

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



**MEJORA DE LA ORGANIZACIÓN Y PROCESOS
ADMINISTRATIVOS DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA
DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES.**

PRESENTADO POR:

**AGUILAR HOMBERGER, LILIAN ELIZABETH
CÁRCAMO MARTÍNEZ, DIANA MARGARITA
MOLINA CRUZ, FERNANDO ANTONIO**

PARA OPTAR AL TÍTULO DE:
INGENIERO INDUSTRIAL

CIUDAD UNIVERSITARIA, JULIO DE 2016.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR INTERINO :

LIC. JOSÉ LUIS ARGUETA ANTILLÓN

SECRETARIA GENERAL :

DRA. ANA LETICIA ZA VALETA DE AMAYA

FACULTAD DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA

DECANO :

ING. FRANCISCO ANTONIO ALARCÓN SANDOVAL

SECRETARIO :

ING. JULIO ALBERTO PORTILLO

ESCUELA DE INGENIERÍA INDUSTRIAL

DIRECTOR :

ING. MANUEL ROBERTO MONTEJO SANTOS

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

Trabajo de Graduación previo a la opción al Grado de:
INGENIERO INDUSTRIAL

Título :

**MEJORA DE LA ORGANIZACIÓN Y PROCESOS
ADMINISTRATIVOS DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA
DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES.**

Presentado por :

**LILIAN ELIZABETH AGUILAR HOMBERGER
DIANA MARGARITA CÁRCAMO MARTÍNEZ
FERNANDO ANTONIO MOLINA CRUZ**

Trabajo de Graduación Aprobado por :

Docente asesor :

ING. SAÚL ALFONSO GRANADOS

San Salvador, Julio de 2016

Trabajo de Graduación Aprobado por:

Docente Asesor :

ING. SAÚL ALFONSO GRANADOS

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios que siempre me ha acompañado y que con todo su amor puso en mi camino a tantas personas que me brindaron su apoyo de alguna u otra forma, en especial a mis padres Mario Aguilar Portillo y Helga Regina Homberger de Aguilar y a mi hermana Cristina; han sido mi fortaleza a lo largo de este proceso y en cada paso que he dado en mi vida.

Gracias a mis compañeros de grupo, Diana y Fernando, excelentes personas y profesionales.

A mi asesor de tesis, Ing. Granados por su paciencia, por compartir sus conocimientos y por siempre alentarnos a cumplir esta meta.

Ha sido un honor realizar el presente trabajo en el Servicio de Cardiología del Hospital Nacional Rosales, muchas gracias a la Dra. Basagoitia, por depositar su confianza en nosotros para llevar a cabo este proyecto.

Lilian Homberger.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis padres Carmen Elena Martínez de Cárcamo y Napoleón Humberto Cárcamo Sandoval, por haberme apoyado todo este tiempo, sin su ayuda, amor, paciencia, comprensión y cariño, no hubiera podido culminar esta etapa. Gracias por todo el esfuerzo que hicieron y por la confianza que siempre tuvieron en mí durante la carrera universitaria. A mi abuela Alicia Martínez, por siempre estar pendiente, por su amor y por siempre estar orgullosa de mí.

A mi familia, amigos y todas aquellas personas que de una u otra forma me apoyaron, me dieron consejos y palabras de ánimo cuando más lo necesitaba. En especial a Karina Espinola que siempre me ayudó cuando lo necesité y estuvo muy pendiente de mi trabajo de graduación.

A mis compañeros de trabajo de graduación, por el esfuerzo y tiempo invertido, juntos hemos podido culminar esta importante etapa de nuestras vidas.

A nuestro docente asesor Ing. Saúl Granados quien nos ha orientado a lo largo de este proceso.

Le agradezco mucho a la Ing. Jeannette de Pocasangre por su apoyo y su ayuda siempre fue muy accesible con nosotros. También el director Ing. Manuel Montejo quien nos ayudó mucho.

Agradezco a todos los ingenieros que fueron mis docentes en mi carrera por haberme formado y compartido sus conocimientos, los respeto y admiro mucho.

Al Hospital Nacional Rosales por abrirnos las puertas, gracias por el tiempo invertido en este grupo y por la confianza depositada en nosotros para llevar a cabo este proyecto.

Diana Cárcamo.

Agradecimientos a:

A Dios Todopoderoso por ser mi fortaleza y darme la sabiduría necesaria para poder culminar mis estudios

A mi madre y Padre por sus consejos y apoyo incondicional que me han brindado en cada uno de los momentos de mi vida con todo el cariño y amor que siempre los ha caracterizado.

A mis hermanas y familiares quienes siempre han estado a mi lado y me dieron palabras de aliento.

A mis compañeras de tesis, por el esfuerzo realizado para la culminación del presente trabajo de graduación.

A mis amigos Gustavo Zuniga, Ernesto Robles, Pablo Guzmán, Carlos Carrión que me han brindado su apoyo y su amistad a lo largo de toda mi carrera y mi vida

A nuestro Docente Asesor Ing. Saúl Granados que con toda su paciencia y dedicación nos supo guiar en este último tramo de nuestra carrera universitaria.

Fernando Antonio Molina Cruz

“No elegimos como empezamos en esta vida ya que la verdadera grandeza está en que es lo que hacemos con lo que nos ha tocado.”

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	I
OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	III
ALCANCES Y LIMITACIONES.....	IV
A. ALCANCES.....	IV
B. LIMITACIONES.....	V
IMPORTANCIA	VII
CAPÍTULO I – ANTECEDENTES DEL ESTUDIO	1
1.1 MARCO CONTEXTUAL.....	2
1.1.1 ANTECEDENTES GENERALES DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS	2
1.1.1.1 HOSPITAL NACIONAL ROSALES (HNR)	2
1.1.1.2 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DEL HNR	8
1.1.1.3 SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES	9
1.1.1.4 REFERENTES DE EXCELENCIA EN IBEROAMÉRICA	11
1.2 MARCO TEÓRICO	19
1.2.1 SALUD.....	19
1.2.2 SERVICIO.....	19
1.2.3 CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD	19
1.3 EMPRESAS DE SERVICIOS DE SALUD.....	22
1.3.1 OBJETIVOS DE LAS EMPRESAS DE SERVICIO DE SALUD.....	22
1.3.2 LA CALIDAD EN LAS EMPRESAS DE SERVICIOS DE SALUD.....	23
1.4 SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.....	23
1.4.1 INSPECCIÓN.....	24
1.4.2 CONTROL DE CALIDAD	24
1.4.3 ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	25
1.4.4 CALIDAD TOTAL	25

1.4.5	EXCELENCIA DE LA GESTIÓN	26
1.5	CALIDAD TOTAL Y CALIDAD ASISTENCIAL	27
1.5.1	CALIDAD TOTAL	27
1.5.2	CALIDAD ASISTENCIAL	30
1.6	MODELOS DE EVALUACIÓN DE LA EXCELENCIA EMPRESARIAL	31
1.6.1	SELECCIÓN DEL MÉTODO DE AUTO EVALUACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN	32
1.6.2	EL MODELO EFQM DE EXCELENCIA.....	34
1.6.3	CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE LA EXCELENCIA	35
1.6.4	ESTRUCTURA Y CARACTERÍSTICAS DEL MODELO EFQM DE EXCELENCIA	36
1.6.4.1	ESTRUCTURA DEL MODELO	36
1.7	CARACTERÍSTICAS DEL MODELO EFQM DE EXCELENCIA	41
1.8	AUTOEVALUACIÓN MEDIANTE EL MODELO EFQM DE EXCELENCIA....	42
1.9	TIPOS DE AUTOEVALUACIÓN.....	42
1.10	PUNTUACIÓN DEL MODELO EFQM.....	45
1.10.1	NIVELES EFQM DE EXCELENCIA	46
1.11	UTILIDADES DEL MODELO EFQM EN EL ÁMBITO DE LA SALUD	46
1.11.1	VENTAJAS DEL MODELO EFQM, APLICADO EN EL SECTOR SALUD.....	47
1.12	DIRECCIÓN POR PROCESOS.....	47
1.13	GESTIÓN POR PROCESOS	48
1.13.1	DEFINICIÓN.	48
1.13.2	ORIGEN E HISTORIA.....	48
1.14	METODOLOGÍA PARA REALIZAR UNA GESTIÓN POR PROCESOS.....	50
1.14.1	IDENTIFICAR LOS PROCESOS NECESARIOS PARA EL SISTEMA DE GESTIÓN.....	50
1.14.2	CARACTERÍSTICAS DE LOS PROCESOS.....	51
1.14.3	CLASIFICACIÓN DE LOS PROCESOS.....	51

1.14.4	DETERMINAR LA SECUENCIA E INTERACCIÓN DE LOS PROCESOS.....	54
1.15	DOCUMENTACIÓN DE LOS PROCESOS	60
1.16	METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS Y LA DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS	61
1.16.1	PASOS A SEGUIR PARA EL LEVANTAMIENTO DE PROCESOS	63
1.17	CARACTERÍSTICAS DE LOS DIAGRAMAS DE FLUJO	68
1.18	METODOLOGÍA PARA REALIZAR UN DIAGRAMA DE FLUJO	69
1.19	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS.....	70
1.19.1	MODELOS DE GESTIÓN ORGANIZACIONALES.....	72
1.19.2	GESTIÓN POR FUNCIONES.....	73
1.19.3	GESTIÓN POR PROCESOS	73
1.20	DEFINICIÓN DE EVALUACIÓN ECONÓMICA	74
1.21	SELECCIÓN DEL SISTEMA DE COSTO DEL PROYECTO	74
1.21.1	SISTEMAS TRADICIONALES DE COSTOS	75
1.21.2	COSTO POR ABSORCIÓN Y COSTEO DIRECTO O VARIABLE	75
1.21.2.1	COSTEO POR ABSORCIÓN.....	75
1.21.2.2	COSTEO DIRECTO O VARIABLE	77
1.21.3	SEGÚN LA FORMA DE CONCENTRACIÓN DE LOS COSTOS	78
1.21.3.1	COSTEO POR PROCESOS.....	78
1.21.3.2	COSTEO POR ÓRDENES DE TRABAJO.....	78
1.22	ORGANIZACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO	78
1.22.1	ESTRUCTURA DE ORGANIZACIÓN FUNCIONAL.....	79
1.22.2	ORGANIZACIÓN DE TIPO POR PROYECTOS O EXCLUSIVA.....	79
1.22.3	ORGANIZACIÓN MATRICIAL	79
1.22.4	VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LAS ESTRUCTURAS DE ORGANIZACIÓN	80
1.23	EVALUACIÓN DEL TIPO DE ORGANIZACIÓN PARA EL PROYECTO	81
1.23.1	FACTORES QUE INFLUYEN EN EL TIPO DE ORGANIZACIÓN	82
1.23.2	EVALUACIÓN DE FACTORES	82

