto no conforme recibido, la acción a implementar, y si se realizó la acción o no, y los Resultado obtenidos de la acción.</p> <p>Nombre fecha y firma del responsable quien recibió en Servicio de Hospitalización, responsable del área donde proviene el producto y responsable de Recibo de copia al Comité Evaluador.</p>

## 2. Documentos de referencia

Nombre	Observación
Manual de Organización y Funciones de Servicio de Alimentación y Dietas	Algunos documentos no están actualizados
Manual de Organización y Funciones de Almacén de Medicamentos y Reactivos	
Manual de Organización y Funciones de Almacén de Insumos Diversos	
Manual de Organización y Funciones de Servicio de Lavandería	
Manual de Organización y Funciones de Servicio de Alimentación y Dietas	

## 3. Recursos

Tipo	Descripción	Características generales - Requisitos
Personal	Personal médico y de enfermería	Personal con formación específica
Papelería	Papelería de control de registro y útiles de oficina	Registros formalizados por la unidad de estadísticas
Materiales/insu mos	Según stock de consumo (toallas, Sabanas, guantes, fármaco, etc.)	Disponibilidad de acceso a los almacenes
Mobiliario	Cama, mobiliario de oficina.	Revisiones reglamentarias

<b>Sub Proceso:</b> Gestión de productos intrahospitalarios.	<b>Código del sub proceso:</b> EST-GAR-GPI	<b>Clasificación:</b> Estratégico	<b>Responsable:</b> Comité de Gestión por Proceso	<b>Versión:</b> 1.0	 Ministerio de Salud EL SALVADOR UNAMOS PARA CRECER
<b>Procedimiento:</b> Establecimiento de requisitos de productos no conforme <b>Código del procedimiento:</b> EST-GAR-GPI-01				<b>Página:</b> 3-8	
			realizadas		

- I. **OBJETIVO:** Gestión y reporte de No Conformidades y productos No conformes, estableciendo requisitos para dichos productos.
- II. **ALCANCE:** Personal del Comité de Gestión por Procesos.
- III. **REFERENCIA / NORMATIVA:**  
 Manual de Organización y Funciones de Servicio de Alimentación y Dietas  
 Manual de Organización y Funciones de Almacén de Medicamentos y Reactivos  
 Manual de Organización y Funciones de Almacén de Insumos Diversos  
 Manual de Organización y Funciones de Servicio de Lavandería

#### DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO 15

No	Actividad	Descripción	Responsable
1.	El comité de Gestión reúne a los responsables de los servicios de apoyo, y generales, y al responsable de los Procesos Hospitalarios.	Se convoca al personal responsable o jefe de los servicios de apoyo y generales, a asistir a una reunión con el objetivo de dar conocer las inquietudes sobre los productos finales y su gestión. Informando el día, lugar y hora de la reunión.	Comité de Gestión por Procesos
2.	El comité indica los motivos de la reunión	El comité da apertura a la reunión e informa el objetivo de dicha reunión.	
3.	Por medio de la técnica lluvia de ideas, se establecen los requisitos para que el producto de los servicios de apoyo (Exámenes de gabinete, análisis clínicos, medicamento) sea aceptado y los servicios de apoyo establecen los requisitos para que las solicitudes y muestras sean aceptadas.	Se utilizan técnicas como la lluvia de ideas para tener un mejor panorama de la situación y llegar a un acuerdo para solventar la gestión desde la solicitud del producto hasta la entrega del producto, con el fin de disminuir el reproceso, de modo que tanto el Servicio de Hospitalización y los servicios de apoyo y generales, se comprometan a cumplir los diferentes acuerdos para el bien común.	
4.	Se llega a un acuerdo entre las partes involucradas y se establecen los requerimientos de productos conforme y se elabora un "Documento de requerimientos para solicitud y entrega de productos", que se envía a la dirección de hospital.	Se elabora un documento en el cual se especifican con detalles el acuerdo tomado entre ambas partes, estableciendo los requerimientos de productos conforme para dejar registro de dicha reunión. Luego es enviado a la Dirección para su revisión y aprobación de dicho acuerdo.	
5.	La dirección de hospital está de acuerdo se aprueban los requerimientos, si no se vuelve a reunir y realizan modificativas	La Dirección será la responsable de aprobar el documento del acuerdo detallado, si no lo aprueba, ambas partes tendrán que reunirse y discutir los lineamientos dados por la dirección.	

	según las propuestas presentadas desde la dirección.		
6.	Establecer periódicamente la evaluación para actualización de requisitos para producto no conforme.	Establecer el periodo de evaluación del "Documento de requerimientos para solicitud y entrega de productos", para actualización de requisitos para producto no conforme, según los resultados obtenidos en el procedimiento "Control de Productos no conforme"	
7.	sí existen modificativas al documento, llamar al proceso "control de documentos"	Si se requiere algún cambio en el documento se realizará el proceso "control de documentos"	

**Indicador:**

N/A

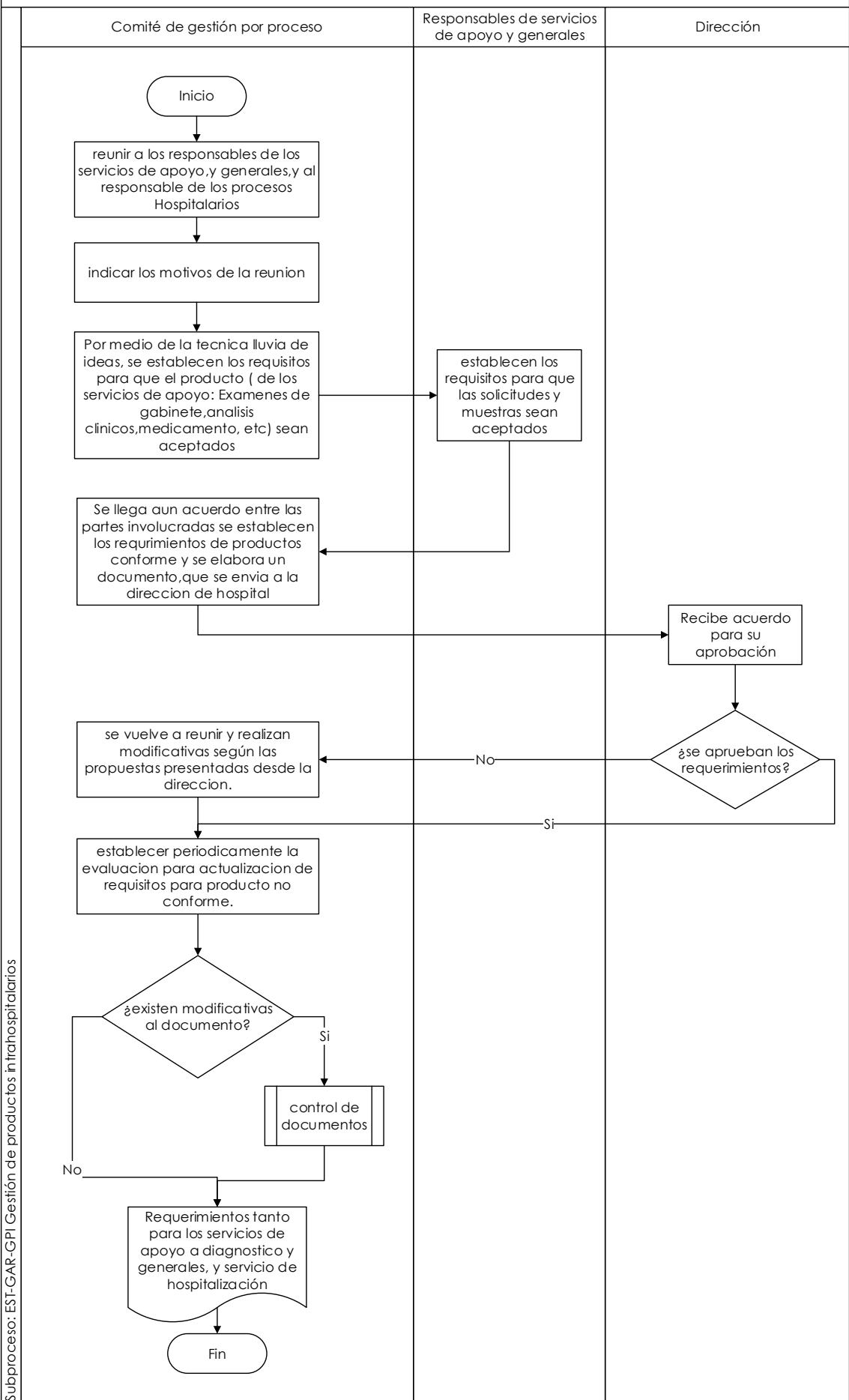
**Registro**

Registros	Código de registro	Soporte de archivo	Responsable de custodia
N/A		Papel / digital	

**Control de cambio**

Edición	Fecha	Motivo de la modificación

Procedimiento: EST-GAR-GPI-01 Establecimiento de requisitos de productos no conforme



Subproceso: EST-GAR-GPI Gestión de productos inthospitalarios



<b>Sub Proceso:</b> Gestión de productos intrahospitalarios.	<b>Código del sub proceso:</b> EST-GAR-GPI	<b>Clasificación:</b> Estratégico	<b>Responsable:</b> Comité de Gestión por Proceso	<b>Versión:</b> 1.0
<b>Procedimiento:</b> Control de Productos no conforme <b>Código del procedimiento:</b> EST-GAR-GPI-02				<b>Página:</b> 5-8



- I. **OBJETIVO:** Controlar los productos No Conformes y las No conformidades que se identifiquen en el proceso y a otros Procesos, las cuales afectan el normal desarrollo del proceso, para el mejor desarrollo de los Procesos.
- II. **ALCANCE:** Enferma hospitalaria y personal del comité de gestión por proceso.
- III. **REFERENCIA / NORMATIVA:**  
Manual de Organización y Funciones de Servicio de Alimentación y Dietas  
Manual de Organización y Funciones de Almacén de Medicamentos y Reactivos  
Manual de Organización y Funciones de Almacén de Insumos Diversos  
Manual de Organización y Funciones de Servicio de Lavandería

## DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO 16

N	Actividad	Descripción	Responsable
1.	Recepción de los productos a los Servicios de Hospitalización o envío de productos hacia los servicios de apoyo y generales.	Los servicios de apoyo reciben los productos enviados por el Servicio de Hospitalización con los requerimientos antes acordados de manera que no se conviertan en productos no conformes.	Comité
2.	Se revisa que se cumplan los requisitos para admitir productos solicitados a los servicios de apoyo y generales: Si: se acepta producto. No: se envía a servicio de origen el producto con boleta de rechazo se registra en "Formulario para producto recibido no conforme" del servicio de Hospitalización, el motivo por el que fue rechazado, fecha y servicio de origen del producto.	Se revisa los productos solicitados a los servicios de apoyo y generales, para verificar el cumplimiento de las especificaciones según el acuerdo entre ambas partes, si no son aprobados por el Servicio de Hospitalización se reenvían de rechazo. Él envía a servicio de origen el producto con boleta de rechazo se registra en "Formulario para producto recibido no conforme" en el cual se detalla el motivo por el cual fue rechazado, fecha y servicio de origen del producto.	Enfermera hospitalaria
3.	Cuantificación diaria de los resultados de los productos no conformes.	El comité cuantifica diariamente los productos no conformes enviados por los servicios de apoyo y generales, así como las boletas de rechazo para llevar un control del cumplimiento del acuerdo.	Enfermera hospitalaria
4.	cuantificación diaria de los resultados de los productos entregados de los Servicios de Hospitalización a los servicios de apoyo y generales, que no están conforme	El comité cuantifica diariamente los productos no conformes enviados por el Servicio de Hospitalización, así como las boletas de rechazo para llevar un control del cumplimiento del acuerdo.	Enfermera hospitalaria
5.	Se realiza el Informe estadístico de productos no conformes, y se envía de los resultados al Comité	Se envían los resultados obtenidos por los productos no conformes y se envían al comité de calidad.	Enfermera hospitalaria

6.	ejecución de procedimiento "Acciones correctivas preventivas y de mejora"	Se toman acciones correctivas y se ejecuta el procedimiento "Acciones correctivas preventivas y de mejora"	Comité
----	---	--	--------

**Indicadores:**

**Indicador**

(No. De no conformidades gestionadas / No. Total, de No conformidades radicados) \* 100

**Parámetros**

Mayor a 90%: Bueno  
 Mayor a 50% y menor a 90%: Revisar  
 Menor a 50%: Tomar Acciones

Cantidad de productos no conformes / total de productos por servicio \* 100

Mayor a 90%: Tomar Acciones  
 Mayor a 40% y menor a 90%: Revisar  
 Menor a 40%: Bueno

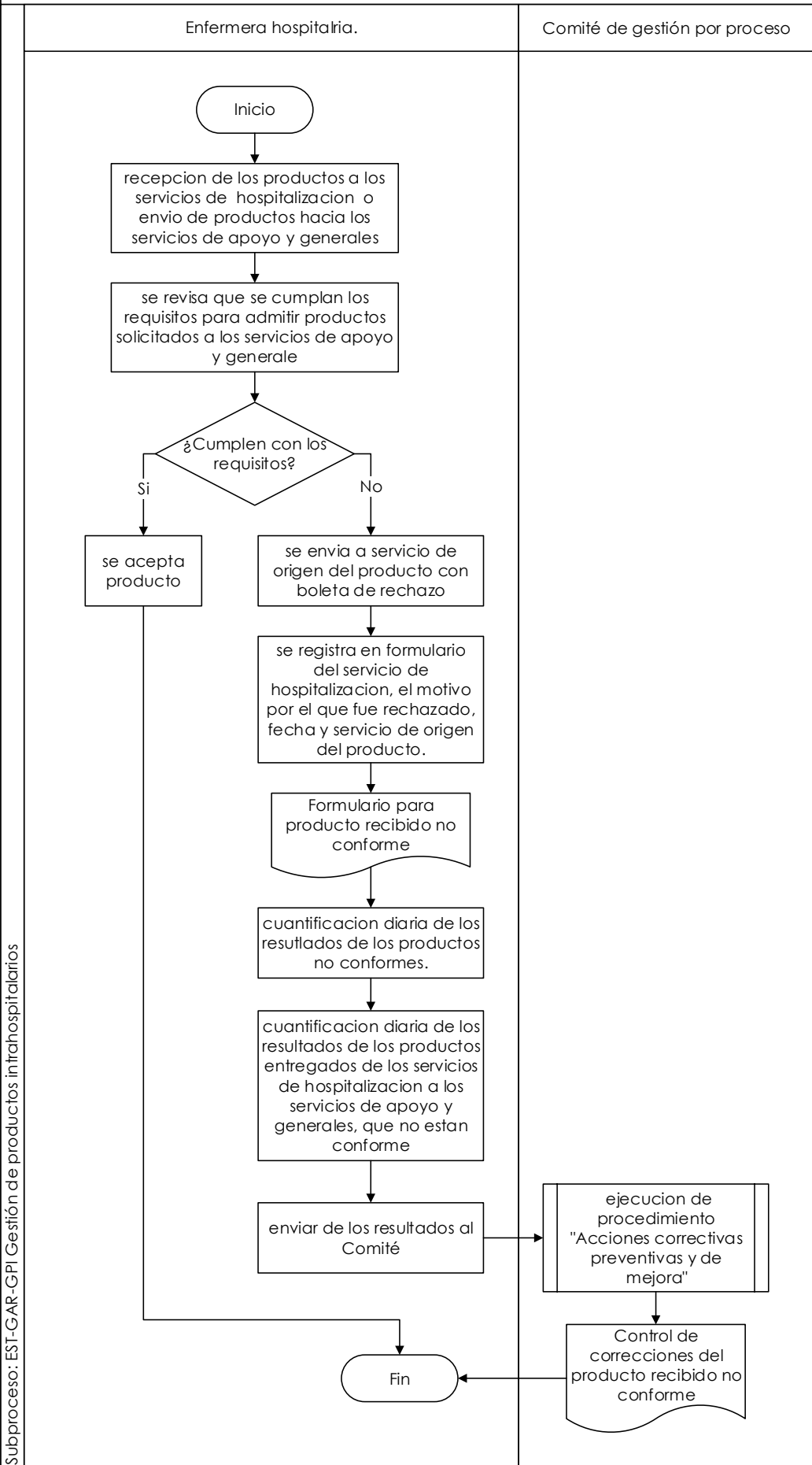
**Registro**

Registros	Código de registro	Soporte de archivo	Responsable de custodia
Control de correcciones del producto recibido no conforme	CTL-EST-GPI-02-01	Papel / digital	
Formulario para producto recibido no conforme	FOR-EST-GPI-01-01		

**Control de cambio**

Edición	Fecha	Motivo de la modificación

Procedimiento: EST-GAR-GPI-02 Control de Productos no conforme



Subproceso: EST-GAR-GPI Gestión de productos intrahospitalarios

## Procesos Clave-Misional

PROCESO CLAVE O MISIONAL-HACER					
HOSPITALIZACIÓN					
<i>Gestión de ingreso OPT-HOS-GDI</i>	<i>Gestión de cama OPT-HOS-GDC</i>	<i>Evaluación medica OPT-HOS-EM</i>	<i>Gestión de indicaciones OPT-HOS-GDI</i>	<i>Atención de enfermería OPT-HOS-ADE</i>	<i>Gestión del alta medica OPT-HOS-GAM</i>
<i>Recepción de documentos para Hospitalización</i>	<i>Recepción del paciente en el Servicio</i>	<i>Evaluación del paciente</i>	<i>Desarrollo de la gestión de indicaciones</i>	<i>Evaluación del paciente</i>	<i>Realización del Alta por mejoría clínica</i>
				<i>Formular el plan de atención de enfermería y cuidados al paciente</i>	<i>Realización del Alta por traslado a otro servicio</i>
<i>Gestión del Expediente</i>	<i>Gestión del Expediente</i>	<i>Formulación del plan de indicaciones</i>	<i>Recolección y registro de la información de diagnostico</i>	<i>Desarrollo y ejecución del plan</i>	<i>Realización del Alta por traslado a otro centro Hospitalario</i>
		<i>Desarrollar el registro de Información</i>			<i>Realización del Alta por defunción</i>
		<i>Registro del cumplimiento del plan</i>			<i>Realización del Alta Exigida</i>

El desglose anterior muestra los 18 procedimientos que agregan valor directo con el servicio ofertado por el Proceso de Hospitalización, los cuales, sirven de base para realizar una adecuada planificación y determinar todos los Procesos de apoyo requeridos.

Procesos	Subprocesos	Nº	Procedimientos	Código del procedimiento	Nombre de los formularios	Código del Registro	
Operativos	HOSPITALIZACIÓN	Gestión de Ingreso	17	Recepción de Documentos para Hospitalización	OPT-HOS-GDI-01		
			18	Gestión de expediente	OPT-HOS-GDI-02		
		Gestión de cama de Ingreso	19	Recepción de paciente en Servicio de Hospitalización	OPT-HOS-GDC-01		
			20	Evaluación y cumplimiento de indicaciones	OPT-HOS-GDC-02		
		Evaluación médica	21	Evaluación del paciente.	OPT-HOS-EM-01		
			22	Formulación de plan de indicaciones	OPT-HOS-EM-02		
			23	Registro de Información de las indicaciones medicas	OPT-HOS-EM-03		
		Gestión de indicaciones	24	Gestionar indicaciones medicas	OPT-HOS-GDI-01		
			25	Recolección y registro	OPT-HOS-GDI-02		
		Atención de enfermería	26	Evaluación del paciente	OPT-HOS-ADE-01		
			27	Formular el plan de atención de enfermería y cuidados.	OPT-HOS-ADE-02		
			28	Ejecución del plan	OPT-HOS-ADE-03		
			29	Registro del cumplimiento del plan	OPT-HOS-ADE-04		
		Gestión de Alta medica	30	Alta por mejoría clínica	OPT-HOS-GAM-01		
			31	Alta por traslado a otro servicio	OPT-HOS-GAM-02		
			32	Alta por traslado a otro centro de atención	OPT-HOS-GAM-03		
			33	Alta por defunción	OPT-HOS-GAM-04		
			34	Alta exigida	OPT-HOS-GAM-05		

<b>Proceso:</b> Hospitalización	<b>Código del proceso:</b> OPT-HOS	<b>Clasificación:</b> Operativo	<b>Responsable:</b> División médica	<b>Versión:</b> 1.0
<b>Cantidad de Sub proceso:</b> 6			<b>Cantidad de procedimientos:</b> 18	



**OBJETIVO:** Proporcionar Servicios de Hospitalización para aquellos pacientes que requieran de procedimientos o tratamientos especializados para recuperar la salud, en base a la asignación de recursos asociados a la actividad clínica, infraestructura, equipamiento y gestión administrativa asignados de acuerdo a su nivel de complejidad.

**ALCANCE:** Este proceso inicia con la indicación de Hospitalización del paciente, la cual se puede dar por dos vías, el proceso de **consulta externa** y **emergencia** y finaliza con el egreso del paciente por alta médica o por defunción

**Entradas:** Paciente con indicación de Hospitalización.

**Documento:** Orden medica de ingreso Hospitalario

**Salidas:** Egreso

**Documento:** Hoja de ingreso y Egreso

**Participantes:** Equipo clínico de cada uno de los Servicios de Hospitalización

Equipo de unidades de apoyo.

Equipos de servicios de apoyo administrativo y logístico.

**Recursos:** Presupuesto para atención hospitalaria, Horas-hombre, insumos médicos, papelería de oficina, Mobiliario y equipo, infraestructura, sistema informático, Medicamento y exámenes de gabinete y laboratorio.

**Elaborado por:**

GRUPO DE  
TRABAJO DE  
GRADO

**Revisado por:**

INGA. SONIA  
GARCÍA

**Aprobado por:**

COORDINACIÓN DE  
HOSPITALES DE TERCER  
NIVEL

**Fecha de  
Aprobación**  
NOVIEMBRE 2018

<b>Proceso:</b> Hospitalización.	<b>Código del proceso:</b> OPT-HOS	<b>Clasificación:</b> Operativo	<b>Responsable:</b> Personal de enfermería.	Versión: 1.0
<b>Sub proceso:</b> Gestión de ingreso <b>Código del sub proceso:</b> OPT-HOS-GDI				Página:1-6



**Objetivo del subproceso:** Admitir a paciente con orden de ingreso en el servicio de Hospitalización de la respectiva especialidad encargada de dar diagnóstico y tratamiento.

**Alcance del subproceso:** Personal de Servicios de Hospitalización, ESDOMED.

**Criterios:** Todo paciente que sea admitido en los Servicios de Hospitalización deberá registrarse en el sistema informático o medio vigente para registrar la admisión, registrando las variables siguientes: Número de expediente, Diagnóstico de admisión y Servicio de procedencia (además el sistema registrara de forma automática los datos de fecha y hora de registro de admisión)

Proveedor	Entrada	Procedimiento	P	H	V	A	Salida	Usuario	Registro
-Consulta externa - Emergencias.	-Paciente con indicación de Hospitalización.  -Documento: Orden medica de ingreso Hospitalario	Recepción de Documentos para Hospitalización		X			Datos de nuevo ingreso en el sistema y expediente	-Personal de enfermería  -Paciente  -ESDOMED.	Datos de nuevo ingreso en el sistema y expediente  Libro de admisión  Expediente hospitalario  Movimiento diario de pacientes hospitalizados
				X			Paciente apto para hospitalizar		
					X		Autorización para el ingreso al servicio.		
						X	Expediente hospitalario		

**Elaborado por:**  
GRUPO DE TRABAJO DE GRADO

**Revisado por:**  
INGA. SONIA GARCÍA

**Aprobado por:**  
COORDINACIÓN DE HOSPITALES DE TERCER NIVEL

**Fecha de Aprobación**  
NOVIEMBRE 2018

## 1. Control de registro

Nombre	Descripción
Hoja de ingreso	Documento en el cual se coloca los datos del paciente, y la condición de salud por lo que necesita ser hospitalizado sin este formulario no se puede realizar el sub proceso Gestión de Ingreso.
Historial clínico	Describe la condición de salud del paciente
Hoja de indicaciones	Describe las indicaciones hechas por el personal Médico, a seguir por el personal de enfermería según la condición de salud del paciente

## 2. Documentos externos

Nombre	Observación
Norma Técnica de Estadísticas y Documentos	Algunos documentos no están actualizados
Lineamientos técnicos para la referencia, Retorno e interconsulta en las RIISS.	
Protocolos de intervención de enfermería para el Tercer Nivel de atención	

## 3. Recursos

Tipo	Descripción	Características generales - Requisitos
Personal	Personal médico y de enfermería	Personal con formación específica
Papelería	Papelería de control de registro y útiles de oficina	Registros formalizados por la unidad de estadísticas
Materiales/insumos	Según stock de consumo (toallas, Sabanas, guantes, fármaco, etc.)	Disponibilidad de acceso a los almacenes
Mobiliario	Cama, mobiliario de oficina.	Revisiones reglamentarias realizadas



<b>Sub Proceso:</b> <i>Gestión de ingreso</i>	<b>Código del sub proceso:</b> <i>OPT-HOS-GDI</i>	<b>Clasificación:</b> Operativo	<b>Responsable:</b> Personal de enfermería	<b>Versión:</b> 1.0
<b>Procedimiento:</b> Recepción de Documentos para Hospitalización <b>Código del procedimiento:</b> OPT-HOS-GDI-01				<b>Página:</b> 3-6



- I. **OBJETIVO:** Recibir documentos para hacer el registro del ingreso del paciente.
- II. **ALCANCE:** Enfermeras, ESDOMED, médicos o enfermeras del servicio de Hospitalización.
- III. **REFERENCIA / NORMATIVA:**  
Norma Técnica de Estadísticas y Documentos  
Lineamientos técnicos para la referencia, Retorno e interconsulta en las RIISS.  
Protocolos de intervención de enfermería para el Tercer Nivel de atención

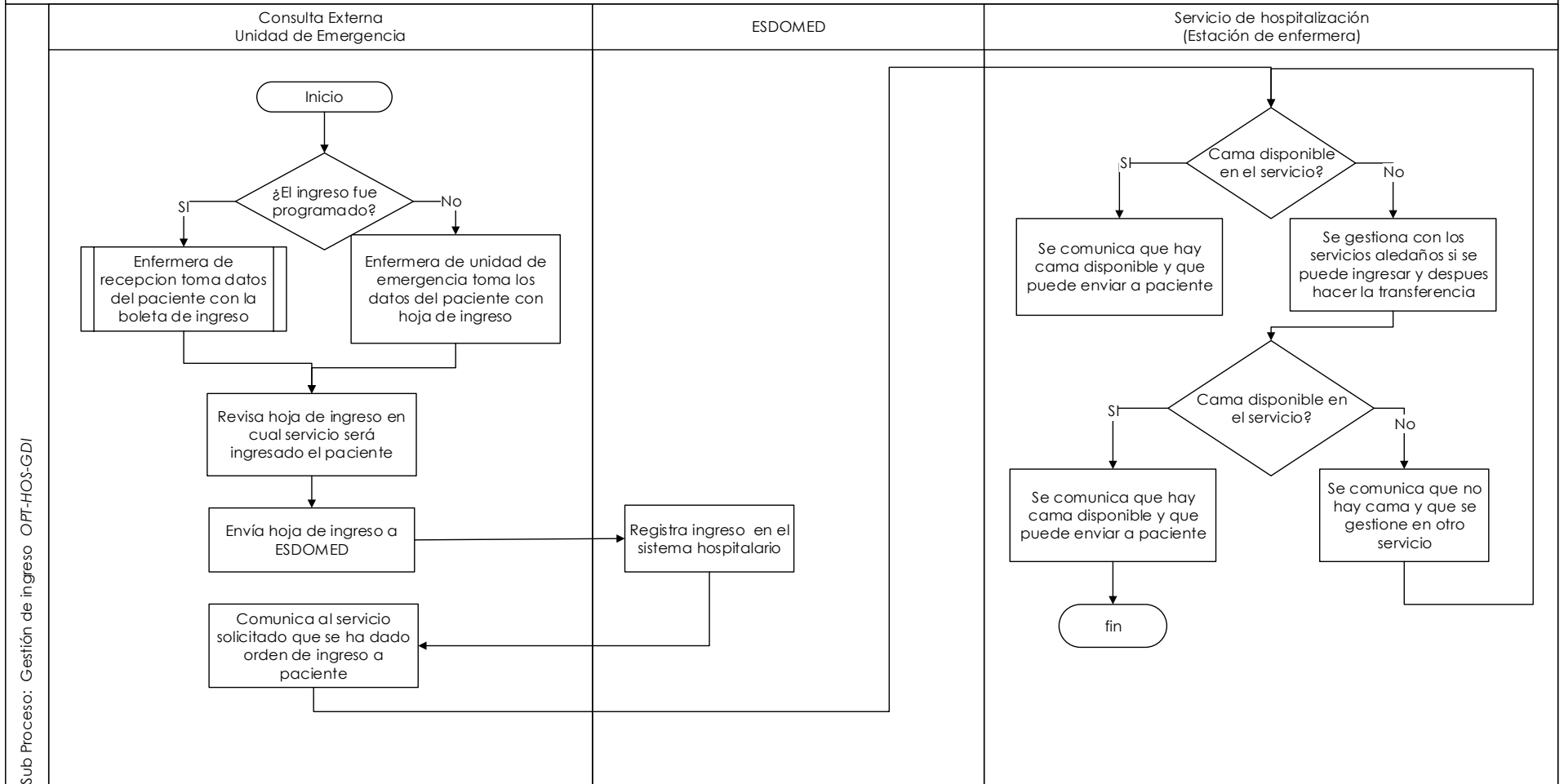
#### DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO 17

No	Actividad	Descripción	Responsable
1.	Registrar datos personales de paciente	Se toman los datos del paciente: Nombre, dirección, edad, DUI (si es mayor de edad). Si el paciente fue programado: Enfermera de recepción toma datos del paciente con la boleta de ingreso, de lo contrario, Enfermera de unidad de emergencia toma los datos del paciente con hoja de ingreso.	Enfermera de emergencia o de recepción
2.	Ingresar orden de ingreso en sistema	Se registra los datos necesarios del ingreso hospitalario en los sistemas de registro correspondientes de la base de datos del hospital.	ESDOMED Enfermera de emergencia o de recepción
3.	Revisar hoja de ingreso	Revisar en hoja de ingreso en cual servicio será ingresado el paciente durante su Hospitalización.	Enfermera de emergencia o de recepción
4.	Comunicación al servicio	comunicar que se ha dado orden de ingreso a paciente al servicio asignada según la condición de salud del paciente	-Enfermera de servicio, -médico
5.	Verificar cama disponible	Se verifica si hay cama disponible para el paciente y se comunica la disponibilidad para que puedan enviar al paciente, de lo contrario pueden ingresarlos en carros camillas (máximo 5) o se gestiona cama en servicios aledaños para poder ingresar a paciente y cuando haya disponible hacer la transferencia a la especialidad al que fue ingresado.	Enfermera de servicio

#### 4. Indicador:

- Número diario de admisiones al servicio
- Numero de admisiones por servicio y área de procedencia.

Procedimiento: : Recepción de Documentos para Hospitalización OPT-HOS-GDI-01



Registro

Registros	Código de registro	Soporte de archivo	Responsable de custodia
		Papel / digital	

Control de cambio

Edición	Fecha	Motivo de la modificación

<b>Sub Proceso:</b> <i>Gestión de ingreso</i>	<b>Código del sub proceso:</b> <i>OPT-HOS-GDI</i>	<b>Clasificación:</b> Operativo	<b>Responsable:</b> Personal de enfermería	<b>Versión:</b> 1.0
<b>Procedimiento:</b> Gestión de expediente <b>Código del procedimiento:</b> OPT-HOS-GDI-02				<b>Página:</b> 5-6

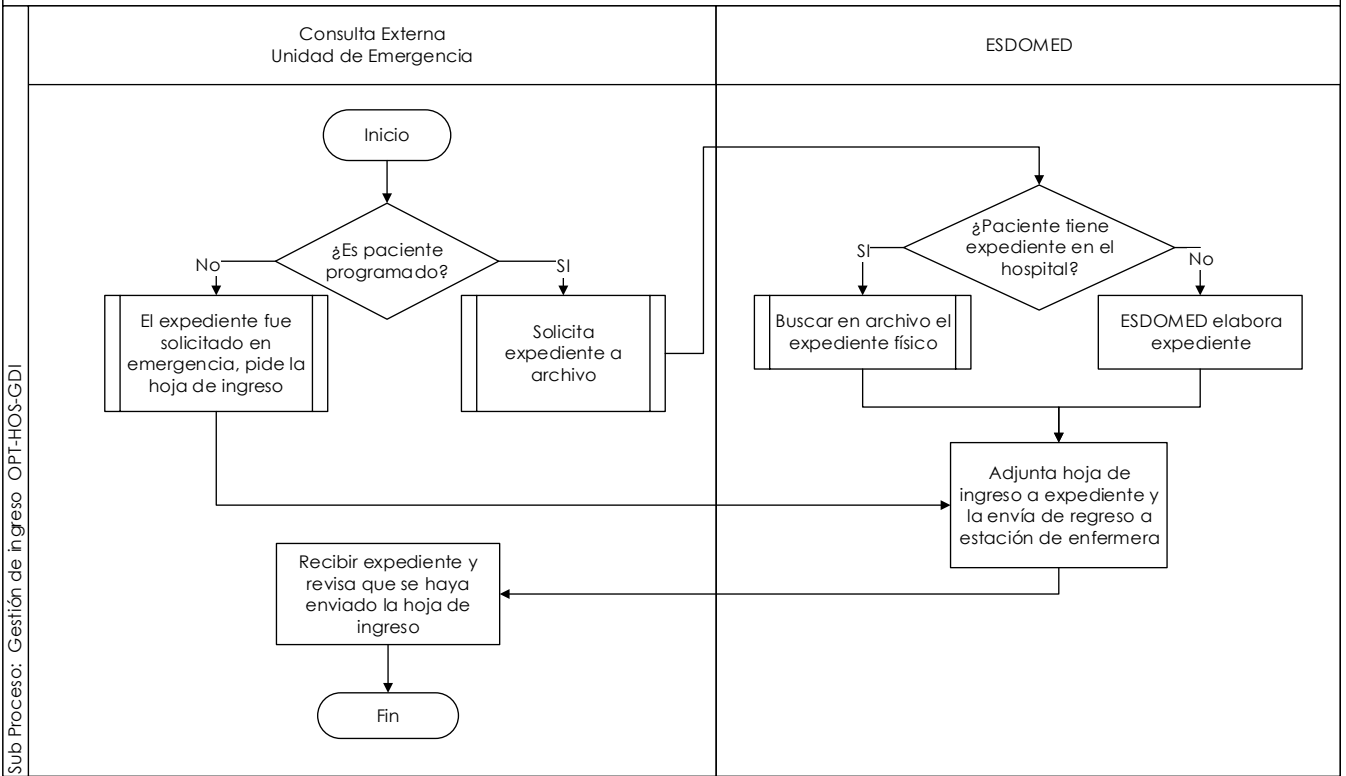


- I. **OBJETIVO:** Solicitar la elaboración (si no existe) y envío del expediente del paciente a ser ingresado hacia servicio donde será admitido el paciente.
- II. **ALCANCE:** enfermeras de emergencias o de recepción, archivo, ESDOMED.
- III. **REFERENCIA / NORMATIVA:**  
Norma Técnica de Estadísticas y Documentos  
Lineamientos técnicos para la referencia, Retorno e interconsulta en las RIISS.  
Protocolos de intervención de enfermería para el Tercer Nivel de atención

### DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO 18

No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	EJECUTOR
1.	Solicitar expediente	Enfermera de emergencias o de recepción solicita a archivo si el paciente tiene expediente vigente en el hospital	Enfermera de emergencias o de recepción
2.	Elaboración de expediente	ESDOMED busca en base de datos del hospital la existencia del expediente de lo contrario se elabora expediente de paciente y entrega a archivo.	Archivo, ESDOMED
3.	Llevar expediente con hoja de ingreso	Enfermera recibe expediente y revisa que este la hoja de ingreso.	Archivo Enfermera de emergencias o de recepción

Procedimiento: Gestión de expediente OPT-HOS-GDI-02



## Registro

Registros	Código de registro	Soporte de archivo	Responsable de custodia
		Papel / digital	

## Control de cambio

Edición	Fecha	Motivo de la modificación

<b>Proceso:</b> Hospitalización.	<b>Código del proceso:</b> OPT-HOS	<b>Clasificación:</b> Operativo	<b>Responsable:</b> Personal de enfermería	Versión: 1.0
<b>Sub proceso:</b> <i>Gestión de cama</i> <b>Código del sub proceso:</b> OPT-HOS-GDC				Página:1-7



**Objetivo del subproceso:** Recibir al paciente y asignar una cama hospitalaria, administrando de manera eficiente el recurso cama, según la condición médica del paciente

**Alcance del subproceso:** Enfermera de emergencias o de recepción; camillero, personal de enfermería del servicio

**Criterios:** La ubicación será según la condición de la paciente evaluada por el personal médico, los pacientes más complicados son ubicados cerca de la estación de enfermería, si existe una complicación del estado de salud de un paciente se debe de cambiar de cama. El cambio cama en ocasiones provoca confusión en el proceso., el expediente deberá estar con cada paciente

Proveedor	Entrada	Procedimiento	P	H	V	A	Salida	Usuario	Registro
Gestión de ingreso	Paciente con admisión en el servicio Documento: Expediente Hospitalario	Recepción de paciente en servicio de Hospitalización		X			Paciente con cama asignada en el servicio. Documentación completa y autorizada, expediente en el servicio. Paciente evaluado por el médico de turno.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Servicio de Movilización</li> <li>- Enfermera Hospitalaria</li> <li>- Auxiliar de Enfermería</li> <li>- Personal de Limpieza</li> <li>- paciente</li> </ul>	Documento: Cuadro clínico, según número de cama
		Evaluación y cumplimiento de indicaciones			X	X	Paciente y cuadro clínico preparados para visita del médico.		Libros de enfermería actualizados
					X		Libros de enfermería actualizados		

**Elaborado por:**  
GRUPO DE TRABAJO DE GRADO

**Revisado por:**  
INGA. SONIA GARCÍA

**Aprobado por:**  
COORDINACIÓN DE HOSPITALES DE TERCER NIVEL

**Fecha de Aprobación**  
NOVIEMBRE 2018

### 1- Control de registro

Nombre	Descripción
Hoja de signos vitales	Se anotan los signos vitales del paciente
Hoja de historia clínica	Se describe el procedimiento que se le ha realizado al paciente
Hoja de indicaciones medicas	Se anotan las indicaciones medicas
Hoja de anotación de enfermería	Se anotan las actividades realizadas al paciente por el personal de enfermería según las indicaciones medicas

### 2- Documentos de referencia

Nombre	Observación
Guías clínicas de atención médica y de enfermería	Algunos documentos están desactualizados
Norma Técnica de Estadísticas y Documentos	
Protocolos de intervención de enfermería para el Tercer Nivel de atención	
Normativas de Emergencia (Enfermería)	

### 3- Recursos

Tipo	Descripción	Características generales - Requisitos
Personal	-Enfermera Hospitalaria -Auxiliar de Enfermería -Personal de Limpieza	Personal con formación específica
Papelería	Papelería de control de registro y útiles de oficina	Registros formalizados
Materiales/insumos	Según stock de consumo (toallas, Sabanas, guantes, fármaco, etc.)	Disponibilidad de acceso a los almacenes
Mobiliario	Cama, mobiliario de oficina.	Revisiones reglamentarias realizadas

<b>Sub Proceso:</b> <i>Gestión de cama</i>	<b>Código del sub proceso:</b> <i>OPT-HOS-GDC</i>	<b>Clasificación:</b> Operativo	<b>Responsable:</b> Personal de enfermería	<b>Versión:</b> 1.0
<b>Procedimiento:</b> Recepción de paciente en servicio de Hospitalización <b>Código del procedimiento:</b> OPT-HOS-GDC-01				<b>Página:</b> 3-7



- I. **OBJETIVO:** recibir al paciente en el servicio asignado para el ingreso de su diagnóstico y tratamiento.
- II. **ALCANCE:** camillero, enfermera, médico de staff, residente, interno.
- III. **REFERENCIA / NORMATIVA:**  
  
 Guías clínicas de atención médica y de enfermería  
 Norma Técnica de Estadísticas y Documentos  
 Protocolos de intervención de enfermería para el Tercer Nivel de atención  
 Normativas de Emergencia (Enfermería)

#### DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO 19

No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	EJECUTOR
1.	Indicación de traslado al servicio	Se da orientación al paciente sobre el área en donde debe dirigirse para ser ingresado, se entrega expediente.	Enfermera de emergencias o de recepción
2.	Traslado al servicio de Hospitalización asignado con el expediente	Se traslada a paciente con hoja de ingreso y expediente al servicio de Hospitalización. Cuando se tengan más de un ingreso a realizar, enfermera de recepción o emergencias acuerda con enfermera de servicio si se envían pacientes al mismo tiempo o en lapsos diferentes. Bajo la condición que paciente puede movilizarse por su cuenta: Si: paciente se va caminando, acompañado de familiar o enfermera al servicio. No: es llevado en camilla y lo traslada enfermera o camillero de emergencias o de recepción.	Enfermera de emergencias o de recepción; camillero
3.	Recibir al paciente en el servicio	El paciente y el expediente son recibidos por la enfermera en el servicio de Hospitalización.	Enfermera del servicio
4.	Comprobación de datos personales	Los documentos (expediente) son corroborados por enfermera que atiende en servicio; también se entrega expediente que incluye exámenes de laboratorio y gabinete tomados en emergencias o servicio de donde ha sido transferido; y se da lectura de las últimas indicaciones médicas asignadas.	Enfermera de emergencias o de recepción; camillero
5.	Orientación del paciente	Se dan indicaciones verbales a pacientes de ingreso, sobre ubicación de baños, horario de visita de familiares, retiro de prendas de valor y número de cama asignada.	Enfermera del servicio

6.	Asignación de cama / Entrega de bata	Se le entrega bata al paciente. Enfermera de servicio hace la gestión de buscar cama mientras paciente se está vistiendo,	Enfermera del servicio
7.	Preparación de cama	Se hace desinfección de colchón y cambio de ropa de cama.	Auxiliar de enfermera
8.	Evaluación del paciente	Se comunica a Residente la llegada de nuevo ingreso, para que se evalúe de forma rápida la condición de salud actual de paciente y el expediente.	Médico residente
9.	Traslado del Paciente en cama asignada	Paciente es llevada por enfermera a la cama asignada ya preparada. Se le indica en donde puede colocar sus pertenencias y donde poner los insumos que se le pueden llegar a entregar (vasos plásticos, botes con medicamentos, etc.).	Enfermera del servicio

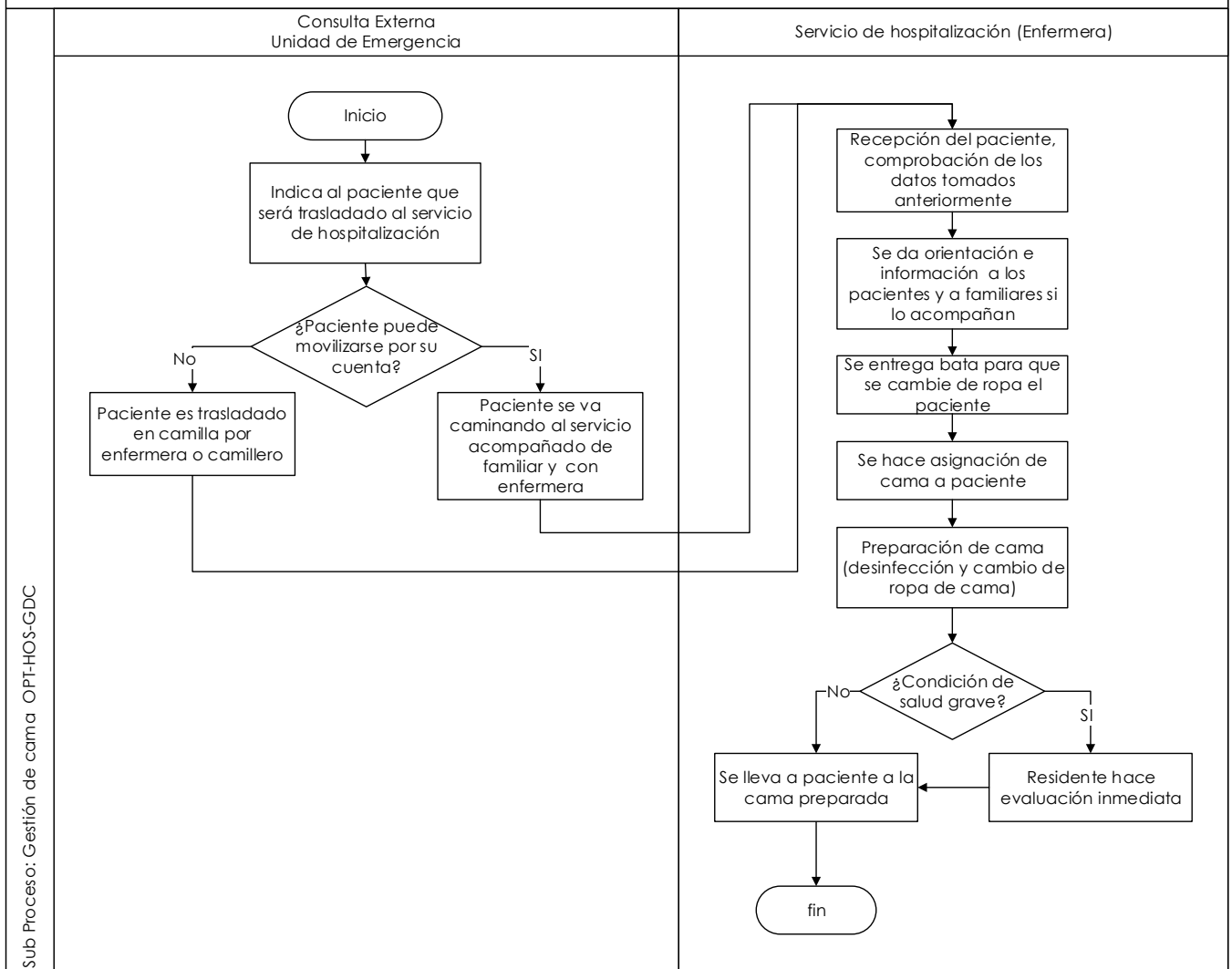
### Registro

Registros	Código de registro	Soporte de archivo	Responsable de custodia
		Papel / digital	

### Control de cambio

Edición	Fecha	Motivo de la modificación





<b>Sub Proceso:</b> <i>Gestión de cama</i>	<b>Código del sub proceso:</b> <i>OPT-HOS-GDC</i>	<b>Clasificación:</b> Operativo	<b>Responsable:</b> Personal de enfermería	<b>Versión:</b> 1.0
<b>Procedimiento:</b> Evaluación y cumplimiento de indicaciones <b>Código del procedimiento:</b> OPT-HOS-GDC-02				<b>Página:</b> 5-7



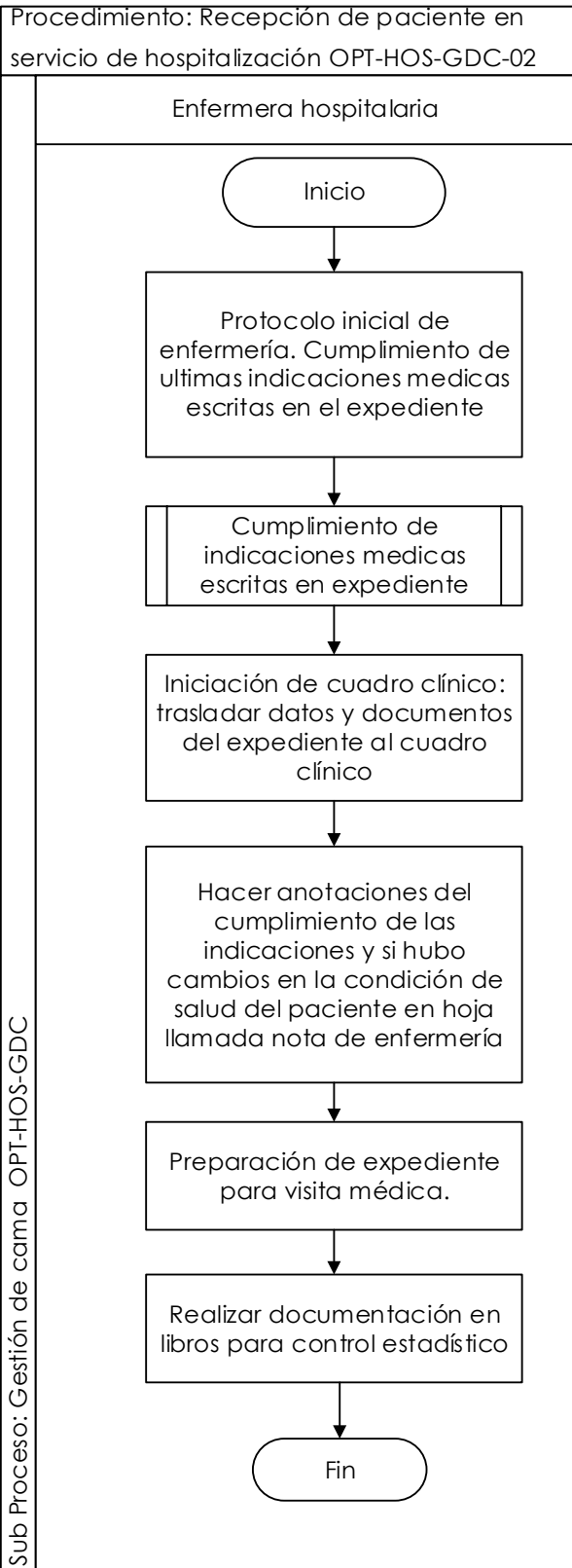
- I. **OBJETIVO:** realizar los preparativos necesarios del expediente para tenerlo listo a la hora de la visita médica.
- II. **ALCANCE:** enfermera de servicio.
- III. **REFERENCIA / NORMATIVA:**  
Guías clínicas de atención médica y de enfermería  
Norma Técnica de Estadísticas y Documentos  
Protocolos de intervención de enfermería para el Tercer Nivel de atención  
Normativas de Emergencia (Enfermería)

### DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO 20

No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	EJECUTOR
1.	Protocolo inicial de enfermería	Tomar signos vitales y de temperatura de paciente en cama asignada/ según la condición médica del paciente	Enfermera hospitalaria
2.	Cumplimiento de indicaciones.	Realizar cumplimiento de indicaciones médicas previas al ingreso, establecidas por emergencia o en indicaciones de la referencia. Si el paciente llega con algún tipo de tratamiento en curso, hasta nuevas indicaciones médicas.	
3.	Iniciación de cuadro clínico	Trasladar datos y documentos del expediente al cuadro clínico.	
4.	Anotación de enfermería	Hacer anotaciones del cumplimiento de las indicaciones y si hubo cambios en la condición de salud del paciente en hoja llamada nota de enfermería, según lineamientos y protocolos establecidos.	
5.	Realizar documentación para control estadístico	Se realiza anotación de ingreso en hoja de datos de movimiento diario de pacientes y también en libro de paciente ingresado (libro del servicio).	
6.	Preparación de expediente para visita médica.	Armar cuadro con documentos de expediente, enfermera introduce hojas de formularios para armar cuadro de paciente. El cuadro se maneja en una porta expediente y estará a disposición del equipo de salud, en la estación de enfermería del servicio donde estará ingresado el paciente.	

### Registro

Registros	Código de registro	Soporte de archivo	Responsable de custodia
		Papel / digital	



**Control de cambio**

Edición	Fecha	Motivo de la modificación

<b>Proceso:</b> Hospitalización.	<b>Código del proceso:</b> OPT-HOS	<b>Clasificación:</b> Operativo	<b>Responsable:</b> Jefe de servicio de Hospitalización	Versión: 1.0
<b>Sub proceso:</b> Evaluación médica <b>Código del sub proceso:</b> OPT-HOS-EM				Página:1-5



**Objetivo del subproceso:** Evaluar al paciente para definir la condición clínica y definir indicaciones de acuerdo a la gravedad del paciente

**Alcance del subproceso:** enfermeras, auxiliar de enfermería, medico staff, residentes, internos

**Criterios:** Aplicar los lineamientos, guías clínicas y protocolos de atención vigentes.

Proveedor	Entrada	Procedimiento	P	H	V	A	Salida	Usuario	Registro
Sub proceso Gestión de cama para Hospitalización	Paciente ingresado con cama asignada Documento: Cuadro clínico	Evaluación del paciente		x	x		Establecimiento de la condición médica del paciente	Médicos de Staff Residentes Internos paciente	Documento: Cuadro clínico
		Formulación de plan de indicaciones	x	x		Plan de tratamiento definido			
		Registro de Información de las indicaciones medicas				x	Boletas de exámenes y requisiciones de servicio		

**Elaborado por:**  
GRUPO DE TRABAJO DE GRADO

**Revisado por:**  
INGA. SONIA GARCÍA

**Aprobado por:**  
COORDINACIÓN DE HOSPITALES DE TERCER NIVEL

**Fecha de Aprobación**  
NOVIEMBRE 2018

### 1- Control de registro

Nombre	Descripción
Control de signos vitales para pacientes críticos	Se anotan los signos vitales de paciente en un periodo seguido para ver su evolución
solicitudes de exámenes de tratamiento y diagnostico	A través de este documento se solicitan los exámenes según indicados por el médico.
Solicitud de Medicamento a farmacia por medio de la Hoja de Indicación medica	A través de este documento se solicitan los medicamentos según indicados por el medico
Hoja de continuación de historial medico	Se anotan la evolución del estado del paciente
Solicitud de medicamentos restringido	Se utiliza para la solicitud de medicamentos restringidos según las indicaciones del medico
Hoja de resumen de alta	Se especifica las condiciones de salud con las que el paciente deja las instalaciones del hospital
Hoja de referencia e interconsulta	Se utiliza para la solicitud de ingreso del paciente a otro hospital, clínica, unidad de salud, etc. Especificando las condiciones de salud del paciente.

### 2- Documentos externos

Nombre	Observación
Guías Clínicas de Atención	Algunos documentos están desactualizados
Norma Técnica de Estadísticas y Documentos	
Protocolos de intervención de enfermería para el Tercer Nivel de atención	
Manual de funciones	

### 3- Recursos

Tipo	Descripción	Características generales - Requisitos
Personal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médicos de Staff</li> <li>- Residentes</li> <li>- Internos</li> </ul>	Personal con formación específica
Papelería	Papelería de control de registro y útiles de oficina	Registros formalizados
Materiales/insumos	Según stock de consumo (toallas, Sabanas, guantes, fármaco, etc.)	Disponibilidad de acceso a los almacenes
Mobiliario	Cama, mobiliario de oficina.	Revisiones reglamentarias Realizadas

<b>Sub Proceso:</b> <i>Evaluación médica.</i>	<b>Código del sub proceso:</b> <i>OPT-HOS-EM</i>	<b>Clasificación:</b> Operativo	<b>Responsable:</b> Medico Staff	<b>Versión:</b> 1.0
<b>Procedimiento:</b> Evaluación del paciente <b>Código del procedimiento:</b> OPT-HOS-EM-01				<b>Página:</b> 1-3



- I. **OBJETIVO:** enfermera cumple con protocolos clínicos que le corresponde, además de cumplir con indicaciones médicas asignadas en última visita.
- II. **ALCANCE:** enfermeras, medico staff, residentes, internos.
- III. **REFERENCIA / NORMATIVA:**  
 Guías Clínicas de Atención  
 Norma Técnica de Estadísticas y Documentos  
 Protocolos de intervención de enfermería para el Tercer Nivel de atención  
 Manual de funciones

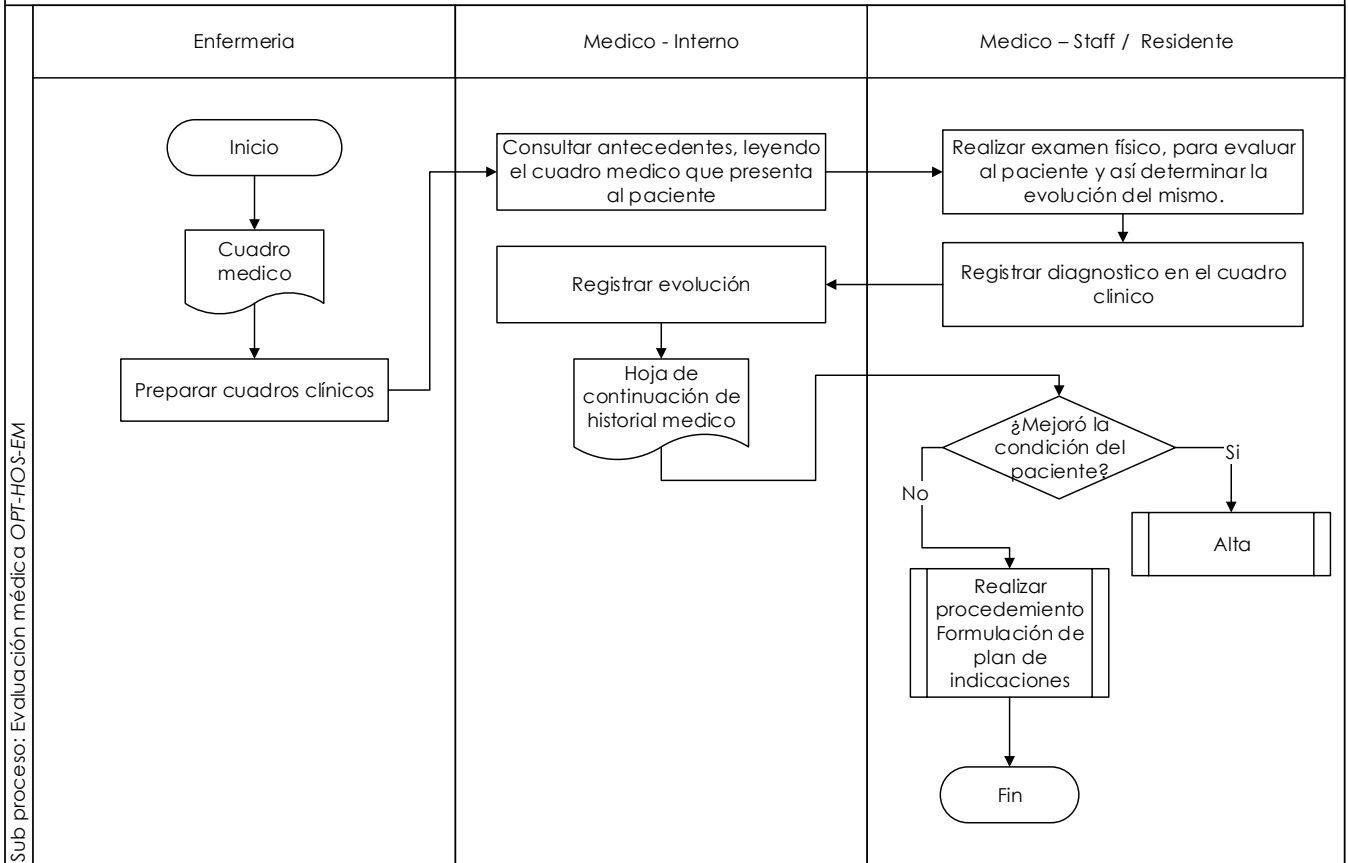
### Descripción del Procedimiento 21

No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	EJECUTOR
1.	Preparar cuadros clínicos	Enfermera del servicio prepara los expedientes para la visita médica de cada paciente, deja el cuadro clínico en cada una de las camas de los pacientes. Anexa los exámenes que fueron previamente solicitados por indicaciones médicas previas al ingreso o en última visita del médico.	Enfermera del servicio
2.	Consultar antecedentes	Se lee la historia clínica previa del paciente, para conocer su patología, las evaluaciones anteriores y otra información de interés que pueda aportar valor a su evaluación. Se conversa con el paciente y/o familiares y acompañantes con el objetivo de obtener información que pueda ser relevante para su tratamiento.	Medico staff, residentes
3.	Realizar examen físico y evaluar a paciente para determinar evolución	Exploración del personal médico hacia el paciente en busca de signos de alguna enfermedad. Se hacen preguntas a paciente para conocer si este ha sentido cambios en su condición de salud. Se hace la actividad de enseñar a estudiantes de medicina sobre los casos patológicos que se están observando.	Medico staff, residentes, internos
4.	Registrar evolución	Asignar un diagnóstico de acuerdo a los antecedentes obtenidos y escribir hoja de evolución. Las anotaciones en el cuadro deben hacerse con letra y números legibles y en estricto orden cronológico.	Medico staff, residentes
5.	Registrar diagnostico en cuadro clínico	Dejar por escrito la evolución del paciente, el diagnóstico y las indicaciones las cuales pueden ser ejecutadas por el paciente o personal clínico. Las indicaciones escritas son autorizadas por firma y sello del médico de staff.	Internos, médico de staff
6.	Decisión de alta medica	El médico autoriza el egreso del paciente y considera la emisión de certificados y entrega de indicaciones al alta, o realizar el retorno o alta del paciente.	Médico de staff

#### 4- Indicador:

- Número de pacientes delicadas
- Número de traslados a otros servicios

Procedimientos: Evaluación del paciente OPT-HOS-EM-01



**Registro**

Registros	Código de registro	Soporte de archivo	Responsable de custodia
		Papel / digital	

**Control de cambio**

Edición	Fecha	Motivo de la modificación

<b>Sub Proceso:</b> <i>Evaluación médica.</i>	<b>Código del sub proceso:</b> <i>OPT-HOS-EM</i>	<b>Clasificación:</b> Operativo	<b>Responsable:</b> Medico Staff	<b>Versión:</b> 1.0
<b>Procedimiento:</b> Formulación de plan de indicaciones <b>Código del procedimiento:</b> OPT-HOS-EM-02				<b>Página:</b> 1-3



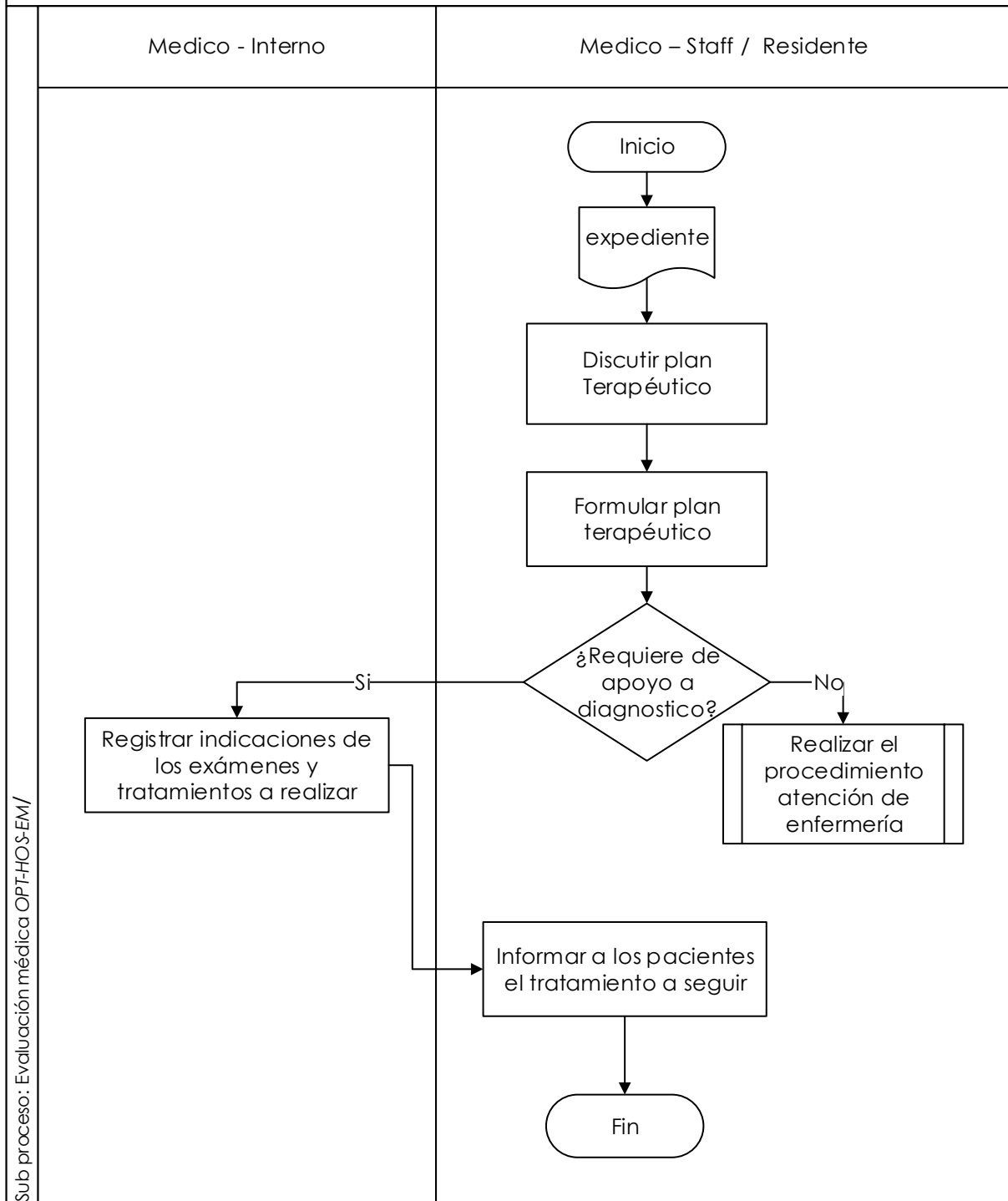
- I. **OBJETIVO:** médicos realizan diagnóstico y registro de las evaluaciones médicas realizadas a los pacientes.
- II. **ALCANCE:** medico staff, residentes, internos.
- III. **REFERENCIA / NORMATIVA:**  
 Guías Clínicas de Atención  
 Norma Técnica de Estadísticas y Documentos  
 Protocolos de intervención de enfermería para el Tercer Nivel de atención  
 Manual de funciones

## DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO 22

No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	EJECUTOR
1.	Discutir plan Terapéutico	llega a consenso con residentes y si es necesario con los otros médicos de staff del servicio o solo con jefe del servicio, para establecer las indicaciones a seguir por parte del personal médico, citas de interconsultas, pruebas a realizar para el apoyo del diagnóstico, dieta y medicación que el paciente debe seguir.	Medico staff, residentes
2.	Formular plan terapéutico	Se indica el plan de atención, en el cual se establecen las indicaciones a seguir por parte del personal médico.	Medico staff
3.	Registrar indicaciones de los exámenes y tratamientos a realizar	Se registra en el cuadro clínico, las indicaciones en las hojas del cuadro que servirán para solicitar la prestación de los servicios de apoyo e interconsultas del hospital.	Medico staff, residentes, internos
4.	Informar a los pacientes tratamiento a seguir	Se le informa al paciente y al familiar (si está acompañado por uno) sobre la información de las indicaciones a seguir, siempre y cuando ellos quieran ser informados e incluye diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento a la enfermedad.	Medico staff o residentes



Procedimiento: Formulación del plan de indicaciones OPT-HOS-EM-02



Sub proceso: Evaluación médica OPT-HOS-EM/

**Registro**

Registros	Código de registro	Soporte de archivo	Responsable de custodia
		Papel / digital	

**Control de cambio**

Edición	Fecha	Motivo de la modificación

<b>Sub Proceso:</b> <i>Evaluación médica.</i>	<b>Código del sub proceso:</b> <i>OPT-HOS-EM</i>	<b>Clasificación:</b> Operativo	<b>Responsable:</b> Personal de enfermería	<b>Versión:</b> 1.0
<b>Procedimiento:</b> Registro de Información de las indicaciones médicas <b>Código del procedimiento:</b> OPT-HOS-EM-03				<b>Página:</b> 1-3

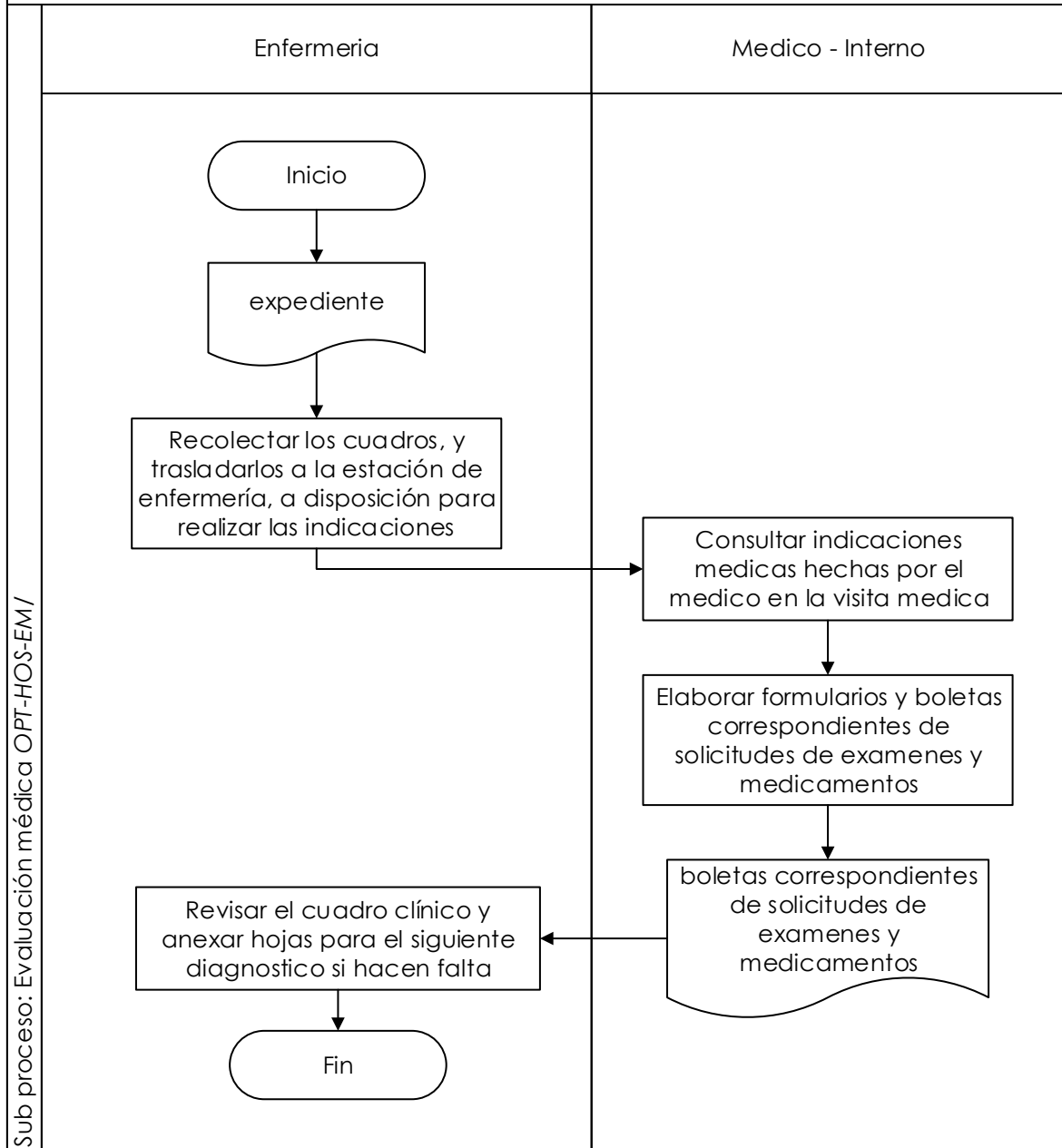


- I. **OBJETIVO:** se registra en el expediente las indicaciones médicas que asigno el personal médico durante la visita médica.
- II. **ALCANCE:** medico staff, residentes, internos.
- III. **REFERENCIA / NORMATIVA:**  
 Guías Clínicas de Atención  
 Norma Técnica de Estadísticas y Documentos  
 Protocolos de intervención de enfermería para el Tercer Nivel de atención  
 Manual de funciones

### DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO 23

No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	EJECUTOR
1.	Recolectar los cuadros, y trasladarlos a la estación de enfermería	Colocar expedientes en estación de enfermería en donde se ponen a disposición para realizar las respectivas anotaciones.	Enfermera del servicio
2.	Consultar indicaciones y Preparación de los formularios correspondientes	Consultar Indicaciones médicas hechas por el médico en la visita médica, para proceder a la preparación de los formularios correspondientes	Internos y enfermeras
3.	Elaborar formularios y boletas correspondientes de solicitud de exámenes y medicamentos, así como cualquier petición para recursos externos	Se realiza la elaboración de las boletas para solicitar la prestación de los servicios de apoyo, que deben estar completamente llenados y firmados por los médicos de staff.	Internos, residentes y enfermeras
4.	Preparar cuadro clínico y anexar hojas para el diagnóstico si hacen falta	Revisar el cuadro clínico y dejarlo listo con hojas para las visitas siguientes; anexar hojas para el diagnóstico si hacen falta.	Enfermera del servicio

Procedimiento: Registro de Información de las indicaciones médicas OPT-HOS-EM-03



**Registro**

Registros	Código de registro	Soporte de archivo	Responsable de custodia
		Papel / digital	

**Control de cambio**

Edición	Fecha	Motivo de la modificación

<b>Proceso:</b> Hospitalización.	<b>Código del proceso:</b> OPT-HOS	<b>Clasificación:</b> Operativo	<b>Responsable:</b> Médico Staff	Versión: 1.0
<b>Sub proceso:</b> Gestión de Indicaciones <b>Código del sub proceso:</b> OPT-HOS-GDI				Página:1-5



**Objetivo del subproceso:** Ejecutar en forma adecuada la coordinación de las indicaciones entregadas por el médico para la atención clínica de un paciente

**Alcance del subproceso:** enfermeras, auxiliar de enfermería, médico staff, residentes, internos.

**Criterios:** Este subproceso se interactúa como proveedor y receptor de los productos recibidos del proceso de apoyo a diagnóstico. Los servicios de apoyo a diagnóstico: digitalizan la información de los resultados obtenidos en los exámenes, y la envía a los Servicios de Hospitalización, para que este sirva de apoyo al diagnóstico y tratamiento del paciente por el médico tratante

Proveedor	Entrada	Procedimiento	P	H	V	A	Salida	Usuario	Registro
Subproceso evaluación médica del paciente	Paciente con Indicación médica.	Gestionar indicaciones	x	x			Exámenes Ejecutados y medicamentos solicitados	-Enfermera Hospitalaria -Auxiliar de Enfermería -Internos -Servicios generales -Servicios de apoyo	Documento: Boletas de Exámenes e interconsultas
	Documento: Boletas de Exámenes interconsultas	Recolección y registro			x	x	Cuadro clínico con respuesta a los exámenes y medicamento en el servicio	-Diagnostico -Personal médico de interconsulta -Paciente	

**Elaborado por:**  
GRUPO DE TRABAJO DE GRADO

**Revisado por:**  
INGA. SONIA GARCÍA

**Aprobado por:**  
COORDINACIÓN DE HOSPITALES DE TERCER NIVEL

**Fecha de Aprobación**  
NOVIEMBRE 2018

### 1- Documentos internos de referencia

- Lineamientos internos de los hospitales (lineamientos internos del servicio de nutrición y dietas)
- Manuales generales de organización y funciones de los servicios de apoyo y generales
- Listado oficial de medicamentos

### 2- Control de registro

Nombre	Descripción
Hoja de solicitud de exámenes	Se utiliza para solicitar la realización de exámenes según las indicaciones medicas
Solicitud de requisición de dietas	Se utiliza para solicitar las dietas para cada paciente según las indicaciones medicas
Solicitud de medicamento para los Servicios de Hospitalización (recetas médicas)	Se utiliza para solicitar los medicamentos necesarios para la mejoría de la condición de salud del paciente según indicaciones médicas.
Solicitud de mantenimiento	se utiliza para solicitar mantenimiento según indicaciones médicas ejemplo: instalación mantenimiento de oxígeno, etc.

### 3- Documentos externos

Nombre	Observación
Guías Clínicas de Atención	Algunos documentos están desactualizados
Norma Técnica de Estadísticas y Documentos	
Protocolos de intervención de enfermería para el Tercer Nivel de atención	
Manual de funciones	

### 4- Recursos

Tipo	Descripción	Características generales - Requisitos
Personal	-Enfermera Hospitalaria -Auxiliar de Enfermería -Internos -Servicios generales -Servicios de apoyo Diagnostico -Personal médico de interconsulta	Personal con formación específica
Papelería	Papelería de control de registro y útiles de oficina	
Materiales/insumos	Según stock de consumo (toallas, Sabanas, guantes, fármaco, etc.)	Disponibilidad de acceso a los almacenes
Mobiliario	Cama, mobiliario de oficina.	Revisiones reglamentarias Realizadas

<b>Sub Proceso:</b> <i>Gestión de indicaciones.</i>	<b>Código del sub proceso:</b> OPT-HOS-GDI	<b>Clasificación:</b> Operativo	<b>Responsable:</b> Personal de enfermería.	Versión: 1.0
<b>Procedimiento:</b> Gestionar indicaciones <b>Código del procedimiento:</b> OPT-HOS-GDI-01				Página: 1-3



- I. **OBJETIVO:** hacer efectiva el cumplimiento de las indicaciones médicas, a través de la gestión de los servicios de apoyo de diagnóstico y generales con los que cuentan los hospitales, para llevar a cabo el diagnóstico y tratamiento del paciente.
- II. **ALCANCE:** enfermeras, residentes, internos.
- III. **REFERENCIA / NORMATIVA:**  
Guías Clínicas de Atención  
Norma Técnica de Estadísticas y Documentos  
Protocolos de intervención de enfermería para el Tercer Nivel de atención  
Manual de funciones

#### DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO 24

No	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	EJECUTOR
1.	Comunicarse con el servicio de apoyo solicitado	Comunicar de forma personal o con llamada telefónica al servicio de apoyo correspondiente, la solicitud de prestación de sus servicios.	Internos, residentes y enfermeras
2.	Gestionar con el servicio de apoyo	Gestionar con el servicio de apoyo la prestación de sus servicios según el requerimiento que el médico haya realizado en las indicaciones de la visita médica. El requerimiento para los servicios puede ser hacia servicios de apoyo a diagnóstico o servicios generales. La gestión se realiza:  Para servicios de apoyo de diagnóstico: se lleva la boleta de solicitud del servicio con los campos llenos, nombre y firma del médico. Se brindará el servicio llevando al paciente o las muestras hacia el lugar, o que el servicio solicitado llegue a la cama del paciente. Entre estos están los servicios de laboratorio, anatomía patológica, radiología e imágenes, banco de sangre, nutrición, farmacia, consulta externa, trabajo social Para los servicios generales: enfermera hace la gestión a través de llamada telefónica para que el servicio general llegue a prestar la asistencia solicitada. Entre estos esta lavandería, nutrición y dieta.	Internos, residentes y enfermeras
3.	Toma de muestras para laboratorio	Se toma muestra para pruebas para exámenes de laboratorio según las indicaciones médica en el servicio, casos esenciales se lleva al paciente al servicio de apoyo a diagnóstico	Enfermera
4.	Traslado de las muestras	Trasladar las muestras al servicio de apoyo, en el caso en que la muestra haya sido tomada en el servicio de Hospitalización	Enfermera

**5- Indicador:**

- Cantidad de recetas dispensadas para los Servicios de Hospitalización
- Cantidad de dietas servidas para los Servicios de Hospitalización
- Cantidad de exámenes realizados para los Servicios de Hospitalización

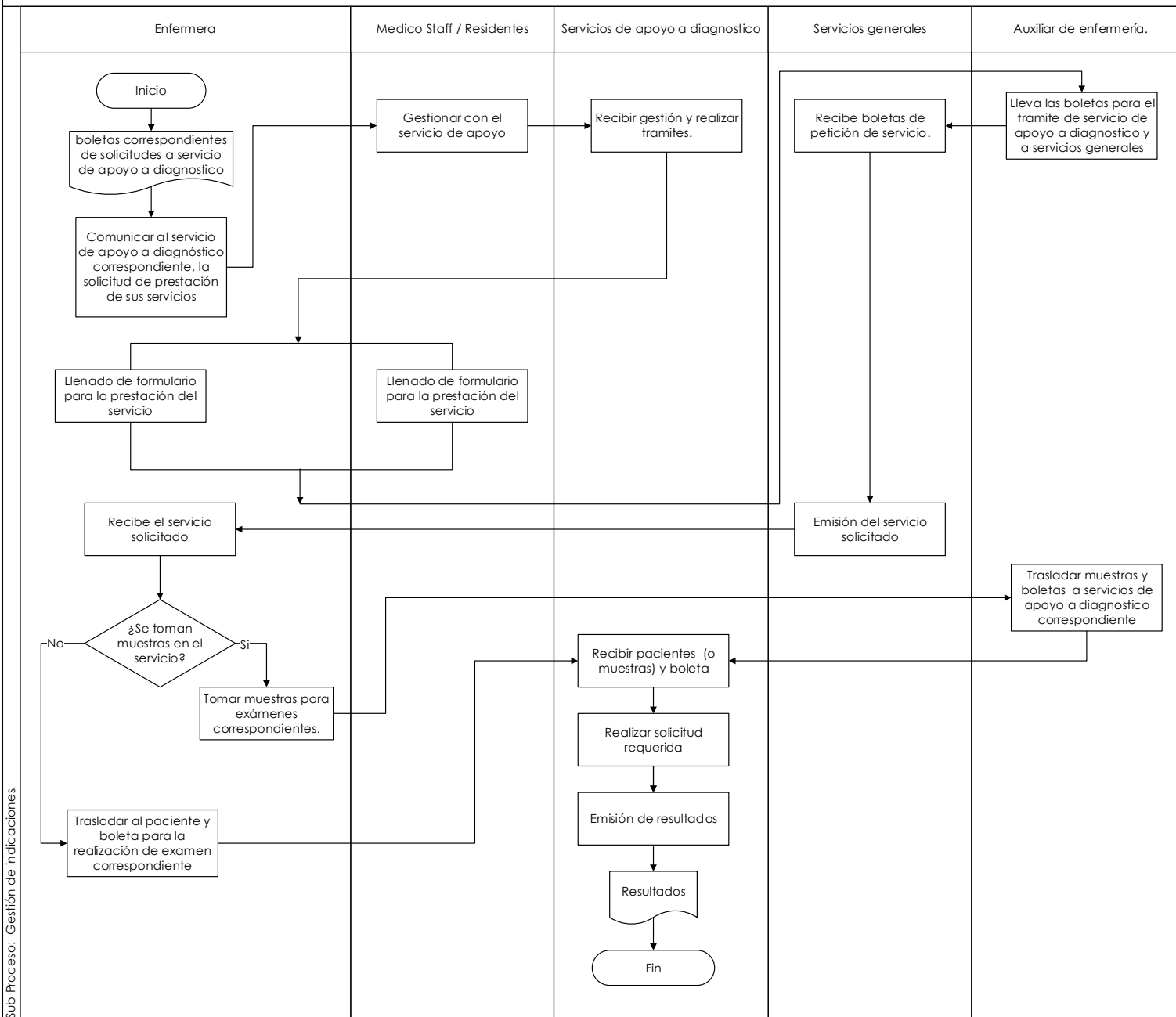
**Registro**

Registros	Código de registro	Soporte de archivo	Responsable de custodia
		Papel / digital	

**Control de cambio**

Edición	Fecha	Motivo de la modificación

Procedimiento: Gestionar indicaciones OPT-HOS-GDI-01



Sub Proceso: Gestión de indicaciones.



<b>Sub Proceso:</b> <i>Gestión de indicaciones.</i>	<b>Código del sub proceso:</b> OPT-HOS-GDI	<b>Clasificación:</b> Operativo	<b>Responsable:</b> Personal de enfermería.	Versión: 1.0
<b>Procedimiento:</b> Recolección y registro <b>Código del procedimiento:</b> OPT-HOS-GDI-02				Página: 1-3

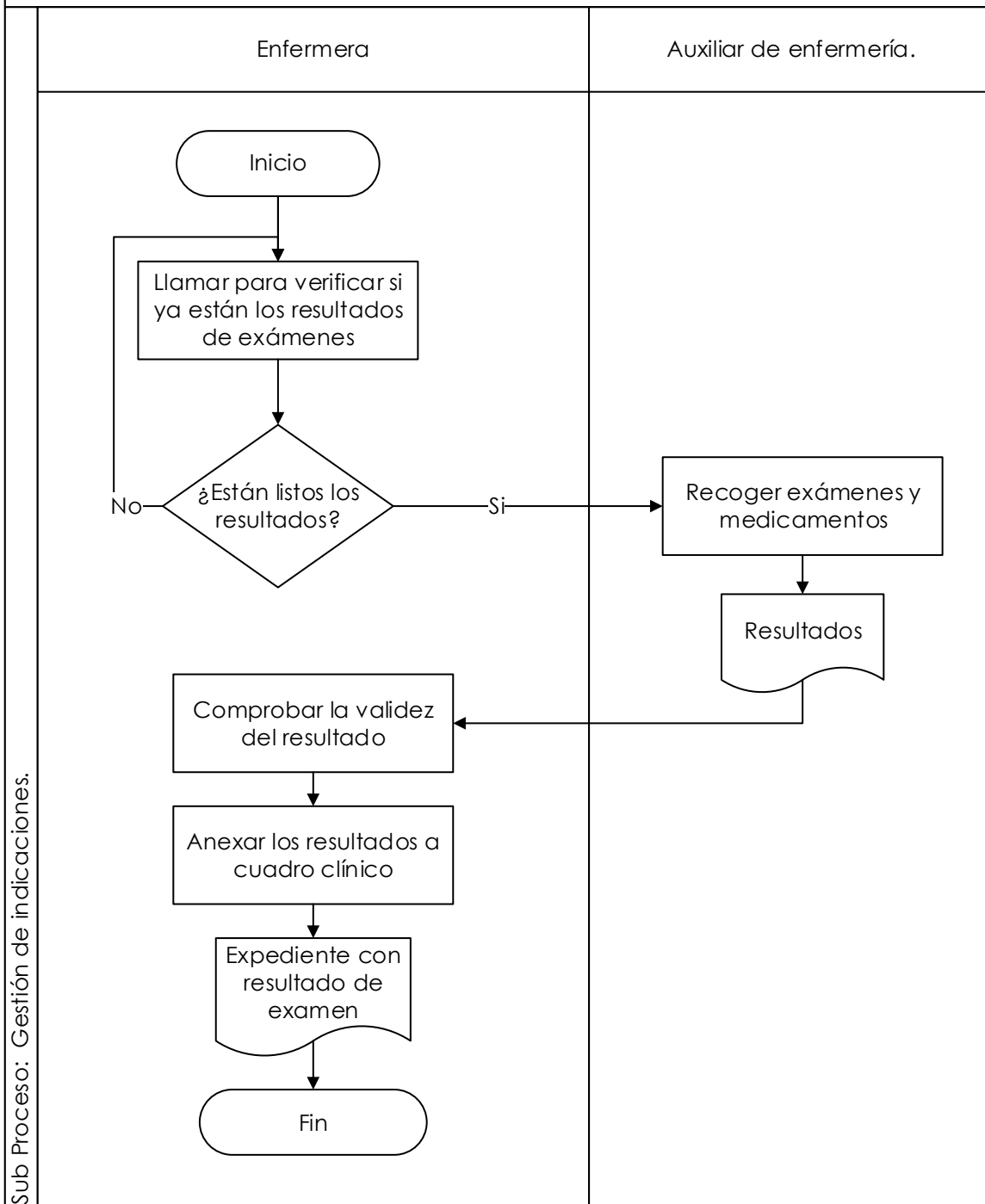


- I. **OBJETIVO:** recoger los resultados y registrar el cumplimiento de la asistencia de los servicios de apoyo de diagnóstico, llevar a cabo el diagnóstico y tratamiento del paciente.
- II. **ALCANCE:** enfermeras, residentes, internos.
- III. **REFERENCIA / NORMATIVA:**  
Guías Clínicas de Atención  
Norma Técnica de Estadísticas y Documentos  
Protocolos de intervención de enfermería para el Tercer Nivel de atención  
Manual de funciones

#### DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO 25

No	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	EJECUTOR
1.	Verificar si los resultados ya se encuentran	Ir a las áreas donde están los servicios de apoyo para Verificar si los resultados de muestras, exámenes o petición de medicamentos, ya se encuentran listos, ya sea por medio telefónico o por medio web.	Enfermera, internos
2.	Traer producto de los servicios de apoyo	Recoger de los servicios, los medicamentos y resultados impresos de exámenes y/o pruebas. Si el servicio cuenta con acceso al sistema, puede enviar los resultados a través de este y ser consultado en las terminales ubicadas en diferentes áreas del hospital.	Internos, residentes y enfermeras, auxiliar de enfermería
3.	Comprobar la validez del resultado	Verificar el producto entregado por los servicios de apoyo solicitados, que los resultados de las pruebas sean correspondientes a lo solicitado, legibles y claras. Si estas se pueden revisar en el sistema de datos del hospital, que estas se pongan a disposición lo antes posible (según el tiempo mínimo en que se puedan obtener los resultados de cada tipo de prueba).	Enfermeras del servicio
4.	Anexar los resultados a cuadro clínico.	Los resultados son impresos en el servicio de apoyo o en el servicio de Hospitalización donde fue solicitado, estos se anexan al expediente, para que sean leídos por el médico en la siguiente visita médica.	Enfermeras del servicio.

Procedimiento: Recolección y registro OPT-HOS-GDI-02



Registro

Registros	Código de registro	Soporte de archivo	Responsable de custodia
		Papel / digital	

Control de cambio

Edición	Fecha	Motivo de la modificación

<b>Proceso:</b> Hospitalización.	<b>Código del proceso:</b> OPT-HOS	<b>Clasificación:</b> Operativo	<b>Responsable:</b> Jefe de Enfermeras	Versión: 1.0
<b>Sub proceso:</b> Atención de enfermería <b>Código del sub proceso:</b> OPT-HOS-ADE				Página:1-5



**Objetivo del subproceso:** Evaluar al paciente y definir indicaciones de enfermería de acuerdo a la gravedad del paciente

**Alcance del subproceso:** enfermeras, auxiliar de enfermería, medico staff, residentes, internos

**Criterios:** Evaluación oportuna y permanente del paciente.

Proveedor	Entrada	Procedimiento	P	H	V	A	Salida	Usuario	Registro
Subproceso Gestión de indicaciones médicas	Paciente Ingresado, cama asignada.	Evaluación del paciente		x			Paciente con Diagnostico de enfermería establecido	-Enfermera Hospitalaria -Auxiliar de Enfermería -Paciente	Documento: Cuadro clínico actualizado por personal de enfermería
		Formular el plan de atención de enfermería y cuidados	x	x			Plan de cuidados Notas de enfermería actualizadas		
	Documento: Cuadro clínico actualizado por el medico	Ejecución del plan				x	Paciente informado Paciente con indicaciones médicas cumplidas		
		Registro del cumplimiento del plan			x	x	Notas de enfermería actualizadas		

**Elaborado por:**  
GRUPO DE TRABAJO DE  
GRADO

**Revisado por:**  
INGA. SONIA GARCÍA

**Aprobado por:**  
COORDINACIÓN DE HOSPITALES DE  
TERCER NIVEL

**Fecha de Aprobación**  
NOVIEMBRE 2018

### 1- Control de registro

Nombre	Descripción
Tratamiento y dieta del paciente	se anotan las dietas según la condición del paciente
Hoja de temperatura y pulso	Se anota la temperatura y pulso del paciente
Requisición de dietas	Se anotas todas las dietas de los pacientes del servicio para que el servicio de alimentación reparta
Orden del médico y cumplimiento de medicamentos	Se anota el medicamento asignado por el médico y el cumplimiento de este según lo prescrito
Hoja de anotaciones de enfermería	Se anotan las actividades realizadas al paciente por el personal de enfermería según las indicaciones medicas
Tarjeta de indicaciones y cuidados de enfermería	Se utiliza para realizar los cuidados de enfermería según indicaciones médicas.
Registro de atenciones brindadas	se registran el total de atenciones brindadas, especificando el diagnostico, evaluación y procedimientos realizados.

### 2- Documentos externos

Nombre	Observación
Guías Clínicas de Atención	Algunos documentos están desactualizados
Norma Técnica de Estadísticas y Documentos	
Lineamientos técnicos de supervisión de enfermería	
Protocolos de intervención de enfermería para el Tercer Nivel de atención	
Manual de funciones	

### 3- Recursos

Tipo	Descripción	Características generales - Requisitos
Personal	-Enfermera Hospitalaria -Auxiliar de Enfermería	Personal con formación específica
Papelería	Papelería de control de registro y útiles de oficina	Registros formalizados
Materiales/insumos	Según stock de consumo (toallas, Sabanas, guantes, fármaco, etc.)	Disponibilidad de acceso a los almacenes
Mobiliario	Cama, mobiliario de oficina.	Revisiones reglamentarias Realizadas

<b>Sub Proceso:</b> <i>Atención de enfermería</i>	<b>Código del sub proceso:</b> OPT-HOS-ADE	<b>Clasificación:</b> Operativo	<b>Responsable:</b> Personal de enfermería.	Versión: 1.0
<b>Procedimiento:</b> Evaluación del paciente <b>Código del procedimiento:</b> OPT-HOS-ADE-01				Página: 1-3



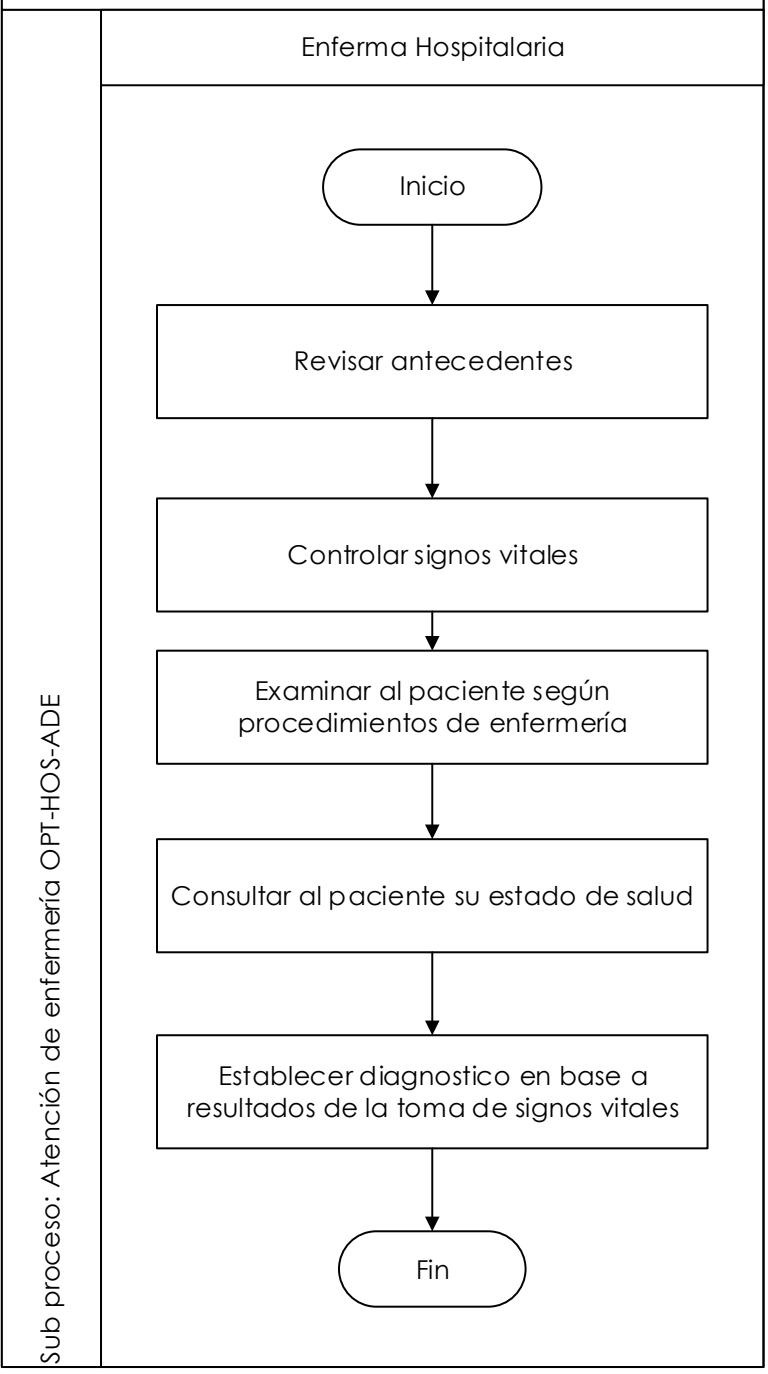
- I. **OBJETIVO:** cumplir con protocolos clínicos que le corresponden a la enfermera, además de cumplir con indicaciones médicas asignadas en última visita.
- II. **ALCANCE:** personal de enfermería
- III. **REFERENCIA / NORMATIVA:**  
Guías Clínicas de Atención  
Norma Técnica de Estadísticas y Documentos  
Lineamientos técnicos de supervisión de enfermería  
Protocolos de intervención de enfermería para el Tercer Nivel de atención  
Manual de funciones

## DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO 26

No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	EJECUTOR
1.	Revisar antecedentes	Se da lectura de las indicaciones médicas asignadas al paciente. Se hace actualización de las indicaciones cumplidas y pendientes, con llenado de formularios de cuadro. Se hacen listados de solicitud de recursos necesarios establecidos en las indicaciones médicas.	Enfermera del servicio
2.	Toma de signos vitales y temperatura	Enfermera toma signos vitales y de temperatura según lo establecido en protocolos y manual de procedimientos de enfermería.	Enfermera del servicio
3.	Examinar físicamente	Enfermera, informa a paciente acerca de los cuidados que le proporcionarán, y advirtiéndole sobre las técnicas que pueden ser molestas o dolorosas, examina según protocolos y manual de procedimientos de enfermería y cumplimiento de indicaciones médicas.	Enfermera del servicio
4.	Consultar al paciente su estado de salud	Enfermera debe comunicarse con paciente para conocer si ha tenido molestias o si necesita ayuda para realizar alguna tarea como ir al baño, etc.	Enfermera del servicio
5.	Establecer diagnóstico	En base a los resultados de la toma de signos vitales y protocolos de enfermería se establece el diagnóstico de la condición de salud actualizada del paciente.	Enfermera del servicio

- 1- **Indicador:**  
Número de pacientes con complicaciones

Procedimientos: Evaluación del paciente OPT-HOS-ADE-01



**Registro**

Registros	Código de registro	Soporte de archivo	Responsable de custodia
		Papel / digital	

**Control de cambio**

Edición	Fecha	Motivo de la modificación

<b>Sub Proceso:</b> <i>Atención de enfermería</i>	<b>Código del sub proceso:</b> OPT-HOS-ADE	<b>Clasificación:</b> Operativo	<b>Responsable:</b> Personal de enfermería.	<b>Versión:</b> 1.0
<b>Procedimiento:</b> Formular el plan de atención de enfermería y cuidados <b>Código del procedimiento:</b> OPT-HOS-ADE-02				<b>Página:</b> 1-3

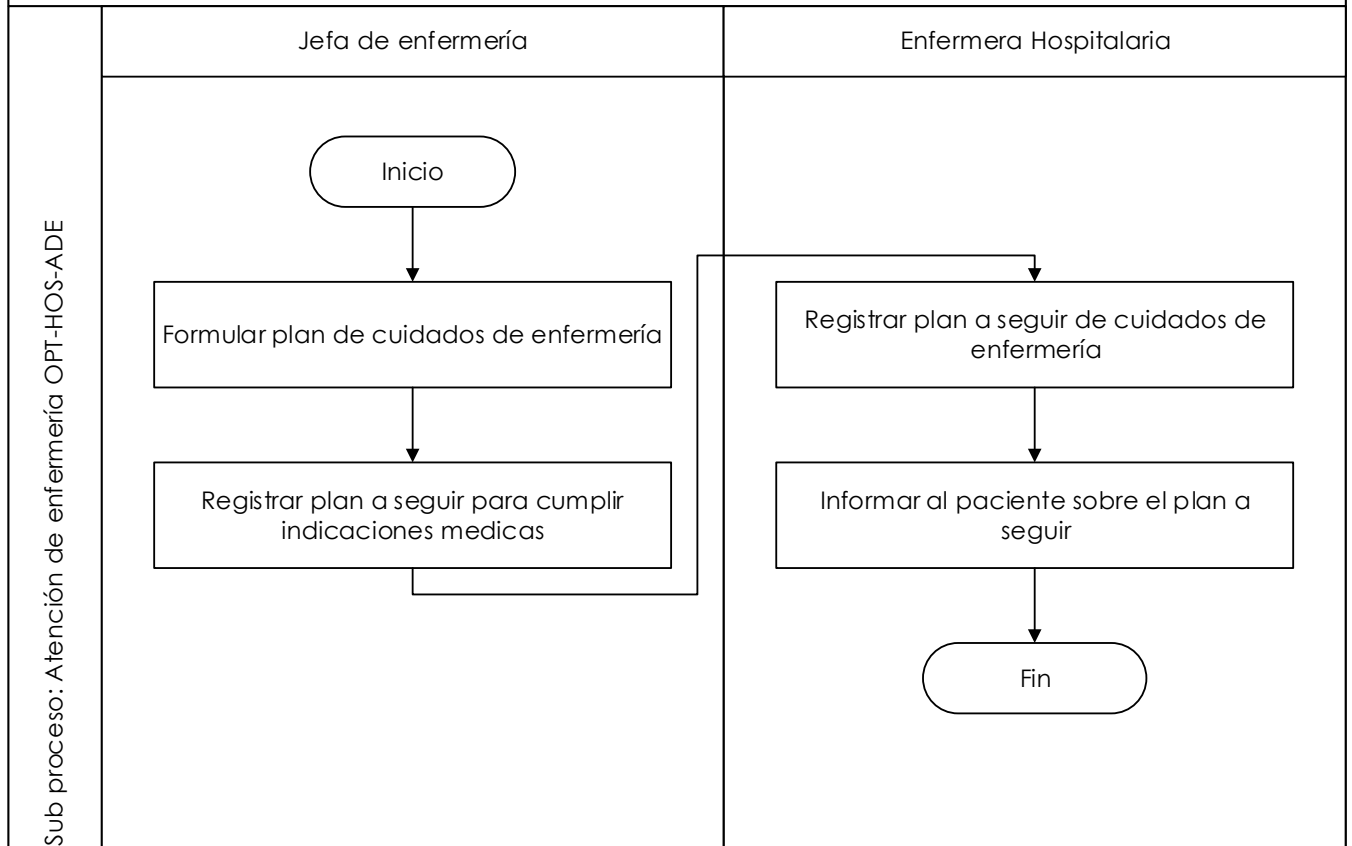


- I. **OBJETIVO:** formular plan de cuidados de enfermería basado en el diagnóstico realizado con la ronda de enfermería.
- II. **ALCANCE:** enfermeras, auxiliar de enfermería.
- III. **REFERENCIA / NORMATIVA:**  
 Guías Clínicas de Atención  
 Norma Técnica de Estadísticas y Documentos  
 Lineamientos técnicos de supervisión de enfermería  
 Protocolos de intervención de enfermería para el Tercer Nivel de atención  
 Manual de funciones

#### DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO 27

No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	EJECUTOR
1.	Formular Plan de cuidados de Enfermería	Con base al diagnóstico de la condición de salud actualizada del paciente, se formula el plan de los respectivos cuidados de enfermería a realizar.	Enfermera del servicio
2.	Registrar plan a seguir para cumplir indicaciones medicas	Se registra el plan de indicaciones médicas cumplidas con cada paciente, en sus respectivos expedientes.	Enfermera del servicio
3.	Registrar plan a seguir de cuidados de enfermería	Se registra en hoja de notas de enfermería el plan de indicaciones de enfermería a seguir con cada paciente, en sus respectivos expedientes.	Enfermera del servicio
4.	Informar al paciente sobre el plan a seguir	Se le comunica al paciente los procedimientos a seguir establecidos en los planes médicos y de enfermería.	Enfermera del servicio

Procedimientos: Formular el plan de atención de enfermería y cuidados OPT-HOS-ADE-02



**Registro**

Registros	Código de registro	Soporte de archivo	Responsable de custodia
		Papel / digital	

**Control de cambio**

Edición	Fecha	Motivo de la modificación



<b>Sub Proceso:</b> <i>Atención de enfermería</i>	<b>Código del sub proceso:</b> OPT-HOS-ADE	<b>Clasificación:</b> Operativo	<b>Responsable:</b> Personal de enfermería.	Versión: 1.0
<b>Procedimiento:</b> Ejecución del plan <b>Código del procedimiento:</b> OPT-HOS-ADE-03				Página: 1-3

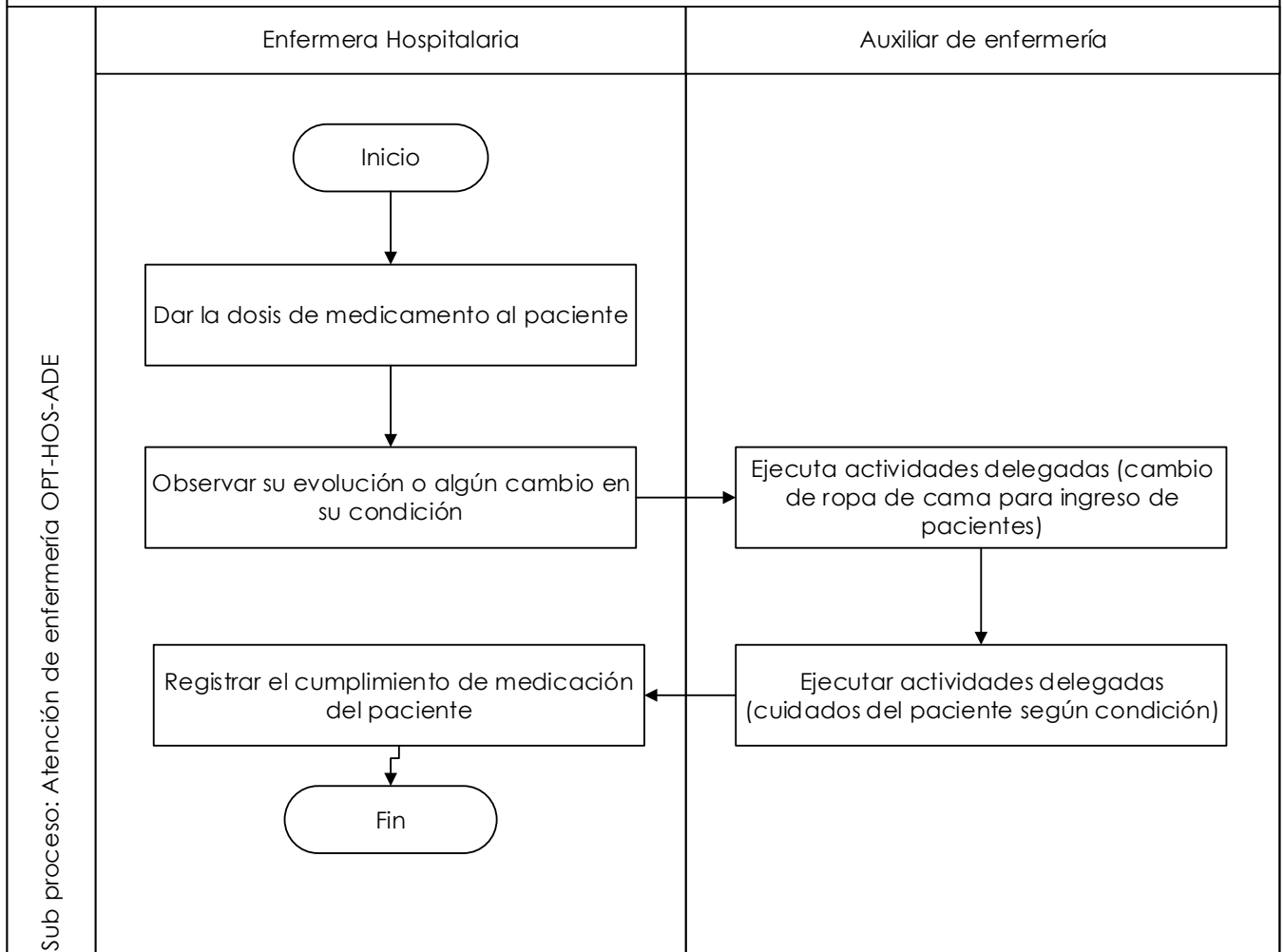


- I. **OBJETIVO:** cumplir con protocolos clínicos que le corresponde al personal de enfermería, además de cumplir con indicaciones médicas asignadas en última visita.
- II. **ALCANCE:** enfermeras, auxiliar de enfermería.
- III. **REFERENCIA / NORMATIVA:**  
Guías Clínicas de Atención  
Norma Técnica de Estadísticas y Documentos  
Lineamientos técnicos de supervisión de enfermería  
Protocolos de intervención de enfermería para el Tercer Nivel de atención  
Manual de funciones

#### DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO 28

No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	EJECUTOR
1.	Dar la dosis diaria de medicamento al paciente	Enfermera administra la medicación y cuidados asignados por las indicaciones médicas e indicaciones de enfermería.	Enfermera hospitalaria
2.	Observar su evaluación o algún cambio en su condición	Se observa la evolución del paciente con el cumplimiento de las indicaciones médicas y de enfermería.	Enfermera
3.	Ejecutar actividades delegadas-limpieza de equipo medico	Diariamente se recibe ropa de cama limpia y batas, se hace el cambio de ropa en cada cama de pacientes ingresados.	Enfermera, auxiliar de enfermería
4.	Realizar curaciones o procedimientos médicos de tratamiento de paciente	La enfermera asiste al residente o interno para realizar curaciones a los pacientes o procedimientos de diálisis peritoneal o hemodiálisis. La enfermera se encarga de abastecer de los insumos necesarios para realizar las curaciones	Enfermera Interno y residente
5.	Ejecutar actividades delegadas-cuidados del paciente según condición	Realizar protocolos correspondientes a las condiciones y evolución en la salud del paciente. Cuidados higiénicos del paciente y cambio de suero, alimentación asistida en algunos casos	Enfermera hospitalaria

Procedimientos: Ejecución del plan OPT-HOS-ADE-03



**Registro**

Registros	Código de registro	Soporte de archivo	Responsable de custodia
		Papel / digital	

**Control de cambio**

Edición	Fecha	Motivo de la modificación

<b>Sub Proceso:</b> <i>Atención de enfermería</i>	<b>Código del sub proceso:</b> OPT-HOS-ADE	<b>Clasificación:</b> Operativo	<b>Responsable:</b> Personal de enfermería.	Versión: 1.0
<b>Procedimiento:</b> registro del cumplimiento del plan <b>Código del procedimiento:</b> OPT-HOS-ADE-04				Página: 1-3

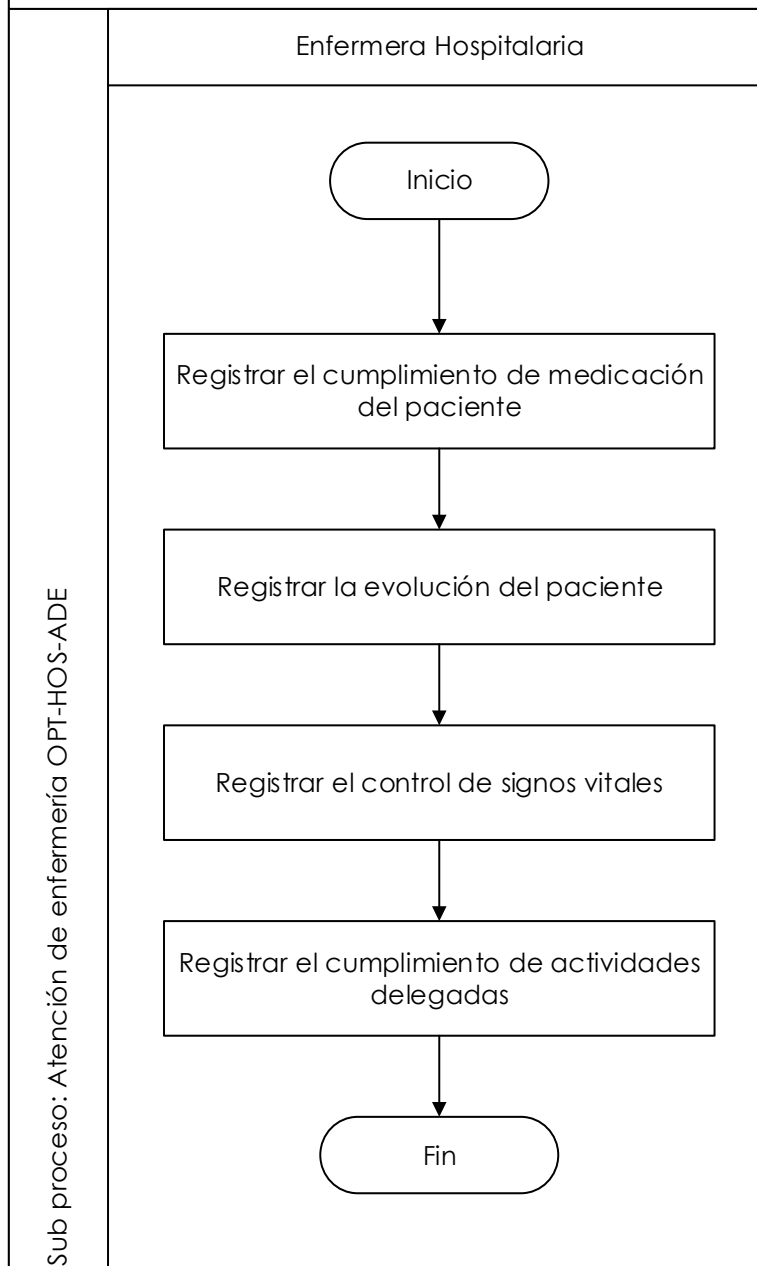


- I. **OBJETIVO:** registrar protocolos clínicos y cumplimiento de las indicaciones médicas asignadas en última visita
- II. **ALCANCE:** enfermeras, auxiliar de enfermería.
- III. **REFERENCIA / NORMATIVA:**  
 Guías Clínicas de Atención  
 Norma Técnica de Estadísticas y Documentos  
 Lineamientos técnicos de supervisión de enfermería  
 Protocolos de intervención de enfermería para el Tercer Nivel de atención  
 Manual de funciones

#### DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO 29

No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	EJECUTOR
1.	Registrar el cumplimiento de medicación del paciente	Abastecer medicamentos con método unidosis se entrega listado de dietas en libro de recepción. Se recogen medicamentos recetados en farmacia para suministrar los correspondientes a cada paciente; realización de curaciones y toma de signos vitales, y cumplimiento de otros protocolos. Se anota el cumplimiento de las unidosis e indicaciones médicas realizadas a pacientes. Revisar si las hojas y formularios tienen disponibilidad para escribir más indicaciones.	Enfermera hospitalaria
2.	Registrar la evolución del paciente	Se registran si se han observado cambios en las condiciones de salud en las notas respectivas.	
3.	Registrar el control de signos vitales	Se registra los resultados de la toma de los signos vitales tomados en cada ronda de enfermería.	
4.	Registrar el cumplimiento de actividades delegadas	Se registra las actividades realizadas por el personal de enfermería que son parte de los protocolos, como documentar en los libros en las estaciones de enfermería.	

Procedimientos: Registro del cumplimiento del plan OPT-HOS-ADE-04



**Registro**

Registros	Código de registro	Soporte de archivo	Responsable de custodia
		Papel / digital	

**Control de cambio**

Edición	Fecha	Motivo de la modificación

<b>Proceso:</b> Hospitalización.	<b>Código del proceso:</b> OPT-HOS	<b>Clasificación:</b> Operativo	<b>Responsable:</b> Medico staff	Versión: 1.0
<b>Sub proceso:</b> Gestión de Alta médica			<b>Código del sub proceso:</b> OPT-HOS-GAM	Página:1-5



**Objetivo del subproceso:** Dar egreso al paciente de los Servicios de Hospitalización

**Alcance del subproceso:** medico staff, enfermera.

**Criterios:**

Proveedor	Entrada	Procedimiento	P	H	V	A	Salida	Usuario	Registro
proceso Atención de enfermería	Paciente con indicación de alta Documento: Expediente	Alta por mejoría clínica		x			-Egreso hospitalario	-Enfermera Hospitalaria -Auxiliar de Enfermería -Médico de staff y residente -paciente	Documento: Hoja de ingreso y egreso firmada por el medico Resumen de alta. Recetas de Farmacia
		Alta por traslado a otro servicio		x	x				
		Alta por traslado a otro centro de atención		x	x				
		Alta por defunción		x	x				
		Alta exigida		x	x				

**Elaborado por:**  
GRUPO DE TRABAJO DE GRADO

**Revisado por:**  
INGA. SONIA GARCÍA

**Aprobado por:**  
COORDINACIÓN DE HOSPITALES DE TERCER NIVEL

**Fecha de Aprobación**  
NOVIEMBRE 2018

#### 4- Control de registro

Nombre	Descripción
Hoja de ingreso y egreso	Se describe los datos personales del paciente y causa de su ingreso, así como los procedimientos realizados durante su estadía y las condiciones de salud al momento de su egreso
Hoja de referencia o retorno	Se utiliza para la solicitud de ingreso del paciente a otro hospital, clínica, unidad de salud, etc. Especificando las condiciones de salud del paciente
Resumen de alta.	Se especifica las condiciones de salud con las que el paciente deja las instalaciones del hospital
Recetas de Farmacia	A través de este documento se solicitan los medicamentos según indicados por el medico para que el paciente siga el tratamiento en su casa.

#### 5- Documentos externos

Nombre	Observación
Guías Clínicas de Atención	Algunos documentos están desactualizados.
Norma Técnica de Estadísticas y Documentos	
Lineamientos técnicos para la referencia, Retorno e interconsulta en las RIIS.	
Protocolos de intervención de enfermería para el Tercer Nivel de atención	
En caso de defunción referirse a los lineamientos técnicos para el manejo de cadáveres.	

#### 6- Recursos

Tipo	Descripción	Características generales - Requisitos
Personal	-Enfermera Hospitalaria -Auxiliar de Enfermería -Médico de staff y residente	Personal con formación específica
Papelería	Papelería de control de registro y útiles de oficina	Registros formalizados
Materiales/insumos	Papelería.	Disponibilidad de acceso a los almacenes
Mobiliario	Cama, mobiliario de oficina.	Revisiones reglamentarias realizadas

<b>Sub Proceso:</b> <i>Gestión de alta médica.</i>	<b>Código del sub proceso:</b> OPT-HOS-GAM	<b>Clasificación:</b> Operativo	<b>Responsable:</b> Personal de enfermería.	<b>Versión:</b> 1.0
<b>Procedimiento:</b> Alta por mejoría clínica <b>Código del procedimiento:</b> OPT-HOS-GAM-01				<b>Página:</b> 1-3



- I. **OBJETIVO:** realizar alta por condición de mejoría clínica del paciente.
- II. **ALCANCE:** enfermeras, auxiliar de enfermería, medico staff.
- III. **REFERENCIA / NORMATIVA:**  
 Guías Clínicas de Atención  
 Norma Técnica de Estadísticas y Documentos  
 Lineamientos técnicos para la referencia, Retorno e interconsulta en las RIISS.  
 Protocolos de intervención de enfermería para el Tercer Nivel de atención  
 En caso de defunción referirse a los lineamientos técnicos para el manejo de cadáveres.

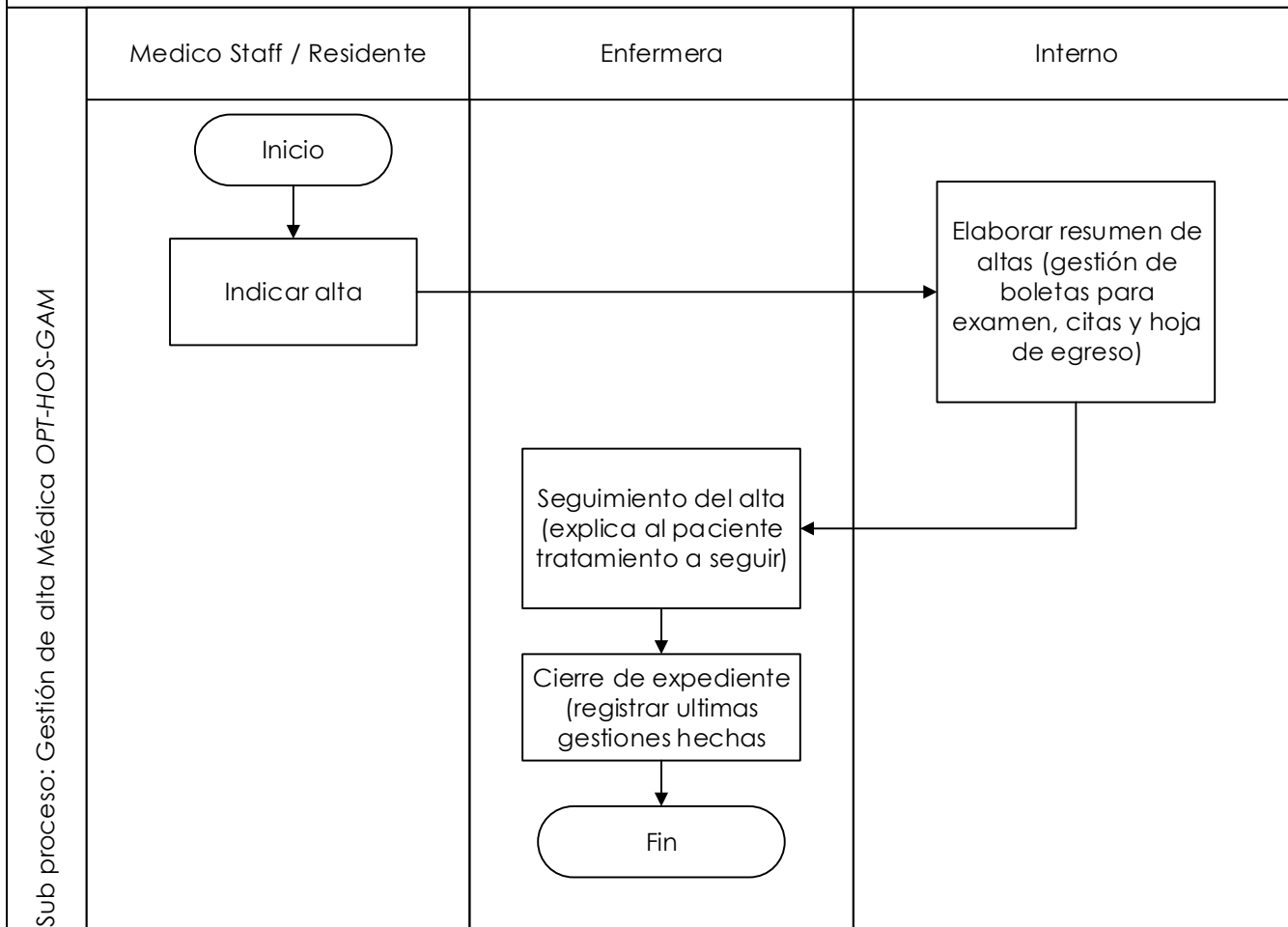
### DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO 30

No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	EJECUTOR
1.	Indicar alta	En ronda médica, el medico asignado se indica el alta de paciente con condiciones aptas. Enfermera realiza las últimas indicaciones médicas asignadas en ronda. Cuando se han finalizado, enfermera da indicaciones a paciente y orienta a que se cambie de ropa y entregue bata.	Medico staff, enfermera. Servicio social
2.	Elaborar resumen de altas	Se hace la gestión de los formularios y boletas para solicitar citas, referencias, exámenes, recetas de medicinas para tratamiento y dieta ambulatoria a seguir. Luego escribe en cuaderno la gestión realizada con las fechas de citas y toma de pruebas que paciente debe de realizar, según lo indicado por el médico. De estas hojas se entregará la original al paciente y la copia será archivada en el expediente.	Enfermera
3.	Seguimiento del Alta por enfermera.	Explica al paciente y familiares el tratamiento a seguir, dieta, tratamiento, próximos controles y cuidados específicos según su patología. Registra el alta en el libro de altas del servicio	Enfermera
4.	Elaboración de hoja de egreso	Se llena la hoja de egreso, en el cual se especifica el diagnóstico y los procedimientos que se le realizaron al paciente.	Interno
5.	Cierre del expediente.	Paciente puede retirarse, si vive fuera de la zona metropolitana solo puede retirarse del servicio si llega un familiar a recogerla. Enfermera envía expediente a archivo.	Enfermera

#### 1- Indicador:

- Numero diario de egresos por mejoría de salud.

Procedimiento Alta por mejoría clínica OPT-HOS-GAM-01



**Registro**

Registros	Código de registro	Soporte de archivo	Responsable de custodia
		Papel / digital	

**Control de cambio**

Edición	Fecha	Motivo de la modificación



<b>Sub Proceso:</b> <i>Gestión de alta médica.</i>	<b>Código del sub proceso:</b> OPT-HOS-GAM	<b>Clasificación:</b> Operativo	<b>Responsable:</b> Personal de enfermería.	<b>Versión:</b> 1.0
<b>Procedimiento:</b> Alta por traslado a otro servicio <b>Código del procedimiento:</b> OPT-HOS-GAM-02				<b>Página:</b> 1-3



- I. **OBJETIVO:** realizar alta por traslado a otro servicio, debido a la patología a atender según las especialidades de los servicios del hospital.
- II. **ALCANCE:** enfermeras, auxiliar de enfermería.
- III. **REFERENCIA / NORMATIVA:**  
Guías Clínicas de Atención  
Norma Técnica de Estadísticas y Documentos  
Protocolos de intervención de enfermería para el Tercer Nivel de atención

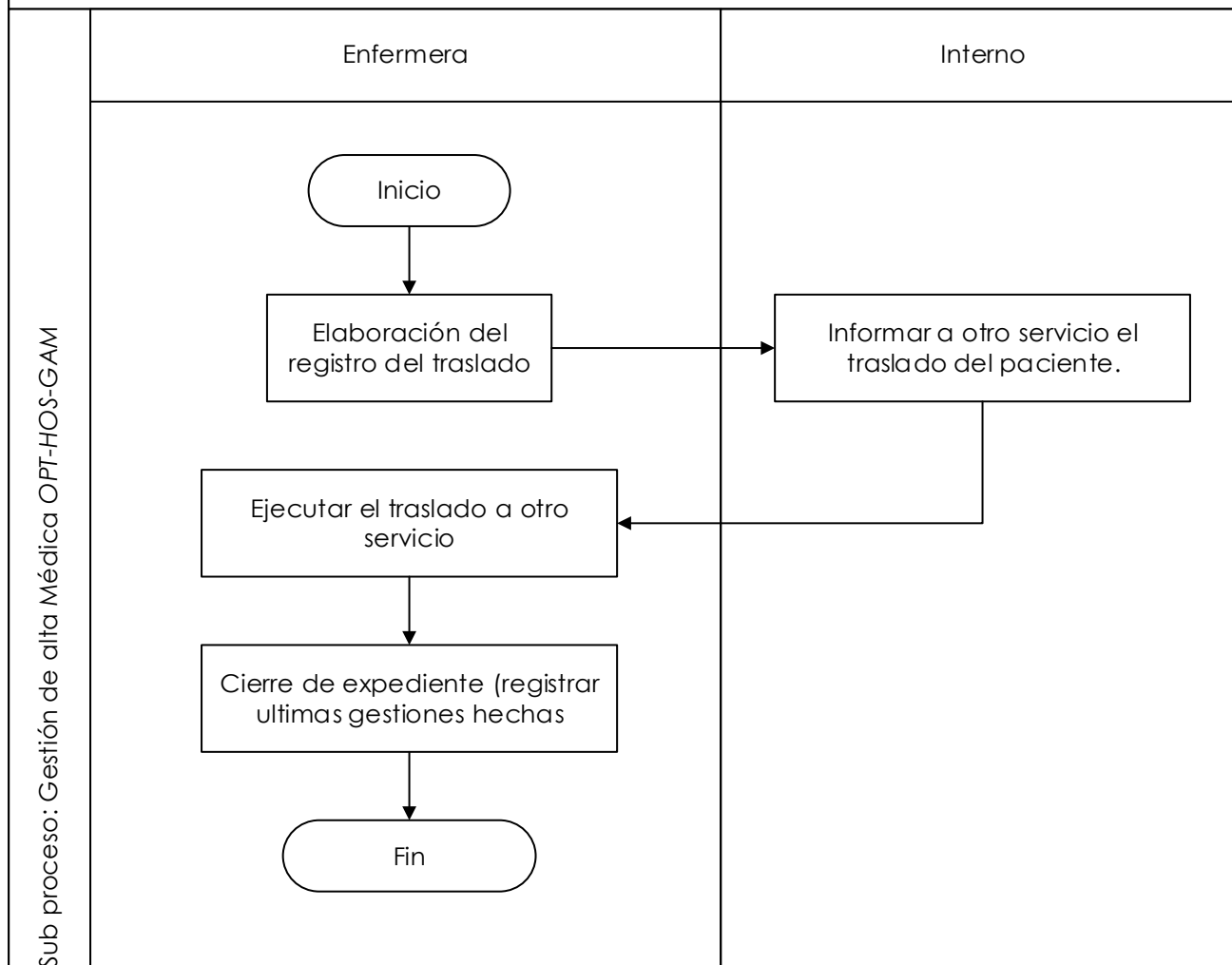
### DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO 31

No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	EJECUTOR
1.	Elaboración del registro del traslado	Esta tarea se inicia con la elaboración de la nota de traslado que contiene los datos más importantes de la evolución clínica, la cual es firmada por el medico staff del servicio de donde se encuentra el paciente. Interno del servicio llena la hoja de ingreso y egreso en el área de traslado.	interno, enfermera
2.	Informar el traslado	Se informa a la enfermera del servicio sobre el traslado y ella informa al paciente y familiares, indicando los motivos para hacer dicho traslado. Verifica que la información y la documentación clínica del paciente se encuentren completa.	Enfermera auxiliar Enfermera auxiliar
3.	Ejecutar el traslado (Enfermera)	Enfermera del servicio contacta telefónicamente con el personal de enfermería del servicio a donde el paciente será trasladado, para comunicar el motivo por el que se ha decidido el traslado, y verificar la disponibilidad de camas. Revisa que el expediente este completo y que el paciente haya recibido el medicamento indicado, registra la información en el libro de altas y en el censo de movimiento de pacientes. Enfermera hace traslado acompañando a paciente y lleva expediente y hace la entrega a la estación de enfermería del servicio de Hospitalización destinado.	

#### Indicadores:

- Numero diario de transferencia a otro servicio

Procedimiento Alta por traslado a otro servicio OPT-HOS-GAM-02



**Registro**

Registros	Código de registro	Soporte de archivo	Responsable de custodia
		Papel / digital	

**Control de cambio**

Edición	Fecha	Motivo de la modificación

<b>Sub Proceso:</b> <i>Gestión de alta médica.</i>	<b>Código del sub proceso:</b> OPT-HOS-GAM	<b>Clasificación:</b> Operativo	<b>Responsable:</b> Personal médico.	<b>Versión:</b> 1.0
<b>Procedimiento:</b> Alta por traslado a otro centro de atención <b>Código del procedimiento:</b> OPT-HOS-GAM-03				<b>Página:</b> 1-3



- I. **OBJETIVO:** realizar traslado de paciente a otro centro de atención, para continuar con el tratamiento establecido en el cuadro clínico.  
**Nota:** esto se hace cuando el paciente se ha estabilizado y ya no requiere de atención especializada.
- II. **ALCANCE:** enfermeras, auxiliar de enfermería.
- III. **REFERENCIA / NORMATIVA:**  
Guías Clínicas de Atención  
Norma Técnica de Estadísticas y Documentos  
Lineamientos técnicos para la referencia, Retorno e interconsulta en las RIIS.  
Protocolos de intervención de enfermería para el Tercer Nivel de atención

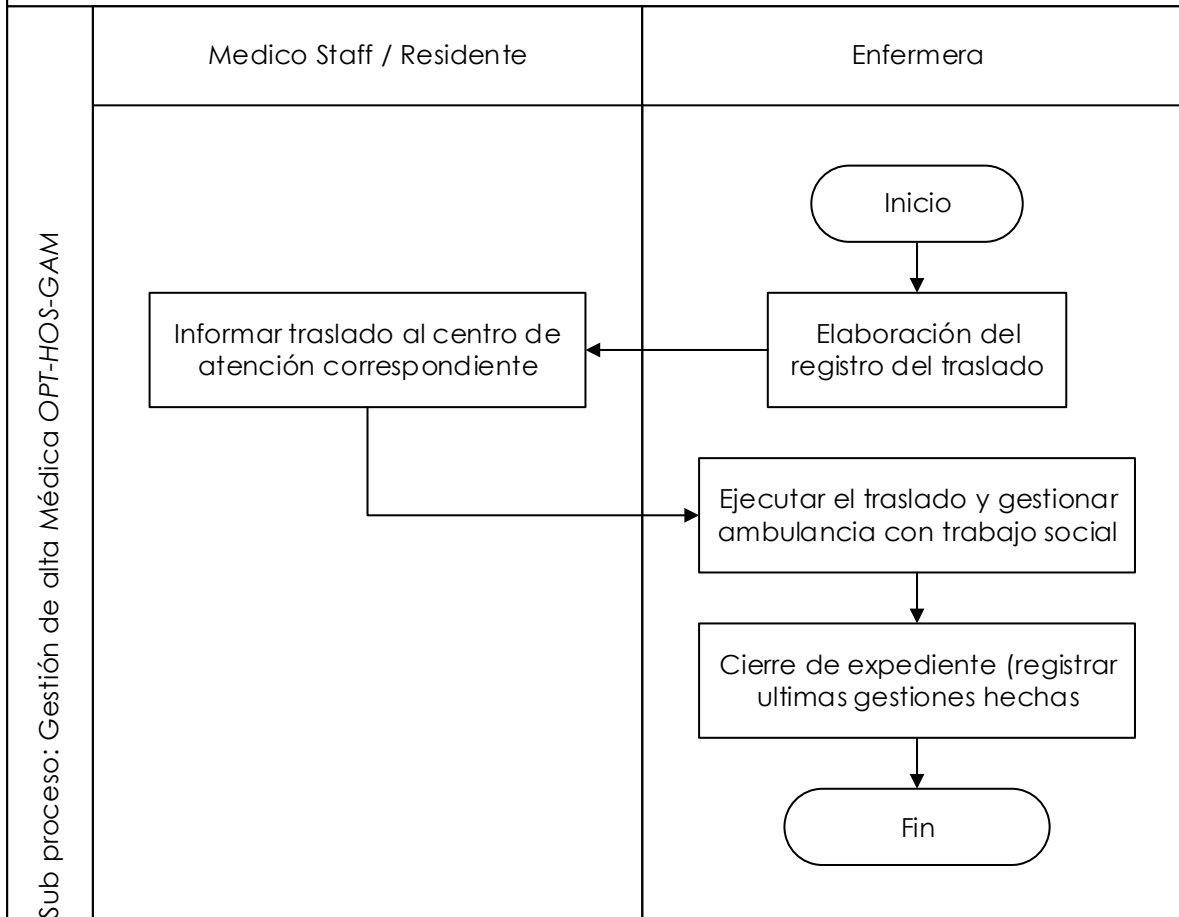
#### DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO 32

No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	EJECUTOR
1.	Elaboración de registro de traslado	Residente hace la elaboración de la nota de traslado con copia para expediente, y la hoja de ingreso y egreso.	Interno y residente
2.	Informar el traslado	Médico Contacta con el facultativo del centro de atención receptor informando la condición clínica del paciente y necesidad de traslado. Informar al paciente, familiares y enfermera hospitalaria sobre el traslado del paciente.	Médico de staff o residente, Enfermera, trabajo social
3	Ejecutar el traslado (Enfermera)	Enfermera anexara los exámenes complementarios que solicite el centro al que se va a referir. Gestionar el traslado en ambulancia con trabajo social; se comunica a enfermera que va a acompañar al paciente en el traslado, revisa que el expediente este completo y que el paciente haya recibido el medicamento y registra la información en el libro de altas y en el censo de movimiento de pacientes.	Trabajo social, Enfermera

#### Indicadores:

- Numero diario de transferencia a otro centro de atención.

Procedimiento: Alta por traslado a otro centro de atención OPT-HOS-GAM-03



**Registro**

Registros	Código de registro	Soporte de archivo	Responsable de custodia
		Papel / digital	

**Control de cambio**

Edición	Fecha	Motivo de la modificación

<b>Sub Proceso:</b> <i>Gestión de alta médica.</i>	<b>Código del sub proceso:</b> OPT-HOS-GAM	<b>Clasificación:</b> Operativo	<b>Responsable:</b> Personal médico.	<b>Versión:</b> 1.0
<b>Procedimiento:</b> Alta por defunción <b>Código del procedimiento:</b> OPT-HOS-GAM-04				<b>Página:</b> 1-3



- I. **OBJETIVO:** realizar alta por defunción y cumplir protocolos para pacientes fallecidos.
- II. **ALCANCE:** enfermeras, médico staff, trabajo social.
- III. **REFERENCIA / NORMATIVA:**  
En caso de defunción referirse a los lineamientos técnicos para el manejo de cadáveres

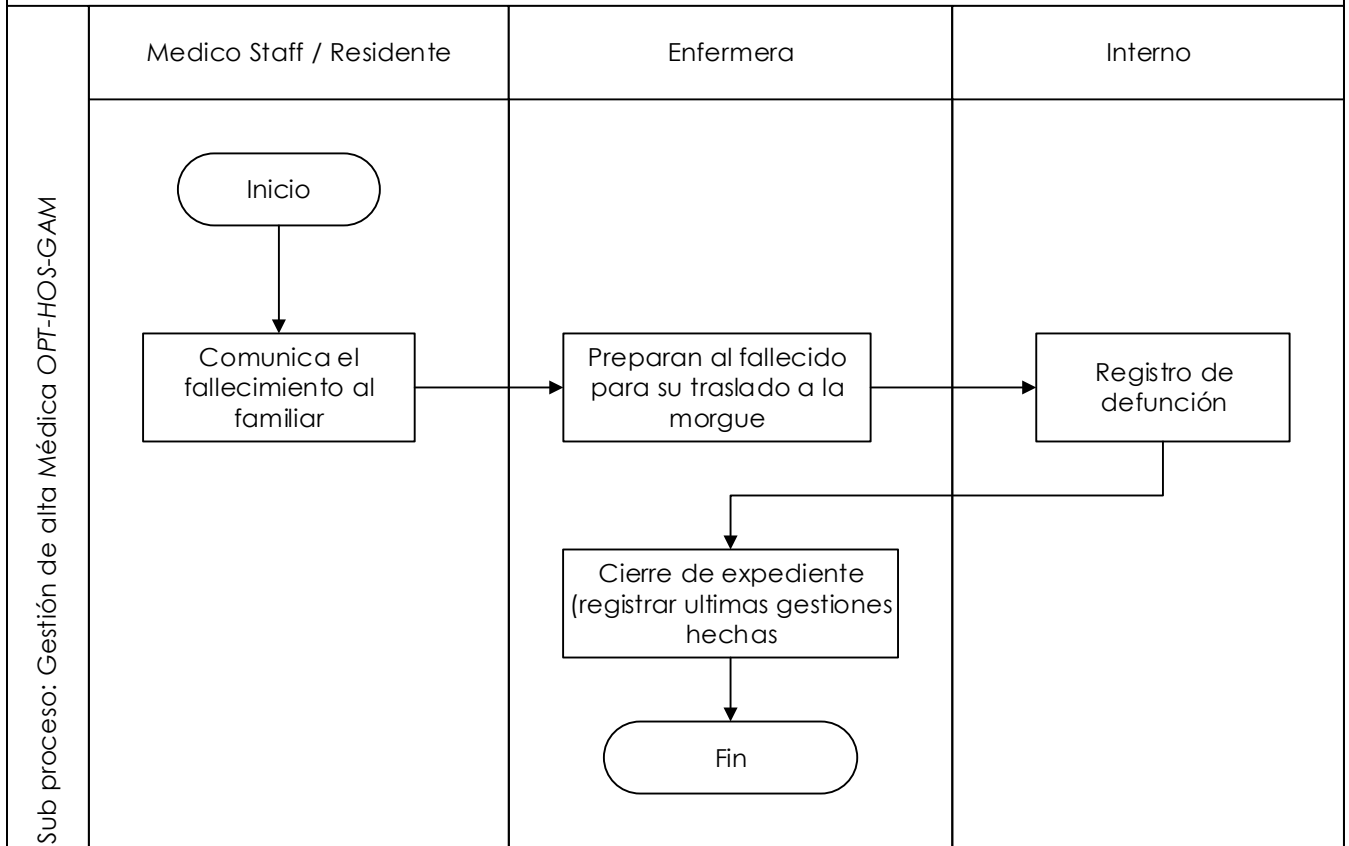
### DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO 33

No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	EJECUTOR
1-	Comunicación del fallecimiento	El médico de staff o residente comprueba el fallecimiento del paciente, Enfermera reporta al responsable del paciente para notificación del fallecimiento; entrega pertenencias a familiares. Informar a ESDOMED los datos personales del paciente fallecido para los trámites relacionados con el traslado del cadáver.	Enfermera, médico staff
2-	Registro de defunción	Registrar hora de fallecimiento en la hoja defunción proporcionada por ESDOMED, hoja de paro cardiorrespiratorio en donde se detalla las acciones tomadas. Registrar el fallecimiento en el censo del servicio	ESDOMED, Enfermera
3-	Ejecutar el traslado (Enfermera)	Facilita al médico el certificado de defunción, preparan al cadáver para el traslado a la morgue, lo identifican, trasladan el cadáver a la morgue	Trabajo social, Enfermera

#### Indicadores:

- Numero diario de defunciones.

Procedimiento Alta por defunción OPT-HOS-GAM-04



**Registro**

Registros	Código de registro	Soporte de archivo	Responsable de custodia
		Papel / digital	

**Control de cambio**

Edición	Fecha	Motivo de la modificación

<b>Sub Proceso:</b> <i>Gestión de alta médica.</i>	<b>Código del sub proceso:</b> OPT-HOS-GAM	<b>Clasificación:</b> Operativo	<b>Responsable:</b> Personal médico.	<b>Versión:</b> 1.0
<b>Procedimiento:</b> Alta exigida <b>Código del procedimiento:</b> OPT-HOS-GAM-05				<b>Página:</b> 1-3



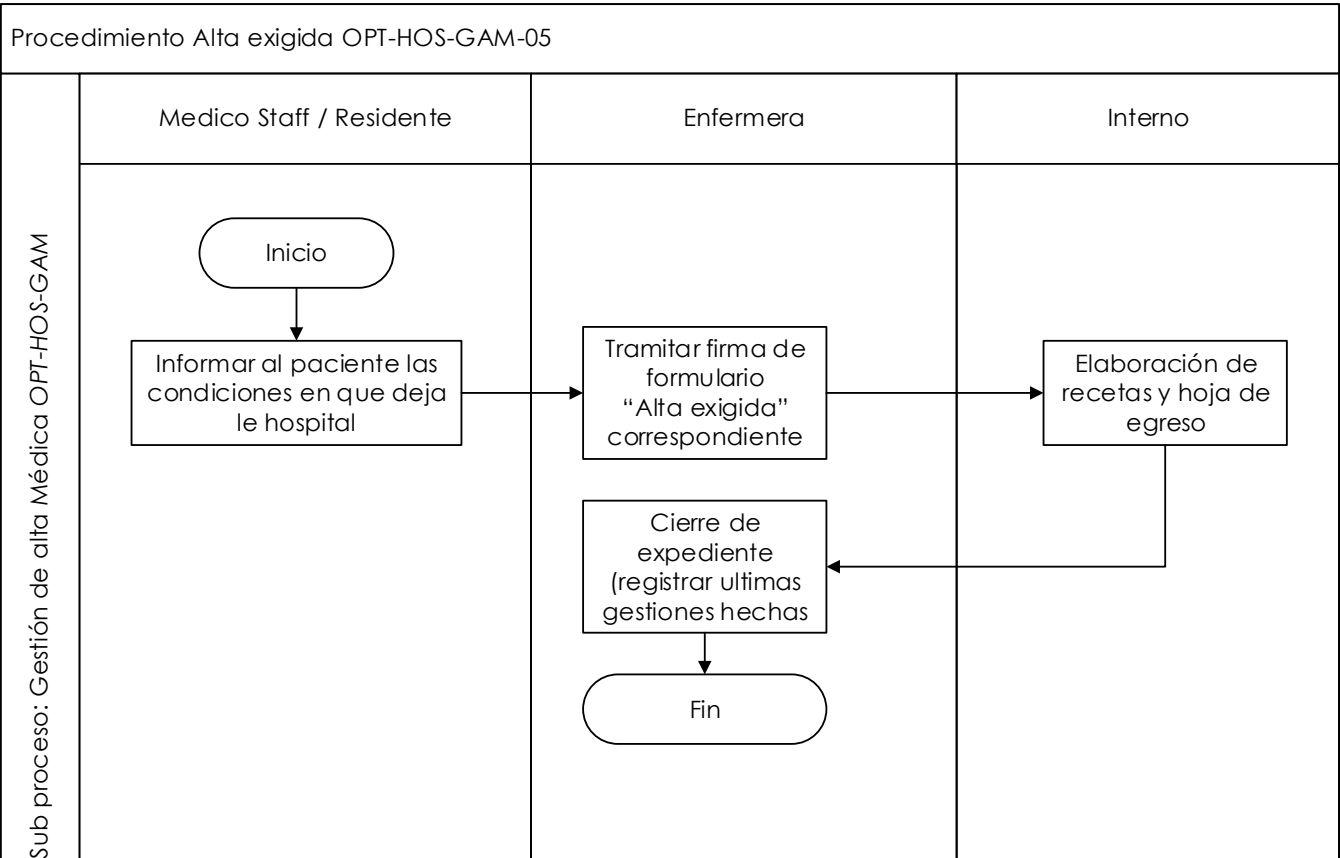
- I. **OBJETIVO:** Cumplir protocolos a pacientes que exigen el alta.
- II. **ALCANCE:** enfermeras, médico staff, trabajo social.
- III. **REFERENCIA / NORMATIVA:**

#### DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO 34

No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	EJECUTOR
1.	Informar al paciente	Se informa al paciente las consecuencias de no seguir con su tratamiento en Hospitalización, explicando los riesgos que se asumen con la exigencia del alta.	Enfermera, médico staff
2.	Tramitar firma de formulario correspondiente	Se le indica al paciente que debe firmar la hoja de alta exigida, y la hoja de consentimiento no informado exonerando al Hospital de las consecuencias del alta exigida.	Enfermera y Residente
3.	Elaboración de recetas y hoja de egreso	Informar a enfermería el alta y enfermera elabora las recetas y realizar las actividades por alta de mejoría.	Interno y Enfermera

#### Indicadores:

- Numero diario de egresos por alta exigida.



**Registro**

Registros	Código de registro	Soporte de archivo	Responsable de custodia
		Papel / digital	

**Control de cambio**

Edición	Fecha	Motivo de la modificación



## Procesos de Control

GESTIÓN DE CONTROL	
Gestión del proceso de Hospitalización	
<i>Auditoria interna del proceso</i> <i>APO-GPH-AIP</i>	<i>Evaluación y Mejora de Procesos</i> <i>APO-GPH-EMP</i>
<i>Planificación y programación de auditorías al proceso</i>	<i>Indagar problemas en Procesos misionales.</i>
<i>Ejecución de la auditoria</i>	<i>Seguimiento de indicadores</i>
<i>Mejoramiento de la gestión</i>	<i>Acciones correctivas preventivas y de mejora</i>

El desglose anterior muestra el proceso, que se subdivide en 2 subprocesos y 6 procedimientos, que agregan valor indirecto al servicio ofertado por el proceso de Hospitalización.

**Nota:** No se incluyen los Procesos de apoyo: **Servicios Generales, Diagnóstico clínico y tratamiento y Gestión de estadísticas**, los cuales fueron excluidos en la matriz de priorización de Procesos críticos en la etapa de Diagnostico, por lo cual no se describen en el manual de procedimiento. Solo se establecen sugerencias de los requerimientos que estos Procesos deben cumplir para obtener un mejor desempeño del proceso misional en el procedimiento: **Establecimiento de requisitos de productos no conforme**

Proceso	Subproceso	N°	Procedimiento	Código del procedimiento	Nombre de los formularios	Código del registro
CONTROL GESTIÓN DEL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN GPPH-03-04	Auditoria interna del proceso	39	Planificación y programación de auditorías al proceso	APO-GPH-AIP-01	---No aplica---	-
		40	Ejecución de la auditoria	APO-GPH-AIP-02	Lista de Verificación para Auditoria del Proceso de Hospitalización	LVR-APO-AIP-02-01
		41	Mejoramiento de la gestión	APO-GPH-AIP-03	Informe de Resultados de Auditoría (es el mismo que está en revisión del plan estratégico)	(Proceso Estratégico ) INF-EST-PLE-01-01
	Evaluación y Mejora de Procesos	42	Indagar problemas en Procesos misionales	APO-GPH-EMP-01	Informe de problemas detectados y alternativas de solución a implementar	INF-APO-EMP-01-01
		43	Seguimiento de indicadores	APO-GPH-EMP-02	Informe de estadística y evaluación mensual de indicadores	INF-APO-EMP-02-01
		44	Acciones correctivas preventivas y de mejora	APO-GPH-EMP-03	Formulario para la identificación de problemas y acciones preventivas	FOR-APO-EMP-03-01

<b>Proceso:</b> Gestión del proceso de Hospitalización	<b>Código del proceso:</b> EST-GPH	<b>Clasificación:</b> Control	<b>Responsable:</b> División médica	<b>Versión:</b> 1.0
<b>Cantidad de Sub proceso:</b> 5		<b>Cantidad de procedimientos:</b> 11		



Ministerio de Salud  
REPUBLICA DE EL SALVADOR  
UNIDAD PARA CRECER



**OBJETIVO:** Gestionar cada una de las actividades referentes al Sistema de Gestión por Procesos, de manera que este se planifique, se realice, se controle y se mejore continuamente. Estableciendo un control de los registros necesarios y la comunicación dentro del proceso

**ALCANCE:** Este proceso incluye todos los procedimientos relacionados con la mejora y evaluación del proceso de Hospitalización, Para brindar un servicio conforme a los requerimientos del paciente.

**Entradas:** Planificación estratégica y operativa

**Salidas:** Proceso controlado y mejorado continuamente

**Participantes:** Responsables de los Procesos de Hospitalización

Comité de Gestión por Procesos

Dirección del Hospital

**Recursos:** Presupuesto para atención hospitalaria, Horas-hombre, papelería de oficina, Mobiliario y equipo, infraestructura, sistema informático.

**Elaborado por:**

GRUPO DE  
TRABAJO DE  
GRADO

**Revisado por:**

INGA. SONIA  
GARCÍA

**Aprobado por:**

COORDINACIÓN DE  
HOSPITALES DE TERCER  
NIVEL

**Fecha de  
Aprobación**  
NOVIEMBRE 2018

<b>Proceso:</b> Gestión del proceso de Hospitalización	<b>Código del proceso:</b> APO-GPH	<b>Clasificación:</b> Apoyo	<b>Responsable:</b> Comité de Gestión por proceso	Versión: 1.0
<b>Sub proceso:</b> Auditoría interna del proceso		<b>Código del sub proceso:</b> APO-GPH-AIP		Página:1-10



**Objetivo del subproceso:** Establecer las directrices para la planificación, ejecución y análisis de las auditorías internas del Sistema de Gestión por Procesos del Proceso de Hospitalización del Tercer Nivel de Atención del MINSAL, con el fin de determinar la conformidad con los requisitos normativos, legales, del paciente y hospital que se aplican.

**Alcance del subproceso:** El proceso de auditoría contiene desde lo siguiente: la planificación de la auditoría, la ejecución, el seguimiento del cumplimiento de lo planeado en la auditoría como la mejora de la gestión tomando en cuenta los resultados de la misma.

Proveedor	Entrada	Procedimiento	P	H	V	A	Salida	Usuario	Registro
Comité de Gestión por Procesos.	Plan Estratégico y Operativo.	Planificación y programación de auditorías al proceso	X				Plan y programa de auditoría	Equipo de auditores, comité de Procesos	Plan de auditoría Lista de chequeo
Retroalimentación de la atención brindada <b>Procedimientos</b> APO-GPH-RAB-01 APO-GPH-RAB-02	Resultados del seguimiento de indicadores del proceso y las oportunidades de mejoras detectadas en los Procesos Misionales	Ejecución de la auditoría		X			Informe final de Auditoría		Informe final de auditoría
Evaluación y Mejora de Procesos <b>Procedimientos</b> APO-GPH-EMP-01 APO-GPH-EMP-02	Resultados de la Encuesta de Satisfacción del cliente y del Manejo de quejas internas y externas	Mejoramiento de la gestión			X	X	Seguimiento del plan de Mejora Actividades y Estrategias de mejora		Responsables de Procesos

**Elaborado por:**  
GRUPO DE TRABAJO DE GRADO

**Revisado por:**  
INGA. SONIA GARCÍA

**Aprobado por:**  
COORDINACIÓN DE HOSPITALES DE TERCER NIVEL

**Fecha de Aprobación**  
NOVIEMBRE 2018

#### 4. Control de registro

Nombre	Código el registro	Descripción
Programa de Auditoria del Proceso		Conjunto de una o más auditorias planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas a un propósito específico. El programa incluye todas las actividades necesarias para planificar, organizar y llevar a cabo las auditorias.
Lista de Verificación para auditoria del proceso de Hospitalización	LVR-APO-AIP-02-01	Documentos que proporcionan evidencia objetiva de las actividades realizadas o de los resultados obtenidos.
Informe de resultados de auditoria	INF-EST-PLE-01-01	En este documento se presentan el análisis y los resultados obtenidos en la auditoria del proceso, y las medidas a implementar para las oportunidades de mejora señaladas. Este informe es el mismo utilizado en el procedimiento de Auditoria de Planeación (Proceso Estratégico)

#### 5. Documentos externos:

Tipo	Descripción
Lineamientos Técnicos de Mejora Continua de la Calidad en Hospitales de las RIISS Año 2012	Estos lineamientos son la base para el desarrollo de la mejora continua de la calidad (MCC) en los servicios de salud el personal debe aplicar el modelo de mejoramiento continuo de la calidad. Realizándolo a través de la medición del cumplimiento de los estándares por medio de indicadores y mediante el análisis de los Procesos evaluados y sus fallas utilizando los ciclos de planificación, ejecución, verificación y análisis.
Estrategia para la Mejora Continua de la Calidad en los Servicios Hospitalarios Año 2012	Evaluar integralmente la calidad de los Procesos hospitalarios y sus resultados, a través de indicadores estandarizados y medibles para toda la red hospitalaria, definidos por la Dirección Nacional de Hospitales en coordinación con el Comité Nacional de Calidad Hospitalaria (CNCH). Evaluando el nivel de satisfacción de los pacientes y familiares respecto a la atención recibida.

#### 6. Recursos

Tipo	Descripción	Características generales – Requisitos
Personal	Representante del comité de Gestor del proceso	Deben conocer los Procesos, y servicios que se incluyen en el alcance del Sistema de Gestión de por Procesos
Mobiliario	Computadora con programas de procesamiento de texto y hojas de Cálculo.	
Papelería	Papelería de control de registro y útiles de oficina	Registros formalizados por el comité de Gestión, validados por la dirección del Hospital

<b>Sub-Proceso:</b> Auditoría interna del proceso	<b>Responsable:</b> Comité de Gestión por proceso	Versión: 1.0
<b>Procedimiento:</b> Planificación y programación de auditorías al proceso Código: APO-GPH-AIP-01		Página:3-10



- I. **OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:** Determinar las actividades a realizar durante la ejecución de la auditoría para tener una guía que garantice la realización de las actividades en un periodo de tiempo establecido.
- II. **ALCANCE DEL PROCEDIMIENTO:** El alcance de este procedimiento se extiende a la planificación de las auditorías internas del sistema de gestión de calidad, para los Procesos y los servicios que se encuentran dentro del alcance del sistema.
- III. **REFERENCIA / NORMATIVA.**
  - Lineamientos Técnicos de Mejora Continua de la Calidad en Hospitales de las RISS
  - Estrategia para la Mejora Continua de la Calidad en los Servicios Hospitalarios
  - Manual de organización.
- IV. **DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO 39**
  1. Elaborar el programa de auditoría interna según el formato establecido, conteniendo todas las auditorías que se requerirán en el año con sus respectivas fechas de realización. Verificando que todos los Procesos que se encuentran dentro del alcance del Sistema de Gestión por Procesos y sus respectivos servicios, están considerados en el programa de auditoría interna.
  2. Someter a aprobación de la dirección el programa anual de auditoría. Aprueba el programa de auditoría elaborado. En caso que lo observe se retorna al paso 1.
  3. Informar a las jefaturas de las unidades que participan en los Procesos y los servicios brindados el programa de auditoría. Se deberá evidenciar que programa ha sido recibido por las áreas involucradas mediante una ficha anexa al programa de auditoría.
  4. Se definen los objetivos, alcances y criterios de la auditoría del proceso:

**Objetivo de la auditoría:** Establecer puntualmente el propósito de la auditoría, que en principio van orientadas a examinar si las actividades son desarrolladas según lo planificado y que los recursos son utilizados eficazmente.

**Alcance de la auditoría:** Se deben identificar el proceso y los subprocesos a auditar con cada uno de sus procedimientos del proceso considerando la importancia de los mismos.

**Criterios de auditoría:** Son el conjunto de elementos o requisitos establecidos en la caracterización de los Procesos y procedimientos que se deben verificar para demostrar la conformidad de la realización del servicio. Para ello se deben definir las evidencias de los siguientes aspectos del proceso:

- El cumplimiento de las salidas y resultados, según las mediciones y objetivos del proceso.
- Identificar si los resultados de los pasos claves del proceso son consistentes, con las mediciones o indicadores.
- Los materiales y equipos que están siendo utilizados son los especificados y se encuentran bajo condiciones controladas.
- La realización de las actividades del proceso está acorde a los métodos, guías clínicas y procedimientos establecidos.

- La información generada por del proceso es la que se ha definido y está siendo utilizada adecuadamente.
- Establecer si las medidas previstas para prevenir fallas están siendo eficaces.
- Establecer si el rendimiento del proceso está siendo medido según los indicadores acordados, y los resultados debidamente registrados.
- Establecer si se toman las medidas apropiadas cuando no se cumplen los objetivos del rendimiento de los Procesos.
- Establecer si se han realizado evaluaciones para mejorar el proceso y si se han implementado las mejoras.

**Periodo a considerar:** se debe definir a partir de qué fecha se verificarán las evidencias que demuestran el mantenimiento y eficacia del proceso, en principio se deberá partir desde la fecha de la última auditoria.

5. Preparar el plan para la realización de la auditoria: Elaborar el plan de la auditoria según los formatos establecidos siguientes:
  - Formato de plan de auditoría del proceso
  - Preparar documentos necesarios y registros necesarios
  - Planifica las asignaciones del equipo realizador de la auditoria

Se debe definir el listado de actividades básicas a desarrollar durante la auditoria y sus fechas de realización.

Nota: Para establecer los criterios de auditoría se pueden considerar los resultados de auditorías anteriores, para priorizar algunos aspectos sobre otro

6. Determinar la viabilidad de la auditoria, verificar que se ha elaborado el plan de auditoría de acuerdo al propósito de la auditoria, procedimientos y formatos establecidos. Y Somete a aprobación de la dirección el plan de auditoría elaborado. Aprueba el programa de auditoría elaborado. En caso que lo observe se retorna al paso 2.
7. Colocar el plan de la auditoría en el repositorio de documentos del SGPP. Fin del procedimiento.

**Porcentaje de Cumplimiento de Actividades**

**Parámetros**

$$\left( \frac{\# \text{ Actividades realizadas en tiempo}}{\text{Total de actividades programadas}} \right) \times 100\%$$

Mayor a 90%: Bueno

Mayor a 50% y menor a 90%:  
Revisar

Menor a 50%: Tomar Acciones

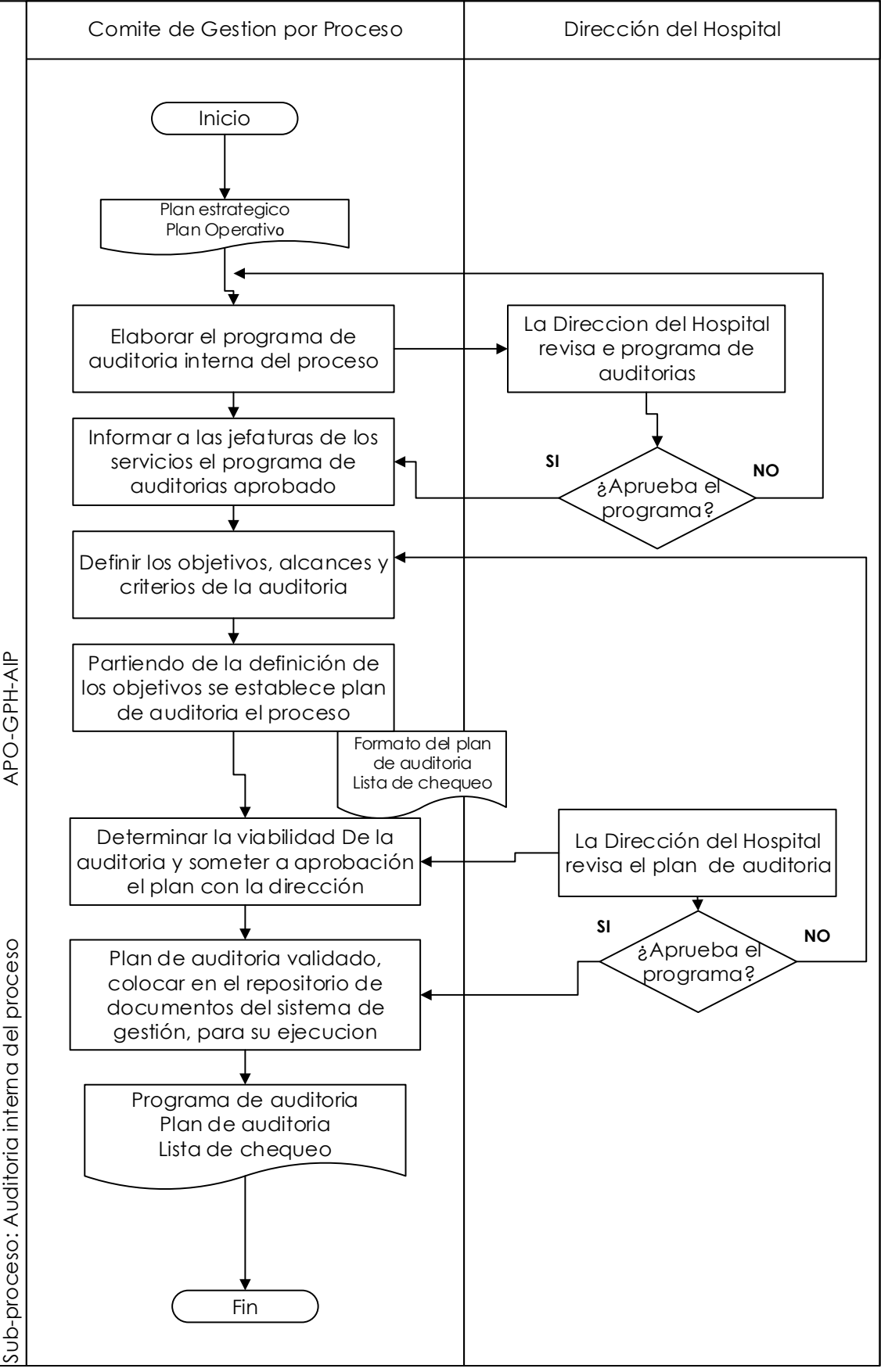
**Registros**

Registros	Código de Registro	Soporte de archivo	Responsable de custodia
Programa y plan de auditoria		Digital y físico	Comité de Gestión por Procesos
Lista de chequeo	LVR-APO-AIP-02-01	Digital y físico	

**Control de Cambios**

Edición	Fecha	Motivo de la Modificación

Procedimiento: Planificación y programación de auditorías al proceso  
 Código: APO-GPH-AIP-01





<b>Sub-Proceso:</b> Auditoría interna del proceso	<b>Responsable:</b> Comité de Gestión por proceso	Versión: 1.0
<b>Procedimiento:</b> Ejecución de la auditoría 02	<b>Código:</b> APO-GPH-AIP-	Página:6-10



**I. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:** Ejecutar el desarrollo de las auditorías internas del Sistema de Gestión por Procesos en el área de Hospitalización, con el fin de determinar la conformidad con los requisitos normativos, legales, establecidos para los Procesos del Tercer Nivel de atención del MINSAL.

**II. ALCANCE DEL PROCEDIMIENTO:** El alcance de este procedimiento abarca desde la realización de la auditoría según el plan de auditoría previamente preparado hasta la elaboración del registro correspondiente de los resultados de la auditoría.

### III. REFERENCIA / NORMATIVA.

- Lineamientos Técnicos de Mejora Continua de la Calidad en Hospitales de las RIIS
- Estrategia para la Mejora Continua de la Calidad en los Servicios Hospitalarios
- Manual de organización.

### IV. DEFINICIONES

El término acción correctiva hace referencia a la acción tomada para eliminar las causas de una no conformidad detectada o real. Por consiguiente, las acciones correctivas se implantan para solucionar la/s causa/s de una no conformidad que ya se ha dado y así evitar que vuelva a repetirse.

El término corrección se refiere a una acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.

La acción correctiva se diferencia del término acción preventiva ya que esta última hace referencia a la acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación indeseable potencial. Por consiguiente, las acciones preventivas se implantan para prevenir que esa no conformidad potencial se pueda producir

### V. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO 40

1. Se anuncia la fecha de comienzo de auditoría a las áreas a auditar, comunicar a los responsables del área a auditar las fechas y horarios en los que se desarrollara la auditoría. Así como también se debe presentar el plan de auditoría elaborado explicando las actividades del plan, los elementos a auditar con los respectivos criterios de la auditoría.
2. Recopilación de la información sobre el proceso a auditar, En la fecha acordada se debe ejecutar el plan de auditoría y verificar los criterios de auditoría según los cuestionarios o puntos establecidos en el plan a través de los documentos que lo demuestran. Cabe mencionar que se debe respetar el alcance de la auditoría establecido en el plan.
3. Elaboración de Informe con los hallazgos de la auditoría: Al finalizar la realización de la auditoría se debe elaborar el informe de auditoría según el formato establecido especificando:
  - Las fechas en las que se realizó la auditoría, los objetivos que se habían establecido para la auditoría
  - Los resultados de la auditoría que se obtuvieron luego de aplicar los instrumentos, cuestionarios, etc. Especificando las conformidades, las no conformidades y/o desviaciones encontradas. Enlistado de acciones correctivas que se debe realizar

4. Observaciones propias de los responsables de la auditoria. En caso de que se encuentren no conformidades en los resultados de la auditoria, se deberán establecer las actividades con un bajo rendimiento, con sus respectivas acciones correctivas, para dichas acciones se deberán seguir los procedimientos “Acciones correctivas preventivas y de mejora “
5. Entrega de informe final a los servicios auditados y una copia a la dirección: Verifica que se ha realizado la auditoría interna según el plan de auditoría establecido y que los resultados de la auditoria se elaboraron según los formatos establecidos
6. Comité realiza acciones de acuerdo a hallazgos obtenidos; se ejecuta procedimiento Acciones correctivas preventivas y de mejora

### Indicadores

#### Porcentaje de Hallazgos solucionados

$$x = \left( \frac{\# \text{ Hallazgo solucionados}}{\text{Total de hallazgos encontrados}} \right) \times 100\%$$

#### Parámetros

Mayor a 90%: Bueno

Mayor a 50% y menor a 90%: Revisar

Menor a 50%: Tomar Acciones

#### Porcentaje de realización de actividades

$$x = \left( \frac{\text{Activiades de mejora realizadas}}{\text{Actividades de mejora programadas}} \right) \times 100\%$$

#### Parámetros

Mayor a 90%: Bueno

Mayor a 50% y menor a 90%: Revisar

Menor a 50%: Tomar Acciones

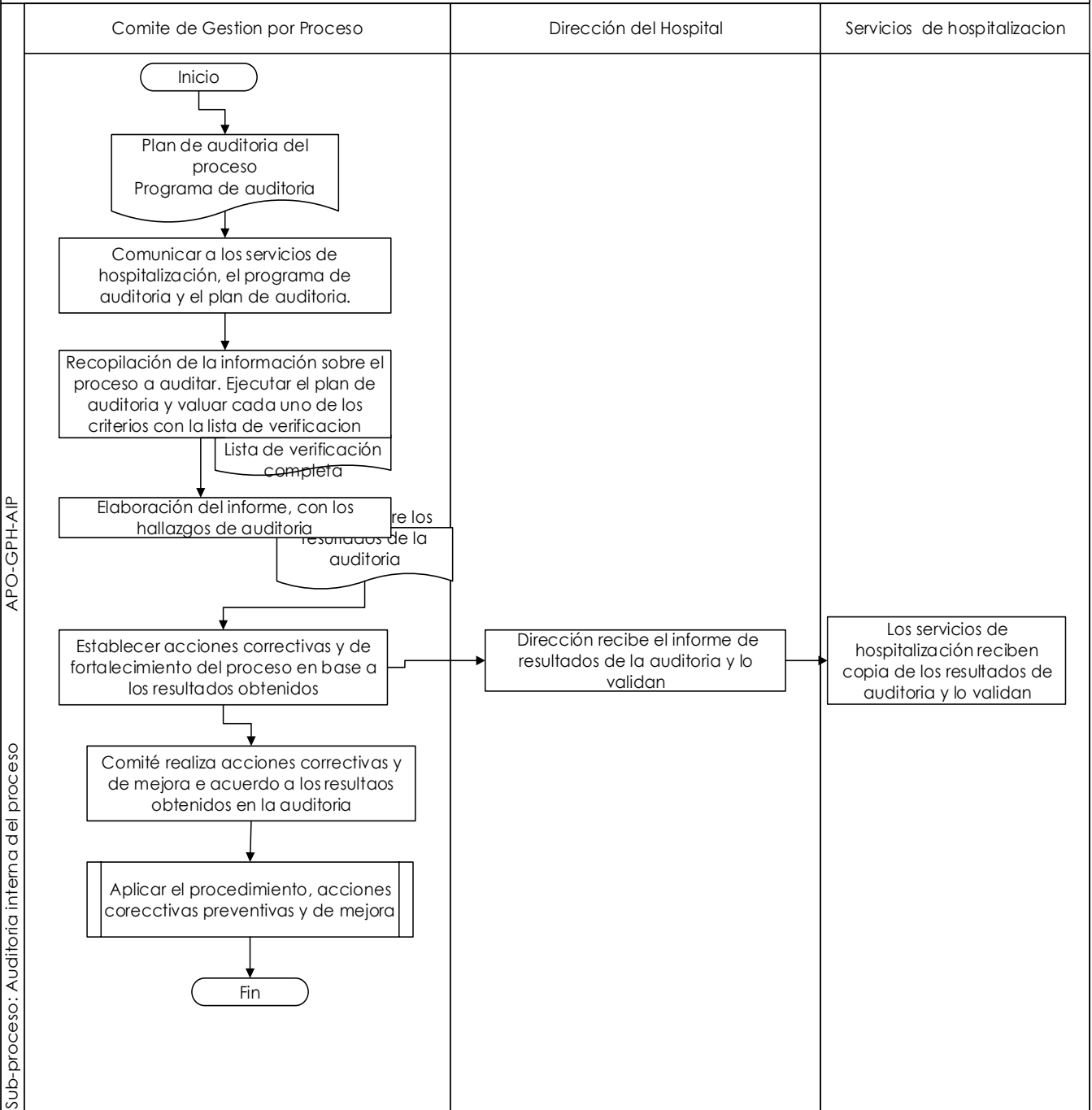
### Registros

Registros	Código de Registro	Soporte de archivo	Responsable de custodia
Informe de Resultados de la auditoria	INF-EST-PLE-01-01	Digital y fisico	Comité de Gestión por Procesos

### Control de Cambios

Edición	Fecha	Motivo de la Modificación

**Procedimiento: Ejecución de la auditoría**  
**Código: APO-GPH-AIP-02**



<b>Subproceso:</b> Auditoría interna del proceso	<b>Responsable:</b> Comité de Gestión por proceso	<b>Versión:</b> 1.0
<b>Procedimiento:</b> Mejoramiento de la Gestión <b>Código:</b> APO-GPH-AIP-03		<b>Página:</b> 9-10



**I. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:** Generar un plan que integre los puntos observados de no conformidad o ausencia de cumplimiento a partir de la auditoría realizada para obtener mejoramiento continuo del sistema de Gestión por Procesos en el área de Hospitalización.

**II. ALCANCE DEL PROCEDIMIENTO:** Comienza con la entrega de las conclusiones y observaciones de auditoría y termina con un plan generado de mejoras a los puntos débiles encontrados.

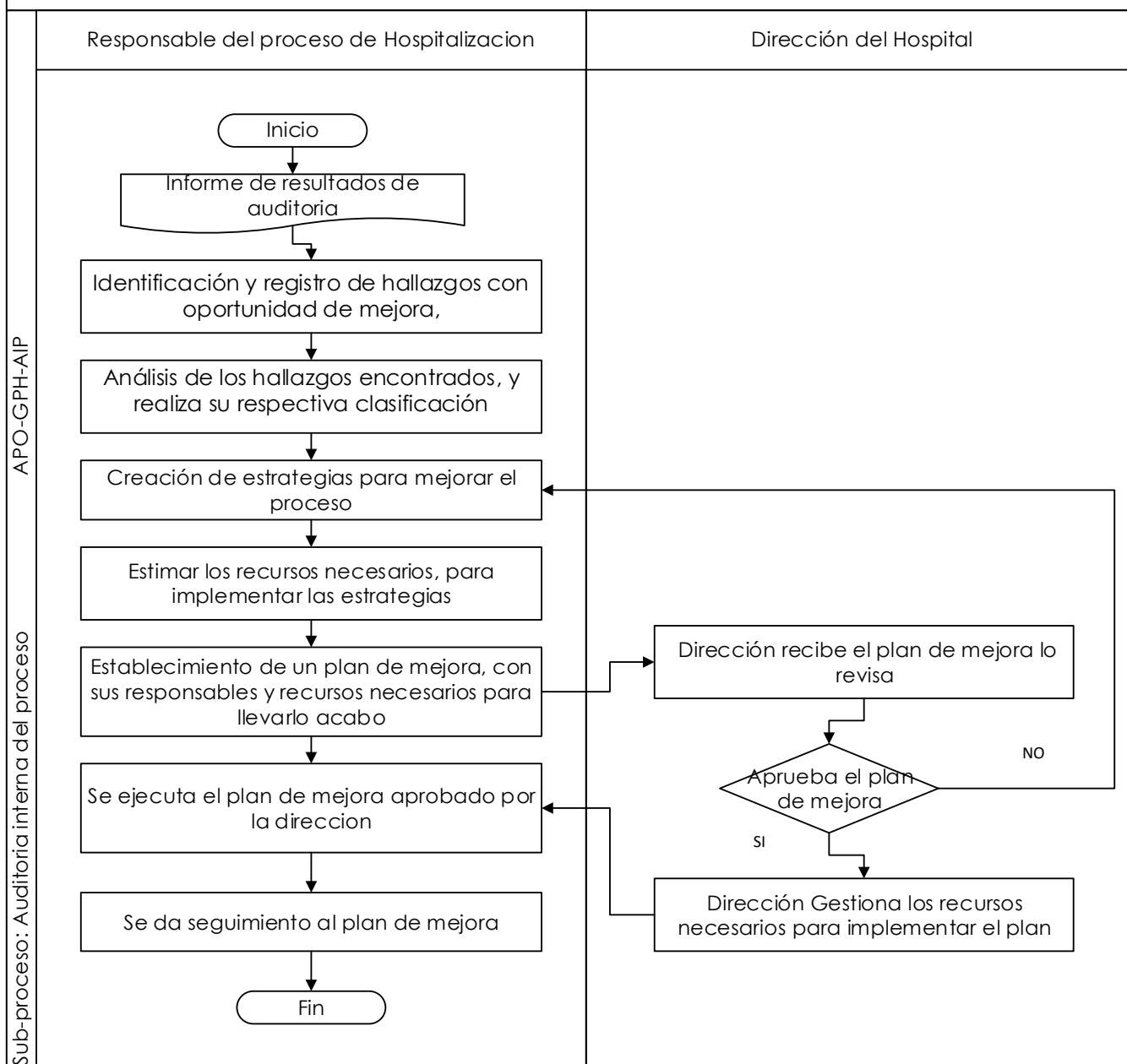
**III. REFERENCIA / NORMATIVA.**

- Lineamientos Técnicos de Mejora Continua de la Calidad en Hospitales de las RISS
- Estrategia para la Mejora Continua de la Calidad en los Servicios Hospitalarios
- Manual de organización

**IV. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO 41**

No	Actividad	Descripción	Responsable
1.	Identificación de hallazgos con oportunidad de mejora	Los hallazgos encontrados deben ser catalogados como: No Conformidad, punto fuerte, Oportunidad de Mejora / Recomendación y observación. Luego de registrados, los hallazgos deben ser evaluados para establecer las acciones correspondientes a desarrollar e implementar	Equipo que realiza la auditoría  Personal Responsable de los Procesos, Gestionado por el Comité de Gestión por Procesos
2.	Análisis de los hallazgos encontrados	Auditado recibe resultados y analiza los tipos de hallazgos encontrados, los cuales pueden ser catalogados como: No Conformidad, punto fuerte, Oportunidad de Mejora, Recomendación y observación. Auditor debe dividir los resultados de acuerdo a los ítems presentados por el equipo auditor	
3.	Creación de las estrategias de mejora	Luego de dividir debe analizar y crear estrategias adecuadas que procuren la mejora de los hallazgos encontrados. El comité de gestión y el responsable del proceso debe dar seguimiento del avance de cada una de las acciones pendientes a resolver los mismos (el hallazgo del tipo Punto Fuerte no requiere la determinación de acciones).	
4.	Estimación de los recursos a emplear en la estrategia	El auditado estima los recursos necesarios y el tiempo que llevara las estrategias tomadas en cuenta. Especifica indicadores y responsable de estrategias para garantizar la medición de la mejora.	
5.	Aprobación del plan de mejora y seguimiento	Aprobación del plan de mejora, Auditado solicita aprobación de plan de mejora a director del Hospital. Director a prueba plan de mejoramiento. Se da seguimiento del plan de mejora aprobado por la dirección.	