1.24	MARCO LEGAL.....	85
1.24.1	ORGANISMOS ASOCIADOS.....	85
1.24.1.1	ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.....	85
1.24.2	COMISIÓN DE DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL, INNOVACIÓN Y SALUD PÚBLICA	86
1.25	LEGISLACIÓN NACIONAL.....	87
1.26	DERECHO AMBIENTAL Y SALUD.	88
1.26.1	REGLAMENTO GENERAL DE HOSPITALES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.....	89
1.27	CÓDIGO DE SALUD	92
1.28	NORMAS TÉCNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS DEL HNR .	92
1.29	DEFINICION DE AREAS DE AUTORIDAD, RESPONSABILIDAD Y RELACIONES DE JERARQUIA	94
CAPÍTULO II – DIAGNÓSTICO		100
2.1	DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL	101
2.2	OBJETIVOS DEL DIAGNÓSTICO	101
2.2.1	OBJETIVO GENERAL	101
2.2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	101
2.3	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	102
2.4	TÉCNICAS A UTILIZAR.....	104
2.5	DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	107
2.5.1	SELECCIÓN DEL TIPO DE INVESTIGACIÓN A REALIZAR	107
2.6	DEFINICIÓN DE METODOLOGÍA PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	108
2.6.1	FUENTES DE INVESTIGACIÓN	108
2.6.1.1	FUENTES PRIMARIAS.....	108
2.6.1.2	FUENTES SECUNDARIAS.....	109
2.6.2	INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN.....	109

2.6.3	DISEÑO DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	111
2.6.3.1	DISEÑO DE LA ENCUESTA DIRIGIDA A LOS DIRECTIVOS	111
2.6.3.2	DISEÑO DE LA ENCUESTA DIRIGIDA A USUARIOS (PACIENTES)	135
2.7	PERFIL DEL ENTREVISTADO	140
2.7.1	ENCUESTA DIRIGIDA A PACIENTES	140
2.7.2	ENCUESTA DIRIGIDA A DIRECTIVOS	141
2.8	RAMA 1 DE DIAGNÓSTICO	142
2.8.1	DETERMINACIÓN DE LOS DIRECTIVOS A ENCUESTAR	142
2.8.2	ANÁLISIS DE CRITERIOS EFQM	143
2.8.2.1	CRITERIO 1. LIDERAZGO	143
2.8.2.2	CRITERIO 2. POLÍTICA Y ESTRATEGIA	144
2.8.2.3	CRITERIO 3. PERSONAS	146
2.8.2.4	CRITERIO 4 ALIANZAS Y RECURSOS	147
2.8.2.5	CRITERIO 5 PROCESOS	150
2.8.2.6	CRITERIO 6 RESULTADOS EN LOS CLIENTES	151
2.8.2.7	CRITERIO 7: RESULTADOS EN LAS PERSONAS	153
2.8.2.8	CRITERIO 8: RESULTADOS EN LA SOCIEDAD	154
2.8.2.9	CRITERIO 9: RESULTADOS CLAVE DE LA ORGANIZACIÓN	155
2.8.3	ANÁLISIS TOTAL DE TODOS LOS CRITERIOS DEL MODELO EFQM DE EXCELENCIA	156
2.8.4	PRIORIZACIÓN DE ÁREAS DE MEJORA.	158
2.8.5	CONCLUSIONES DEL DIAGNÓSTICO	159
2.9	RAMA 2 DE DIAGNÓSTICO: PUNTO DE VISTA USUARIOS (PACIENTES)	161
2.9.1	DETERMINACIÓN DEL MARCO MUESTRAL	161
2.9.2	CONCLUSIONES DEL DIAGNÓSTICO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS PACIENTES	165
2.10	RAMA 3 DE DIAGNÓSTICO: SITUACIÓN ACTUAL DE LOS PROCESOS	166
2.10.1	SELECCIÓN DEL MÉTODO DE ANÁLISIS DE LOS PROCESOS	166

2.10.2	DELIMITACIÓN DE LOS PROCESOS.....	167
2.10.3	DOCUMENTACIÓN DE LOS PROCESOS.....	167
2.10.3.1	LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTACIÓN.....	167
2.10.4	IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS DESARROLLADOS	170
2.10.5	CLASIFICACIÓN DE PROCESOS.....	171
2.10.6	MAPA DE PROCESOS SC-HNR	172
2.10.7	ÁRBOL DE PROCESOS.....	172
2.11	MATRIZ DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS DEL SC-HNR	184
2.12	DESCRIPCIÓN DE PROCESOS.....	191
2.12.1	PROCESOS OPERATIVOS	191
2.12.2	PROCESOS ADMINISTRATIVOS	201
2.12.3	PROCESOS ESTRATÉGICOS	210
2.13	ANÁLISIS PEPSU	213
2.13.1	ANÁLISIS DE VALOR AGREGADO	228
2.13.2	CONCLUSIONES DEL DIAGNÓSTICO DE LOS PROCESOS ACTUALES	238
2.14	CONCLUSIÓN Y ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS ENCONTRADOS	238
2.14.1	IDENTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS ENCONTRADOS	241
2.14.1.1	DIAGRAMA DE AFINIDAD	242
2.14.1.2	CUADRO RESUMEN DE CAUSA-EFECTO.....	243
2.14.1.3	ANÁLISIS DE DIAGRAMA DE ISHIKAWA.....	245
2.14.2	PRIORIZACIÓN/CONSENSO DE LAS ÁREAS DE MEJORA	247
2.14.3	ANÁLISIS DE SITUACIÓN ACTUAL CON SITUACIÓN PROPUESTA	251
2.15	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	257
2.15.1	ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....	257
2.16	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	259
2.16.1	VARIABLES DE ENTRADA	259
2.16.2	VARIABLES DE SALIDA.....	259
2.16.3	CRITERIOS	260

2.16.4	RESTRICCIONES	260
2.16.5	USO	260
2.16.6	VOLUMEN	260
2.16.7	TIEMPO	261
2.17	PROPUESTA DE SOLUCIÓN A LA PROBLEMÁTICA	261
2.17.1	EVALUACIÓN DE ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN.....	261
2.17.2	COMPARACIÓN POR ELEMENTOS ESTRATÉGICOS	261
2.17.3	COMPARACIÓN POR ACTUACIÓN	262
2.17.4	RESUMEN GESTIÓN FUNCIONAL VS GESTIÓN POR PROCESOS.	263
2.17.5	SELECCIÓN DE ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN	264
2.17.6	PROPUESTA DE LA ALTERNATIVA DE SOLUCION.....	265
2.17.7	CONCEPTUALIZACION DE LA SOLUCION.	266
2.18	CONTENIDO DEL MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS.....	266
2.19	DESCRIPCIÓN DEL CONTENIDO DEL MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS	268
2.20	DEFINICIÓN DEL CONCEPTO DE ORGANIZACIÓN	270
2.21	DISEÑO DEL PLAN ESTRATÉGICO DEL SC- HNR.....	271
2.22	ELABORACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HNR.....	271
2.22.1	FORMATO DE LEVANTAMIENTO DE PROCESOS	271
2.22.2	DESCRIPCIÓN DE LOS ELEMENTOS:	273
2.23	MANUALES ADMINISTRATIVOS.	274
2.24	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS.....	274
2.24.1	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE PROCESOS.....	282
2.24.2	ELEMENTOS QUE INTEGRAN EL DETALLE DE LA ACTIVIDAD.	286
2.25	MANUAL DE ORGANIZACIÓN	287
2.26	MANUAL DE PUESTOS Y FUNCIONES	292
2.27	SISTEMA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL	292
2.27.1	MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA CAPACIDAD DE ATENCIÓN	292
2.27.2	DISEÑO DE INDICADORES DE DESEMPEÑO.....	293

2.27.3	MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE.....	293
2.27.4	FICHA DE INDICADOR.....	293
CAPÍTULO III – DISEÑO.....		295
3.1	OBJETIVOS DEL DISEÑO.....	296
3.1.1	OBJETIVO GENERAL	296
3.1.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	296
3.2	DESARROLLO DEL PLAN ESTRATÉGICO.....	297
3.2.1	DEFINICIÓN DE PLAN ESTRATÉGICO DE LA ORGANIZACIÓN... ..	297
3.2.1.1	ESTRATEGIA	297
3.2.1.2	PLAN ESTRATÉGICO.	297
3.2.1.3	OBJETIVO DEL PLAN ESTRATÉGICO.....	297
3.2.1.4	¿POR QUÉ REALIZAR UN PLAN ESTRATÉGICO?	298
3.2.1.5	LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA RESPONDE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS EN UNA ORGANIZACIÓN	298
3.2.1.6	FASES PARA LA ELABORACIÓN DE UN PLAN ESTRATÉGICO	298
3.3	ANÁLISIS FODA.	299
3.4	ANÁLISIS ESTRATÉGICO.....	300
3.4.1	ANÁLISIS DE PROPÓSITOS Y OBJETIVOS	300
3.4.2	DEFINICIÓN DEL ORGANIGRAMA:.....	300
3.4.3	PROPUESTA DE ORGANIGRAMA DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HNR	301
3.5	DEFINICIÓN DE LA MISIÓN:.....	302
3.6	DEFINICIÓN DE LA VISIÓN:.....	303
3.7	VALORES.....	304
3.8	ANÁLISIS DEL ENTORNO	304
3.9	ANÁLISIS FODA DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES.....	305
3.10	FORMULACIÓN ESTRATÉGICA.....	306

3.10.1	CUADRO DE MANDO INTEGRAL.....	306
3.10.1.1	BENEFICIOS DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL O BALANCE SCORECARD	307
3.10.1.2	PRINCIPALES OBJETIVOS DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL	307
3.11	JUSTIFICACIÓN DE LA METODOLOGÍA	307
3.12	POSICIONAMIENTO ESTRATÉGICO	310
3.13	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.	315
3.14	ACCIONES ESTRATEGICAS.....	316
3.15	IMPLEMENTACIÓN ESTRATÉGICA	320
3.15.1	REFLEXIONES PRELIMINARES.	320
3.16	SISTEMA DE INDICADORES.....	321
3.16.1	NIVEL DEL INDICADOR.....	323
3.16.2	FICHA DE INDICADOR.	324
3.17	LISTADO DE INDICADORES DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA EN EL HNR.....	324
3.18	SISTEMAS DE INDICADORES ESTRATÉGICOS	333
3.19	SISTEMA DE INDICADORES OPERATIVOS	337
3.20	MODELAMIENTO DE PROCESOS	341
3.20.1	PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS	341
3.20.2	DETERMINACIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL SERVICIO.....	343
3.20.3	DEFINICIÓN DE LOS PROCESOS A MODELAR	344
3.20.4	METODOLOGÍA DEL DISEÑO DE PROCESOS.....	345
3.21	PROCEDIMIENTO: GESTIÓN DE RECURSOS.....	347
3.21.1	DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA	348
3.22	DIAGRAMA DEL PROCESO.....	356
3.22.1	FLUJOGRAMA DEL PROCESO	361
3.22.2	PROCEDIMIENTO: MANTENIMIENTO Y LIMPIEZA	366

3.22.3	PROCEDIMIENTO: ARCHIVO Y DOCUMENTACIÓN	382
3.22.4	PROCEDIMIENTO: MANEJO Y LICENCIAS DE PERSONAL	401
3.23	DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS Y FUNCIONES DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA	408
3.23.1	MANUAL DE FUNCIONES DEL SERVICIO DE CARDIOLOGIA DEL HNR	410
3.23.2	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA DEL HNR ...	447
3.23.3	MANUAL DE ORGANIZACIÓN.....	496
3.24	RESULTADOS ESPERADOS DEL DISEÑO	513
3.24.1	REDUCCIÓN DE EFECTOS NEGATIVOS.	513
3.25	EFFECTOS REDUCIDOS CON LA APLICACIÓN DE LAS SOLUCIONES...	516
3.26	SISTEMA DE CONTROL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA HOSPITAL NACIONAL ROSALES.....	520
	CATÁLOGO DE INDICADORES	527
	CAPÍTULO IV - IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIONES	568
4.1	IMPLEMENTACIÓN	569
4.1.1	ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO	569
4.1.2	PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO	569
4.2	ALCANCE DEL PROYECTO	570
4.2.1	ESTRUCTURA DE DESGLOSE DE TRABAJO (EDT)	570
4.2.2	DESCRIPCIÓN DE ENTREGABLES	572
4.3	DESCRIPCIÓN DE PAQUETES DE TRABAJO.....	573
4.3.1	GESTIÓN DEL FINANCIAMIENTO.....	574
4.3.2	GESTIÓN DE LA JEFATURA DE LA GESTION.....	575
4.3.3	DISTRIBUCIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN.....	576
4.4	TALENTO HUMANO.....	576
4.4.1	DAR A CONOCER LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN	576

4.4.2	CAPACITACIÓN DEL PERSONAL EN MATERIA DE MODELOS DE GESTIÓN	577
4.5	PRUEBA PILOTO	578
4.5.1	AUDITORIA INICIAL DEL MODELO DE GESTIÓN.....	578
4.5.2	REALIZACIÓN DE PRUEBA PILOTO.....	579
4.5.3	MEDICIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	579
4.6	POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DE IMPLANTACIÓN.....	579
4.7	ESTRATEGIAS DE IMPLANTACIÓN.....	579
4.7.1	CONCIENTIZACIÓN	579
4.7.2	UNIFICACIÓN DEL ESFUERZO	580
4.7.3	RESULTADOS ESPERADOS DE IMPLANTACIÓN.....	580
4.8	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	581
4.9	BENEFICIOS QUE APORTA EL MODELO DE GESTIÓN AL ÁREA DE CARDIOLOGÍA	582
4.10	ACTIVIDADES DE IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS.....	583
4.11	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES.....	583
4.12	TIEMPOS DE LAS ACTIVIDADES Y ASIGNACIÓN DE RESPONSABLES.....	589
4.12.1	TIEMPOS DE ACTIVIDADES.....	589
4.12.2	CÁLCULO DE TIEMPOS DE CADA ACTIVIDAD.....	590
4.12.3	LISTADO DE ACTIVIDADES, PRECEDENCIAS, TIEMPO Y COSTO---	593
4.12.4	TABLA RESUMEN DE PRESUPUESTO DE LA ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO	597
4.12.5	DIAGRAMA DE REDES	598
4.12.6	PROGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA IMPLANTACIÓN	599
4.12.7	CALENDARIO DE TRABAJO DE LA IMPLANTACIÓN DEL PROYECTO.....	601
4.13	CONTROL DE LA IMPLANTACIÓN.....	603

4.14	ESTRUCTURA ORGANIZATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO	608
4.15	FUNCIONES DEL EQUIPO DE IMPLANTACIÓN	608
4.15.1	ADMINISTRADOR DEL PROYECTO	608
4.15.2	COORDINADOR DE LA GESTIÓN	608
4.15.3	COORDINADOR DE PRUEBA PILOTO	609
4.15.4	EQUIPO DE LA GESTIÓN.....	609
4.15.5	PERFILES PARA LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE LA GESTIÓN	609
4.15.6	RELACIÓN DE CARGOS PARA EQUIPO DE IMPLANTACIÓN	609
4.15.7	MATRIZ DE RESPONSABILIDADES	609
4.16	MANUAL DE ORGANIZACIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO.....	612
4.17	EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA DEL DISEÑO	623
4.17.1	OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN	623
4.17.2	OBJETIVO GENERAL	623
4.17.3	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	623
4.17.4	DEFINICIÓN DE EVALUACIÓN ECONÓMICA	624
4.17.5	COSTOS DE IMPLANTACION, OPERACIÓN Y EVALUACIONES DEL PROYECTO.....	624
4.18	COSTOS DE INVERSIÓN DEL PROYECTO	624
4.18.1	COSTOS DE DISEÑO DEL MODELO DE GESTIÓN.....	625
4.18.2	COSTOS DE CAPACITACIÓN.....	627
4.18.3	COSTOS DE CAPACITACIÓN.....	630
4.18.4	COSTO DE EQUIPO DE OFICINA	632
4.18.5	COSTO DE DOCUMENTACIÓN	633
4.18.6	RESUMEN DE COSTOS DE INVERSIÓN	634
4.18.6.1	COSTOS DE OPERACIÓN DEL PROYECTO.....	634
4.18.6.2	COSTO DE FORMULARIOS DEL MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS	635
4.18.6.3	COSTOS DE PLANILLA DE JEFE DE LA GESTIÓN	636

4.18.7	RESUMEN DE COSTOS DE OPERACIÓN	637
4.19	EVALUACIONES ECONÓMICAS DEL MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS	639
4.19.1	TASA MÍNIMO ATRACTIVA DE RENDIMIENTO (TMAR).....	639
4.19.1.1	CONSIDERACIONES DE LOS FLUJOS DE EFECTIVO	642
4.19.2	GRÁFICO DE INGRESOS Y EGRESOS E INVERSIÓN INICIAL	646
4.19.3	(ALTERNATIVAS).....	646
4.20	EVALUACIÓN SOCIAL DEL PROYECTO	649
4.20.1	BENEFICIOS CUANTITATIVOS.....	650
4.20.1.1	PERSONAS CON PADECIMIENTOS CARDIACOS.....	650
4.20.1.2	A LOS EMPLEADOS (DISMINUCIÓN DE INCAPACIDADES).....	651
4.20.1.3	PRINCIPALES BENEFICIARIOS.....	652
4.20.2	BENEFICIOS CUALITATIVOS.....	652
4.20.2.1	COSTOS DE LOS ACCIDENTES	653
4.20.2.2	COSTOS DIRECTOS	653
4.20.2.3	COSTOS INDIRECTOS	653
4.20.2.4	OTROS COSTOS.....	654
4.20.3	INCIDENCIA DE LOS ACCIDENTES DE TRABAJO EN LOS COSTOS DE UNA INSTITUCIÓN	655
4.21	EVALUACIÓN AMBIENTAL.....	659
4.21.1	ETAPA 1: DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO.	660
4.21.2	ETAPA 2: IDENTIFICACIÓN DE POSIBLES IMPACTOS AMBIENTALES	660
4.21.3	ETAPA 3: EVALUACIÓN PRELIMINAR Y CLASIFICACIÓN DE LOS IMPACTOS IDENTIFICADOS	662
4.21.4	ETAPA 4: ANÁLISIS DE LOS IMPACTOS IDENTIFICADOS	665
4.21.5	ETAPA 5: PROGRAMA DE MANEJO AMBIENTAL DE LOS IMPACTOS GENERADOS.....	666
4.21.6	CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN AMBIENTAL.....	666
5	CONCLUSIONES.....	667

6	BIBLIOGRAFÍA	668
7	ANEXOS	669

ÍNDICE DE ILUSTRACIÓN

Ilustración 1 Mapa de ubicación del HNR	3
Ilustración 2 Estructura organizativa del Hospital Nacional Rosales.....	8
Ilustración 3 Mapa de ubicación del Servicio de Cardiología dentro del HNR.	9
Ilustración 4 Principales determinantes de la salud.....	19
Ilustración 5 Diagrama gestión de la calidad.....	24
Ilustración 6 Estructura del modelo EFQM de Excelencia	37
Ilustración 7 Proceso de autoevaluación	42
Ilustración 8 Diagrama del sistema de gestión de la excelencia.....	51
Ilustración 9 Clasificación de los procesos.....	52
Ilustración 10 Niveles de los procesos	54
Ilustración 11 Ejemplo, Mapa de procesos.....	55
Ilustración 12 Parámetros bases para el análisis de procesos	56
Ilustración 13 Ciclo de mejora de Deming.....	60
Ilustración 14 Aspectos para el levantamiento de procesos	63
Ilustración 15 Simbología, Diagrama de flujo.....	69
Ilustración 16 Administración Funcional	73
Ilustración 17 Administración por procesos.....	74
Ilustración 18 Tipos de organizaciones para un proyecto	79
Ilustración 19. Fases del diagnostico.....	103
Ilustración 20 Ramas de diagnóstico SC-HNR	105
Ilustración 21 Metodología para el desarrollo del diagnóstico. Elaboración propia	106
Ilustración 22. Desarrollo de la autoevaluación, organización.....	142
Ilustración 23 Resultado de autoevaluación EFQM.....	157
Ilustración 24 Ciclo de mejora de la gestión	158
Ilustración 25 Diagrama, determinación del marco muestral.....	161
Ilustración 26 Selección del método de análisis de los procesos	166
Ilustración 27 Elementos para la fase del diagnóstico de la investigación.....	167