Procedimiento: *Mejoramiento de la Gestión*  
 Código: APO-GPH-AIP-03



### Registros

Registros	Código de Registro	Soporte de archivo	Responsable de custodia
Plan de mejora continua		Digital y físico	Comité de Gestión por Procesos

### Control de Cambios

Edición	Fecha	Motivo de la Modificación

<b>Proceso:</b> <i>Gestión del proceso de Hospitalización</i>	<b>Código del proceso:</b> <i>APO-GPH.</i>	<b>Clasificación:</b> Apoyo	<b>Responsable:</b> <i>Comité de Gestión</i>	Versión: 1.0
<b>Sub proceso:</b> <i>Evaluación y Mejora de Proceso</i>			<b>Código del sub proceso:</b> <i>APO-GPH-EMP</i>	Página:1-9



**Objetivo del subproceso:** *Verificar el nivel de desarrollo y el grado de efectividad de la forma de evaluación, seguimiento y mejora interna en el cumplimiento de los objetivos del proceso de Hospitalización, para que funcione correctamente según lo planeado.*

**Alcance del subproceso:** *Evalúa las dificultades del proceso, el seguimiento del desempeño de los Procesos a través del estado de los indicadores, la revisión por la Dirección y las acciones correctivas, preventivas y de mejora que ayuden a completar la mejora continua.*

Proveedor	Entrada	Procedimiento	P	H	V	A	Salida	Usuario	Registro
Dirección del Hospital	Plan Operativo Datos Estadísticos de las atenciones brindadas	Indagar problemas en Procesos misionales. (Atención no conforme)	X	X			Oportunidades de fortalecimiento del proceso	Responsable del proceso Personal que interviene en el proceso Comité de Gestión	Informe de problemas detectados y alternativas de solución a implementar
Dirección de los Servicios de Hospitalización ESDOMED	Resultados Auditorias, Desempeño de los Procesos, Quejas y reclamos de los clientes, deficiencias en el servicio detectadas por medio de encuestas de satisfacción, Metas no cumplidas de indicadores de Gestión, Sugerencias de empleados, resultado obtenido de los Proveedores (Producto no conforme)	Seguimiento de indicadores		X			Resultados del seguimiento de Indicadores en plazos establecidos		Informe de estadística y evaluación mensual de indicadores de los Servicios de Hospitalización
Equipo Auditor del proceso Comité de gestión del proceso		Acciones correctivas preventivas y de mejora				X	Acciones llevadas a cabo para mejorar continuamente		Formulario para la identificación de problemas y acciones preventivas

**Elaborado por:**  
GRUPO DE TRABAJO DE GRADO

**Revisado por:**  
INGA. SONIA GARCÍA

**Aprobado por:**  
COORDINACIÓN DE HOSPITALES DE TERCER NIVEL

**Fecha de Aprobación**  
NOVIEMBRE 2018

### 1. Control de registro



Nombre	Descripción
Informe de problemas detectados y alternativas de solución a implementar. INF-APO-EMP-01-01	Informe que permite documentar los resultados de la evaluación del proceso, control de las oportunidades de mejora y problemas detectados y las medidas correctivas a implementar
Informe de estadística y evaluación mensual de indicadores de los Servicios de Hospitalización. INF-APO-EMP-02-01	Informe que permite documentar los resultados de la evaluación, control y análisis de los indicadores de desempeño de los Servicios de Hospitalización
Formulario para la identificación de problemas y acciones preventivas FOR-APO-EMP-03-01	En este documento se detallan las acciones correctivas a implementar para mejora continua del proceso

### 2. Documentos externos

Tipo	Descripción
Lineamientos Técnicos de Mejora Continua de la Calidad en Hospitales de las RISS Año 2012	Estos lineamientos son la base para el desarrollo de la mejora continua de la calidad (MCC) en los servicios de salud. Realizándolo a través de la medición del cumplimiento de los estándares por medio de indicadores y mediante el análisis de los Procesos evaluados y sus fallas utilizando los ciclos de planificación, ejecución, verificación y análisis.
Estrategia para la Mejora Continua de la Calidad en los Servicios Hospitalarios Año 2012	La Estrategia para el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de servicios hospitalarios, en adelante EMCSH, se debe implementar en todos los Hospitales del país, ajustándose a su categoría. Definir indicadores de resultados para todos los niveles de la organización y los objetivos.
Manual de Procesos de atención Hospitalaria	Proporcionar una descripción de la secuencia de actividades que deben realizarse para el cumplimiento de las funciones conferidas a cada institución hospitalaria de la red, enfocándose en los Procesos hospitalarios claves, con el fin de la homogenización de Procesos e identificación de oportunidades que mejoren los métodos de trabajo, para la atención con calidad y eficiencia a las personas que solicitan la atención.

### 3. Recursos

Tipo	Descripción	Características generales – Requisitos
Personal	Representante del comité de Gestor del proceso y personal responsable de los Procesos. Doctores, Enfermeras y personal administrativo	Deben conocer los Procesos, y servicios que se incluyen en el alcance del Sistema de Gestión de Procesos
Mobiliario	Computadora con programas de procesamiento de texto y hojas de Cálculo.	Los formatos establecidos por el Hospital para llevar un registro de la producción Diaria y del movimiento de pacientes en los servicios Hospitalarios
Papelería	Papelería y útiles de oficina.	
Información Estadística	El acumulado de la producción de los Servicios de Hospitalización y el	Los datos estadísticos deben presentarse actualizados, para realizar análisis con datos

<b>Subproceso:</b> <i>Evaluación y mejora de Procesos</i>	<b>Responsable:</b> <i>Comité de Gestión por proceso</i>	<b>Versión:</b> 1.0	 
<b>Procedimiento:</b> <i>Indagar problemas en Procesos misionales.</i> <b>Código:</b> <i>APO-GPH-EMP-01</i>		<b>Página:</b> 3-9	
	resultado de los indicadores mensuales.	reales y que demuestre la situación actual del proceso	

**I. OBJETIVO.** Generar un seguimiento de las dificultades o problemas que se presenten en el proceso misional con el fin de mejorar continuamente el SGPP del proceso de Hospitalización.

**II. ALCANCE.** Aplica a los subprocesos misionales de Hospitalización.

### III. REFERENCIA / NORMATIVA.

- Lineamientos Técnicos de Mejora Continua de la Calidad en Hospitales de las RIISS
- Estrategia para la Mejora Continua de la Calidad en los Servicios Hospitalarios.
- Política Nacional de Salud 2015-2019
- Manual de Procesos en la Atención Hospitalaria
- Manual de Organización.

### IV. DEFINICIONES

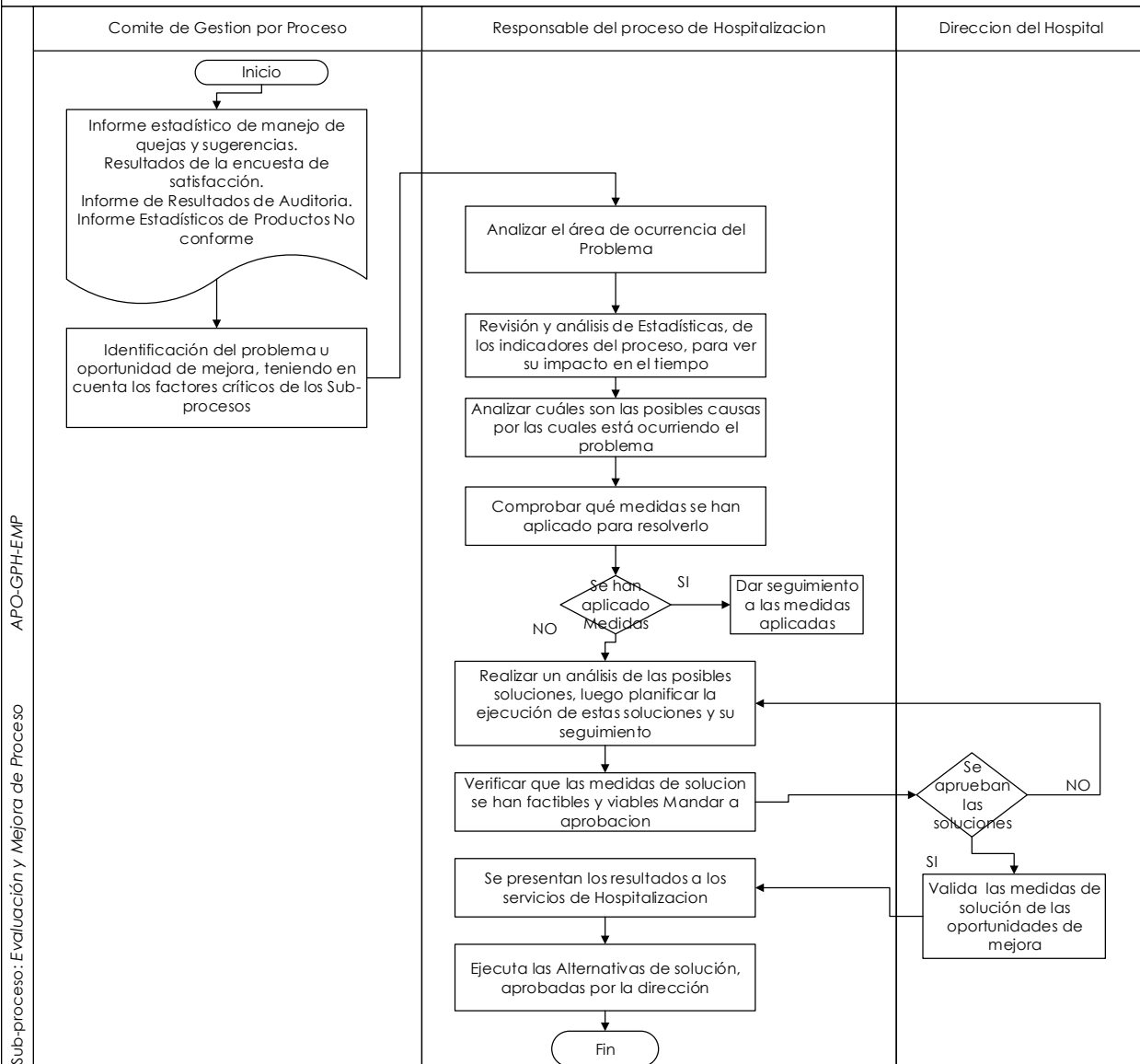
No aplica

### VI. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO 45

<b>N o</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>DESCRIPCION</b>	<b>RESPONSAB LES</b>
1	Identificación del problema y oportunidad de mejora	Se identifica el problema al cual se le brinda solución teniendo en cuenta los factores críticos de cada subproceso: Servicio No Conforme, Quejas, Reclamos, Sugerencia (externas e internas), Resultados de Satisfacción, Auditorías, Autoevaluación.	Comité de Gestión  Responsables de los Procesos  Dirección del Hospital
2	Analizar el área de ocurrencia	Los responsables de los Procesos, en conjunto con el Comité, Identifican los Procesos y factores críticos, analizando el área de ocurrencia del problema.	
3	Revisión y análisis de Estadísticas	Revisar informes y determinar desde cuando está ocurriendo, Gestionando los indicadores que miden el proceso.	
4	Determinación de causas	Analizar cuáles son las posibles causas por las cuales está ocurriendo el problema	
5	Medidas Preventivas	Comprobar qué medidas se han aplicado para resolverlo, si es el caso. Analizar el impacto económico	
6	Planificación de Soluciones	Realizar un análisis de las posibles soluciones, luego planificar la ejecución de estas soluciones y su seguimiento	
8	Evaluar las alternativas de solución	Verificar que las alternativas de solución, sean factibles. Aprobación de la solución por la dirección	
9.	Ejecutar la solución	Ejecutar las alternativas seleccionada y elaborar un informe con las acciones aplicadas en la solución del problema	



Procedimiento: Indagar Problemas en Procesos Misionales  
 Código: APO-GPH-EMP-01



Sub-proceso: Evaluación y Mejora de Proceso  
APO-GPH-EMP

### Indicadores

#### % de problemas críticos

$$\left( \frac{\# \text{ problemas criticos}}{\text{Total de oportunidades de mejora}} \right) \times 100\%$$

#### % De realización de acciones

$$\left( \frac{\# \text{ Acciones Ejcutadas}}{\text{Cantidad de accione programadas}} \right) \times 100\%$$

#### Parámetros

Mayor a 90%: Bueno  
 Mayor a 50% y menor a 90%: Revisar  
 Menor a 50: Tomar Acciones.

### Registros

Registros	Código de Registro	Soporte de archivo	de	Responsable de custodia
Informe de problemas detectados y alternativas de solución	INF-APO-EMP-01-01	Digital y físico		Comité de Gestión por Procesos

### Control de Cambios

Edición	Fecha	Motivo de la Modificación

<b>Subproceso:</b> <i>Evaluación y mejora de Procesos</i>	<b>Responsable:</b> <i>Comité de Gestión por proceso</i>	<b>Versión:</b> 1.0
<b>Procedimiento:</b> <i>Seguimiento de indicadores</i> Código: <i>APO-GPH-EMP-02</i>		<b>Página:</b> 5-9



**I.OBJETIVO.** Controlar los Procesos basados en el seguimiento de los indicadores para tomar las medidas adecuadas para prevenir o corregir situaciones que afecten el funcionamiento del sistema y así mismo buscar la mejora continua.

**I. ALCANCE.** Comienza por el cálculo del indicador y termina con el seguimiento de las estrategias determinadas por el responsable del proceso.

### III. REFERENCIA / NORMATIVA.

- Lineamientos Técnicos de Mejora Continua de la Calidad en Hospitales de las RISS
- Estrategia para la Mejora Continua de la Calidad en los Servicios Hospitalarios.
- Política Nacional de Salud 2015-2019, Manual de Procesos en la Atención Hospitalaria,

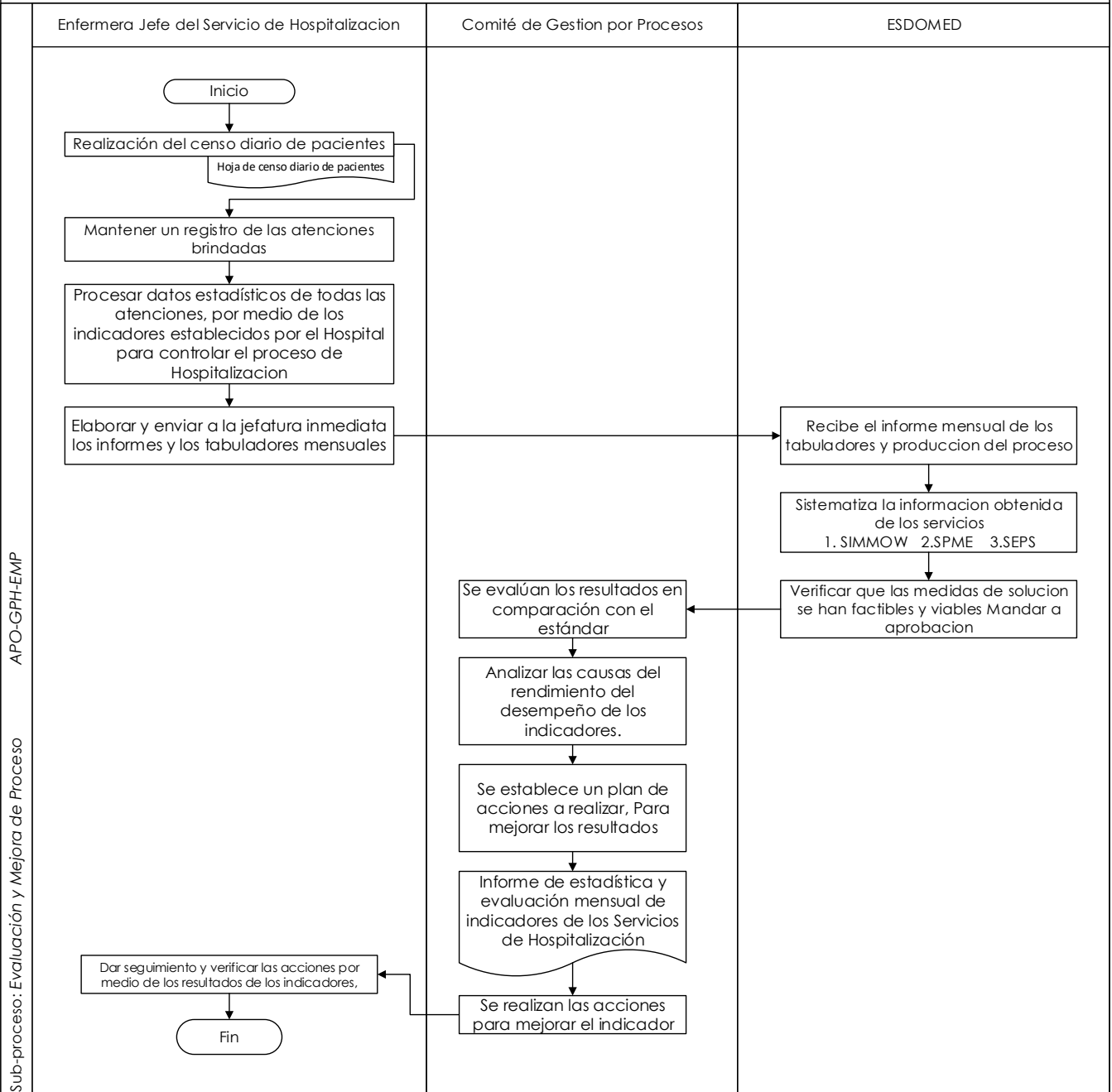
### IV. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO 46

No	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLES
1.	Realización de censo diario de pacientes	Se realiza el registro, por medio de la “hoja de Censo Diario”, de las atenciones brindadas	Comité de Gestión  Responsables de los Procesos  ESDOMED
2.	Mantenimiento del registro de atenciones	Mantener un registro de pacientes que ingresan a los Servicios de Hospitalización	
3.	Procesar datos estadísticos de todas las atenciones	Establecer por medio de indicadores mensuales, solicitadas por el Hospital el registro de medición de los Procesos desarrollados	
4.	Elaborar y enviar a la jefatura inmediata los informes y los tabuladores mensuales	Analizar el resultado de los indicadores y enviar la estadística de las producciones a ESDOMED. Para que la información sea sistematizada y sea de utilidad para tomar decisiones del proceso	
5.	Se evalúan los resultados en comparación con el estándar	Analizar los resultados de los indicadores, con respecto a los estándares establecidos, para medir y analizar el desempeño del proceso. Analiza el estado del indicador si está en el rango permitido	
6.	Si no está en el rango, se analizan las causas con los involucrados	Analizar las causas del rendimiento del desempeño de los indicadores.	
7.	Se establece un plan de acciones a realizar	Establecer un plan que posibilite el mejoramiento de los resultados de los indicadores de desempeño.	
8.	Se realizan las acciones para mejorar el indicador	Dar seguimiento a las acciones planificadas, para mejorar el desempeño de los indicadores, evaluando los estándares definidos	
9.	Los involucrados dan seguimiento al indicador	Mensualmente se revisa el resultado de los indicadores para visualizar los efectos de las acciones realizadas para su mejor desempeño.	

### Control de Cambios

Edición	Fecha	Motivo de la Modificación

Procedimiento: Seguimiento de indicadores  
 Código: APO-GPH-EMP-02



**Indicadores**

**Indicador Global de Cumplimiento**

$$\left( \frac{\# \text{ indicadores dentro el estandar}}{\text{Total de indicadores}} \right) \times 100\%$$

**Parámetros**

- Mayor a 90%: Bueno
- Mayor a 50% y menor a 90%: Revisar
- Menor a 50%: Tomar Acciones

**Registros**

Registros	Código de Registro	Soporte de archivo	Responsable de custodia
Informe de estadística y evaluación mensual de indicadores de los Servicios de Hospitalización.	INF-APO-EMP-02-01	Digital y físico	Comité de Gestión por Procesos

<b>Subproceso:</b> <i>Evaluación y mejora de Procesos</i>	<b>Responsable:</b> <i>Comité de Gestión por proceso</i>	<b>Versión:</b> 1.0
<b>Procedimiento:</b> <i>Acciones correctivas preventivas y de mejora</i>		<b>Página:</b> 7-9
<b>Código:</b> APO-GPH-EMP-03		



**I.OBJETIVO.** El procedimiento documentado tiene por objeto establecer el proceso a seguir por el sistema de Gestión por Procesos para eliminar las causas de las no conformidades reales mediante la adopción de acciones correctivas apropiadas y que, tras su implantación, resulten eficaces para prevenir que no vuelvan a ocurrir.

**II. ALCANCE.** Este procedimiento toma en cuenta todos los Procesos realizaos en los Servicios de Hospitalización.

### III. REFERENCIA / NORMATIVA.

- Lineamientos Técnicos de Mejora Continua de la Calidad en Hospitales de las RIIS
- Estrategia para la Mejora Continua de la Calidad en los Servicios Hospitalarios.
- Política Nacional de Salud 2015-2019
- Manual de Procesos en la Atención Hospitalaria
- Manual de Organización.

### IV.DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO 47

No	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLES
1.	Identificación del riesgo, problema o situación a mejorar	Tras la identificación de una no conformidad real se evaluará la necesidad de adoptar acciones que aseguren que se corrige la no conformidad y no vuelva a producirse, para lo que se determinará un plan de acciones correctivas.	Comité de Gestión  Responsables de los Procesos  Dirección del Hospital
2.	Recolección de la información cualitativa y cuantitativa del problema observado	Se investigará y revisará toda documentación o informe que genere un mejor panorama de la situación problemática.	
3.	El comité analizara el problema	Se analizará la oportunidad de mejora, para determinar cuáles son las soluciones factibles y viables económicamente	
4.	Se escoge la metodología para la determinación de causas	Escoger una metodología para la investigación en conjunto de las casusas que ocasionen la oportunidad de mejora, puede ser lluvia de ideas, Ishikawa o árbol de problemas	
5.	Se realiza el análisis de causas de acuerdo con la metodología	Análisis de las causas que puedan estar provocando el bajo desempeño, la producción de productos y servicios no conforme	
6.	Se determina el tipo de acción.	Dependiendo de la naturaleza del problema se analiza el tipo de solución a aplicar, correctiva o preventiva	
7.	Se establece plan de las acciones a ejecutar	El plan de acciones correctivas, establece las líneas a seguir para mejorar la situación actual, los responsables, y el tiempo de ejecución, dirección valida el plan	
8.	Ejecución de las acciones planteadas y dejar evidencia de su cumplimiento.	Le corresponde al responsable de la Unidad o, en su caso, del representante del Equipo del Proceso en el Comité, asegurar que la implantación del plan o acciones correctivas se realiza de acuerdo	

		con la planificación realizada, así como registrar las evidencias objetivas que permita su posterior verificación y comprobación de las correcciones aplicadas y la eliminación de las causas del no Conformidad real.	
9.	Se realiza el seguimiento al cumplimiento de las acciones	El seguimiento de la implantación de las correcciones y acciones correctivas se realizará de acuerdo con la planificación que al respecto se realice. Se elabora un consolidado de acciones preventivas, correctivas y de mejora	
10	Se da solución a la no conformidad	En los supuestos de no considerarse cerrada una no conformidad se indicará por el auditor en la ficha de verificación, iniciándose de nuevo el procedimiento descrito anteriormente.	
11	Se realiza informe con las acciones ejecutadas	El Comité conocerá y, en su caso, valorará la evaluación, tratamiento y seguimiento del no conformidades, y formará parte de los datos que se incorporarán en los informes de seguimiento de Procesos y los informes finales	

### Causas por las que se validan las acciones correctivas por la dirección

- Cuando las acciones correctivas impliquen la utilización de nuevos recursos que deban ser aprobados por la dirección.
- Cuando las acciones correctivas afecten a la normativa o instrucciones de la Dirección.
- Cuando las acciones correctivas afecten a la documentación en vigor de los Procesos de Hospitalización
- Cuando las acciones correctivas afecten a aspectos sustanciales en la prestación del servicio o en las relaciones con los usuarios.
- Cuando las acciones correctivas afecten a aspectos sustanciales de la estructura organizativa de la gestión.
- Cuando las acciones correctivas afecten a distintos Procesos o unidades y exija coordinación desde la Gerencia.

### Indicadores

#### Indicador Global de Cumplimiento

$$\left( \frac{\# \text{ Acciones correctivas realizadas}}{\text{Total de acciones correctivas programadas}} \right) \times 100\%$$

Mayor a 90%: Bueno

Mayor a 50% y menor a 90%: Revisar

Menor a 50: Tomar Acciones.

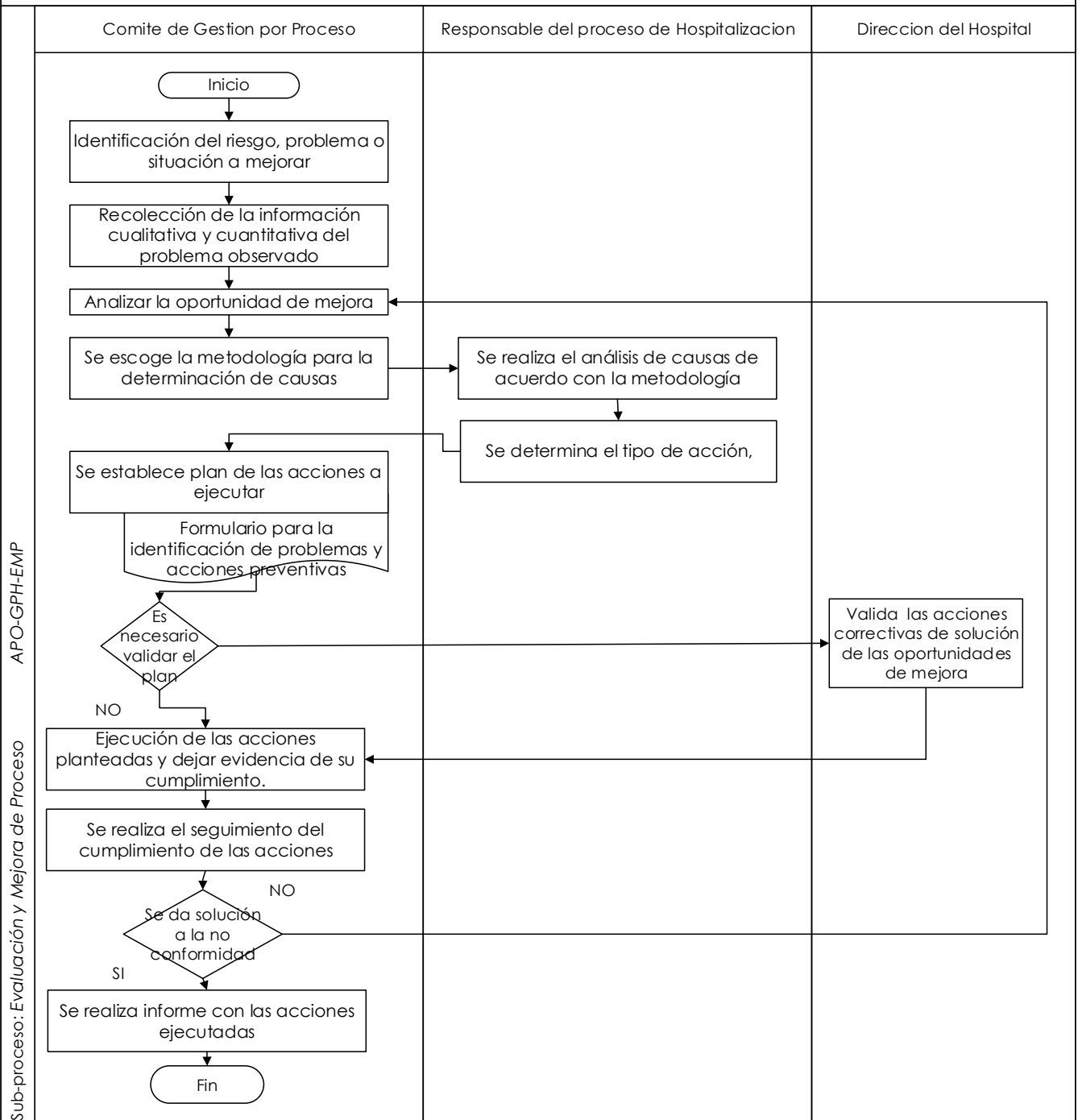
#### Cantidad de acciones correctivas eficaces

$$\left( \frac{\# \text{ Acciones realizadas eficaces}}{\text{Total de acciones correctivas}} \right) \times 100\%$$

### Registros

Registros	Código de Registro	Soporte de archivo	Responsable de custodia
Formulario para la identificación de problemas y acciones preventivas	FOR-APO-EMP-03-01	Digital y físico	Comité de Gestión por Procesos

Procedimiento: Acciones correctivas preventivas y de mejora  
 Código: APO-GPH-EMP-03



### Control de Cambios

Edición	Fecha	Motivo de la Modificación

## Procesos de Seguimiento

### GESTIÓN DE SEGUIMIENTO

#### Gestión del proceso de Hospitalización

<i>Retroalimentación de la atención brindada. APO-GPH-RAB</i>	<i>Control de Documentos APO-GPH-CDD</i>	<i>Comunicación APO-GPH-COM</i>
<i>Manejo de quejas y sugerencias internas</i>	<i>Elaboración y control de documentos</i>	<i>Establecimiento de los medios de comunicación</i>
<i>Manejo de quejas y sugerencias Externas</i>		<i>Realización de la comunicación</i>
<i>Seguimiento y mejora de la satisfacción del cliente.</i>		

El desglose anterior muestra 1 proceso, los cuales se subdividen en 3 subprocesos y 5 procedimientos que agregan valor indirecto al servicio ofertado por el proceso de Hospitalización.

**Nota:** No se incluyen los Procesos de apoyo: **Servicios Generales, Diagnóstico clínico y tratamiento y Gestión de estadísticas**, los cuales fueron excluidos en la matriz de priorización de Procesos críticos en la etapa de Diagnostico, por lo cual no se describen en el manual de procedimiento. Solo se establecen sugerencias de los requerimientos que estos Procesos deben cumplir para obtener un mejor desempeño del proceso misional en el procedimiento: **Establecimiento de requisitos de productos no conforme**

Proceso	Subproceso	N°	Procedimiento	Código del procedimiento	Nombre de los formularios	Código del registro
Apoyo	GESTIÓN DEL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN GPPH-03-04	45	Manejo de quejas y sugerencias internas	APO-GPH-RAB-01	Reporte mensual de estadísticas de quejas y sugerencias del área de Hospitalización	REP-APO-RAB-01-01
					Formulario para la identificación de problemas y acciones preventivas	(proceso de Apoyo) FOR-APO-EMP-03-01
			46	Manejo de quejas y sugerencias Externas	APO-GPH-RAB-02	--- No aplica---
		47	Seguimiento y mejora de la satisfacción del cliente	APO-GPH-RAB-03	Encuesta para pacientes egresados del Proceso de Hospitalización	ENC-APO-RAB-03-01
		48	Elaboración y control de documentos	APO-GPH-CDD-01	Formulario para Sugerencia de modificación de documentos	FOR-APO-CDD-01-01
		49	Establecimiento de los medios de comunicación y realización de la comunicación	APO-GPH-COM-01	Formato de Plantilla de comunicado	FPT-APO-COM-01-01



<b>Proceso:</b> Gestión del proceso de Hospitalización	<b>Código del proceso:</b> APO-GPH.	<b>Clasificación:</b> Apoyo	<b>Responsable:</b> Comité de Gestión	Versión: 1.0
<b>Sub proceso:</b> Retroalimentación de la atención brindada <b>Código del sub proceso:</b> APO-GPH-RAB				Página:1-9



**Objetivo del subproceso:** Establecer las acciones necesarias que ayuden a recopilar la información que permita analizar los resultados obtenidos de la ejecución del proceso teniendo como base, las sugerencias del cliente interno y externo, obteniendo el grado de satisfacción de los clientes.

**Alcance del subproceso:** El subproceso de Retroalimentación de la atención brindada consta desde la planificación de recopilación de la información primaria de clientes de los Servicios de Hospitalización, teniendo en cuenta la ejecución y el seguimiento de las quejas y reclamos para mejorar la satisfacción del cliente.

Proveedor	Entrada	Procedimiento	P	H	V	A	Salida	Usuario	Registro
Talento Humano que ejecuta el proceso, personal administrativo	Registro de quejas y sugerencias internas	Manejo de quejas y sugerencias internas APO-GPH-RAB-01	X	X			Total, de Queja y Reclamos	Comité de Gestión Responsable del proceso Dirección del Hospital	Formato de quejas y sugerencias
Usuarios de los Servicios de Hospitalización, ESDOMED	Registro de quejas y sugerencias externas y Cantidad de Egresos	Manejo de quejas y sugerencias externas APO-GPH-RAB-02	X	X			Resultados de la satisfacción del cliente.		Reporte mensual de estadísticas de quejas y sugerencias del área de Hospitalización
Comité de gestión del proceso	Informe de Resultados	Seguimiento y mejora de la satisfacción del cliente. APO-GPH-RAB-03			X	X	Acciones de Mejora	Comité de Gestión Responsable del proceso	Encuesta de satisfacción de cliente. Acciones de Mejora

**Elaborado por:**  
GRUPO DE TRABAJO DE GRADO

**Revisado por:**  
INGA. SONIA GARCÍA

**Aprobado por:**  
COORDINACIÓN DE HOSPITALES DE TERCER NIVEL

**Fecha de Aprobación**  
NOVIEMBRE 2018

### 1. Control de registro

Nombre	Descripción
Reporte mensual de estadísticas de quejas y sugerencias del área de Hospitalización REP-APO-RAB-01-01	Se presenta un registro estadístico de las quejas y sugerencias realizadas por el cliente interno y externo, haciendo una clasificación del tipo de sugerencia o queja recibida. Para llevar un mejor control estadístico
Formulario para la identificación de Quejas Y Sugerencias FOR-APO-RAB-01-01	En este formulario se realiza con el objetivo de crear un documento que estandarice la manera de presentar sugerencias o quejas con respecto al desarrollo del proceso de Hospitalización, ya sea esta por el cliente interno o externo al proceso
Encuesta de satisfacción de cliente. ENC-APO-RAB-03-01	Formato que presenta, las preguntas que evaluarán la percepción del cliente con respecto al servicio brindado por Hospitalización, el cual se evaluará por medio de 5 dimensiones: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tangible, Fiabilidad, Capacidad de respuesta, Seguridad y Empatía</li> </ul> Se indicando la información básica del área de Hospitalización al que se le medirá la satisfacción del cliente, Nombre del Servicio, del Proceso y las Unidades involucradas

### 2. Documentos externos

Tipo	Descripción
Lineamientos Técnicos de Mejora Continua de la Calidad en Hospitales de las RIISS Año 2012	Estos lineamientos son la base para el desarrollo de la mejora continua de la calidad (MCC) en los servicios de salud. Realizándolo a través de la medición del cumplimiento de los estándares por medio de indicadores y mediante el análisis de los Procesos evaluados y sus fallas utilizando los ciclos de planificación, ejecución, verificación y análisis.
Estrategia para la Mejora Continua de la Calidad en los Servicios Hospitalarios Año 2012	Evaluar integralmente la calidad de los Procesos hospitalarios y sus resultados, a través de indicadores estandarizados y medibles para toda la red hospitalaria, definidos por la Dirección Nacional de Hospitales en coordinación con el Comité Nacional de Calidad Hospitalaria (CNCH).

### 3. Recursos

Tipo	Descripción	Características generales – Requisitos
Personal	Representante del comité de Gestor del proceso y personal encuestador	Deben conocer los Procesos, y servicios que se incluyen en el alcance del Sistema de Gestión de Procesos
Mobiliario	Computadora con programas de procesamiento de texto y hojas de Cálculo.	
Papelería	Papelería y útiles de oficina.	Formatos de encuestas y servicio al cliente según el tamaño de la muestra y formato de quejas y sugerencias del proceso
Información Estadística	Información que respalde la población objetivo cantidad de egresos producidos y la muestra, proveniente de datos estadísticos de ESDOMED	Información Actualizada a la fecha que se realizara la encuesta y clasificada según el servicio de procedencia

<b>Subproceso:</b> <i>Retroalimentación de la atención brindada</i>	<b>Responsable:</b> <i>Comité de Gestión por proceso</i>	<b>Versión:</b> 1.0
<b>Procedimiento:</b> <i>Manejo de quejas y sugerencias internas</i>		<b>Página:</b> 3-9
<b>Código:</b> APO-GPH-RAB-01		



**I. OBJETIVO:** Mejorar la atención de Hospitalización brindado por medio de la recepción de quejas y sugerencias del personal Interno que participa en la cadena de valor del servicio.

**II. ALCANCE:** Proceso dirigido a la recepción de quejas y sugerencias del personal Interno de los Servicios de Hospitalización.

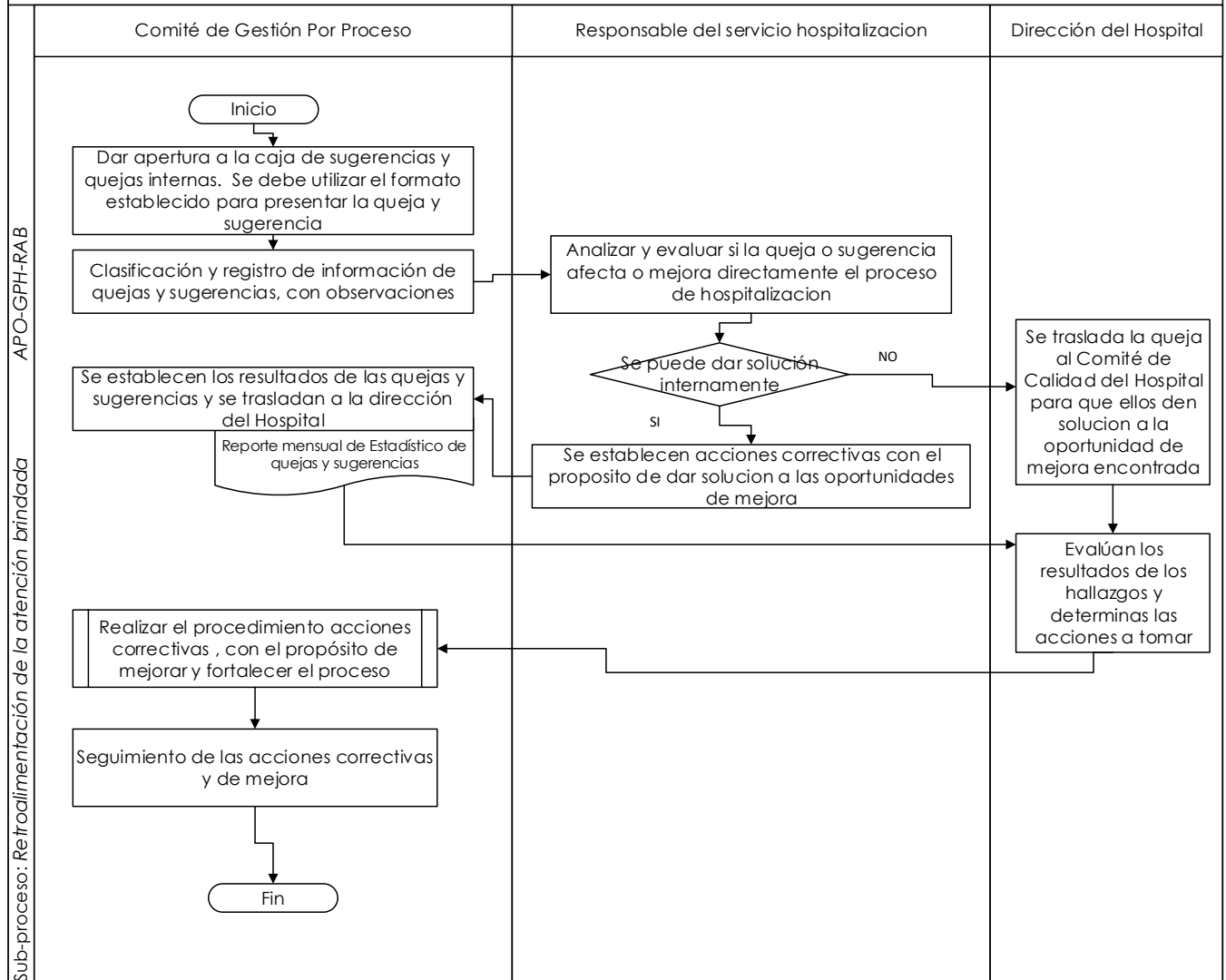
**III. REFERENCIA / NORMATIVA.**

- Lineamientos Técnicos de Mejora Continua de la Calidad en Hospitales de las RISS
- Estrategia para la Mejora Continua de la Calidad en los Servicios Hospitalarios.
- Política Nacional de Salud 2015-2019
- Manual de Procesos en la Atención Hospitalaria
- Manual de organización.

**IV. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO 42.**

<b>N o</b>	<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>	<b>Responsable</b>
1	Abrir la caja de Quejas y Sugerencias.	El equipo gestor y los responsables de los Procesos se reúnen cada mes y dan apertura a la caja y sugerencias y reclamos internas	Personal Responsable de los Procesos, Gestionado por el Comité de Gestión por Procesos.  Dirección del Hospital  Comité de Calidad del Hospital
2	Clasificación y registro de información	El Coordinador de los Servicios de Hospitalización junto con los encargados del comité, abren caja de Sugerencias y junto a formato van clasificando y haciendo observaciones de los reclamos o sugerencias que deben hacerse. El Representante del comité obtiene las estadísticas de los hallazgos encontrados.	
3	Análisis de Sugerencias y Quejas	El jefe de servicio de Hospitalización, evalúa si esa queja o sugerencia afecta en la ejecución del proceso.	
4	Alternativas de Solución	Se le puede dar solución dentro del servicio, se buscan acciones correctivas, si no se traslada la queja a la dirección del Hospital. Si no se puede dar solución al nivel interno, se traslada la queja al comité de Calidad del Hospital.	
5	Hallazgos de evaluación de clientes internos	El Representante de comité convoca a la dirección, para presentar hallazgos. La Dirección junto con el encargado de comité gestor hace sus propuestas sobre las medidas a tomar, y sus responsables.	
6	Realizar acciones en busca de la mejora	Llamar al Procedimiento "Acciones correctivas", si se toma una decisión de mejora del proceso o corrección en base a las quejas presentada.	
7	Seguimiento de la mejora	El comité de Gestión de Procesos realiza el monitoreo que las acciones se estén cumpliendo.	

Procedimiento: *Manejo de quejas y sugerencias internas*  
 Código: APO-GPH-RAB-01



### Indicadores

**Cientes insatisfechos**

$$\left( \frac{\# \text{ Quejas recibidas}}{\text{cantidad de clientes internos o externos}} \right) \times 100\%$$

**Porcentaje de Quejas solventadas**

$$\left( \frac{\# \text{ Hallazgo solucionados}}{\text{Total de hallazgos encontrados}} \right) \times 100\%$$

**Parámetros**

Mayor a 90%: Bueno  
 Mayor a 50% y menor a 90%: Revisar  
 Menor a 50%: Tomar Acciones

### Registros

Registros	Código de Registro	Soporte archivo de	Responsable de custodia
Formulario para la identificación de Quejas Y Sugerencias	FOR-APO-RAB-01-01	Digital y físico	Comité de Gestión por Procesos
Reporte mensual de estadísticas de quejas y sugerencias.	REP-APO-RAB-01-01	Digital y físico	

### Control de Cambios

Edición	Fecha	Motivo de la Modificación

<b>Subproceso:</b> <i>Retroalimentación de la atención brindada</i>	<b>Responsable:</b> <i>Comité de Gestión por proceso</i>	<b>Versión:</b> 1.0
<b>Procedimiento:</b> <i>Manejo de quejas y sugerencias Externas</i>		<b>Página:</b> 5-9
<b>Código:</b> APO-GPH-RAB-02		



I. **OBJETIVO:** Describir los plazos necesarios que faciliten la recepción de Quejas y Reclamos para tener parámetros que permitan identificar las mejoras en los Procesos que garanticen la satisfacción de los pacientes.

II. **ALCANCE:** Comienza con obtención de la Queja o Reclamo escrito y finaliza con la obtención de la solución del problema.

### III. REFERENCIA / NORMATIVA.

- Lineamientos Técnicos de Mejora Continua de la Calidad en Hospitales de las RIISS
- Estrategia para la Mejora Continua de la Calidad en los Servicios Hospitalarios.
- Política Nacional de Salud 2015-2019
- Manual de Procesos en la Atención Hospitalaria
- Manual de organización.

### IV. DEFINICIONES

**Reclamo:** Se define como un no cumplimiento al cliente de una garantía o una situación parte de un proceso o producto.

**Queja:** Se define como aquel servicio que no satisface las expectativas del cliente y este no se siente conforme con el servicio brindado.

### V. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO 43

No	Actividad	Descripción	Responsable
1	Revisa los documentos de quejas y sugerencias	El equipo gestor y los responsables de los Procesos se reúnen cada mes y dan apertura a la caja y sugerencias y reclamos externos	Personal Responsable de los Procesos, Gestionado por el Comité de Gestión por Procesos.  Dirección del Hospital  Comité de Calidad del Hospital
2	Se registra la queja o sugerencia del usuario	El Coordinador de los Servicios de Hospitalización junto con los encargados del comité, abren caja de Sugerencias y junto a formato van clasificando y haciendo observaciones de los reclamos o sugerencias que deben hacerse. El Representante del comité obtiene las estadísticas de los hallazgos encontrados.	
3	Análisis de Sugerencias y Quejas	Personal, evalúa si puede dar solución a la problemática en cuestión, con conformidad del paciente.	
4	Comunicarse con el paciente	Paciente habla con jefe del servicio sobre problemática.	
5	Solución a la problemática	Jefe de departamento da sugerencias de solución a la problemática en conformidad al paciente. Si no se puede dar solución al nivel interno, se traslada la queja al comité de Calidad del Hospital.	
6	Realizar acciones en busca de la mejora	Llamar al Procedimiento "Acciones correctivas", si se toma una decisión de mejora del proceso o corrección en base a las quejas presentada.	

**Indicadores**

**Clientes insatisfechos externos**

$$\left( \frac{\# \text{ Quejas recibidas}}{\text{cantidad de clientes internos o externos}} \right) \times 100\%$$

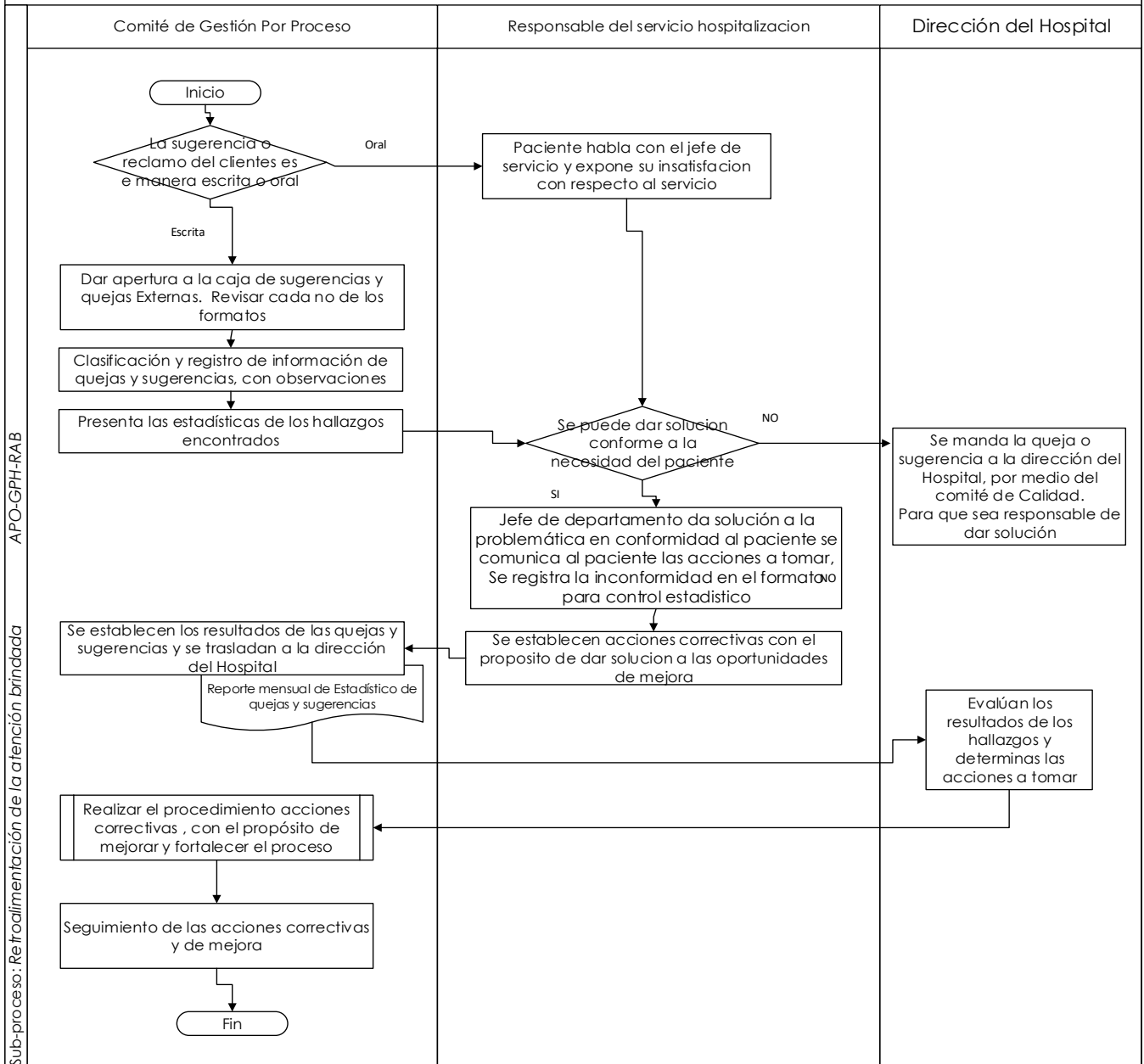
**Porcentaje de Quejas solventadas externas**

$$\left( \frac{\# \text{ Hallazgo solucionados}}{\text{Total de hallazgos encontrados}} \right) \times 100\%$$

**Parámetros**

Mayor a 90%: Bueno  
 Mayor a 50% y menor a 90%: Revisar  
 Menor a 50%: Tomar Acciones

Procedimiento: Manejo de quejas y sugerencias externas  
 Código: APO-GPH-RAB-02



**Registros.**

Nota: Aplicar los mismos formatos utilizados en el procedimiento "APO-GPH-RAB-01"

**Control de Cambios**

Edición	Fecha	Motivo de la Modificación

<b>Subproceso:</b> <i>Retroalimentación de la atención brindada</i>	<b>Responsable:</b> <i>Comité de Gestión por proceso</i>	<b>Versión:</b> 1.0
<b>Procedimiento:</b> <i>Seguimiento y mejora de la satisfacción del cliente</i>		<b>Página:</b> 7-9
<b>Código:</b> APO-GPH-RAB-03		



**I. OBJETIVO:** Recopilar la información y analizar los resultados obtenidos de la ejecución del planeamiento de recolección de información y dar seguimiento a las acciones de mejora llevadas a cabo de los resultados de la satisfacción al cliente para mejorar las expectativas de los pacientes de los Servicios de Hospitalización.

**II. ALCANCE:** Comienza con la ejecución de la encuesta y la redacción del informe de resultados y termina con el seguimiento de los planes de mejora

### III. REFERENCIA / NORMATIVA.

- Lineamientos Técnicos de Mejora Continua de la Calidad en Hospitales de las RIISS
- Estrategia para la Mejora Continua de la Calidad en los Servicios Hospitalarios.
- Política Nacional de Salud 2015-2019
- Manual de Procesos en la Atención Hospitalaria
- Manual de organización.

### IV. DEFINICIONES

Satisfacción de usuarios: Percepción del usuario sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos y expectativas.

### V. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO 44.

1. Verificar la cantidad de pacientes egresados de los Servicios de Hospitalización, Identificar por medio de muestreo los pacientes a encuestar.  
Plan de muestreo: con base a la muestra calculada, distribuir la cantidad de encuestas en varios días en horas diferentes de manera equitativa.
2. Elabora instrumento de recolección de información. Verificar que el cuestionario especificado en su respectivo formato, se adapta a las características del servicio objetivo. En caso de ser necesario se podrán adecuar las preguntas, pero se deberá respetar a proporción de las mismas para las dimensiones de calidad. Para cada pregunta se debe utilizar una escala de Likert de 5 puntos

**Nota:** en caso de modificar el cuestionario base, verificar que el planteamiento de la pregunta sea coherente con las posibles respuestas de la escala de Likert mencionada.

3. Genera el cronograma de ejecución de la encuesta: Identificar el servicio a medir, Se debe hacer un listado de todos los servicios proporcionados en el hospital, que estén incluidos dentro del alcance del sistema de gestión. E identificar el servicio al que se le medirá la satisfacción del cliente
4. Pasa la encuesta de acuerdo a la muestra realizada. Aplicar el cuestionario en las áreas donde se encuentren los pacientes del servicio objetivo, según el plan de muestreo establecido.
5. Elabora informe de resultados de encuesta y lo presenta a la división médica: Una vez aplicados los cuestionarios, organizar los resultados en una hoja de cálculo que permita ver los resultados de una manera clara y entendible para detectar las áreas que se deben mejorar. Y tener claros los siguientes puntos:



- Determinar el promedio, el mínimo y el máximo para cada ítem o pregunta.
  - Determinar el promedio, el mínimo y el máximo para cada dimensión de calidad.
  - Determinar el promedio general de las cinco dimensiones.
  - Interpretar los resultados: Elaborar un gráfico de barras para las cinco dimensiones, fin de determinar en cuál de estas hay un área de oportunidad. Considerar que el método utilizado investiga la calidad del servicio percibido, por lo que el promedio general de las cinco dimensiones representa el nivel de satisfacción del cliente para el servicio seleccionado. Establecer las fortalezas y debilidades.
6. Se presentan los resultados de satisfacción del cliente al personal con la evaluación echas al documento por la División
  7. Personal de Hospitalización, específicamente la persona encargada del proceso recibe el informe y analiza las causas del problema en sus Procesos, "
  8. La persona encargada del proceso determina las acciones a tomar, ya sea preventivas o correctiva. Si las acciones las puede ejecutar el personal que las realice, pero si están fuera de su control que llame al procedimiento acciones correctivas

La persona encargada del proceso define el plan de mejora que identifique: El área de mejora, la acción de mejora, responsable y la fecha de implementación.

**Indicador**

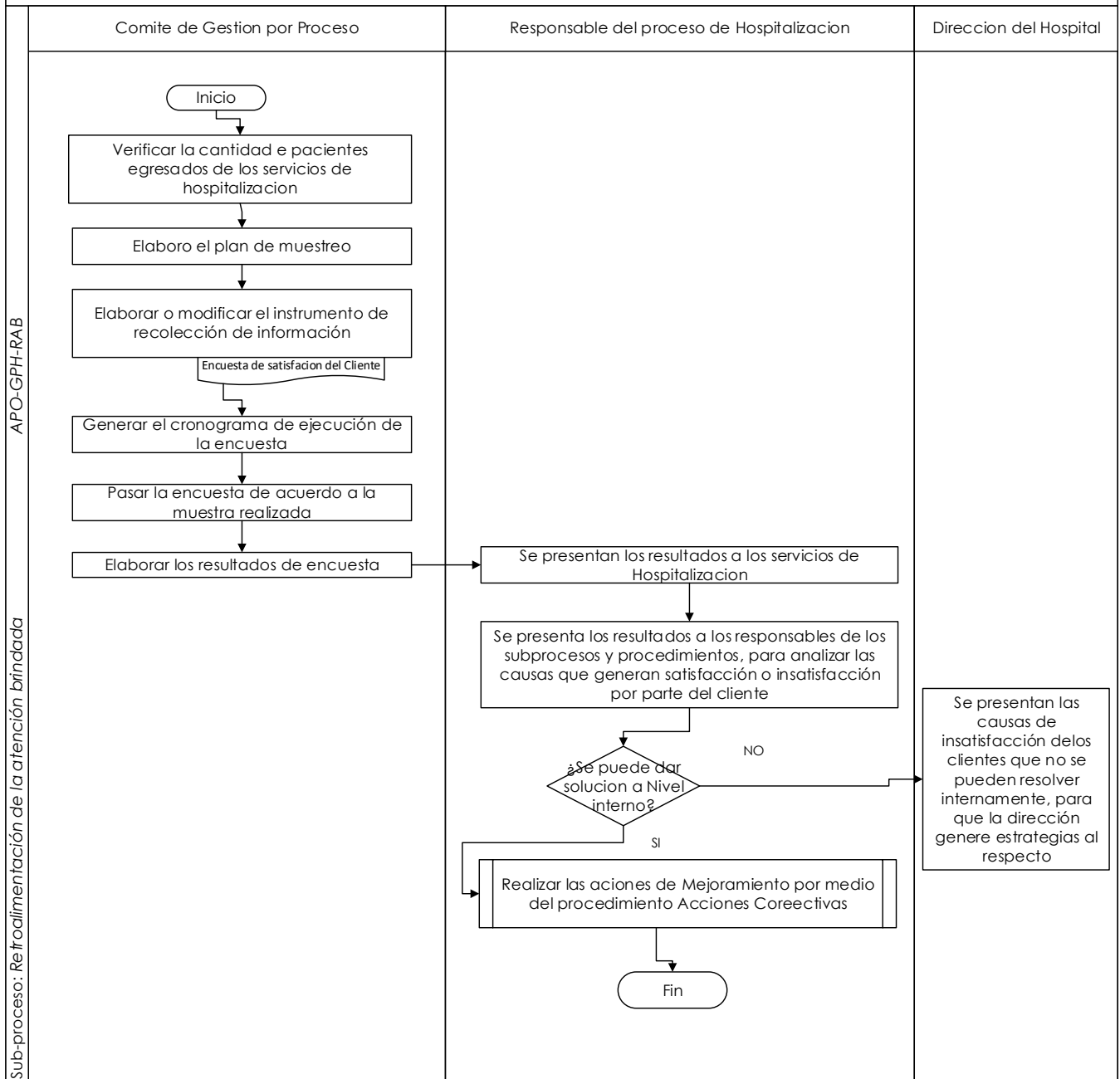
<b>Índice de Satisfacción del cliente</b>	<b>Índice de Satisfacción de servicios prestados</b>	<b>Índice de Satisfacción</b>
$\left( \frac{\# \text{ De usuarios abordados satisfechos}}{\text{Total e pacientes encuestados}} \right) \times 100\%$	$\left( \frac{\# \text{ De servicios Satisfechos prestados}}{\text{Total de servicios prestados}} \right) \times 100\%$	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % Fiabilidad</li> <li>• % Elementos tangibles</li> <li>• % Seguridad</li> <li>• % Capacidad de respuesta</li> <li>• % Empatía</li> </ul>

*Promedio de Satisfacción*

Mayor a 90%: Bueno  
 Mayor a 50% y menor a 90%: Revisar  
 Menor a 50%: Tomar Acciones



Procedimiento: Seguimiento y mejora de la satisfacción del cliente  
 Código: APO-GPH-RAB-03



### Registros

Registros	Código de Registro	Soporte archivo	de	Responsable de custodia
Encuesta para pacientes egresados del Proceso de Hospitalización	ENC-APO-RAB-03-01	Digital y físico		Comité de Gestión por Procesos

### Control de Cambios

Edición	Fecha	Motivo de la Modificación

<b>Proceso:</b> <i>Gestión del proceso de Hospitalización</i>	<b>Código del proceso:</b> <i>APO-GPH.</i>	<b>Clasificación:</b> <i>Apoyo</i>	<b>Responsable:</b> <i>Comité de Gestión</i>	Versión: 1.0
<b>Sub proceso:</b> <i>Control de Documentos</i>			<b>Código del sub proceso:</b> <i>APO-GPH-CDD</i>	Página:1-4



**Objetivo del subproceso:** *Asegurar el adecuado control y disponibilidad de los documentos requeridos por el Sistema de Gestión de Calidad a través de una metodología para la generación, actualización, revisión, aprobación, distribución y control de los documentos, tanto internos y/o externos del proceso de Hospitalización.*

**Alcance del subproceso:** *La documentación del Sistema de Gestión del Proceso incluye Manual de Organización, Manual de Procesos y procedimientos, Objetivos, Procedimientos Estratégicos, operativos y de apoyo.*

Proveedor	Entrada	Procedimiento	P	H	V	A	Salida	Usuario	Registro
Procesos Hospitalización	Necesidad de mantener un registro control documental	Elaboración y control de documentos	X	X	X	X	Documentos actualizados	Responsable del proceso Personal que interviene en el proceso	Aprobación de modificación de documentos

#### DEFINICIONES:

- **Código:** es un conjunto de elementos que se combinan siguiendo ciertas reglas y que son semánticamente interpretables, lo cual permite intercambiar información.
- **Copia Controlada:** Es la reproducción autorizada de un documento, por parte del director del Hospital; cuya circulación es verificada por medio de registros para de este modo recogerla, corregirla y actualizarla cuando haya lugar a cambios o modificaciones. Cabe aclarar que no puede reproducirse parcial ni totalmente sin autorización del director.
- **Copia No Controlada:** Corresponde a copias de documentos no reconocidas o registradas, se consideran no oficiales, no requieren de firmas, y su contenido es meramente informativo.
- **Documento:** Registro de información producida o recibida por una entidad pública o privada en razón de sus funciones.
- **Formato:** Documento empleado para registrar la información necesaria para la realización de un proceso o actividad.

**Elaborado por:**  
GRUPO DE TRABAJO DE GRADO

**Revisado por:**  
INGA. SONIA GARCÍA

**Aprobado por:**  
COORDINACIÓN DE HOSPITALES DE TERCER NIVEL

**Fecha de Aprobación**  
NOVIEMBRE 2018

## 1. Control de registro

Nombre	Descripción
Sugerencia de modificación de documentos FOR-APO-CDD-01-01	Esta solicitud permite la modificación, eliminación de los documentos y registros del proceso. Para proceder a ser efectiva debe estar validado por la dirección de Hospital, el Comité de Gestión y la persona responsable del proceso al que se vincula el registro

## 2. Documentos externos:

Nombre	Descripción
Norma Técnica de Estadísticas y Documentos Médicos de Establecimientos hospitalarios	Esta Norma establece el periodo de resguardo de documentos relacionados con el paciente y los documentos y formatos principales en el proceso de Hospitalización y que incluye la gestión del expediente médico.

## 3. Recursos

Tipo	Descripción	Características generales – Requisitos
Personal	Representante del comité de Gestor del proceso y personal responsable de los Procesos. Doctores, Enfermeras y personal administrativo	Deben conocer los Procesos, y servicios que se incluyen en el alcance del Sistema de Gestión de Procesos
Computadora	Computadora con programas de procesamiento de texto, en el cual se tenga el soporte digital de los registros.	
Papelería y suministros de oficina	Se establece y se guarda el número de copias necesarias 1. Para la dirección, 2. Para el comité. 3. Para los Servicios de Hospitalización	

### Indicador:

#### Índice de Eliminación de Documentos

$$\left(\frac{\# \text{ Documentos Eliminados}}{\text{Total de documentos}}\right) \times 100\%$$

#### Índice de modificaciones

$$\left(\frac{\# \text{ Documentos con Modificaciones}}{\text{Total de documentos}}\right) \times 100\%$$

#### Parámetros

Mayor a 90%: Bueno  
 Mayor a 50% y menor a 90%: Revisar  
 Menor a 50%: Tomar Acciones

### Registros

Registros	Código de Registro	Soporte de archivo	Responsable de custodia
Sugerencia de modificación de documentos	FOR-APO-CDD-01-01	Digital y físico	Comité de Gestión por Procesos

### Control de Cambios

Edición	Fecha	Motivo de la Modificación

<b>Subproceso:</b> <i>Control de Documentos</i>	<b>Responsable:</b> <i>Comité de Gestión por proceso</i>	<b>Versión:</b> 1.0
<b>Procedimiento:</b> <i>Elaboración y control de documentos</i> <b>Código:</b> <i>APO-GPH -CDD-01</i>		<b>Página:</b> 3-4



I. **OBJETIVO.** Establecer los parámetros generales para la elaboración y el control de los documentos del proceso de Hospitalización con el fin de facilitar su elaboración y utilización.

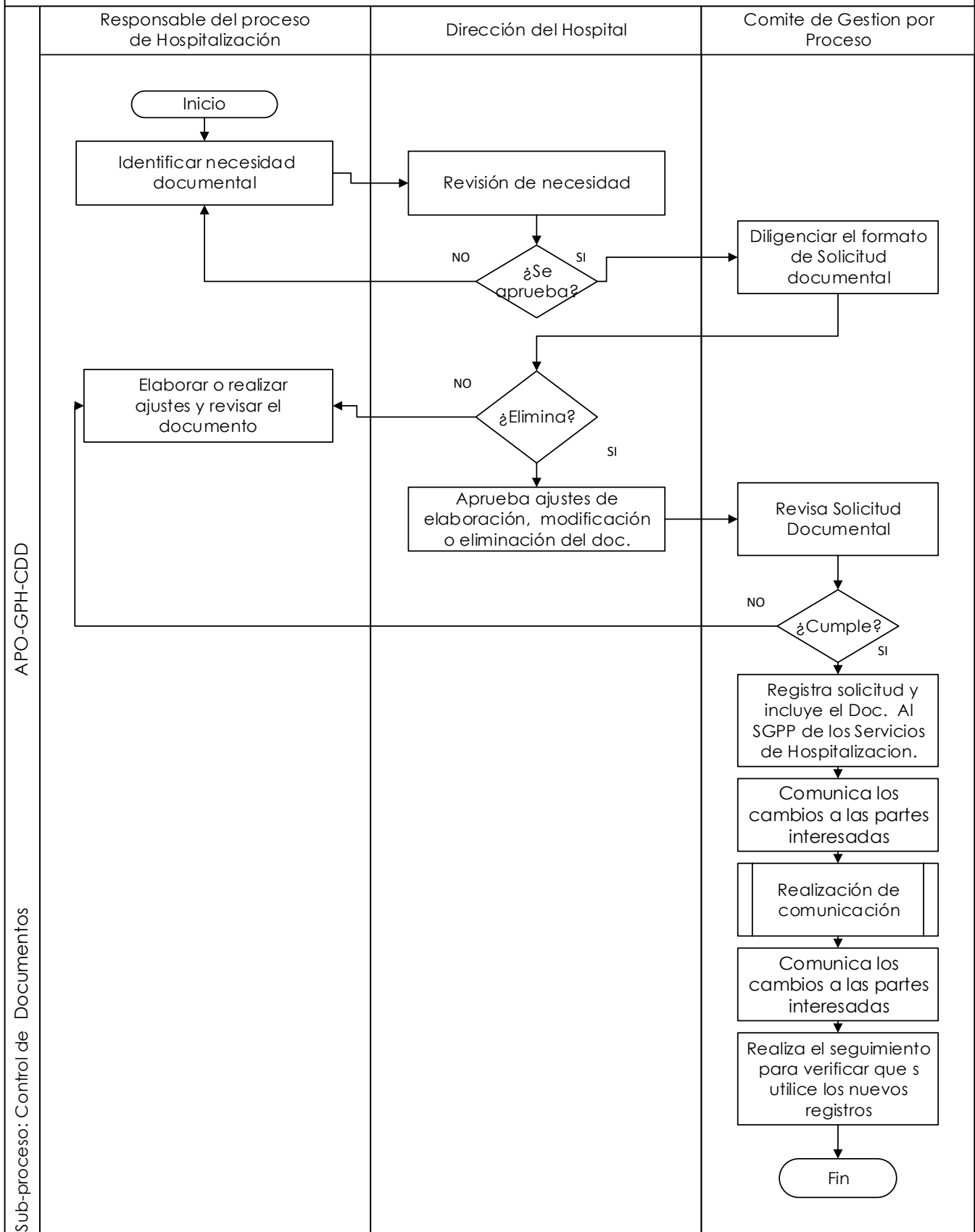
II. **ALCANCE.** Aplica para la elaboración, modificación, eliminación y distribución de los documentos concernientes al Proceso de Hospitalización

**III. REFERENCIA/NORMATIVA.**

- Norma Técnica de Estadísticas y Documentos Médicos de Establecimientos hospitalarios

**IV. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO 48**

<b>N o</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>RESPONSABLES</b>
1.	Se Identifica la necesidad de elaborar, modificar o eliminar los documentos	Se Identifica la necesidad de elaborar, modificar o eliminar los documentos del Sistema de Gestión por Procesos, esta necesidad puede ser identificada por los responsables de los Procesos, o el talento humano que ejecuta los Procesos o el comité de Gestión	Comité de Gestión Responsables de los Procesos Dirección del Hospital
2.	Revisión de la necesidad Este se presenta a la dirección del Hospital y este decide si se aprueba o no	Se presenta la solicitud de modificación o eliminación a la dirección exponiendo las causas del porque dicho cambio, este verifica y analiza la solicitud y aprueba o desaprueba, analizar el cambio del documento con los responsables	
3.	Si se aprueba se debe diligenciar el formato de solicitud documental con el responsable del proceso	Se busca el registro y soporte del documento con el responsable del proceso. Para analizar los posibles cambios y modificaciones con respecto a la descripción o el formato actual	
4.	Elaborar o realizar ajustes y revisar el documento	El personal responsable del proceso relacionado con el registro, formato o documento a modificar realiza los ajustes y revisa el documento	
5.	Aprueba ajustes de Elaboración, modificación o eliminación del doc.	La dirección aprueba los ajustes, la eliminación o la modificación realizada al registro	
5.	Se manda la solicitud al comité de Gestión con el registro que se modificara	El Documento se manda al comité gestor para que este lo agregue o elimine del registró físico y digital de los formatos, El comité la Revisa Solicitud.	
6.	Este verifica si cumple con los requisitos de documentación	El comité verifica si se cumplen los requisitos de documentación. Si cumple modifica, elimina o agrega otros documentos a los registros del sistema de Gestión por Procesos	
7.	Comunica los cambios a las partes interesadas "llamar al procedimiento comunicar"	Se comunica a las partes interesadas el cambio el documento, modificación o eliminación. Se da seguimiento para que se utilice el registro actualizado	



<b>Proceso:</b> <i>Gestión del proceso de Hospitalización</i>	<b>Código del proceso:</b> <i>APO-GPH.</i>	<b>Clasificación:</b> <i>Apoyo</i>	<b>Responsable:</b> <i>Comité de Gestión Dirección del Hospital</i>	Versión: 1.0
<b>Sub proceso:</b> Comunicación			<b>Código del sub proceso:</b> <i>APO-GPH-COM</i>	Página:1-4



**Objetivo del subproceso:** Gestionar y coordinar los distintos Procesos de comunicación generados desde los Servicios de Hospitalización, hacia las partes interesadas, con el ánimo de provocar un cambio de actitud y generar, como consecuencia generar líneas de comunicación.

**Alcance del subproceso:** La comunicación es una dimensión transversal en las instituciones hospitalarias, pues es un factor constituyente, regulador y articulador de los Procesos de Hospitalización de su identidad y de sus intercambios con el dintorno, contorno y entorno.

Proveedor	Entrada	Procedimiento	P	H	V	A	Salida	Usuario	Registro
Dirección del Hospital	Forma de comunicación actual	Establecimiento de estrategias y medios de comunicación	X	X			<b>Elementos de comunicación</b>	Pacientes Responsable del proceso	Estándares de medios de comunicación
Comité de Gestión por Procesos	Propuestas de formatos y maneras de mantener una comunicación fluida en el proceso	Realización del comunicado			X	X	Documentos actualizados	Personal que interviene en el proceso	Formulario de comunicado

**Elaborado por:**  
GRUPO DE TRABAJO DE GRADO

**Revisado por:**  
INGA. SONIA GARCÍA

**Aprobado por:**  
COORDINACIÓN DE HOSPITALES DE TERCER NIVEL

**Fecha de Aprobación**  
NOVIEMBRE 2018

### 1. Control de registro

Nombre	Descripción
Plantilla de comunicado FPT-APO-COM-01-01	Este documento se utiliza para establecer comunicados entre el comité de Gestión por Procesos y los responsables de los Procesos, para la comunicación con el entorno se utilizará las formas de comunicación actuales-

### 2. Documentos externos:

Tipo	Descripción
REGLAMENTO GENERAL DE HOSPITALES DEL MINISTERIO DE SALUD 2017	Objeto regular las atribuciones y funciones de los Hospitales Públicos del Ministerio de Salud, en adelante MINSAL; así como su organización y funcionamiento en el Sistema Integrado de Salud, en adelante SIS, en atención a las necesidades de salud de la población.

### 3. Recursos

Tipo	Descripción	Características generales – Requisitos
Personal	Representante del comité de Gestor del proceso y personal responsable de los Procesos. Doctores, Enfermeras y personal administrativo	Deben conocer los Procesos, y servicios que se incluyen en el alcance del Sistema de Gestión de Procesos
Administrativos	Personal administrativo, que elabore los memorandos y facilite la información entre los Procesos que se realizan en el Hospital y el proceso de	
Computadoras	Computadora con programas de procesamiento de texto, en el cual se tenga acceso a intranet, para mandar comunicados urgentes por medio de correo electrónicos.	
Papelería y suministros de oficina	Para realizar la comunicación y manera escrita y de manera informativa en los tabloneros y pizarras que se tienen en los Servicios de Hospitalización	

#### Indicador:

#### Alcance de la comunicación

$$\left(\frac{\# \text{ Comunicados realizados}}{\text{Comunicados recibidos}}\right) \times 100\%$$

#### Parámetros

Mayor a 90%: Bueno

Mayor a 50% y menor a 90%: Revisar



Menor a 50%: Tomar Acciones

#### Registros

Registros	Código de Registro	Soporte de archivo	Responsable de custodia
Plantilla de comunicado	FPT-APO-COM-01-01	Digital y físico	Comité de Gestión por Procesos

#### Control de Cambios

Edición	Fecha	Motivo de la Modificación
---------	-------	---------------------------

<b>Subproceso:</b> <i>Comunicación</i>	<b>Responsable:</b> <i>Comité de Gestión por proceso</i>	Versión: 1.0	
<b>Procedimiento:</b> <i>Establecimiento de los medios de comunicación y realización de la comunicación</i>		Página: 3-4	
<b>Código:</b> <i>APO-GPH-COM-01</i>			

**I.OBJETIVO.** Delimitar los medios de comunicación en cuanto a qué medios se determinan Formales e Informales según sea su receptor como su información; y así asegurar que la información que se tenga la necesidad de ser comunicada sea recibida en el momento y por el medio adecuado.

**II. ALCANCE.** Medios de comunicación utilizados dentro de la institución Hospitalaria, se dirigen hacia sus grupos de interés. Una vez que se ha realizado la selección del medio adecuado para el Comunicado se redacta y se envía el comunicado

### III.REFERENCIA/NORMATIVA.

- Reglamento general de hospitales del Ministerio De Salud 2017

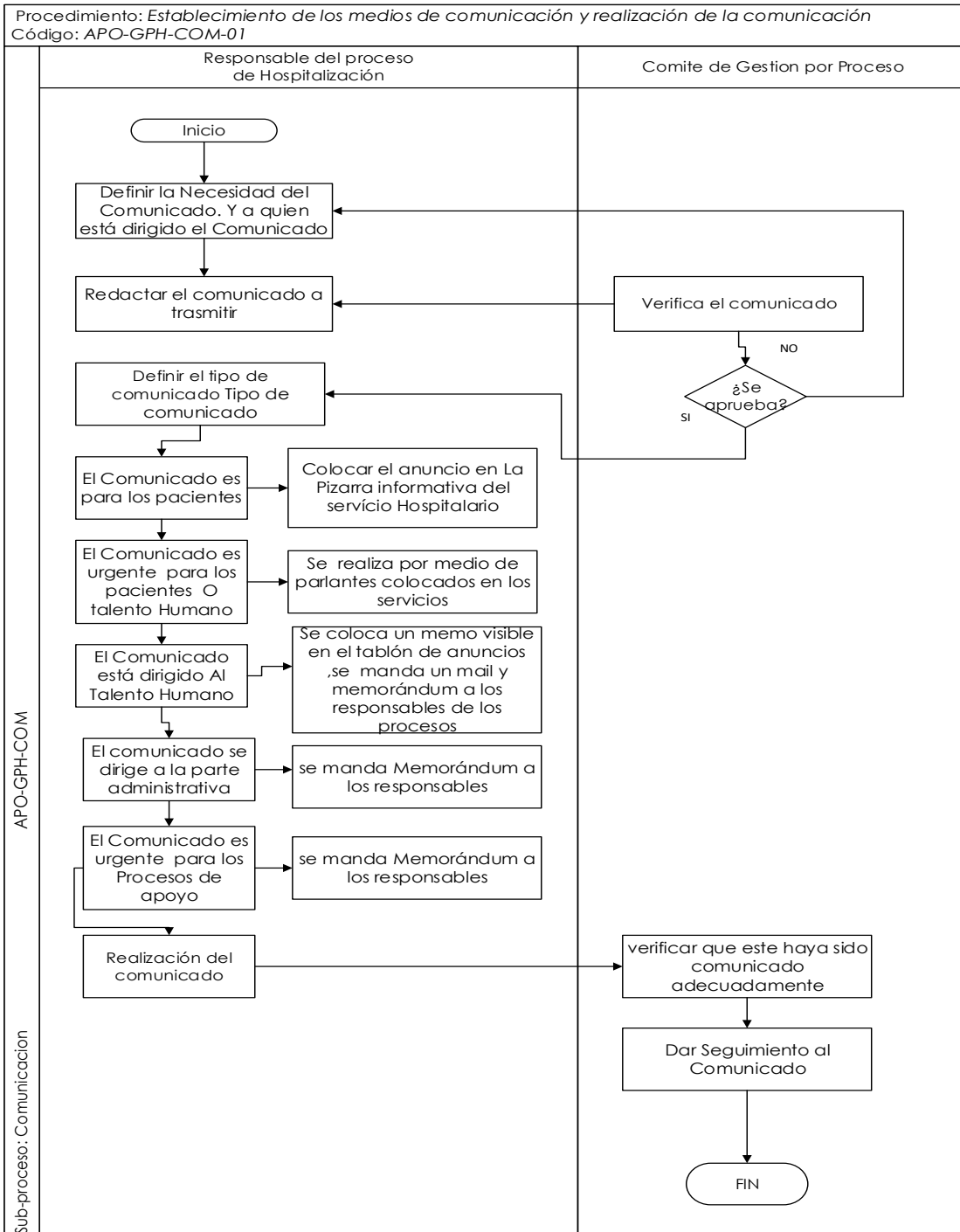
### II. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO 49

Este procedimiento se debe llevar a cabo siempre que se quiera dar un comunicado a alguno de los integrantes de los grupos de Interés del proceso de Hospitalización

<b>N o</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>DESCRIPCION</b>	<b>RESPONSABLES</b>
1.	Definir la Necesidad del Comunicado. Y a quien está dirigido el Comunicado	Definir cuál es la información que se quiere dar a conocer, y la manera de comunicarla según el grupo de interés a quien se dirige	Comité de Gestión  Responsables de los Procesos
2.	Redactar el comunicado a transmitir	Los responsables del proceso, en colaboración con el comité gestor redactan el comunicado o el personal interesado.	
3.	Tipo de comunicado GRUPOS DE INTERES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El Comunicado es para los pacientes, Colocar el anuncio en los tableros del servicio</li> <li>• El Comunicado está dirigido a los pacientes en temas de Emergencia, se realiza por medio de parlantes colocados en los servicios</li> <li>• El Comunicado está dirigido Al Talento Humano, Se coloca un memo visible en el tablón de anuncios, se manda un mail y memorándum a los responsables de los Procesos</li> <li>• El comunicado se dirige a la parte administrativa y a los Procesos de apoyo, se manda Memorándum a los responsables</li> </ul>	
4.	Se define el medio y a las personas que se les mandara el comunicado	Según el Grupo de interés se define el Medio y la forma de comunicar la información. Una vez Seleccionado el medio de comunicación se debe entender y coordinar de ser necesario el Comunicado.	



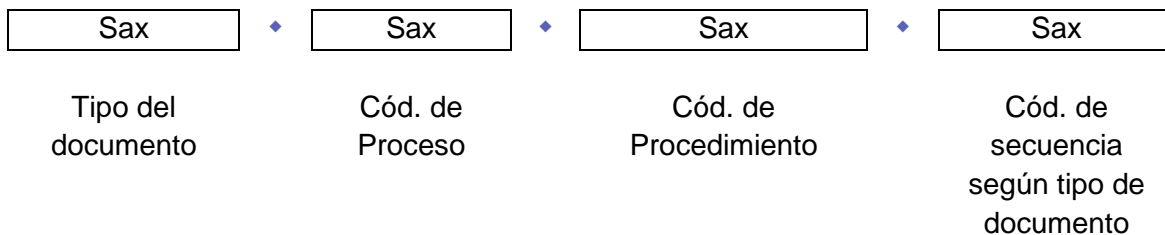
5.	Realizar el comunicado y verificar que este se haya sido comunicado adecuadamente	El comité gestor se encargado de realizar el comunicado se asegura y realiza la prueba que el comunicado ha sido efectuado correctamente.	
6.	Dar Seguimiento al Comunicado	Pedir Confirmación que el comunicado fue recibido y entendido por las partes interesadas	



## Formularios utilizados en los procedimientos de los procesos de hospitalización

Para homologar la gestión del proceso de Hospitalización se implementará la utilización de formularios que servirán para medir y controlar el desarrollo y eficiencia de actividades y recursos; estos se deben identificar y llenar de forma práctica por el personal de los Servicios de Hospitalización.

*Ilustración 76 Significado de los elementos de Codificación de los Formularios a utilizar*




La unidad debe mantener los registros organizados periódicamente por los responsables de los procedimientos, en folders identificando las fechas del periodo en que se realizaron y serán entregados al comité cuando corresponda, para la evaluación de los resultados arrojados por cada Servicio de Hospitalización; los registros deben conservarse en lugares secos y limpios, resguardándolos de la humedad y el polvo.

	Procesos	Subprocesos	Procedimientos	Nombre de los formularios	CÓDIGO
PLANEACIÓN	PLANIFICACIÓN DEL HOSPITALIZACIÓN Planificación y control (PYC-01-01)	Planeación Estratégica	Plan estratégico	---No aplica---	-
			Auditoria de la planeación/control de la planeación Estratégica	<b>Lista de verificación para la evaluación del plan estratégico</b>	LVR-EST-PLE-01-01
				<b>Informe de Resultados de Auditoría</b>	INF-EST-PLE-01-01
		Planeación Operativa	Plan Operativo	---No aplica---	
	Planificación de Recursos utilizados en el servicio		<b>Informe de requisición de recursos e insumos para Servicio de Hospitalización</b>	INF-EST-PLO-02-01	
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO Gestión de Recursos Humanos (GRH-01-03)	Planeación del Talento Humano	Planificación de Enfermeras	---No aplica---	-
			Planificación de Médicos	---No aplica---	-
		Gestión de Personal	Evaluación del desempeño del personal	<b>Lista de Verificación: Desempeño del Personal en los Servicios de Hospitalización.</b>	LVR-EST-GP-02-01
			Control de permisos, inasistencias, horas	<b>Control de permisos, inasistencias y horas trabajadas del personal de los Servicios de Hospitalización</b>	CTL-EST-GP-01-01
		Gestión del Conocimiento	Enseñanza y aprendizaje (Internos-residentes-servicio Social)	<b>Control de Entrenamiento/ INDUCCIÓN/ Capacitaciones</b>	CTL-EST-GDC-01-01
			Capacitación personal de	<b>Listado de Asistencia a Capacitar por Módulo/Tema</b>	LST-EST-GDC-01-01
			Capacitación de pacientes-visita	---No aplica---	-
		GESTIÓN DE RECURSO. Gestión de abastecimiento (GDA-01-02)	Gestión de Insumos médicos	requisición y recepción de insumos	<b>Formulario para requisición de recursos e insumos para Servicio de Hospitalización</b>
	Control del uso de Insumos			<b>Control de Inventario del Servicio de Hospitalización</b>	CTL-EST-GIM-01-01
	Gestión de Equipo medico		Esterilización de arsenal medico	--- No aplica---	-
			Control de equipo médico y mantenimiento	<b>Control y Evaluación de Equipos de los Servicios de Hospitalización</b>	CTL-EST-GEM-01-01

				<b>Informe de Evaluación de Equipos médicos de los Servicios de Hospitalización</b>	INF-EST-GEM-01-01
		Gestión de productos intrahospitalarios	Establecimiento de requisitos de productos no conforme	<b>Formulario para producto recibido no conforme.</b>	FOR-EST-GPI-01-01
			control de Productos no conforme	<b>Control de correcciones del producto recibido no conforme</b>	CTL-EST-GPI-02-01
<b>Operativos</b>	<b>Hospitalización (HOS-02-01)</b>	<b>Gestión de ingreso OPT-HOS-GDI</b>		<b>Hoja de Ingreso Hospitalario</b>	CTL -OPT-GDI-01-01-
		<b>Gestión de cama OPT-HOS-GDC</b>		<b>Movimiento diario de Pacientes</b>	CTL- OPT-GDC-02-01
		<b>Evaluación medica OPT-HOS-EM</b>		<b>Hoja de Indicaciones Médicas</b>	CTL -OPT-EME-03-01
		<b>Gestión de indicaciones OPT-HOS-GDI</b>		<b>Hoja de Recetas de Farmacia</b>	FOR -OPT-GIN-04-01
				<b>Orden de Medico y cumplimiento de medicamentos</b>	FOR -OPT-GIN-04-02
				<b>Hoja de laboratorio Clínico</b>	FOR -OPT-GIN-04-03
				<b>Hoja de requisición de dietas</b>	FOR -OPT-GIN-04-04
				<b>Solicitud de Trabajo de Mantenimiento</b>	FOR -OPT-GIN-04-05
		<b>Atención de enfermería OPT-HOS-ADE</b>		<b>Hoja de Anotaciones de Enfermería</b>	CTL -OPT-ADE-05-01
		<b>Gestión del alta medica OPT-HOS-GAM</b>		<b>Hoja de Resumen de Alta de Pacientes</b>	CTL -OPT-GDA-06-01
				<b>Hoja de Egreso Hospitalario</b>	CTL -OPT-GDIA-06-01

Apoyo	<b>Apoyo a diagnóstico AAD-03-01</b>		Apoyar al diagnóstico clínico y tratamiento AAD-03-01-00-01		-
	<b>Servicios generales SGE03-02</b>		Servicio de alimentación y dietas SGE-03-02-00-01		-
			Servicios de mantenimiento y limpieza SGE-03-02-00-02		-
	<b>Gestión de estadística GDE-03-03</b>		Estadísticas y documentos médicos AAD-03-03-00-01		-
PROCESO DE CONTROL	auditoria interna del proceso		Planificación y programación de auditorías al proceso	---No aplica---	-
		Ejecución de la auditoria		<b>Lista de Verificación para Auditoria del Proceso de Hospitalización</b>	LVR-APO-AIP-02-01
				<b>Informe de Resultados de Auditoría (es el mismo que está en revisión del plan estratégico)</b>	Ver informe de procedimiento de Auditoria de Planeación (Proceso Estratégico) INF-EST-PLE-01-01
	Evaluación y Mejora de Procesos		Forma de abordar problemas en Procesos misionales	<b>Informe de problemas detectados y alternativas de solución a implementar</b>	INF-APO-EMP-01-01
			Seguimiento de indicadores	<b>Informe de estadística y evaluación mensual de indicadores de los Servicios de Hospitalización</b>	INF-APO-EMP-02-01
			Acciones correctivas preventivas y de mejora	<b>Formulario para la identificación de problemas y acciones preventivas</b>	FOR-APO-EMP-03-01

<b>Proceso:</b> Planeación del Proceso de Hospitalización	<b>Procedimiento:</b> Revisión del Plan Estratégico	<b>Código del Formulario:</b> LVR-EST-PLE-01-01	
<b>Nombre:</b> Lista de verificación para la evaluación del plan estratégico		<b>Versión:</b> 1.00	

MINSAL  
NOMBRE DEL HOSPITAL  
COMITÉ DE GESTIÓN POR PROCESOS  
**LISTA DE VERIFICACION PARA LA EVALUACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO**

Fecha: ____/____/____	Responsable de la Dirección de los Servicios de Hospitalización: _____ :: _____
Nombre del Auditor: _____ _____	Periodo a ser auditado: Del ____/____/____ al ____/____/____.

<b>Establecimiento de actividades estratégicas:</b>		
• Se realizó la programación de la Planificación Estratégica para el periodo analizado.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
• Se contó con los recursos gestionados para la programación de la planificación estratégica	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
• Se realizó el análisis FODA en el periodo analizado.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
• Se realizó el análisis de Misión y Visión del Servicio de Hospitalización en el periodo analizado	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
• Se realizó el análisis estratégico y el FODA junto a los jefes de servicio de Hospitalización (médico y de enfermería).	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
• Se definieron líneas estratégicas a partir del FODA identificado	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
• Las líneas estratégicas están guiadas bajo el Plan Estratégico general del Hospital.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
• Se realizó un plan de implementación y cumplimiento de las líneas estratégicas y objetivos establecidos.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
• Se documentaron las líneas estratégicas y sus objetivos a cumplir para el siguiente periodo a ejecutarse.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
• Se estableció una agenda para el control del cumplimiento de las líneas estratégicas y de las metas establecidas.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**Cumplimiento de actividades estratégicas:**

- Se lograron las metas establecidas de los objetivos anuales del último periodo.  Sí  No
- Se contó con los recursos necesarios para perseguir el cumplimiento de las líneas estratégicas y objetivos planteados.  Sí  No
- \*Se llevaron a cabo los controles en la ejecución de las líneas estratégicas planteadas en el periodo anterior.  Sí  No
- Se ejecutó a cabalidad la agenda establecida para el cumplimiento.  Sí  No
- Se obtuvo respuesta oportuna de los responsables de las actividades a ejecutarse según lo planteado en las líneas estratégicas.  Sí  No
- Se ejecutaron las directrices para realizar acciones de mejora para lograr el cumplimiento del Plan estratégico


**RESULTADO DE LA EVALUACIÓN**


	Total		Total
<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No	
$Desempeño = \frac{Total\ Si - Total\ No}{Total\ de\ Ítems} = \%$			
Significador de Nota	Aprobado	Aceptable, pero debe mejorar	Acciones correctivas inmediatas
Rango:	85.00 – 100 %	70.00 – 84.99 %	0.00 – 69.99%
Nota de la evaluación:			

Firmo de enterado que se realizó la evaluación en el lugar de trabajo y en la fecha establecida:

\_\_\_\_\_  
Firma del responsable de la Planificación Estratégica

\_\_\_\_\_  
Firma del evaluador

<b>Proceso:</b> Planeación del Proceso de Hospitalización	<b>Procedimiento:</b> Revisión del Plan Estratégico	<b>Código del Formulario:</b> INF-EST-PLE-01-01	
<b>Nombre:</b> Informe de Resultados de Auditoría		<b>Versión:</b> 1.00	



**REALIZADO POR EL COMITÉ EVALUADOR**  
Informe realizado por el Comité de Gestión por Procesos, para la documentación de los resultados de la evaluación aplicada a (inserte el sujeto evaluado).

**Proceso de Hospitalización**  
Nombre del Hospital


**INFORME DE RESULTADOS DE AUDITORÍA**

Análisis del Periodo: día /mes/año al día/ mes/año

**CONTENIDO**

OBJETIVOS DE LA AUDITORIA	.....	1
DESCRIPCIÓN BREVE DEL OBJETO A AUDITAR	.....	2
INFORMACIÓN RECOLECTADA EN LISTA DE VERIFICACIÓN DE AUDITORIA	.....	3
RESULTADOS DE LA AUDITORIA	.....	4
Recursos utilizados por el objeto para alcanzar las metas trazadas.	.....	5
Cumplimiento de metas establecidas.	.....	6
Documentos originados.	.....	7
ANÁLISIS DEL RENDIMIENTO	.....	8
MEDIDAS A IMPLEMENTAR	.....	9
Plan de acción a ejecutar	.....	10
Cronograma de Plan de acción	.....	11
Medidas a utilizar para la posterior evaluación	.....	12
CONCLUSIONES	.....	13
HOJA DE FIRMAS DE PERSONAL DEL COMITÉ DE GESTIÓN POR PROCESOS	.....	14



<b>Proceso:</b> Planeación del Proceso de Hospitalización	<b>Procedimiento:</b> Revisión del Plan Estratégico	<b>Código del Formulario:</b> INF-EST-PLO-02-01	
<b>Nombre:</b> Informe de requisición de recursos e insumos para Servicio de Hospitalización		<b>Versión:</b> 1.00	



**INFORME DE REQUISICIÓN DE RECURSOS E INSUMOS PARA SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN**


Informe de los insumos y recursos a requerir anualmente en los Servicios de Hospitalización

REALIZADO POR EL COMITÉ DE GPP  
Informe creado por el Comité de Gestión por Procesos, para la documentación de los recursos solicitados para la ejecución óptima del Proceso de Hospitalización, y el cronograma de recepción de los recursos durante el año del periodo presentado

Proceso de Hospitalización  
Nombre del Hospital

**Contenido**

INTRODUCCIÓN	1
METODOLOGÍA PARA LA REQUISICIÓN DE INSUMOS Y RECURSOS DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN	2
Consumo de los últimos dos periodos	3
Demanda atendida en los últimos años	4
Informe epidemiológico de los últimos dos años	5
RESUMEN DE PERIODOS POR CADA SERVICIO	6
Demanda atendida en los últimos años por servicio	7
Resumen de reportes de requisición de insumos y recursos extra por cada servicio	8
Demanda programada a atender en el periodo presente en cada servicio	9
Estimación de recursos a utilizar en el periodo por cada servicio.	10
PROGRAMACIÓN DE RECURSOS	11
Desarrollo de Programación de recursos para cada Servicio	12
Desarrollo del Programación de recursos para el Proceso de Hospitalización	13
Presupuesto para ejecución de la Programación de recursos para el Proceso de Hospitalización	14
Cronograma de la Programación	15
CONCLUSIONES	16
ANEXOS	17

<b>Proceso:</b> Gestión del Talento Humano	<b>Procedimiento:</b> Evaluación del Desempeño del Personal	<b>Código del Formulario:</b> LVR-EST-GP-02-01	
<b>Nombre:</b> Lista de Verificación: Desempeño del Personal en los Servicios de Hospitalización.		<b>Versión:</b> 1.00	

MINSAL  
NOMBRE DEL HOSPITAL  
COMITÉ DE GESTIÓN POR PROCESOS  
**LISTA DE VERIFICACION DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN**

Fecha: _____ / _____ / _____	Servicio _____ de Hospitalización: _____
Nombre del evaluado: _____	Cargo o puesto desempeñado: _____

**FUNCIONES OPERATIVAS (para todo el personal)**

- Realiza sus funciones en el momento oportuno.  Sí  No  A veces
- Tiene seguridad en cómo realizar las actividades.  Sí  No  A veces
- Retrasa el cumplimiento de la secuencia de actividades.  Sí  No  A veces
- Sigue el orden de las actividades como lo establece el manual o lineamientos.  Sí  No  A veces
- Mantiene limpio el área de trabajo  Sí  No  A veces
- Utiliza de manera óptima y correcta los equipos e insumos.  Sí  No  A veces
- Realiza alguna actividad ineficiente  Sí  No  A veces

**Para puestos de jefatura**

- Realiza la planificación en el momento oportuno  Sí  No  A veces
- Se dirige a sus subordinados con respeto  Sí  No  A veces
- Atiende las sugerencias e inquietudes hechas por los subordinados  Sí  No  A veces
- Atiende las sugerencias e inquietudes hechas por los pacientes o las visitas.  Sí  No  A veces
- Gestiona la solución a situaciones o problemas de sus subordinados de manera imparcial y oportuna  Sí  No  A veces
- Gestiona resolver problemas con las áreas competentes  Sí  No  A veces

**CONDUCTA OBSERVADA**

**Con el Personal:**

- Trata cordialmente al personal del Servicio de Hospitalización.  Sí  No  A veces


• Expresa sus ideas de manera respetuosa y clara.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> A veces
• Realiza las actividades con una actitud positiva.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> A veces
• Orienta de manera clara y respetuosa a los internos o estudiantes de enfermería.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> A veces
<b>Hacia los pacientes:</b>			
• Hace contacto visual cuando se dirige al paciente	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> A veces
• Expresa claramente las indicaciones a realizarse, a cada paciente o familiar presente.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> A veces
• Se dirige con respeto y amabilidad a la visita de los pacientes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> A veces
• Responde con amabilidad hacia las inquietudes expresadas por los pacientes o visitantes.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> A veces
• Cuando no conoce la respuesta a las inquietudes que le cuestionan, orienta a quien se le debe preguntar.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> A veces

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN					
	Total		Total		Total
<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> A veces	

Medición del Desempeño			
$Desempeño = \frac{Total\ Si - (Total\ No + Total\ A\ veces)}{Total\ de\ Ítems}$			
$Desempeño = \frac{xx - (xx + xx)}{xx} = Resultado\ \%$			
Nota:	Aprobado	Aceptable, pero debe mejorar	Acciones correctivas inmediatas
Rango:	85.00 – 100 %	70.00 – 84.99 %	0.00 – 69.99%
Nota del Evaluado:			

Firmo de enterado que se realizó la evaluación en el lugar de trabajo y en la fecha establecida:

<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Firma del evaluado</p>	<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Firma del evaluador</p>
---	--


<b>Proceso:</b> Gestión del Talento Humano	<b>Procedimiento:</b> Control de Permisos, inasistencias y horas trabajadas	<b>Código del Formulario:</b> CTL-EST-GP-01-01	
<b>Nombre:</b> Control de permisos, inasistencias y horas trabajadas del personal de los Servicios de Hospitalización		<b>Versión:</b> 1.00	

MINSAL  
NOMBRE DEL HOSPITAL  
COMITÉ DE GESTIÓN POR PROCESOS  
**CONTROL DE PERMISOS, INASISTENCIAS Y HORAS TRABAJADAS DEL PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN**


Fecha del <u>sí</u> al <u>sí</u> del mes _____ 20 <u>xx</u>	Servicio de Hospitalización: _____
Nombre del encargado: _____	Cargo o puesto desempeñado: <input type="checkbox"/> Jefatura de Médicos <input type="checkbox"/> Jefatura de Enfermería


<b>Permisos:</b>					
Nombre completo del empleado:	<b>Motivo de Permiso</b> (Otros: Estudios, Misiones, Reunión Sindicato)				
	<input type="checkbox"/> Enfermedad	<input type="checkbox"/> Personales	<input type="checkbox"/> Duelo	<input type="checkbox"/> Maternidad/ Paternidad	<input type="checkbox"/> Otros: _____
	<input type="checkbox"/> Enfermedad	<input type="checkbox"/> Personales	<input type="checkbox"/> Duelo	<input type="checkbox"/> Maternidad/ Paternidad	<input type="checkbox"/> Otros: _____
	<input type="checkbox"/> Enfermedad	<input type="checkbox"/> Personales	<input type="checkbox"/> Duelo	<input type="checkbox"/> Maternidad/ Paternidad	<input type="checkbox"/> Otros: _____
	<input type="checkbox"/> Enfermedad	<input type="checkbox"/> Personales	<input type="checkbox"/> Duelo	<input type="checkbox"/> Maternidad/ Paternidad	<input type="checkbox"/> Otros: _____
<b>Inasistencia</b>					
Nombre completo del empleado:	<b>Motivo de Inasistencia</b>				
	Motivo: _____	<input type="checkbox"/> Presentó comprobante		<input type="checkbox"/> No presentó comprobante	
	Motivo: _____	<input type="checkbox"/> Presentó comprobante		<input type="checkbox"/> No presentó comprobante	
	Motivo: _____	<input type="checkbox"/> Presentó comprobante		<input type="checkbox"/> No presentó comprobante	
	Motivo: _____	<input type="checkbox"/> Presentó comprobante		<input type="checkbox"/> No presentó comprobante	
<b>Horas Laboradas:</b> Área de <input type="checkbox"/> Médicos <input type="checkbox"/> Enfermería					

Nombre completo del empleado:	Horas Programadas	Cumplidas	Faltantes	Motivo
1.				<input type="checkbox"/> Permiso <input type="checkbox"/> Inasistencia
2.				<input type="checkbox"/> Permiso <input type="checkbox"/> Inasistencia
3.				<input type="checkbox"/> Permiso <input type="checkbox"/> Inasistencia
4.				<input type="checkbox"/> Permiso <input type="checkbox"/> Inasistencia
5.				<input type="checkbox"/> Permiso <input type="checkbox"/> Inasistencia
6.				<input type="checkbox"/> Permiso <input type="checkbox"/> Inasistencia
7.				<input type="checkbox"/> Permiso <input type="checkbox"/> Inasistencia
8.				<input type="checkbox"/> Permiso <input type="checkbox"/> Inasistencia
Firma de recibido por Recursos Humanos, y entrega de copia al Comité de Evaluación:  <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div style="width: 30%; text-align: center;">             _____              Firma de Jefe              Comité           </div> <div style="width: 30%; text-align: center;">             _____              Firma de entrega recibido por RR HH           </div> <div style="width: 30%; text-align: center;">             _____              Firma de copia recibida por           </div> </div>				
Realizado basado en información de permisos e inasistencias establecidos en ACUERDO N.º: 38: REGLAMENTO INTERNO DE LA UNIDAD Y DEPARTAMENTOS DE RECURSOS HUMANOS DEL MINISTERIO DE SALUD.				


<b>Proceso:</b> Gestión de Talento Humano	<b>Procedimiento:</b> Enseñanza y aprendizaje	<b>Código del Formulario:</b> CTL-EST-GDC-01-01	
<b>Nombre:</b> Control de Entrenamiento/Capacitaciones		<b>Versión:</b> 1.00	

<b>MINSAL</b> <b>NOMBRE DEL HOSPITAL</b> <b>COMITÉ DE GESTIÓN POR PROCESOS</b> <b>CONTROL DE ENTRENAMIENTO/ INDUCCIÓN/ CAPACITACIONES</b>			
Periodo de capacitación: del: ____ al ____ del mes _____ del 20__.		Servicio de Hospitalización: _____	
Nombre del empleado: _____		Nombre del jefe inmediato: _____	
Fecha de la capacitación	Tema abordado	Entrenador/Capacitador	Materiales, metodología utilizada
Firmo de comprobante que he recibido los materiales y temas escritos en este formulario y que he entendido los contenidos recibidos:  _____		Firmo de comprobante que el participante cumplió con la agenda de entrenamiento/capacitación:  _____	
Firma del participante		Firma del Entrenador/Capacitador o encargado de las capacitaciones	
Firma de recibido de copia de este documento por el Comité Evaluador: _____			

<b>Proceso:</b> Gestión de Talento Humano	<b>Procedimiento:</b> Capacitación del Personal	<b>Código del Formulario:</b> LST-EST-GDC-01-01	
<b>Nombre:</b> Listado de Asistencia a Capacitar por Módulo/Tema		<b>Versión:</b> 1.00	
MINSAL NOMBRE DEL HOSPITAL COMITÉ DE GESTIÓN POR PROCESOS <b>Listado de Asistencia a Capacitar por Módulo/Tema</b>			
Fecha: en que se desarrolló la actividad: ____/____/20__		Nombre del Módulo/Capacitación: _____	
Nombre del participante (Nombres Apellidos):	Puesto laboral dentro de Hospitalización:	Nombre del Servicio	Firma del participante
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
<b>Sobre los Facilitadores/Capacitadores</b>			
Nombre del responsable de impartir el tema/actividad:	Tema/Actividad/Módulo impartido:		Firma del responsable:
1.			
2.			
3.			
4.			

<b>Proceso:</b> Gestión de Insumos médicos	<b>Procedimiento:</b> Requisición y recepción de insumos	<b>Código del Formulario:</b> FOR-EST-GIM-01-01	
<b>Nombre:</b> Formulario para requisición de recursos e insumos para Servicio de Hospitalización		<b>Versión:</b> 1.00	
MINSAL NOMBRE DEL HOSPITAL <b>Formulario para requisición de recursos e insumos para Servicio de Hospitalización</b>			
Fecha: ____/____/____		Servicio de Hospitalización que solicita: _____	
Artículo solicitado	Especificaciones (medidas, peso, otros)	Cantidad	Observaciones
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
<b>CONTROL DE EMISION</b>			
	<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
Nombre			
Firma			
Fecha	____/____/____	____/____/____	____/____/____



<b>Proceso:</b> Gestión de insumos médicos	<b>Procedimiento:</b> Control de Uso de Insumos	<b>Código del Formulario:</b> CTL-EST-GIM-01-01	
<b>Nombre:</b> Control de Inventario del Servicio de Hospitalización		<b>Versión:</b> 1.00	


MINSAL  
NOMBRE DEL HOSPITAL  
**Control de Inventario del Servicio de Hospitalización**


Fecha inicio: ____/____/____	Servicio de Hospitalización: _____
Fecha final: ____/____/____	_____


Artículo	Entradas				Salidas				Existencia al fin del periodo:	
	Semana 1	S2	S3	S4	Semana 1	S2	S3	S4	Al inicio del mes	Al final del mes
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
11.										
12.										
n...										

**ENTREGA DE CONTROL (AL FINAL DEL MES)**

	Encargado del inventario:	Encargado del área (Farmacia o Dirección de Insumos médicos)
Nombre		
Firma		
Fecha	____/____/____	____/____/____

<b>Proceso:</b> Gestión de Recursos	<b>Procedimiento:</b> Control de Equipo Médico y Mantenimiento	<b>Código del Formulario:</b> CTL-EST-GEM-01-01			
<b>Nombre:</b> Formulario de Control y Evaluación de Equipos de los Servicios de Hospitalización		<b>Versión:</b> 1.00			
<b>MINSAL</b> <b>NOMBRE DEL HOSPITAL</b> <b>COMITÉ DE GESTIÓN POR PROCESOS</b> <b>Control y Evaluación de Equipos de los Servicios de Hospitalización</b>					
Fecha inicio de evaluación: ____/____/____		Servicio _____ de _____		Hospitalización: _____	
Fecha finalización de evaluación: ____/____/____					
Código de equipo evaluado:	Descripción corta (para que se utiliza, medida, peso, otros)	Falla	Tipo de falla	Observaciones	Fecha estimada de reparación:
1.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			/ /
2.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			/ /
3.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			/ /
4.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			/ /
5.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			/ /
6.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			/ /
7.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			/ /
8.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			/ /
9.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			/ /
<b>CONTROL DE EMISION</b>					
	Jefe del Servicio de Hospitalización donde se realizó la evaluación:	Responsable de realizar la evaluación de los equipos:		Responsable del Comité de Gestión de GPP:	
Nombre					
Firma					
Fecha	____/____/____	____/____/____		____/____/____	

<b>Proceso:</b> Gestión de Recursos	<b>Procedimiento:</b> Control de Equipo Médico y Mantenimiento	<b>Código del Formulario:</b> INF-EST-GEM-01-01	
<b>Nombre:</b> Informe de Evaluación de Equipos médicos de los Servicios de Hospitalización		<b>Versión:</b> 1.00	



**INFORME DE EVALUACIÓN  
DE EQUIPOS MÉDICOS DE  
LOS SERVICIOS DE  
HOSPITALIZACIÓN**


Control y Evaluación de los Equipos  
médicos de cada uno de los  
Servicios de Hospitalización

**REALIZADO POR EL COMITÉ DE GPP**  
Informe creado por el Comité de Gestión por Procesos, para la documentación de los resultados de la evaluación y control del mantenimiento de los equipos utilizados en cada uno de los Servicios de Hospitalización.


**Proceso de Hospitalización**  
Nombre del Hospital

**Contenido**


INTRODUCCIÓN	1
METODOLOGÍA PARA REALIZAR LA EVALUACIÓN DE LOS EQUIPOS	2
Procedimiento a ejecutar	3
Resultados del Formulario de Control y Evaluación de Equipos Médicos	4
RECURSOS DISPONIBLES	5
Personal de mantenimiento por Servicio Evaluado	6
Equipos y herramientas utilizadas para realizar la evaluación	7
RESUMEN DE EVALUACIÓN POR CADA SERVICIO	8
Antecedentes de los equipos	9
Equipos revisados y diagnóstico	10
Prioridades para la planificación de las correcciones a implementar	11
PLAN DE ACCIÓN	12
Reparaciones	13
Reemplazo de equipos	14
Adquisiciones	15
Calibración de equipos	16
Presupuesto para ejecución del Plan	17
Cronograma de mantenimiento	18
INVENTARIO DE BIENES DEL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN AL CIERRE DE LA EVALUACIÓN	19

<b>Proceso:</b> Gestión de Recursos	<b>Procedimiento:</b> Establecimiento de requisitos de productos no conforme	<b>Código del Formulario:</b> FOR-EST-GPI-01-01	
<b>Nombre:</b> Formulario para producto recibido no conforme.		<b>Versión:</b> 1.00	

MINSAL NOMBRE DEL HOSPITAL COMITÉ DE GESTIÓN POR PROCESOS <b>FORMULARIO PARA PRODUCTO RECIBIDO NO CONFORME</b>				
Fecha: ____/____/____		Servicio de Hospitalización: _____		
Servicio o área donde proviene el producto (Almacén/ Servicio de Apoyo/Servicios Generales): _____				
<b>Especifique el Producto no conforme recibido:</b>	<b>No de Expediente:</b>	<b>Inconformidad (escriba según corresponda a cada caso):</b>		<b>Acción a implementar (según corresponda a cada caso):</b>
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
<b>Detalle de la inconformidad</b>		<b>Acciones a implementar:</b>		
Producto incompleto o con información faltante	Entregado fuera del tiempo permitido	Aceptación bajo concesión	Oportunidad de mejorar el producto	Reproceso
No corresponde a lo solicitado	Producto en mal estado	Acción correctiva del producto	Detención del Producto	Destrucción
Recibido en Servicio de Hospitalización por:		Responsable del área donde proviene el producto:		Recibo de copia al Comité Evaluador
_____ Nombre y Firma		_____ Nombre y Firma		_____ Nombre y Firma

<b>Proceso:</b> Gestión de Recursos	<b>Procedimiento:</b> Establecimiento de requisitos de productos no conforme	<b>Código del Formulario:</b> CTL-EST-GPI-02-01	
<b>Nombre:</b> Control de correcciones del producto recibido no conforme		<b>Versión:</b> 1.00	

MINSAL NOMBRE DEL HOSPITAL COMITÉ DE GESTIÓN POR PROCESOS <b>CONTROL DE CORRECCIONES DEL PRODUCTO RECIBIDO NO CONFORME</b>			
Fecha: ____/____/____		Servicio de Hospitalización: _____	
Servicio o área donde proviene el producto (Almacén/ Servicio de Apoyo/Servicios Generales): _____			
Especifique el Producto no conforme recibido:	Acción a implementar	¿Se realizó la acción?	Resultado de la acción
1.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
3.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
5.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Recibido en Servicio de Hospitalización por: _____ Nombre y Firma	Responsable del área donde proviene el producto: _____ Nombre y Firma	Recibo de copia al Comité Evaluador _____ Nombre y Firma	

<b>Proceso:</b> Gestión del proceso de Hospitalización	<b>Procedimiento:</b> Ejecución de Auditoría	<b>Código del Formulario:</b> LVR-APO-AIP-02-01	
<b>Nombre:</b> Lista de Verificación para Auditoría del Proceso de Hospitalización		<b>Versión:</b> 1.00	

MINSAL NOMBRE DEL HOSPITAL COMITÉ DE GESTIÓN POR PROCESOS <b>Lista de Verificación para Auditoría del Proceso de Hospitalización</b>			
Fecha de Auditoría: ____/____/____		Servicio de Hospitalización evaluado: _____	

#### ASPECTOS PARA LA EVALUACIÓN

Cada pregunta de la lista de verificación puede alcanzar desde 0 hasta 4 puntos de acuerdo con la siguiente tabla y criterio de evaluación. La Calificación mínima para aprobar lista es 25 puntos de 40 posibles (10 ítems).

Puntos	Escala de Evaluación
0	No lo aplica
1	Conceptualizado. Tiene una clara idea de cómo se podría aplicar el elemento en su Servicio, pero no se ejecuta o se hace de manera incompleta o incorrecta.
2	Ejecución parcial. Ha iniciado la ejecución, pero aún no pasa del 50%
3	Ejecución avanzada. La ejecución está entre un 51 y un 100%
4	Ejecución total, con medición de resultados positivos o Plan de Mejora establecidos y realizados.

Preguntas	Puntuación					Observaciones
	0	1	2	3	4	
1. Las personas que atienden los procedimientos están debidamente conformadas en equipos de trabajo con misión, objetivos e indicadores de desempeño.						
2. El personal del Servicio está cumpliendo con los objetivos e indicadores de desempeño.						
3. El servicio está cumpliendo con los estándares para iniciar, controlar y cerrar cada subproceso individualmente y con calidad.						
4. Se tienen registros de las actividades para que se permita a cada miembro conocer cuál es el desempeño de su trabajo y del proceso en general.						
5. Se tienen actualizados los registros y documentación de los formularios a utilizar para el inicio, control y cierre del proceso dentro del Servicio.						

6. se presentan las metas y resultados de cada área, en reuniones donde participa todo el personal involucrado dentro del Servicio.					
7. Se utilizan medios visuales y disponibles para todos en los cuales se presentan las metas y resultados de cada área.					
8. Se tiene la participación activa y positiva de todo el personal, durante la realización de las auditorías periódicas, donde se verifica que los estándares son respetados.					
9. Se capacita al personal en los procedimientos de rutina y existe una forma de verificar el conocimiento en la práctica.					
10. Se han identificado los principales desperdicios generados en los procedimientos y se han tomado acciones para reducirlos o eliminarlos.					

#### RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN


Nota:	Aprobado	Aceptable, pero debe mejorar	Acciones correctivas inmediatas
Rango:	35 – 40	25 - 34	0.00 – 24
Nota del Evaluado:			

#### Acciones sugeridas a ejecutar:

1.
2.
3.
4.
5.


#### COMPROBANTE DE AUDITORIA REALIZADA

	Jefe del Servicio de Hospitalización donde se realizó la evaluación:	Jefe de servicio de Enfermería del Servicio de Hospitalización donde se realizó la evaluación:	Auditor representante del Comité de Gestión de GPP:
Nombre			
Firma			
Fecha	___/___/___	___/___/___	___/___/___

<b>Proceso:</b>  Gestión del proceso de Hospitalización	<b>Procedimiento:</b>  Manejo de quejas y sugerencias internas APO-GPH-RAB-01	<b>Código del Formulario:</b> FOR-APO-RAB-01-01	
<b>Nombre:</b> Formulario para quejas y sugerencias del área de Hospitalización		<b>Versión:</b> 1.00	

MINSAL NOMBRE DEL HOSPITAL COMITÉ DE GESTIÓN POR PROCESOS <b>Formulario para quejas y sugerencias</b>		
Servicio _____ de	Hospitalización:	Fecha: ____/____/____
<input type="checkbox"/> Queja	<input type="checkbox"/> Sugerencia	



<b>Proceso:</b> Gestión del proceso de Hospitalización	<b>Procedimiento:</b> Manejo de quejas y sugerencias internas APO-GPH-RAB-01	<b>Código del Formulario:</b> REP-APO-RAB-01-01	
<b>Nombre:</b> Reporte mensual de estadísticas de quejas y sugerencias del área de Hospitalización		<b>Versión:</b> 1.00	

MINSAL  
NOMBRE DEL HOSPITAL  
COMITÉ DE GESTIÓN POR PROCESOS  
Reporte mensual de estadísticas de quejas y sugerencias


Servicio _____ de _____ Hospitalización:	Fecha: ____/____/____
Cantidad de quejas recibidas _____	Cantidad de sugerencias recibidas _____

TIPO DE OBSERVACIÓN	CANTIDAD
MORAL	XX
INSATISFACCIÓN	XX
RIÑAS	XX
OTROS	XX



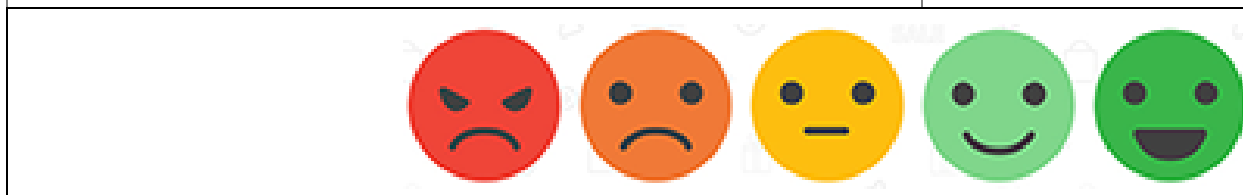
QUEJA	ACCION A IMPLEMENTAR	CUMPLIMIENTO
		<input type="checkbox"/> Realizado <input type="checkbox"/> No realizado
		<input type="checkbox"/> Realizado <input type="checkbox"/> No realizado
		<input type="checkbox"/> Realizado <input type="checkbox"/> No realizado

Firma de representante de Comité de GPP: \_\_\_\_\_


<b>Proceso:</b> Gestión del Proceso de Hospitalización	<b>Procedimiento:</b> Seguimiento y mejora de la satisfacción del cliente	<b>Código del Formulario:</b> ENC-APO-RAB-03-01	
<b>Nombre:</b> Encuesta para pacientes egresados del Proceso de Hospitalización		<b>Versión:</b> 1.00	

MINSAL  
NOMBRE DEL HOSPITAL  
COMITÉ DE GESTIÓN POR PROCESOS  
**Encuesta para pacientes egresados del Proceso de Hospitalización**

Servicio _____ de _____ Hospitalización:	Fecha: ____/____/____
--	-----------------------



Clave Respuesta	Mucho peor de lo que esperaba	Peor de lo que esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que esperaba	Mucho mejor de lo que esperaba	
	1	2	3	4	5	
Estado de las habitaciones						
Confianza que transmite el personal						
Interés del personal de enfermería						
Interés del personal médico						
Interés del personal auxiliar						
Cuando usted ha tenido dudas sobre su enfermedad, ¿el Personal se las ha resuelto?						
Comprendió la información que le proporcionaba el Personal						
Solución dada al problema						
¿Tuvo que estar más tiempo ingresado por retrasos en la entrega de exámenes, tratamientos o retraso en programación de cirugía?						
	Médico			Enfermería		
El Personal ¿le llamaba por su nombre	Si	No	Algunos	Si	No	Algunos
El Personal ¿se le presentó a usted por su nombre	Si	No	Algunos	Si	No	Algunos
El Personal ¿le ha ayudado a que su estancia fuera más llevadera en ausencia de sus familiares?						
Observaciones, comentarios o sugerencias:						

<b>Proceso:</b> Gestión del Proceso de Hospitalización	<b>Procedimiento:</b> Forma de abordar problemas en Procesos misionales	<b>Código del Formulario:</b> INF-APO-EMP-01-01	
<b>Nombre:</b> Informe de problemas detectados y alternativas de solución a implementar		<b>Versión:</b> 1.00	



**INFORME DE PROBLEMAS  
DETECTADOS Y  
ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN  
A IMPLEMENTAR**

Detección y evaluación de Problemas y Oportunidad de Mejora de los Servicios de Hospitalización

**REALIZADO POR EL COMITÉ DE GPP**

Informe creado por el Comité de Gestión por Procesos, para la documentación de los resultados de la evaluación, control de Oportunidades de Mejora y Problemas detectados en los Servicios de Hospitalización, y las medidas correctivas a implementar.

**Proceso de Hospitalización**  
Nombre del Hospital

**Contenido**

INTRODUCCIÓN	1
METODOLOGÍA PARA LA DETECCIÓN DE PROBLEMAS	2
Procedimiento a ejecutar	3
Informe de no identificadas en las auditorías del Proceso de Hospitalización.	4
RESUMEN DE EVALUACIÓN POR CADA SERVICIO	5
Antecedentes de problemáticas de los servicios de hospitalización	6
Informe de no conformidades o problemas detectados en hospitalización	7
METODOLOGÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE SOLUCIONES	8
Responsabilidades en las Soluciones Propuestas	9
Gestión de las acciones correctivas.	10
Identificación y registro de las acciones correctivas.	11
Prioridades para la planificación de las correcciones a implementar	12
Autorización de las acciones correctivas.	13
Aplicaciones de las acciones correctivas.	14
Seguimiento y cierre de las acciones correctivas	15
Análisis de resultados obtenidos con la aplicación de las acciones correctivas	16
PLAN DE ACCIÓN	17
Desarrollo del Plan para cada Servicio	18
Desarrollo del Plan para el Proceso de Hospitalización	19
Presupuesto para ejecución del Plan para el Proceso de Hospitalización	20
Cronograma del Plan	21
CONCLUSIONES	22
ANEXOS	23

**Proceso:**  
Gestión del Proceso de Hospitalización

**Procedimiento:**  
Seguimiento de Indicadores

**Código del Formulario:**  
INF-APO-EMP-02-01



**Nombre:**  
Informe de estadística y evaluación mensual de indicadores de los Servicios de Hospitalización

**Versión:**  
1.00



**INFORME DE ESTADÍSTICA  
Y EVALUACION MENSUAL  
DE INDICADORES DE LOS  
SERVICIOS DE  
HOSPITALIZACIÓN**

Evaluación de resultados de los  
Indicadores en los Servicios de  
Hospitalización

**REALIZADO POR EL COMITÉ DE GPP**


Informe creado por el Comité de Gestión por Procesos, para la documentación de los resultados de la evaluación, control y análisis de Indicadores en los Servicios de Hospitalización.

**Proceso de Hospitalización**  
Nombre del Hospital



**Contenido**

INTRODUCCIÓN	1
METODOLOGÍA PARA REALIZAR LA EVALUACIÓN DE INDICADORES	2
Procedimiento a ejecutar	3
Resultados de Indicadores de Hospitalización	4
Resultados de indicadores de control del Proceso de Hospitalización	5
Relación entre la calidad brindada y los resultados medibles del Proceso de Hospitalización	6
RESUMEN DE EVALUACIÓN POR CADA SERVICIO	7
Antecedentes de los indicadores	8
Cuadro comparativo de Indicadores	9
Análisis de resultados obtenidos versus antecedentes	10
Prioridades para la planificación de las correcciones a implementar	11
PLAN DE ACCIÓN	12
Desarrollo del Plan para cada Servicio	13
Desarrollo del Plan para el Proceso de Hospitalización	14
Presupuesto para ejecución del Plan para el Proceso de Hospitalización	15
Cronograma del Plan	16
CONCLUSIONES	17

<b>Proceso:</b> Gestión del Proceso de Hospitalización	<b>Procedimiento:</b> Acciones correctivas, preventivas y de mejora	<b>Código del Formulario:</b> FOR-APO-EMP-03-01	
<b>Nombre:</b> Formulario para la identificación de problemas y acciones preventivas		<b>Versión:</b> 1.00	


MINSAL  
NOMBRE DEL HOSPITAL  
COMITÉ DE GESTIÓN POR PROCESOS  
**Formulario para la identificación de problemas y acciones preventivas**

Servicio de Hospitalización: _____	Fecha: ____/____/____
Formulario correspondiente a la Auditoría: _____	Correspondiente a la actividad: _____


No	Descripción	Tipo de acción	Acciones y actividades	Responsables	Fechas		Indicador o medio de verificación	La acción fue eficaz
					Inicio	Final		
		<input type="checkbox"/> Inmediata <input type="checkbox"/> Preventiva <input type="checkbox"/> De Mejora			____/____/____	____/____/____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Inmediata <input type="checkbox"/> Preventiva <input type="checkbox"/> De Mejora			____/____/____	____/____/____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**COMPROBANTE DE AUDITORIA REALIZADA**


	Jefe del Servicio de Hospitalización donde se realizó la evaluación:	Jefe de servicio de Enfermería del Servicio de Hospitalización donde se realizó la evaluación:	Auditor representante del Comité de Gestión de GPP:
Nombre			
Firma			
Fecha	____/____/____	____/____/____	____/____/____

<b>Proceso:</b>  Gestión del Proceso de Hospitalización	<b>Procedimiento:</b>  Elaboración y control de documentos	<b>Código del Formulario:</b> FOR-APO-CDD-01- 01	
<b>Nombre:</b> Sugerencia de modificación de documentos		<b>Versión:</b> 1.00	

MINSAL NOMBRE DEL HOSPITAL COMITÉ DE GESTIÓN POR PROCESOS <b>Formulario para la identificación de problemas y acciones preventivas</b>	
Servicio de Hospitalización: _____	Nombre de Persona que sugiere la modificación: _____
Documento donde se sugiere modificación: _____	Fecha: ____/____/____
DESCRIBA DE MANERA AMPLIA EN EL ÁREA DONDE SE ENCUENTRA EL TIPO DE MODIFICACIÓN QUE SE ESTÁ SUGIERIENDO	
<b>Agregar</b> 1. _____ _____ _____ 2. _____ _____ _____ 3. _____ _____ _____ _____	
<b>Modificar</b> 1. _____ _____ _____ 2. _____ _____ _____ 3. _____ _____ _____ _____	
<b>Eliminar</b> 1. _____ _____ _____ 2. _____ _____ _____ 3. _____ _____ _____ _____	

<b>Proceso:</b>  Gestión del proceso de Hospitalización	<b>Procedimiento:</b>  Realización de comunicación	<b>Código del Formulario:</b> FPT-APO-COM-01-01	
<b>Nombre:</b> Plantilla de comunicado		<b>Versión:</b> 1.00	

NOMBRE DEL HOSPITAL RESPONSABLE DEL COMUNICADO COMITÉ GESTOR DEL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN	
FECHA: __/____/____	
COMUNICADO	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<hr/> Representante del área responsable del comunicado	<hr/> Representante del Comité de GPP

<b>Proceso:</b> Gestión de Cama	<b>Procedimiento:</b>	<b>Código del Formulario:</b> CTL- OPT-GDC-02-01	 Ministerio de Salud GOBIERNO DE EL SALVADOR UNÁMONOS PARA CRECER
<b>Nombre:</b> Movimiento diario de Pacientes		<b>Versión:</b> 1.00	


**HOSPITAL ROSALES**  
 MOVIMIENTO DIARIO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS
 

Nombre del Servicio o Sala \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_

PACIENTES INGRESADOS				PACIENTES EGRESADOS			
Nº.	EXPEDIENTE CLINICO	NOMBRE(S)	APELLIDO(S)	EXPED. CLINICO	NOMBRE(S)	APELLIDO(S)	CONDIC. SALIDA
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							


Nº.	TRASLADOS DE OTROS SERVICIOS	TRASLADOS A OTROS SERVICIOS
1		
2		
3		
4		

RESUMEN DIARIO		TOTALES	OTROS	TOTALES
A	Saldo del día anterior		DEFUNCIONES	
B	Pacientes Ingresados		BIOPSIAS	
C	Traslados de otros servicios		INYECCIONES	
D	TOTAL (A+B+C)		CURACIONES	
E	Egresos		TOTAL DE CAMAS DISPONIBLES	
F	Traslados a otros servicios			
G	TOTAL (E+F)		<b>T U R N O S</b>	
H	Saldo de Pacientes a las cero horas (D-G)		DE _____ A _____ FIRMA _____	
I	Ingresos y egresos en el mismo día		DE _____ A _____ FIRMA _____	
J	TOTAL DIAS PACIENTES (H+I)		DE _____ A _____ FIRMA _____	






<b>Proceso:</b> Gestión de Indicaciones	<b>Procedimiento:</b>	<b>Código del Formulario:</b> FOR -OPT-GIN-04-01	
<b>Nombre:</b> Hoja de Recetas de Farmacia		<b>Versión:</b> 1.00	

**HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER**  
DRA. "MARIA ISABEL RODRIGUEZ"  
**RECETAS DE MEDICAMENTOS**  
FARMACIA

PACIENTE : \_\_\_\_\_ N° Exp : \_\_\_\_\_  
FECHA : \_\_\_\_\_ SERVICIO : \_\_\_\_\_ N° Cama : \_\_\_\_\_

CODIGO	Nombre Genérico, Concentración e Indicaciones del Médico	Cantidad Solicitada	Present.	Cantidad Entregada


PREPARADO POR : \_\_\_\_\_ MEDICO : F \_\_\_\_\_  
RECIBIDO POR : \_\_\_\_\_ Sello (JVPM) : \_\_\_\_\_

<b>Proceso:</b> Gestión de Indicaciones	<b>Procedimiento:</b>	<b>Código del Formulario:</b> FOR -OPT-GIN-04-05	
<b>Nombre:</b> Solicitud de Trabajo de Mantenimiento		<b>Versión:</b> 1.00	

 **HOSPITAL NACIONAL DE MATERNIDAD**  
**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**  
**SOLICITUD DE TRABAJO PARA MANTENIMIENTO**

Servicio: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_


Identificación de falla	
Mobiliario	N° de inventario
Equipo	Nombre del activo
Nombre y firma del solicitante	Sello del servicio solicitante
<b>USO EXCLUSIVO DE MANTENIMIENTO</b>	
Recibido:	
Solicitud denegada	
Solicitud aceptada	
N° de orden asignado:	

<b>Proceso:</b> Gestión de Indicaciones	<b>Procedimiento:</b>	<b>Código del Formulario:</b> FOR -OPT-GIN-04-02	
<b>Nombre:</b> Orden de Medico y cumplimiento de medicamentos		<b>Versión:</b> 1.00	

HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER  
"DRA. MARIA ISABEL RODRIGUEZ"  
**ORDEN DEL MEDICO Y CUMPLIMIENTO DE MEDICAMENTOS**

15
----

FECHA	PRESCRIPCIONES	HORA CUMPLIDA		
		MAÑANA	TARDE	NOCHE
NOMBRE:	1° APELLIDO	2° APELLIDO	N° REGISTRO	

<b>Proceso:</b> Gestión de Indicaciones	<b>Procedimiento:</b>	<b>Código del Formulario:</b> FOR -OPT-GIN-04-03	
<b>Nombre:</b> Hoja de laboratorio Clínico		<b>Versión:</b> 1.00	

**HOSPITAL NACIONAL ROSALES**      **LABORATORIO CLINICO ALEMAN SALVADOREÑO**

NOMBRE \_\_\_\_\_ REGISTRO \_\_\_\_\_  
SERVICIO \_\_\_\_\_ CAMA \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ DIAGNOSTICO \_\_\_\_\_

**EXAMEN GENERAL DE HECES**      **SELLO DE SERVICIO**

COLOR \_\_\_\_\_  
CONSISTENCIA \_\_\_\_\_  
MUCUS MACROSCOPICO \_\_\_\_\_


**RESTOS ALIMENTICIOS**  
MACROSCOPICOS \_\_\_\_\_  
MICROSCOPICOS \_\_\_\_\_

**SANGRE OCULTA**  
\_\_\_\_\_

**RESPONSABLE**  
\_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_ FIRMA Y SELLO DE MEDICO SOLICITANTE \_\_\_\_\_


HEMATIES \_\_\_\_\_ X CAMPO  
LEUCOCITOS \_\_\_\_\_ X CAMPO  
MUCUS MICROSCOPICO \_\_\_\_\_  
PROTOZOARIOS ACTIVOS \_\_\_\_\_  
QUISTES \_\_\_\_\_  
HUEVOS DE METAZOARIOS \_\_\_\_\_  
LARVAS \_\_\_\_\_  
OTROS PARASITOS INTESTINALES \_\_\_\_\_


<b>Proceso:</b> Gestión de Indicaciones	<b>Procedimiento:</b>	<b>Código del Formulario:</b> FOR -OPT-GIN-04-04	
<b>Nombre:</b> Hoja de requisición de dietas		<b>Versión:</b> 1.00	

<b>HOSPITAL NACIONAL DE MATERNIDAD</b>		
Depto. De Alimentación y Dietas		
<b>REQUISICIÓN DE DIETAS</b>		
Fecha _____	Tiempo de comida _____	
Servicio de _____	# Dietas Corrientes _____	
Nombre Responsable _____	# Dietas Especiales _____	
Firma _____	# de Altas _____	
<b>No.Cuarto y cama</b>	<b>Nombre de la Paciente</b>	<b>Tipo de Dieta Especial</b>
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		






<b>Proceso:</b> Gestión de Alta	<b>Procedimiento:</b>	<b>Código del Formulario:</b> CTL -OPT-GDA-06-01	
<b>Nombre:</b> Hoja de Egreso Hospitalario		<b>Versión:</b> 1.00	



### HOJA DE EGRESO HOSPITALARIO



Fecha, hora: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, Número de expediente hospitalario: \_\_\_\_\_

Hospital: HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Expediente UCSF: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_ Fecha de egreso: \_\_\_\_\_

Diagnóstico al ingreso: \_\_\_\_\_

Historia clínica al ingreso: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Antecedentes personales contributorios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datos contributorios al examen físico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Evolución clínica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Exámenes complementarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tratamiento médico/quirúrgico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Complicaciones: \_\_\_\_\_


\_\_\_\_\_

Diagnóstico al egreso: \_\_\_\_\_

Plan de manejo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma y sello del médico responsable: \_\_\_\_\_

<b>Proceso:</b> Gestión de Alta	<b>Procedimiento:</b>	<b>Código del Formulario:</b> CTL -OPT-GDA-06-02	
<b>Nombre:</b> Hoja de Resumen de alta		<b>Versión:</b> 1.00	

**HOSPITAL NACIONAL ROSALES**  
**Servicio de Medicina Interna**

**HOJA DE RESUMEN DE ALTA**

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Registro \_\_\_\_\_

Servicio \_\_\_\_\_ Fecha de Ingreso \_\_\_\_\_ Fecha de Egreso \_\_\_\_\_

Diagnostico de Egreso \_\_\_\_\_  
Resumen (historia y examen fisico) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Procedimiento terapéutico:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Exámenes de laboratorio y Gabinete: :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Control de consulta de:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medicamentos de alta:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Condición de alta:Mejorado ( ); No mejorado ( ); Fallecido ( ); Autopsia ( );

Nombre y firma de Interno Responsable. Nombre y firma de Residente Responsable.

### 3 Organización del Proceso de Hospitalización

---



La Organización del Proceso es parte primordial en la prestación del Servicio, establecer las funciones de los Procesos, establecer responsabilidades en el desarrollo de las actividades que se realizan de manera que la ejecución del proceso sea acorde a la filosofía de las instituciones a las cuales se les desarrolla la presente investigación.

Se presenta el Manual de Funciones del Comité por Procesos, el cual tiene como fin de que servir de guía para desarrollar las actividades que se realicen en cada una de las unidades que componen la administración para la ejecución en la prestación del servicio de Hospitalización”.

Se definen las líneas de autoridad, relaciones de dependencia y otros aspectos importantes que interesan conocer dentro de la organización de la implementación del comité. Este manual de organización es un instrumento administrativo que describe cuáles son las funciones básicas de cada unidad que comprende la organización para la implementación. Con este Manual se pretende facilitar la toma de decisiones que puedan servir para solucionar racionalmente y en forma óptima los problemas existentes y los que puedan surgir durante el desarrollo de las actividades además ayuda al mejoramiento de la coordinación, comunicación, y supervisión de las distintas áreas.

Los puestos asignados en este manual serán ocupados por médicos jefes de los servicios Hospitalarios, los cuales serán elegidos para hacerse cargo de la dirección de uno de los 6 subprocesos, el puesto de coordinador si será externo al proceso, para poder brindar objetividad en la realización del control de los Procesos

Este documento contribuirá a que todo el personal conozca los lineamientos establecidos para llevar a cabo el proceso de manera óptima



**Manual de Funciones del Comité de Gestión por Procesos  
Hospitalización del Tercer Nivel de Atención  
MINSAL**



## **FICHA CATALOGRÁFICA**

2018 Ministerio de Salud

Todos los derechos reservados. Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra, siempre que se cite la fuente y que no sea para fines de lucro.

Es responsabilidad de los autores técnicos de este documento, tanto su contenido como los cuadros, diagramas e imágenes.

La documentación oficial del Ministerio de Salud puede ser consultada a través de:

<http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

Ministerio de Salud

Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 2202-7000. Página oficial:

<http://www.salud.gob.sv>

## Contenido

Contenido .....	3
1 Introducción.....	4
2 Marco Jurídico.....	5
3 Objetivos .....	7
4 Funciones del Comité de Gestión por Procesos .....	8
5 Descripción de puestos del Comité de Gestión por Procesos .....	9
5.1 Coordinador de Comité .....	9
5.2 Encargado de gestión de ingreso .....	12
5.3 Encargado de Subproceso gestión de camas .....	14
5.4 Encargado de Subproceso Evaluación médica .....	16
5.5 Encargado de gestión de indicaciones .....	19
5.6 Encargado de Subproceso Atención de enfermería .....	21
5.7 Encargado de Subproceso Gestión de alta médica.....	23
5.8 Integrantes del Comité .....	26
6 Normas de operación.....	27
7 Procedimiento de Aprobación del Manual de Funciones del Comité de GPP .....	28

## 1 Introducción

Para la implementación de la Gestión por Procesos en los servicios Hospitalarios de los Hospitales de Tercer Nivel de Atención del MINSAL, es necesario medir resultados en cómo se ejecuta para controlar que estén dentro de los estándares y que se realicen de manera que se atienda eficientemente a la población a quien se le presta este servicio.

La calidad en el ámbito de la salud consiste en brindar una atención efectiva en un ambiente seguro para el paciente, para el personal y la población en general. La complejidad de la medicina moderna orienta a las instituciones a formalizar sus planes para cumplir con este objetivo, obligándolas a definir los estándares clínicos que se pretenden, y demostrar todas las medidas que se toman para cumplir con los mismos. La gestión hospitalaria, la calidad y la mejora continua deben ser abordadas de manera conjunta.

Si bien para brindar la atención de los Servicios de Hospitalización se requiere de la vigilancia y cooperación de toda la fuerza de trabajo, cada área del Hospital debe estar en la capacidad de responder ante las necesidades de los pacientes en los diferentes ámbitos que conforman la calidez asistencial que los usuarios esperan. En este sentido el área de Hospitalización, dedicada a la excelencia hospitalaria, ha orientado su forma de gestión hacia el cumplimiento de los Procesos y procedimientos.

En el área de Hospitalización el personal médico y de enfermería son los responsables de liderar y generar sistemas que puedan garantizarlas, apoyado de la alta dirección y de los servicios auxiliares. Sin embargo, es importante que exista un comité encargado de realizar tareas que garanticen la gestión adecuada de los Procesos; los miembros del comité tienen roles de supervisión, gerenciamiento, supervisión y de implementación de acciones correctivas y actividades de mejora.

El Comité de Gestión por Procesos se encarga de Gestionar además de los Procesos, los recursos utilizados en cada uno de estos. Se trata de un equipo multidisciplinario formado por personas representativas, cuyos roles están directamente orientados al establecimiento, desarrollo, control e implementación de estándares de calidad y aseguramiento del correcto funcionamiento de los procedimientos establecidos, su constante actualización y así focalizarse en el desarrollo de mejoras del servicio brindado y en la protección de los pacientes, empleados y público en general.

Este documento se convierte en una herramienta técnica de cumplimiento para los establecimientos de Tercer Nivel de la red del Ministerio de Salud, y para facilitar el desarrollo de sus funciones en los aspectos relacionados.

## 2 Marco Jurídico

Según el acuerdo N.º 288 se considera:

- I. Que conforme al artículo 41 numeral 4 del Código de Salud, corresponde al Ministerio de Salud, organizar, conducir y evaluar las actividades relacionadas con la salud, así como aplicar las normas propias de la materia de salud o de la deontología.
- II. Que la Reforma de Salud, iniciada con promulgación de la Política Nacional de Salud 2014- 2019, constituyen el marco base para responder de manera integral e integrada al acceso y calidad de los servicios públicos de salud, y dentro de la implementación de dicha Reforma, es necesaria una transformación de la estructura organizativa de los Hospitales que forma parte de la Red Pública, que conlleve un ordenamiento organizacional y funcional de todas sus dependencias, que contribuya de manera decidida al ejercicio pleno del Derecho Humano a la Salud.
- III. Que el Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud fue aprobado mediante Decreto Ejecutivo No. 55, del 10 de junio de 1996, publicado en el Diario Oficial No. 110, Tomo N.º 331, del 14 de junio del año antes citado, habiendo sido derogado mediante Decreto Ejecutivo N° 1, de fecha cuatro de enero de dos mil diecisiete, publicado en el Diario Oficial n°5, Tomo N° 414, del nueve de enero del corriente año; y,
- IV. Que dicho Reglamento no se ajustaba a las necesidades de funcionamiento de los Hospitales, por lo que se considera imprescindible la promulgación de un nuevo Reglamento General de Hospitales, que esté acorde a la Reforma de Salud con funcionamiento en las Redes Integrales e Integradas de Salud.

Por tanto, en uso de sus facultades constitucionales, ACUERDA el: REGLAMENTO GENERAL DE HOSPITALES DEL MINISTERIO DE SALUD, del cual se toman extractos para la conformación del comité de Gestión por Procesos.

**Art. 1.-** El presente Reglamento tiene como objeto regular las atribuciones y funciones de los Hospitales Públicos del Ministerio de Salud, en adelante MINSAL; así como su organización y funcionamiento en el Sistema Integrado de Salud, en adelante SIS, en atención a las necesidades de salud de la población.

**Art. 4.-** El personal tanto de planta como en formación, son funcionarios o servidores públicos y

como tales su actuar también se rige bajo las siguientes normativas:

1. Código de Salud,
2. Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud,
3. Ley de Corte de Cuentas de la República,
4. Ley de Ética Gubernamental,
5. Ley de Servicio Civil,
6. Ley de Protección Civil, Prevención y Mitigación de Desastres,

7. Normas Técnicas de Control Interno de la Corte de Cuentas de la República,
8. Ley de Medicamentos,
9. Ley de Asuetos, Vacaciones y Licencias de los Empleados Públicos, y
10. Políticas Institucionales, Normas, Reglamentos, Manuales de Procedimientos y Lineamientos del MINSAL y demás disposiciones legales aplicables.

**Art. 7.-** Los Hospitales están categorizados de la siguiente manera:

- a) Hospitales de Segundo nivel de Atención: se subdividen en Hospitales Básicos, Departamentales y Regionales.
- b) Hospitales de Tercer Nivel: son los de Referencia Nacional.

**Art. 11.-** Los hospitales de Tercer Nivel están bajo la Coordinación de Redes Complejas, la cual depende directamente del Viceministerio de Servicios de Salud.

Los Hospitales de Tercer Nivel cuentan con servicios de alta complejidad y son de referencia Nacional, entre ellos están:

- a) Pediátrico: Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, el cual cuenta con especialidades médicas y quirúrgicas destinadas a la atención de la población de cero a doce años, y en casos especiales que defina un lineamiento específico, hasta dieciocho de años de edad.
- b) Gineco-Obstétrico: Hospital Nacional de La Mujer “María Isabel Rodríguez”, el cual cuenta con especialidades para la atención Materno-Neonatal y sus subespecialidades.
- c) Especializado para la atención de la adultez y adolescencia: Hospital Nacional Rosales, cuenta con la atención en especialidades médico-quirúrgicas, destinadas a la atención de la población mayor de doce años de edad.

Además del criterio de prestación de servicios, se categorizan como Hospitales Escuela, aquellos que realizan formación de especialistas, bajo la conducción del hospital y a partir de los Convenios que suscriba el MINSAL con Instituciones Educativas en el área de la salud.

**Art. 37.-** El Consejo Estratégico de Gestión del Hospital es el órgano presidido por el director, para apoyar y participar en el diseño, planificación, implementación, control y evaluación de las Políticas, Estrategias y Programas de la institución

**Art. 39.-** El Director del Hospital y el Consejo Estratégico de Gestión tienen además como órganos asesores, al Consejo Académico y a los Comités y Comisiones Permanentes y Temporales.

En lo referente a los Comités y Comisiones, sus integrantes serán nombrados por el director para el estudio o seguimiento de problemas o situaciones institucionales o de salud, para plantear propuestas de solución.

## 3 Objetivos

### Objetivos Del Manual

#### 1. **General:**

Exponer en forma ordenada y sistemática la organización, funcionamiento, comunicación del Comité de Gestión por Procesos (GPP), para ejecutarse dentro de los Servicios de Hospitalización de los establecimientos de Tercer Nivel de Atención de la red del Ministerio de Salud (MINSAL).

#### 2. **Específicos:**

- a) Establecer los elementos, para la comprensión del rol del Comité de Gestión por Procesos, así como de la visión, misión, objetivos y funciones generales.
- b) Establecer el perfil de los miembros y relaciones de trabajo internas y externas, que permita la orientación de manera práctica al personal y la información referente a las funciones de cada Comité.
- c) Disponer del instrumento técnico jurídico que facilite las labores, para regular aspectos relacionados con la prestación del servicio.

### Objetivos Del Comité de Gestión por Procesos

#### 1. **General:**

Garantizar la adecuada gestión de los Servicios de Hospitalización con un enfoque orientado a Procesos.

#### 2. **Específicos:**

- a) Promover el desarrollo y la implantación del modelo de Gestión por Procesos en los Servicios de Hospitalización en el Tercer Nivel de atención del MINSAL.
- b) Desarrollar y controlar los planes de operación del Servicio de Hospitalización, para la óptima utilización de los recursos del área de Hospitalización.
- c) Velar el cumplimiento de los Procesos y procedimientos de acuerdo a lo establecido en el Manual de Procesos y Procedimientos, para brindar la atención eficiente a los pacientes ingresados en los Servicios
- d) Realizar auditorías periódicas, para detectar oportunidades de mejora en la prestación de los servicios y evaluar el Plan de acción óptimo a implementar.
- e) Elaborar y difundir los Procesos a las demás áreas hospitalarias, que conlleven al cumplimiento de las acciones de mejora para el Hospital y servir la atención en salud con calidad que la población debe recibir.

**Alcance:** La autoridad del Comité de Gestión por Procesos garantiza la gestión en el área de Hospitalización del Tercer Nivel de Atención del MINSAL

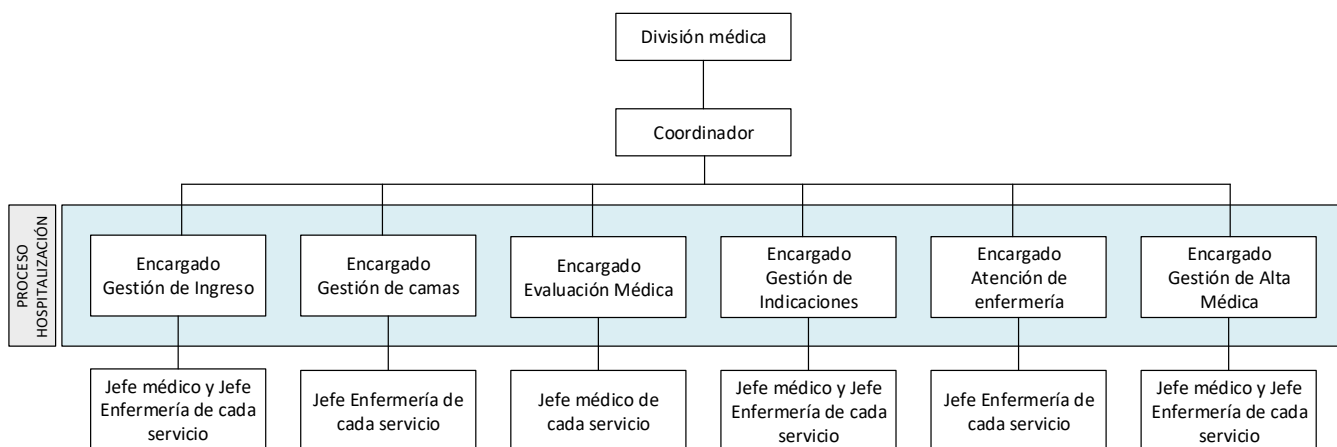
## 4 Funciones del Comité de Gestión por Procesos

- a) Elaborar y proponer ante la División medida y la Dirección del Hospital, el Plan de operaciones anual, el cual conste de la capacidad de recepción del área, las metas propuestas y la planificación de los recursos que intervienen en el cumplimiento de estas.
- b) Analizar las políticas, lineamientos, guías etc. que se necesitan para ser desarrollados los programas de Hospitalización y son dirigidos por la alta dirección para apoyar las mejores prácticas y para garantizar al máximo el servicio brindado a los pacientes.
- c) Analizar la información proporcionada por la Dirección en aspectos de calidad y de Atención al Usuario, relacionada con los Procesos y la calidad percibida, respectivamente, a fin de emitir acciones preventivas y correctivas para la mejora de los servicios, la calidad percibida y la seguridad de los pacientes.
- d) Integrar las acciones técnicas y administrativas que lleven a alcanzar los estándares de gestión establecidos.
- e) Reconocer las buenas prácticas profesionales y logros del área de Hospitalización en cada uno de los Hospitales, en cuanto a la calidad de la prestación del servicio y/o contribuciones en la mejora continua.
- f) Atender todas aquellas recomendaciones derivadas de los Procesos de auditoría interna, externa y otros que se formulen en el área de Hospitalización; y que se refieran a deficiencias en la Gestión, la atención del usuario, trato digno y seguridad del paciente.
- g) Promover los Procesos de capacitación, evaluación y certificación de competencias de las personas con base en Estándares.
- h) Aprobar documentación estratégica u operativa del Sistema de Gestión por Procesos del área de Hospitalización y de cualquier modificación que se presente.
- i) Tomar decisiones respecto al desarrollo, implementación y mejora continua del Sistema de Gestión por Procesos en el área de Hospitalización en lo referente a recursos, entrenamiento de personal, capacitaciones, aprobación de programas y de actividades recomendadas por la Dirección o por otros miembros del Comité.



## 5 Descripción de puestos del Comité de Gestión por Procesos

El comité contará con 4 funcionarios que serán los encargados de dirigir y coordinar las actividades concernientes al comité, así como las convocatorias y agendas a desarrollarse en las sesiones, y supervisar las actividades encomendadas a los otros miembros del comité.



### 5.1 Coordinador de Comité

#### Objetivo del cargo:

Coordinar y liderar la implementación y seguimiento del Sistema de Gestión por Procesos en las áreas de Hospitalización en el Tercer Nivel de Atención del MINSAL, con el fin de aprobar todos los recursos requeridos y ser el representante directo de la alta dirección.

#### Principales responsabilidades.

- 1) Hacer cumplir la Política de Gestión, que sea entendida y aplicada por todos los niveles en el área de Hospitalización, incluidas unidades externas a las cuales se les presentaran recomendaciones.
- 2) Convocar y dirigir las reuniones ordinarias y extraordinarias.
- 3) Planificar y aprobar la agenda de reuniones.
- 4) Lograr acuerdos y conclusiones en cada reunión, que serán plasmados en documentos.
- 5) Resolver sobre los asuntos ordinarios que no requieran aprobación del pleno del Comité

- 6) Cumplir con los acuerdos tomados e informar a los involucrados.
- 7) Vigilar, como Representante de la Dirección, la efectividad y eficiencia de todos los Procesos que intervienen en la prestación del servicio, así como aquellos involucrados en el mejoramiento continuo, del desempeño y de la Gestión.
- 8) Integrar las consideraciones de gestión a las actividades de operación y los nuevos proyectos enfocados en el mejoramiento del servicio prestado a los pacientes.
- 9) Proponer los Programas de Gestión para su revisión y aprobación.
- 10) Conducir las reuniones del Comité y aquellas de revisión por la Dirección.
- 11) Liderar y desarrollar equipos humanos a fin de llevar a cabo las estrategias y metas fijadas.
- 12) Participar con otros órganos externos en asuntos relacionados al Comité de GPP.
- 13) Controlar la ejecución del Programa de Gestión y de las necesidades de mejora detectadas.
- 14) Coordinar la incorporación de los reglamentos bajo los que se rigen los Hospitales de Tercer Nivel e involucrar al área de Hospitalización
- 15) Calificar a los auditores internos de los Sistemas de Gestión, una vez implementado.
- 16) Controlar el desempeño de los encargados de la parte estratégica, operativa y de documentación del sistema de Gestión por Procesos.
- 17) Asegurar el compromiso de las jefaturas de cada servicio de Hospitalización con lo relacionado al Sistema de Gestión por Procesos.

**Responsabilidades directas:**

- 1) Encargado de planeamiento y control
- 2) Encargado de control operacional
- 3) Encargado de registros y documentación

**Reporte directo:** División médica.

**Requisitos obligatorios del Puesto:**

nivel de educación: Universitaria, completa.

Profesión / Carrera: Ingeniero Industrial, Administración de empresas, - Doctor en Medicina, con maestría en Gestión por proceso (obligatorio)

Titulación superior preferiblemente con un MBA o formación en dirección y gestión.

Experiencia requerida: 1 año en Gestión Hospitalaria.

**Requisitos deseables del Puesto:**

Idiomas: inglés.

Se valorará la experiencia en el ámbito de la dirección y gestión empresarial, institucional o de otras entidades de prestación de servicios hospitalarios.

**Habilidades:**

1. Liderazgo.
2. Comunicación oral y escrita, efectiva.
3. Motivación asertiva.
4. Pensamiento crítico e imparcial.
5. Compromiso y sentido de pertenencia.
6. Interés por el desarrollo del personal.

**Destrezas:**

1. Planeación.
2. Toma de decisiones.
3. Manejo de conflictos.
4. Control directivo.

**Otras competencias:**

1. Conocimientos de los Sistemas de Gestión de Calidad.
2. Liderar equipos estratégicos.
3. Proactivo en la búsqueda de cumplimientos de objetivos.
4. Efectivo para comunicar.
5. Conocimientos de auditorías, experiencia de preferencia.
6. Manejo de herramientas para la planeación.
7. Experiencia en implementación de proyectos.
8. Comprometido con el Hospital.

## 5.2 Encargado de gestión de ingreso

### **Objetivo del cargo:**

Coordinar y liderar la implementación y seguimiento del Sistema de Gestión por Procesos en el subproceso de Gestión de Ingreso, del área de Hospitalización en el Tercer Nivel de Atención del MINSAL, con el fin de aprobar todos los recursos requeridos y ser el representante directo de la alta dirección.

### **Principales responsabilidades.**

- 1) Hacer cumplir la Política de Gestión en el Subproceso de Gestión de Ingreso, y los procedimientos contenidos en él, que sea entendida y aplicada por todos los niveles del personal, incluidas unidades externas a las cuales se les presentaran recomendaciones.
- 2) Asistir y participar a las reuniones ordinarias y extraordinarias.
- 3) Cumplir la agenda de reuniones.
- 4) Lograr acuerdos y conclusiones en cada reunión, que serán plasmados en documentos.
- 5) Resolver sobre los asuntos ordinarios que no requieran aprobación del pleno del Comité.
- 6) Cumplir con los acuerdos tomados e informar a los involucrados.
- 7) Vigilar, como Representante de la Dirección, la efectividad y eficiencia de todos los Procesos que intervienen en la prestación del servicio, así como aquellos involucrados en el mejoramiento continuo, del desempeño y de la Gestión.
- 8) Integrar las consideraciones de gestión a las actividades de operación del subproceso de quien es encargado, además de inducir al cumplimiento de los nuevos proyectos enfocados en el mejoramiento del servicio prestado a los pacientes.
- 9) Proponer cambios enfocados al fortalecimiento de los Programas de Gestión para su revisión y aprobación.
- 10) Conducir las reuniones del Comité y aquellas de revisión por la Dirección, cuando esto sea pertinente según la agenda o sea solicitado por el Coordinador o Dirección.
- 11) Liderar y desarrollar equipos humanos del proceso del que está a cargo, a fin de llevar a cabo las estrategias y metas fijadas.
- 12) Participar con otros órganos externos en asuntos relacionados al Comité de GPP.
- 13) Controlar la ejecución del Programa de Gestión y de las necesidades de mejora detectadas en el subproceso del que está a cargo.
- 14) Coordinar la incorporación de los reglamentos bajo los que se rigen los Hospitales de Tercer Nivel e involucrar al área de Hospitalización en el subproceso del que está a cargo.
- 15) Coordinar y facilitar el desarrollo de las auditorías del Sistemas de Gestión, respetando el cronograma en que estas se planifican y fomentando a que el personal involucrado en el subproceso proporcione la información requerida por los auditores.

- 16) Controlar el desempeño de los responsables de las actividades de la parte estratégica, operativa y de documentación del sistema de Gestión por Procesos.
- 17) Asegurar el compromiso de las jefaturas de cada servicio de Hospitalización con lo relacionado al Sistema de Gestión por Procesos.

**Responsabilidades directas:**

- 1) Encargado de planeamiento, ejecución y control.
- 2) Encargado de control operacional.
- 3) Encargado de Recopilación de registros y creación de documentación.

**Reporte directo:** Coordinador del Comité de Gestión por proceso.

**Requisitos obligatorios del Puesto:**

- nivel de educación: Universitaria, completa.
- Profesión / Carrera: Licenciatura en enfermería o carreras afines.
- Conocimiento de temas relacionados a dirección, Gestión por Procesos o gestión hospitalaria.
- Experiencia requerida: 2 años.

**Requisitos deseables del Puesto:**

- Idiomas: inglés.
- Se valorará la experiencia en el ámbito de la dirección y gestión empresarial, institucional o de otras entidades de prestación de servicios de atención hospitalaria.

**Habilidades:**

1. Liderazgo.
2. Comunicación oral y escrita, efectiva.
3. Motivación asertiva.
4. Pensamiento crítico e imparcial.
5. Compromiso y sentido de pertenencia.

**Destrezas:**

1. Planeación.
2. Toma de decisiones.
3. Manejo de conflictos.
4. Control directivo.

**Otras competencias:**

1. Conocimientos de los Sistemas de Gestión de Calidad.
2. Liderar equipos estratégicos.
3. Proactivo en la búsqueda de cumplimientos de objetivos.
4. Efectivo para comunicar.
5. Conocimientos de auditorías, experiencia de preferencia.

6. Manejo de herramientas para la planeación.
7. Experiencia en implementación de proyectos.
8. Comprometido con el Hospital.

### 5.3 Encargado de Subproceso gestión de camas

#### **Objetivo del cargo:**

Coordinar y liderar la implementación y seguimiento del Sistema de Gestión por Procesos en el subproceso de Gestión de Camas, del área de Hospitalización en el Tercer Nivel de Atención del MINSAL, con el fin de aprobar todos los recursos requeridos y ser el representante directo de la alta dirección.

#### **Principales responsabilidades.**

- 1) Hacer cumplir la Política de Gestión en el Subproceso de Gestión de Camas, y los procedimientos contenidos en él, que sea entendida y aplicada por todos los niveles del personal, incluidas unidades externas a las cuales se les presentaran recomendaciones.
- 2) Asistir y participar a las reuniones ordinarias y extraordinarias.
- 3) Cumplir la agenda de reuniones.
- 4) Lograr acuerdos y conclusiones en cada reunión, que serán plasmados en documentos.
- 5) Resolver sobre los asuntos ordinarios que no requieran aprobación del pleno del Comité.
- 6) Cumplir con los acuerdos tomados e informar a los involucrados.
- 7) Vigilar, como Representante de la Dirección, la efectividad y eficiencia de todos los Procesos que intervienen en la prestación del servicio, así como aquellos involucrados en el mejoramiento continuo, del desempeño y de la Gestión.
- 8) Integrar las consideraciones de gestión a las actividades de operación del subproceso de quien es encargado, además de inducir al cumplimiento de los nuevos proyectos enfocados en el mejoramiento del servicio prestado a los pacientes.
- 9) Proponer cambios enfocados al fortalecimiento de los Programas de Gestión para su revisión y aprobación.
- 10) Conducir las reuniones del Comité y aquellas de revisión por la Dirección, cuando esto sea pertinente según la agenda o sea solicitado por el Coordinador o Dirección.
- 11) Liderar y desarrollar equipos humanos del proceso del que está a cargo, a fin de llevar a cabo las estrategias y metas fijadas.
- 12) Participar con otros órganos externos en asuntos relacionados al Comité de GPP.
- 13) Controlar la ejecución del Programa de Gestión y de las necesidades de mejora detectadas en el subproceso del que está a cargo.
- 14) Coordinar la incorporación de los reglamentos bajo los que se rigen los Hospitales de Tercer Nivel e involucrar al área de Hospitalización en el subproceso del que está a cargo.

- 15) Coordinar y facilitar el desarrollo de las auditorías del Sistemas de Gestión, respetando el cronograma en que estas se planifican y fomentando a que el personal involucrado en el subproceso proporcione la información requerida por los auditores.
- 16) Controlar el desempeño de los responsables de las actividades de la parte estratégica, operativa y de documentación del sistema de Gestión por Procesos.
- 17) Asegurar el compromiso de las jefaturas de cada servicio de Hospitalización con lo relacionado al Sistema de Gestión por Procesos.

**Responsabilidades directas:**

- 1) Encargado de planeamiento, ejecución y control.
- 2) Encargado de control operacional.
- 3) Encargado de Recopilación de registros y creación de documentación.

**Reporte directo:** Coordinador del Comité de Gestión por proceso.

**Requisitos obligatorios del Puesto:**

- nivel de educación: Universitaria, completa.
- Profesión / Carrera: Licenciatura en enfermería o carreras afines.
- Conocimiento de temas relacionados a dirección, Gestión por Procesos o gestión hospitalaria.
- Experiencia: no requerida.

**Requisitos deseables del Puesto:**

- Idiomas: inglés.
- Se valorará la experiencia en el ámbito de la dirección y gestión empresarial, institucional o de otras entidades de prestación de servicios hospitalarios.

**Habilidades:**

1. Liderazgo.
2. Comunicación oral y escrita, efectiva.
3. Motivación asertiva.
4. Pensamiento crítico e imparcial.
5. Compromiso y sentido de pertenencia.

**Destrezas:**

1. Planeación.
2. Toma de decisiones.
3. Manejo de conflictos.
4. Control directivo.

**Otras competencias:**

1. Conocimientos de los Sistemas de Gestión de Calidad.
2. Liderar equipos estratégicos.

3. Proactivo en la búsqueda de cumplimientos de objetivos.
4. Efectivo para comunicar.
5. Conocimientos de auditorías, experiencia de preferencia.
6. Manejo de herramientas para la planeación.
7. Experiencia en implementación de proyectos.
8. Comprometido con el Hospital.

## 5.4 Encargado de Subproceso Evaluación médica

### **Objetivo del cargo:**

Coordinar y liderar la implementación y seguimiento del Sistema de Gestión por Procesos en el subproceso de Evaluación Médica, del área de Hospitalización en el Tercer Nivel de Atención del MINSAL, con el fin de aprobar todos los recursos requeridos y ser el representante directo de la alta dirección.

### **Principales responsabilidades.**

- 1) Hacer cumplir la Política de Gestión en el Subproceso de Evaluación Médica, y los procedimientos contenidos en él, que sea entendida y aplicada por todos los niveles del personal, incluidas unidades externas a las cuales se les presentaran recomendaciones.
- 2) Asistir y participar a las reuniones ordinarias y extraordinarias.
- 3) Cumplir la agenda de reuniones.
- 4) Lograr acuerdos y conclusiones en cada reunión, que serán plasmados en documentos.
- 5) Resolver sobre los asuntos ordinarios que no requieran aprobación del pleno del Comité.
- 6) Cumplir con los acuerdos tomados e informar a los involucrados.
- 7) Vigilar, como Representante de la Dirección, la efectividad y eficiencia de todos los Procesos que intervienen en la prestación del servicio, así como aquellos involucrados en el mejoramiento continuo, del desempeño y de la Gestión.
- 8) Integrar las consideraciones de gestión a las actividades de operación del subproceso de quien es encargado, además de inducir al cumplimiento de los nuevos proyectos enfocados en el mejoramiento del servicio prestado a los pacientes.
- 9) Proponer cambios enfocados al fortalecimiento de los Programas de Gestión para su revisión y aprobación.
- 10) Conducir las reuniones del Comité y aquellas de revisión por la Dirección, cuando esto sea pertinente según la agenda o sea solicitado por el Coordinador o Dirección.
- 11) Liderar y desarrollar equipos humanos del proceso del que está a cargo, a fin de llevar a cabo las estrategias y metas fijadas.
- 12) Participar con otros órganos externos en asuntos relacionados al Comité de GPP.
- 13) Controlar la ejecución del Programa de Gestión y de las necesidades de mejora detectadas en el subproceso del que está a cargo.



- 14) Coordinar la incorporación de los reglamentos bajo los que se rigen los Hospitales de Tercer Nivel e involucrar al área de Hospitalización en el subproceso del que está a cargo.
- 15) Coordinar y facilitar el desarrollo de las auditorías del Sistemas de Gestión, respetando el cronograma en que estas se planifican y fomentando a que el personal involucrado en el subproceso proporcione la información requerida por los auditores.
- 16) Controlar el desempeño de los responsables de las actividades de la parte estratégica, operativa y de documentación del sistema de Gestión por Procesos.
- 17) Asegurar el compromiso de las jefaturas de cada servicio de Hospitalización con lo relacionado al Sistema de Gestión por Procesos.

**Responsabilidades directas:**

- 1) Encargado de planeamiento, ejecución y control.
- 2) Encargado de control operacional.
- 3) Encargado de Recopilación de registros y creación de documentación.

**Reporte directo:** Coordinador del Comité de Gestión por proceso.

**Requisitos obligatorios del Puesto:**

- nivel de educación: Universitaria, completa.
- Profesión / Carrera: Doctor en Medicina o carreras afines.
- Conocimiento de temas relacionados a dirección y Gestión por Procesos o gestión hospitalaria.
- Experiencia requerida: 3 años.

**Requisitos deseables del Puesto:**

- Idiomas: inglés.
- Se valorará la experiencia en el ámbito de la dirección y gestión empresarial, institucional o de otras entidades de prestación de servicios hospitalarios.

**Habilidades:**

1. Liderazgo.
2. Comunicación oral y escrita, efectiva.
3. Motivación asertiva.
4. Pensamiento crítico e imparcial.
5. Compromiso y sentido de pertenencia.

**Destrezas:**

1. Planeación.
2. Toma de decisiones.
3. Manejo de conflictos.
4. Control directivo.

**Otras competencias:**

1. Conocimientos de los Sistemas de Gestión de Calidad.
2. Liderar equipos estratégicos.
3. Proactivo en la búsqueda de cumplimientos de objetivos.
4. Efectivo para comunicar.
5. Conocimientos de auditorías, experiencia de preferencia.
6. Manejo de herramientas para la planeación.
7. Experiencia en implementación de proyectos.
8. Comprometido con el Hospital.

## 5.5 Encargado de gestión de indicaciones

### **Objetivo del cargo:**

Coordinar y liderar la implementación y seguimiento del Sistema de Gestión por Procesos en el subproceso Gestión de Indicaciones, del área de Hospitalización en el Tercer Nivel de Atención del MINSAL, con el fin de aprobar todos los recursos requeridos y ser el representante directo de la alta dirección.

### **Principales responsabilidades.**

- 1) Hacer cumplir la Política de Gestión en el Subproceso de Gestión de Indicaciones, y los procedimientos contenidos en él, que sea entendida y aplicada por todos los niveles del personal, incluidas unidades externas a las cuales se les presentaran recomendaciones.
- 2) Asistir y participar a las reuniones ordinarias y extraordinarias.
- 3) Cumplir la agenda de reuniones.
- 4) Lograr acuerdos y conclusiones en cada reunión, que serán plasmados en documentos.
- 5) Resolver sobre los asuntos ordinarios que no requieran aprobación del pleno del Comité.
- 6) Cumplir con los acuerdos tomados e informar a los involucrados.
- 7) Vigilar, como Representante de la Dirección, la efectividad y eficiencia de todos los Procesos que intervienen en la prestación del servicio, así como aquellos involucrados en el mejoramiento continuo, del desempeño y de la Gestión.
- 8) Integrar las consideraciones de gestión a las actividades de operación del subproceso de quien es encargado, además de inducir al cumplimiento de los nuevos proyectos enfocados en el mejoramiento del servicio prestado a los pacientes.
- 9) Proponer cambios enfocados al fortalecimiento de los Programas de Gestión para su revisión y aprobación.
- 10) Conducir las reuniones del Comité y aquellas de revisión por la Dirección, cuando esto sea pertinente según la agenda o sea solicitado por el Coordinador o Dirección.
- 11) Liderar y desarrollar equipos humanos del proceso del que está a cargo, a fin de llevar a cabo las estrategias y metas fijadas.
- 12) Participar con otros órganos externos en asuntos relacionados al Comité de GPP.
- 13) Controlar la ejecución del Programa de Gestión y de las necesidades de mejora detectadas en el subproceso del que está a cargo.

- 14) Coordinar la incorporación de los reglamentos bajo los que se rigen los Hospitales de Tercer Nivel e involucrar al área de Hospitalización en el subproceso del que está a cargo.
- 15) Coordinar y facilitar el desarrollo de las auditorías del Sistemas de Gestión, respetando el cronograma en que estas se planifican y fomentando a que el personal involucrado en el subproceso proporcione la información requerida por los auditores.
- 16) Controlar el desempeño de los responsables de las actividades de la parte estratégica, operativa y de documentación del sistema de Gestión por Procesos.
- 17) Asegurar el compromiso de las jefaturas de cada servicio de Hospitalización con lo relacionado al Sistema de Gestión por Procesos.

**Responsabilidades directas:**

- 1) Encargado de planeamiento, ejecución y control.
- 2) Encargado de control operacional.
- 3) Encargado de Recopilación de registros y creación de documentación.

**Reporte directo:** Coordinador del Comité de Gestión por proceso.

**Requisitos obligatorios del Puesto:**

- nivel de educación: Universitaria, completa.
- Profesión / Carrera: Licenciatura en enfermería o carreras afines.
- Conocimiento de temas relacionados a dirección y Gestión por Procesos o gestión hospitalaria.
- Experiencia requerida: 3 años.

**Requisitos deseables del Puesto:**

- Idiomas: inglés.
- Se valorará la experiencia en el ámbito de la dirección y gestión empresarial, institucional o de otras entidades de prestación de servicios hospitalarios.

**Habilidades:**

1. Liderazgo.
2. Comunicación oral y escrita, efectiva.
3. Motivación asertiva.
4. Pensamiento crítico e imparcial.
5. Compromiso y sentido de pertenencia.

**Destrezas:**

1. Planeación.
2. Toma de decisiones.
3. Manejo de conflictos.
4. Control directivo.

**Otras competencias:**

1. Conocimientos de los Sistemas de Gestión de Calidad.

2. Liderar equipos estratégicos.
3. Proactivo en la búsqueda de cumplimientos de objetivos.
4. Efectivo para comunicar.
5. Conocimientos de auditorías, experiencia de preferencia.
6. Manejo de herramientas para la planeación.
7. Experiencia en implementación de proyectos.
8. Comprometido con el Hospital.

## 5.6 Encargado de Subproceso Atención de enfermería

### **Objetivo del cargo:**

Coordinar y liderar la implementación y seguimiento del Sistema de Gestión por Procesos en el subproceso Atención de enfermería, del área de Hospitalización en el Tercer Nivel de Atención del MINSAL, con el fin de aprobar todos los recursos requeridos y ser el representante directo de la alta dirección.

### **Principales responsabilidades.**

- 1) Hacer cumplir la Política de Gestión en el Subproceso de Atención de enfermería, y los procedimientos contenidos en él, que sea entendida y aplicada por todos los niveles del personal, incluidas unidades externas a las cuales se les presentaran recomendaciones.
- 2) Asistir y participar a las reuniones ordinarias y extraordinarias.
- 3) Cumplir la agenda de reuniones.
- 4) Lograr acuerdos y conclusiones en cada reunión, que serán plasmados en documentos.
- 5) Resolver sobre los asuntos ordinarios que no requieran aprobación del pleno del Comité.
- 6) Cumplir con los acuerdos tomados e informar a los involucrados.
- 7) Vigilar, como Representante de la Dirección, la efectividad y eficiencia de todos los Procesos que intervienen en la prestación del servicio, así como aquellos involucrados en el mejoramiento continuo, del desempeño y de la Gestión.
- 8) Integrar las consideraciones de gestión a las actividades de operación del subproceso de quien es encargado, además de inducir al cumplimiento de los nuevos proyectos enfocados en el mejoramiento del servicio prestado a los pacientes.
- 9) Proponer cambios enfocados al fortalecimiento de los Programas de Gestión para su revisión y aprobación.
- 10) Conducir las reuniones del Comité y aquellas de revisión por la Dirección, cuando esto sea pertinente según la agenda o sea solicitado por el Coordinador o Dirección.
- 11) Liderar y desarrollar equipos humanos del proceso del que está a cargo, a fin de llevar a cabo las estrategias y metas fijadas.
- 12) Participar con otros órganos externos en asuntos relacionados al Comité de GPP.
- 13) Controlar la ejecución del Programa de Gestión y de las necesidades de mejora detectadas en el subproceso del que está a cargo.

- 14) Coordinar la incorporación de los reglamentos bajo los que se rigen los Hospitales de Tercer Nivel e involucrar al área de Hospitalización en el subproceso del que está a cargo.
- 15) Coordinar y facilitar el desarrollo de las auditorías del Sistemas de Gestión, respetando el cronograma en que estas se planifican y fomentando a que el personal involucrado en el subproceso proporcione la información requerida por los auditores.
- 16) Controlar el desempeño de los responsables de las actividades de la parte estratégica, operativa y de documentación del sistema de Gestión por Procesos.
- 17) Asegurar el compromiso de las jefaturas de cada servicio de Hospitalización con lo relacionado al Sistema de Gestión por Procesos.

**Responsabilidades directas:**

- 1) Encargado de planeamiento, ejecución y control.
- 2) Encargado de control operacional.
- 3) Encargado de Recopilación de registros y creación de documentación.

**Reporte directo:** Coordinador del Comité de Gestión por proceso.

**Requisitos obligatorios del Puesto:**

- nivel de educación: Universitaria, completa.
- Profesión / Carrera: Licenciatura en enfermería o carreras afines.
- Conocimiento de temas relacionados a dirección y Gestión por Procesos o gestión hospitalaria.
- Experiencia requerida: 3 años.

**Requisitos deseables del Puesto:**

- Idiomas: inglés.
- Se valorará la experiencia en el ámbito de la dirección y gestión empresarial, institucional o de otras entidades de prestación de servicios hospitalarios.

**Habilidades:**

1. Liderazgo.
2. Comunicación oral y escrita, efectiva.
3. Motivación asertiva.
4. Pensamiento crítico e imparcial.
5. Compromiso y sentido de pertenencia.

**Destrezas:**

1. Planeación.
2. Toma de decisiones.
3. Manejo de conflictos.
4. Control directivo.

**Otras competencias:**

1. Conocimientos de los Sistemas de Gestión de Calidad.

2. Liderar equipos estratégicos.
3. Proactivo en la búsqueda de cumplimientos de objetivos.
4. Efectivo para comunicar.
5. Conocimientos de auditorías, experiencia de preferencia.
6. Manejo de herramientas para la planeación.
7. Experiencia en implementación de proyectos.
8. Comprometido con el Hospital.

## 5.7 Encargado de Subproceso Gestión de alta médica

### **Objetivo del cargo:**

Coordinar y liderar la implementación y seguimiento del Sistema de Gestión por Procesos en el subproceso Gestión de Alta médica, del área de Hospitalización en el Tercer Nivel de Atención del MINSAL, con el fin de aprobar todos los recursos requeridos y ser el representante directo de la alta dirección.

### **Principales responsabilidades.**

- 1) Hacer cumplir la Política de Gestión en el Subproceso de Atención de enfermería, y los procedimientos contenidos en él, que sea entendida y aplicada por todos los niveles del personal, incluidas unidades externas a las cuales se les presentaran recomendaciones.
- 2) Asistir y participar a las reuniones ordinarias y extraordinarias.
- 3) Cumplir la agenda de reuniones.
- 4) Plantear en las reuniones la modificación de la agenda, solicitando la inclusión de algún tema que lo consideren importante, el que será puesto a consideración de los demás integrantes del comité, quienes podrán aceptarlo o rechazarlo
- 5) Lograr acuerdos y conclusiones en cada reunión, que serán plasmados en documentos.
- 6) Resolver sobre los asuntos ordinarios que no requieran aprobación del pleno del Comité.
- 7) Cumplir con los acuerdos tomados e informar a los involucrados.
- 8) Vigilar, como Representante de la Dirección, la efectividad y eficiencia de todos los Procesos que intervienen en la prestación del servicio, así como aquellos involucrados en el mejoramiento continuo, del desempeño y de la Gestión.
- 9) Integrar las consideraciones de gestión a las actividades de operación del subproceso de quien es encargado, además de inducir al cumplimiento de los nuevos proyectos enfocados en el mejoramiento del servicio prestado a los pacientes.
- 10) Proponer cambios enfocados al fortalecimiento de los Programas de Gestión para su revisión y aprobación.
- 11) Conducir las reuniones del Comité y aquellas de revisión por la Dirección, cuando esto sea pertinente según la agenda o sea solicitado por el Coordinador o Dirección.
- 12) Liderar y desarrollar equipos humanos del proceso del que está a cargo, a fin de llevar a cabo las estrategias y metas fijadas.

- 13) Participar con otros órganos externos en asuntos relacionados al Comité de GPP.
- 14) Controlar la ejecución del Programa de Gestión y de las necesidades de mejora detectadas en el subproceso del que está a cargo.
- 15) Coordinar la incorporación de los reglamentos bajo los que se rigen los Hospitales de Tercer Nivel e involucrar al área de Hospitalización en el subproceso del que está a cargo.
- 16) Coordinar y facilitar el desarrollo de las auditorías del Sistemas de Gestión, respetando el cronograma en que estas se planifican y fomentando a que el personal involucrado en el subproceso proporcione la información requerida por los auditores.
- 17) Controlar el desempeño de los responsables de las actividades de la parte estratégica, operativa y de documentación del sistema de Gestión por Procesos.
- 18) Asegurar el compromiso de las jefaturas de cada servicio de Hospitalización con lo relacionado al Sistema de Gestión por Procesos.

**Responsabilidades directas:**

- 1) Encargado de planeamiento, ejecución y control.
- 2) Encargado de control operacional.
- 3) Encargado de Recopilación de registros y creación de documentación.

**Reporte directo:** Coordinador del Comité de Gestión por proceso.

**Requisitos obligatorios del Puesto:**

- nivel de educación: Universitaria, completa.
- Profesión / Carrera: Doctorado en medicina, Licenciatura en enfermería o carreras afines.
- Conocimiento de temas relacionados a dirección y Gestión por Procesos o gestión hospitalaria.
- Experiencia requerida: 3 años.

**Requisitos deseables del Puesto:**

- Idiomas: inglés.
- Se valorará la experiencia en el ámbito de la dirección y gestión empresarial, institucional o de otras entidades de prestación de servicios hospitalarios.

**Habilidades:**

1. Liderazgo.
2. Comunicación oral y escrita, efectiva.
3. Motivación asertiva.
4. Pensamiento crítico e imparcial.
5. Compromiso y sentido de pertenencia.

**Destrezas:**

1. Planeación.
2. Toma de decisiones.

3. Manejo de conflictos.
4. Control directivo.

**Otras competencias:**

1. Conocimientos de los Sistemas de Gestión de Calidad.
2. Liderar equipos estratégicos.
3. Proactivo en la búsqueda de cumplimientos de objetivos.
4. Efectivo para comunicar.
5. Conocimientos de auditorías, experiencia de preferencia.
6. Manejo de herramientas para la planeación.
7. Experiencia en implementación de proyectos.
8. Comprometido con el Hospital.

## 5.8 Integrantes del Comité

Otros miembros del Comité, serán los Jefes Médicos y Jefas de Enfermería, los cuales además de colaborar en las actividades que los Miembros principales del comité establezcan, tendrá una serie de responsabilidades que a continuación se detallan:

**Responsabilidades de otros Miembros del Comité:**

- a) Participar con voz y voto en las reuniones ordinarias y extraordinarias.
- b) Plantear en las reuniones la modificación de la agenda, solicitando la inclusión de algún tema que lo consideren importante, el que será puesto a consideración de los demás integrantes del comité, quienes podrán aceptarlo o rechazarlo.
- c) Asistir puntualmente a las reuniones y talleres que sean convocados.
- d) Informar a las autoridades de sus respectivos establecimientos de salud sobre lo tratado y resoluciones tomadas en cada una de las reuniones.
- e) Ser parte de los subcomités o grupos de trabajo que se conformen para realizar las acciones pertinentes que permitan dar seguimiento a temas específicos.
- f) Solicitar de ser necesario, asesoramiento técnico en temas específicos para el mejor cumplimiento de las funciones del Comité
- g) Asistir a las reuniones en conocimiento del contenido del acta de la reunión anterior, sus respectivos anexos, así como de cualquier documentación enviada.
- h) Cumplir en el plazo señalado los trabajos que el Comité encomendare.
- i) La inasistencia a la sesión, no exime del cumplimiento de las tareas encomendadas, de ahí la necesidad de la revisión del acta en donde se detallarán las actividades por realizarse.



## 6 Normas de operación

- 1) El Comité celebrará sesiones ordinarias de manera mensual el último martes de cada mes, debiendo establecer un calendario de sesiones en la primera reunión de cada año.
- 2) Sólo podrán cancelarse las sesiones, cuando no existan asuntos que tratar y/o cuando el Hospital este en alerta por epidemias, catástrofes o emergencias que exijan que el personal atienda dichas situaciones; en casos de fuerza mayor, en cuyo caso deberá darse aviso de la cancelación a los miembros del Comité, cuando menos con cuarenta y ocho horas de anticipación a la fecha prevista para su celebración
- 3) El Coordinador podrá convocar a sesiones extraordinarias, cuando se requiera crear, adecuar, modificar y/o resolver alguna problemática interna surgida en un lapso menor, las que deberán estar fundadas y motivadas y no implique justificar o corregir hechos ya consumados
- 4) Las sesiones se llevarán a cabo cuando asistan como mínimo la mitad más uno de los miembros con derecho a voto.
- 5) El comité debe realizar una agenda, con los puntos a tratar en la sesión, puntos pendientes para la próxima reunión y firmar el acta de sesión que contendrá la lista de asistencia de los miembros, cumplimiento de agenda, puntos acordados a ejecutar según lo hablado en el comité.
- 6) De los asuntos tratados se formularán los acuerdos correspondientes, los cuales se numerarán en orden progresivo para su ulterior seguimiento.

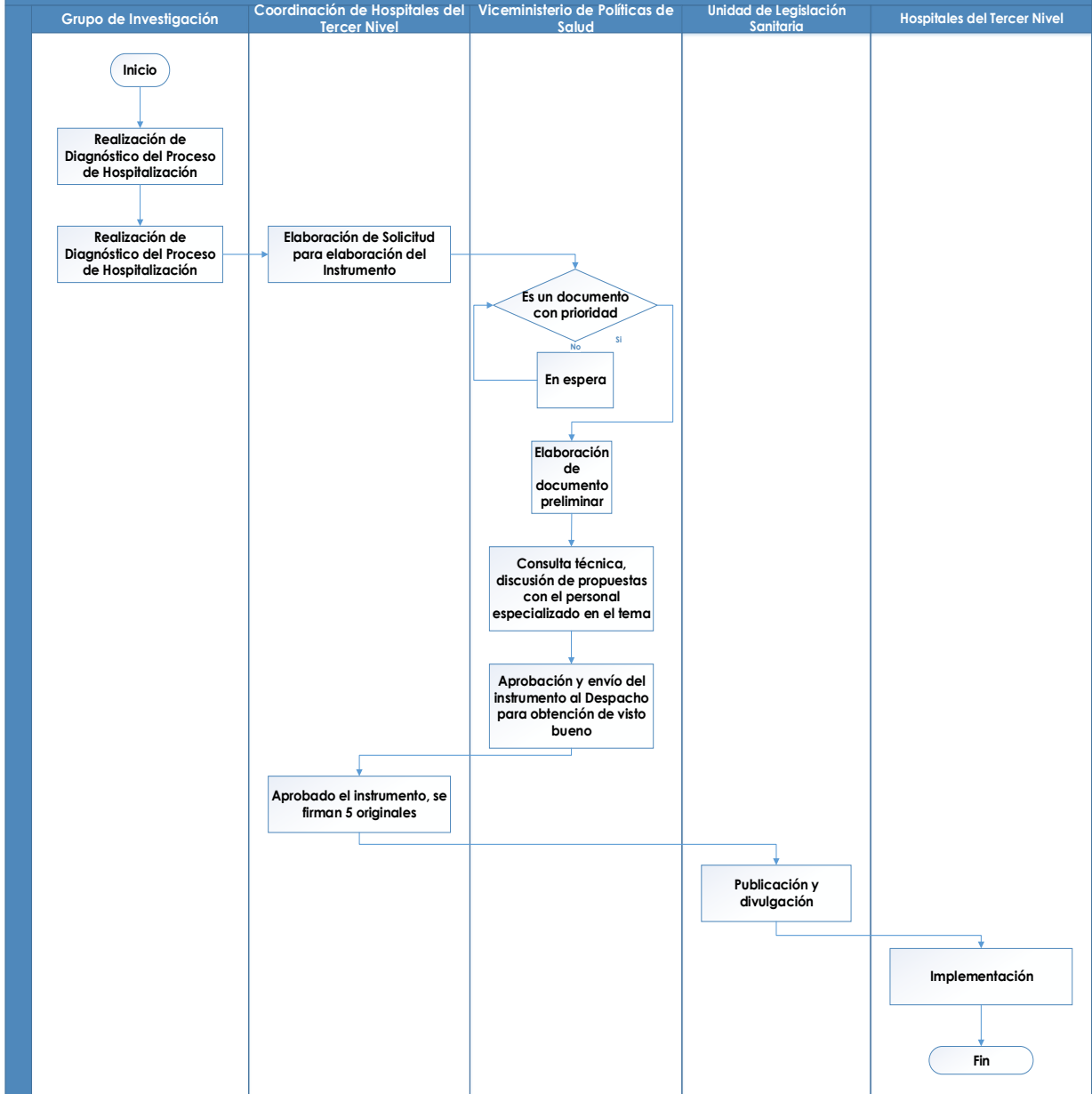
## 7 Procedimiento de Aprobación del Manual de Funciones del Comité de GPP

<b>Procedimiento descrito:</b>				
<b>No.</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>DESCRIPCION</b>	<b>EJECUTOR</b>	<b>TIEMPO (PLAZOS MÁXIMOS)</b>
6.	Elaboración de diagnóstico	Diagnóstico elaborado en la Investigación del Proceso misional de Hospitalización, por Grupo de Investigación de Estudiantes de la carrera de Ingeniería Industrial, de la UES en colaboración con la Coordinación de Hospitales de Tercer Nivel del MINSAL.	Grupo de Investigación	8 MESES
7.	Elaboración de Diseño	Grupo de Investigación presenta a Coordinación de Tercer Nivel la propuesta de diseño de documentos para el fortalecimiento del proceso de Hospitalización.	Grupo de Investigación	6 MESES
8.	Elaboración de solicitud calzada	La Coordinación de Tercer Nivel presentará solicitud con el tipo de instrumento que se quiere elaborar, determinando la fundamentación legal.	Coordinación del Tercer Nivel	1 DÍA
9.	Priorización de necesidades – prioridad del documento.	La priorización será establecida por el Viceministerio de Políticas de Salud o la Dirección de Regulación y Legislación en Salud.	Viceministerio de Políticas de Salud/Dirección de Regulación y Legislación en Salud.	INDEFINIDO
10.	Recopilación de información preliminar	Se retoman los insumos del diagnóstico, para recopilación de información documental necesaria que se utilizara en la elaboración del instrumento.		
11.	Elaboración de documento preliminar	Estructurar de manera general la propuesta de los grandes apartados, que contendrá el instrumento técnico jurídico; plan de Trabajo y cronograma. El plazo máximo para la elaboración del instrumento será de tres meses, salvo retraso debidamente justificado.	Viceministerio de Políticas de Salud.	3 MESES
12.	Consulta Técnica	Esta etapa conlleva la discusión de las propuestas de instrumentos técnicos jurídicos, con personal o profesionales especializados en el tema, a fin de evaluar su contenido, haciendo las	Viceministerio de Políticas de Salud, MINSAL	INDEFINIDO

		proposiciones y recomendaciones que permitan agregarlas al documento.		
13.	Aprobación, remisión a Despacho del Viceministerio de Políticas de Salud	Se enviará al Despacho del Viceministerio de Políticas de Salud, el instrumento debidamente revisado por parte de la Dirección de Regulación y Legislación en Salud, para obtener el visto bueno y posterior oficialización por parte del Titular.	Viceministerio de Políticas de Salud,	INDEFINIDO
14.	Firmas y copias	Una vez aprobado, los instrumentos que se legalicen a través de Acuerdo Ejecutivo, se deben solicitar al Titular, que firme cinco originales, de los cuales se entregará a: Recursos Humanos, a la dependencia interesada, Archivo Institucional, Dirección de Regulación y Legislación en Salud, para anexarlo al expediente respectivo, y otro para publicación en el Diario Oficial.	Coordinación de Tercer Nivel	1 DÍA
15.	Publicación y divulgación	Se realizará la gestión ante la Imprenta Nacional, para publicarlo en el Diario Oficial, cuando sea pertinente	Unidad de Legislación Sanitaria	INDEFINIDO
16.	Implementación	Implica la ejecución del instrumento regulatorio, por parte del personal del Ministerio y demás sujetos a los que se dirige el instrumento técnico jurídico. La Dirección de Regulación y Legislación en Salud colaborará con la instancia pertinente, para realizar Procesos de evaluación de conocimiento y aplicación de los instrumentos técnicos jurídicos.	Hospitales de Tercer Nivel del MINSAL	4 MESES

**Basado en el Documento oficial: LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA LA ELABORACIÓN Y PUBLICACIÓN DE INSTRUMENTOS TÉCNICOS JURÍDICOS, Agosto 2011.**

Procedimiento: Aprobación del Manual de Funciones del Comité



## 4 Medición y Control del Proceso

---

En el Diagnóstico de la Situación Actual, se identificó que el proceso presentaba deficiencia en relación con el control y seguimiento de las metas propuestas, ni de las actividades realizadas por el personal operativo.

El control de los Procesos es clave en el desarrollo del ciclo del proceso, pues permite identificar las áreas en las cuales se están teniendo carencias con el objetivo de emplear los recursos disponibles en las áreas identificadas para lograr un proceso de Hospitalización acorde a las metas establecidas



Para tener control de los Procesos en Hospitalización, se elabora un Manual de Auditoría, con el cual los integrantes del comité de gestión serán capaces de realizar el control de indicadores y darles seguimiento de manera de lograr la resolución correcta de las problemáticas que se presenten, además servirá para identificar al personal con iniciativa en la realización de sus funciones.

Una vez estructurada la manera como se realizara la auditoria en el servicio de Hospitalización, se presenta un sistema de indicadores que tendrá como principal objetivo proveer información al comité y la dirección de los diferentes Procesos, permitirá mayor eficiencia en la asignación de recursos, permitirá evaluar el desempeño de los mismos e incrementarla autonomía y responsabilidad en la toma de decisiones, y al apoyar en la toma de decisiones; ayudará a visualizar el margen de maniobra en la coordinación con los demás niveles

**Manual de Auditoría del Comité de Gestión por Procesos  
Hospitalización del Tercer Nivel de Atención  
MINSAL**



## **FICHA CATALOGRÁFICA**

2018 Ministerio de Salud

Todos los derechos reservados. Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra, siempre que se cite la fuente y que no sea para fines de lucro.

Es responsabilidad de los autores técnicos de este documento, tanto su contenido como los cuadros, diagramas e imágenes.

La documentación oficial del Ministerio de Salud puede ser consultada a través de:

<http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

Ministerio de Salud

Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 2202-7000. Página oficial:  
<http://www.salud.gob.sv>

## Contenido

Contenido .....	3
1 Introducción .....	4
2 Marco Jurídico .....	5
3 Objetivos .....	8
4 Funciones de la Auditoría en los Servicios de Hospitalización .....	9
5 Perfil del/a Auditor/a .....	10
6 Funciones Generales del/a Auditor/a .....	10
7 Principios éticos del/a auditor/a .....	11
8 Filosofía de la auditoría .....	12
9 Procedimiento de Auditoría .....	14
9.1 Fase de planificación .....	14
9.2 Fase de Ejecución .....	17
9.3 Fase de Informe .....	21
10 Procedimiento de Aprobación del Manual .....	24



## 1 Introducción

Para la implementación de la Gestión por Procesos en los servicios Hospitalarios de los Hospitales de Tercer Nivel de Atención del MINSAL, es necesario proponer mejoras a fin de obtener la correcta atención del paciente.

Teniendo en cuenta el control que se establece en la Gestión por Procesos y considerando que, para regular el funcionamiento de la Unidad de Auditoría Interna, y según lo establece el Manual de Auditoría Gubernamental emitido por la Corte de Cuentas de la República, se elabora el presente Manual que contiene las directrices generales para orientar a los Auditores Internos de los Servicios de Hospitalización en el Tercer Nivel de Atención del MINSAL, en la unificación de criterios para el desempeño de sus funciones, por consiguiente, no pretende sustituir el juicio profesional y experiencia.

El Manual de Auditoría es un documento integral que contiene en forma ordenada y sistemática las instrucciones e informaciones sobre procedimientos de cada una de las actividades que se realizan para ejecutar adecuadamente la auditoría en salud. El manual de auditoría programática es un recurso para aplicarlo en el terreno, en modo alguno, es una pieza inflexible o mecánica, por el contrario, debe ser punto de reparo para el desarrollo de intervenciones de auditoría que trasciendan sus contenidos; en ese sentido, en el futuro debe ser objeto de cambios, congruentes con el desarrollo de la institución y los nuevos paradigmas de gestión. Dicho documento cumple con el objetivo de auditar los principales componentes de la institución a los fines de consolidar la cultura de control, rendición de cuentas y disciplina que identifica a las organizaciones líderes. El manual de auditoría es un medio que impulsa el logro de objetivos programáticos y estratégicos enunciados en la misión, visión y valores institucionales.

El Manual de Auditoría Interna Institucional desarrolla temas relacionados en las Normas generales: Normas aplicables al auditor, Estatuto de la Unidad de Auditoría Interna, Administración de la actividad de Auditoría Interna, Aseguramiento y Mejora de la Calidad en la Auditoría; y en las Normas específicas: Aspectos generales de Auditoría Interna y las fases del proceso de auditoría: planificación, ejecución e informe; además se incluyen para efectos ilustrativos, formatos y ejemplos que se pueden considerar en el desarrollo de las actividades de la Unidad de Auditoría Interna.

Este documento se convierte en una herramienta técnica de cumplimiento de estas disposiciones en los Servicios de Hospitalización para los establecimientos de Tercer Nivel de la red del Ministerio de Salud, y para facilitar el desarrollo de sus funciones en los aspectos relacionados.

## 2 Marco Jurídico

Según el acuerdo N.º 288 se considera:

- I. Que conforme al artículo 41 numeral 4 del Código de Salud, corresponde al Ministerio de Salud, organizar, conducir y evaluar las actividades relacionadas con la salud, así como aplicar las normas propias de la materia de salud o de la deontología.
- II. Que la Reforma de Salud, iniciada con promulgación de la Política Nacional de Salud 2014- 2019, constituyen el marco base para responder de manera integral e integrada al acceso y calidad de los servicios públicos de salud, y dentro de la implementación de dicha Reforma, es necesaria una transformación de la estructura organizativa de los Hospitales que forma parte de la Red Pública, que conlleve un ordenamiento organizacional y funcional de todas sus dependencias, que contribuya de manera decidida al ejercicio pleno del Derecho Humano a la Salud.
- III. Que el Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud fue aprobado mediante Decreto Ejecutivo No. 55, del 10 de junio de 1996, publicado en el Diario Oficial No. 110, Tomo N.º 331, del 14 de junio del año antes citado, habiendo sido derogado mediante Decreto Ejecutivo N° 1, de fecha cuatro de enero de dos mil diecisiete, publicado en el Diario Oficial n°5, Tomo N° 414, del nueve de enero del corriente año; y,
- IV. Que dicho Reglamento no se ajustaba a las necesidades de funcionamiento de los Hospitales, por lo que se considera imprescindible la promulgación de un nuevo Reglamento General de Hospitales, que esté acorde a la Reforma de Salud con funcionamiento en las Redes Integrales e Integradas de Salud.

Por tanto, en uso de sus facultades constitucionales, ACUERDA el: REGLAMENTO GENERAL DE HOSPITALES DEL MINISTERIO DE SALUD, del cual se toman extractos para la conformación del comité de Gestión por Procesos y funciones que se le relacionen.

**Art. 1.-** El presente Reglamento tiene como objeto regular las atribuciones y funciones de los Hospitales Públicos del Ministerio de Salud, en adelante MINSAL; así como su organización y funcionamiento en el Sistema Integrado de Salud, en adelante SIS, en atención a las necesidades de salud de la población.

**Art. 4.-** El personal tanto de planta como en formación, son funcionarios o servidores públicos y como tales su actuar también se rige bajo las siguientes normativas:

1. Código de Salud,
2. Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud,
3. Ley de Corte de Cuentas de la República,
4. Ley de Ética Gubernamental,
5. Ley de Servicio Civil,
6. Ley de Protección Civil, Prevención y Mitigación de Desastres,
7. Normas Técnicas de Control Interno de la Corte de Cuentas de la República,

8. Ley de Medicamentos,

9. Ley de Asuetos, Vacaciones y Licencias de los Empleados Públicos, y

10. Políticas Institucionales, Normas, Reglamentos, Manuales de Procedimientos y Lineamientos del MINSAL y demás disposiciones legales aplicables.

**Art. 7.-** Los Hospitales están categorizados de la siguiente manera:

a) Hospitales de Segundo nivel de Atención: se subdividen en Hospitales Básicos, Departamentales y Regionales.

b) Hospitales de Tercer Nivel: son los de Referencia Nacional.

**Art. 11.-** Los hospitales de Tercer Nivel están bajo la Coordinación de Redes Complejas, la cual depende directamente del Viceministerio de Servicios de Salud.

Los Hospitales de Tercer Nivel cuentan con servicios de alta complejidad y son de referencia Nacional, entre ellos están:

a) Pediátrico: Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, el cual cuenta con especialidades médicas y quirúrgicas destinadas a la atención de la población de cero a doce años, y en casos especiales que defina un lineamiento específico, hasta dieciocho de años de edad.

b) Gineco-Obstétrico: Hospital Nacional de La Mujer “María Isabel Rodríguez”, el cual cuenta con especialidades para la atención Materno-Neonatal y sus subespecialidades.

c) Especializado para la atención de la adultez y adolescencia: Hospital Nacional Rosales, cuenta con la atención en especialidades médico-quirúrgicas, destinadas a la atención de la población mayor de doce años de edad.

Además del criterio de prestación de servicios, se categorizan como Hospitales Escuela, aquellos que realizan formación de especialistas, bajo la conducción del hospital y a partir de los Convenios que suscriba el MINSAL con Instituciones Educativas en el área de la salud.

**Art. 37.-** El Consejo Estratégico de Gestión del Hospital es el órgano presidido por el director, para apoyar y participar en el diseño, planificación, implementación, control y evaluación de las Políticas, Estrategias y Programas de la institución

**Art. 39.-** El Director del Hospital y el Consejo Estratégico de Gestión tienen además como órganos asesores, al Consejo Académico y a los Comités y Comisiones Permanentes y Temporales.

En lo referente a los Comités y Comisiones, sus integrantes serán nombrados por el director para el estudio o seguimiento de problemas o situaciones institucionales o de salud, para plantear propuestas de solución.

De la Auditoría:

**Art. 195.-** La auditoría médica como proceso de evaluación de la actuación del personal médico y otras actividades hospitalarias, está dirigida como método específico de control de la calidad de la asistencia médica, sustentándose en indicadores y requisitos que se deben establecer en la normativa que para tal fin emita el MINSAL.

**Art. 196.-** Cada Hospital debe conformar un Comité de Auditoría Médica, cuyos miembros serán aprobados o revocados por el Director, que será el encargado de su preparación y certificación, en coordinación con el Comité local y central de calidad Hospitalaria.

**Art. 197.-** El equipo auditor está constituido por un Jefe y grupo de apoyo, además podrán ser convocados cuantos miembros adjuntos se consideren necesarios, según el alcance de la auditoría.

Debe estar integrado por profesionales con capacidad científico-técnica demostrada, integralidad y prestigio profesional.

**Art. 198.-** Hospital tendrá su Plan anual de auditorías, y serán presentados los resultados al Consejo de Estratégico de Gestión. La periodicidad de renovación o ratificación de los miembros del equipo médico auditor quedará a consideración de cada Centro Hospitalario.

**Art. 199.-** Los Hospitales recibirán auditorías externas por equipos integrados a tales efectos por el MINSAL.

## 3 Objetivos

### Objetivos Del Manual

#### 3. General:

Proveer un documento de aplicación práctica que oriente al desenvolvimiento del trabajo profesional de la Auditoría Interna, en concordancia con las Normas de Auditoría Interna del Sector Gubernamental, facilitando el conocimiento de los Procesos por auditar, estableciendo los objetivos y metodología para el desarrollo de la gestión clínica como las vinculadas a indicadores que miden la calidad durante la entrega de servicios, Procesos de calidad institucional.

#### 4. Específicos:

- a) Unificar criterios en la aplicación de procedimientos para desarrollar la auditoría gubernamental, por parte de la Unidad de Auditoría Interna.
- b) Proveer ayuda práctica y ágil de consulta sobre los aspectos técnicos relativos al ejercicio de la Auditoría Interna
- c) Describir las herramientas de auditoría que apoyan las actividades de control y estandarización de productos y servicios de la institución.
- d) Promover la cultura de calidad, disciplina y control de los Procesos de la institución.

### **Ámbito de aplicación**

El presente manual será aplicado en todos los Procesos de auditorías internas y externas de los Servicios de Hospitalización del Tercer Nivel de Atención del MINSAL, como herramienta de control, será utilizado para auditar los Procesos de atención al paciente, el desempeño de los Procesos y procedimientos y la gestión de los Servicios.

### **Alcance General**

El Manual de Auditoría es una herramienta de apoyo a los auditores en el desempeño de actividades de monitoreo de Procesos, vigilancia de indicadores, presentación de informes y análisis de situación de Servicios de Hospitalización del Tercer Nivel de Atención del MINSAL.

## 4 Funciones de la Auditoría en los Servicios de Hospitalización

Cuando una auditoría se refiera a aspectos operacionales o de gestión, este consistirá en el examen y evaluación de la gestión realizada por el área auditada, respecto al proceso o aspecto examinado, para determinar según corresponda, la eficacia, eficiencia, efectividad, excelencia, equidad y economía, en el cumplimiento de objetivos, metas o productos.

El proceso de auditoría comprende las siguientes fases:

- a) Planificación.
- b) Ejecución.
- c) Informe.
- d) Seguimiento

A continuación, se presenta la distribución de las funciones en una Unidad de Auditoría Interna, respecto a la planificación anual del trabajo y a las cuatro fases del proceso de auditoría, las cuales variarán de acuerdo a la naturaleza de cada área a examinar y la cantidad de personal que se tenga:

### **Fase de Planificación**

1. Asignación de auditoría y designación del personal
2. Elaboración del Programa de Planificación
3. Desarrollo de procedimientos de planificación
4. Supervisión y revisión de documentos de auditoría y resultados obtenidos en la planificación
5. Elaboración de Memorando de Planificación y programas de ejecución.
6. Aprobación de Memorando de Planificación y programas de ejecución

### **Fase de Ejecución**

1. Ejecución de programa de auditoría.
2. Determinación del tamaño de la muestra.
3. Supervisión, revisión de documentos de auditoría.
4. Resultados obtenidos en la ejecución y comunicación preliminar.
5. Redacción de hallazgos.
6. Revisión de la comunicación preliminar y de hallazgos.
7. Conclusión sobre los resultados obtenidos en área, proceso o aspecto examinado.

### **Fase de Informe**

1. Elaboración de Borrador de Informe
2. Revisión y aprobación del Borrador de Informe
3. Convocatoria a Lectura de Borrador de Informe.
4. Lectura de Borrador de Informe.
5. Elaboración de acta de Lectura de Borrador de Informe
6. Análisis de comentarios de la administración, después de la lectura del Borrador de Informe
7. Elaboración de Informe de Auditoría.

### **Fase de Seguimiento**

1. De Acuerdo a lo presentado en el informe final de la auditoría

## 5 Perfil del/a Auditor/a

1. Ser profesional de la salud.
2. Tener inquebrantables principios éticos y morales.
3. Gozar de respeto como persona y como profesional. Ser respetado y dar razones.
4. Tener conocimiento específico del área objeto de la auditoría y, por lo tanto, manejar adecuadamente los criterios generales para la atención.
5. Tener formación como evaluador y como auditor, y estar respaldado por sólidas bases técnicas en ese campo.
6. Poseer experiencia administrativa y clara visión general.
7. Ser crítico, conciliador, ecuánime y tener un alto sentido de la justicia.
8. Manejar excelentes relaciones de respeto, con los profesionales y con las entidades.
9. Tener habilidad y capacidad para trabajar en equipo.

## 6 Funciones Generales del/a Auditor/a

1. Verificar los derechos del cliente: periodos de carencia, preexistencias, exclusiones, autorizaciones, entre otros.
2. Si es posible, visitar la totalidad o cuando menos un porcentaje importante de los/as pacientes hospitalizados/as, y presentarse ante ellos/as como auditor/a clínico/a de la entidad para la cual presta sus servicios.
3. Comprobar el cumplimiento, por parte de la entidad del servicio, de las condiciones estructurales mínimas para garantizar la calidad de la atención.
4. Revisar los registros clínicos correspondientes a la atención de los y las clientes.
5. Examinar el cumplimiento de las normas técnico-clínicas del servicio, acciones y conductas del médico tratante, atención de enfermería, gestión de los otros profesionales.
6. Verificar las condiciones de la atención hospitalaria: habitación, medicamentos, alimentación, higiene, enfermería, servicios de apoyo, entre otros.
7. Comprobar el cumplimiento de los términos y de las cláusulas de los contratos de prestación de servicios, especialmente desde la óptica de las obligaciones técnico
8. Examinar si los registros clínicos son veraces y si contienen información completa, adecuada y legible.
9. Identificar las fallas o el incumplimiento de los atributos de calidad, en el proceso de atención clínica de pacientes o de usuarios/as de los servicios.
10. Recibir y tramitar las quejas de los y las clientes y de sus familias.
11. Verificar si los y las clientes reciben un trato humano y una atención personalizada.
12. Llevar un registro de los problemas identificados.

## 7 Principios éticos del/a auditor/a

### **El/a Auditor/a debe:**

1. Mantener su integridad y objetividad.
2. Ser independiente de quienes le han contratado y de aquellos a quienes sirve.
3. Anteponer ante cualquier interés el beneficio que, como producto de su trabajo, pueda generarse para los/as usuarios/as de las entidades asistenciales, en primer

lugar y en segundo orden, para los/as trabajadores de la salud y para las entidades a las que presta sus servicios

4. Ser honesto/a y diligente en el desempeño de sus deberes y responsabilidades.
5. Actuar siempre y en todos los aspectos con un alto sentido de la lealtad hacia la institución o hacia la persona a quien se está prestando los servicios.
6. Comprometerse a prestar únicamente aquellos servicios por los cuales razonablemente pueda garantizar alta competencia profesional.
7. Ser prudente en el uso de la información obtenida o generada como producto del desempeño de sus labores. La información será utilizada únicamente con el propósito de colaborar para mejorar la calidad de los servicios de salud.
8. Adecuarse a sus clientes, ser sincero/a, sensible, humano/a, justo en el cumplimiento de sus labores y servirles con sus mejores habilidades, con esfuerzo profesional y consciente de sus responsabilidades.
9. Observar las normas generales y técnicas de la profesión y esforzarse continuamente en mejorar su competencia y la calidad de su servicio.
10. Tener siempre en mente la obligación de mantener altos niveles de calidad, moralidad y dignidad en el ejercicio de su profesión.
11. Abstenerse de hacer comentarios sobre los hallazgos de los Procesos de auditoría que lleve a cabo.
12. Comportarse de tal manera que engrandezca a su profesión y a su habilidad en el cumplimiento adecuado de sus obligaciones.
13. Esforzarse continuamente por mejorar la calidad de sus servicios.
14. Informar seria, veraz y responsablemente los resultados de su gestión



## 8 Filosofía de la auditoría

**La Evidencia.** Es la razón de ser de la Auditoría. Está centrada en la recogida de las evidencias. Por lo tanto, debe obtenerse evidencia suficiente, competente y relevante para fundamentar razonablemente los hallazgos, las conclusiones y las recomendaciones que formulen los auditores respecto al organismo, programas, actividades o funciones que sea objeto de la auditoría.

**Cuidado debido del/a auditor/a.** Es importante dentro del concepto de auditoría, que la persona que realiza la auditoría sea exageradamente cuidadosa en el manejo de la información y de los datos y en especial en el comportamiento ético, como persona. Se debe actuar con el debido cuidado profesional al ejecutar la auditoría, incluyendo la aplicación correcta de criterios para determinar su alcance, obtener y evaluar la evidencia, planear las pruebas, seleccionar métodos, técnicas y demás procedimientos que deban aplicarse con ese propósito, presentar los resultados, conclusiones y recomendaciones en los informes.

**La presentación adecuada, los informes y la presentación personal de quien realiza la auditoría.** Es importante y rige dentro del concepto de la auditoría.

**La independencia.** Es importante que los y las auditores sean independientes y objetivos/as, libres de impedimentos en relación con el personal, actividades y operaciones de la entidad auditada. Se debe tener independencia mental frente al área o proceso a auditar.

**La conducta ética.** El/la auditor/a debe actuar de una manera ética, siguiendo todos los principios éticos y morales que rigen a la sociedad.

**La exposición.** Los resultados gerenciales deben exponerse en forma completa, así las decisiones serán las más adecuadas. Este principio se refiere a que no se puede dejar fuera del contexto algunas de las informaciones que sean relevantes, puede ocurrir y es probable que algunas personas utilicen esa estrategia dejando fuera del contexto algunas apreciaciones que se consideren importantes y esto no se observa en los principios de la auditoría, es decir, deben exponerse todas las informaciones en estos eventos.

**La uniformidad.** Consiste en que la base de la presentación de una información programática o de salud sea igual en diferentes periodos, lo cual permite la comparación; esto es algo importante a tener en cuenta, cuando se compara periodos diferentes, se puede incurrir en el error de comparar un semestre frente a un año completo, o el primer trimestre frente al último trimestre del mismo año. Por lo tanto, la idea es que los informes deben mantener una uniformidad.

**La importancia.** Se refiere a la representatividad que un valor, dato o cifra tenga dentro del conjunto analizado; su presentación debe referirse a aspectos importantes, recurrentes o de trascendencia para la organización. A veces se informa lo que no es importante y se deja de informar lo importante.

**La moderación.** Conocido también como el principio del conservadurismo. Es la prudencia con que debe manejarse la información, es lo que permite evaluar las decisiones a tomar se prefieran aquellas que favorezcan a la empresa a largo plazo, a esto se le ha conocido como el principio de la moderación.

**La comparación.** A través del análisis de comparación, el/la auditor/a puede determinar los ítems más importantes a revisar, las principales fortalezas y debilidades que se ha presentado en las diferentes auditorías, la apreciación la hace el/la auditor/a aplicando su juicio profesional, su experiencia, teniendo en cuenta los principios de materialidad, e importancia relativa a los hallazgos

## 9 Procedimiento de Auditoría

### 9.1 Fase de planificación

#### **Programa de planificación**

El programa de planificación es el documento de auditoría que deberá incluir los objetivos de la planificación y los procedimientos a desarrollar para obtener el conocimiento del área, proceso o aspecto a examinar, dando como resultado el memorando de planificación y los programas de auditoría para la ejecución.

Entre los aspectos a desarrollar en la fase de planificación se encuentran los siguientes:

#### **1. Determinación de los antecedentes de la auditoría.**

La auditoría iniciará desde la emisión de la Designación de trabajo por parte del responsable de la Auditoría Interna. Los antecedentes de la auditoría, se refieren a los motivos que han generado la realización de la auditoría.

Entre los cuales pueden estar los siguientes:

- a) Cumplimiento al Plan Anual de Trabajo de la Unidad de Auditoría Interna.
- b) Por solicitud del Titular de la entidad.
- c) Para investigar una denuncia relacionada con las actividades de la Entidad.
- d) Requerimiento de organismos cooperantes de programas, según documentos suscritos.

En este apartado también se pueden describir en resumen aquellas características específicas del área, actividad, proceso o asunto a examinar.

#### **2. Conocimiento y comprensión del área, proceso o aspecto a examinar:**

Objetivos de la unidad organizativa o actividad, entrevistas con el personal, análisis de elementos operativos y estratégicos, análisis de información financiera y de presupuesto, disposiciones legales y técnicas aplicables, análisis y actualización del archivo permanente, entre otros.

El conocimiento y comprensión del área, proceso o aspecto a examinar, consiste en obtener información básica para adquirir entendimiento de los aspectos puntuales a ser auditados. Esta información puede obtenerse del Manual de Organización, Manual de Funciones y Descriptor de Puestos, Manual de Procesos, Normativa Técnica y Legal, Plan Anual Operativo, Plan Estratégico, Presupuesto aprobado y sus modificaciones, Convenios de Cooperación, Informe de labores, Informes de Auditoría emitidos anteriormente, entre otros.

#### **3. Estudio y evaluación del Sistema de Control Interno.**

Es el análisis de los componentes del Sistema de Control Interno en el área, proceso o aspecto a examinar, con el fin de determinar el nivel de confianza que se le puede otorgar, el cual dependerá de los resultados obtenidos, y permitirá al auditor concluir si el sistema implementado es suficiente y adecuado.

Un sistema de control interno es suficiente cuando incluye procedimientos o medidas necesarias para administrar el riesgo y es adecuado cuando son aplicadas a las operaciones que ejecuta la entidad y contribuyan al logro de los objetivos institucionales.

Otras finalidades por las cuales se deben estudiar y evaluar el Sistema de

Control Interno, son las siguientes:

- Para el cálculo del riesgo de control.
- Para la identificación de áreas críticas.
- Para la determinación del alcance y la naturaleza de las pruebas de auditoría, como respuesta a los riesgos identificados.

Los componentes a evaluar son los siguientes:

- Ambiente de Control
- Valoración de riesgos
- Actividades de Control
- Información y comunicación
- Monitoreo y supervisión.

#### **4. Identificación de riesgos significativos.**

Los auditores internos tomarán como base para evaluar el Sistema de Control Interno, el Reglamento de Normas Técnicas de Control Interno Específicas del Ministerio de Salud, y evaluarán únicamente los aspectos relacionados con el área, proceso o asunto sujeto de examen, por ejemplo: Para un Proyecto de Infraestructura se podrá evaluar el control interno existente en la UACI, Unidad de Ingeniería y Unidad Financiera.

#### **5. Seguimiento a recomendaciones de informes de auditorías anteriores**

Para efectuar el seguimiento, el auditor solicitará a la administración la evidencia sobre las acciones que se han implementado con el fin de cumplir con las recomendaciones de auditoría, la cual tendrá que ser analizada para concluir si el cumplimiento se efectuó o no por parte de la administración.

El resultado del seguimiento a las recomendaciones de auditoría, realizado en la fase de planificación, debe comunicarse en el Informe de Auditoría, en el apartado de Seguimiento a las recomendaciones de auditorías anteriores, mencionando las recomendaciones cumplidas; en el caso de recomendaciones no cumplidas, el auditor deberá desarrollar el hallazgo de auditoría, tomando como criterio el Art. 48

de la Ley de la Corte de Cuentas de la República, y lo incluirá como parte de los resultados en el Informe de Auditoría.

Cuando se realice examen especial para dar seguimiento a las recomendaciones de auditoría, el Responsable de Auditoría Interna comunicará el resultado del seguimiento en el Informe de Auditoría, en éste, incluirá las recomendaciones cumplidas y no cumplidas; por las no cumplidas desarrollará el hallazgo correspondiente. En caso que la Administración no haya cumplido con las recomendaciones, el auditor debe considerarlas para determinar las áreas, Procesos o aspectos a examinar.

#### **6. Determinación de la estrategia de la auditoría**

Objetivos y alcance de la auditoría, Riesgo de auditoría, Indicadores de gestión a evaluar, Identificación de áreas o actividades a examinar, enfoque de auditoría y muestreo

#### **Memorando de Planificación**

Como resultado de la fase de planificación se elaborará el Memorando de Planificación, que es el documento de soporte de las principales decisiones adoptadas, con respecto a los objetivos, alcance y metodología a utilizar en la fase de ejecución de la auditoría.

Toda la información y las decisiones contenidas en el Memorando de Planificación deben estar respaldadas en documentos de auditoría.

#### **Programa de auditoría**

El programa de auditoría es un esquema detallado del trabajo a realizar que deberán elaborar los auditores internos y los procedimientos a emplearse durante la fase de ejecución, en este se determinan el alcance y oportunidad de su aplicación, así como los documentos de auditoría que han de ser elaborados.

Los programas para la fase de ejecución serán diseñados y preparados al finalizar la fase de planificación utilizando la información, análisis y evaluación que se hace del área, proceso o aspecto a examinar; sin embargo, estos podrán ser modificados en la fase de ejecución en caso de ser necesario, por lo que deben ser flexibles. Sin embargo, cualquier cambio en los programas deberá ser analizado con el responsable de la Unidad de Auditoría Interna. Al preparar los programas de ejecución, se deben tener en cuenta que los objetivos de éstos se encuentren alineados con los objetivos de la auditoría establecidos en el memorando de planificación y que permita garantizar la suficiencia y competencia de la evidencia.

Tanto el memorando de planificación como el programa de auditoría, deben ser aprobados por el responsable de la Unidad de Auditoría Interna. Se deberá elaborar un programa de auditoría por cada área a examinar y tendrán la siguiente estructura:

- Un encabezado, que contendrá información como la siguiente:
- Nombre de la entidad.
- Nombre del área, proceso o aspecto a examinar.

- Tipo de auditoría que se realiza.
- Período que se examina.
- Índice que identificará al programa.
- Iniciales del auditor y fecha de elaboración del programa.
- Iniciales del responsable de aprobar el programa y fecha de aprobación, cuando aplique.
- Una descripción del objetivo general y/o específicos.
- Descripción de los procedimientos generales y específicos a desarrollar que se consideran necesarios para alcanzar los objetivos señalados. Esta sección debe tener, al lado izquierdo, una columna que indique el correlativo del procedimiento y al lado derecho una columna para la referencia cruzada del documento de auditoría que evidencia el desarrollo del procedimiento, una columna para las iniciales del auditor que elaboró el procedimiento y una final para la fecha de inicio y finalización del procedimiento desarrollado.

### **Clases de programas**

- Programas generales: son aquellos cuyo enunciado es genérico en la aplicación de las técnicas de auditoría con mención de los objetivos particulares que se persiguen en cada caso y son generalmente destinados al uso de los auditores con amplia experiencia.
- Programas detallados: son los que describen con mayor minuciosidad, la forma práctica de aplicar los procedimientos y técnicas de auditoría y se destinan generalmente al uso de los operativos y asistentes de auditoría.

## **9.2 Fase de Ejecución**

En la fase de ejecución se desarrolla la estrategia de auditoría planteada en la fase de planificación, a través de la selección y aplicación de técnicas y procedimientos que permitan obtener evidencia suficiente, competente, relevante y pertinente, para alcanzar los objetivos establecidos en cada auditoría.

Los aspectos que comprende la fase de ejecución, son:

### **Plan de muestreo**

De ser aplicable el muestreo, y en consideración al método y técnica de muestreo definidos en la estrategia de auditoría, el auditor debe desarrollar un plan de muestreo.

El plan de muestreo, debe contener los siguientes elementos:

- a) **Objetivo del muestreo:** Se refiere al propósito que se pretende obtener con la realización del muestreo, lo cual dependerá del tipo de auditoría que se esté efectuando y el método de muestreo que se haya seleccionado.  
En general, el objetivo del muestreo es obtener y evaluar evidencias sobre alguna característica de los elementos muestrales seleccionados y extraer conclusiones sobre el conjunto de dichos elementos muestrales o clase de transacciones.
- b) **Origen de la población:** Población se define como el conjunto íntegro de datos sobre el que se selecciona la muestra, y sobre el cual el auditor desea obtener sus conclusiones.

## **Evidencia de auditoría**

La evidencia de auditoría es la información obtenida por el auditor, que sustenta los hallazgos y sus conclusiones; es un elemento clave en la auditoría, razón por la cual, el auditor le debe prestar especial atención a la obtención de esa evidencia y tratamiento.

### **1. Atributos de la evidencia**

Los atributos que debe tener la evidencia recopilada por el auditor, son los siguientes:

- a) Suficiente: Está relacionada con la cantidad de evidencia que debe obtener el auditor para respaldar los hallazgos y sus conclusiones; permite a una persona que no es un auditor y no tiene conocimiento del asunto sujeto a examen, llegar a la misma conclusión del auditor.
- b) Competente: El término competente se relaciona con la confiabilidad e importancia de la evidencia; para que la evidencia sea competente, debe ser válida y confiable. A fin de evaluar su competencia, el auditor debe considerar si existen razones para dudar de su validez o su integridad, para lo cual, se debe considerar lo siguiente: Independencia de la persona que suministra la evidencia, la eficacia del sistema del control interno, el grado de objetividad de la información y el conocimiento del auditor.
- c) Relevante: Evidencia relevante es aquella que se relaciona directamente con el hallazgo; ayuda al auditor a llegar a una conclusión respecto a los objetivos específicos de auditoría.
- d) Pertinente: Se refiere al momento en que son recopiladas las evidencias o al período que abarca la auditoría y, por lo tanto, relacionada directamente con el hecho auditado.

### **2. Clasificación de la evidencia**

En términos generales, la evidencia de auditoría se clasifica en cuatro tipos:

- a) Evidencia física: Los auditores internos deben obtener evidencia física mediante su inspección u observación directa de actividades, bienes o sucesos. Si al efectuar alguno de estos procedimientos, el auditor identificara condiciones reportables, entonces deberá respaldar dicha condición con evidencias tales como: fotocopias de documentos o registros, fotografías, gráficos, mapas o muestras de materiales.
- b) Evidencia testimonial: Para respaldar las conclusiones del auditor, este debe obtener cartas o declaraciones testimoniales de personas que trabajan en la entidad o que tienen relación con la misma.
- c) Evidencia documental: Para respaldar sus conclusiones, los auditores internos deben obtener evidencia documental a través de cartas, contratos, registros de contabilidad, facturas y documentos de la administración relacionada con su desempeño.
- d) Evidencia analítica: Los auditores internos deben obtener evidencia a través de procedimientos analíticos, realizando cálculos y comparaciones de saldos

### **3. Técnicas para la recolección de evidencia**

Estas técnicas son generalmente conocidas como técnicas de auditoría y son los mecanismos utilizados por los auditores para obtener las evidencias necesarias y formarse un juicio objetivo y profesional sobre la materia a examinar; estos recursos de investigación son útiles para obtener los datos necesarios que corroboren la información que ha obtenido o le han suministrado. La selección de la técnica a utilizar en cada examen especial, estará determinada por el tipo de examen y el criterio del auditor.

El auditor podrá utilizar las siguientes técnicas:

- a) Ocular, tales como Comparación, Observación y Tomas fotográficas.
- b) Oral, tales como Indagación, Entrevistas y Encuestas.
- c) Escrita, tal como lo es el Análisis, Confirmación, Tabulación y Conciliación.
- d) Documental, tal como lo es la Comprobación, Cálculo, Rastreo y Revisión Selectiva.
- e) Física, como la Inspección.

#### **Ejecución de procedimientos de auditoría**

El auditor debe ejecutar los procedimientos definidos en el programa de auditoría, que comprende, entre otros, el desarrollo del plan de muestreo y la obtención de evidencia.

El desarrollo de los procedimientos de auditoría, debe plasmarse en documentos de auditoría, los cuales constituyen el registro del trabajo realizado por el auditor; describen las pruebas realizadas, evidencian el fundamento de los hallazgos y los resultados en los que se basa el auditor para emitir su conclusión en el Informe de Auditoría; además, constituyen la evidencia de que la auditoría se llevó a cabo de acuerdo con las Normas de Auditoría Interna del Sector Gubernamental

#### **Comunicación de resultados preliminares**

En el transcurso de la auditoría, el responsable de la Unidad de Auditoría Interna o quien este asigne, mantendrá constante comunicación con los servidores del área organizativa que está sujeta a examen, dándoles la oportunidad para que presenten pruebas documentadas, así como información pertinente respecto de los asuntos comunicados durante la ejecución de los procedimientos de auditoría.

La comunicación de resultados será permanente y no se debe esperar concluir el trabajo o el borrador de informe de auditoría, para que la administración conozca de los asuntos observados o detectados como presuntas deficiencias, éstos deberán ser comunicados por escrito tan pronto como estén debidamente documentados y comprobados.

#### **Análisis de comentarios de la Administración**

El auditor debe analizar los comentarios y documentación presentada por la Administración, sobre la comunicación de resultados preliminares de la auditoría realizada y determinará lo siguiente:

- a) Si las observaciones fueron superadas.



- b) Si las observaciones constituyen asuntos menores, deberán ser comunicadas en Carta a la Gerencia al titular de la entidad y al responsable de la unidad organizativa auditada; esta se emitirá en forma simultánea con el Informe de Auditoría.
- c) Si las observaciones constituyen hallazgos, deberán ser incluidas en el Borrador de Informe de Auditoría.

En caso que la Administración no emita respuesta a las observaciones comunicadas, el auditor desarrollará el hallazgo para ser incorporado en el Borrador de Informe de Auditoría.

### **Hallazgos de auditoría**

El auditor deberá elaborar los hallazgos cuando haya confirmado la observación, y deberá contener lo siguiente:

- a) Título: Debe indicar claramente y en forma breve, lo que se detectó según la condición, de manera que facilite al lector la identificación precisa del problema. Generalmente consta de una línea.
- b) Condición u observación: Describe o relata lo que sucedió, debe ser puntual y específica, comunica los hechos concretos que revelan que no se cumplió con la normativa legal y/o técnica, la cual está sustentada en documentos de auditoría con evidencia relevante, suficiente, competente y pertinente. Para formular o redactar la condición es útil formularse las siguientes preguntas:
  - a) ¿Qué fue lo que sucedió?
  - b) ¿Dónde sucedió?
  - c) ¿Cuándo sucedió?
  - d) ¿Cuánto? (cantidad o valor que ha causado un efecto)
- c) Criterio o normativa incumplida: Es la disposición legal, reglamentaria, ordenanza u otra normativa aplicable que ha sido incumplida. Para que exista hallazgo deberá existir oposición entre la condición y el criterio. Las preguntas básicas a formularse son las siguientes:
  - a. ¿Qué aspecto legal o normativo se incumplió?
  - b. ¿Dónde está contenido el criterio? (Leyes, Reglamentos y Ordenanzas)
  - c. ¿Cuál es el ámbito de aplicación? (áreas organizativas, Procesos, actividades)
  - d. ¿Qué vigencia tiene? (actual, pasado, permanente).
- d) Causa: Es el origen de la condición u observación señalada e identifica quien originó la deficiencia. El auditor debe tener presente que, ante una condición dada, puede existir más de una causa, por lo que debe realizar un análisis exhaustivo con el fin de detectar dichas posibilidades.
- e) Efecto: Es el impacto cuantitativo o cualitativo ocurrido o que podría ocurrir, originado por la condición u observación, tanto en relación con el área o cuenta auditada, como la probabilidad de que se extienda a la entidad en su conjunto.
- f) Comentarios de la administración: Es la respuesta por escrito por parte de los funcionarios o empleados relacionados con las observaciones; se incluirá el comentario de la administración relacionado con el hecho comunicado.

- g) Comentarios de los auditores: En caso de discrepancia, el auditor deberá expresar las razones del desacuerdo con los comentarios de la administración, que no permiten dar por superado el hecho señalado.

### 9.3 Fase de Informe

En la fase de informe se prepara y comunica de manera técnica y profesional, el Informe de Auditoría, que expresa el resultado de la auditoría realizada de acuerdo a Normas de Auditoría Interna del Sector Gubernamental, y se basa en juicios fundamentados en el análisis de la evidencia obtenida en la fase de ejecución. Los aspectos que comprende la fase de informe, son:

#### 1. Borrador de Informe de Auditoría

El Borrador de Informe de Auditoría debe contener los siguientes componentes:

- a) Portada: Hace referencia al título del Informe el cual debe incluir: tipo de auditoría, área organizativa o aspecto auditado y período sujeto de examen; así como el lugar y fecha de emisión.
- b) Destinatario: Debe ser dirigido al titular de la entidad.
- c) Párrafo introductorio: Contendrá datos introductorios, donde se indicará el examen realizado, la base legal y cualquier otro aspecto que se considere necesario mencionar, tal como historia del área examinada y cambios significativos durante el período examinado.
- d) Objetivos de la auditoría: Se debe expresar el propósito general por el cual se realizó la auditoría, así como los objetivos específicos considerados en el desarrollo de la misma.
- e) Alcance de la auditoría: Se refiere al área, proceso o aspecto examinado y el período auditado. Además, contiene la declaración de que la auditoría fue realizada de acuerdo con las Normas de Auditoría Interna del Sector Gubernamental emitidas por la Corte de Cuentas de la República. También, pueden detallarse las limitaciones que se tuvieron en la ejecución del trabajo y que afectan el cumplimiento de los objetivos del examen o el desarrollo pleno de los procedimientos establecidos.
- f) Resumen de procedimientos de auditoría aplicados: Es el resumen de los principales procedimientos realizados para el cumplimiento de los objetivos de auditoría.
- g) Principales realizaciones y logros: Se describirán las principales realizaciones y logros de las auditorías operacionales o de gestión, entendiéndose como principales realizaciones, las acciones de mejora verificadas como resultado de la gestión del área, proceso o aspecto examinado; y los logros referidos a las mejoras aplicadas por la administración durante el desarrollo de la auditoría, como consecuencia de los resultados comunicados. De identificarse logros en el desarrollo de otro tipo de auditorías, pueden comunicarse en este apartado del informe.
- h) Resultados de la auditoría: Es el desarrollo de las observaciones que, como producto del análisis de los comentarios emitidos por la administración, no fueron superadas. Estos deberán contar con los atributos de los hallazgos: condición,

criterio, causa y efecto. No obstante que no son atributos del hallazgo, es conveniente incluir un título, comentarios de la Administración y de los Auditores.

- i) Seguimiento a las recomendaciones de auditorías anteriores: Se debe presentar los resultados sobre el seguimiento efectuado a las recomendaciones emitidas en la auditoría anterior, si existiese seguimiento.
- j) Recomendaciones: Cuando sea procedente, el equipo de auditores formulará recomendaciones para prevenir o mejorar los Procesos auditados y encaminadas a superar las causas de los hechos observados.
- k) Conclusión: La conclusión debe ser de acuerdo a los objetivos del examen, cuando se trate de auditoría sobre aspectos operacionales o de gestión deberá referirse al grado de economía, eficiencia, eficacia y efectividad con que fueron alcanzados los objetivos, metas o productos.
- l) Párrafo aclaratorio: Debe indicar que el Informe contiene los resultados de la auditoría y que ha sido elaborado para efectos de informar a la Máxima Autoridad y a los funcionarios relacionados.
- m) Lugar y fecha: Debe presentarse el lugar y fecha de finalización del Borrador de Informe.
- n) Leyenda: DIOS UNIÓN LIBERTAD
- o) Nombre y cargo del responsable de la Unidad de Auditoría Interna

En el Borrador de Informe, se escribirá el nombre del responsable de la Unidad de Auditoría Interna y el cargo según la estructura organizativa de la entidad. El Informe de Auditoría, se complementará con la firma respectiva, acompañada del sello de Auditoría Interna.

El Borrador de Informe será comunicado al responsable de la unidad auditada y los hallazgos a los servidores relacionados.

## **2. Convocatoria a lectura de Borrador de Informe**

El responsable de la Unidad de Auditoría Interna convocará al responsable de la unidad auditada y a las personas vinculadas con las observaciones para efectuar la lectura del Borrador de Informe.

## **3. Lectura de Borrador de Informe**

El auditor recibirá los comentarios y documentación que presenten los funcionarios y empleados convocados a la lectura del Borrador de Informe para posteriormente analizarlos y determinar si las observaciones persisten o son superadas.

Mediante acta se dejará constancia de quienes fueron los asistentes a la lectura del Borrador de Informe, si la administración solicitó prórroga para la presentación de nuevos comentarios y documentación de descargo y el plazo que se le otorgó por parte del Responsable de la Unidad de Auditoría Interna.

## **4. Análisis de comentarios de la Administración**

Los auditores internos deben analizar los comentarios y documentación presentada por la Administración posterior a la lectura del Borrador de Informe y determinará lo siguiente:

- a) Si las observaciones fueron superadas.
- b) Si las observaciones constituyen asuntos menores, las cuales deberán ser comunicadas a las jefaturas del área auditada en Carta a la Gerencia, la cual se entregará de manera separada al emitirse el Informe de Auditoría.
- c) Si las observaciones constituyen hallazgos, las cuales deberán ser incluidas en el Informe Final de Auditoría. En caso que la administración no emita respuesta a las observaciones comunicadas, el responsable de la Unidad de Auditoría Interna incluirá la observación en el Informe de Auditoría.

#### 5. Informe de Auditoría

Como producto final se emitirá un Informe de Auditoría que es el resultado de la información, estudios, investigación y análisis efectuados por los auditores internos durante la realización de la auditoría, que de forma sistematizada presentan sus observaciones, expresan conclusiones sobre el área o actividad auditada en relación con los objetivos fijados y formulan recomendaciones pertinentes para eliminar las causas de tales deficiencias y establecer las medidas correctivas adecuadas.

El Informe de Auditoría contendrá los mismos elementos que se incluyeron en el borrador de informe, teniendo en cuenta que en la elaboración del Informe de Auditoría sobre aspectos operacionales o de Gestión debe adicionarse el apartado de "Principales realizaciones y logros", entendiéndose como principales realizaciones todos aquellos resultados positivos verificados como resultado de gestión del área, proceso o aspecto que se examinó; y logros, referidos a las mejoras aplicadas por la administración durante el desarrollo de la auditoría, como consecuencia de los resultados comunicados.

El Informe de Auditoría será firmado por el responsable de la Unidad de Auditoría Interna quien deberá notificar a la Administración.

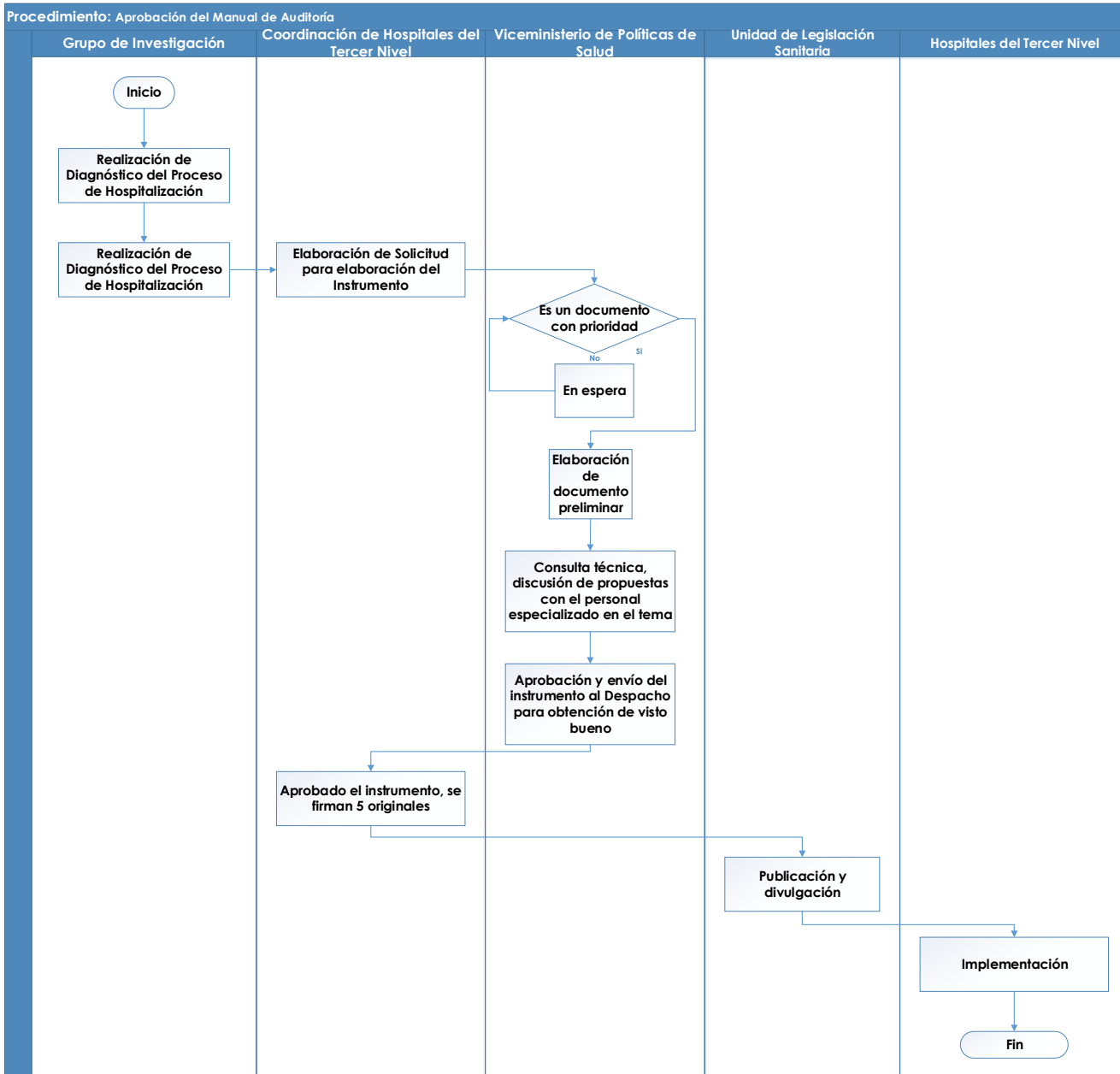
## 10 Procedimiento de Aprobación del Manual

<b>Procedimiento descrito:</b>				
<b>No.</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>DESCRIPCION</b>	<b>EJECUTOR</b>	<b>TIEMPO (PLAZOS MÁXIMOS)</b>
17.	Elaboración de diagnóstico	Diagnóstico elaborado en la Investigación del Proceso misional de Hospitalización, por Grupo de Investigación de Estudiantes de la carrera de Ingeniería Industrial, de la UES en colaboración con la Coordinación de Hospitales de Tercer Nivel del MINSAL.	Grupo de Investigación	8 MESES
18.	Elaboración de Diseño	Grupo de Investigación presenta a Coordinación de Tercer Nivel la propuesta de diseño de documentos para el fortalecimiento del proceso de Hospitalización.	Grupo de Investigación	6 MESES
19.	Elaboración de solicitud calzada	La Coordinación de Tercer Nivel presentará solicitud con el tipo de instrumento que se quiere elaborar, determinando la fundamentación legal.	Coordinación del Tercer Nivel	1 DÍA
20.	Priorización de necesidades – prioridad del documento.	La priorización será establecida por el Viceministerio de Políticas de Salud o la Dirección de Regulación y Legislación en Salud.	Viceministerio de Políticas de Salud/Dirección de Regulación y Legislación en Salud.	INDEFINIDO
21.	Recopilación de información preliminar	Se retoman los insumos del diagnóstico, para recopilación de información documental necesaria que se utilizara en la elaboración del instrumento.		
22.	Elaboración de documento preliminar	Estructurar de manera general la propuesta de los grandes apartados, que contendrá el instrumento técnico jurídico; plan de Trabajo y cronograma. El plazo máximo para la elaboración del instrumento será de tres meses, salvo retraso debidamente justificado.	Viceministerio de Políticas de Salud.	3 MESES

23.	Consulta Técnica	Esta etapa conlleva la discusión de las propuestas de instrumentos técnicos jurídicos, con personal o profesionales especializados en el tema, a fin de evaluar su contenido, haciendo las proposiciones y recomendaciones que permitan agregarlas al documento.	Viceministerio de Políticas de Salud, MINSAL	INDEFINIDO
24.	Aprobación, remisión a Despacho del Viceministerio de Políticas de Salud	Se enviará al Despacho del Viceministerio de Políticas de Salud, el instrumento debidamente revisado por parte de la Dirección de Regulación y Legislación en Salud, para obtener el visto bueno y posterior oficialización por parte del Titular.	Viceministerio de Políticas de Salud,	INDEFINIDO
25.	Firmas y copias	Una vez aprobado, los instrumentos que se legalicen a través de Acuerdo Ejecutivo, se deben solicitar al Titular, que firme cinco originales, de los cuales se entregará a: Recursos Humanos, a la dependencia interesada, Archivo Institucional, Dirección de Regulación y Legislación en Salud, para anexarlo al expediente respectivo, y otro para publicación en el Diario Oficial.	Coordinación de Tercer Nivel	1 DÍA
26.	Publicación y divulgación	Se realizará la gestión ante la Imprenta Nacional, para publicarlo en el Diario Oficial, cuando sea pertinente	Unidad de Legislación Sanitaria	INDEFINIDO
27.	Implementación	Implica la ejecución del instrumento regulatorio, por parte del personal del Ministerio y demás sujetos a los que se dirige el instrumento técnico jurídico. La Dirección de Regulación y Legislación en Salud colaborará con la instancia pertinente, para realizar Procesos de evaluación de conocimiento y aplicación	Hospitales de Tercer Nivel del MINSAL	4 MESES

de los instrumentos técnicos jurídicos.

Basado en el Documento oficial: LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA LA ELABORACIÓN Y PUBLICACIÓN DE INSTRUMENTOS TÉCNICOS JURÍDICOS, Agosto 2011.



**Manual de Indicadores.**  
**Hospitalización del Tercer Nivel de Atención.**  
**MINSAL**

Ministerio de Salud





## FICHA CATALOGRÁFICA

2018 Ministerio de Salud

Todos los derechos reservados. Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra, siempre que se cite la fuente y que no sea para fines de lucro.

Es responsabilidad de los autores técnicos de este documento, tanto su contenido como los cuadros, diagramas e imágenes.

La documentación oficial del Ministerio de Salud puede ser consultada a través de:

<http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

Ministerio de Salud

Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 2202-7000. Página oficial:

<http://www.salud.gob.sv>

## CONTENIDO

1. Introducción .....	iv
2. Marco jurídico .....	vi
3. Objetivos .....	ix
4. Ficha técnica de indicadores .....	1
5. Indicadores estratégicos. ....	2
6. Indicadores operativos.....	15
6.1 Indicadores de eficiencia.....	21
6.2 Indicadores de productividad.....	23
7. Indicadores de verificación .....	25
8. Indicadores de seguimiento .....	29
9. Procedimiento de Aprobación del Manual de Indicadores de Hospitalización.....	34

## 1. Introducción

En el control de la gestión hospitalaria no solamente debe medirse la producción y los resultados, sino también los Procesos que se dan cada área o servicio. Las actividades de cada servicio deben ser medidas a través de indicadores adecuados, que permitan a los propios responsables conocer su desempeño y detectar situaciones extremas o problemas que puedan ser resueltos oportunamente.

Si bien lo ideal en una evaluación es comparar los resultados de los indicadores con estándares nacionales o internacionales (con las limitaciones que pueden existir por tratarse muchas veces de realidades distintas), no siempre están disponibles para situaciones específicas ni han sido definidos en su totalidad. Por lo tanto, una alternativa útil es comparar los resultados de los indicadores consigo mismo, es decir, observar y analizar los cambios que han ocurrido en un determinado indicador a través del tiempo.

Este manual contiene el desarrollo de un conjunto de indicadores seleccionados para la evaluación del servicio de Hospitalización de hospitales del Tercer Nivel, el cual está dividido en cuatro partes: Indicadores estratégicos, Indicadores Operativos, Indicadores de verificación e Indicadores de seguimiento.

En el desarrollo de los indicadores se precisa a través de la Ficha Técnica de Indicadores en el cual se describe la utilidad de cada uno de ellos, se definen las variables involucradas, la descripción y se muestra las fórmulas para el cálculo correspondiente entre otros aspectos a considerar.

## APROBACIÓN Y VIGENCIA

Aprobado en el \_\_\_\_\_, a las \_\_\_\_\_ horas del \_\_\_\_\_ de enero de dos mil diecinueve.

El manual de indicadores entrará en vigencia a partir de la fecha de su aprobación y se sujetarán a los cambios y ajustes de acuerdo a las necesidades que se presenten, respetándose lo dispuesto para su modificación y actualización.

\_\_\_\_\_

Coordinador del Comité de Gestión por Proceso

Coordinador del MINSAL

\_\_\_\_\_  
Jefe de División Médica.

## 2. Marco jurídico

Según el acuerdo N.º 288 se considera:

- I. Que conforme al artículo 41 numeral 4 del Código de Salud, corresponde al Ministerio de Salud, organizar, conducir y evaluar las actividades relacionadas con la salud, así como aplicar las normas propias de la materia de salud o de la deontología.
- II. Que la Reforma de Salud, iniciada con promulgación de la Política Nacional de Salud 2014- 2019, constituyen el marco base para responder de manera integral e integrada al acceso y calidad de los servicios públicos de salud, y dentro de la implementación de dicha Reforma, es necesaria una transformación de la estructura organizativa de los Hospitales que forma parte de la Red Pública, que conlleve un ordenamiento organizacional y funcional de todas sus dependencias, que contribuya de manera decidida al ejercicio pleno del Derecho Humano a la Salud.
- III. Que el Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud fue aprobado mediante Decreto Ejecutivo No. 55, del 10 de junio de 1996, publicado en el Diario Oficial No. 110, Tomo N.º 331, del 14 de junio del año antes citado, habiendo sido derogado mediante Decreto Ejecutivo N° 1, de fecha cuatro de enero de dos mil diecisiete, publicado en el Diario Oficial n°5, Tomo N° 414, del nueve de enero del corriente año; y,
- IV. Que dicho Reglamento no se ajustaba a las necesidades de funcionamiento de los Hospitales, por lo que se considera imprescindible la promulgación de un nuevo Reglamento General de Hospitales, que esté acorde a la Reforma de Salud con funcionamiento en las Redes Integrales e Integradas de Salud.

Por tanto, en uso de sus facultades constitucionales, ACUERDA el: REGLAMENTO GENERAL DE HOSPITALES DEL MINISTERIO DE SALUD, del cual se toman extractos para la conformación del comité de Gestión por Procesos.

**Art. 1.-** El presente Reglamento tiene como objeto regular las atribuciones y funciones de los Hospitales Públicos del Ministerio de Salud, en adelante MINSAL; así como su organización y funcionamiento en el Sistema Integrado de Salud, en adelante SIS, en atención a las necesidades de salud de la población.

**Art. 4.-** El personal tanto de planta como en formación, son funcionarios o servidores públicos y

como tales su actuar también se rige bajo las siguientes normativas:

1. Código de Salud,
2. Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud,
3. Ley de Corte de Cuentas de la República,
4. Ley de Ética Gubernamental,
5. Ley de Servicio Civil,
6. Ley de Protección Civil, Prevención y Mitigación de Desastres,
7. Normas Técnicas de Control Interno de la Corte de Cuentas de la República,
8. Ley de Medicamentos,
9. Ley de Asuetos, Vacaciones y Licencias de los Empleados Públicos, y
10. Políticas Institucionales, Normas, Reglamentos, Manuales de Procedimientos y Lineamientos del MINSAL y demás disposiciones legales aplicables.

**Art. 7.-** Los Hospitales están categorizados de la siguiente manera:

- a) Hospitales de Segundo nivel de Atención: se subdividen en Hospitales Básicos, Departamentales y Regionales.
- b) Hospitales de Tercer Nivel: son los de Referencia Nacional.

**Art. 11.-** Los hospitales de Tercer Nivel están bajo la Coordinación de Redes Complejas, la cual depende directamente del Viceministerio de Servicios de Salud.

Los Hospitales de Tercer Nivel cuentan con servicios de alta complejidad y son de referencia Nacional, entre ellos están:

- a) Pediátrico: Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, el cual cuenta con especialidades médicas y quirúrgicas destinadas a la atención de la población de cero a doce años, y en casos especiales que defina un lineamiento específico, hasta dieciocho de años de edad.
- b) Gineco-Obstétrico: Hospital Nacional de La Mujer “María Isabel Rodríguez”, el cual cuenta con especialidades para la atención Materno-Neonatal y sus subespecialidades.
- c) Especializado para la atención de la adultez y adolescencia: Hospital Nacional Rosales, cuenta con la atención en especialidades médico-quirúrgicas, destinadas a la atención de la población mayor de doce años de edad.

Además del criterio de prestación de servicios, se categorizan como Hospitales Escuela, aquellos que realizan formación de especialistas, bajo la conducción del hospital y a partir

de los Convenios que suscriba el MINSAL con Instituciones Educativas en el área de la salud.

**Art. 37.-** El Consejo Estratégico de Gestión del Hospital es el órgano presidido por el director, para apoyar y participar en el diseño, planificación, implementación, control y evaluación de las Políticas, Estrategias y Programas de la institución

**Art. 39.-** El Director del Hospital y el Consejo Estratégico de Gestión tienen además como órganos asesores, al Consejo Académico y a los Comités y Comisiones Permanentes y Temporales.

En lo referente a los Comités y Comisiones, sus integrantes serán nombrados por el director para el estudio o seguimiento de problemas o situaciones institucionales o de salud, para plantear propuestas de solución.

### 3. Objetivos

#### **Objetivo general del manual**

Establecer un conjunto de indicadores que contribuyan al proceso de evaluación para monitorizar e impulsar la mejora continua del proceso de Hospitalización en los hospitales del Tercer Nivel, así como en la toma de decisiones a través de un instrumento de gestión que, con base en información técnica y normativa, sirva como herramienta orientada al desarrollo de la evaluación.

#### **Objetivos específicos del manual.**

- Describir los Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria, a través de una ficha de indicadores especificando sus distintos componentes (código y nombre, fórmula, aclaraciones etc.) para facilitar la homogeneidad en su uso.
- Delimitar y definir las fuentes de obtención de información para la elaboración de los indicadores hospitalarios
- Interpretar los resultados de los indicadores calculados.



## GENERALIDADES

Los indicadores son relaciones cuantitativas para medir el desempeño de los servicios se utilizan algunas herramientas básicas para identificar el valor real de un proceso; se refieren a la forma en cómo se va realizar la medición: porcentaje, razones, proporciones, número entero, número racional o irracional o en cualquier otra forma de expresión matemática, entre ellas se utilizan hojas de verificación, graficas de control, etc.

Entre otros aspectos, el hecho de observar el comportamiento del proceso de Hospitalización se le conoce como Monitoria de actividades críticas e incluye:

1. Conocer los objetivos
2. Identificar los indicadores
3. Conocer los estándares de desempeño
4. Observar el comportamiento real del proceso
5. Selección de las herramientas e instrumentos de medición
6. Detectar las desviaciones.

Una vez que se tiene el nivel real del comportamiento del proceso se debe de referir al estándar que es la medida donde nuestro indicador debe o debería de estar. Cuando el nivel está dentro del rango de valores establecidos como aceptables significa que el proceso está controlado; en caso contrario, está fuera de control, lo cual implica hacer un diagnóstico de situación e implementar acciones correctivas.

Es de considerar que:

En los hospitales la cama es uno de los recursos centrales para la prestación de servicios que constituye la base de su estructura y su concepto. Muchas de las medidas globales de la eficiencia hospitalaria se basan en el empleo que se le dé a este recurso

Por eso, entre las medidas globales de la eficiencia hospitalaria están aquellas que se relacionan con el uso que se le dé a este recurso. El promedio de la estancia hospitalaria de pacientes es utilizado como indicador de eficiencia, porque resume el aprovechamiento de la cama y la agilidad de los servicios prestados en los hospitales

La estancia prolongada de pacientes en Hospitalización es un problema que afecta a instituciones prestadoras de servicios de salud, a aseguradoras y a pacientes porque:

- Limita la capacidad de los hospitales, dificultando el acceso de pacientes a una cama hospitalaria. Al presentarse mayor estancia, hay menor disponibilidad de cama y mayor saturación en los Servicios de Hospitalización por la espera de pacientes por cama
- Incrementa los costos de operación por el uso no apropiado de los recursos. La estancia prolongada implica un desperdicio o mala utilización de los recursos económicos y humanos, ya que lleva a costos adicionales en términos de personal, alimentación, insumos, uso de equipos y utilización de recursos extras del hospital

- Afecta la calidad de la atención, en términos de seguridad del paciente. El hecho de que se incremente la duración de la estancia, hace que se suba la probabilidad de que un paciente sufra un evento adverso, y especialmente de contraer infecciones nosocomiales, que pueden llevar a la muerte. Asimismo, el hecho de que un paciente sufra un evento adverso, puede llevar a un aumento de la estancia hospitalaria. Entre otras.

### Indicación general para el registro de todos los estándares.<sup>12</sup>

La verificación en el cumplimiento de la medición del estándar se debe hacer en base a los instrumentos técnicos respectivos.

El llenado de los instrumentos de evaluación de los estándares se debe realizar según corresponda, con los siguientes datos:

- a) Nombre de la Región.
- b) Nombre del establecimiento de salud.
- c) Período evaluado.
- d) Fecha de evaluación.
- e) Responsable de la evaluación o medición del estándar.

La Unidad Organizativa de Calidad debe proporcionar el instrumento para las evaluaciones en formato digital o físico.

El responsable de las evaluaciones debe entregar los resultados al coordinador de la Unidad Organizativa de Calidad del nivel Local con el análisis del proceso (ciclos de mejora) y las alternativas de solución, en los primeros ocho días hábiles del periodo evaluado

### Formato para recolección de datos

Ministerio de salud							
Instrumento para evaluar la calidad de la atención de los Servicios de Hospitalización de II y III nivel del MINSAL.							
<b>Región:</b>							
<b>Establecimiento de salud:</b>							
<b>Fecha de evaluación:</b>							
<b>Periodo evaluado:</b>							
<b>Responsables de la evaluación:</b>							
HOSPITALIZACIÓN	Nombre indicadores	Clasificación (estructura, proceso, resultado)	Unidad de medida	Estándar de respuesta			Fuente de verificación.
				Sobresaliente	Aceptable	crítico	

<sup>12</sup> Véase LINEAMIENTOS TÉCNICOS DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN HOSPITALES DE LAS RIISS.

#### 4. Ficha técnica de indicadores

A continuación, se presentan las fichas Técnicas de indicadores, las cuales servirán para caracterizar cada uno de los diferentes indicadores según el tipo, contiene la identificación y el cálculo de cada indicador, entre otros campos.

FICHA TECNICA DE INDICADORES ESTRATÉGICOS			
Proceso:			
Subproceso:			
<b>Indicador:</b>		<b>Código:</b>	
<b>Definición:</b>			
<b>Unidad de medida</b>		formula	
<b>Fuente de datos</b>			
<b>Responsable</b>		Parámetros	
<b>Periodicidad</b>			
<b>nivel de aplicación</b>			

FICHA TECNICA DE INDICADORES OPERATIVOS			
Proceso:			
Subproceso:			
<b>Indicador:</b>		<b>Código:</b>	
<b>Definición:</b>			
<b>Unidad de medida</b>		formula	
<b>Fuente de datos</b>			
<b>Responsable</b>		Parámetros	
<b>Periodicidad</b>			
<b>nivel de aplicación</b>		Estándar	

FICHA TECNICA DE INDICADORES DE CONTROL			
Proceso:			
Subproceso:			
<b>Indicador:</b>		<b>Código:</b>	
<b>Definición:</b>			
<b>Unidad de medida</b>		formula	
<b>Fuente de datos</b>			
<b>Responsable</b>		Parámetros	
<b>Periodicidad</b>			
<b>nivel de aplicación</b>			

FICHA TECNICA DE INDICADORES DE SEGUIMIENTO			
Proceso:			
Subproceso:			
<b>Indicador:</b>		<b>Código:</b>	
<b>Definición:</b>			
<b>Unidad de medida</b>		formula	
<b>Fuente de datos</b>			
<b>Responsable</b>		Parámetros	
<b>Periodicidad</b>			
<b>nivel de aplicación</b>			

## **Descripción de cada uno de los campos de la ficha técnica de indicadores.**

**Indicador:** literal por el que se identifica, es decir el nombre del indicador.

**Código:** representa una serie de figuras, formas, algoritmos, números o símbolos determinados, que en un correcto orden de secuencia hacen las veces de llave de entrada a un espacio restringido

**Definición:** Es un enunciado que identifica al indicador y describe lo que se desea medir con él, es decir se refiere a la descripción de las características y los datos que permiten contextualizar al indicador y relacionarlo directamente con el objetivo que le da origen, donde se deberá expresar el indicador en términos de su significado conceptual.

**Unidad de medida:** Se refiere a la forma o magnitud en que se expresa el resultado del indicador, esta unidad está en función de la fórmula o método de cálculo utilizado para expresar el indicador. Por ejemplo: absoluto, porcentaje, índice, promedio etc.

**Fuente de datos:** También conocido como medios de verificación. En este apartado deben listarse las fuentes de información a través de las cuales se comprobará el indicador reportado por la institución, sean documentos, reportes, informes, datos, etc., en dónde detallará y enlistará la información que respalda el cumplimiento del indicador que se reporta

**Responsable:** Nombre completo de la dependencia que se encarga de reportar la información del indicador

**Periodicidad:** Señala la frecuencia con que se realizará la medición del indicador donde detallará y enlistará la información que respalda el cumplimiento del indicador que se reporta ya sea diario, mensual, trimestral, semestral o anual, según el indicador.

**nivel de aplicación:** Es conocido también como dimensión del indicador. Dicha dimensión se relaciona con el tipo de información que el indicador proporciona es decir qué nivel de aplicación que pertenezca ya sea nivel Estratégico, Operativo, de Control y de Seguimiento.

**Formula:** Son parámetros o elementos que integran la expresión algebraica, involucrando el uso de dos o más variables o valores

**Parámetro:** son los datos que se considera como imprescindible y orientativo para lograr evaluar o valorar los indicadores.

**Estándar:** son criterios claros que permiten establecer los niveles básicos de calidad según cada indicador.

## 5. INDICADORES ESTRATÉGICOS.

<b>FICHA TECNICA DE INDICADORES ESTRATÉGICOS</b>			
<b>Proceso:</b> <i>planeación del proceso de Hospitalización EST-PH</i>			
<b>Subproceso:</b> <i>Planeación Estratégica EST-PH-PLE</i>			
<b>Procedimiento:</b> <i>Plan Estratégico Código del procedimiento: EST-PH -PLE -01</i>			
<b>Indicador:</b>	Cumplimiento estratégico (tiempo)	<b>Código:</b>	IN1-EST-PH-PLE-01
<b>Definición:</b>	Mide el tiempo en que se ha realizado la planeación con base al tiempo que se ha establecido, para llevar un control de la ejecución de las actividades en el plan estratégico.		
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Formula</b>	Tiempo utilizado para la realización / Tiempo establecido en la realización de la planeación x100
<b>Fuente de datos</b>	Lista de verificación para la evaluación del plan estratégico		
<b>Responsable</b>	Coordinador del comité de gestión por proceso	<b>Parámetros</b>	Mayor a 90%: Tomar Acciones Mayor a 60% y menor a 90%: Revisar Menor a 60%: Bueno
<b>Periodicidad</b>	Anual		
<b>nivel de aplicación</b>	Estratégico		

<b>FICHA TECNICA DE INDICADORES ESTRATÉGICOS</b>			
<b>Proceso:</b> <i>planeación del proceso de Hospitalización EST-PH</i>			
<b>Subproceso:</b> <i>Planeación Estratégica EST-PH-PLE</i>			
<b>Procedimiento:</b> <i>Auditoria de la planeación/control de la planeación Estratégica EST-PH -PLE -02</i>			
<b>Indicador:</b>	Cumplimiento Estratégico	<b>Código:</b>	IN2-EST-PH -PLE -02
<b>Definición:</b>	Mide la eficacia del servicio, al evaluar el grado de cumplimiento de las estrategias programadas en el plan estratégico en cada una de las áreas funcionales del servicio		
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Formula</b>	Estrategias implementadas / estrategias propuestas*100
<b>Fuente de datos</b>	Lista de verificación para la evaluación del plan estratégico		
<b>Responsable</b>	Coordinador del comité de gestión por proceso	<b>Parámetros</b>	Mayor a 90%: Bueno Mayor a 50% y menor a 90%: Revisar Menor a 50%: Tomar Acciones
<b>Periodicidad</b>	Anual		
<b>nivel de aplicación</b>	nivel estratégico		

<b>FICHA TECNICA DE INDICADORES ESTRATÉGICOS</b>			
<b>Proceso:</b> <i>planeación del proceso de Hospitalización EST-PH</i>			
<b>Subproceso:</b> <i>Planeación Estratégica EST-PH-PLE</i>			

<b>Procedimiento:</b> Auditoría de la planeación/control de la planeación Estratégica EST-PH -PLE -02			
<b>Indicador:</b>	Cumplimiento de acciones.	<b>Código:</b>	IN3-EST-PH -PLE -02
<b>Definición:</b>	Medir el número de acciones llevadas a cabo según el plan estratégico		
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Formula</b>	
<b>Fuente de datos</b>	Lista de verificación para la evaluación del plan estratégico	No. de acciones llevadas a cabo No. de acciones establecidas en el plan de mejoramiento anual *100	
<b>Responsable</b>	Coordinador del comité de Gestión por Procesos	<b>Parámetros</b>	
<b>Periodicidad</b>	Anual	Mayor a 90%: Bueno	
<b>nivel de aplicación</b>	nivel estratégico	Mayor a 50% y menor a 90%: Revisar Menor a 50%: Tomar Acciones	

<b>FICHA TECNICA DE INDICADORES ESTRATÉGICOS</b>			
<b>Proceso:</b> planeación del proceso de Hospitalización EST-PH			
<b>Subproceso:</b> Planeación Operativa EST-PH-PLO			
<b>Procedimiento:</b> Plan Operativo EST-PH -PLO -01			
<b>Indicador:</b>	Cumplimiento de acciones del plan operativo	<b>Código:</b>	IN4-EST-PH -PLO -01
<b>Definición:</b>	Medir el número de acciones llevadas a cabo según el plan operativo.		
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Formula</b>	
<b>Fuente de datos</b>	Plan operativo.	(No. De acciones llevadas a cabo / No. De acciones establecidas en el plan de mejoramiento anual) * 100	
<b>Responsable</b>	Coordinador del comité de gestión por proceso	<b>Parámetros</b>	
<b>Periodicidad</b>	Anual	Mayor a 90%: Bueno	
<b>nivel de aplicación</b>	nivel estratégico.	Mayor a 50% y menor a 90%: Revisar Menor a 50%: Tomar Acciones	

<b>FICHA TECNICA DE INDICADORES ESTRATÉGICOS</b>			
<b>Proceso:</b> planeación del proceso de Hospitalización EST-PH			
<b>Subproceso:</b> Planeación Operativa EST-PH-PLO			
<b>Procedimiento:</b> Planificación de Recursos utilizados en el servicio EST-PH -PLO -02			
<b>Indicador:</b>	Porcentaje de disponibilidad de recursos	<b>Código:</b>	IN5-EST-PH -PLO -02
<b>Definición:</b>	Define la disponibilidad de recursos con los que cuenta el servicio de Hospitalización para cubrir las necesidades de los pacientes.		
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Formula</b>	

<b>Fuente de datos</b>	Informe de requisición de recursos e insumos para Servicio de Hospitalización.	N° de recursos solicitados por el servicio / N° Total de recursos entregados al servicio x 100.
<b>Responsable</b>	Jefes de servicio (médico y de enfermería).	<b>Parámetros</b> nivel Óptimo: igual o mayor al 90%. nivel Regular: igual o mayor al 60% pero menor de 90%. nivel Bajo: menor al 60%
<b>Periodicidad</b>	Anual	
<b>nivel de aplicación</b>	nivel estratégico	

### FICHA TECNICA DE INDICADORES ESTRATÉGICOS

**Proceso:** planeación del proceso de Hospitalización EST-PH

**Subproceso:** Planeación Operativa EST-PH-PLO

Procedimiento: Planificación de Recursos utilizados en el servicio EST-PH -PLO -02

<b>Indicador:</b>	Porcentaje de Desabastecimiento	<b>Código:</b>	IN6-EST-PH -PLO -02
<b>Definición:</b>	Muestra el grado de desabastecimiento de los recursos. Es necesario registrar la existencia de un recurso cuando llega a cero.		
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Formula</b>	
<b>Fuente de datos</b>	Informe de requisición de recursos e insumos para Servicio de Hospitalización.	N° de recursos con disponibilidad = 0 / Todos los recursos x 100	
<b>Responsable</b>	Jefes de servicio (médico y de enfermería).	<b>Parámetros</b>	
<b>Periodicidad</b>	Anual	Mayor a 90%: Tomar Acciones	
<b>nivel de aplicación</b>	nivel estratégico	Mayor a 40% y menor a 90%: Revisar	
		Menor a 40%: Regular	

### FICHA TECNICA DE INDICADORES ESTRATÉGICOS

**Proceso:** Gestión del talento humano EST-GTH

**Subproceso:** Planeación del Talento Humano EST-GTH-PLH

Procedimiento: Planificación de Enfermeras. EST-GTH-PLH-01

<b>Indicador:</b>	Cantidad real de horas trabajadas	<b>Código:</b>	IN7-EST-GTH-PLH-01
<b>Definición:</b>	Representa la cantidad real de horas trabajadas por el personal de enfermería		
<b>Unidad de medida</b>	Horas / año	<b>Formula</b>	
<b>Fuente de datos</b>	Plan de asignaciones de enfermería	Horas trabajadas por mes por empleado / Total de horas requeridas por año x100	
<b>Responsable</b>	Jefe de enfermería	<b>Parámetros</b>	-----
<b>Periodicidad</b>	Anual		
<b>nivel de aplicación</b>	nivel estratégico		

**FICHA TECNICA DE INDICADORES ESTRATÉGICOS****Proceso:** *Gestión del talento humano EST-GTH***Subproceso:** *Planeación del Talento Humano EST-GTH-PLH***Procedimiento:** Planificación de enfermeras. EST-GTH-PLH-01

<b>Indicador:</b>	Cantidad de personal de enfermería por turno	<b>Código:</b>	IN8-EST-GTH-PLH-02
<b>Definición:</b>	Es la relación entre la cantidad de personal de enfermería (según el tipo) y la cantidad de turnos que cuenta el servicio de Hospitalización para la atención de las necesidades de los pacientes ingresados.		
<b>Unidad de medida</b>	Enfermeras (según el tipo) por turno	<b>formula</b> Total, de personal de enfermería (según el tipo) / cantidad de turnos en el servicio)	
<b>Fuente de datos</b>	Plan de asignaciones de enfermería		
<b>Responsable</b>	Jefe de enfermería	<b>Parámetros</b> Distribución por turno 50% Mañana/ 30% Tarde/ 20% noche	
<b>Periodicidad</b>	Mensual		
<b>nivel de aplicación</b>	nivel estratégico		

**FICHA TECNICA DE INDICADORES ESTRATÉGICOS****Proceso:** *Gestión del talento humano EST-GTH***Subproceso:** *Planeación del Talento Humano EST-GTH-PLH***Procedimiento:** Planificación de Médicos. EST-GTH-PLH-02

<b>Indicador:</b>	Cantidad real de horas trabajadas	<b>Código:</b>	IN9-EST-GTH-PLH-02
<b>Definición:</b>	Establece la cantidad de horas trabajadas por el personal médico al año		
<b>Unidad de medida</b>	Horas / año	<b>Formula</b> Horas trabajadas por mes por empleado / Total de horas requeridas por año	
<b>Fuente de datos</b>	Planificación de Horas laborales de los médicos		
<b>Responsable</b>	Jefe del servicio (medico)	<b>Parámetros</b> Distribución por turno 50% Mañana/ 30% Tarde/ 20% noche	
<b>Periodicidad</b>	Anual		
<b>nivel de aplicación</b>	nivel estratégico		

**FICHA TECNICA DE INDICADORES ESTRATÉGICOS****Proceso:** *Gestión del talento humano EST-GTH***Subproceso:** *Planeación del Talento Humano EST-GTH-PLH***Procedimiento:** Planificación de Médicos. EST-GTH-PLH-02

<b>Indicador:</b>	Cantidad de personal médico por turno	<b>Código:</b>	IN10-EST-GTH-PLH-02
-------------------	---------------------------------------	----------------	---------------------



<b>Definición:</b>	Es la relación entre la cantidad de personal médico (según el tipo) y la cantidad de turnos que cuenta el servicio de Hospitalización para la atención de las necesidades de los pacientes ingresados.	
<b>Unidad de medida</b>	Médicos (según el tipo)	<b>Formula</b> Total, de personal médico (según el tipo) / cantidad de turnos en el servicio)
<b>Fuente de datos</b>	Planificación de Horas laborales de los médicos	
<b>Responsable</b>	Jefe del servicio (medico)	<b>Parámetros</b> Distribución por turno 50% Mañana/ 30% Tarde/ 20% noche
<b>Periodicidad</b>	Mensual	
<b>nivel de aplicación</b>	nivel estratégico	

### FICHA TECNICA DE INDICADORES ESTRATÉGICOS

**Proceso:** *Gestión del talento humano EST-GTH*

**Subproceso:** *Gestión de Personal EST-GTH-GP*

Procedimiento: Control de permisos, inasistencias, horas. EST-GTH-GP-01

<b>Indicador:</b>	nivel de ausentismo	<b>Código:</b>	IN11-EST-GTH-GP-01
<b>Definición:</b>	Determina el total de días de ausencia al trabajo del personal médico y de enfermería asignados al servicio de Hospitalización, con respecto al total de días disponibles del recurso humano en el mismo periodo.		
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Formula</b> cantidad de días ausentes (ya sea por faltas, por permisos o por retrasos al llegar) / días laborales al mes por cada personal x 100	<b>Parámetros</b> Mayor a 90%: Tomar Acciones Mayor a 50% y menor a 90%: Revisar Menor a 40%: Regula
<b>Fuente de datos</b>	Reporte de control de asistencia.		
<b>Responsable</b>	Jefes del servicio (médico y de enfermería)		
<b>Periodicidad</b>	Mensual		
<b>nivel de aplicación</b>	nivel estratégico		

### FICHA TECNICA DE INDICADORES ESTRATÉGICOS

**Proceso:** *Gestión del talento humano EST-GTH*

**Subproceso:** *Gestión de Personal EST-GTH-GP*

Procedimiento: Control de permisos, inasistencias, horas. EST-GTH-GP-01

<b>Indicador:</b>	Índice de desempeño laboral	<b>Código:</b>	IN12-EST-GTH-GP-01
<b>Definición:</b>	Mide la cantidad de persona que han sido evaluados para conocer su desempeño laboral.		
<b>Unidad de medida</b>	Personas evaluadas.	<b>Formula</b> (No. De Personal evaluado / No. Total de Personas que pertenecen al Proceso) * 100.	
<b>Fuente de datos</b>	Lista de verificación: desempeño laboral del		

	personal de Hospitalización	
<b>Responsable</b>	Coordinador del comité de Gestión por Procesos	<b>Parámetros</b> Cumplimiento con un valor no menor al 85%, en la Lista de Verificación de desempeño laboral.
<b>Periodicidad</b>	Semestral	
<b>nivel de aplicación</b>	nivel estratégico	

### FICHA TECNICA DE INDICADORES ESTRATÉGICOS

**Proceso:** *Gestión del talento humano EST-GTH*

**Subproceso:** *Gestión del Conocimiento EST-GTH-GDC*

Procedimiento: Inducción de Internos-residentes-servicio Social). EST-GTH-GDC-01

<b>Indicador:</b>	Cantidad del personal de nuevo ingreso	<b>Código:</b>	IN13-EST-GTH-GDC-01
<b>Definición:</b>	Se refiera a la cantidad de personal nuevo, ya sea médico o de enfermería, que ingresa al servicio de Hospitalización en un determinado periodo.		
<b>Unidad de medida</b>	Personas de nuevo ingreso	<b>Formula</b> $\Sigma$ Personal de nuevo ingreso	
<b>Fuente de datos</b>	Registro de personal		
<b>Responsable</b>	Jefes de servicio (médico y de enfermería)	<b>Parámetros</b> -----	
<b>Periodicidad</b>	Anual		
<b>nivel de aplicación</b>	nivel estratégico		

### FICHA TECNICA DE INDICADORES ESTRATÉGICOS

**Proceso:** *Gestión del talento humano EST-GTH*

**Subproceso:** *Gestión del Conocimiento EST-GTH-GDC*

Procedimiento: Capacitación de personal (Pacientes, Personal Médico, servicio Socia) EST-GTH-GDC-02

<b>Indicador:</b>	Asistencia del personal a capacitaciones	<b>Código:</b>	IN14-EST-GTH-GDC-02
<b>Definición:</b>	Se refiere al número de personas que asistieron a las capacitaciones con relación al total de personal que están involucrados en el proceso de Hospitalización.		
<b>Unidad de medida</b>	Personas asistidas	<b>Formula</b> $N.^{\circ}$ de personas asistentes a las capacitaciones / $N.^{\circ}$ de personas que hacen parte del proceso * 100	
<b>Fuente de datos</b>	Listado de Asistencia a Capacitar por Módulo/Tema		
<b>Responsable</b>	Coordinador del comité de Gestión por Procesos	<b>Parámetros</b> -----	
<b>Periodicidad</b>	Anual		
<b>nivel de aplicación</b>	nivel estratégico		

**FICHA TECNICA DE INDICADORES ESTRATÉGICOS****Proceso:** *Gestión del talento humano EST-GTH***Subproceso:** *Gestión del Conocimiento EST-GTH-GDC*

Procedimiento: Capacitación de personal (Pacientes, Personal Médico, servicio Socia) EST-GTH-GDC-02

<b>Indicador:</b>	Cantidad de personas evaluadas	<b>Código:</b>	IN15-EST-GTH-GDC-02
<b>Definición:</b>	Se refiere al número de personas evaluadas luego de haber recibido la capacitación con relación al total de personal que están involucrados en el proceso de Hospitalización.		
<b>Unidad de medida</b>	Personas evaluadas	<b>Formula</b> N.º de personal evaluadas / N.º total de personas que pertenecen al proceso * 100	<b>Parámetros</b> -----
<b>Fuente de datos</b>	Formulario de Control de Entrenamiento/ inducción/ Capacitaciones		
<b>Responsable</b>	Coordinador de gestión de proceso		
<b>Periodicidad</b>	Anual		
<b>nivel de aplicación</b>	nivel estratégico		

**FICHA TECNICA DE INDICADORES ESTRATÉGICOS****Proceso:** *Gestión del talento humano EST-GTH***Subproceso:** *Gestión del Conocimiento EST-GTH-GDC*

Procedimiento: Capacitación de personal (Pacientes, Personal Médico, servicio Socia) EST-GTH-GDC-02

<b>Indicador:</b>	Porcentaje de horas de capacitaciones realizadas en el año	<b>Código:</b>	IN16-EST-GTH-GDC-02
<b>Definición:</b>	Se refiere al porcentaje de horas de capacitación realizadas en el año en el área de Hospitalización con relación al total de horas planificadas en el periodo.		
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Formula</b> Total, de horas de capacitaciones realizadas en el periodo / total de horas planificadas en el periodo x100	<b>Parámetros</b> -----
<b>Fuente de datos</b>	Formulario de Control de Entrenamiento/ inducción/ Capacitaciones		
<b>Responsable</b>	Coordinador del comité de gestión por proceso.		
<b>Periodicidad</b>	Anual		
<b>nivel de aplicación</b>	nivel estratégico		

**FICHA TECNICA DE INDICADORES ESTRATÉGICOS****Proceso:** *Gestión del talento humano EST-GTH***Subproceso:** *Gestión del Conocimiento EST-GTH-GDC*

Procedimiento: Capacitación de personal (Pacientes, Personal Médico, servicio

Socia) EST-GTH-GDC-02			
<b>Indicador:</b>	Porcentaje de médicos aprobados en la evaluación	<b>Código:</b>	IN17-EST-GTH-GDC-02
<b>Definición:</b>	Se refiere al número de médicos en el área de Hospitalización que hayan sido aprobadas en la evaluación.		
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Formula</b>	
<b>Fuente de datos</b>	Registro de evaluaciones	No de personal médico aprobado en la evaluación / total del personal médico que realizo la evaluación x100	
<b>Responsable</b>	Coordinador del comité de gestión por proceso	<b>Parámetros</b>	
<b>Periodicidad</b>	Anual	Calificación de aprobación no menor al 85%, de lo contrario se tomarán acciones	
<b>nivel de aplicación</b>	nivel estratégico.		

### FICHA TECNICA DE INDICADORES ESTRATÉGICOS

**Proceso:** *Gestión del talento humano EST-GTH*

**Subproceso:** *Gestión del Conocimiento EST-GTH-GDC*

Procedimiento: Capacitación de personal (Pacientes, Personal Médico, servicio Socia) EST-GTH-GDC-02

<b>Indicador:</b>	Porcentaje de enfermeras aprobadas en la evaluación	<b>Código:</b>	IN18-EST-GTH-GDC-02
<b>Definición:</b>	Se refiere al número de enfermeras en el área de Hospitalización que hayan sido aprobadas en la evaluación.		
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Formula</b>	
<b>Fuente de datos</b>	Registro de evaluaciones	No de personal de enfermería aprobado en la evaluación / total del personal de enfermería que realizo la evaluación x100	
<b>Responsable</b>	Coordinador del comité de gestión por proceso	<b>Parámetros</b>	
<b>Periodicidad</b>	Anual	Calificación de aprobación no menor al 85%, de lo contrario se tomarán acciones	
<b>nivel de aplicación</b>	nivel estratégico.		

### FICHA TECNICA DE INDICADORES ESTRATÉGICOS

**Proceso:** *Gestión de abastecimiento de recursos EST-GAR*

**Sub proceso:** *Gestión de Insumos médicos EST-GAR-GIM*

Procedimiento: Requisición y recepción de insumos EST-GAR-GIM-01

<b>Indicador:</b>	% Disponibilidad Total Insumos	<b>Código:</b>	IN19-EST-GAR-GIM-01
<b>Definición:</b>	Muestra el porcentaje de insumos con los que dispone el servicio de Hospitalización para la realización de las actividades reflejando los insumos solicitados a la unidad de insumos en comparación con el total de entregados al servicio.		
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Formula</b>	
<b>Fuente de datos</b>	Libro Control de Inventario del Servicio	N° de insumos solicitados por el servicio / N° Total de insumos entregados al servicio x 100	

	de Hospitalización	
<b>Responsable</b>	Jefe de enfermería	<b>Parámetros</b> nivel Óptimo: igual o mayor al 90%. nivel Regular: igual o mayor al 70% pero menor de 90%. nivel Bajo: menor al 70%
<b>Periodicidad</b>	Programada (anual) – eventual (mensual o trimestral)	
<b>nivel de aplicación</b>	nivel estratégico	

#### FICHA TECNICA DE INDICADORES ESTRATÉGICOS

**Proceso:** *Gestión de abastecimiento de recursos EST-GAR*

**Sub proceso:** *Gestión de Insumos médicos EST-GAR-GIM*

<b>Indicador:</b>	Porcentaje de Desabastecimiento:	<b>Código:</b>	IN20-EST-GAR-GIM-01
<b>Definición:</b>	Muestra el grado de desabastecimiento de los insumos. Es necesario registrar la existencia de un insumo cuando llega a cero.		
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Formula</b>	Nº de insumos con disponibilidad = 0 / Todos los insumos x 100.
<b>Fuente de datos</b>	Libro Control de Inventario del Servicio de Hospitalización		
<b>Responsable</b>	Jefa de enfermería	<b>Parámetros</b>	Mayor a 90%: Tomar Acciones Mayor a 50% y menor a 90%: Revisar Menor a 50%: Bueno
<b>Periodicidad</b>	eventual (mensual o trimestral)		
<b>nivel de aplicación</b>	nivel estratégico		

#### FICHA TECNICA DE INDICADORES ESTRATÉGICOS

**Proceso:** *Gestión de abastecimiento de recursos EST-GAR*

**Sub proceso:** *Gestión de equipo médico EST-GAR-GEM*

<b>Indicador:</b>	Porcentaje de equipo esterilizados	<b>Código:</b>	IN21-EST-GAR-GEM-01
<b>Definición:</b>	Expresa la cantidad de equipo esterilizados en porcentaje, en relación al total del equipo médico que se utiliza en los procedimientos dentro del servicio de Hospitalización.		
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Formula</b>	No. De Equipos esterilizados / total de equipos en el proceso de Hospitalización * 100.
<b>Fuente de datos</b>	Informe de Evaluación de Equipos médicos de los Servicios de Hospitalización		
<b>Responsable</b>	Enfermera auxiliar	<b>Parámetros</b>	Mayor a 90%: Bueno Mayor a 50% y menor a 90%: Revisar Menor a 50%: Tomar Acciones
<b>Periodicidad</b>	Diario		
<b>nivel de aplicación</b>	nivel estratégico.		

#### FICHA TECNICA DE INDICADORES ESTRATÉGICOS

**Proceso:** *Gestión de abastecimiento de recursos EST-GAR*

<b>Sub proceso:</b> <i>Gestión de equipo médico EST-GAR-GEM</i>			
<b>Indicador:</b>	Porcentaje de verificaciones de equipo medico	<b>Código:</b>	IN22-EST-GAR-GEM-02
<b>Definición:</b>	Porcentaje de verificaciones realizadas oportunamente en relación al total de verificaciones programadas.		
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Formula</b> No. De verificaciones realizadas/No de verificaciones programadas) * 100	
<b>Fuente de datos</b>	Informe de Evaluación de Equipos médicos de los Servicios de Hospitalización		
<b>Responsable</b>	Coordinador del comité de Gestión por Procesos	<b>Parámetros</b> Mayor a 90%: Bueno Mayor a 50% y menor a 90%: Revisar Menor a 50%: Tomar Acciones	
<b>Periodicidad</b>	Mensual		
<b>nivel de aplicación</b>	nivel estratégico		

<b>FICHA TECNICA DE INDICADORES ESTRATÉGICOS</b>			
<b>Proceso:</b> <i>Gestión de abastecimiento de recursos EST-GAR</i>			
<b>Sub proceso:</b> <i>Gestión de equipo médico EST-GAR-GEM</i>			
<b>Indicador:</b>	Porcentaje de equipos con mantenimiento	<b>Código:</b>	IN23-EST-GAR-GEM-03
<b>Definición:</b>	Expresa la cantidad de equipo con mantenimiento en porcentaje, en relación al total del equipo que se utiliza en los procedimientos dentro del servicio de Hospitalización.		
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Formula</b> No. De Equipos con mantenimiento realizados/ No. De equipos en el proceso de Hospitalización * 100	
<b>Fuente de datos</b>	Informe de Evaluación de Equipos médicos de los Servicios de Hospitalización		
<b>Responsable</b>	Coordinador del comité de Gestión por Procesos	<b>Parámetros</b> Mayor a 90%: Bueno Mayor a 50% y menor a 90%: Revisar Menor a 50%: Tomar Acciones	
<b>Periodicidad</b>	Mensual		
<b>nivel de aplicación</b>	nivel estratégico		

<b>FICHA TECNICA DE INDICADORES ESTRATÉGICOS</b>			
<b>Proceso:</b> <i>Gestión de abastecimiento de recursos EST-GAR</i>			
<b>Sub proceso:</b> <i>Gestión de productos intrahospitalarios EST-GAR-GPI</i>			
<b>Indicador:</b>	Porcentaje de no conformidades Gestionadas	<b>Código:</b>	IN24-EST-GAR-GPI-02
<b>Definición:</b>	Muestra el porcentaje de las Gestiones realizadas debido a la no conformidad de los productos finales tanto del servicio de Hospitalización como los servicios de apoyo a diagnóstico, en relación al total de no conformidades.		

<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Formula</b> (No. de no conformidades Gestionados / No. Total, de No conformidades) * 100
<b>Fuente de datos</b>	Control de correcciones del producto recibido no conforme.	
<b>Responsable</b>	Coordinador del comité de gestión por proceso.	<b>Parámetros</b> Mayor a 90%: Bueno Mayor a 50% y menor a 90%: Revisar Menor a 50%: Tomar Acciones
<b>Periodicidad</b>	Mensual	
<b>nivel de aplicación</b>	nivel estratégico	

### FICHA TECNICA DE INDICADORES ESTRATÉGICOS

**Proceso:** *Gestión de abastecimiento de recursos EST-GAR*

**Sub proceso:** *Gestión de productos intrahospitalarios EST-GAR-GPI*

**Procedimiento:** Control de Productos no conforme EST-GAR-GPI-02

<b>Indicador:</b>	Porcentaje de productos no conforme	<b>Código:</b>	IN25-EST-GAR-GPI-01
<b>Definición:</b>	identifica la ocurrencia de producto No Conforme por servicio (Determina el no cumplimiento de los requisitos especificados del servicio y/o producto final o intermedio)		
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Formula</b>	Cantidad de productos no conformes / total de productos por servicio * 100
<b>Fuente de datos</b>	Formulario para producto recibido no conforme		
<b>Responsable</b>	Enfermera hospitalaria	<b>Parámetros</b> Mayor a 90%: Tomar Acciones Mayor a 40% y menor a 90%: Revisar Menor a 40%: Bueno	
<b>Periodicidad</b>	Mensual		
<b>nivel de aplicación</b>	nivel estratégico		



## 6. INDICADORES OPERATIVOS

<b>FICHA TECNICA DE INDICADORES OPERATIVOS</b>			
<b>Proceso:</b> Hospitalización OPT-HOS			
<b>Subproceso:</b> Gestión de ingreso OPT-HOS-GDI			
<b>Procedimiento:</b> Recepción de Documentos para Hospitalización OPT-HOS-GDI-01			
<b>Indicador:</b>	Promedio diario de ingresos.	<b>Código:</b>	IN26-OPT-HOS-GDI-01
<b>Definición:</b>	Determina el flujo de ingresos por día durante un periodo determinado. Este indicador es de mayor utilidad cuando se relaciona con el promedio de egresos por día en el mismo periodo, ya que da una idea del movimiento diario de pacientes.		
<b>Unidad de medida</b>	Pacientes ingresados.	<b>Formula.</b> N.º de ingresos en un periodo / N.º de días del periodo	
<b>Fuente de datos</b>	-Censo diario de pacientes. -Libro de ingreso de enfermería.		
<b>Responsable</b>	Jefa de enfermería.		
<b>Periodicidad</b>	Mensual		
<b>nivel de aplicación</b>	nivel operativo	<b>Parámetros</b>	Procedencia: emergencia o consulta externa

- Solo debe contabilizarse un ingreso por cada paciente durante el periodo que se encuentre hospitalizado. Un paciente que sale de alta y es nuevamente internado por el mismo proceso constituye un nuevo ingreso.
- En el caso que un paciente hospitalizado sea trasladado a otro servicio distinto al que ingreso, debe considerarse como una transferencia y no como un segundo ingreso.
- Los niños nacidos en el hospital no se contabilizan como ingresos, son registrados por separado del movimiento de ingresos del hospital.

<b>FICHA TECNICA DE INDICADORES OPERATIVOS</b>			
<b>Proceso:</b> Hospitalización OPT-HOS			
<b>Subproceso:</b> Gestión de ingreso OPT-HOS-GDI			
<b>Procedimiento:</b> Recepción de Documentos para Hospitalización OPT-HOS-GDI-01			
<b>Indicador:</b>	Porcentaje de Ingreso procedentes de emergencia.	<b>Código:</b>	IN27-OPT-HOS-GDI-01
<b>Definición:</b>	Es el porcentaje de traslados de pacientes que son ingresados en un servicio de Hospitalización, realizados por los Equipos de Emergencias sobre el total de pacientes ingresados.		
<b>Unidad de medida</b>	porcentaje	<b>formula</b> (N.º traslados al servicio de Hospitalización por el equipo de emergencias /total de pacientes ingresados) x 100	
<b>Fuente de datos</b>	Censo diario de ingreso de pacientes.		
<b>Responsable</b>	Jefe de enfermería	<b>Parámetros</b>	-----



<b>Periodicidad</b>	Mensual		
<b>nivel de aplicación</b>	nivel operativo	Estándar	-----

<b>FICHA TECNICA DE INDICADORES OPERATIVOS</b>			
<b>Proceso:</b> Hospitalización OPT-HOS			
<b>Subproceso:</b> Gestión de ingreso OPT-HOS-GDI			
<b>Procedimiento:</b> Recepción de Documentos para Hospitalización OPT-HOS-GDI-01			
<b>Indicador:</b>	Porcentaje de Ingreso procedentes de consulta externa	<b>Código:</b>	IN28-OPT-HOS-GDI-01
<b>Definición:</b>	Es el porcentaje de traslados de pacientes que son ingresados al servicio de Hospitalización, realizados por consulta externa, sobre el total de pacientes ingresados.		
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>formula</b>	
<b>Fuente de datos</b>	Censo diario de pacientes. Libro de ingreso de enfermería.	(N.º traslados al servicio de Hospitalización por consulta externa / total de pacientes ingresados) x 100	
<b>Responsable</b>	Jefe de enfermería	Parámetros	-----
<b>Periodicidad</b>	Mensual		
<b>nivel de aplicación</b>	nivel operativo	Estándar	-----

<b>FICHA TECNICA DE INDICADORES OPERATIVOS</b>			
<b>Proceso:</b> Hospitalización OPT-HOS			
<b>Subproceso:</b> Evaluación médica OPT-HOS-EM			
<b>Procedimiento:</b> evaluación del paciente OPT-HOS-EM-01			
<b>Indicador:</b>	Porcentaje de pacientes delicadas	<b>Código:</b>	IN29-OPT-HOS-EM-01
<b>Definición:</b>	Muestra el número de pacientes ingresados con el estado "complicado o delicado" en un determinado periodo		
<b>Unidad de medida</b>	Pacientes delicados	<b>Formula</b>	
<b>Fuente de datos</b>	Censo diario de pacientes	(pacientes delicados / total de pacientes ingresados) x100	
<b>Responsable</b>	Jefa de enfermería	Parámetros	
<b>Periodicidad</b>	Mensual	-----	
<b>nivel de aplicación</b>	nivel Operativo	Estándar -----	

<b>FICHA TECNICA DE INDICADORES OPERATIVOS</b>			
<b>Proceso:</b> Hospitalización OPT-HOS			
<b>Subproceso:</b> Gestión de indicaciones OPT-HOS-GDI			
<b>Procedimiento:</b> Gestionar indicaciones OPT-HOS-GDI-01			

<b>Indicador:</b>	Porcentaje de recetas dispensadas para los Servicios de Hospitalización	<b>Código:</b>	IN30-OPT-HOS-GDI
<b>Definición:</b>	Mide la cantidad de recetas dispensadas por cada uno de los pacientes-día en un determinado periodo, para cada uno de los servicios.		
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje de recetas por servicio.	<b>formula</b> (N.º de recetas dispensadas por cada pacientes-día / N.º de recetas prescritas en el mismo periodo) x100	
<b>Fuente de datos</b>	Libro de indicaciones (control de enfermería)		
<b>Responsable</b>	Enfermera hospitalaria.	Parámetros	-----
<b>Periodicidad</b>	Mensual.		
<b>nivel de aplicación</b>	nivel operativo	Estándar	-----

#### FICHA TECNICA DE INDICADORES OPERATIVOS

**Proceso:** Hospitalización OPT-HOS

**Subproceso:** Gestión de indicaciones OPT-HOS-GDI

**Procedimiento:** Gestionar indicaciones OPT-HOS-GDI-01

<b>Indicador:</b>	Porcentaje de dietas servidas para los Servicios de Hospitalización	<b>Código:</b>	IN31-OPT-HOS-GDI-01
<b>Definición:</b>	Mide la cantidad de dietas servidas por cada uno de los pacientes-día en un determinado periodo, para cada uno de los servicios.		
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje de dietas por servicio	<b>formula</b> (N.º de dietas servidas por cada pacientes-día / N.º de dietas prescritas en el mismo periodo) x100	
<b>Fuente de datos</b>	Libro de indicaciones (control de enfermería)		
<b>Responsable</b>	Enfermera hospitalaria	Parámetros	-----
<b>Periodicidad</b>	Mensual.		
<b>nivel de aplicación</b>	nivel operativo	Estándar	-----

#### FICHA TECNICA DE INDICADORES OPERATIVOS

**Proceso:** Hospitalización OPT-HOS

**Subproceso:** Gestión de indicaciones OPT-HOS-GDI

**Procedimiento:** Gestionar indicaciones OPT-HOS-GDI-01

<b>Indicador:</b>	Porcentaje de exámenes realizados para los Servicios de Hospitalización.	<b>Código:</b>	IN32-OPT-HOS-GDI-01
<b>Definición:</b>	Mide el número de exámenes realizados por cada uno de los pacientes-día en un determinado periodo, para cada uno de los servicios.		
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje de exámenes realizados	<b>Formula</b>	

<b>Fuente de datos</b>	Libro de indicaciones (control de enfermería)	(N.º de exámenes realizados por cada paciente-día / N.º de exámenes prescritos en el periodo) x100	
<b>Responsable</b>	Enfermera hospitalaria	Parámetros	-----
<b>Periodicidad</b>	Mensual.		
<b>nivel de aplicación</b>	nivel operativo	Estándar	-----

### FICHA TECNICA DE INDICADORES OPERATIVOS

**Proceso:** Hospitalización OPT-HOS

**Subproceso:** Gestión de alta médica OPT-HOS-GAM

**Procedimiento:** Alta por mejoría clínica OPT-HOS-GAM-01

<b>Indicador:</b>	Numero de egresos por mejoría de salud.	<b>Código:</b>	IN33-OPT-HOS-GAM-01
<b>Definición:</b>	Mide el flujo de egresos por mejoría de salud por día durante un periodo determinado		
<b>Unidad de medida</b>	Egresos por mejoría de salud	<b>formula</b> N.º de egresos con mejoría de salud / total de egresos del mismo periodo	
<b>Fuente de datos</b>	Registro de Egresos Hospitalarios.		
<b>Responsable</b>	Jefa de enfermería	Parámetros	-----
<b>Periodicidad</b>	Mensual		
<b>nivel de aplicación</b>	nivel operativo	Estándar	-----

### FICHA TECNICA DE INDICADORES OPERATIVOS

**Proceso:** Hospitalización OPT-HOS

**Subproceso:** Gestión de alta médica OPT-HOS-GAM

**Procedimiento:** Alta por traslado otro servicio OPT-HOS-GAM-02

<b>Indicador:</b>	Numero de transferencia de otro servicio	<b>Código:</b>	IN34-OPT-HOS-GAM-02
<b>Definición:</b>	Mide el flujo de transferencia (pacientes que son trasladados a otro servicio de Hospitalización) por día durante un periodo determinado		
<b>Unidad de medida</b>	Transferencias.	<b>formula</b> (N.º de pacientes transferidos a otro servicio / total de transferencias del mismo periodo) x100	
<b>Fuente de datos</b>	Censo de pacientes.		
<b>Responsable</b>	Jefa de enfermería	Parámetros	-----
<b>Periodicidad</b>	Mensual		
<b>nivel de aplicación</b>	nivel operativo	Estándar	-----

### FICHA TECNICA DE INDICADORES OPERATIVOS

**Proceso:** Hospitalización OPT-HOS

**Subproceso:** Gestión de alta médica OPT-HOS-GAM

<b>Procedimiento:</b> Alta por traslado a otro centro de atención OPT-HOS-GAM-03			
<b>Indicador:</b>	Numero diario de transferencia a otro centro de atención.	<b>Código:</b>	IN35-OPT-HOS-GAM-03
<b>Definición:</b>	Mide el flujo de transferencia (pacientes que son trasladados a otro centro de atención) por día durante un periodo determinado		
<b>Unidad de medida</b>	Transferencias.	<b>formula</b> (N.º de pacientes transferidos a otro centro de atención / total de transferencias del mismo periodo) x100	
<b>Fuente de datos</b>	Registro de Egresos Hospitalarios.		
<b>Responsable</b>	Jefa de enfermería	Parámetros	-----
<b>Periodicidad</b>	Mensual		
<b>nivel de aplicación</b>	nivel operativo	Estándar	-----

<b>FICHA TECNICA DE INDICADORES OPERATIVOS</b>			
<b>Proceso:</b> Hospitalización OPT-HOS			
<b>Subproceso:</b> Gestión de alta médica OPT-HOS-GAM			
<b>Procedimiento:</b> Alta por defunción OPT-HOS-GAM-04			
<b>Indicador:</b>	Numero diario de defunciones.	<b>Código:</b>	IN36-OPT-HOS-GAM-04
<b>Definición:</b>	Mide el flujo de pacientes que fallecen mientras están hospitalizados por día durante un periodo determinado		
<b>Unidad de medida</b>	Egresos por defunción	<b>formula</b> N.º de egresos por defunción hospitalaria / total de egresos del mismo periodo	
<b>Fuente de datos</b>	Registro de Egresos Hospitalarios.		
<b>Responsable</b>	Jefa de enfermería	Parámetros	-----
<b>Periodicidad</b>	Mensual		
<b>nivel de aplicación</b>	nivel operativo	Estándar	-----

<b>FICHA TECNICA DE INDICADORES OPERATIVOS</b>			
<b>Proceso:</b> Hospitalización OPT-HOS			
<b>Subproceso:</b> Gestión de alta médica OPT-HOS-GAM			
<b>Procedimiento:</b> Alta exigida OPT-HOS-GAM-05			
<b>Indicador:</b>	Numero de egresos por alta exigida	<b>Código:</b>	IN37-OPT-HOS-GAM-05
<b>Definición:</b>	Mide el flujo de egresos por alta exigida (el paciente pide que se le dé el alta sin autoridad del médico) por día durante un periodo determinado		
<b>Unidad de medida</b>	Egresos por alta exigida	<b>formula</b> N.º de egresos con por alta exigida / total de egresos vivos del mismo periodo	
<b>Fuente de datos</b>	Registro de Egresos Hospitalarios.		
<b>Responsable</b>	Jefa de enfermería	Parámetros	-----
<b>Periodicidad</b>	Mensual		
<b>nivel de aplicación</b>	nivel operativo	Estándar	-----

## 6.1 Indicadores de eficiencia

Para sacar cada uno de los indicadores de eficiencia es necesario conocer algunos términos y su respectiva fórmula:

- *Día cama ocupado* = número de día que estuvieron ocupadas las camas disponibles de cada servicio durante un periodo, también se le conoce como paciente día que es la unidad de medida de Hospitalización.

Fórmula: Total de egreso x promedio de día de estancia del periodo.

- *Días cama disponible* = es el total de camas habilitadas para Hospitalización que pueden prestar servicio durante las 24 horas del día.

Fórmula: total de camas x total de días del periodo.

<b>FICHA TECNICA DE INDICADORES OPERATIVOS</b>			
Proceso: <i>Hospitalización OPT-HOS</i>			
<b>Indicador:</b>	Porcentaje de ocupación de camas (anual)	<b>Código:</b>	IN38- OPT-HOS
<b>Definición:</b>	Conocido también como grado de uso o índice ocupacional. Es un índice que mide el porcentaje de camas ocupadas, en relación al total de las disponibles en un determinado período (día, semana, mes o año).		
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Fórmula</b>	
<b>Fuente de datos</b>	Libro de registro hospitalario. (control de enfermería)	$(N.^{\circ} \text{ día cama ocupado} / N^{\circ} \text{ Días-camas disponibles}) \times 100$	
<b>Responsable</b>	Jefe de enfermería	Parámetros	-----
<b>Periodicidad</b>	Mensual		
<b>nivel de aplicación</b>	nivel operativo	Estándar	HNR 88% HNNBB 82% HNM 69%

<b>FICHA TECNICA DE INDICADORES OPERATIVOS</b>			
Proceso: <i>Hospitalización OPT-HOS</i>			
<b>Indicador:</b>	Promedio de días estancia	<b>Código:</b>	IN39- OPT-HOS
<b>Definición:</b>	Es el promedio de días de permanencia de los pacientes en un periodo de tiempo		
<b>Unidad de medida</b>	Pacientes-Días por egreso.	<b>fórmula</b>	
<b>Fuente de datos</b>	Registro de Egresos Hospitalarios	$\text{Total, días estancias de egresos} / N^{\circ} \text{ egresos hospitalarios}$	
<b>Responsable</b>	Jefe de enfermería	Parámetros	-----
<b>Periodicidad</b>	Mensual		
<b>nivel de aplicación</b>	nivel operativo	Estándar	HNR 6.25 DIAS HNNBB 8 DIAS HNM 5 DIAS

<b>FICHA TECNICA DE INDICADORES OPERATIVOS</b>			
Proceso: <i>Hospitalización OPT-HOS</i>			
<b>Indicador:</b>	Giro cama o índice de rotación (anual)	<b>Código:</b>	IN40- OPT-HOS
<b>Definición:</b>	Sirve para mostrar el número de enfermos tratados en cada cama hospitalaria, es decir los egresos que dicha cama ha producido durante un periodo.		
<b>Unidad de medida</b>	Egresos por día	<b>formula</b> N° egresos / N° camas disponibles promedio	
<b>Fuente de datos</b>	Registro de Egresos Hospitalarios		
<b>Responsable</b>	Jefe de enfermería	<b>Estándar</b> HNR 39 HNNBB 38 HNM 100	
<b>Periodicidad</b>	Anual		
<b>nivel de aplicación</b>	nivel operativo		

<b>FICHA TECNICA DE INDICADORES OPERATIVOS</b>			
Proceso: <i>Hospitalización OPT-HOS</i>			
<b>Indicador:</b>	Intervalo de tiempo de sustitución	<b>Código:</b>	IN41- OPT-HOS
<b>Definición:</b>	Se describe este indicador como el tiempo promedio (en días o fracción día), que una cama hospitalaria permanece desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro. Se indica que el valor del Intervalo de sustitución es ideal, cuando es mayor que cero y menor que uno, expresando que, si un paciente egresa, esa cama es ocupada por otro paciente en un período menor de un día		
<b>Unidad de medida</b>	Días-cama por egreso.	<b>formula</b> (N° Días cama disponibles - N° de cama ocupado) /N° de egresos hospitalarios	
<b>Fuente de datos</b>	Numerador: Censo Diario de Enfermeras, Registro Hospitalario. Denominador: Registro de Egresos Hospitalarios		
<b>Responsable</b>	Jefe de enfermería	Parámetros	-----
<b>Periodicidad</b>	Anual		
<b>nivel de aplicación</b>	nivel operativo	Estándar	HNR 0.48 DIA HNNBB 1.70 DIA HNM 1.59 DIA

## 6.2 Indicadores de productividad

<b>FICHA TECNICA DE INDICADORES OPERATIVOS</b>			
Proceso: <i>Hospitalización OPT-HOS</i>			
<b>Indicador:</b>	Tiempo promedio de espera desde que se da indicación en consulta externa	<b>Código:</b>	IN42- OPT-HOS
<b>Definición:</b>	Muestra el tiempo promedio que debe esperar un paciente desde el día que se le da la indicación en consulta externa hasta que recibe		

	la notificación que ya tiene cupo para una cama en un servicio de Hospitalización.		
<b>Unidad de medida</b>	Hr por paciente	<b>formula</b>	
<b>Fuente de datos</b>		Total, de tiempo de espera medido en minutos desde que el médico indica el ingreso en la consulta externa hasta su llegada a la cama de Hospitalización / Total de pacientes de que ingresaron	
<b>Responsable</b>	Jefe de servicio	Parámetros	-----
<b>Periodicidad</b>	Mensual		
<b>nivel de aplicación</b>	nivel operativo	Estándar	-----

### FICHA TECNICA DE INDICADORES OPERATIVOS

Proceso: Hospitalización OPT-HOS

<b>Indicador:</b>	Tiempo promedio de espera desde que se da indicación en emergencia	<b>Código:</b>	IN43- OPT-HOS
<b>Definición:</b>	Muestra el tiempo promedio que debe esperar un paciente desde el día que se le da la indicación en emergencia hasta que recibe la notificación que ya tiene cupo para una cama en un servicio de Hospitalización.		
<b>Unidad de medida</b>	Hr por paciente	<b>Formula</b>	
<b>Fuente de datos</b>		Total, de tiempo de espera medido en minutos desde que el médico indica el ingreso en la consulta externa hasta su llegada a la cama de Hospitalización / Total de pacientes de que ingresaron	
<b>Responsable</b>	Jefe de servicio	Parámetros	-----
<b>Periodicidad</b>	Mensual		
<b>nivel de aplicación</b>	nivel operativo	Estándar	HNNBB De 4 a 6 horas HNR 19 HORAS

### FICHA TECNICA DE INDICADORES OPERATIVOS

Proceso: Hospitalización OPT-HOS

<b>Indicador:</b>	Tasa neta de mortalidad	<b>Código:</b>	IN44- OPT-HOS
<b>Definición:</b>	Proporción de fallecidos en el hospital respecto al total de egresos durante un mismo período, considerando sólo las muertes que ocurrieron a partir de las 48 horas de ingresado el paciente		
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Formula</b>	
<b>Fuente de datos</b>	Reporte Egresos de Pacientes. - Historia Clínica	$\frac{(N^{\circ} \text{ defunciones hospitalarias}^* / N^{\circ} \text{ de egresos en el mismo período}) \times 100}{100}$	
<b>Responsable</b>	Jefe de servicio	<b>Parámetros</b> -----	
<b>Periodicidad</b>	Anual		
<b>nivel de aplicación</b>	nivel operativo	Estándar	3% a 4%.



## 7. INDICADORES DE VERIFICACIÓN

### FICHA TECNICA DE INDICADORES DE CONTROL

**Proceso:** Gestión del control APO-GC

**Sub proceso:** Auditoria interna del proceso APO-GC-AIP

**Procedimiento:** Planificación y programación de auditorías al proceso APO-GC-AIP-01

<b>Indicador:</b>	Porcentaje de Cumplimiento de Actividades	<b>Código:</b>	IN45- APO-GC-AIP-01
<b>Definición:</b>	Evalúa el grado de cumplimiento de las actividades realizadas dentro del tiempo establecido en comparación a las actividades programadas en el plan de auditoria.		
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Formula</b>	Número de actividades realizadas en tiempo / total de actividades programadas * 100
<b>Fuente de datos</b>	Informe de resultados de auditoria		
<b>Responsable</b>	Coordinador del comité de Gestión por Procesos	<b>Parámetros</b>	Mayor a 90%: Bueno Mayor a 50% y menor a 90%: Revisar Menor a 50%: Tomar Acciones
<b>Periodicidad</b>	Trimestral		
<b>nivel de aplicación</b>	nivel de control		

### FICHA TECNICA DE INDICADORES DE CONTROL

**Proceso:** Gestión del control APO-GC

**Sub proceso:** Auditoria interna del proceso APO-GC-AIP

**Procedimiento:** Ejecución de la auditoria APO-GC-AIP-02

<b>Indicador:</b>	Porcentaje de Hallazgos solucionados	<b>Código:</b>	IN46- APO-GC-AIP-02
<b>Definición:</b>	Mide la cantidad de hallazgos solucionados en un determinado periodo en relación a los hallazgos encontrados.		
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Formula</b>	Numero de hallazgos solucionados / total de hallazgos encontrado * 100
<b>Fuente de datos</b>	Informe de resultados de auditoria		
<b>Responsable</b>	Coordinador del comité de Gestión por Procesos	<b>Parámetros</b>	Mayor a 90%: Bueno Mayor a 50% y menor a 90%: Revisar Menor a 50%: Tomar Acciones
<b>Periodicidad</b>	Trimestral		
<b>nivel de aplicación</b>	nivel de control		

### FICHA TECNICA DE INDICADORES DE CONTROL

**Proceso:** Gestión del control APO-GC

**Sub proceso:** Auditoria interna del proceso APO-GC-AIP

**Procedimiento:** Ejecución de la auditoria APO-GC-AIP-02

<b>Indicador:</b>	Porcentaje de realización de actividades	<b>Código:</b>	IN47- APO-GC-AIP-02
-------------------	--	----------------	---------------------



<b>Definición:</b>	Evalúa el grado de realización de las actividades de mejoras en comparación a las actividades programadas en el plan de auditoria.	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Formula</b> Actividades de mejoras realizadas / actividades de mejoras programadas * 100
<b>Fuente de datos</b>	Informe de resultados de auditoria	
<b>Responsable</b>	Coordinador del comité de Gestión por Procesos	<b>Parámetros</b> Mayor a 90%: Bueno Mayor a 50% y menor a 90%: Revisar Menor a 50%: Tomar Acciones
<b>Periodicidad</b>	Trimestral	
<b>nivel de aplicación</b>	nivel de control	

### FICHA TECNICA DE INDICADORES DE CONTROL

**Proceso:** Gestión del control APO-GC

**Sub proceso:** Evaluación y Mejora de Proceso APO-GC-EMP

**Procedimiento:** Indagar problemas en Procesos misionales APO-GC-EMP-01

<b>Indicador:</b>	Porcentaje de problemas críticos	<b>Código:</b>	IN48- APO-GC-EMP-01
<b>Definición:</b>	Representa en porcentaje la cantidad de problemas críticos que existen en comparación del total de oportunidades de mejora.		
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Formula</b> Numero de problemas críticos / total de oportunidades de mejora * 100	
<b>Fuente de datos</b>	Informe de problemas detectados y alternativas de solución		
<b>Responsable</b>	Coordinador del comité de Gestión por Procesos	<b>Parámetros</b> Mayor a 90%: Bueno Mayor a 50% y menor a 90%: Revisar Menor a 50: Tomar Acciones	
<b>Periodicidad</b>	Trimestral		
<b>nivel de aplicación</b>	nivel de control		

### FICHA TECNICA DE INDICADORES DE CONTROL

**Proceso:** Gestión del control APO-GC

**Sub proceso:** Evaluación y Mejora de Proceso APO-GC-EMP

**Procedimiento:** Indagar problemas en Procesos misionales APO-GC-EMP-01

<b>Indicador:</b>	Porcentaje de realización de acciones	<b>Código:</b>	IN49- APO-GC-EMP-01
<b>Definición:</b>	Mide la cantidad de acciones ejecutadas según las medidas de solución para la problemática, en comparación a la cantidad de acciones programadas		
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Formula</b> Número de acciones ejecutadas / cantidad de acciones programadas * 100	
<b>Fuente de datos</b>	Informe de problemas detectados y alternativas de solución		

<b>Responsable</b>	Coordinador del comité de Gestión por Procesos	<b>Parámetros</b> Mayor a 90%: Bueno Mayor a 50% y menor a 90%: Revisar Menor a 50: Tomar Acciones
<b>Periodicidad</b>	Trimestral	
<b>nivel de aplicación</b>	nivel de control	

### FICHA TECNICA DE INDICADORES DE CONTROL

**Proceso:** Gestión del control APO-GC

**Sub proceso:** Evaluación y Mejora de Proceso APO-GC-EMP

**Procedimiento:** Seguimiento de indicadores APO-GC-EMP-02

<b>Indicador:</b>	Indicador Global de Cumplimiento	<b>Código:</b>	IN50-APO-GPH-EMP-02
<b>Definición:</b>	Representa el desempeño a través de los indicadores que estén dentro del estándar en comparación del total de indicadores del proceso.		
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Formula</b> Numero de indicadores dentro del estándar / total de indicadores * 100	
<b>Fuente de datos</b>	Informe de estadística y evaluación mensual de indicadores de los Servicios de Hospitalización		
<b>Responsable</b>	Coordinador del comité de Gestión por Procesos	<b>Parámetros</b> Mayor a 90%: Bueno Mayor a 50% y menor a 90%: Revisar Menor a 50%: Tomar Acciones	
<b>Periodicidad</b>	Trimestral		
<b>nivel de aplicación</b>	nivel de control		

### FICHA TECNICA DE INDICADORES DE CONTROL

**Proceso:** Gestión del control APO-GC

**Sub proceso:** Evaluación y Mejora de Proceso APO-GC-EMP

**Procedimiento:** Acciones correctivas preventivas y de mejora APO-GC-EMP-03

<b>Indicador:</b>	Cantidad de acciones correctivas eficaces	<b>Código:</b>	IN51- APO-GC-EMP-03
<b>Definición:</b>	Mide que tan eficaces han sido las acciones realizadas con relación al total de actividades correctivas programadas.		
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Formula</b> Número de acciones realizadas eficaces / total de acciones correctivas programadas * 100	
<b>Fuente de datos</b>	Formulario para la identificación de problemas y acciones preventivas		
<b>Responsable</b>	Coordinador del comité de Gestión por Procesos	<b>Parámetros</b> Mayor a 90%: Bueno Mayor a 50% y menor a 90%: Revisar Menor a 50: Tomar Acciones	
<b>Periodicidad</b>	Anual		
<b>nivel de aplicación</b>	nivel de control		

## 8. INDICADORES DE SEGUIMIENTO

<b>FICHA TECNICA DE INDICADORES DE CONTROL</b>			
<b>Proceso:</b> Gestión del seguimiento APO-GS			
<b>Sub proceso:</b> Retroalimentación de la atención brindada APO-GS-RAB			
<b>Procedimiento:</b> Manejo de quejas y sugerencias internas APO-GS-RAB-01			
<b>Indicador:</b>	Clientes insatisfechos	<b>Código:</b>	IN52- APO-GS-RAB-01
<b>Definición:</b>	Mide el grado de insatisfacción de los clientes mediante el número de quejas recibidas.		
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Formula</b>	
<b>Fuente de datos</b>	Formulario para la identificación de Quejas Y Sugerencias	Número de quejas recibidas / cantidad de clientes internos o externos * 100	
<b>Responsable</b>	Coordinador del comité de Gestión por Procesos	<b>Parámetros</b>	
<b>Periodicidad</b>	Mensual	Mayor a 90%: Bueno	
<b>nivel de aplicación</b>	nivel de control	Mayor a 50% y menor a 90%: Revisar Menor a 50%: Tomar Acciones	

<b>FICHA TECNICA DE INDICADORES DE CONTROL</b>			
<b>Proceso:</b> Gestión del seguimiento APO-GS			
<b>Sub proceso:</b> Retroalimentación de la atención brindada APO-GS-RAB			
<b>Procedimiento:</b> Manejo de quejas y sugerencias internas APO-GS-RAB-01			
<b>Indicador:</b>	Porcentaje de Quejas solventadas	<b>Código:</b>	IN53- APO-GS-RAB-01
<b>Definición:</b>	Este indicador permite conocer la efectividad para resolver las quejas que presentan los usuarios sobre los servicios que reciben. No expresa la satisfacción de los pacientes sobre las medidas tomadas respecto a sus reclamos, pero si el nivel de respuesta a dichas quejas.		
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Formula</b>	
<b>Fuente de datos</b>	Reporte mensual de estadísticas de quejas y sugerencias.	Numero de hallazgos solucionados / total de hallazgos encontrados * 100	
<b>Responsable</b>	Coordinador del comité de Gestión por Procesos	<b>Parámetros</b>	
<b>Periodicidad</b>	Trimestral	Mayor a 90%: Bueno	
<b>nivel de aplicación</b>	nivel de control	Mayor a 50% y menor a 90%: Revisar Menor a 50%: Tomar Acciones	

<b>FICHA TECNICA DE INDICADORES DE CONTROL</b>			
<b>Proceso:</b> Gestión del seguimiento APO-GS			
<b>Sub proceso:</b> Retroalimentación de la atención brindada APO-GS-RAB			
<b>Procedimiento:</b> Manejo de quejas y sugerencias externas APO-GS-RAB-02			
<b>Indicador:</b>	Clientes insatisfechos externas	<b>Código:</b>	IN54- APO-GS-RAB-02

<b>Definición:</b>	Mide el grado de insatisfacción de los clientes externos mediante el número de quejas recibidas	
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Formula</b> Número de quejas recibidas / cantidad de clientes internos o externos * 100
<b>Fuente de datos</b>	Reporte mensual de estadísticas de quejas y sugerencias	
<b>Responsable</b>	Coordinador del comité de Gestión por Procesos	<b>Parámetros</b> Mayor a 90%: Bueno Mayor a 50% y menor a 90%: Revisar Menor a 50%: Tomar Acciones
<b>Periodicidad</b>	Mensual	
<b>nivel de aplicación</b>	nivel de control	

<b>FICHA TECNICA DE INDICADORES DE CONTROL</b>			
<b>Proceso:</b> Gestión del seguimiento APO-GS			
<b>Sub proceso:</b> Retroalimentación de la atención brindada APO-GS-RAB			
<b>Procedimiento:</b> Manejo de quejas y sugerencias internas APO-GS-RAB-02			
<b>Indicador:</b>	Porcentaje de Quejas Solventadas externas	<b>Código:</b>	IN55- APO-GS-RAB-02
<b>Definición:</b>	Este indicador permite conocer la efectividad para resolver las quejas externas que presentan los usuarios sobre los servicios que reciben. No expresa la satisfacción de los pacientes sobre las medidas tomadas respecto a sus reclamos, pero si el nivel de respuesta a dichas quejas.		
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Formula</b>	Numero de hallazgos solucionados / total de hallazgos encontrados * 100
<b>Fuente de datos</b>	Reporte mensual de estadísticas de quejas y sugerencias		
<b>Responsable</b>	Coordinador del comité de Gestión por Procesos	<b>Parámetros</b>	Mayor a 90%: Bueno Mayor a 50% y menor a 90%: Revisar Menor a 50%: Tomar Acciones
<b>Periodicidad</b>	Trimestral		
<b>nivel de aplicación</b>	nivel de control		

<b>FICHA TECNICA DE INDICADORES DE CONTROL</b>			
<b>Proceso:</b> Gestión del seguimiento APO-GS			
<b>Sub proceso:</b> Retroalimentación de la atención brindada APO-GS-RAB			
<b>Procedimiento:</b> Seguimiento y mejora de la satisfacción del cliente APO-GS-RAB-03			
<b>Indicador:</b>	Índice de Satisfacción del cliente	<b>Código:</b>	IN56- APO-GS-RAB-03
<b>Definición:</b>	Mide en porcentaje la cantidad de usuarios satisfechos mediante una encuesta de satisfacción.		
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Formula</b>	Número de usuarios abordados satisfechos / total de pacientes encuestados * 100
<b>Fuente de datos</b>	Encuesta para pacientes egresados del Proceso de Hospitalización		

<b>Responsable</b>	Coordinador del comité de Gestión por Procesos	<b>Parámetros</b> Mayor a 90%: Bueno Mayor a 50% y menor a 90%: Revisar Menor a 50%: Tomar Acciones
<b>Periodicidad</b>	Trimestral	
<b>nivel de aplicación</b>	nivel de control	

<b>FICHA TECNICA DE INDICADORES DE CONTROL</b>			
<b>Proceso:</b> Gestión del seguimiento APO-GS			
<b>Sub proceso:</b> Retroalimentación de la atención brindada APO-GS-RAB			
<b>Procedimiento:</b> Seguimiento y mejora de la satisfacción del cliente APO-GS-RAB-03			
<b>Indicador:</b>	Índice de Satisfacción de servicios prestados	<b>Código:</b>	IN57- APO-GS-RAB-03
<b>Definición:</b>	Representa en porcentaje la cantidad de servicios satisfechos prestados en relación al total de servicios prestados.		
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Formula</b> Numero de servicios satisfechos prestados / total de servicios prestados * 100	
<b>Fuente de datos</b>	Encuesta de satisfacción de cliente		
<b>Responsable</b>	Coordinador del comité de Gestión por Procesos	<b>Parámetros</b> Mayor a 90%: Bueno Mayor a 50% y menor a 90%: Revisar Menor a 50%: Tomar Acciones	
<b>Periodicidad</b>	Trimestral		
<b>nivel de aplicación</b>	nivel de control		

<b>FICHA TECNICA DE INDICADORES DE CONTROL</b>			
<b>Proceso:</b> Gestión del seguimiento APO-GS			
<b>Sub proceso:</b> Retroalimentación de la atención brindada APO-GS-RAB			
<b>Procedimiento:</b> Seguimiento y mejora de la satisfacción del cliente APO-GS-RAB-03			
<b>Indicador:</b>	Índice de Satisfacción	<b>Código:</b>	IN58- APO-GS-RAB-03
<b>Definición:</b>	Determina el índice de satisfacción del paciente a través de una encuesta de satisfacción del cliente.		
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Formula</b> Promedio de Satisfacción % Fiabilidad % Elementos tangibles % Seguridad % Capacidad de respuesta % Empatía	
<b>Fuente de datos</b>	Encuesta de satisfacción de cliente		
<b>Responsable</b>	Coordinador del comité de Gestión por Procesos	<b>Parámetros</b> Mayor a 90%: Bueno Mayor a 50% y menor a 90%: Revisar Menor a 50%: Tomar Acciones	
<b>Periodicidad</b>	Trimestral		
<b>nivel de aplicación</b>	nivel de control		

<b>FICHA TECNICA DE INDICADORES DE SEGUIMIENTO</b>	
<b>Proceso:</b> Gestión del seguimiento APO-GS	
Sub proceso: Control y elaboración de Documentos APO-GS-CED	
Procedimiento: Elaboración y control de documentos APO-GS-CDD-01	

<b>Indicador:</b>	Índice de Eliminación de Documentos	Código:	IN59- APO-GS-CDD-01
<b>Definición:</b>	Representa en porcentaje la cantidad de documentos eliminados en relación al total de documentos del proceso		
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Formula</b>	
<b>Fuente de datos</b>	Sugerencia de modificación de documentos	Numero de documentos eliminados / total de documentos * 100	
<b>Responsable</b>	Coordinador del comité de Gestión por Procesos	<b>Parámetros</b>	
<b>Periodicidad</b>	Anual	Mayor a 90%: Bueno	
<b>nivel de aplicación</b>	nivel de control	Mayor a 50% y menor a 90%: Revisar Menor a 50%: Tomar Acciones	

#### FICHA TECNICA DE INDICADORES DE SEGUIMIENTO

**Proceso:** Gestión del seguimiento APO-GS

Sub proceso: Control y elaboración de Documentos APO-GS-CED

Procedimiento: Elaboración y control de documentos APO-GS-CDD-01

<b>Indicador:</b>	Índice de modificaciones	Código:	IN60- APO-GS-CDD-01
<b>Definición:</b>	Representa en porcentaje la cantidad de documento con modificaciones en relación al total de documentos del proceso		
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Formula</b>	
<b>Fuente de datos</b>	Sugerencia de modificación de documentos	Numero de documentos con modificaciones / tota de documentos * 100	
<b>Responsable</b>	Coordinador del comité de Gestión por Procesos	<b>Parámetros</b>	
<b>Periodicidad</b>	Anual	Mayor a 90%: Bueno	
<b>nivel de aplicación</b>	nivel de control	Mayor a 50% y menor a 90%: Revisar Menor a 50%: Tomar Acciones	

#### FICHA TECNICA DE INDICADORES DE SEGUIMIENTO

**Proceso:** Gestión del seguimiento APO-GS

Sub proceso: Comunicación APO-GS-COM

Procedimiento: Establecimiento de los medios de comunicación APO-GS-COM-01

<b>Indicador:</b>	Alcance de la comunicación	Código:	IN61- APO-GS-COM-01
<b>Definición:</b>	Representa el número de comunicaos realizados en relación al total de comunicados recibidos.		
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	<b>Formula</b>	
<b>Fuente de datos</b>	Plantilla de comunicado	Numero de comunicados realizados / comunicados recibidos *100	
<b>Responsable</b>	Coordinador del comité de Gestión por Procesos	<b>Parámetros</b>	
<b>Periodicidad</b>	Mensual	Mayor a 90%: Bueno	
<b>nivel de aplicación</b>	nivel de control	Mayor a 50% y menor a 90%: Revisar Menor a 50%: Tomar Acciones	



## 9. PROCEDIMIENTO DE APROBACIÓN DEL MANUAL DE INDICADORES DE HOSPITALIZACIÓN.

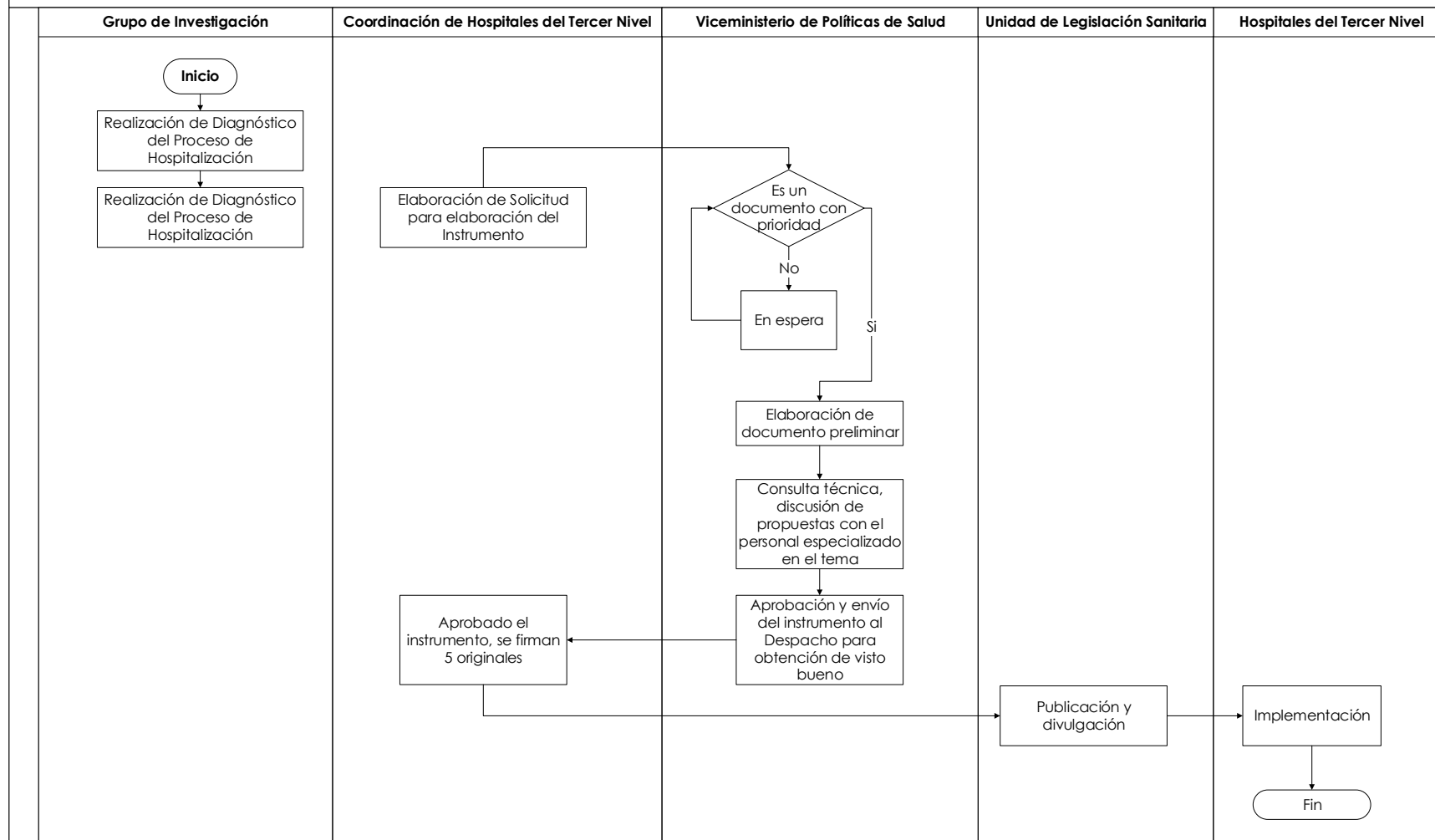
<b>Procedimiento descrito:</b>			
<b>No.</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>DESCRIPCION</b>	<b>EJECUTOR</b>
28.	Elaboración de diagnóstico	Diagnóstico elaborado en la Investigación del Proceso misional de Hospitalización, por Grupo de Investigación de Estudiantes de la carrera de Ingeniería Industrial, de la UES en colaboración con la Coordinación de Hospitales de Tercer Nivel del MINSAL.	Grupo de Investigación
29.	Elaboración de Diseño	Grupo de Investigación presenta a Coordinación de Tercer Nivel la propuesta de diseño de documentos para el fortalecimiento del proceso de Hospitalización.	Grupo de Investigación
30.	Elaboración de solicitud calzada	La Coordinación de Tercer Nivel presentará solicitud con el tipo de instrumento que se quiere elaborar, determinando la fundamentación legal.	Coordinación del Tercer Nivel
31.	Priorización de necesidades – prioridad del documento.	La priorización será establecida por el Viceministerio de Políticas de Salud o la Dirección de Regulación y Legislación en Salud.	Viceministerio de Políticas de Salud/Dirección de Regulación y Legislación en Salud.
32.	Recopilación de información preliminar	Se retoman los insumos del diagnóstico, para recopilación de información documental necesaria que se utilizara en la elaboración del instrumento.	
33.	Elaboración de documento preliminar	Estructurar de manera general la propuesta de los grandes apartados, que contendrá el instrumento técnico jurídico; plan de Trabajo y cronograma. El plazo máximo para la elaboración del instrumento será de tres meses, salvo retraso debidamente justificado.	Viceministerio de Políticas de Salud.
34.	Consulta Técnica	Esta etapa conlleva la discusión de las propuestas de instrumentos técnicos jurídicos, con personal o profesionales especializados en el tema, a fin de evaluar su contenido, haciendo las proposiciones y recomendaciones que permitan agregarlas al documento.	Viceministerio de Políticas de Salud, MINSAL

35.	Aprobación, remisión a Despacho del Viceministerio de Políticas de Salud	Se enviará al Despacho del Viceministerio de Políticas de Salud, el instrumento debidamente revisado por parte de la Dirección de Regulación y Legislación en Salud, para obtener el visto bueno y posterior oficialización por parte del Titular.	Viceministerio de Políticas de Salud,
36.	Firmas y copias	Una vez aprobado, los instrumentos que se legalicen a través de Acuerdo Ejecutivo, se deben solicitar al Titular, que firme cinco originales, de los cuales se entregará a: Recursos Humanos, a la dependencia interesada, Archivo Institucional, Dirección de Regulación y Legislación en Salud, para anexarlo al expediente respectivo, y otro para publicación en el Diario Oficial.	Coordinación de Tercer Nivel
37.	Publicación y divulgación	Se realizará la gestión ante la Imprenta Nacional, para publicarlo en el Diario Oficial, cuando sea pertinente	Unidad de Legislación Sanitaria
38.	Implementación	Implica la ejecución del instrumento regulatorio, por parte del personal del Ministerio y demás sujetos a los que se dirige el instrumento técnico jurídico. La Dirección de Regulación y Legislación en Salud colaborará con la instancia pertinente, para realizar Procesos de evaluación de conocimiento y aplicación de los instrumentos técnicos jurídicos.	Hospitales de Tercer Nivel del MINSAL

**Basado en el Documento oficial: LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA LA ELABORACIÓN Y PUBLICACIÓN DE INSTRUMENTOS TÉCNICOS JURÍDICOS, Agosto 2011.**



**Procedimiento: Aprobación del Manual de Indicadores del proceso de Hospitalización.**



## 5 Seguimiento del Proceso: Mejora Continua

---

Después de diseñar un Sistema de Gestión por Procesos, y una vez que se procede a su implantación, es imprescindible poner en marcha mecanismos de control y mejora continua que permitan medir su rendimiento en los diferentes aspectos del proceso. Estos mecanismos deben utilizarse sistemáticamente para conocer todos los aspectos claves en el desarrollo del proceso tales como: Si su variabilidad se mantiene dentro de los márgenes aceptables, Si la efectividad del proceso es la deseada, es decir, si los indicadores de resultados o de valoración integral del proceso son satisfactorios, Si los usuarios están satisfechos: se han eliminado espacios en blanco, tiempos de espera innecesarios, si se garantiza la accesibilidad a los clientes y si se escucha la opinión de los profesionales y las personas que intervienen en el desarrollo del proceso consideran que su trabajo ha mejorado. Para poder lograr conocer todos estos aspectos se debe de poner en marcha mecanismos de control y mejora continua

Para ello es preciso adoptar una estrategia de mejora continua en los servicios que se proporcionan a los ciudadanos como piedra angular de la calidad y, por tanto, de la satisfacción de los mismos.



Es por eso que se incluye en la propuesta de Diseño un manual de Mejora Continua, que servirá como un documento de consulta que provea la información necesaria al personal de los Servicios de Hospitalización para la aplicación de proyectos de mejora continua dentro del Sistema de Gestión por Procesos enfocado en la satisfacción del cliente

# Manual de la Mejora Continua del Proceso de Hospitalización de los Hospitales del Tercer Nivel

Ministerio de Salud



## **FICHA CATALOGRÁFICA**

2018 Ministerio de Salud

Todos los derechos reservados. Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra, siempre que se cite la fuente y que no sea para fines de lucro.

Es responsabilidad de los autores técnicos de este documento, tanto su contenido como los cuadros, diagramas e imágenes.

La documentación oficial del Ministerio de Salud puede ser consultada a través de:

<http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

Ministerio de Salud

Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 2202-7000. Página oficial:  
<http://www.salud.gob.sv>

## Contenido

Contenido .....	3
1 Introducción .....	4
2 Marco Jurídico .....	5
3 Objetivos .....	5
4 Herramientas de Mejora continua para aplicar en el proceso de Hospitalización .....	6
4.1 Preguntas fundamentales y Ciclo de mejoramiento.....	6
4.2 Manejo de quejas y de sugerencias internas, acciones correctivas preventivas y de mejora .....	8
4.3 Seguimiento y mejora de la satisfacción del cliente .....	13
4.4 Procedimiento de Aprobación del Manual de Funciones del Comité de GPP .....	18

## 1 Introducción

El Ministerio de Salud, en adelante MINSAL a través de la Dirección Nacional de Hospitales de Tercer Nivel, ha definido el desarrollo del Manual de Mejora Continua, en adelante MMC para implementar en los Procesos de atención hospitalaria que se desarrollan en los Hospitales de Tercer Nivel, basado en una de las principales apuestas estratégicas descritas en el documento Plan Quinquenal de Desarrollo 2010-2014, en cual se describe: “Constituir un sector público responsable, eficiente, eficaz, moderno, desconcentrado y descentralizado que brinde a la población servicios de Calidad; que disponga de los recursos suficientes para cumplir de forma adecuada y que cuente con un sistema de rendición de cuentas diligentes y transparente”.

Es también de importancia mencionar el compromiso del estado con el cumplimiento de la Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública, la cual promueve el establecimiento de un enfoque común acerca de las nociones de calidad en la gestión pública, a partir del cual se adopte un conjunto de principios y orientaciones que sirvan de referencia para la formulación de políticas, planes, modelos y mecanismos que permitan la mejora continua en los Procesos de su gestión pública.

Así mismo, el Sistema Nacional de Salud contiene entre los objetivos estratégicos, “mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud, considerando como eje del modelo de atención a la persona, familia y la comunidad, garantizando la calidad y la calidez de la relación con los usuarios de los servicios de salud”.

El presente documento contiene los avances que a la fecha han sido desarrollados por la Coordinación de Hospitales de Tercer Nivel, con el propósito de satisfacer la necesidad identificada por el MINSAL, para fortalecer la gestión y funcionamiento de los Hospitales elevando la eficiencia de la atención técnica y la satisfacción por el servicio recibido en el área de atención hospitalaria, prevenir los efectos adversos de la no calidad, propiciar relaciones justas entre médicos y pacientes y obtener la credibilidad ciudadana.

## 2 Marco Jurídico

El presente Manual de Mejora Continua tiene como base legal:

### 1. El Código de Salud:

- El Artículo 40, prescribe que El Ministerio de Salud es el Organismo encargado de determinar, planificar, ejecutar la política nacional en materia de Salud; dictar las normas pertinentes, organizar coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la Salud.
- El Artículo 41 numeral 4, establece que corresponde al Ministerio, Organizar, reglamentar y coordinar el funcionamiento y las atribuciones de todos los servicios técnicos y administrativos de sus dependencias.

### 2. Política Nacional de Salud:

- N° 2 Rectoría y formulación de política y planes de salud:

2.3. Mejorar y controlar la calidad en todos los niveles del sistema de salud estableciendo las normativas y los instrumentos de monitoreo y evaluación.

## 3 Objetivos

### Objetivos Del Manual

#### 1. General:

Desarrollar en el MINSAL la estrategia de la mejora continua, enfocándola en el aumento de la eficiencia del Proceso de Hospitalización. Además, proporcionar las herramientas metodológicas, para la medición en este proceso de atención.

#### 2. Específicos:

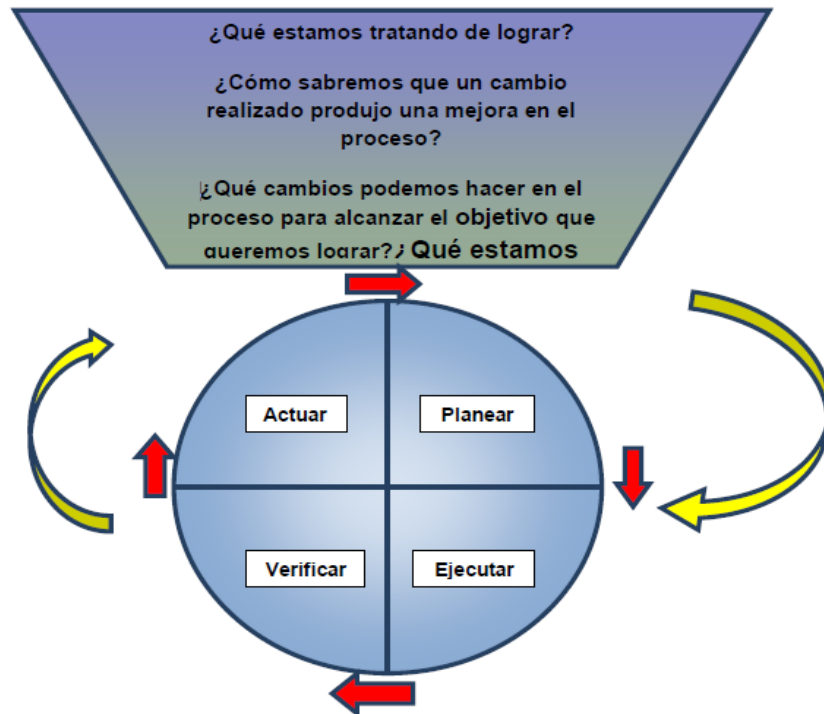
- a) Establecer los elementos, para la comprensión de las herramientas que pondrá en ejecución el Comité de Gestión por Procesos.
- b) Proporcionar a los trabajadores de la salud, las herramientas y los instrumentos de MMC a través de estándares e indicadores que midan la calidad de los Procesos asistenciales, buscando la satisfacción de los usuarios.
- c) Proporcionar la metodología para desarrollar intervenciones de mejora a corto plazo a través de los ciclos rápidos del PHVA.

**Ámbito de aplicación:** Están sujetos a la aplicación y al cumplimiento de estos Lineamientos técnicos todos los funcionarios o empleados de los establecimientos de Tercer Nivel del MINSAL.

## 4 Herramientas de Mejora continua para aplicar en el proceso de Hospitalización

### 4.1 Preguntas fundamentales y Ciclo de mejoramiento

La mejora continua del proceso se basa en la evaluación continua, a través de la aplicación del Ciclo de Deming (Planear, Hacer, Verificar, Actuar), de todos los aspectos que conforman el mismo: su diseño, ejecución, las medidas de control y su ajuste. El mejoramiento de la calidad con ciclos rápidos tiene dos componentes: a) Preguntas fundamentales y b) Ciclo de mejoramiento. Aplicación de los ciclos rápidos o PHVA.



#### A) PREGUNTAS FUNDAMENTALES

- **¿Qué estamos tratando de lograr?**

Debe utilizarse para identificar y documentar una meta de mejora de calidad en el proceso de atención escogido; a esta meta la llamaremos objetivo, que se refiere al enunciado escrito de los logros esperados en forma numérica, susceptible de medición.

**Objetivo de Mejoramiento:**

✓ ¿Cómo sabremos que un cambio realizado produjo una mejora en el proceso?

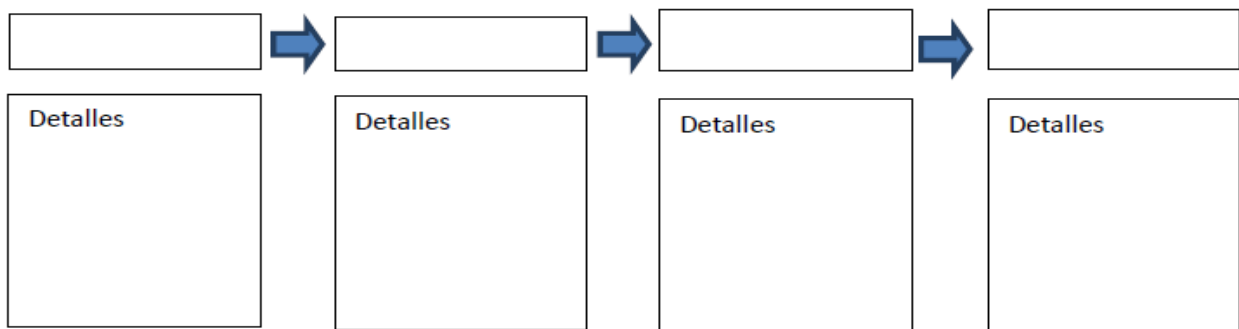


Permite la búsqueda de medidas claves o indicadores que determinen el progreso del cumplimiento del objetivo planteado.

Nombre de los indicadores	Formula	Fuente Numerador	Fuente Denominador	Método de recolección	Umbral	Muestra	Periodicidad

- **¿Qué cambios podemos hacer en el proceso para alcanzar el objetivo que queremos lograr?**

A través de FLUJOGRAMAS se debe de graficar la SITUACIÓN ACTUAL Y REAL del proceso de atención seleccionado, para identificar donde se encuentran las deficiencias, sobre las cuales se deben proponer cambios de mejora. Debe utilizar un flujograma para hacer análisis del proceso.



Las deficiencias en el proceso de Hospitalización, es decir las acciones que no se realizan adecuadamente, los elementos que son incensarios o redundantes, y elementos que deberían estar incluidos en el proceso pero que no lo están; deben ser identificados en forma precisa y planteados de manera adecuada. Por lo tanto, se debe elaborar **propuestas concretas** de cambios en las organizaciones del proceso o en su contenido, lo que llamaremos **ideas de cambio**.

<b>Fallas del proceso (Descripción del Problema):</b> ¿Qué diferencias hay entre el estándar de atención y en las practicas actuales?	<b>Cambios propuestos (Ideas de cambio)</b>
--	---

## B) CICLO DE MEJORAMIENTO. APLICACIÓN DE LOS CICLOS RÁPIDOS O PHVA.

### ✓ *Planear o programar (matriz de apoyo).*

Utilizar el siguiente formulario para la planificación o programación de la mejora identificada en el proceso de Hospitalización, el cual el empleado debe solicitar al Comité de Gestión Por Proceso del respectivo Hospital y luego entregarlo con los campos llenados con la información necesaria para evaluar su posible aplicación.

CICLO RAPIDO DE MEJORA O (PHVA) Y SU DOCUMENTACIÓN	
HOSPITAL: _____	
Nombre del Proceso de atención a mejorar:	
Objetivo de mejoramiento. ¿Qué estamos tratando de lograr?	
Nombre del indicador que usará para determinar si hay una mejora	
Número del indicador	Nombre del indicador

### 4.2 Manejo de quejas y de sugerencias internas, acciones correctivas preventivas y de mejora

Se propone una metodología para la planeación, diseño, operación, mantenimiento y mejora de un proceso para el manejo de sugerencias del personal de todos los niveles que vayan encaminadas a la mejora en el proceso de Hospitalización en los hospitales de Tercer Nivel.

#### ¿Para qué una metodología de reclamos?

- Establecer la forma en que deben ser recibidas, administradas y atendidas y respondidas las quejas, reclamos, consultas y sugerencias emitidas por las partes interesadas, para el caso el personal que labora en los hospitales de Tercer Nivel y que vayan encaminadas a mejorar la atención de los pacientes ingresados.
- Facilitar a quien reclama, el acceso a un sistema de manejo de reclamos abierto y responsable.
- Aumentar la habilidad del servicio de Hospitalización en resolver los reclamos de manera consistente, sistemática y responsable para satisfacción del reclamante y de la organización.
- Incrementar la habilidad de la división médica y en general del hospital, para identificar tendencias y eliminar causas raíces de los reclamos.
- Suministrar una base para la continua revisión y análisis del procedimiento de “*Manejo de quejas y sugerencias internas*”, la solución de los reclamos y la mejora de los Procesos.

#### **Procedimiento de reclamos: “Manejo de quejas y sugerencias internas”**

Llevado a cabo de manera que se mantenga e incremente la satisfacción del cliente. Este proceso debería ser vinculado y alineado con otros Procesos del PHVA.



## Planeación del procedimiento de Manejo de quejas y sugerencias internas

- **Compromiso alta dirección**

La alta dirección de los hospitales comunicara la importancia de satisfacer a los clientes mediante una atención eficaz de sus reclamos, estableciendo la política y los objetivos relativos al manejo de sugerencias internas y llevando a cabo las revisiones del procedimiento de manejo de reclamos, de manera que se asegure la disponibilidad de recursos para este.

- **Política**

Sobre el manejo de reclamos enfocada al cliente, debe estar disponible y ser conocida por todo el personal que labora dentro y fuera de los Servicios de Hospitalización de los hospitales, y otras partes interesadas como el MINSAL, entre estos.

- **Recursos**

La alta dirección debe evaluar y asignar los recursos: Personal (Comité de Gestión de Procesos, Formación, Documentos, Materiales, Equipos, Presupuesto).



## Operación del procedimiento de Manejo de quejas y sugerencias internas

- **Atención a Solicitud de Queja, Reclamo, Consulta y Sugerencia.**

Las partes interesadas que quieran emitir una queja, reclamo, consulta o sugerencia deben abocarse a la oficina del Comité de Gestión por Procesos del respectivo hospital en el que labora el personal que realizara la acción. Se pueden utilizar los siguientes medios de comunicación disponibles:

- ✓ Por escrito: Formato de solicitud de queja, consulta y sugerencia (FOR-APO-EMP-03-01).
- ✓ Correo electrónico del Comité:
  - [cgp.hnr@minsal.com.sv](mailto:cgp.hnr@minsal.com.sv)
  - [cgp.hnnbb@minsal.com.sv](mailto:cgp.hnnbb@minsal.com.sv)
  - [cgp.hnm@minsal.com.sv](mailto:cgp.hnm@minsal.com.sv)
- ✓ En caso de que la queja o reclamo involucre al líder del Comité, esta se presentara ante la Coordinación de Tercer Nivel del MINSAL, para iniciar el proceso de respuesta a la solicitud.

El responsable de atender las quejas, reclamos consultas o sugerencias, de los clientes internos y externos es el Comité de Gestión por Procesos, la cual enviara la información al área que corresponda, para dar seguimiento y respuesta en el tiempo oportuno.

- **Respuesta a queja**

Cuando la queja sea relativa a la calidad del servicio, El Comité de Calidad es el responsable de dar respuesta a dicha queja o reclamo. Cuando la queja es relativa a situaciones de índole social, laboral, ambiental o derechos o compensación justa

será atendida y recibida por el Comité, pero este lo trasladará al área respectiva (recursos humanos, Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos, etc.). Cuando la queja, Consulta o sugerencia es emitida en anónimo, se evalúa la respuesta o sugerencia a la misma con los responsables de áreas involucradas, con el fin de dar seguimiento a la misma en el tiempo oportuno.

El tratamiento de la solicitud debe iniciar con identificar el área responsable de atenderla o investigar el servicio en donde se ha identificado la queja/sugerencia, para ambos casos el Comité deberá hacer la investigación correspondiente para determinar si procede o no, posteriormente se debe preparar la respuesta oportuna y remitirla para ser revisada por el responsable de firmarla.



Mantenimiento y mejora del procedimiento del Manejo de quejas y sugerencias internas

- **Verificación y cierre de la queja, reclamo, consulta o sugerencia interna**

En caso de existir un Plan de Acción para dar solución a la queja o reclamo, se realiza seguimiento y verificación a las acciones tomadas al respecto por parte de los responsables. El Comité presenta el informe de verificación de la queja, consulta o sugerencia en la cual se encamina si esta procede o no a favor de quien realizó la queja interna, este informe es presentado a la Dirección Médica y al Director del respectivo hospital.

- **Seguimiento.**

Se informará a la parte interesada la fecha en la cual se daría respuesta a su queja o reclamo, misma que se le hará seguimiento para que pueda cerrarse en la fecha establecida y oportuna.

Si la respuesta a una queja o reclamo no es posible dentro del término fijado, se le informará de manera escrita, al interesado el motivo de la demora y se le da a conocer la posible fecha definitiva en la cual se le dará solución o respuesta.

- **Mediación de diferencias por inconformidad de la respuesta**


Cuando no existe un consenso o una respuesta satisfactoria, dicha información se pasará a la Coordinación de Tercer Nivel del MINSAL, para que esta sea analizada directamente y así dar una respuesta oportuna al interesado.



Acciones correctivas del procedimiento del Manejo de quejas y sugerencias internas

- **Informe de acciones realizadas**

El comité presentará en su informe anual, el resumen estadístico y descriptivo de las acciones realizadas, situaciones resueltas y no resueltas y aquellas que han pasado a la Coordinación del Tercer Nivel, sobre dicho procedimiento.

<b>Proceso:</b> Gestión del Proceso de Hospitalización	<b>Procedimiento:</b> Acciones correctivas, preventivas y de mejora	<b>Código del Formulario:</b> FOR-APO-EMP-03-01	
<b>Nombre:</b> Formulario para la identificación de problemas y acciones preventivas	<b>Versión:</b> 1.00		

MINSAL  
NOMBRE DEL HOSPITAL  
COMITÉ DE GESTIÓN POR PROCESOS  
**Formulario para la identificación de problemas y acciones preventivas**

Servicio de Hospitalización: _____	Fecha: ____/____/____
------------------------------------	-----------------------

Formulario correspondiente a la Auditoría: _____	Correspondiente a la actividad: _____
--	---------------------------------------

No	Descripción	Tipo de acción	Acciones y actividades	Responsables	Fechas		Indicador o medio de verificación	La acción fue eficaz
					Inicio	Final		
		<input type="checkbox"/> Inmediata <input type="checkbox"/> Preventiva <input type="checkbox"/> De Mejora			____/____/____	____/____/____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Inmediata <input type="checkbox"/> Preventiva <input type="checkbox"/> De Mejora			____/____/____	____/____/____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**COMPROBANTE DE AUDITORIA REALIZADA**

	Jefe del Servicio de Hospitalización donde se realizó la evaluación:	Jefe de servicio de Enfermería del Servicio de Hospitalización donde se realizó la evaluación:	Auditor representante del Comité de Gestión de GPP:
Nombre			
Firma			
Fecha	____/____/____	____/____/____	____/____/____

### 4.3 Seguimiento y mejora de la satisfacción del cliente

Se propone una metodología para la planeación, diseño, operación, mantenimiento y mejora de un proceso para el manejo de los reclamos de los pacientes ingresados o familiares visitantes en los hospitales de Tercer Nivel.

#### ¿Para qué una metodología de reclamos?

- Facilitar a quien reclama, el acceso a un sistema de manejo de reclamos abierto y responsable.
- Aumentar la habilidad del servicio de Hospitalización en resolver los reclamos de manera consistente, sistemática y responsable para satisfacción del reclamante y de la organización.
- Incrementar la habilidad de la división médica y en general del hospital, para identificar tendencias y eliminar causas raíces de los reclamos.
- Suministrar una base para la continua revisión y análisis del procedimiento de “*Seguimiento y mejora de la satisfacción del cliente*”, la solución de los reclamos y la mejora de los Procesos.

#### Procedimiento de reclamos: “Seguimiento y mejora de la satisfacción del cliente”

Llevado a cabo de manera que se mantenga e incremente la satisfacción del cliente. Este proceso debería ser vinculado y alineado con otros Procesos del PHVA.



Planeación del procedimiento de reclamos

- **Compromiso alta dirección**

La alta dirección de los hospitales comunicara la importancia de satisfacer a los clientes mediante una atención eficaz de sus reclamos, estableciendo la política y los objetivos relativos al manejo de reclamos y llevando a cabo las revisiones del procedimiento de manejo de reclamos, de manera que se asegure la disponibilidad de recursos para este.

- **Política**

Sobre el manejo de reclamos enfocada al cliente, debe estar disponible y ser conocida por todo el personal de los Servicios de Hospitalización, los pacientes y otras partes interesadas como el MINSAL, entre estos.

- **Recursos**

La alta dirección debe evaluar y asignar los recursos:

- Personal
- Formación
- Documentos
- Materiales
- Equipos
- Presupuesto



Operación del procedimiento de reclamos

- **Definir y contar al paciente como acceder al proceso**

La información deberá tener en cuenta:

¿Dónde podrían hacerse los reclamos?

El paciente le comentará al jefe de enfermera del servicio o a cualquiera de los médicos de staff del servicio donde fue atendido, que quiere realizar una queja y opinión sobre la atención recibida.

¿Cómo hacer los reclamos?

El personal de forma amable y atenta le entregará formulario FOR-APO-RAB-01-01 en el cual podrá completar la información sobre la queja. La información a ser suministrada por quien reclama, es decir debe ser llenada por el paciente o familiar, no podrá ser llenado por médicos o enfermeras, pero estos sí están obligados a brindar la información necesaria para que el paciente llene los campos pedidos en el formulario. El personal que le entregue formulario debe informar al solicitante que debe entregar hoja llena en oficina del Comité Gestor de

¿Cuáles son los tiempos límites asociados?

El paciente o familiar debe solicitar este formulario después que se le haya entregado el alta médica, y tiene hasta 10 días disponibles para pedir este formulario después de haberse retirado del hospital. Personal del servicio colocará fecha de entrega del formulario y el paciente o familiar tiene 5 días hábiles para entregar formulario lleno, al Comité Gestor de Proceso.

¿Cómo el que reclama puede tener retroalimentación sobre el estado del reclamo?

El comité Gestor de Proceso entregará al finalizar cada año, un informe sobre quejas atendidas en los Servicios de Hospitalización, las causas de estas y las soluciones analizadas y aplicadas.

- **Recepción de los reclamos**

El reclamo debe ser rastreado a través de todo el proceso, desde su recepción hasta la toma de decisión final o hasta que se haya satisfecho a quien reclama. La etapa o el estado en que se encuentra el reclamo debería estar actualizado y disponible para quien reclama, como se mencionó se hará a través del informe anual que emitirá el Comité Gestor.

- **Evaluación inicial del reclamo**


Después de recibir cada reclamo debería ser evaluado en términos de severidad, implicaciones de seguridad, complejidad e impacto entre otros, con el propósito de tomar acciones inmediatas.

- **Investigación del reclamo**

Todos los esfuerzos deberían estar encaminados a investigar las circunstancias pertinentes y la información relacionada con el reclamo. El nivel de investigación debería estar acorde con la seriedad y severidad del reclamo.

- **Comunicación y decisión**

La decisión o cualquier otra acción tomada relacionada con el reclamo, debería ser comunicada al personal involucrado tan pronto se tomen las acciones o decisiones y de ser posible comunicarse con los pacientes quienes realizaron la queja o sugerencia.

<b>Proceso:</b>	<b>Procedimiento:</b>	<b>Código del Formulario:</b>	
Gestión del proceso de Hospitalización	Manejo de quejas y sugerencias internas APO-GPH-RAB-01	FOR-APO-RAB-01-01	
<b>Nombre:</b>		<b>Versión:</b>	
Formulario para quejas y sugerencias del área de Hospitalización		1.00	

MINSAL NOMBRE DEL HOSPITAL COMITÉ DE GESTIÓN POR PROCESOS <b>Formulario para quejas y sugerencias</b>	
Servicio de Hospitalización: _____	Fecha: ____/____/____
<input type="checkbox"/> Queja	<input type="checkbox"/> Sugerencia
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	



#### Mantenimiento y mejora del procedimiento de reclamos

- **Recolección de la información**

Establecer procedimientos para el registro de los reclamos y sus respuestas, con el propósito que estos registros sean Gestionados protegiendo la información personal y asegurando la confidencialidad de los reclamos.

- **Análisis y evaluación**

Todos los reclamos deberían ser clasificados y analizados para identificar en forma sistemática su recurrencia, problemas o incidentes aislados y tendencias, con el fin de ayudar a eliminar de raíz las causas de estos reclamos.

- **Verificación de los resultados del proceso**

Deberían tomarse acciones regulares para determinar los niveles de satisfacción de quienes reclaman con el proceso de atención de reclamos. Pueden utilizarse encuestas aleatorias, para esto se realizará con la **Encuesta para pacientes egresados del Proceso de Hospitalización (ENC-APO-RAB-03-01)**.



<b>Proceso:</b> Gestión del Proceso de Hospitalización	<b>Procedimiento:</b> Seguimiento y mejora de la satisfacción del cliente	<b>Código del Formulario:</b> ENC-APO-RAB-03-01				
<b>Nombre:</b> Encuesta para pacientes egresados del Proceso de Hospitalización		<b>Versión:</b> 1.00				
MINSAL NOMBRE DEL HOSPITAL COMITÉ DE GESTIÓN POR PROCESOS <b>Encuesta para pacientes egresados del Proceso de Hospitalización</b>						
Servicio de Hospitalización: _____		Fecha: ____/____/____				
						
Clave Respuesta	Mucho peor de lo que esperaba	Peor de lo que esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que esperaba	Mucho mejor de lo que esperaba	
	1	2	3	4	5	
Estado de las habitaciones						
Confianza que transmite el personal						
Interés del personal de enfermería						
Interés del personal médico						
Interés del personal auxiliar						
Cuando usted ha tenido dudas sobre su enfermedad, ¿el Personal se las ha resuelto?						
Comprendió la información que le proporcionaba el Personal						
Solución dada al problema						
¿Tuvo que estar más tiempo ingresado por retrasos en la entrega de exámenes, tratamientos o retraso en programación de cirugía?						
	Médico			Enfermería		
El Personal ¿le llamaba por su nombre	Si	No	Algunos	Si	No	Algunos
El Personal ¿se le presentó a usted por su nombre	Si	No	Algunos	Si	No	Algunos
El Personal ¿le ha ayudado a que su estancia fuera más llevadera en ausencia de sus familiares?						
Observaciones, comentarios o sugerencias:						

- **Auditoría al proceso**

Evaluar el desempeño por medio de auditoría. Estas auditorías deberán proveer información sobre la conformidad con los procedimientos del proceso y la conveniencia para alcanzar la política y los objetivos planteados para la ejecución eficiente del proceso.