Ilustración 28 Lista de verificación para la corroboración de la documentación en el servicio	169
Ilustración 29 Identificación de los procesos desarrollados	171
Ilustración 30 Mapa de procesos de Servicio de Cardiología del HNR	172
Ilustración 31 Árbol de desglose de procesos SC-HNR.....	174
Ilustración 32 Macroprocesos SC-HNR.....	175
Ilustración 33 Proceso Operativo: Ingreso de pacientes.....	176
Ilustración 34 Proceso Operativo: Atención médica al paciente.....	177
Ilustración 35 Proceso Operativo Alta al paciente	178
Ilustración 36 Proceso Administrativo Gestión de recursos.....	179
Ilustración 37 Proceso Administrativo Mantenimiento y limpieza	180
Ilustración 38 Proceso Administrativo Archivo y documentación.....	181
Ilustración 39 Proceso Administrativo Manejo y licencias del personal.....	182
Ilustración 40 Proceso Estratégico Gestión estratégica.....	182
Ilustración 41 Proceso Estratégico Gestión del conocimiento	183
Ilustración 42 Diagrama de análisis de valor agregado	229
Ilustración 43 Análisis de resultados del valor ganado	237
Ilustración 44 Diagrama de afinidad	242
Ilustración 45 Diagrama de Ishikawa situación actual SC-HNR	246
Ilustración 46 Priorización en las áreas de mejora	247
Ilustración 47 Priorización de problemas en el área de calidad de servicio	249
Ilustración 48Priorización de problemas en el área de Organización	250
Ilustración 49Priorización de problemas en el área de Documentación.....	251
Ilustración 50 Formulación del problema.....	259
Ilustración 51 Contenido del Modelo de Gestión por procesos SC-HNR	267
Ilustración 52 Elementos a integrar para cada procedimiento.....	275
Ilustración 53 Simbología, Diagrama de flujo.....	280
Ilustración 54 Elementos a integrar para el manual de procesos.....	283
Ilustración 55 Formato para firmas de validación	284
Ilustración 56 Elementos a integrar para el manual de organización	287

Ilustración 57 Fases para la elaboración de un plan estratégico.....	298
Ilustración 58 Propuesta de organigrama del SC-HNR.....	301
Ilustración 59 elementos para construir la definición de la misión	302
Ilustración 60 Elementos para construir la definición de la visión.....	303
Ilustración 61 Análisis FODA SC-HNR	305
Ilustración 62 Esquema Representativo de un plan estratégico formulado bajo la metodología de cuadro de mando integral.....	309
Ilustración 63 Posicionamiento estratégico	310
Ilustración 64 Líneas estratégicas definidas para SC-HNR.....	316
Ilustración 65 Mapa de procesos SC-HNR priorización	343
Ilustración 66 Diagrama del proceso Solicitud de requerimientos anuales.....	356
Ilustración 67 Diagrama del proceso Solicitud de requerimientos no programados	357
Ilustración 68 Diagrama del proceso Recepción de recursos	358
Ilustración 69 Diagrama del proceso Almacenamiento y distribución de recursos	359
Ilustración 70 Diagrama del proceso recepción de recursos por medio de donaciones	360
Ilustración 71 Diagrama del proceso Limpieza diaria de las instalaciones	374
Ilustración 72 Diagrama del proceso Limpieza periódica de las instalaciones	375
Ilustración 73 Diagrama del proceso Mantenimiento de equipo medico	376
Ilustración 74 Diagrama del proceso Mantenimiento de infraestructura	377
Ilustración 75 Diagrama del proceso seguimiento clínico.....	391
Ilustración 76 Diagrama del proceso censo total de todos los pacientes.....	392
Ilustración 77 Diagrama del proceso censo de consultas	393
Ilustración 78 Diagrama del proceso Censo de procedimientos.....	394
Ilustración 79 Diagrama del proceso reporte mensual del servicio de cardiología	395
Ilustración 80 Diagrama del proceso Control de permisos.....	404
Ilustración 81 Estructura Organizacional	417
Ilustración 82 Principales etapas de la administración de proyectos.....	569
Ilustración 83 Estructura de desglose de trabajo (EDT).....	571
Ilustración 84 Descripción de entregables.....	572
Ilustración 85 Entregable Gestión del Financiamiento	574

Ilustración 86 Entregable Gestión de la jefatura de la gestión	575
Ilustración 87 Entregable Talento humano.....	576
Ilustración 88 Entregable Prueba Piloto	578
Ilustración 89 Diagrama de Redes.....	598
Ilustración 90 Estructura organizativa para la administración del proyecto	608
Ilustración 91 Proyección de pacientes próximos 5 años SC-HNR	644
Ilustración 92 Gráfico de ingresos y egresos e inversión inicial	646
Ilustración 93 Iceberg de los costos de accidente.....	655
Ilustración 94 : Ejemplo de requisición de solicitud de compra.....	728
Ilustración 95 Ejemplo de solicitud de mantenimiento	729

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Personal que trabaja en el servicio de cardiología del HNR	11
Tabla 2 Información General del servicio de cardiología en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.	14
Tabla 3 Información General del servicio de cardiología en la Fundación Favaloro.....	16
Tabla 4 Información General del servicio de cardiología en el Hospital Universitario Ramón y Cajal	18
Tabla 5 Características de los servicios e implicaciones para la gestión.....	21
Tabla 6 Características de las empresas de servicios de salud	22
Tabla 7 Puntos de vistas según diferentes autores sobre calidad total	27
Tabla 8 Decálogo de la calidad total	30
Tabla 9 Calidad asistencial	31
Tabla 10 Agentes facilitadores de los criterios y sub-criterios del modelo EFQM.....	39
Tabla 11 Resultados de los criterios y sub-criterios del modelo EFQM.....	41
Tabla 12 Tipos de enfoque para la autoevaluación	43
Tabla 13 Puntos de los criterios del modelo EFQM de excelencia	45
Tabla 14 Ventajas y desventajas de las estructuras de organización.....	81
Tabla 15 factores que influyen en la elección del tipo de organización.....	82
Tabla 16 ponderaciones base para la evaluación del tipo de organización del proyecto	83
Tabla 17 Interpretación de criterios de evaluación.....	83
Tabla 18 Técnicas para el análisis de procesos	104
Tabla 19 Tipos de metodología de investigación	107
Tabla 20 Elementos para el enfoque del Cuestionario de Autoevaluación	110
Tabla 21 Indicadores de dimensionamiento de la calidad	136
Tabla 22 Indicadores de dimensionamiento de la calidad, Pregunta - Objetivo	140
Tabla 23 Criterio 1 Liderazgo	144
Tabla 24 Puntuación obtenida Criterio 1: Liderazgo.....	144
Tabla 25 Criterio 2 Política y estrategia	145
Tabla 26 Puntuación obtenida Criterio 2: Política y estrategia	145

Tabla 27 Criterio 3 Personas	146
Tabla 28 Puntuación obtenida Criterio 3: Personas.....	147
Tabla 29 Criterio 4 Alianzas y recursos	149
Tabla 30 Puntuación obtenida Criterio 4: Alianzas y recursos	149
Tabla 31 Criterio 5 Procesos	150
Tabla 32 Puntuación obtenida Criterio 5: Procesos.....	151
Tabla 33 Criterio 6 Resultados en los clientes	152
Tabla 34 Puntuación obtenida Criterio 6: Resultados en los clientes.....	153
Tabla 35 Criterio 7: Resultados en las personas.....	153
Tabla 36 Puntuación obtenida Criterio 5: Resultados en las personas	154
Tabla 37 Criterio 8: Resultados en la sociedad	154
Tabla 38 Puntuación obtenida Criterio 5: Resultado en la sociedad	155
Tabla 39 Criterio 9: Resultados clave de la Organización	155
Tabla 40 Puntuación obtenida Criterio 9: Resultados clave de la organización	156
Tabla 41 Puntuación de los criterios del modelo EFQM de excelencia.....	157
Tabla 42 Matriz de priorización de Áreas de mejora.	159
Tabla 43 Determinación del nivel de confianza	163
Tabla 44 Matriz de procesos administrativos del SC-HNR	190
Tabla 45 PEPSU Procesos operativos, Proceso ingreso de paciente.....	215
Tabla 46 PEPSU Procesos operativos, Proceso atención paciente.....	217
Tabla 47 PEPSU Procesos operativos, Proceso alta al paciente.....	219
Tabla 48 PEPSU Procesos administrativos, Proceso Gestión de recursos	221
Tabla 49 PEPSU Procesos administrativos, Proceso mantenimiento y limpieza.....	222
Tabla 50 PEPSU Procesos administrativos, Proceso: Archivo y documentación	224
Tabla 51PEPSU Procesos estratégicos, Proceso: Gestión estratégica.....	226
Tabla 52 PEPSU Procesos estratégicos, Proceso: Gestión del conocimiento	227
Tabla 53 Análisis valor agregado, Proceso operativos, Ingreso de paciente.....	230
Tabla 54 Análisis valor agregado, Proceso operativos, Atención medica al paciente	232
Tabla 55 Análisis valor agregado, Proceso de alta al paciente.....	232
Tabla 56 Análisis valor agregado, Proceso administrativos, Gestión del recurso.....	233