Por medio de estas auditorías, la dirección del servicio y del hospital asegura la continua conveniencia, adecuación y eficacia del proceso, además identifica y aborda las instancias de no cumplimiento con requisitos de seguridad, salud, ambiente, paciente, regulatorios y otros legales. Permite corregir las deficiencias del servicio y proceso, evaluar las oportunidades de mejora y las necesidades de cambios, al proceso que maneja los reclamos y a los productos ofrecidos y da una visión general sobre los cambios potenciales a la política y objetivos del manejo de reclamos.



## Acciones correctivas del procedimiento de reclamos

- **Acciones correctivas**
- **Acciones preventivas**
- **Acciones de mejora**

Los Servicios de Hospitalización deberán continuamente mejorar la calidad de su atención mediante el uso de acciones correctivas, preventivas y de mejora, eliminando las causas de problemas reales y potenciales relacionados con los reclamos, de manera que prevenga su recurrencia y ocurrencia.

También debe considerar los siguientes aspectos:

- ✓ Explorar, identificar y aplicar las mejores prácticas en manejo de reclamos.
- ✓ Promover un enfoque al cliente dentro del hospital, dentro y fuera de los Servicios de Hospitalización.
- ✓ Incentivar la innovación en el desarrollo de manejo de reclamos
- ✓ Reconocer de manera ejemplar el comportamiento del manejo de reclamos.

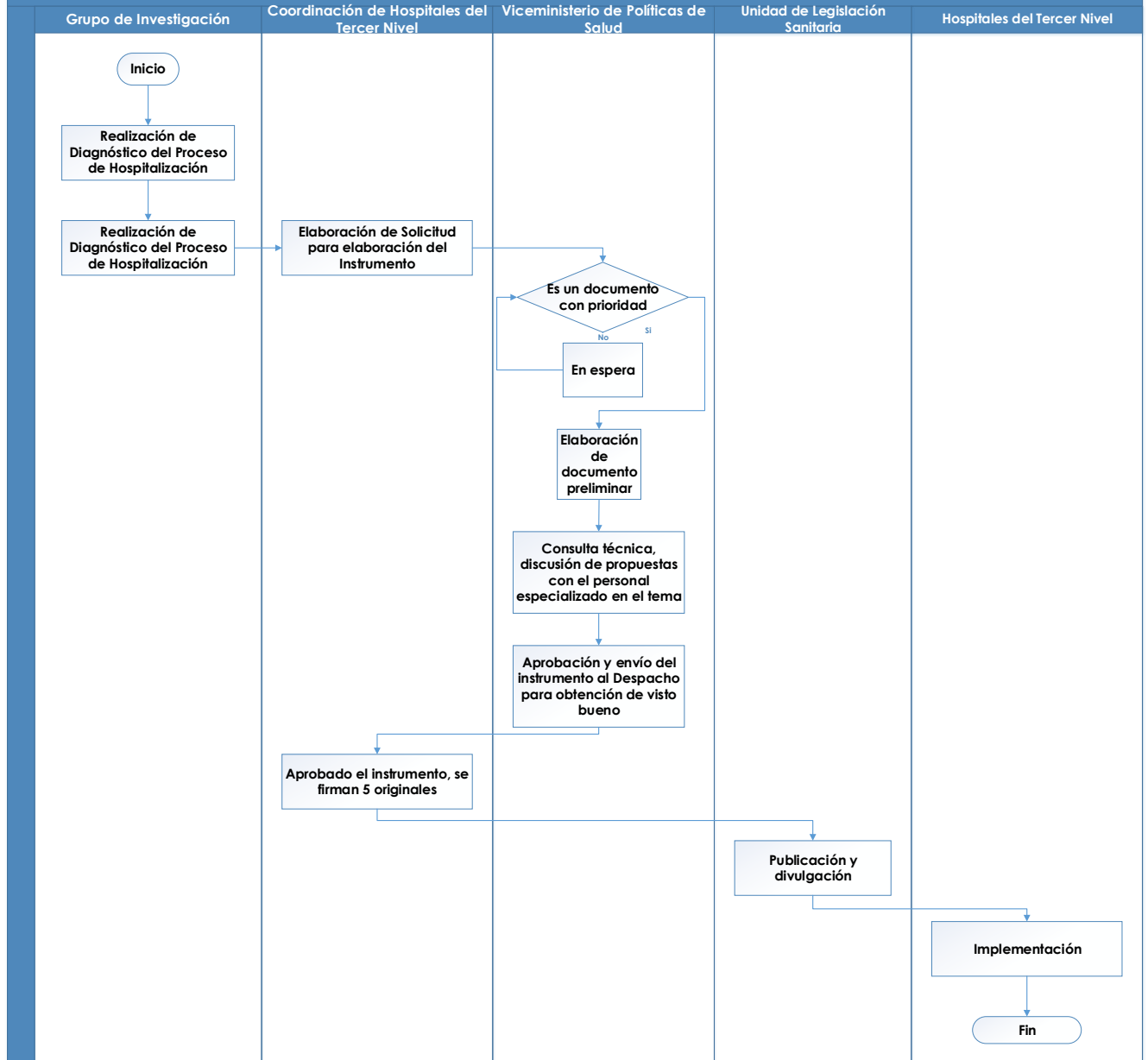
#### 4.4 Procedimiento de Aprobación del Manual de Funciones del Comité de GPP

<b>Procedimiento descrito:</b>				
<b>No</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>DESCRIPCION</b>	<b>EJECUTOR</b>	<b>TIEMPO (PLAZOS MÁXIMOS)</b>
39.	Elaboración de diagnóstico	Diagnóstico elaborado en la Investigación del Proceso misional de Hospitalización, por Grupo de Investigación de Estudiantes de la carrera de Ingeniería Industrial, de la UES en colaboración con la Coordinación de Hospitales de Tercer Nivel del MINSAL.	Grupo de Investigación	8 MESES
40.	Elaboración de Diseño	Grupo de Investigación presenta a Coordinación de Tercer Nivel la propuesta de diseño de documentos para el fortalecimiento del proceso de Hospitalización.	Grupo de Investigación	6 MESES
41.	Elaboración de solicitud calzada	La Coordinación de Tercer Nivel presentará solicitud con el tipo de instrumento que se quiere elaborar, determinando la fundamentación legal.	Coordinación del Tercer Nivel	1 DÍA
42.	Priorización de necesidades – prioridad del documento.	La priorización será establecida por el Viceministerio de Políticas de Salud o la Dirección de Regulación y Legislación en Salud.	Viceministerio de Políticas de Salud/Dirección de Regulación y Legislación en Salud.	INDEFINIDO
43.	Recopilación de información preliminar	Se retoman los insumos del diagnóstico, para recopilación de información documental necesaria que se utilizara en la elaboración del instrumento.		3 MESES
44.	Elaboración de documento preliminar	Estructurar de manera general la propuesta de los grandes apartados, que contendrá el instrumento técnico jurídico; plan de Trabajo y cronograma. El plazo máximo para la elaboración del instrumento será de tres meses, salvo retraso debidamente justificado.	Viceministerio de Políticas de Salud.	
45.	Consulta Técnica	Esta etapa conlleva la discusión de las propuestas de instrumentos técnicos jurídicos, con personal o profesionales especializados en el tema, a fin de evaluar su contenido, haciendo las proposiciones y recomendaciones que permitan agregarlas al documento.	Viceministerio de Políticas de Salud, MINSAL	INDEFINIDO

46.	Aprobación, remisión a Despacho del Viceministerio de Políticas de Salud	Se enviará al Despacho del Viceministerio de Políticas de Salud, el instrumento debidamente revisado por parte de la Dirección de Regulación y Legislación en Salud, para obtener el visto bueno y posterior oficialización por parte del Titular.	Viceministerio de Políticas de Salud,	INDEFINIDO
47.	Firmas y copias	Una vez aprobado, los instrumentos que se legalicen a través de Acuerdo Ejecutivo, se deben solicitar al Titular, que firme cinco originales, de los cuales se entregará a: Recursos Humanos, a la dependencia interesada, Archivo Institucional, Dirección de Regulación y Legislación en Salud, para anexarlo al expediente respectivo, y otro para publicación en el Diario Oficial.	Coordinación de Tercer Nivel	1 DÍA
48.	Publicación y divulgación	Se realizará la gestión ante la Imprenta Nacional, para publicarlo en el Diario Oficial, cuando sea pertinente	Unidad de Legislación Sanitaria	INDEFINIDO
49.	Implementación	Implica la ejecución del instrumento regulatorio, por parte del personal del Ministerio y demás sujetos a los que se dirige el instrumento técnico jurídico. La Dirección de Regulación y Legislación en Salud colaborará con la instancia pertinente, para realizar Procesos de evaluación de conocimiento y aplicación de los instrumentos técnicos jurídicos.	Hospitales de Tercer Nivel del MINSAL	4 MESES

**Basado en el Documento oficial: LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA LA ELABORACIÓN Y PUBLICACIÓN DE INSTRUMENTOS TÉCNICOS JURÍDICOS, Agosto 2011.**

Procedimiento: Aprobación del Manual de Auditoría



## 5.2 Sistema de información Gerencial para los Hospitales de Tercer Nivel (implementación de la herramienta PERC)

### 5.2.1 Generalidades del SIGH

El Sistema de Información Gerencial aplicado a los Hospitales de Tercer Nivel se integrará por el recurso humano (generador, recopilador y evaluador de información) y por el recurso informático que consta de computadoras y software (codificación de la información en base de datos y reportes con datos estadísticos, cualitativos, etc.). El SIG será la herramienta que permitirá la recopilación, transferencia y presentación de la información de manera óptima, que será el soporte en la toma de decisiones operativas/tácticas, estratégicas, de control y seguimiento, entre otras. El SIGH será el que suministre a los usuarios finales, los informes anuales para conocimiento público, que serán el respaldo de los Procesos cotidianos de toma de decisiones de la alta dirección del hospital hacia el MINSAL y del comité de GPP, mediante la provisión de informes y presentaciones a la dirección del respectivo Hospital al que pertenece.

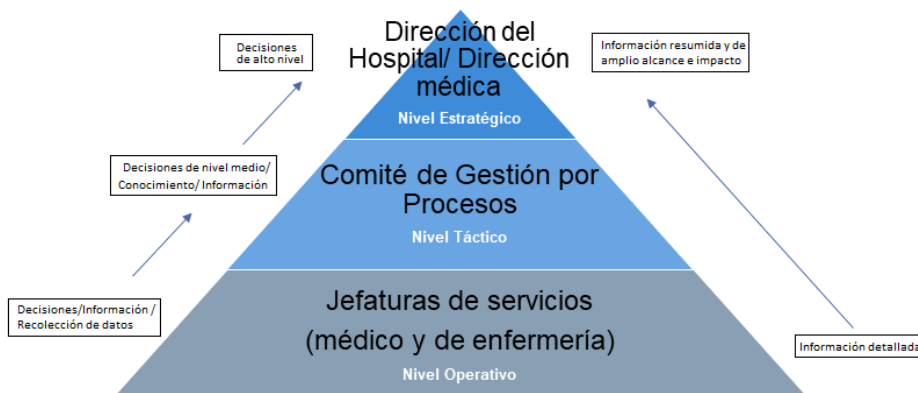
#### 5.2.1.1 Informes que genera el SIGH

En el siguiente cuadro se muestran los diferentes informes que se generan según el nivel jerárquico.

cuadro 66: Informes que genera el SIGH

	nivel Estratégico	nivel Tácito	nivel Operativo
Informes	Informe de resultados de Auditoría	Informe de inducción a la Gestión por Procesos	Informe de Procesos y Procedimientos de Hospitalización del Tercer Nivel de Atención
	Informe de requisición de recursos e insumos para Servicio de Hospitalización	Informe de estadística y evaluación mensual de indicadores de los Servicios de Hospitalización	Informe del sistema de indicadores
	Informe de Evaluación de Equipos médicos de los Servicios de Hospitalización	Informe de la Mejora continua	Informe de Resultados de Auditoría (es el mismo que está en revisión del plan estratégico)
			Informe de problemas detectados y alternativas de solución a implementar

Ilustración 77 niveles de flujo de información y toma de decisiones a partir del SIGH



Fuente: elaboración propia

### 5.2.2 SIG: PERC (Producción, Eficiencia, Recursos y Costos)

La implementación de este sistema también forma parte de la "Metodología De Gestión Productiva De Los Servicios de Salud", presentada por la OPS y conocida como MGPSS, del cual forma parte el sistema nacional de salud, que también busca facilitar la entrega de servicios de atención en salud competitivos y oportunos; este SIG ha ido evolucionando y para esta metodología se ha diseñado la herramienta digital **PERC**, denominada así por las siglas de Producción, Eficiencia, Recursos y Costos, la cual consolida la información, genera cuadros, gráficas y tableros que permiten realizar el análisis de variables por centros de costos y servicios con elaboración de patrones de comportamientos, análisis de costos, series históricas, rendimientos y niveles de eficiencia.



Es una herramienta digital (en plataforma Internet) que facilita el procesamiento de datos para la gestión, seleccionando y relacionando componentes críticos de las distintas fuentes de información para presentar una visión global de la productividad, ayuda a detectar problemas estratégicos y formular acciones para racionalizar el uso de los recursos y mejorar e incrementar la producción del establecimiento o red de servicios de salud.

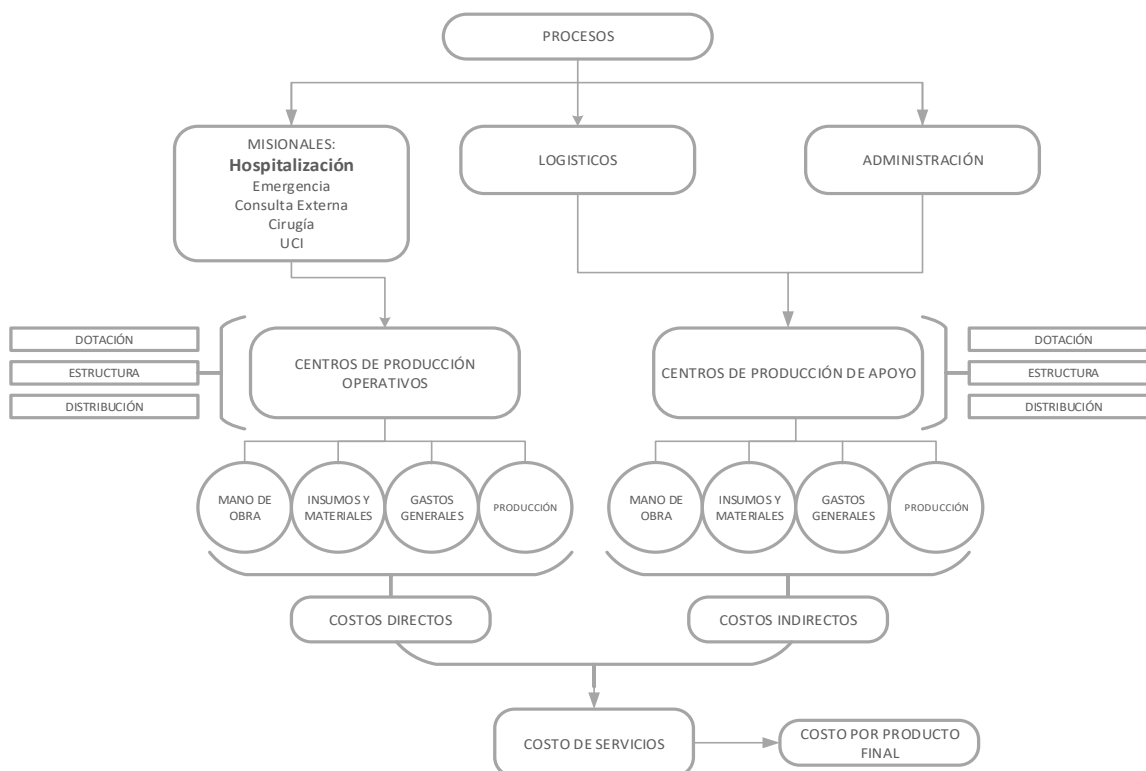
La herramienta PERC ofrece a los gestores los siguientes productos:

- Información actualizada para la gestión, que incluye cuadros gerenciales, indicadores de gestión y sus tendencias. El PERC ofrece un conjunto de indicadores para el control por resultados cuando hay Procesos sustentados en acuerdos de gestión. Dichos indicadores cuantifican cobertura, producción, recursos, rendimientos y costos.



- Un instrumento que permite la programación y un presupuesto sustentado en el análisis de la demanda, la capacidad productiva institucional y en los protocolos de atención, que ofrece opciones más sólidas para determinar las metas de producción, y los requerimientos de procedimientos terapéuticos, diagnósticos y de otra índole, y de recursos humanos e insumos esenciales.
- Un esquema de evaluación de la productividad y del análisis de la eficiencia institucional al comparar resultados con programación, atención brindada con protocolos, costos actuales o presuntivos y capacidad de producción real con la potencial.
- Un sistema de consulta en pantalla sobre la definición, fórmula e interpretación (condicionantes, implicaciones, etc.) de los indicadores que emplea el PERC en los Procesos de gerencia institucional.

Ilustración 78 Esquema del sistema de información PERC



Fuente: Elaboración propia basado en el siguiente informe <http://www.neopuertomontt.com/PlanificacionEstrategica/PERC.pdf>

Con este sistema de información se determinan los Centros de Costo en los siguientes elementos:

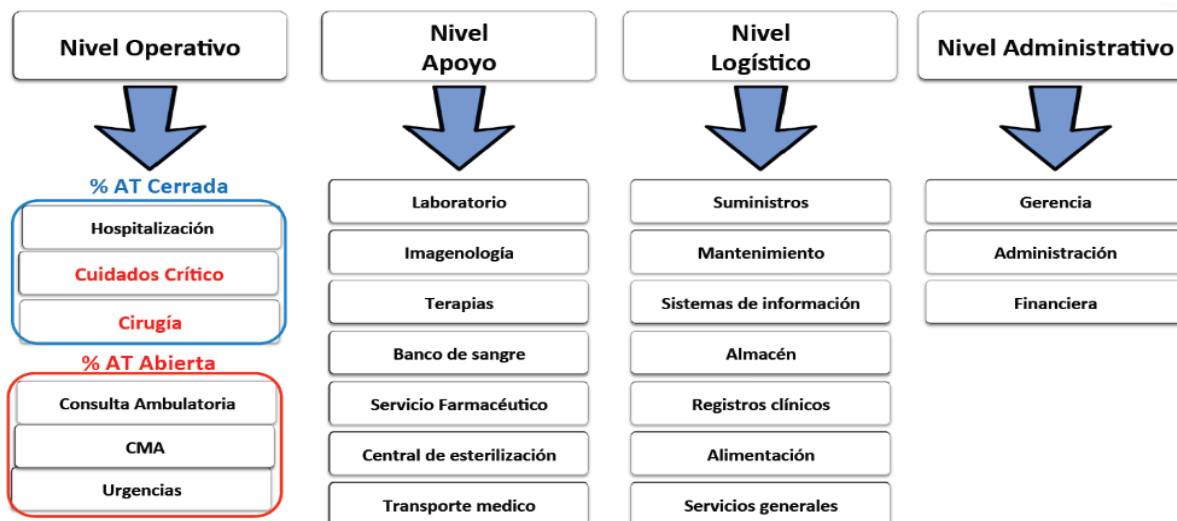
- Elemento1: Definición de los centros de producción
- Elemento2: Definición de la mano de obra
- Elemento3: Definición de los suministros
- Elemento4: Definición de los gastos generales
- Elemento5: Informe de costos en PERC



A continuación, se presenta la determinación de los centros de costos según el nivel operativo, nivel apoyo, nivel logístico, y nivel administrativo.

Ilustración 79: Determinación de los costos

## Determinación de los Centros de Costo



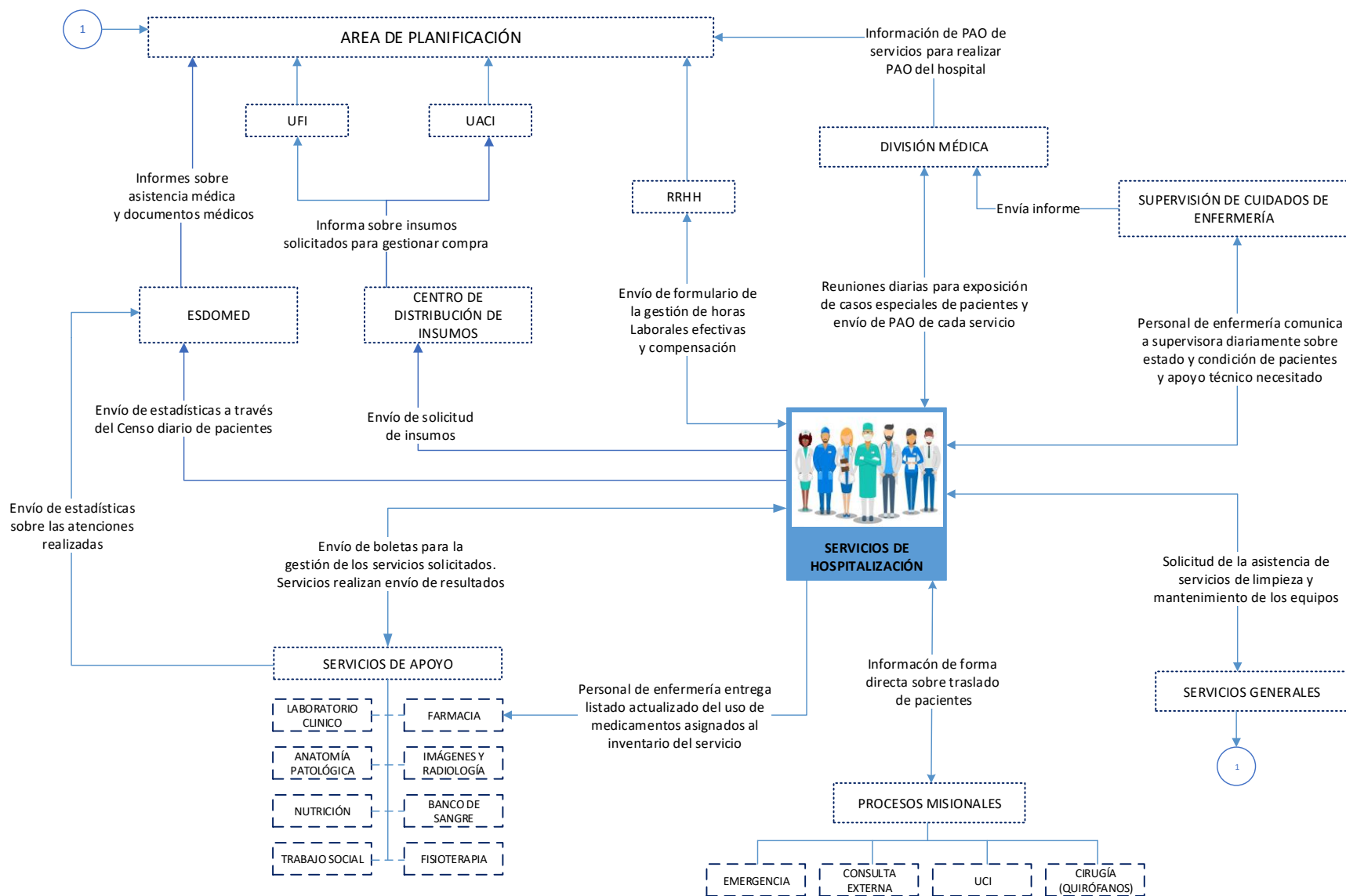
Fuente: Presentación de la OPS – “Metodología de Gestión Productiva de Servicios de Salud (MG PSS)”.

Como todo sistema, necesita ser alimentado con información y datos estadísticos; el PERC utilizará las siguientes fuentes de información que se encuentran dentro de cada hospital de Tercer Nivel:

- **Recursos Humanos:** Es el sistema de información de Recursos Humanos, cuya finalidad es la informatización de los Procesos de apoyo a la gestión de recursos humanos, es de propiedad del Ministerio de Salud (MINSAL) y se encuentra presente en todo el territorio nacional.
- **Insumos y Materiales:** Estos costos corresponden a la valorización de los insumos entregados por Almacén y para este estudio, los que se entregan a los Servicios de Hospitalización. Son los valores despachados dentro de un tiempo en específico (un mes) a cada uno de los centros que demandan insumos.
- **Servicios Generales:** Corresponden a todos aquellos servicios que son externalizados por la Institución. Los más comunes son los siguientes: Servicio de Aseo, Servicio de Seguridad, Servicio de Lavandería y Mantenimiento de Jardines (este último es realizado en el HNR por servicios de reos integrados en el programa Yo Confío). Se asignan todos por metros cuadrados a excepción de lavandería(kilos).
- **Servicios Básicos:** Corresponden a todos aquellos consumos realizados por la Institución y son básicos para el normal funcionamiento de todas las unidades productivas. Los más comunes corresponden Electricidad, Agua potable, Gas, Teléfonos, Internet, entre otros. Se asignan todos por metros cuadrados a excepción de teléfonos e internet (equipos y puntos de red).

A continuación, se presenta el esquema que relaciona esta metodología:

Ilustración 80: Flujo de información para el sistema PERC



<b>Sub Proceso:</b> Planeación estratégica.	<b>Código del sub proceso:</b> EST-PH -PLE	<b>Clasificación:</b> Estratégico	<b>Responsable:</b> Dirección del Hospital	<b>Versión:</b> 1.0
<b>Procedimiento:</b> Comunicación de los informes generados por el Sistema de Información Gerencias de los Hospitales				<b>Página:</b> 6-
<b>Código del procedimiento: EST-PH -PLE -01</b>				



IV. **OBJETIVO:** Establecer las líneas a seguir para la comunicación del Informe de resultados de Auditoría al personal y a las partes interesadas.

V. **ALCANCE:** Comité de Gestión por Procesos y Dirección.

VI. **REFERENCIA / NORMATIVA:**

- Plan Operativo Institucional año 2018 del Ministerio de Salud
- Memorias laborales 2018.

#### DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO 01

No	Actividad	Descripción	Responsable
1.	Realizar los informes correspondientes al SIGH	Realizar el informe según el proceso/procedimiento que lo genere. El plazo para realizar los informes dependerá según lo descrito en los procedimientos en donde estos se generan.	Comité de gestión proceso
2.	Enviar informe a Dirección médica y Dirección del Hospital.	Enviar el informe a las Direcciones mencionadas, de manera escrita y virtual, en un plazo estimado de 15 días después de haber realizado el ejercicio de recolección de información para construir el informe.	
3.	Planear la gestión de las acciones a realizar en base a los resultados del informe presentado	Realizar la gestión de las acciones correctivas según la información generada por el informe. Seguir la metodología planteada en el Manual de Mejora continua.	Dirección
4.	Comunicar a Áreas Involucradas en el plan de acciones a seguir	Realizar reunión con las partes involucradas en las oportunidades de mejora detectadas, para definir acciones a realizar y cambiar la situación(es) detectada(s).	Dirección y personal involucrado
5.	Seguir el plan proporcionado	Cumplimiento de instrucciones descritos en el Manual de Mejora continua, para resultados y acciones correctivas en base a resultado del informe	Comité de GPP y personal involucrado



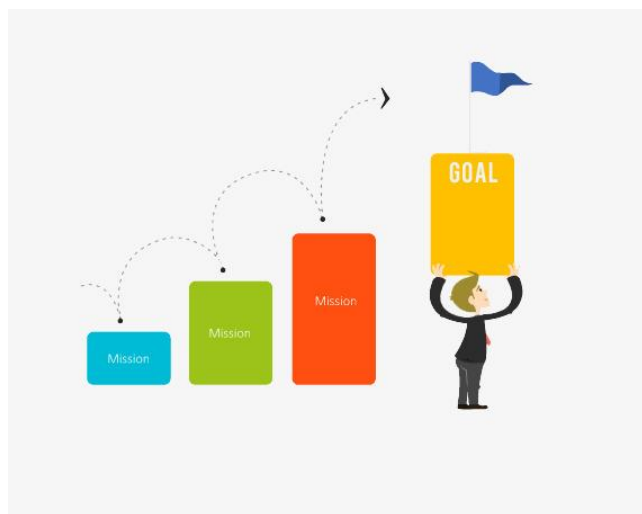
**REALIZACIÓN**  
DEL PROCESO DE  
HOSPITALIZACIÓN EN EL  
TERCER NIVEL DEL MINSAL  
CAPITULO 7

# 1 Realización del Proceso de Hospitalización Propuesto

---

Los resultados alcanzables por medio de la propuesta de Diseño de solución, tiene que ser contrastada con la situación actual que se encontró en el Diagnóstico realizado en los Servicios de Hospitalización del Tercer Nivel de Atención del MINSAL.

El fortalecimiento de los Procesos, y las mejoras alcanzadas deben estar sujetas a la viabilidad de parámetros clave dentro de la prestación del servicio, como lo es el tiempo de ejecución del servicio y al estar realizado en instituciones de Gobierno, el factor costo cobra un papel sumamente influyente.



Los Procesos incluidos en el Diseño deben complementarse entre sí, manteniendo la sistematicidad del proceso, para validar el proceso como propuesto se realiza en dos vías, en una primera instancia se comprobarán aquellos relacionados a los Procesos estratégicos del proceso.

Se declararán la Misión, Visión, Valores, aspectos relacionados a la filosofía institucional de los Hospitales de Tercer Nivel del MINSAL, se planificará la operatividad mediante programas, que permitirán la asignación de recursos necesarias para el cumplimiento de las metas.

Lo referente al proceso operativo, se validará a través de la comparación con la Situación Actual encontrada en el Diagnóstico, analizando los factores críticos del proceso que son tiempos, costos y eficiencia, mediante el uso de los indicadores de Gestión establecidos.

## 2 Planeación del Proceso de Hospitalización

Para encausar al proceso de Hospitalización hacia la aplicación correcta de la GPP, se sometió a un sistema formal de dirección estratégica, es decir, seleccionar y definir sus valores, políticas, líneas de estrategias dentro de la cadena de valor del servicio de Hospitalización, que además de destacarlo positivamente esto incrementara en eficiencia las actividades con los recursos planificados y programados, y en la parte operativa se crearon una serie de Programas en los cuales se indican los requerimientos para el funcionamiento, además de controles para evaluar la ejecución de la planificación en los Procesos.

### 2.1 Plan estratégico de Hospitalización

Para iniciar con este sistema, se organizaron reuniones con la Coordinación de Hospitales del Tercer Nivel, el personal de División Médica y personal de algunos servicios (médicos y enfermeras), cumpliendo una agenda programada para plantear sugerencias y construcción de tres diferentes fases:

**i. Definición de la Administración estratégica:**

- *Definición de la Misión, Visión, y Valores del área de Hospitalización.*
- *Definir políticas del servicio de Hospitalización basados en los objetivos del Plan Quinquenal del MINSAL.*
- *Establecer objetivos a corto y largo plazo para lograr la misión*

**ii. Planificación estratégica:**

- *Formular diversas estrategias posibles y elegir la que será más apegada a la línea estratégica formulada por el MINSAL.*
- *Actualización de la estructura organizativa que más se acople al cumplimiento eficiente de la línea administrativa planteada.*

**iii. Implementación estratégica:**

- *Asegurar la ejecución de las actividades programadas y necesarias para lograr que la estrategia se cumpla con efectividad.*
- *Controlar que las actividades de la línea estratégica se realicen eficazmente para conseguir los objetivos de la administración estratégica formulada.*

Para llevar a cabo estas fases se utilizaron las siguientes herramientas:

Lluvia de ideas. Se utilizó para que el personal reunido aportara su opinión y sugerencias en las diferentes fases antes mencionadas.

Ishikawa: se utilizó para agrupar/organizar las diversas estrategias posibles en diferentes tipos de categorías.

Análisis FODA del año anterior: permite identificar claramente la estrategia del servicio de Hospitalización que debe perseguir (NOTA: el análisis FODA se tomó como base, no se realizó).



Para aplicar estas herramientas, se crearán talleres con objetivos orientados a la obtención de información amplia y detallada que sea útil para la construcción de la administración estratégica de cada hospital, el personal de dirección de los hospitales, personal del Comité de Gestión, así como las jefaturas de médicos y enfermería de los Servicios de Hospitalización.

### Reunión de coordinación de los talleres

Para la realización de los talleres, es necesario el diseño de los instrumentos a utilizar, los objetivos y alcances perseguidos, además de los involucrados en cada uno de ellos. Estas tareas se acordarán en las reuniones de coordinación con el Comité de GPP de cada hospital y la CNH.

### Actividades para la programación y realización de los talleres

Para la coordinación del desarrollo y programación de los talleres se realizarán las siguientes tareas:

Tarea	Responsable(s):
Realización del contenido del plan de trabajo del taller.	Comité de GPP
Determinar al personal con quien se desarrollará el taller.	Comité de GPP
Aprobación del contenido por la Coordinación de Hospitales de Tercer Nivel (aplica para las reuniones donde esta entidad participe).	CNH
Establecer fecha, hora y duración del taller.	Comité de GPP
Comunicado con personal requerido solicitando su participación en el desarrollo de taller.	Comité de GPP
Comunicar tareas previas para el desarrollo de cada uno de los talleres	Comité de GPP
Desarrollo del taller en la fecha y horario establecido.	Comité de GPP Personal convocado

Fuente: elaboración propia

### Diseño del plan de trabajo

Para realizar el plan de trabajo de cada taller se deberá definir lo siguiente:

- Definición de las tareas a desarrollar.
- Tiempo que tomará ejecutar esas tareas.
- Quien será el responsable de cada tarea.
- Definir el nivel de importancia de cada tarea.
- Construir un cronograma de las tareas.
- Considerar imprevistos.

### Contenido básico de los talleres

El diseño básico de la estructura básica consta de:

- Introducción: apertura y establecimiento del marco.
- Acción: las actividades (presentación inicial, formulación de los objetivos bajo la línea estratégica del hospital, ejercicios grupales, aportaciones, conversaciones, estrategia escogida con su respectivo plan de implementación y los recursos necesarios a gestionar).
- Cierre: Presentación de las estrategias, resumen, agenda para seguir, evaluación y consecuencias



## Resultados generales esperados

- Datos concisos y claros, descriptivos y cuantitativos, incluyendo aspectos institucionales, de dirección, normativas, etc. Que sirvan como base para la construcción de la línea estratégica.
- Identificación de propuestas, sugerencias e ideas para el fortalecimiento de las estrategias usadas en el periodo anterior y las que sean de utilidad para el diseño de la nueva línea.
- Identificación de las causas, situaciones y problemas prioritarios que afectarían en la selección de determinada estrategia.
- Identificación de actividades e intervenciones apropiados para la implementación apropiada de la estrategia elegida y la definición del plan de acción.

A continuación, se muestra el contenido de los temas a desarrollados en el taller.

### Plan de taller

Hospital  HNR  HNNBB  HNM - Tercer Nivel del MINSAL)

**Nombre del taller:** Consolidación de la línea estratégica a ejecutar.

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Horario:** \_\_\_\_\_

**Personal para el desarrollo del taller:** -Comité de GPP  
-Director de medicina de cada hospital  
-Jefatura de enfermería

### Temas transversales, resumen del contenido y objetivos por tema:

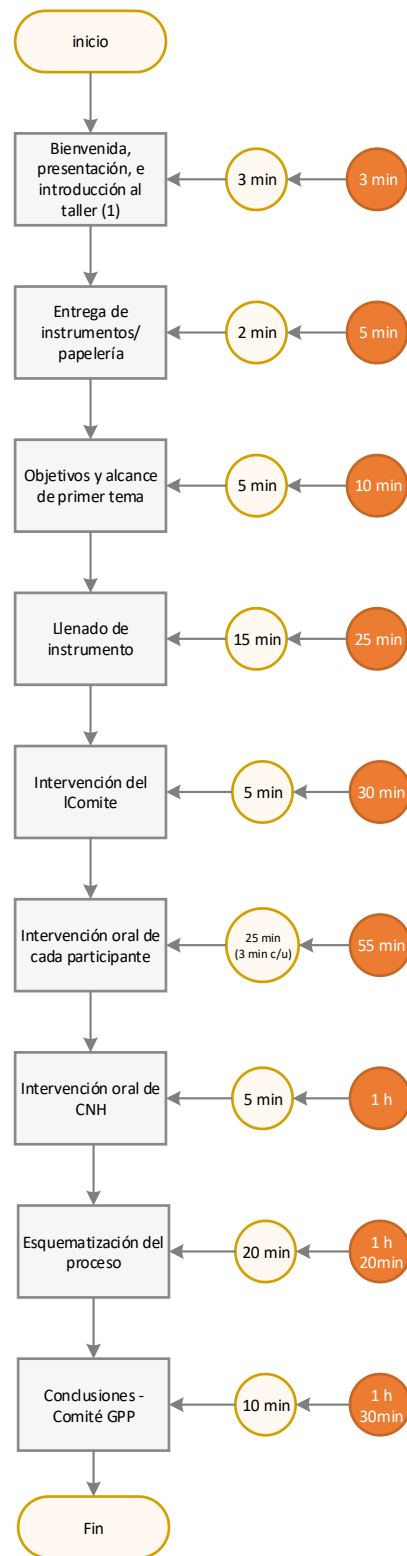
Tema	Resumen
Consolidación de información del periodo anterior	Revisión de PAO, auditorias e informes del último periodo (FODA).
Formulación de propuestas de líneas estratégicas	Aplicación de herramientas para la construcción de la estrategia (lluvia de ideas, Ishikawa)
Selección de la línea estratégica y plan de implementación.	Pareto, análisis cualitativo, otros.

### Material, equipo y presupuesto

Material / Equipo	Responsable	Presupuesto
Computadora	Comité de GPP	\$ 0.00
Cañón	Comité de GPP	\$ 0.00
Papelería y otros	Comité de GPP	\$ 4.00
Instrumentos de recolección de datos	Comité de GPP	\$ 5.00
Refrigerio matutino	Personal asistente a la reunión	Presupuesto personal
Total		\$ 9.00



## Procedimiento ilustrado



**Evaluación** (Escribir lo positivo y lo negativo que sucedió en el taller, así como los aspectos que se deben mejorar)

La implementación del Plan comenzará en el nivel superior, es decir, una vez tomada la decisión a nivel del MINSAL, y a partir del involucramiento de equipos del área de Hospitalización, desde el director de los hospitales hasta llegar al personal médico involucrado.

Para que el área de Hospitalización brinde servicios con la calidad y en los tiempos esperados es necesario que las estrategias, valores y la filosofía que se practica en el área este alineada a las establecidas por parte de la institución.

#### **7.1.1.1 Desarrollo de la Estrategia en los Servicios de Hospitalización**

La implementación del Plan Estratégico consta en la definición de la misión, visión y valores de los Servicios de Hospitalización, aspecto en el cual están deficiente por no contar con dichos elementos, debido que cada hospital tiene diferentes patologías que atender según el perfil de los usuarios, se establece bajo un horizonte de 3-5 años; en el ámbito de Salud, se recomienda realizar quinquenalmente, haciendo coincidir su elaboración con la elaboración de la Política Nacional de Salud que se instaura con el inicio de cada gobierno

#### **Misión - Servicio de Hospitalización**

Se ha formulado la siguiente Misión, que no es otra cosa que la razón de ser del hospital, a partir del procedimiento: **EST-PH -PLE -01**, y desarrollada a partir de la ejecución de los talleres.

De esta manera se logra homologar parte de las estrategias perseguidas por los Servicios de Hospitalización.

*“Brindar atención médica y de enfermería a la población\* realizando actividades como el diagnóstico correcto, y el tratamiento o cuidados asistenciales, de recuperación y rehabilitación adecuados a cada situación, mediante Servicios de Hospitalización especializados, con la máxima calidad y eficiencia, haciendo una práctica clínica integral, centrada en la mejora de la condición del paciente, buscando la excelencia profesional, en la formación clínica de los alumnos pregrado de Medicina, formando futuros especialistas de manera coordinada.”*

**\*Población:** llamase así a los pacientes con patologías médicas que requieren ingreso hospitalario acuerdo a su patología; de perfil clínico, quirúrgico o especializado en correspondencia a las necesidades asistenciales.

- HNR: Pacientes agudos y crónicos, adultos y adolescentes, con patología de alta complejidad, de las diferentes especialidades de medicina y cirugía.
- HNNBB: Pacientes de las edades entre los cero y doce años (hasta los 18 años si ha sido un paciente en control antes de los 12 años), de pediatría médica y quirúrgica, así como neonatología
- HNM: Atención a Mujeres en ginecología, obstetricia y neonatología, así como atenciones claves para el recién nacido con morbilidad, y prematuro, reanimación neonatal

## **Visión - Servicio de Hospitalización.**

La Visión expresa lo que el área de Hospitalización de los Hospitales de Tercer Nivel aspira a ser en un plazo de 5 años, es decir desde ahora hasta el 2023, parte del procedimiento: **EST-PH -PLE -01**; de igual manera de la Misión, alcanzada a partir del involucramiento del personal participante del taller

Los Servicios de Hospitalización del Tercer Nivel del MINSAL aspiran a lo siguiente

*“Ser el eslabón de excelencia entre las diferentes áreas de atención sanitaria dentro del hospital de Tercer Nivel para garantizar un adecuado servicio a los pacientes inmersos en el proceso de Hospitalización a partir de la implantación continua y progresiva de elementos de mejora desde todos los ámbitos implicados en los servicios de salud.”*

## **Valores para el servicio de Hospitalización.**

Los valores son el conjunto de principios y aspectos culturales que rigen el comportamiento del hospital y que intentan, a modo de telón de fondo, ordenar el sentido del accionar institucional. Esos valores sobre los que se asienta el nuevo Plan Estratégico, sus desafíos, sus objetivos y todo su accionar son los siguientes:

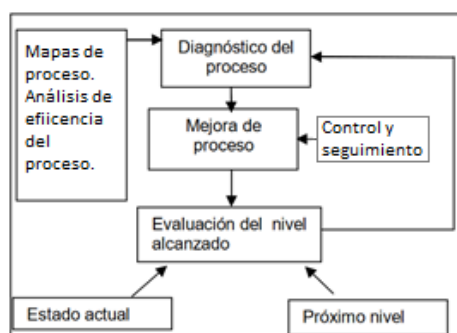
- **Compromiso:** de los trabajadores y de la institución con todos y cada uno de los usuarios, con sostener el hospital y con promover la buena salud pública.
- **Responsabilidad:** Obligación con el cumplimiento de los servicios que brinda el Sistema de Salud, tanto en el orden individual como organizacional.
- **Humanidad:** Actitud de sensibilidad y comprensión del desempeño en el respeto irrestricto a la condición humana, donde prevalezca el trato respetuoso y digno a compañeros de trabajo al paciente, la familia y la comunidad.
- **Disciplina:** Conducta acorde con las normas y principios del hospital y cumplimiento de las funciones inherentes a su puesto de trabajo con calidad
- **Excelencia asistencial:** Ser excelentes implica ofrecer una asistencia integral de calidad por profesionales con suficiente experiencia, con conocimientos profesionales y tecnológicos y preocupados por la mejora continua, para garantizar la calidad técnica y humana de los servicios de la Salud Pública.
- **Innovación y eficiencia:** lo que implica ser emprendedores, flexibles y abiertos a la innovación en los diferentes ámbitos del hospital y la práctica asistencial, y al mismo tiempo realizar un uso adecuado de los recursos y de la innovación tecnológica.
- **Trabajo en equipo y respeto mutuo.** A través de la cooperación y el trabajo conjunto entre todos los profesionales, la consideración y respeto de todas las opiniones, la compartición de información y la transparencia en todos los Servicios de Hospitalización.

## 2.2 Plan Operativo de Hospitalización

Los servicios de atención hospitalaria se ven sometidos a importantes presiones, debido a elevados costos incluyendo recursos materiales e intangibles, y el compromiso que tienen como entidades del estado a prestar cada día un mejor servicio. Bajo esta premisa, se orienta al personal encargado de dirigir tanto al proceso como al hospital, hacia la introducción de técnicas y herramientas desarrolladas en los manuales, para mejorar el resultado de la actividad en términos de incremento de la eficiencia, y satisfacción de las necesidades de atención y servicio en salud, además de cumplir las expectativas (alcanzables) de los pacientes y el personal que labora en los tres centros hospitalarios de Tercer Nivel analizados.

### 7.1.1.2 Alcance del Plan operativo

Se trazó como objetivo del Plan, el desarrollo de un procedimiento para la mejora de Procesos hospitalarios, en virtud de responder a la situación identificada en los diagnósticos realizados anualmente. Esto será de utilidad para la mejora del proceso a partir del análisis del valor y de la consideración de otros elementos generadores de soluciones integrales para el perfeccionamiento de la prestación del servicio en cada actividad realizada por el personal involucrado.



Con la aplicación y cumplimiento del 100% de los manuales presentados en este estudio, se pretende llevar al proceso misional investigado hacia una evolución constante, en donde anualmente se realizará la evaluación de los progresos alcanzados, y la detección de áreas que necesitan de mayor atención para reducir ineficiencias o estancamiento de la mejora del desempeño por actividad y cómo impacta en el proceso total.

Bajo el siguiente orden es como se ejecutará la primera prueba de implementación, que se hará en uno de los servicios de cada hospital de Tercer Nivel.

Etapas de cumplimiento de la propuesta y herramientas a desarrollarse	
Diagnóstico	Ejecución durante un año de la propuesta presentada en Hospitalización
	Análisis de la eficiencia
	Análisis de indicadores y Puntos críticos de control
	Análisis de variables: ciclo de tiempo, costos, satisfacción de pacientes (SERVQUAL)
	Detección de nivel de servicio y de oportunidades de mejora
Acciones correctivas y de mejora a implementar	Búsqueda de posibilidades de mejora en: reducción de tiempo y costos, selección de proveedores, calidad de inputs, prevención de fallos y riesgos, etc.
	Diseñar acciones de mejora: Procesos en paralelo, automatizar o desplazar pasos a otros Procesos, eliminar o minimizar actividades de bajo o nulo aporte, desarrollo de indicadores, mover puntos de inspección, elaborar planes de formación, etc.
	Proyección de mejora: elaborar Plan de mejora. Propuesta de proceso mejorado
Evaluación del nivel alcanzado	Comparación de indicadores antes y después de mejora Establecimiento de estándares: congruentes con ISO 9000, 14000, entre otras.

### **2.2.1.1 Desarrollo del Plan de cumplimiento de la Gestión por Procesos en Hospitalización**

El Plan de cumplimiento es un conjunto de las acciones correctivas o preventivas que, en un periodo determinado, se orientan al cumplimiento y la obligación de subsanar y corregir las causas que dieron origen a hallazgos detectados, se hace un compromiso permanente en la entidad, manteniendo una actitud reflexiva y constructiva de las nuevas realidades del ambiente y la responsabilidad del Hospital frente a la población que usaran sus servicios. Muestra a su vez la importancia del mejoramiento continuo como un proceso hacia el logro de la productividad y competitividad del servicio de Hospitalización.

#### **7.1.1.2.1 Finalidad del Plan operativo**

El MINSAL junto a los Hospitales Tercer Nivel, considera de vital importancia la calidad y eficiencia en la prestación de atención hospitalaria, y como constituye un aspecto fundamental de la organización; se elabora el presente plan, con la finalidad de desarrollar los procedimientos y actividades para el cumplimiento de la Gestión por Procesos en los Servicios de Hospitalización.

#### **7.1.1.2.2 Alcance del Plan operativo**

El Plan es aplicable con carácter obligatorio a todos los trabajadores de los Hospitales de Tercer Nivel, independientemente del servicio, puesto o tipo de contrato que el personal tenga, incluye dentro del ámbito de operación de la entidad en lo que corresponda a practicantes, voluntariado, empresas que brindan servicios de intermediación y tercerización laboral.

#### **7.1.1.2.3 Objetivos del Plan operativo**

##### **Objetivo general**

- Cumplirlos requisitos y lineamientos establecidos para el cumplimiento de la Gestión por Procesos en los Servicios de Hospitalización, para garantizar año con año el fortalecimiento y mejora en el desempeño de las actividades del mismo, aumentando la eficiencia tanto del proceso como de los recursos además de la calidad brindada en la atención al paciente ingresado.

##### **Objetivos específicos**

- 1) Formar al personal en temas orientados al cumplimiento correcto de la GPP en la atención de Hospitalización, para que ellos comprendan la finalidad y beneficios a corto y largo plazo de este tipo de gestión.
- 2) Realizar de forma correcta y eficiente los procedimientos y protocolos establecidos en las normativas, lineamientos y manuales que orientan al personal, para la realización efectiva de las actividades.
- 3) Fomentar el control y seguimiento de las actividades ejecutadas, con el fin de crear una cultura de acción y eliminar prácticas de contingencia o reacción tardía ante situaciones inefectivas.
- 4) Propiciar la mejora continua de manera constante para la detección temprana de problemas y corrección efectiva a través de los planes de acción.

#### 7.1.1.2.4 Contenido del Plan operativo

1) Formar al personal en temas orientados al cumplimiento correcto de la GPP en la atención de Hospitalización, para que ellos comprendan la finalidad y beneficios a corto y largo plazo de este tipo de gestión

- 1.1 Planificación y gestión del cumplimiento de la GPP en los servicios.
- 1.2 Capacitación en GPP- del personal médico y de enfermería.

2) Realizar de forma correcta y eficiente los procedimientos y protocolos establecidos en las normativas, lineamientos y manuales que orientan al personal, para la realización efectiva de las actividades

- 2.1 Aplicación correcta de los manuales y buena adhesión a los protocolos diagnóstico-terapéuticos

3) Fomentar el control y seguimiento de las actividades ejecutadas, con el fin de crear una cultura de acción y eliminar prácticas de contingencia o reacción tardía ante situaciones inefectivas.

- 3.1 Reporte de información requerida para el control y seguimiento del proceso y los recursos.
- 3.2 Evaluación del periodo de ejecución del plan de cumplimiento de la GPP

4) Propiciar la mejora continua de manera constante para la detección temprana de problemas y corrección efectiva a través de los planes de acción.

- 4.1 Análisis y gestión de mejoras para las áreas con oportunidad de fortalecimiento, detectado en el control y seguimiento del proceso.

<b>Objetivo específico del Plan:</b> 1) Formar al personal para el cumplimiento correcto de la GPP en la atención de Hospitalización, para que ellos comprendan la finalidad y beneficios a corto y largo plazo de este tipo de gestión.		<b>Fase 1.1:</b> <b>Planificación y gestión del cumplimiento de la GPP en los servicios</b>	
		<b>Objetivo del Fase del Fase del programa:</b> Asegurar la correcta gestión de los Recursos generales necesarios para adoptar la GPP en los Servicios de Hospitalización.	
<b>Responsable</b>	<b>Duración</b>	<b>Fecha de inicio</b>	<b>Fecha de finalización</b>
-Alta dirección de cada Hospital -Comité de GPP	4 semanas	Primera semana de enero	Cuarta semana de enero

#### Indicadores relacionados al Fase del Fase del programa:

Indicador	Código del indicador
• Cumplimiento estratégico (tiempo)	IN1-EST-PH-PLE-01
• Cumplimiento Estratégico	IN2-EST-PH -PLE -02
• Cumplimiento de acciones del plan operativo (aplicable al plan de implementación)	IN4-EST-PH -PLO -01
• Porcentaje de disponibilidad de recursos	IN5-EST-PH -PLO -02

#### Resultados del Fase del Fase del programa:

- Propuesta de recursos para el cumplimiento de la GPP.
- Aprobación y gestión de recursos para el Comité de GPP.
- Planeación de licitaciones para recursos y servicios necesarios para el plan de cumplimiento de la GPP.

#### Productos del Fase del Fase del programa:

- Documentación de las estrategias a seguir para el cumplimiento del plan.
- Licitaciones para recursos y servicios necesarios para el plan de implementación.
- Cronograma de actividades para el cumplimiento del plan y responsables de desarrollarlas.

#### Recursos generales necesarios para el cumplimiento del Fase del Fase del programa:

- Horas hombre del personal de Dirección de cada hospital y de la División médica.
- Horas hombre del personal de la Coordinación de Hospitales de Tercer Nivel del MINSAL.
- Presupuesto asignado para el correcto funcionamiento del Comité de GPP, incluyendo recursos materiales e intangibles necesarios para la ejecución del Plan.
- Papelería y equipos informáticos.

<b>Objetivo específico del Plan:</b> 1) Formar al personal para el cumplimiento correcto de la GPP en la atención de Hospitalización, para que ellos comprendan la finalidad y beneficios a corto y largo plazo de este tipo de gestión.		<b>Fase 1.2:</b> <b>Capacitación en GPP- del personal médico y de enfermería.</b>	
		<b>Objetivo del Fase del Fase del programa:</b> Brindar al personal las herramientas y conocimiento para la ejecución eficiente de la GPP en los Servicios de Hospitalización.	
<b>Responsable</b>	<b>Duración</b>	<b>Fecha de inicio</b>	<b>Fecha de finalización</b>
-Alta dirección de cada Hospital -Comité de GPP	3 semanas	Primer semana de febrero	Tercera semana de febrero

### Indicadores relacionados al Fase del Fase del programa:

Indicador	Código del indicador
• Cumplimiento estratégico (tiempo)	IN1-EST-PH-PLE-01
• Asistencia del personal a capacitaciones	IN14-EST-GTH-GDC-02
• Cantidad de personas evaluadas	IN15-EST-GTH-GDC-02
• Porcentaje de horas de capacitaciones realizadas en el año	IN16-EST-GTH-GDC-02
• Porcentaje de médicos aprobados en la evaluación	IN17-EST-GTH-GDC-02
• Porcentaje de enfermeras aprobadas en la evaluación	IN18-EST-GTH-GDC-02
• Porcentaje de disponibilidad de recursos	IN5-EST-PH -PLO -02
• Cantidad del personal de nuevo ingreso	IN13-EST-GTH-GDC-01

### Resultados de la Fase del programa:

- Personal capacitado en temas de Gestión por Procesos y su aplicación en los servicios.
- Aumento en la eficiencia medida en el proceso de Hospitalización.

### Productos de la Fase del programa:

- Cronograma de actividades para capacitaciones y responsables de desarrollarlas.

### Recursos generales necesarios para el cumplimiento de la Fase del programa:

- Horas hombre del personal de los Servicios de Hospitalización
- Horas hombre del personal de la Coordinación de Hospitales de Tercer Nivel del MINSAL.
- Presupuesto asignado para el correcto funcionamiento del Comité de GPP, incluyendo recursos materiales e intangibles necesarios para la ejecución del Plan.
- Formulario Control de Entrenamiento/ INDUCCIÓN/ Capacitaciones: CTL-EST-GDC-01-01
- Listado de Asistencia a Capacitar por Módulo/Tema: LST-EST-GDC-01-01
- Papelería y equipos informáticos.



### Fase 1.1 - Planificación y gestión del cumplimiento de la GPP en los servicios

- Definición de estrategias y políticas a emplear para la mejora continua en la aplicación de GPP
- Formulación modalidades y respectivos temarios de capacitaciones anuales para el personal administrativo, médico y de enfermería del hospital.

Recurso	Cantidad
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan estratégico anual más reciente del hospital y Plan Quinquenal del MINSAL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• -Procedimientos nuevos: Planeación estratégica:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ST-PH -PLE -01</li> <li>○ EST-PH -PLE -02</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe de auditorías del periodo anterior.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• -</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Financiamiento/ presupuesto para la atención en Hospitalización</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 87% del presupuesto asignado a cada hospital</li> <li>• -Procedimientos nuevos: Planeación estratégica:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ EST-GAR-GPI-01</li> <li>○ EST-GAR-GPI-02</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión de apoyo externo con ONG'S u otras entidades nacionales e internacionales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje que disponga la entidad.</li> </ul>

- Conformación de los equipos de trabajo para el nuevo periodo de aplicación (anual)
- Planificación y gestión de los recursos materiales e intangibles para la efectiva ejecución de la GPP

Recurso	Cantidad
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal médico y de enfermería en puestos de jefatura de los Servicios de Hospitalización</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cantidad.: igual al número de Servicios de Hospitalización de cada hospital</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Horas hombre del personal de los servicios que forman parte de los equipos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cantidad.: 2 horas/semana, 2 semanas</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Financiamiento/ presupuesto para capacitaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10% del presupuesto de Hospitalización (10% del 87% del presupuesto total)</li> </ul>

### Fase 1.2 - Capacitación en GPP- del personal médico v de enfermería.

- Comunicación del cronograma al personal de las actividades planificadas para capacitaciones. Asistencia a las actividades Fase del Fase del programadas
- Evaluación y seguimiento del personal en cuanto a la asimilación del contenido de las capacitaciones

Recurso	Cantidad
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cronograma de actividades anuales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 cronograma publicado en la PAO y en comunicados ubicados en murales.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Espacios físicos para impartir las capacitaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auditorios, salones de reuniones de los respectivos hospitales, sillas, tablas para apoyo de escritura</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>Equipo informático y papelería</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 Computadora portátil, 1 proyector</li> <li>Fotocopias de material didáctico</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Documentos de control y seguimiento de capacitaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formularios</li> <li>Cronograma anual de actividades de capacitación</li> </ul>

<b>Objetivo específico del Plan:</b> <b>2) Realizar de forma correcta y eficiente los procedimientos y protocolos establecidos en las normativas, lineamientos y manuales que orientan al personal, para la realización efectiva de las actividades.</b>		<b>Fase del Fase del programa 2.1:</b> <b>Aplicación correcta de los manuales y-buena adhesión a los protocolos diagnóstico-terapéuticos.</b>	
		<b>Objetivo del Fase del Fase del programa:</b> Aplicar de manera efectiva los conocimientos adquiridos en las capacitaciones en GPP para la ejecución efectiva y de calidad en la atención del servicio de Hospitalización.	
<b>Responsable</b>	<b>Duración</b>	<b>Fecha de inicio</b>	<b>Fecha de finalización</b>
-Personal de los Servicios de Hospitalización -Comité de GPP	1 año	Primera semana de marzo	Primera semana de febrero del siguiente año

#### Indicadores relacionados a la Fase del programa:

Indicador	Código del proceso misional/operativo:
<ul style="list-style-type: none"> <li>Catálogo de Indicadores Operativos</li> </ul>	Hospitalización: OPT-HOS

#### Resultados de la Fase del programa:

- Aumento en la eficiencia medida en el proceso de Hospitalización.
- Homologación en el desempeño y ejecución de las actividades del proceso de Hospitalización.
- Optimización de los recursos hospitalarios.
- Rescate de buenas prácticas a partir de las técnicas del manual de Procesos y procedimientos.

#### Productos de la Fase del programa:

- Proceso planificado, controlado y medido.
- Aplicación de acciones de mejora y corrección de problemas a corto plazo.

#### Recursos generales necesarios para el cumplimiento de la Fase del programa:

- Horas hombre del personal de los Servicios de Hospitalización.
- Horas hombre del personal del Comité de GPP.
- Presupuesto asignado para la ejecución efectiva de las actividades del servicio de Hospitalización.
- Formularios correspondientes al control y seguimiento proceso de Hospitalización.
- Boletas para solicitud de insumos y producto de los servicios de apoyo del Hospital.

Papelería y equipos informáticos.

Fase 2.1 - Aplicación correcta de los manuales y-buena adhesión a los protocolos diagnóstico-terapéuticos

- Aplicación del conocimiento adquirido en las capacitaciones y del proceso homologado de procedimientos relacionados a la atención de Hospitalización.
- Utilización de los recursos materiales e intangibles según programa, para la efectiva ejecución de la GPP

Tabla 111 Recursos Utilizados en la Implementación del proyecto

Recurso	Cantidad
<ul style="list-style-type: none"> <li>Personal realizando actividades homologadas, programado para satisfacer la demanda real.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Horas hombre/mes programadas                             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Enfermeras <b>55,840 horas</b></li> <li>o Médicos <b>28,780 horas</b></li> </ul> </li> <li>Presupuesto asignado:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>o 22% del presupuesto asignado a personal de enfermería (\$ 380,324.73 mensuales).</li> <li>o 10% del presupuesto asignado a personal médico (\$183,494.14 mensuales).</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Recurso humano asignado para el control y seguimiento del proceso a través del Comité de GPP.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Horas hombre/mes programadas:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Coordinador (1) <b>160 horas</b></li> <li>o Encargados (6) <b>960 horas</b>, médicos que ya forman parte de mi personal</li> </ul> </li> <li>Presupuesto asignado: 0.51% del presupuesto (\$8800.00 mensuales).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Suministros médicos (Medicamentos y Productos Farmacéuticos, Suministros de Nutrición Clínica, Productos de Laboratorio Clínico y Evaluación del Paciente, Suministros y Productos de Tratamiento y Cuidados Médicos, Oxígeno).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumento del 22% del presupuesto actual asignado                             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Actual: \$811,589.64</li> <li>o Propuesto: \$1,043,472.39</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Suministro de Atención y Tratamiento (Alimentos para personas, Alimentación y dietas, Farmacia).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumento del 22% del presupuesto actual asignado                             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Actual: \$79,277.38</li> <li>o Propuesto: \$101,928.06</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Apoyo a Diagnostico (Laboratorio Clínico, Espirometrías (Procedimientos de Neumología, Ecocardiografía Procedimientos de Cardiografía, Endoscopia, Radiología e Imágenes, Quirófano Cirugía General, Quirófano de Emergencia, Fisioterapia ,Banco de Sangre, Trabajo Social)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumento del 22% del presupuesto actual asignado                             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Actual: \$235,730.04</li> <li>o Propuesto: \$303,081.48</li> </ul> </li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>Recursos Misceláneos (Productos de Papel y Accesorios de Oficina, Suministros de Limpieza, Ambulancia, Limpieza, Mantenimiento, Almacén, Costurería)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumento del 0.45% del presupuesto actual asignado, debido al recurso de papelería <ul style="list-style-type: none"> <li>Actual: \$39,037.78</li> <li>Propuesto: \$ \$39,216.17</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gastos Generales (Servicios de Energía Eléctrica, Servicios de Agua Potable, Servicios de Telecomunicaciones, Servicio de Transporte y Manejo de Carga, Servicios de Limpieza y Tratamiento de Desechos, Mantenimiento y Reparación de Mobiliario y Equipo Diversos, Arrendamientos Inmobiliarios, Consultorías, Estudios e Investigaciones Especializadas, Depreciaciones)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presupuesto asignado: 1% del presupuesto (\$13,972.12 mensuales). Se mantiene constante.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Recursos de Esterilización (de equipos) (Central de Esterilización y Arsenal, Salario del personal Técnico en arsenal)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presupuesto asignado: 1% del presupuesto (\$19,832.76 mensuales). Se mantiene constante.</li> </ul>

Fuente: Elaboración Propia

Servicios donde se implementará en el primer ejercicio de aplicación de la GPP



<b>Objetivo específico del Plan:</b> 3) Fomentar el control y seguimiento de las actividades ejecutadas, con el fin de crear una cultura de acción y eliminar prácticas de contingencia o reacción tardía ante situaciones inefectivas.		<b>Fase 3.1:</b> Reporte de información requerida para el control y seguimiento del proceso y los recursos.	
		<b>Objetivo de la Fase:</b> Obtener la información de los servicios de manera oportuna para detectar acciones correctivas a implementar a corto y mediano plazo.	
<b>Responsable</b>	<b>Fecha de inicio</b>	<b>Fecha de inicio</b>	<b>Fecha de finalización</b>
-Personal de los Servicios de Hospitalización -Comité de GPP	Primera semana de marzo	Primera semana de marzo	Primera semana de febrero del siguiente año

#### Indicadores relacionados a la Fase:

Indicador	Código del indicador
• Porcentaje de Cumplimiento de Actividades	IN45- APO-GC-AIP-01
• Porcentaje de Hallazgos solucionados	IN46- APO-GC-AIP-02
• Porcentaje de realización de actividades	IN47- APO-GC-AIP-02
• Porcentaje de problemas críticos	IN48- APO-GC-EMP-01
• Porcentaje de realización de acciones	IN49- APO-GC-EMP-01
• Indicador Global de Cumplimiento	IN50-APO-GPH-EMP-02
• Cantidad de acciones correctivas eficaces	IN51- APO-GC-EMP-03

#### Resultados de la Fase:

- Personal ejecutando la Gestión por Procesos en los Servicios de Hospitalización.
- Control sobre la ejecución de las actividades del proceso de Hospitalización.
- Tiempo de servicio y utilización de recurso óptimo.
- -Cumplimiento efectivo de las practicas propuestas en los manuales

#### Productos de la Fase:

- Reducción en el tiempo que el paciente debe esperar asignación de cama.
- Egresos de pacientes en el estándar establecido
- Distribución óptima de la carga laboral del recurso humano.

#### Recursos generales necesarios para el cumplimiento de la Fase:

- Horas hombre del personal de los Servicios de Hospitalización
- Presupuesto asignado para el correcto funcionamiento de los servicios.
- Papelería y equipos informáticos.

<b>Objetivo específico del Plan:</b> 3) Fomentar el control y seguimiento de las actividades ejecutadas, con el fin de crear una cultura de acción y eliminar prácticas de contingencia o reacción tardía ante situaciones inefectivas.		<b>Fase 3.2:</b> <b>Evaluación del periodo de ejecución del plan de cumplimiento de la GPP</b>	
		<b>Objetivo de la Fase:</b> Analizar el desempeño del proceso para la detección de áreas de mejora o cambios que mejoren la atención en Hospitalización.	
<b>Responsable</b>	<b>Duración</b>	<b>Fecha de inicio</b>	<b>Fecha de finalización</b>
-Alta dirección de cada Hospital -Comité de GPP	1 año	Primera semana de marzo	Primera semana de febrero del siguiente año

#### Indicadores relacionados al Fase del Fase del programa:

Indicador	Código del indicador
Porcentaje de Cumplimiento de Actividades	IN45- APO-GC-AIP-01
Porcentaje de Hallazgos solucionados	IN46- APO-GC-AIP-02
Porcentaje de realización de actividades	IN47- APO-GC-AIP-02
Porcentaje de problemas críticos	IN48- APO-GC-EMP-01

#### Resultados del Fase del Fase del programa:

- Personal con autonomía para la toma de decisiones y propuesta de soluciones
- Proceso fortalecido con el aporte del personal de manera instantánea.
- Detección temprana de situaciones a corregir o mejorar.

#### Productos del Fase del Fase del programa:



- Reportes con información anual proveniente de los Servicios de Hospitalización según reportes y formatos recibidos por el comité, en el periodo analizado. cronograma de actividades para capacitaciones y responsables de desarrollarlas.
- Indicadores dentro de los estándares establecidos y sugerencia de acciones a tomar cuando estos no estén dentro de los límites de control.

#### Recursos generales necesarios para el cumplimiento del Fase del Fase del programa:



- Horas hombre del personal de los Servicios de Hospitalización
- Presupuesto asignado para el correcto funcionamiento del Comité de GPP, y el recurso que el personal de Hospitalización necesite para la correcta ejecución del proceso de atención.
- Papelería y equipos informáticos.

**7.1.1.3 Planificación de indicadores.**

Los indicadores que se tienen de los Procesos de Hospitalización se deben de presentar y dar seguimiento en el año, es por eso que se plantea un diseño de planificación de indicadores:

PLANIFICACION DE INDICADORES ESTRATEGICOS																				
Nombre del proceso	Nombre del sub proceso	Nombre procedimiento.	Nombre del indicador	TIEMPO DE IMPLEMENTACION																
				MESES DE AÑO																
planeación del proceso de Hospitalización EST-PH	Planeación Estratégica EST-PH-PLE	Auditoria de la planeación/control de la planeación Estratégica EST-PH -PLE -02	Cumplimiento Estratégico																	
	Planeación Operativa EST-PH-PLO	Plan Operativo EST-PH -PLO -01	Cumplimiento de acciones del plan operativo																	
Gestión del talento humano EST-GTH	Planeación del Talento Humano EST-GTH-PLH	Planificación de enfermeras. EST-GTH-PLH-01	Cantidad real de horas trabajadas																	
	Gestión de Personal EST-GTH-GP	Control de permisos, inasistencias, horas. EST-GTH-GP-01	Índice de desempeño laboral																	
Gestión de abastecimiento de recursos EST-GAR	Gestión de Insumos médicos EST-GAR-GIM	Requisición y recepción de insumos EST-GAR-GIM-01	% Disponibilidad Total Insumos																	
	Gestión de productos intrahospitalarios EST-GAR-GPI	Control de Productos no conforme EST-GAR-GPI-02	Porcentaje de no conformidades gestionada																	
 Implementación de indicadores en el año																				
 Seguimiento de la implementación de indicadores																				

**PLANIFICACION DE INDICADORES OPERATIVOS**

Nombre del proceso	Nombre del subproceso	Nombre del procedimiento.	Nombre del indicador	TIEMPO DE IMPLEMENTACION																					
				MESES DE AÑO																					
Hospitalización OPT-HOS	Gestión de ingreso OPT-HOS-GDI	Recepción de Documentos para Hospitalización OPT-HOS-GDI-01	Promedio diario de ingresos																						
	Evaluación médica OPT-HOS-EM	evaluación del paciente OPT-HOS-EM-01	Porcentaje de pacientes delicadas																						
	Gestión de indicaciones OPT-HOS-GDI	Gestionar indicaciones OPT-HOS-GDI-01	Porcentaje de recetas dispensadas para los Servicios de Hospitalización																						
	Gestión de alta médica OPT-HOS-GAM	Alta por defunción OPT-HOS-GAM-04	Número de defunciones																						
<b>INDICADORES DE EFICIENCIA</b>																									
Hospitalización OPT-HOS			Porcentaje de ocupación de camas																						
			Promedio de días estancia																						
			Giro cama o índice de rotación																						
			Intervalo de tiempo de sustitución																						
<b>INDICADORES DE PRODUCCION</b>																									
Hospitalización OPT-HOS			Tiempo promedio de espera desde que se da indicación en consulta externa																						
			Tiempo promedio de espera desde que se da indicación en emergencia																						
			Tasa neta de mortalidad																						
 Implementación de indicadores en el año												 Seguimiento de la implementación de indicadores													





Fase 3.1 - Reporte de información requerida para el control y seguimiento del proceso y los recursos.

- Formularios e informes cumpliendo fechas de entrega agendadas

Recurso	Cantidad
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimientos de auditorías programadas por el Comité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimientos nuevos:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ APO-GPH-AIP-01, Planificación y programación de auditorías</li> <li>○ APO-GPH-AIP-02, Ejecución de la auditoría</li> <li>○ APO-GPH-AIP-03, Mejoramiento de la gestión</li> </ul> </li> <li>• Horas hombre/mes del comité programadas:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Coordinador (1)</li> <li>○ Encargados (6)</li> </ul> </li> <li>• Presupuesto asignado: 0.51% del presupuesto (\$8800.00 mensuales).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal de áreas de apoyo (mantenimiento, biomédica)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Horas hombre/mes programadas:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mantenimiento (1) <b>60 horas/mes para equipos de Hospitalización</b> (100 horas para equipos de otras áreas del hospital)</li> </ul> </li> <li>• Presupuesto asignado: 25% del presupuesto asignado al recurso Misceláneo (\$ 9,860.48 mensuales para mantenimiento).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recursos materiales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Papelería, equipo informático (uno por cada integrante del comité, total 7), 1 impresora/escáner.</li> </ul>

Fase 3.2 - Evaluación del periodo de ejecución del plan de cumplimiento de la GPP

- Información anual proveniente de los Servicios de Hospitalización según los informes, reportes y formatos recibidos en el periodo analizado.

Recurso	Cantidad
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informes finales de auditorías realizadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Horas hombre/mes del comité programadas:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Coordinador (1)</li> <li>○ Encargados (6)</li> </ul> </li> <li>• Presupuesto asignado: 0.51% del presupuesto (\$8800.00 mensuales).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe de propuestas y planes de acción a realizar</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recursos proporcionados por entidades de gobierno, ONG's nacionales e internacionales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión de recursos necesarios para cumplir los planes formulados en la evaluación de la información de las auditorías.</li> </ul>

<b>Objetivo específico del Plan:</b> 4) Propiciar la mejora continua de manera constante para la detección temprana de problemas y corrección efectiva a través de los planes de acción.		<b>Fase 4.1:</b> Análisis y gestión de mejoras para las áreas con oportunidad de fortalecimiento, detectado en el control y seguimiento del proceso.	
		<b>Objetivo de la Fase:</b> Diseñar planes de acciones orientadas a la corrección y fortalecimiento oportuno de las áreas con oportunidades de mejora.	
<b>Responsable</b>	<b>Duración</b>	<b>Fecha de inicio</b>	<b>Fecha de finalización</b>
-Comité de GPP - Área de mantenimiento - Dirección del Hospital	1 año	Primera semana de marzo	Primera semana de febrero del siguiente año

#### Indicadores relacionados a la Fase:

Indicador	Código del indicador
Porcentaje de Quejas solventadas	IN53- APO-GS-RAB-01
Porcentaje de Quejas Solventadas externas	IN55- APO-GS-RAB-02
Índice de Satisfacción del cliente	IN56- APO-GS-RAB-03
Índice de Satisfacción de servicios prestados	IN57- APO-GS-RAB-03
Índice de Satisfacción	IN58- APO-GS-RAB-03
Alcance de la comunicación	IN61- APO-GS-COM-01

#### Resultados de la Fase:

- Resultados tangibles y medibles de la evaluación oportuna de la información proporcionada por el personal.
- Implementación de soluciones optimas, realizando priorización según la situación a solventar y los recursos disponibles.
- Optimización del tiempo y recursos destinados, usados según lo programado y no de manera reactiva.

#### Productos de la Fase:

- Planes con recursos asignados
- Cronograma de actividades orientadas a solucionar situaciones de manera anticipada.
- Cumplimiento de las mejoras asignadas

#### Recursos generales necesarios para el cumplimiento de la Fase:

- Horas hombre del personal de los Servicios de Hospitalización
- Presupuesto asignado para los Recursos generales necesarios en la implementación de acciones correctivas y de mejora que se detecten en el plazo de un año (tiempo de distribución del presupuesto).
- Papelería y equipos informáticos.

Fase 4.1 - Análisis y gestión de mejoras para las áreas con oportunidad de fortalecimiento, detectado en el control y seguimiento del proceso

- Resultado de la evaluación de la información analizada por el comité GPP.

Recurso	Cantidad
<ul style="list-style-type: none"> <li>Procedimientos de auditorías programadas por el Comité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Procedimientos nuevos (seguimiento):                             <ul style="list-style-type: none"> <li>APO-GPH-RAB-01, Manejo de quejas y sugerencias internas</li> <li>APO-GPH-RAB-02, Manejo de quejas y sugerencias externas</li> <li>APO-GPH-RAB-03, Seguimiento y mejora de la satisfacción del cliente.</li> </ul> </li> <li>Horas hombre/mes del comité programadas:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Coordinador (1)</li> <li>Encargados (6)</li> </ul> </li> <li>Presupuesto asignado: 0.51% del presupuesto (\$8800.00 mensuales).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Recursos para la implementación de los planes de acción</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Papelería y equipo informático</li> <li>Asignación de recursos solicitados en los planes de acción formulados; la asignación varía según las situaciones a solventar, se asigna un monto de \$50,000.00 anuales para utilizarlo en la compra de estos recursos (aproximadamente 2.50% del presupuesto total del hospital).</li> </ul>

- Documentación y comunicación de las acciones a implementar para la mejora continua y continuidad del ciclo de la GPP eficiente.

Recurso	Cantidad
<ul style="list-style-type: none"> <li>Procedimientos de auditorías programadas por el Comité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Procedimientos nuevos (seguimiento):                             <ul style="list-style-type: none"> <li>APO-GPH-CDD-01, Elaboración y control de documentos</li> <li>APO-GPH-COM-01, Establecimiento de los medios de comunicación</li> </ul> </li> <li>Horas hombre/mes del comité programadas:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Coordinador (1)</li> <li>Encargados (6)</li> </ul> </li> <li>Presupuesto asignado: 0.51% del presupuesto (\$8800.00 mensuales).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Papelería y equipo informático</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Papelería y equipo informático</li> <li>Boletas y copias de informes con los resultados obtenidos, para comunicarlos a toda la comunidad (personal del hospital, del MINSAL, población en general, a través de todos los medios disponibles).</li> </ul>

### 7.1.1.3.1 Resumen del Plan de cumplimiento de la GPP en el proceso de Hospitalización

Cuadro 67 Resumen de Plan de cumplimiento de la GPP para el proceso Hospitalización

Resumen de Plan de cumplimiento de la GPP para el proceso Hospitalización					
Líneas de Acción ejecución	Condiciones de ejecución	Procesos y actividades relacionadas	Tiempo	Responsable	Recursos necesarios
1.1 Planificación del cumplimiento de la GPP en los servicios	-Gestión de la propuesta de diseño.	-Proceso: Planificación y control (PYC-01-01) -Subproceso: Planeación Estratégica EST-PH-PLE	Corto y mediano plazo	-Comité de GPP -Alta dirección de cada Hospital	-Plan Anual Operativo del año anterior -Plan Estratégico del año anterior
1.2 Capacitación en GPP del personal médico y de enfermería.	-Participación activa del personal de los Servicios de Hospitalización	Proceso: Gestión del talento humano EST-GTH -Procedimiento: Capacitación de personal (Pacientes, Personal Médico) servicio social). EST-GTH-GDC-02	Corto plazo	-Comité de GPP -Alta dirección de cada Hospital	-Recurso humano con especialización en temas de GPP -Papelería -horas hombre del personal a capacitarse
2.1 Aplicación correcta de los manuales y-buena adhesión a los protocolos diagnóstico-terapéuticos	-Rescate de buenas prácticas a partir de las técnicas del manual de Procesos y procedimientos.	-Proceso: Hospitalización OPT-HOS -6 Subprocesos	Corto y mediano plazo	-Personal de los Servicios de Hospitalización	-Disponibilidad de manuales para el personal que deba consultarlos
3.1 Reportes de información requerida para el control y seguimiento del proceso y los recursos.	-Formularios e informes cumpliendo fechas de entrega agendadas	-Proceso: Gestión de Equipo médico EST-GAR-GEM -Procedimiento: Control de equipo médico	Corto plazo	-Personal de mantenimiento y biomédica -jefes de servicio	-Personal mantenimiento y biomédica -Reportes de jefes de servicio
3.2 Evaluación del periodo de ejecución del plan de cumplimiento de la GPP	-Información anual proveniente de los Servicios de Hospitalización según los informes, reportes y formatos recibidos en el periodo analizado.	Proceso: Auditoria interna del proceso APO-GPH-AIP	1 año	-Comité GPP	-Papelería -Horas/hombre -equipo informático
4.1 Análisis y gestión de mejoras para las áreas con oportunidad de fortalecimiento, detectado en el control y seguimiento del proceso.	Resultado de la evaluación de la información analizada por el comité GPP.	Subproceso: Evaluación y Mejora de Procesos APO-GPH-EMP	1 año	-Comité GPP	-Papelería -Horas/hombre -Equipo informático

Fuente: Elaboración Propia

### 3 Realización del Proceso Fortalecido

---

El Diseño de sistema de Gestión por Procesos presentado para el área de Hospitalización del Tercer Nivel de Atención del MINSAL, sea Fortalecido a través de la incorporación de un proceso de Control y Seguimiento, que garanticen la correcta ejecución de las actividades.

La presentación de Resultados de la ejecución del proceso implementado, mostrara la capacidad del Sistema implementado en un tiempo específico para su ejecución.

Los objetivos trazados con la realización del proceso ya fortalecido, considerando posibles escenarios que se pueden presentar se describen a continuación:

- Determinar el tiempo de cada actividad para conocer de forma certera la duración total de los Procesos.
- Determinar la Eficiencia del proceso Fortalecido
- Calcular en base a resultados obtenidos datos de Indicadores de gestión
- Proporcionar información de los Procesos que sirva de insumos para generar las evaluaciones del sistema
- Examinar la distribución de recursos en los diferentes Procesos que integran el sistema.
- Realizar un análisis de evaluación en realización a el proceso que se realiza actualmente en los Hospitales

#### 3.1 Eficiencia y Tiempos del Proceso de Hospitalización

A partir del Muestreo de Trabajo realizado en los Servicios de Hospitalización que consistió en observación del proceso y toma de tiempos actuales de los servicios se midieron los tiempos en que el personal realiza las actividades del proceso operativo, teniendo en cuenta las proporciones de tiempos efectivos y tiempos ineficientes, Además del tiempo de ejecución de las actividades, con lo que se determinó la Eficiencia Actual de proceso en los diferentes Hospitales.

Con el Proceso Operativo documentado, en la cual se consideran los procedimientos, los mapas de proceso, los indicadores de supervisión, y el control del rendimiento actual, será más practico organizar las cargas laborales, reduciendo los tiempos inefectivos del personal.

En la siguiente tabla se presenta el detalle del tiempo que conlleva realizar cada subproceso operativo y el detalle de cómo se reparte entre el personal invierte en actividades administrativas de planeación y control, tomado del **“Manual de procedimientos para el cálculo y planificación de necesidades de médicos y enfermeras en hospitales nacionales”**, el cual presenta el estándar y la relación entre tiempos operativos y de planificación (Ver Anexo 4)



El tiempo se especifica por paciente y por servicio con una media de 25 pacientes y se presenta en unidades de minutos y horas, además de incluir frecuencias de realización en una jornada completa.

### **3.2 Impacto de la implementación de la Gestión por Procesos en los Hospitales de Tercer Nivel**

En las instituciones de salud convergen numerosos tipos de actividades como pueden ser asistenciales, económico- administrativa, de mantenimiento y toda una serie de actividades de apoyo y servicio, con diversas características y complejidades. Por lo que una Gestión por Procesos bien estructurada y coordinada, permitirá un mejor resultado de diversas variables englobadas en la atención, como por ejemplo el aprovechamiento de los recursos tanto humanos como materiales y elevar la calidad asistencial.

Una de las variables que se ven fuertemente impactadas por la implementación de la GPP, es el tiempo, de manera que se logren realizar las actividades más efectivamente, reduciendo la posibilidad de reprocesos, a través de sistemas de información sólidas, únicas y al alcance de los involucrados; lo anterior se realiza a través de los siguientes puntos:

- Los sistemas que implementan la GPP cuentan con los datos suficientes y las capacidades necesarias para asociar la información disponible sobre cada proceso con indicadores. De esta forma, hace posible introducir cambios puntuales y efectivos, que impulsen la eficiencia de las acciones implementadas y multipliquen su impacto.
- Con la estandarización y homologación del ciclo del proceso, se puede acelerar y optimizar las actividades y tareas, evitando los problemas que hasta ahora surgían al recoger, agregar, almacenar, procesar, analizar, consumir y aprovechar al máximo los recursos. Así es como hoy día, los encargados de la toma de decisiones de los sistemas con GPP implementada pueden realizar transacciones, reconsiderar estrategias y aprovechar oportunidades mejor y más rápido, con el objeto de llegar a más población que requiera de atención.

En la aplicación de la Gestión por Procesos según Paneque<sup>13</sup> "es imprescindible tener en cuenta las siguientes premisas básicas durante toda la fase de diseño del proceso asistencial:

- Centrarse en el ciudadano, es decir, incorporar las expectativas de los usuarios.
- Garantizar la continuidad asistencial.
- Incluir sólo aquellas actividades que sí aportan valor añadido.
- Procurar la participación de todos los profesionales, asegurando su implicación y satisfacción.
- Ser flexible, para adaptarse a nuevos requerimientos e incorporar mejoras.

---

<sup>13</sup> Paneque P. Gestión por Procesos en el sistema sanitario público de Andalucía [Internet]. Andalucía: Consejería de Salud; 2002 [citado 12 enero 2013]. Disponible en: [http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/gestion\\_Procesos .pdf](http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/gestion_Procesos .pdf)

Es por ello que, basado en lo anteriormente planteado además de discusiones y planteamientos con la Coordinación de Tercer Nivel del MINSAL, se establece el objetivo de impulsar la eficiencia a través de estrategias orientadas a la reducción de tiempos ineficientes del personal, acordando que por la magnitud de las instituciones en estudio, el valor de ineficiencia a reducir para el primer año es del 0.25% debido a que la mayoría de cambios se darán en el primer año, y que para los siguientes años esta se plantea que se reducirá en 0.10%.

Por consiguiente, se presenta los tiempos de trabajo

Tabla 112. Tiempo de realización del proceso

Sub. Procesos operativos y tiempo dedicado al proceso administrativo	Tiempo en minutos		Tiempo por hora		Distribución de tiempo	
	Por paciente	Por servicio	Por paciente	Por servicio	Enfermera	Medico
Ingreso	102.00	310.00	5.17	7.18	6.82	0.36
Gestión de cama	83.00	232.50	3.88	5.38	5.38	0.00
Evaluación medica	16.25	1381.00	23.02	31.97	1.60	30.37
Gestión de indicaciones medicas	218.00	1494.69	24.91	34.60	31.14	3.46
Atención de enfermería	77.00	1188.00	19.80	27.50	27.50	0.00
Alta	411.00	390.25	6.50	9.03	8.58	0.45
<b>Total tiempo operativo</b>	<b>907.25</b>	<b>4996.44</b>	<b>83.27</b>	<b>115.66</b>	<b>81.02</b>	<b>34.64</b>
Actividades administrativas medico	290.32	1598.86	26.65	37.01		37.01
Actividades administrativas enfermera	244.96	1349.04	22.48	31.23	31.23	
<b>Total tiempo administrativo</b>	<b>535.28</b>	<b>2947.90</b>	<b>49.13</b>	<b>68.24</b>	<b>31.23</b>	<b>37.01</b>
<b>Total de tiempo del proceso</b>	<b>1442.53</b>	<b>7944.34</b>	<b>132.41</b>	<b>183.90</b>	<b>112.25</b>	<b>71.65</b>
Distribución de carga de trabajo					<b>61%</b>	<b>39%</b>

Fuente. Muestreo del trabajo, Elaboración propia

El tiempo de realización promedio entre los tres Hospitales del proceso de Hospitalización es de 183.9 horas, el desglose de los tiempos por actividades puede ver en el Diagnóstico de la situación actual.

El tiempo de realización del proceso es la base para el fortalecimiento del proceso, a partir de este tiempo y en apoyo en el muestreo de trabajo realizado en el Diagnóstico, la implementación de la Gestión por Procesos reducirá los tiempos ineficientes del personal en el proceso, lo que generará una brecha de tiempos en la cual se brindaran más atenciones.

A continuación, se presentan los datos obtenidos en el muestreo de trabajo:

En el establecimiento de los porcentajes de reducción de tiempos de inactividad, se considera la información relacionada con el Hospital Rosales; por ser el más representativo en cuanto a volumen de pacientes, presupuestos y menor eficiencia en el proceso actualmente



Del tiempo total observado, la proporción de la ineficiencia se da actualmente de la siguiente manera:

Promedio de los días observados								
Puestos de Trabajo	M	1R	2R	JE	1E	2E	3E	4E
Actividad	5.5	13.3	21.8	36	40.5	38.3	39.3	38.8
Inactividad	1	5	8	12	3.5	7.8	8.8	9.3
% de Actividad	84.62 %	72.60 %	73.11 %	75.00 %	92.05 %	83.15 %	81.77 %	80.73 %
% de Inactividad	15.38 %	27.40 %	26.89 %	25.00 %	7.95 %	16.85 %	18.23 %	19.27 %

M: Médico R: Residente JE: Jefe de Enfermeras E: enfermera

Las ineficiencias observadas en el personal médico como de enfermería se catalogaron en 8 tipos:

*Tabla 113 Porcentaje de Eficiencia e ineficiencia del personal de Hospitalización*

Puestos de Trabajo	M	1R	2R	JE	1E	2E	3E	4E
<b>% de Inactividad</b>	<b>15.38%</b>	<b>27.40%</b>	<b>26.89%</b>	<b>25.00%</b>	<b>7.95%</b>	<b>16.85%</b>	<b>18.23%</b>	<b>19.27%</b>
Necesidades Personales	2.00%	2.35%	2.50%	2.10%	0.85%	2.12%	1.85%	1.85%
Uso de Celular	3.00%	3.38%	2.50%	2.88%	1.15%	1.35%	2.50%	2.10%
Platicando	2.00%	2.25%	3.75%	3.00%	1.00%	2.00%	2.00%	1.70%
No esta	1.13%	3.34%	2.55%	3.10%	0.75%	3.00%	3.00%	2.50%
Distraído	1.85%	3.50%	2.65%	2.89%	0.20%	2.50%	2.50%	1.85%
Actividades no Curriculares	1.40%	3.25%	4.10%	3.15%	1.00%	1.00%	1.00%	3.10%
Buscando Material/insumo	2.00%	4.15%	4.69%	4.14%	1.50%	3.00%	2.06%	3.35%
Esperando material	2.00%	5.18%	4.15%	3.74%	1.50%	1.88%	3.32%	2.82%
	15.38%	27.40%	26.89%	25.00%	7.95%	16.85%	18.23%	19.27%

M: Médico R: Residente JE: Jefe de Enfermeras E: enfermera

Con las ineficiencias del personal, tanto medico como de enfermería se realizaron reducciones a cada uno de las actividades que presentaban ineficiencias, sin considerarse para este propósito de reducción las actividades de Necesidades Personal.

Estos tiempos serán aprovechados para la realización de más actividades o bien que las actuales se realicen de manera eficiente, cada minuto del servicio del personal en cada turno.

Se muestran las reducciones de las ineficiencias por cada tipo de personal, médico y de enfermería en los servicios, se presenta la reducción de ineficiencias con la aplicación de la GPP, con la siguiente proyección a 5 años

Tabla 114 Reducción de Ineficiencias en personal de Enfermería

Reducción de Ineficiencias en personal de Enfermería									
Puestos de Trabajo	JE	1E	2E	3E	4E	Promedio de la disminución de la Ineficiencia en el personal de enfermería por año	Mejoramiento de la eficiencia total del personal de enfermería por año		
<b>% de Inactividad</b>	<b>25.00%</b>	<b>7.95%</b>	<b>16.85%</b>	<b>18.23%</b>	<b>19.27%</b>				
Necesidades Personales	2.10%	0.85%	2.12%	1.85%	1.85%				
Uso de Celular	2.88%	1.15%	1.35%	2.50%	2.10%				
Platicando	3.00%	1.00%	2.00%	2.00%	1.70%				
No esta	3.10%	0.75%	3.00%	3.00%	2.50%				
Distraído	2.89%	0.20%	2.50%	2.50%	1.85%				
Actividades no Curriculares	3.15%	1.00%	1.00%	1.00%	3.10%				
Buscando Material/insumo	4.14%	1.50%	3.00%	2.06%	3.35%				
Esperando material	3.74%	1.50%	1.88%	3.32%	2.82%				
<b>Ineficiencia actual</b>	<b>25.00%</b>	<b>7.95%</b>	<b>16.85%</b>	<b>18.23%</b>	<b>19.27%</b>	<b>17.46%</b>	<b>82.54%</b>		
Ineficiencia año 1	23.25%	6.25%	15.10%	16.48%	17.52%	15.72%	84.28%		
Ineficiencia año 2	22.55%	5.65%	14.40%	15.78%	16.82%	15.04%	84.96%		
Ineficiencia año 3	21.85%	5.05%	13.70%	15.08%	15.37%	14.21%	85.79%		
Ineficiencia año 4	21.15%	4.45%	13.00%	14.38%	14.67%	13.53%	86.47%		
Ineficiencia año 5	20.45%	3.75%	12.30%	13.68%	13.97%	12.83%	87.17%		

La proporcionalidad en la disminución de las ineficiencias:

- Año 1: 0.25% por actividad
- Año 2: 0.10% por actividad Ineficiente
- Año 3: 0.10% por actividad Ineficiente
- Año 4: 0.10% por actividad Ineficiente
- Año 5: 0.10% por actividad Ineficiente

El personal de Enfermería al termino de 5 años de implantada la Gestión por Procesos tendrá un aumento de su eficiencia en 4.63%.

La proporcionalidad en el aumento de la eficiencia del personal de enfermería será constante en los tres Hospitales de Tercer Nivel.

Tabla 115 Reducción de Ineficiencias en personal Médico

Reducción de Ineficiencias en personal Médico							
Puestos de Trabajo-1	M	1R	2R	Promedio de la disminución de la Ineficiencia en el personal médico por año	Mejoramiento de la eficiencia total del personal médico por año		
% de Inactividad	15.38%	27.40%	26.89%				
Necesidades Personales	2.00%	2.35%	2.50%				
Uso de Celular	3.00%	3.38%	2.50%				
Platicando	2.00%	2.25%	3.75%				
No esta	1.13%	3.34%	2.55%				
Distraído	1.85%	3.50%	2.65%				
Actividades no Curriculares	1.40%	3.25%	4.10%				
Buscando Material/insumo	2.00%	4.15%	4.69%				
Esperando material	2.00%	5.18%	4.15%				
<b>Ineficiencia actual</b>	<b>15.38%</b>	<b>27.40%</b>	<b>26.89%</b>	<b>23.22%</b>	<b>76.78%</b>		
Ineficiencia año 1	13.63%	25.65%	25.14%	21.47%	78.53%		
Ineficiencia año 2	12.93%	24.95%	24.44%	20.77%	79.23%		
Ineficiencia año 3	12.23%	24.25%	23.74%	20.07%	79.93%		
Ineficiencia año 4	11.53%	23.55%	23.04%	19.37%	80.63%		
Ineficiencia año 5	10.83%	22.85%	22.34%	18.67%	81.33%		

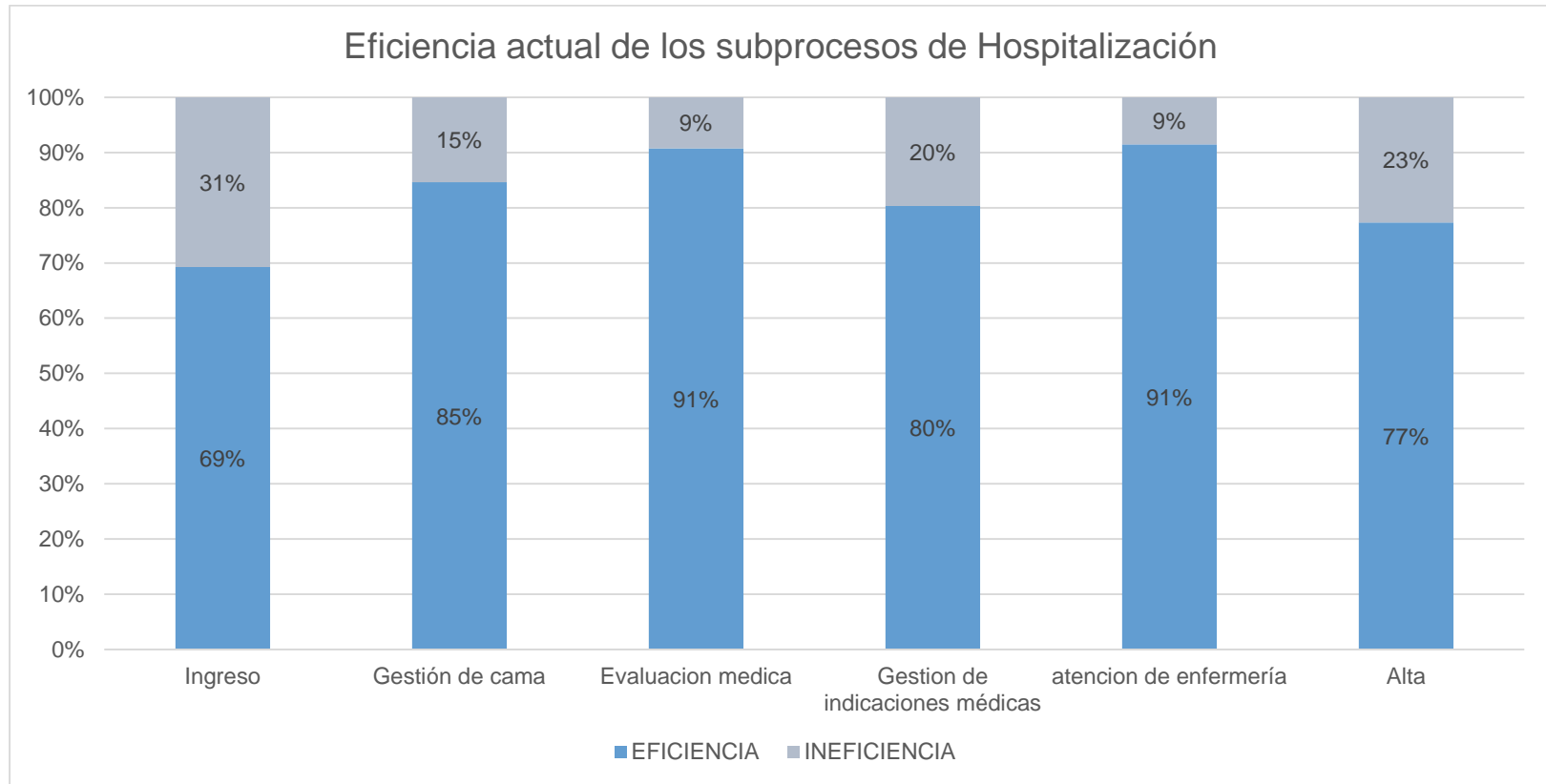
La proporcionalidad en la disminución de las ineficiencias:

- Año 1: 0.25% por actividad
- Año 2: 0.10% por actividad Ineficiente
- Año 3: 0.10% por actividad Ineficiente
- Año 4: 0.10% por actividad Ineficiente
- Año 5: 0.10% por actividad Ineficiente

El personal de Medico al termino de 5 años de implantada la Gestión por Procesos tendrá un aumento de su eficiencia en 4.55%.

La proporcionalidad en el aumento de la eficiencia del personal de Médico será constante en los tres Hospitales de Tercer Nivel.

Con la determinación de la eficiencia del personal y de la toma de tiempos en el muestreo, se muestra el siguiente gráfico en el cual se observa el detalle de la eficiencia en cada subproceso de Hospitalización y las brechas de mejora que puede sufrir el Proceso.



El gráfico muestra que para los tres hospitales, el subproceso de Ingreso es el que tiene más oportunidades de mejora y de homologación para aumentar el nivel de eficiencia, seguido del subproceso de gestión de indicaciones y el de Alta.

### 3.3 Proyecciones para el aumento de la eficiencia en el proceso de Hospitalización

La propuesta de diseño está orientada a lograr el aumento de la eficiencia en el proceso de Hospitalización homologado, a través de metas a corto y largo plazo, con el cumplimiento de los nuevos procedimientos y prácticas de control, seguimiento y mejora en cada actividad del personal involucrado en ellas. A continuación, se muestra la comparación de cómo se impacta la eficiencia con la implementación del Modelo de Gestión por Procesos, en lo que respecta al cumplimiento de las técnicas y recomendaciones presentadas.

#### Sub proceso fortalecido: Gestión de ingreso de paciente *OPT-HOS-GDI*

Tabla 116 Tiempos de subproceso 1- Datos de propuesta implementada en el primer año

Actividad	Detalle	Tiempo total (horas)	Tiempo total (minutos)	Tiempo efectivo actividad	Tiempo ineficiente
Registrar datos personales de paciente	Paciente programado: enfermera de recepción toma los datos del paciente: Nombre, dirección, edad, DUI (si es mayor de edad). Paciente no programado: Enfermera de la unidad de Emergencias toma los datos personales de paciente que ha recibido indicación de ser ingresado en servicio de Hospitalización.	0.249	3.5	2.5	1.0
Ingresar orden de ingreso en sistema	Enfermera envía la hoja de ingreso a ESDOMED	0.639	9	6	3
	(ESDOMED) registra los datos necesarios del ingreso hospitalario en los sistemas de registro correspondientes de la base de datos del hospital. Envía de nuevo hoja a enfermera.	0.711	10	8	2
Revisar hoja de ingreso	Enfermera de recepción o de emergencia Revisa en hoja de ingreso en cual servicio será ingresado el paciente durante su Hospitalización.	0.142	2	2	0
Comunicación al servicio	En servicio enfermera recibe llamada de enfermera de Emergencia o de recepción para comunicar que se ha dado orden de ingreso a paciente en dicho servicio.	0.075	1.	0.75	0.3
Revisar cama disponible	Si hay cama en servicio: se comunica a enfermera asignada a cama que llegara paciente de nuevo ingreso.	0.426	6	5	1
	Se gestiona cama en servicios aledaños para poder ingresar a paciente y cuando haya disponible hacer la transferencia a la especialidad al que fue ingresado.	0.711	10	5	5
Solicitar expediente	Enfermera de emergencias o de recepción solicita a archivo si el paciente tiene expediente vigente en el hospital	0.355	5	3	2
Elaboración de expediente	Hay expediente del paciente. ESDOMED busca en base de datos del hospital la existencia del expediente: buscar en archivo el expediente físico.	1.208	17	12	5
	ESDOMED elabora expediente de paciente y entrega a archivo.	1.421	20	12	5
Llevar expediente con hoja de ingreso	Llevar el expediente y entregarlo a enfermera de emergencias o de recepción. Enfermera recibe expediente y revisa que este la hoja de ingreso.	0.533	7.5	3	4.5
SUMA DE TIEMPOS		6.47	91.05	62.25	28.8
% DE EFICIENCIA - %INEFICIENCIA		100%	100%	68%	32%

## Sub proceso fortalecido: Gestión de cama OPT-HOS-GDC

Tabla 117 Tiempos de subproceso 2- Datos de propuesta implementada en el primer año

Actividad	Detalle	Tiempo total (horas)	Tiempo total (minutos)	Tiempo efectivo actividad	Tiempo ineficiente
Indicación que el paciente será ingresado	Traslado: Si el paciente se puede mover	0.845	12	9.5	2.5
	Traslado: Si el paciente no se puede mover	0.845	12	12	0
Recepción de paciente	Se revisa expediente en el servicio y se corrobora con el paciente o familiar	0.211	4	4	0
Orientación del Paciente	Indicaciones generales	0.563	3	3	0
El paciente se cambia de ropa	Si el paciente se puede mover	0.056	8	8	0
	Si el paciente no se puede mover	0.422	6	5	1
Asignación de cama	Se le indica al paciente o familiar que numero de cama usará	0.774	0.8	0.8	0
Preparación de cama	Se realiza en paralelo desde que el paciente se va a cambiar	0.563	6	5	1
Traslado a la cama	Si la condición es estable	0.422	11	11	0
	Condición Grave- revisión grave	0.317	11	11	0
Cumplimiento de protocolo inicial	Se cumplen las indicaciones enviadas desde emergencia	0.070	8	7	1
Iniciación de cuadro clínico	La enfermera crea el cuadro y traslada la información del expediente	0.352	6	6	0
Llenado de hoja de enfermería	De acuerdo al cumplimiento de indicaciones	0.845	4.5	4	0
Prepara el cuadro para visita médica	Revisar que estén todas las hojas correspondientes al cuadro	0.282	1	1	0
Datos estadísticos	Llenado de estadística e información del servicio de Hospitalización	0.211	5	3	2
SUMA DE TIEMPOS		4.88	98.3	90.3	8
% DE EFICIENCIA - %INEFICIENCIA		100%	100%	92%	8%

Fuente: Elaboración propia

## Sub proceso fortalecido: Evaluación Médica *OPT-HOS-EM*

Tabla 118 Tiempos de subproceso 3- Datos de propuesta implementada en el primer año

Actividad	Detalle	Tiempo total (horas)	Tiempo total (minutos)	Tiempo efectivo actividad	Tiempo ineficiente
Prepara el cuadro para visita	La enfermera lleva el cuadro a la cama para la visita del medico	0.492	0.25	0.25	0
Consulta de expediente	El residente lee la historia clínica del paciente	1.968	1	1	0
Realización de examen Físico	El doctor examina	1.968	1	1	0
Se registra el diagnostico	Se escribe en el cuadro las condiciones de salud del paciente	0.842	0.50	0.50	0
Evolución del paciente	Si el paciente mejoro se va del alta	0.984	0.70	0.70	0
	Él paciente permanece ingresado	1.3776	0.70		
Se discute y se formula un nuevo plan de tratamiento	Se realiza con el grupo de médicos	8.856	4.5	4.5	0.50
Requerimiento de Servicios de apoyo	Si no se requieren se pasa a cuidados de enfermería	0.984	0.50	0.50	0
	Se requiere atención de servicios de apoyo	0.984	0.50	0.50	0
Registra indicaciones en el expediente	Se escribe en el cuadro las condiciones de salud del paciente	1.968	1	1	0
Informa al paciente	Verbalmente le explica al paciente (o a familiar) sobre su evolución de salud	0.984	0.50	0.50	0
Recolectar los cuadros y llenar expediente con las ultimas indicaciones	Coloca las indicaciones en el cuadro del paciente visitado, dejando nota sobre dieta, medicación, exámenes de diagnóstico a realizar, entre otras que sean para el correcto diagnóstico y tratamiento.	1.968	1	1	0
Consulta el cuadro clínico	Revisa que los datos e información este completa y acorde a la evolución y condición de salud del paciente visitado.	1.0824	0.50	0.05	0
Elaborar boletas para los exámenes	Llenado de boletas con información del paciente y otra de importancia	4.92	2.5	2.50	0
Anexa documentación necesaria para la próxima visita	En físico coloca boletas de exámenes, citas o referencias a los expedientes	0.984	0.50	0	0
SUMA DE TIEMPOS		29.52	15.0	14.45	0.55
% DE EFICIENCIA - %INEFICIENCIA		100%	100%	96%	4%

Fuente: Elaboración propia

### Subproceso fortalecido: Gestión de indicaciones OPT-HOS-GDI

Gestionar indicaciones este subproceso puede tomar cuatro rutas diferentes, dependiendo que servicio requiere el paciente, servicios de apoyo a diagnostico ((laboratorio clínico y banco de sangre, Imagenología, anatomía patológica, otros procedimientos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación-interconsulta, el medicamento de farmacia es de manera diaria, nutrición y dietas tres veces al día (recepción, comprobación y entrega) y solo una vez al día se pide) y lavandería una vez al día)

Tabla 119 Tiempos de subproceso 4- Datos de propuesta implementada en el primer año

	Actividad	Detalle	Tiempo total (horas)	Tiempo total (minutos)	Tiempo efectivo actividad	Tiempo ineficiente
Desarrollo de la gestión de indicaciones	1. Comunicarse con el servicio de apoyo solicitado	Comunicar de forma personal al servicio de apoyo correspondiente, la solicitud de prestación de sus servicios.	0.951	6	6	3
		Comunicar de manera telefónica al servicio de apoyo correspondiente, la solicitud de prestación de sus servicios.	0.475	3	2	1
	2. Gestionar con el servicio de apoyo. Gestionar con el servicio de apoyo la prestación de sus servicios según el requerimiento que el medico haya realizado en las indicaciones de la visita médica. El requerimiento para los servicios puede ser hacia servicios de apoyo a diagnostico o servicios generales.	Servicios de apoyo a diagnostico	0.079	0.50	0.50	0
		Lavandería	0.079	0.50	0.5	0
		Nutrición y dietas	0.079	0.50	0.5	0
		Farmacia programada	0.158	1	0.5	0.5
		Farmacia Eventual	0.475	1	0.5	0.5
		Interconsulta (SI, NO)	0.475	3	2	1
	3.Toma de muestras para laboratorio / preparación del paciente/o expedientes para la gestión de medicamentos	Tomar muestras (Laboratorio y Banco de Sangre)	11.886	3	3	0
		preparar expedientes y Boleta (gestión de Medicamentos) Programado	0.792	75	60	10
		preparar expedientes y Boleta (gestión de Medicamentos) Eventual	1.822	5	3	2
		Preparar paciente y expediente (Radiología e Imagenología, interconsulta, Anatomía patológica, otros Procedimientos de diagnóstico y Tratamiento y Rehabilitación)	1.268	11.5	6.5	5



		Preparar, recolectar y revisar boletas (Nutrición Dietas)	0.475	8	5	3
	4.Traslado de las muestras / del paciente/traslado de boletas y expedientes	Traslado de muestras (Laboratorio y Banco de Sangre)	1.109	3	3	0
		Traslado expedientes y Boleta (Farmacia) programado	0.475	7	4	3
		Traslado expedientes y Boleta (Farmacia) eventual	1.585	3	3	0
		Traslado de paciente y expediente (Radiología e Imagenología, interconsulta, Anatomía patológica, otros Procedimientos de diagnóstico y Tratamiento y Rehabilitación)	0.317	10	5	5
		Traslado de Boletas (Nutrición Dietas y servicios Generales)	0.792	2	2	0
Recolección y registro de la información de diagnóstico		1. Comunicación a servicio de apoyo, para verificar si ya están los resultados	Comunicar de forma personal al servicio de apoyo correspondiente, la solicitud de recepción del servicio.	0.317	5	5
	Comunicar de manera telefónica o vía electrónica al servicio de apoyo correspondiente, la solicitud de recepción de sus servicios.		0.475	2	2	0
	2.Traer producto de los servicios de apoyo	Traslado de Resultados de (Laboratorio y Banco de Sangre)	1.902	3	3	0
		Traslado DE MEDICAMENTOS Y UNIDOSIS (Farmacia) programado	0.396	12	10	2
		Traslado DE MEDICAMENTOS Y UNIDOSIS (Farmacia) eventual	0.317	2.5	2.50	0
		Traslado de Resultados (Radiología e Imagenología, interconsulta, Anatomía patológica, otros Procedimientos de diagnóstico y Tratamiento y Rehabilitación)	0.475	2	2	0
		Recepción de Nutrición y Dietas	0.158	3	3	0
		3.Comprobar la validez del resultado del examen/ verificar el medicamento proporcionado por farmacia/ O el diagnostico proporcionado por el medico Inter consultante	Verificar e informar de los Resultados (Laboratorio y Banco de Sangre)	1.426	1	1
	Comprobar y verificar el Medicamento según la solicitud realizada (Farmacia)		0.317	9	6	3
	Comprobar y verificar el Medicamento según la solicitud realizada (Farmacia) EVENTUAL		0.238	2	2	0
	Verificar e Informar los Resultados de exámenes (Radiología e Imagenología, interconsulta, Anatomía patológica, otros Procedimientos de diagnóstico y Tratamiento y Rehabilitación)		0.158	1.50	1.50	0
	Comprobar Nutrición y Dietas de cada paciente		0.426	1	1	0
	4. Anexar los resultados a cuadro clínico. Colocar el medicamento en el lugar designado		Anexar los resultados de los exámenes al expediente clínico	0.317	2	2
		Colocar el Medicamento en el lugar correspondiente	0.792	5	5	0
		Colocar el Medicamento en el lugar correspondiente EVENTUAL	0.317	2	2	0
		Entregar alimentación al paciente	0.317	2	2	0
			SUMA DE TIEMPOS	31.22	197	157
		% DE EFICIENCIA - %INEFICIENCIA	100%	100%	80%	20%

Fuente: Elaboración propia

## Sub proceso fortalecido: Atención de enfermería OPT-HOS-ADE

Tabla 120 Tiempos de subproceso 5- Datos de propuesta implementada en el primer año

Actividad	Detalle de la actividad	Tiempo total (horas)	Tiempo total (minutos)	Tiempo efectivo actividad	Tiempo ineficiente
Revisar antecedentes	Se da lectura de las indicaciones médicas asignadas al paciente de cama asignada para atender. (en rutina 2 veces). Cuando el medico agrega, elimina o modifica indicaciones durante el día	0.536	1.5	1.5	0
Toma de signos vitales y temperatura	Enfermera toma signos vitales y de temperatura según lo establecido en protocolos y manual de procedimientos de enfermería. (Estado de salud estable 2 veces)	0.893	2.5	2.5	0
	Estado de salud complicado en promedio 2 pacientes (12 veces)	0.714	3	3	0
Examinar físicamente	examina según protocolos y manual de procedimientos de enfermería y cumplimiento de indicaciones médicas	1.071	3	3	0
Consultar al paciente su estado de salud	si necesita ayuda para realizar alguna tarea como ir al baño, etc. (10 veces)	1.25	3.5	3.5	0
Establecer diagnostico	Con base a los resultados de la toma de signos vitales y protocolos de enfermería se establece el diagnóstico de la condición de salud actualizada del paciente. (Estado de salud estable).	0.986	2.5	2.5	0
	Estado de salud complicado (3 veces)	1.071	3	3	0
Formular Plan de cuidados de Enfermería	Con base al diagnóstico de la condición de salud actualizada del paciente, se formula el plan de los respectivos cuidados de enfermería a realizar. Estado de salud estable	1.071	2.5	2.5	0
	Estado de salud complicado (3 veces)	1.071	3	3	0
Registrar plan a seguir para cumplir indicaciones medicas	Se registra el plan de indicaciones médicas cumplidas con cada paciente, en sus respectivos expedientes.	1.071	2	2	0
	Estado de salud complicado (3 veces).	1.071	2	2	0
Registrar plan a seguir de cuidados de enfermería	Se registra en hoja de notas de enfermería el plan de indicaciones de enfermería a seguir con cada paciente, en sus respectivos expedientes.	1.25	3.5	3.5	0
Informar al paciente sobre el plan a seguir	Se le comunica al paciente los procedimientos a seguir establecidos en los planes médicos y de enfermería. (3 veces)	0.714	2	2	0

Dar la dosis diaria de medicamento al paciente	Enfermera administra la medicación y cuidados asignados por las indicaciones médicas e indicaciones de enfermería. (medicamento parenteral) 4 veces	1.7857	4.5	4.5	0
	Medicamento oral 4 veces	1.7857	4.5	4.5	0
Realizar curaciones o procedimientos médicos de tratamiento de paciente	La enfermera asiste al residente o interno para realizar curaciones a los pacientes.	2.5	7	7	0
Observar su evaluación o algún cambio en su condición	Se observa la evolución del paciente con el cumplimiento de las indicaciones médicas y de enfermería. (Estado de salud estable 2 veces)	1.071	3	3	0
	Estado de salud grave 12 veces	1.429	4	4	0
Ejecutar actividades delegadas-limpieza de equipo medico	Diariamente se recibe ropa de cama limpia y batas, se hace el cambio de ropa en cada cama de pacientes ingresados y limpieza de equipo medico	1.429	4	4	0
Ejecutar actividades delegadas-cuidados del paciente según condición	Realizar protocolos correspondientes a las condiciones y evolución en la salud del paciente. Cuidados higiénicos del paciente y cambio de suero, alimentación asistida en algunos casos (4 veces)	1.25	4	4	0
Registrar el cumplimiento de medicación del paciente	Abastecer medicamentos con método unidosis se entrega listado de dietas en libro de recepción. (4 veces)	1.071	3	3	0
Registrar la evolución del paciente	Se registran si se han observado si hay cambios en las condiciones de salud en las notas respectivas. Estado de salud estable	1.071	3	3	0
	Estado de salud complicado (3 veces)	0	0		
Registrar el control de signos vitales	Se registra los resultados de la toma de los signos vitales tomados en cada ronda de enfermería. (Estado de salud estable)	0	2	2	0
	Estado de salud grave	0.714	2	2	0
Registrar el cumplimiento de actividades delegadas	Se registra las actividades realizadas por el personal de enfermería que son parte de los protocolos, como documentar en los libros en las estaciones de enfermería. (En el censo diario)	1.964	7	7	0
	En el libro de actividades de enfermería.	0	2	2	0
	SUMA DE TIEMPOS	24.736	84	84	0
	% DE EFICIENCIA - %INEFICIENCIA		100%	100%	0%

Fuente: Elaboración propia

## Sub proceso fortalecido: Gestión de Alta de paciente

Tabla 121 Tiempos de subproceso 6- Datos de propuesta implementada en el primer año

Actividad	Detalle	Tiempo total (horas)	Tiempo total (minutos)	Tiempo efectivo actividad	Tiempo ineficiente
Indicar alta	En ronda médica, el medico asignado se indica el alta de paciente con condiciones aptas.	0.1098	5	5	0
	Alta exigida por el paciente. Se informa al paciente las consecuencias de no seguir con su tratamiento en Hospitalización, explicando los riesgos que se asumen con la exigencia del alta. Paciente debe firmar la hoja de alta exigida, y la hoja de consentimiento no informado exonerando al Hospital de las consecuencias del alta exigida.	0.263	12	12	0
	Enfermera realiza las últimas indicaciones médicas asignadas en ronda.	0.219	10	10	0
	Enfermera da indicaciones a paciente y orienta a que se cambie de ropa y entregue bata.	0.109	5	5	0
Elaborar resumen de altas	gestión de los formularios y boletas para solicitar citas, referencias, exámenes, recetas de medicinas para tratamiento y dieta ambulatoria a seguir.	0.329	15	9	6
	Escribe en cuaderno la gestión realizada con las fechas de citas y toma de pruebas que paciente debe de realizar, según lo indicado por el médico. De estas hojas se entregará la original al paciente y la copia será archivada en el expediente.	0.329	15	12	3
Seguimiento del Alta por enfermera.	Explica al paciente y familiares el tratamiento a seguir, dieta, tratamiento, próximos controles y cuidados específicos según su patología.	0.109	5	5	0
	Registra el alta en el libro de altas del servicio	0.109	5	5	0
Cierre del expediente.	Paciente reside en zona metropolitana. Enfermera envía expediente a archivo.	0.176	8	5	3
	si vive fuera de la zona metropolitana solo puede retirarse del servicio si llega un familiar a recogerla. Enfermera envía expediente a archivo.	0.494	22.5	10	12.50
Elaboración del registro del traslado	Residente hace la elaboración de la nota de traslado con copia para expediente, y la hoja de ingreso y egreso.	0.494	22.5	10	12.5

Informar el traslado	Medico Contacta con el facultativo del centro de atención receptor informando la condición clínica del paciente y necesidad de traslado. Informar al paciente, familiares y enfermera hospitalaria sobre el traslado del paciente.	0.219	10	7	3
Ejecutar el traslado	Otro servicio. Enfermera del servicio contacta telefónicamente con el personal de enfermería del servicio a donde el paciente será trasladado, para comunicar el motivo por el que se ha decidido traslado, y verificar la disponibilidad de camas. Revisa que el expediente este completo y que el paciente haya recibido el medicamento indicado, registra la información en el libro de altas y en el censo de movimiento de pacientes. Enfermera hace traslado acompañando a paciente y lleva expediente y hace la entrega a la estación de enfermería del servicio de Hospitalización destino	0.879	40	30	10
	Otro hospital. Enfermera anexara los exámenes complementarios que solicite el centro al que se va a referir. Gestionar el traslado en ambulancia con trabajo social; se comunica a enfermera que va a acompañar al paciente en el traslado, revisa que el expediente este completo y que el paciente haya recibido el medicamento y registra la información en el libro de altas y en el censo de movimiento de pacientes.	2.307	105	90	15
Caso de defunción: Comunicación del fallecimiento	El médico de staff o residente comprueba el fallecimiento del paciente, Enfermera reporta a contacto de paciente para notificación del fallecimiento; entrega pertenencias a familiares. Informar a la oficina de información los datos personales del paciente fallecido para los trámites relacionados con el traslado del cadáver	1.318	60	50	10
Registro de defunción	Registrar hora de defunción en la hoja defunción proporcionada por ESDOMED, hoja de paro cardiorrespiratorio en donde se detalla las acciones tomadas. Registrar el fallecimiento en el censo del servicio	0.329	15	10	5
Ejecutar el traslado a morgue	Facilita al médico el certificado de defunción, preparan al cadáver para el traslado a la morgue, lo identifican, trasladan el cadáver a la morgue.	0.835	40	38	0
	SUMA DE TIEMPOS	8.14	411	301	69.5
	% DE EFICIENCIA - %INEFICIENCIA	100%	100%	81%	19%

Fuente: Elaboración propia

**Eficiencia del Proceso de Hospitalización** Para determinar la eficiencia del proceso completo de Hospitalización bajo la implementación de la Gestión por Procesos, se sacará con el promedio de las eficiencias de los 6 subprocesos antes evaluados.

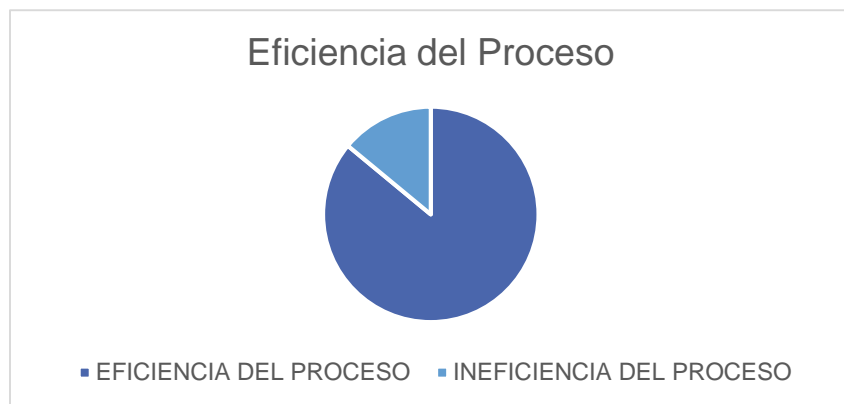


Tabla 122 Eficiencia total del proceso en el primer año de implementación

SUBPROCESO	EFICIENCIA	INEFICIENCIA
Ingreso	68%	32%
Gestión de cama	92%	8%
Evaluación médica	96%	4%
Gestión de indicaciones médicas	80%	20%
Atención de enfermería	100%	0%
Alta	81%	19%
<b>EFICIENCIA DEL PROCESO</b>	<b>86%</b>	<b>14%</b>

Fuente: Elaboración propia

En la gráfica de pastel se observa la eficiencia del proceso de Hospitalización, el cual ha incrementado en un 5% con la implementación de la propuesta de diseño. En la siguiente imagen se identifica como los diferentes subprocesos han aumentado respectivamente su eficiencia.

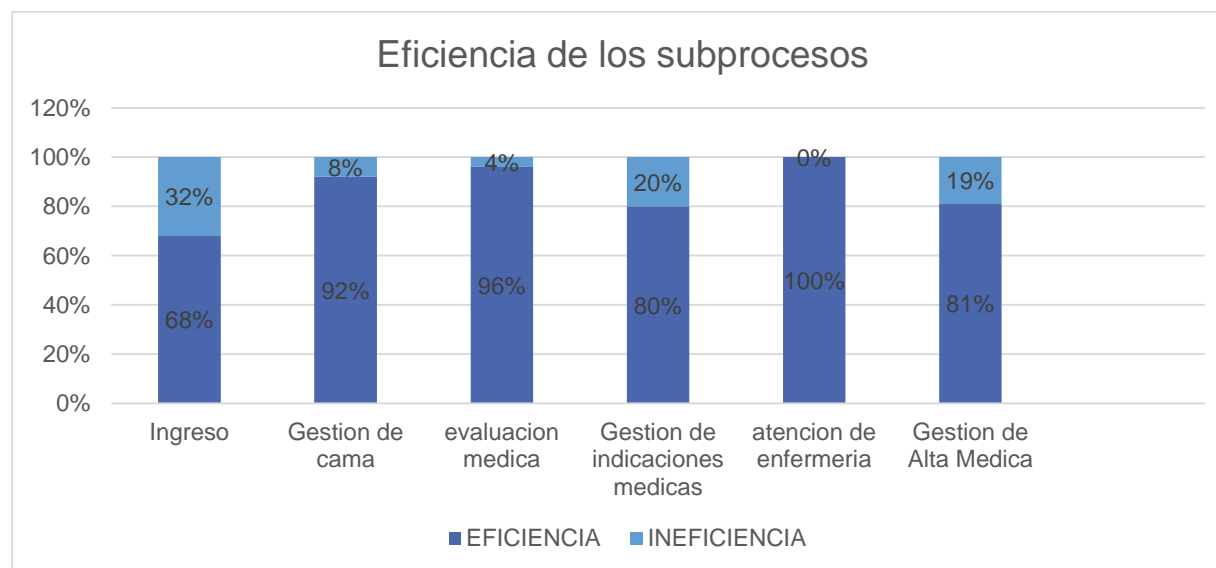


Ilustración 81 Eficiencia de cada subproceso en el primer año de implementación

En el siguiente cuadro se observa cómo se incrementa la eficiencia en el proceso misional de Hospitalización al implementar la GPP.

Tabla 123 Eficiencias de los subprocesos en los cinco años de implementación del proyecto

	2018		2019		2020		2021		2022	
SUBPROCESO	EFICIENCIA	INEFICIENCIA	EFICIENCIA	INEFICIENCIA	EFICIENCIA	INEFICIENCIA	EFICIENCIA	INEFICIENCIA	EFICIENCIA	INEFICIENCIA
Ingreso	61%	39%	68%	32%	75%	25%	83%	17%	92%	8%
Gestión de cama	83%	17%	92%	8%	100%	0%	100%	0%	100%	0%
Evaluación médica	89%	11%	96%	4%	100%	0%	100%	0%	100%	0%
Gestión de indicaciones médicas	72%	28%	80%	20%	89%	11%	99%	1%	100%	0%
Atención de enfermería	90%	10%	100%	0%	100%	0%	100%	0%	100%	0%
Alta	73%	27%	81%	19%	90%	10%	100%	%	100%	0%
<b>EFICIENCIA DEL PROCESO</b>	<b>78%</b>	<b>22%</b>	<b>86%</b>	<b>14%</b>	<b>92%</b>	<b>8%</b>	<b>97%</b>	<b>4%</b>	<b>99%</b>	<b>1%</b>

Fuente: Elaboración propia

En el primer año de implementación se logra el incremento de eficiencia en todos los subprocesos, pero es hasta el segundo año en donde se logra que uno de ellos (atención de enfermería) cumpla con un 100% de eficiencia, en el tercer año la gestión de cama también alcanza el 100%, y es hasta el quinto año en que de los 6 subprocesos, solo el subproceso de ingreso es el que aún no alcanza total eficiencia pero si logra aumentar en cuanto al valor actual.

Al finalizar la reducción de tiempos ineficientes en y calcular los tiempos de servicio se tiene la siguiente distribución de actividades entre el personal para el primer año de implementación del Sistema de Gestión por Procesos y los tiempos para los próximos 5 años.

Tabla 124 Distribución de actividades del Proceso de Hospitalización por paciente, personal y subproceso

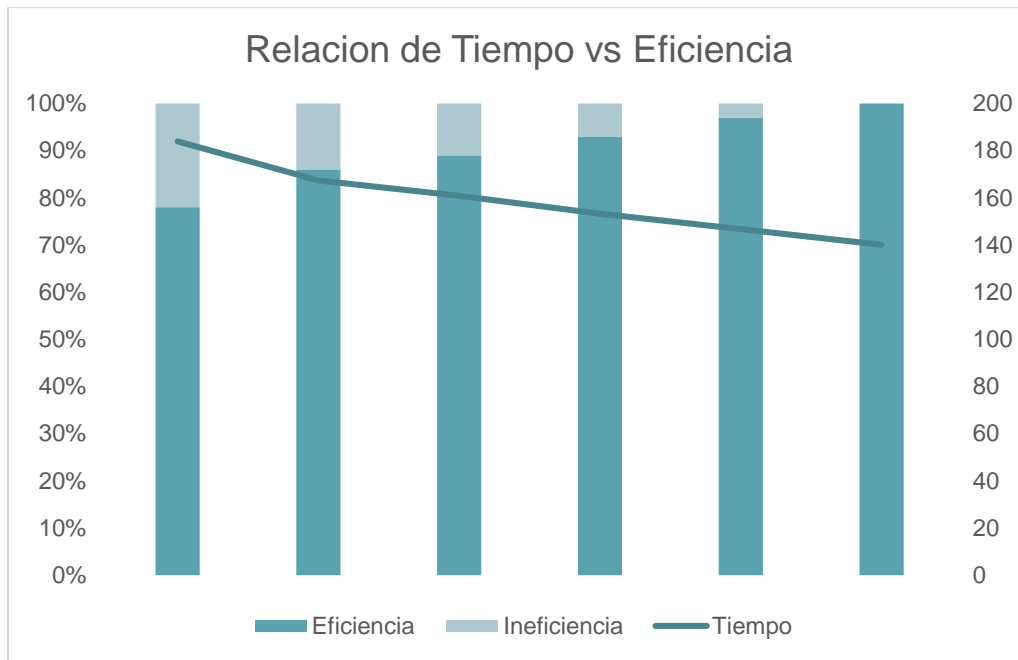
Sub. Procesos operativos y tiempo dedicado al proceso administrativo	Proceso Actual				Año 1		
	Tiempo por hora		Distribución de tiempo		Tiempo por hora	Distribución de tiempo	
	Por paciente	Por servicio	Enfermera	Medico	Por servicio	Enfermera	Medico
Ingreso	1,70	7,18	6,82	0,36	6,470	6,14	0,33
Gestión de cama	1,38	5,382	5,38	0,00	4,846	4,85	0,00
Evaluación medica	0,27	31,968	1,60	30,37	29,520	1,44	28,08
Gestión de indicaciones medicas	3,63	34,599	31,14	3,46	31,235	28,04	3,20
Atención de enfermería	1,28	27,500	27,50	0,00	24,759	24,76	0,00
Alta	6,85	9,034	8,58	0,45	8,144	7,73	0,42
<b>Total tiempo operativo</b>	<b>15,12</b>	<b>115,658</b>	<b>81,02</b>	<b>34,64</b>	<b>104,974</b>	<b>72,94</b>	<b>32,03</b>
Actividades administrativas medico	4,84	37,011		37,01	34,22		34,22
Actividades administrativas enfermera	4,08	31,228	31,23		28,12	28,12	
<b>Total tiempo administrativo</b>	<b>8,92</b>	<b>68,238</b>	<b>31,23</b>	<b>37,01</b>	<b>62,34</b>	<b>28,12</b>	<b>34,22</b>
<b>Total de tiempo del proceso</b>	<b>24,04</b>	<b>183,90</b>	<b>112,25</b>	<b>71,65</b>	<b>167,31</b>	<b>101,06</b>	<b>66,25</b>
			<b>61%</b>	<b>39%</b>		<b>61%</b>	<b>39%</b>

Tabla 125 Distribución del tiempo entre Procesos operativo y administrativo, con implementación de propuesta en 5 años

	Actual	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
	<b>Tiempo del Servicio en Horas</b>					
Ingreso	7,18	6,470	6,19	5,86	5,58	5,298
Gestión de cama	5,382	4,846	4,64	4,38	4,17	3,955
Evaluación medica	31,968	29,520	28,54	27,55	26,57	25,594
Gestión de indicaciones medicas	34,599	31,235	29,92	28,33	27,02	25,664
Atención de enfermería	27,500	24,759	23,69	22,38	21,31	20,208
Alta	9,034	8,144	7,80	7,37	7,03	6,669
<b>Total tiempo operativo</b>	<b>115,658</b>	<b>104,974</b>	<b>100,77</b>	<b>95,88</b>	<b>91,68</b>	<b>87,387</b>
Actividades administrativas medico	37,011	34,22	33,11	31,99	30,87	29,76
Actividades administrativas enfermera	31,228	28,12	26,90	25,42	24,20	22,95
<b>Total tiempo administrativo</b>	<b>68,238</b>	<b>62,34</b>	<b>60,01</b>	<b>57,41</b>	<b>55,07</b>	<b>52,71</b>
<b>Total de tiempo del proceso</b>	<b>183,90</b>	<b>167,31</b>	<b>160,78</b>	<b>153,28</b>	<b>146,75</b>	<b>140,09</b>
	<b>78%</b>	<b>86%</b>	<b>89%</b>	<b>93%</b>	<b>97%</b>	<b>100%</b>



Ilustración 82 Relación entre tiempo y eficiencia, durante los 5 años de implementación



De acuerdo a las estimaciones y a los niveles de eficiencia para los Hospitales Nacionales en 5 años de implementado la Gestión por Procesos se alcanzaría el máximo posible de eficiencia.

Con la implementación gradual de la Gestión por Procesos, los Hospitales de Tercer Nivel, garantizarían la atención de más pacientes en sus establecimientos.

A continuación, se presenta los egresos que los Hospitales tienen la capacidad de atender con la implementación en un periodo de 5 años.

### 3.4 Costos del proceso de Hospitalización.

Se realiza un costeo por actividades del proceso de Hospitalización para cada uno de los servicios, se toma como base el Hospital Nacional Rosales, debido a dos condiciones; que tiene una mayor asignación de recursos económico (presupuesto) y es el Hospital que debido a la naturaleza de patologías que atiende mayor número de egresos genera. Además, en las encuestas realizadas en el diagnóstico, al personal Médico, de enfermería y al área de planificación, es el que presentaba un mayor porcentaje de escasos de recurso con respecto a los Hospitales del Tercer Nivel de Atención.

Los Hospitales de Tercer Nivel costean sus Procesos por medio de centros de costos, en los cuales Hospitalización tiene incidencia en los que se detallan a continuación.

- Suministros
- Gastos Generales
- Salarios y Sueldos
- Servicios de Tratamiento y Diagnostico

#### **7.1.1.4 Costos del servicio de Hospitalización**

Para la determinación de los costos, es necesario establecer los Recursos de Hospitalización que conforman los centros de Costos del Hospital

Los Costos asociados al proceso de Hospitalización por recurso que se contemplan son los siguientes, detallados en la tabla de recursos

- Recurso 1. Gastos Generales
- Recurso 2. Misceláneos
- Recurso 3. Suministros Médicos
- Recurso 4. Esterilización
- Recurso 5. Suministro de Atención y Tratamiento
- Recurso 6. Apoyo a Diagnostico
- Recurso 7. Mano de obra enfermera
- Recurso 8. Mano de obra Doctor

La manera en la que se aplican estos costos es por medio de un prorrateo en base a las horas implicadas por actividad además analizando la relación directa o no de estos recursos el Proceso de Hospitalización. Basados en un promedio de Costos trimestrales, se realiza un análisis de estos Costos. Teniendo en Cuenta que los costos mensuales en los que incurre en el área de Hospitalización son los detallados anteriormente como recursos

Tabla 126 Recurso 1. Gastos Generales

Recurso 1. Gastos Generales		
Descripción	Costo	Porcentaje
Servicios de Energía Eléctrica	\$ 8,103.93	1%
Servicios de Agua Potable	\$ 87.03	
Servicios de Telecomunicaciones	\$ 99.75	
Servicio de Transporte y Manejo de Carga	\$ 1,209.75	
Servicios de Limpieza y Tratamiento de Desechos	\$ 220.20	
Mantenimiento y Reparación de Mobiliario y Equipo Diversos	\$ 902.11	
Arrendamientos Inmobiliarios	\$ 145.50	
Consultorías, Estudios e Investigaciones Especializadas	\$ 971.04	
Depreciaciones	\$ 2,232.81	
<b>Total</b>	<b>\$ 13,972.12</b>	

Tabla 127 Recurso 2. Misceláneos

Recurso 2. Misceláneos		
Descripción	Costo	Porcentaje
Productos de Papel y Accesorios de Oficina	\$ 821.61	2%
Suministros de Limpieza	\$ 1,134.25	
Ambulancia	\$ 387.36	
Limpieza	\$ 21,334.20	
Mantenimiento	\$ 9,860.48	
Almacén	\$ 2,895.39	
Costurería	\$ 2,604.49	
<b>Total</b>	<b>\$ 39,037.78</b>	

Tabla 128 Recurso 3. Suministros Médicos

Recurso 3. Suministros Médicos		
Descripción	Costo	Porcentaje
Medicamentos y Productos Farmacéuticos	\$ 722,431.78	46%
Suministros de Nutrición Clínica	\$ 4,422.16	
Productos de Laboratorio Clínico y Evaluación del Paciente	\$ 28,629.40	
Suministros y Productos de Tratamiento y Cuidados Médicos	\$ 26,114.48	
Oxígeno	\$ 29,991.82	
<b>Total</b>	<b>\$ 811,589.64</b>	

Tabla 129 Recurso 4. Central de Esterilización

Recurso 4. Central de Esterilización		
Descripción	Costo	Porcentaje
Central de Esterilización y Arsenal	\$ 18,622.80	1%
Salario del personal Técnico en arsenal	\$ 1,209.96	
<b>Total</b>	<b>\$ 19,832.76</b>	

Tabla 130 Recurso 5 Suministros médicos

Recurso 5. Suministro de Atención y Tratamiento		
Descripción	Costo	Porcentaje
Alimentos para personas	\$ 32,746.20	4%
Alimentación y dietas	\$ 31,660.51	
Farmacia	\$ 14,870.67	
<b>Total</b>	<b>\$ 79,277.38</b>	

Tabla 131 Recurso 6. Apoyo a Diagnostico

<b>Recurso 6. Apoyo a Diagnostico</b>		
Descripción	Costo	Porcentaje
Anatomía Patológica	\$ 12,573.00	13%
Laboratorio Clínico	\$ 37,832.30	
Espirometrías (Procedimientos de Neumología)	\$ 11,804.42	
Ecocardiografía Procedimientos de Cardiografía)	\$ 945.88	
Endoscopia	\$ 32.75	
Radiología e Imágenes	\$ 31,308.88	
Quirófano Cirugía General	\$ 40,775.60	
Quirófano de Emergencia	\$ 48,932.02	
Fisioterapia	\$ 4,909.60	
Banco de Sangre	\$ 39,559.15	
Trabajo Social	\$ 7,056.45	
<b>Total</b>	<b>\$ 235,730.04</b>	

Tabla 132 Recurso 7 Mano de Obra de Enfermería

<b>Recurso 7. Mano de obra enfermera</b>		
Descripción	Costo	Porcentaje
Enfermera hospitalaria	\$ 162,279.03	22%
Enfermera hospitalaria (FOSALUD)	\$ 24,814.30	
Enfermera jefa de unidad hospitalaria	\$ 44,262.36	
Auxiliar de enfermería hospitalaria	\$ 136,027.78	
Enfermera supervisora hospitalaria	\$ 11,752.77	
Ayudante de enfermería	\$ 1,188.49	
<b>Total</b>	<b>\$ 380,324.73</b>	

Tabla 133 Recurso 7. Mano de Obra de Médicos

<b>Recurso 8. Mano de obra Doctor</b>		
Descripción	Costo	Porcentaje
Médico especialista II	\$ 47,049.88	10%
Medico jefe de servicio	\$ 4,670.05	
Jefe de residentes (cirugía)	\$ 2,848.03	
Jefe sala de operaciones	\$ 588.23	
Medico colaborador técnico	\$ 327.57	
Médico residente en subespecialidad (anestesiología II)	\$ 39,474.54	
Médico residente i (becario) cirugía	\$ 50,984.61	
Practicante interno	\$ 37,139.20	
Promotor de salud	\$ 412.03	
<b>Total</b>	<b>\$ 183,494.14</b>	

Tabla 134 Costo total por recurso

<b>Costo Total</b>		
Descripción	Costo	Porcentaje
Gastos Generales	\$ 13,972.12	100%
Misceláneos	\$ 39,037.78	
Suministros Médicos	\$ 811,589.64	
Esterilización	\$ 19,832.76	
Suministro de Atención y Tratamiento	\$ 79,277.38	
Apoyo a Diagnóstico	\$ 235,730.04	
Mano de obra enfermera	\$ 380,324.73	
Mano de obra Médico	\$ 183,494.14	
<b>Total</b>	<b>\$1763,258.60</b>	

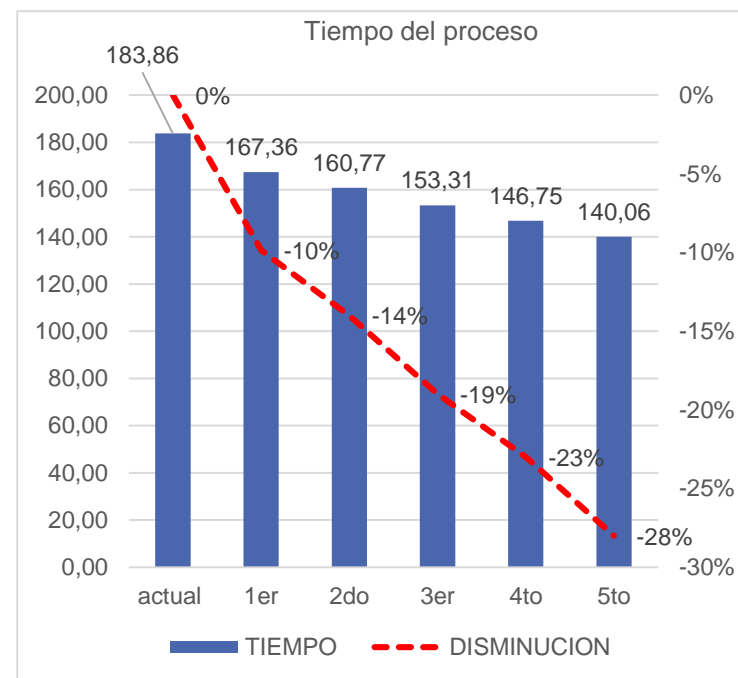
Tabla 135 Tiempo de servicio de los 5 Años

Descripción de Procesos	Subprocesos	Tiempo por servicio en Horas	Tiempo por servicio en Horas	Tiempo por servicio en Horas	Tiempo por servicio en Horas	Tiempo por servicio en Horas	Tiempo por servicio en Horas
		Actual	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Planificación del proceso de Hospitalización	Planeación estratégica		6.23	6.00	5.74	5.51	5.27
	Planeación operativa	17.05	6.23	6.00	5.74	5.51	5.27
Gestión de abastecimiento de Recurso	Gestión de insumos médicos	8.53	4.16	4.00	3.83	3.67	3.51
	Gestión de equipo medico	8.53	4.16	4.00	3.83	3.67	3.51
	Gestión de productos intrahospitalarios		4.16	4.00	3.83	3.67	3.51
Gestión de talento humano	Planeación del talento humano	5.68	4.16	4.00	3.83	3.67	3.51
	Gestión de personal	5.68	4.16	4.00	3.83	3.67	3.51
	Gestión del conocimiento	5.68	4.16	4.00	3.83	3.67	3.51
Hospitalización	Ingreso	7.18	6.47	6.19	5.86	5.58	5.30
	Gestión de cama	5.38	4.85	4.64	4.38	4.17	3.95
	Evaluación medica	31.97	29.52	28.54	27.55	26.57	25.59
	Gestión de indicaciones medicas	34.60	31.24	29.92	28.33	27.02	25.66
	Atención de enfermería	27.50	24.76	23.69	22.38	21.31	20.21
	Gestión de Alta Medica	9.03	8.14	7.80	7.37	7.03	6.67
Gestión del Control	Evaluación y mejora de Procesos		6.24	6.00	5.74	5.51	5.27
	Auditoria interna del proceso	17.05	6.24	6.00	5.74	5.51	5.27
Gestión de Seguimiento	Retroalimentación de la atención brindada		4.16	4.00	3.83	3.67	3.51
	Control de documentos		4.16	4.00	3.83	3.67	3.51
	Comunicación		4.16	4.00	3.83	3.67	3.51
		<b>183.86</b>	<b>167.36</b>	<b>160.77</b>	<b>153.31</b>	<b>146.75</b>	<b>140.06</b>
			<b>-10%</b>	<b>-4%</b>	<b>-5%</b>	<b>-4%</b>	<b>-5%</b>

Se muestra en la tabla en color rojo los Procesos y subprocesos que se establecieron en el diseño como mejora y fortalecimiento del proceso de Hospitalización dando énfasis en la parte de control y seguimiento, que es el área que se determinó que presentaba oportunidades de mejora. A demás se muestra la comparación entre el tiempo actual en realizar el proceso de Hospitalización y el tiempo de las proyecciones en cinco años con la disminución de las actividades inefectivas.

Tabla 136 Comparación de la reducción de tiempos para la realización de cada subproceso de Hospitalización

Descripción de Procesos		Tiempo por servicio en Horas 1	Tiempo por servicio en Horas 2	Tiempo por servicio en Horas 3	Tiempo por servicio en Horas 4	Tiempo por servicio en Horas 5
Planificación del proceso Hospitalización	Planeación estratégica	6.23	-0.23	-0.26	-0.23	-0.24
	Planeación operativa	-10.82	-0.23	-0.26	-0.23	-0.24
Gestión abastecimiento de Recurso	Gestión de insumos médicos	-4.37	-0.16	-0.17	-0.16	-0.16
	Gestión de equipo medico	-4.37	-0.16	-0.17	-0.16	-0.16
	Gestión de productos intrahospitalarios	4.16	-0.16	-0.17	-0.16	-0.16
Gestión de talento humano	Planeación del talento humano	-1.52	-0.16	-0.17	-0.16	-0.16
	Gestión de personal	-1.52	-0.16	-0.17	-0.16	-0.16
	Gestión del conocimiento	-1.52	-0.16	-0.17	-0.16	-0.16
Hospitalización	Ingreso	-0.71	-0.28	-0.33	-0.28	-0.28
	Gestión de cama	-0.54	-0.21	-0.26	-0.21	-0.22
	Evaluación medica	-2.45	-0.98	-0.99	-0.98	-0.98
	Gestión de indicaciones medicas	-3.36	-1.32	-1.58	-1.32	-1.35
	Atención de enfermería	-2.74	-1.07	-1.31	-1.07	-1.10
	Gestión de Alta Medica	-0.89	-0.35	-0.42	-0.35	-0.36
Gestión del Control	Evaluación y mejora de Procesos	6.24	-0.24	-0.26	-0.23	-0.24
	Auditoria interna del proceso	-10.81	-0.24	-0.26	-0.23	-0.24
Gestión Seguimiento de	Retroalimentación de la atención brindada	4.16	-0.16	-0.17	-0.16	-0.16
	Control de documentos	4.16	-0.16	-0.17	-0.16	-0.16
	Comunicación	4.16	-0.16	-0.17	-0.16	-0.16
		<b>-16.50</b>	<b>-6.59</b>	<b>-7.47</b>	<b>-6.56</b>	<b>-6.69</b>



La tabla muestra el incremental de tiempo para cada uno de los años con respecto al año anterior detallados por subprocesos. Se tiene un ahorro en el tiempo invertido para realizar el proceso de 10% en el primer año incrementado hasta un 28% en el quinto año de implementación y la puesta en marcha del sistema de Gestión por Procesos. Las modificaciones en el tiempo varían desde 183.6 en la actualidad hasta un valor de 140.6 en el año 3. Se observan los ahorros en tiempo según la proyección de 5 años.

### Ahorros en tiempos del proceso de Hospitalización

Año1	Año2	Año3	Año4	Año5
<b>-16.50</b>	<b>-6.59</b>	<b>-7.47</b>	<b>-6.56</b>	<b>-6.69</b>

## HNR. Proyecciones de egresos aplicando la disminución del tiempo del proceso debido a las mejoras en eficiencia.

Tabla 137 Proyección de Producción de Egresos-Total HNR

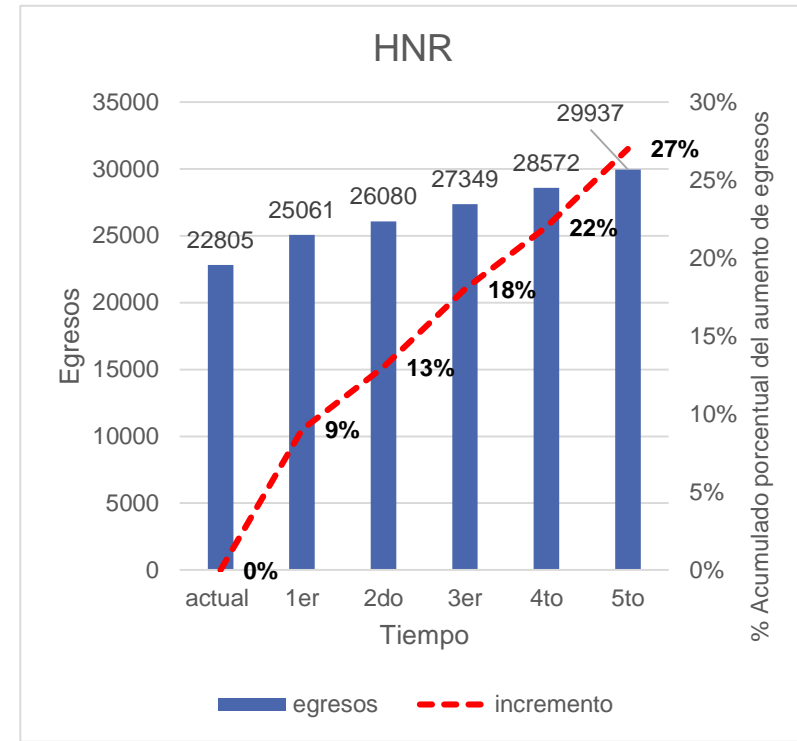
Proyección de Producción de Egresos-Total							
Descripción	Egresos Actuales	% de Egresos	Egresos Año1	Egresos Año2	Egresos Año3	Egresos Año4	Egresos Año5
Hospitalización Cardiología	611	3%	671	699	733	765	802
Hospitalización Cirugía General	5932	26%	6519	6784	7114	7432	7787
Hospitalización Cirugía Oncológica	217	1%	239	248	260	272	285
Hospitalización Cirugía Plástica	462	2%	507	528	553	578	606
Hospitalización Endocrinología	1032	5%	1134	1180	1237	1293	1354
Hospitalización Hemato-oncología	2769	12%	3043	3167	3321	3469	3635
Hospitalización Infectología	896	4%	985	1025	1074	1122	1176
Hospitalización Medicina Interna	6081	27%	6683	6955	7293	7619	7983
Hospitalización Nefrología	1018	4%	1119	1164	1221	1276	1336
Hospitalización Neurocirugía	679	3%	746	776	814	850	891
Hospitalización Neurología	176	1%	194	202	212	221	232
Hospitalización Oftalmología	855	4%	940	978	1026	1071	1123
Hospitalización Ortopedia	353	2%	388	404	423	442	463
Hospitalización Otorrinolaringología	597	3%	656	683	716	748	784
Hospitalización Urología	1127	5%	1238	1288	1351	1412	1479
<b>Total</b>	<b>22805</b>	<b>1</b>	<b>25061</b>	<b>26080</b>	<b>27349</b>	<b>28572</b>	<b>29937</b>
			<b>9%</b>	<b>4%</b>	<b>5%</b>	<b>4%</b>	<b>5%</b>

Con la disminución de las ineficiencias en el proceso de Hospitalización y el mejoramiento continuo del proceso por medio del control y la auditoría. Se logra el aumento de la producción de egresos iniciando el primer año con 9% y manteniéndose en los años siguientes en un promedio de 4.5%. Los servicios que representan un mayor número de egresos son cirugía general y medicina interna. Representa un 43% de la producción total de egresos en Hospitalización.

## Proyección del incremento de egresos anuales

Tabla 138 Proyección de la generación de egresos con la implementación del proyecto

Descripción	Egresos Año1	Egresos Año2	Egresos Año3	Egresos Año4	Egresos Año5
Hospitalización Cardiología	60	27	34	33	37
Hospitalización Cirugía General	587	265	330	318	355
Hospitalización Cirugía Oncológica	21	10	12	12	13
Hospitalización Cirugía Plástica	46	21	26	25	28
Hospitalización Endocrinología	102	46	57	55	62
Hospitalización Hemato-oncología	274	124	154	149	166
Hospitalización Infectología	89	40	50	48	54
Hospitalización Medicina Interna	602	272	338	326	364
Hospitalización Nefrología	101	45	57	55	61
Hospitalización Neurocirugía	67	30	38	36	41
Hospitalización Neurología	17	8	10	9	11
Hospitalización Oftalmología	85	38	48	46	51
Hospitalización Ortopedia	35	16	20	19	21
Hospitalización Otorrinolaringología	59	27	33	32	36
Hospitalización Urología	111	50	63	60	67
<b>Total</b>	<b>22805</b>	<b>1019</b>	<b>1269</b>	<b>1223</b>	<b>1365</b>



Se muestra una gráfica donde se aprecia el incremento de egresos como resultado de la mejora en eficiencia y la reestructuración de Procesos. Llegando a un aumento total en el quinto año del 27%. El mayor incremento se da en el año1.



## HNR. Proyecciones de Días cama ocupado aplicando la disminución del tiempo del proceso debido a las mejoras en eficiencia

Tabla 139 Proyección de Días cama ocupados en el HNR

Hospital Nacional Rosales. Proyección de DCO-Total							
Descripción	DCO	%de Egresos	Egresos Año1	Egresos Año2	Egresos Año3	Egresos Año4	Egresos Año5
Hospitalización Cardiología	3510	2%	3439	3405	3371	3337	3271
Hospitalización Cirugía General	53550	<b>28%</b>	52479	51957	51436	50926	49908
Hospitalización Cirugía Oncológica	3510	2%	3439	3405	3371	3337	3271
Hospitalización Cirugía Plástica	4553	2%	4462	4417	4373	4330	4243
Hospitalización Endocrinología	10718	6%	10504	10399	10295	10193	9989
Hospitalización Hemato-oncología	19268	<b>10%</b>	18883	18695	18508	18324	17958
Hospitalización Infectología	6748	3%	6613	6547	6482	6417	6289
Hospitalización Medicina Interna	45203	<b>23%</b>	44299	43858	43419	42988	42128
Hospitalización Nefrología	5379	3%	5272	5219	5167	5116	5013
Hospitalización Neurocirugía	13604	7%	13332	13200	13067	12938	12679
Hospitalización Neurología	1599	1%	1567	1551	1536	1521	1490
Hospitalización Oftalmología	7046	4%	6905	6836	6768	6701	6567
Hospitalización Ortopedia	11585	6%	11354	11241	11128	11018	10797
Hospitalización Otorrinolaringología	3076	2%	3014	2984	2954	2925	2867
Hospitalización Urología	4444	2%	4356	4312	4269	4227	4142
<b>Total</b>	<b>193795.00</b>	<b>1</b>	<b>189919</b>	<b>188028</b>	<b>186144</b>	<b>184296</b>	<b>180612.00</b>
			<b>-2%</b>	<b>-1%</b>	<b>-1%</b>	<b>-1%</b>	<b>-2%</b>

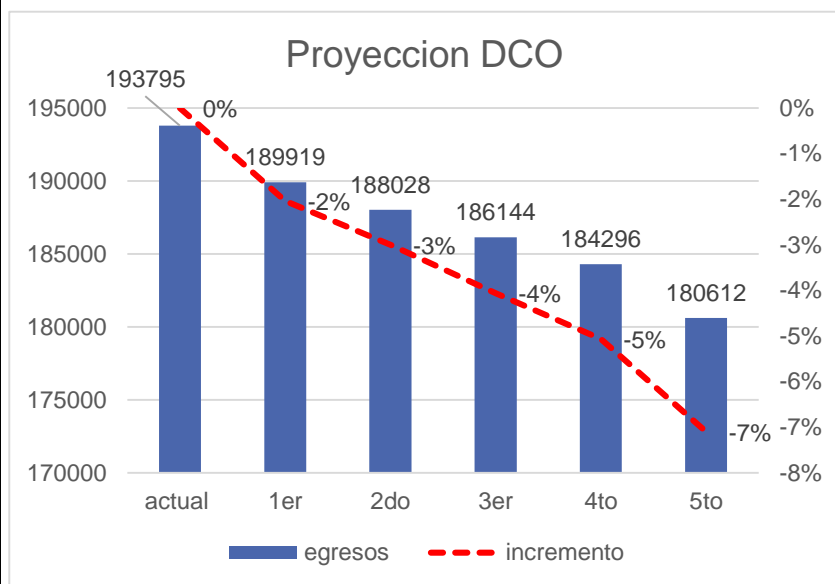
Fuente: Elaboración propia

Los días cama ocupada se disminuyen, aunque el número de pacientes se vea aumentado esto debido al control del proceso y al fortalecimiento de la relación entre los Procesos de apoyo y estratégicos con el proceso de Hospitalización, a través del establecimiento de conformidades y requerimientos que deben cumplir los productos y servicios recibidos. Para que no existan cuellos

de botella que retrasen el proceso. Cirugía General y el Servicio de Medicina interna son los que también tienen un mayor porcentaje de Dco y en los cuales se debe tener un mayor control y estudio de los indicadores y estándares que control.

Tabla 140 Proyección de días cama ocupados HNR

Hospital Nacional Rosales. Proyección DCO-incremental					
Descripción	Año1	Año2	Año3	Año4	Año5
Hospitalización Cardiología	-70	-34	-34	-33	-67
Hospitalización Cirugía General	-1071	-523	-521	-511	-1018
Hospitalización Cirugía Oncológica	-70	-34	-34	-33	-67
Hospitalización Cirugía Plástica	-91	-44	-44	-43	-87
Hospitalización Endocrinología	-214	-105	-104	-102	-204
Hospitalización Hemato-oncología	-385	-188	-187	-184	-366
Hospitalización Infectología	-135	-66	-66	-64	-128
Hospitalización Medicina Interna	-904	-441	-439	-431	-859
Hospitalización Nefrología	-108	-52	-52	-51	-102
Hospitalización Neurocirugía	-272	-133	-132	-130	-259
Hospitalización Neurología	-32	-16	-16	-15	-30
Hospitalización Oftalmología	-141	-69	-68	-67	-134
Hospitalización Ortopedia	-232	-113	-113	-110	-220
Hospitalización Otorrinolaringología	-62	-30	-30	-29	-58
Hospitalización Urología	-89	-43	-43	-42	-84
<b>Total</b>	<b>-3876</b>	<b>-891</b>	<b>-1884</b>	<b>-1848</b>	<b>-3684</b>



Al observar en los días camas se presenta una disminución con respecto al día cama actual el cual en promedio es de 8.5 por encima del estándar establecido para este hospital de 6.5 días. La mejora y fortalecimiento del proceso nos da como resultado una disminución en 5 años de hasta un 7% el promedio de Días cama el cual nos permite alcanzar valores cerca del parámetro de medición iguales a 6.43 días

## **Recursos necesarios para la operatividad del fortalecimiento del proceso de Hospitalización.<sup>14</sup>**

Para la determinación de los costos, es necesario establecer los Recursos de Hospitalización que conforman los centros de Costos del Hospital.

Los Costos asociados al proceso de Hospitalización por recurso que se contemplan son los siguientes, detallados en la tabla de recursos

- Centro de Costo 1. Gastos Generales
- Centro de Costo 2. Misceláneos
- Centro de Costo 3. Suministros Médicos
- Centro de Costo 4. Esterilización
- Centro de Costo 5. Suministro de Atención y Tratamiento
- Centro de Costo 6. Apoyo a Diagnostico
- Centro de Costo 7. Mano de obra enfermera
- Centro de Costo 8. Mano de obra Doctor

La manera en la que se aplican estos costos es por medio de un prorrateo en base a las horas implicadas por actividad además analizando la relación directa o no de estos recursos el Proceso de Hospitalización. Basados en un promedio de Costos anuales, se realiza un análisis de estos Costos. Teniendo en Cuenta que los costos anuales en los que incurre en el área de Hospitalización son los detallados anteriormente como Centros de costos.

Con la propuesta de Diseño se necesita un nuevo recurso el cual es el Coordinador el comité de Gestión por Procesos, este recurso se ha declarado como recurso nueve. En el Manual de Funciones del comité se explican cada una de las funciones correspondientes a este puesto de trabajo. Además, la papelería que se utilizara para los controles y seguimientos de los cuales estarán a cargo los responsables del proceso en coordinación con el coordinador del comité.

Los recursos que influyen directamente en la relación con los egresos producido, tienen una relación directamente proporcional. A medida que se aumentan la cantidad de egresos estos también aumentan en igual número.

•**Centro de costo 2.** Misceláneos, se le aumentan un total de **\$ 2,140.68** Anuales, en este aumento se incluyen todos los gastos de papelería y útiles de oficina para el llenado de formatos que se utilizaran en el proceso de control y seguimiento.

•**Centro de costo 9.** Comité de Gestión. Se establece que a la persona encargada de la gestión del proceso devengara un salario de \$1600.00 mensuales que ya incluye las prestaciones que el patrono debe pagar al trabajador y equivale a un costo de \$19,200 anuales

**Centro de Costo 3. Suministros Médicos, Centro de Costo 5. Suministro de Atención y Tratamiento y Centro de Costo 6. Apoyo a Diagnostico**

Estos varían de manera directa al aumento de producción de egresos, debido a que producir unos egresos nuevos, genera la necesidad de consumir más recursos para brindar el servicio, el

---

<sup>14</sup> Se explica con mayor detalle en el capítulo de evaluaciones económicas

ahorro se da en los centros de costos fijos, los cuales prorrateados entre un mayor número de personas disminuyen el valor que representan para determinar costos unitarios por egreso.

### **Costeo del proceso con la implementación del Fortalecimiento y Homologación del Proceso**

Con la Implementación de la Gestión por Procesos, se pueden apreciar mejoras en los Procesos que se realizan actualmente en los Hospitales del Tercer Nivel de atención, como son en Tiempos y Costos, que son las principales variables afectadas con el SGPP; sin dejar atrás la reducción de Pacientes insatisfechos y mejorando la relaciones con los clientes internos del proceso.

#### **Análisis de ahorros**

Para ello se realizan dos tipos de análisis para medir impactos sobre la propuesta de acción.

### **Análisis de Actividades Actuales, versus la implementación del fortalecimiento del proceso**

En este análisis se comparan las variables afectadas dentro del SGPP y las propuestas de fortalecimiento, para la actividad que se realizan actualmente en los Hospitales del Tercer Nivel de Atención versus todas las mejoras en tiempo y reducción de reproceso que pudiesen tener. Con el Fin de Obtener un Delta en tiempo y Costo de las mismas actividades. Con la implementación de las Mejoras presentadas “Manual de Procesos y Procedimientos”, “Manual de Indicadores”, “Manual de Mejora Continua” Se estandarizará el proceso teniendo una manera homologada de realizar las actividades y de controlar los reprocesos y desperdicios en tiempo y recursos.

Con la implementación de la Gestión por Procesos, se presenta una economía en el tiempo de ejecución del proceso, esto se traduce en que los Servicios hospitalarios pueden albergar un mayor número de pacientes y de esta forma, producir un mayor número de egresos mensuales, sin embargo, en este análisis se incluyen los costos de los Procesos diseñados para mejorar el servicio y de igual manera la incidencia en los costos que este produce

### **Planificar: Planeación del proceso de hospitalización**

#### Mejor planificación de los recursos

Planificar los recursos en base a un proceso establecido, y por medio de programas y planes anuales, tomando como guía las líneas estratégicas que me orienta a cumplir las metas

#### Planeación Estratégica

Planeación Estratégica	EST-PH -PLE -01	Plan estratégico	8
	EST-PH -PLE -02	Auditoria de la planeación/control de la planeación Estratégica	6

#### Gestión de abastecimiento de recurso

Gestión de productos intrahospitalarios	EST-GAR-GPI-01	Establecimiento de requisitos de productos no conforme	7
	EST-GAR-GPI-02	Control de Productos no conforme	6

El personal médico tiene asignadas un estándar de tiempo el cual debe dedicar a las actividades de planificación según el tipo de contrato que se encuentran detallados “Manual De Procedimientos Para El Cálculo Y Planificación De Necesidades De Médicos Y Enfermeras En Hospitales Nacionales.” (Ver anexo 4). De los cuales se obtiene el porcentaje de tiempo que el personal Médico dedica a las actividades administrativas el cual es de 32% y el de las enfermeras es de 27%. Se trabaja con este estándar

### **Hacer: Realización del Servicio**

Estandarización: Al partir del Muestreo de trabajo en el cual se estableció que el proceso tiene una eficiencia **actual de 78 %** y como objetivo de implementación de la estandarización del proceso por medio del **Manual de Procesos y procedimientos** a mediano plazo se pretende que el proceso de Hospitalización alcance una eficiencia del **87%** en 5 años. Aumentando un 4% en el primer año de implementación. Teniendo en cuenta la curva de aprendizaje

Mejoramiento de la eficiencia del proceso/ No se modificaron, ni se agregaron Procesos. Se documentó y se asignaron responsables, para eficientizar el proceso, además de la creación de medios de control y seguimiento lo que permite garantizar la ejecución del proceso en los tiempos establecidos El Mejoramiento de la eficiencia del proceso al disminuir las actividades ineficientes y que no generan valor agregado al proceso. Por medio de las propuestas de un mejor control y planificación. Teniendo en cuenta que este aumento se hará de manera paulatina

### **Seguimiento y Control**

#### Mayor control de los recursos/ Mismo presupuesto para una mayor cantidad de pacientes

El control del proceso y la medición me permitirá atender una mayor cantidad de pacientes con el mismo número de recursos utilizados actualmente se desperdicia el **0.1% Nutrición y Dietas, 66.89 % (Exámenes y pruebas de Diagnóstico)**. Para la cual se desarrollan Procesos que controlan no solo los recursos si no la calidad de atención brindada al paciente. Estableciendo Nuevos indicadores que me permiten medir el proceso, al implementar Procesos de seguimiento se mejora continuamente el proceso tomando como base la medición y análisis de indicadores y auditorías del proceso

### **Verificar. Gestión del control**

Estos nuevos procesos de **control y seguimiento** serán ejecutados por el Comité de Gestión por procesos, por lo cual aumentara el costo del proceso, por el pago de salarios del Nuevo personal. Para el personal médico no se verán afectadas sus funciones actuales, debido a que ellos ya realizan una función de Control actualmente, el que proveerá entradas para el Comité de Gestión.

#### Auditoria interna del proceso

APO-GPH-AIP-01	Planificación y programación de auditorías	6
APO-GPH-AIP-02	Ejecución de la auditoría	6
APO-GPH-AIP-03	Mejoramiento de la gestión	6

### Evaluación y Mejora de Procesos

APO-GPH-EMP-01	Solución abordar problemas en procesos misionales	11
APO-GPH-EMP-02	Seguimiento de indicadores	10
APO-GPH-EMP-03	Acciones correctivas preventivas y de mejora	11

### **Seguimiento. Gestión del seguimiento**

#### Retroalimentación de la atención brindada

APO-GPH-RAB-01	Manejo de quejas y sugerencias internas	9
APO-GPH-RAB-02	Manejo de quejas y sugerencias externas	7
APO-GPH-RAB-03	Seguimiento y mejora de la satisfacción del cliente.	10

#### Control y Elaboración de Documentos

APO-GPH-CDD-01	Elaboración y control de documentos	8
----------------	-------------------------------------	---

#### Comunicación y establecimiento de los medios

APO-GPH-COM-01	Establecimiento de los medios de comunicación	7
----------------	---	---

El coste del nuevo proceso, aumenta debido a la creación y operatividad de los nuevos Procesos implementados con el objetivo de la mejora.

Para el análisis de la situación propuesta, se considerarán dos escenarios, esto es debido a la interrelación tan estrecha que Hospitalización mantiene con otros Procesos del Hospital, de los cuales los costos directos de algunos Procesos, así como también el desaprovechamiento de los recursos se cargan a la atención del proceso de Hospitalización

**Escenario 1:** El aumento de la eficiencia del proceso de Hospitalización, produce el efecto de aumento de pacientes, y además trae consigo la incorporación de un comité gestor encargado de velar por el cumplimiento óptimo del servicio

Este escenario modifica los costos asociados con los recursos actuales presentados en las tablas anteriores, relacionadas con las actividades propias del Comité de Gestión y el aumento proporcional de aquellos costos imputables al paciente

Por lo tanto, el costo del escenario 1 sería el siguiente:<sup>15</sup>

Tabla 141 Escenario 1 de los Valores de los Centros de Costos de Hospitalización aplicando la propuesta

<b>CENTROS DE COSTOS</b>	<b>Año-1</b>	<b>Año-2</b>	<b>Año-3</b>	<b>Año-4</b>	<b>Año-5</b>
Gastos Generales	\$ 167,665.44	\$ 167,665.44	\$ 167,665.44	\$ 167,665.44	\$ 167,665.44
Misceláneos	\$ 470,594.04	\$ 470,594.04	\$ 470,594.04	\$ 470,594.04	\$ 470,594.04
Suministros Médicos	\$ 10702,224.67	\$ 11137,690.97	\$ 11685,866.19	\$ 12203,302.61	\$ 12782,216.63
Esterilización	\$ 237,993.12	\$ 237,993.12	\$ 237,993.12	\$ 237,993.12	\$ 237,993.12
Suministro de Atención y Tratamiento	\$ 1045,410.50	\$ 1087,947.55	\$ 1141,494.18	\$ 1192,038.21	\$ 1248,587.46
Apoyo a Diagnóstico	\$ 3108,511.69	\$ 3234,994.93	\$ 3394,215.01	\$ 3544,506.87	\$ 3712,655.18
Mano de obra enfermera	\$ 4563,896.76	\$ 4563,896.76	\$ 4563,896.76	\$ 4563,896.76	\$ 4563,896.76
Mano de obra Médico	\$ 2201,929.73	\$ 2201,929.73	\$ 2201,929.73	\$ 2201,929.73	\$ 2201,929.73
Costo del Comité	\$ 19,200.00	\$ 19,200.00	\$ 19,200.00	\$ 19,200.00	\$ 19,200.00
<b>Totales</b>	<b>\$ 22517,425.95</b>	<b>\$ 23121,912.54</b>	<b>\$ 23882,854.48</b>	<b>\$ 24601,126.78</b>	<b>\$ 25404,738.36</b>

Fuente: Elaboración Propia

Produciendo el siguiente desglose de ahorros, en los cuales se muestran las cantidades que generan pérdidas en el servicio, las cuales se muestran en rojo

Tabla 142 Escenario 1 de Ahorros de los Centros de Costos de Hospitalización aplicando la propuesta

<b>CENTROS DE COSTOS</b>	<b>Año-1</b>	<b>Año-2</b>	<b>Año-3</b>	<b>Año-4</b>	<b>Año-5</b>
Gastos Generales	\$ 16,581.33	\$ 6,822.19	\$ 8,252.16	\$ 7,424.03	\$ 7,953.90
Misceláneos	\$ 46,327.84	\$ 19,061.05	\$ 23,056.35	\$ 20,742.56	\$ 22,223.02
Suministros Médicos	\$ (963,148.99)	\$ (435,466.30)	\$ (548,175.22)	\$ (517,436.42)	\$ (578,914.02)
Esterilización	\$ 23,536.41	\$ 9,660.68	\$ 11,653.40	\$ 10,458.97	\$ 11,178.10
Suministro de Atención y Tratamiento	\$ (94,081.92)	\$ (42,537.05)	\$ (53,546.64)	\$ (50,544.02)	\$ (56,549.25)
Apoyo a Diagnóstico	\$ (279,751.17)	\$ (126,483.24)	\$ (159,220.08)	\$ (150,291.85)	\$ (168,148.31)
Mano de obra enfermera	\$ 451,348.02	\$ 185,701.88	\$ 224,626.01	\$ 202,083.99	\$ 216,507.28
Mano de obra Médico	\$ 217,760.54	\$ 89,595.03	\$ 108,374.65	\$ 97,498.86	\$ 104,457.62
Costo del Comité	\$ 1,898.79	\$ 781.24	\$ 944.99	\$ 850.15	\$ 910.83
<b>Totales</b>	<b>\$ (579,529.15)</b>	<b>\$ (292,864.51)</b>	<b>\$ (384,034.38)</b>	<b>\$ (379,213.73)</b>	<b>\$ (440,380.83)</b>

Fuente: Elaboración Propia

<sup>15</sup> Este detalle de costos se ve de manera amplia en la etapa económica

## PROYECCIONES DE COSTOS DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN

### AÑO 1 Total

Tabla 143 Proyecciones de costos de los Servicios de Hospitalización - Año 1 de implementación

Descripción	Costos		Egreso		DCO		ACTUALES		PROPUESTA	
	Actual	Propuesta	Actual	Propuesta	Actual	Propuesta	Costos por egreso	Costos por día cama	Costo Propuesta	Costo Propuesta DCO
Cardiología	\$504,401.94	\$544,358.55	611	671	3510	3439	\$825.74	\$143.72	\$810.93	\$158.28
Cirugía General	\$3942,612.19	\$4254,929.47	5932	6519	53550	52479	\$664.63	\$73.62	\$652.71	\$81.08
Cirugía Oncológica	\$210,998.07	\$227,712.46	217	239	3510	3439	\$971.49	\$60.12	\$954.06	\$66.21
Cirugía Plástica	\$122,630.60	\$132,344.88	462	507	4553	4462	\$265.70	\$26.93	\$260.94	\$29.66
Endocrinología	\$827,481.12	\$893,030.72	1032	1134	10718	10504	\$802.09	\$77.20	\$787.71	\$85.02
Hemato-oncología	\$4529,094.84	\$4887,870.82	2769	3043	19268	18883	\$1,635.54	\$235.05	\$1,606.20	\$258.85
Infectología	\$677,709.18	\$731,394.47	896	985	6748	6613	\$756.45	\$100.43	\$742.88	\$110.60
Medicina Interna	\$2932,851.34	\$3165,179.58	6081	6683	45203	44299	\$482.27	\$64.88	\$473.62	\$71.45
Nefrología	\$1949,466.98	\$2103,895.62	1018	1119	5379	5272	\$1,914.85	\$362.39	\$1,880.50	\$399.08
Neurocirugía	\$411,317.65	\$443,900.51	679	746	13604	13332	\$606.02	\$30.23	\$595.15	\$33.30
Neurología	\$424,479.03	\$458,104.49	176	194	1599	1567	\$2,405.43	\$265.48	\$2,362.28	\$292.36
Oftalmología	\$354,790.08	\$382,895.07	855	940	7046	6905	\$414.87	\$50.35	\$407.43	\$55.45
Ortopedia	\$558,732.27	\$602,992.71	353	388	11585	11354	\$1,583.10	\$48.23	\$1,554.71	\$53.11
Otorrinolaringología	\$294,661.89	\$318,003.77	597	656	3076	3014	\$493.34	\$95.80	\$484.50	\$105.50
Urología	\$372,221.49	\$401,707.32	1127	1238	4444	4356	\$330.37	\$83.75	\$324.45	\$92.23
<b>Total</b>	<b>\$18113,448.68</b>	<b>\$19548,320.44</b>	<b>22805</b>	<b>25061</b>	<b>193795</b>	<b>189919</b>	<b>\$943.46</b>	<b>\$114.55</b>	<b>\$926.54</b>	<b>\$126.14</b>

Fuente: Elaboración Propia



## PROPUESTA AÑO 2 Total

Tabla 144 Proyecciones de costos de los Servicios de Hospitalización - Año 2 de implementación

	Costos		Egresos		DCO		Actuales		Propuesta	
	Actual	Propuesta	Actual	propuesta	Actual	propuesta	Costos por egreso	Costo día cama	Costos por egreso	Costo día cama
Cardiología	\$504,401.94	\$558,304.96	611	699	3510	3405	\$825.74	\$143.72	\$798.96	\$163.96
Cirugía General	\$3942,612.19	\$4363,940.30	5932	6786	53550	51957	\$664.63	\$73.62	\$643.08	\$83.99
Cirugía Oncológica	\$210,998.07	\$233,546.43	217	248	3510	3405	\$971.49	\$60.12	\$939.99	\$68.59
Cirugía Plástica	\$122,630.60	\$135,735.55	462	528	4553	4417	\$265.70	\$26.93	\$257.09	\$30.73
Endocrinología	\$827,481.12	\$915,910.07	1032	1180	10718	10399	\$802.09	\$77.20	\$776.08	\$88.07
Hemato-oncología	\$4529,094.84	\$5013,097.54	2769	3168	19268	18695	\$1,635.54	\$235.05	\$1,582.50	\$268.15
Infectología	\$677,709.18	\$750,132.71	896	1025	6748	6547	\$756.45	\$100.43	\$731.92	\$114.57
Medicina Interna	\$2932,851.34	\$3246,271.14	6081	6957	45203	43858	\$482.27	\$64.88	\$466.63	\$74.02
Nefrología	\$1949,466.98	\$2157,797.20	1018	1165	5379	5219	\$1,914.85	\$362.39	\$1,852.75	\$413.42
Neurocirugía	\$411,317.65	\$455,273.20	679	776	13604	13200	\$606.02	\$30.23	\$586.37	\$34.49
Neurología	\$424,479.03	\$469,841.08	176	202	1599	1551	\$2,405.43	\$265.48	\$2,327.43	\$302.86
Oftalmología	\$354,790.08	\$392,704.80	855	978	7046	6836	\$414.87	\$50.35	\$401.42	\$57.44
Ortopedia	\$558,732.27	\$618,441.32	353	404	11585	11241	\$1,583.10	\$48.23	\$1,531.77	\$55.02
Otorrinolaringología	\$294,661.89	\$326,150.99	597	683	3076	2984	\$493.34	\$95.80	\$477.35	\$109.29
Urología	\$372,221.49	\$411,999.02	1127	1289	4444	4312	\$330.37	\$83.75	\$319.66	\$95.54
<b>Total</b>	<b>\$18113,448.68</b>	<b>\$20049,146.29</b>	<b>22805</b>	<b>26088</b>	<b>193795</b>	<b>188028</b>	<b>943.46</b>	<b>114.55</b>	<b>912.87</b>	<b>130.68</b>

Fuente: Elaboración Propia

## PROPUESTA AÑO 3 Total

Tabla 145 Proyecciones de costos de los Servicios de Hospitalización - Año 3 de implementación

Descripción	Costos		Egresos		DCO		Actual		Propuesta	
	Actual	Propuesta	Actual	propuesta	Actual	propuesta	Costos por egreso	Costo día cama	Costos por egreso	Costo día cama
Cardiología	\$504,401.94	\$575,756.74	611	733	3510	3371	\$825.74	\$143.72	\$785.29	\$170.80
Cirugía General	\$3942,612.19	\$4500,350.59	5932	7120	53550	51436	\$664.63	\$73.62	\$632.07	\$87.49
Cirugía Oncológica	\$210,998.07	\$240,846.74	217	261	3510	3371	\$971.49	\$60.12	\$923.90	\$71.45
Cirugía Plástica	\$122,630.60	\$139,978.44	462	554	4553	4373	\$265.70	\$26.93	\$252.69	\$32.01
Endocrinología	\$827,481.12	\$944,540.06	1032	1238	10718	10295	\$802.09	\$77.20	\$762.80	\$91.75
Hemato-oncología	\$4529,094.84	\$5169,799.53	2769	3324	19268	18508	\$1,635.54	\$235.05	\$1,555.42	\$279.33
Infectología	\$677,709.18	\$773,580.75	896	1075	6748	6482	\$756.45	\$100.43	\$719.39	\$119.35
Medicina Interna	\$2932,851.34	\$3347,744.75	6081	7299	45203	43419	\$482.27	\$64.88	\$458.65	\$77.10
Nefrología	\$1949,466.98	\$2225,246.73	1018	1222	5379	5167	\$1,914.85	\$362.39	\$1,821.04	\$430.66
Neurocirugía	\$411,317.65	\$469,504.36	679	815	13604	13067	\$606.02	\$30.23	\$576.33	\$35.93
Neurología	\$424,479.03	\$484,527.61	176	212	1599	1536	\$2,405.43	\$265.48	\$2,287.59	\$315.49
Oftalmología	\$354,790.08	\$404,980.17	855	1026	7046	6768	\$414.87	\$50.35	\$394.54	\$59.84
Ortopedia	\$558,732.27	\$637,772.88	353	424	11585	11128	\$1,583.10	\$48.23	\$1,505.55	\$57.31
Otorrinolaringología	\$294,661.89	\$336,345.99	597	717	3076	2954	\$493.34	\$95.80	\$469.18	\$113.84
Urología	\$372,221.49	\$424,877.49	1127	1352	4444	4269	\$330.37	\$83.75	\$314.19	\$99.53
<b>Total</b>	<b>\$18113,448.68</b>	<b>\$20675,852.83</b>	<b>22805</b>	<b>27372</b>	<b>193795.</b>	<b>186144</b>	<b>\$943.46</b>	<b>\$114.55</b>	<b>\$897.24</b>	<b>\$136.13</b>

Fuente: Elaboración Propia

## PROPUESTA AÑO 4 Total

Tabla 146 Proyecciones de costos de los Servicios de Hospitalización - Año 4 de implementación

Descripción	Costos		Egresos		DCO		Actual		Propuesta	
	Actual	Propuesta	Actual	propuesta	Actual	propuesta	Costos por egreso	Costo día cama	Costos por egreso	Costo día cama
Cardiología	\$504,401.94	\$592,320.61	611	766	3510	3337	\$825.74	\$143.72	\$773.63	\$177.48
Cirugía General	\$3942,612.19	\$4629,820.59	5932	7435	53550	50926	\$664.63	\$73.62	\$622.69	\$90.91
Cirugía Oncológica	\$210,998.07	\$247,775.63	217	272	3510	3337	\$971.49	\$60.12	\$910.17	\$74.24
Cirugía Plástica	\$122,630.60	\$144,005.46	462	578	4553	4330	\$265.70	\$26.93	\$248.94	\$33.26
Endocrinología	\$827,481.12	\$971,713.41	1032	1293	10718	10193	\$802.09	\$77.20	\$751.47	\$95.33
Hemato-oncología	\$4529,094.84	\$5318,528.81	2769	3471	19268	18324	\$1,635.54	\$235.05	\$1,532.31	\$290.25
Infectología	\$677,709.18	\$795,835.79	896	1123	6748	6417	\$756.45	\$100.43	\$708.71	\$124.02
Medicina Interna	\$2932,851.34	\$3444,055.58	6081	7622	45203	42988	\$482.27	\$64.88	\$451.83	\$80.12
Nefrología	\$1949,466.98	\$2289,264.56	1018	1276	5379	5116	\$1,914.85	\$362.39	\$1,793.99	\$447.49
Neurocirugía	\$411,317.65	\$483,011.47	679	851	13604	12938	\$606.02	\$30.23	\$567.77	\$37.33
Neurología	\$424,479.03	\$498,466.92	176	221	1599	1521	\$2,405.43	\$265.48	\$2,253.61	\$327.82
Oftalmología	\$354,790.08	\$416,630.99	855	1072	7046	6701	\$414.87	\$50.35	\$388.68	\$62.18
Ortopedia	\$558,732.27	\$656,120.88	353	442	11585	11018	\$1,583.10	\$48.23	\$1,483.19	\$59.55
Otorrinolaringología	\$294,661.89	\$346,022.28	597	749	3076	2925	\$493.34	\$95.80	\$462.21	\$118.29
Urología	\$372,221.49	\$437,100.74	1127	1412	4444	4227	\$330.37	\$83.75	\$309.52	\$103.42
<b>Total</b>	<b>\$18113,448.68</b>	<b>\$21270,673.73</b>	<b>22805</b>	<b>28584</b>	<b>193795</b>	<b>184296</b>	<b>\$943.46</b>	<b>114.55</b>	<b>\$883.91</b>	<b>\$141.45</b>

Fuente: Elaboración Propia

## PROPUESTA AÑO 5 Total

Tabla 147 Proyecciones de costos de los Servicios de Hospitalización - Año 5 de implementación

Descripción	Costos		Egresos		DCO		actual		Propuesta	
	Actual	Propuesta	Actual	propuesta	Actual	propuesta	Costos por egreso	Costo día cama	Costos por egreso	Costo día cama
Cardiología	\$504,401.94	\$610,745.32	611	802	3510	3271	\$825.74	\$143.72	\$761.56	\$186.73
Cirugía General	\$3942,612.19	\$4773,835.67	5932	7788	53550	49908	\$664.63	\$73.62	\$612.98	\$95.65
Cirugía Oncológica	\$210,998.07	\$255,482.94	217	285	3510	3271	\$971.49	\$60.12	\$895.98	\$78.11
Cirugía Plástica	\$122,630.60	\$148,484.89	462	606	4553	4243	\$265.70	\$26.93	\$245.05	\$34.99
Endocrinología	\$827,481.12	\$1001,939.50	1032	1354	10718	9989	\$802.09	\$77.20	\$739.75	\$100.30
Hemato-oncología	\$4529,094.84	\$5483,966.84	2769	3636	19268	17958	\$1,635.54	\$235.05	\$1,508.42	\$305.38
Infectología	\$677,709.18	\$820,591.04	896	1176	6748	6289	\$756.45	\$100.43	\$697.65	\$130.48
Medicina Interna	\$2932,851.34	\$3551,186.29	6081	7984	45203	42128	\$482.27	\$64.88	\$444.79	\$84.29
Nefrología	\$1949,466.98	\$2360,474.37	1018	1337	5379	5013	\$1,914.85	\$362.39	\$1,766.02	\$470.82
Neurocirugía	\$411,317.65	\$498,036.01	679	891	13604	12679	\$606.02	\$30.23	\$558.92	\$39.28
Neurología	\$424,479.03	\$513,972.22	176	232	1599	1490	\$2,405.43	\$265.48	\$2,218.47	\$344.91
Oftalmología	\$354,790.08	\$429,590.70	855	1123	7046	6567	\$414.87	\$50.35	\$382.62	\$65.42
Ortopedia	\$558,732.27	\$676,530.16	353	463	11585	10797	\$1,583.10	\$48.23	\$1,460.06	\$62.66
Otorrinolaringología	\$294,661.89	\$356,785.64	597	784	3076	2867	\$493.34	\$95.80	\$455.00	\$124.46
Urología	\$372,221.49	\$450,697.18	1127	1479	4444	4142	\$330.37	\$83.75	\$304.69	\$108.81
<b>Total</b>	<b>\$18113,448.68</b>	<b>\$21932,318.79</b>	<b>22805</b>	<b>29940</b>	<b>193795</b>	<b>180612</b>	<b>\$943.46</b>	<b>\$114.55</b>	<b>\$870.13</b>	<b>\$148.82</b>

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 148 Valores de variables que se impactan con la propuesta en los primeros 5 años de implementación

	Egresos x mejoramiento de eficiencia	DATOS SITUACION ACTUAL			COSTO POR PACIENTE		PROMEDIO DE ESTANCIA
		Costos por egreso-actual	Costos por Día cama- actual	Promedio días de estancia	EGRESO	DCO	
<b>Actual</b>	<b>22805</b>	<b>\$943.46</b>	<b>\$114.55</b>	<b>8.51</b>	<b>193795</b>		
	<b>Costos Totales</b>	<b>Días de estancia</b>	<b>Egresos</b>	<b>Ahorros</b>	<b>Costos por Egreso</b>	<b>Costos por Día cama</b>	<b>Días de estancia</b>
AÑO -1	\$19548,320.44	189919	25061	\$16.92	\$926.54	\$126.14	<b>7.58</b>
AÑO -2	\$20049,146.29	188460	26080	\$30.31	\$913.15	\$130.68	<b>7.23</b>
AÑO -3	\$20675,852.83	187224	27349	\$45.46	\$898.00	\$136.13	<b>6.85</b>
AÑO -4	\$21270,673.73	186300	28572	\$59.17	\$884.29	\$141.45	<b>6.52</b>
AÑO -5	\$21932,318.79	185220	29937	\$73.24	\$870.22	\$148.82	<b>6.19</b>

Fuente: Elaboración propia

El aumento de la eficiencia, mejorando el control, la planificación y la Homologación del proceso por medio de la documentación permite aumentar el número de pacientes que egresan de los Servicios de Hospitalización, generando Ahorros. Debido a la disminución de costos por egreso. Al igual se mejora el tiempo promedio de estancia Hospitalaria el cual disminuye, acercándose en el año 4 al estándar requerido para el Hospital Rosales.

Tabla 149 Valores de variables que se impactan con la propuesta en los primeros 5 años de implementación HNNBB y HNM

Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom								
Descripción	Egresos	%de Egresos	DCO	Egresos Año1	Egresos Año2	Egresos Año3	Egresos Año4	Egresos Año5
Hospitalización Neonatología	54	6%	1279	59	62	65	68	71
Hospitalización Cirugía General	159	18%	961	175	181	191	199	208
Hospitalización Cirugía Plástica	84	9%	439	92	96	101	105	110
Hospitalización Hemato-oncología	165	19%	2552	182	188	198	206	216
Hospitalización Infectología	100	11%	931	110	114	120	125	131
Hospitalización Medicina Interna	68	8%	570	75	78	82	85	89
Hospitalización Nefrología	23	3%	271	25	26	28	29	30
Hospitalización Neurocirugía	88	10%	1345	97	100	106	110	115
Hospitalización Oftalmología	60	7%	215	66	68	72	75	79
Hospitalización Ortopedia	51	6%	578	56	58	61	64	67
Hospitalización Otorrino.	34	4%	123	37	39	41	43	45
<b>Total</b>	<b>886</b>	<b>100%</b>	<b>9264</b>	<b>975</b>	<b>1010</b>	<b>1063</b>	<b>1108</b>	<b>1161</b>
				<b>10%</b>	<b>14%</b>	<b>20%</b>	<b>25%</b>	<b>31%</b>
Hospital Nacional de la Mujer								
Descripción	Egresos	%de Egresos	Dco	Egresos Año1	Egresos Año2	Egresos Año3	Egresos Año4	Egresos Año5
Hospitalización Neonatología	299	19%	7047	329	341	359	373,8	392
Hospitalización Puerperio	886	55%	2224	975	1010	1063	1107,5	1161
Hospitalización Infectología	116	7%	772	128	132	139	145,0	152
Hospitalización Oncología	138	9%	388	152	157	166	172,5	181
Hospitalización Ginecología	133	8%	353	146	152	160	166,3	174
Hospitalización Obstetricia	33	2%	148	36	38	40	41,3	43
<b>Total</b>	<b>1605</b>	<b>181%</b>	<b>10932</b>	<b>1766</b>	<b>1830</b>	<b>1926</b>	<b>2006</b>	<b>2103</b>
				<b>10%</b>	<b>14%</b>	<b>20%</b>	<b>25%</b>	<b>31%</b>

### 7.1.1.5 Graficas de Proyección de Incremento de Egresos en los Hospitales de Tercer Nivel

Ilustración 83 Grafica de Proyección de Incremento de Egresos en HNR

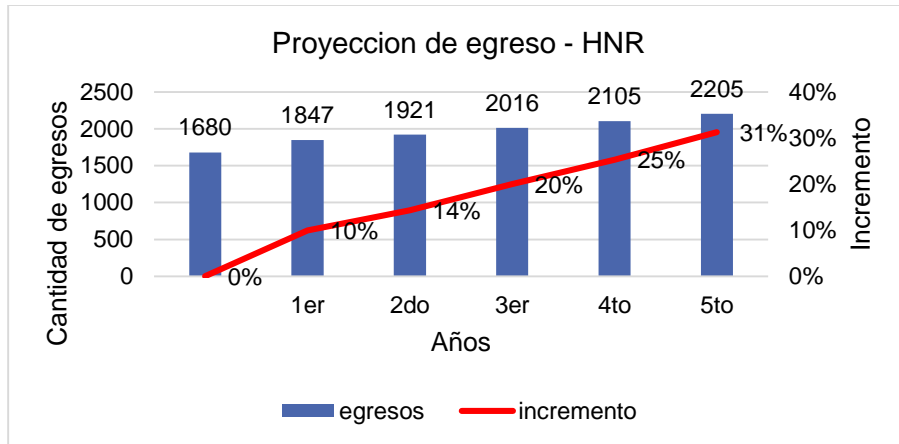


Ilustración 84 Grafica de Proyección de Incremento de Egresos en HNNBB

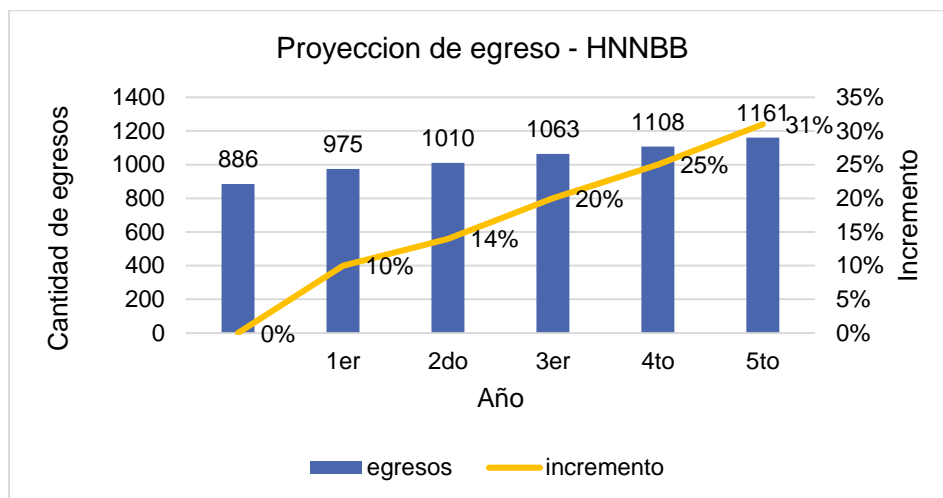
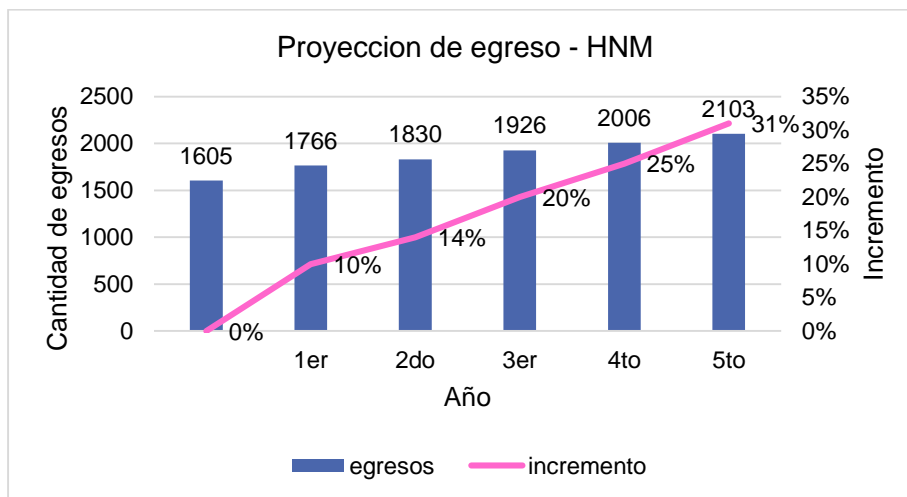


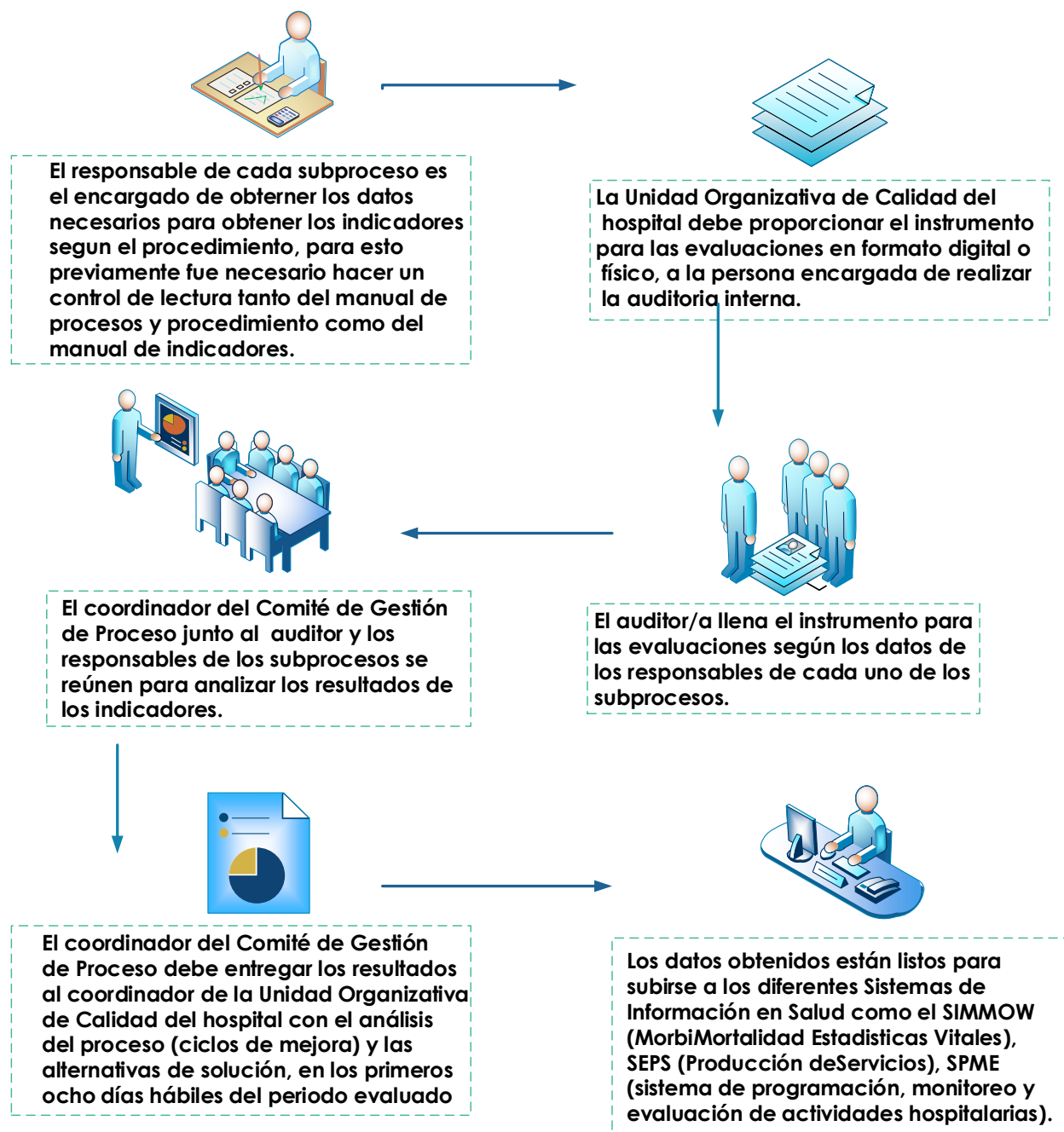
Ilustración 85 Gráfica de Proyección de Incremento de Egresos en HNM



Análisis de obtención de datos ver Anexo 5

### 3.5 Sistema de aplicación de indicadores

A continuación, se presenta el sistema de aplicación de indicadores.



Nota: La especificación de cada indicador está contemplado en el Manual de indicadores, su definición, fuente de datos, fórmula, responsable, periodicidad, etc. Así como el desglose de indicadores por cada procedimiento.



**nivel operativo propuesto: HNR**

Con la propuesta a implementar se tuvieron las siguientes variaciones:

**Egreso: incremento de 2,256 pacientes al año.**

**Ingresos: incremento de 2,336 pacientes al año.**

**Disminución del 2% de días de estancia ≈ 3,876 días.**

Tabla 150 Valores de Indicadores de Hospitalización HNR con propuesta implementada en el Año 1

Proceso, subproceso y procedimiento	Nombre del indicador	Código del indicador	Formula	Datos	Interpretación	
<b>Proceso: Hospitalización OPT-HOS</b>	Subproceso: Gestión de ingreso OPT-HOS-GDI	Promedio diario de ingresos	IN26-OPT-HOS-GDI-01	Nº de ingresos en un periodo / Nº de días del periodo	$\frac{25,209}{365 \times 16} = 4.3$	En promedio 4 ingresan pacientes en un día por servicio.
	Procedimiento: Recepción de Documentos para Hospitalización OPT-HOS-GDI-01	Porcentaje de Ingreso procedentes de emergencia	IN27-OPT-HOS-GDI-01	(Nº de Pacientes ingresados provenientes de emergencias / Total de pacientes ingresados al día) x 100	$\frac{15,730}{25,209} \times 100 = 62.4$	El 62.4% de los pacientes ingresados son provenientes del área de emergencias.
		Porcentaje de Ingreso procedentes de consulta externa	IN28-OPT-HOS-GDI-01	(Nº de Pacientes ingresados provenientes de consulta externa / Total de pacientes ingresados al día) x 100	$\frac{9,479}{25,209} \times 100 = 37.6$	El 37.6% de los pacientes ingresados son provenientes del área de consulta externa.

<p>Subproceso: Evaluación médica <i>OPT-HOS-EM</i>  Procedimiento: evaluación del paciente <i>OPT-HOS-EM-01</i></p>	<p>Porcentaje de pacientes delicadas</p>	<p><i>IN28-OPT-HOS-EM-01</i></p>	<p>(pacientes delicados / total de pacientes ingresados) x100</p>	<p><math>\frac{2,291}{25,209} \times 100</math>  = 9.09</p>	<p>El 9.09% de los pacientes ingresados se encuentran en estado delicado.</p>
<p>Subproceso: <i>Gestión de indicaciones OPT-HOS-GDI</i>  Procedimiento: <i>Gestionar indicaciones OPT-HOS-GDI-01</i></p>	<p>Porcentaje de recetas dispensadas para los Servicios de Hospitalización</p>	<p><i>IN30-OPT-HOS-GDI</i></p>	<p>(Nº de recetas dispensadas por cada pacientes-día / Nº de recetas prescritas en el mismo periodo) x100</p>	<p><math>\frac{356,920}{282,681} \times 100</math>  = 79.2</p>	<p>Del total de recetas prescritas solo el 79.2% fueron dispensadas.</p>
	<p>Porcentaje de dietas servidas para los Servicios de Hospitalización</p>	<p><i>IN31-OPT-HOS-GDI-01</i></p>	<p>(Nº de dietas servidas por cada pacientes-día / Nº de dietas prescritas en el mismo periodo) x100.</p>	<p><math>\frac{235,854}{236,564} \times 100</math>  = 99.7</p>	<p>El 99.7% de las dietas prescritas por el médico son servidas por cada paciente.</p>
	<p>Porcentaje de exámenes realizados para los Servicios de Hospitalización</p>	<p><i>IN32-OPT-HOS-GDI-01</i></p>	<p>(Nº de exámenes realizados por cada pacientes-día / Nº de exámenes prescritos en el periodo) x100.</p>	<p><math>\frac{654,546}{515,391} \times 100</math>  = 127</p>	<p>El 27% de exámenes son realizados de manera de reproceso.</p>

Subproceso: <i>Gestión de alta médica</i> OPT-HOS-GAM Procedimiento: Alta por mejoría clínica OPT-HOS-GAM-01	Numero de egresos por mejoría de salud	IN33-OPT-HOS-GAM-01	Nº de egresos con mejoría de salud / total de egresos del mismo periodo x 100	$\frac{23,106}{25,061} \times 100 = 92.2$	El 92.2% de los pacientes son egresados vivos.
Subproceso: <i>Gestión de alta médica</i> OPT-HOS-GAM Procedimiento: Alta por traslado otro servicio OPT-HOS-GAM-02	Numero de trasferecia de otro servicio	IN34-OPT-HOS-GAM-02	Nº de pacientes trasladados a otros servicios / N.º de pacientes ingresados en el mismo periodo x 100	$\frac{3,958}{25,209} = 15.7$	El 15.7% se trasladan paciente a otro servicio.
Subproceso: <i>Gestión de alta médica</i> OPT-HOS-GAM Procedimiento: Alta por traslado a otro centro de atención OPT-HOS-GAM-03	Numero diario de trasferecia a otro centro de atención	IN35-OPT-HOS-GAM-03	(Nº de pacientes transferidos a otro centro de atención / N.º de pacientes ingresados en el mismo periodo x 100	$\frac{73}{25,209} = 0.29$	El 0.29% de pacientes se están trasladando a otro centro de atención.
Subproceso: <i>Gestión de alta médica</i> OPT-HOS-GAM Procedimiento: Alta por defunción OPT-HOS-GAM-04	Numer o diario de defunciones	IN36-OPT-HOS-GAM-04	Nº de egresos por defunción hospitalaria / total de egresos del mismo periodo	$\frac{2,036}{25,061} \times 100 = 8.1$	El 8.1% de los pacientes muere en Hospitalización.

Subproceso: <i>Gestión de alta médica</i> <i>OPT-HOS-GAM</i> Procedimiento: Alta exigida <i>OPT-HOS-GAM-05</i>	Numero de egresos por alta exigida	IN36-OPT-HOS-GAM-05	N° de egresos con por alta exigida / N° de ingresos del periodo	$\frac{454}{25,209} \times 100 = 1.8$	El 1.8% de pacientes ingresados pidieron el alta.
<b>INDICADORES DE EFICIENCIA</b>					
Proceso: <i>Hospitalización</i> <i>OPT-HOS</i>	Porcentaje de ocupación de camas.	IN38- <i>OPT-HOS</i>	(N° día cama ocupado / N° Días camas disponibles) X 100	$\frac{189,919}{183,960} \times 100 = 103.23$	Las camas se están utilizando en un 100%. Para compensar el 3.23% demás hacen uso de carros camilla.
	Promedio de días estancia	IN39- <i>OPT-HOS</i>	Total, días estancias de egresos / N° egresos hospitalarios	$\frac{189,919}{25,061} = 7.6$	En promedio un paciente tiene 7.6 días de estadía en un servicio de la Hospitalización.
	Giro cama o índice de rotación (anual)	IN40- <i>OPT-HOS</i>	N° egresos / N° camas disponibles	$\frac{25,061}{504} = 49.7$	Una cama está produciendo en promedio 49.7≈50 pacientes.
	Intervalo de tiempo de sustitución	IN41- <i>OPT-HOS</i>	(N° Días cama disponibles - N° de cama ocupado) /N° de egresos hospitalarios	$\frac{183,960 - 189,919}{25,061} = -0.23$	El signo menos significa que hay muchos pacientes en cola esperando una cama, razón por la cual hacen uso de carro camilla.

INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD					
Proceso: <i>Hospitalización OPT-HOS</i>	Promedio diario de egreso	IN46- <i>OPT-HOS</i>	Total, de egresos / N° de días en el periodo.	$\frac{25,061}{16 \times 365} = 4.29$	En promedio egresan 4.29≈4 pacientes en un día.
	Tiempo de espera desde que se da indicación en consulta externa	IN46- <i>OPT-HOS</i>	N° total de días de espera desde que se le en consulta externa hasta el ingreso a l servicio en un periodo / Total de pacientes ingresados en ese mismo periodo	$\frac{617,620.5 \text{ dia}}{25,209} = 24.5 \text{ dias}$	En promedio un paciente espera 24.5 días para ser llevado a un servicio de Hospitalización desde que se le indica en el área de consulta externa.
	Tiempo de espera desde que se da indicación en emergencia	IN47- <i>OPT-HOS</i>	N° total de horas de espera desde que se le indica en emergencia hasta el ingreso al servicio en un periodo / Total de pacientes ingresados en ese mismo periodo	$\frac{521,826.3 \text{ hr}}{25,209} = 20.7 \text{ hr}$	En promedio un paciente espera 20hr y 22 minutos para ser llevado a un servicio de Hospitalización desde el área de emergencia.
	Tasa neta de mortalidad	IN48- <i>OPT-HOS</i>	(N° defunciones hospitalarias* / N° de egresos en el mismo período) X 100	$\frac{2,036}{25,061} \times 100 = 8.1$	Tasa neta de mortalidad es de 8.1%

Fuente: Elaboración Propia

## Análisis de indicadores actuales vs propuesta – HNR

Tabla 151 Valores de Indicadores de Hospitalización HNR - Actuales vs propuesta implementada en el Año 1

Proceso, subproceso y procedimiento	Nombre del indicador	Actual	Propuesta	Análisis
Proceso: Hospitalización OPT-HOS	Subproceso: Gestión de ingreso OPT-HOS-GDI Procedimiento: Recepción de Documentos para Hospitalización OPT-HOS-GDI-01	Promedio diario de ingresos IN26-OPT-HOS-GDI-01 3.9≈4 paciente/día	4.3≈4 paciente/día	Se incrementa el número en 0.4 paciente/día en Hospitalización, debido al aumento de la eficiencia del proceso, consecuencia de la homologación y documentación del mismo, reduciendo el valor de demanda insatisfecha.
	Procedimiento: Recepción de Documentos para Hospitalización OPT-HOS-GDI-01	Porcentaje de Ingreso procedentes de emergencia IN27-OPT-HOS-GDI-01 61% de paciente	62.4% paciente	De los pacientes que ingresan a Hospitalización, se aumenta el porcentaje de pacientes de emergencia debido al aumento de ingreso, lo que permite mayor atención a pacientes críticos.
		Porcentaje de Ingreso procedentes de consulta externa IN28-OPT-HOS-GDI-01 39%	37.6%	El porcentaje de pacientes programados tiende a disminuir debido al incremento de atención de pacientes de emergencias
	Subproceso: Evaluación médica OPT-HOS-EM Procedimiento: evaluación del paciente OPT-HOS-EM-01	Porcentaje de pacientes delicados IN28-OPT-HOS-EM-01 8.6%	9.09%	La eficiencia del proceso no interviene en la proporción de pacientes delicados, el indicador aumenta ya que esto depende de las patologías atendidas.

<p>Subproceso: <i>Gestión de indicaciones</i> <i>OPT-HOS-GDI</i> Procedimiento: <i>Gestionar indicaciones</i> <i>OPT-HOS-GDI-01</i></p>	<p>Porcentaje de recetas dispensadas para los Servicios de Hospitalización <i>IN30-OPT-HOS-GDI</i></p>	78%	79.2%	Al aumentar los pacientes atendidos, aumenta la demanda por medicamentos.
	<p>Porcentaje de dietas servidas para los Servicios de Hospitalización <i>IN31-OPT-HOS-GDI-01</i></p>	99%	99.7%	Al tener control sobre la gestión de indicación médica respecto a las dietas, los alimentos servidos son acorde a las necesidades reales de los pacientes.
	<p>Porcentaje de exámenes realizados para los Servicios de Hospitalización <i>IN32-OPT-HOS-GDI-01</i></p>	166.89%	127%	El valor de este indicador debe ser siempre 100, ya que se debe de realizar los exámenes solo los que se prescriben. Con la propuesta los reprocesos y realización innecesaria de exámenes se reduce en 39.89%
<p>Subproceso: <i>Gestión de alta médica</i> <i>OPT-HOS-GAM</i> Procedimiento: Alta por mejoría clínica <i>OPT-HOS-GAM-01</i></p>	<p>Numero de egresos por mejoría de salud <i>IN33-OPT-HOS-GAM-01</i></p>	91.5%	92.2%	Aunque se aumente la atención de personas, el proceso no incide en el tipo de patologías atendidas, por lo que la proporción de este indicador es independiente al proceso.
<p>Subproceso: <i>Gestión de alta médica</i> <i>OPT-HOS-GAM</i> Procedimiento: Alta por traslado otro servicio <i>OPT-HOS-GAM-02</i></p>	<p>Numero de transferencia de otro servicio <i>IN34-OPT-HOS-GAM-02</i></p>	14.2% de pacientes.	15.7% paciente	Al aumentar el número de pacientes atendidos, aumenta el número de transferencias entre servicio en un 1.5%

Subproceso: <i>Gestión de alta médica</i> <i>OPT-HOS-GAM</i> Procedimiento: Alta por traslado a otro centro de atención <i>OPT-HOS-GAM-03</i>	Numero diario de transferencia a otro centro de atención <i>IN35-OPT-HOS-GAM-03</i>	0.18% de pacientes	0.29% de pacientes	Al atender más pacientes como consecuencia del aumento de la eficiencia, también se aumentará proporcionalmente en un 0.11% el traslado para recuperación de otro nivel.
Subproceso: <i>Gestión de alta médica</i> <i>OPT-HOS-GAM</i> Procedimiento: Alta por defunción <i>OPT-HOS-GAM-04</i>	Numero diario de defunciones <i>IN36-OPT-HOS-GAM-04</i>	8.5%	8.1%	La mejora en el proceso no tiene incidencia en la gravedad o condición de salud con el que el paciente ingresa.
Subproceso: <i>Gestión de alta médica</i> <i>OPT-HOS-GAM</i> Procedimiento: Alta exigida <i>OPT-HOS-GAM-05</i>	Numero de egresos por alta exigida <i>IN36-OPT-HOS-GAM-05</i>	2.3%	1.8%	Al aumentar la eficiencia en el proceso de Hospitalización, las personas están más satisfechas con la atención por lo que se reduce la exigencia del alta en un 0.5%
<b>INDICADORES DE EFICIENCIA</b>				
Proceso: <i>Hospitalización OPT-HOS</i>	Porcentaje de ocupación de camas. <i>IN38-OPT-HOS</i>	105.35%	103.23%	El aprovechamiento de cama se reduce en un 2.12% a pesar que para el primer año aún se utilizan los carros camillas por la sobre utilización de cama, se espera que al 5to año de la implementación no se haga uso de estos.
	Promedio de días estancia <i>IN39- OPT-HOS</i>	8.5 días	7.6 días	La eficiencia del proceso conlleva a que el paciente pase menos días hospitalizado para recibir la atención hospitalaria.



	Giro cama o índice de rotación (anual) IN40- <i>OPT-HOS</i>	45 egresos	49.7≈50 egresos	El aprovechamiento de una cama en el año es de 2.12%, es decir que al año puede pasar 5 paciente más en una cama.
	Intervalo de tiempo de sustitución IN41- <i>OPT-HOS</i>	-0.43 horas	-0.23 horas	El signo menos significa que hay muchos pacientes en cola esperando una cama, razón por la cual hacen uso de carro camilla. A pesar que disminuye un 0.2 acercándose a cero, lo idea es de un intervalo de 0 a 1.
<b>INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD</b>				
Proceso: <i>Hospitalización OPT-HOS</i>	Promedio diario de egreso IN46- <i>OPT-HOS</i>	3.9≈4 egresos / día	4.29≈4	El aumento de efectividad permite reducir los días de estancia del paciente lo que genera en promedio 0.39 egreso/día más en cada servicio de Hospitalización.
	Tiempo de espera desde que se da indicación en consulta externa IN46- <i>OPT-HOS</i>	29 días	24.5 días	La planificación del proceso hace que para los pacientes programados se reduzca el tiempo de 4.5 días de espera para ingresar.
	Tiempo de espera desde que se da indicación en emergencia IN47- <i>OPT-HOS</i>	23.9 horas	20.7 horas	La planificación del proceso hace que para los pacientes programados se reduzca el tiempo de 3.2 horas de espera para ingresar
	Tasa neta de mortalidad IN48- <i>OPT-HOS</i>	8.5%	8.1%	La mejora en el proceso disminuye en un 0.4% la tasa neta de mortalidad, ya que la atención y los recursos son oportunos.

Fuente: Elaboración Propia

**nivel operativo propuesto: HNNBB**

Con la propuesta a implementar se tuvieron las siguientes variaciones:

**Egreso: incremento de 1,126 pacientes al año.**

**Ingresos: incremento de 1,189 pacientes al año.**

**Disminución del 2% de días de estancia ≈ 1,991 días.**

Tabla 152 Valores de Indicadores de Hospitalización HNNBB con propuesta implementada en el Año 1

Proceso, subproceso y procedimiento	Nombre del indicador	Código del indicador	Formula	Datos	Interpretación
Proceso: Hospitalización OPT-HOS	Promedio diario de ingresos	IN26-OPT-HOS-GDI-01	Nº de ingresos en un periodo / Nº de días del periodo	$\frac{12,624}{365 \times 12} = 2.9$	En promedio 3 pacientes ingresan pacientes en un día.
	Subproceso: Gestión de ingreso OPT-HOS-GDI Procedimiento: Recepción de Documentos Hospitalización para OPT-HOS-GDI-01	IN27-OPT-HOS-GDI-01	(Nº de Pacientes ingresados provenientes de emergencias / Total de pacientes ingresados al día) x 100	$\frac{9,155}{12,524} \times 100 = 73.1$	El 73.1% de los pacientes ingresados son provenientes del área de emergencias.
	Porcentaje de Ingreso procedentes de consulta externa	IN28-OPT-HOS-GDI-01	(Nº de Pacientes ingresados provenientes de consulta externa / Total de pacientes ingresados al día) x 100	$\frac{3,369}{12,524} \times 100 = 26.9$	El 26.9% de los pacientes ingresados son provenientes del área de consulta externa.

<p>Subproceso: Evaluación médica <i>OPT-HOS-EM</i>  Procedimiento: evaluación del paciente <i>OPT-HOS-EM-01</i></p>	<p>Porcentaje de pacientes delicadas</p>	<p><i>IN28-OPT-HOS-EM-01</i></p>	<p>(pacientes delicados / total de pacientes ingresados) x100</p>	<p><math>\frac{559}{12,624} \times 100</math>  = 4.46</p>	<p>El 4.46% de los pacientes ingresados se encuentran en estado delicado.</p>
<p>Subproceso: <i>Gestión de indicaciones OPT-HOS-GDI</i>  Procedimiento: <i>Gestionar indicaciones OPT-HOS-GDI-01</i></p>	<p>Porcentaje de recetas dispensadas para los Servicios de Hospitalización</p>	<p><i>IN30-OPT-HOS-GDI</i></p>	<p>(Nº de recetas dispensadas por cada pacientes-día / Nº de recetas prescritas en el mismo periodo) x100</p>	<p><math>\frac{124,410}{153,403} \times 100</math>  = 81.1</p>	<p>Del total de recetas prescritas solo el 81.1% fueron dispensadas.</p>
	<p>Porcentaje de dietas servidas para los Servicios de Hospitalización</p>	<p><i>IN31-OPT-HOS-GDI-01</i></p>	<p>(Nº de dietas servidas por cada pacientes-día / Nº de dietas prescritas en el mismo periodo) x100.</p>	<p><math>\frac{112,786}{113,467} \times 100</math>  = 99.4</p>	<p>El 99.4% de las dietas prescritas por el medico son servidas por cada paciente.</p>
	<p>Porcentaje de exámenes realizados para los Servicios de Hospitalización</p>	<p><i>IN32-OPT-HOS-GDI-01</i></p>	<p>(Nº de exámenes realizados por cada pacientes-día / Nº de exámenes prescritos en el periodo) x100.</p>	<p><math>\frac{579,827}{397,142} \times 100</math>  = 146</p>	<p>El 46% de exámenes son realizados de manera de reproceso.</p>

Subproceso: <i>Gestión de alta médica</i> OPT-HOS-GAM Procedimiento: Alta por mejoría clínica OPT-HOS-GAM-01	Numero de egresos por mejoría de salud	IN33-OPT-HOS-GAM-01	Nº de egresos con mejoría de salud / total de egresos del mismo periodo x 100	$\frac{12,138}{12,500} \times 100$ = 97.1	El 97.1% de los pacientes son egresados vivos.
Subproceso: <i>Gestión de alta médica</i> OPT-HOS-GAM Procedimiento: Alta por traslado otro servicio OPT-HOS-GAM-02	Numero de trasferecia de otro servicio	IN34-OPT-HOS-GAM-02	Nº de pacientes trasladados a otros servicios / N.º de pacientes ingresados en el mismo periodo x 100	$\frac{2,171}{12,624} \times 100$ = 17.2	El 17.2% de los paciente son trasladados a otro servicio
Subproceso: <i>Gestión de alta médica</i> OPT-HOS-GAM Procedimiento: Alta por traslado a otro centro de atención OPT-HOS-GAM-03	Numero diario de trasferecia a otro centro de atención	IN35-OPT-HOS-GAM-03	(Nº de pacientes transferidos a otro centro de atención / N.º de pacientes ingresados en el mismo periodo x 100	$\frac{6}{12,624} \times 100$ = 0.04	El 0.04% de los pacientes son trasladados a otro centro de atención.
Subproceso: <i>Gestión de alta médica</i> OPT-HOS-GAM Procedimiento: Alta por defunción OPT-HOS-GAM-04	Numer o diario de defunciones	IN36-OPT-HOS-GAM-04	Nº de egresos por defunción hospitalaria / total de egresos del mismo periodo	$\frac{363}{12,500} \times 100$ = 2.9	El 2.9% de los pacientes muere en Hospitalización.

Subproceso: <i>Gestión de alta médica</i> <i>OPT-HOS-GAM</i> Procedimiento: Alta exigida <i>OPT-HOS-GAM-05</i>	Numero de egresos por alta exigida	IN36-OPT-HOS-GAM-05	Nº de egresos con por alta exigida / Nº de ingresos del periodo	$\frac{115}{12,624} \times 100 = 0.91$	El 0.91% de pacientes ingresados pidieron el alta.
<b>INDICADORES DE EFICIENCIA</b>					
Proceso: <i>Hospitalización</i> <i>OPT-HOS</i>	Porcentaje de ocupación de camas.	IN38- <i>OPT-HOS</i>	(Nº día cama ocupado / Nº Días camas disponibles) X 100	$\frac{97,541}{100,375} \times 100 = 97$	Las camas se están utilizando en un 97%.
	Promedio de días estancia	IN39- <i>OPT-HOS</i>	Total, días estancias de egresos / Nº egresos hospitalarios	$\frac{97,541}{12,500} = 7.8$	En promedio un paciente tiene 7.8 días de estadía en un servicio de la Hospitalización.
	Giro cama o índice de rotación (anual)	IN40- <i>OPT-HOS</i>	Nº egresos / Nº camas disponibles	$\frac{12,500}{275} = 45$	Una cama está produciendo en promedio 45 egresos.
	Intervalo de tiempo de sustitución	IN41- <i>OPT-HOS</i>	(Nº Días cama disponibles - Nº de cama ocupado) / Nº de egresos hospitalarios	$\frac{100,375 - 97,541}{12,500} = 0.22$	Si un paciente egresa, esa cama es ocupada por otro paciente en un período menor de un día.

INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD					
Proceso: Hospitalización OPT-HOS	Promedio diario de egreso	IN46- OPT-HOS	Total, de egresos / N° de días en el periodo.	$\frac{12,500}{12 \times 365} = 2.85$	En promedio egresan 3 pacientes en un día.
	Tiempo de espera desde que se da indicación en consulta externa	IN46- OPT-HOS	N° total de días de espera desde que se le en consulta externa hasta el ingreso a l servicio en un periodo / Total de pacientes ingresados en ese mismo periodo	$\frac{64,3824 \text{ dia}}{12,624} = 5.1 \text{ dias}$	En promedio un paciente espera días para ser llevado a un servicio de Hospitalización desde que se le indica en el área de consulta externa.
	Tiempo de espera desde que se da indicación en emergencia	IN47- OPT-HOS	N° total de horas de espera desde que se le indica en emergencia hasta el ingreso al servicio en un periodo / Total de pacientes ingresados en ese mismo periodo	$\frac{47,971.2 \text{ hr}}{12,624} = 3.8 \text{ hr}$	En promedio un paciente espera 3 horas y minutos para ser llevado a un servicio de Hospitalización desde el área de emergencia.
	Tasa neta de mortalidad	IN48- OPT-HOS	(N° defunciones hospitalarias* / N° de egresos en el mismo período) X 100	$\frac{363}{12,500} \times 100 =$	Tasa neta de mortalidad es de 2.9%

Fuente: Elaboración Propia

## Análisis de indicadores actuales vs propuesta. – HNNBB

Tabla 153 Valores de Indicadores de Hospitalización HNNBB - Actuales vs propuesta implementada en el Año 1

Proceso, subproceso y procedimiento	Nombre del indicador	Actual	Propuesta	Análisis	
Proceso: Hospitalización OPT-HOS	Subproceso: Gestión de ingreso OPT-HOS-GDI Procedimiento: Recepción de Documentos para Hospitalización OPT-HOS-GDI-01	Promedio diario de ingresos IN26-OPT-HOS-GDI-01	2.61 paciente/día	2.9 paciente/día	Se incrementa el número en 0.31 paciente/día en Hospitalización, debido al aumento de la eficiencia del proceso, consecuencia de la homologación y documentación del mismo, reduciendo el valor de demanda insatisfecha.
	Procedimiento: Recepción de Documentos para Hospitalización OPT-HOS-GDI-01	Porcentaje de Ingreso procedentes de emergencia IN27-OPT-HOS-GDI-01	67% de paciente	73.1% paciente	De los pacientes que ingresan a Hospitalización, se aumenta el porcentaje de pacientes de emergencia debido al aumento de ingreso, lo que permite mayor atención a pacientes críticos.
		Porcentaje de Ingreso procedentes de consulta externa IN28-OPT-HOS-GDI-01	33%	26.9%	El porcentaje de pacientes programados tiende a disminuir debido al incremento de atención de pacientes de emergencias
	Subproceso: Evaluación médica <i>OPT-HOS-EM</i> Procedimiento: evaluación del paciente <i>OPT-HOS-EM-01</i>	Porcentaje de pacientes delicados <i>IN28-OPT-HOS-EM-01</i>	4.46%	4.46%	La eficiencia del proceso no interviene en la proporción de pacientes delicados, el indicador se mantiene ya que esto depende de las patologías atendidas.

<p>Subproceso: <i>Gestión de indicaciones OPT-HOS-GDI</i>  Procedimiento: <i>Gestionar indicaciones OPT-HOS-GDI-01</i></p>	<p>Porcentaje de recetas dispensadas para los Servicios de Hospitalización  <i>IN30-OPT-HOS-GDI</i></p>	79%	81.1%	Al aumentar los pacientes atendidos, aumenta la demanda por medicamentos.
	<p>Porcentaje de dietas servidas para los Servicios de Hospitalización  <i>IN31-OPT-HOS-GDI-01</i></p>	98.2%	99.4%	Al tener control sobre la gestión de indicación médica respecto a las dietas, los alimentos servidos son acorde a las necesidades reales de los pacientes.
	<p>Porcentaje de exámenes realizados para los Servicios de Hospitalización  <i>IN32-OPT-HOS-GDI-01</i></p>	187%	146%	El valor de este indicador debe ser siempre 100, ya que se debe de realizar los exámenes solo los que se prescriben. Con la propuesta los reProcesos y realización innecesaria de exámenes se reduce en 41%
<p>Subproceso: <i>Gestión de alta médica OPT-HOS-GAM</i>  Procedimiento: Alta por mejoría clínica  <i>OPT-HOS-GAM-01</i></p>	<p>Numero de egresos por mejoría de salud  <i>IN33-OPT-HOS-GAM-01</i></p>	96.46%	97.1%	Aunque se aumente la atención de personas, el proceso no incide en el tipo de patologías atendidas, por lo que la proporción de este indicador es independiente al proceso.
<p>Subproceso: <i>Gestión de alta médica OPT-HOS-GAM</i>  Procedimiento: Alta por traslado otro servicio  <i>OPT-HOS-GAM-02</i></p>	<p>Numero de transferencia de otro servicio  <i>IN34-OPT-HOS-GAM-02</i></p>	16.87% de paciente	17.2% de paciente	Al aumentar el número de pacientes atendidos, aumenta el número de transferencias entre servicios.



Subproceso: <i>Gestión de alta médica</i> <i>OPT-HOS-GAM</i> Procedimiento: Alta por traslado a otro centro de atención OPT-HOS-GAM-03	Numero diario de transferencia a otro centro de atención IN35-OPT-HOS-GAM-03	0.03% de pacientes	0.04% de pacientes	Al atender más pacientes como consecuencia del aumento de la eficiencia, también se aumentará proporcionalmente el traslado para recuperación de otro nivel en un 0.01%
Subproceso: <i>Gestión de alta médica</i> <i>OPT-HOS-GAM</i> Procedimiento: Alta por defunción OPT-HOS-GAM-04	Numero diario de defunciones IN36-OPT-HOS-GAM-04	3.54%	2.9%	La mejora en el proceso no tiene incidencia en la gravedad o condición de salud con el que el paciente ingresa.
Subproceso: <i>Gestión de alta médica</i> <i>OPT-HOS-GAM</i> Procedimiento: Alta exigida OPT-HOS-GAM-05	Numero de egresos por alta exigida IN36-OPT-HOS-GAM-05	0.99%	0.91%	Al aumentar la eficiencia en el proceso de Hospitalización, las personas están más satisfechas con la atención por lo que se reduce la exigencia del alta.
<b>INDICADORES DE EFICIENCIA</b>				
Proceso: <i>Hospitalización</i> OPT-HOS	Porcentaje de ocupación de camas. IN38-OPT-HOS	99.16%	97%	Con el mejoramiento del proceso se reduce la utilización de cama en un 2.16%, con el fin de dejar el 10%, libre según políticas del hospital para emergencias, epidemias etc.
	Promedio de días estancia IN39- OPT-HOS	8.75 Días	7.8 días	La eficiencia del proceso conlleva a que el paciente pase menos días hospitalizado para recibir la atención hospitalaria.

		Giro cama o índice de rotación (anual) IN40- <i>OPT-HOS</i>	41.36 egresos	45 egresos.	Al año puede pasar 3.63 pacientes más en una cama.
		Intervalo de tiempo de sustitución IN41- <i>OPT-HOS</i>	0.07 ≈2 Horas	0,22≈5 horas	El tiempo que pasa una cama desocupada entre un egreso y un nuevo ingreso aumenta 3 horas, esto ayuda en realizar una limpieza debida del recurso cama.
<b>INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD</b>					
Proceso: <i>Hospitalización OPT-HOS</i>		Promedio diario de egreso IN46- <i>OPT-HOS</i>	2.6 pacientes	2.85 pacientes	El aumento de efectividad permite reducir los días de estancia del paciente lo que genera en promedio 0.25 egreso/día más en cada servicio de Hospitalización.
		Tiempo de espera desde que se da indicación en consulta externa IN46- <i>OPT-HOS</i>	6.02 días	5.1 días	La planificación del proceso hace que para los pacientes programados se reduzca el tiempo de 0.92 días de espera para ingresar.
		Tiempo de espera desde que se da indicación en emergencia IN47- <i>OPT-HOS</i>	4.9 horas	3.8horas	La planificación del proceso hace que para los pacientes programados se reduzca el tiempo de 1.1 horas de espera para ingresar
		Tasa neta de mortalidad IN48- <i>OPT-HOS</i>	3.54%	2.9%	Al efficientizar el proceso se da mejor atención a los pacientes a pesar que la mejora en el proceso no tiene incidencia en la gravedad o condición de salud con el que el paciente ingresa.

Fuente: Elaboración propia

**nivel operativo propuesto: HNM**

Con la propuesta a implementar se tuvieron las siguientes variaciones:

**Egreso: incremento de 1,885 pacientes al mes.**

**Ingresos: incremento de 1,948 pacientes al mes.**

**Disminución del 2% de días de estancia ≈ 92,051 días**

Tabla 154 Valores de Indicadores de Hospitalización HNM con propuesta implementada en el Año 1

Proceso, subproceso y procedimiento	Nombre del indicador	Código del indicador	Formula	Datos	Interpretación	
<b>Proceso: Hospitalización OPT-HOS</b>	Subproceso: Gestión de ingreso OPT-HOS-GDI	Promedio diario de ingresos	IN26-OPT-HOS-GDI-01	Nº de ingresos en un periodo / Nº de días del periodo	$\frac{21,045}{365 \times 6} = 9.6$	En promedio ingresan 9.6≈10 pacientes en un día.
	Procedimiento: Recepción de Documentos para Hospitalización OPT-HOS-GDI-01	Porcentaje de Ingreso procedentes de emergencia	IN27-OPT-HOS-GDI-01	(Nº de Pacientes ingresados provenientes de emergencias / Total de pacientes ingresados al día) x 100	$\frac{7,974}{21,045} \times 100 = 37.89$	El 37.89% de los pacientes ingresados son provenientes del área de emergencias.
		Porcentaje de Ingreso procedentes de consulta externa	IN28-OPT-HOS-GDI-01	(Nº de Pacientes ingresados provenientes de consulta externa / Total de pacientes ingresados al día) x 100	$\frac{13,071}{21,045} \times 100 = 62.11$	El 62.11% de los pacientes ingresados son provenientes del área de consulta externa.

<p>Subproceso: Evaluación médica <i>OPT-HOS-EM</i>  Procedimiento: evaluación del paciente <i>OPT-HOS-EM-01</i></p>	<p>Porcentaje de pacientes delicadas</p>	<p><i>IN28-OPT-HOS-EM-01</i></p>	<p>(pacientes delicados / total de pacientes ingresados) x100</p>	<p><math>\frac{1,046}{21,045} \times 100</math>  = 4.97</p>	<p>El 4.97 de los pacientes ingresados se encuentran en estado delicado.</p>
<p>Subproceso: <i>Gestión de indicaciones OPT-HOS-GDI</i>  Procedimiento: <i>Gestionar indicaciones OPT-HOS-GDI-01</i></p>	<p>Porcentaje de recetas dispensadas para los Servicios de Hospitalización</p>	<p><i>IN30-OPT-HOS-GDI</i></p>	<p>(Nº de recetas dispensadas por cada pacientes-día / Nº de recetas prescritas en el mismo periodo) x100</p>	<p><math>\frac{198,280}{227,490} \times 100</math>  = 87.16</p>	<p>Del total de recetas prescritas solo el 87.16% fueron dispensadas.</p>
	<p>Porcentaje de dietas servidas para los Servicios de Hospitalización</p>	<p><i>IN31-OPT-HOS-GDI-01</i></p>	<p>(Nº de dietas servidas por cada pacientes-día / Nº de dietas prescritas en el mismo periodo) x100.</p>	<p><math>\frac{516,611}{517,283} \times 100</math>  = 99.87</p>	<p>El 99.87% de las dietas prescritas por el medico son servidas por cada paciente.</p>
	<p>Porcentaje de exámenes realizados para los Servicios de Hospitalización</p>	<p><i>IN32-OPT-HOS-GDI-01</i></p>	<p>(Nº de exámenes realizados por cada pacientes-día / Nº de exámenes prescritos en el periodo) x100.</p>	<p><math>\frac{319,191}{292,836} \times 100</math>  = 109</p>	<p>El 9% de exámenes son realizados de manera de reproceso.</p>

Subproceso: <i>Gestión de alta médica</i> <i>OPT-HOS-GAM</i> Procedimiento: Alta por mejoría clínica OPT-HOS-GAM-01	Numero de egresos por mejoría de salud	IN33-OPT-HOS-GAM-01	Nº de egresos con mejoría de salud / total de egresos del mismo periodo x 100	$\frac{20,796}{20,922} \times 100 = 99.4$	El 99.4% de los pacientes son egresados vivos.
Subproceso: <i>Gestión de alta médica</i> <i>OPT-HOS-GAM</i> Procedimiento: Alta por traslado otro servicio OPT-HOS-GAM-02	Numero de trasferecia de otro servicio	IN34-OPT-HOS-GAM-02	Nº de pacientes trasladados a otros servicios / N.º de pacientes ingresados en el mismo periodo x 100	$\frac{7,755}{21,045} \times 100 = 36.85$	El 36.85% de los pacientes se trasladan a otro servicio.
Subproceso: <i>Gestión de alta médica</i> <i>OPT-HOS-GAM</i> Procedimiento: Alta por traslado a otro centro de atención OPT-HOS-GAM-03	Numero diario de trasferecia a otro centro de atención	IN35-OPT-HOS-GAM-03	(Nº de pacientes transferidos a otro centro de atención / N.º de pacientes ingresados en el mismo periodo x 100	$\frac{147}{21,045} \times 100 =$	El 0.7% de pacientes se están trasladando a otro centro de atención.
Subproceso: <i>Gestión de alta médica</i> <i>OPT-HOS-GAM</i> Procedimiento: Alta por defunción OPT-HOS-GAM-04	Numero diario de defunciones	IN36-OPT-HOS-GAM-04	Nº de egresos por defunción hospitalaria / total de egresos del mismo periodo	$\frac{262}{20,922} \times 100 = 11.9$	El 1.25% de los pacientes muere en Hospitalización.

Subproceso: <i>Gestión de alta médica</i> <i>OPT-HOS-GAM</i> Procedimiento: Alta exigida <i>OPT-HOS-GAM-05</i>	Numero de egresos por alta exigida	IN36-OPT-HOS-GAM-05	Nº de egresos con por alta exigida / Nº de ingresos del periodo	$\frac{133}{21,045} \times 100 =$	El 0.63% de pacientes ingresados pidieron el alta.
<b>INDICADORES DE EFICIENCIA</b>					
Proceso: <i>Hospitalización</i> <i>OPT-HOS</i>	Porcentaje de ocupación de camas.	IN38- <i>OPT-HOS</i>	(Nº día cama ocupado / Nº Días camas disponibles) X 100	$\frac{92,051}{78,110} \times 100 = 118$	Las camas se están utilizando en un 118% más de su capacidad, esto debido que en neonatología hay 3 niños en 1 cuna.
	Promedio de días estancia	IN39- <i>OPT-HOS</i>	Total, días estancias de egresos / Nº egresos hospitalarios	$\frac{92,051}{20,922} = 4.4$	En promedio un paciente tiene 44 días de estadía en un servicio de la Hospitalización.
	Giro cama o índice de rotación (anual)	IN40- <i>OPT-HOS</i>	Nº egresos / Nº camas disponibles	$\frac{20,922}{214} = 98$	Una cama está produciendo en promedio 98 egresos.

	Intervalo de tiempo de sustitución	IN41- <i>OPT-HOS</i>	(N° Días cama disponibles - N° de cama ocupado) /N° de egresos hospitalarios	$\frac{78,110 - 92,051}{20,922} = -0.67$	El signo negativo significa que hay más pacientes que camas, no existe tiempo en que la cama pase vacía entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro. Esto es debido a la saturación de neonatos.
<b>INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD</b>					
Proceso: <i>Hospitalización OPT-HOS</i>	Promedio diario de egreso	IN46- <i>OPT-HOS</i>	Total, de egresos / N° de días en el periodo.	$\frac{20,922}{6 \times 365} = 9.55$	En promedio egresan 10 pacientes en un día.
	Tiempo de espera desde que se da indicación en consulta externa	IN46- <i>OPT-HOS</i>	N° total de días de espera desde que se le en consulta externa hasta el ingreso a l servicio en un periodo / Total de pacientes ingresados en ese mismo periodo	$\frac{63,135 \text{ dia}}{21,045} = 3 \text{ dias}$	En promedio un paciente espera 3 días para ser llevado a un servicio de Hospitalización desde que se le indica en el área de consulta externa.

	Tiempo de espera desde que se da indicación en emergencia	IN47- <i>OPT-HOS</i>	N° total de horas de espera desde que se le indica en emergencia hasta el ingreso al servicio en un periodo / Total de pacientes ingresados en ese mismo periodo	$\frac{42,090 \text{ hr}}{21,045} = 2 \text{ hr}$	En promedio un paciente espera 2 horas para ser llevado a un servicio de Hospitalización desde el área de emergencia.
	Tasa neta de mortalidad	IN48- <i>OPT-HOS</i>	(N° defunciones hospitalarias* / N° de egresos en el mismo período) X 100	$\frac{262}{20,922} \times 100 = 1.25$	Tasa neta de mortalidad es de 1.25%

Fuente: Elaboración propia



## Análisis de indicadores actuales vs. Propuesta – HNM

Tabla 155 Valores de Indicadores de Hospitalización HNM - Actuales vs propuesta implementada en el Año 1

Proceso, subproceso y procedimiento	Nombre del indicador	Actual	Propuesta	Análisis
Proceso: Hospitalización OPT-HOS	Subproceso: Gestión de ingreso OPT-HOS-GDI Procedimiento: Recepción de Documentos para Hospitalización OPT-HOS-GDI-01	Promedio diario de ingresos IN26-OPT-HOS-GDI-01 8.72 paciente/día	9.6 paciente/día	Se incrementa el número en 0.88 paciente/día en Hospitalización, debido al aumento de la eficiencia del proceso, consecuencia de la homologación y documentación del mismo, reduciendo el valor de demanda insatisfecha.
	Procedimiento: Recepción de Documentos para Hospitalización OPT-HOS-GDI-01	Porcentaje de Ingreso procedentes de emergencia IN27-OPT-HOS-GDI-01 38.2% de paciente	37.89% paciente	De los pacientes que ingresan a Hospitalización, disminuye el porcentaje de pacientes de emergencia debido al aumento de ingreso programados según la patología del hospital.
		Porcentaje de Ingreso procedentes de consulta externa IN28-OPT-HOS-GDI-01 61.8%	62.11%	El porcentaje de pacientes programados tiende a aumentar debido a la disminución de atención de pacientes de emergencias
	Subproceso: Evaluación médica <i>OPT-HOS-EM</i> Procedimiento: evaluación del paciente <i>OPT-HOS-EM-01</i>	Porcentaje de pacientes delicados <i>IN28-OPT-HOS-EM-01</i> 4.9%	4.97%	La eficiencia del proceso no interviene en la proporción de pacientes delicados, el indicador aumenta ya que esto depende de las patologías atendidas.

<p>Subproceso: <i>Gestión de indicaciones OPT-HOS-GDI</i>  Procedimiento: <i>Gestionar indicaciones OPT-HOS-GDI-01</i></p>	<p>Porcentaje de recetas dispensadas para los Servicios de Hospitalización  <i>IN30-OPT-HOS-GDI</i></p>	82.2%	87.16%	Al aumentar los pacientes atendidos, aumenta la demanda por medicamentos.
	<p>Porcentaje de dietas servidas para los Servicios de Hospitalización  <i>IN31-OPT-HOS-GDI-01</i></p>	99.85%	99.87%	Al tener control sobre la gestión de indicación médica respecto a las dietas, los alimentos servidos son acorde a las necesidades reales de los pacientes.
	<p>Porcentaje de exámenes realizados para los Servicios de Hospitalización  <i>IN32-OPT-HOS-GDI-01</i></p>	122.94%	109%	El valor de este indicador debe ser siempre 100, ya que se debe de realizar los exámenes solo los que se prescriben. Con la propuesta los reProcesos y realización innecesaria de exámenes se reduce en 13.94%
<p>Subproceso: <i>Gestión de alta médica OPT-HOS-GAM</i>  Procedimiento: Alta por mejoría clínica  OPT-HOS-GAM-01</p>	<p>Numero de egresos por mejoría de salud  <i>IN33-OPT-HOS-GAM-01</i></p>	98.77%	99.4%	Aunque se aumente la atención de personas, el proceso no incide en el tipo de patologías atendidas, por lo que la proporción de este indicador es independiente al proceso.
<p>Subproceso: <i>Gestión de alta médica OPT-HOS-GAM</i>  Procedimiento: Alta por traslado otro servicio  OPT-HOS-GAM-02</p>	<p>Numero de transferencia de otro servicio  <i>IN34-OPT-HOS-GAM-02</i></p>	36.02% de paciente	36.85% paciente	Al aumentar el número de pacientes atendidos, aumenta el número de transferencias entre servicios.

<p>Subproceso: <i>Gestión de alta médica</i>  <i>OPT-HOS-GAM</i>  Procedimiento: Alta por traslado a otro centro de atención  OPT-HOS-GAM-03</p>	<p>Numero diario de transferencia a otro centro de atención  IN35-OPT-HOS-GAM-03</p>	<p>0.4% de pacientes</p>	<p>0.7% de pacientes</p>	<p>Al atender más pacientes como consecuencia del aumento de la eficiencia, también se aumentará proporcionalmente el traslado para recuperación de otro nivel en un 0.3%.</p>
<p>Subproceso: <i>Gestión de alta médica</i>  <i>OPT-HOS-GAM</i>  Procedimiento: Alta por defunción  OPT-HOS-GAM-04</p>	<p>Numero diario de defunciones  IN36-OPT-HOS-GAM-04</p>	<p>1.23%</p>	<p>1.25%</p>	<p>La mejora en el proceso no tiene incidencia en la gravedad o condición de salud con el que el paciente ingresa.</p>
<p>Subproceso: <i>Gestión de alta médica</i>  <i>OPT-HOS-GAM</i>  Procedimiento: Alta exigida  OPT-HOS-GAM-05</p>	<p>Numero de egresos por alta exigida  IN36-OPT-HOS-GAM-05</p>	<p>0.66%</p>	<p>0.63%</p>	<p>Al aumentar la eficiencia en el proceso de Hospitalización, las personas están más satisfechas con la atención por lo que se reduce la exigencia del alta.</p>
<b>INDICADORES DE EFICIENCIA</b>				
<p>Proceso:  <i>Hospitalización</i>    <i>OPT-HOS</i></p>	<p>Porcentaje de ocupación de camas.  IN38-<i>OPT-HOS</i></p>	<p>120.25%</p>	<p>118%</p>	<p>Existe una sobre utilización de cama debido a los neonatos ya que la cantidad de cunas no da capacidad a la demanda, con la mejora del proceso se reduce la utilización de cama en un 2.25%, con el fin de dejar 1 cuna para 1 neonato.</p>
	<p>Promedio de días estancia  IN39- <i>OPT-HOS</i></p>	<p>4.9 Días</p>	<p>4.4 Días</p>	<p>La eficiencia del proceso conlleva a que el paciente pase menos días hospitalizado para recibir la atención hospitalaria.</p>

	Giro cama o índice de rotación (anual) IN40- <i>OPT-HOS</i>	89 egresos.	98 egresos.	El aprovechamiento de una cama en el mes es de 1.03, es decir que al mes puede pasar un paciente más en una cama.
	Intervalo de tiempo de sustitución IN41- <i>OPT-HOS</i>	-0.8≈19.9 horas	-0.67≈ 16 horas	Al atender a más personas, el tiempo que una cama pasa desocupada es menor.
<b>INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD</b>				
Proceso: <i>Hospitalización OPT-HOS</i>	Promedio diario de egreso IN46- <i>OPT-HOS</i>	8.69≈9 pacientes	9.55 pacientes	El aumento de efectividad permite reducir los días de estancia del paciente lo que genera en promedio a un paciente 0.86 egresado/día en cada servicio de Hospitalización.
	Tiempo de espera desde que se da indicación en consulta externa IN46- <i>OPT-HOS</i>	4.01 días	3 días	La planificación del proceso hace que para los pacientes programados se reduzca el tiempo de 1 días de espera para ingresar.
	Tiempo de espera desde que se da indicación en emergencia IN47- <i>OPT-HOS</i>	2.51 horas	2 horas	La planificación del proceso hace que para los pacientes programados se reduzca el tiempo de 0.51 horas de espera para ingresar
	Tasa neta de mortalidad IN48- <i>OPT-HOS</i>	1.23%	1.25%	La mejora en el proceso no tiene incidencia en la gravedad o condición de salud con el que el paciente ingresa.

Fuente: Elaboración Propia

## 4 Homologación del proceso de Hospitalización implementando la GPP

Se demostró que el aumento de la eficiencia se da desde el primer año en que se implementa la propuesta de diseño, y esta aumenta gradualmente. Esto a través de la aplicación de los manuales propuestos y la participación de los integrantes del Comité de Gestión por Procesos para el control y seguimiento de la ejecución correcta y detección de problemas en los subprocesos de Hospitalización.

Con la implementación de las siguientes pautas del diseño, se eliminarán parte de las diferencias en los tres hospitales:

*Cuadro 68 Diferencias en el proceso que se homologarán e implementarán en los tres Hospitales de Tercer Nivel*

Acción de propuesta de diseño	Diferencias en el proceso que se homologarán e implementarán en los tres Hospitales de Tercer Nivel		
	HNR	HNNBB	HNM
Aplicación de la GPP	Se tiene un Comité gestor de camas, encargado de Gestionar la fecha en que el paciente programado será ingresado al servicio de Hospitalización.		Pacientes programadas presentan cita, en sistema revisan cupo reservado y corroboran datos de la paciente.
Creación del comité de GPP		La gestión es realizada por la auxiliar de enfermería o por secretaria del servicio.	
Aplicación del manual de Procesos	La visita médica se realiza a partir de las 7:00 a.m.	Al terminar la visita médica, se dejan los expedientes ubicados de forma que la enfermera los pueda tomar inmediatamente.  Hay actividades de enfermería en que el personal se auxilia de los responsables del paciente para realizarlas, como la alimentación, aseo personal y medicación oral.	

		<p>Personal médico y de enfermería realizando actividades bajo enfoque de Procesos.</p> <p>Al dar de alta a un paciente, se quita ropa de cama, se desinfecta y se deja el colchón “levantado”, hasta que se asigne la cama a otro paciente.</p> <p>El alta se da en el horario de visita y solo se puede retirar con el responsable y cuando este haya retirado los medicamentos de la farmacia.</p>	
Aplicación del Manual de Acciones correctivas	<p>Se lleva a paciente al servicio hasta el momento en que se tiene lista la cama en donde será ingresado.</p> <p>En condiciones especiales, se permite que un responsable o familiar permanezca cerca del servicio y pueda acompañar al paciente durante la noche.</p>	<p>El servicio de farmacia es el encargado de llevar las medicinas a los Servicios de Hospitalización.</p>	<p>Contar con diferentes farmacias con personal, en cada uno de los hospitales.</p> <p>Horario escalonado para la entrega de medicamentos de farmacia a los servicios, pero este no ha sido respetado o adaptado por el personal.</p>

Fuente: Elaboración propia

A continuación, se muestra las diferencias que no se pueden homologar con la propuesta de diseño, debido al tipo de paciente ingresado, o por hechos que no competen a la Gestión del proceso de Hospitalización

Cuadro 69 Diferencias que no se homologarán en los Hospitales de Tercer Nivel

Proceso de Hospitalización	Hospitales		
	HNR	HNNBB	HNM
<b>1. Gestión de ingreso de paciente</b>	Todos los pacientes entran por el área de emergencias (tanto programados en consulta externa como los de emergencias).	El personal de ordenanza es el encargado de acompañar al paciente y su responsable respectivo (padre, madre o tutor) hacia el servicio de Hospitalización.	
<b>2. Gestión de cama</b>	En condiciones especiales, se permite que un responsable o familiar permanezca cerca del servicio y pueda acompañar al paciente durante la noche. Como norma, el acompañante debe permanecer fuera del servicio.	El encargado del paciente (padre, madre o tutor) puede acompañar al paciente de forma permanente en el servicio. Se tienen sillas en el servicio de Hospitalización para la espera de la preparación de cama asignada. Los formularios tienen código de color y se posee un formulario que resume los resultados de pruebas.	El familiar o acompañante no puede permanecer en el servicio, puede ver a la paciente hasta la hora de visita.
<b>3. Evaluación médica</b>	---	----	----
<b>4. Gestión de indicaciones</b>	La comida se prepara en el hospital. La entrega de los alimentos lo hace el personal de cocina, que pertenece a los servicios generales.	Los resultados de las pruebas son leídos en las terminales de los Servicios de Hospitalización, a través del sistema digital. Se imprimen los resultados y en ocasiones no son recogidos. No se tiene control de quien revisa los	Los resultados de las pruebas son leídos en las terminales de los Servicios de Hospitalización, a través del sistema digital y se tiene control de quien revisa los resultados en este medio. No se incurre en gastos de papelería.

		<p>resultados a través del sistema digital.</p> <p>Se tiene servicio de radiología móvil el cual puede trasladarse a los servicios con el equipo.</p> <p>La comida se prepara en el hospital. La entrega de alimentos lo hace auxiliar de enfermería a los responsables del paciente. Para la alimentación con pacha, estas llegan al servicio y auxiliar llama a responsable para recogerla y alimentar al paciente.</p>	<p>Se tiene servicio de radiología móvil el cual puede trasladarse a los servicios con el equipo, las 24 horas (siempre que haya personal disponible).</p> <p>La preparación de comida depende de una empresa subcontratada, la cual prepara los platos según la dieta solicitada en cada servicio. Personal de estas empresas hacen la entrega de comida a pacientes. El área de nutrición es el encargado para preparación de fórmulas para alimentar a neonatos ingresados.</p>
<b>5. Atención de enfermería</b>	----	----	----
<b>6. Gestión de alta médica</b>	Horario de visita de 12:00 m. a 2:00 p.m.	Horario de visita de 10:00 a.m. a 12:00m.	El alta se da en el horario de visita de 11:00 a.m. a 1:00 p.m. Se realiza una charla colectiva para las mujeres que han sido dadas de alta junto al recién nacido, en algunos Servicios de Hospitalización.

Fuente: elaboración propia, a partir de observación y de tabla de diferencias en el proceso de Hospitalización.



Como se ha mencionado anteriormente, las particularidades que se dan en cada uno de los hospitales se deben al perfil de paciente que se atiende y otras por políticas internas que adopta cada hospital debido a sus condiciones. Con las propuestas incluidas en el diseño se ve el incremento en el nivel de homologación en el proceso de Hospitalización, lo que se traduce a que los tres hospitales al seguir la GPP siguen el mismo patrón en cuanto a la ejecución de las actividades, orientadas a que con este seguimiento se dé un aumento en el número de pacientes atendidos y que esta sea de calidad, según los protocolos médicos necesarios.

Tabla 156 Porcentaje de Homologación actual de cada Hospital respecto al Proceso propuesto

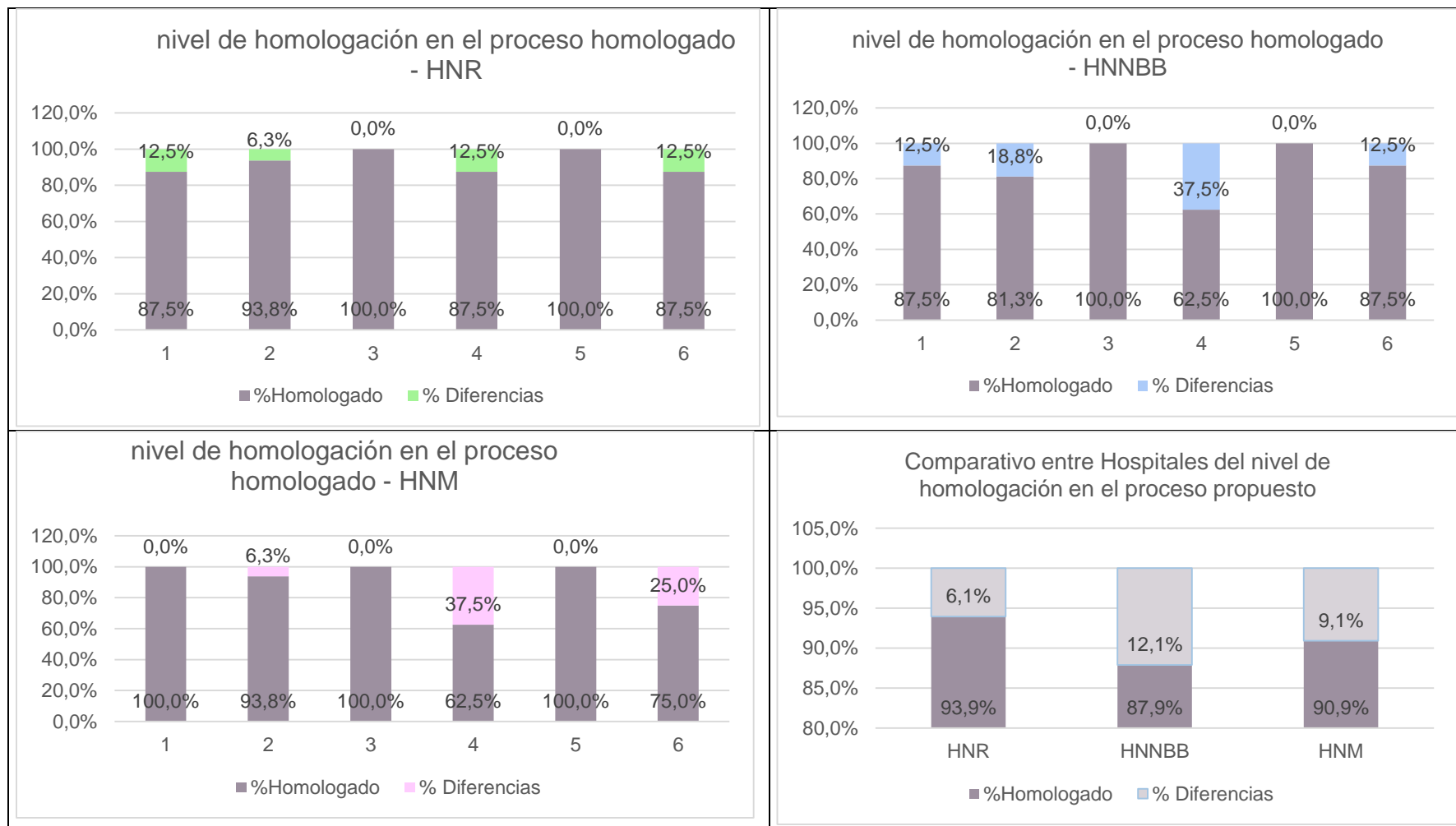
Proceso de hospitalización		Hospitales					
		HNR		HNNBB		HNM	
Subprocesos	Cantidad de actividades del subproceso	# actividades diferentes	% de homologación	# actividades diferentes	% de homologación	# actividades diferentes	% de homologación
1. Gestión de ingreso de paciente	8	1	87.5%	1	87.5%	0	100.0%
2. Gestión de cama	16	1	93.8%	3	81.3%	1	93.8%
3. Evaluación médica	8	0	100.0%	0	100.0%	0	100.0%
4. Gestión de indicaciones	8	1	87.5%	3	62.5%	3	62.5%
5. Atención de enfermería	18	0	100.0%	0	100.0%	0	100.0%
6. Gestión de alta médica	8	1	87.5%	1	87.5%	2	75.0%
<b>TOTAL</b>	<b>66</b>	<b>4</b>	<b>93.9%</b>	<b>8</b>	<b>87.9%</b>	<b>6</b>	<b>90.9%</b>

Fuente: elaboración propia, a partir de tabla de diferencias que no homologarán en el proceso de Hospitalización.

En los tres hospitales, con la propuesta se logran eliminar completamente las diferencias que se tienen en el subproceso de evaluación médica y en la ejecución de la atención de enfermería, debido a la implementación del Manual de Procesos y Procedimientos y la correcta asignación de funciones tanto operativas como administrativas. Otras diferencias se pueden eliminar al implementar sistemas

de información virtuales en los tres hospitales, y cambios en como los servicios de apoyo brindan sus atenciones, sin embargo, esto compete a un estudio más profundo que no compete al objetivo perseguido con esta investigación.

Tabla 157 Porcentaje de Homologación actual de los Subprocesos de cada Hospital respecto al Proceso propuesto



A hand holding a pencil is positioned over a laptop screen. The screen displays several line graphs with fluctuating data points. The background is a blurred office setting with warm lighting. A large, semi-transparent white circle is centered over the hand and pencil, containing the text.

ADMINISTRACIÓN  
DEL PROYECTO  
CAPITULO 8

# 1 Metodología de administración de proyecto y evaluaciones

Descripción	Técnica/Herramienta
<p>Administración de Proyecto</p> <p>Estructura del Desglose del trabajo Determinación de actividades y recursos Programación del proyecto Organización del proyecto</p>	<p>EDT Matriz de precedencias Diagrama de Red (PERT-CPM) Diagrama de Gantt Organigrama del proyecto Matriz de responsabilidades</p>
<p>Estudio Económico</p> <p>Inversión del proyecto Alternativas y selección del financiamiento Determinación de costos Estimación de ingresos</p>	<p>Investigación y evaluación de alternativas de financiamiento Presupuestos de ingresos Presupuesto de egresos</p>
<p>Evaluaciones de Proyecto</p> <p>Evaluación económica del proyecto Evaluación técnica de indicadores Evaluación social</p>	<p>Razones económicas: VAN, Razón B/C, Costo- Beneficio- Efectividad Indicadores del proyecto</p>

Metodología para la evaluación y administración del proyecto (Fuente: Elaboración propia)

En la primera etapa se establece la administración del proyecto en el cual se describen las actividades a realizar para la implementación, estimando los costos e los cuales se incurrirán para el desarrollo de estas actividades, estableciendo así los costos iniciales del proyecto, luego se presentará el estudio económico, el cual constará del desglose de costos operativos para que el proceso de Hospitalización sea llevado a cabo.

Por último, al contar con los costos iniciales y operativos del proyecto se presentarán las evaluaciones económicas y socioeconómicas correspondientes para poder estimar las condiciones en las cuales se desarrollará el proyecto en los próximos 5 años.

## 2 Administración del Proyecto de Implementación de Propuestas de Fortalecimiento

---

El plan de implementación, es el resultado de la planificación para dirigir el desarrollo del proyecto de Implementación de las propuestas de fortalecimiento al Proceso de Hospitalización en el Tercer Nivel de Atención del MINSAL, desde su inicio hasta su terminación con un plazo determinado y a un costo dado para alcanzar de manera efectiva el objetivo propuesto por el cual se ha desarrollado el proyecto de implementación.

Visto de otra manera, La implementación es el periodo del proyecto en el que se realiza la ejecución del proyecto y consiste en determinar y ordenar las diferentes actividades que son necesarias para alcanzar los objetivos establecidos previamente. De tal manera que los recursos humanos, materiales y financieros se coordinarán eficazmente, con el propósito de determinar el curso de acción que se seguirá, para que el proyecto sea finalizado satisfactoriamente.

El **objetivo general** de este plan:

Realizar un diseño para la administración del proyecto de implementación de las Propuestas de Fortalecimiento a la gestión por procesos en Hospitalización del Tercer Nivel de Atención del MINSAL, que contenga las especificaciones necesarias para su buen desarrollo y que le permita culminar exitosamente en materia de costos, calidad y tiempo de entrega

En términos Generales el plan de implementación es el resultado de la adecuada y oportuna planificación de inicio a fin de todas las actividades que componen el proyecto para la implementación; de forma amplia esto se puede resumir en 3 aspectos principales:

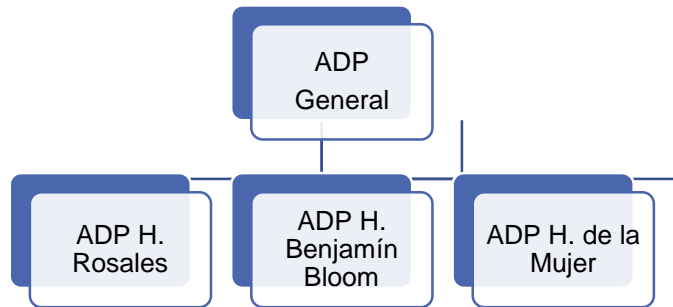
1. Descripción de las actividades del proyecto. Se definirán las actividades a realizar en el proyecto forma clara y sistemática, debe mostrar como todos los eventos se relacionan entre si haciendo uso de haciendo uso de cuadros descriptivos y diagramas (Pert-CPM, Gantt, etc.)
2. Definición de los responsables. Muestra a los responsables del desarrollo de las actividades planificadas (mediante diagramas y manuales)
3. Monitoreo y control. Este debe ser de forma continua y se debe enfocar en los tiempos y costos asociados de cada una de las fases del proyecto

En la implementación de las propuestas de fortalecimiento del MINSAL, la administración del proyecto se realizará para cada uno de los Hospitales que conforman el Tercer Nivel de Atención, desarrollando además actividades que se realizaran a nivel general antes de adentrarse en la implementación en cada Hospital.

La implementación en cada uno de los Hospitales seguirá la misma secuencia de actividades, sin embargo, se verán diferencias de costos y duración en tiempo, de acuerdo al número de servicios presentes en área de hospitalización de cada uno de ellos. El orden

de implementación en cada Hospital iniciara en el Hospital Rosales, seguido del Benjamín Bloom y finalizando en el Hospital de la mujer.

Ilustración 86 Desglose de la administración de proyecto



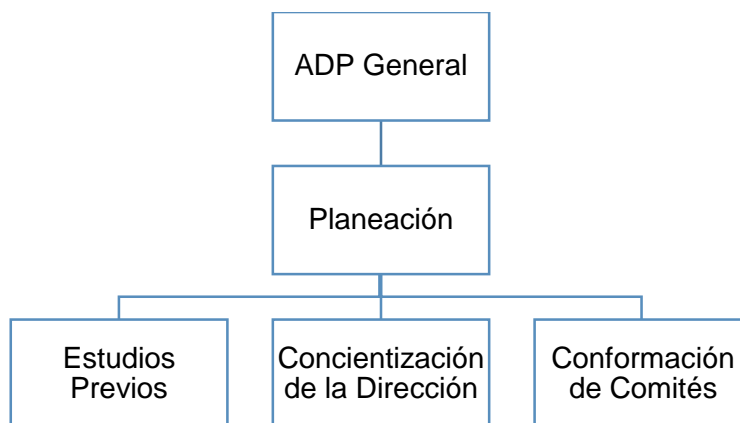
Fuente: Elaboración Propia

## 2.1 Desglose del trabajo

La estructura de desglose del trabajo (EDT) es una descomposición jerárquica, orientada al producto entregable del trabajo que será ejecutado por el equipo del proyecto, para lograr los objetivos del proyecto y crear los productos entregables requeridos<sup>16</sup>.

La finalidad de dichos entregables es por motivos de monitoreo de modo que se puede cuantificar en tiempo y costos cada uno de ellos y le permita al administrador del proyecto y a su equipo de trabajo poder ejecutar satisfactoriamente los objetivos de cada fase. EL EDT servirá entonces para definir y organizar el alcance total del proyecto y será de gran ayuda para la identificación de los elementos finales o paquetes de trabajo.

Ilustración 87 EDT General

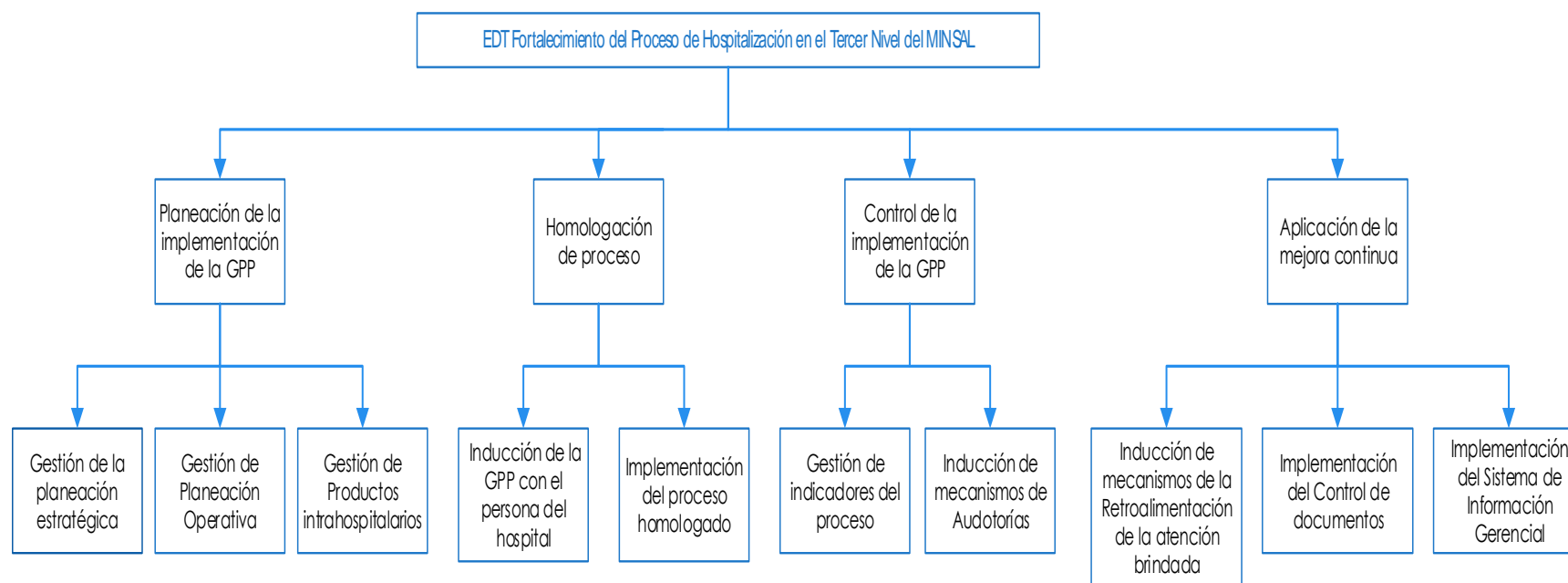


Fuente: Elaboración Propia

<sup>16</sup> Según: La Guía de PMBOOK /30-04-2012 / sección 10 segunda parte

El desglose del trabajo del proyecto para el modelo de gestión por procesos propuesto para el área de Hospitalización del Tercer Nivel de Atención del MINSAL que será implementado contendrá el misma Estructura de Desglose de Trabajo (EDT) ya que será la misma secuencia de actividades, el EDT se divide en cuatro entregables que cubren totalmente las necesidades del proyecto, estos se definen a continuación:

Ilustración 88 EDT Proyecto de fortalecimiento de Hospitalización del MINSAL



Fuente: Elaboración propia

## 2.2 Descripción de los Entregables y paquetes de Trabajo

Cuadro 70 Descripción de entregable: Planeación General

Entregable	Descripción	Paquetes
Planeación General	Este Entregable de la Implementación está orientada al acompañamiento de las actividades dirigidas a las parte estratégicas y operativas en la parte de la Planificación de las mismas para poder brindarle los requerimientos necesarios para la ejecución del proceso de Hospitalización	A. Estudios Previos B. Concientización de la dirección C. Conformación de comités

### Actividades por paquetes de trabajo

Cuadro 71 Descripción de Paquete A

A. Estudios Previos.	
Actividad	Descripción
A1 Realización de Estudios Previos	Para la implementación de la Gestión por Procesos se realizó una evaluación de la situación actual y se diseñaron propuestas de fortalecimiento adecuadas y que se ajusten a las condiciones de propias de cada hospital. El Estudio de Fortalecimiento de los Procesos de Hospitalización en los Hospitales de Tercer Nivel del MINSAL, el cual es el documento presentado realiza la función de estudios Previos y posee la suficiente información para desarrollar la Gestión por Procesos
A2 Presentación de estudios al MINSAL.	El grupo de trabajo de grado responsable de la realización del estudio, presenta sus hallazgos a la contra parte del estudio en este caso específico el MINSAL, el cual utilizará el estudio presentado para tomar decisiones sobre la implementación de la Gestión por Procesos en el área de Hospitalización del Tercer Nivel de Atención.
A3 Toma de decisión del MINSAL	Luego de la presentación del Estudio a las autoridades del MINSAL, responsables del Tercer Nivel de Atención, analizarán la información presentada para tomar decisión de implementación

Cuadro 72 Descripción de Paquete B

B. Concientización de la dirección	
Actividad	Descripción
B1 Preparar plan a seguir para concientizar a la alta dirección de los Hospitales	Los Responsables del Tercer Nivel de Atención del MINSAL prepararán los documentos necesarios para brindar a los Directores de los Hospitales información necesaria para que estos estén convencidos de los beneficios y el contenido de la Gestión por procesos para establecer su apoyo de los Hospitales en todos los niveles



B2 Convocatoria a Reunión.	Se convocará a reunión para tomar decisiones de la implementación a los directores de los Hospitales del Tercer Nivel
B3 Reunión del MINSAL con dirección de los Hospitales	Se presentará a los directores de los Hospitales los beneficios de implementar la GPP. Los hallazgos presentados en esta estudio y la metodología a seguir para implementarlo
B4 Toma de decisión	Los responsables del Tercer Nivel de Atención en conjunto con las autoridades de los Hospitales, analizarán la información presentada para tomar decisión de implementación.

Cuadro 73 Descripción de Paquete C

<b>C. Conformación de comités</b>	
<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>
C1 Convocatoria a conformación de Comité de Proyecto	En esta actividad se contempla la licitación para ofertar tres plazas para la conformación del Comité de Implementación de las propuestas de fortalecimiento a la Gestión en los Hospitales de Tercer Nivel
C2 Entrevistas y establecimiento de comité.	Los responsables del MINSAL, entrevistará a los candidatos y conformara el comité encargado de la implementación del Proyecto
C3 Presentación de objetivos de Proyecto a Comité	Se presentará a los miembros del Comité los objetivos y metas planteadas, además de los plazos y recursos a utilizar en la implementación
C4 Contratación de Coordinadores de los Comités de GPP	El comité de Implementación convocara a licitación para la contratación de los coordinadores de los Comité de GPP; será uno por cada Hospital
C5 Capacitación de Coordinadores de los Comités de GPP	Se le impartirán las funciones a cada coordinador y todo lo relacionado con la Gestión de Procesos en el área Hospitalaria
C6 Convocatoria a Reunión con los jefes de Servicios	Mediante correo electrónico se le hará llegar invitación a los jefes de servicios, asistencia a reunión informativa para la implantación de la gestión por proceso
C7 Elección de Miembros de Comité de GPP	De entre los Jefes de Servicio, se designaran los miembros del Comité de GPP que estarán bajo supervisión del coordinador, serán 6 miembros adicionales por Hospital, que tendrán las funciones establecidas en el manual de funciones del comité de Gestión por Procesos

Al completar estas actividades, se finaliza la primera fase de la implementación de la Gestión por Procesos en los Hospitales de Tercer Nivel.

La fase general del ADP es común para todos los Hospitales, las actividades propias de la Implementación dentro de cada uno de los Hospitales se mostrarán a continuación, y como ya se ha mencionado, aunque estas actividades sean repetitivas para cada hospital, la duración y costos dependerá de la cantidad de servicios que posea el Hospital.

*Cuadro 74 Descripción de Paquete Planeación de la Implementación de la GPP*

<b>Entregable</b>	<b>Descripción</b>	<b>Paquetes</b>
Planeación de la Implementación de la Gestión por Procesos	Este Entregable de la Implementación está orientada al acompañamiento de las actividades dirigidas a las parte estratégicas y operativas en la parte de la Planificación de las mismas para poder brindarle los requerimientos necesarios para la ejecución del proceso de Hospitalización	D. Gestión de la Planeación Estratégica E. Gestión de la Planeación Operativa F. Gestión de Productos Intrahospitalarios

### **Actividades por paquetes de trabajo.**

*Cuadro 75 Descripción de Paquete D*

<b>D. Gestión de la Planificación Estratégica.</b>	
<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>
D1 Convocatoria a capacitación de Gestión estratégica	El Comité de Gestión, enviará la invitación de carácter obligatorio a todas las jefaturas de los servicios de hospitalización, vía correo indicando el lugar y hora en la cual se llevará a cabo la capacitación, esta capacitación estará dirigida a la participación de Jefes de servicios tanto médicos como de enfermería.
D2 Capacitación de Gestión estratégica.	La capacitación estará a cargo del Comité de proyecto de implementación de Gestión por procesos. Aquí se detallarán el involucramiento que el personal de jefaturas tendrá con el desarrollo de este proceso, así como la importancia que tiene este de realizarse y la correcta realización del proceso
D3 Taller de Gestión estratégica	Después de la capacitación se realizará un taller en el cual se pondrá en marcha el desarrollo del proceso planteado para que los involucrados pongan en marcha el proceso y se familiaricen con la metodología
D4 Evaluación de la implementación del proceso de gestión	Luego de la realización de la capacitación y el taller de gestión estratégica, será necesaria la evaluación de resultados para poder encontrar oportunidades de mejora y realizar los ajustes necesarios y aclaraciones a las jefaturas participantes de esta área a fortalecer.

Cuadro 76 Descripción de Paquete E

<b>E. Gestión de la Planificación Operativa.</b>	
<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>
E1 Convocatoria a capacitación de Gestión Operativa	El Comité de Gestión, enviará la invitación de carácter obligatorio a todas las jefaturas de los servicios de hospitalización, así como el personal involucrado en la prestación del servicio, vía correo indicando el lugar y hora en la cual se llevará a cabo la capacitación. En esta capacitación se verá reflejada la importancia de la planificación tienen para poder brindar el servicio.
E2 Capacitación de Gestión estratégica.	La capacitación estará a cargo del Comité de Gestión por procesos. Aquí se detallarán el involucramiento que el personal tendrá con el desarrollo de este proceso, así como la importancia que tiene la planificación de los procesos para brindar de manera correcta el servicio.
E3 Taller de Gestión operativa	Después de la capacitación se realizará un taller en el cual se pondrá en marcha el desarrollo del proceso planteado para que los involucrados pongan en marcha el proceso y se familiaricen con la GPP. Este taller ira orientado a la preparación oportuna de los requerimientos del proceso operativo.
E4 Evaluación de la implementación del proceso de gestión operativa	Luego de la realización de la capacitación y el taller de gestión estratégica, será necesaria la evaluación de resultados para poder encontrar oportunidades de mejora y realizar los ajustes necesarios y aclaraciones a las jefaturas participantes de esta área a fortalecer.

Cuadro 77 Descripción de Paquete F

<b>F. Gestión de Productos Intrahospitalarios.</b>	
<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>
F1 Convocatoria a Reunión	El Comité de Gestión, enviará la invitación de carácter obligatorio a todas las jefaturas de los servicios de hospitalización, así como el personal involucrado en la prestación del servicio, vía correo indicando el lugar y hora en la cual se llevará a cabo la capacitación. En esta capacitación se verá reflejada la importancia de la planificación tienen para poder brindar el servicio.
F2 Reunión con Jefaturas de Servicios de Apoyo	Esta reunión servirá para presentar en los servicios de apoyo los beneficios de los servicios de apoyo, y la importancia de un trabajo en equipo entre las diferentes unidades para eliminar los desperdicios, e informar de capacitación a personal de apoyo.

F3 Capacitación de Personal de Servicios de Apoyo	Una capacitación al personal de apoyo para mostrarles los mecanismos de control de Productos de NO conformidad, y la importancia de la reducción de desperdicios.
F4 Taller de Gestión por procesos	El taller se realizara entre los involucrados directos en la prestación de servicios de apoyo y el personal de Hospitalización sobre la correcta utilización de los mecanismos de comunicación entre las áreas
F5 Evaluación de la implementación del proceso de gestión	Luego de la realización de la capacitación y el taller de gestión estratégica, será necesaria la evaluación de resultados para poder encontrar oportunidades de mejora y realizar los ajustes necesarios y aclaraciones a las jefaturas participantes de esta área a fortalecer.

*Cuadro 78 Descripción del Paquete Homologación de los Procesos de Hospitalización*

Entregable	Descripción	Paquetes
Homologación de los Procesos de Hospitalización	Involucra todas las actividades necesarias para que los ejecutantes del proceso reciban la inducción y documentación de todos los procesos y procedimientos que tienen a cargo. Esto servirá de igual forma para establecer a los encargados de los procesos.	G. Inducción de la GPP con el personal del hospital. H Implementación del proceso homologado

#### Actividades por paquetes de trabajo.

G. Inducción de la GPP con el personal del hospital.	
Actividad	Descripción
G1 Informar sobre la homologación y fortalecimiento del proceso de hospitalización	La Dirección de los hospitales por medio de la división médica, enviará la invitación de carácter obligatorio a todas las jefaturas de los servicios de hospitalización, vía correo sobre la capacitación sobre gestión de procesos, El encargado de la división Medica, en conjunto con el comité del GPP dará una breve explicación del motivo de la reunión y el porqué de la nueva forma de trabajar.
G2 Capacitar a usuarios sobre el uso de los manuales.	La capacitación estará a cargo de un especialista en organización y métodos (coordinador del Comité de Gestión por procesos) en conjunto con el encargado de la División médica. Aquí se detallarán los responsables de cada proceso y como es el flujo en cada proceso hospitalario, incluyendo el uso de nuevos formularios e indicadores de eficiencia.
G3 Entregar a usuarios en físico y digital los manuales	Después de la capacitación la División médica debe hacer entrega física y vía correo con copia a la dirección del

	hospital de los manuales de procesos y a cada uno de los servicios hospitalarios. Para que sea el personal responsable del proceso en coordinación con el comité los encargados de dar a conocerlo al personal operativo
G4 Capacitar a operarios operativos sobre la Gestión por Procesos	En cada servicio las jefaturas realizarán charlas inductivas al personal operativo
G5 Evaluación de la implementación del proceso	Luego de la realización de las charlas, será necesaria la evaluación de resultados para poder encontrar oportunidades de mejora y realizar los ajustes necesarios y aclaraciones a las jefaturas participantes de esta área a fortalecer.

Cuadro 79 Descripción de Paquete H

<b>H. Implementación del proceso homologado</b>	
<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>
H1 Convocar a capacitación al personal	El comité convocará al personal a participar en la capacitación de implementación del Proceso Homologado, esta actividad se realizará por grupos de personal de cada uno de los servicios hospitalarios
H2 Capacitación General al personal de Implementación del Sistema de Gestión de procesos	El Comité de GPP capacitará al personal sobre el uso del manual de procesos y procedimientos, el por qué y los resultados que se esperan obtener. Especificando los formularios asociados a cada uno y la forma de cómo realizar el respectivo llenado
H3 Taller enfocado en la mejora y fortalecimiento de procesos nuevos	Los responsables de cada proceso convocarán al personal de enfermería y médico que participa en cada uno de los subprocesos, para enseñar de manera específica. Las actividades que conlleva cada proceso
H4 Evaluación y seguimiento del desempeño del personal	Se realizará un levantamiento inicial del desempeño del personal y con respecto a este se realizará evaluaciones con el fin de verificar el aprendizaje el personal y oportunidades de mejora

Cuadro 80 Descripción de Paquete Control de la GPP

<b>Entregable</b>	<b>Descripción</b>	<b>Paquetes</b>
Control de la Gestión por Procesos	La importancia del control en el proceso de Hospitalización es fundamental en la prestación del servicio, que esta sea del conocimiento y manejo del personal que presta este servicio es necesariamente obligatorio y por ello en este entregable se establecen los mecanismos para facilitar la implementación en el proceso.	I. Gestión de indicadores. J Inducción de Mecanismos de Auditoria

## Actividades por paquetes de trabajo.

Cuadro 81 Descripción de Paquete I

<b>I. Gestión de Indicadores.</b>	
<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>
I1 Convocatoria a capacitación	El Comité de Gestión, enviará la invitación de carácter obligatorio a todas las jefaturas de los servicios de hospitalización, vía correo indicando el lugar y hora en la cual se llevará a cabo la capacitación, esta capacitación estará dirigida a la participación de Jefes de servicios tanto médicos como de enfermería.
I2 Capacitación de Indicadores con Jefes de Servicio	La capacitación estará a cargo del Comité de Gestión por procesos. Aquí se detallarán el involucramiento que el personal de jefaturas tendrá con el desarrollo de este proceso y la relevancia del control del proceso
I3 Taller de Gestión de Indicadores con Jefes de Servicio	Después de la capacitación se realizará un taller en el cual se pondrá en marcha el desarrollo del proceso planteado para que los involucrados pongan en marcha el proceso y se familiaricen con la metodología Además se podrá evidenciar la importancia que el control tiene para la toma de decisiones en el proceso operativo.
I4 Capacitación de Indicadores con personal de Servicio	La capacitación estará a cargo del Comité de Gestión por procesos destinada a el personal operativo del servicio para hacerlos partícipes de la importancia del control de los procesos (esta ha de realizarse por bloques de personal de manera paulatina)
I5 Taller de Gestión de Indicadores con personal de Servicio	Después de la capacitación se realizará un taller en el cual se pondrá en marcha el desarrollo del proceso planteado para que los involucrados pongan en marcha el proceso y se familiaricen con la metodología Además se podrá evidenciar la importancia que el control tiene para la toma de decisiones en el proceso operativo.
I6 Evaluación de la implementación del control proceso de gestión	Luego de la realización de la capacitación y el taller de gestión estratégica, será necesaria la evaluación de resultados para poder encontrar oportunidades de mejora y realizar los ajustes necesarios y aclaraciones a las jefaturas participantes de esta área a fortalecer.

Cuadro 82 Descripción de Paquete J

<b>J Inducción de Mecanismos de Auditoria</b>	
<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>
J1 Capacitación al personal sobre mecanismos de auditoria	El Comité de GPP capacitaran al personal sobre la realización de auditorías, esta capacitación está orientada a los jefes de Servicios.
J2 Prueba piloto de realización de auditoria interna	Los responsables de cada proceso convocaran al personal de enfermería y médico que participa en cada uno de los subprocesos, para enseñar de manera específica las prácticas de auditoria para cuando se presenten las siguientes evaluaciones
J3 Evaluación y seguimiento Prueba piloto	Se realizara un informe inicial los aspectos relevantes encontrados en la auditoria y se realizara el respectivo seguimiento de las brechas de mejora encontradas

Cuadro 83 Descripción de Paquete Aplicación de la Mejora Continua

<b>Entregable</b>	<b>Descripción</b>	<b>Paquetes</b>
Aplicación de la mejora continua	El paquete de trabajo contiene actividades enfocadas al personal del Comité de Gestión por Proceso de manera que todos los integrantes conozcan, entiendan y pongan en práctica los manuales, procedimientos y responsabilidades dentro del proceso, con el fin de aplicar acciones de mejora continua en el proceso de hospitalización, además se establece los medios de comunicación utilizados dentro de la institución Hospitalaria, para asegurar que la información que se tenga la necesidad de ser comunicada sea recibida en el momento y por el medio adecuado.	<p>K. Inducción de mecanismos de la Retroalimentación de la atención brindada.</p> <p>L. Implementación del Control de documentos.</p> <p>M. Implementación del Sistema de Información Gerencial.</p>

### Actividades por paquetes de trabajo.

Cuadro 84 Descripción de Paquete K

<b>K. Inducción de mecanismos de la Retroalimentación de la atención brindada</b>	
<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>
K1 Convocatoria a capacitación	El Comité, enviará la invitación de carácter obligatorio a todas las jefaturas de los servicios de hospitalización, vía correo indicando el lugar y hora en la cual se llevará a cabo la capacitación, esta capacitación estará dirigida a la participación de Jefes de servicios tanto médicos como de enfermería.



K2 Capacitar al personal sobre el procedimiento de manejo de quejas y sugerencias internas y externas.	Saber transformar la información del proceso de hospitalización desde el punto de vista del cliente interno y externo, en acciones de mejora a través de la ejecución del procedimiento de manejo de quejas y sugerencias. Capacitar en el tema de satisfacción del cliente con base a la metodología SERVQUAL
K3 Instalación de Buzón de Sugerencias	Una vez aprobado el buzón de sugerencias, se procede a su instalación en los lugares estratégicos.
K4 Divulgar uso de buzón de Sugerencias	Consiste en hacer la divulgación tanto interna como externa del buzón de sugerencias
K5 Presentación del manual de mejora continua.	Conocer el contenido del Manual de mejora continua en el cual se encuentran los formularios a utilizar dentro del subproceso Retroalimentación de la atención brindada: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulario para la identificación de problemas y acciones preventivas</li> <li>• Formulario para quejas y sugerencias del área de Hospitalización.</li> <li>• Encuesta para pacientes egresados del Proceso de Hospitalización.</li> </ul>

<b>L. Implementación del Control de documentos</b>	
<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>
L1 Informar al personal sobre el control de documentos	Hacer saber al personal operativo los documentos bajo los cuales el proceso de Hospitalización será regido, además de la manera en que sus observaciones se harán llegar para mejoras
L2 Determinar las necesidades surgidas sobre los documentos.	Aplica para la elaboración, modificación, eliminación de documentos, con el fin de tener documentos actualizados en concordancia con el proceso, leyes y normativas vigentes.
L3 Evaluación de Documentos	Se realizara un ejercicio sobre la manera de cómo realizar el control de la comunicación

Cuadro 85 Descripción de Paquete M

<b>M. Implementación del Sistema de Información Gerencial</b>	
<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>
M1 Convocatoria a charla sobre implementación de SIG	El Comité, enviará la invitación de carácter obligatorio a todas las jefaturas de los servicios de hospitalización, vía correo indicando el lugar y hora en la cual se llevará a cabo la capacitación, esta capacitación estará dirigida a la participación de Jefes de servicios tanto médicos como de enfermería.



M2 Capacitaciones del Flujo de Comunicación en el servicio de hospitalización y sus involucrados	Orientar el flujo correcto de la comunicación con el objetivo que la información llegue al destino preciso para su pronta resolución según sea el contenido del documento informativo.
M3 Taller de uso de Informes y flujo de información	El personal operativo realizara taller de uso de SIG y llenado de instrumentos de comunicación.
M4 Verificación del correcto llenado de los registros generados en cada procedimiento	Se presentara un Sistema de Información Gerencial con los formularios a llenar según cada procedimiento y el manejo de estos para el análisis de los resultados.

Nota: El desglose de actividades desde el paquete de trabajo D hasta el M, se describen una vez, pero estos paquetes de trabajo han de realizarse en cada uno de los Hospitales del Tercer Nivel de Atención del MINSAL, en las siguientes tablas que se presentarán la duración en días y los costos asociados a las actividades además del Código de la actividad el código será acompañado de las iniciales del Hospital a cuál pertenecen.

## 2.3 Duración y costos de paquetes

Tabla 158 Duración y costos de paquetes

Paquete	cód	Actividad	Precedencia	Duración (Días)	Costo
A. Estudios Previos	A1	Realización de Estudios Previos	-	-	\$ 4245.60
	A2	Presentación de estudios al MINSAL	A1	2	\$ 30.00
	A3	Toma de decisión del MINSAL	A2	2	\$ 30.00
B. Concientización de la Dirección	B1	Preparar plan a seguir para concientizar a la alta dirección de los Hospitales	A3	5	\$ 20.00
	B2	Convocatoria a Reunión.	B1	3	\$ 5.00
	B3	Reunión del MINSAL con dirección de los Hospitales	B2	2	\$ 30.00
	B4	Toma de decisión	B3	4	\$ 30.00
C. Conformación de Comités	C1	Convocatoria a conformación de Comité de Proyecto	B4	15	\$ 60.00
	C2	Entrevistas y establecimiento de comité	C1	4	\$ 120.00

	C3	Presentación de objetivos de Proyecto a Comité	C2	3	\$ 40.00
	C4	Contratación de Coordinadores de los Comités de GPP	C3	5	\$ 6500.00
	C5	Capacitación de Coordinadores de los Comités de GPP	C4	10	\$ 180.00
	C6	Convocatoria a Reunión con los jefes de Servicios	C5	3	\$ 5.00
	C7	Elección de Miembros de Comité de GPP	C6	2	\$ 30.00
<b>TOTAL</b>				<b>60</b>	<b>\$11325.60</b>

### Duración y costos de paquetes ADP Hospital Nacional Rosales

Tabla 159 Duración y costos de paquetes ADP Hospital Nacional Rosales

Paquete	cód.	Actividad	Precedencia	Duración (Días)	Costo
DHR- Gestión de la Planeación Estratégica	DHR1	Convocatoria a capacitación de Gestión estratégica	C7	2	\$10.00
	DHR2	Capacitación de Gestión estratégica	DHR1	2	\$78.00
	DHR3	Taller de Gestión estratégica	DHR2	2	\$130.00
	DHR4	Evaluación de la implementación del proceso de gestión	DHR3	3	\$90.00
EHR- Gestión de la Planeación Operativa	EHR1	Convocatoria a capacitación de Gestión Operativa	C7	2	\$10.00
	EHR2	Capacitación de Gestión estratégica.	EHR1	5	\$78.00
	EHR3	Taller de Gestión operativa	EHR2	5	\$130.00
	EHR4	Evaluación de la implementación del proceso de gestión operativa	EHR3	4	\$90.00
FHR- Gestión de Productos Intrahospitalarios	FHR1	Convocatoria a Reunión	C7	2	\$10.00
	FHR2	Reunión con Jefaturas de Servicios de Apoyo	FHR1	1	\$60.00

	FHR3	Capacitación de Personal de Servicios de Apoyo	FHR2	2	\$78.00
	FHR4	Taller de Gestión por procesos	FHR3	4	\$130.00
	FHR5	Evaluación de la implementación del proceso de gestión	FHR4	5	\$90.00
GHR- Inducción de la GPP con el personal del hospital.	GHR 1	Informar sobre la homologación y fortalecimiento del proceso de hospitalización	DHR4 EHR4 FHR5	6	\$225.53
	GHR 2	Capacitar a usuarios sobre el uso de los manuales.	GHR1	3	\$ 355.67
	GHR 3	Entregar a usuarios en físico y digital los manuales	GHR2	1	\$ 36.60
	GHR 4	Capacitar a operarios operativos sobre la Gestión por Procesos	GHR3	6	\$ 755.67
	GHR 5	Evaluación de la implementación del proceso	GHR4	3	\$ 135.67
HHR- Implementación del proceso homologado	HHR 1	Convocar a capacitación personal	GHR5	2	\$10.00
	HHR 2	Capacitación General al personal de Implementación del Sistema de Gestión de procesos	HHR1	4	\$ 677.02
	HHR 3	Taller enfocado en la mejora y fortalecimiento de procesos nuevos	HHR2	1	\$ 91.86
	HHR 4	Evaluación y seguimiento del desempeño del personal	HHR3	4	\$ 304.24
IHR- Gestión de indicadores	IHR1	Convocatoria a capacitación	HHR4	2	\$10.00
	IHR2	Capacitación de Indicadores con Jefes de Servicio	IHR1	2	\$60.00

	IHR3	Taller de Gestión de Indicadores con Jefes de Servicio	IHR2	2	\$120.00
	IHR4	Capacitación de Indicadores con personal de Servicio	IHR3	5	\$78.00
	IHR5	Taller de Gestión de Indicadores con personal de Servicio	IHR4	5	\$160.00
	IHR6	Evaluación de la implementación del control proceso de gestión	IHR5	4	\$90.00
JHR- Inducción de Mecanismos de Auditoria	JHR1	Capacitación al personal sobre mecanismos de auditoria	IHR6	3	\$60.00
	JHR2	Prueba piloto de realización de auditoria interna	JHR1	5	\$235.00
	JHR3	Evaluación y seguimiento Prueba piloto	JHR2	8	\$120.00
KHR- Inducción de mecanismos de la Retroalimentación de la atención brindada	KHR1	Convocatoria a capacitación	HHR4	2	\$10.00
	KHR2	Capacitar al personal sobre el procedimiento de manejo de quejas y sugerencias internas y externas	KHR1	3	\$85.00
	KHR3	Instalación de Buzón de Sugerencias	KHR2	2	\$98.00
	KHR4	Divulgar uso de buzón de Sugerencias	KHR3	10	\$60.00
	KHR5	Presentación del manual de mejora continua.	KHR4	3	\$40.00
LHR- Implementación del Control de documentos	LHR1	Informar al personal sobre el control de documentos	KHR5	2	\$102.00
	LHR2	Determinar las necesidades surgidas sobre los documentos.	LHR1	3	\$25.00
	LHR3	Evaluación de Documentos	LHR2	3	\$25.00

MHR- Implementación del Sistema de Información Gerencial	MHR 1	Convocatoria a charla sobre implementación de SIG	LHR3	2	\$10.00
	MHR 2	Capacitaciones del Flujo de Comunicación en el servicio de hospitalización y sus involucrados	MHR1	3	\$135
	MHR 3	Taller de uso de Informes y flujo de información	MHR2	3	\$ 135.67
	MHR 4	Verificación del correcto llenado de los registros generados en cada procedimiento	MHR3	3	\$ 112.37
Total				144	\$5529.0 6

### Duración y costos de paquetes ADP Hospital Benjamín Bloom

Tabla 160 Duración y costos de paquetes ADP HNNBB

Paquete	cód.	Actividad	Precedencia	Duración (Días)	Costo
DHBB- Gestión de la Planeación Estratégica	DHBB1	Convocatoria a capacitación de Gestión estratégica	MHR4	2	\$10.00
	DHBB2	Capacitación de Gestión estratégica	DHBB1	2	\$68.00
	DHBB3	Taller de Gestión estratégica	DHBB2	2	\$110.00
	DHBB4	Evaluación de la implementación del proceso de gestión	DHBB3	2	\$60.00
EHBB- Gestión de la Planeación Operativa	EHBB1	Convocatoria a capacitación de Gestión Operativa	MHR4	2	\$10.00
	EHBB2	Capacitación de Gestión estratégica.	EHBB1	3	\$68.00
	EHBB3	Taller de Gestión operativa	EHBB2	3	\$100.00
	EHBB4	Evaluación de la implementación del proceso de gestión operativa	EHBB3	3	\$65.00
	FHBB1	Convocatoria a Reunión	MHR4	2	\$8.00

FHBB- Gestión de Productos Intrahospitalarios	FHBB2	Reunión con Jefaturas de Servicios de Apoyo	FHBB1	1	\$50.00
	FHBB3	Capacitación de Personal de Servicios de Apoyo	FHBB2	2	\$68.00
	FHBB4	Taller de Gestión por procesos	FHBB3	3	\$110.00
	FHBB5	Evaluación de la implementación del proceso de gestión	FHBB4	4	\$90.00
GHBB- Inducción de la GPP con el personal del hospital.	GHBB1	Informar sobre la homologación y fortalecimiento del proceso de hospitalización	DHBB4 EHBB4 FHBB5	5	\$205.53
	GHBB2	Capacitar a usuarios sobre el uso de los manuales.	GHBB1	2	\$ 315.67
	GHBB3	Entregar a usuarios en físico y digital los manuales	GHBB2	1	\$ 200.00
	GHBB4	Capacitar a operarios operativos sobre la Gestión por Procesos	GHBB3	6	\$ 655.67
	GHBB5	Evaluación de la implementación del proceso	GHBB4	2	\$ 95.67
HHBB- Implementación del proceso homologado	HHBB1	Convocar a capacitación al personal	GHBB5	2	\$8.00
	HHBB2	Capacitación General al personal de Implementación del Sistema de Gestión de procesos	HHBB1	3	\$ 600.00
	HHBB3	Taller enfocado en la mejora y fortalecimiento de procesos nuevos	HHBB2	1	\$ 67.86
	HHBB4	Evaluación y seguimiento del desempeño del personal	HHBB3	3	\$ 254.24

IHBB- Gestión de indicadores	IHBB1	Convocatoria a capacitación	HHBB4	2	\$8.00
	IHBB2	Capacitación de Indicadores con Jefes de Servicio	IHBB1	2	\$60.00
	IHBB3	Taller de Gestión de Indicadores con Jefes de Servicio	IHBB2	2	\$120.00
	IHBB4	Capacitación de Indicadores con personal de Servicio	IHBB3	4	\$68.00
	IHBB5	Taller de Gestión de Indicadores con personal de Servicio	IHBB4	4	\$140.00
	IHBB6	Evaluación de la implementación del control proceso de gestión	IHBB5	3	\$75.00
JHBB- Inducción de Mecanismos de Auditoria	JHBB1	Capacitación al personal sobre mecanismos de auditoria	IHBB6	3	\$60.00
	JHBB2	Prueba piloto de realización de auditoria interna	JHBB1	5	\$235.00
	JHBB3	Evaluación y seguimiento Prueba piloto	JHBB2	6	\$100.00
KHBB- Inducción de mecanismos de la Retroalimentación de la atención brindada	KHBB1	Convocatoria a capacitación	HHBB4	2	\$8.00
	KHBB2	Capacitar al personal sobre el procedimiento de manejo de quejas y sugerencias internas y externas	KHBB1	3	\$85.00
	KHBB3	Instalación de Buzón de Sugerencias	KHBB2	2	\$98.00
	KHBB4	Divulgar uso de buzón de Sugerencias	KHBB3	10	\$60.00
	KHBB5	Presentación del manual de mejora continua.	KHBB4	2	\$40.00
LHBB- Implementación	LHBB1	Informar al personal sobre el control de documentos	KHBB5	2	\$102.00

del Control de documentos	LHBB2	Determinar las necesidades surgidas sobre los documentos.	LHBB1	2	\$25.00
	LHBB3	Evaluación de Documentos	LHBB2	2	\$25.00
MHBB- Implementación del Sistema de Información Gerencial	MHBB 1	Convocatoria a charla sobre implementación de SIG	LHBB3	2	\$8.00
	MHBB 2	Capacitaciones del Flujo de Comunicación en el servicio de hospitalización y sus involucrados	MHBB1	2	\$125.00
	MHBB 3	Taller de uso de Informes y flujo de información	MHBB2	2	\$ 125.67
	MHBB 4	Verificación del correcto llenado de los registros generados en cada procedimiento	MHBB3	2	\$ 112.37
				120	\$4899.01

### Duración y costos de paquetes ADP Hospital de la Mujer

Tabla 161 Duración y costos de paquetes ADP HNM

Paquete	cód.	Actividad	Precedencia	Duración (Días)	Costo
DHM- Gestión de la Planeación Estratégica	DHM1	Convocatoria a capacitación de Gestión estratégica	MHBB4	1	\$5.00
	DHM2	Capacitación de Gestión estratégica	DHM1	2	\$68.00
	DHM3	Taller de Gestión estratégica	DHM2	2	\$90.00
	DHM4	Evaluación de la implementación del proceso de gestión	DHM3	2	\$50.00
EHM- Gestión de la Planeación Operativa	EHM1	Convocatoria a capacitación de Gestión Operativa	MHBB4	1	\$5.00
	EHM2	Capacitación de Gestión estratégica.	EHM1	2	\$48.00
	EHM3	Taller de Gestión operativa	EHM2	2	\$80.00



	EHM4	Evaluación de la implementación del proceso de gestión operativa	EHM3	2	\$35.00
FHM- Gestión de Productos Intrahospitalarios	FHM1	Convocatoria a Reunión	MHBB4	1	\$5.00
	FHM2	Reunión con Jefaturas de Servicios de Apoyo	FHM1	1	\$50.00
	FHM3	Capacitación de Personal de Servicios de Apoyo	FHM2	2	\$68.00
	FHM4	Taller de Gestión por procesos	FHM3	2	\$85.00
	FHM5	Evaluación de la implementación del proceso de gestión	FHM4	2	\$40.00
GHM- Inducción de la GPP con el personal del hospital.	GHM 1	Informar sobre la homologación y fortalecimiento del proceso de hospitalización	DHM4 EHM4 FHM5	4	\$185.53
	GHM 2	Capacitar a usuarios sobre el uso de los manuales.	GHM1	2	\$ 265.67
	GHM 3	Entregar a usuarios en físico y digital los manuales	GHM2	1	\$ 150.00
	GHM 4	Capacitar a operarios operativos sobre la Gestión por Procesos	GHM3	4	\$ 455.67
	GHM 5	Evaluación de la implementación del proceso	GHM4	2	\$ 95.67
HHM- Implementación del proceso homologado	HHM1	Convocar a capacitación al personal	GHM5	1	\$5.00
	HHM2	Capacitación General al personal de Implementación del Sistema de Gestión de procesos	HHM1	2	\$ 500.00
	HHM3	Taller enfocado en la mejora y fortalecimiento de procesos nuevos	HHM2	1	\$ 67.86
	HHM4	Evaluación y seguimiento del	HHM3	2	\$ 164.24

		desempeño del personal			
IHM- Gestión de indicadores	IHM1	Convocatoria a capacitación	HHM4	1	\$5.00
	IHM2	Capacitación de Indicadores con Jefes de Servicio	IHM1	2	\$60.00
	IHM3	Taller de Gestión de Indicadores con Jefes de Servicio	IHM2	2	\$120.00
	IHM4	Capacitación de Indicadores con personal de Servicio	IHM3	3	\$48.00
	IHM5	Taller de Gestión de Indicadores con personal de Servicio	IHM4	3	\$110.00
	IHM6	Evaluación de la implementación del control proceso de gestión	IHM5	2	\$65.00
JHM- Inducción de Mecanismos de Auditoria	JHM1	Capacitación al personal sobre mecanismos de auditoria	IHM6	2	\$40.00
	JHM2	Prueba piloto de realización de auditoria interna	JHM1	3	\$145.00
	JHM3	Evaluación y seguimiento Prueba piloto	JHM2	4	\$70.00
KHM- Inducción de mecanismos de la Retroalimentación de la atención brindada	KHM1	Convocatoria a capacitación	HHM4	1	\$5.00
	KHM2	Capacitar al personal sobre el procedimiento de manejo de quejas y sugerencias internas y externas	KHM1	2	\$65.00
	KHM3	Instalación de Buzón de Sugerencias	KHM2	2	\$98.00
	KHM4	Divulgar uso de buzón de Sugerencias	KHM3	10	\$60.00
	KHM5	Presentación del manual de mejora continua.	KHM4	2	\$40.00

LHM- Implementación del Control de documentos	LHM1	Informar al personal sobre el control de documentos	KHM5	1	\$78.00
	LHM2	Determinar las necesidades surgidas sobre los documentos.	LHM1	2	\$25.00
	LHM3	Evaluación de Documentos	LHM2	2	\$25.00
MHM- Implementación del Sistema de Información Gerencial	MHM 1	Convocatoria a charla sobre implementación de SIG	LHM3	1	\$5.00
	MHM 2	Capacitaciones del Flujo de Comunicación en el servicio de hospitalización y sus involucrados	MHM1	2	\$125.00
	MHM 3	Taller de uso de Informes y flujo de información	MHM2	2	\$ 125.67
	MHM 4	Verificación del correcto llenado de los registros generados en cada procedimiento	MHM3	2	\$ 112.37
Total				92	\$3945,68

**El monto total de inversión en concepto de ADP es de \$25,699.35**

### 2.3.1 Holguras de las actividades

La holgura de una actividad es el margen de tiempo que disponemos para realizar esa actividad sin retrasar el proyecto, según las fechas que hayamos fijado en su planificación. Es clave tenerla en cuenta si queremos llegar a tiempo a una fecha, ya sea el propio final del proyecto o un hito programado para un día en concreto.

La holgura de las actividades se calcula teniendo en cuenta:

- Duración de las actividades
- Actividades fijadas en fechas concretas
- Dependencias entre las actividades

De esta manera, se crea un camino crítico que identifica las actividades que deben hacer primero si queremos llegar a tiempo a esos plazos fijados. Se prioriza el trabajo.

Tabla 162 Holguras del ADP

Precedencia	Duración	IMP	FMP	IMT	FMT	Holgura Total	HL	HI
-	0	0	0	0	0	0	0	0
A1	2	0	2	0	2	0	0	0
A2	2	2	4	2	4	0	0	0
A3	5	4	9	4	9	0	0	0
B1	3	9	12	9	12	0	0	0
B2	2	12	14	12	14	0	0	0
B3	4	14	18	14	18	0	0	0
B4	15	18	33	18	33	0	0	0
C1	4	33	37	33	37	0	0	0
C2	3	37	40	37	40	0	0	0
C3	5	40	45	40	45	0	0	0
C4	10	45	55	45	55	0	0	0
C5	3	55	58	55	58	0	0	0
C6	2	58	60	58	60	0	0	0
C7	2	60	62	67	69	7	-7	14
DHR1	2	62	64	69	71	7	-7	14
DHR2	2	64	66	71	73	7	-7	14
DHR3	3	66	69	73	76	7	-7	14
C7	2	60	62	60	62	0	0	0
EHR1	5	62	67	62	67	0	0	0
EHR2	5	67	72	67	72	0	0	0
EHR3	4	72	76	72	76	0	0	0
C7	2	60	62	62	64	2	-2	4
FHR1	1	62	63	64	65	2	-2	4
FHR2	2	63	65	65	67	2	-2	4
FHR3	4	65	69	67	71	2	-2	4
FHR4	5	69	74	71	76	2	-2	4
DHR4, EHR4, FHR5	6	76	82	76	82	0	0	0
GHR1	3	82	85	82	85	0	0	0
GHR2	1	85	86	85	86	0	0	0
GHR3	6	86	92	86	92	0	0	0
GHR4	3	92	95	92	95	0	0	0
GHR5	2	95	97	95	97	0	0	0
HHR1	4	97	101	97	101	0	0	0
HHR2	1	101	102	101	102	0	0	0
HHR3	4	102	106	102	109	0	0	0
HHR4	2	106	108	106	111	0	0	0

<b>IHR1</b>	2	108	110	108	113	0	0	0
<b>IHR2</b>	2	110	112	110	115	0	0	0
<b>IHR3</b>	5	112	117	112	120	0	0	0
<b>IHR4</b>	5	117	122	117	125	0	0	0
<b>IHR5</b>	4	122	126	122	129	0	0	0
<b>IHR6</b>	3	126	129	126	132	0	0	0
<b>JHR1</b>	5	129	134	129	137	0	0	0
<b>JHR2</b>	8	134	142	134	145	0	0	0
<b>HHR4</b>	2	106	108	106	108	0	0	0
<b>KHR1</b>	3	108	111	108	111	0	0	0
<b>KHR2</b>	2	111	113	111	113	0	0	0
<b>KHR3</b>	10	113	123	113	123	0	0	0
<b>KHR4</b>	3	123	126	123	126	0	0	0
<b>KHR5</b>	2	126	128	126	128	0	0	0
<b>LHR1</b>	3	128	131	128	131	0	0	0
<b>LHR2</b>	3	131	134	131	134	0	0	0
<b>LHR3</b>	2	134	136	134	136	0	0	0
<b>MHR1</b>	3	136	139	136	139	0	0	0
<b>MHR2</b>	3	139	142	139	142	0	0	0
<b>MHR3</b>	3	142	145	142	145	0	0	0
<b>MHR4</b>	2	145	147	149	151	4	-4	8
<b>DHBB1</b>	2	147	149	151	153	4	-4	8
<b>DHBB2</b>	2	149	151	153	155	4	-4	8
<b>DHBB3</b>	2	151	153	155	157	4	-4	8
<b>MHR4</b>	2	145	147	146	148	1	-1	2
<b>EHBB1</b>	3	147	150	148	151	1	-1	2
<b>EHBB2</b>	3	150	153	151	154	1	-1	2
<b>EHBB3</b>	3	153	156	154	157	1	-1	2
<b>MHR4</b>	2	145	147	145	147	0	0	0
<b>FHBB1</b>	1	147	148	147	148	0	0	0
<b>FHBB2</b>	2	148	150	148	150	0	0	0
<b>FHBB3</b>	3	150	153	150	153	0	0	0
<b>FHBB4</b>	4	153	157	153	157	0	0	0
<b>DHBB4, EHBB4, FHBB5</b>	5	157	162	157	162	0	0	0
<b>GHBB1</b>	2	162	164	162	164	0	0	0
<b>GHBB2</b>	1	164	165	164	165	0	0	0
<b>GHBB3</b>	6	165	171	165	171	0	0	0
<b>GHBB4</b>	2	171	173	171	173	0	0	0

<b>GHBB5</b>	2	173	175	173	175	0	0	0
<b>HHBB1</b>	3	175	178	175	178	0	0	0
<b>HHBB2</b>	1	178	179	178	179	0	0	0
<b>HHBB3</b>	3	179	182	179	183	0	0	0
<b>HHBB4</b>	2	182	184	183	185	1	-1	2
<b>IHBB1</b>	2	184	186	185	187	1	-1	2
<b>IHBB2</b>	2	186	188	187	189	1	-1	2
<b>IHBB3</b>	4	188	192	189	193	1	-1	2
<b>IHBB4</b>	4	192	196	193	197	1	-1	2
<b>IHBB5</b>	3	196	199	197	200	1	-1	2
<b>IHBB6</b>	3	199	202	200	203	1	-1	2
<b>JHBB1</b>	5	202	207	203	208	1	-1	2
<b>JHBB2</b>	6	207	213	208	214	1	-1	2
<b>HHBB4</b>	2	182	184	182	184	0	0	0
<b>KHBB1</b>	2	184	186	184	186	0	0	0
<b>KHBB2</b>	2	186	188	186	188	0	0	0
<b>KHBB3</b>	10	188	198	188	198	0	0	0
<b>KHBB4</b>	2	198	200	198	200	0	0	0
<b>KHBB5</b>	2	200	202	200	202	0	0	0
<b>LHBB1</b>	2	202	204	202	204	0	0	0
<b>LHBB2</b>	2	204	206	204	206	0	0	0
<b>LHBB3</b>	2	206	208	206	208	0	0	0
<b>MHBB1</b>	2	208	210	208	210	0	0	0
<b>MHBB2</b>	2	210	212	210	212	0	0	0
<b>MHBB3</b>	2	212	214	212	214	0	0	0
<b>MHBB4</b>	1	214	215	216	217	2	-2	4
<b>DHM1</b>	2	215	217	217	219	2	-2	4
<b>DHM2</b>	2	217	219	219	221	2	-2	4
<b>DHM3</b>	2	219	221	221	223	2	-2	4
<b>MHBB4</b>	1	214	215	214	216	0	0	0
<b>EHM1</b>	2	215	217	216	218	1	-1	2
<b>EHM2</b>	2	217	219	218	220	1	-1	2
<b>EHM3</b>	2	219	221	220	222	1	-1	2
<b>MHBB4</b>	1	214	222	214	215	0	0	0
<b>FHM1</b>	1	215	215	215	216	0	0	0
<b>FHM2</b>	2	216	217	216	218	0	0	0
<b>FHM3</b>	2	218	219	218	220	0	0	0
<b>FHM4</b>	2	220	221	220	222	0	0	0

<b>DHM4, EHM4, FHM5</b>	4	222	226	222	226	0	0	0
<b>GHM1</b>	2	226	228	226	228	0	0	0
<b>GHM2</b>	1	228	229	228	229	0	0	0
<b>GHM3</b>	4	229	233	229	233	0	0	0
<b>GHM4</b>	2	233	235	233	235	0	0	0
<b>GHM5</b>	1	235	236	235	236	0	0	0
<b>HHM1</b>	2	236	238	236	238	0	0	0
<b>HHM2</b>	1	238	239	238	239	0	0	0
<b>HHM3</b>	2	239	241	239	241	0	0	0
<b>HHM4</b>	1	241	242	248	249	7	-7	14
<b>IHM1</b>	2	242	244	249	251	7	-7	14
<b>IHM2</b>	2	244	246	251	253	7	-7	14
<b>IHM3</b>	3	246	249	253	256	7	-7	14
<b>IHM4</b>	3	249	252	256	259	7	-7	14
<b>IHM5</b>	2	252	254	259	261	7	-7	14
<b>IHM6</b>	2	254	256	261	263	7	-7	14
<b>JHM1</b>	3	256	259	263	266	7	-7	14
<b>JHM2</b>	4	259	263	266	270	7	-7	14
<b>HHM4</b>	1	241	242	241	242	0	0	0
<b>KHM1</b>	2	242	244	242	244	0	0	0
<b>KHM2</b>	2	244	246	244	246	0	0	0
<b>KHM3</b>	10	246	256	246	256	0	0	0
<b>KHM4</b>	2	256	258	256	258	0	0	0
<b>KHM5</b>	1	258	259	258	259	0	0	0
<b>LHM1</b>	2	259	261	259	261	0	0	0
<b>LHM2</b>	2	261	263	261	263	0	0	0
<b>LHM3</b>	1	263	264	263	264	0	0	0
<b>MHM1</b>	2	264	266	264	266	0	0	0
<b>MHM2</b>	2	266	268	266	268	0	0	0
<b>MHM3</b>	2	268	270	268	270	0	0	0

## 2.4 Diagrama PERT

El método o diagrama PERT es una técnica que permite dirigir la programación de un proyecto. Consiste en la representación gráfica de una red de tareas, que, cuando se colocan en una cadena, permiten alcanzar los objetivos de un proyecto.

En su etapa preliminar, el método PERT incluye lo siguiente: el desglose preciso del proyecto en tareas, el cálculo de la duración de cada tarea, la designación de un director del proyecto que se encargue de asegurar la supervisión de dicho proyecto, de informar, en caso de ser necesario, y de tomar decisiones en caso de que existan variaciones de las proyecciones.

### Red PERT

La red PERT (a veces denominada gráfico PERT) consta de los siguientes elementos:

Tareas (a veces denominadas actividades o etapas), representadas por una flecha. Se le asigna a cada una de las tareas un código y una duración. Sin embargo, la longitud de la flecha es independiente de la duración de la tarea.

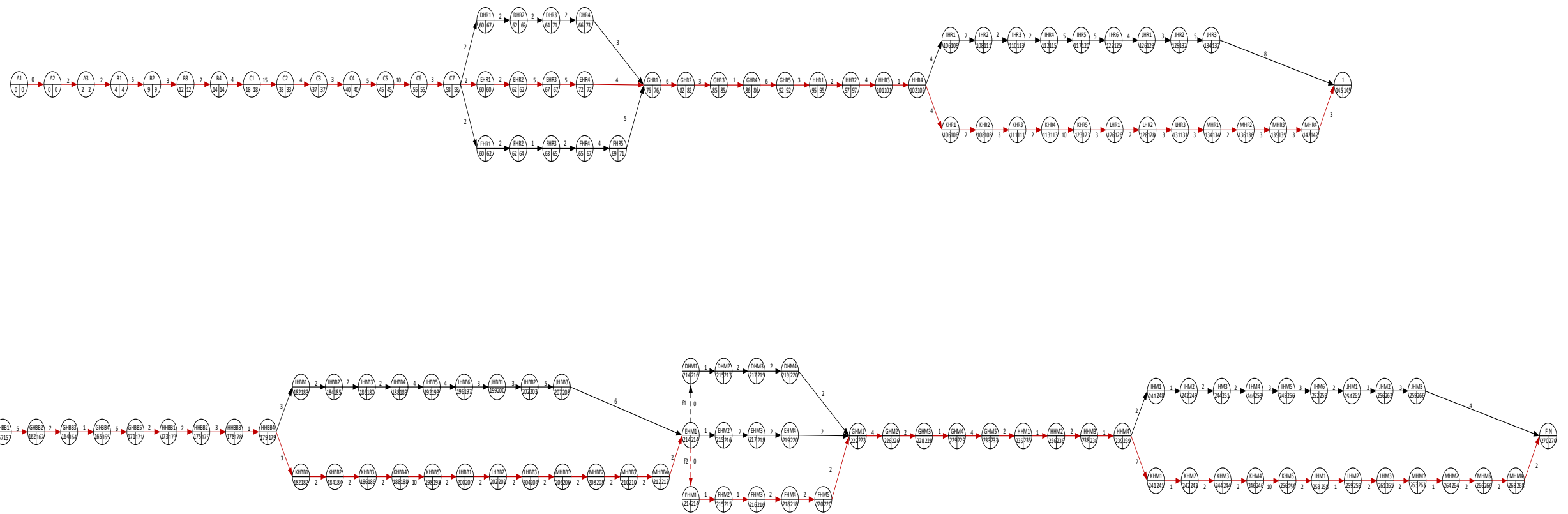
Etapas, es decir, el inicio y el final de la tarea. Cada tarea tiene una etapa de inicio y una de finalización. Con excepción de las etapas iniciales y finales, cada etapa final es una etapa de inicio de la siguiente tarea. Las etapas generalmente están numeradas y representadas por un círculo, pero en algunos otros casos pueden estar representadas por otras formas (cuadrados, rectángulos, óvalos, etc.).

Tareas ficticias, representadas por una flecha punteada que indica las limitaciones de las cadenas de tareas entre ciertas etapas.



## 2.4.1 RED PERT

### Proyecto de Implementación de Propuestas de Mejora Hospitalización del Tercer Nivel de Atención



Ruta Crítica: A1-A2-A3-B1-B2-B3-B4-C1-C2-C3-C4-C5-C6-C7-EHR1- EHR2- EHR3- EHR4-GHR1- GHR2- GHR3- GHR4- GHR5-HHR1- HHR2- HHR3- HHR4-KHR1- KHR2- KHR3- KHR4- KHR5-LHR1- LHR2- LHR3- MHR1-MHR2-MHR3-MHR4-FHBB1-FHBB2-FHBB3-FHBB4-FHBB5-GHBB1-GHBB2-GHBB3-GHBB4-GHBB5-HHBB1-HHBB2-HHBB3-HHBB4- KBB1- KHBB2- KHBB3- KHBB4- KHBB5-LHBB1- LHBB2- LHBB3- MHBB1-MHBB2-MHBB3-MHBB4- FHM1-FHM2-FHM3-FHM4-FHM5-GHM1-GHM2-GHM3-GHM4-GHM5-HHM1-HHM2-HHM3-HHM4- KHM1- KHM2- KHM3- KHM4- KHM5-LHM1- LHM2- LHM3-MHM1-MHM2- MHM3-MHM4

## 2.5 Análisis de riesgo del Proyecto

### 2.5.1 Identificación de riesgos del proyecto

El riesgo se entiende como el o los eventos previstos o imprevistos capaces de afectar el logro de los objetivos de tiempo, costo y alcance y resultados esperados del proyecto; para el presente estudio se tienen las siguientes categorías y subcategorías de riesgos:



A continuación, se enlistarán los riesgos por cada sub-clasificación:

Cuadro 86 Riesgos Administrativos

<b>Administrativos</b>
<b>ESTIMADOS</b>
1. Retraso en los tiempos de ejecución estimados de las actividades del proyecto
2. Retraso o falta de planeación en la gestión de los recursos a utilizar
<b>PLANIFICACIÓN</b>
3. Retraso en el tiempo de contratación del Comité de implementación.
4. Retraso en las fechas de capacitaciones
5. Retraso en el desembolso del presupuesto asignado para ejecutar el proyecto
<b>CONTROL</b>
6. Descoordinación de los integrantes que conforman el comité, en las capacitaciones
7. Resistencia al cambio del personal
<b>COMUNICACIÓN</b>
8. MINSAL no pueda implementar por bloqueo de la Alta Dirección de cada Hospital
9. Objetivo del Proyecto no sea difundido de manera que sea comprensible para el personal

Cuadro 87 Riesgos Organizacionales

<b>Organizacionales</b>
<b>DEPENDENCIAS DEL PROYECTO</b>
10. Retraso en licitación de plazas para el Comité de implementación
11. Retraso en licitación de plazas para el Comité de Gestión Por Procesos
<b>RECURSOS</b>
12. Falta de disponibilidad de espacios físicos adecuados para impartir las capacitaciones.
13. Espacio no disponible para la adecuación de oficina del Comité GPP.
14. Equipo informático y suministros de oficina insuficientes o no disponibles.
<b>FONDOS</b>
15. Retraso de la asignación del presupuesto por parte del MINSAL.
16. Monto del presupuesto asignado diferente al solicitado para el proyecto.
17. Asignación incorrecta o equivocada del presupuesto a los recursos del proyecto.

Cuadro 88 Riesgos Técnicos

<b>Técnicos</b>
<b>REQUERIMIENTOS</b>
18. El comité de implementación no ejecute las actividades según el proceso técnico establecido para el proyecto.
19. El comité de GPP no ejecute las actividades según el proceso técnico a implementar.
20. Las figuras contratadas para el Comité del GPP no cumplan con el perfil técnico solicitado.
21. El lenguaje técnico utilizado es confuso para los usuarios del proyecto.
<b>TECNOLÓGICOS</b>
22. Equipo informático con menor capacidad al solicitado.
23. Conexión a internet interrumpida constantemente.
24. Pérdidas de información por fallas de hardware o software
<b>RENDIMIENTO Y CONFIABILIDAD</b>
25. Falta de medición a través del uso de indicadores para la implementación del proyecto.
26. Hermetismo en compartir los documentos necesitados por el personal a capacitar, para comprender completamente la información del proyecto.
27. Falta de medición de los resultados esperados en el personal capacitado.
<b>CALIDAD</b>
28. Directrices del proyecto que no estén bajo la línea de calidad establecida en las líneas estratégicas del MINSAL.
29. Directrices del proyecto que no estén bajo la línea de calidad establecida en las líneas estratégicas del Hospital.

Cuadro 89 Riesgos Externos

<b>Externos</b>
<b>REGULATORIOS</b>
30. Transición de Gobierno, posible cambio o eliminación del proyecto según líneas políticas.
<b>CLIENTES</b>
31. Pacientes afectados por la transición debido al personal que asiste a las capacitaciones.
<b>CLIMA</b>
32. Epidemias o catástrofe nacional que interrumpa la agenda de implementación del proyecto.
33. Reorientación de fondos por cambios en las líneas estratégicas debido a epidemias, etc.

## 2.5.2 Análisis cualitativo y cuantitativo de riesgos

A través de la matriz de riesgos se visualizarán los riesgos desde la etapa de planificación del proyecto. Para lograr una gestión que permita disminuir la probabilidad y el impacto de que los eventos adversos afecten al proyecto de implementación de la GPP, de forma importante.

Tabla 163 Descripción de riesgos

Muy Alto	Significa que la ocurrencia del riesgo es muy probable, o que el impacto en el proyecto es determinante para el desarrollo de éste.
Alto	La ocurrencia del riesgo es probable, o el impacto en el proyecto es considerable, pero no determinante.
Medio	Significa que la probabilidad de que el riesgo se materialice es de un nivel medio, o que el efecto en el proyecto es moderado
Bajo	La ocurrencia del riesgo es casi improbable, o que el impacto en el proyecto tiene un efecto bajo o casi nulo.

Ilustración 89 Valores Teóricos de Matriz de Riesgos

		PROBABILIDAD				
		Raro (0.2)	Poco probable (0.4)	Posible (0.6)	Muy probable (0.8)	Casi seguro (0.9)
CONSECUENCIAS	Despreciable (0.2)	Bajo	Bajo	Bajo	Medio	Medio
	Menores (0.4)	Bajo	Bajo	Medio	Medio	Medio
	Moderados (0.6)	Medio	Medio	Medio	Alto	Alto
	Mayores (0.8)	Medio	Medio	Alto	Alto	Muy alto
	Catastróficas (0.9)	Medio	Alto	Alto	Muy alto	Muy alto

Fuente: ISOTools.org

A los riesgos anteriormente descritos, se le asignó el valor del riesgo que se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 164 Tabla de riesgos identificados para el proyecto

N°	Clasificación	Riesgo	Probabilidad	Consecuencia	Resultado
1	ESTIMADOS	Retraso en los tiempos de ejecución estimados de las actividades del proyecto	0.6	0.8	Alto
2		Retraso o falta de planeación en la gestión de los recursos a utilizar	0.6	0.6	Medio
3	PLANIFICACIÓN	Retraso en el tiempo de contratación del Comité de implementación.	0.6	0.8	Alto
4		Retraso en las fechas de capacitaciones	0.8	0.4	Medio
5		Retraso en el desembolso del presupuesto asignado para ejecutar el proyecto	0.8	0.9	Alto
6	CONTROL	Descoordinación de los integrantes que conforman el comité, en las capacitaciones	0.4	0.9	Alto

7		Resistencia al cambio del personal	0.8	0.9	Muy Alto
8	COMUNICACIÓN	MINSAL no pueda implementar por bloqueo de la Alta Dirección de cada Hospital	0.4	0.8	Medio
9		Objetivo del Proyecto no sea difundido de manera que sea comprensible para el personal	0.6	0.6	Medio
10	DEPENDENCIAS DEL PROYECTO	Retraso en licitación de plazas para el Comité de implementación	0.4	0.8	Medio
11		Retraso en licitación de plazas para el Comité de Gestión Por Procesos	0.4	0.4	Bajo
12	RECURSOS	Falta de disponibilidad de espacios físicos adecuados para impartir las capacitaciones.	0.4	0.4	Bajo
13		Espacio no disponible para la adecuación de oficina del Comité GPP.	0.4	0.4	Bajo
14		Equipo informático y suministros de oficina insuficientes o no disponibles.	0.4	0.6	Medio
15	FONDOS	Retraso de la asignación del presupuesto por parte del MINSAL.	0.8	0.9	Muy Alto
16		Monto del presupuesto asignado diferente al solicitado para el proyecto.	0.4	0.9	Alto
17		Asignación incorrecta o equivocada del presupuesto a los recursos del proyecto.	0.2	0.9	Medio
18	REQUERIMIENTOS	El comité de implementación no ejecute las actividades según el proceso técnico establecido para el proyecto.	0.2	0.9	Medio
19		El comité de GPP no ejecute las actividades según el proceso técnico a implementar.	0.2	0.9	Medio
20		Las figuras contratadas para el Comité del GPP no cumplan con el perfil técnico solicitado.	0.2	0.6	Medio
21		El lenguaje técnico utilizado es confuso para los usuarios del proyecto.	0.8	0.6	Alto

22	TECNOLÓGICOS	Equipo informático con menor capacidad al solicitado.	0.4	0.4	Bajo
23		Conexión a internet interrumpida constantemente.	0.4	0.4	Bajo
24		Pérdidas de información por fallas de hardware o software	0.4	0.8	Medio
25	RENDIMIENTO Y CONFIABILIDAD	Falta de medición a través del uso de indicadores para la implementación del proyecto.	0.4	0.6	Medio
26		Hermetismo en compartir los documentos necesitados por el personal a capacitar, para comprender completamente la información del proyecto.	0.2	0.8	Medio
27		Falta de medición de los resultados esperados en el personal capacitado.	0.2	0.8	Medio
28	CALIDAD	Directrices del proyecto que no estén bajo la línea de calidad establecida en las líneas estratégicas del MINSAL.	0.2	0.8	Medio
29		Directrices del proyecto que no estén bajo la línea de calidad establecida en las líneas estratégicas del Hospital.	0.2	0.8	Medio
30	REGULATORIOS	Transición de Gobierno, posible cambio o eliminación del proyecto según líneas políticas.	0.9	0.8	Muy Alto
31	CLIENTES	Pacientes afectados por la transición debido al personal que asiste a las capacitaciones.	0.2	0.9	Medio
32	CLIMA	Epidemias o catástrofe nacional que interrumpa la agenda de implementación del proyecto.	0.6	0.6	Medio
33		Reorientación de fondos por cambios en las líneas estratégicas debido a epidemias, etc.	0.4	0.6	Medio

Fuente: Elaboración propia

### 2.5.3 Planificación de respuestas a los riesgos de alto impacto

A partir de la calificación asignada se ordenaron los riesgos, para detectar aquellos de Impacto Muy alto hasta los de Bajo impacto. Con la priorización realizada, se pueden tomar una entre varias estrategias de respuesta a los riesgos. Para este caso, definiremos las estrategias: evitar, transferir, mitigar y aceptar. Además, se definirá el plan de acción a realizar para cada riesgo de la siguiente tabla.

Tabla 165 Matriz de riesgos del Proyecto de Estudio y Fortalecimiento del Proceso de Hospitalización

ID riesgo	CLASIFICACIÓN DE LOS RIESGOS				RIESGO	RESULT.	ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
	ADM.	ORG.	TEC	EXT.					
001	X				Resistencia al cambio del personal	Muy Alto	EVITAR	Aclarar y fijar las ventajas del proyecto para la mejora del ambiente laboral y la atención del paciente.	Comité de implementación y de la GPP.
002		X			Retraso de la asignación del presupuesto por parte del MINSAL.	Muy Alto	EVITAR	Gestión temprana del presupuesto de parte de la Coordinación del Tercer Nivel.	Coord. del 3er Nivel MINSAL
003				X	Transición de Gobierno, posible cambio o eliminación del proyecto según líneas políticas.	Muy Alto	EVITAR	Comunicar durante la transición el objetivo del proyecto y las ventajas de su ejecución y seguimiento.	Coord. del 3er Nivel MINSAL
004	X				Retraso en el desembolso del presupuesto asignado para ejecutar el proyecto	Muy Alto	EVITAR	MINSAL debe programar en cronograma quinquenal, en qué año se implementara el proyecto, planificando anticipadamente el desembolso para cada hospital.	MINSAL y Dirección de Hospitales.
005	X				Retraso en los tiempos de ejecución estimados de las actividades del proyecto	Alto	EVITAR	Seguimiento a cabalidad del cronograma de actividades del proyecto.	Comité de implementación.
006	X				Retraso en el tiempo de contratación del Comité de implementación.	Alto	EVITAR	Seguimiento a cabalidad del cronograma de actividades del proyecto.	Comité de implementación
007			X		El lenguaje técnico utilizado es confuso para los usuarios del proyecto.	Alto	EVITAR	Transmitir el conocimiento requerido traducido en ejemplos aplicables a las actividades del proceso de hospitalización.	Comité de implementación y de la GPP.



008	X				Descoordinación de los integrantes que conforman el comité, en las capacitaciones	Alto	EVITAR	Realizar actividades que integren las capacidades técnicas y sociales del personal que conformará esta nueva unidad, además de relacionarlos con el personal del hospital.	Dirección de Hospitales.
009		X			Monto del presupuesto asignado diferente al solicitado para el proyecto.	Alto	ACEPTAR	Coordinación del Tercer Nivel deberá revisar el presupuesto asignado y su desglose.	Coord. del 3er Nivel MINSAL
010	X				Retraso o falta de planeación en la gestión de los recursos a utilizar	Medio	EVITAR	Al recibir el presupuesto, cada hospital planea la gestión de recursos según lo establecido en el diseño del proyecto.	Dirección de Hospitales y Comité de implementación.
011	X				Objetivo del Proyecto no sea difundido de manera que sea comprensible para el personal	Medio	EVITAR	El objetivo debe darse de manera general y enfatizar los resultados que se perseguirán.	Comité de implementación y de la GPP.
012				X	Epidemias o catástrofe nacional que interrumpa la agenda de implementación del proyecto.	Medio	TRANSFERIR	El MINSAL será quien reoriente los fondos de ser necesarios para la atención de epidemias o catástrofes a responder.	MINSAL y Dirección de cada Hospital.
013	X				Retraso en las fechas de capacitaciones	Medio	EVITAR	Respetar las fechas del cronograma	Comité de implementación y C. de GPP.
014		X			MINSAL no pueda implementar por bloqueo de la Alta Dirección de cada Hospital	Medio	MITIGAR	Comunicación constante del proyecto entre el MINSAL y los tres hospitales.	Coordinación del 3er nivel.
015		X			Retraso en licitación de plazas para el Comité de implementación	Medio	MITIGAR	Recursos Humanos debe trabajar de la mano la coordinación de hospitales del MINSAL para la gestión óptima de la licitación de contratos para el comité de implementación.	RRHH de cada Hospital y Coordinación de 3er nivel.
016			X		Pérdidas de información por fallas de hardware o software	Medio	EVITAR	Mantenimiento preventivo de los equipos y soporte técnico de software a utilizar.	Comité de implementación

017		X		Equipo informático y suministros de oficina insuficientes o no disponibles.	Medio	EVITAR	Gestión oportuna para la adquisición del equipo.	Comité de implementación
018		X		Falta de medición a través del uso de indicadores para la implementación del proyecto.	Medio	MITGAR	Comité de implementación deberá seguir a cabalidad el diseño del proyecto que incluye los indicadores de seguimiento del proyecto.	Comité de implementación
019			X	Reorientación de fondos por cambios en las líneas estratégicas debido a epidemias, etc.	Medio	TRANSFERIR	Resguardar por el correcto uso los fondos asignados para el proyecto.	Comité de implementación
020	X			Asignación incorrecta o equivoca del presupuesto a los recursos del proyecto.	Medio	TRANSFERIR	El MINSAL será quien reoriente los fondos de ser necesarios para la atención de epidemias o catástrofes a responder.	Comité de implementación
021		X		El comité de implementación no ejecute las actividades según el proceso técnico establecido para el proyecto.	Medio	EVITAR	Líneas de comunicación amplias y directas para la correcta comprensión de las actividades a ejecutar entre los dos Comités antes, durante y después de la implementación del proyecto.	Comité de implementación
022		X		El comité de GPP no ejecute las actividades según el proceso técnico a implementar.	Medio	EVITAR/ MITIGAR	Se debe cumplir a cabalidad lo establecido en los documentos, consultando en caso que haya ambigüedad o no exista una dirección clara a seguir.	Comité de GPP y Comité de implementación
023			X	Pacientes afectados por la transición debido al personal que asiste a las capacitaciones.	Medio	EVITAR/ ACEPTAR	Balance de personal planificado para suplir las horas que serán utilizadas para capacitar al personal de los servicios de hospitalización.	RRHH , Área de planeación
024		X		Hermetismo en compartir los documentos necesitados por el personal a capacitar, para	Medio	EVITAR	Comunicación abierta entre los Comité y los empleados que recibirán la capacitación, habilitar varios canales de donde puedan realizar preguntas,	Comité de implementación y Coordinación del 3er nivel.

				comprender completamente la información del proyecto.			observaciones o sugerencias competentes al proyecto del proceso de hospitalización.	
025		X		Falta de medición de los resultados esperados en el personal capacitado.	Medio	EVITAR/ MITIGAR	Se debe cumplir a cabalidad lo establecido en los documentos, cumpliendo con la medición de resultados.	Comité de GPP y Comité de implementación
026		X		Directrices del proyecto que no estén bajo la línea de calidad establecida en las líneas estratégicas del MINSAL.	Medio	TRANSFERIR	Unidad de Calidad de cada hospital se comunicará con MINSAL si el proyecto no se da bajo las líneas de calidad con las que trabaja cada uno de los nosocomios.	Unidad de Calidad y Comité de implementación.
027		X		Directrices del proyecto que no estén bajo la línea de calidad establecida en las líneas estratégicas del Hospital.	Medio	TRANSFERIR	Unidad de Calidad de cada hospital velará que el proyecto se dé bajo las líneas de calidad con las que trabaja cada uno de los nosocomios.	Unidad de Calidad y Comité de implementación.
028		X		Las figuras contratadas para el Comité del GPP no cumplan con el perfil técnico solicitado.	Medio	EVITAR/ MITIGAR	Recursos Humanos debe trabajar de la mano con el comité de implementación para el adecuado concurso de plazas para el C. de GPP a realizarse a través de la licitación de contratos	RRHH de cada Hospital y Comité de Implementación.
029	X			Retraso en licitación de plazas para el Comité de Gestión Por Procesos	Medio	EVITAR/ MITIGAR	Recursos Humanos debe trabajar de la mano la coordinación de hospitales del MINSAL para la gestión optima de la licitación de contratos para el comité de implementación.	RRHH de cada Hospital y Comité de Implementación.
030	X			Falta de disponibilidad de espacios físicos adecuados para impartir las capacitaciones.	Bajo	ACEPTAR/ TRANSFERIR	Gestionar los auditorios y salas de reuniones para la capacitación del personal, se realizará a través de la planificación temprana del cronograma.	MINSAL y Alta Dirección de los Hospitales
031	X			Espacio no disponible para la adecuación de oficina del Comité GPP.	Bajo	ACEPTAR/ TRANSFERIR	Realizar cambios en la estructura de oficinas de los hospitales, para adecuar las oficinas del Comité de GPP, de la mano del MINSAL.	MINSAL y Alta Dirección de los Hospitales

032		X		Equipo informático con menor capacidad al solicitado.	Bajo	ACEPTAR	En el caso de recibir equipo informático con menor capacidad, se deberá adaptarse a estos y gestionar a largo plazo, el cambio por el adecuado para la ejecución de las actividades del Comité de GPP.	Comité de implementación y del GPP.
033		X		Conexión a internet interrumpida constantemente.	Bajo	ACEPTAR	Es una variable externa que depende del servicio de internet contratado por cada hospital.	N/A

Fuente: Elaboración propia

#### 2.5.4 Costeo de los riesgos del proyecto

Para realizar una adecuada gestión de riesgos, el proyecto deberá agotar las siguientes etapas:

1. Planificar los riesgos: En este proceso se decide cómo enfocar, planificar, y ejecutar las actividades de gestión de riesgo en un proyecto. La planificación también es importante para proporcionar los recursos y el tiempo suficiente para las actividades de gestión de riesgos y para establecer una base adecuada para evaluar los riesgos.
2. Identificación de riesgos: Determinar que posibles eventos puedan afectar el proyecto y realizar un análisis de estos con el propósito de proponer acciones oportunas, documentando sus características. Se establece la importancia o gravedad de los riesgos y se determina si se debe invertir recursos en su gestión o si la institución está en capacidad de controlar los mismos.
3. Evaluación de Riesgos: Se establece la importancia relativa del riesgo, es decir el peso de este y se determina una base para priorizar acciones, estableciendo responsabilidades.

Para que este procedimiento sea exitoso en su ejecución, es necesario que esta se realice lo más detallada posible, es por ello que en la siguiente tabla se costearan los riesgos catalogados con Impacto Muy Alto y la categoría de Alto impacto, descritos en el apartado anterior, ya que estos son los que se tomarán con prioridad de atención, también se identifica la duración de la mitigación o acción a realizar de estos.

Con la priorización de riesgos, y el costo de los mismos se procede a totalizar la cuantificación de los costos por contingencia de riesgos, aclarando que, en cada entregable hay riesgos similares que son excluyentes unos de otros (puede suceder solo uno a la vez) por lo que en la sumatoria se sumaran una vez por cada tipo de riesgo, teniendo un total de \$1600.00 por cada hospital.

En el siguiente cuadro se muestra el desglose de las estrategias a efectuarse y el costo de cada una de ellas.

Cuadro 90 Estrategias para los Riesgos con puntuación alta - Realización del ADP del Proyecto

ID	Riesgo	Estrategia	Recursos necesarios	
			Descripción de insumos	Presupuesto asignado
001	Resistencia al cambio del personal	A través de capacitaciones y comunicados para todo el personal involucrado, aclarar y fijar las ventajas del proyecto para la mejora del ambiente laboral y la atención del paciente. Presentaciones con las ventajas e impacto positivo del cambio a la Gestión por procesos, tanto para la atención del paciente como la mejora del desempeño en las actividades laborales diarias.	Canales de comunicación orales y escritas. Afiches con mensajes propositivos y de mejora con la aplicación de la GPP. Presentaciones personalizadas, mostrando en grupos pequeños como se llevara a cabo la implementación, hasta alcanzar a exponerle a todo el personal involucrado.	\$ 400.00
002	Retraso de la asignación del presupuesto por parte del MINSAL.	-Los tres hospitales deberán presentar tempranamente la planificación anual, para demostrar la información del financiamiento que se necesita para la ejecución del siguiente año. Gestión temprana del presupuesto de parte de la Coordinación del Tercer Nivel.	Comunicación continua a través de reuniones semestrales entre el MINSAL y la entidad que otorga los desembolsos del presupuesto. Cumplimiento de cronograma de actividades de planeación y presentación de información ante las entidades correspondientes (MINSAL, Asamblea Legislativa, Ministerio de Hacienda, etc.).	\$ 100.00
003	Transición de Gobierno, posible cambio o eliminación del proyecto según líneas políticas.	Comunicar durante la transición el objetivo del proyecto y las ventajas de su ejecución y seguimiento.	Documento del proyecto. Presentación del proyecto ante el nuevo gabinete encargado del MINSAL (refrigerios y papelería).	\$ 100.00
004	Retraso en el desembolso del presupuesto asignado para ejecutar el proyecto	MINSAL debe programar en cronograma quinquenal, en qué año se implementara el proyecto, planificando anticipadamente el desembolso para cada hospital.	Comunicación continua, a través de reuniones semestrales entre el MINSAL y la entidad que otorga los desembolsos del presupuesto (refrigerios y papelería).	\$ 100.00

005	Retraso en los tiempos de ejecución estimados de las actividades del proyecto	-Seguimiento a cabalidad del cronograma de actividades del proyecto, a través de seguimiento de los resultados de indicadores de cumplimiento. - Planes de contingencia para eliminación de riesgos.	Información a través de documento del proyecto. Acciones correctivas en caso de no cumplir con los indicadores pertinentes (recursos se financiarán con presupuesto para riesgos asignados al ADP).	\$ 0.00
006	Retraso en el tiempo de contratación del Comité de implementación.	-Desempeño efectivo del cronograma de actividades del proyecto, a través de seguimiento de los resultados con indicadores de cumplimiento. - Planes de contingencia para eliminación de riesgos.	Gestionar licitaciones para contratación de personal en periodos anticipados y cortos para seleccionar en el menor tiempo posible a quienes conformaran el Comité de implementación.	\$ 100.00
007	El lenguaje técnico utilizado es confuso para los usuarios del proyecto.	Transmitir el conocimiento requerido traducido en ejemplos aplicables a las actividades del proceso de hospitalización.	Capacitación al personal de los servicios de Hospitalización para conocimiento técnicos de la GPP y términos hospitalarios que maneja el MINSAL. Refrigerio para las capacitaciones.	\$...750.00
008	Descoordinación de los integrantes que conforman el comité, en las capacitaciones	Realizar actividades que integren las capacidades técnicas y sociales del personal que conformará esta nueva unidad, además de relacionarlos con el personal del hospital.	Actividades integradoras entre el comité, personal de la Coordinación de Hospitales, directores de los Hospitales y jefes de la División médica de cada H. Refrigerio en actividades integradoras	\$ 50.00
009	Monto del presupuesto asignado diferente al solicitado para el proyecto.	Coordinación del Tercer Nivel deberá revisar el presupuesto asignado y su desglose.	Entregar en plazos tempranos la documentación completa del presupuesto. Comunicación continua, a través de reuniones semestrales entre el MINSAL y la entidad que otorga los desembolsos del presupuesto (refrigerios y papelería).	\$ 0.00
<b>TOTAL DEL PROYECTO</b>				<b>\$1600.00</b>

## 2.6 Presupuesto de la administración del Proyecto

Tabla 166 Costo del paquete total durante la ejecución

<b>Costo del paquete total durante la ejecución</b>		
Entregable 1 Planeación General	Estudios Previos	\$ 4305.60
	Concientización de la Dirección	\$ 85.00
	Conformación de Comités	\$ 6935.00
Entregable 2 – Planeación de la implementación HNR	Gestión de la Planeación Estratégica	\$308.00
	Gestión de la Planeación Operativa	\$308.00
	Gestión de Productos Intrahospitalarios	\$368.00
Entregable 3 – Homologación de los Procesos de Hospitalización HNR	Inducción de la GPP con el personal del hospital.	\$1509.14
	Implementación del proceso homologado	\$1083.12
Entregable 4 – Control de la Gestión por Procesos HNR	Gestión de indicadores.	\$518.00
	Inducción de Mecanismos de Auditoría	\$415.00
Entregable 5 – Aplicación de la mejora continua HNR	Inducción de mecanismos de la Retroalimentación de la atención brindada.	\$293.00
	Implementación del Control de documentos.	\$152.00
	Implementación del Sistema de Información Gerencial.	\$393.04
Entregable 6 – Planeación de la implementación HNBB	Gestión de la Planeación Estratégica	\$248.00
	Gestión de la Planeación Operativa	\$243.00
	Gestión de Productos Intrahospitalarios	\$326.00
Entregable 7 – Homologación de los Procesos de Hospitalización HNBB	Inducción de la GPP con el personal del hospital.	\$1472.54
	Implementación del proceso homologado	\$930.10
Entregable 8 – Control de la Gestión por Procesos HNBB	Gestión de indicadores.	\$471.00
	Inducción de Mecanismos de Auditoría	\$395.00
Entregable 9 – Aplicación de la mejora continua HNBB	Inducción de mecanismos de la Retroalimentación de la atención brindada.	\$291.00
	Implementación del Control de documentos.	\$152.00
	Implementación del Sistema de Información Gerencial.	\$371.04

Entregable 10 – Planeación de la implementación HNM	Gestión de la Planeación Estratégica	\$213.00
	Gestión de la Planeación Operativa	\$168.00
	Gestión de Productos Intrahospitalarios	\$248.00
Entregable 11 – Homologación de los Procesos de Hospitalización HNM	Inducción de la GPP con el personal del hospital.	\$1152.54
	Implementación del proceso homologado	\$737.10
Entregable 12 – Control de la Gestión por Procesos HNM	Gestión de indicadores.	\$408.00
	Inducción de Mecanismos de Auditoría	\$255.00
Entregable 13 – Aplicación de la mejora continua HNM	Inducción de mecanismos de la Retroalimentación de la atención brindada.	\$268.00
	Implementación del Control de documentos.	\$128.00
	Implementación del Sistema de Información Gerencial.	\$368.04
Costos por Riesgos	\$1600 por Hospital	\$4800.00
Total		<b>\$30, 499.35</b>

El costo total de la implementación, como inversión inicial del proyecto será de \$30,499.35 y será implementado en el transcurso de 270 días desde el día de inicio de la implementación, aproximadamente 9 meses.

Para la implementación de este proyecto, se contratarán dos personas colaboradoras, externas al personal de los hospitales, mientras que otros dos puestos de apoyo serán designados por cada hospital.

Para establecer las funciones que desarrollaran se presenta a continuación un manual de funciones:



# **Manual de Organización para la Administración de Proyecto del Proceso de Hospitalización de los Hospitales del Tercer Nivel**



## **FICHA CATALOGRÁFICA**

2019 Ministerio de Salud

Todos los derechos reservados. Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra, siempre que se cite la fuente y que no sea para fines de lucro.

Es responsabilidad de los autores técnicos de este documento, tanto su contenido como los cuadros, diagramas e imágenes.

La documentación oficial del Ministerio de Salud puede ser consultada a través de:

<http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

Ministerio de Salud

Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 2202-7000. Página oficial:

<http://www.salud.gob.sv>

## Contenido

1. Introducción .....	4
2. Marco Jurídico .....	5
3. Objetivos.....	7
4. Funciones .....	8

## a) Introducción

El Ministerio de Salud, en adelante MINSAL a través de la Dirección Nacional de Hospitales de Tercer Nivel, ha definido el desarrollo del Manual de Organización para la Administración de Proyecto del Proceso de Hospitalización de los Hospitales del Tercer Nivel, para desarrollar la ejecución del proyecto implementar en los procesos de atención hospitalaria que se desarrollan en los Hospitales de Tercer Nivel, basado en una de las principales apuestas estratégicas descritas en el documento Plan Quinquenal de Desarrollo 2010-2014, en cual se describe: “Constituir un sector público responsable, eficiente, eficaz, moderno, desconcentrado y descentralizado que brinde a la población servicios de Calidad; que disponga de los recursos suficientes para cumplir de forma adecuada y que cuente con un sistema de rendición de cuentas diligentes y transparente”.

En este manual se definen las líneas de autoridad, relaciones de dependencia y otros aspectos importantes que interesan conocer dentro de la organización de la implementación del proyecto en cada hospital; se pretende facilitar la toma de decisiones que puedan servir para solucionar racionalmente y en forma óptima los problemas existentes y los que puedan surgir durante el desarrollo de las actividades además ayuda al mejoramiento de la coordinación, comunicación, y supervisión de las distintas áreas.

Este documento contribuirá a que todo el personal conozca los lineamientos que el Administrador del proyecto, el Analista de Procesos y el Representante de la Dirección de cada uno de los tres Hospitales tienen definidos para llevar a cabo las diferentes actividades del proyecto.

El presente documento contiene los avances que a la fecha han sido desarrollados por la Coordinación de Hospitales de Tercer Nivel, con el propósito de satisfacer la necesidad identificada por el MINSAL, para fortalecer la gestión y funcionamiento de los Hospitales elevando la eficiencia de la atención técnica y la satisfacción por el servicio recibido en el área de atención hospitalaria, prevenir los efectos adversos de la no calidad, propiciar relaciones justas entre médicos y pacientes y obtener la credibilidad ciudadana.

## b) Marco Jurídico

El presente Manual de Organización para la Administración de Proyecto tiene como base legal:

### 3. El Código de Salud:

- El Artículo 40, prescribe que El Ministerio de Salud es el Organismo encargado de determinar, planificar, ejecutar la política nacional en materia de Salud; dictar las normas pertinentes, organizar coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la Salud.
- El Artículo 41 numeral 4, establece que corresponde al Ministerio, Organizar, reglamentar y coordinar el funcionamiento y las atribuciones de todos los servicios técnicos y administrativos de sus dependencias.

### 4. Política Nacional de Salud:

- N° 2 Rectoría y formulación de política y planes de salud:

2.3. Mejorar y controlar la calidad en todos los niveles del sistema de salud estableciendo las normativas y los instrumentos de monitoreo y evaluación.

## c) Objetivos

### Objetivos Del Manual

#### 5. General:

Proporcionar un documento técnico que permita explicar en forma clara y sistemática la estructura organizativa, las líneas de autoridad-responsabilidad y la estructura formal, así como también describir las funciones de los encargados de la implementación del proyecto de Fortalecimiento de los Procesos de Hospitalización del Tercer Nivel.

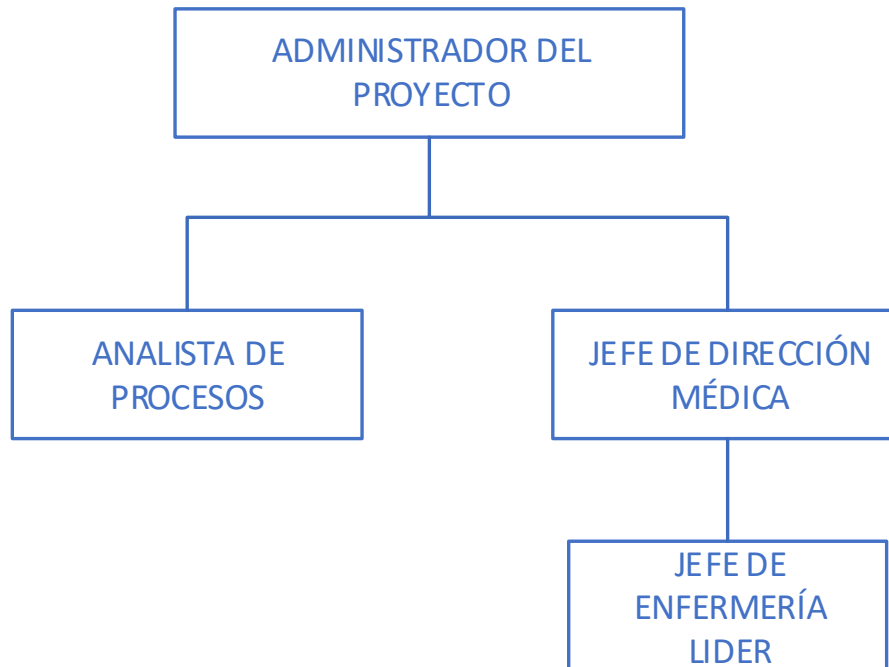
#### 6. Específicos:

- a) Dar a conocer los niveles de autoridad y responsabilidad que operan en el área administrativa.
- b) Delimitar el radio de acción de las diferentes unidades.
- c) Proporcionar una herramienta básica para efectuar al trabajo, basado en la planificación y previsión, evitando así funciones improvisadas.
- d) Evitar dualidad de funciones.
- e) Dar a conocer los objetivos y niveles de autoridad de cada una de las unidades del proyecto de implementación.
- f) Especificar las responsabilidades y funciones de cada una de las unidades del proyecto.
- g) Servir como guía e instrumento de consulta permanente para el personal.

**Ámbito de aplicación:** Están sujetos a la aplicación y al cumplimiento de estos Lineamientos técnicos todos los funcionarios o empleados de los establecimientos de Tercer Nivel del MINSAL.

## ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO

A continuación, se presenta el organigrama del proyecto el cual incluye las unidades que estarán involucradas en la realización del mismo y deberán trabajar en conjunto para lograr el objetivo deseado:



ADMINISTRADOR DEL PROYECTO

OBJETIVOS

- Planificar, organizar y controlar todas las actividades necesarias para la realización del Proyecto del Proceso de Hospitalización de los Hospitales del Tercer Nivel.

FUNCIONES

- a) Planificar, organizar, dirigir y controlar el desarrollo de cada actividad de la ejecución del proyecto.
- b) Formular políticas y estrategias para la administración del proyecto.
- c) Dar seguimiento y evaluar cada objetivo propuesto para la implementación del proyecto.
- d) Establecer planes de asignación de recursos para cada unidad y controlar el cumplimiento de los mismos.
- e) Gestionar la creación del Comité de Gestión Por Procesos.
- f) Coordinar las funciones del Comité de Gestión Por Procesos que se conformaran el proyecto.
- g) Controlar los avances del plan de implementación de acuerdo a lo presupuestado.
- h) Tomar decisiones en situaciones críticas que se presenten durante la implementación del proyecto.

Relaciones Funcionales

a) Internas

- Director/a del Hospital
- Comité de GPP
- Jefes de Servicios
- Enfermeras de los servicios

b) Externas

- Coordinación del Tercer Nivel (MINSAL).

REQUISITOS DEL PUESTO

- Formación universitaria: Ingeniería Industrial
- Diplomado o maestría en Gestión por Procesos
- Edad: 28 – 45 años
- Excelentes relaciones interpersonales
- Tener un alto interés en la mejora en la atención en salud pública.

HABILIDADES

- Liderazgo
- Habilidades para administrar el tiempo
- Manejo de personal
- Toma de decisiones
- Manejo de paquetes de software (Excel, Word)
- Buen comunicador
- Habilidad numérica

**ANALISTA DE PROCESOS**

**OBJETIVOS**

- Realizar las capacitaciones y seguimiento necesario para transmitir los conocimientos a los usuarios sobre los procesos actualizados y homologados con su documentación.

**FUNCIONES**

- a) Planificar, organizar, dirigir y controlar el desarrollo de las capacitaciones de que se deben de impartir.
- b) Desarrollar las capacitaciones de proceso en días y horas programadas previamente.
- c) Dar seguimiento y evaluar el grado de aprendizaje de los participantes a las capacitaciones.
- d) Colaborar en la sensibilización de Modelo de Gestión por Proceso.
- e) Asesorar en la implementación de mejoras al proceso administrativo Automatizado.
- f) Documentar políticas y acuerdos de todas las reuniones sostenidas para la implementación.
- g) Llevar a cabo las implementaciones de un sistema de información gerencial.
- h) Llevar a cabo las implementaciones de un sistema de coaching.
- i) Llevar a cabo la implementación de medición de satisfacción de pacientes que han estado ingresados en los servicios de hospitalización.

**Relaciones Funcionales**

a) Internas

- Director/a del Hospital
- Comité de GPP
- Jefes de Servicios
- Enfermeras de los servicios

b) Externas

- Coordinación del Tercer Nivel (MINSAL).

**REQUISITOS DEL PUESTO**

- Formación universitaria: Ingeniería Industrial
- Diplomado o maestría en Gestión por Procesos
- Edad: 28 – 45 años
- Excelentes relaciones interpersonales
- Tener un alto interés en la mejora en la atención en salud pública.

**HABILIDADES**

- Liderazgo
- Habilidades para administrar el tiempo
- Manejo de personal
- Toma de decisiones
- Manejo de paquetes de software (Excel, Word)
- Buen comunicador
- Habilidad numérica



## JEFE DE DIRECCIÓN MÉDICA

### OBJETIVOS

- Implementar junto al administrador del proyecto los procesos y procedimientos que conforman el Proceso Homologado a través de la Gestión por Proceso.

### FUNCIONES

- a) Planificación de actividades relacionadas con la Concientización y Capacitación del personal involucrado con los procesos que formarán parte del Proceso automatizado.
- b) Revisión de la documentación necesaria para la implementación del diseño.
- c) Dirigir la implementación, evaluación y desarrollo de la Gestión por Procesos.
- d) Asegurar que se desarrolla, implementa y aplica eficazmente la estructura documentaria que sustenta el Proceso Homologado.
- e) Autorizar los permisos de fechas y horas de capacitaciones, implementaciones y seguimientos del modelo de gestión por procesos.

### Relaciones Funcionales

#### a) Internas

- Director/a del Hospital
- Comité de implementación
- Comité de GPP
- Jefes de Servicios
- Enfermeras de los servicios

#### b) Externas

- Coordinación del Tercer Nivel (MINSAL).