Tabla 57 Análisis valor agregado, Proceso administrativos, Mantenimiento y limpieza....	233
Tabla 58 Análisis valor agregado, Proceso administrativos, Archivo y documentación ...	234
Tabla 59 Análisis valor agregado, Proceso administrativos, Manejo y licencias de personal	235
Tabla 60 Análisis valor agregado, Proceso estratégicos, Gestión estratégica	235
Tabla 61 Análisis valor agregado, Proceso estratégicos, Gestión del conocimiento	236
Tabla 62 Análisis de resultados de valor agregado	236
Tabla 63 Resumen de problemas encontrados 3 ramas de diagnóstico.....	241
Tabla 64 Cuadro resumen de causa y efecto	245
Tabla 65 Cantidad de efectos negativos dentro de la categoría calidad del servicio.....	248
Tabla 66 Cantidad de efectos negativos dentro de la categoría organización	249
Tabla 67 Cantidad de efectos negativos dentro de la categoría documentación	251
Tabla 68 Elementos básicos de los criterios a evaluar	252
Tabla 69 Análisis de la situación actual con la propuesta	256
Tabla 70 Comparación por elementos estratégicos	262
Tabla 71 Comparación de elementos por actuación.....	262
Tabla 72 Gestión funcional vs gestión por procesos	264
Tabla 73 Aspectos a considerar para la evaluación del servicio de cardiología.....	264
Tabla 74 Técnicas para cumplir las líneas estratégicas	269
Tabla 75 Formato para el levantamiento de procesos	273
Tabla 76 Formato para la identificación de firmas.....	276
Tabla 77 Ficha técnica de indicadores SC-HNR	294
Tabla 78 Formulación y establecimiento de líneas estratégicas.....	312
Tabla 79 Acciones estratégicas de dirección	318
Tabla 80 Acciones estratégicas mando medio.....	318
Tabla 81 Acciones estratégicas operativas	319
Tabla 82 Reflexiones preliminares sobre el nivel de atención que se tiene para los usuarios	321
Tabla 83 Formato de Ficha de Indicador SC-HNR	324
Tabla 84 Formato de Ficha de Indicadores Globales del SC-HNR.....	333

Tabla 85 Formato de Ficha de Indicadores estratégicos del SC-HNR.....	337
Tabla 86 Formato de Ficha de Indicadores operativos del SC-HNR	341
Tabla 87 Definición de los procesos	345
Tabla 88 Componentes del proceso Gestión de recursos	351
Tabla 89 Componentes del subproceso Solicitud de requerimientos anuales	352
Tabla 90 Componentes del subproceso Solicitud de requerimientos no programados	353
Tabla 91 Componentes del subproceso Recepción de recursos	354
Tabla 92 Componentes del subproceso Almacenamiento y distribución de recursos.....	355
Tabla 93 Componentes del subproceso recepción de recursos por medio de donaciones .	355
Tabla 94 Flujograma de proceso gestión de recursos.....	361
Tabla 95 Recursos necesarios para la gestión de recursos	365
Tabla 96 Componentes del proceso Mantenimiento y limpieza.....	369
Tabla 97 Componentes del subproceso Limpieza diaria de las instalaciones	370
Tabla 98 Componentes del subproceso Limpieza periódica de las instalaciones	371
Tabla 99 Componentes del subproceso Mantenimiento del equipo médico	372
Tabla 100 Componentes del subproceso Mantenimiento de infraestructura.....	373
Tabla 101 Flujograma del proceso mantenimiento y limpieza.....	378
Tabla 102 Recursos necesarios para realizar el proceso de Mantenimiento y Limpieza ...	381
Tabla 103 Componentes del proceso Archivo y documentación	385
Tabla 104 Componentes del subproceso Seguimiento clínico	386
Tabla 105 Componentes del subproceso Censo total de pacientes y procedimientos.....	387
Tabla 106 Componentes del subproceso Censo de consultas	388
Tabla 107 Componentes del subproceso Reporte mensual del servicio de cardiología.....	390
Tabla 108 Flujograma del proceso archivo y documentación.....	396
Tabla 109 Recursos necesarios para realizar el proceso Archivo y documentación	400
Tabla 110 Componentes del proceso Control de permisos e inasistencias del personal....	403
Tabla 111 Cuadro resumen del análisis de causa y efecto.	516
Tabla 112 3.25 Efectos reducidos con la aplicación de las soluciones	519
Tabla 113 Entregables y paquetes de trabajo del proyecto	573
Tabla 114 Entregables, paquetes de trabajo y actividades del proyecto	582

Tabla 115 Actividades para implementación del proyecto	589
Tabla 116 Duración de actividades para implementación del proyecto	593
Tabla 117 Actividades, precedencias y tiempo para implementación del proyecto.....	597
Tabla 118 Resumen de costos para la administración del proyecto	597
Tabla 119 Programación de actividades para la implementación del proyecto	601
Tabla 120 Formato de seguimiento de las actividades de implantación	607
Tabla 121 Relación de cargos para equipo de implantación	609
Tabla 122 Descripción de roles en la matriz de responsabilidades	610
Tabla 123 Matriz de responsabilidades del proyecto	611
Tabla 124 Documentación del Modelo de Gestión por procesos SC-HNR	625
Tabla 125 Costos por Diseño para el Modelo de Gestión por Procesos SC-HNR.....	626
Tabla 126 Salarios de trabajadores HNR	628
Tabla 127 Participantes que serán capacitados sobre distintos procedimientos de trabajo	629
Tabla 128 Costos de capacitación	631
Tabla 129 Costos de equipo de oficina.....	632
Tabla 130 Costos de reproducción de documentos	633
Tabla 131 Resumen de costos de inversión del proyecto.....	634
Tabla 132 Costos de reproducción de formularios para el Modelo de Gestión por Procesos	636
Tabla 133 Costo de planilla del puesto Jefe de la gestión	637
Tabla 134 Costos de operación del proyecto.....	638
Tabla 135 Tasa de inflación promedio de los últimos 13 años	640
Tabla 136 Tasas de depósitos a plazo para 360 días ofrecidas a la fecha	641
Tabla 137 Historial de la cantidad de pacientes atendidos por primera vez en los últimos 5 años.....	642
Tabla 138 Proyección de pacientes que se atenderán en SC-HNR en los próximos 5 años	644
Tabla 139 Ahorro que se obtendrá de las consultas proyectadas	645
Tabla 140 Ahorros y costos con la implementación del Modelo de Gestión por Procesos.	646

Tabla 141 Utilidades netas de los 5 años de análisis del estudio	647
Tabla 142 Relación beneficio costo alternativa 1	648
Tabla 143 Relación beneficio costo alternativa 2.....	649
Tabla 144 Resumen de las evaluaciones económicas hechas.....	649
Tabla 145 Usuarios actuales beneficiados.....	652
Tabla 146 Identificación de impactos ambientales del modelo de gestión por procesos ...	662
Tabla 147 Criterios para la evaluación del impacto ambiental	664
Tabla 148 Rango de valores de evaluación ambiental	664
Tabla 149 Evaluaciones de impactos ambientales del proyecto.....	665

INTRODUCCIÓN

El Hospital Nacional Rosales (HNR), es un hospital de primer nivel que tiene como fin proveer servicios de salud en medicina interna, cirugía y sus especialidades. Dentro de sus especialidades está el Servicio de Cardiología, el cual brinda atención a personas con padecimientos cardíacos y da cobertura a la población total del país que demanda sus servicios. Como todas las organizaciones el Servicio de Cardiología trabaja por medio de procesos que sirven para atender a los pacientes. Los procesos se consideran actualmente como la base operativa de gran parte de las organizaciones y gradualmente se van convirtiendo en la base fundamental de un número creciente de empresas e instituciones.

En el Servicio de Cardiología del Hospital Nacional Rosales (SC-HNR), a través del diagnóstico realizado con diversos métodos aplicados, se determinó que existen una serie de problemáticas las cuales se traducen en un efecto, el cual es que la atención médica actualmente es prestada sin enfoque al usuario, sin capacidad de anticiparse a los cambios del entorno y carente de medios que permitan aprovechar al máximo los recursos, garantizando la calidad del servicio y la obtención de resultados satisfactorios.

Se seleccionó como alternativa de solución aplicar un modelo de gestión por procesos que permita orientar el servicio a los usuarios garantizando la calidad a través de la generación de valor y estandarización de los procesos para cumplir así las expectativas de los usuarios y obtener los resultados esperados en el SC-HNR.

Por tanto, la solución más adecuada para resolver la problemática en el SC-HNR nos lleva a presentar los pasos a través de los cuales se lleva a cabo la Gestión por Procesos, primero es el desarrollo del concepto de Organización, segundo el definir los procesos claves y prioritarios, tercero establecer sistemas de indicadores y por ultimo establecer planes de actuación y la documentación requerida.

El fin del estudio es conocer la situación actual del SC-HNR y diseñar una alternativa de mejora en el servicio. Dicha alternativa de solución es aplicar un modelo de gestión por procesos que permita orientar el servicio a los usuarios garantizando la calidad a través de la generación de valor y estandarización de los procesos para cumplir así las expectativas de los usuarios y obtener los resultados esperados.

El diseño basándose en los pasos para la Gestión por Procesos, contiene una propuesta de plan estratégico con su respectiva guía de elaboración, el diseño de un plan de trabajo, guía de modelamiento de procesos, documentación de procesos y un sistema de seguimiento y control, todo esto con el objetivo de garantizar la calidad del servicio prestado sus usuarios.

Dentro del estudio se realizan las evaluaciones correspondientes al proyecto que se está desarrollando para conocer los resultados generados por la implantación del mismo. Se desarrollan las evaluaciones para conocer el costo de la implantación del proyecto y cuál es el beneficio que trae tanto al SC-HNR, como a los usuarios del mismo.

Finalmente se ha diseñado un plan de implantación del proyecto que garantice la obtención de los resultados esperados en el servicio.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL

Diseñar una propuesta de mejora de la organización y de los procesos administrativos para el Servicio de Cardiología del Hospital Nacional Rosales, que estén orientados a brindar un servicio eficiente para los pacientes a través de la mejora de la calidad y la orientación de los procesos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar el marco teórico y conceptual necesario para conocer todo lo necesario acerca de la mejora en una organización y de los procesos administrativos dentro del servicio de salud.
- Evaluar las condiciones de la situación actual del desarrollo de los procesos administrativos y de la estructura organizativa del Servicio de Cardiología del Hospital Nacional Rosales.
- Diseñar un plan de acción que permita dar solución a los principales problemas identificados para la mejora de calidad de servicio.
- Determinar y Evaluar los beneficios económicos y sociales que se obtendrán a partir de las propuestas de solución diseñadas.
- Diseñar un plan de implementación que sirva como guía para implementar las soluciones propuestas.