### REQUISITOS DEL PUESTO

- Formación universitaria: Doctorado en medicina
- Diplomado o maestría en Gestión por Procesos
- Edad: 35 – 55 años
- Experiencia como director de División médica: 2 años
- Excelentes relaciones interpersonales
- Tener un alto interés en la mejora en la atención en salud pública.

### HABILIDADES

- Liderazgo
- Habilidades para administrar el tiempo
- Manejo de personal
- Toma de decisiones
- Manejo de paquetes de software (Excel, Word)
- Buen comunicador
- Habilidad numérica

**JEFE DE ENFERMERIA LIDER**

**OBJETIVOS**

- Apoyar al jefe de Dirección médica en la implementación del proyecto, teniendo en cuenta el punto de vista del personal de enfermería.

**FUNCIONES**

- a) Apoyo en la planificación de capacitaciones en la GPP con el personal de enfermería.
- b) Revisión de la documentación necesaria para la implementación del diseño.
- c) Dirigir la implementación, evaluación y desarrollo de la Gestión por Procesos para el personal de enfermería.
- d) Asegurar que se desarrolla, implementa y aplica eficazmente la estructura documentaria que sustenta el Proceso Homologado.
- e) Recopila los permisos de fechas y horas de capacitaciones, implementaciones y seguimientos de la Gestión por Procesos, del personal de enfermería.

**Relaciones Funcionales**

a) Internas

- Director/a del Hospital
- Comité de implementación
- Comité de GPP
- Jefe de Dirección Médica
- Jefes de Servicios
- Enfermeras de los servicios

b) Externas

- Coordinación del Tercer Nivel (MINSAL).

**REQUISITOS DEL PUESTO**

- Formación universitaria: Licenciatura en enfermería
- Diplomado o maestría en Gestión por Procesos
- Edad: 35 – 55 años
- Experiencia como Jefe de enfermería: 5 años
- Excelentes relaciones interpersonales
- Tener un alto interés en la mejora en la atención en salud pública.

**HABILIDADES**

- Liderazgo
- Habilidades para administrar el tiempo
- Manejo de personal
- Toma de decisiones
- Manejo de paquetes de software (Excel, Word)
- Buen comunicador
- Habilidad numérica



EVALUACIONES DEL  
PROYECTO  
CAPITULO 9

# 1 Evaluaciones

---

Las Evaluaciones Requeridas para el proyecto de Fortalecimiento de los Procesos de Hospitalización de los Hospitales de Tercer Nivel del MINSAL, se presentan a continuación

## **Evaluación económica financiera:**

Se centra en medir los beneficios de carácter económico y financiero para la organización que desea implementar un proyecto. En el caso del MINSAL, la evaluación económica y financiera tendrá un enfoque limitado, pues el proyecto en cuestión es sin fines de lucro, por lo tanto, se limitará a determinar los costos de implementar el proyecto y de su funcionamiento, y la medición de los beneficios que este otorgue desde el punto de vista del ratio Beneficio-Costo (B/C), siendo el mejor uso de recursos el beneficio interno más visible para los Hospitales que pertenecen al Tercer Nivel de MINSAL, puesto que el financiamiento de las operaciones del mismo es limitado y depende casi únicamente del presupuesto que le es asignado anualmente por el Gobierno a través del Ministerio de Salud.

## **Evaluación social:**

Evaluación Social es el proceso de identificación, medición, y valorización de los beneficios y costos de un proyecto, desde el punto de vista del Bienestar Social, tanto de los usuarios internos como externos de la organización en cuestión. Esta evaluación es fundamental para este proyecto ya que es sin fines de lucro, puesto que el objetivo principal de los establecimientos de salud públicos obedece a las necesidades de sus usuarios, específicamente las necesidades de recuperación de la salud que la población requiere.

Para dar inicio a la etapa de evaluaciones se realiza un estudio económico con el fin de determinar los costos que se invertirán en el proyecto.

## **1.1 Estudio económico**

### **1.1.1 Inversiones**

En el proyecto se presentan dos tipos de inversiones iniciales, es decir para establecer las propuestas en los Hospitales:

**Inversión fija tangible:** Todo lo que está sujeto a depreciación, amortización u obsolescencia, como terrenos, infraestructura, mobiliario, equipo de oficina y materiales.

**Inversión fija intangible:** Son todos los gastos necesarios durante la fase operativa que no pueden ser identificados de forma física o tangible, lo que incluye capacitaciones y software.

#### **1.1.1.1 Inversión fija tangible:**

Para el caso de la implementación las Propuestas de Fortalecimiento de los Procesos de Hospitalización en el MINSAL la inversión fija tangible no contemplará bienes inmuebles, puesto que ya se cuenta con ellos, de modo que la inversión fija tangible para este proyecto se reduce a lo siguiente:

- Equipos informáticos (ordenadores) para los miembros del comité
- Mobiliario de oficina

A continuación, se presenta el detalle de los rubros anteriores

## Equipos Informáticos

Tabla 167 Inversión fija tangible - Equipos informáticos

Tipo	Características	Cantidad	Costo Unitario	Costo total
Ordenador de escritorio	Memoria RAM de 8 GB Procesador de 64 bit, 4 núcleos, 2 GHZ Disco duro de 1 tb	2	\$500	\$1000
Laptop Auxiliar	RAM 4 GB, procesador de 64 bit, 4 núcleos, 2.0 GHZ Disco duro 500 Gb	1	\$450	\$450
Proyector de cañón		1	\$800	\$800
Total				\$2250

## Mobiliario de oficina

Tabla 168 Inversión fija tangible - Mobiliarios de oficina

Tipo	Cantidad	Costo Unitario	Costo total
Escritorio para ordenador	2	\$125	\$250
Mesa de reunión	1	\$450	\$450
Sillas secretariales	8	\$100	\$800
Librero	2	\$50	\$100
Total			\$1600

La inversión Tangible tiene un monto de \$3850, esta inversión debe realizarse en cada uno de los tres Hospitales que Forman parte del Tercer Nivel de Atención del MINSAL, por lo cual la inversión tangible asciende a \$11,550

### 1.1.1.2 Inversión fija intangible

A continuación, se presenta los costos de inversión que caben dentro de este rubro para este proyecto.

Inversión en consultoría para el diseño de las Propuestas de Mejora al Proceso de Hospitalización en el Tercer nivel de Atención del MINSAL. En este rubro es donde se desglosa el costo de los diseñadores del fortalecimiento a los procesos esto, incluye, la determinación del inventario de procesos, determinación de procesos claves, revisión del pensamiento estratégico, modelado de procesos, diseño de la documentación y fortalecimiento de procesos, entre otros.

El diseño del modelo estuvo a cargo de estudiantes que optan al título de ingeniero industrial en la Universidad de El Salvador y su costo está representado como estudio previo, en la Administración del proyecto ADP.

### Inversión en documentación del modelo.

Tabla 169 Inversión fija intangible - Documentación del modelo propuesto

Documento	# de pág.	Costo por copia	Costo de Encuadernado	Costo Unitario	Cantidad	Costo total
Manual de Introducción a la GPP	32	\$0.04	\$2.0	\$3.28	34	\$111.52
Manual de Procesos y Procedimientos	214	\$0.04	\$2.0	\$10.56	10	\$105.60
Manual de Funciones del Comité	30	\$0.04	\$2.0	\$3.2	34	\$108.8
Manual de Auditoría	30	\$0.04	\$2.0	\$3.2	34	\$108.8
Manual de Indicadores	48	\$0.04	\$2.0	\$3.92	34	\$133.28
Manual de Mejora Continua	20	\$0.04	\$2.0	\$2.8	34	\$95.2
SIG	10	\$0.04	\$2.0	\$2.4	34	\$81.6
Total						\$744.8

### 1.1.1.3 Inversión Administración del Proyecto.

Esta inversión fue calculada anteriormente, con un costo de \$30499.35. Siendo estos los únicos costos Intangibles la inversión es de \$31244.15.

#### Inversión Inicial Total

Fija Tangible	\$11,550.00
Fija	\$31,
Intangible	244.15
Total	<u>\$42,794.15</u>

## 1.2 Costos operativos del proceso de Hospitalización.

### 1.2.1 Selección del sistema de costos

Se seleccionó el sistema de costeo por actividades (ABC) como el más idóneo, ya que es un sistema de costeo orientado al control de la gestión.

El costeo por actividad asigna los costos basado en las actividades o números de acontecimientos que ocurren durante todo el proceso de desarrollo del servicio, y dado que este no se trata de un proyecto de fabricación, sino más bien de actividades que generan valor a un servicio, facilita la clasificación de los costos; puesto que la propuesta administrativa ya ha sido dividida en actividades para las cuales se establecieron una serie de recursos necesarios para su realización. Es decir, existe un nivel alto de coincidencia de entre los procesos definidos para el desarrollo de las propuestas y las actividades o centros de costo. Actividades a realizar son

mutuamente excluyentes como partes del proyecto: (Administración del proyecto y las 3 fases del proceso de hospitalización).

El sistema de costeo ABC ha surgido porque los sistemas de costeo tradicionales no han podido distribuir todos los costos de manera adecuada. Es así como surge ABC.

El objetivo del ABC es proporcionar información para la toma de decisiones; para analizar el costeo de productos, servicios y procesos, así como medir costos de los recursos utilizados para poder aumentar los ingresos, productividad y eficacia en el empleo de dichos recursos.

### **Sistema de costos ABC**

También llamado sistema de costos basado en las actividades por sus siglas en inglés (Activity Based Costing). Se enfoca en las actividades como objetos fundamentales de costos, siendo ésta la base para asignación de costos a otros objetos de costos como productos o servicios al cliente.

#### 1. Principales características del Sistema de Costos ABC.

A continuación, se describe las principales características de los sistemas de costos:

- Es una herramienta clave para el aumento de la competitividad.
- Brinda información a la organización. que le permite definir si ante un precio que le viene dado, le conviene o no participar en este mercado.
- El sistema de costos ABC se basa en el principio de que la actividad es la generadora de costos y que los productos consumen actividades.
- Los productos generan actividades y las actividades consumen costos.
- Adicionalmente se deben entender que, nos referimos a las actividades, cuando hablamos de aquellas tareas que generan costos y que son necesarias para satisfacer las necesidades de los clientes internos y externos.

#### 2. Diferencia entre el sistema de costos tradicional y el sistema de costos ABC.

Cinco diferencias principales entre el sistema de costos tradicional y el sistema de costos ABC.

- El sistema de costos utiliza medidas tradicionales como el volumen, la mano de obra, como elemento para asignar costos a los productos. Mientras que el sistema de costos ABC utiliza la jerarquía de las actividades como base para realizar la asignación, utiliza generadores de costos que están o no relacionados con la producción.
- El sistema de costos tradicionales se basa en las unidades producidas para calcular la asignación de gastos. En cambio, el sistema de costos ABC, utiliza diferentes bases en función de las actividades relacionadas con los costos indirectos.
- El sistema de costos tradicionales sólo utiliza los costos del producto. Por su parte, el sistema de costos ABC, se concentra en las actividades que originan esos recursos.
- En el sistema de costos tradicionales, la asignación de gastos indirectos se lleva a cabo en dos etapas: primero se asigna a los departamentos involucrados y luego a

los productos. En el sistema de costos ABC, primero se lleva la asignación de costos a las actividades y después a los productos.

- El sistema de costos tradicional utiliza horas generales como unidades producidas o bien horas máquina. Por otro lado, el sistema de costos ABC, toma en cuenta la relación causa efecto, entre las unidades y los generadores de costos, para determinar el criterio de asignación.

### 3. Ventas y desventajas del Sistema de Costos ABC.

Algunas ventajas y desventajas del sistema de costos ABC.

Dentro de las ventajas que ofrece el sistema de costos ABC, se encuentran:

- No afecta a la estructura organizativa
- Ayuda a entender el comportamiento de los costos de la organización
- Proporciona información sobre las causas que originan la actividad, y el análisis de cómo se realizan las tareas
- Permite tener una visión real de lo que sucede en la organización
- Permite conocer medidas de tipo no financiero dentro de la organización.

En cuanto a las desventajas podemos decir que:

- Consume una buena parte de recursos en la fase de diseño e implementación, la implementación puede hacerse dificultosa
- Resulta costoso identificar las actividades generadoras de gastos y como cualquier cambio, implica una cierta capacidad de adaptación de la organización.

### 4. Fases a seguir para implementar un sistema de costos ABC en la organización.

Lo más importante para implementar un sistema de costos ABC en la organización., es conocer la generación de los costos para obtener el mayor beneficio de ellos, minimizando todos los factores que no añadan valor.

En los estudios realizados sobre el sistema de costos ABC, se mencionan las actividades y los procesos más comunes que este sistema incluye.

Actividades. - Entre las actividades más frecuentes, se encuentran: homologar proceso, negociar precios, clasificar proveedores, recepción de materiales, planificar la ejecución de los procesos, expedir pedidos, facturar, cobrar, por mencionar algunos.

Procesos. - Los procesos más importantes dentro de una organización. son: comprar, vender, finanzas, personal, planeación, investigación y desarrollo, etc.

#### **1.2.2 Costeo en Hospitales de Tercer Nivel**

Se realiza un costeo por actividades del proceso de Hospitalización para cada uno de los servicios, se toma como base el Hospital Nacional Rosales, debido a tres condiciones:

1. Tiene una mayor asignación de recursos económico (presupuesto).



2. Es el Hospital que debido a la naturaleza de las patologías que se atiende, genera un mayor número de egresos.
3. En las encuestas realizadas en el diagnóstico, al personal Médico, de enfermería y al área de planificación, es el que presentaba un mayor porcentaje de escasos de recurso con respecto a los Hospitales del Tercer Nivel de Atención.

El costo del proceso de Hospitalización se realiza por medio de centros de costos, los cuales se dividen en dos categorías Centros de Costos Directos y Costos Indirectos. En el diagnóstico, se detallaron y costearon cada uno de los ocho centros de recursos que se consumen actualmente en el proceso. Debido a la implementación del Diseño propuesto por el equipo, surge un nuevo centro de costo que tiene relación con el salario que devengara el coordinador el Comité de Gestión de Procesos, además se aumenta el valor de la papelería que se utilizara para el funcionamiento del comité. A continuación, se presenta la tabla de cada uno de los centros de costos, Detallando el incremento anual que tendrán los costos directos variables.

**Centros de Costos Indirectos:** Estos son los que no se pueden cargar de manera directa al paciente por lo cual se necesita tener una base para poder ser asignados. En este caso se utilizó Como base el total de horas que se invierten en la realización del proceso de Hospitalización.

Tipo de centro de costo	Descripción del centro de costo	
Costo Fijo	Gastos Generales	R1
Costo Fijo	Misceláneos	R2
Costo Fijo	Esterilización	R4
Costo Fijo	Comité de Gestión	R9

**Centro de Costo Directo:** Son los que se pueden cargar directamente al paciente, debido a que son fáciles de cuantificar y observar en la atención brindada al paciente. Debido a que no se pudo obtener acceso a la cuantificación de estos centros de costos por paciente, también se tomó la decisión de asignarlos en base a tiempo de los procesos y subproceso.

Tipo de centro de costo	Descripción del centro de costo	
Costo Fijo	Mano de Obra Enfermera	R7
Costo Fijo	Mano de Obra Medico	R8

Tipo de centro de costo	Descripción del centro de costo	
Costo Variable	Suministros Médicos	R3
Costo Variable	Suministros de Atención y Tratamiento	R5
Costo Variable	Servicios de Apoyo a Diagnostico	R6

### 1.3 Análisis de tendencias de costos por recurso

#### Resumen de los centros de costos totales para 5 años

Tabla 170 Resumen de los centros de costos totales para 5 años

Año	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
1	\$155,799.37	\$437,289.00	\$9319,599.86	\$237,993.12	\$841,409.57	\$2234,541.10	\$4322,677.92	\$1985,890.45	\$13,120.04
2	\$155,776.83	\$437,225.75	\$9698,624.94	\$237,993.12	\$874,862.91	\$2323,023.92	\$4322,574.17	\$1985,944.61	\$13,120.04
3	\$155,738.16	\$437,117.22	\$10175,340.06	\$237,993.12	\$916,195.62	\$2431,984.06	\$4322,675.98	\$1985,688.56	\$13,120.04
4	\$155,704.32	\$437,022.22	\$10625,806.21	\$237,993.12	\$955,721.00	\$2536,451.38	\$4322,560.55	\$1986,294.90	\$13,120.04
5	\$155,678.67	\$436,950.24	\$11129,075.70	\$237,993.12	\$999,609.41	\$2652,273.87	\$4322,161.34	\$1985,456.41	\$13,120.04
Total	\$778,697.35	\$2185,604.44	\$50948,446.76	\$1189,965.60	\$4587,798.51	\$12178,274.33	\$21612,649.97	\$9929,274.92	\$65,600.20

#### Resumen de los centros de costos incrementales para 5 años

Tabla 171 Resumen de los centros de costos incrementales para 5 años

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
Suma año 1	\$2,386.59	\$8,657.26	\$956,558.80	\$0.00	\$96,159.72	\$263,842.04	\$49,569.22	\$44,578.09	\$13,120.04
Suma año 2	-\$22.54	-\$63.26	\$379,025.08	\$0.00	\$33,453.34	\$88,482.82	-\$103.75	\$54.16	\$0.00
Suma año 3	-\$38.67	-\$108.53	\$476,715.12	\$0.00	\$41,332.70	\$108,960.14	\$101.81	-\$256.04	\$0.00
Suma año 4	-\$33.85	-\$95.00	\$450,466.15	\$0.00	\$39,525.38	\$104,467.32	-\$115.43	\$606.33	\$0.00
Suma año 5	-\$25.65	-\$71.98	\$503,269.49	\$0.00	\$43,888.41	\$115,822.49	-\$399.21	-\$838.49	\$0.00
Total	<b>\$2,265.90</b>	<b>\$8,318.50</b>	<b>\$2766,034.64</b>	<b>\$0.00</b>	<b>\$254,359.55</b>	<b>\$681,574.81</b>	<b>\$49,052.63</b>	<b>\$44,144.05</b>	<b>\$13,120.04</b>

Se muestra un cuadro resumen de los recursos asociados a cada uno de los centros de costos proyectados para 5 años Totales e incrementales, se representa gráficamente la tendencia de los centros de costos para tener una percepción de cuales costos varían y cuales se mantienen fijos en el tiempo. Los costos que varían directamente con la cantidad de egresos producidos tienen una tendencia incremental. Los recursos Nuevos asociados a la operatividad en el tiempo del sistema de Gestión por procesos son centro de costos que se genera por el salario devengado por el coordinador del comité, además del centro de costos Misceláneos que tiene un incremento en el primer año de papelería y este incremento se mantiene constante en los 4 años restante. Los centros de costos que tienen un mayor peso son Suministros Médicos y Mano de obra Enfermera.

Ilustración 90 Proyecciones de Recursos por centros de Costos



## 1.4 Detalle de los Centros de Costos

### 1.4.1 Centros de Costos Indirectos

Tabla 172 Detalle de Costos Indirectos Fijos: Centro de Costos 1. Gastos Generales

COSTOS FIJOS	Centro de Costos 1. Gastos Generales					
	Descripción de Recursos	Costo 1.	Costo 2.	Costo 3.	Costo 4.	Costo 5.
	Servicios de Energía Eléctrica	\$ 97,247.16	\$ 97,247.16	\$ 97,247.16	\$ 97,247.16	\$ 97,247.16
	Servicios de Agua Potable	\$ 1,044.36	\$ 1,044.36	\$ 1,044.36	\$ 1,044.36	\$ 1,044.36
	Servicios de Telecomunicaciones	\$ 1,197.00	\$ 1,197.00	\$ 1,197.00	\$ 1,197.00	\$ 1,197.00
	Servicio de Transporte y Manejo de Carga	\$ 14,517.00	\$ 14,517.00	\$ 14,517.00	\$ 14,517.00	\$ 14,517.00
	Servicios de Limpieza y Tratamiento de Desechos	\$ 2,642.40	\$ 2,642.40	\$ 2,642.40	\$ 2,642.40	\$ 2,642.40
	Mantenimiento y Reparación de Mobiliario y Equipo	\$ 10,825.32	\$ 10,825.32	\$ 10,825.32	\$ 10,825.32	\$ 10,825.32
	Arrendamientos Inmobiliarios	\$ 1,746.00	\$ 1,746.00	\$ 1,746.00	\$ 1,746.00	\$ 1,746.00
	Consultorías, Estudios e Investigaciones	\$ 11,652.48	\$ 11,652.48	\$ 11,652.48	\$ 11,652.48	\$ 11,652.48
	Depreciaciones	\$ 26,793.72	\$ 26,793.72	\$ 26,793.72	\$ 26,793.72	\$ 26,793.72
	<b>Total</b>	<b>\$ 167,665.44</b>	<b>\$ 167,665.44</b>	<b>\$ 167,665.44</b>	<b>\$ 167,665.44</b>	<b>\$ 167,665.44</b>

El centro de Costo Misceláneos R2. Aumentan un total de **\$2,152.68** Anuales con respecto al costo actual sin la implementación del sistema de gestión por proceso. Esto debido a la papelería necesaria para llevar a cabo los procesos de control y seguimiento por medio de los formularios presentados en el Manual de Procesos y Procedimientos

Tabla 173 Detalle de Costos Indirectos Fijos: Centro de Costos 2. Misceláneos

COSTOS FIJOS	Centro de Costos 2. Misceláneos					
	Descripción de Recursos	Costo 1.	Costo 2.	Costo 3.	Costo 4.	Costo 5.
	Productos de Papel y Accesorios de Oficina	\$ 12,000.00	\$ 12,000.00	\$ 12,000.00	\$ 12,000.00	\$ 12,000.00
	Suministros de Limpieza	\$ 13,611.00	\$ 13,611.00	\$ 13,611.00	\$ 13,611.00	\$ 13,611.00
	Ambulancia	\$ 4,648.32	\$ 4,648.32	\$ 4,648.32	\$ 4,648.32	\$ 4,648.32
	Limpieza	\$ 256,010.40	\$ 256,010.40	\$ 256,010.40	\$ 256,010.40	\$ 256,010.40
	Mantenimiento	\$ 118,325.76	\$ 118,325.76	\$ 118,325.76	\$ 118,325.76	\$ 118,325.76
	Almacén	\$ 34,744.68	\$ 34,744.68	\$ 34,744.68	\$ 34,744.68	\$ 34,744.68
	Costurería	\$ 31,253.88	\$ 31,253.88	\$ 31,253.88	\$ 31,253.88	\$ 31,253.88
	<b>Total</b>	<b>\$ 470,594.04</b>	<b>\$ 470,594.04</b>	<b>\$ 470,594.04</b>	<b>\$ 470,594.04</b>	<b>\$ 470,594.04</b>

Tabla 177 Detalle de Costos Directos Variables: Centro de Costos 5. Suministro de atención y tratamiento

Tabla 174 Detalle de Costos Indirectos Fijos: Centro de Costos 4. Esterilización

COSTOS FIJOS	Centros de Costos 4. Esterilización					
	Descripción de Recursos	Costo 1.	Costo 2.	Costo 3.	Costo 4.	Costo 5.
	Central de Esterilización y Arsenal	\$ 223,473.60	\$ 223,473.60	\$ 223,473.60	\$ 223,473.60	\$ 223,473.60
	Salario del personal Técnico en arsenal	\$ 14,519.52	\$ 14,519.52	\$ 14,519.52	\$ 14,519.52	\$ 14,519.52
	<b>Total</b>	<b>\$ 237,993.12</b>	<b>\$ 237,993.12</b>	<b>\$ 237,993.12</b>	<b>\$ 237,993.12</b>	<b>\$ 237,993.12</b>

Se crea el **Recurso 9**. Aumentan un total de **\$19,200 Anuales**

Debido a que actualmente, no se cuenta con una persona que coordine la planificación, realice, controle y de seguimiento a los procesos de Hospitalización. Se propone contratar a una persona para que realice esta función, en coordinación con los encargados de cada uno de los procesos levantados en el Manual de Procesos y Procedimientos. Este salario contempla el pago correspondiente de cada una de las prestaciones que exige la ley.

Tabla 175 Detalle de Costos Indirectos Fijos: Centro de Costos 5. Comité de Gestión

COSTO FIJO	Centro de Costo 9. Comité de Gestión					
	Descripción de Recursos	Costo 1.	Costo 2.	Costo 3.	Costo 4.	Costo 5.
	Coordinador	\$ 19,200.00	\$ 19,200.00	\$ 19,200.00	\$ 19,200.00	\$ 19,200.00
	<b>Total</b>	<b>\$ 19,200.00</b>	<b>\$ 19,200.00</b>	<b>\$ 19,200.00</b>	<b>\$ 19,200.00</b>	<b>\$ 19,200.00</b>

#### 1.4.2 Centros de Costos Directos

Los costos directos aumentan proporcionalmente con respecto al número de pacientes que se pretende se logran atender con la propuesta de solución y el aumento de eficiencia de las actividades operativas.

Tabla 176 Detalle de Costos Directos Variables: Centro de Costos 3. Suministros médicos

COSTOS VARIABLES	Centros de Costos 3. Suministros Médicos						
	Descripción de Recursos	%	Costo 1.	Costo 2.	Costo 3.	Costo 4.	Costo 5.
	Medicamentos y Productos Farmacéuticos	89%	\$ 9526,522.81	\$ 9914,150.59	\$ 10402,105.57	\$ 10862,698.58	\$ 11378,015.51
	Suministros de Nutrición Clínica	1%	\$ 58,313.89	\$ 60,686.64	\$ 63,673.52	\$ 66,492.91	\$ 69,647.28
	Productos de Laboratorio Clínico y Evaluación del Paciente	4%	\$ 377,528.56	\$ 392,889.95	\$ 412,227.22	\$ 430,480.15	\$ 450,901.75
	Suministros y Productos de Tratamiento	3%	\$ 344,364.96	\$ 358,376.94	\$ 376,015.54	\$ 392,665.07	\$ 411,292.76
	Oxígeno	4%	\$ 395,494.45	\$ 411,586.85	\$ 431,844.34	\$ 450,965.90	\$ 472,359.33
	<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>\$ 10702,224.67</b>	<b>\$ 11137,690.97</b>	<b>\$ 11685,866.19</b>	<b>\$ 12203,302.61</b>	<b>\$ 12782,216.63</b>

Tabla 178 Detalle de Costos Directos Variables: Centro de Costos 5. Suministro de atención y tratamiento

COSTO VARIABLE	Centros costos 5. Suministro de Atención y Tratamiento						
	Descripción de Recursos	%	Costo 1.	Costo 2.	Costo 3.	Costo 4.	Costo 5.
	Alimentos para personas	41%	\$ 431,815.74	\$ 449,386.03	\$ 471,503.93	\$ 492,381.57	\$ 515,739.72
	Alimentación y dietas	40%	\$ 417,499.05	\$ 434,486.80	\$ 455,871.39	\$ 476,056.84	\$ 498,640.56
	Farmacia	19%	\$ 196,095.71	\$ 204,074.71	\$ 214,118.87	\$ 223,599.80	\$ 234,207.18
	<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>\$ 1045,410.50</b>	<b>\$ 1087,947.55</b>	<b>\$ 1141,494.18</b>	<b>\$ 1192,038.21</b>	<b>\$ 1248,587.46</b>

Tabla 179 Detalle de Costos Directos Variables: Centro de Costos 6. Apoyo a diagnóstico

COSTOS VARIABLE	Centros de Costos 6. Apoyo a Diagnostico						
	Descripción de Recursos	%	Costo 1.	Costo 2.	Costo 3.	Costo 4.	Costo 5.
	Anatomía Patológica	5%	\$ 165,796.93	\$ 172,543.10	\$ 181,035.33	\$ 189,051.36	\$ 198,019.79
	Laboratorio Clínico	16%	\$ 498,884.80	\$ 519,184.09	\$ 544,737.31	\$ 568,857.63	\$ 595,843.74
	Espirómetro (Procedimientos de Neumología)	5%	\$ 155,661.85	\$ 161,995.63	\$ 169,968.73	\$ 177,494.75	\$ 185,914.95
	Ecocardiografía Procedimientos de Cardiografía)	0%	\$ 12,473.08	\$ 12,980.60	\$ 13,619.48	\$ 14,222.53	\$ 14,897.24
	Endoscopia	0%	\$ 431.83	\$ 449.40	\$ 471.52	\$ 492.40	\$ 515.76
	Radiología e Imágenes	13%	\$ 412,862.18	\$ 429,661.26	\$ 450,808.34	\$ 470,769.61	\$ 493,102.51
	Quirófano Cirugía General	17%	\$ 537,697.39	\$ 559,575.94	\$ 587,117.16	\$ 613,114.02	\$ 642,199.61
	Quirófano de Emergencia	21%	\$ 645,254.01	\$ 671,508.96	\$ 704,559.31	\$ 735,756.37	\$ 770,660.01
	Fisioterapia	2%	\$ 64,741.64	\$ 67,375.93	\$ 70,692.04	\$ 73,822.20	\$ 77,324.26
	Banco de Sangre	17%	\$ 521,656.38	\$ 542,882.22	\$ 569,601.82	\$ 594,823.12	\$ 623,041.01
	Trabajo Social	3%	\$ 93,051.60	\$ 96,837.81	\$ 101,603.97	\$ 106,102.88	\$ 111,136.30
	<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>\$ 3108,511.69</b>	<b>\$ 3234,994.93</b>	<b>\$ 3394,215.01</b>	<b>\$ 3544,506.87</b>	<b>\$ 3712,655.18</b>

No se aplicará ninguna variación en el pago de salarios del personal médico y de enfermería por considerarlo un centro de costo fijo, debido a la ley de salarios. Y que el proyecto no requiere de la contratación de nuevo personal, sino al mejoramiento de la eficiencia del personal.

Tabla 180 Detalle de Costos Directos Variables: Centro de Costos 7. Mano de Obra de Enfermería

COSTOS FIJOS	Centros de costos 7. Mano de obra enfermera					
	Descripción de Recursos	Costo 1.	Costo 2.	Costo 3.	Costo 4.	Costo 5.
	Enfermera hospitalaria	\$1947,348.36	\$ 1947,348.36	\$ 1947,348.36	\$ 1947,348.36	\$ 1947,348.36
	Enfermera hospitalaria (FOSALUD)	\$ 297,771.60	\$ 297,771.60	\$ 297,771.60	\$ 297,771.60	\$ 297,771.60
	Enfermera jefe de unidad hospitalaria	\$ 531,148.32	\$ 531,148.32	\$ 531,148.32	\$ 531,148.32	\$ 531,148.32
	Auxiliar de enfermería hospitalaria	\$1632,333.36	\$ 1632,333.36	\$ 1632,333.36	\$ 1632,333.36	\$ 1632,333.36
	Enfermera supervisora hospitalaria	\$ 141,033.24	\$ 141,033.24	\$ 141,033.24	\$ 141,033.24	\$ 141,033.24
	Ayudante de enfermería	\$ 14,261.88	\$ 14,261.88	\$ 14,261.88	\$ 14,261.88	\$ 14,261.88
	<b>Total</b>	<b>\$4563,896.76</b>	<b>\$ 4563,896.76</b>	<b>\$ 4563,896.76</b>	<b>\$ 4563,896.76</b>	<b>\$ 4563,896.76</b>

Tabla 181 Detalle de Costos Directos Variables: Centro de Costos 8. Mano de Obra Doctores

COSTOS FIJOS	Centro de Costo 8. Mano de obra Doctor					
	Descripción de Recursos	Costo 1.	Costo 2.	Costo 3.	Costo 4.	Costo 5.
	Médico especialista ii (8 hr)	\$ 564,598.61	\$ 564,598.61	\$ 564,598.61	\$ 564,598.61	\$ 564,598.61
	Medico jefe de servicio (2 hr)	\$ 56,040.63	\$ 56,040.63	\$ 56,040.63	\$ 56,040.63	\$ 56,040.63
	Jefe de residentes (cirugía)	\$ 34,176.36	\$ 34,176.36	\$ 34,176.36	\$ 34,176.36	\$ 34,176.36
	Jefe sala de operaciones (4 hr )	\$ 7,058.70	\$ 7,058.70	\$ 7,058.70	\$ 7,058.70	\$ 7,058.70
	Medico colaborador técnico	\$ 3,930.87	\$ 3,930.87	\$ 3,930.87	\$ 3,930.87	\$ 3,930.87
	Médico residente en subespecialidad	\$ 473,694.48	\$ 473,694.48	\$ 473,694.48	\$ 473,694.48	\$ 473,694.48
	Médico residente i (becario) cirugía	\$ 611,815.32	\$ 611,815.32	\$ 611,815.32	\$ 611,815.32	\$ 611,815.32
	Practicante interno	\$ 445,670.40	\$ 445,670.40	\$ 445,670.40	\$ 445,670.40	\$ 445,670.40
	Promotor de salud	\$ 4,944.36	\$ 4,944.36	\$ 4,944.36	\$ 4,944.36	\$ 4,944.36
	<b>Total</b>	<b>\$2201,929.73</b>	<b>\$ 2201,929.73</b>	<b>\$ 2201,929.73</b>	<b>\$ 2201,929.73</b>	<b>\$ 2201,929.73</b>

**Ahorros por Recurso. Se presenta el detalle de los ahorros en recursos fijos y el aumento en recursos variables FIJOS**

Tabla 182 Ahorros por Recurso - Centro de Costos 1. Gastos Generales

	Centro de Costos 1. Gastos Generales					
	Descripción	AHORRO 1.	AHORRO 2.	AHORRO 3.	AHORRO 4.	AHORRO 5.
<b>COSTOS FIJOS</b>	Servicios de Energía Eléctrica	\$ 9,617.29	\$ 3,956.92	\$ 4,786.31	\$ 4,305.99	\$ 4,613.32
	Servicios de Agua Potable	\$ 103.28	\$ 42.49	\$ 51.40	\$ 46.24	\$ 49.54
	Servicios de Telecomunicaciones	\$ 118.38	\$ 48.71	\$ 58.91	\$ 53.00	\$ 56.78
	Servicio de Transporte y Manejo de Carga	\$ 1,435.66	\$ 590.69	\$ 714.50	\$ 642.80	\$ 688.67
	Servicios de Limpieza y Tratamiento de Desechos	\$ 261.32	\$ 107.52	\$ 130.05	\$ 117.00	\$ 125.35
	Mantenimiento y Reparación de Mobiliario y Equipo Diversos	\$ 1,070.57	\$ 440.47	\$ 532.80	\$ 479.33	\$ 513.54
	Arrendamientos Inmobiliarios	\$ 172.67	\$ 71.04	\$ 85.93	\$ 77.31	\$ 82.83
	Consultorías, Estudios e Investigaciones Especializadas	\$ 1,152.38	\$ 474.13	\$ 573.51	\$ 515.96	\$ 552.78
	Depreciaciones	\$ 2,649.77	\$ 1,090.22	\$ 1,318.73	\$ 1,186.39	\$ 1,271.07
	<b>Total</b>	<b>\$ 16,581.33</b>	<b>\$ 6,822.19</b>	<b>\$ 8,252.16</b>	<b>\$ 7,424.03</b>	<b>\$ 7,953.90</b>

Tabla 183 Ahorros por Recurso - Centro de Costos 2. Misceláneos

	Centro de Costos 2. Misceláneos					<b>Costos Fijos</b>
	Descripción	AHORRO 1.	AHORRO 2.	AHORRO 3.	AHORRO 4.	
<b>COSTOS FIJOS</b>	Productos de Papel y Accesorios	\$ 975.04	\$ 401.17	\$ 485.26	\$ 436.56	\$ 467.72
	Suministros de Limpieza	\$ 1,346.06	\$ 553.82	\$ 669.91	\$ 602.68	\$ 645.69
	Ambulancia	\$ 459.70	\$ 189.14	\$ 228.78	\$ 205.82	\$ 220.51
	Limpieza	\$ 25,318.23	\$ 10,416.89	\$ 12,600.33	\$ 11,335.84	\$ 12,144.91
	Mantenimiento	\$ 11,701.86	\$ 4,814.60	\$ 5,823.76	\$ 5,239.33	\$ 5,613.27
	Almacén	\$ 3,436.09	\$ 1,413.74	\$ 1,710.06	\$ 1,538.45	\$ 1,648.26
	Costurería	\$ 3,090.86	\$ 1,271.70	\$ 1,538.25	\$ 1,383.89	\$ 1,482.66
	<b>Total</b>	<b>\$ 46,327.84</b>	<b>\$ 19,061.05</b>	<b>\$ 23,056.35</b>	<b>\$ 20,742.56</b>	<b>\$ 22,223.02</b>

Tabla 184 Ahorros por Recurso - Centro de Costos 4. Esterilización

	Centros de Costos 4. Esterilización					
	Descripción	AHORRO 1.	AHORRO 2.	AHORRO 3.	AHORRO 4.	AHORRO 5.
<b>COSTOS FIJOS</b>	Central de Esterilización y Arsenal	\$ 22,100.49	\$ 9,092.99	\$ 10,998.93	\$ 9,895.15	\$ 10,601.39
	Salario del personal Técnico en arsenal	\$ 1,435.91	\$ 567.69	\$ 654.47	\$ 563.83	\$ 576.71
	<b>Total</b>	<b>\$ 23,536.41</b>	<b>\$ 9,660.68</b>	<b>\$ 11,653.40</b>	<b>\$ 10,458.97</b>	<b>\$ 11,178.10</b>



Tabla 185 Ahorros por Recurso - Centro de Costos 7. Mano de Obra Enfermera

COSTOS FIJOS	Centros de costos 7. Mano de obra enfermera					
	Descripción	AHORRO 1.	AHORRO 2.	AHORRO 3.	AHORRO 4.	AHORRO 5.
	Enfermera hospitalaria	\$ 192,583.64	\$ 79,236.29	\$ 95,844.65	\$ 86,226.30	\$ 92,380.51
	Enfermera hospitalaria (FOSALUD)	\$ 29,448.22	\$ 12,116.13	\$ 14,655.73	\$ 13,184.98	\$ 14,126.02
	Enfermera jefe de unidad hospitalaria	\$ 52,528.08	\$ 21,612.07	\$ 26,142.07	\$ 23,518.62	\$ 25,197.21
	Auxiliar de enfermería hospitalaria	\$ 161,430.13	\$ 66,418.54	\$ 80,340.23	\$ 72,277.80	\$ 77,436.47
	Enfermera supervisora hospitalaria	\$ 13,947.53	\$ 5,738.55	\$ 6,941.38	\$ 6,244.79	\$ 6,690.49
	Ayudante de enfermería	\$ 1,410.43	\$ 580.31	\$ 701.94	\$ 631.50	\$ 676.57
<b>Total</b>	<b>\$ 451,348.02</b>	<b>\$ 185,701.88</b>	<b>\$ 224,626.01</b>	<b>\$ 202,083.99</b>	<b>\$ 216,507.28</b>	

Tabla 186 Ahorros por Recurso - Centro de Costos 8. Mano de Obra Doctor

COSTOS FIJOS	Centro de Costo 8. Mano de obra Doctor					
	Descripción	AHORRO 1.	AHORRO 2.	AHORRO 3.	AHORRO 4.	AHORRO 5.
	Médico especialista ii (8 hr)	\$ 55,836.16	\$ 22,973.14	\$ 27,788.43	\$ 24,999.76	\$ 26,784.07
	Medico jefe de servicio (2 hr)	\$ 5,542.16	\$ 2,280.26	\$ 2,758.21	\$ 2,481.41	\$ 2,658.52
	Jefe de residentes (cirugía)	\$ 3,379.88	\$ 1,390.61	\$ 1,682.09	\$ 1,513.29	\$ 1,621.30
	Jefe sala de operaciones (4 hr )	\$ 698.07	\$ 287.21	\$ 347.42	\$ 312.55	\$ 334.86
	Medico colaborador técnico	\$ 388.74	\$ 159.94	\$ 193.47	\$ 174.05	\$ 186.48
	Médico residente en subespecialidad (anestesiología ii)	\$ 46,846.17	\$ 19,274.31	\$ 23,314.31	\$ 20,974.64	\$ 22,471.65
	Médico residente i (becario) cirugía	\$ 60,505.67	\$ 24,894.35	\$ 30,112.35	\$ 27,090.46	\$ 29,023.98
	Practicante interno	\$ 44,074.72	\$ 18,134.03	\$ 21,935.02	\$ 19,733.76	\$ 21,142.21
Promotor de salud	\$ 488.97	\$ 201.18	\$ 243.35	\$ 218.93	\$ 234.56	
<b>Total</b>	<b>\$ 217,760.54</b>	<b>\$ 89,595.03</b>	<b>\$ 108,374.65</b>	<b>\$ 97,498.86</b>	<b>\$ 104,457.62</b>	

Tabla 187 Ahorros por Recurso - Centro de Costos 9. Comité de Gestión

COSTO FIJO	Centro de Costo 9. Comité de Gestión					
	Descripción	AHORRO 1.	AHORRO 2.	AHORRO 3.	AHORRO 4.	AHORRO 5.
	Coordinador	\$ 1,898.79	\$ 781.24	\$ 944.99	\$ 850.15	\$ 910.83
<b>Total</b>	<b>\$ 1,898.79</b>	<b>\$ 781.24</b>	<b>\$ 944.99</b>	<b>\$ 850.15</b>	<b>\$ 910.83</b>	

## Recursos variables

Tabla 188 Ahorros por Recurso (Variable) - Centro de Costos 3. Suministros Médicos

COSTOS VARIABLES	Centros de Costos 3. Suministros Médicos						
	Descripción	Porcentaje	Costo 1.	Costo 2.	Costo 3.	Costo 4.	Costo 5.
	Medicamentos y Productos Farmacéuticos	89%	\$ 857,341.45	\$ 387,627.78	\$ 487,954.97	\$ 460,593.01	\$ 515,316.94
	Suministros de Nutrición Clínica	1%	\$ 5,247.97	\$ 2,372.75	\$ 2,986.88	\$ 2,819.39	\$ 3,154.37
	Productos de Laboratorio Clínico y Evaluación	4%	\$ 33,975.76	\$ 15,361.38	\$ 19,337.27	\$ 18,252.94	\$ 20,421.60
	Suministros y Productos de Tratamiento	3%	\$ 30,991.20	\$ 14,011.98	\$ 17,638.61	\$ 16,649.53	\$ 18,627.69
	Oxígeno	4%	\$ 35,592.61	\$ 16,092.40	\$ 20,257.49	\$ 19,121.56	\$ 21,393.43
	<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>\$ 963,148.99</b>	<b>\$ 435,466.30</b>	<b>\$ 548,175.22</b>	<b>\$ 517,436.42</b>	<b>\$ 578,914.02</b>

Tabla 189 Ahorros por Recurso (Variable) - Centro de Costos 5. Suministro de Atención y Tratamiento

COSTO VARIABLE	Centros costos 5. Suministro de Atención y Tratamiento						
	Descripción	Porcentaje	Costo 1.	Costo 2.	Costo 3.	Costo 4.	Costo 5.
	Alimentos para personas	41%	\$ 38,861.34	\$ 17,570.29	\$ 22,117.90	\$ 20,877.64	\$ 23,358.15
	Alimentación y dietas	40%	\$ 37,572.91	\$ 16,987.75	\$ 21,384.59	\$ 20,185.45	\$ 22,583.72
	Farmacia	19%	\$ 17,647.67	\$ 7,979.00	\$ 10,044.16	\$ 9,480.93	\$ 10,607.38
	<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>\$ 94,081.92</b>	<b>\$ 42,537.05</b>	<b>\$ 53,546.64</b>	<b>\$ 50,544.02</b>	<b>\$ 56,549.25</b>

Tabla 190 Ahorros por Recurso (Variable) - Centro de Costos 6. Apoyo a Diagnóstico

COSTO VARIABLE	Centros de Costos 6. Apoyo a Diagnóstico						
	Descripción	%	Costo 1.	Costo 2.	Costo 3.	Costo 4.	Costo 5.
	Anatomía Patológica	5%	\$ 14,920.93	\$ 6,746.17	\$ 8,492.23	\$ 8,016.03	\$ 8,968.43
	Laboratorio Clínico	16%	\$ 44,897.24	\$ 20,299.29	\$ 25,553.22	\$ 24,120.33	\$ 26,986.11
	Espirómetros (Procedimientos de Neumología)	5%	\$ 14,008.82	\$ 6,333.78	\$ 7,973.11	\$ 7,526.02	\$ 8,420.20
	Ecocardiografía Procedimientos	0%	\$ 1,122.52	\$ 507.52	\$ 638.88	\$ 603.05	\$ 674.70
	Endoscopía	0%	\$ 38.86	\$ 17.57	\$ 22.12	\$ 20.88	\$ 23.36
	Radiología e Imágenes	13%	\$ 37,155.62	\$ 16,799.08	\$ 21,147.08	\$ 19,961.26	\$ 22,332.90
	Quirófano Cirugía General	17%	\$ 48,390.19	\$ 21,878.54	\$ 27,541.23	\$ 25,996.86	\$ 29,085.59
	Quirófano de Emergencia	21%	\$ 58,069.77	\$ 26,254.95	\$ 33,050.35	\$ 31,197.06	\$ 34,903.64
	Fisioterapia	2%	\$ 5,826.44	\$ 2,634.29	\$ 3,316.11	\$ 3,130.16	\$ 3,502.06
	Banco de Sangre	17%	\$ 46,946.58	\$ 21,225.85	\$ 26,719.59	\$ 25,221.30	\$ 28,217.89
	Trabajo Social	3%	\$ 8,374.20	\$ 3,786.21	\$ 4,766.17	\$ 4,498.90	\$ 5,033.43
	<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>\$ 279,751.17</b>	<b>\$ 126,483.24</b>	<b>\$ 159,220.08</b>	<b>\$ 150,291.85</b>	<b>\$ 168,148.31</b>

## Resumen de ahorros y aumento de costos por recurso

Tabla 191 Resumen de Ahorros y aumento de costos por recurso

CENTROS DE COSTOS	Año-1	Año-2	Año-3	Año-4	Año-5	
<b>Gastos Generales</b>	\$ 16,581.33	\$ 6,822.19	\$ 8,252.16	\$ 7,424.03	\$ 7,953.90	\$47,033.61
Misceláneos	\$ 46,327.84	\$ 19,061.05	\$ 23,056.35	\$ 20,742.56	\$ 22,223.02	\$131,410.83
Suministros Médicos	\$ (963,148.99)	\$ (435,466.30)	\$ (548,175.22)	\$ (517,436.42)	\$ (578,914.02)	-\$3043,140.95
Esterilización	\$ 23,536.41	\$ 9,660.68	\$ 11,653.40	\$ 10,458.97	\$ 11,178.10	\$66,487.56
Suministro de Atención y Tratamiento	\$ (94,081.92)	\$ (42,537.05)	\$ (53,546.64)	\$ (50,544.02)	\$ (56,549.25)	-\$297,258.87
Apoyo a Diagnóstico	\$ (279,751.17)	\$ (126,483.24)	\$ (159,220.08)	\$ (150,291.85)	\$ (168,148.31)	-\$883,894.66
Mano de obra enfermera	\$ 451,348.02	\$ 185,701.88	\$ 224,626.01	\$ 202,083.99	\$ 216,507.28	\$1280,267.18
Mano de obra Médico	\$ 217,760.54	\$ 89,595.03	\$ 108,374.65	\$ 97,498.86	\$ 104,457.62	\$617,686.71
Costo del Comité	\$ 1,898.79	\$ 781.24	\$ 944.99	\$ 850.15	\$ 910.83	\$5,386.00
Totales	\$ (579,529.15)	\$ (292,864.51)	\$ (384,034.38)	\$ (379,213.73)	\$ (440,380.83)	-\$2076,022.60

## 1.5 Análisis de tendencia de costos por procesos

### Resumen de costos totales operativos para 5 años

Tabla 192 Resumen de costos totales operativos para 5 años - Desglose por proceso

Ciclo PHVA	Descripción de procesos	Suma año 1	Suma año 2	Suma año 3	Suma año 4	Suma año 5
P	Planificación del proceso de hospitalización	\$156,268.72	\$161,724.54	\$168,789.56	\$175,287.00	\$182,758.93
	Gestión de abastecimiento de Recurso	\$2789,207.93	\$2873,820.68	\$2981,554.99	\$3082,568.82	\$3196,271.77
	Gestión de talento humano	\$1983,861.37	\$2043,693.00	\$2118,546.32	\$2189,642.69	\$2269,142.13
H	Hospitalización	\$1,3548,796.91	\$1,3899,206.00	\$1,4336,310.43	\$1,4752,303.45	\$1,5211,994.98
V	Gestión del Control	\$535,318.72	\$535,415.34	\$535,732.64	\$535,351.52	\$536,757.13
A	Gestión de Seguimiento	\$534,866.79	\$535,286.73	\$534,918.89	\$535,520.24	\$535,393.85
	<b>TOTAL</b>	<b>\$19548,320.44</b>	<b>\$20049,146.29</b>	<b>\$20675,852.83</b>	<b>\$21270,673.73</b>	<b>\$21932,318.79</b>

### Resumen de costos incrementales operativos para 5 años

Tabla 193 Resumen de costos incrementales operativos para 5 años - Desglose por proceso

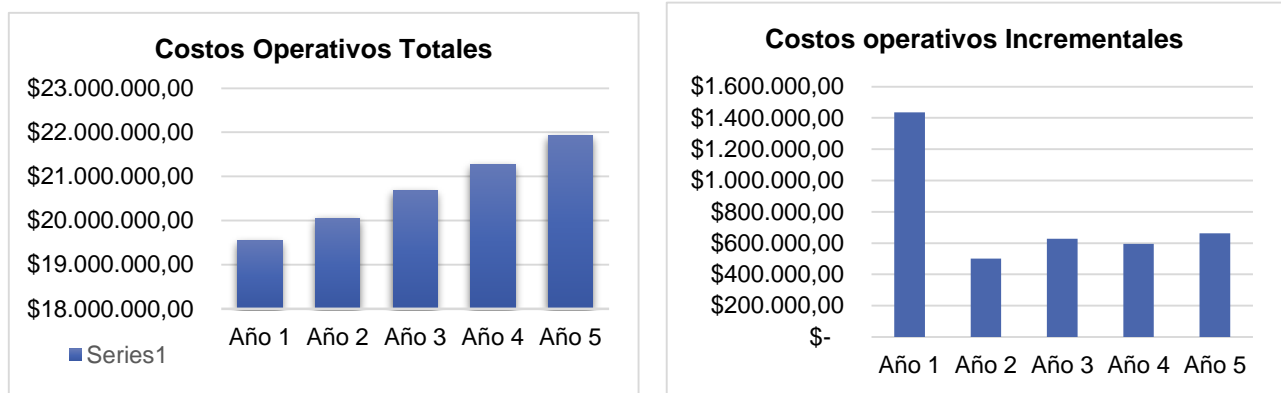
Ciclo PHVA	Descripción de procesos	Suma año 1	Suma año 2	Suma año 3	Suma año 4	Suma año 5
P	Planificación del proceso de hospitalización	-\$120,608.96	\$5,455.82	\$7,065.02	\$6,497.44	\$7,471.92
	Gestión de abastecimiento de Recurso	-\$190,877.28	\$84,612.75	\$107,734.31	\$101,013.84	\$113,702.95
	Gestión de talento humano	-\$177,790.62	\$59,831.63	\$74,853.32	\$71,096.38	\$79,499.44
H	hospitalización	\$1514,486.44	\$350,409.09	\$437,104.43	\$415,993.02	\$459,691.53
V	Gestión del Control	-\$125,204.60	\$96.63	\$317.29	-\$381.11	\$1,405.61
A	Gestión de Seguimiento	\$534,866.79	\$419.94	-\$367.84	\$601.35	-\$126.38
	<b>TOTAL</b>	<b>\$1434,871.76</b>	<b>\$500,825.86</b>	<b>\$626,706.53</b>	<b>\$594,820.90</b>	<b>\$661,645.06</b>

### 1.5.1 Comportamiento de costos operativos

Se presenta un desglose de los costos operativos proyectados para 5 años. Al eliminar las actividades que no agregan valor al proceso, se logra la disminución del tiempo empleado en la realización del mismo, es este ahorro en tiempo lo que permite, la atención de un mayor número de pacientes y en consecuencia el aumento de los costos debido a la variación de los costos directos que se asocian a la producción de un mayor número de egresos.

Al observar la gráfica de los costos incrementales se puede ver que el año 1. comparado a los posteriores un incremento en costos mayor, esto debido a que en el primer año se realiza la inversión del diseño de los procesos que se pretenden implementar y que se detallaron en el diseño con el objetivo de fortalecer las áreas de planeación, control y seguimiento.

Ilustración 91 Costos operativos y Costos Incrementales - Comparativo en 5 años

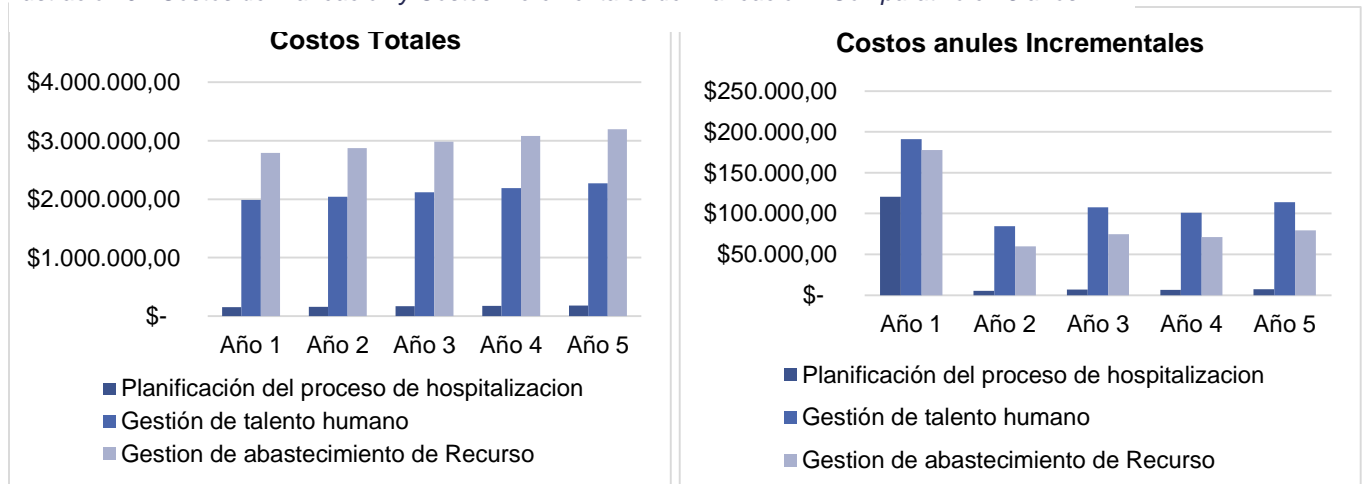


### Costos de los procesos de Planeación

Los procesos de planeación, incrementan anualmente, con lo que se pretende beneficiar a un mayor número de pacientes. En los procesos de planeación se tienen dos nuevos subprocesos planeación estratégica y Gestión de Productos intrahospitalarios.

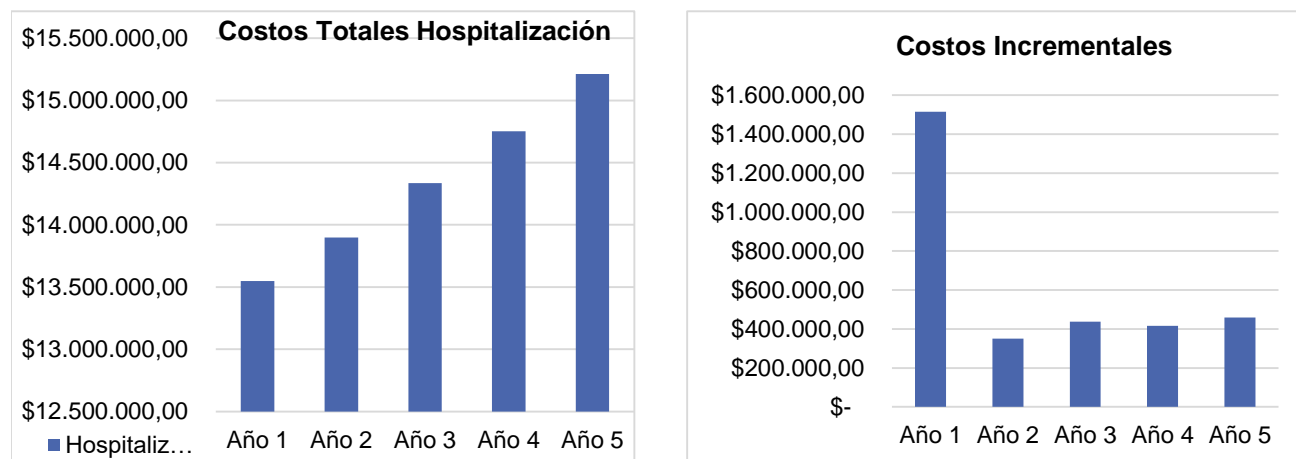
### Costos de los procesos de Realización (Hacer)

Ilustración 92 Costos de Planeación y Costos Incrementales de Planeación - Comparativo en 5 años



Los costos del proceso operativo de Hospitalización, solo se disminuye las actividades ineficientes, lo que genera un ahorro en horas de trabajo que permite la atención de un mayor número de pacientes

Ilustración 93 Costos de Realización y Costos Incrementales de realización - Comparativo en 5 años

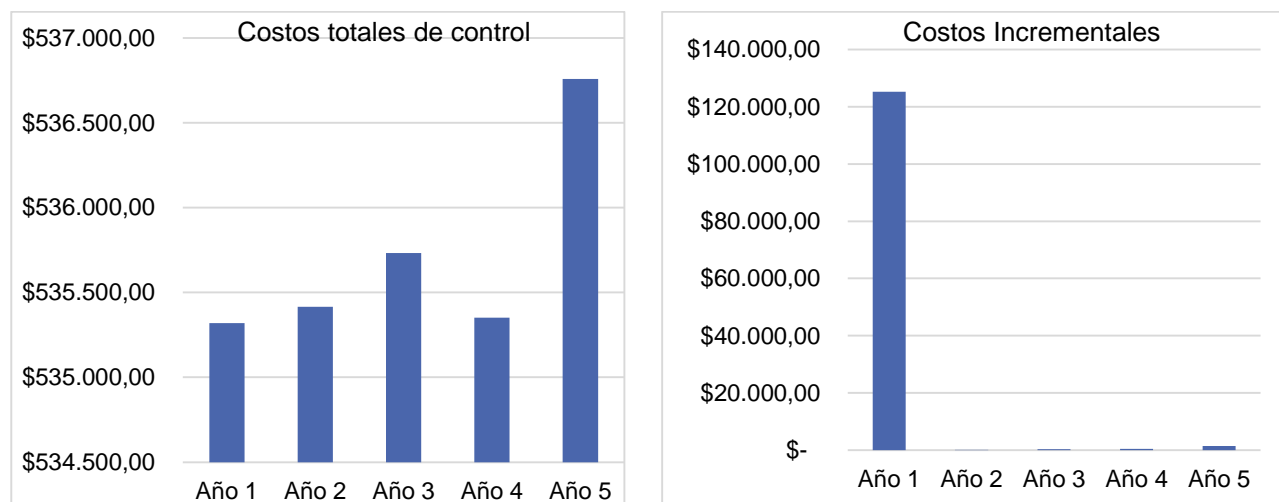


### Costos del proceso de Control

Los procesos de Control, para estos se realizó un proceso, que recibiera la información que proporcionan las enfermeras por medio del censo diario y los doctores con el llenado de los indicadores trimestrales. Además de establecer auditorias periódicas en busca de oportunidades de mejora.

Por lo cual al observar los costos incrementales del año 1 con respecto a los años posteriores, existe una diferencia marcada ya que el año uno se compara con la situación actual donde estos procesos no se realizaban.

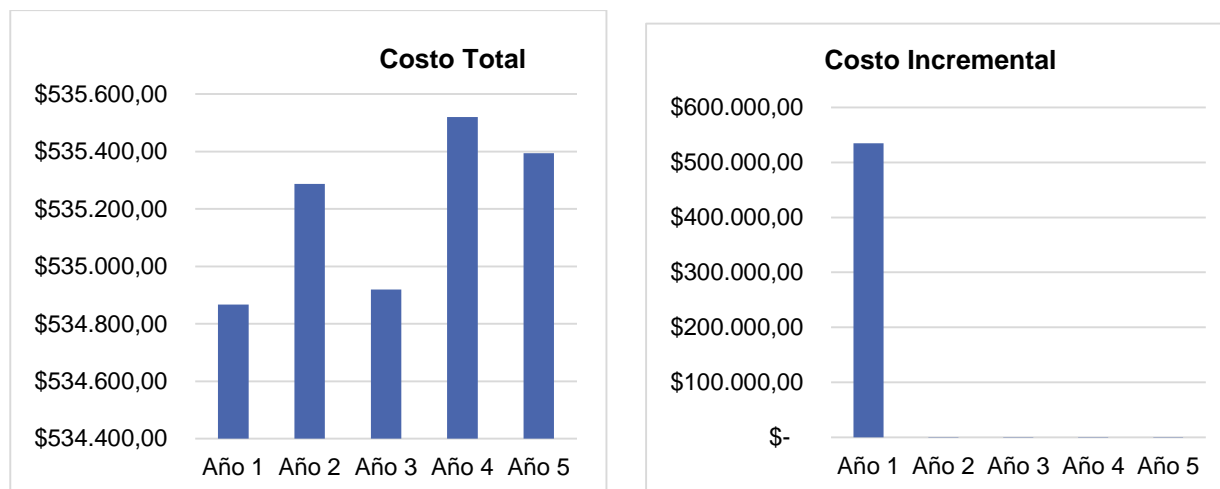
Ilustración 94 Costos de Controles y Costos Incrementales de Control- Comparativo en 5 años



## Costos asociados al proceso de Seguimiento.

El proceso de seguimiento es parte de la propuesta de diseño. El costo total es menor en el primer año de implementación. Y el costo incremental es mayor debido a que los procesos serán implementados en el primer año.

Ilustración 95 Costos de seguimiento y Costos Incrementales de seguimiento- Comparativo en 5 años



## Costos detallados por procesos y subprocesos

Se presenta el detalle de los costos por procesos y subprocesos para una proyección de 5 años. Estos se presentan de forma total y en forma incremental para cada uno de los años iniciando con el año 1.

Se puede observar además la variación en tiempo, debido al mejoramiento de la eficiencia en cada uno de los años y costo de cada uno de los recursos asociados a los subprocesos, teniendo en cuenta que para la asignación estos se realizó un prorratio en base al tiempo que se utiliza para la realización de cada uno de los subprocesos.

Los valores Negativos en las tablas de costos detallados incrementales representan ahorros, ya que con los mismos recursos fijos se atiende un mayor número de pacientes. El tiempo que se utilizara para realización de los nuevos procesos y subprocesos se obtiene de una nueva distribución de tiempo entre procedimientos y del aumento de la eficiencia de las actividades operativas. Lo que ocasiona que estas se realizan en un delta de tiempo menor. Lo cual impacta positivamente en los escasos del recurso humano y la utilización de este tiempo en la realización de los nuevos procedimientos. Y se logra la no recarga laboral para el recurso humano.

## Año 1. Costo Total por subproceso

Tabla 194 Año 1. Costo Total por subproceso

Descripción de Subprocesos		Tiempo por servicio en Horas	R-1	R-2	R-3	R-4	R-5	R-6	R-7	R-8	R-9	Totales	%	Ciclo PHVA		
			<b>\$13,972.12</b>	<b>\$39,216.17</b>	<b>\$891,852.06</b>	<b>\$19,832.76</b>	<b>\$87,117.54</b>	<b>\$259,042.64</b>	<b>\$380,324.73</b>	<b>\$183,494.14</b>	<b>\$1,600.00</b>					
PPH	Planeación estratégica	6.23	\$104.09	\$292.15	\$12,128.29		\$1,789.48	\$7,666.41	\$2,115.95	\$1,895.08	\$53.33	\$26,044.79	0.13%	<b>\$156,268.72</b>	<b>\$4929,338.02</b>	
	Planeación operativa	6.23	\$520.44	\$1,460.75	\$60,641.44		\$8,947.41	\$38,332.04	\$10,579.77	\$9,475.41	\$266.67	\$130,223.93	0.67%			
GAR	Gestión de insumos médicos	4.16	\$4,167.54	\$11,697.22	\$485,131.51		\$53,684.46		\$84,487.59	\$75,803.26		\$714,971.58	3.66%	<b>\$2789,207.93</b>		
	Gestión de equipo medico	4.16	\$4,167.54	\$11,697.22	\$485,131.51	\$237,993.12		\$84,487.59	\$75,803.26			\$899,280.24	4.60%			
	Gestión de productos intrahospitalarios	4.16	\$4,167.54	\$11,697.22	\$485,131.51		\$53,684.46	\$459,984.52	\$84,487.59	\$75,803.26		\$1174,956.10	6.01%			
GTH	Planeación del talento humano	4.16	\$4,167.54	\$11,697.22	\$485,131.51				\$84,487.59	\$75,803.26		\$661,287.12	3.38%	<b>\$1983,861.37</b>		
	Gestión de personal	4.16	\$4,167.54	\$11,697.22	\$485,131.51				\$84,487.59	\$75,803.26		\$661,287.12	3.38%			
	Gestión del conocimiento	4.16	\$4,167.54	\$11,697.22	\$485,131.51				\$84,487.59	\$75,803.26		\$661,287.12	3.38%			
H	Ingreso	6.47	\$6,481.25	\$18,191.20					\$277,307.20	\$11,030.01		\$313,009.66	1.60%	<b>\$13548,796.91</b>		<b>\$13548,796.91</b>
	Gestión de cama	4.85	\$4,854.38	\$13,625.02					\$218,926.74			\$237,406.14	1.21%			
	Evaluación medica	29.52	\$29,573.34	\$83,004.81	\$3445,860.70				\$65,018.89	\$933,601.34		\$4557,059.09	23.31%			
	Gestión de indicaciones medicas	31.24	\$31,291.97	\$87,828.57			\$403,477.54	\$1728,558.13	\$1266,687.52	\$106,364.16		\$3624,207.89	18.54%			
	Atención de enfermería	24.76	\$24,804.34	\$69,619.43	\$2890,180.35		\$319,826.21		\$1118,645.02			\$4423,075.35	22.63%			
	Gestión de Alta Medica	8.14	\$8,159.05	\$22,900.38					\$349,093.99	\$13,885.36		\$394,038.78	2.02%			
GC	Evaluación y mejora de procesos	6.24	\$6,251.31	\$17,545.84					\$126,957.28	\$113,704.89	\$3,200.04	\$267,659.36	1.37%	<b>\$535,318.72</b>	<b>\$1070,185.51</b>	
	Auditoria interna del proceso	6.24	\$6,251.31	\$17,545.84					\$126,957.28	\$113,704.89	\$3,200.04	\$267,659.36	1.37%			
GS	Retroalimentación de la atención brindada	4.16	\$4,167.54	\$11,697.22					\$84,487.59	\$75,803.26	\$2,133.32	\$178,288.93	0.91%	<b>\$534,866.79</b>		
	Control de documentos	4.16	\$4,167.54	\$11,697.22					\$84,487.59	\$75,803.26	\$2,133.32	\$178,288.93	0.91%			
	Comunicación	4.16	\$4,167.54	\$11,697.22					\$84,487.59	\$75,803.26	\$2,133.32	\$178,288.93	0.91%			
		<b>167.36</b>	<b>\$155,799.37</b>	<b>\$437,289.00</b>	<b>\$9319,599.86</b>	<b>\$237,993.12</b>	<b>\$841,409.57</b>	<b>\$2234,541.10</b>	<b>\$4322,677.92</b>	<b>\$1985,890.45</b>	<b>\$13,120.04</b>	<b>\$19,548,320.44</b>	<b>100%</b>	<b>\$19548,320.44</b>		

Fuente: Elaboración propia



## Año 1. Costo Incremental por Subproceso

Tabla 195 Año 1. Costo Incremental por Subproceso

Descripción de subprocesos		Tiempo por servicio en horas	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	Totales incremental.	Total por procesos	%	Ciclo PHVA	
PPH	Planeación estratégica	6.23	\$104.09	\$292.15	\$12,128.29	\$	\$1,789.48	\$7,666.41	\$2,115.95	\$1,895.08	\$53.33	\$26,044.79	0.12%	<b>\$(120,608.96)</b>	<b>\$(489,276.87)</b>	
	Planeación operativa	6.23	\$(775.25)	\$(2,159.40)	\$(64,452.62)	\$	\$(9,787.02)	\$(39,673.54)	\$(15,855.50)	\$(14,217.08)	\$266.67	\$(146,653.75)	-0.08%			
GAR	Gestión de insumos médicos	4.16	\$(3,606.64)	\$(10,023.66)	\$(265,432.82)	\$	\$(58,722.12)	\$(234,016.76)	\$(74,124.08)	\$(66,351.67)	\$	\$(712,277.75)	0.01%	<b>\$(190,877.28)</b>		
	Gestión de equipo medico	4.16	\$(3,606.64)	\$(10,023.66)	\$(265,432.82)	\$	\$ -	\$(234,016.76)	\$(74,124.08)	\$(66,351.67)	\$	\$(653,555.63)	1.17%			
	Gestión de productos intrahospitalarios	4.16	\$4,167.54	\$11,697.22	\$485,131.51	\$	\$53,684.46	\$459,984.52	\$84,487.59	\$75,803.26	\$	\$1,174,956.10	11.22%			
GTH	Planeación del talento humano	4.16	\$(1,015.25)	\$(2,783.36)	\$(15,244.71)	\$	\$	\$	\$(21,253.52)	\$(18,966.70)	\$	\$(59,263.54)	2.87%	<b>\$(177,790.62)</b>		
	Gestión de personal	4.16	\$(1,015.25)	\$(2,783.36)	\$(15,244.71)	\$	\$	\$	\$(21,253.52)	\$(18,966.70)	\$	\$(59,263.54)	2.87%			
	Gestión del conocimiento	4.16	\$(1,015.25)	\$(2,783.36)	\$(15,244.71)	\$	\$	\$	\$(21,253.52)	\$(18,966.70)	\$	\$(59,263.54)	2.87%			
H	Ingreso	6.47	\$(62.68)	\$(92.37)		\$	\$	\$	\$56.87	\$1.97	\$	\$(96.19)	1.49%	<b>\$1514,486.44</b>		<b>\$1514,486.44</b>
	Gestión de cama	4.85	\$(53.56)	\$(87.66)		\$	\$	\$	\$44.90	\$ -	\$	\$(96.32)	1.13%			
	Evaluación medica	29.52	\$421.22	\$1,554.46	\$631,346.33	\$	\$	\$	\$13.33	\$167.10	\$	\$633,502.44	24.78%			
	Gestión de indicaciones medicas	31.24	\$(260.08)	\$(327.14)	\$	\$	\$61,320.10	\$303,898.17	\$259.79	\$19.04	\$	\$364,909.88	19.05%			
	Atención de enfermería	24.76	\$(273.66)	\$(447.92)	\$469,005.06	\$	\$47,874.81	\$	\$229.43	\$ -	\$	\$516,387.72	23.58%			
	Gestión de Alta Medica	8.14	\$(78.90)	\$(116.28)		\$	\$	\$	\$71.60	\$2.49	\$	\$(121.09)	1.88%			
GC	Evaluación y mejora de procesos	6.24	\$6,251.31	\$17,545.84		\$	\$	\$	\$126,957.28	\$113,704.89	\$3,200.04	\$267,659.36	2.54%	<b>\$(125,204.60)</b>		<b>\$409,662.19</b>
	Auditoria interna del proceso	6.24	\$(9,297.05)	\$(25,895.92)		\$	\$	\$	\$(190,266.05)	\$(170,604.98)	\$3,200.04	\$(392,863.96)	-0.61%			
GS	Retroalimentación de la atención brindada	4.16	\$4,167.54	\$11,697.22		\$	\$	\$	\$84,487.59	\$75,803.26	\$2,133.32	\$178,288.93	1.69%	<b>\$534,866.79</b>		
	Control de documentos	4.16	\$4,167.54	\$11,697.22		\$	\$	\$	\$84,487.59	\$75,803.26	\$2,133.32	\$178,288.93	1.69%			
	Comunicación	4.16	\$4,167.54	\$11,697.22		\$	\$	\$	\$84,487.59	\$75,803.26	\$2,133.32	\$178,288.93	1.69%			
<b>TOTAL</b>		<b>167.36</b>	<b>\$2,386.59</b>	<b>\$8,657.26</b>	<b>\$956,558.80</b>	<b>\$</b>	<b>\$96,159.72</b>	<b>\$263,842.04</b>	<b>\$49,569.22</b>	<b>\$44,578.09</b>	<b>13,120.04</b>	<b>\$1434,871.76</b>	<b>100%</b>	<b>\$1434,871.76</b>	<b>\$1434,871.76</b>	

Fuente: Elaboración propia

## AÑO 2. Costo Total por subproceso

Tabla 196 AÑO 2. Costo Total por subproceso

Descripción de subprocesos		Tiempo por servicio en Horas	R-1	R-2	R-3	R-4	R-5	R-6	R-7	R-8	R-9	Totales	%	Ciclo PHVA
			\$13,972.12	\$39,216.17	\$928,140.91	\$19,832.76	\$90,662.30	\$269,582.91	\$380,324.73	\$183,494.14	\$1,600.00			
PPH	Planeación estratégica	6.00	\$104.29	\$292.70	\$12,623.39		\$1,869.16	\$7,999.75	\$2,116.86	\$1,894.61	\$53.33	\$26,954.09	0.13%	<b>\$5079,238.22</b>
	Planeación operativa	6.00	\$521.43	\$1,463.52	\$63,116.93		\$9,345.82	\$39,998.73	\$10,584.32	\$9,473.03	\$266.67	\$134,770.45	0.67%	
GAR	Gestión de insumos médicos	4.00	\$4,171.44	\$11,708.17	\$504,935.45	\$237,993.12	\$56,074.91		\$84,517.20	\$75,898.73		\$975,299.03	4.86%	
	Gestión de equipo medico	4.00	\$4,171.44	\$11,708.17	\$504,935.45				\$84,517.20	\$75,898.73		\$681,231.00	3.40%	
	Gestión de productos intrahospitalarios	4.00	\$4,171.44	\$11,708.17	\$504,935.45		\$56,074.91	\$479,984.74	\$84,517.20	\$75,898.73		\$1217,290.65	6.07%	
GTH	Planeación del talento humano	4.00	\$4,171.44	\$11,708.17	\$504,935.45				\$84,517.20	\$75,898.73		\$681,231.00	3.40%	
	Gestión de personal	4.00	\$4,171.44	\$11,708.17	\$504,935.45				\$84,517.20	\$75,898.73		\$681,231.00	3.40%	
	Gestión del conocimiento	4.00	\$4,171.44	\$11,708.17	\$504,935.45				\$84,517.20	\$75,898.73		\$681,231.00	3.40%	
H	Ingreso	6.19	\$6,458.65	\$18,127.77					\$277,266.40	\$11,022.29		\$312,875.10	1.56%	
	Gestión de cama	4.64	\$4,834.69	\$13,569.75					\$218,894.52			\$237,298.97	1.18%	
	Evaluación medica	28.54	\$29,765.52	\$83,544.20	\$3602,989.84				\$65,009.32	\$932,947.96		\$4714,256.84	23.51%	
	Gestión de indicaciones medicas	29.92	\$31,200.61	\$87,572.14			\$419,416.45	\$1795,040.71	\$1266,501.12	\$106,289.72		\$3706,020.75	18.48%	
	Atención de enfermería	23.69	\$24,703.73	\$69,337.06	\$2990,282.09		\$332,081.66		\$1118,480.40			\$4534,884.95	22.62%	
	Gestión de Alta Medica	7.80	\$8,130.60	\$22,820.52					\$349,042.62	\$13,875.64		\$393,869.39	1.96%	
GC	Evaluación y mejora de procesos	6.00	\$6,257.16	\$17,562.26					\$127,011.89	\$113,676.38	\$3,199.98	\$267,707.67	1.34%	
	Auditoria interna del proceso	6.00	\$6,257.16	\$17,562.26					\$127,011.89	\$113,676.38	\$3,199.98	\$267,707.67	1.34%	
GS	Retroalimentación de la atención brindada	4.00	\$4,171.44	\$11,708.17					\$84,517.20	\$75,898.73	\$2,133.36	\$178,428.91	0.89%	
	Control de documentos	4.00	\$4,171.44	\$11,708.17					\$84,517.20	\$75,898.73	\$2,133.36	\$178,428.91	0.89%	
	Comunicación	4.00	\$4,171.44	\$11,708.17					\$84,517.20	\$75,898.73	\$2,133.36	\$178,428.91	0.89%	
		<b>160.77</b>	<b>\$155,776.83</b>	<b>\$437,225.75</b>	<b>\$9698,624.94</b>	<b>\$237,993.12</b>	<b>\$874,862.91</b>	<b>\$2323,023.92</b>	<b>\$4322,574.17</b>	<b>\$1985,944.61</b>	<b>\$13,120.04</b>	<b>\$20,049,146.29</b>	<b>100%</b>	

Fuente: Elaboración propia

Año 2. Costo Incremental por Subproceso

Tabla 197 Año 2. Costo Incremental por Subproceso

Descripción de procesos	Descripción de subprocesos	Tiempo por servicio en horas	R1	R2.	R3.	R4.	R5.	R6.	R7.	R8.	R9.	Totales incremental.	Total por procesos	%	Ciclo PHVA	
PPH	Planeación estratégica	6.00	\$0.20	\$ 0.55	\$495.10		\$79.68	\$333.34	\$0.91	\$(0.48)		\$909.30	\$5,455.82	0.13%	\$149,900.20	
	Planeación operativa	6.00	\$0.99	\$2.77	\$2,475.49		\$398.41	\$1,666.69	\$4.55	\$(2.38)		\$4,546.52		0.67%		
GAR	Gestión de insumos médicos	4.00	\$3.90	\$10.95	\$19,803.93	\$237,993.12	\$2,390.45		\$29.62	\$95.48		\$260,327.45	\$84,612.75	4.86%		
	Gestión de equipo medico	4.00	\$3.90	\$10.95	\$19,803.93	\$(237,993.12)	-		\$29.62	\$95.48		\$(218,049.24)		3.40%		
	Gestión de productos intrahospitalarios	4.00	\$3.90	\$10.95	\$19,803.93		\$2,390.45	\$2,000.22	\$29.62	\$95.48		\$42,334.55		6.07%		
GTH	Planeación del talento humano	4.00	\$3.90	\$10.95	\$19,803.93				\$29.62	\$95.48		\$19,943.88	\$59,831.63	3.40%		
	Gestión de personal	4.00	\$3.90	\$10.95	\$19,803.93				\$29.62	\$95.48		\$19,943.88		3.40%		
	Gestión del conocimiento	4.00	\$3.90	\$10.95	\$19,803.93				\$29.62	\$95.48		\$19,943.88		3.40%		
H	Ingreso	6.19	\$(22.60)	\$(63.43)					\$(40.81)	\$(7.72)		\$(134.56)	\$350,409.09	1.56%		\$350,409.09
	Gestión de cama	4.64	\$(19.69)	\$(55.26)					\$(32.22)			\$(107.17)		1.18%		
	Evaluación medica	28.54	\$192.18	\$539.39	\$157,129.14				\$(9.57)	\$(653.38)		\$157,197.75		23.51%		
	Gestión de indicaciones medicas	29.92	\$(91.36)	\$(256.42)			\$15,938.91	\$66,482.58	\$(186.40)	\$(74.44)		\$81,812.86		18.48%		
	Atención de enfermería	23.69	\$(100.61)	\$(282.38)	\$100,101.74		\$12,255.45		\$(164.61)			\$111,809.59		22.62%		
	Gestión de alta medica	7.80	\$(28.45)	\$(79.85)					\$(51.37)	\$(9.72)		\$(169.39)		1.96%		
GC	Evaluación y mejora de procesos	6.00	\$5.85	\$16.42					\$54.60	\$(28.50)	\$(0.06)	\$48.31	\$96.63	1.34%	\$516.57	
	Auditoria interna del proceso	6.00	\$5.85	\$16.42					\$54.60	\$(28.50)	\$(0.06)	\$48.31		1.34%		
GS	Retroalimentación de la atención brindada	4.00	\$3.90	\$10.95					\$29.62	\$95.48	\$0.04	\$139.98	\$419.94	0.89%		
	Control de documentos	4.00	\$3.90	\$10.95					\$29.62	\$95.48	\$0.04	\$139.98		0.89%		
	Comunicación	4.00	\$3.90	\$10.95					\$29.62	\$95.48	\$0.04	\$139.98		0.89%		
	<b>TOTAL</b>	<b>160.77</b>	<b>\$(22.54)</b>	<b>\$(63.26)</b>	<b>\$379,025.08</b>	<b>\$</b>	<b>\$33,453.34</b>	<b>\$88,482.82</b>	<b>\$(103.75)</b>	<b>\$54.16</b>	<b>\$(0.01)</b>	<b>\$500,825.86</b>	<b>\$500,825.86</b>	<b>1.00</b>		<b>\$500,825.86</b>

Fuente: Elaboración propia

AÑO 3. Costo Total por subproceso

Tabla 198 AÑO 3. Costo Total por subproceso

Descripción de subprocesos		Tiempo por servicio en horas	R-1	R-2	R-3	R-4	R-5	R-6	R-7	R-8	R-9	Totales	%	Ciclo PHVA	
			\$13,972.12	\$39,216.17	\$973,822.18	\$19,832.76	\$95,124.52	\$282,851.25	\$380,324.73	\$183,494.14	\$1,600.00				
PPH	Planeación estratégica	5.74	\$104.63	\$293.66	\$13,250.23		\$1,976.30	\$8,440.62	\$2,115.97	\$1,896.85	\$53.33	\$28,131.59	0.14%	<b>\$5268,890.87</b>	
	Planeación operativa	5.74	\$523.13	\$1,468.28	\$66,251.15		\$9,881.52	\$42,203.11	\$10,579.86	\$9,484.26	\$266.67	\$140,657.97	0.68%		
GAR	Gestión de insumos médicos	3.83	\$4,188.65	\$11,756.48	\$530,009.17	\$237,993.12	\$59,289.10		\$84,472.26	\$75,755.54		\$1003,464.33	4.85%		
	Gestión de equipo medico	3.83	\$4,188.65	\$11,756.48	\$530,009.17				\$84,472.26	\$75,755.54		\$706,182.11	3.42%		
	Gestión de productos intrahospitalarios	3.83	\$4,188.65	\$11,756.48	\$530,009.17		\$59,289.10	\$506,437.34	\$84,472.26	\$75,755.54		\$1271,908.55	6.15%		
GTH	Planeación del talento humano	3.83	\$4,188.65	\$11,756.48	\$530,009.17				\$84,472.26	\$75,755.54		\$706,182.11	3.42%		
	Gestión de personal	3.83	\$4,188.65	\$11,756.48	\$530,009.17				\$84,472.26	\$75,755.54		\$706,182.11	3.42%		
	Gestión del conocimiento	3.83	\$4,188.65	\$11,756.48	\$530,009.17				\$84,472.26	\$75,755.54		\$706,182.11	3.42%		
H	Ingreso	5.86	\$6,406.91	\$17,982.57					\$277,318.47	\$11,030.06		\$312,738.01	1.51%		<b>\$14336,310.43</b>
	Gestión de cama	4.38	\$4,790.32	\$13,445.21					\$218,935.63			\$237,171.17	1.15%		
	Evaluación medica	27.55	\$30,130.76	\$84,569.35	\$3815,900.84				\$65,021.53	\$933,605.23		\$4929,227.71	23.8%		
	Gestión de indicaciones medicas	28.33	\$30,987.00	\$86,972.59			\$438,993.37	\$1874,902.98	\$1266,738.97	\$106,364.60		\$3804,959.50	18.4%		
	Atención de enfermería	22.38	\$24,477.01	\$68,700.71	\$3099,882.84		\$346,766.22		\$1118,690.45			\$4658,517.24	22.5%		
	Gestión de Alta Medica	7.37	\$8,065.48	\$22,637.74					\$349,108.17	\$13,885.42		\$393,696.80	1.90%		
GC	Evaluación y mejora de procesos	5.74	\$6,277.51	\$17,619.38					\$126,958.31	\$113,811.14	\$3,199.98	\$267,866.32	1.30%	<b>\$1070,651.53</b>	
	Auditoria interna del proceso	5.74	\$6,277.51	\$17,619.38					\$126,958.31	\$113,811.14	\$3,199.98	\$267,866.32	1.30%		
GS	Retroalimentación de la atención brindada	3.83	\$4,188.65	\$11,756.48					\$84,472.26	\$75,755.54	\$2,133.36	\$178,306.30	0.86%		
	Control de documentos	3.83	\$4,188.65	\$11,756.48					\$84,472.26	\$75,755.54	\$2,133.36	\$178,306.30	0.86%		
	Comunicación	3.83	\$4,188.65	\$11,756.48					\$84,472.26	\$75,755.54	\$2,133.36	\$178,306.30	0.86%		
		<b>153.31</b>	<b>\$155,738.16</b>	<b>\$437,117.22</b>	<b>\$10175,340.06</b>	<b>\$237,993.12</b>	<b>\$916,195.62</b>	<b>\$2431,984.06</b>	<b>\$4322,675.98</b>	<b>\$1985,688.56</b>	<b>\$13,120.04</b>	<b>\$20,675,852.83</b>	<b>100%</b>		

Fuente: Elaboración propia

AÑO 3. Costo Incremental por Subproceso

Tabla 199 AÑO 3. Costo Incremental por Subproceso

Descripción de procesos	Descripción de subprocesos	Tiempo por servicio en Horas	R1 .	R2 .	R3 .	R4 .	R5 .	R6 .	R7 .	R8 .	R9 .	Totales incremental.	Total por procesos	%	Ciclo PHVA
PPH	Planeación estratégica	5.74	\$0.34	\$0.95	\$626.84		\$107.14	\$440.88	\$(0.89)	\$2.25		\$1,177.50	\$7,065.02	0.14%	\$189,652.65
	Planeación operativa	5.74	\$1.70	\$4.76	\$3,134.21		\$535.70	\$2,204.38	\$(4.47)	\$11.23		\$5,887.52		0.68%	
GAR	Gestión de insumos médicos	3.83	\$17.21	\$48.31	\$25,073.72		\$3,214.19		\$(44.95)	\$(143.19)		\$28,165.30	\$107,734.31	4.85%	
	Gestión de equipo medico	3.83	\$17.21	\$48.31	\$25,073.72				\$(44.95)	\$(143.19)		\$24,951.11		3.42%	
	Gestión de productos intrahospitalarios	3.83	\$17.21	\$48.31	\$25,073.72		\$3,214.19	\$26,452.60	\$(44.95)	\$(143.19)		\$54,617.90		6.15%	
GTH	Planeación del talento humano	3.83	\$17.21	\$48.31	\$25,073.72				\$(44.95)	\$(143.19)		\$24,951.11	\$74,853.32	3.42%	
	Gestión de personal	3.83	\$17.21	\$48.31	\$25,073.72				\$(44.95)	\$(143.19)		\$24,951.11		3.42%	
	Gestión del conocimiento	3.83	\$17.21	\$48.31	\$25,073.72				\$(44.95)	\$(143.19)		\$24,951.11		3.42%	
H	Ingreso	5.86	\$(51.73)	\$(145.20)					\$52.07	\$7.77		\$(137.10)	\$437,104.43	1.51%	
	Gestión de cama	4.38	\$(44.37)	\$(124.54)					\$41.11			\$(127.80)		1.15%	
	Evaluación medica	27.55	\$365.25	\$1,025.16	\$212,910.99				\$12.21	\$657.27		\$214,970.88		23.84%	
	Gestión de indicaciones medicas	28.33	\$(213.61)	\$(599.56)			\$19,576.92	\$79,862.27	\$237.85	\$74.88		\$98,938.75		18.40%	
	Atención de enfermería	22.38	\$(226.72)	\$(636.35)	\$109,600.75		\$14,684.56		\$210.05	-		\$123,632.29		22.53%	
	Gestión de Alta Medica	7.37	\$(65.12)	\$(182.79)					\$65.55	\$9.78		\$(172.59)		1.90%	
GC	Evaluación y mejora de procesos	5.74	\$20.35	\$57.12					\$(53.58)	\$134.76		\$158.65	\$317.29	1.30%	
	Auditoría interna del proceso	5.74	\$20.35	\$57.12					\$(53.58)	\$134.76		\$158.65		1.30%	
GS	Retroalimentación de la atención brindada	3.83	\$17.21	\$48.31					\$(44.95)	\$(143.19)		\$(122.61)	\$(367.84)	0.86%	
	Control de documentos	3.83	\$17.21	\$48.31					\$(44.95)	\$(143.19)		\$(122.61)		0.86%	
	Comunicación	3.83	\$17.21	\$48.31					\$(44.95)	\$(143.19)		\$(122.61)		0.86%	
<b>TOTAL</b>		<b>153.31</b>	<b>\$(38.67)</b>	<b>\$(108.53)</b>	<b>\$476,715.12</b>		<b>\$41,332.70</b>	<b>\$108,960.14</b>	<b>\$101.81</b>	<b>\$(256.04)</b>		<b>\$626,706.53</b>	<b>\$626,706.53</b>	<b>1.00</b>	<b>\$626,706.53</b>

Fuente: Elaboración propia

AÑO 4. Costo Total por subproceso

Tabla 200 AÑO 4. Costo Total por subproceso

Descripción de subproceso		Tiempo por servicio en Horas	R-1	R-2	R-3	R-4	R-5	R-6	R-7	R-8	R-9	Totales	%	Ciclo PHVA	
			\$13,972.12	\$ 39,216.17	\$1016,941.88	\$19,832.76	\$99,336.52	\$295,375.57	\$380,324.73	\$183,494.14	\$1,600.00				
PPH	Planeación estratégica	5.51	\$104.92	\$294.49	\$13,837.69		\$2,072.96	\$8,842.59	\$2,116.98	\$1,891.53	\$53.33	\$29,214.50	0.14%	\$5447,498.52	
	Planeación operativa	5.51	\$524.61	\$1,472.45	\$69,188.44		\$10,364.79	\$44,212.96	\$10,584.92	\$9,457.67	\$266.67	\$146,072.50	0.69%		
GAR	Gestión de insumos médicos	3.67	\$4,193.08	\$11,768.90	\$553,507.51	\$237,993.12	\$62,188.75		\$84,504.41	\$75,907.00		\$1030,062.76	4.84%		
	Gestión de equipo medico	3.67	\$4,193.08	\$11,768.90	\$553,507.51				\$84,504.41	\$75,907.00		\$729,880.90	3.43%		
	Gestión de productos intrahospitalarios	3.67	\$4,193.08	\$11,768.90	\$553,507.51		\$62,188.75	\$530,555.52	\$84,504.41	\$75,907.00		\$1322,625.16	6.22%		
GTH	Planeación del talento humano	3.67	\$4,193.08	\$11,768.90	\$553,507.51				\$84,504.41	\$75,907.00		\$729,880.90	3.43%		
	Gestión de personal	3.67	\$4,193.08	\$11,768.90	\$553,507.51				\$84,504.41	\$75,907.00		\$729,880.90	3.43%		
	Gestión del conocimiento	3.67	\$4,193.08	\$11,768.90	\$553,507.51				\$84,504.41	\$75,907.00		\$729,880.90	3.43%		
H	Ingreso	5.58	\$6,377.59	\$17,900.28					\$277,273.67	\$11,029.16		\$312,580.70	1.47%		\$14752,303.45
	Gestión de cama	4.17	\$4,764.96	\$13,374.03					\$218,900.26			\$237,039.26	1.11%		
	Evaluación medica	26.57	\$30,360.58	\$85,214.39	\$4007,751.05				\$65,011.02	\$933,529.27		\$5121,866.31	24.0%		
	Gestión de indicaciones medicas	27.02	\$30,867.31	\$86,636.64			\$457,802.01	\$1952,840.30	\$1266,534.34	\$106,355.95		\$3901,036.54	18.3%		
	Atención de enfermería	21.31	\$24,347.42	\$68,337.00	\$3213,983.96		\$361,103.75		\$1118,509.74			\$4786,281.87	22.5%		
	Gestión de Alta Medica	7.03	\$8,028.57	\$22,534.14					\$349,051.77	\$13,884.29		\$393,498.77	1.85%		
GC	Evaluación y mejora de procesos	5.51	\$6,295.33	\$17,669.38					\$127,019.06	\$113,492.02	\$3,199.98	\$267,675.76	1.26%	\$1070,871.76	
	Auditoria interna del proceso	5.51	\$6,295.33	\$17,669.38					\$127,019.06	\$113,492.02	\$3,199.98	\$267,675.76	1.26%		
GS	Retroalimentación de la atención brindada	3.67	\$4,193.08	\$11,768.90					\$84,504.41	\$75,907.00	\$2,133.36	\$178,506.75	0.84%		
	Control de documentos	3.67	\$4,193.08	\$11,768.90					\$84,504.41	\$75,907.00	\$2,133.36	\$178,506.75	0.84%		
	Comunicación	3.67	\$4,193.08	\$11,768.90					\$84,504.41	\$75,907.00	\$2,133.36	\$178,506.75	0.84%		
		<b>146.75</b>	<b>\$155,704.32</b>	<b>\$437,022.22</b>	<b>\$10625,806.21</b>	<b>\$237,993.12</b>	<b>\$955,721.00</b>	<b>\$2536,451.38</b>	<b>\$4322,560.55</b>	<b>\$1986,294.9</b>	<b>\$13,120.04</b>	<b>21270,673.73</b>	<b>\$21,270,673.73</b>	<b>100%</b>	

Fuente: Elaboración propia



AÑO 4. Costo Incremental por Subproceso

Tabla 201 AÑO 4. Costo Incremental por Subproceso

Descripción de procesos	Descripción de subproceso	Tiempo por servicio en horas	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	Totales incremental.	Total por procesos	%	Ciclo PHVA	
PPH	Planeación estratégica	5.51	\$ 0.30	\$ 0.83	\$587.46		\$96.65	\$401.97	\$1.01	\$(5.32)		\$1,082.91	\$6,497.44	0.14%	\$178,607.65	
	Planeación operativa	5.51	\$1.48	\$4.17	\$2,937.29		\$483.27	\$2,009.85	\$5.06	\$(26.59)		\$5,414.54		0.69%		
GAR	Gestión de insumos médicos	3.67	\$4.42	\$12.41	\$23,498.34		\$2,899.64		\$32.16	\$151.46		\$26,598.43	\$101,013.84	4.84%		
	Gestión de equipo medico	3.67	\$4.42	\$12.41	\$23,498.34				\$32.16	\$151.46		\$23,698.79		3.43%		
	Gestión de productos intrahospitalarios	3.67	\$4.42	\$12.41	\$23,498.34		\$2,899.64	\$24,118.18	\$32.16	\$151.46		\$50,716.61		6.22%		
GTH	Planeación del talento humano	3.67	\$4.42	\$12.41	\$23,498.34				\$32.16	\$151.46		\$23,698.79	\$71,096.38	3.43%		
	Gestión de personal	3.67	\$4.42	\$12.41	\$23,498.34				\$32.16	\$151.46		\$23,698.79		3.43%		
	Gestión del conocimiento	3.67	\$4.42	\$12.41	\$23,498.34				\$32.16	\$151.46		\$23,698.79		3.43%		
H	Ingreso	5.58	\$(29.32)	\$(82.29)					\$(44.80)	\$(0.90)		\$(157.31)	\$415,993.02	1.47%		\$415,993.02
	Gestión de cama	4.17	\$(25.36)	\$(71.18)					\$(35.37)			\$(131.91)		1.11%		
	Evaluación medica	26.57	\$229.81	\$645.03	\$191,850.22				\$(10.50)	\$(75.96)		\$192,638.60		24.08%		
	Gestión de indicaciones medicas	27.02	\$(119.69)	\$(335.95)			\$18,808.64	\$77,937.32	\$ (204.63)	\$(8.65)		\$96,077.04		18.34%		
	Atención de enfermería	21.31	\$(129.58)	\$(363.71)	\$114,101.12		\$14,337.52		\$(180.71)			\$127,764.63		22.50%		
	Gestión de Alta Medica	7.03	\$(36.91)	\$(103.60)					\$(56.40)	\$(1.13)		\$(198.03)		1.85%		
GC	Evaluación y mejora de procesos	5.51	\$17.81	\$50.00					\$60.75	\$(319.12)		\$(190.56)	\$(381.11)	1.26%	\$220.23	
	Auditoria interna del proceso	5.51	\$17.81	\$50.00					\$60.75	\$(319.12)		\$(190.56)		1.26%		
GS	Retroalimentación de la atención brindada	3.67	\$4.42	\$12.41					\$32.16	\$151.46		\$200.45	\$601.35	0.84%		
	Control de documentos	3.67	\$4.42	\$12.41					\$32.16	\$151.46		\$200.45		0.84%		
	Comunicación	3.67	\$ 4.42	\$12.41					\$32.16	\$151.46		\$200.45		0.84%		
<b>TOTAL</b>		<b>146.75</b>	<b>\$(33.85)</b>	<b>\$(95.00)</b>	<b>\$450,466.15</b>		<b>\$39,525.38</b>	<b>\$104,467.32</b>	<b>\$(115.43)</b>	<b>\$606.33</b>		<b>\$594,820.90</b>	<b>\$594,820.90</b>	<b>1.00</b>		<b>\$594,820.90</b>

Fuente: Elaboración propia

Año5. Costo Total por subproceso

Tabla 202 Año5. Costo Total por subproceso

Descripción de subprocesos.		Tiempo por servicio en Horas	R-1	R-2	R-3	R-4	R-5	R-6	R-7	R-8	R-9	Totales	%	Ciclo PHVA
			\$13,972.12	\$39,216.17	\$1065,184.72	\$19,832.76	\$104,048.96	\$309,387.93	\$380,324.73	\$183,494.14	\$1,600.00			
PPH	Planeación estratégica	5.27	\$105.15	\$295.12	\$14,501.24		\$2,184.02	\$9,301.59	\$2,120.49	\$1,898.89	\$53.33	\$30,459.82	0.14%	<b>\$ 5648,172.83</b>
	Planeación operativa	5.27	\$525.74	\$1,475.61	\$72,506.18		\$10,920.09	\$46,507.95	\$10,602.43	\$9,494.44	\$266.67	\$152,299.11	0.69%	
GAR	gestión de insumos médicos	3.51	\$4,201.89	\$11,793.64	\$580,049.45	\$237,993.12	\$65,520.55		\$84,635.06	\$75,700.67		\$1059,894.38	4.83%	
	gestión de equipo medico	3.51	\$4,201.89	\$11,793.64	\$580,049.45				\$84,635.06	\$75,700.67		\$756,380.71	3.45%	
	gestión de productos intrahospitalarios	3.51	\$4,201.89	\$11,793.64	\$580,049.45		\$65,520.55	\$558,095.43	\$84,635.06	\$75,700.67		\$1379,996.68	6.29%	
GTH	planeación del talento humano	3.51	\$4,201.89	\$11,793.64	\$580,049.45				\$84,635.06	\$75,700.67		\$756,380.71	3.45%	
	gestión de personal	3.51	\$4,201.89	\$11,793.64	\$580,049.45				\$84,635.06	\$75,700.67		\$756,380.71	3.45%	
	gestión del conocimiento	3.51	\$4,201.89	\$11,793.64	\$580,049.45				\$84,635.06	\$75,700.67		\$756,380.71	3.45%	
H	Ingreso	5.30	\$6,342.20	\$17,800.94					\$277,104.02	\$11,030.11		\$312,277.26	1.42%	
	Gestión de cama	3.95	\$4,734.34	\$13,288.08					\$218,766.33			\$236,788.76	1.08%	
	evaluación medica	25.59	\$30,638.73	\$85,995.10	\$4225,504.75				\$64,971.25	\$933,609.70		\$5340,719.53	24.3%	
	Gestión de indicaciones medicas	25.66	\$30,722.86	\$86,231.20			\$478,610.08	\$2038,368.90	\$1265,759.40	\$106,365.11		\$4006,057.55	18.2%	
	atención de enfermería	20.21	\$24,190.95	\$67,897.83	\$3336,266.81		\$376,854.13		\$1117,825.38			\$4923,035.10	22.4%	
	Gestión de Alta Medica	6.67	\$7,984.01	\$22,409.08					\$348,838.20	\$13,885.48		\$393,116.78	1.79%	
GC	evaluación y mejora de procesos	5.27	\$6,308.83	\$17,707.26					\$127,229.17	\$113,933.33	\$3,199.98	\$268,378.56	1.22%	
	auditoria interna del proceso	5.27	\$6,308.83	\$17,707.26					\$127,229.17	\$113,933.33	\$3,199.98	\$268,378.56	1.22%	
GS	retroalimentación de la a tención brindada	3.51	\$4,201.89	\$11,793.64					\$84,635.06	\$75,700.67	\$2,133.36	\$178,464.62	0.81%	
	control de documentos	3.51	\$4,201.89	\$11,793.64					\$84,635.06	\$75,700.67	\$2,133.36	\$178,464.62	0.81%	
	comunicación	3.51	\$4,201.89	\$11,793.64					\$84,635.06	\$75,700.67	\$2,133.36	\$178,464.62	0.81%	
		<b>140.06</b>	<b>\$155,678.67</b>	<b>\$413,362.96</b>	<b>\$11129,075.7</b>	<b>\$237,993.12</b>	<b>\$999,609.41</b>	<b>\$2652,273.87</b>	<b>\$4152,891.23</b>	<b>\$1985,456.41</b>	<b>\$13,120.04</b>	<b>\$21932,318.79</b>	<b>\$21,932,318.79</b>	100%

Fuente: Elaboración propia



AÑO 5. Costo Incremental por Subproceso

Tabla 203 AÑO 5. Costo Incremental por Subproceso

Descripción de procesos	Descripción de los subprocesos	Tiempo por servicio en horas	R1 .	R2 .	R3 .	R4 .	R5 .	R6 .	R7 .	R8 .	R9 .	Totales incremental.	Total por procesos	%	Ciclo PHVA	
PPH	Planeación estratégica	5.27	\$0.22	\$0.63	\$663.55		\$111.06	\$459.00	\$3.50	\$7.36		\$1,245.32	\$7,471.92	0.14%	<b>\$200,674.31</b>	
	Planeación operativa	5.27	\$1.12	\$3.16	\$3,317.74		\$555.30	\$2,294.99	\$17.51	\$36.78		\$6,226.60		0.69%		
GAR	gestión de insumos médicos	3.51	\$8.82	\$24.75	\$26,541.94		\$3,331.80	-	\$130.64	\$(206.33)		\$29,831.61	\$113,702.95	4.83%		
	gestión de equipo medico	3.51	\$8.82	\$24.75	\$26,541.94				\$130.64	\$(206.33)		\$26,499.81		3.45%		
	gestión de productos intrahospitalarios	3.51	\$8.82	\$24.75	\$26,541.94		\$3,331.80	\$27,539.91	\$130.64	\$(206.33)		\$57,371.52		6.29%		
GTH	planeación del talento humano	3.51	\$8.82	\$24.75	\$26,541.94				\$130.64	\$(206.33)		\$26,499.81	\$79,499.44	3.45%		
	gestión de personal	3.51	\$8.82	\$24.75	\$26,541.94				\$130.64	\$(206.33)		\$26,499.81		3.45%		
	gestión del conocimiento	3.51	\$8.82	\$24.75	\$26,541.94				\$130.64	\$(206.33)		\$26,499.81		3.45%		
H	Ingreso	5.30	\$(35.39)	\$(99.34)					\$(169.65)	\$0.95		\$(303.44)	\$459,691.53	1.42%		<b>\$459,691.53</b>
	Gestión de cama	3.95	\$(30.62)	\$(85.95)					\$(133.93)	-		\$(250.50)		1.08%		
	evaluación medica	25.59	\$278.16	\$780.71	\$217,753.70				\$(39.78)	\$80.43		\$218,853.22		24.35%		
	Gestión de indicaciones medicas	25.66	\$(144.45)	\$(405.44)			\$20,808.07	\$85,528.60	\$(774.93)	\$9.16		\$05,021.01		18.27%		
	atención de enfermería	20.21	\$(156.47)	\$(439.17)	\$122,282.85		\$15,750.38		\$(684.36)			\$136,753.23		22.45%		
	Gestión de Alta Medica	6.67	\$(44.56)	\$(125.06)					\$(213.57)	\$1.20		\$(381.99)		1.79%		
GC	evaluación y mejora de procesos	5.27	\$13.50	\$37.88					\$210.11	\$441.31		\$702.80	\$1,405.61	1.22%	<b>\$1,279.22</b>	
	auditoria interna del proceso	5.27	\$13.50	\$37.88					\$210.11	\$441.31		\$702.80		1.22%		
GS	retroalimentación de la atención brindada	3.51	\$8.82	\$24.75					\$130.64	\$(206.33)		\$(42.13)	\$(126.38)	0.81%		
	control de documentos	3.51	\$8.82	\$24.75					\$130.64	\$(206.33)		\$(42.13)		0.81%		
	comunicación	3.51	\$8.82	\$24.75					\$130.64	\$(206.33)		\$(42.13)		0.81%		
	<b>TOTAL</b>	<b>140.06</b>	<b>\$(25.65)</b>	<b>\$(71.98)</b>	<b>\$503,269.49</b>		<b>\$43,888.41</b>	<b>\$115,822.49</b>	<b>\$(399.21)</b>	<b>\$(838.49)</b>		<b>\$661,645.06</b>	<b>\$661,645.06</b>	<b>1.00</b>		<b>\$661,645.06</b>

Fuente: Elaboración propia

### 1.5.2 Análisis de tendencia de ahorros por procesos.

Con la Implementación del Sistema de Gestión por procesos se pueden apreciar mejoras en los procesos que se realizan actualmente en los Hospitales del Tercer Nivel, afectando dos variables principales, Tiempos y costos, sin dejar atrás la reducción de pacientes insatisfechos y las quejas del cliente interno y externo. Para ello se realizan dos tipos de análisis para medir impactos sobre la propuesta de acción.

**1. Análisis de Actividades Actuales:** En este análisis se comparan las variables afectadas dentro del SGPP, para la actividad que se realizan actualmente en los Hospitales del Tercer Nivel, versus todas las mejoras en tiempo y reducción de reproceso que pudiesen tener. Con el Fin de Obtener un Delta en tiempo y Costo de las mismas actividades.

**2. Análisis de Actividades propuestas versus las actividades que se realizan actualmente:** Este análisis tiene como objetivo medir el impacto en tiempo y costo de la Situación sin proyecto versus la situación con proyecto, es decir si los objetivos son, cumplir las necesidades de la población demandante de servicios de salud del Tercer Nivel, y brindar un servicio con calidez. Conforme un proceso que mejore continuamente y que disminuya la variabilidad en la ejecución de las actividades. Por lo tanto, para lograr este objetivo y fortalecer el proceso actual, se debe hacer una inversión de tiempo y Dinero para cumplir con el mismo. El análisis se realiza con el Fin de obtener ese impacto y porcentaje extra que se debe invertir para obtener los resultados deseados.

### Resumen de ahorros totales operativo para 5 años

Tabla 204 Resumen de ahorros totales operativo para 5 años

Ciclo PHVA	Descripción de procesos	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
P	Planificación del proceso de hospitalización	\$31,592.71	\$59,007.24	\$93,107.97	\$126,962.36	\$165,005.38
	Gestión de abastecimiento de Recurso	\$31,623.12	\$59,007.24	\$93,189.07	\$126,847.15	\$164,848.83
	Gestión de talento humano	\$31,623.12	\$59,007.24	\$93,189.07	\$126,847.15	\$164,848.83
<b>Procesos de planeación</b>		<b>\$94,838.95</b>	<b>\$177,021.72</b>	<b>\$279,486.11</b>	<b>\$380,656.66</b>	<b>\$494,703.04</b>
H	Hospitalización	\$265,994.08	\$495,535.65	\$777,622.12	\$1056,247.93	\$1368,061.61
<b>Proceso de realización</b>		<b>\$265,994.08</b>	<b>\$495,535.65</b>	<b>\$777,622.12</b>	<b>\$1056,247.93</b>	<b>\$1368,061.61</b>
V	Gestión del Control	\$31,623.12	\$59,007.24	\$93,107.97	\$126,962.36	\$165,005.38
<b>Proceso de Control</b>		<b>\$31,623.12</b>	<b>\$59,007.24</b>	<b>\$93,107.97</b>	<b>\$126,962.36</b>	<b>\$165,005.38</b>
A	Gestión de Seguimiento	\$31,623.12	\$59,007.24	\$93,189.07	\$126,847.15	\$164,848.83
<b>TOTAL</b>		<b>\$424,079.27</b>	<b>\$790,571.85</b>	<b>\$1243,405.27</b>	<b>\$1690,714.10</b>	<b>\$2192,618.86</b>

Fuente: Elaboración propia

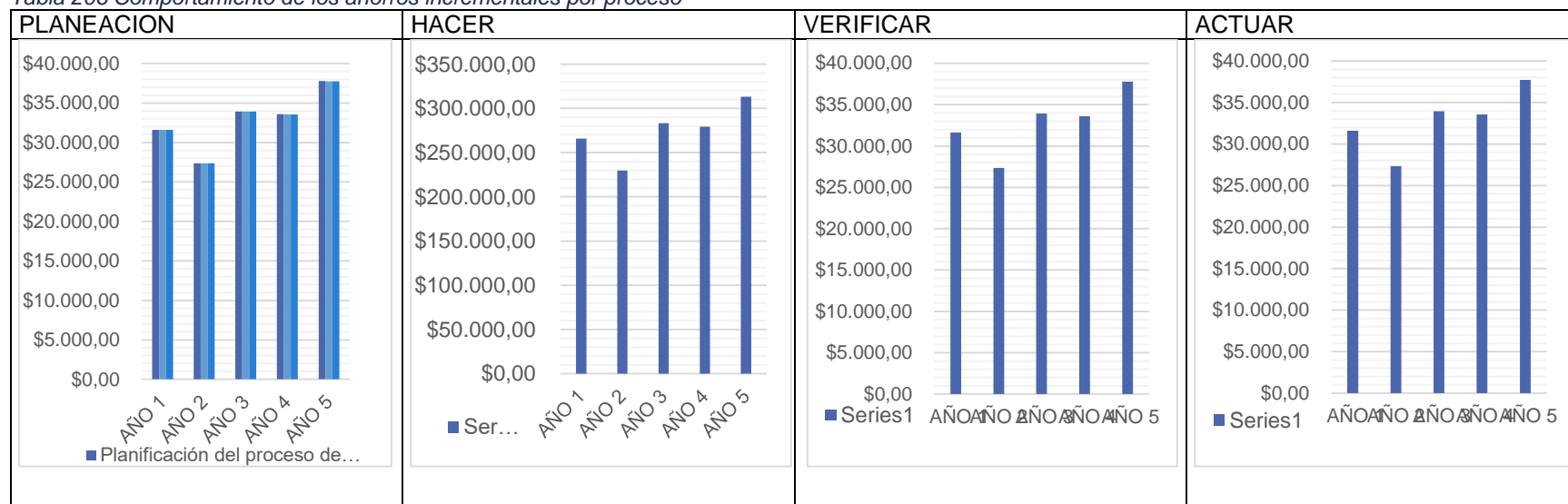
## Resumen de ahorros incrementales operativo para 5 años

Tabla 205 Resumen de ahorros incrementales operativo para 5 años

Ciclo PHVA	Descripción de procesos	SUMA AÑO 1	SUMA AÑO 2	SUMA AÑO 3	SUMA AÑO 4	SUMA AÑO 5
P	Planificación del proceso de hospitalización	\$31,589.20	\$27,351.54	\$33,906.37	\$33,590.99	\$37,776.52
	Gestión de abastecimiento de Recurso	\$31,619.60	\$27,351.54	\$33,935.90	\$33,560.51	\$37,740.68
	Gestión de talento humano	\$31,619.60	\$27,351.54	\$33,935.90	\$33,560.51	\$37,740.68
H	Hospitalización	\$265,964.51	\$229,694.96	\$283,180.29	\$279,456.18	\$313,205.57
V	Gestión del Control	\$31,619.60	\$27,351.54	\$33,906.37	\$33,590.99	\$37,776.52
A	Gestión de Seguimiento	\$31,619.60	\$27,351.54	\$33,935.90	\$33,560.51	\$37,740.68
	TOTAL	\$424,032.12	\$366,452.68	\$452,800.74	\$447,319.70	\$501,980.64

## Comportamiento de los ahorros incrementales por proceso

Tabla 206 Comportamiento de los ahorros incrementales por proceso



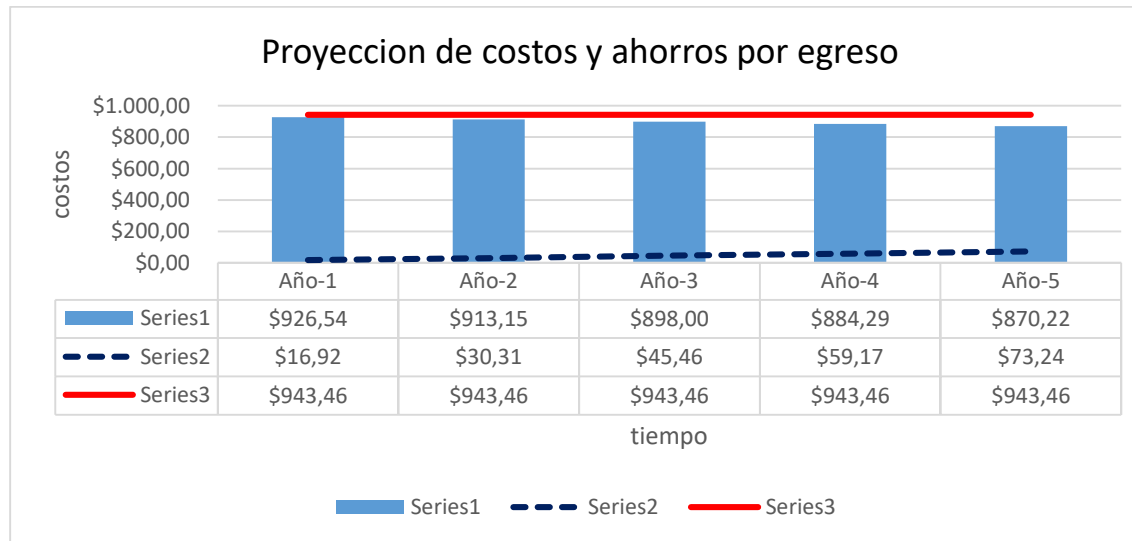
## Ahorros y costos anuales por egresos

Tabla 207 Ahorros y costos anuales por egresos

	Costo	Egresos actuales	Egresos nuevos	Costos por egreso actual	Costos Propuesta	Ahorro x egreso	Ahorro Total	Ahorro Incremental
Año-1	\$19548,320.44	22805	25061	\$943.46	\$926.54	\$16.92	\$424,032.12	\$424,032.12
Año-2	\$20049,146.29	22805	26080	\$943.46	\$913.15	\$30.31	\$790,484.80	\$366,452.68
Año-3	\$20675,852.83	22805	27349	\$943.46	\$898.00	\$45.46	\$1243,285.54	\$452,800.74
Año-4	\$21270,673.73	22805	28572	\$943.46	\$884.29	\$59.17	\$1690,605.24	\$447,319.70
Año-5	\$21932,318.79	22805	29937	\$ 943.46	\$870.22	\$73.24	\$2192,585.88	\$501,980.64

Los costos por egresos proyectados son menores al costo de producir actualmente un egreso. Se muestra la línea de tendencia de los ahorros por egresos, la gráfica nos muestra que se obtienen ahorros mínimos al implementar el sistema, pero se obtiene un mayor impacto social porque se disminuye la demanda insatisfecha

Ilustración 96 Proyección de costos y ahorros por egreso

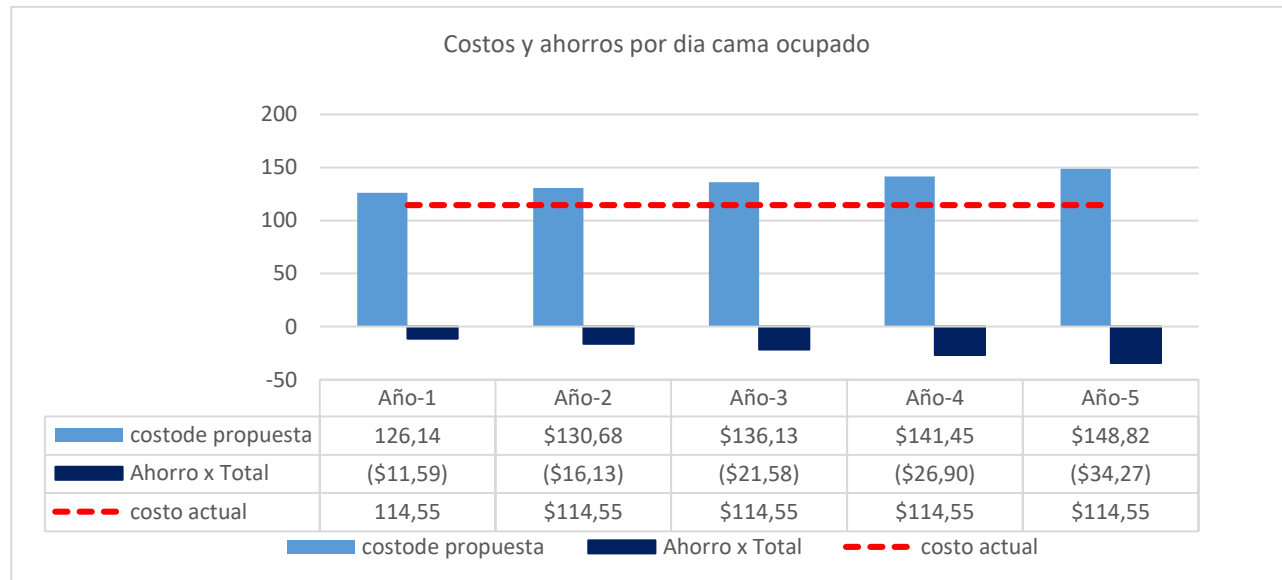


## Ahorros y costos anuales por día cama ocupado

Tabla 208 Ahorros y costos anuales por día cama ocupado

	Costo	DCO Actual	DCO anual	Disminución Dco	Costos por DCO actual	Costo propuesta DCO	Ahorro DCO.total	Ahorro DCO. incremental	Ahorro Total	Ahorro incremental	Promedio DCO disminución	Promedio con DCO actual
Año-1	\$19548,320.44	193795	189919	3876	\$114.55	\$126.14	\$(11.59)	(\$11.59)	\$(44,922.84)	\$(44,922.84)	7.58	7.73
Año-2	\$20049,146.29	193795	188460	1459	\$114.55	\$130.68	\$(16.13)	(\$4.54)	\$(23,533.67)	\$21,389.17	7.23	7.43
Año-3	\$20675,852.83	193795	187224	1236	\$114.55	\$136.13	\$(21.58)	(\$5.45)	\$(26,667.39)	\$(3,133.72)	6.85	7.09
Año-4	\$21270,673.73	193795	186300	924	\$114.55	\$141.45	\$(26.90)	(\$5.32)	\$(24,855.60)	\$1,811.79	6.52	6.78
Año-5	\$21932,318.79	193795	185220	1080	\$114.55	\$148.82	\$(34.27)	(\$7.37)	\$(37,011.60)	\$(12,156.00)	6.19	6.47

Ilustración 97 Costos y ahorros por día cama ocupado



### 1.5.3 Análisis de los ahorros incrementales con los costos

Para el análisis de los ahorros en costos por la implementación del Sistema de Gestión de por procesos, se consideran los siguientes puntos:

1. Los ahorros solo se aplicarán a las actividades operativas, esto quiere decir que se excluyen las actividades que se realizan en la Administración del proyecto para implementar.
2. Los ahorros no se aplicarán a los costos por salarios del personal.

La gráfica muestra como es el comportamiento de los costos de todas las actividades operativas y administrativas del proceso de Hospitalización proyectadas (Barras azules), se comportan a lo largo de los años, versus el monto proyectado por los ahorros del SGPP a medida transcurran los años.

Incremental		
	<b>COSTOS</b>	<b>AHORROS</b>
AÑO 1	\$1434,871.76	\$424,032.12
AÑO 2	\$500,825.86	\$366,452.68
AÑO 3	\$626,706.53	\$452,800.74
AÑO 4	\$594,820.90	\$447,319.70
AÑO 5	\$661,645.06	\$501,980.64

Análisis: En la gráfica se puede observar el incremento de los costos en el primer año por la implementación de los nuevos procesos y subprocesos que permitirán establecer líneas estratégicas, el control y el mejoramiento del proceso de hospitalización. Los ahorros en el primer año son mínimos en comparación con el costo total de implementación. Cuando se proyecta para los próximos años se puede verificar que los ahorros siguen una tendencia al incremento. Por lo cual se lograra producir ingresos.

Ilustración 98 Costos vs Ahorros incremental



### 1.5.4 Análisis de tendencia de FEN

#### Resumen de FEN totales para 5 años

Ilustración 99 Tendencia de los ahorros con la implementación del proceso - 5 Años

Ciclo PHVA	Descripción de procesos	Suma año 1	Suma año 2	Suma año 3	Suma año 4	Suma año 5
P	Planificación del proceso de hospitalización	-\$124,676.01	-\$102,717.30	-\$75,681.59	-\$48,324.65	-\$17,753.55
	Gestión de abastecimiento de recurso	-\$2757,584.81	-\$2814,813.44	-\$2888,365.91	-\$2955,721.68	-\$3031,422.94
	Gestión de talento humano	-\$1952,238.25	-\$1984,685.76	-\$2025,357.24	-\$2062,795.54	-\$2104,293.30
H	Hospitalización	-\$13282,802.83	-\$13403,670.34	-\$13558,688.31	-\$13696,055.52	-\$13843,933.37
V	Gestión del control	-\$503,695.60	-\$476,408.10	-\$442,624.67	-\$408,389.16	-\$371,751.75
A	Gestión de seguimiento	-\$503,243.67	-\$476,279.49	-\$441,729.82	-\$408,673.09	-\$370,545.03
	<b>TOTAL</b>	<b>-\$19124,241.17</b>	<b>-\$19682,653.71</b>	<b>-\$20223,019.40</b>	<b>-\$20823,364.92</b>	<b>-\$21430,414.03</b>

#### Resumen de FEN incrementales para 5 años

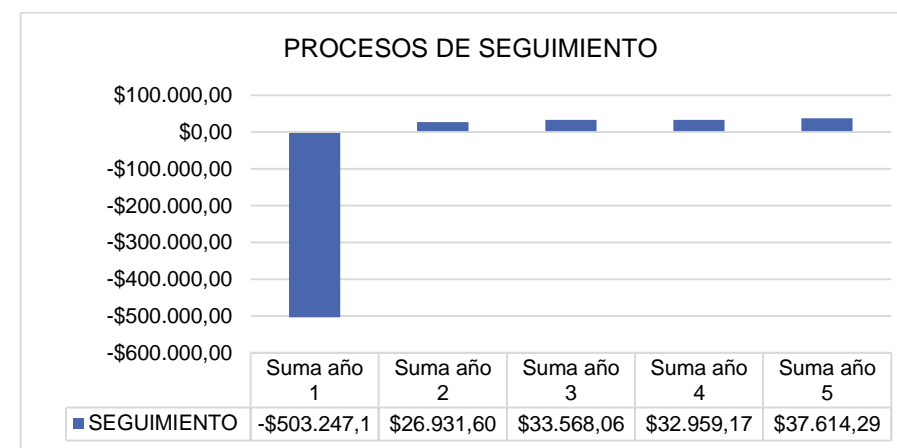
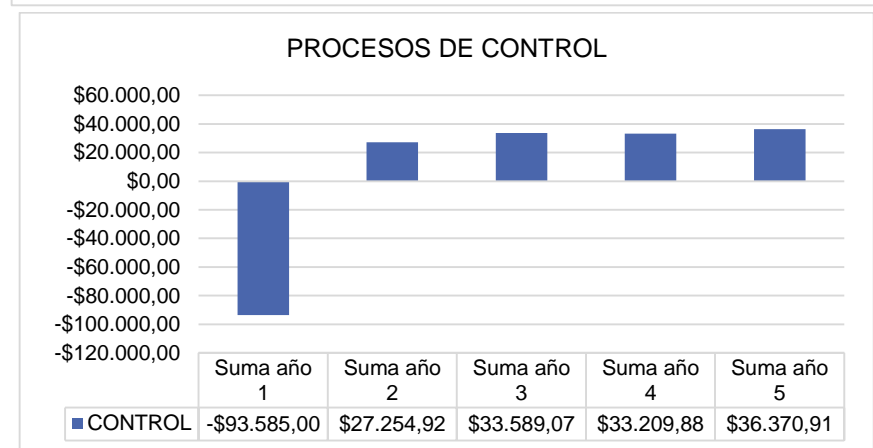
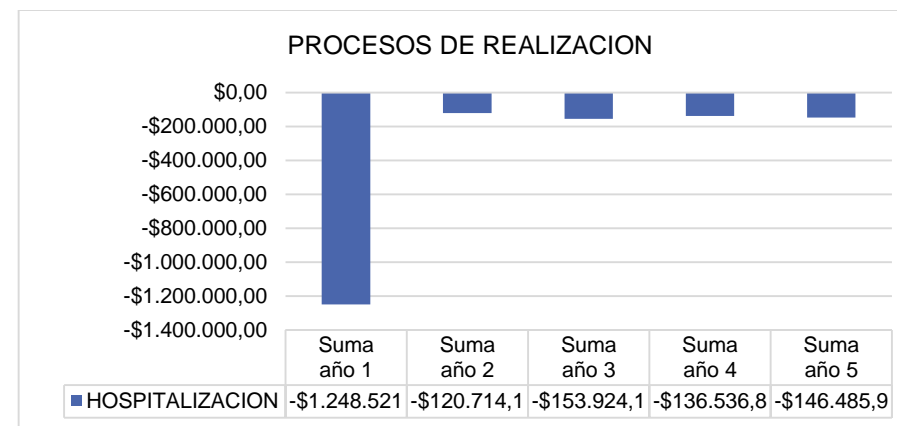
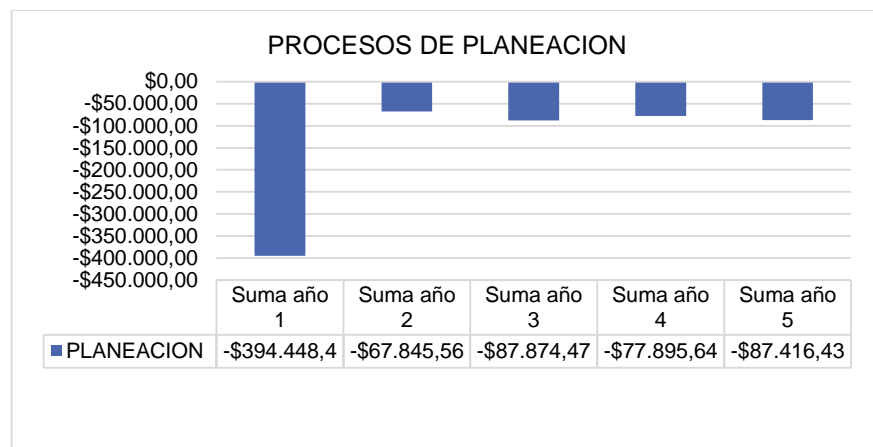
Tabla 209 Resumen de FEN incrementales para 5 años

Ciclo PHVA	Descripción de procesos	SUMA AÑO 1	SUMA AÑO 2	SUMA AÑO 3	SUMA AÑO 4	SUMA AÑO 5
P	Planificación del proceso de hospitalización	-\$89,019.76	\$21,895.72	\$26,841.35	\$27,093.55	\$30,304.60
	Gestión de abastecimiento de Recurso	-\$159,257.68	-\$57,261.20	-\$73,798.40	-\$67,453.33	-\$75,962.27
	Gestión de talento humano	-\$146,171.02	-\$32,480.08	-\$40,917.41	-\$37,535.86	-\$41,758.76
H	Hospitalización	-\$1248,521.93	-\$120,714.13	-\$153,924.14	-\$136,536.83	-\$146,485.96
V	Gestión del Control	-\$93,585.00	\$27,254.92	\$33,589.07	\$33,209.88	\$36,370.91
A	Gestión de Seguimiento	-\$503,247.19	\$26,931.60	\$33,568.06	\$32,959.17	\$37,614.29
	<b>TOTAL</b>	<b>-\$1010,839.64</b>	<b>-\$134,373.18</b>	<b>-\$173,905.79</b>	<b>-\$147,501.20</b>	<b>-\$159,664.42</b>

Al hacer referencia al gráfico en el cual se comparan los costos incrementales y ahorros incrementales proyectados para 5 años, se puede establecer que el flujo de efectivo neto (FEN). No genera ingresos debido a que los costos en los cinco años siempre son mayores a los ahorros que se producen anualmente. La tendencia de los ahorros con la implementación del proceso es incremental por lo cual se puede estimar que en los próximos años se podrán generar ingresos, los cuales se pueden utilizar para invertir en los recursos que se mencionaban en el diagnóstico que eran escasos. Al ver los procesos de manera separada se puede observar que algunos de ellos si producen ingresos.

El Hospital Rosales, presenta costos operativos anuales incrementales cerca de los \$600,000 los cuales son los que presenta actualmente, si bien en el año 1 los costos actuales y los propuestos son muy parecidos incluso un 7.34% mayores por la implementación del SGPP, pero a medida van a avanzando los años se ve como los costos propuestos de exclusivamente estas actividades disminuye teniendo un máximo de ahorro en estas actividades de 17.41 % menor a la manera en la que se realizaban antes.

Ilustración 100 Resumen de FEN totales para 5 años





## FEN AÑO 1 Total

Tabla 210 FEN Año 1 Total

	Descripción de Subprocesos	Costo	Tiempo por servicio en Horas	% TIEMPO	AHORRO ANUAL	FEN
Año 1						
Planificación del proceso de hospitalización	Planeación estratégica	\$26,044.79	6.23	4%	\$15,796.36	(\$10,248.43)
	Planeación operativa	\$130,223.93	6.23	4%	\$15,796.36	-\$114,427.58)
Gestión de abastecimiento o de Recurso	Gestión de insumos médicos	\$714,971.58	4.16	2%	\$10,541.04	(\$704,430.55)
	Gestión de equipo medico	\$899,280.24	4.16	2%	\$10,541.04	(\$888,739.20)
	Gestión de productos intrahospitalarios	\$1174,956.10	4.16	2%	\$10,541.04	(\$1164,415.07)
Gestión de talento humano	Planeación del talento humano	\$661,287.12	4.16	2%	\$10,541.04	(\$650,746.08)
	Gestión de personal	\$661,287.12	4.16	2%	\$10,541.04	(\$650,746.08)
	Gestión del conocimiento	\$661,287.12	4.16	2%	\$10,541.04	(\$650,746.08)
Hospitalización	Ingreso	\$313,009.66	6.47	4%	\$16,393.14	(\$296,616.53)
	Gestión de cama	\$237,406.14	4.85	3%	\$12,278.28	(\$225,127.86)
	Evaluación medica	\$4557,059.09	29.52	18%	\$74,800.39	(\$4482,258.69)
	Gestión de indicaciones medicas	\$3624,207.89	31.24	19%	\$79,147.36	(\$3545,060.53)
	Atención de enfermería	\$4423,075.35	24.76	15%	\$62,738.06	(\$4360,337.29)
	Gestión de Alta Medica	\$394,038.78	8.14	5%	\$20,636.84	(\$373,401.93)
Gestión del Control	Evaluación y mejora de procesos	\$267,659.36	6.24	4%	\$15,811.56	(\$251,847.80)
	Auditoria interna del proceso	\$267,659.36	6.24	4%	\$15,811.56	(\$251,847.80)
Gestión de Seguimiento	Retroalimentación de la atención brindada	\$178,288.93	4.16	2%	\$10,541.04	(\$167,747.89)
	Control de documentos	\$178,288.93	4.16	2%	\$10,541.04	(\$167,747.89)
	Comunicación	\$178,288.93	4.16	2%	\$10,541.04	(\$167,747.89)
<b>TOTAL</b>		<b>\$19548,320.44</b>	<b>167.36</b>	<b>100%</b>	<b>\$424,079.27</b>	<b>(\$19124,241.17)</b>

## FEN AÑO 1 Incremental

Tabla 211 FEN Año 1 Incremental

Descripción de subprocesos		Costo	Tiempo por servicio en horas	% tiempo	Ahorro anual	FEN
		<b>Año 1 incrementa</b>				
Planificación del proceso de hospitalización	Planeación estratégica	\$26,044.79	6.23	4%	\$15,794.60	\$(10,250.19)
	Planeación operativa	\$(146,653.75)	6.23	4%	\$15,794.60	\$(130,859.15)
Gestión de abastecimiento de Recurso	Gestión de insumos médicos	\$(712,277.75)	4.16	2%	\$10,539.87	\$(701,737.88)
	Gestión de equipo medico	\$(653,555.63)	4.16	2%	\$10,539.87	\$(643,015.77)
	Gestión de productos intrahospitalarios	\$1174,956.10	4.16	2%	\$10,539.87	\$(1164,416.24)
Gestión de talento humano	Planeación del talento humano	\$(59,263.54)	4.16	2%	\$10,539.87	\$(48,723.67)
	Gestión de personal	\$(59,263.54)	4.16	2%	\$10,539.87	\$(48,723.67)
	Gestión del conocimiento	\$(59,263.54)	4.16	2%	\$10,539.87	\$(48,723.67)
Hospitalización	Ingreso	\$(96.19)	6.47	4%	\$16,391.31	\$16,295.12
	Gestión de cama	\$(96.32)	4.85	3%	\$12,276.92	\$12,180.60
	Evaluación medica	\$633,502.44	29.52	18%	\$74,792.08	\$(558,710.37)
	Gestión de indicaciones medicas	\$364,909.88	31.24	19%	\$79,138.56	\$(285,771.33)
	Atención de enfermería	\$516,387.72	24.76	15%	\$62,731.09	\$(453,656.63)
	Gestión de Alta Medica	\$(121.09)	8.14	5%	\$20,634.55	\$20,513.46
Gestión del Control	Evaluación y mejora de procesos	\$267,659.36	6.24	4%	\$15,809.80	\$(251,849.56)
	Auditoria interna del proceso	\$(392,863.96)	6.24	4%	\$15,809.80	\$(377,054.16)
Gestión de Seguimiento	Retroalimentación de la atención brindada	\$178,288.93	4.16	2%	\$10,539.87	\$(167,749.06)
	Control de documentos	\$178,288.93	4.16	2%	\$10,539.87	\$(167,749.06)
	Comunicación	\$178,288.93	4.16	2%	\$10,539.87	\$(167,749.06)
<b>TOTAL</b>		<b>\$1434,871.76</b>	<b>167.36</b>	<b>100%</b>	<b>\$424,032.12</b>	<b>\$(1010,839.64)</b>

## FEN AÑO 2 Total

Tabla 212 FEN Año 2 Total

	Descripción de subprocesos	Costo	Tiempo por servicio en Horas	% TIEMPO	AHORRO ANUAL	FEN
	Año 2					
Planificación del proceso de hospitalización	Planeación estratégica	\$26,954.09	6.00	4%	\$29,503.62	\$2,549.53
	Planeación operativa	\$134,770.45	6.00	4%	\$29,503.62	\$105,266.83)
Gestión de abastecimiento de Recurso	Gestión de insumos médicos	\$975,299.03	4.00	2%	\$19,669.08	(\$955,629.95)
	Gestión de equipo medico	\$681,231.00	4.00	2%	\$19,669.08	(\$661,561.92)
	Gestión de productos intrahospitalarios	\$1217,290.65	4.00	2%	\$19,669.08	(\$1197,621.57)
Gestión de talento humano	Planeación del talento humano	\$681,231.00	4.00	2%	\$19,669.08	(\$661,561.92)
	Gestión de personal	\$681,231.00	4.00	2%	\$19,669.08	(\$661,561.92)
	Gestión del conocimiento	\$681,231.00	4.00	2%	\$19,669.08	(\$661,561.92)
Hospitalización	Ingreso	\$312,875.10	6.19	4%	\$30,453.65	(\$282,421.46)
	Gestión de cama	\$237,298.97	4.64	3%	\$22,796.43	(\$214,502.54)
	Evaluación medica	\$4714,256.84	28.54	18%	\$140,349.61	(\$4573,907.22)
	Gestión de indicaciones medicas	\$3706,020.75	29.92	19%	\$147,116.34	(\$3558,904.41)
	Atención de enfermería	\$4534,884.95	23.69	15%	\$116,482.41	(\$4418,402.54)
	Gestión de Alta Medica	\$393,869.39	7.80	5%	\$38,337.21	(\$355,532.17)
Gestión del Control	Evaluación y mejora de procesos	\$267,707.67	6.00	4%	\$29,503.62	(\$238,204.05)
	Auditoria interna del proceso	\$267,707.67	6.00	4%	\$29,503.62	(\$238,204.05)
Gestión de Seguimiento	Retroalimentación de la atención brindada	\$178,428.91	4.00	2%	\$19,669.08	(\$158,759.83)
	Control de documentos	\$178,428.91	4.00	2%	\$19,669.08	(\$158,759.83)
	Comunicación	\$178,428.91	4.00	2%	\$19,669.08	(\$158,759.83)
	<b>TOTAL</b>	<b>\$20049,146.29</b>	<b>160.77</b>	<b>100%</b>	<b>\$366,492.58</b>	<b>(\$19682,653.71)</b>

## FEN AÑO 2 Incremental

Tabla 213 FEN Incremental - Año 2

	Descripción de subprocesos	Costo	Tiempo por servicio en horas	% tiempo	Ahorro anual	FEN
	<b>Año 2 incremental</b>					
Planificación del proceso de hospitalización	Planeación estratégica	\$909.30	6.00	4%	\$13,675.77	\$12,766.47
	Planeación operativa	\$4,546.52	6.00	4%	\$13,675.77	\$9,129.25
Gestión de abastecimiento de Recurso	Gestión de insumos médicos	\$260,327.45	4.00	2%	\$9,117.18	\$(251,210.26)
	Gestión de equipo medico	\$(218,049.24 )	4.00	2%	\$9,117.18	\$(208,932.06)
	Gestión de productos intrahospitalarios	\$42,334.55	4.00	2%	\$9,117.18	\$(33,217.36)
Gestión de talento humano	Planeación del talento humano	\$19,943.88	4.00	2%	\$9,117.18	\$(10,826.69)
	Gestión de personal	\$19,943.88	4.00	2%	\$9,117.18	\$(10,826.69)
	Gestión del conocimiento	\$19,943.88	4.00	2%	\$9,117.18	\$(10,826.69)
Hospitalización	Ingreso	\$(134.56)	6.19	4%	\$14,116.14	\$13,981.58
	Gestión de cama	\$(107.17)	4.64	3%	\$10,566.80	\$10,459.63
	Evaluación medica	\$157,197.75	28.54	18%	\$65,056.06	\$(92,141.69)
	Gestión de indicaciones medicas	\$81,812.86	29.92	19%	\$68,192.63	\$(13,620.23)
	Atención de enfermería	\$111,809.59	23.69	15%	\$53,992.93	\$(57,816.66)
	Gestión de Alta Medica	\$(169.39)	7.80	5%	\$17,770.40	\$17,601.00
Gestión del Control	Evaluación y mejora de procesos	\$48.31	6.00	4%	\$13,675.77	\$13,627.46
	Auditoria interna del proceso	\$48.31	6.00	4%	\$13,675.77	\$13,627.46
Gestión de Seguimiento	Retroalimentación de la atención brindada	\$139.98	4.00	2%	\$9,117.18	\$8,977.20
	Control de documentos	\$139.98	4.00	2%	\$9,117.18	\$8,977.20
	Comunicación	\$139.98	4.00	2%	\$9,117.18	\$8,977.20
	<b>TOTAL</b>	<b>\$500,825.86</b>	<b>160.77</b>	<b>100%</b>	<b>\$366,452.68</b>	<b>\$(134,373.18)</b>

## FEN AÑO 3 Total

Tabla 214 FEN Año 3 Total

	Descripción de subprocesos	Costo	Tiempo por servicio en horas	% tiempo	Ahorro anual	Fen
	<b>Año 3</b>					
Planificación del proceso de hospitalización	Planeación estratégica	\$28,131.59	5.74	4%	\$46,553.98	\$18,422.39
	Planeación operativa	\$140,657.97	5.74	4%	\$46,553.98	(\$94,103.98)
Gestión de abastecimiento de Recurso	Gestión de insumos médicos	\$1003,464.33	3.83	2%	\$31,063.02	(\$972,401.30)
	Gestión de equipo medico	\$706,182.11	3.83	2%	\$31,063.02	(\$675,119.08)
	Gestión de productos intrahospitalarios	\$1271,908.55	3.83	2%	\$31,063.02	(\$1240,845.53)
Gestión de talento humano	Planeación del talento humano	\$706,182.11	3.83	2%	\$31,063.02	(\$675,119.08)
	Gestión de personal	\$706,182.11	3.83	2%	\$31,063.02	(\$675,119.08)
	Gestión del conocimiento	\$706,182.11	3.83	2%	\$31,063.02	(\$675,119.08)
Hospitalización	Ingreso	\$312,738.01	5.86	4%	\$47,513.61	(\$265,224.39)
	Gestión de cama	\$237,171.17	4.38	3%	\$35,524.99	(\$201,646.18)
	Evaluación medica	\$4929,227.71	27.55	18%	\$223,449.45	(\$4705,778.26)
	Gestión de indicaciones medicas	\$3804,959.50	28.33	18%	\$229,799.28	(\$3575,160.22)
	Atención de enfermería	\$4658,517.24	22.38	15%	\$181,521.26	(\$4476,995.98)
	Gestión de Alta Medica	\$393,696.80	7.37	5%	\$59,813.51	(\$333,883.29)
Gestión del Control	Evaluación y mejora de procesos	\$267,866.32	5.74	4%	\$46,553.98	(\$221,312.33)
	Auditoria interna del proceso	\$267,866.32	5.74	4%	\$46,553.98	(\$221,312.33)
Gestión de Seguimiento	Retroalimentación de la atención brindada	\$178,306.30	3.83	2%	\$31,063.02	(\$147,243.27)
	Control de documentos	\$178,306.30	3.83	2%	\$31,063.02	(\$147,243.27)
	Comunicación	\$178,306.30	3.83	2%	\$31,063.02	(\$147,243.27)
	<b>TOTAL</b>	<b>\$20675,852.83</b>	<b>153.31</b>	<b>100%</b>	<b>\$452,833.43</b>	<b>(\$20223,019.40)</b>

## FEN AÑO 3 Incremental

Tabla 215 FEN Incremental - Año 3

	Descripción de subprocesos	Costo	Tiempo por servicio en horas	% tiempo	Ahorro anual	FEN
	<b>Año 3 incremental</b>					
Planificación del proceso de hospitalización	Planeación estratégica	\$1,177.50	5.74	4%	\$16,953.18	\$15,775.68
	Planeación operativa	\$5,887.52	5.74	4%	\$16,953.18	\$11,065.67
Gestión de abastecimiento de Recurso	Gestión de insumos médicos	\$28,165.30	3.83	2%	\$11,311.97	\$(16,853.33)
	Gestión de equipo medico	\$24,951.11	3.83	2%	\$11,311.97	\$(13,639.14)
	Gestión de productos intrahospitalarios	\$54,617.90	3.83	2%	\$11,311.97	\$(43,305.93)
Gestión de talento humano	Planeación del talento humano	\$24,951.11	3.83	2%	\$11,311.97	\$(13,639.14)
	Gestión de personal	\$24,951.11	3.83	2%	\$11,311.97	\$(13,639.14)
	Gestión del conocimiento	\$24,951.11	3.83	2%	\$11,311.97	\$(13,639.14)
Hospitalización	Ingreso	\$(137.10)	5.86	4%	\$17,302.64	\$17,165.55
	Gestión de cama	\$(127.80)	4.38	3%	\$12,936.85	\$12,809.05
	Evaluación medica	\$214,970.88	27.55	18%	\$81,371.76	\$(133,599.11)
	Gestión de indicaciones medicas	\$ 98,938.75	28.33	18%	\$83,684.13	\$(15,254.63)
	Atención de enfermería	\$123,632.29	22.38	15%	\$66,103.11	\$(57,529.18)
	Gestión de Alta Medica	\$(172.59)	7.37	5%	\$21,781.80	\$21,609.21
Gestión del Control	Evaluación y mejora de procesos	\$158.65	5.74	4%	\$16,953.18	\$16,794.54
	Auditoria interna del proceso	\$158.65	5.74	4%	\$16,953.18	\$16,794.54
Gestión de Seguimiento	Retroalimentación de la atención brindada	\$(122.61)	3.83	2%	\$11,311.97	\$11,189.35
	Control de documentos	\$(122.61)	3.83	2%	\$11,311.97	\$11,189.35
	Comunicación	\$(122.61)	3.83	2%	\$11,311.97	\$11,189.35
	<b>TOTAL</b>	<b>\$626,706.53</b>	<b>153.31</b>	<b>100%</b>	<b>\$452,800.74</b>	<b>\$(173,905.79)</b>

## FEN AÑO 4 Total

Tabla 216 FEN Año 4 Total

	Descripción de subprocesos	Costo	Tiempo por servicio en Horas	% TIEMPO	AHORRO ANUAL	FEN
	<b>Año 4</b>					
Planificación del proceso de hospitalización	Planeación estratégica	\$29,214.50	5.51	4%	\$63,481.18	\$34,266.68
	Planeación operativa	\$146,072.50	5.51	4%	\$63,481.18	(\$82,591.32)
Gestión de abastecimiento de Recurso	Gestión de insumos médicos	\$1030,062.76	3.67	3%	\$42,282.38	(\$987,780.38)
	Gestión de equipo medico	\$729,880.90	3.67	3%	\$42,282.38	(\$687,598.51)
	Gestión de productos intrahospitalarios	\$1322,625.16	3.67	3%	\$42,282.38	(\$1280,342.78)
Gestión de talento humano	Planeación del talento humano	\$729,880.90	3.67	3%	\$42,282.38	(\$687,598.51)
	Gestión de personal	\$729,880.90	3.67	3%	\$42,282.38	(\$687,598.51)
	Gestión del conocimiento	\$729,880.90	3.67	3%	\$42,282.38	(\$687,598.51)
Hospitalización	Ingreso	\$312,580.70	5.58	4%	\$64,310.75	(\$248,269.95)
	Gestión de cama	\$237,039.26	4.17	3%	\$48,049.20	(\$188,990.06)
	Evaluación medica	\$5121,866.31	26.57	18%	\$306,151.69	(\$4815,714.62)
	Gestión de indicaciones medicas	\$3901,036.54	27.02	18%	\$311,261.45	(\$3589,775.09)
	Atención de enfermería	\$4786,281.87	21.31	15%	\$245,515.91	(\$4540,765.96)
	Gestión de Alta Medica	\$393,498.77	7.03	5%	\$80,958.93	(\$312,539.84)
Gestión del Control	Evaluación y mejora de procesos	\$267,675.76	5.51	4%	\$63,481.18	(\$204,194.58)
	Auditoria interna del proceso	\$267,675.76	5.51	4%	\$63,481.18	(\$204,194.58)
Gestión de Seguimiento	Retroalimentación de la atención brindada	\$178,506.75	3.67	3%	\$42,282.38	(\$136,224.36)
	Control de documentos	\$178,506.75	3.67	3%	\$42,282.38	(\$136,224.36)
	Comunicación	\$178,506.75	3.67	3%	\$42,282.38	(\$136,224.36)
	<b>TOTAL</b>	<b>\$21270,673.73</b>	<b>146.75</b>	<b>100%</b>	<b>\$447,308.81</b>	<b>(\$20823,364.92)</b>

## FEN AÑO 4 Incremental

Tabla 217 FEN Incremental - Año 4

	Descripción de subprocesos	Costo	Tiempo por servicio en horas	% tiempo	Ahorro anual	FEN
	<b>Año 4 Incremental</b>					
Planificación del proceso de hospitalización	Planeación estratégica	\$1,082.91	5.51	4%	\$16,795.50	\$15,712.59
	Planeación operativa	\$5,414.54	5.51	4%	\$16,795.50	\$11,380.96
Gestión de abastecimiento de Recurso	Gestión de insumos médicos	\$26,598.43	3.67	3%	\$11,186.84	\$(15,411.60)
	Gestión de equipo medico	\$23,698.79	3.67	3%	\$11,186.84	\$(12,511.95)
	Gestión de productos intrahospitalarios	\$50,716.61	3.67	3%	\$11,186.84	\$(39,529.77)
Gestión de talento humano	Planeación del talento humano	\$23,698.79	3.67	3%	\$11,186.84	\$(12,511.95)
	Gestión de personal	\$23,698.79	3.67	3%	\$11,186.84	\$(12,511.95)
	Gestión del conocimiento	\$23,698.79	3.67	3%	\$11,186.84	\$(12,511.95)
Hospitalización	Ingreso	\$(157.31)	5.58	4%	\$17,014.98	\$16,857.67
	Gestión de cama	\$(131.91)	4.17	3%	\$12,712.59	\$12,580.68
	Evaluación medica	\$192,638.60	26.57	18%	\$80,999.91	\$(111,638.69)
	Gestión de indicaciones medicas	\$96,077.04	27.02	18%	\$82,351.82	\$(13,725.22)
	Atención de enfermería	\$127,764.63	21.31	15%	\$64,957.23	\$(62,807.40)
	Gestión de Alta Medica	\$(198.03)	7.03	5%	\$21,419.66	\$21,221.63
Gestión del Control	Evaluación y mejora de procesos	\$(190.56)	5.51	4%	\$16,795.50	\$16,604.94
	Auditoria interna del proceso	\$(190.56)	5.51	4%	\$16,795.50	\$16,604.94
Gestión de Seguimiento	Retroalimentación de la atención brindada	\$200.45	3.67	3%	\$11,186.84	\$10,986.39
	Control de documentos	\$200.45	3.67	3%	\$11,186.84	\$10,986.39
	Comunicación	\$200.45	3.67	3%	\$11,186.84	\$10,986.39
	<b>TOTAL</b>	<b>\$594,820.90</b>	<b>146.75</b>	<b>100%</b>	<b>\$447,319.70</b>	<b>\$(147,501.20)</b>



## FEN AÑO 5 Total

Tabla 218 FEN Año 5 Total

	Descripción de subprocesos	Costo	Tiempo por servicio en Horas	% TIEMPO	AHORRO ANUAL	FEN
		<b>Año 5</b>				
Planificación del proceso de hospitalización	Planeación estratégica	\$30,459.82	5.27	4%	\$82,502.69	\$52,042.87
	Planeación operativa	\$152,299.11	5.27	4%	\$82,502.69	(\$69,796.42)
Gestión de abastecimiento de Recurso	Gestión de insumos médicos	\$1059,894.38	3.51	3%	\$54,949.61	(\$1004,944.77)
	Gestión de equipo medico	\$756,380.71	3.51	3%	\$54,949.61	(\$701,431.10)
	Gestión de productos intrahospitalarios	\$1379,996.68	3.51	3%	\$54,949.61	(\$1325,047.07)
Gestión de talento humano	Planeación del talento humano	\$756,380.71	3.51	3%	\$54,949.61	(\$701,431.10)
	Gestión de personal	\$756,380.71	3.51	3%	\$54,949.61	(\$701,431.10)
	Gestión del conocimiento	\$756,380.71	3.51	3%	\$54,949.61	(\$701,431.10)
Hospitalización	Ingreso	\$312,277.26	5.30	4%	\$82,939.15	(\$229,338.12)
	Gestión de cama	\$236,788.76	3.95	3%	\$61,912.61	(\$174,876.15)
	Evaluación medica	\$5340,719.53	25.59	18%	\$400,673.31	(\$4940,046.22)
	Gestión de indicaciones medicas	\$4006,057.55	25.66	18%	\$401,773.38	(\$3604,284.17)
	Atención de enfermería	\$4923,035.10	20.21	14%	\$316,353.47	(\$4606,681.63)
	Gestión de Alta Medica	\$393,116.78	6.67	5%	\$104,409.68	(\$288,707.10)
Gestión del Control	Evaluación y mejora de procesos	\$268,378.56	5.27	4%	\$82,502.69	(\$185,875.88)
	Auditoria interna del proceso	\$268,378.56	5.27	4%	\$82,502.69	(\$185,875.88)
Gestión de Seguimiento	Retroalimentación de la atención brindada	\$178,464.62	3.51	3%	\$54,949.61	(\$123,515.01)
	Control de documentos	\$178,464.62	3.51	3%	\$54,949.61	(\$123,515.01)
	Comunicación	\$178,464.62	3.51	3%	\$54,949.61	(\$123,515.01)
	<b>TOTAL</b>	<b>\$21932,318.79</b>	<b>140.06</b>	<b>100%</b>	<b>\$501,904.76</b>	<b>(\$21430,414.03)</b>

## FEN AÑO 5 Incremental

Tabla 219 FEN Incremental - Año 5

	Descripción de subprocesos	Costo	Tiempo por servicio en horas	% tiempo	Ahorro anual	Fen
	<b>Año 5</b>					
Planificación del proceso de hospitalización	Planeación estratégica	\$1,245.32	5.27	4%	\$18,888.26	\$17,642.94
	Planeación operativa	\$ 6,226.60	5.27	4%	\$18,888.26	\$12,661.66
Gestión de abastecimiento de recurso	Gestión de insumos médicos	\$29,831.61	3.51	3%	\$12,580.23	\$(17,251.39)
	Gestión de equipo medico	\$26,499.81	3.51	3%	\$12,580.23	\$(13,919.59)
	Gestión de productos intrahospitalarios	\$57,371.52	3.51	3%	\$12,580.23	\$(44,791.29)
Gestión de talento humano	Planeación del talento humano	\$26,499.81	3.51	3%	\$12,580.23	\$(13,919.59)
	Gestión de personal	\$26,499.81	3.51	3%	\$12,580.23	\$(13,919.59)
	Gestión del conocimiento	\$26,499.81	3.51	3%	\$12,580.23	\$(13,919.59)
Hospitalización	Ingreso	\$(303.44)	5.30	4%	\$18,988.18	\$18,684.75
	Gestión de cama	\$(250.50)	3.95	3%	\$14,174.34	\$13,923.84
	Evaluación medica	\$218,853.22	25.59	18%	\$91,730.60	\$(127,122.62)
	Gestión de indicaciones medicas	\$105,021.01	25.66	18%	\$91,982.45	\$(13,038.56)
	Atención de enfermería	\$136,753.23	20.21	14%	\$72,426.32	\$(64,326.91)
	Gestión de alta medica	\$(381.99)	6.67	5%	\$23,903.67	\$23,521.68
Gestión del control	Evaluación y mejora de procesos	\$702.80	5.27	4%	\$18,888.26	\$18,185.46
	Auditoria interna del proceso	\$702.80	5.27	4%	\$18,888.26	\$18,185.46
Gestión de seguimiento	Retroalimentación de la atención brindada	\$(42.13)	3.51	3%	\$12,580.23	\$12,538.10
	Control de documentos	\$(42.13)	3.51	3%	\$12,580.23	\$12,538.10
	Comunicación	\$(42.13)	3.51	3%	\$12,580.23	\$12,538.10
	<b>TOTAL</b>	<b>\$661,645.06</b>	<b>140.06</b>	<b>100%</b>	<b>\$501,980.64</b>	<b>\$(159,664.42)</b>

## 1.6 Análisis de Costos de Hospitales de Tercer Nivel (H. Bloom y H. de la Mujer)

Una vez obtenido los costos e ingresos del Hospital Rosales, y de la obtención del Flujo de Efectivo Neto, es necesario para el cálculo de las razones económicas a evaluar encontrar el Flujo de efectivo Neto de los otros dos Hospitales que pertenecen a la red de Hospitales del Tercer Nivel, la metodología de obtención del Valor de la FEN es el mismo utilizado como demostración para el H. Rosales, los datos presentados en el Resto de Hospitales son estimaciones de costos realizadas a partir de los costos del H. Rosales. A continuación, se presentan cuadros resúmenes con los datos obtenidos para estos dos Hospitales.

### Resumen de FEN incremental del Hospital Benjamín Bloom para 5 años

Tabla 220 Resumen de FEN incremental del Hospital Benjamín Bloom para 5 años

Ciclo PHVA	Descripción de procesos	Suma año 1	Suma año 2	Suma año 3	Suma año 4	Suma año 5
P	Planificación del proceso de hospitalización	\$145,945.31	\$7,038.98	\$22,780.78	\$13,919.34	\$22,088.08
	Gestión de abastecimiento de recurso	-\$1515,097.43	-\$340,169.41	-\$35,255.64	-\$42,725.51	-\$38,222.39
	Gestión de talento humano	-\$49,564.74	-\$29,356.70	-\$16,263.26	-\$24,492.92	-\$18,650.58
H	Hospitalización	-\$857,338.83	-\$140,688.72	\$4000.51	-\$89,674.90	-\$24,830.22
V	Gestión del control	-\$183,038.96	\$10,928.00	\$25,161.51	\$16,562.67	\$25,464.29
A	Gestión de seguimiento	-\$168,632.94	\$10,709.96	\$24,184.71	\$18,000.27	\$24,444.77
	<b>TOTAL</b>	<b>-\$713,773.71</b>	<b>-\$186,882.81</b>	<b>\$40,121.50</b>	<b>-\$99,783.56</b>	<b>\$4,167.29</b>

### Resumen de FEN incremental del Hospital de la Mujer para 5 años

Tabla 221 Resumen de FEN incremental del Hospital de la Mujer para 5 años

Ciclo PHVA	Descripción de procesos	SUMA AÑO 1	SUMA AÑO 2	SUMA AÑO 3	SUMA AÑO 4	SUMA AÑO 5
P	Planificación del proceso de hospitalización	\$216,133.91	\$10,424.20	\$33,736.61	\$20,613.49	\$32,710.77
	Gestión de abastecimiento de Recurso	-\$2,243,744.15	-\$503,765.04	-\$52,210.92	-\$63,273.23	-\$56,604.45
	Gestión de talento humano	-\$73,401.61	-\$43,475.04	-\$24,084.65	-\$36,272.16	-\$27,620.09
H	Hospitalización	-\$1,269,653.65	-\$208,349.31	\$5,924.46	-\$132,801.71	-\$36,771.66
V	Gestión del Control	-\$271,066.79	\$16,183.54	\$37,262.28	\$24,528.05	\$37,710.67
A	Gestión de Seguimiento	-\$249,732.57	\$15,860.64	\$35,815.72	\$26,657.04	\$36,200.85
	<b>TOTAL</b>	<b>-\$1,057,044.61</b>	<b>-\$276,759.25</b>	<b>\$59,416.89</b>	<b>-\$147,771.87</b>	<b>\$6,171.45</b>

Para los hospitales de tercer nivel, en los últimos años se logra obtener un Flujo de efectivo neto positivo, sin embargo, la connotación del proyecto es de razón social, por lo cual a pesar de una FEN negativa, es decir con pérdidas, de igual manera se sugiere su implementación Para la interpretación de los costos e ingresos asociados a los procesos dentro de cada uno de los Hospitales se presentan las tablas obtenidas con datos incrementales para los siguientes 5 años después de su implementación.

Tabla 222 FEN año 1 Incremental del Hospital Benjamín Bloom

	Descripción de subprocesos	Costo	Tiempo por servicio en horas	% tiempo	Ahorro anual	Fen
<b>Año 1</b>						
Planificación del proceso de hospitalización	Planeación estratégica	\$17.564,35	6.23	4%	\$(95.945,65)	\$78.381,30
	Planeación operativa	\$(98.901,86)	6.23	4%	\$166.465,86	\$67.564,00
Gestión de abastecimiento de recurso	Gestión de insumos médicos	\$(480.353,16)	4.16	2%	\$67.180,43	\$(413.172,73)
	Gestión de equipo medico	\$(440.751,53)	4.16	2%	\$67.180,43	\$(373.571,11)
	Gestión de productos intrahospitalarios	\$792.378,92	4.16	2%	\$(64.025,33)	\$(728.353,59)
Gestión de talento humano	Planeación del talento humano	\$(39.966,75)	4.16	2%	\$23.445,17	\$(16.521,58)
	Gestión de personal	\$(39.966,75)	4.16	2%	\$23.445,17	\$(16.521,58)
	Gestión del conocimiento	\$(39.966,75)	4.16	2%	\$23.445,17	\$(16.521,58)
Hospitalización	Ingreso	\$(64,87)	6.47	4%	\$10.872,11	\$10.807,24
	Gestión de cama	\$(64,96)	4.85	3%	\$8.254,73	\$8.189,77
	Evaluación medica	\$427.227,86	29.52	18%	\$37.672,88	\$(389.554,98)
	Gestión de indicaciones medicas	\$246.091,66	31.24	19%	\$51.773,72	\$(194.317,94)
	Atención de enfermería	\$348.246,83	24.76	15%	\$42.178,99	\$(306.067,84)
	Gestión de alta medica	\$(81,67)	8.14	5%	\$13.686,58	\$13.604,92
Gestión del control	Evaluación y mejora de procesos	\$180.506,86	6.24	4%	\$(96.038,00)	\$(84.468,86)
	Auditoria interna del proceso	\$(264.943,62)	6.24	4%	\$166.373,52	\$(98.570,10)
Gestión de seguimiento	Retroalimentación de la atención brindada	\$120.236,31	4.16	2%	\$(64.025,33)	\$(56.210,98)
	Control de documentos	\$120.236,31	4.16	2%	\$(64.025,33)	\$(56.210,98)
	Comunicación	\$120.236,31	4.16	2%	\$(64.025,33)	\$(56.210,98)
<b>TOTAL</b>		<b>\$967.663,50</b>	<b>167.36</b>	<b>100%</b>	<b>\$253.889,79</b>	<b>\$(713.773,71)</b>

Tabla 223 FEN año 2 Incremental del Hospital Benjamín Bloom

	Descripción de subprocesos	Costo	Tiempo por servicio en horas	% tiempo	Ahorro anual	Fen
	<b>Año 2</b>					
Planificación del proceso de hospitalización	Planeación estratégica	\$613,23	6.23	4%	\$5.359,17	\$4.745,94
	Planeación operativa	\$3.066,13	6.23	4%	\$5.359,17	\$2.293,04
Gestión de abastecimiento de recurso	Gestión de insumos médicos	\$175.562,29	4.16	2%	\$3.664,39	\$(171.897,90)
	Gestión de equipo medico	\$(147.050,28)	4.16	2%	\$3.664,39	\$(143.385,89)
	Gestión de productos intrahospitalarios	\$28.550,00	4.16	2%	\$3.664,39	\$(24.885,62)
Gestión de talento humano	Planeación del talento humano	\$13.449,96	4.16	2%	\$3.664,39	\$(9.785,57)
	Gestión de personal	\$13.449,96	4.16	2%	\$3.664,39	\$(9.785,57)
	Gestión del conocimiento	\$13.449,96	4.16	2%	\$3.664,39	\$(9.785,57)
Hospitalización	Ingreso	\$(90,75)	6.47	4%	\$6.328,30	\$6.237,56
	Gestión de cama	\$(72,27)	4.85	3%	\$4.800,49	\$4.728,21
	Evaluación medica	\$106.012,63	29.52	18%	\$22.390,39	\$(83.622,24)
	Gestión de indicaciones medicas	\$55.173,80	31.24	19%	\$30.163,61	\$(25.010,18)
	Atención de enfermería	\$75.403,30	24.76	15%	\$24.528,94	\$(50.874,35)
	Gestión de alta medica	\$(114,24)	8.14	5%	\$7.966,52	\$7.852,28
Gestión del control	Evaluación y mejora de procesos	\$32,58	6.24	4%	\$5.496,58	\$5.464,00
	Auditoria interna del proceso	\$32,58	6.24	4%	\$5.496,58	\$5.464,00
Gestión de seguimiento	Retroalimentación de la a tención brindada	\$94,40	4.16	2%	\$3.664,39	\$3.569,99
	Control de documentos	\$94,40	4.16	2%	\$3.664,39	\$3.569,99
	Comunicación	\$94,40	4.16	2%	\$3.664,39	\$3.569,99
	<b>TOTAL</b>	\$337.752,06	167.36	100%	\$150.869,25	\$(186.882,81)

Tabla 224 FEN año 3 Incremental del Hospital Benjamín Bloom

	Descripción de subprocesos	Costo	Tiempo por servicio en horas	% tiempo	Ahorro anual	FEN
<b>Año 3 incremental</b>						
Planificación del proceso de hospitalización	Planeación estratégica	\$690,37	5.74	4%	\$13.461,49	\$12.771,12
	Planeación operativa	\$3.451,83	5.74	4%	\$13.461,49	\$10.009,66
Gestión de abastecimiento de Recurso	Gestión de insumos médicos	\$15.294,26	3.83	2%	\$8.801,74	\$(6.492,52)
	Gestión de equipo medico	\$14.222,83	3.83	2%	\$8.801,74	\$(5.421,09)
	Gestión de productos intrahospitalarios	\$32.143,78	3.83	2%	\$8.801,74	\$(23.342,04)
Gestión de talento humano	Planeación del talento humano	\$14.222,83	3.83	2%	\$8.801,74	\$(5.421,09)
	Gestión de personal	\$14.222,83	3.83	2%	\$8.801,74	\$(5.421,09)
	Gestión del conocimiento	\$14.222,83	3.83	2%	\$8.801,74	\$(5.421,09)
hospitalización	Ingreso	\$(1.245,64)	5.86	4%	\$17.338,52	\$16.092,88
	Gestión de cama	\$(960,73)	4.38	3%	\$13.246,24	\$12.285,52
	Evaluación medica	\$126.798,37	27.55	18%	\$51.328,36	\$(75.470,01)
	Gestión de indicaciones medicas	\$52.693,03	28.33	18%	\$82.040,99	\$29.347,96
	Atención de enfermería	\$66.198,73	22.38	15%	\$67.684,04	\$1.485,31
	Gestión de Alta Medica	\$(1.568,10)	7.37	5%	\$21.826,95	\$20.258,86
Gestión del Control	Evaluación y mejora de procesos	\$(880,73)	5.74	4%	\$13.461,49	\$12.580,76
	Auditoria interna del proceso	\$(880,73)	5.74	4%	\$13.461,49	\$12.580,76
Gestión de Seguimiento	Retroalimentación de la atención brindada	\$(740,17)	3.83	2%	\$8.801,74	\$8.061,57
	Control de documentos	\$(740,17)	3.83	2%	\$8.801,74	\$8.061,57
	Comunicación	\$(740,17)	3.83	2%	\$8.801,74	\$8.061,57
<b>TOTAL</b>		\$346.405,24	153.31	100%	\$386.526,73	\$40.121,50

Tabla 225 FEN año 4 Incremental del Hospital Benjamín Bloom

	Descripción de subprocesos	Costo	Tiempo por servicio en horas	% tiempo	Ahorro anual	FEN
<b>Año 4 Incremental</b>						
Planificación del proceso de hospitalización	Planeación estratégica	\$666,33	5.51	4%	\$8.958,67	\$8.292,34
	Planeación operativa	\$3.331,66	5.51	4%	\$8.958,67	\$5.627,01
Gestión de abastecimiento de Recurso	Gestión de insumos médicos	\$15.724,96	3.67	3%	\$6.232,12	\$(9.492,84)
	Gestión de equipo medico	\$14.396,43	3.67	3%	\$6.232,12	\$(8.164,31)
	Gestión de productos intrahospitalarios	\$31.300,47	3.67	3%	\$6.232,12	\$(25.068,35)
Gestión de talento humano	Planeación del talento humano	\$14.396,43	3.67	3%	\$6.232,12	\$(8.164,31)
	Gestión de personal	\$14.396,43	3.67	3%	\$6.232,12	\$(8.164,31)
	Gestión del conocimiento	\$14.396,43	3.67	3%	\$6.232,12	\$(8.164,31)
Hospitalización	Ingreso	\$(747,22)	5.58	4%	\$10.762,71	\$10.015,48
	Gestión de cama	\$(575,11)	4.17	3%	\$8.164,31	\$7.589,21
	Evaluación medica	\$118.688,24	26.57	18%	\$38.079,90	\$(80.608,34)
	Gestión de indicaciones medicas	\$56.430,45	27.02	18%	\$51.300,02	\$(5.130,43)
	Atención de enfermería	\$75.866,03	21.31	15%	\$41.717,00	\$(34.149,03)
	Gestión de Alta Medica	\$(940,66)	7.03	5%	\$13.548,86	\$12.608,20
Gestión del Control	Evaluación y mejora de procesos	\$(677,34)	5.51	4%	\$8.958,67	\$8.281,33
	Auditoria interna del proceso	\$(677,34)	5.51	4%	\$8.958,67	\$8.281,33
Gestión de Seguimiento	Retroalimentación de la atención brindada	\$(232,03)	3.67	3%	\$6.232,12	\$6.000,09
	Control de documentos	\$(232,03)	3.67	3%	\$6.232,12	\$6.000,09
	Comunicación	\$(232,03)	3.67	3%	\$6.232,12	\$6.000,09
<b>TOTAL</b>		\$355.280,10	146.75	100%	\$255.496,54	\$(99.783,56)

Tabla 226 FEN año 5 Incremental del Hospital Benjamín Bloom

	Descripción de subprocesos	Costo	Tiempo por servicio en horas	% tiempo	Ahorro anual	Fen
<b>Año 5</b>						
Planificación del proceso de hospitalización	Planeación estratégica	\$724,32	5.27	4%	\$13.217,00	\$12.492,68
	Planeación operativa	\$3.621,60	5.27	4%	\$13.217,00	\$9.595,40
Gestión de abastecimiento de recurso	Gestión de insumos médicos	\$16.176,22	3.51	3%	\$8.811,33	\$(7.364,89)
	Gestión de equipo medico	\$15.028,19	3.51	3%	\$8.811,33	\$(6.216,86)
	Gestión de productos intrahospitalarios	\$33.451,97	3.51	3%	\$8.811,33	\$(24.640,64)
Gestión de talento humano	Planeación del talento humano	\$15.028,19	3.51	3%	\$8.811,33	\$(6.216,86)
	Gestión de personal	\$15.028,19	3.51	3%	\$8.811,33	\$(6.216,86)
	Gestión del conocimiento	\$15.028,19	3.51	3%	\$8.811,33	\$(6.216,86)
Hospitalización	Ingreso	\$(1.313,85)	5.30	4%	\$15.646,99	\$14.333,13
	Gestión de cama	\$(1.009,90)	3.95	3%	\$11.882,69	\$10.872,79
	Evaluación medica	\$127.336,00	25.59	18%	\$53.940,42	\$(73.395,59)
	Gestión de indicaciones medicas	\$55.970,31	25.66	18%	\$74.495,31	\$18.525,00
	Atención de enfermería	\$73.925,81	20.21	14%	\$60.716,70	\$(13.209,12)
	Gestión de alta medica	\$(1.653,97)	6.67	5%	\$19.697,54	\$18.043,57
Gestión del control	Evaluación y mejora de procesos	\$(484,86)	5.27	4%	\$13.217,00	\$12.732,14
	Auditoria interna del proceso	\$(484,86)	5.27	4%	\$13.217,00	\$12.732,14
Gestión de seguimiento	Retroalimentación de la atención brindada	\$(663,08)	3.51	3%	\$8.811,33	\$8.148,26
	Control de documentos	\$(663,08)	3.51	3%	\$8.811,33	\$8.148,26
	Comunicación	\$(663,08)	3.51	3%	\$8.811,33	\$8.148,26
<b>TOTAL</b>		\$364.382,34	140.06	100%	\$368.549,63	\$4.167,29



## Hospital de la Mujer

Tabla 227 FEN año 1 Incremental del Hospital de la Mujer

	Descripción de subprocesos	Costo	Tiempo por servicio en horas	% tiempo	Ahorro anual	Fen
<b>Año 1</b>						
Planificación del proceso de hospitalización	Planeación estratégica	\$26.011,47	6.23	4%	\$(142.088,22)	\$116.076,75
	Planeación operativa	\$(146.466,13)	6.23	4%	\$246.523,29	\$100.057,16
Gestión de abastecimiento de recurso	Gestión de insumos médicos	\$(711.366,52)	4.16	2%	\$99.489,10	\$(611.877,42)
	Gestión de equipo medico	\$(652.719,53)	4.16	2%	\$99.489,10	\$(553.230,42)
	Gestión de productos intrahospitalarios	\$1.173.452,96	4.16	2%	\$(94.816,65)	\$(1.078.636,31)
Gestión de talento humano	Planeación del talento humano	\$(59.187,72)	4.16	2%	\$34.720,52	\$(24.467,20)
	Gestión de personal	\$(59.187,72)	4.16	2%	\$34.720,52	\$(24.467,20)
	Gestión del conocimiento	\$(59.187,72)	4.16	2%	\$34.720,52	\$(24.467,20)
Hospitalización	Ingreso	\$(96,07)	6.47	4%	\$16.100,77	\$16.004,70
	Gestión de cama	\$(96,20)	4.85	3%	\$12.224,62	\$12.128,43
	Evaluación medica	\$632.691,99	29.52	18%	\$55.790,67	\$(576.901,32)
	Gestión de indicaciones medicas	\$364.443,05	31.24	19%	\$76.672,95	\$(287.770,10)
	Atención de enfermería	\$515.727,09	24.76	15%	\$62.463,88	\$(453.263,21)
	Gestión de alta medica	\$(120,94)	8.14	5%	\$20.268,79	\$20.147,85
Gestión del control	Evaluación y mejora de procesos	\$267.316,94	6.24	4%	\$(142.224,97)	\$(125.091,96)
	Auditoria interna del proceso	\$(392.361,36)	6.24	4%	\$246.386,53	\$(145.974,83)
Gestión de seguimiento	Retroalimentación de la atención brindada	\$178.060,84	4.16	2%	\$(94.816,65)	\$(83.244,19)
	Control de documentos	\$178.060,84	4.16	2%	\$(94.816,65)	\$(83.244,19)
	Comunicación	\$178.060,84	4.16	2%	\$(94.816,65)	\$(83.244,19)
	<b>TOTAL</b>	\$1.433.036,09	<b>167.36</b>	<b>100%</b>	\$375.991,48	<b>\$(1.057.044,61)</b>

Tabla 228 FEN año 2 Incremental del Hospital de la Mujer

	Descripción de subprocesos	Costo	Tiempo por servicio en horas	% tiempo	Ahorro anual	Fen
<b>Año 2</b>						
Planificación del proceso de hospitalización	Planeación estratégica	\$908,14	6.23	4%	\$7.936,52	\$7.028,38
	Planeación operativa	\$4.540,70	6.23	4%	\$7.936,52	\$3.395,82
Gestión de abastecimiento de recurso	Gestión de insumos médicos	\$259.994,40	4.16	2%	\$5.426,68	\$(254.567,72)
	Gestión de equipo medico	\$(217.770,29)	4.16	2%	\$5.426,68	\$(212.343,61)
	Gestión de productos intrahospitalarios	\$42.280,39	4.16	2%	\$5.426,68	\$(36.853,71)
Gestión de talento humano	Planeación del talento humano	\$19.918,36	4.16	2%	\$5.426,68	\$(14.491,68)
	Gestión de personal	\$19.918,36	4.16	2%	\$5.426,68	\$(14.491,68)
	Gestión del conocimiento	\$19.918,36	4.16	2%	\$5.426,68	\$(14.491,68)
Hospitalización	Ingreso	\$(134,39)	6.47	4%	\$9.371,74	\$9.237,35
	Gestión de cama	\$(107,03)	4.85	3%	\$7.109,16	\$7.002,13
	Evaluación medica	\$156.996,65	29.52	18%	\$33.158,46	\$(123.838,18)
	Gestión de indicaciones medicas	\$81.708,20	31.24	19%	\$44.670,02	\$(37.038,18)
	Atención de enfermería	\$111.666,55	24.76	15%	\$36.325,50	\$(75.341,05)
	Gestión de alta medica	\$(169,18)	8.14	5%	\$11.797,81	\$11.628,63
Gestión del control	Evaluación y mejora de procesos	\$48,25	6.24	4%	\$8.140,02	\$8.091,77
	Auditoria interna del proceso	\$48,25	6.24	4%	\$8.140,02	\$8.091,77
Gestión de seguimiento	Retroalimentación de la a tención brindada	\$139,80	4.16	2%	\$5.426,68	\$5.286,88
	Control de documentos	\$139,80	4.16	2%	\$5.426,68	\$5.286,88
	Comunicación	\$139,80	4.16	2%	\$5.426,68	\$5.286,88
<b>TOTAL</b>		\$500.185,14	167.36	100%	\$223.425,89	\$(276.759,25)

Tabla 229 FEN año 3 Incremental del Hospital de la Mujer

	Descripción de subprocesos	Costo	Tiempo por servicio en horas	% tiempo	Ahorro anual	FEN
<b>Año 3 incremental</b>						
Planificación del proceso de hospitalización	Planeación estratégica	\$1.022,38	5.74	4%	\$19.935,44	\$18.913,06
	Planeación operativa	\$5.111,89	5.74	4%	\$19.935,44	\$14.823,55
Gestión de abastecimiento de Recurso	Gestión de insumos médicos	\$22.649,63	3.83	2%	\$13.034,71	\$(9.614,92)
	Gestión de equipo medico	\$21.062,93	3.83	2%	\$13.034,71	\$(8.028,22)
	Gestión de productos intrahospitalarios	\$47.602,50	3.83	2%	\$13.034,71	\$(34.567,79)
Gestión de talento humano	Planeación del talento humano	\$21.062,93	3.83	2%	\$13.034,71	\$(8.028,22)
	Gestión de personal	\$21.062,93	3.83	2%	\$13.034,71	\$(8.028,22)
	Gestión del conocimiento	\$21.062,93	3.83	2%	\$13.034,71	\$(8.028,22)
hospitalización	Ingreso	\$(1.844,69)	5.86	4%	\$25.677,02	\$23.832,33
	Gestión de cama	\$(1.422,76)	4.38	3%	\$19.616,68	\$18.193,92
	Evaluación medica	\$187.778,75	27.55	18%	\$76.013,40	\$(111.765,35)
	Gestión de indicaciones medicas	\$78.034,38	28.33	18%	\$121.496,47	\$43.462,10
	Atención de enfermería	\$98.035,29	22.38	15%	\$100.234,92	\$2.199,63
	Gestión de Alta Medica	\$(2.322,23)	7.37	5%	\$32.324,06	\$30.001,83
Gestión del Control	Evaluación y mejora de procesos	\$(1.304,30)	5.74	4%	\$19.935,44	\$18.631,14
	Auditoria interna del proceso	\$(1.304,30)	5.74	4%	\$19.935,44	\$18.631,14
Gestión de Seguimiento	Retroalimentación de la atención brindada	\$(1.096,14)	3.83	2%	\$13.034,71	\$11.938,57
	Control de documentos	\$(1.096,14)	3.83	2%	\$13.034,71	\$11.938,57
	Comunicación	\$(1.096,14)	3.83	2%	\$13.034,71	\$11.938,57
<b>TOTAL</b>		\$512.999,83	153.31	100%	\$572.416,72	\$59.416,89

Tabla 230 FEN año 4 Incremental del Hospital de la Mujer

	Descripción de subprocesos	Costo	Tiempo por servicio en horas	% tiempo	Ahorro anual	FEN
	<b>Año 4 Incremental</b>					
Planificación del proceso de hospitalización	Planeación estratégica	\$986,79	5.51	4%	\$13.267,11	\$12.280,32
	Planeación operativa	\$4.933,94	5.51	4%	\$13.267,11	\$8.333,17
Gestión de abastecimiento de Recurso	Gestión de insumos médicos	\$23.287,47	3.67	3%	\$9.229,29	\$(14.058,18)
	Gestión de equipo medico	\$21.320,01	3.67	3%	\$9.229,29	\$(12.090,72)
	Gestión de productos intrahospitalarios	\$46.353,62	3.67	3%	\$9.229,29	\$(37.124,33)
Gestión de talento humano	Planeación del talento humano	\$21.320,01	3.67	3%	\$9.229,29	\$(12.090,72)
	Gestión de personal	\$21.320,01	3.67	3%	\$9.229,29	\$(12.090,72)
	Gestión del conocimiento	\$21.320,01	3.67	3%	\$9.229,29	\$(12.090,72)
Hospitalización	Ingreso	\$(1.106,58)	5.58	4%	\$15.938,75	\$14.832,17
	Gestión de cama	\$(851,69)	4.17	3%	\$12.090,73	\$11.239,04
	Evaluación medica	\$175.768,26	26.57	18%	\$56.393,44	\$(119.374,82)
	Gestión de indicaciones medicas	\$83.569,20	27.02	18%	\$75.971,43	\$(7.597,77)
	Atención de enfermería	\$112.351,82	21.31	15%	\$61.779,70	\$(50.572,11)
	Gestión de Alta Medica	\$(1.393,04)	7.03	5%	\$20.064,83	\$18.671,79
Gestión del Control	Evaluación y mejora de procesos	\$(1.003,08)	5.51	4%	\$13.267,11	\$12.264,03
	Auditoria interna del proceso	\$(1.003,08)	5.51	4%	\$13.267,11	\$12.264,03
Gestión de Seguimiento	Retroalimentación de la atención brindada	\$(343,61)	3.67	3%	\$9.229,29	\$8.885,68
	Control de documentos	\$(343,61)	3.67	3%	\$9.229,29	\$8.885,68
	Comunicación	\$(343,61)	3.67	3%	\$9.229,29	\$8.885,68
	<b>TOTAL</b>	\$526.142,83	146.75	100%	\$378.370,96	\$(147.771,87)

Tabla 231 FEN año 5 Incremental del Hospital de la Mujer

	Descripción de subprocesos	Costo	Tiempo por servicio en horas	% tiempo	Ahorro anual	Fen
<b>Año 5</b>						
Planificación del proceso de hospitalización	Planeación estratégica	\$1.072,66	5.27	4%	\$19.573,37	\$18.500,71
	Planeación operativa	\$5.363,31	5.27	4%	\$19.573,37	\$14.210,06
Gestión de abastecimiento de recurso	Gestión de insumos médicos	\$23.955,75	3.51	3%	\$13.048,91	\$(10.906,84)
	Gestión de equipo medico	\$22.255,61	3.51	3%	\$13.048,91	\$(9.206,70)
	Gestión de productos intrahospitalarios	\$49.539,83	3.51	3%	\$13.048,91	\$(36.490,92)
Gestión de talento humano	Planeación del talento humano	\$22.255,61	3.51	3%	\$13.048,91	\$(9.206,70)
	Gestión de personal	\$22.255,61	3.51	3%	\$13.048,91	\$(9.206,70)
	Gestión del conocimiento	\$22.255,61	3.51	3%	\$13.048,91	\$(9.206,70)
Hospitalización	Ingreso	\$(1.945,72)	5.30	4%	\$23.172,00	\$21.226,28
	Gestión de cama	\$(1.495,59)	3.95	3%	\$17.597,36	\$16.101,77
	Evaluación medica	\$188.574,95	25.59	18%	\$79.881,66	\$(108.693,29)
	Gestión de indicaciones medicas	\$82.887,78	25.66	18%	\$110.321,89	\$27.434,12
	Atención de enfermería	\$109.478,51	20.21	14%	\$89.916,81	\$(19.561,70)
	Gestión de alta medica	\$(2.449,41)	6.67	5%	\$29.170,56	\$26.721,15
Gestión del control	Evaluación y mejora de procesos	\$(718,04)	5.27	4%	\$19.573,37	\$18.855,34
	Auditoria interna del proceso	\$(718,04)	5.27	4%	\$19.573,37	\$18.855,34
Gestión de seguimiento	Retroalimentación de la atención brindada	\$(981,97)	3.51	3%	\$13.048,91	\$12.066,95
	Control de documentos	\$(981,97)	3.51	3%	\$13.048,91	\$12.066,95
	Comunicación	\$(981,97)	3.51	3%	\$13.048,91	\$12.066,95
<b>TOTAL</b>		<b>\$539.622,55</b>	<b>140.06</b>	<b>100%</b>	<b>\$545.794,00</b>	<b>\$6.171,45</b>

## 1.7 Fuentes de Financiamiento

Además del fortalecimiento de la provisión de servicios, el MINSAL tiene programas orientados a la mejora y actualización en el sistema de gestión. Por ello, el BID apoyó la reforma del sistema de salud desde su concepción a través de Programa Integrado de Salud (PRIDES - 2347/OC-ES) por Decreto Legislativo publicado en el Diario Oficial, Tomo N° 419, el día lunes 11 de junio de 2018 a través del Contrato de Préstamo con dicho Banco (BID), por un monto de CIENTO SETENTA MILLONES DE DÓLARES (US\$170,000,000.00), recursos que se utilizarán para financiar el “Programa Integrado de Salud II”.

### 1.7.1 Préstamos al Banco Interamericano de Desarrollo

La mayoría de los proyectos y los programas de cooperación técnica del BID se financian a través de préstamos, ya sea a precios de mercado o mediante el uso de recursos en condiciones favorables. Los préstamos pueden ser otorgados como Préstamos de Garantía Soberana, en donde el BID ofrece financiamiento a los gobiernos y a las instituciones controladas por el Gobierno para apoyar el desarrollo y proyectos sociales, tiene un extenso menú de productos financieros flexibles y garantías basados en estándares de mercado a un costo competitivo para satisfacer la necesidad de los proyectos y de la gestión de deuda. Adicionalmente, el BID ofrece financiamiento a términos concesionales<sup>17</sup> y fondos en donación para apoyar el desarrollo de sus los países más pobres de la región.

*Ilustración 101 Tasas de interés y cargos financieros vigentes, aplicables a todos los productos financieros (1er Trimestre 2019 y 4to trimestre 2018)*

Productos Vigentes - Capital Ordinario								
	Tasas aplicables al 1er trimestre 2019				Tasas aplicables al 4to trimestre 2018			
	Base LIBOR		Margen de préstamos del BID <sup>2</sup>	Tasa de Interés	Base LIBOR		Margen de préstamos del BID <sup>2</sup>	Tasa de Interés
	LIBOR 3-meses	Margen de Fondeo <sup>1</sup>			LIBOR 3-meses	Margen de Fondeo <sup>1</sup>		
Financiamiento CO <sup>3,4</sup>	2,79%	0,19%	0,80%	3,78%	2,44%	0,18%	0,80%	3,42%
SCF-LIBOR YEN <sup>3</sup>				n/a				n/a

Fuente: página web del BID

*Ilustración 102 Tasa de Interés y Cargos Financieros Históricos. Facilidad de Financiamiento Flexible – USD y Facilidad Unimonetaria - LIBOR - USD*

Período	Tasa Base LIBOR <sup>2</sup>				Tasa de interés <sup>5/6</sup>
	LIBOR 3-meses	Margen de Fondeo <sup>3</sup>	Margen de préstamos BID <sup>4</sup>		
2019	1er. Trimestre	2,79%	0,19%	0,80%	3,78%
	4to. Trimestre	2,44%	0,18%	0,80%	3,42%
2018	3er. Trimestre	2,34%	0,14%	0,80%	3,28%
	2do. Trimestre	2,35%	0,10%	0,80%	3,25%
	1er. Trimestre	1,72%	0,13%	0,80%	2,65%
	4to. Trimestre	1,36%	0,12%	0,85%	2,33%
2017	3er. Trimestre	1,30%	0,10%	0,85%	2,25%
	2do. Trimestre	1,16%	0,08%	0,85%	2,09%
	1er. Trimestre	1,02%	0,12%	0,85%	1,99%

Fuente: página web del BID

<sup>17</sup> Términos concesionales: otorgamiento del derecho de explotación, por un período determinado, de bienes y servicios por parte de una Administración pública o empresa a otra, generalmente privada.

Por lo tanto, este proyecto será financiado de la siguiente manera:

Tabla 232 Datos de Financiamiento para el proyecto

Entidad de financiamiento	Monto (porción cubierta )	% del financiamiento
BID a través de préstamo PRIDES II	\$42,794.15	100%
Hospitales de Tercer nivel	\$0.00	0%

Los desembolsos del financiamiento se harán a través del Banco Central de Reserva, con la aprobación del Ministerio de Hacienda, y la ejecución se realizará a través de la Unidad de Gestión del Programa (UGP) del MINSAL. La UGP coordinará la ejecución y responderá por los procesos de adquisiciones y también de la coordinación con la Unidad Financiera Institucional (UFI) del MINSAL, que se encargará de la gestión financiera del programa. Los registros contables se harán a través del Sistema de Administración Financiera Integrado (SAFI). (Ver anexo PROYECTO: PROGRAMA INTEGRADO DE SALUD – PRIDES II).

## 2 Evaluación Económica Financiera

En este apartado se realiza una evaluación Económica al proyecto propuesto, la cual busca identificar los méritos propios del mismo, independientemente de la manera como se obtengan y se paguen los recursos financieros que necesite y del modo como se distribuyan los excedentes o utilidades que genera. Entre los aspectos a evaluar se encuentra: La Tasa Mínima Atractiva de Rendimiento (TMAR), el Valor Actual Neto (VAN) y la Relación Beneficio-Costo (B/C).

### 2.1 Estimación de TMAR

El costo de capital es el costo que corresponde a la retribución que reciben los inversionistas por proveer fondos a la empresa, es decir, el pago que obtienen tanto acreedores como accionistas. Los acreedores reciben intereses a cambio de proveer fondos a la empresa en forma de deuda; los accionistas reciben dividendos a cambio del capital que aportan en su empresa.

Pero no es el monto del pago lo que interesa para evaluar el costo del capital, sino su precio. Y el precio del dinero se mide en términos de tasa. El costo del capital será entonces la tasa que se paga por los recursos. Sin embargo, hay dos tipos de recursos (deuda y capital propio), cada uno con su tasa.

A continuación, se obtendrá el costo de capital el cual es simple debido a que la fuente proveedora de la Inversión será una Institución Financiera:

Como se definió en la fuente de financiamiento esta institución financiera es el BID, a través de bancos nacionales y define una tasa para préstamos de 3.78%, que será la utilizada las evaluaciones

### 2.2 Valor Actual Neto (VAN)

El valor actual neto de un proyecto, se define como el valor obtenido en el presente por el proyecto y se elabora restando a la suma de flujos del período analizada a la inversión inicial del proyecto; siendo el criterio de decisión el siguiente:



- Si la VAN es mayor que cero, entonces se acepta el proyecto.
- Si la VAN es menor que cero, entonces es recomendable rechazar el proyecto.
- Si la VAN es cero, la rentabilidad será igual a la tasa de rechazo.

Por lo tanto, un proyecto con una VAN positiva o igual a cero. Puede considerarse aceptable. Para el cálculo del VAN, se utiliza la siguiente fórmula:

Dónde:

- **VAN:** Valor Actual
- **t:** número de periodos
- **Ft:** Flujo Neto de Efectivo
- **I:** Inversión inicial

$$VAN = \sum_{t=1}^n \frac{F_t}{(1+i)^t} - I$$

Con los datos encontrados del estudio económico, los cuales se presentan a continuación, se procederá a realizar el cálculo de las razones económicas.

Tabla 233 Costos, Ingresos, FEN de los Hospitales de Tercer Nivel por año

		Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
<b>Hospital Rosales</b>	Ingresos	424032.12	366452.68	452800.74	447319.7	501980.64
	costos	1434871.76	500825.855	626706.534	594820.902	661645.062
	FEN	-1010839.6	-134373.18	-173905.79	-147501.2	-159664.42
<b>Hospital Bloom</b>	Ingresos	253889.788	150869.25	386526.735	255496.542	368549.633
	costos	967663.496	337752.064	346405.235	355280.1	364382.338
	FEN	-713773.71	-186882.81	40121.4995	-99783.558	4167.29472
<b>Hospital de la mujer</b>	Ingresos	375991.481	223425.893	572416.719	378370.961	545793.996
	costos	1433036.09	500185.138	512999.827	526142.827	539622.549
	FEN	-1057044.6	-276759.25	59416.8916	-147771.87	6171.44677
<b>Tercer Nivel de MINSAL</b>	Ingresos	1053913.39	740747.822	1411744.19	1081187.2	1416324.27
	costos	3835571.35	1338763.06	1486111.6	1476243.83	1565649.95
	FEN Total	-2781658	-598015.24	-74367.403	-395056.63	-149325.68

Para el proyecto de implementación en su totalidad se calcula la VAN con los datos totales que se muestran en la tabla correspondientes al Tercer Nivel de MINSAL (Inversión= 42794.15)



Tabla 234 Datos para el cálculo de la VAN

Año	Ingresos	costos	FEN Total (FEN=I-C)	Factor de ajuste con tasa(3.78%)	FEN ajustada al año 0
1	1053913.39	3835571.35	-2781658	0.96	-2680341.1
2	740747.822	1338763.06	-598015.24	0.93	-555245.33
3	1411744.19	1486111.6	-74367.403	0.89	-66533.691
4	1081187.2	1476243.83	-395056.63	0.86	-340568.66
5	1416324.27	1565649.95	-149325.68	0.83	-124041.26
<b>Total</b>					-3766730

El Valor Actual Neto del Proyecto integrado es de \$ **-3809524.2**

El Valor actual neto del proyecto, muestra un valor negativo lo que demuestra que la inversión realizada por el Ministerio de Salud no será recobrada en el periodo de tiempo de estudio; sin embargo, por al ser una red de Hospitales públicos, la recuperación de la inversión, se realiza en términos de bienestar social y calidad de la atención a los pacientes, como se desglosará en la evaluación social que se presenta para el proyecto

Si el Proyecto no se implementara en conjunto todo el Tercer Nivel de Atención del MINSAL, sino se realizará individualmente en cada uno de ellos, se obtendría lo siguiente:

Hospital Rosales (Inversión= 14264,71)

Tabla 235 Datos para cálculo del VAN HNR

Año	Ingresos	costos	FEN Total (FEN=I-C)	Factor de ajuste con tasa(3.78%)	FEN ajustada al año 0
1	424032.12	1434871.757	-1010839.637	0.96	-974021.6198
2	366452.68	500825.8551	-134373.1751	0.93	-124762.8384
3	452800.74	626706.5343	-173905.7943	0.89	-155586.9091
4	447319.7	594820.9017	-147501.2017	0.86	-127157.1816
5	501980.64	661645.0624	-159664.4224	0.83	-132629.4053
<b>Total</b>					-1514157.954

El Valor Actual Neto del Proyecto en el Hospital Rosales es de **-\$1.528.422,67**

Hospital Benjamín Bloom (Inversión= 14264,71)

Tabla 236 Datos para cálculo del VAN HNNBB

Año	Ingresos	Costos	FEN Total (FEN=I-C)	Factor de ajuste con tasa(3.78%)	FEN ajustada al año 0
1	253889.7883	967663.4957	-713773.7073	0.96	-687775.7827
2	150869.2495	337752.0641	-186882.8146	0.93	-173517.0013
3	386526.735	346405.2354	40121.49951	0.89	35895.18178
4	255496.5419	355280.1001	-99783.55821	0.86	-86020.96714
5	368549.6326	364382.3378	4167.294722	0.83	3461.671752
<b>Total</b>					-907956.8976

El Valor Actual Neto del Proyecto en el Hospital Benjamín Bloom es de **-\$922.221,61**

Hospital de la Mujer (Inversión= 42794.15)

Tabla 237 Datos para cálculo del VAN HNM

Año	Ingresos	Costos	FEN Total (FEN=I-C)	Factor de ajuste con tasa(3.78%)	FEN ajustada al año 0
1	375991.481	1433036.095	-1057044.614	0.96	-1018543.664
2	223425.8925	500185.1379	-276759.2454	0.93	-256965.4916
3	572416.7186	512999.827	59416.89156	0.89	53158.0362
4	378370.9609	526142.8271	-147771.8662	0.86	-127390.5148
5	545793.9962	539622.5494	6171.44677	0.83	5126.472779
<b>Total</b>					-1344615.161

El Valor Actual Neto del Proyecto en el Hospital de la Mujer es de **-\$1.358.879,88**

En base a este indicador se observa que el ahorro en ninguno de los casos cubre con la inversión, sin embargo, los beneficios del proyecto son de índole social.

Es de tomar en cuenta que en la implementación como proyecto de todo el MINSAL es donde se obtiene una VAN favorable en relación al obtenido si se implementa individualmente en cada Hospital.

### 2.3 Beneficio costo “B/C”

Teniendo en consideración, los valores presentes calculados para el establecimiento del VAN y la inversión inicial, El cálculo de la Relación Beneficio – Costo, se hace de la siguiente manera:

$$BC = \text{Valor actual de los flujos de efectivo anuales} / \text{Inversión inicial}$$

La interpretación es que por cada unidad monetaria invertida (dólar), se recibe el exceso de 1, si da mayor que la unidad o si se percibe la fracción del dólar, si el resultado es menor que uno. El criterio de decisión es el siguiente:

- Si la Relación B/C > 1 Se Acepta el Proyecto
- Si la Relación B/C < 1 Se recomienda Rechaza el Proyecto

Esta razón económica presenta los siguientes resultados:

Tabla 238 Razón Beneficio/Costo de cada Hospital de Tercer Nivel

B/C	Inversión	VAN Beneficios	VAN Costes	B/C
B/C Total	42794,15	\$5.074.901,78	\$8.798.837,64	0,576769567
B/C HNR	14264,71	\$1.956.541,87	\$3.456.435,11	0,566057747
B/C HNNBB	14264,71	\$1.256.934,88	\$2.150.627,06	0,584450416
B/C HNM	14264,71	\$1.861.425,03	\$3.191.775,47	0,583194227

Esta razón muestra que el beneficio costo del proyecto, no es Factible económicamente debido a que presenta que por cada dólar que sea invertido, se estarán perdiendo \$0.57 en el MINSAL, más, sin embargo, la razón se mantiene constante en la implementación individual de los hospitales en el periodo de estudio de 5 años.

Teniendo en cuenta la razón de ser del proyecto y el impacto que este generará socialmente, a pesar de la no factibilidad económica, el proyecto presenta una recuperación del aproximadamente 60% de la inversión.

### 3 Evaluación social.

La evaluación social es un proceso en el cual se debe seguir la metodología de identificación y valorización de los beneficios de un proyecto, persigue medir la verdadera contribución que darán los proyectos al crecimiento, a la organización y sociedad en general una vez se hayan implementado. Con la evaluación social, se pretende medir la contribución que las propuestas de mejora generarán en los Hospitales de Tercer Nivel una vez implementadas. Se deberá establecer todos los resultados que guíen a generar dichos beneficios sociales.

El propósito de evaluar socialmente un proyecto es determinar si el resultado de su ejecución refleja un incremento en el bienestar de la sociedad.

En esta sección se evaluará la cantidad de personas que se beneficiarían con el Fortalecimiento de los procesos de hospitalización en hospitales de tercer nivel del MINSAL, siendo establecimientos de referencia nacional, que están categorizados para la atención de los usuarios que requieran servicio de atención altamente especializados.

Los aspectos que pueden ser considerados como aportes o beneficios sociales como resultado de la aplicación de la propuesta se presentan a continuación:

- Mayor oferta de servicio de Hospitalización de Tercer Nivel (Demanda-oferta)
- Mejor Calidad en el Servicio Prestado
- Máximo Aprovechamiento de los recursos disponibles
- Sistema de Control y Evaluación de la Voz del Cliente
- Control del Seguimiento de los procesos claves
- Condiciones de Trabajo

#### 3.1 Demanda

Tabla 239 Proyecciones de demanda en los primeros 5 años de implementación del proceso Homologado

Proyecciones Anuales de la oferta y demanda comparando la implementación del proyecto vs. el estado actual sin proyecto						
	Unidad de medida	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Demanda (población potencial)*	Personas	275,119	279,520	283,993	288,537	293,154
Oferta sin implementación de GGP	Egresos	22284	22656	23016	23388	23748
Porcentaje de atención según demanda.	%	8.10%	8.11%	8.10%	8.11%	8.10%
Oferta con implementación de GGP	Egresos	25061	26080	27349	28572	29937
Porcentaje de atención según demanda	%	9.11%	9.33%	9.63%	9.90%	10.21%
Incremento porcentual		1.01%	1.22%	1.53%	1.80%	2.11%

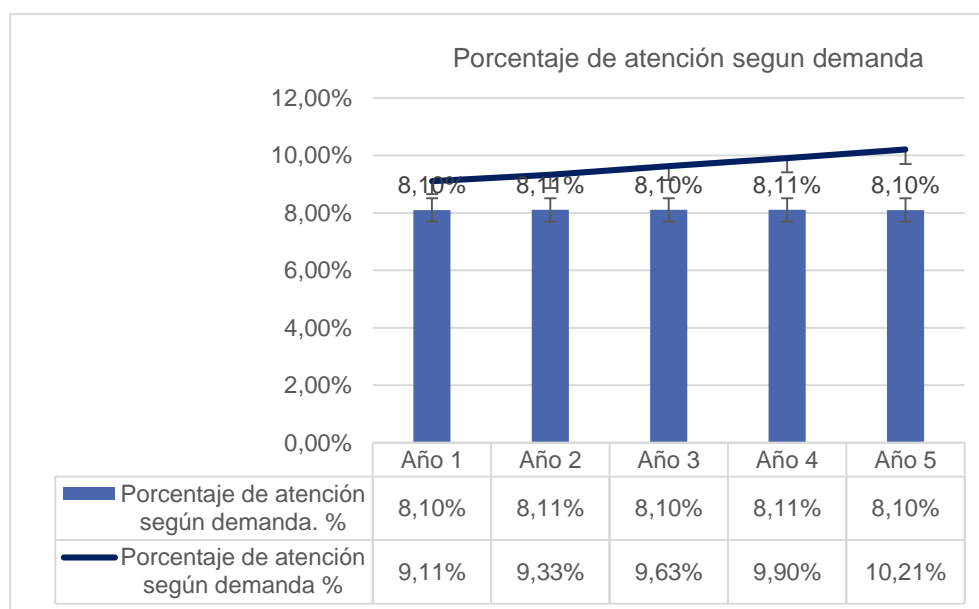
Fuente: Estimaciones con información de la DIGESTYC y registros de servicios prestados en el HNR

\*Debido a que el hospital es de referencia nacional, la metodología establecida contempla que la población a cargo del Hospital Nacional Rosales es el 5% del 80 % de la población total, se ha calculado con base a la información proporcionada por la Dirección Nacional de Salud, con resultados del censo realizado por la Dirección General de Estadística y Censos del Ministerio de Economía.

	Unidad de medida	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Oferta sin implementación de GGP	Egresos	22284	22656	23016	23388	23748
Oferta con implementación de GGP	Egresos	25061	26080	27349	28572	29937
Diferencia entre ofertas	Egresos	2777	3424	4333	5184	6189

Con el fortalecimiento del proceso de hospitalización a través de la gestión por proceso se observa que se puede atender en el primer año un 1.01% más de la población demandante, llegando a un incremento porcentual en quinto año hasta un 2.11 %. En el primer año se estarían aumentando la producción de egresos en 2,777 pacientes más a los que se daría de alta con la ejecución actual. También se observa que a medida que se mantiene el proceso homologado, la capacidad para atender el número de egresos aumenta linealmente

Ilustración 103 Porcentaje de atenciones según demanda



### 3.2 Mejor calidad en el Servicio Prestado:

El impacto que se generará con la implementación de las propuestas de fortalecimiento serán basadas en los requisitos del usuario, por lo tanto, el servicio que se le brindará a los usuarios se adaptará a sus necesidades, generando mayor satisfacción de los usuarios en el servicio recibido y a su vez se formará cada vez más una mejor imagen en la gestión de la organización.

### 3.3 Máximo aprovechamiento de los recursos disponibles.

**Beneficiarios: Pacientes, autoridades Hospitalarias, Gobierno y pacientes potenciales.**

Se mejorará la eficiencia y eficacia de los empleados, logrando agilizar la prestación del servicio, esto conlleva a que los pacientes sean atendidos en el menor tiempo posible y con la calidad que ellos esperan, generando así confianza en la Institución y la satisfacción del usuario al invertir menos tiempo para lograr su atención. Uno de los beneficios de implementar el GPP en el HNR es que se podrán brindar una mayor cantidad de atenciones, lo que no solo beneficia a la población, sino también la utilización al máximo de los recursos destinados al HNR. Lo que se resume en un mejor uso del presupuesto asignado.

Como se describió en el trabajo los recursos que participan en los procesos de hospitalización se clasificaron en Variables (que se ven afectados por la cantidad de egresos producidos) y los fijos indirectos e indirectos que sin importar la cantidad de egresos que se produzcan siempre y cuando no se sobrepase la capacidad instalada del Hospital será el mismo). Teniendo en cuenta lo anterior se hará una valoración de los ahorros en costos fijos, se estimará el valor para el HNR, debido a que este fue el modelo con el que se trabajó el sistema de costos de los centros de atención del Tercer Nivel.

#### Recursos indirectos del proceso

- Gatos Generales
- Misceláneos
- Central de Esterilización

#### Recursos Talento Humano.

- Mano de obra enfermera
- Mano de obra doctor

Para estos centros de costos se tendrán en cuenta el escalafón 2019 para empleadas/os del MINSAL

Aplicando los siguientes porcentajes de incremento, según los siguientes rangos salariales:

De \$1.00 a \$1,000.00 Incrementar el 5%

De \$1,001.00 a \$2,000.00 Incrementar el 4%

De \$2,001.00 a \$3,000.00 Incrementar el 2%

Se aplicará como promedio Anual el 3.67 % e manera incremental

Para evaluar el impacto que representa para los centros de atención del Tercer nivel, atender una mayor cantidad de pacientes con la misma cantidad de recursos. Optimizando el uso del presupuesto que refleja una manera eficiente de utilización de los fondos públicos se inicia evaluando cada uno de los centros e costos involucrados en el proceso.

## Recursos Indirectos del Proceso

### Gastos Generales

Tabla 240. *aprovechamiento en recursos fijos. Gastos generales*

Año	R1. Gastos Generales	Proyección Egresos con proyecto	Proyección egresos sin proyecto	Diferencial de egresos	Costos por egreso. Con proyecto	Costos por egreso. Sin proyecto	Ahorro * egreso	Ahorro Total
1	\$155,799.37	25061	22284	2256	<b>\$6.22</b>	<b>\$6.99</b>	<b>\$0.77</b>	<b>\$1,747.79</b>
2	\$155,776.83	26080	22656	1019	<b>\$5.97</b>	<b>\$6.88</b>	<b>\$0.90</b>	<b>\$919.86</b>
3	\$155,738.16	27349	23016	1269	<b>\$5.69</b>	<b>\$6.77</b>	<b>\$1.07</b>	<b>\$1,360.42</b>
4	\$155,704.32	28572	23388	1223	<b>\$5.45</b>	<b>\$6.66</b>	<b>\$1.21</b>	<b>\$1,477.26</b>
5	\$155,678.67	29937	23748	1365	<b>\$5.20</b>	<b>\$6.56</b>	<b>\$1.36</b>	<b>\$1,849.89</b>
Total	<b>\$778,697.35</b>						\$1.06	\$7,355.23

Fuente: Elaboración propia, Sistema de costos del HNR

En promedio en los cinco años se tendrá un ahorro por egreso de \$1.06 en lo relacionado a gastos generales, lo que representa un monto promedio anual de \$ 1515.58. Al final de los cinco años se habrá ahorrado un total de \$7,355.23 en Gastos Generales que representa el 0.94 % de los costos.

### Misceláneos

Tabla 241. *Aprovechamiento de recursos fijos. Misceláneos*

Año	R2. Misceláneos	Proyección Egresos con proyecto	Proyección egresos sin proyecto.	Diferencial de egresos	Costos por egreso. Con proyecto	Costos por egreso. Sin proyecto	Ahorro * egreso	Ahorro Total
1	\$437,289.00	25061	22284	2256	<b>\$17.45</b>	<b>\$19.62</b>	<b>\$2.17</b>	<b>\$4,905.60</b>
2	\$437,225.75	26080	22656	1019	<b>\$16.76</b>	<b>\$19.30</b>	<b>\$2.53</b>	<b>\$2,581.80</b>
3	\$437,117.22	27349	23016	1269	<b>\$15.98</b>	<b>\$18.99</b>	<b>\$3.01</b>	<b>\$3,818.36</b>
4	\$437,022.22	28572	23388	1223	<b>\$15.30</b>	<b>\$18.69</b>	<b>\$3.39</b>	<b>\$4,146.30</b>
5	\$436,950.24	29937	23748	1365	<b>\$14.60</b>	<b>\$18.40</b>	<b>\$3.80</b>	<b>\$5,192.18</b>
Total	<b>\$2185,604.44</b>						\$2.98	\$20,644.25

Fuente: Elaboración propia, Sistema de costos del HNR

En promedio en los cinco años se tendrá un ahorro por egreso de \$2.98 en lo relacionado a costos misceláneos, lo que representa un monto promedio anual de \$ 4,253.85. Al final de los cinco años se habrá ahorrado un total de \$20,644.25 que representa el 0.94 % de los costos.

#### Central de Esterilización

*Tabla 242. Aprovechamiento de recursos fijos. Central de Esterilización*

<b>Año</b>	<b>R3.</b> Central de Esterilización	Proyección Egresos con proyecto	Proyección egresos sin proyecto	Diferencial de egresos	Costos por egreso. Con proyecto	Costos por egreso. Sin proyecto	Ahorro * egreso	Ahorro Total
1	\$237,993.12	25061	22284	2256	<b>\$9.50</b>	<b>\$10.68</b>	<b>\$1.18</b>	<b>\$2,669.86</b>
2	\$237,993.12	26080	22656	1019	<b>\$9.13</b>	<b>\$10.50</b>	<b>\$1.38</b>	<b>\$1,405.34</b>
3	\$237,993.12	27349	23016	1269	<b>\$8.70</b>	<b>\$10.34</b>	<b>\$1.64</b>	<b>\$2,078.95</b>
4	\$237,993.12	28572	23388	1223	<b>\$8.33</b>	<b>\$10.18</b>	<b>\$1.85</b>	<b>\$2,257.99</b>
5	\$237,993.12	29937	23748	1365	<b>\$7.95</b>	<b>\$10.02</b>	<b>\$2.07</b>	<b>\$2,828.02</b>
Total	<b>\$1189,965.60</b>						\$1.62	\$11,240.15

Fuente: Elaboración propia, Sistema de costos del HNR

En promedio en los cinco años se tendrá un ahorro por egreso de \$1.62 en lo relacionado de esterilización, lo que representa un monto promedio anual de \$2,316.17. Al final de los cinco años se habrá ahorrado un total de \$11,240.15 que representa el 0.94 % de los costos.

#### Talento Humano

##### Personal de enfermería

*Tabla 243. Aprovechamiento costos fijos. Personal de enfermería*

<b>Año</b>	<b>R7.</b> <b>Personal de Enfermería</b>	Proyección Egresos con proyecto	Proyección egresos sin proyecto.	Diferencial de egresos	Costos por egreso. Con proyecto	Costos por egreso. Sin proyecto	Ahorro * egreso	Ahorro Total
1	\$4481,320.20	25061	22284	2256	<b>\$178.82</b>	<b>\$201.10</b>	<b>\$22.28</b>	<b>\$50,272.38</b>
2	\$4645,784.65	26080	22656	1019	<b>\$178.14</b>	<b>\$205.06</b>	<b>\$26.92</b>	<b>\$27,433.18</b>
3	\$4816,284.95	27349	23016	1269	<b>\$176.10</b>	<b>\$209.26</b>	<b>\$33.15</b>	<b>\$42,071.81</b>
4	\$4993,042.61	28572	23388	1223	<b>\$174.75</b>	<b>\$213.49</b>	<b>\$38.73</b>	<b>\$47,372.14</b>
5	\$5176,287.27	29937	23748	1365	<b>\$172.91</b>	<b>\$217.97</b>	<b>\$45.06</b>	<b>\$61,508.65</b>
Total	<b>\$24112,719.67</b>						\$33.23	\$228,658.15

Fuente: Elaboración propia, Sistema de costos del HNR



En promedio en los cinco años se tendrá un ahorro por egreso de \$33.23 en lo relacionado de Recurso Enfermera, lo que representa un monto promedio anual de \$47,400.61. Al final de los cinco años se habrá ahorrado un total de \$228,658.15 que representa el 0.95% de los costos.

*Tabla 244. Aprovechamiento de la capacidad instalada. Personal Medico*

<b>Año</b>	<b>R8. Personal medico</b>	<b>Proyección Egresos con proyecto</b>	<b>Proyección egresos sin proyecto.</b>	<b>Diferencial de egresos</b>	<b>Costos por egreso. Con proyecto</b>	<b>Costos por egreso. Sin proyecto</b>	<b>Ahorro * egreso</b>	<b>Ahorro Total</b>
1	\$2058,772.63	25061	22284	2256	<b>\$82.15</b>	<b>\$92.39</b>	<b>\$10.24</b>	<b>\$23,095.74</b>
2	\$2134,329.59	26080	22656	1019	<b>\$81.84</b>	<b>\$94.21</b>	<b>\$12.37</b>	<b>\$12,603.14</b>
3	\$2212,659.48	27349	23016	1269	<b>\$80.90</b>	<b>\$96.14</b>	<b>\$15.23</b>	<b>\$19,328.30</b>
4	\$2293,864.08	28572	23388	1223	<b>\$80.28</b>	<b>\$98.08</b>	<b>\$17.80</b>	<b>\$21,763.33</b>
5	\$2378,048.90	29937	23748	1365	<b>\$79.44</b>	<b>\$100.14</b>	<b>\$20.70</b>	<b>\$28,257.82</b>
Total	\$11077,674.67						\$15.27	\$105,048.32

Fuente: Elaboración propia, Sistema de costos del HNR

En promedio en los cinco años se tendrá un ahorro por egreso de \$15.27 en lo relacionado de Recurso médico, lo que representa un monto promedio anual de \$21,776.41 Al final de los cinco años se habrá ahorrado un total de \$105,048.32 que representa el 0.95% de los costos.

Anualmente se generarán un promedio de ahorros por el aprovechamiento de los recursos fijos del Hospital Nacional Rosales de \$ 77,262.63 que representa un total de **4.72 %** del promedio anual de los costos fijos. Como se detalla en la tabla anterior. Lo que representa un **0.20%** del presupuesto actual asignado al Hospital \$38, 985,840.00

*Tabla 245. Aprovechamiento total de recursos*

<b>Centros de Costos</b>	<b>Ahorros</b>	<b>Porcentaje</b>
Gastos generales	\$ 1,515.58	0.94 %
Misceláneos	\$ 4,253.85	0.94 %
Esterilización	\$ 2,316.17	0.94 %
Personal de enfermería	\$ 47,400.61	0.95 %
Personal de Medico	\$ 21,776.41	0.95 %
<b>Total</b>	<b>\$ 77,262.63</b>	<b>4.72%</b>

Fuente: Elaboración propia, Sistema de costos del HNR

Estos ahorros generados anualmente, por el máximo aprovechamiento de la capacidad de los Hospitales del Tercer Nivel pueden ser utilizados:

- Recuperar la inversión el proyecto
- Amortizar los costos en recursos directos variable que aumentan proporcionalmente a la cantidad de pacientes atendidos
- Invertir en proyectos de mejora en infraestructura, equipo médico, de los centros hospitalarios del Tercer Nivel

### 3.4 Sistema de Control y Evaluación de la Voz del Cliente:

La Institución contara con un sistema de evaluación tanto para el cliente interno e externo por medio del buzón de sugerencias y encuestas a través de los cuales se conocerán los requerimientos y necesidades que tienen los consumidores, así mismo se realizara un seguimiento de la percepción del cliente en relación al cumplimiento de sus requisitos por parte de la institución, y los usuarios percibirán que la Institución se preocupa sobre los temas que les afectan.

#### 3.4.1 Impacto en la satisfacción del cliente externo.

Para determinar el impacto se debe estimar la proyección de la demanda en los próximos cinco años a la implementación del proyecto, tomando en cuenta el registro de años anteriores, (véase Capitulo 7.3.2.1 Graficas de Proyección de Incremento de Egresos en los Hospitales de Tercer Nivel).

En base a la graficas de proyección de incremento de egresos, se determina el aumento en el Índice de Satisfacción al Cliente externo para los próximos 5 años de implementarse un incremento porcentual de 3.5% cada año.

Año	Índice de satisfacción del personal	Incremento porcentual por periodo	Incremento de producción (egresos)	Usuarios inscritos satisfechos	Usuarios inscritos insatisfecho
actual	64.48%	3.500%	1901	1226	675
1	67.98%	3.500%	2089	1420	669
2	71.48%	3.500%	2174	1554	620
3	74.98%	3.500%	2281	1710	571
4	78.48%	3.500%	2382	1869	513
5	81.98%	3.500%	2495	2045	450

No se llega a la satisfacción total del cliente ya que en el año 5to se puede observar que hay 450 pacientes insatisfecho debido a que el fortalecimiento del proceso de hospitalización no implica un mejoramiento en servicios de limpieza ya que es ajeno al proceso de igual manera la infraestructura del hospital que está en deterioro la cual está fuera del alcance del estudio.

Algunos aspectos a destacar:

- Disminución de pacientes insatisfechos por el servicio recibido.
- Mejorar la imagen y diferenciar los servicios ofreciendo una garantía adicional de que estos cumplirán con las especificaciones, necesidades y expectativas de los pacientes con una necesidad de atención especializada en las áreas de medicina interna y cirugía

### 3.5 Control del Seguimiento de los procesos claves

El establecimiento de indicadores permitirá el seguimiento y control de los procesos con el objetivo de medir sus resultados en relación a los planes adoptados y diagnosticar si fuere el caso, las desviaciones a las referencias establecidas con el fin de señalar las debilidades y errores para rectificarlos e impedir que se produzcan nuevamente.

Un incremento del rendimiento puede acarrear un aumento de coste, por lo que los esfuerzos en la creación de nuevos sub procesos deberán concentrarse en aquellos aspectos que generen un incremento del valor percibido por el cliente y el hospital.

A continuación, se presenta un cuadro en donde se describe cada uno de los 6 nuevos subprocesos y el impacto que estos tienen desde el punto de vista de los hospitales y del paciente.

*Cuadro 91: impacto de los nuevos subproceso desde el punto de vista de hospitales y del paciente.*

Procesos	Sub procesos	Descripción	Impacto en el hospital	Impacto en el paciente
<b>Procesos estratégico</b>	Planeación estratégica	Al revisar el comité de GPP cada 5 años el plan de salud para actualizarlo dependiendo de las necesidades que se vayan presentando en el servicio, analizando los recursos y herramientas necesarios para llevar a cabo el plan estratégico.	Se asegura que se trabaje de acuerdo a los planes quinquenales que establece el gobierno, actualizando constantemente los requerimientos en salud según los estándares Nacionales	Se procura cumplir y velar por que los ejes estratégicos en salud que beneficien directamente al paciente emitidos por el estado, se han implementaos en las áreas de hospitalización. Salud de calidad
		Establecer conjunto de acciones que deberán ser desarrolladas para lograr los objetivos estratégicos, esto implica el definir y priorizar los problemas a resolver, planear soluciones, determinar a los responsables para su ejecución, asignar recursos para llevarla a cabo y establecer la forma y periodicidad para medir los avances.	Se establece un sistema en el cual se priorizan las necesidades de mejora, pero, además, se busca trabajar en ellas, de qué manera planificando recursos para realizarlas. Por lo cual se mejora en las áreas de gestión y	Las mejoras se ejecutan, no solo se planifican brindando así al paciente mejor acceso a la salud, con calidad y calidez. Por medio de la planificación, se dirige y controla mejor los

			planificación, control y liderazgo.	recursos que son destinados al paciente.
	Gestión de productos intrahospitalarios	Se revisa los productos solicitados a los servicios de apoyo y generales, para verificar el cumplimiento de las especificaciones según el acuerdo entre ambas partes (servicios de apoyo/generales y los servicios de hospitalización), con el fin de controlar los productos No Conformes y las No conformidades que se identifiquen en el proceso y a otros procesos, las cuales afectan el flujo del desarrollo del proceso y realizar las acciones correctivas para cada una de ellas con el objetivo de mitigar su impacto	Reducción de costos por la prestación de servicios de apoyo ya que se espera tener un acuerdo de las no conformidades para reducir los reprocesos los cuales son directamente proporcional a los recursos que intervienen en los procesos de servicio de apoyo.	Reducción en el tiempo de estadía ya que actualmente en promedio por paciente se realizan 44 pruebas de diagnóstico, lo que extiende el DCO y provoca las enfermedades intrahospitalarias por el entorno vicio infeccioso.
<b>Procesos de control:</b>	Evolución y mejora de procesos	Se identifica el problema al cual se le brinda solución teniendo en cuenta los factores críticos de cada subproceso: Servicio No Conforme, Quejas, Reclamos, Sugerencia (externas e internas), Resultados de Satisfacción, Auditorías, Autoevaluación, con el fin de verificar el nivel de desarrollo y el grado de efectividad de la forma de evaluación, seguimiento y mejora interna en	Conocer la percepción del cliente interno y externo brinda al hospital tener una mejor visión de la situación y las diferentes propuestas de mejoras en las que pueden dar énfasis para el mejoramiento del Sistema de Salud. Aplicar auditoria	Por medio del control aseguro que la planificación del proceso de hospitalización se cumpla. Disminuyendo escasas de recursos. El cliente tiene la oportunidad de externar sus inquietudes formar

		el Cumplimiento de los objetivos del proceso de Hospitalización, para que funcione correctamente según lo planeado.	llevara al hospital a una cultura de optimización y control de recursos. Autoevaluarse permite conocer fallas y trabajar en ellas.	parte al mejoramiento del servicio, haciéndoles saber que su opinión es muy valiosa para el hospital.
<b>Proceso de seguimiento:</b>	Retroalimentación de la atención brindada	El subproceso de Retroalimentación de la atención brindada consta desde la planificación de recopilación de la información primaria de clientes de los servicios de hospitalización, teniendo en cuenta la ejecución y el seguimiento de las quejas y reclamos para mejorar la satisfacción del cliente.	Conocer los inquietudes y oportunidades de mejoras desde el punto de vista del cliente interno y externo para realizar cambios evaluando los criterios obtenidos por el cliente, haciendo una institución inclusiva con la comunidad	Se toma en cuenta la voz del cliente lo que permitirá ofrecer un servicio enfocado en sus expectativas y necesidades. Saber lo que el necesita o lo que al paciente no le gusta y trabajar en mejorar aspectos que para el hospital no requieren una gran inversión como por ejemplo el trato del personal, pero que para el paciente representa un factor clave en el servicio
	Control de documentos	Asegurar el adecuado control y disponibilidad de los documentos requeridos por el Sistema de Gestión de Calidad a través de una metodología para la generación, actualización, revisión, aprobación, distribución y control de los documentos, tanto internos y/o externos del proceso de Hospitalización.	Proceso documentado, por lo que la documentación de procesos sirve como una guía fundamental de referencia para los empleados y directores. Hacer esto brinda uniformidad al hospital y permite monitorear y	Permite que la atención se uniforme para todos los pacientes, excluyendo las diferencias por el tipo de enfermedad). Se controla de mejor manera las actividades que se realizaran en cada paciente

			supervisar los procesos sobre la marcha.	asegurando que el paciente reciba la atención y el servicio completo.
	Comunicación	Gestionar y coordinar los distintos procesos de comunicación generados desde los servicios de Hospitalización, hacia las partes interesadas, con el ánimo de provocar un cambio de actitud y generar, como consecuencia líneas de comunicación y así asegurar que la información sea recibida en el momento y por el medio adecuado.	<p>La participación en la comunicación mejora el clima laboral entre empleados.</p> <p>Establece las líneas de comunicación y formas por lo cual se tiene una mayor repuesta a los problemas en los servicios de hospitalización.</p> <p>Se establecen líneas de jerarquía y control.</p>	<p>Por los problemas de comunicación el cliente puede perder un examen o no recibir un proceso médico, o recibir una dieta que no era para él. Al mejorar la comunicación entre las áreas que intervienen en el proceso de hospitalización y el talento humano que participa en el proceso disminuimos el porcentaje de errores que se pueden dar en la atención al paciente y la variabilidad del proceso.</p>

### **3.6 Condiciones de trabajo**

Se contribuirá al fomentar la participación activa de los empleados en la mejora continua del Modelo y un fortalecimiento de la comunicación entre los empleados, así mismo se proporcionará un ambiente ordenado y limpio, lo cual contribuye a un mejor desempeño de los empleados que están directamente o indirectamente relacionados con la Unidad ya que al tener más orden en las labores y registros más controlados el trabajo de estas otras personas puede llegar a ser más fácil. También es de agregar que el personal se verá mejor preparado y con una mayor motivación ya que se les impartirá capacitaciones sobre el método de trabajo y se les impartirá una manual de procesos y procedimientos para que se auxilien de este documento cuando deseen y las actividades se desarrollaran bajo el enfoque de trabajo en equipo y tener un ambiente de armonía en la institución.

#### **3.6.1 Impacto en el cliente interno**

Los impactos son muchos en la organización hasta el punto de ayudar a la Dirección y Jefaturas del HNR a desarrollar una Institución que tenga la capacidad de proporcionar servicios de médicos especializados a la población salvadoreña con necesidad de atención acordes a los requisitos y necesidades de los usuarios, trabajando constantemente en aumentar la satisfacción de los usuarios, impulsando una cultura organizacional, que busque siempre brindar servicios médicos especializados de calidad. Posicionándose a nivel centroamericano como una Institución modelo, que brinda servicios con calidad y calidez.

Algunos aspectos a destacar:

- Con la implementación del Modelo de Gestión por proceso se pretende mejorar la calidad del servicio tanto para el cliente externo como lo es para el cliente interno, según el diagnóstico realizado para el HNR se determinó que con la implementación del Modelo de Gestión por Proceso la eficiencia del proceso de Hospitalización ha incrementado en un 5% con la implementación de la propuesta, esto se traduce en que los empleados del HNR balancean la carga de trabajo y no recae en unos pocos como se ha venido haciendo hasta la fecha.
- Además, existe mayor desarrollo del personal al diseñar, documentar e implantar la mejor forma de hacer las cosas
- El personal médico y de enfermería, mejor calificado al identificar sus necesidades de Capacitación y capacitarlo.
- El modelo permitirá generar y fortalecer la cultura de mejora continua en el hospital, la cual es necesaria para mantener las acciones positivas realizadas para erradicar o disminuir aquellas deficiencias detectadas en los procesos del hospital.

### **3.7 Costo por atención**

Con la aplicación del modelo de gestión por procesos se espera que el hospital aumente su cobertura en cuanto a la prestación del servicio, ya que este contara con una planificación orientada a optimización de recursos y a la vez a cumplir con las necesidades y expectativas de los clientes, lo cual conlleva a que el precio por paciente disminuya generando ahorros.

#### **Mayor número de atenciones oportunas**

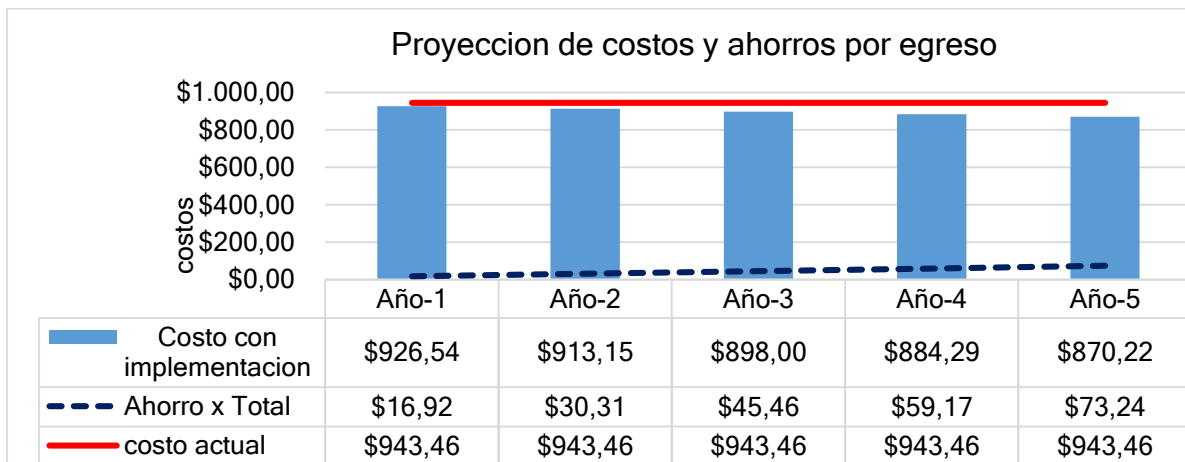
Al proporcionarse un mayor número de atenciones médicas, la población que en la situación sin proyecto no podía atenderse, incurría en altos costos de espera o de traslado, en la situación con proyecto disminuirá o eliminara esos costos, por lo que el beneficio económico que se identifica es un mayor consumo de atenciones oportunas. Este beneficio, se cuantifica por medio del número de

servicios que no se consumen oportunamente en la situación sin proyecto, y su valoración es a través de la aplicación de la regla de oro de la evaluación de proyectos, la cual indica que no se le puede asignar a un beneficio un valor mayor que el menor costo de obtenerlo por una vía alterativa. De ahí, que se utiliza el precio promedio de mercado de los servicios proporcionados en instituciones privadas que los ofrezcan con una misma calidad.

Tabla 246 Proyección de costo en los primeros 5 años de ejecución del proceso homologado

	Actual	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Egreso	22805	25061	26080	27349	28572	29937
% De incremento de cobertura (egresos)	-----	10%	4%	5%	4%	5%
Costo promedio por usuario.	\$943.46					
Costo promedio día cama	\$114.55					
Costo por atención al implementar propuesta por egreso	-----	\$926.54	\$913.15	\$898.00	\$884.29	\$870.22
Costo por atención al implementar propuesta por Día cama ocupado		\$126.14	\$130.68	\$136.13	\$141.45	\$148.82
Ahorro anual	-----	\$16.92	\$30.31	\$45.46	\$59.17	\$73.24

Fuente: elaboración propia



Los pacientes al asistir a los Hospitales de Tercer nivel no cancelan ningún costo por el servicio prestado, pero para el estado esta prestación de servicios genera un egreso de dinero (presupuesto), que a través de impuestos la población lo cancela por lo cual es necesario ver el impacto que tiene para la población tener un mayor acceso a la salud pública en comparación con las instituciones como el Seguro Social o Hospitales Privados.



- Instituto Salvadoreño del Seguro Social

Según las Memorias Laborales del año 2017 del ISSS, se obtuvieron los siguientes datos de costos asociados con la atención Hospitalaria, al igual los egresos que se presentan en el siguiente cuadro

<b>Costos Atención Hospitalaria ISSS (Millones)</b>	
Gastos en personal	\$259.30
Gastos en bienes de consumo	\$120.00
Gastos en servicios	\$67.30
Presupuesto Total	\$446.60
Destinado a Hospitalización	\$200.97
Egresos por atenciones Ambulatoria	6507095
Egresos por Hospitalización	104705
Indicador Día cama ocupado (Dco)	4.4

Teniendo en cuenta que el área de Hospitalización recibe el 65% del presupuesto Tota. Los costos de producir un egreso se calculan y son los que se muestran a continuación.

<b>Costos de Hospitalización Seguro Social</b>	
Costo por egreso	\$1,919.39
Costo por día cama	\$436.23

Beneficios para el paciente.

- No toda la población salvadoreña cotiza al seguro social. Lo que limita la población que puede ser atendida en estos centros
- Al comparar el costo de egresos ( con los datos el primer año ) de implementación del proyecto que presenta el mayor valor y los datos del costo por DCO( del último año con proyecto)
- 

	Costos de Hospitalización Seguro Social	Hospitales de Tercer Nivel	Beneficio
Costo por egreso	\$1,919.39	\$926.54	\$992.85
Costo por día cama	\$436.23	\$148.82	\$287.41

Se genera un beneficio para la población con el cual se pudiera costar el egreso de un paciente más en HNR. Se debe tener en cuenta que la atención que se brinda en el seguro social es bastante similar a los Hospitales de tercer nivel y además que la tecnología más avanzada en salud la tiene el HNR.

## Hospitales Privado.

En El Salvador existe un sinfín de Hospitales privados que ofrecen servicios de hospitalización, pero no tienen el mismo nivel de especialidad del tercer Nivel de atención. Y la población en general no puede acceder a los servicios ofertados por ellos por los altos costos por procedimientos médicos y estadías. La comodidad y privacidad es el marketing en ellos por ejemplo en el Hospital Bautista de El Salvador Oferta:

### **Instalaciones**

Disponemos de habitaciones económicas y especiales, muy confortables, para la comodidad, bienestar y pronta recuperación del paciente, y una estancia agradable para sus acompañantes. Todas las habitaciones económicas y especiales son independientes.

### **Descripción de habitaciones**

#### **Habitación económica:**

- Cama hospitalaria
- Canapé
- Sillón
- Ventilador
- Teléfono
- Mesa de noche
- Silla mecedora

#### **Habitación Especial:**

- Cama hospitalaria eléctrica
- Cama para acompañante
- Sofá
- Silla mecedora
- Aire acondicionado
- Refrigeradora pequeña
- Televisión con cable
- Mesa de noche
- Closet
- Teléfono
- Habitación amplia

Similares condiciones oferta el Hospital de Diagnóstico:

Su habitación cuenta con:

- Un intercomunicador el cual estará a su alcance para llamar al equipo de enfermería. Utilícelo para atenderle lo antes posible.
- Un closet y una mesita donde puede guardar sus objetos personales.
- Teléfono para llamadas internas o externas.
- Aire acondicionado y televisión por cable. La enfermera le entregará los controles.
- Sofá cama para un acompañante.
- Conexión gratuita a Internet. Para utilizar este servicio conéctese desde su móvil o computadora a la red inalámbrica. No necesita clave de acceso.
- Diariamente se le facilitan cambios de toallas y ropa de cama.
- La limpieza de la habitación la realizan tres veces diaria.

Para comparar el costo de atención en un Hospital privado, se utiliza la información generada por un estudio realizado en México por la Secretaria de la Salud denominado “Modulo de Estimación de Costos Hospitalarios”

En el cual se comparan los costos por días cama en Hospitalización de instituciones privadas, pública y seguro para los trabajadores (ver anexos). Se trabajara con un promedio de los datos de las instituciones privadas y se comparara con los costos promedio por día cama con proyecto.

Costos por día cama en Hospital privado

<b>Hospital Privado</b>	HP-1	HP-2	HP-3	HP-4	Promedio H. Privado
DIA CAMA HOSPITALIZACION	\$ 1,269.05	\$ 1,200.00	\$ 2,185.86	\$ 2,200.00	\$ 1,713.73

<b>Costos de DCO. México</b>	H.PUBLICO	H.PUBLICO	Promedio hospital publico
DIA CAMA HOSPITALIZACION	\$173.00	\$160.00	\$166.50

El costo por día cama ocupado en México es bastante similar al que actualmente se tiene en el HNR, como se presenta a continuación

<b>Tercer nivel de atención</b>	HNR-1	HNR-2	HNR-3	HNR-4	HNR-5	PROMEDIO HNR.
DIA CAMA HOSPITALIZACION	\$126.14	\$130.68	\$136.13	\$141.45	\$148.82	<b>\$136.64</b>

Al comparar los beneficios que tiene los usuarios de no asistir a un hospital privado con respecto al factor costos, se tiene un beneficio para el usuario que se estarían ahorrando \$1577.08 dólares por día cama que permanezca ingresado en los Hospitales del Tercer Nivel.

Promedio H. Privado	\$ 1,713.73
PROMEDIO HNR. Tercer nivel de atención	\$ 136.64
Beneficio para el usuario	\$ 1,577.08

Costo de Instituciones Privadas y públicas

Centro de costos	Producto	Instituciones						
		Privadas				Públicas		
		Hospital A(1)	Hospital B (2)	Hospital C (3)	Hospital D (4)	SSDF(5)	APBP (6)	ISSSTE (7)
Consulta externa general	Consulta	1,000.00	1,500.00	980.00	1,500.00	56.00	53.00	210.00
Consulta externa especialidad	Consulta	1,500.00	1,500.00	1,200.00	1,500.00	56.00	106.00	460.00
Hospitalización	Día cama	1,269.05	1,200.00	2,185.86	2,200.00	173.00	160.00	1,170.00
Cirugía	Día cama	1,269.05	1,200.00	2,185.86	2,200.00	173.00	160.00	1,170.00
Gineco-obstetricia	Día Cama	1,269.05	1,200.00	2,185.86	2,200.00	173.00	160.00	1,170.00
Medicina interna	Día Cama	1,269.05	1,200.00	2,185.86	2,200.00	173.00	160.00	1,170.00
Pediatría	Día Cama	1,269.05	1,200.00	2,185.86	2,200.00	173.00	160.00	1,170.00
Quirófano	Hora quirófano			3,278.88				
	Hora recuperación			467.00				
Tococirugía	Hora recuperación			467.00				
Terapia Intensiva	Día cama	5,800.00	5,500.00	4,802.19	7,000.00	638.00	549.00	10,810.00
Terapia Intermedia	Día cama	5,189.00	5,050.00	4,084.94	6,500.00			
Terapia intensiva pediátrica	Día cama							
Terapia intensiva neonatal	Día cama							
Anatomía patológica	Estudio	1,103.33	813.00	330.00	966.67	248.33	207.50	260.00
Electrocardiografía	Estudio	630.00	937.00		500.00	231.00	89.00	670.00
Electroencefalografía	Estudio	1,320.00	1,375.00		1,200.00	280.00	1,200.00	
Endoscopia	Estudio	1,550.00	2,000.00		2,800.00	577.00	175.00	3,330.00
Hemodiálisis	Sesión						111.00	
Inhaloterapia	Sesión						30.00	
Laboratorio de análisis clínicos	Estudio	100.00	166.47	152.00	117.00	88.49	69.30	181.42
Medicina física y de rehabilitación	Sesión						54.00	
Radiología	Estudio					422.88	446.89	510.70
Radioterapia	Sesión						37.00	

## Conclusiones

---

### Diagnóstico

De acuerdo al Diagnóstico realizado, se determinó la situación actual del proceso de Hospitalización de cada uno de los Hospitales que forman parte del Tercer Nivel de atención del MINSAL, a través de identificación, caracterización evaluación y análisis de los procesos de los cuales se puede concluir:

Se encontró que el Nivel de actividad de todo el personal Médico en el HNR es de 79.33% para médicos y 84% para las enfermeras, 81% y 85% para médicos y enfermeras del HNNBB respectivamente y un Nivel de actividad de 82.37% de médicos y 85.33% de enfermeras en el HNM, teniendo Niveles de ociosidad bajos descartando que los problemas de falta en la atención a los usuarios. Esto a su vez, evidencia una alta carga laboral y problemas de falta de recurso humano en algunas áreas.

Con el análisis realizado se determinó que el sistema actual de indicadores que cuentan los servicios, consta únicamente de cuatro indicadores para el proceso de Hospitalización (porcentaje de ocupación de cama, promedio de días de estancia, giro de cama e Intervalo de tiempo de sustitución) pero estos no se actualizan periódicamente o estos periodos de actualización son muy largos, además que van orientados más a la capacidad y no permiten medir la gestión y la calidad actual en el proceso.

No se encontraron medios por los cuales los usuarios puedan expresar sus inquietudes y sugerencias. En algunos servicios se han hecho esfuerzos por documentar el proceso, pero estos han sido contruidos por el compromiso del personal médico en colaboración del de enfermería, pero estos no han sido oficializados, evidenciando la necesidad de recolectar esta información y analizarla a fin de identificar oportunidades de mejora, a su vez genera que haya inconsistencia y confusión en los colaboradores en cuanto a las obligaciones y deberes que son responsabilidad de cada puesto.

### Diseño

En el análisis de la conceptualización de la solución, se seleccionó como propuesta de solución al problema de la gestión para el fortalecimiento de procesos de Hospitalización de Hospitales de Tercer Nivel del MINSAL, el diseño de Propuestas de Fortalecimiento a través de la Gestión por Procesos ya que se ajusta mejor a las condiciones presentadas en este diagnóstico y que contendrá todos los elementos planteados como solución a las oportunidades de mejora encontradas en el diagnóstico.

La propuesta de diseño inicia con la creación del Comité de Gestión por Procesos en cada Hospital, el cual inicialmente se encargará de la capacitación del personal médico y de enfermería en este tema, para que según lo programado en el cronograma se logre instaurar la GPP en el proceso de Hospitalización; para ello se respaldarán del Manual de Inducción a la Gestión por Procesos.

Como parte de la propuesta de diseño se establece un Sistema de Indicadores, que además de incluir los cuatro ya existentes, se crearon indicadores para la planificación, control y seguimiento del proceso, asegurando de esta manera que se mida la ejecución y en base a los resultados la Dirección obtenga información para que este gestione y con el Comité de Gestión por Procesos se generen planes de acciones correctivas constantes.

Como pilar fundamental de la metodología de Gestión por procesos, se elaboró la documentación de los procedimientos que forman el proceso de Hospitalización, a través del Manual de Procesos y Procedimientos, en donde se describe el seguimiento para la atención proporcionada por el personal médico, de enfermería, tanto de manera operativa como administrativa, incluyendo propuestas para el fortalecimiento del desempeño de este.

Con la creación de subprocesos de control y seguimiento, se pretende implementar el pilar de la Mejora Continua, de manera que las situaciones con oportunidades de mejora se detecten con facilidad, prontitud y que estas se resuelvan en un periodo casi inmediato, esto con el cumplimiento de los procedimientos establecidos en el Manual de la Mejora continua, y la generación de los Informes que proporcionará el Sistema de Información Gerencial de los Hospitales (SIGH).

El tiempo programado para la implementación del proyecto es de 12 meses, lo que abarca a los tres Hospitales de Tercer Nivel, la licitación para la contratación del comité de implementación, Comité de Gestión por Procesos de cada hospital y la capacitación del personal para la incorporación de la propuesta en la ejecución del proceso de Hospitalización.

## **Evaluaciones**

La inversión para la ejecución del presente proyecto es de \$42,794.14, el cual será financiado a través del préstamo proporcionado por el Banco Internacional de Desarrollo para el desarrollo del Programa PRIDES del MISAL. La propuesta forma parte del tercer componente del proyecto: Apoyo a la Mejora de la gestión y Eficiencia de la red de salud, el cual tiene asignado \$10,823,838.00, por lo que como se evidencia que cabe dentro del presupuesto dispuesto. La tasa de interés que se pagará es la del préstamo total y este es asignado por el BID, para El Salvador de 3.78%.

El Valor Actual Neto es de - \$3,809,524.20, el valor negativo representa que económicamente no es rentable ya que la inversión no se recuperará, sin embargo, se observó que al implementar la propuesta se aumenta la capacidad de atención de un mayor volumen de pacientes al actual, y que este aumento es constante a través de los primeros cinco años, lo que se traduce en un beneficio y rentabilidad social. También se evidencia que el Beneficio/Costo del proyecto para el MINSAL es de 0.60 lo que se traduce en que cada \$1.00 invertido en el proyecto, solo se recupera \$0.60.

Las evaluaciones económicas reflejan se genera el aumento de los costos operacionales del proceso de Hospitalización, debido a nuevos procedimientos propuestos en planificación, de control y seguimiento, agregado los costos de la Administración del Proyecto, lo que causa que los costos sean mayores a los ahorros proyectados por las mejoras en las actividades de los procesos, dando como resultados valores no rentables para un periodo de estudio de 5 años.

## Glosario

---

**Acción correctiva:** acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

**Acción preventiva:** acción tomada para eliminar la causa de una o conformidad potencial u otra situación potencial indeseable.

**Actividad:** cada uno de los elementos en los que se puede desglosar un proceso. Las actividades a su vez se pueden desglosar en tareas.

**Alcance:** se refiere a la amplitud y profundidad de cualquier actividad, proyecto o programa. Por ejemplo: alcance geográfico, alcance poblacional, etc.

**Alta Voluntaria:** proceso en el cual el usuario es dado de alta por abandono injustificado de la institución, finalización de su tratamiento o cuando él lo solicita por motivos personales

**Análisis institucional:** es un diagnóstico en profundidad de la entidad en su contexto interno y externo; supone el análisis organizado a los efectos de identificar y priorizar sus problemas, causas y consecuencias, sistemas, estructuras y políticas, y en relación a un contexto externo que le permite el logro de sus objetivos.

**Calidad:** término utilizado para describir las características de un producto y/o servicio que satisfagan las necesidades del cliente. Estas características deben ser medibles en términos cualitativo y cuantitativos.

**Capacidad Residual:** Capacidad máxima de egresos al año -cantidad de egresos realizados en el año

**Capacidad máxima de egresos al año=**  $N^{\circ}$  de camas x 365 x 0,90 / Estancia media real

**Capacidad máxima de egresos al año área cirugía=**  $147 \times 365 \times 0.90 / 5.5 = 8780$

**Capacidad Residual en cirugía=**  $8780 - 6808 = 1972$

**Documento:** se trata del escrito que presenta datos susceptibles de ser utilizados para comprobar algo

**Egresos al área de cirugía=** 6808

**Eficacia:** extensión en la que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados. (ISO 9000:2000, 3.2.14)

**Eficiencia:** relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados (ISO 9000:2000, 3.2.15)

**Evaluación:** proceso utilizado para verificar y medir el impacto de otros procesos en base al cumplimiento de objetivos preestablecidos y las características de producto y servicios. La evaluación no se realiza solo sobre el resultado final obtenido, sino que también sobre el proceso utilizado.

**Gestión:** actividades coordinadas para dirigir y controlar una empresa.

**Indicador:** parámetro que permite evaluar de forma cuantitativa la eficacia y/o eficiencia de los procesos. Los indicadores pueden medir la percepción del cliente acerca de los resultados (indicadores de percepción). Es recomendable que la organización establezca indicadores de rendimiento y/o percepción al menos de sus procesos estratégicos y clave.

**ISO 9000:** acrónimo de International Standards Organization. Conjunto de normas que certifican que una organización dispone de un sistema de calidad acorde a una serie de requerimientos y recomendaciones definidas por la misma.

**Mapa de procesos:** diagrama que permite identificar los procesos de una organización y describir sus interrelaciones principales.

**Mejora continua:** actitud y disciplina que resulta del concepto de que todo se puede mejorar y este trabajo nunca termina.

**Normalización:** actividad encaminada a establecer disposiciones destinadas a un uso común repetido, con el fin de conseguir un grado óptimo de orden. La normalización se manifiesta por la elaboración, difusión y aplicación de normas.

**PDCA:** acrónimo en inglés de Plan-Do-Check-Act (Planear-Ejecutar-Verificar-Actuar). La rueda constante de actividades que lleva hacia la mejora continua.

**Planificación estratégica:** proceso que permite a una organización definir su misión, describir su entorno, identificar sus principales claves estratégicas y elaborar planes de actuación.

**Procedimiento:** forma especificada para llevar a cabo una actividad o proceso (ISO 9000:2000, 3.4.5).

**Proceso:** conjunto de actividades mutuamente relacionadas que interactúan, las cuales transforman elementos de entradas a salidas (ISO 9000:2000, 3.4.1).

**Reingeniería de procesos:** rediseño de forma radical (en contrastes con mejoras incrementales) de procesos para aumentar la calidad y velocidad del servicio, a la vez que se reducen los costos. Normalmente estos cambios son consecuencias de la creación de nuevas técnicas informáticas.

**Salud:** Es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Se refiere a una situación que puede darse en ciertos individuos y en un determinado momento, pero no en todo el mundo y no en todo el tiempo. Además, la salud se considera que es un proceso continuo, dinámico y multicausal, sujeto por consiguiente a constantes variaciones sutiles y no un estado que implica una condición estática

**Sistema:** conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan. (ISO 9000:2000, 3.4.1).

**Sistema de gestión:** sistema para establecer la política y objetivos y para lograr dichos objetivos (ISO 9000:2000, 3.4.2).



## Bibliografía

---

- Alberto Medina, D. N. (2004). *Relevancia de la Gestión por Procesos en la Planificación Estratégica y la Mejora Continua*.
- Arkwright, R. (1950). *Revolución Industrial*. Londres, Inglaterra: Mc Graw.
- Bloom, H. N. (2018). *Plan Anual Operativo 2018*. San Salvador.
- Carrasco, J. B. (2013). *Gestión de procesos*. Santiago de Chile: Evolución.
- Fortuny, B. (s.f.). *La gestión de la excelencia en los centros sanitarios*. Madrid, España: pfizer.
- Gema Viviana Carvajal, W. V. (2017). *Gestión por procesos. Un principio de la gestión de la calidad*. Manabí, Ecuador: Mar Abierto.
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud - Introducción y Generalidades*. Washington, D.C.
- Ould, M. (1995). *Business Process: Modelling and Analysis for Reengineering and improvement*. Chchester, England: John Wiley & Sons Ltd. .
- Soliman, F. (1998). *Optimum level of process mapping and least cost business process* . IBM Corporation.
- USAID. (s.f.). *Guía Práctica. Gestión por procesos*. Paraguay.
- Zaratiegui, J. (1999). *La gestión por procesos: su papel e importancia en la empresa, en la economía industrial*. España.

## Anexos

### Análisis de Información Secundaria

El análisis de información en este apartado estará compuesto de la siguiente manera:

- Análisis de información secundaria relacionada al Hospital Nacional Rosales
- Análisis de información secundaria relacionada al Hospital Nacional de niños Benjamín Bloom
- Análisis de información secundaria relacionada al Hospital Nacional de la mujer
- Análisis de información secundaria comparativo de los Hospitales de tercer nivel

Dentro de este análisis, se retoma información presentada en la descripción de cada uno de los hospitales ubicada en el marco institucional del Capítulo 1 de la Etapa de Diagnóstico, desglosando los principales recursos involucrados en la prestación del servicio.

### Análisis de Información Secundaria Hospital Rosales



#### 3.7.1 Análisis de la Filosofía de la institución

##### Misión

“Proveer servicios de salud en medicina interna, cirugía y sus especialidades; con eficiencia, eficacia, efectividad, calidad y calidez; tanto en emergencias como en hospitalización y consulta externa, para satisfacer necesidades en salud a la población salvadoreña mayor de 12 años de edad; y ser uno de los tres principales Hospital Escuela del País.”

Cuadro 92 Análisis de misión del Hospital Nacional Rosales

Componente	Análisis
<b>Clientes</b> ¿Quiénes son ellos?	a la población salvadoreña mayor de 12 años de edad
<b>Productos</b> ¿Cuáles son los productos o servicios de la organización?	servicios de salud en medicina interna, cirugía y sus especialidades... tanto en emergencias como en hospitalización y consulta externa
<b>Mercado</b> ¿Dónde compete la organización?	población salvadoreña.
<b>Tecnología</b> ¿Cuál es la tecnología básica de la organización?	No hace mención al uso o creación de tecnología
<b>Preocupación por la supervivencia, rendimiento y rentabilidad</b> ¿Cuáles son los objetivos económicos de la organización?	No se menciona explícitamente. Sin embargo, expresa que es una institución Nacional, por lo tanto, sus fondos provienen del estado.
<b>Concepto propio</b> ¿Cuáles son las principales fortalezas y ventajas competitivas de la organización?	especialidades; con eficiencia, eficacia, efectividad, calidad y calidez; tanto en emergencias como en hospitalización y consulta externa

<p><b>Filosofía</b></p> <p>¿Cuáles son las creencias básicas, valores, aspiraciones y prioridades filosóficas de la organización?</p>	<p>Señala que es desea satisfacer necesidades en salud; además con eficiencia, eficacia, efectividad, calidad y calidez</p>
<p><b>Preocupación por su imagen pública</b></p> <p>¿Cuál es la responsabilidad pública de la organización y qué imagen desea?</p>	<p>calidad y calidez, como parte de la imagen que puede ser percibida por la población</p>
<p><b>Preocupación por los empleados</b></p> <p>¿Cuál es la actitud de la organización hacia sus empleados?</p>	<p>Aunque no hace referencia explícitamente de la formación del personal, incluye que se cuenta ser uno de los tres principales Hospital Escuela del País, lo que hace notar personal capacitado y en crecimiento</p>

La misión del HNR, es escueta, con algunas de las características propias de una misión aun no desarrolladas o han sido poco profundizadas, por lo que es uno de los aspectos con oportunidades de mejora, para conformar una misión que denote la importancia del hospital en el país.

### Visión

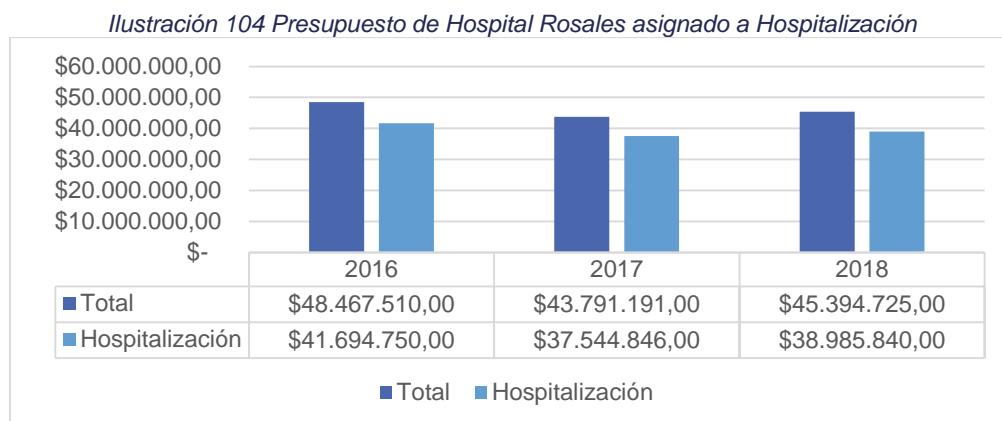
“Constituirse en un hospital que satisfaga la demanda de tercer nivel de atención en las especialidades de medicina y cirugía en población mayor de 12 años y con acreditación como Hospital Escuela dentro del Sistema Nacional de Salud.”

*Cuadro 93 Análisis de visión de Hospital Nacional Rosales*

<b>Componente</b>	<b>Análisis</b>
¿Qué es lo que realmente queremos?	Constituirse en un hospital que satisfaga la demanda de tercer nivel de atención en las especialidades de medicina y cirugía
¿A qué nos gustaría llegar en el futuro?	Constituirse en un hospital ... y con acreditación como Hospital Escuela dentro del Sistema Nacional de Salud
¿En qué lugar del mercado nos visualizamos en el futuro?	población mayor de 12 años ... aquí se hace énfasis de la población a la cual está referida
¿Cuál es el sueño de la organización?	No se visualiza un sueño como institución por alcanzar

La visión del HNR, no visualiza un sueño por alcanzar, la mayor parte de ella es muy similar a la misión que el hospital posee en estos momentos, por consiguiente, no se establecen metas y retos para desarrollar.

### 3.7.2 Análisis del Presupuesto



Fuente: Elaboración propia, a partir de planes operativos 2016-2018

El presupuesto del hospital Nacional Rosales, debido al amplio margen de población a la cual están dirigidos sus servicios, es el hospital de tercer nivel que mayor presupuesto recibe para sus actividades

El área de hospitalización en el hospital HNR corresponde 85% del presupuesto de los últimos años y se ha mantenido constante el porcentaje, aunque el presupuesto total del hospital si se han venido dando cambios considerables.

### 3.7.3 Demanda del Hospital Nacional Rosales

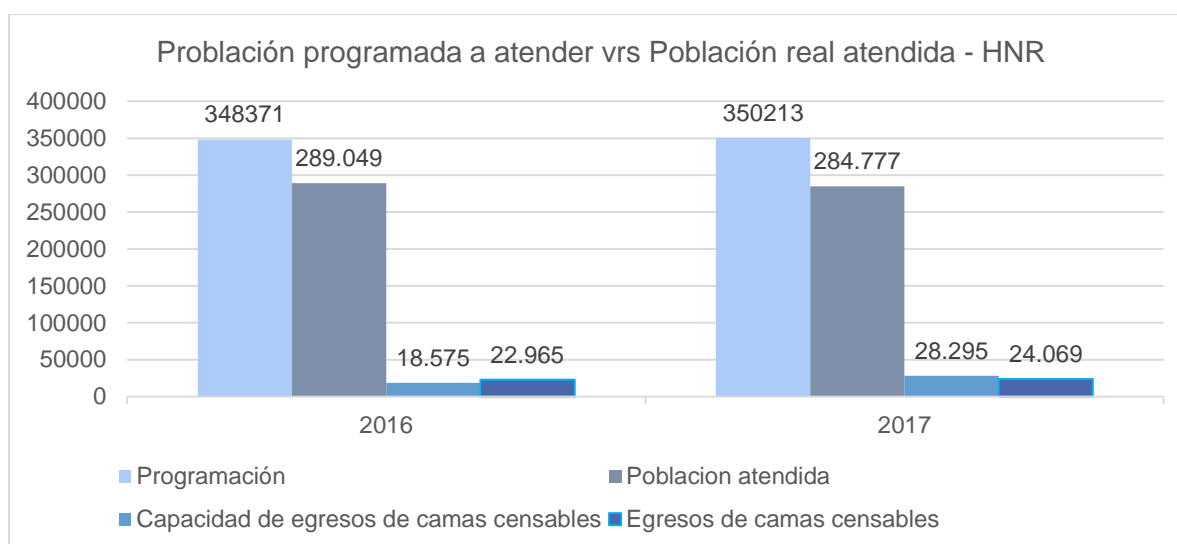
*Tabla 247 Datos de población estimada y población atendida en HNR en los años 2016-2018*

	2016	2017	2018 (hasta sept)
Pacientes referidos (de otro nivel hacia HNR)	2,778	2,799	1,278
Referencias a otro nivel	24	42	37
Programación de atención	348,371	350,213	-
Población atendida	289,049	284,777	-
Egresos totales	24,325	25,322	16,478
Egreso de hospitalización camas censables	21,841	22,805	14,690

Fuente: elaboración propia con datos de Planes Operativos anuales y SIMMOW.

De los datos de la tabla anterior, se observa como de los egresos totales para el año 2016 los realizados por el área de hospitalización de camas censables es 90% del total, y para el año 2017 este dato se mantiene constante; lo que establece que en el hospital Rosales el principal generador de egresos se encuentra en los servicios de hospitalización. En el tema de las referencias y retornos, los pacientes referidos, no muestran la realidad que refleja el centro, al ser un hospital de tercer nivel los ingresos se realizan por referencia.

Ilustración 105 Población programada vs atendida HNR



Fuente: Elaboración propia, a partir de planes operativos 2016-2018

Como se observa, la programación de atención a la población, se hace en cada servicio y área del hospital según la capacidad con la que se cuente en cada uno de ellas (camas y recurso humano asignado). En el 2017, la demanda de la población por el servicio del hospital no supera lo programado, y la demanda de la hospitalización se ha reducido en el último año, logrando con capacidad instalada de los servicios, suplir la demanda de los pacientes a ser ingresados.

### 3.7.4 Recursos Humanos disponibles en Hospital Nacional Rosales

Tabla 248 Recurso médico y de enfermería del servicio de hospitalización

Recurso	horario	Subtotal	Total, personal	Tiempo disponible del recurso		Disponibilidad de recursos por día
Medico jefe de servicio	6 horas	1	28	6	85 horas/día	10.62 recursos disponibles en 8 horas
	4 horas	12		48		
	3 horas	1		3		
	2 horas	14		28		
Médico especialista I, II, III	8 horas	17	157	136	595 horas/día	74.37 recursos disponibles en 8 horas
	6 horas	8		48		
	5 horas	2		10		
	4 horas	69		276		
	3 horas	3		9		
	2 horas	58		116		
Residente becario R1, R2, R3	8 horas	62	62	496	496 horas/día	62 recursos disponibles en 8 horas

Enfermera jefa	7 horas	28	28	196	196 horas/día	28 recursos disponibles en 8 horas
Enfermera hospitalaria	7 horas	159	159	1113	1113 horas/día	159 recursos disponibles en 8 horas
Ayudante de enfermería	7 horas	39	39	273	273 horas/día	39 recursos disponibles en 8 horas
Auxiliar de enfermería	7 horas	291	291	2091	2091 horas/día	291 recursos disponibles en 8 horas

Fuente: elaboración propia en base a Informe de Dirección y administración institucional de HNR 2018

Nota: El recurso corresponde a personal de atención Hospitalaria que incluye hospitalización, UCI y sala de operación

La tabla anterior desglosa el personal que se encuentra laborando en el área hospitalaria, de la cual se excluye emergencia y consulta externa que corresponde a personal de atención ambulatoria

Se tiene personal de acuerdo a cama:

- Médicos: 3.42 camas/médicos
- Enfermeras x turno: 6.70 camas/enfermera

#### **Calculo de enfermeras necesarias para el proceso de hospitalización**

*Cuadro 94 Datos para calcular el personal de enfermería*

	<b>Cantidad de enfermeras</b>	<b>Horas disponibles en 1 día</b>	<b>% del tiempo operativo</b>	<b>Tiempo operativo</b>
Jefa	28	196	0,625	122,5
Hospitalaria	159	1113	0,875	973,875
Ayudante	39	273	0,875	238,875
Total	226			1335,25

Fuente. Elaboración propia

*Cuadro 95 Calculo de las necesidades de personal*

<b>Detalle</b>	<b>Dato</b>
Camas censables	504
Egreso	22805
N° de h enfermera por día cama ocupado (promedio)	4
Promedio día de estancia (dato del 2017)	8,5
Cama ocupada al día	531
Camas Extras Atendidas	27

h de enfermeras al día por cama ocupada	2.124
Falta de h enfermera en 1 día	<b>789</b>
Falta de personal enfermera	<b>99</b>

Fuente. Elaboración propia

Al hacer el análisis de la cantidad de personal de enfermeras que necesito para atender cada una de las camas ocupadas, en los servicios de hospitalización según el estándar en horas proporcionado por el MINSAL que una enfermera debe atender una cama ocupada que en promedio es de 4 horas, se observa los escasos de este recurso. El hospital se tienen 99 enfermeras menos para atender al paciente en el proceso de hospitalización.

En este no se incluye a la auxiliar de enfermería. Debido a que según el manual de funciones este puesto de trabajo no tiene a su responsabilidad cuidado médico de pacientes, solo auxilia a la enfermera. Pero según lo observado en los servicios de hospitalización el faltante de recurso enfermera si es notorio debido a que los médicos y enfermeras en el análisis de información primaria (encuesta a personal médicos) coincide en que es uno de los recursos que más escaso para brindar el servicio. Se han tomado medidas para remediar esta situación con lo cual la enfermera auxiliar realiza funciones que no le corresponden por el puesto de trabajo al cual fue contratada, además de que continuamente la supervisora hospitalaria pasa por cada servicio para verificar el %de utilización y la condición de los pacientes para realizar traslados de personal de servicios que no se encuentran saturados.

### 3.7.5 Capacidad instalada del Hospital Nacional Rosales

#### Dotación de camas en cada hospital

Tabla 249 Detalle de camas por área en el Hospital Nacional Rosales, años 2016-2018

2016							
	Hospital	Camas censables	Camas no censables	Cirugía	Neonato censables	Bienestar magisterial	Total
PAO	HNR	223	167	291	0	18	699
MINSAL	HNR	215	28	289	0	18	522
2017							
PAO	HNR	217	169	290	0	18	694
MINSAL	HNR	215	28	289	0	18	522
2018							
PAO	HNR	215	173	289	0	18	695
MINSAL	HNR	215	34	269	0	18	536

Fuente: elaboración propia con datos de Plan Operativo anual de cada hospital (2016,2017,2018) y Datos del Ministerio de Salud, con el Sistema de Morbimortalidad en línea (SIMMOW).

En los planes operativos se refleja el aumento de una cama, en el último año. Sin embargo, en los datos que se encuentran en el Sistema de estadística del MINSAL, el aumento de camas en

el último año es de 14 camas. La diferencia de camas entre las dos fuentes de información es de 154 menos que registra el Ministerio de Salud. El aumento de las camas se dio como consecuencia de la implementación de la Reforma de salud en el año 2009: *“El Hospital Rosales paso de 550 camas a 695. Con la habilitación de la segunda y tercera planta del hospital de especialidades (HNR) se incrementó el número de camas y allí se encuentran los nuevos servicios de Hemato-Oncología, Nefrología, Neurocirugía y de Cardiología.”*<sup>18</sup>.

Tabla 250 Cálculo de camas necesarias

HNNBB	Cálculo	N° de camas actual	N° diferencia camas
Egresos del período	22805	590	504
Promedio día estancia programado	8.50		
Días del período	365		
índice ocupacional programado	0.90		
			86

El HNR, necesita 86 camas para dar la atención necesaria, según la cantidad de egresos que esta produce. Utilizando un porcentaje del 90%, debido a que se reserva un porcentaje de camas establecido por el MINSAL para la atención de cualquier Emergencia (desastres naturales, epidemias). Si utilizara el 100% la capacidad del Hospital se tendrían un déficit de 27 camas.

Tabla 251. Camas requeridas por servicio de hospitalización

Camas requeridas por servicio - HNR					
Servicio		Cálculo	N° de camas	Diferencia	
Cirugía general	Egresos del período	7057	179	147	32
	Promedio día estancia programado	8,35			
	Días del período	365			
	Índice ocupacional programado	0,9			
Neurocirugía	Egresos del período	575	31	30	1
	Promedio día estancia programado	17,8			
	Días del período	365			
	Índice ocupacional programado	0,9			
Ortopedia y traumatismo	Egresos del período	588	36	32	4
	Promedio día estancia programado	20,03			
	Días del período	365			

<sup>18</sup> Boletín de prensa: Tres años Mi País Unido Avanza, MINSAL. San Salvador, 7 de junio de 2017



	Índice ocupacional programado	0,9			
Cirugía plástica	Egresos del período	341	18	24	-6
	Promedio día estancia programado	17,5 2			
	Días del período	365			
	Índice ocupacional programado	0,9			
Otorrinolaringología	Egresos del período	613	10	10	0
	Promedio día estancia programado	5,37			
	Días del período	365			
	Índice ocupacional programado	0,9			
Oftalmología	Egresos del período	1121	22	21	1
	Promedio día estancia programado	6,36			
	Días del período	365			
	Índice ocupacional programado	0,9			
Urología	Egresos del período	871	15	14	1
	Promedio día estancia programado	5,63			
	Días del período	365			
	Índice ocupacional programado	0,9			
Cirugía oncológica	Egresos del período	208	6	11	-5
	Promedio día estancia programado	9,37			
	Días del período	365			
	Índice ocupacional programado	0,9			
Medicina interna	Egresos del período	5483	127	88	39
	Promedio día estancia programado	7,63			
	Días del período	365			
	Índice ocupacional programado	0,9			
Cardiología	Egresos del período	554	11	10	1
	Promedio día estancia programado	6,64			
	Días del período	365			
	Índice ocupacional programado	0,9			
Infectología	Egresos del período	485	17	15	2
	Promedio día estancia programado	11,7 9			
	Días del período	365			
	Índice ocupacional programado	0,9			
	Egresos del período	999	33	30	3

Endocrinología	Promedio día estancia programado	10,95			
	Días del período	365			
	Índice ocupacional programado	0,9			
Nefrología	Egresos del período	1080	23	12	11
	Promedio día estancia programado	6,91			
	Días del período	365			
	Índice ocupacional programado	0,9			
Hemato-oncología	Egresos del período	2277	49	38	11
	Promedio día estancia programado	7,04			
	Días del período	365			
	Índice ocupacional programado	0,9			
Neurología-ictus	Egresos del período	278	6	10	-4
	Promedio día estancia programado	6,85			
	Días del período	365			
	Índice ocupacional programado	0,9			
Oncología	Egresos del período	275	6	12	-6
	Promedio día estancia programado	7,53			
	Días del período	365			
	Índice ocupacional programado	0,9			

Fuente: Elaboración propia a partir del SIMMOW

Los servicios de Hospitalización en el HNR presentan un déficit de 86 totales, siendo los que mayor déficit presenta Medicina interna y Cirugía General.

El promedio de días de estancia, en el Hospital, se encuentra por encima del estándar.

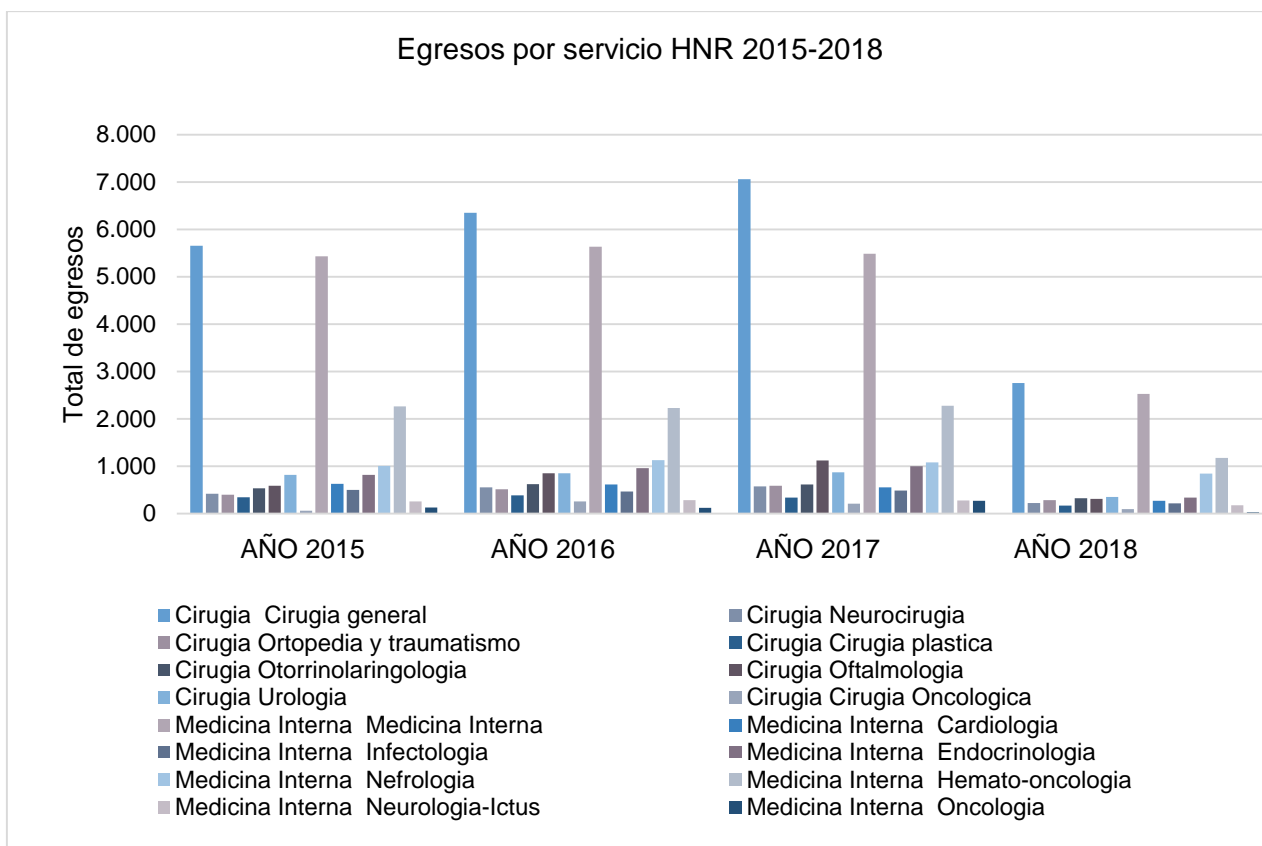
### 3.7.6 Cumplimiento de meta de servicio de Hospitalización de HNR.

A continuación, se presentan los datos del cumplimiento de metas por cada servicio del HNR según lo programado.

Tabla 252 Cumplimiento de metas de servicio de Hospitalización HNR 2015-2018

		AÑO 2015			AÑO 2016			AÑO 2017			AÑO 2018		
Especialidades		Egresos	Programado	Cumplimiento %	Egresos	Programado	Cumplimiento %	Egresos	Programado	Cumplimiento %	Egresos	Programado	Cumplimiento %
Cirugía	Cirugía general	5,657	5,864	96%	6,349	5,693	112%	7,057	6,300	112%	2,760	6,816	40%
	Neurocirugía	423	602	70%	558	612	91%	575	552	104%	221	552	40%
	Ortopedia y traumatismo	399	564	71%	515	564	91%	588	528	111%	286	540	53%
	Cirugía plástica	346	398	87%	384	408	94%	341	384	89%	171	384	45%
	Otorrinolaringología	535	487	110%	621	564	110%	613	612	100%	325	612	53%
	Oftalmología	588	683	86%	855	684	125%	1,121	805	139%	312	1,056	30%
	Urología	817	856	95%	850	864	98%	871	880	99%	353	888	40%
	Cirugía Oncológica	62	140	44%	257	144	178%	208	252	83%	99	252	39%
Medicina Interna	Medicina Interna	5,428	5,372	101%	5,637	5,436	104%	5,483	5,580	98%	2,527	5,616	45%
	Cardiología	630	675	93%	613	684	90%	554	684	81%	270	684	39%
	Infectología	502	421	119%	469	504	93%	485	504	96%	217	504	43%
	Endocrinología	817	965	85%	963	972	99%	999	972	103%	340	1,032	33%
	Nefrología	1,008	514	196%	1,132	960	118%	1,080	1,152	94%	844	1,152	73%
	Hemato-oncología	2,261	1,809	125%	2,230	2,208	101%	2,277	2,220	103%	1,178	2,220	53%
	Neurología-Ictus	255	211	121%	283	264	107%	278	288	97%	175	288	61%
	Oncología	131	517	25%	125	516	24%	275	144	191%	28	276	10%
<b>TOTAL</b>		<b>19,859</b>	<b>20,078</b>	<b>99%</b>	<b>21,841</b>	<b>21,077</b>	<b>104%</b>	<b>22,805</b>	<b>21,857</b>	<b>104%</b>	<b>10,106</b>	<b>22,872</b>	<b>44%</b>

Fuente: Elaboración propia, a partir de datos de SIMMOW y SPME

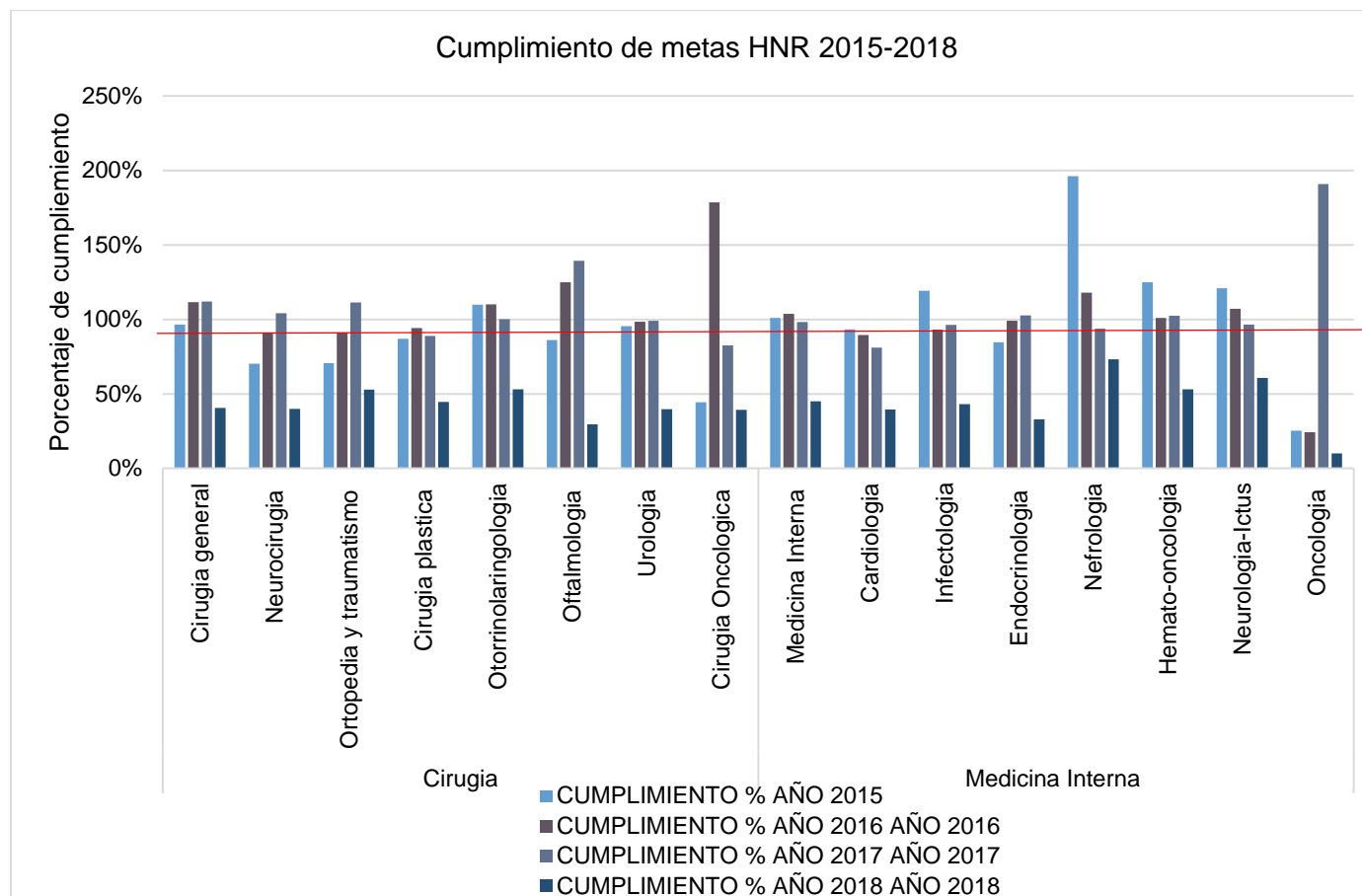


Fuente: Elaboración propia, a partir de datos de SIMMOW y SPME

- El servicio que produce más egresos al año es el de Cirugía, seguido de medicina interna, ya que dichos servicios tienen divisiones como Cirugía 1, Cirugía 2, hasta la décima división, de igual manera el servicio de Medicina interna con la diferencia que esta solo tiene 6 divisiones, es decir que los servicios poseen mayor infraestructura asignada debido a la demanda del hospital
- Dentro de la comparación anual se observa que el servicio de cirugía ha aumentado su producción, mientras que el servicio de medicina interna se mantiene casi en el mismo rango.
- En general la producción de egresos se mantiene con ligeras variaciones en los últimos años, con tendencia al alza.
- Con respecto al tipo de egreso, se observa que en el servicio de Medicina interna se produce más egresos muertos.

Si estos egresos, los comparamos con lo que se ha programado año con año en los planes operativos, se observa el nivel de cumplimiento de metas de los diferentes servicios en los últimos tres años.

Ilustración 107 Cumplimiento de Metas HNR 2015-2018



Fuente: Elaboración propia, a partir de datos de SIMMOW y SPME

Se observa que los servicios de Cirugía General, endocrinología, Neurocirugía, Ortopedia y traumatismo han aumentado el cumplimiento de metas, es decir están produciendo más egresos de lo programado, no así los demás servicios, el cual ha tenido una disminución en el cumplimiento de metas anualmente.

El cumplimiento de metas, ha mejorado según lo evidenciado, ya que en años anteriores se observa como la realización de egresos era muy por encima de lo programado, aunque el año 2017 este problema se evidencio mayormente en oncología

### Cantidad de egresos según enfermedad.

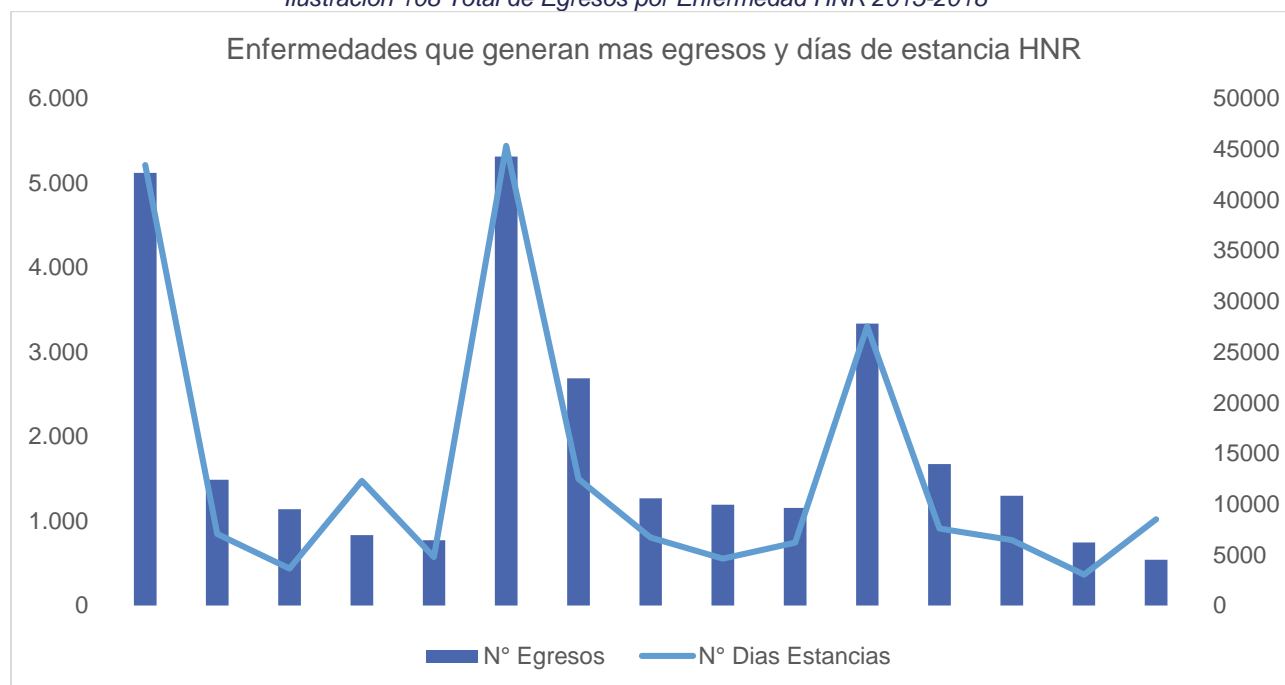
Se muestran en la siguiente tabla, las casusas patológicas que generan el mayor volumen de egresos en los servicios hospitalarios. También se muestran las enfermedades que generan más días de estancia de ingreso en el hospital.

Tabla 253 Enfermedades que generan más egresos y más días de estancia HNR

	Nombre	N° Egresos	N° Días Estancias
2016	Tumores [neoplasias] malignos	5,119	43438
	Enfermedades hipertensivas	1,488	7034
	Enfermedades del apéndice	1,139	3652
	Diabetes mellitus	831	12275
	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	771	4781
2017	Tumores [neoplasias] malignos	5,312	45332
	Enfermedades hipertensivas	2,686	12476
	Vacío	1,269	6695
	Enfermedades del apéndice	1,194	4615
	Insuficiencia renal	1,154	6181
2018	Tumores [neoplasias] malignos	3,335	27,526
	Enfermedades hipertensivas	1,674	7,573
	Vacío	1,298	6,463
	Enfermedades del apéndice	745	3,030
	Diabetes mellitus	542	8,503

Fuente: SIMMOW

Ilustración 108 Total de Egresos por Enfermedad HNR 2015-2018



Fuente: Elaboración propia, a partir de datos de SIMMOW y SPME

Los padecimientos más comunes por el cual se producen egresos en el HNR son: Tumores malignos los cuales están aumentando anualmente, enfermedades hipertensivas y enfermedades del apéndice (aumentado anualmente) lo cual esta última enfermedad no requiere de hospitalización especializada

Las causas de egresos nos ayudan a determinar las áreas a las cuales mayor atención se debe prestar, en este caso la atención de patologías no pertenecientes al nivel de atención que ofrece el Hospital Nacional Rosales, lo que muestra deficiencias en la aplicación de las normativas de referencia y retorno, y del tipo de patologías a atender por nivel de atención.

### 3.7.7 Análisis de Servicios de apoyo de Hospital Rosales

El hospital Rosales cuenta con los siguientes servicios de diagnóstico y tratamiento que dan apoyo a la producción de servicios de Salud en las diferentes áreas del Hospital, Consulta Externa, Emergencia, Sala de Operaciones, UCI y Hospitalización. En el análisis se hará un enfoque en la relación que estos tienen con el proceso de Hospitalización.

- **Servicio de Laboratorio Clínico y Banco de Sangre**

El cual incluye exámenes y estudios para Hospitalización, Consulta Externa, Emergencias y atención a referidos. Las áreas que se atienden son: Hematología, Inmunología, Bacteriología, Parasitología, Bioquímica, Uroanálisis y Banco de Sangre.

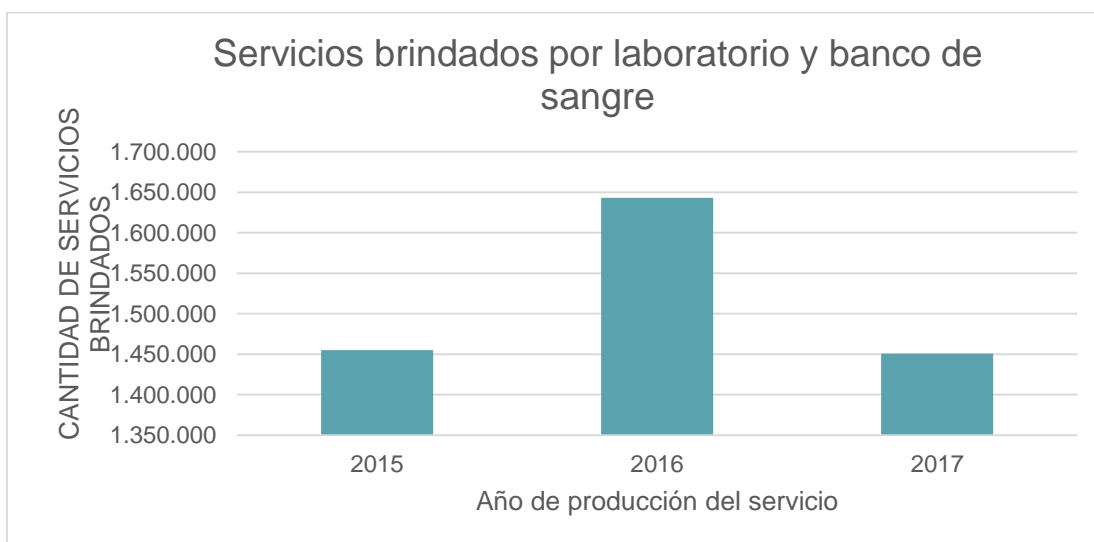
Tabla 254 Tendencia de Producción de Servicios brindados por esta área

HNR	2015	2016	2017
Laboratorio y banco de sangre	1,455,255	1,643,113	1,450,588

Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME

Se da un aumento en la demanda de pruebas de Laboratorio y banco de sangre en el año 2016, superando a los años 2017 con un total de 192,525 atenciones brindadas y el 2015 aproximadamente con 187,858 mil pruebas más realizadas.

Ilustración 109. Grafica que muestra a tendencia de producción de servicios del laboratorio y banco de sangre



Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME

El servicio de Laboratorio y Banco de sangre no es exclusivo solo para los pacientes de hospitalización, también es utilizado por la consulta externa, emergencia y pacientes referidos desde otros hospitales, incluyendo ahí a pacientes de Bienestar Magisterial, por lo cual es necesario describir cual es el porcentaje de atenciones brindadas para cada una de las áreas descrita.

Tabla 255. Servicios brindados por Área Médica. Del año 2015 a junio-2018

<b>Laboratorio y banco de sangre</b>	<b>2015</b>	<b>% de U</b>	<b>2016</b>	<b>% de U</b>	<b>2017</b>	<b>% de U</b>	<b>2018</b>	<b>% de U</b>
Consulta externa	353431	24	411591	25%	378312	26%	51199	23%
Hospitalización	527447	36	601774	37%	546643	38%	85911	39%
Emergencia	458963	32	509895	31%	460840	32%	61570	28%
Referidos/otros	115414	8	119853	7%	64793	4%	19685	9%

Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME

Según los datos de SPME, los servicios de hospitalización son los principales demandantes de este servicio de apoyo, es decir que los servicios de hospitalización tienen una relación estrecha con este servicio de apoyo debido a la alta participación de estas pruebas en el servicio. Teniendo en promedio el 39% del total de uso de laboratorio para hospitalización.

### Relación entre pruebas de laboratorio y egresos

Tabla 256 Promedio de exámenes de laboratorio realizado por paciente egresado de los servicios de hospitalización

<b>Año</b>	<b>Pruebas Realizadas</b>	<b>Cantidad de Egresos</b>	<b>Promedio de pruebas realizadas por paciente</b>
2015	527447	19859	27
2016	601774	21841	28
2017	546643	22805	22
2018	85911	11280	8

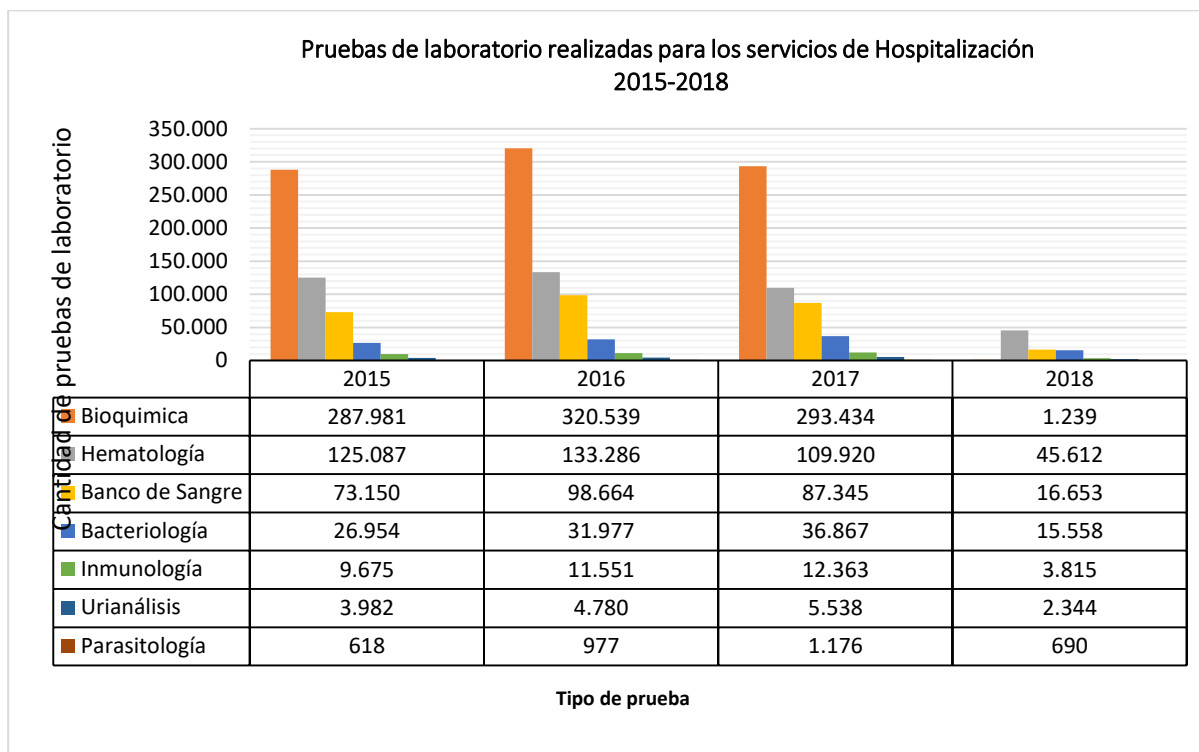
Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME y SIMMOW.

Por cada paciente que egreso de los servicios de hospitalización que ofrece el Hospital Rosales en promedio se realizan 21 exámenes de laboratorio, No se evidencia una tendencia marcada, aunque en el último año el número de pruebas promedio bajo en relación a los años anteriores y en lo que va del año en curso, el promedio de pruebas muestra una disminución

Se presenta un análisis de las diferentes áreas para las cuales laboratorio y banco de sangre realizan toma de Muestras y exámenes, este análisis se realiza exclusivamente para los procesos de hospitalización, excluyendo los datos pertenecientes a consulta externa, emergencia y otros/referidos.



Tabla 257 Producción de servicios de laboratorio por área médica, del año 2015-Junio2018



Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME

Se observa que los tipos de pruebas más solicitadas por los servicios de hospitalización al laboratorio son las pruebas bioquímicas, que en el 2016 se aumentó su utilización con respecto a los demás años, seguida de las pruebas de hematología que se han mantenido en una tendencia similar a lo largo del tiempo. Las pruebas de parasitología son las menos solicitadas por los servicios de hospitalización. Llamen la atención los datos registrados del año 2018, en los cuales la prueba que en los últimos años se mostraba como la más demandada, se presenta con poca demanda en lo que de este año.

- **Servicios Intermedios**

**Imagenología:** Fluoroscopias, Radiografías, Ultrasonografías, Tomografía Axial Computarizada, Resonancias Magnéticas.

**Anatomía Patológica:** Biopsias Cuello Uterino, Biopsias Mama y Biopsias Otras partes del cuerpo.

**Otros Procedimientos Diagnósticos:** Ecocardiogramas, Electrocardiogramas, Electroencefalogramas, Endoscopias, Espirometrías, Pruebas de Esfuerzo, Pruebas de HOLTER.

**Tratamiento y Rehabilitación:** Cirugía Menor, Diálisis Peritoneal, Hemodiálisis, Fisioterapia, Inhaloterapias, Terapias Respiratorias, Trabajo Social.

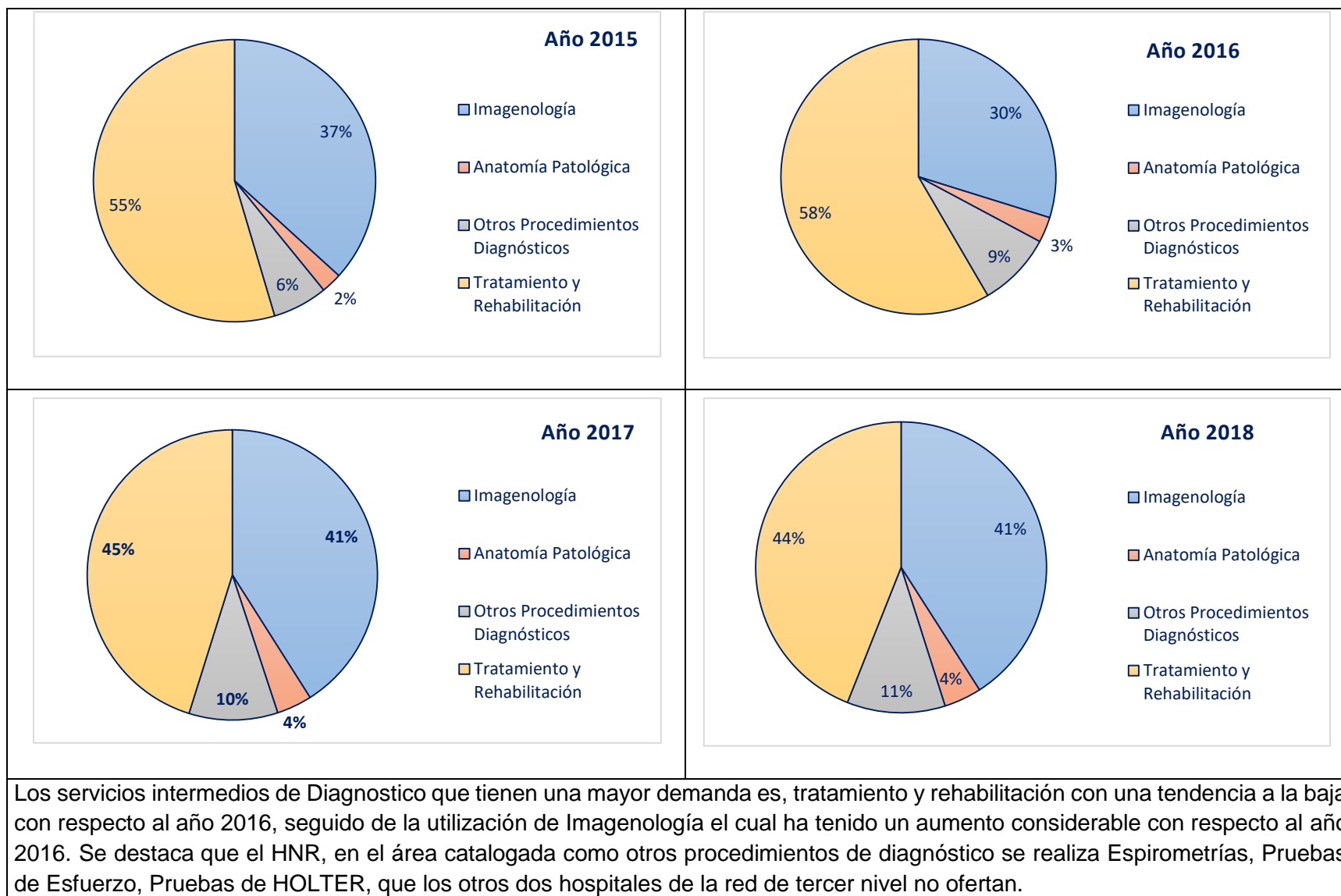
La información estadística de los servicios intermedios de diagnóstico no se encuentra dividida por área a la cual le brinda el servicio por lo tanto la información que se presenta incluye servicios dados a pacientes de consulta externa, emergencia y hospitalización. En el análisis presentado se excluye el área de farmacia y trabajo social debido a que se realizara un análisis específico para esas áreas del hospital

*Tabla 258 Tendencia de producción de los servicios intermedios de Diagnóstico del año 2018-2015*

<b>Servicios intermedios de Diagnóstico</b>	<b>2018</b>	<b>2017</b>	<b>2016</b>	<b>2015</b>
<b>Imagenología</b>	39169	94,528	91,267	134,624
<b>Anatomía Patológica</b>	3989	9,064	9,181	8,651
<b>Otros Procedimientos Diagnósticos</b>	10440	22,808	26,896	23,042
<b>Tratamiento y Rehabilitación</b>	42077	104,124	178,838	199,962

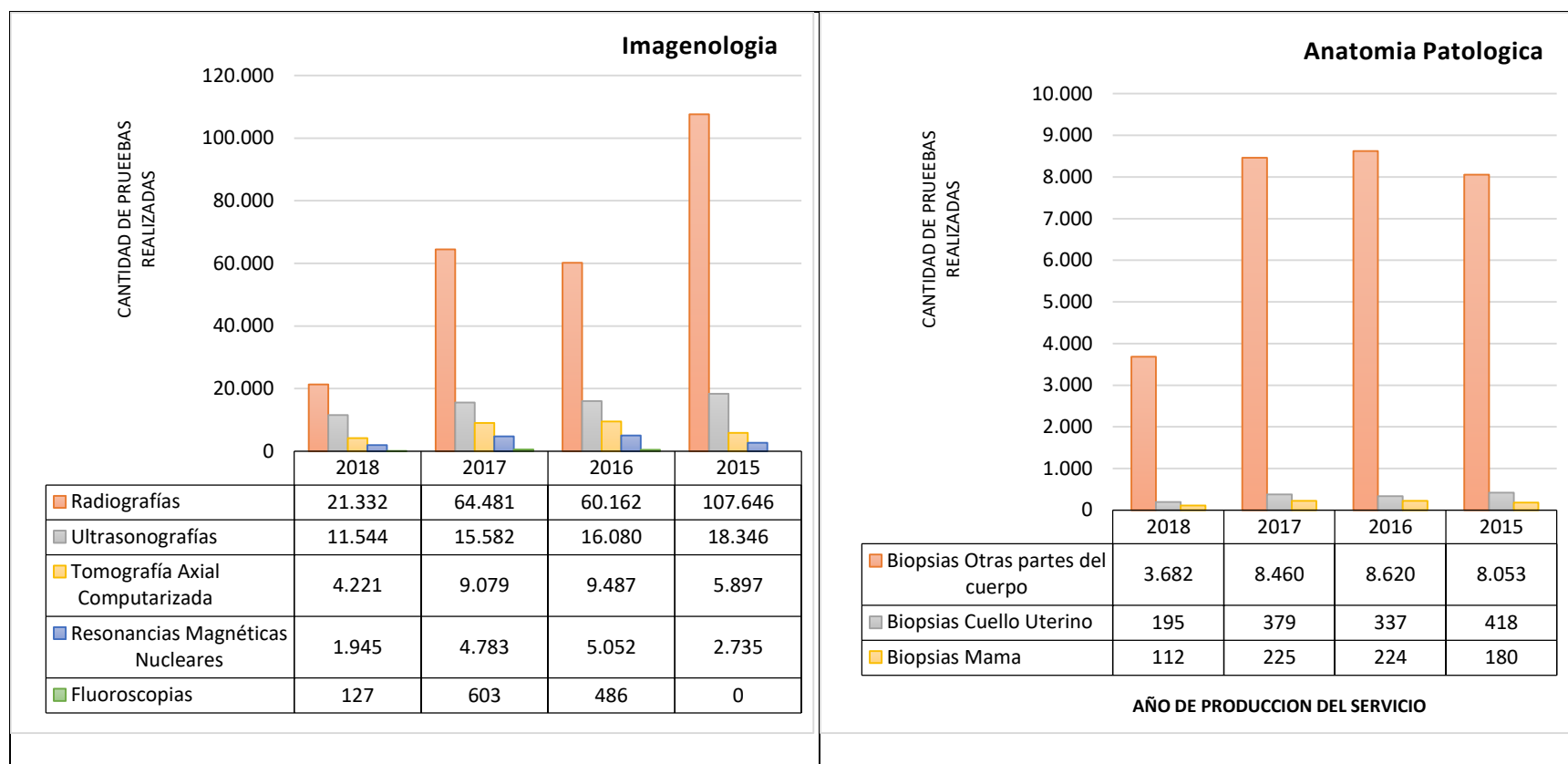
Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME

Tabla 259 Porcentaje de utilización de servicios intermedios de Diagnostico 2015- mayo 2018



Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME

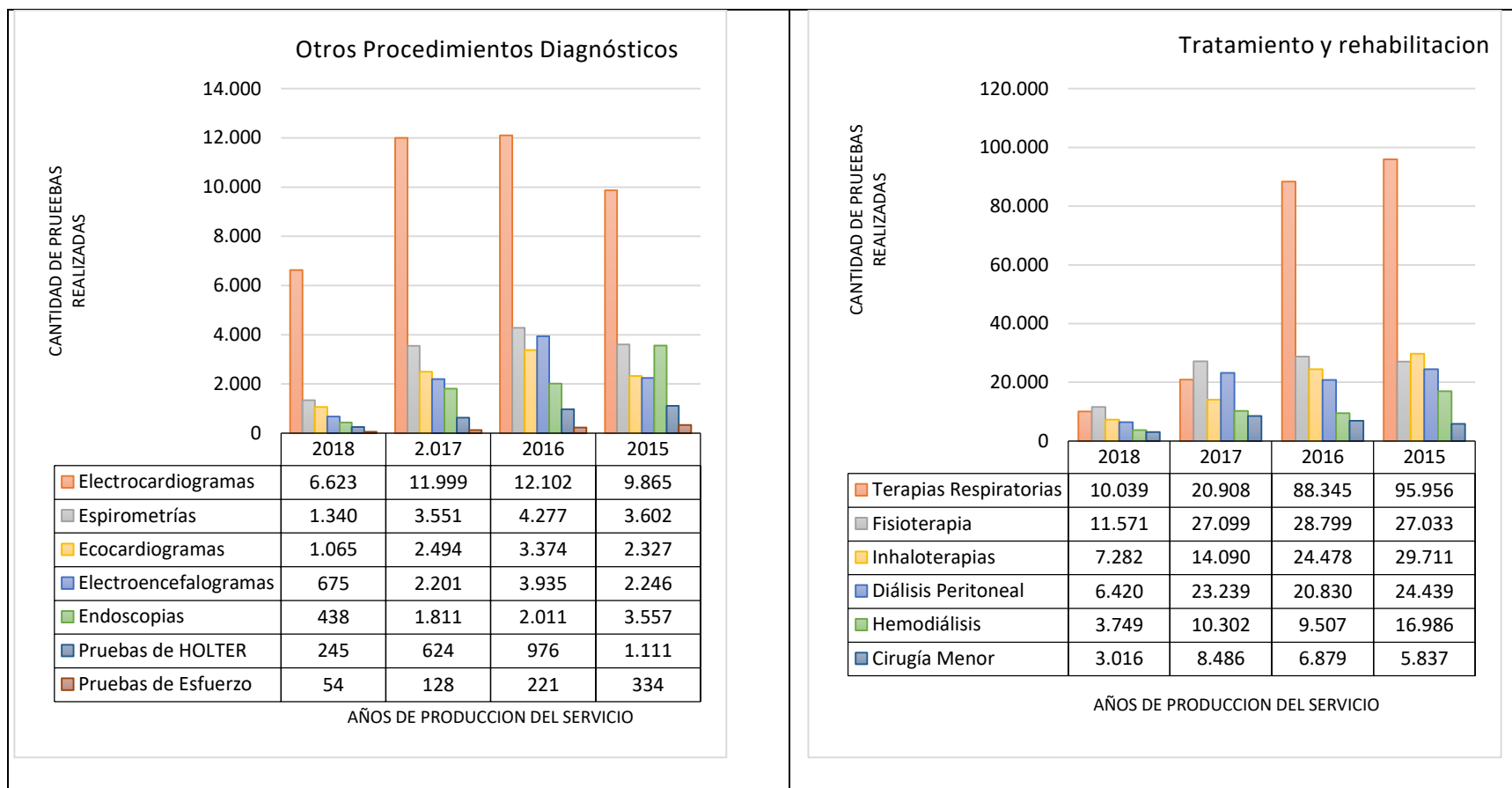
Tabla 260 Servicios brindados por áreas- Diagnósticos intermedio may2018-2015



- Los servicios más utilizados en el área de Imagenología son las radiografías, hay una disminución de 47,000 radiografías aproximadamente con respecto al año 2015 y 2016 esta se ha mantenido en los años posteriores, en segundo lugar, son ultrasonografías que han tendido una tendencia a la baja partir del 2015. El examen menos realizado es el fluoroscopia y en el 2015 no se realizó ninguno.
- La biopsias que más se realiza en el área de anatomía patológica es la catalogada como la de otras partes del cuerpo y se ha mantenido así desde el 2015, los otros tipos de biopsias tienen una demanda mucho menor debido a que la mayoría de estas se realizan en el Hospital de la Mujer por las características de la población que recurre a este hospital.

Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME

Tabla 261 Servicios brindados por áreas- Diagnósticos intermedio mayo2018-2015



- En otros procedimientos de diagnóstico los electrocardiogramas son los más utilizados, se ha incrementado su producción a partir del 2015, los procedimientos de Espirometrías le siguen en orden de frecuencia su utilización se ha mantenido constante en el tiempo este servicio solo lo brinda el HNR.
- En los procesos de rehabilitación las terapias respiratorias encabezan la listas de producción, la cual ha disminuido en el periodo analizado, la fisioterapia están en segundo lugar esto debido a que un paciente puede recibir varias sesiones, Inhaloterapias ocupa el tercer lugar su tendencia es a la baja.

Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME

- **Servicios generales**

Estos son los encargados de brindar dos servicios fundamentales para el desarrollo continuo de las actividades hospitalarias. Dentro de esta se encuentra alimentación y dietas que es uno de los servicios altamente demandados por el proceso de hospitalización, así también el área de Lavandería.

Se parte del análisis de la tendencia en la utilización de estos servicios en el transcurso del tiempo, y el promedio que se utiliza de cada uno de ellos por paciente egresado de los servicios de hospitalización.

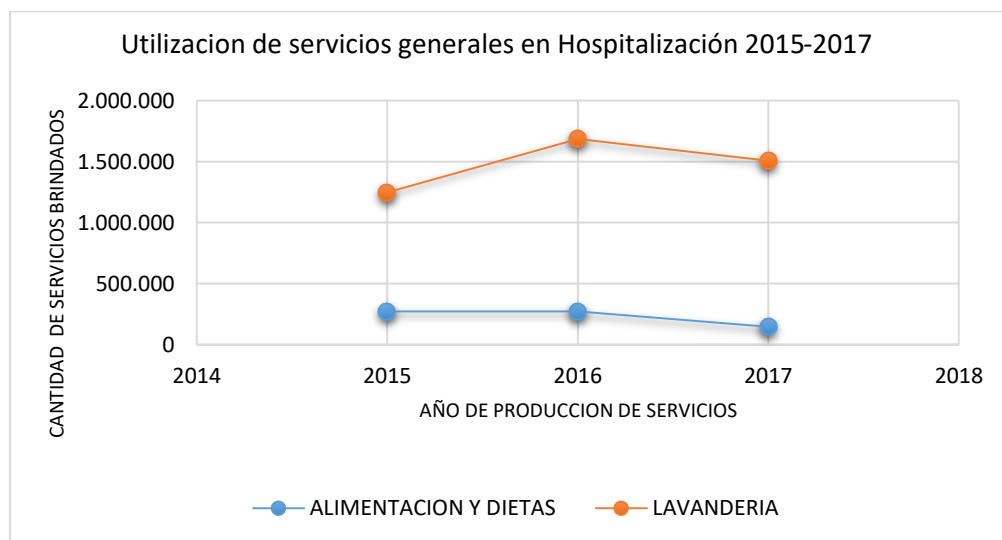
Tabla 262. Tendencia de producción de los servicios de alimentación y lavandería

Año	2015	2016	2017
Alimentación y dietas	272,788	272,459	145,881
Lavandería	1246,509	1685,242	1507,121
Egresos Total	22178	24325	25322
Promedio de tiempos de comida	12	11	6
Promedio de libras de ropa	56	69	59

Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME y SIMMOW

Al analizar los datos de la tabla y observar el gráfico el servicio de alimentación y dietas realizó aproximadamente el mismo número de servicios en los años 2015 y 2016, en el año 2017 hubo una reducción de alrededor de 138,000 dietas servidas, las libras de ropa lavadas aumentaron en el año 2016. Por cada egreso, generado por los servicios de hospitalización se sirven por paciente en promedio en los últimos tres años 10 dietas, del 2015 al 2017 se ha reducido en un 50% el número de dietas servidas. Se lavan aproximadamente un promedio de 61 libras de ropa por egreso.

Ilustración 110 Gráfico de producción de servicios generales para el proceso de hospitalización



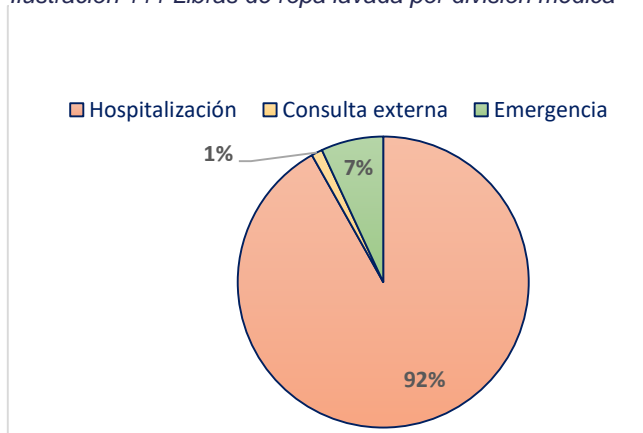
Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME y SIMMOW

Tabla 263. Libras de ropa lavada por división médica

Libras de ropa lavada por división médica 2015-2017	
Hospitalización	4438,872
Consulta externa	68,038
Emergencia	325,610

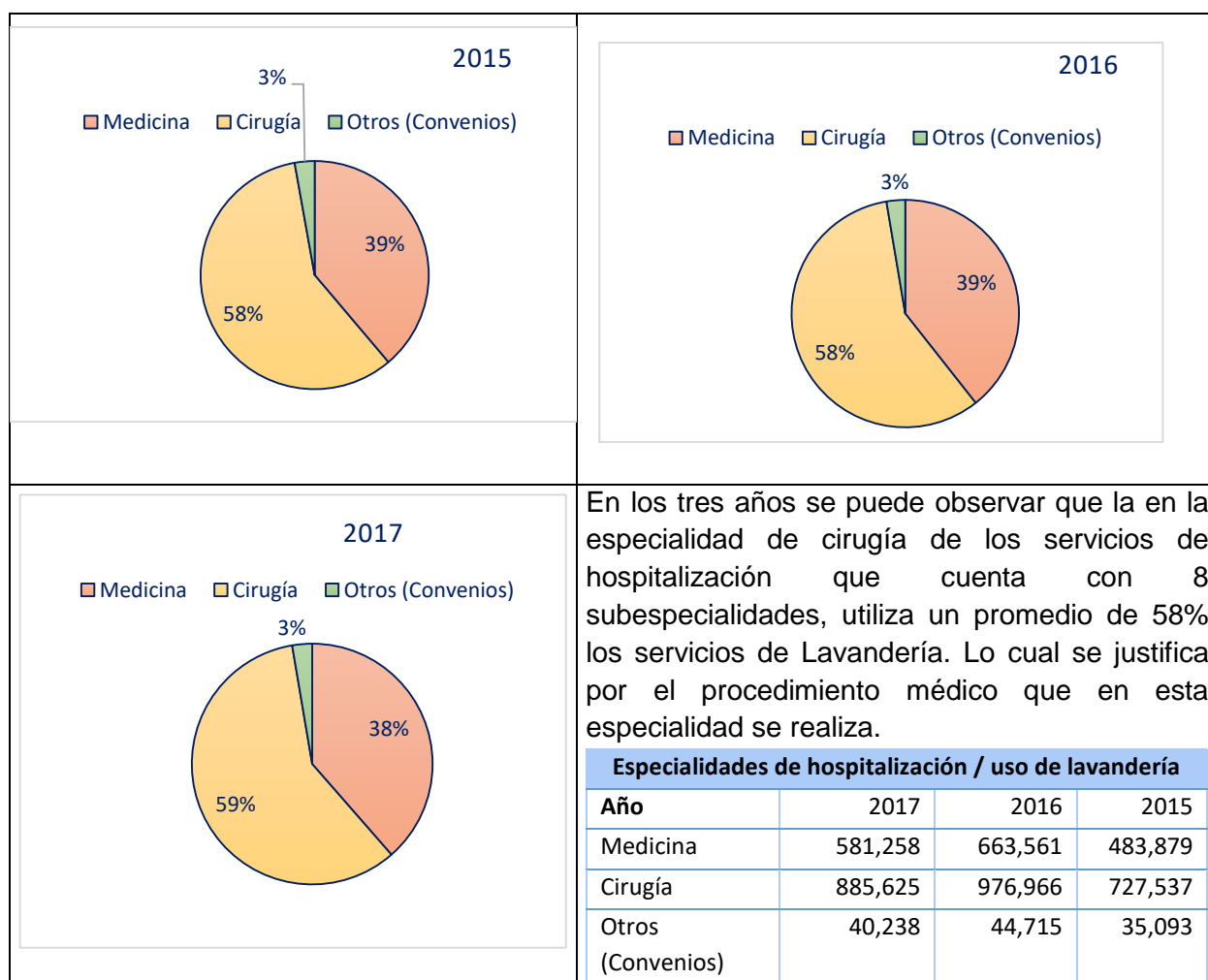
Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME

Ilustración 111 Libras de ropa lavada por división médica



El proceso de hospitalización, ha hecho uso del servicio de lavandería en un porcentaje del 92% promediando las actividades realizadas por lavandería desde el 2015 al 2017, por lo cual este es un factor determinante para que el proceso de hospitalización se realice de manera eficiente.

Tabla 264 Utilización de servicios de lavandería por especialidad médica de hospitalización 2015-2017



Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME

Tabla 265 Utilización del servicio de alimentación y dietas por especialidad Médica de hospitalización

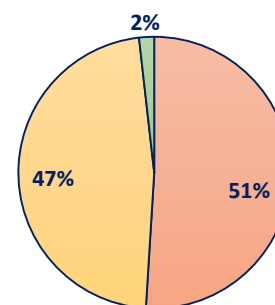
**Especialidades de hospitalización / alimentación y dietas**

AÑO	2017	2016	2015
Medicina	71,403	134,799	139,067
Cirugía	70,247	132,026	128,833
Otros (Convenios)	4,231	5,634	4,888

La especialidad de hospitalización que utiliza más los servicios de alimentación es medicina interna con sus 8 subespecialidades. En los tres últimos años su porcentaje de uso es muy similar a los porcentajes de cirugía.

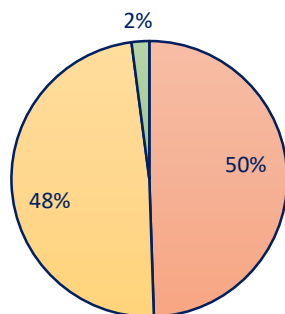
**2015**

■ Medicina ■ Cirugía ■ Otros (Convenios)



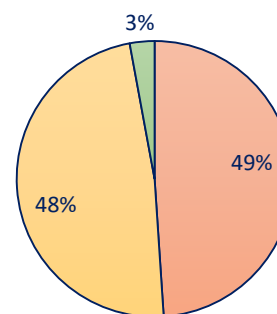
**2016**

■ Medicina ■ Cirugía ■ Otros (Convenios)



**2017**

■ Medicina ■ Cirugía ■ Otros (Convenios)

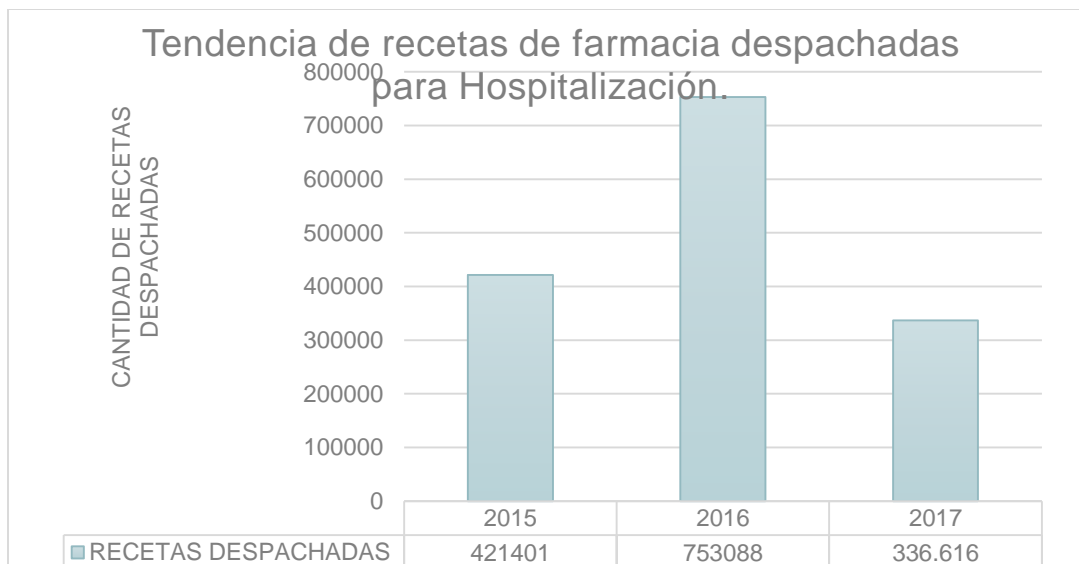


Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME



### 3.7.8 Análisis de medicamentos del Hospital Nacional Rosales

Ilustración 112. Gráfico de tendencia de recetas despachadas en los servicios de hospitalización

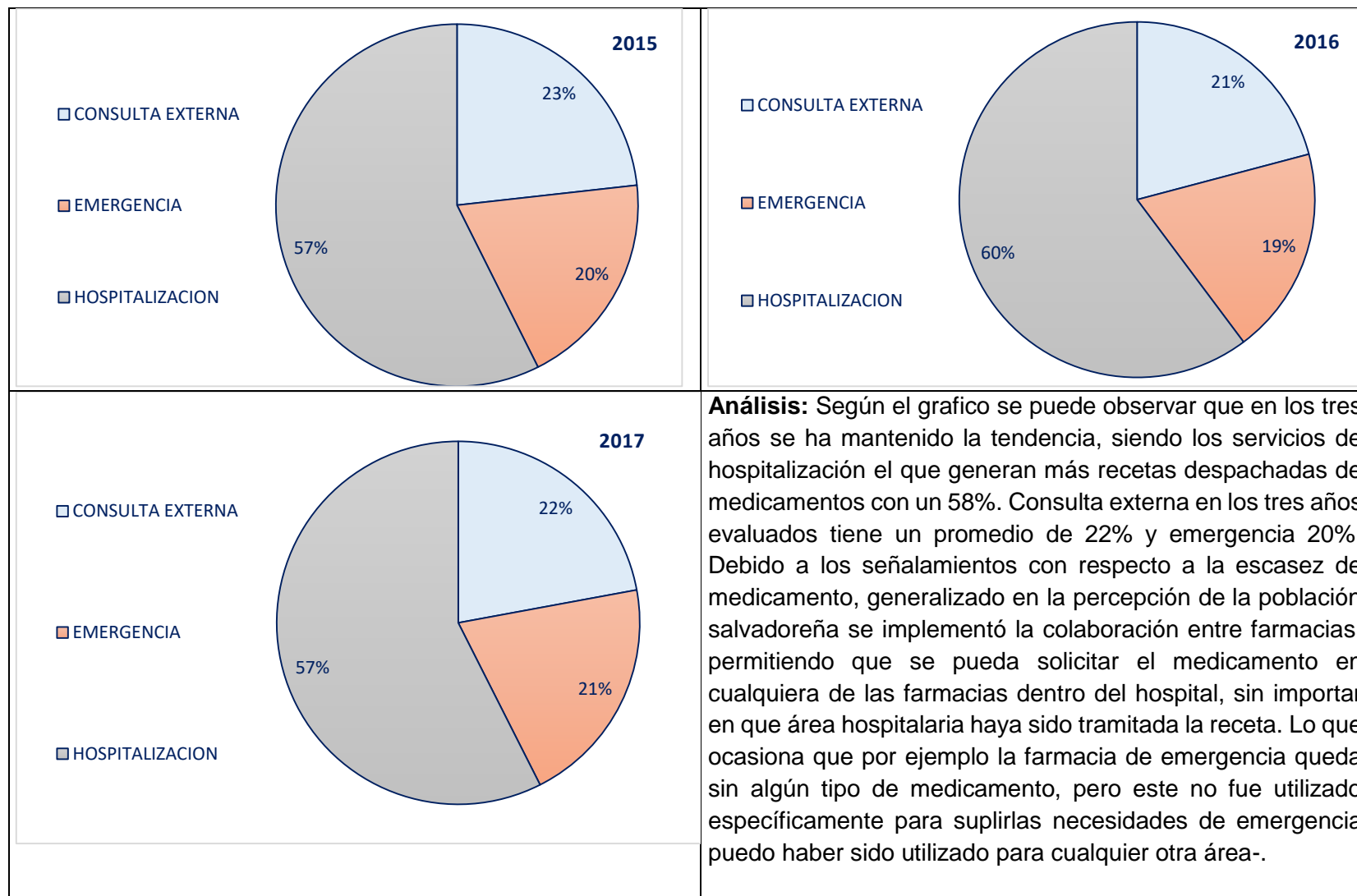


Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME

Análisis: La cantidad de recetas despachadas, en los últimos años muestra la siguiente tendencia del año 2015 con respecto al año 2016 existe un aumento de 78% de las recetas despachadas a los servicios de Hospitalización. Comparando el año 2016 con el 2017, en este último se disminuyó en un 55% las recetas despachadas. Los servicios hospitalarios cuentan con un cuadro básico de medicamento, este es elaborado por el MINSAL, tomando como base el listado oficial de medicamentos que debe ser actualizado el primer trimestre del año. El programa SPME no registra la cantidad de recetas que no fueron despachadas por el Hospital, debido a que no se registra contable y físicamente la receta que no se despachó, si no que esta se entrega al familiar para que él pueda obtener el medicamento en cualquier farmacia privada. Estas recetas despachadas abarcan tanto los medicamentos que le fueron suministrados en la estancia del paciente por el servicio y aquellos que le fueron entregados al Momento del alta. Al no existir un control de lo que no se pudo suministrar, el pedido anual de medicamento se realiza en base a lo que se despachó, por lo cual siempre habrá falta de medicamento. Otro factor importante es el presupuesto que también se toma encuentra para elaborar el pedido de medicamento que se realiza de forma conjunta por el MINSAL para toda la red de centros de salud. El sistema informático proporciona la opción para ingresar las recetas no despachadas, pero este campo no se alimenta.

Según el SPME, el nivel de abastamiento programado para el año 2017 fue de 86%, el cual no fue alcanzado y se cubrió solamente el 80%.

Tabla 266 Recetas despachadas en las áreas médicas del HNR del año 2015-2017



Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME.

### 3.7.9 Análisis de indicadores del Hospital Nacional Rosales

Comparar los resultados de los indicadores de eficiencia y productividad entre los hospitales del año 2017, y definir si existe correlación entre estas variables. El comportamiento de estos indicadores, como los de producción, pueden reflejar la calidad de la atención tras haber logrado la eficiencia, pues son un índice de la eficacia y efectividad de una institución.

Tabla 267 Indicadores del HNR 2017

Proceso, subproceso y procedimiento	Nombre del indicador	Código del indicador	Formula	Datos	Interpretación
Proceso: Hospitalización OPT-HOS	Promedio diario de ingresos	IN26- OPT- HOS-GDI- 01	N.º de ingresos en un periodo / N.º de días del periodo	$\frac{22,873}{365 \times 16} = 3.9$	En promedio ingresan 4 pacientes en un día.
	Subproceso: Gestión de ingreso OPT-HOS-GDI Procedimiento: Recepción de Documentos para Hospitalización OPT-HOS-GDI-01	IN27- OPT- HOS-GDI- 01	(N.º de Pacientes ingresados provenientes de emergencias / Total de pacientes ingresados al día) x 100	$\frac{13,953}{22,873} \times 100 = 61$	El 61% de los pacientes ingresados son provenientes del área de emergencias.
	Porcentaje de Ingreso procedentes de emergencia	IN28- OPT- HOS-GDI- 01	(N.º de Pacientes ingresados provenientes de consulta externa / Total de pacientes ingresados al día) x 100	$\frac{8,920}{22,873} \times 100 = 39$	El 39% de los pacientes ingresados son provenientes del área de consulta externa.

<p>Subproceso: Evaluación médica <i>OPT- HOS-EM</i> Procedimiento: evaluación del paciente <i>OPT- HOS-EM-01</i></p>	<p>Porcentaje de pacientes delicados</p>	<p><i>IN29- OPT- HOS-EM- 01</i></p>	<p>(pacientes delicados / total de pacientes ingresados) x100</p>	<p><math>\frac{1959}{22,873} \times 100 = 8.6</math></p>	<p>El 8.6% de los pacientes ingresados se encuentran en estado delicado.</p>
<p>Subproceso: <i>Gestión de indicaciones</i> <i>OPT-HOS-GDI</i> Procedimiento: <i>Gestionar indicaciones</i> <i>OPT-HOS-GDI- 01</i></p>	<p>Porcentaje de recetas dispensadas para los servicios de hospitalización</p>	<p><i>IN30- OPT- HOS-GDI</i></p>	<p>(N.º de recetas dispensadas por cada pacientes-día / N.º de recetas prescritas en el mismo periodo) x100</p>	<p><math>\frac{336,616}{431,559} \times 100</math> = 78%</p>	<p>Del total de recetas prescritas solo el 78% fueron dispensadas.</p>
	<p>Porcentaje de dietas servidas para los servicios de hospitalización</p>	<p><i>IN31- OPT- HOS-GDI- 01</i></p>	<p>(N.º de dietas servidas por cada pacientes-día / N.º de dietas prescritas en el mismo periodo) x100.</p>	<p><math>\frac{188,478}{190,382} \times 100 = 99</math></p>	<p>El 99% de las dietas prescritas por el medico son servidas por cada paciente.</p>
	<p>Porcentaje de exámenes realizados para los servicios de hospitalización</p>	<p><i>IN32- OPT- HOS-GDI- 01</i></p>	<p>(N.º de exámenes realizados por cada pacientes-día / N.º de exámenes prescritos en el periodo) x100.</p>	<p><math>\frac{634,242}{380,036} \times 100</math> = 166.89</p>	<p>Hay un 66.89% de exámenes son realizados de manera de reproceso.</p>

<p>Subproceso: <i>Gestión de alta médica OPT-HOS-GAM</i> Procedimiento: Alta por mejoría clínica OPT-HOS-GAM-01</p>	<p>Numero de egresos por mejoría de salud</p>	<p>IN33- OPT- HOS- GAM-01</p>	<p>N.º de egresos con mejoría de salud / total de egresos del mismo periodo x 100</p>	$\frac{20,867}{22805} \times 100 = 91.5$	<p>El 91.5% de los pacientes son egresados vivos.</p>
<p>Subproceso: <i>Gestión de alta médica OPT-HOS-GAM</i> Procedimiento: Alta por traslado otro servicio OPT-HOS-GAM-02</p>	<p>Numero de trasfencia de otro servicio</p>	<p>IN34- OPT- HOS- GAM-02</p>	<p>N.º de pacientes trasladados a otros servicios / N.º de pacientes ingresados en el mismo periodo x 100</p>	$\frac{3,248}{22,873} \times 100 = 14.2$	<p>El 14.2% de pacientes son trasladados a otro servicio.</p>
<p>Subproceso: <i>Gestión de alta médica OPT-HOS-GAM</i> Procedimiento: Alta por traslado a otro centro de atención OPT-HOS-GAM-03</p>	<p>Numero diario de trasfencia a otro centro de atención</p>	<p>IN35- OPT- HOS- GAM-03</p>	<p>(N.º de pacientes transferidos a otro centro de atención / N.º de pacientes ingresados en el mismo periodo x 100</p>	$\frac{42}{22,873} \times 100 = 0.18\%$	<p>El 0.18% de pacientes son trasladados a otro centro de atención, ya que el HNR siendo de tercer nivel atienden patologías de segundo nivel, lo cual satura los servicios.</p>

Subproceso: <i>Gestión de alta médica OPT-HOS-GAM</i> Procedimiento: Alta por defunción OPT-HOS-GAM-04	Numero diario de defunciones	IN36- OPT- HOS- GAM-04	N.º de egresos por defunción hospitalaria / total de egresos del mismo periodo	$\frac{1,938}{22805} \times 100 = 8.5$	El 8.5% de los pacientes muere en hospitalización.
Subproceso: <i>Gestión de alta médica OPT-HOS-GAM</i> Procedimiento: Alta exigida OPT-HOS-GAM-05	Numero de egresos por alta exigida	IN36- OPT- HOS- GAM-05	N.º de egresos con por alta exigida / N.º de ingresos del periodo	$\frac{526}{22,873} \times 100 = 2.3$	El 2.3% de pacientes ingresados pidieron el alta.
<b>INDICADORES DE EFICIENCIA</b>					
Proceso: <i>Hospitalización OPT-HOS</i>	Porcentaje de ocupación de camas.	IN38- <i>OPT-HOS</i>	(Nº día cama ocupado / Nº Días camas disponibles) X 100	$\frac{193,795}{183,960} \times 100 = 105.35$	Las camas están a su máxima utilización y para cubrir el 5.35% demás utilizan carros camillas, para atender a los paciente sin cama.
	Promedio de días estancia	IN39- <i>OPT-HOS</i>	Total, días estancias de egresos / Nº egresos hospitalarios	$\frac{193,795}{22805} = 8.5$	En promedio un paciente tiene 8.5 días de estadía en un servicio de la hospitalización

	Giro cama o índice de rotación (anual)	IN40- OPT-HOS	N° egresos / N° camas disponibles	$\frac{22805}{504} = 45$	Una cama está produciendo en promedio 45 pacientes.
	Intervalo de tiempo de sustitución	IN41- OPT-HOS	(N° Días cama disponibles - N° de cama ocupado) /N° de egresos hospitalarios	$\frac{183,960 - 193,795}{22805} = -0.43$	El signo menos significa que hay muchos pacientes en cola esperando una cama, razón por la cual hacen uso de carro camilla.
<b>INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD</b>					
Proceso: <i>Hospitalización OPT-HOS</i>	Promedio diario de egreso	IN46- OPT-HOS	Total, de egresos / N.º de días en el periodo.	$\frac{22805}{16 \times 365} = 3.9$	En promedio egresan 3.9≈4 pacientes en un día.
	Tiempo de espera desde que se da indicación en consulta externa	IN46- OPT-HOS	N° total de días de espera desde que se le en consulta externa hasta el ingreso a l servicio en un periodo / Total de pacientes ingresados en ese mismo periodo.	$\frac{663,317 \text{ dia}}{22,873} = 29 \text{ dias}$	En promedio un paciente espera 28 días para ser llevado a un servicio de hospitalización desde que se le indica en el área de consulta externa.
	Tiempo de espera desde que se da indicación en emergencia	IN47- OPT-HOS	N° total de horas de espera desde que se le indica en emergencia hasta el ingreso al servicio en un periodo / Total de pacientes ingresados en ese mismo periodo	$\frac{546,664.7 \text{ hr}}{22,873} = 23.9 \text{ hr}$	En promedio un paciente espera 23.9 horas para ser llevado a un servicio de hospitalización desde el área de emergencia.

		Tasa neta de mortalidad	IN48- <i>OPT-HOS</i>	(N° defunciones hospitalarias* / N° de egresos en el mismo período) X 100	$\frac{1,938}{22805} \times 100 = 8.5$	Tasa neta de mortalidad es de 8.5%
--	--	-------------------------	-------------------------	---	--	------------------------------------

Fuente: SPME, Datos extraídos corresponden al área hospitalaria, la cual la componen Hospitalización, UCI y Sala

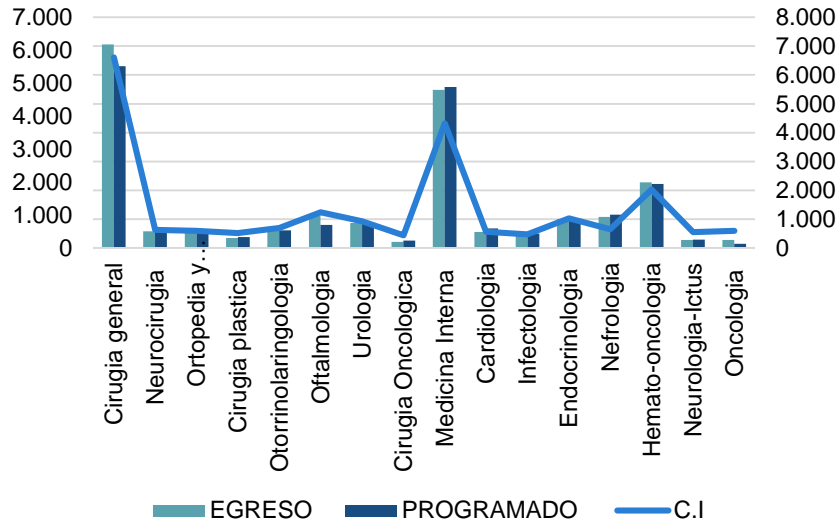


**Porcentaje de utilización de la capacidad instalada en los servicios de hospitalización**

<b>Especialidades</b>	<b>Subespecialidad</b>	<b>N.º camas</b>	<b>Calculo</b>	<b>Necesidad de cama</b>	<b>Días de estancia</b>	<b>Promedio de días de estancia</b>	<b>CI</b>	<b>Egreso</b>	<b>% de Utilización</b>	<b>Programado</b>
Cirugía	Cirugía general	147	179	-32	58.899	8,35	5.786	7.057	122%	6.300
	Neurocirugía	30	31	-1	10.235	17,80	554	575	104%	552
	Ortopedia y traumatismo	32	36	-4	11.776	20,03	525	588	112%	528
	Cirugía plástica	24	18	6	5.973	17,52	450	341	76%	384
	Otorrinolaringología	10	10	0	3.293	5,37	612	613	100%	612
	Oftalmología	21	22	-1	7.128	6,36	1.085	1.121	103%	805
	Urología	14	15	-1	4.901	5,63	817	871	107%	880
	Cirugía Oncológica	11	6	5	1.948	9,37	386	208	54%	252
Medicina Interna	Medicina Interna	88	127	-39	41.851	7,63	3.787	5.483	145%	5.580
	Cardiología	10	11	-1	3.679	6,64	495	554	112%	684
	Infectología	15	17	-2	5.718	11,79	418	485	116%	504
	Endocrinología	30	33	-3	10.940	10,95	900	999	111%	972
	Nefrología	12	23	-11	7.459	6,91	570	1.080	189%	1.152
	Hemato-oncología	38	49	-11	16.022	7,04	1.773	2.277	128%	2.220
	Neurología-Ictus	10	6	4	1.903	6,85	480	278	58%	288
	Oncología	12	6	6	2.070	7,53	524	275	53%	144
<b>TOTAL</b>		<b>504</b>	<b>590</b>	<b>86 faltantes</b>	<b>193.795</b>	<b>8,50</b>	<b>19.160</b>	<b>22,805</b>	<b>119%</b>	<b>21.857</b>

Tabla 268 Utilización de la capacidad instalada en los servicios de hospitalización

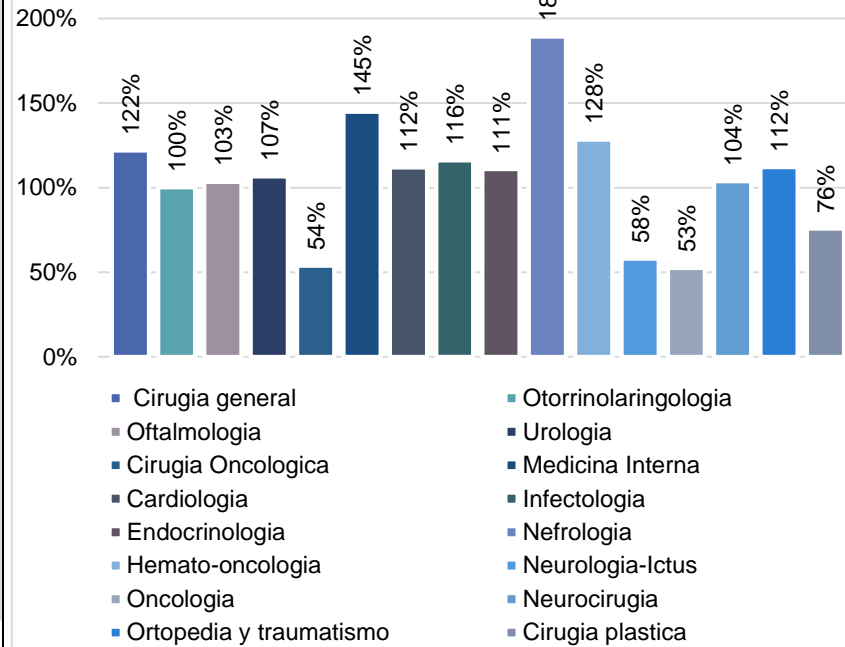
Comparacion de la capacidad instalada, produccion real y la capacidad proyectada HNR - 2017



**Análisis:**

se observa que los servicios de cardiología, cirugía oncológica y cirugía plástica con 81%, 83%, 89% del cumplimiento respectivamente, son los que están por debajo de lo programado, los demás servicios están produciendo más egreso que lo planeado. Por lo tanto, se debe de revisar la manera en que se planifica y fortalecer dicho proceso para plantearse metas alcanzables, ya que se programa atender más pacientes de lo que la capacidad instalada del hospital puede atender, necesitándose 85 camas más, de las cuales los servicios más necesitados de cama son las especialidades de Cirugía general y Medicina interna, 32 y 38 respectivamente

Porcentaje de ocupacion HNR - 2017



**Análisis:**

Se observa que los servicios de oncología, cirugía oncológica y neurología están sub utilizados, con un porcentaje de utilización de 53%, 54%, 58% respectivamente, y los demás servicios de hospitalización están sobre utilizados, una de las medidas que se observó para darle atención al paciente es que ingresan carros a los servicio, las cuales no incluyen en las camas censables del servicio, disminuyendo el espacio físico, lo cual les toma un poco más de tiempo al personal médico movilizarse para realizar sus actividades.

## Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom



### 3.7.10 Análisis de la Filosofía de la institución

#### Misión

“Somos un Hospital público de referencia que brinda atención de salud a la población pediátrica, a través de servicios especializados, con recursos humanos multidisciplinarios, desarrollando una gestión basada en valores que garantizan la satisfacción del usuario.”

Cuadro 96 Análisis de misión del Hospital Nacional Benjamín Bloom

Componente	Análisis
<b>Clientes</b> ¿Quiénes son ellos?	a la población pediátrica
<b>Productos</b> ¿Cuáles son los productos o servicios de la organización?	brinda atención de salud... a través de servicios especializados
<b>Mercado</b> ¿Dónde compite la organización?	No lo manifiesta explícitamente, sin embargo, el nombre de la organización “Hospital Nacional de niños” denota el mercado al que está dirigido, además de mencionar que es de referencia.
<b>Tecnología</b> ¿Cuál es la tecnología básica de la organización?	No hace mención al uso o creación de tecnología
<b>Preocupación por la supervivencia, rendimiento y rentabilidad</b> ¿Cuáles son los objetivos económicos de la organización?	No se menciona explícitamente. Sin embargo, expresa que es una institución Nacional, por lo tanto, sus fondos provienen del estado.
<b>Concepto propio</b> ¿Cuáles son las principales fortalezas y ventajas competitivas de la organización?	servicios especializados, con recursos humanos multidisciplinarios
<b>Filosofía</b> ¿Cuáles son las creencias básicas, valores, aspiraciones y prioridades filosóficas de la organización?	garantizan la satisfacción del usuario
<b>Preocupación por su imagen pública</b> ¿Cuál es la responsabilidad pública de la organización y qué imagen desea?	basada en valores, como parte de la imagen que brinda a la población
<b>Preocupación por los empleados</b> ¿Cuál es la actitud de la organización hacia sus empleados?	Aunque no hace referencia explícitamente de la formación del personal, incluye que se cuenta con recursos humanos multidisciplinarios

La misión del HNNBB no es específica a la magnitud de actividades y servicios que contiene, aunque de manera general expresa lo que representa la institución la misión tiene margen de mejoras.

### Visión

“Convertirnos en un Hospital público de referencia líder en atención especializada que brinde servicios médicos de avanzada a la población pediátrica, basada en la búsqueda permanente del crecimiento profesional y excelencia científica e investigativa, comprometidos con un sistema de valores que evidencie y garantice la satisfacción del usuario.”

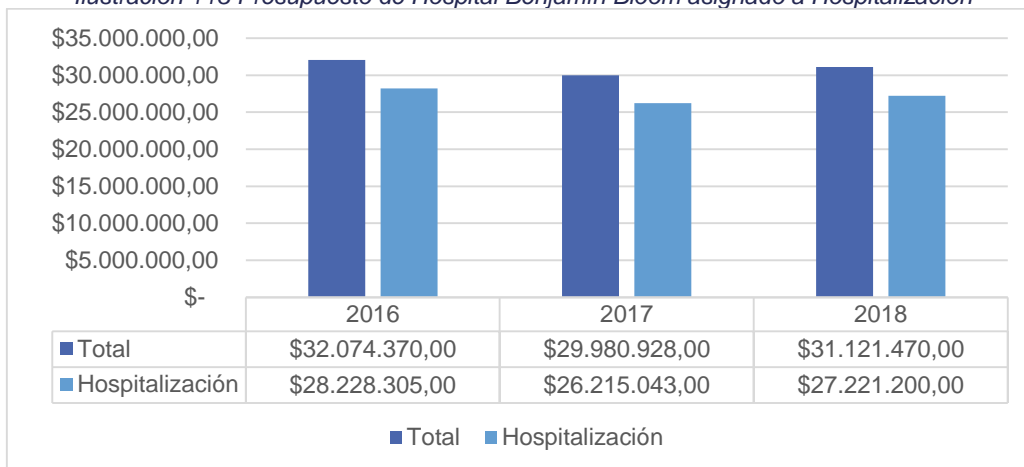
Cuadro 97 Análisis de visión del Hospital Nacional Benjamín Bloom

Componente	Análisis
¿Qué es lo que realmente queremos?	Convertirnos en un Hospital público de referencia líder en atención especializada que brinde servicios médicos de avanzada a la población pediátrica
¿A qué nos gustaría llegar en el futuro?	Convertirnos en un Hospital público de referencia... basada en la búsqueda permanente del crecimiento profesional y excelencia científica e investigativa
¿En qué lugar del mercado nos visualizamos en el futuro?	a la población pediátrica... aquí se hace énfasis de la población a la cual está referida, contrario a la misión.
¿Cuál es el sueño de la organización?	un sistema de valores que evidencie y garantice la satisfacción del usuario

La visión del HNNBB cumple con las características fundamentales que deben poseer, aunque no se proyecta un tiempo establecido en el futuro para alcanzarlo.

### 3.7.11 Análisis del Presupuesto

Ilustración 113 Presupuesto de Hospital Benjamín Bloom asignado a Hospitalización



Fuente: elaboración propia a partir de presupuesto de HNNBB

El presupuesto del hospital a pesar que tiene variaciones en los últimos años no muestra un cambio significativo, y al ser de esta manera existe una constancia en la planificación de las actividades para los siguientes periodos.

El área de hospitalización en el hospital HNNBB corresponde entre el 87% y el 90%, del presupuesto total destinado a la institución, lo que en cuanto a recurso empleado en el área lo convierte en uno de los servicios misionales más importantes adentro del hospital.

### 3.7.12 Demanda de Hospital Nacional Benjamín Bloom

Tabla 269 Datos de población estimada y población atendida en HNNBB en los años 2016-2018

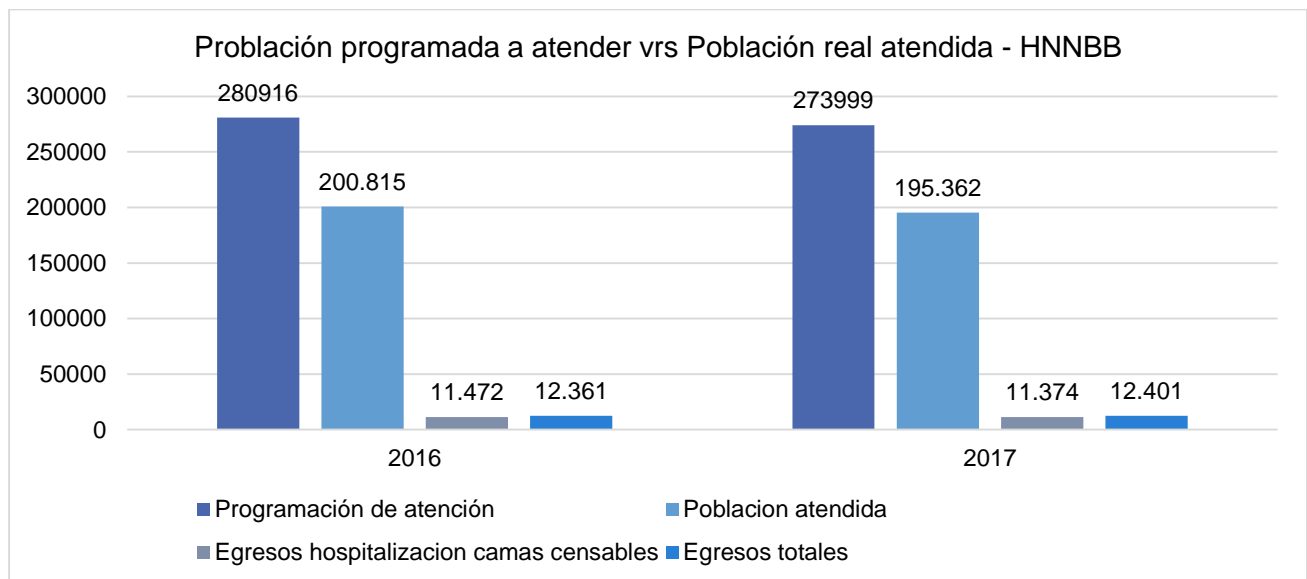
HNNBB	2016	2017	2018 (hasta junio)
Pacientes referidos de otro nivel hacia el HNNBB	2,844	2,472	1,554
Pacientes referidos por el HNNBB	28	3	4
Programación de atención (hospitalización, consulta externa, cirugía mayor)	280,916	273,999	
Población atendida (hospitalización, consulta externa, cirugía mayor)	200,815	195,362	-
Egresos totales	12,361	12,401	8,184
Egreso de hospitalización camas censables	11,472	11,374	7,559
Capacidad de camas censables*	275	275	275

Fuente: elaboración propia con datos de Planes Operativos anuales y SIMMOW.

Camas censables\*: no incluye camas de emergencia y bienestar magisterial

De los datos de la tabla anterior, se observa como de los egresos totales para el año 2016 los realizados por el área de hospitalización de camas censables es 84% y para el año 2017 es 94%; lo que establece que en el HNNBB el principal generador de egresos se encuentra en hospitalización, al igual que lo evidenciado en el HNR

Ilustración 114 Población programada vs atendida HNNBB



Fuente: elaboración propia a partir de planes operativos

En los últimos años la programación para atención médica supera a la población atendida estimada. Por lo cual no se logra el cumplimiento de las metas en la atención de paciente. Dejando el nivel de eficacia del hospital en el año 2016 con un valor de **71%** y en el 2017 **70%**.

### 3.7.13 Recursos Humanos disponibles en Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom

Tabla 270: Recurso médico y de enfermería del servicio de hospitalización

Recurso	horario	Subtotal	Total personal	Tiempo disponible del recurso		Disponibilidad de recursos por día
Medico jefe de servicio	8 horas	11	28	88	160 horas/día	20 recursos disponible en turno de 8h
	6 horas	3		18		
	4 horas	13		52		
	2 horas	1		2		
Médico especialista I, II	8 horas	33	132	264	620 horas/día	77,5 recursos disponible en turno de 8h
	6 horas	10		60		
	4 horas	59		236		
	2 horas	30		60		
Residente				45.		
Enfermera jefa	7 horas	17	17	119	119 horas/día	17 recursos disponible en turno de 8h
Enfermera Hospitalaria	7 horas	215	215	1505	1505 horas/día	215 recursos disponible en turno de 8h
Auxiliar de Enfermería	7 horas	160	160	1120	1120 horas/día	160 recursos disponible en turno de 8h
Ayudante de Enfermería	7 horas	67	67	469	469 horas/día	67 recursos disponible en turno de 8h
Secretaria	7 horas	12	12	84	84 horas/día	12 recursos disponible en turno de 8h

Fuente: elaboración propia en base a Informe de Dirección y administración institucional de HNNBB 2018

La tabla anterior desglosa el personal que se encuentra laborando en el área hospitalaria, de la cual se excluye emergencia y consulta externa que corresponde a personal de atención ambulatoria. Se tiene personal de acuerdo a cama:

- Médicos: 1.93 camas/médicos
- Enfermeras: 3.21 camas/enfermera

Cada enfermera en su turno de trabajo es encargada de aproximadamente 4 cama, para brindar cuidados de enfermería y cuidados personales al paciente.

### 3.7.13.1 Cálculo de enfermeras necesarias para el proceso de hospitalización

Tabla 271. Datos para calcular el personal de enfermería

	Cantidad de enfermeras	Horas disponibles en 1 día	% del tiempo operativo	Tiempo operativo
Jefa	17	119	0.625	74.375
Hospitalaria	215	1505	0.875	1316.875
Ayudante	67	469	0.875	410.375
<b>Total</b>	<b>299</b>			<b>1801.625</b>

Fuente. Elaboración propia

Tabla 272. Cálculo de las necesidades de personal

Detalle	Dato
Camas censables	275
Egreso	1137
	4
N° de h enfermera por día cama ocupado (promedio)	6
Promedio día de estancia (dato del 2017)	8.75
Cama ocupada al día	273
Camas demás	-2
h de enfermeras al día por cama ocupada	1,636
Falta de h enfermera en 1 día	<b>-166</b>
Falta de personal enfermera	<b>-21</b>

Fuente. Elaboración Propia

Al observar los datos obtenidos la cantidad de enfermeras que existente en el hospital es mayor a la requerida según el estándar establecido por el MINSAL, se tienen 21 enfermeras más en el área de hospitalización. Se observa que el estándar de horas que una enfermera invierte por cama es mayor comparado con los otros hospitales. Debido al perfil del paciente pediátrico que requiere una mayor atención por parte de la enfermera. A demás los traslados a procedimientos como hemodiálisis, se necesita trasladar al paciente en ambulancia e ir acompañado por una enfermera, Debido a que el anexo se encuentra fuera de las instalaciones. En la observación realizada en el hospital se pudo observar que no existe el mismo nivel de saturación de trabajo con respecto a los otros hospitales. Debido al mayor número de enfermeras, la ayuda de la madre de familia y el personal de secretaria.

### 3.7.14 Capacidad instalada de Hospital Nacional Benjamín Bloom

#### Dotación de camas en cada hospital

Se presenta la información del número de camas del Hospital, en base a dos fuentes importantes para el análisis, el censo interno del hospital y el del MINSAL el cual es la institución que lo rige.

Tabla 273 Detalle de camas por área en el Hospital Benjamín Bloom, años 2016-2018

2016							
	Hospital	Camas censables	Camas no censables	Cirugía	Neonato censables	Bienestar magisterial	Total
PAO	HNNBB	192	109	51	32	12	396
MINSAL	HNNBB	243	44	0	32	12	331
2017							
PAO	HNNBB	192	109	51	32	12	396
MINSAL	HNNBB	243	44	0	32	12	331
2018							
PAO	HNNBB	194	111	49	32	12	396
MINSAL	HNNBB	240	44	0	32	12	328

Fuente: elaboración propia con datos de Plan Operativo anual de cada hospital (2016,2017,2018) y Datos del Ministerio de Salud, con el Sistema de Morbimortalidad en línea (SIMMOW).

El hospital de niños Benjamín Bloom, según datos internos de la PAO muestra que el número de camas es constante, efectuándose movimientos internos en el último año entre las camas censables y cirugía. El hospital Bloom utiliza la estrategia de disminuir camas hospitalarias y aumentar las camas para manejos ambulatorios, con lo cual se persigue entre otros hacer más eficientes los servicios de internación y reducir los costos de operación.

Se ha ampliado la dotación de camas de Hospital de Día, En los servicios de Hospital de Día se definen la existencia de camas, pero en algunos servicios no se cuenta con dichas camas, sino que se atiende a los pacientes en canapés, sillones y otros, donde se proporciona la atención, ya que algunas veces no se cuenta con el espacio físico suficiente para poder ubicar camas. (Bloom, 2018), Esto se refleja, de los datos del Plan Operativo de este hospital, con la reducción de dos camas censables en el último año y que, estas se suman al total de camas no censables. La diferencia de cantidad de camas que muestra el hospital y los datos obtenidos del Sistema de Estadística es de 78 camas menos en los datos del MINSAL

HNNBB	Cálculo	N° de camas actual	N° diferencia camas
Egresos del período	11374	321	275
Promedio día estancia programado	8.75		
Días del período	365		
índice ocupacional programado	0.85		

El HNNBB, necesita 46 camas para dar la atención necesaria, según la cantidad de egresos que esta produce. Utilizando un porcentaje del 85%, debido a que se reserva un porcentaje de camas establecido por el MINSAL para la atención de cualquier Emergencia (desastres naturales, epidemias). Si utilizara el 100% la capacidad del Hospital se tendrían dos camas demás.