ALCANCES Y LIMITACIONES

a. ALCANCES

- La investigación se basará en el establecimiento del marco contextual que permitirá situarlo desde una determinada perspectiva, a partir de este punto se identificarán los procesos fundamentales del servicio de cardiología del Hospital Nacional Rosales, estructurados de forma tal que darán lugar a la elaboración del mapa de procesos. Con el respectivo análisis se escogerán aquellos procesos fundamentales los cuales serán modelados y reestructurados a partir del pensamiento estratégico de la institución.
- No se generarán propuestas que modifiquen procedimientos médicos utilizados dentro del área hospitalaria de la institución debido a que ya existen protocolos específicos que el personal del hospital debe de seguir.
- La propuesta de solución solo será para las áreas de trabajo que existen en el Servicio de Cardiología, las soluciones planteadas no se diseñarán para otras áreas del Hospital Nacional Rosales.
- La cantidad de pacientes que se tomará en cuenta para realizar la investigación será del total de pacientes que visitan el servicio de cardiología durante el periodo en que se realiza la investigación.
- Para el cuestionario de autoevaluación se tomarán en cuenta todos los jefes de las áreas que están involucradas directamente con el servicio de cardiología.

b. LIMITACIONES

- Hubo una rotación en la jefatura de enfermería lo cual ocasionó que la persona nueva no pudiera responder el cuestionario de autoevaluación, debido a que no conocía la situación actual del servicio de cardiología y no estaba muy familiarizada con la manera de cómo se trabaja actualmente.
- La población de pacientes en cardiología es un tipo de persona que “no se queja” y “muy pasivo”, lo cual puede influir en que en el buzón de quejas y en las encuestas de satisfacción del paciente la mayoría de los comentarios fueron positivos.
- Se pidió información en la oficina del derecho a la salud y en las demandas no nos brindaron información porque era de carácter confidencial y acerca de los comentarios en los buzones si nos brindaron información de los cuales algunos eran comentarios positivos.
- Se debe respetar las diversas leyes, normativas, reglamentos y demás directrices bajo las cuales se rige el área administrativa y organizativa en el Servicio de Cardiología del Hospital Nacional Rosales.
- La solución debe estar dentro de los límites presupuestarios del Servicio de Cardiología del Hospital Nacional Rosales.
- El tiempo disponible para la recolección de información estará restringido por la disponibilidad de tiempo del personal, y los horarios en los cuales se les brinda servicio a los usuarios.

- La propuesta de solución llegará hasta la etapa de Documentación de los Procesos, pues para poder realizar un Mejoramiento Continuo de los Procesos (Rediseño de Procesos) se requeriría de más tiempo, por lo cual el presente estudio se podría utilizar como punto de partida para realizar este último.
- Esta sólo es una propuesta de solución en la que se diseña qué procedimientos seguir para llegar a la solución pero la implementación es responsabilidad del servicio de cardiología del Hospital Nacional Rosales.

IMPORTANCIA

Tomando en cuenta que el Hospital Nacional Rosales es el principal centro de salud para referencia de pacientes a nivel nacional y es el más especializado para el tratamiento de diversas afecciones, se hace de mucha importancia realizar este tipo de investigación con el objetivo de solucionar la mayor cantidad de problemas por medio de la implantación de un nuevo enfoque dirigido a los procesos para así poder brindar un mejor servicio.

Para establecer una práctica adecuada en el Servicio de Cardiología del Hospital Nacional Rosales es muy importante el uso de una metodología para el análisis y la documentación de los procesos del mismo. Para tal fin es necesario adoptar definiciones y criterios que se utilizarán para la definición del contenido de los documentos que se generen en las próximas etapas de este trabajo de graduación. Esta documentación ayudará a unificar criterios para llevar a cabo los objetivos de la organización de manera clara, transparente y eficiente.

Es de mucha importancia identificar y definir claramente, en esta etapa de diagnóstico, los problemas más relevantes en el momento en que se realizan los procesos y procedimientos y así con las propuestas de solución volverlos más óptimos y por consecuencia poder otorgar a los pacientes un mejor servicio.

La importancia del trabajo de investigación radica en que el servicio de cardiología se necesita la definición clara de sus actividades y optimización de sus recursos, ya que solo documentando, mejorando y actualizando sus procesos logrará tener un desempeño orientado a la excelencia. Para lograr esto, siempre buscando satisfacer las necesidades crecientes de los pacientes del servicio de cardiología, es indispensable realizar un diagnóstico de la situación actual y conceptualizar el diseño de la solución.

CAPÍTULO I – ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

1.1 MARCO CONTEXTUAL

1.1.1 ANTECEDENTES GENERALES DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS¹

En 1806 se crearon asilos (Hospitales) sin asistencia, siendo los principales los de San Salvador, San Miguel (Asilo San Antonio) y en San Vicente donde se contaba con cinco médicos de los cuales dos residían en San Salvador, uno en San Vicente y dos en San Miguel. Además contaban con doce cirujanos (Barberos) y veintiséis curanderos.

En 1876 se empezaron a practicar cirugías completas por el Doctor Emilio Álvarez (1874-1906) de nacionalidad Colombiana, a quien se le considero Padre de la Cirugía en aquella época; dichas cirugías fueron practicadas en el asilo de San Salvador.

Para ese entonces el Hospital General que existía {antes Casa de Caridad), no era suficiente para las demandas por lo que Don Teodoro Kreintz y el Dr. Ramón García González, tomaron la iniciativa de construir un verdadero Hospital, para lo cual Don José Rosales quien estaba de acuerdo con ellos donó toda su fortuna en abril de 1885 inaugurándose posteriormente en julio de 1902 el Hospital Rosales.

1.1.1.1 HOSPITAL NACIONAL ROSALES (HNR)

El Hospital Nacional Rosales, se encuentra ubicado en el centro de San Salvador, es el Hospital de referencia de las Redes Integrales e Integradas de los Servicios de Salud (RIISS) para Medicina y Cirugía con las correspondientes especialidades, para la población salvadoreña mayor de 12 años, razón por la que atiende a los pacientes con enfermedades que ameritan Segundo y Tercer Nivel de atención y el área geográfica de influencia es Nacional.

Es además el Hospital escuela para pregrado y postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador y de otras instituciones formadoras de recurso humano en atención para la salud.

El Hospital Nacional Rosales, es una dependencia del Ministerio de Salud, atiende diariamente a un mínimo de 800 pacientes en la consulta externa y 120 en emergencias, esto sin incluir las atenciones que a diario se brindan en los servicios de apoyo como

¹ Revista salvadoreña de hospitales (1970-1973)

Radiología, laboratorio Clínico, Banco de sangre entre otros; además se producen entre 1500 y 2000 egresos mensuales.²



Ilustración 1 Mapa de ubicación del HNR

Nombre: Hospital Nacional Rosales (HNR)

Dirección: Final calle Arce, 25 Av. Nte. entre Alameda Roosevelt y 1a. calle poniente, San Salvador.

DATOS GENERALES

Fundación: 13 de julio de 1902.

Tipo: Pública, adscrita al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Dependencia jerárquica: Dirección Nacional de Hospitales

Código CIU.Rev.4: Q8610

Teléfono: 2231-9200, 2231-9296

Sitio web:

<http://www.hnr.gob.sv/>

Perfil en Facebook:

<https://www.facebook.com/pages/Hospital-Nacional-Rosales/161236097267198?fref=ts>

HISTORIA DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES

Hacia fines de 1883, San Salvador tenía alrededor de 6000 habitantes, para atender a los enfermos de esta ciudad cuyo número iba aumentando de día en día, únicamente se contaba con el Hospital General que en aquel entonces ya no era suficiente para las demandas asistenciales.

La obra era denominada originalmente como “Casa de los Enfermos de San Salvador”, y fue realizada gracias a don José Rosales, quien dispuso su testamento a favor de la

² Manual De Organización y Funciones, Hospital Nacional Rosales, San Salvador, El Salvador. Diciembre de 2013.

construcción del hospital. Su levantamiento fue encomendado a la Societé Forges d'Aiseau de Bélgica. La primera piedra fue colocada el 9 de abril de 1891, siendo inaugurado el 13 de julio de 1902.

SERVICIOS QUE OFRECE ACTUALMENTE

- Alergología
- Anatomía
- Anestesia General
- Arsenal
- Cardiología
- Central De Equipo
- Centro Quirúrgico
- Cirugía
- Cirugía Ambulatoria
- Cirugía General
- Cirugía Hombres (1,2,3,4)
- Cirugía Mujeres (1,3,5,6)
- Cirugía Oncológica
- Cirugía Plástica
- Coloproctología
- Consulta Medicina Interna General
- Cuidados Coronarios
- Dermatología
- Electrocardiogramas
- Emergencia
- Endocrinología
- Endoscopia
- Hematología Oncología
- Medicina Física
- Medicina Interna Hombres (1,2,3)
- Medicina Interna Mujeres (2,3)
- Medicina Nuclear
- Nefrología
- Neumología
- Neurocirugía
- Neurología
- Nutrición
- Observación Cirugía
- Observación Medicina
- Odontológica
- Oftalmología
- Ortopedia
- Otorrinolaringología
- Patología
- Pruebas Fisiológicas
- Psicológica
- Psiquiatría y Psicología
- Quirófano Emergencia
- Reumatología
- Terapia Respiratoria

- Hemato-Oncología
- Infectología
- Medicina

- Traumatología-Ortopedia
- UCI (Unidad de Cuidados Intensivos)
- UCIN
- Ulceras/Heridas
- Urología

FILOSOFÍA INSTITUCIONAL

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 el principal Hospital Escuela del País.

VISIÓN

Constituirse en un modelo de Hospital Escuela de referencia dentro del sistema nacional de salud y satisfacer la demanda del tercer nivel de atención en las especialidades de medicina y cirugía.

OBJETIVOS

a) GENERAL

Participar en la recuperación de la salud del paciente, combinando el esfuerzo de las áreas y especialidades médicas que conforman el Hospital Nacional Rosales; coordinados e inmersos en el sistema Nacional de Salud.

b) ESPECÍFICOS

- Asistir a los enfermos que demanden servicios médicos especializados, sin discriminación alguna y con el esmero que merecen. .
- Armonizar el esfuerzo humano, los insumos y las finanzas a fin de brindar los servicios médico-hospitalarios con alta calidad.
- Aplicar e implementar técnicas y herramientas administrativas, que propicien la eficiencia hospitalaria.



- Participar en investigaciones que aporten mejoras a la calidad de la atención médica y hospitalaria.
- Interactuar con el entorno institucional y social a fin de prevenir la enfermedad, promover la salud y asistir la rehabilitación.
- Especialización sistemática de personal en áreas de la salud en coordinación con las instituciones formadoras.

FUNCIONES³

FUNCIONES GENERALES

Planificar, organizar, ejecutar y controlar los procesos médico-quirúrgicos y administrativos que se desarrollan en el Hospital, en coordinación con las redes integradas e integrales del sistema de salud, en beneficio de la población mayor de doce años.

FUNCIONES ESPECÍFICAS

- 1) Elaborar la documentación regulatoria que responda a las finalidades del hospital, políticas y estrategias del MINSAL, para brindar servicios médico-quirúrgicos de tercer nivel.
- 2) Formular y elaborar 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.
- 3) Velar por la aplicación y cumplimiento de la normativa institucional y lineamientos emanados del nivel central.
- 4) Gestionar oportunamente los recursos asignados y disponibles para el adecuado funcionamiento del hospital.
- 5) Ejecutar a nivel hospitalario planes de contingencia para casos de emergencias y

³ Manual De Organización y Funciones, Hospital Nacional Rosales, San Salvador, El Salvador. Diciembre de 2013.

desastres en coordinación con las RIISS.

6) Promover y asesorar investigaciones a nivel hospitalario y vinculado a los servicios nacionales de salud.

7) 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.

8) Coordinar esfuerzos con las instituciones vinculadas a la atención que se ofrece en las RIISS.

9) Trabajar en la mejora continua de la calidad en los procesos de atención hospitalaria.

10) Ejecutar los lineamientos del plan de monitoreo, supervisión y evaluación hospitalaria del MINSAL.

1.1.1.2 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DEL HNR

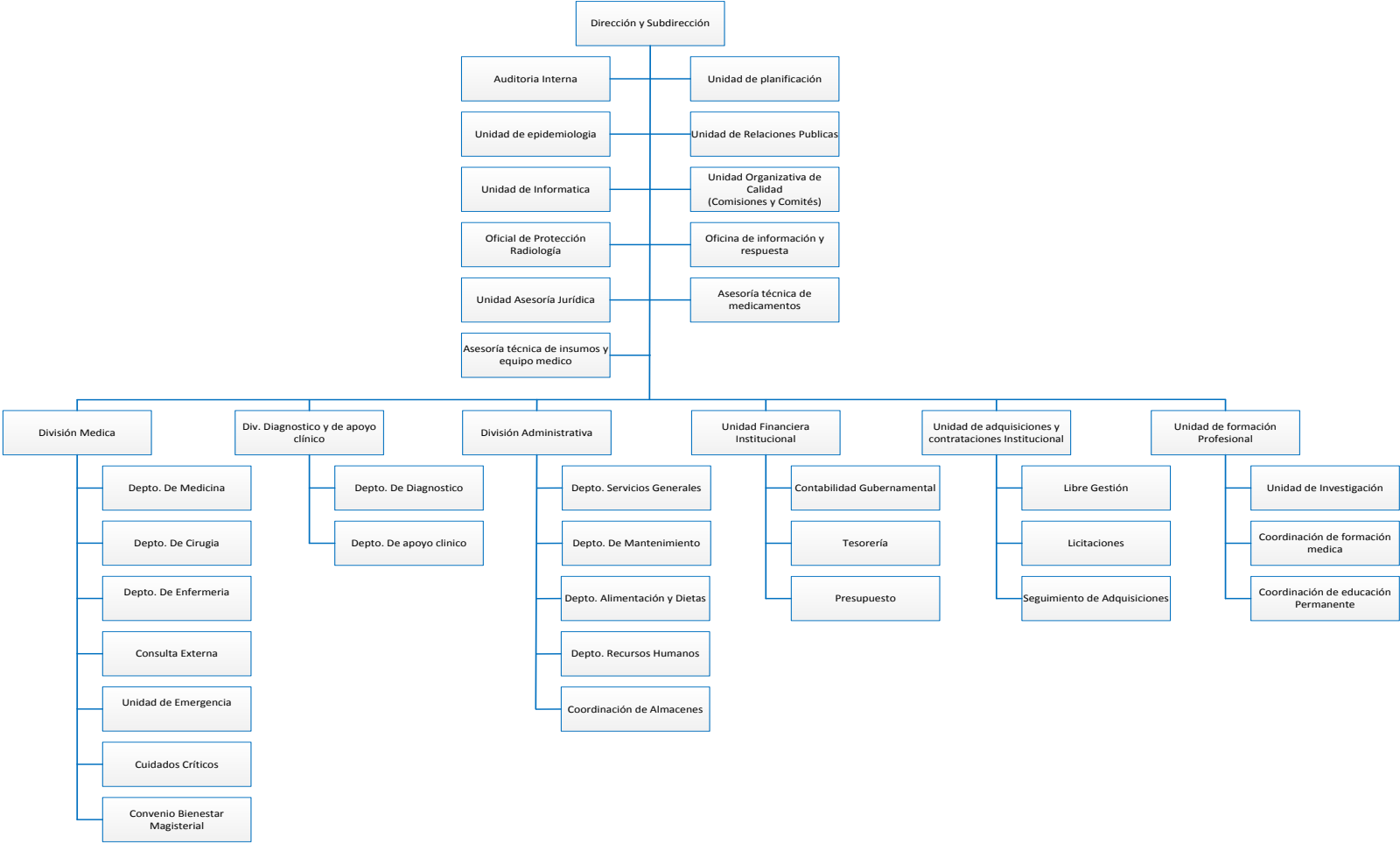


Ilustración 2 Estructura organizativa del Hospital Nacional Rosales.

1.1.1.3 SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES

▪ UBICACIÓN

El Servicio de Cardiología se encuentra ubicado en el edificio de Especialidades dentro del Hospital Nacional Rosales.

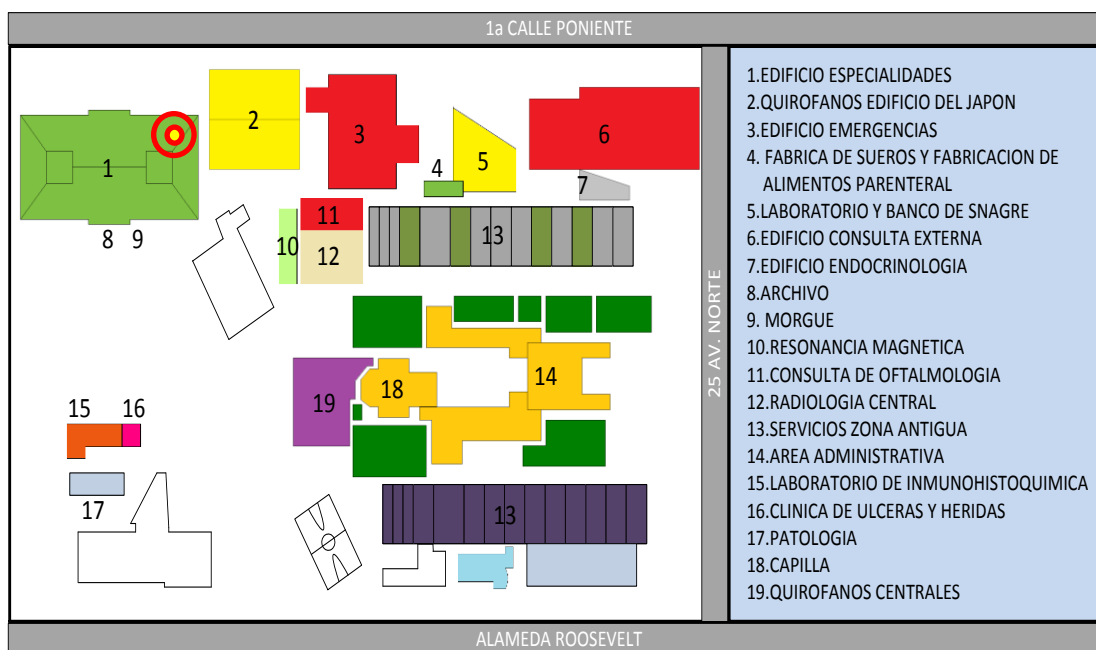


Ilustración 3 Mapa de ubicación del Servicio de Cardiología dentro del HNR.

▪ DEPENDENCIA JERÁRQUICA

División Médica del Hospital Nacional Rosales.

▪ SERVICIOS QUE OFRECE ACTUALMENTE

En el Servicio de Cardiología se realizan los procedimientos siguientes para detectar las enfermedades:

Prueba de esfuerzo: El corazón es sometido a esfuerzo programado y calculado, según edad y condición de paciente. Ayuda a detectar problemas coronarios y brinda información valiosa sobre el estado físico, la presión arterial, arritmias y condición muscular.

Prueba Holter: realiza un registro del ritmo cardíaco durante un tiempo prolongado, ya que un electrocardiograma rutinario sólo permite conocer cuál es el circuito eléctrico cardíaco en ese mismo momento y no se puede saber si antes o después estuvo alterado.

Eco Cardiograma: prueba diagnóstica fundamental porque ofrece una imagen en movimiento del corazón, aporta información acerca de la forma, tamaño, función, fuerza del corazón, movimiento y grosor de sus paredes y el funcionamiento de sus válvulas.

Eco transesofágico: consiste en visualizar el corazón por medio de un transductor acoplado a una sonda o tubo que se introduce a través de la boca y llegará hasta el esófago, desde donde ya se podrán captar imágenes del corazón.