Tabla 274. Camas requeridas por servicio de hospitalización

Camas requeridas por servicio HNNBB			Cálculo	N° de camas Actual	Diferencia
Cirugía pediátrica	Egresos del período	2224	35	33	2
	Promedio día estancia programado	4.88			
	Días del período	365			
	Índice ocupacional programado	0.85			
Cirugía reconstructiva pediátrica	Egresos del período	935	23	18	5
	Promedio día estancia programado	7.69			
	Días del período	365			
	índice ocupacional programado	0.85			
Neurocirugía pediátrica	Egresos del período	1005	26	29	-3
	Promedio día estancia programado	7.88			
	Días del período	365			
	índice ocupacional programado	0.85			
Oftalmología	Egresos del período	424	5	6	-1
	Promedio día estancia programado	3.7			
	Días del período	365			
	índice ocupacional programado	0.85			
Otorrinolaringología	Egresos del período	549	7	9	-2
	Promedio día estancia programado	3.71			
	Días del período	365			
	índice ocupacional programado	0.85			
Ortopedia / traumatismo	Egresos del período	841	15	18	-3
	Promedio día estancia programado	5.42			
	Días del período	365			
	índice ocupacional programado	0.85			
Medicina interna pediátrica	Egresos del período	937	31	24	7
	Promedio día estancia programado	10.27			

	Días del período	365			
	índice ocupacional programado	0.85			
Neonatología	Egresos del período	508	41	32	9
	Promedio día estancia programado	25.1 5			
	Días del período	365			
	índice ocupacional programado	0.85			
Hematología pediátrica	Egresos del período	877	23	18	5
	Promedio día estancia programado	7.98			
	Días del período	365			
	índice ocupacional programado	0.85			
Oncología pediátrica	Egresos del período	1386	57	43	14
	Promedio día estancia programado	12.7 5			
	Días del período	365			
	índice ocupacional programado	0.85			
Infectología pediátrica	Egresos del período	1411	47	36	11
	Promedio día estancia programado	10.3 7			
	Días del período	365			
	índice ocupacional programado	0.85			
Nefrología pediátrica	Egresos del período	277	12	9	3
	Promedio día estancia programado	13.3 4			
	Días del período	365			
	índice ocupacional programado	0.85			

Fuente: Elaboración propia a partir del SIMMOW

Los servicios en los que hay un déficit de cama son oncología e Infectología, esto se debe a que en estos servicios el promedio de días de estancia supera a los demás, por las patologías que ahí se atiende. La especialidad de medicina interna en todas sus subespecialidades tiene un déficit de cama según la cantidad de pacientes que atienden. La especialidad de cirugía tiene la mayor capacidad en camas, más de las que se necesitan para brindar el servicio se debe tener en cuenta, la programación que se realiza para las cirugías y que la cantidad de días de estancia es relativamente menor a la de medicina interna

### 3.7.15 Cumplimiento de metas

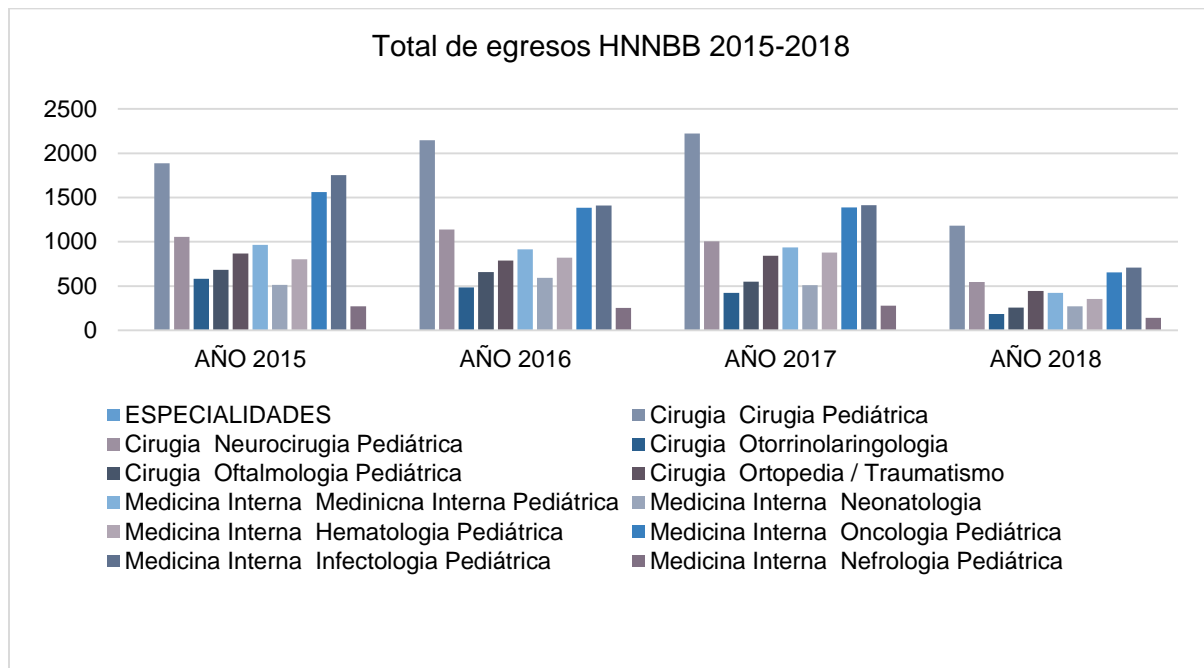
A continuación, se presentan los datos del cumplimiento de metas por cada servicio del HNNBB según lo programado.

Tabla 275 Cumplimiento de Metas HNNBB 2015-2018

Especialidades	AÑO 2015			AÑO 2016			AÑO 2017			AÑO 2018			
	Egresos	Programado	% cumplimiento	Egresos	Programado	% cumplimiento	Egresos	Programado	% cumplimiento	Egresos	Programado	Cumplimiento %	
Cirugía	Cirugía Pediátrica	1.887	2.023	93%	2.147	1.939	111%	2.224	2.059	108%	1.532	2082	74%
	Cirugía reconstructiva pediátrica	889	1,124	93%	881	961	92%	935	1,119	84%	564	838	67%
	Neurocirugía Pediátrica	1.055	903	117%	1.137	1.088	105%	1.005	1.186	85%	706	1085	65%
	Otorrinolaringología	583	702	83%	485	637	76%	424	683	62%	249	684	36%
	Oftalmología Pediátrica	683	867	79%	657	773	85%	549	801	69%	354	800	44%
	Ortopedia / Traumatismo	866	896	97%	788	866	91%	841	801	105%	620	845	73%
Medicina Interna	Medicina Interna Pediátrica	963	877	110%	915	833	110%	937	977	96%	587	742	79%
	Neonatología	511	528	97%	594	502	118%	508	580	88%	367	544	67%
	Hematología Pediátrica	801	886	90%	821	720	114%	877	826	106%	513	825	62%
	Oncología Pediátrica	1.562	1.742	90%	1.385	1.521	91%	1.386	1.658	84%	878	1551	57%
	Infectología Pediátrica	1.751	2.031	86%	1.409	1.633	86%	1.411	1.831	77%	989	1455	68%
	Nefrología Pediátrica	269	345	78%	253	244	104%	277	234	118%	200	257	78%
<b>TOTAL</b>	<b>11.820</b>	<b>12,924</b>	<b>91%</b>	<b>11.472</b>	<b>11.717</b>	<b>98%</b>	<b>11.374</b>	<b>12.755</b>	<b>89%</b>	<b>7.559</b>	<b>11708</b>	<b>65%</b>	

Fuente: elaborado a partir de datos de SPME

Ilustración 115 Total de egresos de HNNBB 2015-2018



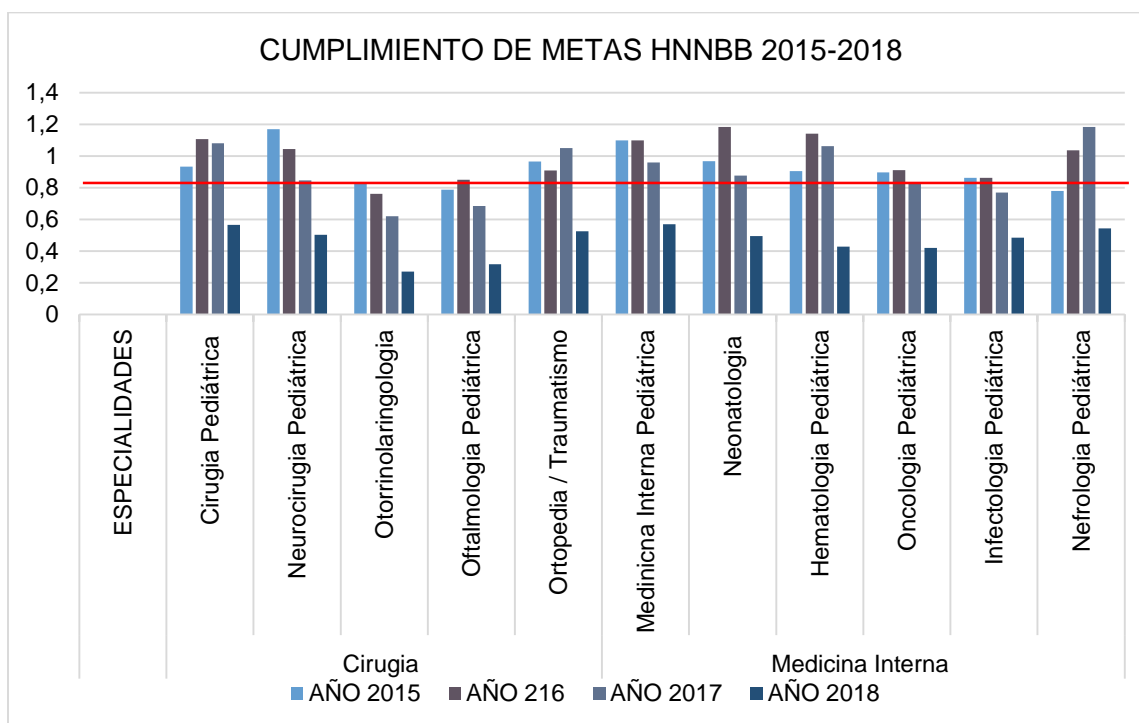
### Análisis de producción de Egresos

- El servicio que produce más egresos es el de Cirugía pediátrica, seguido de Infectología, y Oncología pediátrica
- Dentro de la comparación anual se observa que el servicio de cirugía ha aumentado su producción, mientras que el servicio de Infectología se mantiene casi en el mismo rango, mientras que el servicio de Oncología Pediátrica ha disminuido su producción anualmente.
- Con respecto al tipo de egreso, se observa que en el servicio de Infectología se produce más egresos muertos

Si estos egresos, los comparamos con lo que se ha programado año con año en los planes operativos, se observa el nivel de cumplimiento de metas de los diferentes servicios en los últimos tres años.

### Análisis de la eficacia de los servicios de hospitalización

Se observa que los servicios de cirugía Pediátrica, Nefrología Pediátrica han aumentado el cumplimiento de metas, es decir están produciendo más egresos de lo programado, no así los demás servicios, el cual ha tenido una disminución o están fluctuando en el cumplimiento de metas anualmente. Es necesario poner énfasis en como establecen las metas o que planifican la proyección de servicios



Fuente: plan anual operativo

Se observa que los servicios de Cirugía Pediátrica, Neurocirugía, Ortopedia Neonatología, Nefrología y Hematología se están produciendo más egresos de lo programado, no así los demás servicios, lo que advierte una planificación no acorde a la demanda que recibe el Hospital.

### Cantidad de egresos por enfermedad y causas que generan más días de estancia HNNBB

A continuación, se presentan las enfermedades más frecuentes dentro de un servicio de hospitalización. Se muestran en la siguiente tabla, las casusas patológicas que generan el mayor volumen de egresos en los servicios hospitalarios. También se muestran las enfermedades que generan más días de estancia de ingreso en el hospital.

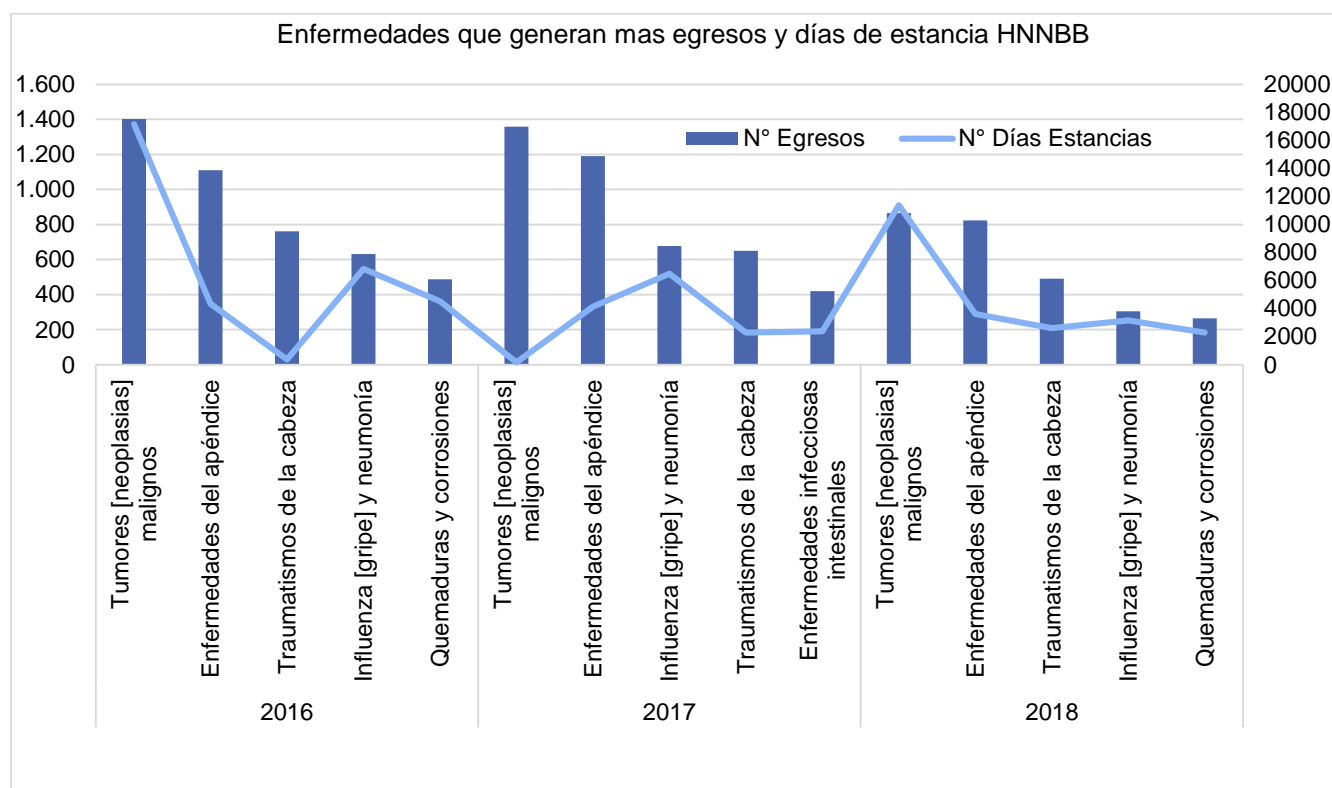
Tabla 276 Enfermedades que generan más egresos y más días de estancia HNNBB

	Nombre	N° Egresos	N° Días Estancias
2016	Tumores [neoplasias] malignos	1,402	17149
	Enfermedades del apéndice	1,109	4354
	Traumatismos de la cabeza	761	379
	Influenza [gripe] y neumonía	632	6843
	Quemaduras y corrosiones	488	4527
2017	Tumores [neoplasias] malignos	1,358	17400
	Enfermedades del apéndice	1,191	4141
	Influenza [gripe] y neumonía	677	6491
	Traumatismos de la cabeza	649	2283

	Enfermedades infecciosas intestinales	420	2385
2018	Tumores [neoplasias] malignos	866	11,382
	Enfermedades del apéndice	824	3,611
	Traumatismos de la cabeza	491	2,612
	Influenza [gripe] y neumonía	305	3,166
	Quemaduras y corrosiones	264	2,282

Fuente elaboración propia. Datos del SPME

Ilustración 117 Total de Egresos por enfermedad HNNBB



Fuente: SPME

### 3.7.16 Análisis de Servicios de apoyo de Hospital de niños

El hospital cuenta con los siguientes servicios de diagnóstico y tratamiento que dan apoyo a la producción de servicios de Salud en las diferentes áreas del Hospital, Consulta Externa, Emergencia, Sala de Operaciones, UCI y Hospitalización. En el análisis se hará un enfoque en la relación que estos tienen con el proceso de Hospitalización.

- **Servicio de Laboratorio Clínico y Banco de Sangre**

El cual incluye exámenes y estudios para Hospitalización, Consulta Externa, Emergencias y atención a referidos. Las áreas que se atienden son: Hematología, Inmunología, Bacteriología, Parasitología, Bioquímica, Uroanálisis y Banco de Sangre.

Los servicios intermedios de laboratorio y banco de sangre, responden a la demandan de los servicios finales, la evaluación de la producción se debe realizar más que en relación a la meta con relación a la disposición de recursos para poder realizar las pruebas y el índice de uso en relación a los egresos y el día cama ocupada.

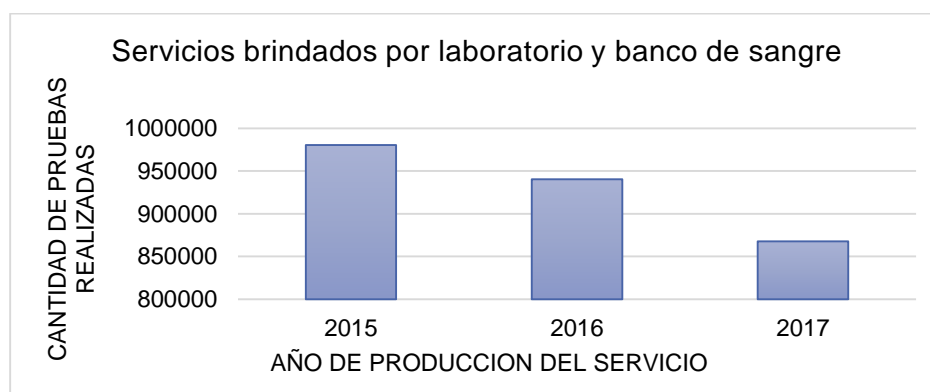
Tabla 277 Tendencia de Producción de Servicios brindados por esta área

HNR	2015	2016	2017
Laboratorio y banco de sangre Pruebas realizadas	980,242	940,204	867,775

Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME

La tendencia en la realización de las pruebas, brindas por laboratorio en el Hospital Bloom, vienen a la baja desde el año 2015, en el 2016 las pruebas realizadas disminuyeron 40,038 atenciones brindas, y en el 2017 existe una disminución de 72,429 pruebas con respecto al 2016.

Ilustración 118. Grafica que muestra a tendencia de producción de servicios del laboratorio y banco de sangre



Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME

El servicio de Laboratorio y Banco de sangre no es exclusivo solo para los pacientes de hospitalización, también es utilizado por las consultas externas, emergencia y pacientes referidos/otros, incluyendo ahí a pacientes de Bienestar Magisterial, por lo cual es necesario describir cual es el porcentaje de atenciones brindadas para cada una de las áreas descrita.

Tabla 278. Servicios brindados por el Laboratorio a las diferentes Áreas Médica. Del año 2015 a may-2018

Laboratorio Y Banco De Sangre	2015		2016		2017		2018	
Consulta Externa	201,053	21%	209,111	22%	210,285	24%	90,741	24%
Hospitalización	501,899	51%	458,572	49%	430,104	50%	179,136	47%
Emergencia	147,759	15%	143,075	15%	129,513	15%	51,551	14%
Referidos/Otros	129,531	13%	129,446	14%	97,873	11%	57,057	15%
Total	980,242	100%	940,204	100%	867,775	100%	378,485	100%

Fuente: Elaboración propia, a partir de datos del SPME.

egún los datos extraídos de la información estadística y de control del programa SPME, los procesos misionales que utilizan los servicios del laboratorio y banco de sangre. El proceso de hospitalización es el que más demanda el producto brindado por estos. Son proveedores de información con respecto a la salud de cada paciente para establecer un buen diagnóstico de su condición y dar el tratamiento respectivo. El proceso de hospitalización utiliza este servicio en un porcentaje del 50 % anualmente seguido por las atenciones que se brinda a los pacientes de consulta externa que ascienden a un promedio de 23% anualmente. Por lo cual se debe considerar la vinculación y la interacción entre estos dos procesos que facilitan la eficiencia y la eficacia con la que actualmente se trabaja en los servicios de hospitalización.

### Relación de pruebas de laboratorios con respecto a la cantidad de egresos.

Tabla 279 Promedio de exámenes de laboratorio realizado por paciente egresado de los servicios de hospitalización

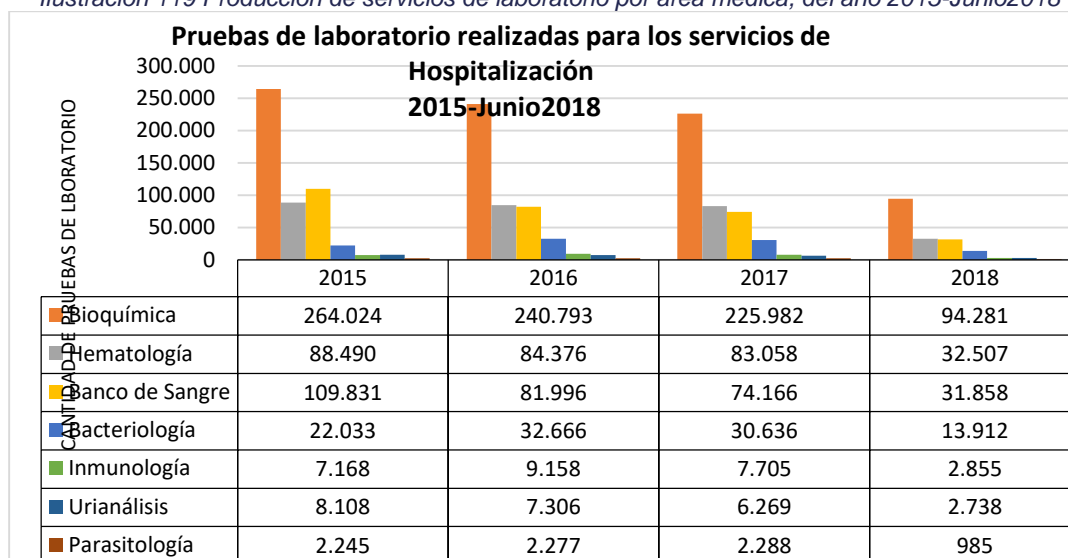
Año	Pruebas realizadas	Cantidad de egresos	Promedio de pruebas realizadas por paciente
2015	501,899	11820	42.46
2016	458,572	11472	39.97
2017	430,104	11374	37.81
2018	179,136	7559	23.70

Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME y SIMMOW

Por cada paciente que egreso de los servicios finales de hospitalización que ofrece el HNNBB en promedio se realizan 35 exámenes de laboratorio por paciente, la tendencia ha disminuido entre los años 2015 al 2018

Se presenta un análisis de las diferentes áreas para las cuales laboratorio y banco de sangre realizan toma de Muestras y exámenes, este análisis se realiza exclusivamente para los procesos de hospitalización, excluyendo los datos pertenecientes a consulta externa, emergencia y otros/referidos.

Ilustración 119 Producción de servicios de laboratorio por área médica, del año 2015-Junio2018



Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME



Se observa que los tipos de pruebas más solicitadas por los servicios de hospitalización al laboratorio son las pruebas bioquímicas, que a tendencia de la realización de estas se ha disminuido en los últimos cuatro años, seguida de las pruebas de hematología que se han mantenido en una tendencia similar a lo largo del tiempo.

En el año 2015 las atenciones brindadas por el banco de sangre superaron las prestadas por hematología. Las pruebas de parasitología son las menos solicitadas por los servicios de hospitalización.

- **Servicios Intermedios**

En relación a los servicios diagnósticos, como Imagenología, anatomía patológica y otros servicios diagnósticos, que se evidencian en el cuadro posterior, al igual que laboratorio se producen en función de la demanda de los servicios finales (hospitalización, consulta y emergencia) y el cumplimiento de la meta está sujeto a la disposición de recursos, lo cual implica que debe revisarse y analizarse periódicamente, ya que existen situaciones que provocan que las metas programadas no se cumplan, de acuerdo a lo revisado en el Hospital esos servicios a veces no se ofrecen por falta de insumos o equipo, existe sub registro o inadecuado registro de la información, como en el caso de Farmacia, hay servicios que la metas establecida no ha sido bien establecida.

**El Hospital de la niñez brinda los siguientes servicios de Diagnóstico intermedios.**

**Imagenología:** Fluoroscopias, Radiografías, Ultrasonografías, Tomografía Axial Computarizada, Resonancias Magnéticas.

**Anatomía Patológica:** Biopsias Otras partes del cuerpo.

**Otros Procedimientos Diagnósticos:** Ecocardiogramas, Electrocardiogramas, Electroencefalogramas

**Tratamiento y Rehabilitación:** Cirugía Menor, Diálisis Peritoneal, Hemodiálisis, Fisioterapia, Terapias Respiratorias, Trabajo Social.

La información estadística de los servicios intermedios de diagnóstico no se encuentra dividida por área a la cual le brinda el servicio por lo tanto la información que se presenta incluye servicios dados a pacientes de consulta externa, emergencia y hospitalización. En el análisis presentado se excluye el área de farmacia y trabajo social debido a que se realizara un análisis específico para esas áreas del hospital.

*Tabla 280 Tendencia de producción de los servicios intermedios de Diagnóstico del año 2018-2015*

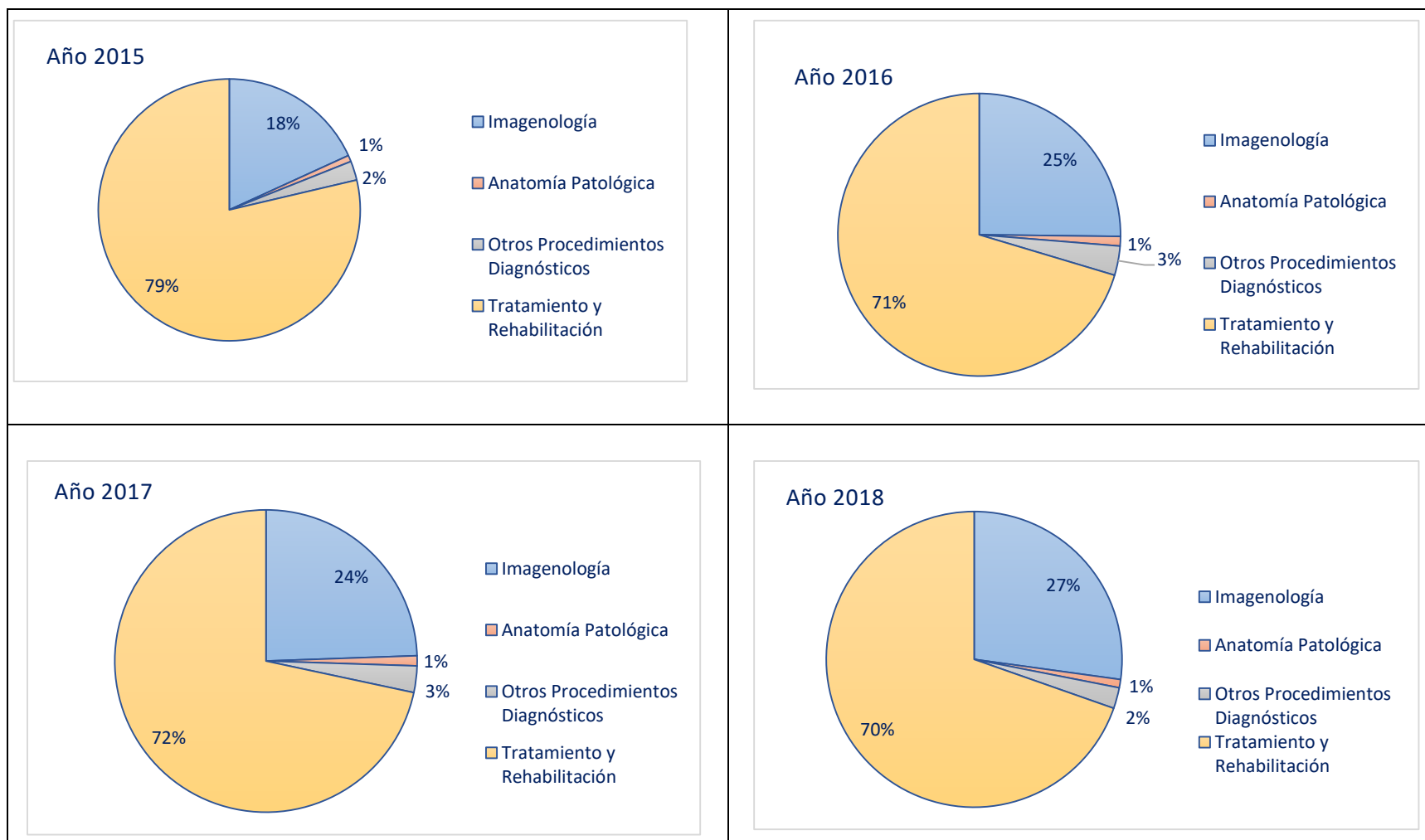
Servicios intermedios de Diagnóstico	2018	2017	2016	2015
Imagenología	35613	70436	71606	69187
Anatomía Patológica	1183	3092	3101	2985
Otros Procedimientos Diagnósticos	2998	8173	9521	8987
Tratamiento y Rehabilitación	91240	206485	200063	299308

Fuente: Elaboración propia, a partir de datos del SPME

Los servicios intermedios de Diagnostico que tienen una mayor demanda en el HNNBB es, Imagenología con una tendencia similar en los 2015 y 2016 y 2017, con un porcentaje similar con lo transcurrido del año que sigue la misma tendencia en lo que va del año 2018.

En el segundo lugar se encuentran los servicios de tratamiento y rehabilitación que en los últimos cuatro años han disminuido anualmente.

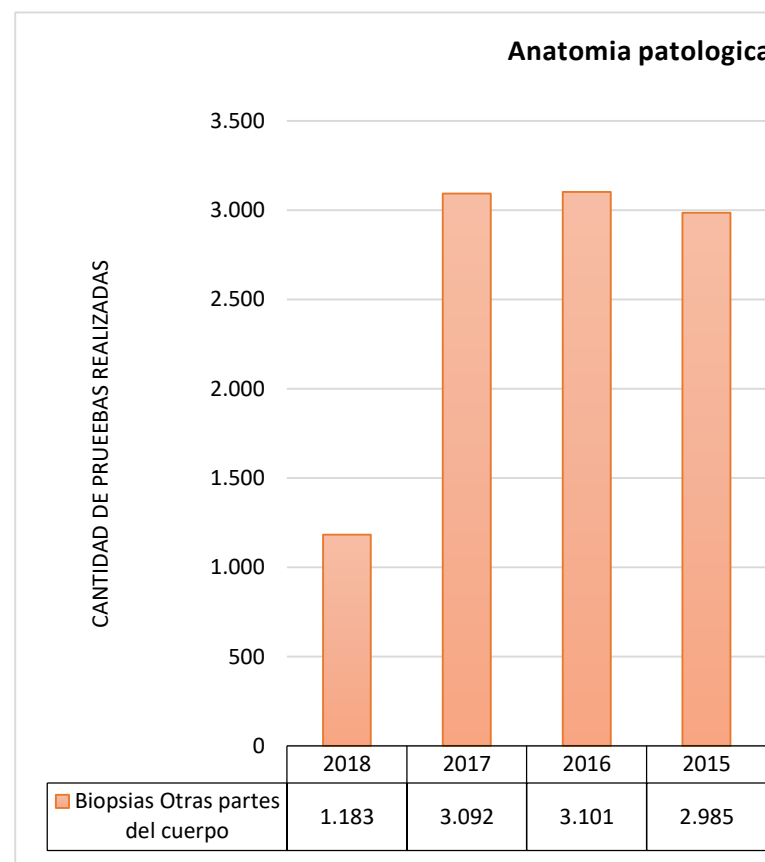
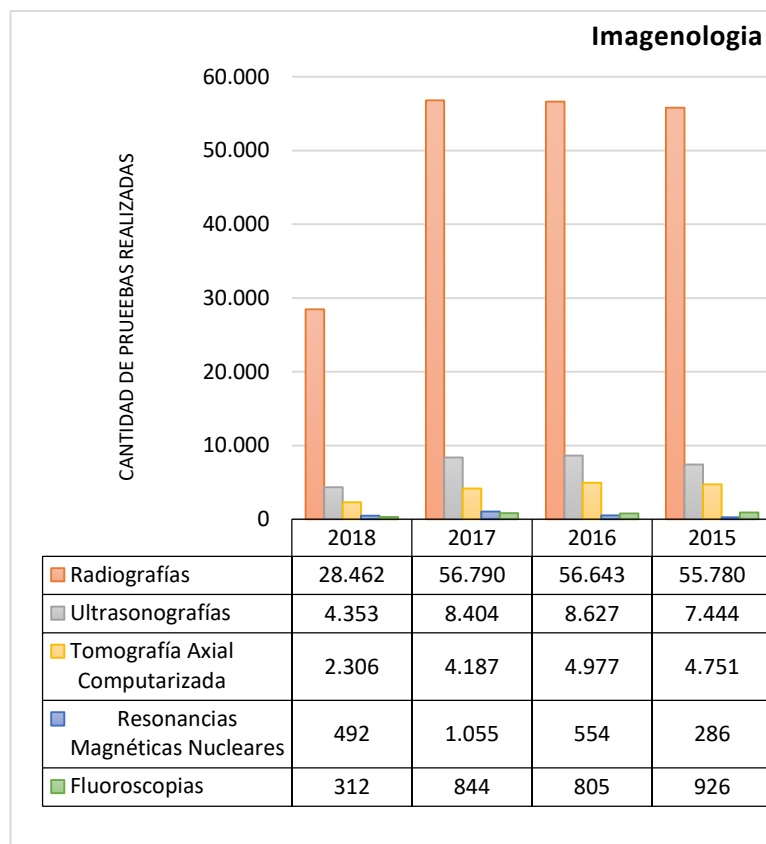
Tabla 281 Porcentaje de utilización de servicios intermedios de Diagnostico 2015- mayo 2018



Los servicios intermedios de Diagnostico que tienen una mayor demanda es, Tratamiento y Rehabilitación con una tendencia similar en los 4 años analizados que ronda arriba del 70% de atenciones, seguido de Imagenología del cual ha tenido un aumento considerable con respecto al año 2015. Se destaca que el HNNBB, en el área catalogada como anatomía patológica solo realiza biopsias de otras partes del cuerpo, en esta área los otros dos hospitales de la red de tercer nivel ofertan otros servicios.

Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME

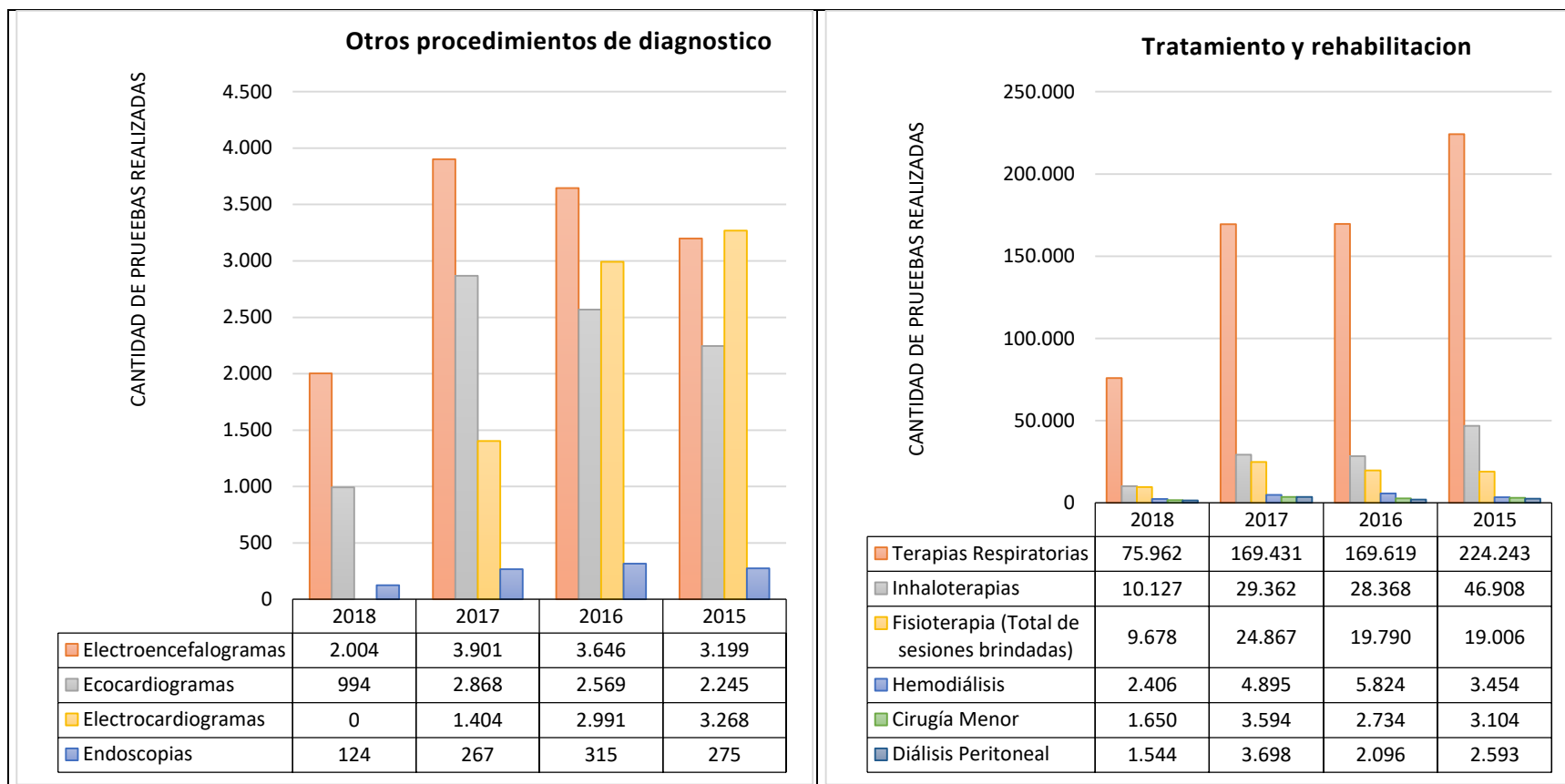
Tabla 282 Servicios brindados por áreas- Diagnósticos intermedio may2018-2015



- Los servicios más utilizados en el área de Imagenología son las radiografías, la tendencia de la realización de pruebas radiológicas se ha mantenido en los últimos cuatro años en un promedio de 56,000 realizadas, en segundo lugar, son ultrasonografías que han tendido una tendencia. Los exámenes menos realizados son las resonancias magnéticas y el fluoroscopio.
- La única biopsia que se realiza en el área de anatomía patológica es la catalogada como la de otras partes del cuerpo y se ha mantenido así desde el 2015, la tendencia es constante.

Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME

Tabla 283 Servicios brindados por áreas- Diagnósticos intermedio mayo2018-2015



- En otros procedimientos de diagnóstico los electroencefalogramas son los más utilizados, se ha incrementado su producción a partir del 2015, los ecocardiogramas le siguen en orden de frecuencia su utilización se ha mantenido constante en el tiempo.
- En los procesos de rehabilitación las terapias respiratorias encabezan la listas de producción, la cual ha mantenido en el periodo analizado, las inhalo terapias están en segundo lugar en el año 2015 hubo una producción de 20,000 más con respecto a los años siguientes.

Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME

- **Servicios generales**

Se puede concluir que se vuelve difícil el análisis y evaluación específica de los resultados, debido a que los datos se reportan agrupados y no reflejan la realidad institucional, porque por ejemplo en Alimentación y lavandería las metas estimadas para los servicios de Hospitalización son calculados por el mismo sistema SPME, tomando en cuenta la producción y el indicador de estancia del año anterior, pero no se consideran para los servicios de Hospitalización de día que también tienen una demanda importante. En relación a los datos de lavandería, la producción reportada al Sistema no es toda, ya que solo se ingresa la de los servicios finales. Es importante recalcar que la producción de lavandería es superior a la reportada en el SPME, dado que este servicio produce también para los servicios complementario y en pequeñas proporciones en servicios administrativos, sin embargo, para efectos de evaluación del SPME solo se reporta lo producido para los servicios finales y la meta es establecida al igual que alimentación en base a los egresos proyectado, lo cual es necesario revisar y ajustar a la realidad del Hospital.

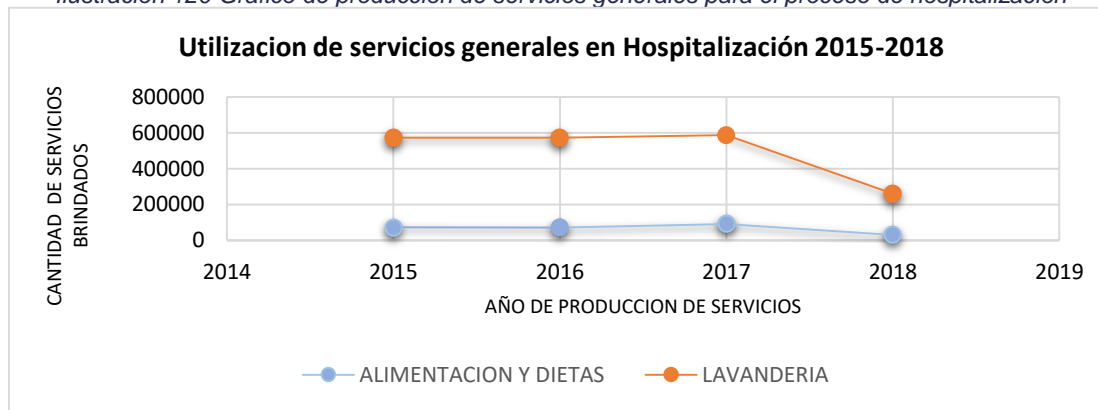
Tabla 284. Tendencia de producción de los servicios de alimentación y lavandería, para el proceso de hospitalización

Año	2015	2016	2017	2018
Alimentación y dietas	72423	71284	91571	29980
Lavandería	571932	572878	586150	260487
Egresos totales de hospitalización	12857	12327	12371	5936
Promedio de tiempos de comida	5.63	5.78	7.40	5.05
Promedio de libras de ropa	44.48	46.47	47.38	43.88

Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME y SIMMOW

Al analizar los datos de la tabla y observar el gráfico el servicio de alimentación y dietas realizó, ha tenido una tendencia irregular en el tiempo, en el año 2017 hubo un incremento alrededor de 91,571 dietas servidas con respecto al año 2015, y del 2016 al 2017 hay una disminución de 20,000 dietas producidas. Las libras de ropa han permanecido constantes en el tiempo analizado. Por cada egreso, generado por los servicios de hospitalización se sirven por paciente en promedio en los últimos cuatro años 6 dietas, del 2016 al 2018 teniendo un leve incremento en el año 2017. La carga por paciente de ropa lavada, no registra cambios que se consideren.

Ilustración 120 Gráfico de producción de servicios generales para el proceso de hospitalización



Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME

Al analizar los datos de la tabla y observar el gráfico el servicio de alimentación y dietas realizó aproximadamente el mismo número de servicios en los años 2015 y 2016, en el año 2017 hubo un aumento de alrededor de 20,000 dietas servidas, las libras de ropa lavadas aumentaron en el año 2017. Por cada egreso, generado por los servicios de hospitalización se sirven por paciente en promedio en los últimos cuatro años 6 dietas, en el año 2017 se da un aumento de 2 dietas servidas por paciente egresado. Se lavan aproximadamente un promedio de 45 libras de ropa por egreso.

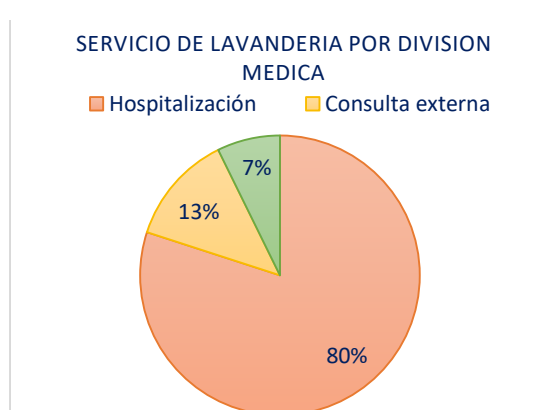
Ilustración 121 Servicio de lavandería por división médica

Tabla 285 Libras de ropa lavada por división médica

Libras de ropa lavada por división médica 2015-may2018	
Hospitalización	1991,447
Consulta externa	316,867
Emergencia	181,197

Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME

La tabla anterior, destaca que los servicios de hospitalización son los que mayormente demandan los servicios de lavandería, debido a la parte de hostelería que se brinda



Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME

El proceso de hospitalización, ha hecho uso del servicio de lavandería en un porcentaje del 80% promediando las actividades realizadas por lavandería desde el 2015 a mayo 2018, por lo cual este es un factor determinante para que el proceso de hospitalización se realice eficientemente.

### Utilización de servicios de lavandería por especialidad médica de hospitalización

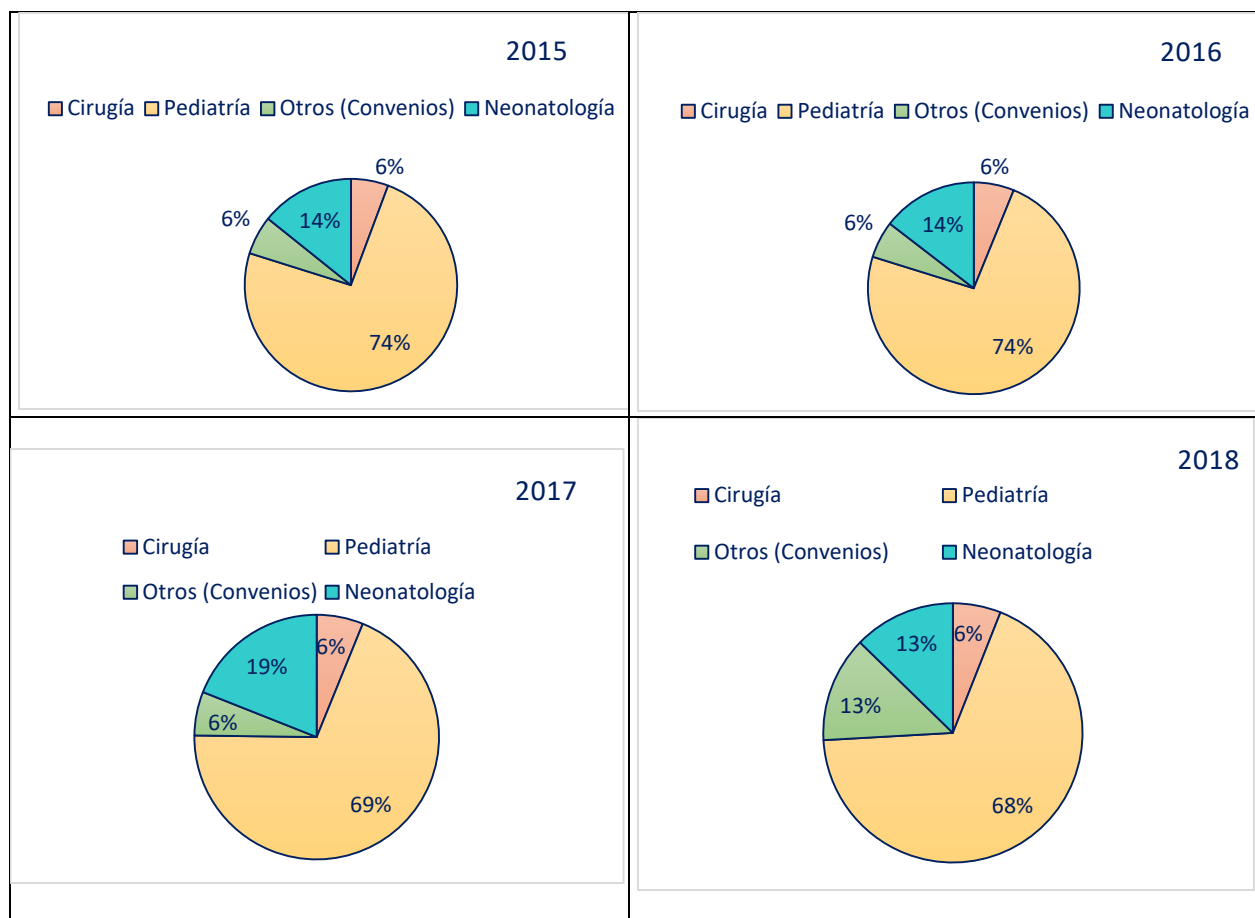
Tabla 286. Libras de ropas lavadas desde el año 2015-may 2018 para los servicios de hospitalización

Especialidades de hospitalización / uso de lavandería				
Año	2018	2017	2016	2015
Cirugía pediátrica	15,595	36,095	35,283	32,559
Medicina Pediátrica	177,441	404,744	421,945	424,141
Otros (Convenios)	34,343	33,934	32,259	33,724
Neonatología	33,108	111,377	83,391	81,508
<b>Total</b>	<b>260,487</b>	<b>586,150</b>	<b>572,878</b>	<b>571,932</b>

Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME

En los cuatro años se puede observar que en la especialidad de Medicina pediátrica de los servicios de hospitalización que cuenta con 5 subespecialidades, utiliza un promedio de 74% en los años 2015-2016, en el 2017 y lo que va del 2018 está utilización disminuye al 69% los servicios de Lavandería. En la especialidad de Neonatología es la que ocupa el segundo lugar en la utilización del área de lavandería.

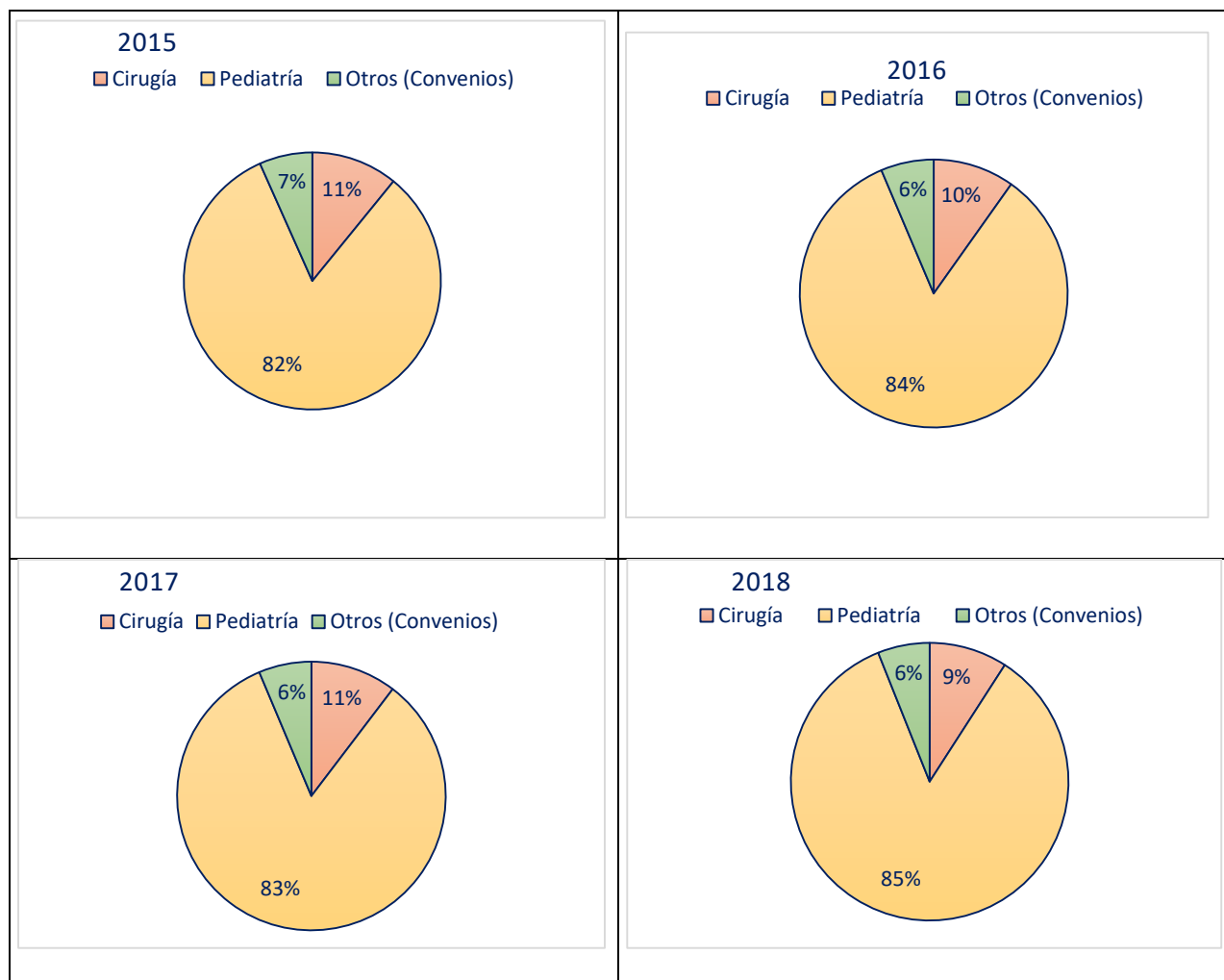
Tabla 287 Utilización de servicios de lavandería por especialidad médica de hospitalización 2015-may 2018.



Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME.



Tabla 288. Utilización del servicio de alimentación y dietas por especialidad Médica de hospitalización



Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME

Tabla 289. Dietas servidas a las especialidades donde se realiza el proceso de hospitalización

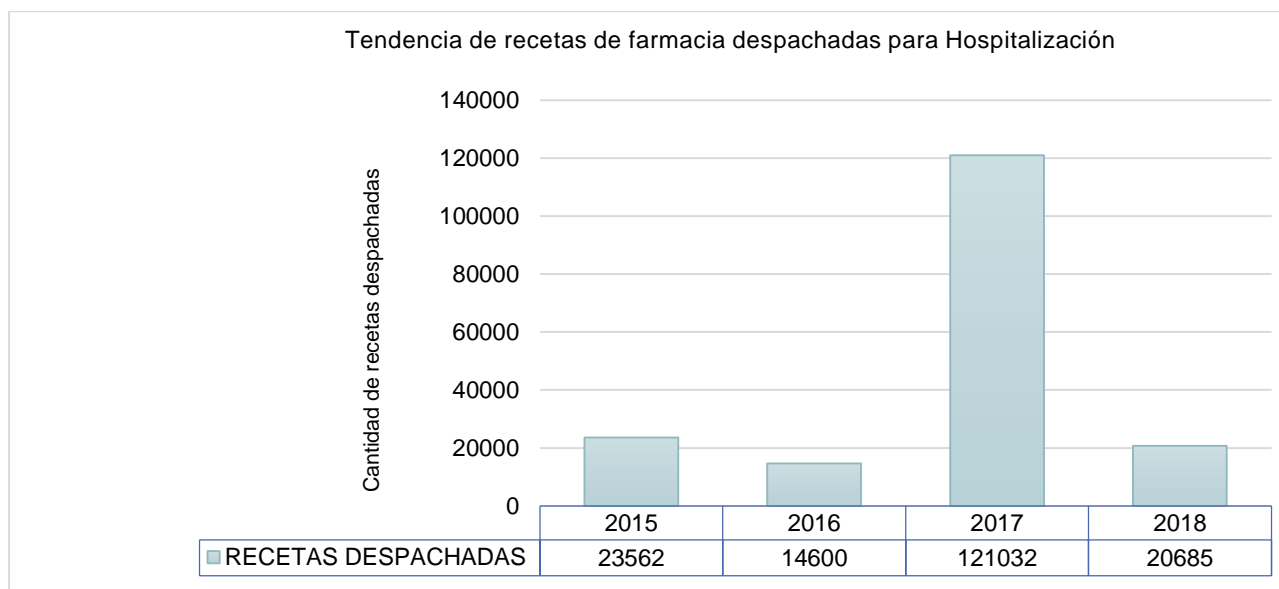
Especialidades de hospitalización / alimentación y dietas				
Año	2018	2017	2016	2015
Cirugía pediátrica	2,732	9,482	7,004	7,879
Medicina Pediatría	25,436	76,280	59,729	59,708
Otros (Convenios)	1,812	5,809	4,551	4,836
<b>Total</b>	<b>29,980</b>	<b>91,571</b>	<b>71,284</b>	<b>72,423</b>

Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME

La especialidad de medicina pediátrica utiliza en un promedio de 83% el servicio de alimentación y dietas el porcentaje se ha mantenido constante en los últimos años. La especialidad de cirugía pediátrica utiliza este recurso en un porcentaje del 10%

### 3.7.17 Análisis de medicamentos del Hospital Nacional Benjamín Bloom

Ilustración 122. Gráfico de tendencia de recetas despachadas en los servicios de hospitalización

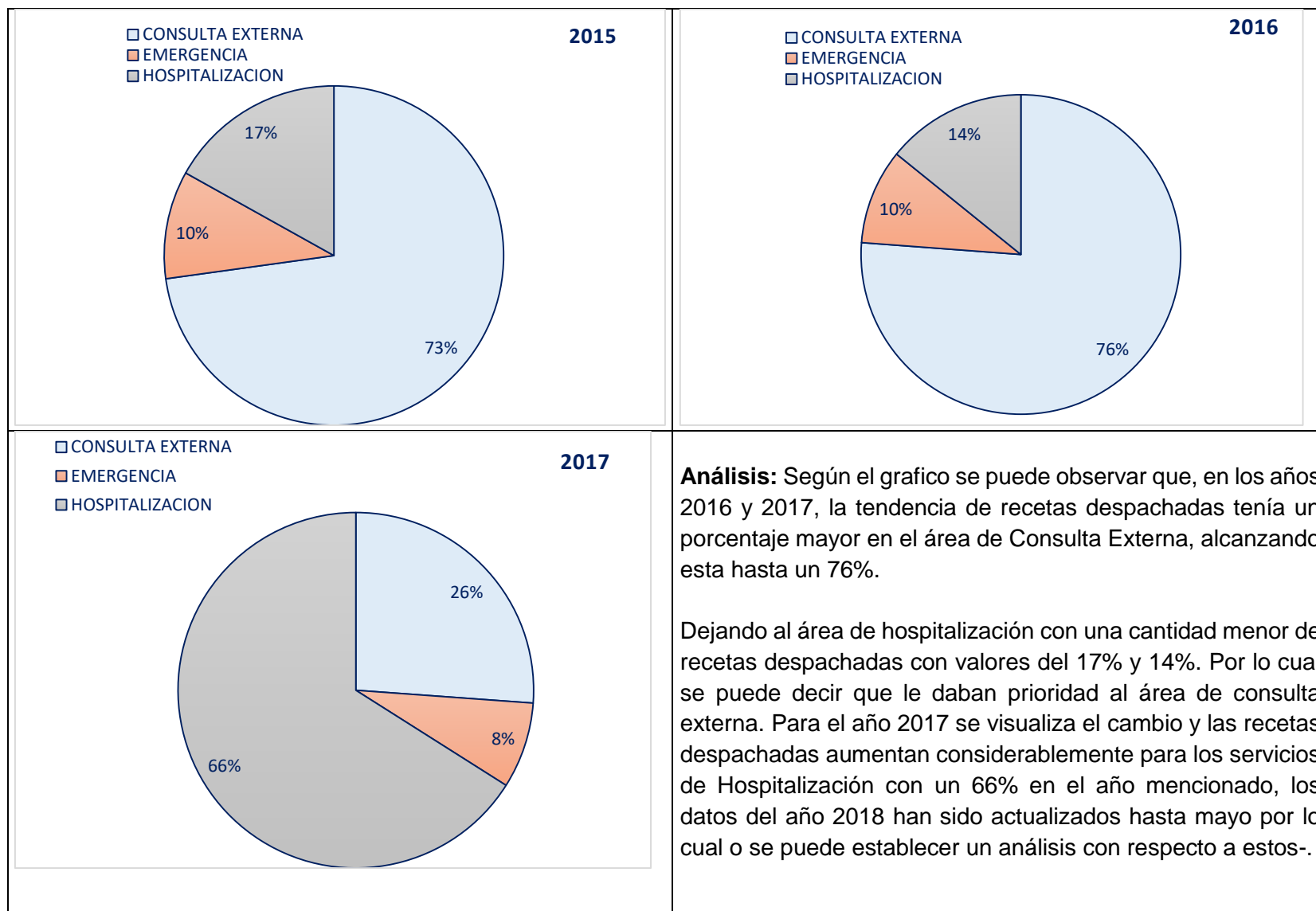


Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME.

**Análisis:** Al comparar los años 2015 y 2016, este último disminuyó un 38% con respecto al primero. Comparando el año 2016 con el año 2017, se observa que en el 2017 existe un aumento desproporcional de un 729%, no se puede comparar el año 2018 debido que solo hay información actualizada hasta mayo 2018. Pero la cantidad de medicamento despachado hasta la fecha es superior al entregado en los servicios de hospitalización en el año 2016. Estas diferencias también se pueden dar por falta de registro de información en el sistema

El programa SPME no registra la cantidad de recetas que no fueron despachadas por el Hospital, debido a que no se registra contable y físicamente la receta que no se despachó, si no que esta se entrega al familiar para que él pueda obtener el medicamento en cualquier farmacia privada. Estas recetas despachadas abarcan tanto los medicamentos que le fueron suministrados en la estancia del paciente por el servicio y aquellos que le fueron entregados al Momento del alta. Al no existir un control de lo que no se pudo suministrar, el pedido anual de medicamento se realiza en base a lo que se despachó, por lo cual siempre habrá falta de medicamento. Otro factor importante es el presupuesto que también se toma encuentra para elaborar el pedido de medicamento que se realiza de forma conjunta por el MINSAL para toda la red de centros de salud. El sistema informático proporciona la opción para ingresar las recetas no despachadas, pero este campo no se alimenta. El SPME, el nivel de abastecimiento programado para el año 2017 fue de 85%, el cual no fue alcanzado y se cubrió solamente el 81.34%

Tabla 290 Recetas despachadas en las áreas médicas del HNNBB del año 2015-2017



Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME.

### 3.7.18 Análisis de indicadores del Hospital de Niños Benjamín Bloom

Proceso, subproceso y procedimiento	Nombre del indicador	Código del indicador	Formula	Datos	Interpretación	
Proceso: Hospitalización OPT-HOS	Subproceso: Gestión de ingreso OPT-HOS-GDI Procedimiento: Recepción de Documentos para Hospitalización OPT-HOS-GDI-01	Promedio diario de ingresos	IN26-OPT-HOS-GDI-01	Nº de ingresos en un periodo / Nº de días del periodo	$\frac{11,435}{365 \times 12} = 2.61$	En promedio ingresan 2.61≈3 pacientes en un día
		Porcentaje de Ingreso procedentes de emergencia	IN27-OPT-HOS-GDI-01	(Nº de Pacientes ingresados provenientes de emergencias / Total de pacientes ingresados al día) x 100	$\frac{7,661}{11,435} \times 100 = 67$	El 67% de los pacientes ingresados son provenientes del área de emergencias.
		Porcentaje de Ingreso procedentes de consulta externa	IN28-OPT-HOS-GDI-01	(Nº de Pacientes ingresados provenientes de consulta externa / Total de pacientes ingresados al día) x 100	$\frac{3,774}{11,435} \times 100 = 33$	El 33% de los pacientes ingresados son provenientes del área de consulta externa.
	Subproceso: Evaluación médica OPT-HOS-EM Procedimiento: evaluación del paciente OPT-HOS-EM-01	Porcentaje de pacientes delicadas	IN28-OPT-HOS-EM-01	(pacientes delicados / total de pacientes ingresados) x100	$\frac{511}{11,435} \times 100 = 4.46$	El 4.46% de los pacientes ingresados se encuentran en estado delicado.

<p>Subproceso: <i>Gestión de indicaciones</i>  OPT-HOS-GDI  Procedimiento: <i>Gestionar indicaciones</i>  OPT-HOS-GDI-01</p>	Porcentaje de recetas dispensadas para los servicios de hospitalización	IN30-OPT-HOS-GDI	(Nº de recetas dispensadas por cada pacientes-día / Nº de recetas prescritas en el mismo periodo) x100	$\frac{121,032}{153,205} \times 100 = 79$	Del total de recetas prescritas solo el 79% fueron dispensadas.
	Porcentaje de dietas servidas para los servicios de hospitalización	IN31-OPT-HOS-GDI-01	(Nº de dietas servidas por cada pacientes-día / Nº de dietas prescritas en el mismo periodo) x100.	$\frac{85,762}{87,334} \times 100 = 98.2$	El 98.2% de las dietas prescritas por el médico son servidas por cada paciente.
	Porcentaje de exámenes realizados para los servicios de hospitalización	IN32-OPT-HOS-GDI-01	(Nº de exámenes realizados por cada pacientes-día / Nº de exámenes prescritos en el periodo) x100.	$\frac{574,197}{307,057} \times 100 = 187$	El 87% de exámenes son realizados de manera de reproceso.
<p>Subproceso: <i>Gestión de alta médica</i>  OPT-HOS-GAM  Procedimiento: <i>Alta por mejoría clínica</i>  OPT-HOS-GAM-01</p>	Numero de egresos por mejoría de salud	IN33-OPT-HOS-GAM-01	Nº de egresos con mejoría de salud / total de egresos del mismo periodo x 100	$\frac{10,971}{11,374} \times 100 = 96.46$	El 96.46% de los pacientes son egresados vivos.

<p>Subproceso: <i>Gestión de alta médica</i>  <i>OPT-HOS-GAM</i>  Procedimiento: Alta por traslado otro servicio  OPT-HOS-GAM-02</p>	<p>Numero de transferencia de otro servicio</p>	<p>IN34-OPT-HOS-GAM-02</p>	<p>Nº de pacientes trasladados a otros servicios / N.º de pacientes ingresados en el mismo periodo x 100</p>	$\frac{1,930}{11,435} \times 100 = 16.87$	<p>El 16.87% de pacientes son trasladados a otros servicios.</p>
<p>Subproceso: <i>Gestión de alta médica</i>  <i>OPT-HOS-GAM</i>  Procedimiento: Alta por traslado a otro centro de atención  OPT-HOS-GAM-03</p>	<p>Numero diario de transferencia a otro centro de atención</p>	<p>IN35-OPT-HOS-GAM-03</p>	<p>(Nº de pacientes transferidos a otro centro de atención / N.º de pacientes ingresados en el mismo periodo x 100</p>	$\frac{3}{11,435} \times 100 = 0.03$	<p>El 0.03% de pacientes son trasladados a otro centro de atención.</p>
<p>Subproceso: <i>Gestión de alta médica</i>  <i>OPT-HOS-GAM</i>  Procedimiento: Alta por defunción  OPT-HOS-GAM-04</p>	<p>Numero diario de defunciones</p>	<p>IN36-OPT-HOS-GAM-04</p>	<p>Nº de egresos por defunción hospitalaria / total de egresos del mismo periodo</p>	$\frac{403}{11,374} \times 100 = 3.54$	<p>El 3.54% de los pacientes muere en hospitalización.</p>
<p>Subproceso: <i>Gestión de alta médica</i>  <i>OPT-HOS-GAM</i>  Procedimiento: Alta exigida  OPT-HOS-GAM-05</p>	<p>Numero de egresos por alta exigida</p>	<p>IN36-OPT-HOS-GAM-05</p>	<p>Nº de egresos por alta exigida / Nº de ingresos del periodo</p>	$\frac{113}{11,435} \times 100 = 0.99$	<p>El 0.99% de pacientes ingresados pidieron el alta.</p>

INDICADORES DE EFICIENCIA					
Proceso: <i>Hospitalización OPT-HOS</i>	Porcentaje de ocupación de camas.	IN38- <i>OPT-HOS</i>	(N° día cama ocupado / N° Días camas disponibles) X 100	$\frac{99,532}{100,375} \times 100 = 99.16$	Las camas se están utilizando en un 99.16%.
	Promedio de días estancia	IN39- <i>OPT-HOS</i>	Total, días estancias de egresos / N° egresos hospitalarios	$\frac{99,532}{11,374} = 8.75$	En promedio un paciente tiene 8.75 días de estadía en un servicio de la hospitalización
	Giro cama o índice de rotación (anual)	IN40- <i>OPT-HOS</i>	N° egresos / N° camas disponibles	$\frac{11,374}{275} = 41.36$	Una cama está produciendo en promedio 41 egresos.
	Intervalo de tiempo de sustitución	IN41- <i>OPT-HOS</i>	(N° Días cama disponibles - N° de cama ocupado) / N° de egresos hospitalarios	$\frac{100,375 - 99,532}{11,374} = 0.07$	Si un paciente egresa, esa cama es ocupada por otro paciente en un período menor de un día.
INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD					
Proceso: <i>Hospitalización OPT-HOS</i>	Promedio diario de egreso	IN46- <i>OPT-HOS</i>	Total, de egresos / N° de días en el periodo.	$\frac{11,374}{365 \times 12} = 2.6$	En promedio egresan 2.6≈3 pacientes en un día.

	Tiempo de espera desde que se da indicación en consulta externa	IN46- <i>OPT-HOS</i>	N° total de días de espera desde que se le en consulta externa hasta el ingreso a l servicio en un periodo / Total de pacientes ingresados en ese mismo periodo	$\frac{68,838.7 \text{ dia}}{11,435}$ = 6.02 <i>dias</i>	En promedio un paciente espera días para ser llevado a un servicio de hospitalización desde que se le indica en el área de consulta externa.
	Tiempo de espera desde que se da indicación en emergencia	IN47- <i>OPT-HOS</i>	N° total de horas de espera desde que se le indica en emergencia hasta el ingreso al servicio en un periodo / Total de pacientes ingresados en ese mismo periodo	$\frac{56,031.5 \text{ hr}}{11,435}$ = 4.9 <i>hr</i>	En promedio un paciente espera 4.9hr y minutos para ser llevado a un servicio de hospitalización desde el área de emergencia.
	Tasa neta de mortalidad	IN48- <i>OPT-HOS</i>	(N° defunciones hospitalarias* / N° de egresos en el mismo período) X 100	$\frac{403}{11,374} \times 100$ = 3.54	Tasa neta de mortalidad es de 3.54%

Tabla 291 Indicadores actuales en el HNNBB



**Porcentaje de utilización de la capacidad instalada en los servicios de hospitalización**

Especialidades		Nº de camas	Calculo camas	Camas faltantes	CI	Egreso	% de utilización	Programado	Días de estancia	Promedio día de estancia
Cirugía	Cirugía Pediátrica	33	35	-2	2,098	2224	106%	2,059	10,860	4,88
	cirugía reconstructiva pediátrica	18	23	-5	726	935	129%	1,119	7,193	7,69
	Neurocirugía Pediátrica	29	26	3	1,142	1005	88%	1,186	7,920	7,88
	Otorrinolaringología	6	5	1	503	424	84%	683	1,567	3,70
	Oftalmología Pediátrica	9	7	2	753	549	73%	801	2,035	3,71
	Ortopedia / Traumatismo	18	15	3	1,030	841	82%	801	4,557	5,42
Medicina Interna	Medicina Interna Pediátrica	24	31	-7	725	937	129%	977	9,622	10,27
	Neonatología	32	41	-9	395	508	129%	580	12,775	25,15
	Hematología Pediátrica	18	23	-5	700	877	125%	826	7,000	7,98
	Oncología Pediátrica	43	57	-14	1,046	1386	132%	1,658	17,676	12,75
	Infectología Pediátrica	36	47	-11	1,077	1411	131%	1,831	14,633	10,37
	Nefrología Pediátrica	9	12	-3	209	277	132%	234	3,694	13,34

Tabla 292 Capacidad instalada utilizada en los servicios de Hospitalización del HNNBB

**Análisis:**

**Gráfico 1.**

En la primera grafica se observa que los servicios de hospitalización, superan la meta programada en los años en 3 de los servicios: cirugía, ortopedia y hematología. Por lo cual no se debe fortalecer el proceso de planificación del hospital para establecer metas alcanzables y acordes a la realidad del hospital. A demás de alimentar los sistemas de información de manera periódica.

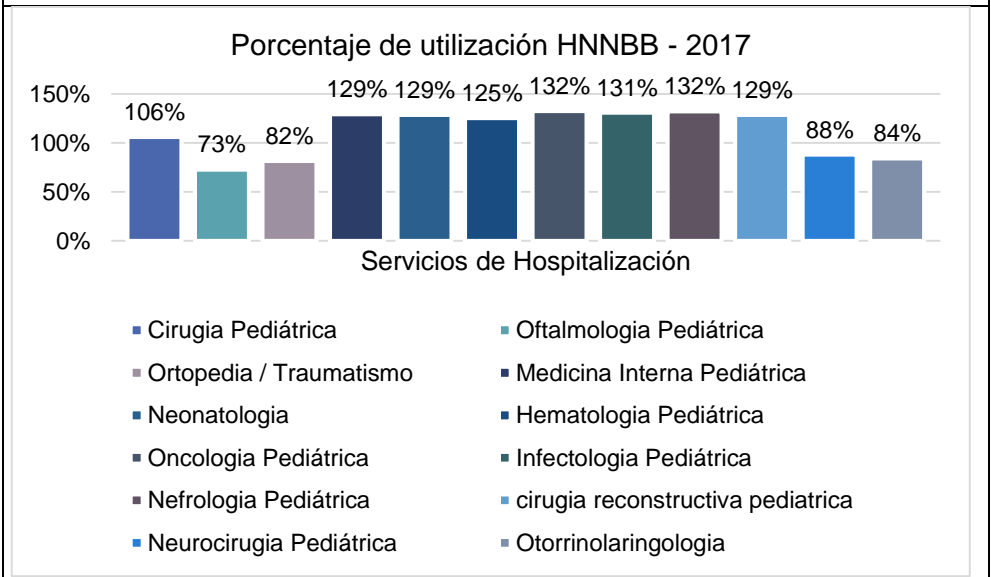
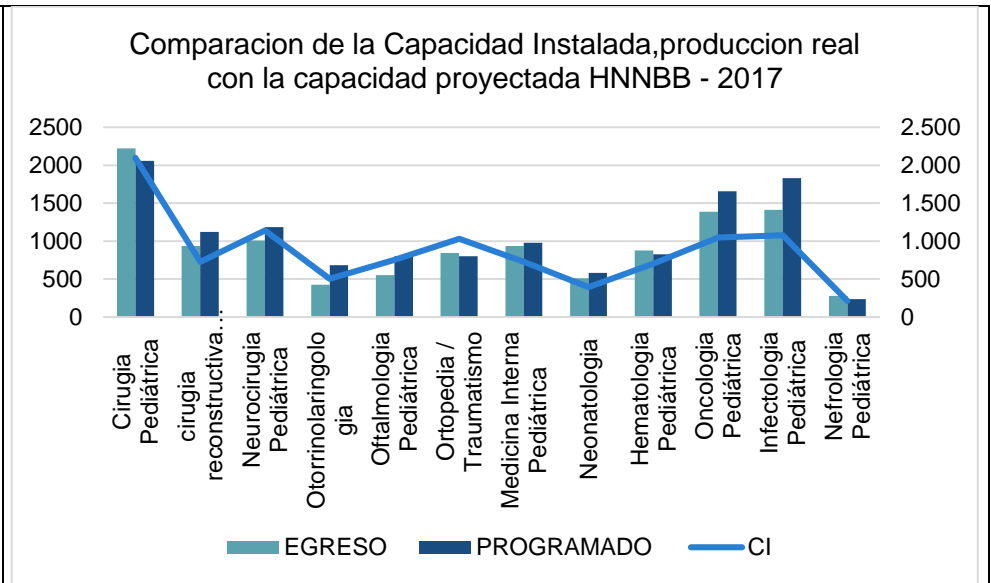
En todos a mayoría de servicios posee un déficit en la capacidad instalada teórica. En 8 de los servicios tengo un déficit de capacidad instalada en los otros cuatro restantes el porcentaje de utilización de la capacidad instalada es menor del 100%, en un rango del 73% al 88%.

La programación de metas supera a la capacidad instada, me programo atender a más pacientes de los que mi capacidad permite, como promedio tengo un porcentaje de utilización de la capacidad instalada del 109%.

**Gráfico 2.**

Se puede observar en el grafico 2 (porcentaje de utilización HNNBB – 2017) que todos los servicios están sobre utilizados, ya que la cantidad de egresos sobrepasa la capacidad instalada de cada servicio, se observó que ingresan camas a los servicios para que los pacientes reciban la atención necesaria, las cuales no incluyen en las camas censables del servicio.

Los servicios que producen menos según la capacidad instalada son neurocirugía, neonatología, oncología, nefrología.



## Hospital Nacional de la Mujer



### 3.7.19 Análisis de la Filosofía de la institución

#### Misión

“Proporcionar atención médica en las especialidades de ginecología, obstetricia, neonatología y sus ramas afines con calidad y con alto sentido humano a la población, así como realizar investigación científica y participar en el desarrollo del recurso humano médico, de enfermería y paramédico para cumplir con los requerimientos y exigencias según estándares internacionales de calidad y seguridad.”

*Cuadro 98 Análisis de la misión de Hospital Nacional de la Mujer*

Componente	Análisis
<b>Clientes</b> ¿Quiénes son ellos?	a la población, aunque queda general no hace referencia a su cliente, la mujer
<b>Productos</b> ¿Cuáles son los productos o servicios de la organización?	atención médica en las especialidades de ginecología, obstetricia, neonatología y sus ramas afines
<b>Mercado</b> ¿Dónde compite la organización?	No lo manifiesta explícitamente, sin embargo, el nombre de la organización “Hospital Nacional de la mujer” denota el mercado al que está dirigido.
<b>Tecnología</b> ¿Cuál es la tecnología básica de la organización?	realizar investigación científica
<b>Preocupación por la supervivencia, rendimiento y rentabilidad</b> ¿Cuáles son los objetivos económicos de la organización?	No se menciona explícitamente. Sin embargo, expresa que es una institución Nacional, por lo tanto, sus fondos provienen del estado.
<b>Concepto propio</b> ¿Cuáles son las principales fortalezas y ventajas competitivas de la organización?	participar en el desarrollo del recurso humano médico, de enfermería y paramédico
<b>Filosofía</b> ¿Cuáles son las creencias básicas, valores, aspiraciones y prioridades filosóficas de la organización?	cumplir con los requerimientos y exigencias según estándares internacionales de calidad y seguridad
<b>Preocupación por su imagen pública</b> ¿Cuál es la responsabilidad pública de la organización y qué imagen desea?	calidad y seguridad, como parte de la imagen que brinda a la población
<b>Preocupación por los empleados</b> ¿Cuál es la actitud de la organización hacia sus empleados?	desarrollo del recurso humano médico, de enfermería y paramédico

La misión del HNM cumple con los componentes principales en su elaboración, es de tener atención en los componentes del cliente, el cual no está debidamente establecido y el cumplimiento de la supervivencia la cual no se encuentra de manera explícita.

### Visión

“Ser el hospital de referencia a nivel nacional en la especialidad de ginecología, obstetricia y neonatología con mejores ambientes de infraestructura, tecnología y recurso humano, que garanticen proporcionar atención médica de calidad a sus usuarias.”

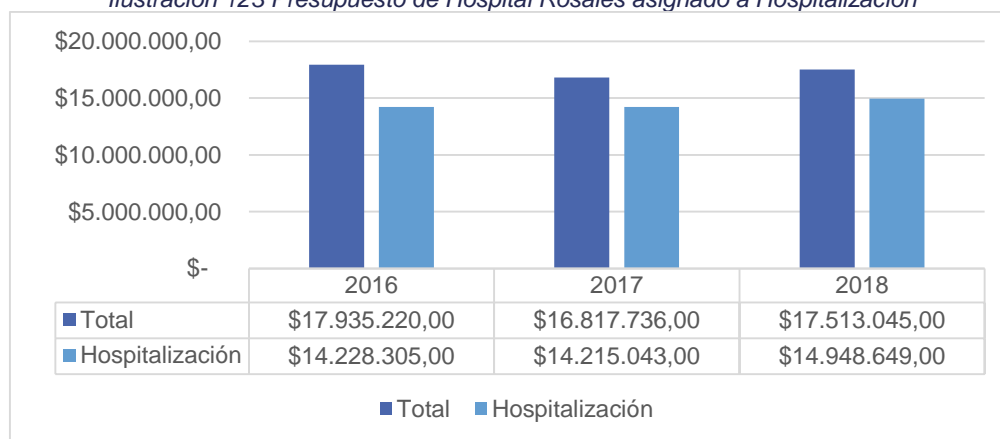
Cuadro 99 Análisis de la visión de Hospital Nacional de la Mujer

Componente	Análisis
¿Qué es lo que realmente queremos?	Ser el hospital de referencia a nivel nacional en la especialidad de ginecología, obstetricia y neonatología
¿A qué nos gustaría llegar en el futuro?	Ser el hospital de referencia a nivel nacional en la especialidad de ginecología, obstetricia y neonatología con mejores ambientes de infraestructura, tecnología y recurso humano
¿En qué lugar del mercado nos visualizamos en el futuro?	No lo manifiesta explícitamente, sin embargo, el nombre de la organización “Hospital Nacional de la mujer” denota el mercado al que está dirigido.
¿Cuál es el sueño de la organización?	garanticen proporcionar atención médica de calidad

La visión del HNM cumple con las características fundamentales que deben poseer, aunque no se proyecta un tiempo establecido en el futuro.

### 3.7.20 Análisis del Presupuesto

Ilustración 123 Presupuesto de Hospital Rosales asignado a Hospitalización



Fuente: Elaboración propia, a partir de planes operativos 2016-2018

El presupuesto del hospital a pesar que tiene variaciones en los últimos años no muestra un cambio significativo, y al ser de esta manera existe una constancia en la planificación de las actividades para los siguientes periodos.

El área de hospitalización en el hospital HNM corresponde a más del 85%, del presupuesto total destinado a la institución, lo que en cuanto a recurso empleado en el área lo convierte en uno de los servicios misionales más importantes adentro del hospital.

### 3.7.21 Demanda de pacientes de Hospital Nacional de la Mujer

La capacidad instalada muestra cuántos usuarios se pueden atender en un determinado servicio; en este caso la capacidad instalada es la programación de los servicios para atender a los pacientes que requieren de un servicio de diagnóstico o tratamiento a través de la hospitalización, esta última se mide la capacidad con el número de camas para ingresar a pacientes con las que se cuenta en cada servicio (especialidad médica).

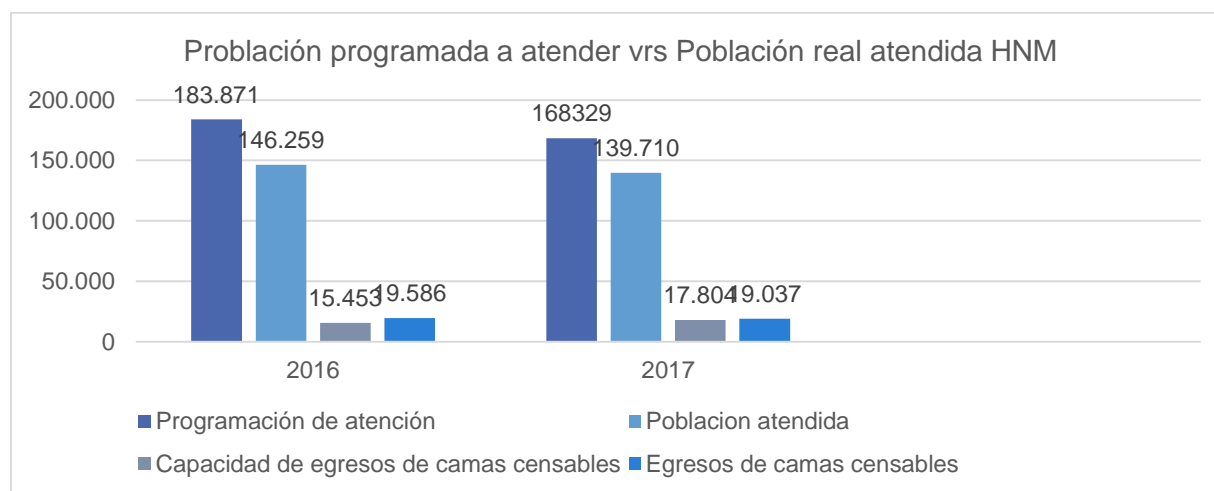
Tabla 293 Datos de población estimada y población atendida en HNM en los años 2016-2018

HNM	2016	2017	2018 (hasta sept)
Pacientes referidos (de otros hacia HNM)	2,487	8,417	7,798
Referencias a otro nivel	43	77	61
Programación de atención	183,871	168,329	-
Población atendida (hospitalización, partos, consulta externa, cirugía mayor)	146,259	139,710	-
Egresos totales	19,587	19,048	11,692
Egreso de hospitalización camas censables	19,586	19,037	11,659

Fuente: elaboración propia con datos de Planes Operativos anuales y SIMMOW

De los datos de la tabla anterior, se observa como de los egresos totales para el año 2016 los realizados por el área de hospitalización de camas censables es 99% y para el año 2017 es 98%; lo que establece que en el hospital de la mujer el principal generador de egresos se encuentra en hospitalización. En el tema de las referencias y retornos, existe una brecha amplia entre los pacientes que son enviados hacia el Hospital y los que este envía a otros niveles, datos que contrastan con lo expresado por el personal de los hospitales como se demostrara en el análisis de información primaria.

Ilustración 124 Población programada y atendida HNM



Fuente: POA HNM

Se ha aumentado la programación y la cantidad de población atendida en la atención general del hospital (consulta externa, cirugía mayor y hospitalización). La demanda a los servicios de hospitalización es mayor a la capacidad del programada del hospital, por lo cual la atención no es brindada de manera óptima.

Entre los diferentes servicios de atención que brinda el HNM, en el año 2017 las metas programadas fueron sobrepasadas por emergencia y consulta externa, sin embargo, el proceso de hospitalización contó con un 83% de realización. Este dato, aun estando por debajo del 100% de las atenciones es significativo pues el valor de egresos no representa el tiempo de estancia de cada uno de los egresos

### 3.7.22 Recursos Humanos disponibles en Hospital Nacional de la Mujer

Tabla 294 Recurso médico y de enfermería del servicio de hospitalización

Recurso	Horario	Subtotal	Total personal	Tiempo disponible del recurso		Disponibilidad de recursos por día
Medico jefe de servicio	6 horas	1	14	6	52 horas/día	6.5 recurso disponible en turno de 8 hora
	4 horas	10		40		
	2 horas	3		6		
Médico especialista I, II	8 horas	30	83	240	439 horas/día	54.87 recurso disponible en turno de 8 hora
	6 horas	9		54		
	4 horas	27		108		
	3 horas	3		9		
	2 horas	14		28		
Médico Residente	8 horas	38	38	304	304 h/día	38
Enfermera jefa de servicio	7 horas	12	12	84	86 h/día	12
Enfermera Hospitalaria	7 horas	114	114	792	792 h/día	114
Auxiliar de Enfermería Hospitalaria	7 horas	186	186	1302	1302 h/día	186
Ayudante de Enfermería	7 horas	15	15	105	105 h/día	15

Fuente: elaboración propia en base a Informe de Dirección y administración institucional de HNM 2018

Nota: El recurso corresponde a personal de atención Hospitalaria que incluye hospitalización, UCI y sala de operación

La tabla anterior desglosa el personal que se encuentra laborando en el área hospitalaria, de la cual se excluye emergencia y consulta externa que corresponde a personal de atención ambulatoria. Se tiene personal de acuerdo a cama:

- Médicos: 2.15 camas/médicos
- Enfermeras: 4.75 camas/enfermera

### 3.7.22.1 Cálculo de enfermeras necesarias para el proceso de hospitalización

	Cantidad de enfermeras	de Horas disponibles en 1 día	% del tiempo operativo	Tiempo operativo
Jefa	12	86	0,625	53,75
Hospitalaria	114	792	0,875	693
Ayudante	15	105	0,875	91,875
<b>Total</b>	<b>141</b>			<b>838,625</b>

Tabla 295 Enfermeras asignadas a servicios de Hospitalización

<b>Camas censables</b>	<b>214</b>
Egreso	19037
N° de h enfermera por día cama ocupado (promedio)	4
Promedio día de estancia (dato del 2017)	4,93
Cama ocupada al día	257
Camas demás	43
H de enfermeras al día por cama ocupada	1.029
Falta de h enfermera en 1 día	190
Falta de personal enfermera	<b>24</b>

Al hacer el análisis de la cantidad de personal de enfermeras que se necesita para atender cada una de las camas ocupadas, en los servicios de hospitalización según el estándar en horas proporcionado por el MINSAL en el cual una enfermera debe atender una cama ocupada que en promedio es de 4 horas, se observa los escasos de este recurso. El hospital de la mujer presenta una deficiencia de 24 enfermeras en la atención al paciente en el proceso de hospitalización. En este no se incluye a la auxiliar de enfermería, debido a que el manual de funciones este puesto de trabajo, el puesto no tiene a su responsabilidad cuidado médico de pacientes, solo auxilia a la enfermera.

### 3.7.23 Capacidad instalada de Hospital Nacional de la Mujer Dotación de camas en cada hospital

Tabla 296 Detalle de camas por área en el Hospitales de la Mujer, años 2016-2018

<b>2016</b>							
	Hospital	Camas censables	Camas no censables	Cirugía	Neonato censable	Bienestar magisterial	Total
PAO	HNM	178	192	--	50	0	420
MINSAL	HNM	172	120	0	50	0	342
<b>2017</b>							
PAO	HNM	142	204	26	50	0	422
MINSAL	HNM	172	120	0	50	0	342
<b>2018</b>							
PAO	HNM	138	204	26	50	10	428
MINSAL	HNM	168	120	0	50	0	338

Fuente: elaboración propia con datos de Plan Operativo anual de cada hospital (2016,2017,2018) y Datos del Ministerio de Salud, con el Sistema de Morbimortalidad en línea (SIMMOW).

En los datos del HNM, en el último año se han aumentado seis camas, y que de las camas censables se han asignado 10 a Bienestar magisterial. En las estadísticas que muestra el MINSAL, el hospital registra 90 camas menos, no se tiene contabilizado las que pertenecen a Bienestar Magisterial. Las camas no censables se han mantenido en cantidad en los últimos dos años y dentro de estos hay 100 cunas de neonatos (RN: recién nacidos) de cuidados intermedios e intensivos, según el plan operativo del HNM de 2017 y 2018.

Tabla 297 Indicadores de Hospitalización HNM

HNM		Cálculo	N° de camas actual	N° diferencia camas
Egresos del período	19037	303	214	89
Promedio día estancia programado	4.93			
Días del período	365			
Índice ocupacional programado	0.85			

Tabla 298. Camas requeridas por servicio de hospitalización

Camas requeridas por servicio - HNM					
			Cálculo	N° de camas	Diferencia
Ginecología	Egresos del período	117 2	10	10	0
	Promedio día estancia programado	2,61			
	Días del período	365			
	Índice ocupacional programado	0,85			
Obstetricia	Egresos del período	189	5	6	-1
	Promedio día estancia programado	7,75			
	Días del período	365			
	Índice ocupacional programado	0,85			
Infectología	Egresos del período	889	19	19	0
	Promedio día estancia programado	6,58			
	Días del período	365			
	Índice ocupacional programado	0,85			
Oncología	Egresos del período	175 4	16	19	-3



	Promedio día estancia programado	2,89			
	Días del período	365			
	Índice ocupacional programado	0,85			
Cirugía obstétrica	Egresos del período	2888	34	26	8
	Promedio día estancia programado	3,62			
	Días del período	365			
	Índice ocupacional programado	0,85			
Perinatología	Egresos del período	1882	20	48	-28
	Promedio día estancia programado	3,26			
	Días del período	365			
	Índice ocupacional programado	0,85			
Puerperio	Egresos del período	5320	43	36	7
	Promedio día estancia programado	2,51			
	Días del período	365			
	Índice ocupacional programado	0,85			
Neonatología	Egresos del período	4943	156	50	106
	Promedio día estancia programado	9,82			
	Días del período	365			
	Índice ocupacional programado	0,85			
					<b>89</b>

De acuerdo con la demanda de servicios prestados en el año 2017, actualmente se cuenta con 214 camas y se calcula el número de camas necesarias para prestar el servicio de hospitalización. Teniendo en cuenta que en el Hospital de la Mujer se utiliza un índice de ocupación del 85%, el hospital entonces, cuenta con un déficit de cama para prestar la atención de 89 camas; el servicio de Neonatología, presenta un déficit de 106 cunas, y este déficit es el que genera una falta de camas a nivel general.

### 3.7.24 Cumplimiento de meta.

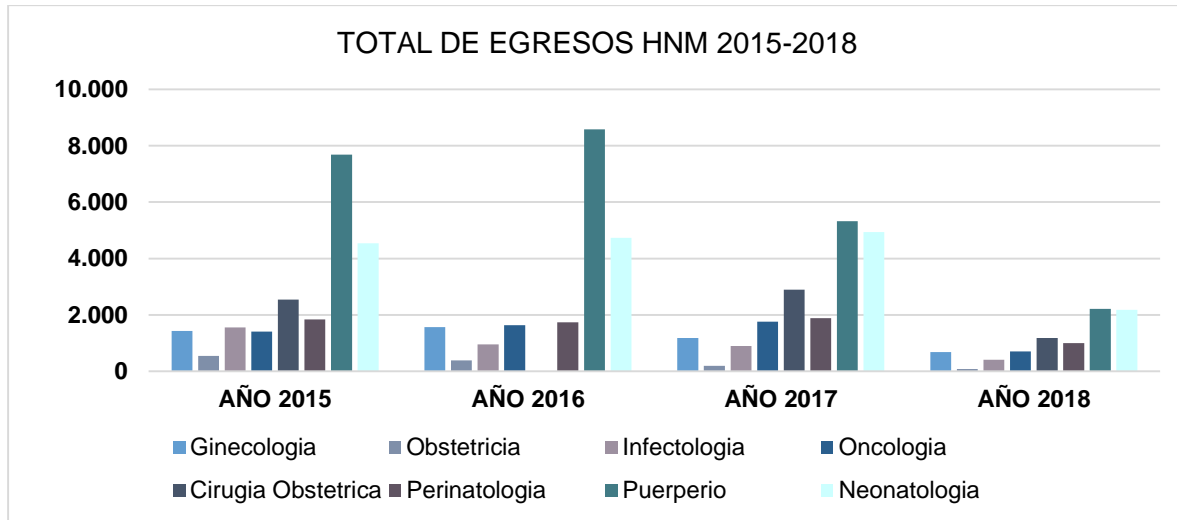
A continuación, se presentan los datos del cumplimiento de metas por cada servicio del HNM según lo programado.

Tabla 299 Cumplimiento de Metas HNM 2015-2018

RAMA	Especialidad	AÑO 2015			AÑO 2016			AÑO 2017			AÑO 2018		
		Egreso	Programado	%	Egreso	Programado	%	Egreso	Programado	%	Egreso	Programado	%
Especialidades Básicas	Ginecología	1,423	2,105	68%	1,561	1,800	87%	1,172	1,044	112%	676	1164	58%
	Obstetricia	540	589	92%	384	590	65%	189	300	63%	76	197	39%
Medicina Interna	Infectología	1,554	1,400	111%	946	1,710	55%	889	940	95%	407	865	47%
Departamento de Ginecología	Oncología	1,405	1,462	96%	1,636	1,200	136%	1,754	1,630	108%	704	1753	40%
Departamento de Obstetricia	Cirugía Obstétrica	2,540	4,070	62%	0	0	0%	2,888	3,000	96%	1172	3227	36%
	Perinatología	1,833	1,551	118%	1,738	1,551	112%	1,882	1,760	107%	999	1959	51%
	Puerperio	7,691	6,930	111%	8,588	10,156	85%	5,320	8,100	66%	2211	6009	37%
Neonatología	Neonatología	4,543	4,582	99%	4,733	4,550	104%	4,943	4,600	107%	2179	5045	43%
TOTAL		21,529	22,689	95%	19,586	21,557	91%	19,037	21,374	89%	8424	20219	42%

Tabla 300 Cumplimiento de metas por servicio de hospitalización del HNM

Ilustración 125 Egresos por Servicio HNM 2015-2018

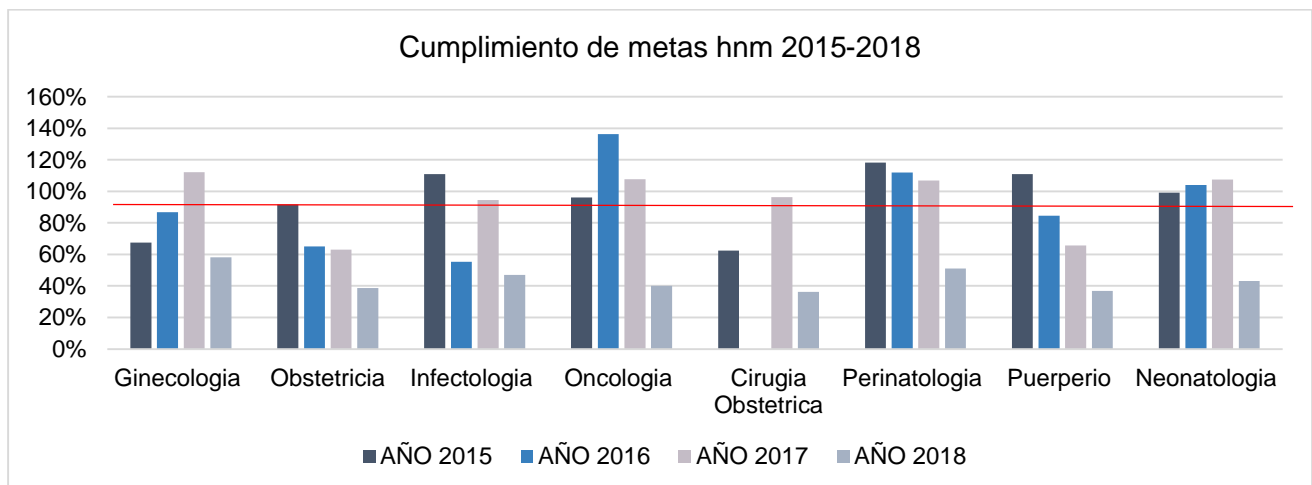


### Análisis de producción de Egresos

- El servicio que produce más egresos es el de Puerperio seguido de Neonatología y Cirugía Obstétrica.
- Dentro de la comparación anual se observa que el servicio de Puerperio en el año 2016 aumento su producción decayendo en el año 2017, mientras que el servicio de Neonatología ha aumentado su producción anualmente
- Con respecto al tipo de egreso, se observa que en el servicio de Neonatología se produce más egresos muertos.

Si estos egresos, los comparamos con lo que se ha programado año con año en los planes operativos, se observa el nivel de cumplimiento de metas de los diferentes servicios en los últimos tres años.

Ilustración 126 Cumplimiento de Metas HNM 2015-2018



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de SPME

Se observa que los servicios de Ginecología y Neonatología han aumentado el cumplimiento de metas, es decir están produciendo más egresos de lo programado, no así los demás servicios, el cual ha tenido una disminución o fluctuación en el cumplimiento de metas anualmente.

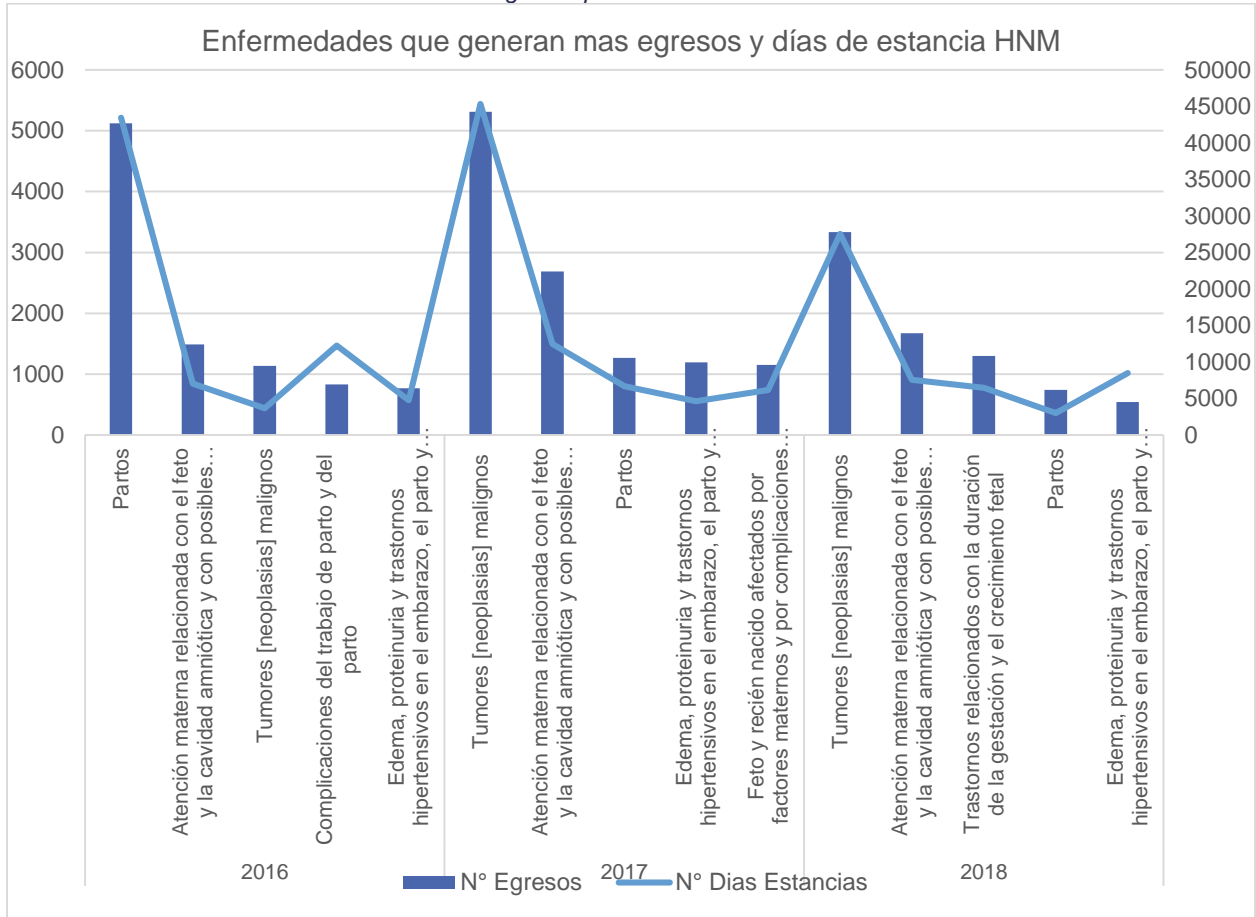
### Cantidad de egresos por enfermedad y causas que generan más días de estancia HNM

Se muestran en la siguiente tabla, las casusas patológicas que generan el mayor volumen de egresos en los servicios hospitalarios. También se muestran las enfermedades que generan más días de estancia de ingreso en el hospital.

Tabla 301 Enfermedades que generan más egresos y más días de estancia HNM

	Nombre	N° Egresos	N° Estancias	Días
2016	Partos	2351	4311	
	Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto	1857	6194	
	Tumores [neoplasias] malignos	1592	5912	
	Complicaciones del trabajo de parto y del parto	1501	4241	
	Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio	1367	5902	
2017	Tumores [neoplasias] malignos	1762	5257	
	Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto	1691	5695	
	Partos	1685	3223	
	Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio	1419	5302	
	Feto y recién nacido afectados por factores maternos y por complicaciones del embarazo, del trabajo de parto y del parto	1315	5614	
2018	Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto	721	2481	
	Tumores [neoplasias] malignos	687	2607	
	Trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal	632	12091	
	Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio	605	2474	
	Feto y recién nacido afectados por factores maternos y por complicaciones del embarazo, del trabajo de parto y del parto	587	2627	

Ilustración 127 Egresos por enfermedad HNM 2015-2018



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de SPME

Los padecimientos más comunes por el cual se producen egresos en el HNM son: Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto, Trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal y partos (fluctuando anualmente), Adema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio (aumentado).

Las causas de egresos nos ayudan a determinar las áreas a las cuales mayor atención se debe prestar, en este caso la atención de patologías no pertenecientes al nivel de atención que ofrece el Hospital Nacional de la mujer, lo que muestra deficiencias en la aplicación de las normativas de referencia y retorno, y del tipo de patologías a atender por nivel de atención.

### 3.7.25 Análisis de Servicios de apoyo de Hospital de la Mujer

La producción de los servicios intermedios de apoyo diagnóstico y rehabilitación y la producción de los servicios generales sirven para brindar el soporte logístico para la disponibilidad de tecnologías (medico quirúrgicas, enfermería, apoyo diagnóstico, abastecimiento) y servicios generales (lavandería, esterilización, servicios básicos, alimentación) para la atención oportuna y eficaz de las personas.

El hospital de la mujer cuenta con los siguientes servicios de diagnóstico y tratamiento que dan apoyo a la producción de servicios de Salud en las diferentes áreas del Hospital, Consulta Externa, Emergencia, Sala de Operaciones, UCI y Hospitalización. En el análisis se hará un enfoque en la relación que estos tienen con el proceso de Hospitalización.

- **Servicio de Laboratorio Clínico y Banco de Sangre**

El cual incluye exámenes y estudios para Hospitalización, Consulta Externa, Emergencias y atención a referidos. Las áreas que se atienden son: Hematología, Inmunología, Bacteriología, Parasitología, Bioquímica, Uroanálisis y Banco de Sangre.

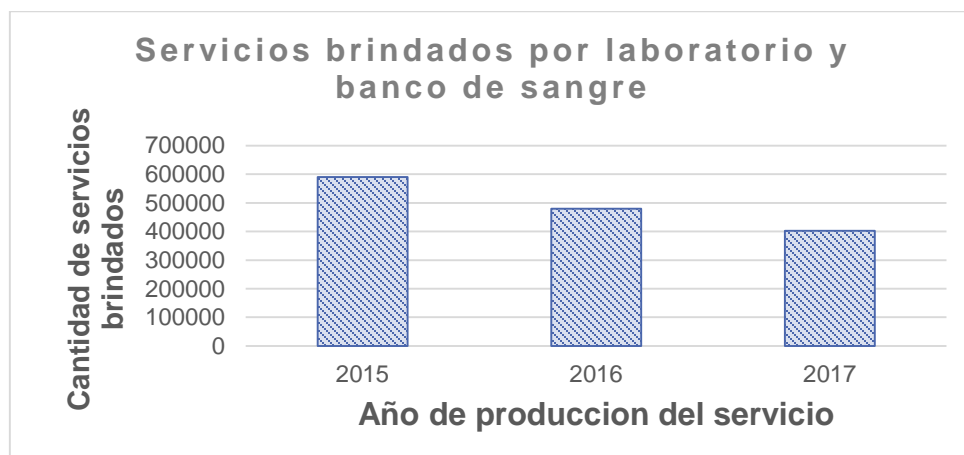
En la producción de servicios intermedios en laboratorio clínico se priorizaron los exámenes para hospitalización y se redujo la producción para consulta externa por limitantes en el abastecimiento de reactivos.<sup>19</sup>

Tabla 302 Tendencia de Producción de Servicios brindados por esta área

HNR	2015	2016	2017
Laboratorio y banco de sangre	589,946	479,934	402,736

Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME

Ilustración 128. Gráfica que muestra a tendencia de producción de servicios del laboratorio y banco de sangre



Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME

Se da una disminución en la demanda de pruebas de Laboratorio y banco de sangre a partir del año 2015, si se compara el año 2015 con el año 2016 existe una reducción de 110,002 realizaciones de exámenes de laboratorios, en el 2016 y el 2017 disminuye la diferencia a 77,198 pruebas de laboratorio.

El servicio de Laboratorio y Banco de sangre no es exclusivo solo para los pacientes de hospitalización, también es utilizado por la consulta externa, emergencia y pacientes referidos/otros, incluyendo ahí a pacientes de Bienestar Magisterial, por lo cual es necesario describir cual es el porcentaje de atenciones brindadas para cada una de las áreas descrita.

<sup>19</sup> MINISTERIO DE SALUD, DIRECCIÓN NACIONAL DE HOSPITALES, HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER "DRA. MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ" Cumplimiento de metas enero-diciembre2017

Tabla 303. Servicios brindados por el Laboratorio a las diferentes Áreas Médica. Del año 2015 a may-2018

Laboratorio Y Banco De Sangre Año 2018	2015	2016	2017	2018
Consulta Externa	100866	93975	71685	27977
Hospitalización	373243	284119	236432	96700
Emergencia	93316	74579	68358	30188
Referidos/Otros	22521	27261	26261	11713
<b>Total</b>	<b>589,946</b>	<b>479,934</b>	<b>402,736</b>	<b>166,578</b>

Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME.

Según los datos extraídos de la información estadística y de control del programa SPME, entre los procesos misionales que utilizan los servicios del laboratorio y banco de sangre, el proceso de hospitalización es el que más demanda el producto brindado por estos. Son proveedores de información con respecto a la salud de cada paciente para establecer un buen diagnóstico de su condición y dar el tratamiento respectivo. El proceso de hospitalización utiliza este servicio en un porcentaje del 60 % anualmente seguido por las atenciones que se brinda a los pacientes de consulta externa y emergencia que ascienden a un promedio de 17% anualmente. Por lo cual se debe considerar la vinculación y la interacción entre estos dos procesos que facilitan la fluidez del proceso y la optimización de los recursos con la que actualmente se trabaja en los servicios de hospitalización. A Continuación, se muestra esta tendencia de manera gráfica para una mejor visualización.

### Relación entre pruebas de laboratorio y egresos

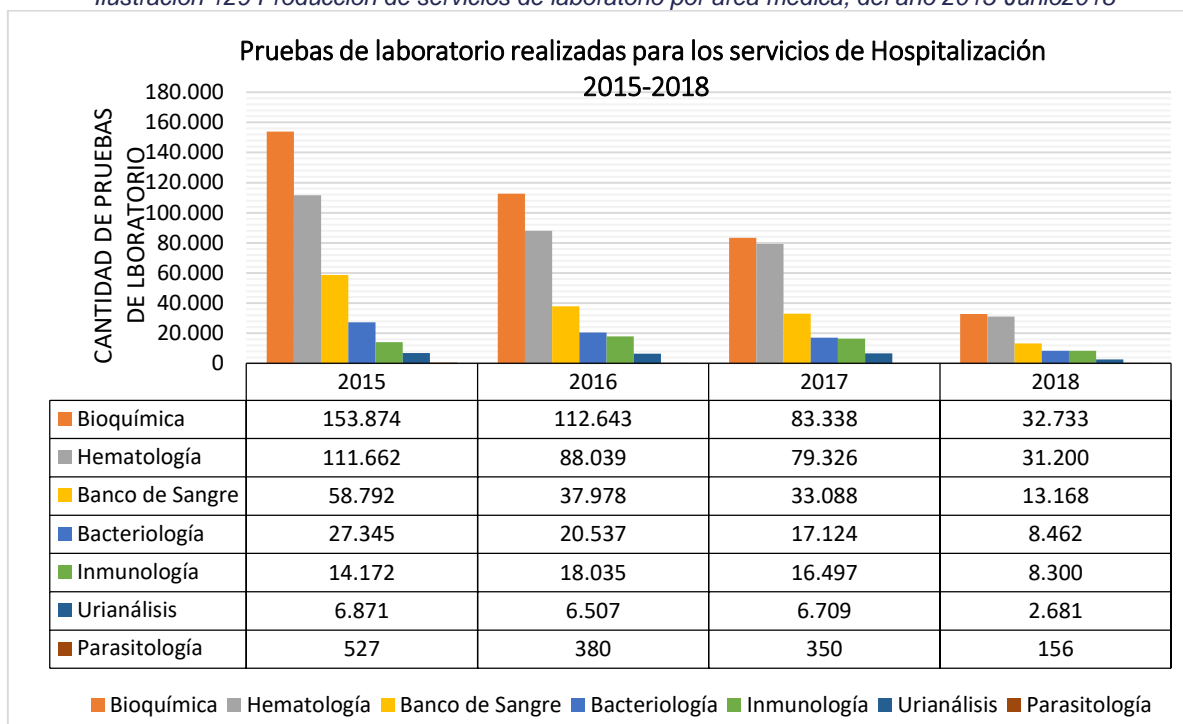
Tabla 304 Promedio de exámenes de laboratorio realizado por paciente egresado de los servicios de hospitalización

Año	Pruebas realizadas	Cantidad de egresos	Promedio de pruebas realizadas por paciente
2015	373243	21529	17.34
2016	284119	19586	14.51
2017	236432	19037	12.42
2018	96700	8494	11.38

Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME y SIMMOW

Por cada paciente que egreso de los servicios finales de hospitalización que ofrece el HNM en promedio se realizan 14 exámenes de laboratorio por paciente, la tendencia ha disminuido entre los años 2015 al 2018.

Ilustración 129 Producción de servicios de laboratorio por área médica, del año 2015-Junio2018



Se observa que los tipos de pruebas más solicitadas por los servicios de hospitalización al laboratorio son las pruebas bioquímicas, la tendencia de la realización de estas se ha disminuido en los últimos cuatro años, aproximadamente en un promedio de 35,268 pruebas menos realizadas. Seguida de las pruebas de hematología de las cuales su producción a disminuido en a lo largo del tiempo. El tercer lugar es para las atenciones brindadas por el banco de sangre. Las pruebas de parasitología son las menos solicitadas por los servicios de hospitalización.

- **Servicios Intermedios**

Debido a la digitalización de los estudios radiológicos, se ha logrado un ahorro en la compra de películas para la impresión de estudios de \$41,145.23<sup>20</sup>

**El Hospital de la mujer brinda los siguientes servicios de Diagnostico intermedios.**

**Imagenología:** Fluoroscopias, Radiografías, Ultrasonografías, Mamografías Diagnósticas, Mamografías de Tamizaje

**Anatomía Patológica:** Biopsias Cuello Uterino, Biopsias Mama y Biopsias Otras partes del cuerpo.

**Otros Procedimientos Diagnósticos:** Ecocardiogramas, Electrocardiogramas, Colposcopias

**Tratamiento y Rehabilitación:** Cirugía Menor, Fisioterapia, Inhalo terapias, Terapias Respiratorias, Crioterapias, Conos Loop.

<sup>20</sup> Rendición de Cuentas logros 2017. Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”



La información estadística de los servicios intermedios de diagnóstico no se encuentra dividida por área a la cual le brinda el servicio por lo tanto la información que se presenta incluye servicios dados a pacientes de consulta externa, emergencia y hospitalización. En el análisis presentado se excluye el área de farmacia y trabajo social debido a que se realizara un análisis específico para esas áreas del hospital

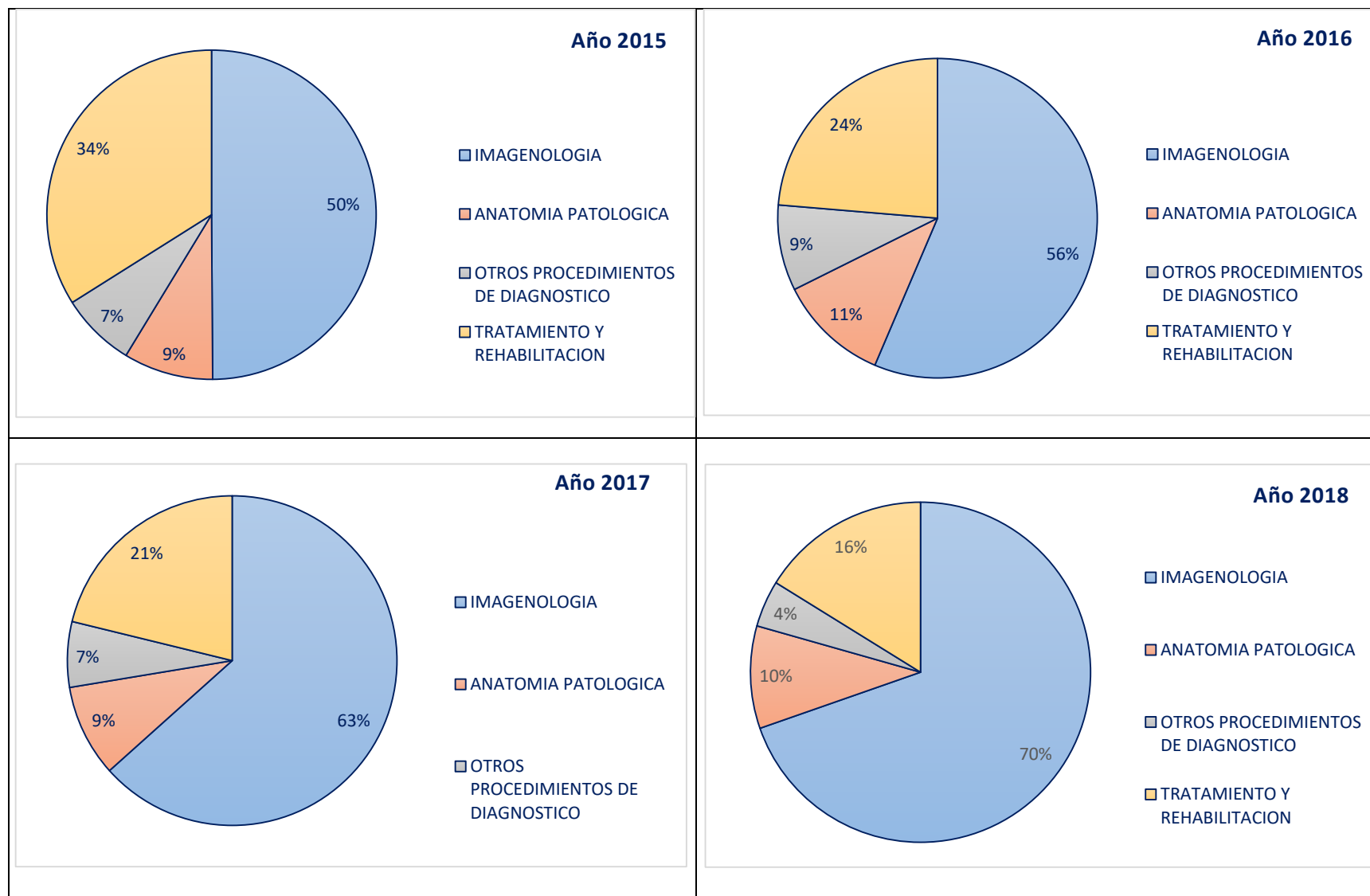
*Tabla 305 Tendencia de producción de los servicios intermedios de Diagnóstico del año 2018-2015*

<b>Servicios intermedios de Diagnóstico</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Imagenología	75,656	72,807	86,857	38,759
Anatomía Patológica	13359	14496	12372	5423
Otros Procedimientos Diagnósticos	11154	11205	8812	2464
Tratamiento y Rehabilitación	51476	30547	29033	9000

Fuente: Elaboración propia, a partir de datos del SPME

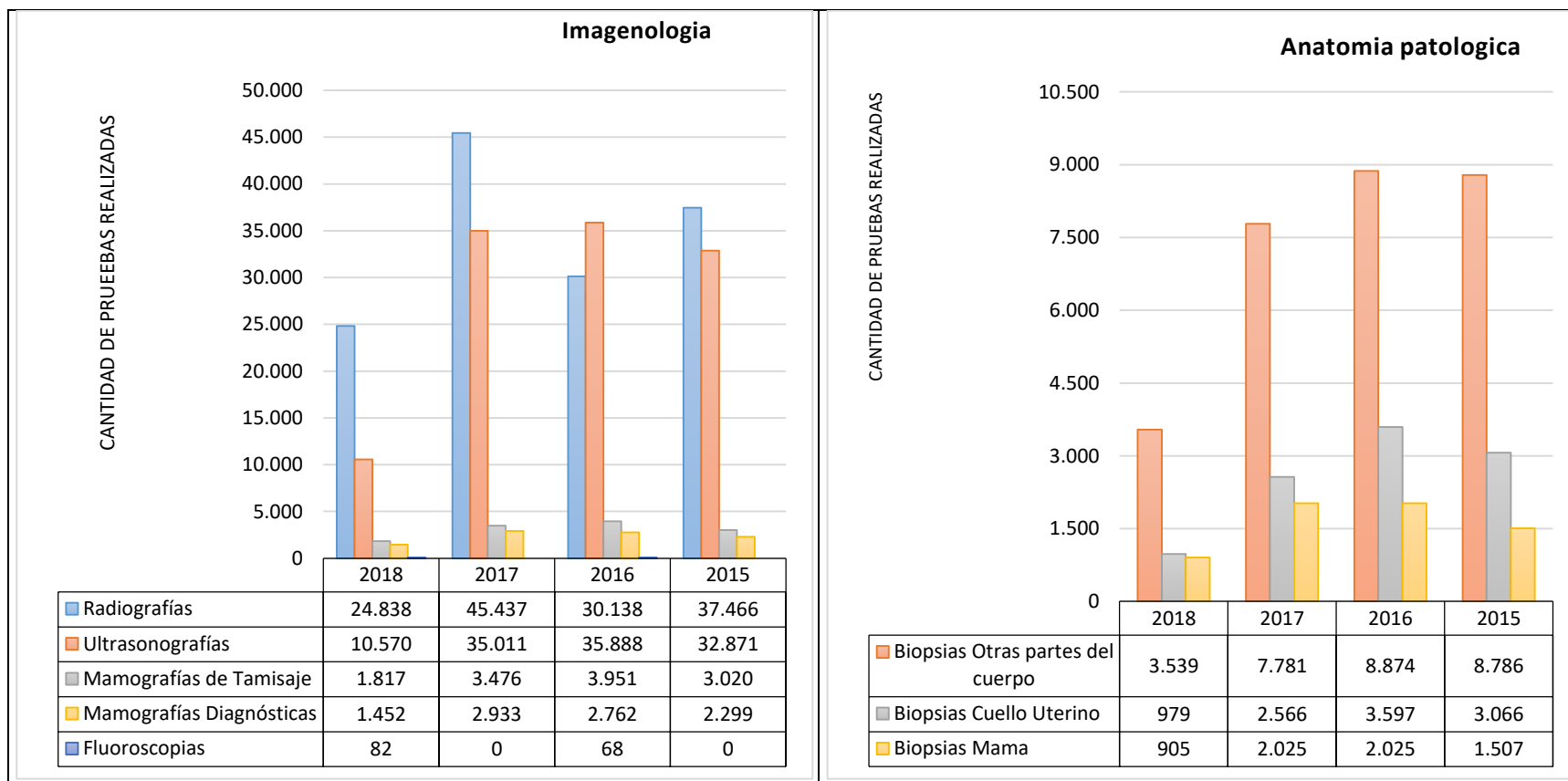
Los servicios intermedios de Diagnostico que tienen una mayor demanda en el HNM es, imagen logia con una tendencia similar en los 2015 y 2016, con un porcentaje de utilización del 50% y un aumento en el año 2017 de aproximadamente 14,050 pruebas realizadas, y sigue la misma tendencia en lo que va del año 2018. En el segundo lugar se encuentran los servicios de tratamiento y rehabilitación que en los últimos cuatro años han disminuido anualmente iniciando con un 34% de atenciones y en el 2017 este porcentaje decae al 21

Tabla 306 Porcentaje de utilización de servicios intermedios de Diagnostico 2015- mayo 2018



Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME

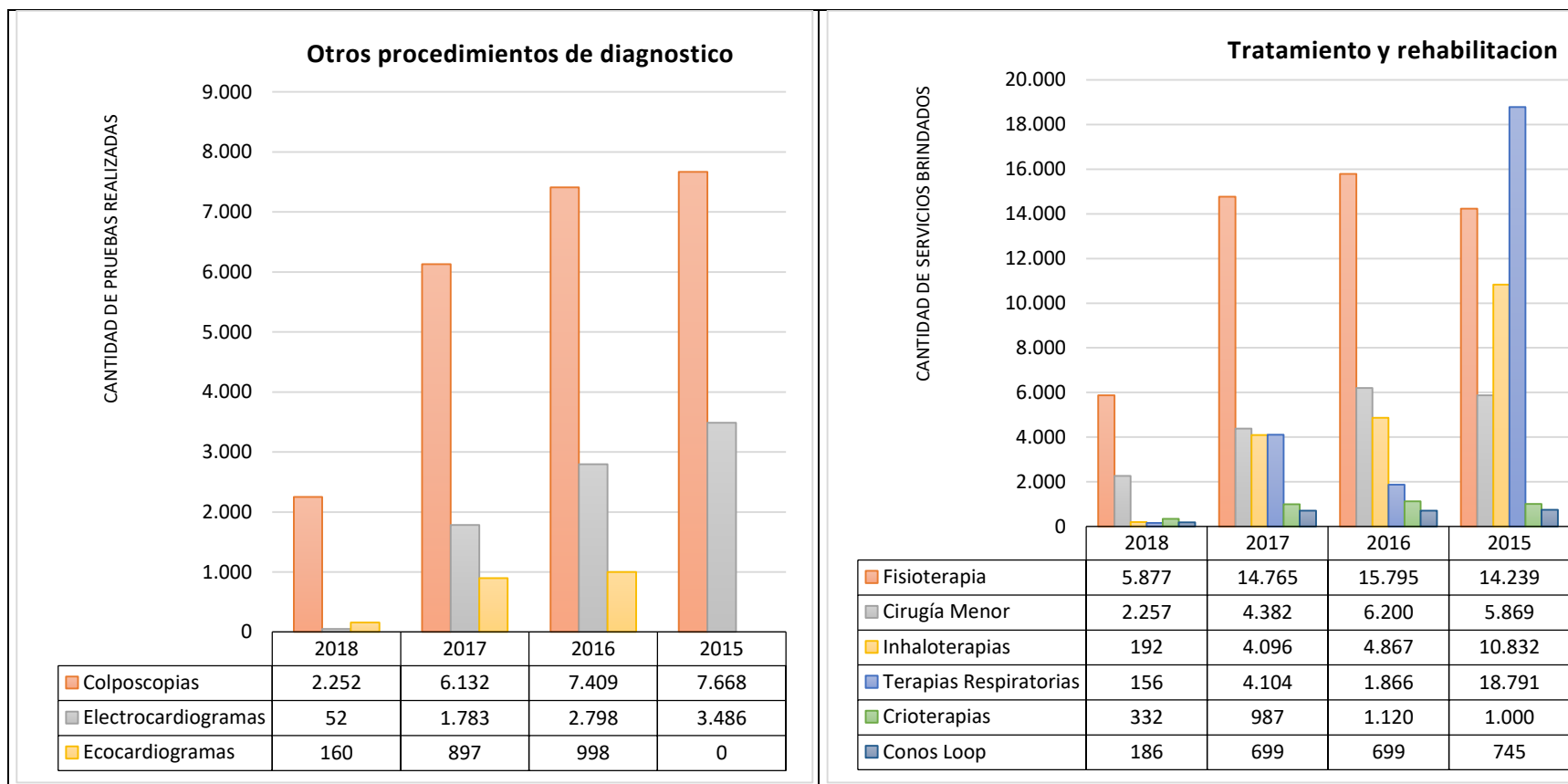
Tabla 307 Servicios brindados por áreas- Diagnósticos intermedio may2018-2015



- Los servicios más utilizados en el área de Imagenología son las radiografías, existe un incremento de 15,000 radiografías aproximadamente al comparar los años 2016-2017, en segundo lugar, son ultrasonografías que han tendido una tendencia a constante, en el año 2016 existe una variación donde se realizan más ultrasonografías que radiografías. El examen menos realizado es el fluoroscopio y en el 2015 y 2017 no se realizó ninguno.
- La biopsias que más se realiza en el área de anatomía patológica es la catalogada como la de otras partes del cuerpo y se ha mantenido así desde el 2015, los otros tipos de biopsias tienen una demanda menor.

Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME

Tabla 308 Servicios brindados por áreas- Diagnósticos intermedio mayo2018-2015



- En otros procedimientos de diagnóstico las colposcopias son las más utilizadas, se ha disminuido su producción a partir del 2015, los electrocardiogramas siguen en orden de frecuencia su utilización también ha disminuido en el tiempo.
- En los procesos de rehabilitación las fisioterapias encabezan la lista de producción, debido a que se les brinda este servicio a los pacientes de neonatología y a sus madres, el dato mostrado es por sección realizada un paciente recibe ms de una sección como promedio. Su producción se ha mantenido constante en el tiempo.

Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME

- **Servicios generales**

Estos son los encargados de brindar dos servicios fundamentales para el desarrollo continuo de las actividades hospitalarias. Dentro de esta se encuentra alimentación y dietas que es uno de los servicios altamente demandados por el proceso de hospitalización, así también el área de Lavandería. Se parte del análisis de la tendencia en la utilización de estos servicios en el transcurso del tiempo, y el promedio que se utiliza de cada uno de ellos por paciente egresado de los servicios de hospitalización.

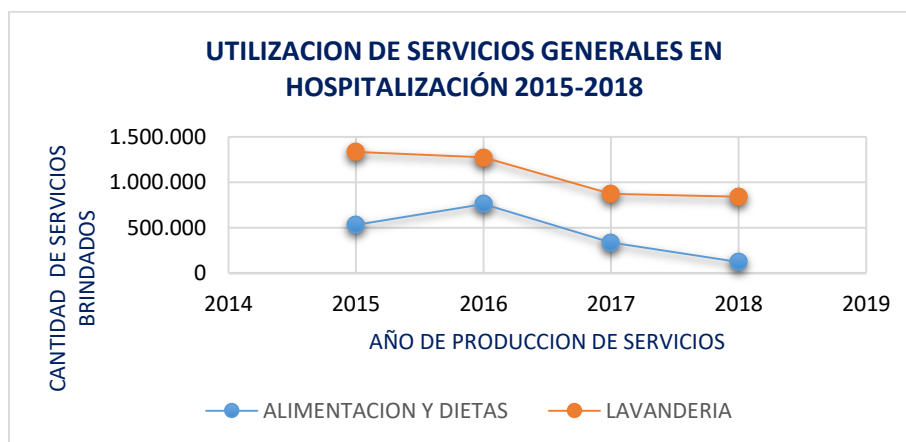
Tabla 309. Tendencia de producción de los servicios de alimentación y lavandería, para el proceso de hospitalización

Año	2018	2017	2016	2015
Alimentación y dietas	120,94 5	336,76 5	758,291	530,299
Lavandería	838,50 5	872,84 1	1273,15 0	1333,34 1
Egresos	8494	19037	19586	21529
Promedio de tiempos de comida	14.23	17.69	38.71	24.63
Promedio de libras de ropa	98.71	45.84	65.00	61.93

Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME y SIMMOW

Al analizar los datos de la tabla y observar el grafico el servicio de alimentación y dietas realizo, ha tenido una tendencia irregular en el tiempo, en el año 2016 hubo un incremento alrededor de 227,992 dietas servidas con respecto al año 2015, y del 2016 al 2017 hay una disminución de 421,526 dietas producidas. Las libras de ropa lavadas han disminuido a lo largo de los cuatro años analizados. Por cada egreso, generado por los servicios de hospitalización se sirven por paciente en promedio en los últimos cuatro años 24 dietas, del 2016 al 2017 se ha reducido en un 50% el número de dietas servidas. Se lavan aproximadamente un promedio de 67 libras de ropa por egreso.

Ilustración 130 Grafico de producción de servicios generales para el proceso de hospitalización



Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME

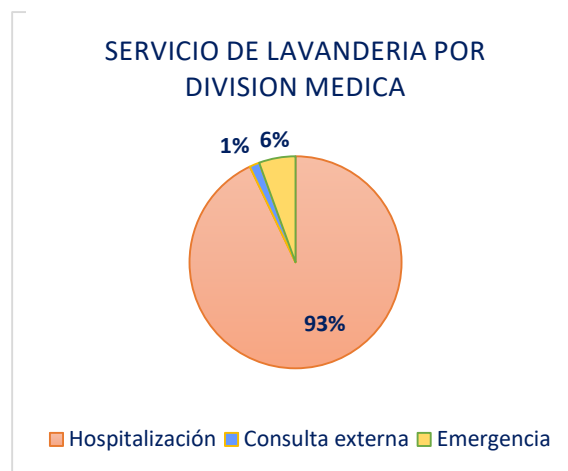
Tabla 310 Libras de ropa lavada por división médica

Libras de ropa lavada por división médica 2015-2017	
Hospitalización	4317837
Consulta externa	70847
Emergencia	258986
Total	4647670

Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME

El proceso de hospitalización, ha hecho uso del servicio de lavandería en un porcentaje del 93% promediando las actividades realizadas por lavandería desde el 2015 al 2018, por lo cual este es un factor determinante para que el proceso de hospitalización se realice de manera eficiente.

Ilustración 131 Servicio de lavandería por división médica



### Utilización de servicios de lavandería por especialidad médica de hospitalización

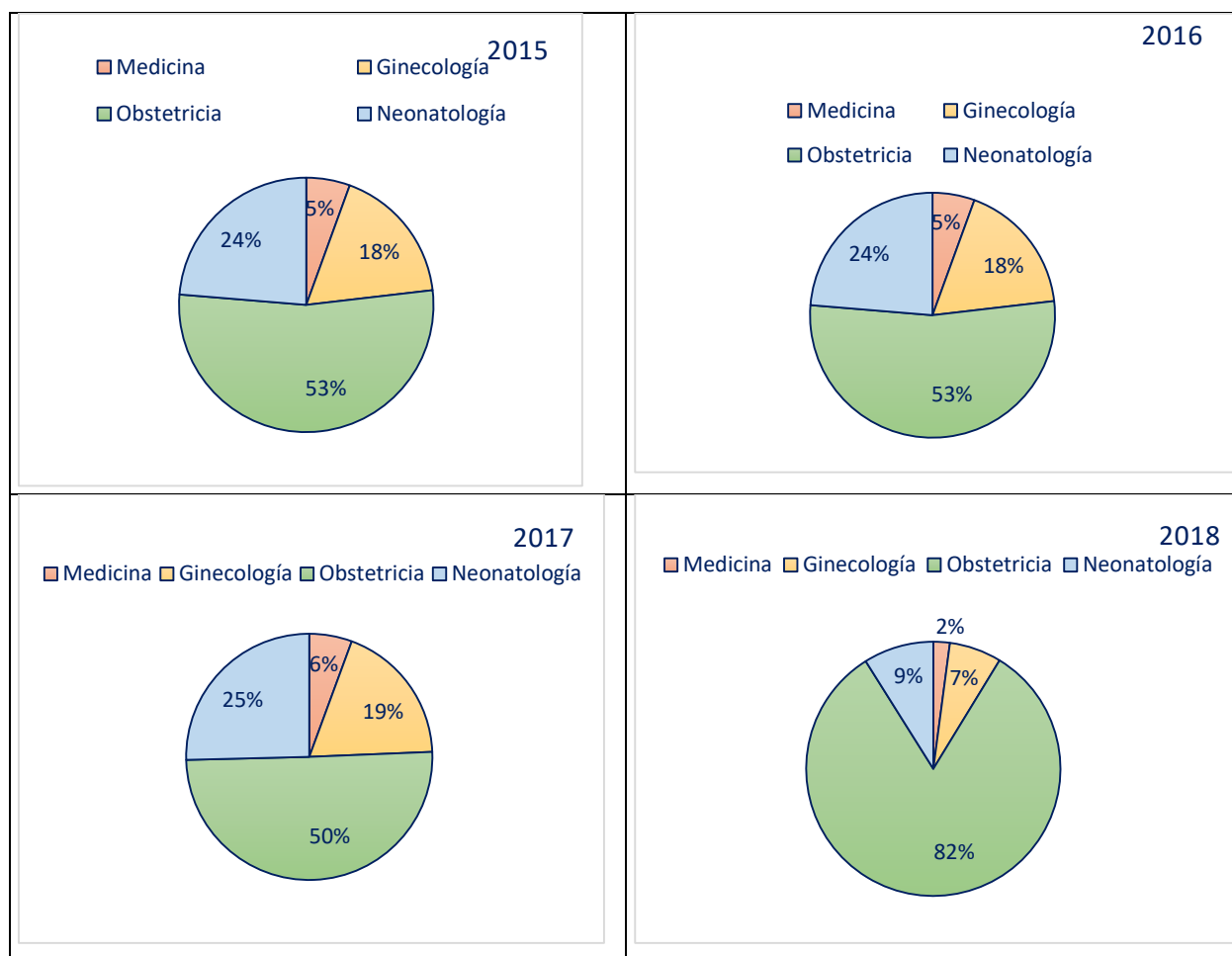
Tabla 311 Servicios de lavandería desde el año 2015-may2018 para los servicios de hospitalización

Año	2015		2016		2017		2018	
Totales	1333,341	100%	1273,150	100%	872,841	100%	838,505	100%
Medicina	74,094	6%	70,759	6%	48988	6%	17,557	2%
Ginecología	234,616	18%	224,046	18%	163610	19%	55,589	7%
Obstetricia	708,745	53%	676,794	53%	438611	50%	690,515	82%
Neonatología	315,886	24%	301,551	24%	221632	25%	74,844	9%

Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME

En los cuatro años se puede observar que la en la especialidad de Obstetricia de los servicios de hospitalización que cuenta con 3 subespecialidades, utiliza un promedio de 53% de los servicios de Lavandería. En la especialidad de Neonatología es la que ocupa el segundo lugar en la utilización del área de lavandería con un promedio del 24%.

Tabla 312 Utilización de servicios de lavandería por especialidad médica de hospitalización 2015-2017



Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME

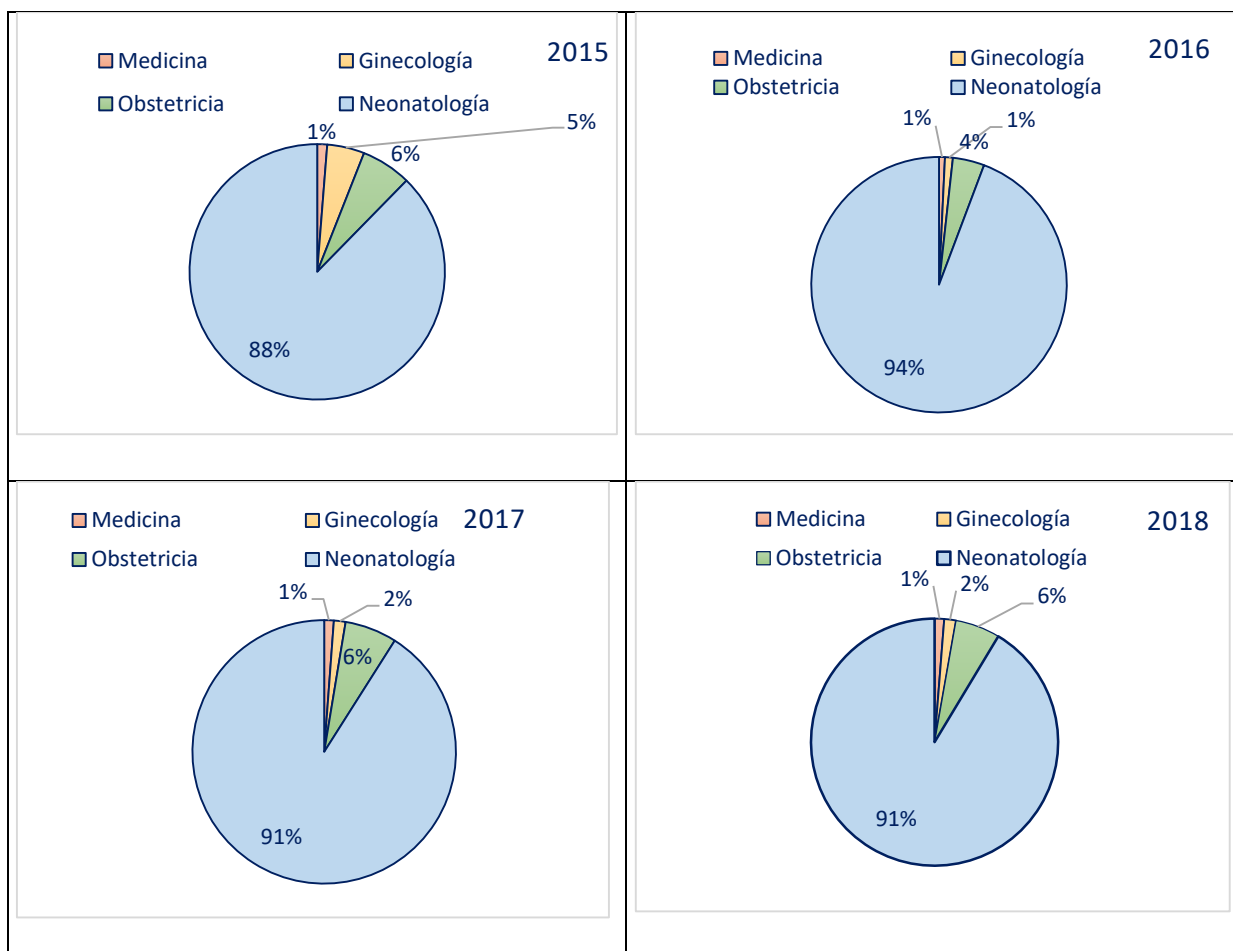
### Utilización de servicios de alimentación y dietas por especialidad médica de hospitalización

Tabla 313 Servicios de alimentación y dietas desde el año 2015-may2018 para los servicios de hospitalización

Año	2015		2016		2017		2018	
Totales	120,94	100	336,76	100	336,76	100	530,29	100
	5	%	5	%	5	%	9	%
Medicina	1,515	1%	3,962	1%	3,962	1%	6,676	1%
Ginecología	1,845	2%	4,827	1%	4,827	1%	25,044	5%
Obstetricia	7,075	6%	21,512	6%	21,512	6%	33,662	6%
Neonatología	110,510	91%	306,464	91%	306,464	91%	464,917	88%

Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME

Neonatología es la especialidad médica dentro del hospital de la mujer que más solicita al

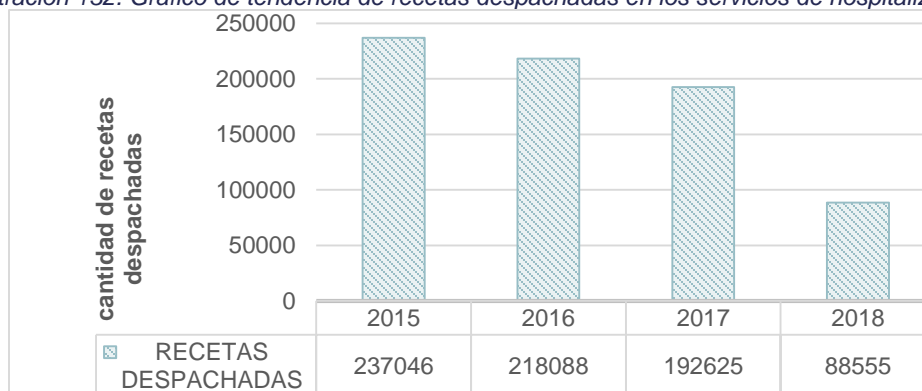


proveedor de servicios de alimentación y dietas con un promedio del 91% en los últimos años, este porcentaje es superior en un 84% de la especialidad que ocupa el segundo lugar obstetricia

Tabla 314 Utilización del servicio de alimentación y dietas por especialidad Médica de hospitalización  
Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME

### 3.7.26 Análisis de medicamentos del Hospital Nacional de la Mujer

Ilustración 132. Gráfico de tendencia de recetas despachadas en los servicios de hospitalización

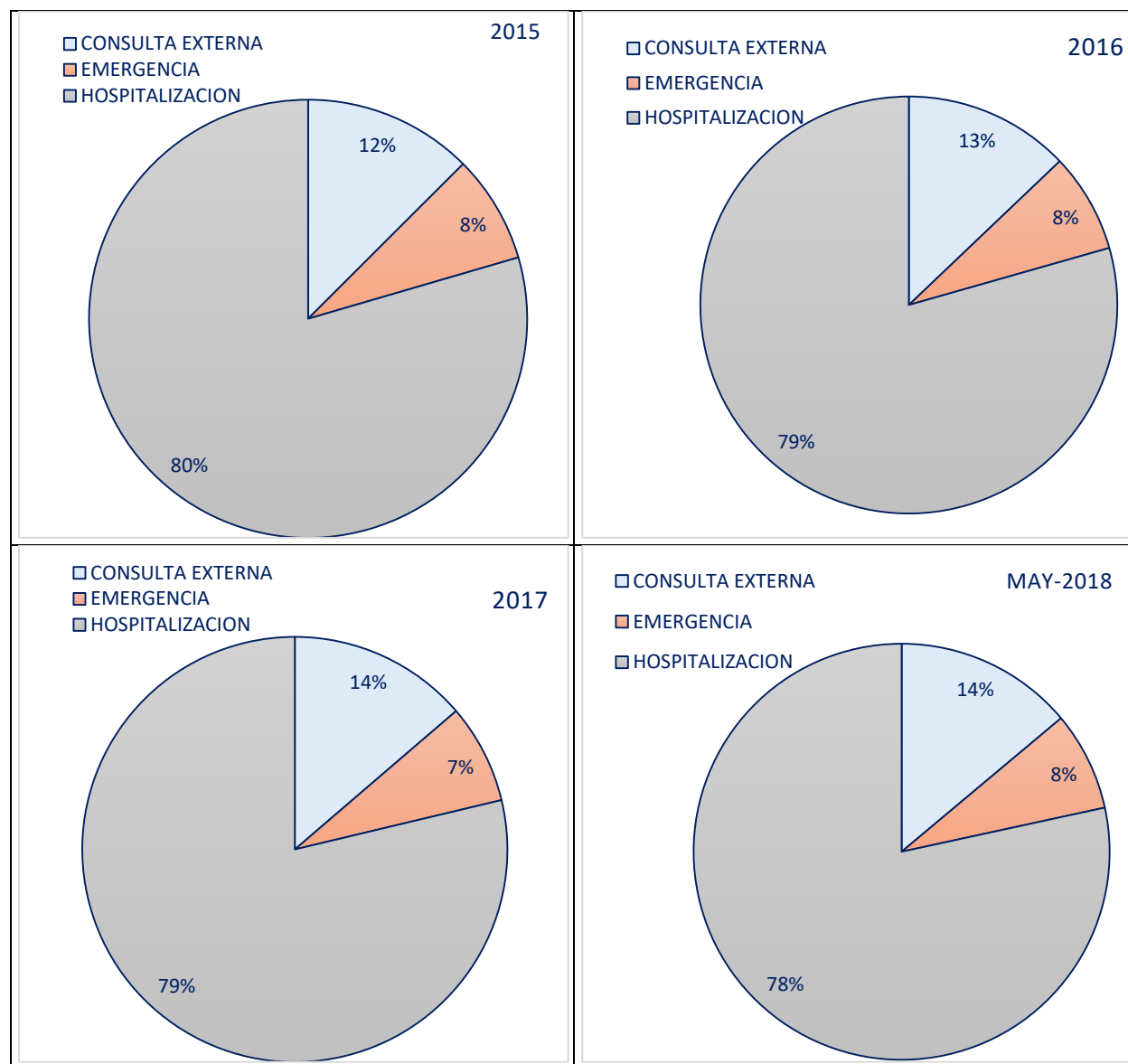


Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME.



**Análisis:** En el HNM, se puede observar una tendencia lineal en decremento, donde en el año 2016, disminuyó un 8% con respecto al año 2015. Comparando el año 2016 con el año 2017, se observa que este último disminuyó en un 12%. El año 2018 no se puede comparar debido a que el sistema está actualizado hasta el mes de mayo. El Hospital de la Mujer es el que mayormente utiliza los sistemas informáticos, por lo cual se considera que es el que mayormente proporciona datos para alimentar el sistema.

Tabla 315.. Recetas despachadas en las áreas médicas del HNM del año 2015-MAY 2018



Fuente: elaboración propia, a partir de datos del SPME.

**Análisis:** En la gráfica se puede observar que el número de recetas despachadas es mayor en el área de Hospitalización, del 79% en promedio, seguido de consulta externa y emergencia

### 3.7.27 Análisis de indicadores del Hospital de la Mujer

Tabla 316 Indicadores del HNM 2017

Proceso, subproceso y procedimiento	Nombre del indicador	Código del indicador	Formula	Datos	Interpretación	
Proceso: Hospitalización OPT-HOS	Subproceso: Gestión de ingreso OPT-HOS-GDI Procedimiento: Recepción de Documentos para Hospitalización OPT-HOS-GDI-01	Promedio diario de ingresos	IN26-OPT-HOS-GDI-01	$N^{\circ}$ de ingresos en un periodo / $N^{\circ}$ de días del periodo	$\frac{19,097}{365 \times 6} = 8.72$	En promedio ingresan 9 pacientes en un día.
		Porcentaje de Ingreso procedentes de emergencia	IN27-OPT-HOS-GDI-01	$(N^{\circ}$ de Pacientes ingresados provenientes de emergencias / Total de pacientes ingresados al día) x 100	$\frac{7,295}{19,097} \times 100 = 38.2$	El 38.2% de los pacientes ingresados son provenientes del área de emergencias.
		Porcentaje de Ingreso procedentes de consulta externa	IN28-OPT-HOS-GDI-01	$(N^{\circ}$ de Pacientes ingresados provenientes de consulta externa / Total de pacientes ingresados al día) x 100	$\frac{11,802}{19,097} \times 100 = 61.8$	El 61.8% de los pacientes ingresados son provenientes del área de consulta externa.
	Subproceso: Evaluación médica OPT-HOS-EM Procedimiento: evaluación del paciente OPT-HOS-EM-01	Porcentaje de pacientes delicadas	IN28-OPT-HOS-EM-01	(pacientes delicados / total de pacientes ingresados) x100	$\frac{936}{19,097} \times 100 = 4.9$	El 4.9% de los pacientes ingresados se encuentran en estado delicado.

<p>Subproceso: <i>Gestión de indicaciones OPT-HOS-GDI</i>  Procedimiento: <i>Gestionar indicaciones OPT-HOS-GDI-01</i></p>	<p>Porcentaje de recetas dispensadas para los servicios de hospitalización</p>	<p>IN30-OPT-HOS-GDI</p>	<p>(Nº de recetas dispensadas por cada pacientes-día / Nº de recetas prescritas en el mismo periodo) x100</p>	<p><math>\frac{192,625}{159,571} \times 100 = 82.84</math></p>	<p>Del total de recetas prescritas solo el 82.8% fueron dispensadas.</p>
	<p>Porcentaje de dietas servidas para los servicios de hospitalización</p>	<p>IN31-OPT-HOS-GDI-01</p>	<p>(Nº de dietas servidas por cada pacientes-día / Nº de dietas prescritas en el mismo periodo) x100.</p>	<p><math>\frac{488,336}{487,603} \times 100 = 99.85</math></p>	<p>El 99.85% de las dietas prescritas por el medico son servidas por cada paciente.</p>
	<p>Porcentaje de exámenes realizados para los servicios de hospitalización</p>	<p>IN32-OPT-HOS-GDI-01</p>	<p>(Nº de exámenes realizados por cada pacientes-día / Nº de exámenes prescritos en el periodo) x100.</p>	<p><math>\frac{317,306}{258,098} \times 100 = 122.94</math></p>	<p>El 122.94% de exámenes son realizados de manera de reproceso.</p>
<p>Subproceso: <i>Gestión de alta médica OPT-HOS-GAM</i>  Procedimiento: <i>Alta por mejoría clínica OPT-HOS-GAM-01</i></p>	<p>Numero de egresos por mejoría de salud</p>	<p>IN33-OPT-HOS-GAM-01</p>	<p>Nº de egresos con mejoría de salud / total de egresos del mismo periodo x 100</p>	<p><math>\frac{18,802}{19,037} \times 100 = 98.77</math></p>	<p>El 98.77% de los pacientes son egresados vivos.</p>

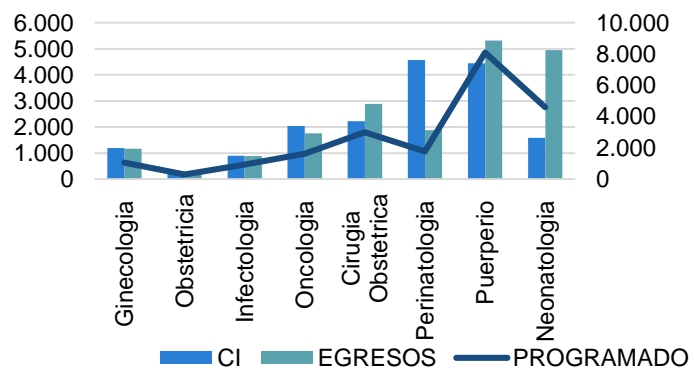
<p>Subproceso: <i>Gestión de alta médica OPT-HOS-GAM</i></p> <p>Procedimiento: Alta por traslado otro servicio OPT-HOS-GAM-02</p>	Numero de transferencia de otro servicio	IN34-OPT-HOS-GAM-02	Nº de pacientes trasladados a otros servicios / Nº de pacientes ingresadas	$\frac{6,879}{19,097} \times 100 = 36.02$	El 36.02% de pacientes se trasladan a otro servicio en un día.
<p>Subproceso: <i>Gestión de alta médica OPT-HOS-GAM</i></p> <p>Procedimiento: Alta por traslado a otro centro de atención OPT-HOS-GAM-03</p>	Numero diario de transferencia a otro centro de atención	IN35-OPT-HOS-GAM-03	(Nº de pacientes transferidos a otro centro de atención / Nº de pacientes ingresadas) x100	$\frac{77}{19,097} \times 100 = 0.4$	El 0.4% promedio se están trasladando pacientes a otro centro de atención.
<p>Subproceso: <i>Gestión de alta médica OPT-HOS-GAM</i></p> <p>Procedimiento: Alta por defunción OPT-HOS-GAM-04</p>	Numero diario de defunciones	IN36-OPT-HOS-GAM-04	Nº de egresos por defunción hospitalaria / total de egresos del mismo periodo	$\frac{235}{19,037} \times 100 = 1.23$	El 1.23% de los pacientes muere en hospitalización.
<p>Subproceso: <i>Gestión de alta médica OPT-HOS-GAM</i></p> <p>Procedimiento: Alta exigida OPT-HOS-GAM-05</p>	Numero de egresos por alta exigida	IN36-OPT-HOS-GAM-05	Nº de egresos con por alta exigida / Nº de ingresos del periodo	$\frac{115}{19,097} \times 100 = 0.66$	El 0.66% de pacientes ingresados pidieron el alta.

INDICADORES DE EFICIENCIA					
Proceso: <i>Hospitalización OPT-HOS</i>	Porcentaje de ocupación de camas.	IN38- <i>OPT-HOS</i>	(N° día cama ocupado / N° Días camas disponibles) X 100	$\frac{93,930}{78,110} \times 100 = 120.25$	Las camas se están utilizando en un 120.25%, esto se da debido a que se utiliza 1 cuna para 3 neonatos.
	Promedio de días estancia	IN39- <i>OPT-HOS</i>	Total, días estancias de egresos / N° egresos hospitalarios	$\frac{93,930}{19,037} = 4.9$	En promedio un paciente tiene 4.9 días de estadía en un servicio de la hospitalización.
	Giro cama o índice de rotación (anual)	IN40- <i>OPT-HOS</i>	N° egresos / N° camas disponibles	$\frac{19,037}{214} = 89$	Una cama está produciendo en promedio 89 egresos.
	Intervalo de tiempo de sustitución	IN41- <i>OPT-HOS</i>	(N° Días cama disponibles - N° de cama ocupado) / N° de egresos hospitalarios	$\frac{78,110 - 93,930}{19,037} = -0.83$	El signo negativo significa que hay más pacientes que camas, no existe tiempo en que la cama pase vacía entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro. Esto es debido a la saturación de neonatos.
INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD					
Proceso: <i>Hospitalización OPT-HOS</i>	Promedio diario de egreso	IN46- <i>OPT-HOS</i>	Total, de egresos / N° de días en el periodo.	$\frac{19,037}{6 \times 365} = 8.69$	En promedio egresan 8.69≈9 pacientes en un día.

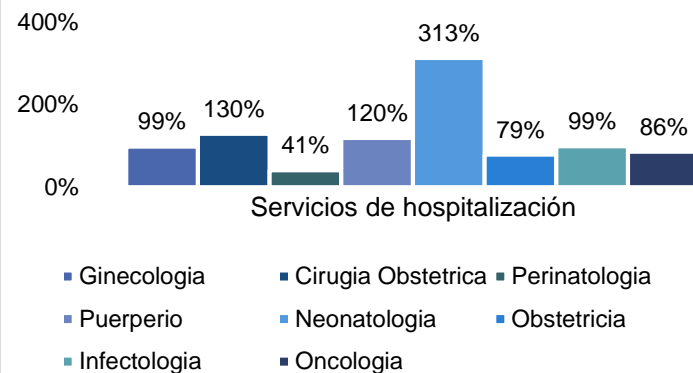
	Tiempo de espera desde que se da indicación en consulta externa	IN46- OPT-HOS	N° total de días de espera desde que se le en consulta externa hasta el ingreso a l servicio en un periodo / Total de pacientes ingresados en ese mismo periodo	$\frac{76,578.97 \text{ dia}}{19,097} = 4.01 \text{ dias}$	En promedio un paciente espera 4.01 días para ser llevado a un servicio de hospitalización desde que se le indica en el área de consulta externa.
	Tiempo de espera desde que se da indicación en emergencia	IN47- OPT-HOS	N° total de horas de espera desde que se le indica en emergencia hasta el ingreso al servicio en un periodo / Total de pacientes ingresados en ese mismo periodo	$\frac{47,933.47 \text{ hr}}{19,097} = 2.51 \text{ hr}$	En promedio un paciente espera 2hr y 45 minutos para ser llevado a un servicio de hospitalización desde el área de emergencia.
	Tasa neta de mortalidad	IN48- OPT-HOS	(N° defunciones hospitalarias* / N° de egresos en el mismo período) X 100	$\frac{235}{19,037} \times 100 = 1.23$	Tasa neta de mortalidad es de 1.23%

Especialidades	Nº camas	Calculo	Necesidad de cama	Días de estancia	Promedio de días de estancia	Ci	Egresos	% Utilización	Programado
Ginecología	10	10	0	3,060	2,61	1.189	1.172	99%	1.044
Obstetricia	6	5	1	1,465	7,75	240	189	79%	300
Infectología	19	19	0	5,852	6,58	896	889	99%	940
Oncología	19	16	3	5,076	2,89	2.040	1.754	86%	1.630
Cirugía Obstétrica	26	34	-8	10,444	3,62	2.228	2.888	130%	3.000
Perinatología	48	20	28	6,141	3,26	4.568	1.882	41%	1.760
Puerperio	36	43	-7	13,352	2,51	4.450	5.320	120%	8.100
Neonatología	50	156	-106	48,540	9,82	1.580	4.943	313%	4.600
TOTAL	214	303	89 faltantes	93,930	4,93	17.190	19.037	111%	21.374

Comparacion de la caapcidad instalada, produccion real y la capacidad proyectada HNM - 2017



Porcentaje de utilizacion HNM - 2017



**Análisis:** Se observa que los servicios de Obstetricia y Puerperio con 63% y 66% del cumplimiento respectivamente, son los que están por debajo de lo programado, los demás servicios están produciendo más egreso que lo planeado. Por lo tanto, se debe de revisar la manera en que se planifica y fortalecer dicho proceso para plantearse metas alcanzables, ya que se programa atender más pacientes de lo que la capacidad instalada del hospital puede atender, necesiándose 89 camas más, de las cuales Neonatología necesita 106 cunas, para atender la cantidad de producción ya que se observó que en una cuna había 3 bebés.

**Análisis:** Se observa que los servicios de Perinatología y Obstetricia están sub utilizados, con un porcentaje de utilización de 41% (ya que los pacientes son trasladados a los otros servicios y no se cuenta como egreso, ese dato se le carga al último servicio donde estuvo ingresado el paciente, no se mide realmente la utilización del servicio) y 79% respectivamente, los servicios de que están sobre utilizados son Puerperio, Cirugía Obstétrica y Neonatología, con 120%, 130% y 313% respectivamente.

**Boletas con las que se da la solicitud de servicios de apoyo y generales**

Se muestran algunas de las boletas utilizadas para solicitar la asistencia de otros servicios externos a la Hospitalización, evidenciando que la comunicación se da de forma escrita a través de estos instrumentos.

**HOSPITAL NACIONAL ROSALES**      **LABORATORIO CLINICO ALEMN SALVADOREÑO**

NOMBRE \_\_\_\_\_ (REGISTRO)

SERVICIO \_\_\_\_\_ CAMA \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ DIAGNOSTICO \_\_\_\_\_

**EXAMEN GENERAL DE HECEs**      SELLO DE SERVICIO \_\_\_\_\_

COLOR \_\_\_\_\_      HEMATIES \_\_\_\_\_ X CAMPO

CONSISTENCIA \_\_\_\_\_      LEUCOCITOS \_\_\_\_\_ X CAMPO

MUCUS MACROSCOPICO \_\_\_\_\_      MUCUS MICROSCOPICO \_\_\_\_\_

**RESTOS ALIMENTICIOS**      PROTOZOARIOS ACTIVOS \_\_\_\_\_

MACROSCOPICOS \_\_\_\_\_

MICROSCOPICOS \_\_\_\_\_

**SANGRE OCULTA**      QUISTES \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_      HUEVOS DE METAZOARIOS \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_      LARVAS \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_      OTROS PARASITOS INTESTINALES \_\_\_\_\_

RESPONSABLE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_ FIRMA Y SELLO DE MEDICO SOLICITANTE \_\_\_\_\_

**HOSPITAL NACIONAL ROSALES**      **DEPTO. DE RADIOLOGIA**      **EL SALVADOR**

**SOLICITUD DE EXAMENES**

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

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Carrera: \_\_\_\_\_ Reg. N.º \_\_\_\_\_

Servicio: \_\_\_\_\_

Rayos X de: \_\_\_\_\_

Investigado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_

Hay Píneas Anteriores: Si ( ) No ( )      Firma del Técnico: \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

**CONTROL DE PÍNEAS TOMADAS Y DESCARTADAS POR ESTUDIO**

14X17		14X14		11X14		10X12		8X10	
CAJAS	CAJAS	CAJAS	CAJAS	CAJAS	CAJAS	CAJAS	CAJAS	CAJAS	CAJAS
T	D	T	D	T	D	T	D	T	D





HOSPITAL NACIONAL DE MATERNIDAD		
Depto. De Alimentación y Dietas		
<b>REQUISICIÓN DE DIETAS</b>		
Fecha _____	Tiempo de comida _____	
Servicio de _____	# Dietas Corrientes _____	
Nombre Responsable _____	# Dietas Especiales _____	
Firma _____	# de Altas _____	
No.Cuarto y cama	Nombre de la Paciente	Tipo de Dieta Especial
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		

**HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER**  
**DRA. "MARIA ISABEL RODRIGUEZ"**  
**RECETA DE MEDICAMENTOS**  
**FARMACIA**

PACIENTE : \_\_\_\_\_ N° Exp : \_\_\_\_\_  
FECHA : \_\_\_\_\_ SERVICIO : \_\_\_\_\_ N° Cama : \_\_\_\_\_

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

CODIGO	Nombre genérico, Concentración e Inducciones del Médico	Cantidad Solicitada	Presentac	Cantidad Entregada

Preparado por : \_\_\_\_\_ MEDICO : F. \_\_\_\_\_  
**RECIBIDO POR :** \_\_\_\_\_ Sello (JVPM) : \_\_\_\_\_

Anexo Proyecto programa integrado de salud PRIDES II

DIARIO OFICIAL.- San Salvador, 11 de Junio de 2018.

3

**ORGANO LEGISLATIVO**

Resolución DE-150/15

CONTRATO DE PRÉSTAMO No. 3608/OC-ES

entre la

REPÚBLICA DE EL SALVADOR

y el

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

Programa Integrado de Salud II

7 de abril de 2016.

LEG/SGO/CID/IDB/DOCS#39919523

**CONTRATO DE PRÉSTAMO**  
**ESTIPULACIONES ESPECIALES**

Este contrato de préstamo, en adelante el "Contrato", se celebra entre la República de El Salvador, en adelante el "Prestatario", y el BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO, en adelante individualmente el "Banco" y, conjuntamente con el Prestatario, las "Partes", el 7 de Abril de 2016.

**CAPÍTULO I**

**Objeto y Elementos Integrantes del Contrato**

**CLÁUSULA 1.01. Objeto del Contrato.** El objeto de este Contrato es acordar los términos y condiciones en que el Banco otorga un préstamo al Prestatario para la financiación y ejecución del Programa Integrado de Salud II, cuyos aspectos principales se acuerdan en el Anexo Único.

**CLÁUSULA 1.02. Elementos Integrantes del Contrato.** Este Contrato está integrado por estas Estipulaciones Especiales, por las Normas Generales y por el Anexo Único.

**CAPÍTULO II**

**El Préstamo**

**CLÁUSULA 2.01. Monto y Moneda de Aprobación del Préstamo.** En los términos de este Contrato, el Banco se compromete a otorgar al Prestatario, y éste acepta, un préstamo hasta por el monto de ciento setenta millones de Dólares (US\$170.000.000), en adelante, el "Préstamo" para el financiamiento del Programa.

**CLÁUSULA 2.02. Solicitud de desembolsos y moneda de los desembolsos.** (a) El Prestatario, a través del Organismo Ejecutor a que se refiere la Cláusula 4.01 de estas Estipulaciones Especiales, solicitará al Banco desembolsos del Préstamo, de acuerdo con lo previsto en el Capítulo IV de las Normas Generales. Los procedimientos específicos para los desembolsos se definirán en el Manual Operativo del Programa al que se refiere la Cláusula 3.01 (a) de estas Estipulaciones Especiales.

(b) Todos los desembolsos se denominarán y efectuarán en Dólares, salvo en el caso en que el Prestatario opte por un desembolso denominado en una moneda distinta del Dólar, de acuerdo con lo establecido en el Capítulo V de las Normas Generales.

**CLÁUSULA 2.03. Disponibilidad de moneda.** Si el Banco no tuviese acceso a la moneda solicitada por el Prestatario, el Banco, en acuerdo con el Prestatario, podrá efectuar el desembolso del Préstamo en otra moneda de su elección.

**CLÁUSULA 2.04. Plazo para desembolsos.** El Plazo Original de Desembolsos será de cinco (5) años contados a partir de la fecha de entrada en vigencia de este Contrato. Cualquier



extensión del Plazo Original de Desembolsos estará sujeta a lo previsto en el Artículo 3.02(g) de las Normas Generales.

**CLÁUSULA 2.05. Cronograma de Amortización.** (a) La Fecha Final de Amortización es la fecha correspondiente a veinticinco (25) años contados a partir de la fecha de suscripción del presente Contrato. La VPP Original del Préstamo es de quince punto veinticinco (15.25) años.

(b) El Prestatario deberá amortizar el Préstamo mediante el pago de cuotas semestrales, consecutivas y, en lo posible, iguales. El Prestatario deberá pagar la primera cuota de amortización en la fecha de vencimiento del plazo de sesenta y seis (66) meses contado a partir de la fecha de entrada en vigencia de este Contrato, y la última, a más tardar, en la Fecha Final de Amortización. Si la fecha de vencimiento del plazo para el pago de la primera cuota de amortización no coincide con el día 15 del mes, el pago de la primera cuota de amortización se deberá realizar en la fecha de pago de intereses inmediatamente anterior a la fecha de vencimiento de dicho plazo. Si la Fecha Final de Amortización no coincide con una fecha de pago de intereses, el pago de la última cuota de amortización se deberá realizar en la fecha de pago de intereses inmediatamente anterior a la Fecha Final de Amortización.

(c) Las Partes podrán acordar la modificación del Cronograma de Amortización del Préstamo de acuerdo con lo establecido en el Artículo 3.02 de las Normas Generales.

**CLÁUSULA 2.06. Intereses.** (a) El Prestatario deberá pagar intereses sobre los Saldos Deudores diarios a una tasa que se determinará de conformidad con lo estipulado en el Artículo 3.03 de las Normas Generales.

(b) El Prestatario deberá pagar los intereses al Banco semestralmente. El Prestatario deberá efectuar el primer pago de intereses en la fecha de vencimiento del plazo de seis (6) meses contado a partir de la fecha de entrada en vigencia del presente Contrato. Si la fecha de vencimiento del plazo para el primer pago de intereses no coincide con el día quince (15) del mes, el primer pago de intereses se deberá realizar el día quince (15) inmediatamente anterior a la fecha de dicho vencimiento.

**CLÁUSULA 2.07. Comisión de crédito.** El Prestatario deberá pagar una comisión de crédito en las fechas establecidas en la Cláusula 2.06(b), de acuerdo con lo establecido en los Artículos 3.01, 3.04, 3.05 y 3.07 de las Normas Generales.

**CLÁUSULA 2.08. Recursos para inspección y vigilancia.** El Prestatario no estará obligado a cubrir los gastos del Banco por concepto de inspección y vigilancia generales, salvo que el Banco establezca lo contrario de acuerdo con lo establecido en el Artículo 3.06 de las Normas Generales.

**CLÁUSULA 2.09. Conversión.** El Prestatario podrá solicitar al Banco una Conversión de Moneda o una Conversión de Tasa de Interés en cualquier momento durante la vigencia del Contrato, de acuerdo con lo previsto en el Capítulo V de las Normas Generales.

extensión del Plazo Original de Desembolsos estará sujeta a lo previsto en el Artículo 3.02(g) de las Normas Generales.

**CLÁUSULA 2.05. Cronograma de Amortización.** (a) La Fecha Final de Amortización es la fecha correspondiente a veinticinco (25) años contados a partir de la fecha de suscripción del presente Contrato. La VPP Original del Préstamo es de quince punto veinticinco (15.25) años.

(b) El Prestatario deberá amortizar el Préstamo mediante el pago de cuotas semestrales, consecutivas y, en lo posible, iguales. El Prestatario deberá pagar la primera cuota de amortización en la fecha de vencimiento del plazo de sesenta y seis (66) meses contado a partir de la fecha de entrada en vigencia de este Contrato, y la última, a más tardar, en la Fecha Final de Amortización. Si la fecha de vencimiento del plazo para el pago de la primera cuota de amortización no coincide con el día 15 del mes, el pago de la primera cuota de amortización se deberá realizar en la fecha de pago de intereses inmediatamente anterior a la fecha de vencimiento de dicho plazo. Si la Fecha Final de Amortización no coincide con una fecha de pago de intereses, el pago de la última cuota de amortización se deberá realizar en la fecha de pago de intereses inmediatamente anterior a la Fecha Final de Amortización.

(c) Las Partes podrán acordar la modificación del Cronograma de Amortización del Préstamo de acuerdo con lo establecido en el Artículo 3.02 de las Normas Generales.

**CLÁUSULA 2.06. Intereses.** (a) El Prestatario deberá pagar intereses sobre los Saldos Deudores diarios a una tasa que se determinará de conformidad con lo estipulado en el Artículo 3.03 de las Normas Generales.

(b) El Prestatario deberá pagar los intereses al Banco semestralmente. El Prestatario deberá efectuar el primer pago de intereses en la fecha de vencimiento del plazo de seis (6) meses contado a partir de la fecha de entrada en vigencia del presente Contrato. Si la fecha de vencimiento del plazo para el primer pago de intereses no coincide con el día quince (15) del mes, el primer pago de intereses se deberá realizar el día quince (15) inmediatamente anterior a la fecha de dicho vencimiento.

**CLÁUSULA 2.07. Comisión de crédito.** El Prestatario deberá pagar una comisión de crédito en las fechas establecidas en la Cláusula 2.06(b), de acuerdo con lo establecido en los Artículos 3.01, 3.04, 3.05 y 3.07 de las Normas Generales.

**CLÁUSULA 2.08. Recursos para inspección y vigilancia.** El Prestatario no estará obligado a cubrir los gastos del Banco por concepto de inspección y vigilancia generales, salvo que el Banco establezca lo contrario de acuerdo con lo establecido en el Artículo 3.06 de las Normas Generales.

**CLÁUSULA 2.09. Conversión.** El Prestatario podrá solicitar al Banco una Conversión de Moneda o una Conversión de Tasa de Interés en cualquier momento durante la vigencia del Contrato, de acuerdo con lo previsto en el Capítulo V de las Normas Generales.

## ANEXO ÚNICO

EL PROGRAMA

## Programa Integrado de Salud II

I. Objetivo

- 1.01 El objetivo general del Programa es mejorar la salud de la población, a través del fortalecimiento de la provisión de servicios de salud en todos los niveles de atención de la red y mejorar la eficiencia de la gestión de la red pública.

II. Descripción

- 2.01 Para alcanzar el objetivo indicado en el párrafo 1.01 anterior, el Programa comprende los siguientes componentes:

**Componente 1. Fortalecimiento de la red de atención ambulatoria**

- 2.02 El objetivo de este componente es apoyar la consolidación del modelo de atención ambulatoria en red, que incluye: (i) el aumento de cobertura de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud del Primer Nivel de las Zonas Norte y Sur del Departamento de San Salvador. Esto se hará mediante la implementación de al menos 33 Equipos Comunitarios de Salud y la construcción de al menos 30 Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básica, el equipamiento de al menos 32 Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básica, y la construcción y equipamiento de 2 Unidades Comunitarias de Salud Familiar Especializada y 8 Unidades Comunitarias de Salud Familiar Intermedia. Asimismo, se construirán e implementarán al menos 3 hogares de espera materna y la mejora de la infraestructura de al menos 3 Sistemas Básicos de Salud Integral. Esta intervención tendrá una cobertura de aproximadamente 1,2 millones de beneficiarios del Ministerio de Salud (MINSAL); (ii) con el fin de fortalecer la atención en áreas urbanas, la implementación de un modelo innovador de 4 Centros de Referencia de Atención Especializada en San Salvador, San Miguel, Santa Ana y Santa Tecla, que tendrán una cobertura de aproximadamente 690.000 beneficiarios, cuya cartera de servicios se relaciona con el manejo de enfermedades crónicas no transmisibles y prestaciones de alta demanda; y (iii) a nivel nacional, la normalización del sistema de manejo de aguas residuales y residuos bio-infecciosos en al menos 350 Unidades Comunitarias de Salud Familiar que permita el cumplimiento de la normativa nacional y reduzca los riesgos para los usuarios.



**Componente 2. Fortalecimiento de la red hospitalaria**

- 2.03 El objetivo de este componente es mejorar la oferta de atención hospitalaria, a través de la construcción de 2 nuevos hospitales que incrementarán la oferta y permitirán la reubicación de subespecialidades. Este componente financiará la construcción, equipamiento y puesta en marcha de: (i) un hospital de especialidades de alta complejidad de tercer nivel, de aproximadamente 400 camas para especialidades deficitarias, las que serán trasladadas mayormente desde el Hospital Rosales. El hospital se construirá en el Departamento de San Salvador y su cobertura será nacional, con aproximadamente 5,4 millones de beneficiarios del MINSAL; y (ii) un hospital general de aproximadamente 100 camas, ubicado en la zona norte del Departamento de San Salvador, que incrementará la oferta de servicios del área de mayor crecimiento poblacional del Departamento de San Salvador. Este hospital cubrirá aproximadamente 350 mil beneficiarios del MINSAL. Con el fin de continuar fortaleciendo la red materno infantil, se ampliará la cobertura de atención de ginecobstetricia en 8 hospitales, con una cobertura de aproximadamente 290 mil beneficiarios del MINSAL. Asimismo, se construirán los sistemas de manejo de aguas residuales en el Hospital Nacional "Monseñor Oscar Arnulfo Romero y Galdámez", Ciudad Barrios, San Miguel, y el Hospital Nacional de Neumología y Medicina Familiar "Dr. José Antonio Saldaña", San Salvador, para cumplir la normativa nacional y no contaminar los cursos de agua.

**Componente 3. Apoyo a la mejora de la gestión y eficiencia de la red de salud**

- 2.04 Este componente tiene como objetivo fortalecer los procesos y sistemas que contribuyan a mejorar la eficiencia del sistema de salud. Este componente financiará: (i) el desarrollo del modelo de gestión hospitalaria y de redes alineado con metas de oportunidad, calidad y eficiencia; (ii) el diseño e implementación del modelo de desarrollo de recursos humanos para el sector salud, para Equipos Comunitarios, Centros de Referencia de Atención Especializada y hospitales, lo cual incluye la capacitación sobre los determinantes de género de la salud y la atención diferenciada; (iii) el fortalecimiento de los sistemas de información que den soporte a los modelos de gestión de Atención Primaria en Salud, hospitales y redes; (iv) la modernización de los sistemas de adquisición y de la cadena logística de insumos y medicamentos; (v) el diseño e implementación del fondo de mantenimiento de infraestructura y del equipo hospitalario de mediano y largo plazo; y (vi) el apoyo al levantamiento de la Encuesta Nacional de Salud 2019, la evaluación de medio término y final del Programa.

**Componente 4. Administración y auditoría**

- 2.05 Este componente financiará los costos de administración y auditoría del Programa.



### III. Plan de financiamiento

3.01 La distribución de los recursos del Préstamo se resume en el cuadro siguiente:

Costo y financiamiento  
(en US\$)

Componentes	BID	%
Componente 1. Fortalecimiento de la red de atención ambulatoria	43.929.000	26%
Componente 2. Fortalecimiento de la red hospitalaria	111.402.000	66%
Componente 3. Apoyo a la mejora de la gestión y eficiencia de la red de salud	10.824.000	6%
Componente 4. Administración y auditoría	3.845.000	2%
<b>Total</b>	<b>170.000.000</b>	<b>100%</b>

### IV. Ejecución

4.01 El Ministerio de Salud (MINSAL) ejecutará el Programa a través de una Unidad de Gestión del Programa (UGP).

4.02 La UGP será responsable de la coordinación general de la ejecución del Programa y será responsable de los procesos de adquisiciones y de la coordinación con la Unidad Financiera Institucional (UFI) del MINSAL, que se encargará de la gestión financiera del Programa. Los registros contables del Programa a cargo de la UFI se harán a través del Sistema de Administración Financiera Integrado (SAFI). Los requisitos fiduciarios y los procedimientos para la ejecución del Programa serán desarrollados en el Manual Operativo del Programa (MO) a que se refieren las Cláusulas 3.01(a) y 4.05 de las Estipulaciones Especiales.

### V. Monitoreo y Evaluación de impacto

5.01 El Organismo Ejecutor será responsable de la supervisión y monitoreo del Programa, y de presentar los documentos mencionados en la Cláusula 5.01 de las Estipulaciones Especiales.



### **Boletín de prensa**

## **BID y GOES firman contrato de préstamo para apoyar al MINSAL en la construcción de nuevos hospitales y ampliar cobertura de Salud**

**San Salvador, 07 abril 2016.** Funcionarios del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Ministerio de Hacienda y Ministerio de Salud (MINSAL) firmaron el contrato de préstamo 3608/OC-ES (ES-L1095) del Programa Integrado de Salud (PRIDES) Fase II, con el que se pretende, entre otros componentes construir dos nuevos hospitales, fortalecer y ampliar la cobertura de salud a más salvadoreños.

"Nos reúne el fortalecimiento de una de esas grandes prioridades que es la vida de los salvadoreños, esperamos que al igual que el BID cree en los salvadoreños, los salvadoreñas creen también con mucho sentido de urgencia en la necesidad de seguir invirtiendo en la vida y en el fortalecimiento de la salud y podamos contar en las próximas semanas con un sí unánime a PRIDES por parte de las señoras y señores diputados", manifestó el representante del BID, Marco Nicola.

El préstamo cuyo monto asciende a US \$170 millones busca mejorar la red de servicios de salud, aumentando la cobertura de las redes integradas e integrales de salud para beneficiar a más de 1.2 millones de personas. Asimismo, se implementará un nuevo modelo de atención en las áreas urbanas con una cobertura de 690 mil beneficiarios y la mejora del manejo de aguas residuales en los establecimientos de salud del primer nivel de atención y hospitales.

En el segundo y tercer nivel se fortalecerá la red hospitalaria, mediante la construcción de dos nuevos hospitales. Un hospital general para la zona norte de San Salvador y un nuevo hospital de especialidades de alta complejidad de tercer nivel con cobertura nacional. Asimismo, se continuará fortaleciendo el área materno-infantil ampliando la cobertura de ginecobstetras las 24 horas en 8 hospitales departamentales.

Por su parte, la ministra de Salud, Violeta Menjivar manifestó que el préstamo "viene a complementar, fortalecer a ampliar y a vigorizar todas las acciones que tenemos en marcha en la Reforma de Salud, sin lugar a dudas, que este es un proyecto audaz, es un proyecto integral y es un proyecto de complementariedad y vamos a ampliar exitosamente la cobertura, el acceso y la calidad de los servicios de salud a más salvadoreños y salvadoreñas".

También se continuará apoyando la mejora de la gestión y eficiencia de la red de salud mejorando el modelo de gestión hospitalaria, capacitación de recursos humanos, la implementación de un fondo de mantenimiento; así como apoyo a los sistemas informáticos para aumentar la eficiencia de la gestión del sistema de salud.

El ministro de Hacienda, Carlos Cáceres y el representante del BID en El Salvador, Marco Nicola firmaron el convenio de préstamo en representación del Gobierno y del Banco respectivamente en presencia de la ministra de Salud, Violeta Menjivar como testiga de honor junto a otros funcionarios de Gobierno y del BID.