▪ **PERSONAL QUE TRABAJA EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA**

N°	NOMBRE DE EMPLEADO	CARGO NOMINAL
1	Avelar de Ramos, Maritza Morena	Médico especialista (3 horas diarias)
2	Avilés de Lara, Teresa Isabel	Médico especialista (4 horas diarias)
3	Basagoitia García, Ana María	Médico especialista (2 horas diarias)
		Médico jefe de servicio (2 horas diarias)
4	Cabrera Candray, Marcial Fidel	Médico especialista (4 horas diarias)
5	Colato García, Luis Ramón	Médico especialista (4 horas diarias)
6	Flores Alfaro, Salomón	Médico especialista (2 horas diarias)
		Medico jefe del departamento de medicina (2 horas diarias)
7	Guandique Duran, Marco Tulio	Médico especialista (8 horas diarias)

8	Palacios Hernández de Rauda, Marta Alicia	Auxiliar administrativo (8 horas)
9	Sorto León, Marta Elizabeth	Técnico en electroencefalografía y electrocardiograma
10	Soto Ramos, Giovanni Ernesto	Operador de sistemas I
11	Enfermera 1	Auxiliar de enfermería hospitalaria (8 horas)
12	Enfermera 2	Auxiliar de enfermería hospitalaria (8 horas)
13	Enfermera 3	Auxiliar de enfermería hospitalaria (8 horas)

Tabla 1 Personal que trabaja en el servicio de cardiología del HNR

1.1.1.4 REFERENTES DE EXCELENCIA EN IBEROAMÉRICA
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez



Descripción	<p>Es una institución de asistencia pública perteneciente a la Secretaría de Salud de México, su especialidad es como lo dice su nombre la Cardiología, forma parte de un sistema de 12 hospitales de alta especialidad que dan servicios de salud pública a la población mexicana.</p> <p>Fue inaugurado el 18 de abril de 1944 por el entonces presidente de México, Manuel Ávila Camacho siendo su primer sede que en la Avenida Cuauhtémoc de la Ciudad de México, en 1969 después de 25 años de operación en dicha sede a iniciativa del entonces director Ignacio Chávez se opta por cambiar a una nueva de sede de 62,000 m2 en la delegación Tlalpan, siendo este inaugurados el 17 de octubre de 1976 por el entonces presidente de México, Luis Echeverría.</p>
Financiamiento	Público
Misión	<p>El compromiso del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, es proporcionar atención cardiovascular de alta especialidad con calidad a la población, preferentemente a la que carece de seguridad social; asimismo, desarrolla investigación de vanguardia y forma especialistas en cardiología y ramas afines. El cumplimiento de estas funciones ha sido un instrumento de ayuda social y humana que pugna por la prevención de las cardiopatías y ayuda a la rehabilitación integral de los enfermos.</p>
Visión	<p>Continuar como una Institución de liderazgo nacional en el campo de la cardiología, con respeto y presencia internacional, siendo un modelo de organización pública que canalice con oportunidad y eficiencia los recursos disponibles para garantizar el cumplimiento de los objetivos institucionales, lo que nos facilitará evolucionar al ritmo de los cambios vertiginosos del entorno internacional.</p>

Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Asistencia - Investigación - Enseñanza
Camas	264
Servicios de asistencia médica	<ul style="list-style-type: none"> - Preconsulta (costo de \$10.00 incluye consulta médica y electrocardiograma) - Consulta externa (especialidades: cardiología adultos, cardiología pediátrica, nefrología, reumatología, cardioneumología y cardiología geriátrica) - Admisión de hospitalización (motivos de hospitalización: tratamiento médico no quirúrgico, estudio, cirugía, cateterismo cardiaco, tratamiento intervencionista, estabilización para traslado) - Solicitud de estudios de gabinete (cardiología nuclear, radiología, ecocardiografía, electrocardiología, resonancia magnética, rehabilitación cardiaca, ultrasonografía y tomografía) - Solicitud de exámenes de laboratorio - Servicios de referencia
Procedimiento de atención a los pacientes	<ul style="list-style-type: none"> - Atención medica de primera vez: - Paciente va al área de pre consulta para entregar su documentación - Revisión con el médico que hará una valoración con el apoyo de un electrocardiograma - Se determina si el padecimiento puede ser tratado dentro de la institución - En caso que si puede ser tratado dentro de la institución se realiza un estudio socioeconómico
Tiempo promedio de estancia	5 horas que incluyen la toma de un electrocardiograma, la valoración del cardiólogo y la entrevista con el personal de trabajo social.

Consultas semanales	Alrededor de 1,700 consultas semanales
Cita medica	Se puede realizar personalmente, vía telefónica y por internet.
Certificaciones	El consejo de salubridad general del país desarrolla diversos sistemas de auditoría para medir de una manera fehaciente que un establecimiento de salud garantice las mejores prácticas sanitarias. Por este motivo el instituto planteó un modelo de cardio-calidad y logró obtener la certificación de establecimientos de atención médica del consejo de salubridad general.

Tabla 2 Información General del servicio de cardiología en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

Fundación Favaloro



Descripción	Es una ONG argentina dedicada a la asistencia médica, la docencia y la investigación. Fue fundada en 1975 por René Favaloro y cofundada por el eminente cardiólogo Luis de la Fuente (quien la bautizó de esa manera) de acuerdo con los principios de la Cleveland Clinic de Estados Unidos, país donde trabajó durante varios años. Las actividades se desarrollan a través de dos instituciones, la Universidad Favaloro y el Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Durante varios años Favaloro financió con sus propios recursos la mayor parte de los gastos.
--------------------	--

Financiamiento	Organización sin fines de lucro
Misión	Siguiendo los principios de su creador, la Fundación Favaloro está sustentada por un grupo de profesionales altamente calificados cuyos objetivos fundamentales son: docencia, investigación y asistencia orientadas a brindar prestaciones médicas de excelencia basadas en la tecnología de avanzada al servicio del humanismo médico.
Visión	La Fundación Favaloro continuará siendo líder en prestaciones médicas de alta complejidad basadas en tecnología de avanzada al servicio del humanismo médico. Para este fin se reorganizará en unidades funcionales, generando alianzas estratégicas y poniendo énfasis en la prevención, la educación continua y creando e incorporando equipamiento de última generación.
Valores	<ul style="list-style-type: none"> - Respeto por la vida y la dignidad humana - Ética y excelencia profesional - Compromiso social - Vocación de servicio - Innovación y creatividad - Comunicación
Servicios médicos prestados	<ul style="list-style-type: none"> - Especialidades clínicas - Intervenciones por catéter y otras mínimamente invasivas - Especialidades quirúrgicas - Estudios diagnósticos e imágenes programas de prevención - Programas de trasplante de órganos - Internación
Campañas preventivas	<ul style="list-style-type: none"> - Educación con charlas para la comunidad y con el uso de Favaloro televisión - Propaganda de actividad física y salud - Educación de alimentación saludable y recetas

	- Propuesta de sueño saludable
Cita médica	Se puede realizar telefónicamente y personalmente

Tabla 3 Información General del servicio de cardiología en la Fundación Favaloro

Hospital Universitario Ramón y Cajal



Descripción	El Hospital Universitario Ramón y Cajal en España es un Centro de titularidad pública, dependiente de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid e integrado en el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Desde el inicio de sus actividades, año 1977, ha perseguido ofrecer a los usuarios un servicio eficiente y de calidad. Este centro sanitario cultiva las tres vertientes de un hospital de su categoría: la asistencial, la docente y la investigadora. La mayor diferencia de este centro es, que desde su inauguración, cuenta con un Departamento de Investigación formado por cuatro Servicios. Esta peculiaridad nos hace ser reconocidos en nuestra faceta investigadora biomédica tanto nacional como internacionalmente.
Financiamiento	Público
Especialidades de todo el hospital	Alergología, Análisis Clínicos, Anatomía Patológica, Anestesiología y Reanimación, Angiología y Cirugía Vascular, Aparato Digestivo, Bioquímica Clínica, Cardiología, Cirugía

	<p>Cardiovascular, Cirugía General y del Aparato Digestivo, Cirugía Oral y Maxilofacial, Cirugía Ortopédica y Traumatología, Cirugía Plástica, Estética y Reparadora, Cirugía Torácica, Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología, Endocrinología y Nutrición, Farmacia Hospitalaria, Geriatria, Hematología y Hemoterapia, Inmunología, Medicina del Trabajo, Medicina Física y Rehabilitación, Medicina Intensiva, Medicina Interna, Medicina Nuclear, Medicina Preventiva y Salud Pública, Microbiología y Parasitología, Nefrología, Neumología, Neurocirugía, Neurofisiología Clínica, Neurología, Obstetricia y Ginecología, Oftalmología, Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Otorrinolaringología, Pediatría y sus Áreas Específicas, Psicología Clínica, Psiquiatría, Radiodiagnóstico, Radiofarmacia, Radiofísica Hospitalaria, Reumatología, Urología.</p>
<p>Volumen de actividad asistencial de todo el hospital</p>	<p>Durante 2013 se realizaron 34.000 ingresos, se atendieron a más de 145.000 urgencias, tuvieron lugar 950.000 consultas (entre primeras y consecutivas), 35.000 tratamientos de hospital de día y, 32.000 intervenciones quirúrgicas (entre urgentes, programadas y ambulatorias).</p> <p>Para alcanzar este volumen de actividad el Hospital Universitario Ramón y Cajal cuenta con un equipo de más 5.600 profesionales, una gran infraestructura formada por un espacio de 249.706 metros cuadrados.</p>
<p>Servicios prestados en cardiología</p>	<p>Unidad de hemodinámica, unidad coronaria, unidad de arritmias, unidad de imagen cardiovascular, unidad de pruebas no invasivas y dolor torácico, unidad de síndrome coronario agudo, unidad de hospitalización, unidad equipo de guardia, unidad rehabilitación cardiaca, unidad cardio-diabetes, consultas monográficas</p>
<p>Procesos y</p>	<p>Estudio electrofisiológico, ablación de taquicardias,</p>

<p>procedimientos del servicio de cardiología</p>	<p>Cardioversión eléctrica, Implante de marcapasos, Implante de desfibrilador, Implante de marcapasos-resincronizador, Prueba de mesa basculante (tilt test), Test de flecainida, Holter implantable, Ergometría simple o con isótopos, ergoespirometría, Ecocardiograma transesofágico, Ecocardiograma de estrés, TAC de coronarias, RM cardiaca, Cateterismo cardiaco y técnicas intervencionistas</p>
<p>Actividad asistencial de cardiología</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Primeras consultas: 10,859 - Consultas sucesiva: 31,613 - Total consultas: 42,472 - Relación sucesivas/primeras: 2.91 - Ingresos totales: 2,732 - Estancia media: 4.32 días - Peso medio: 2.68 - Tasa de mortalidad: 1.65%
<p>Mecanismos para asegurar la calidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión diaria a las 8:00 am: pase de guardia, revisión de altas e ingresos del día previo. - Pase de guardia de unidad coronaria y planta a las 14:30h. - Sesiones de mortalidad (Análisis de los fallecimientos). - Sesión implante de desfibriladores y resincronizadores. - Protocolos de actuación. En proceso actual de protocolización de toda la actividad. - Comité de dirección. Revisión mensual con los coordinadores de cada unidad del funcionamiento de todas las unidades. - Reunión mensual con los residentes. - Memoria del servicio. Publicación anual de toda la actividad asistencial, docente e investigadora del servicio.

Tabla 4 Información General del servicio de cardiología en el Hospital Universitario Ramón y Cajal

1.2 MARCO TEÓRICO

1.2.1 SALUD⁴

En 1945, Stampar presentó su definición de salud, admitida universalmente y aceptada en 1946 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como punto uno de su carta fundacional: “la salud es el estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad o achaque”.

Milton Terris posteriormente propuso definirla como: “un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento, y no sólo la ausencia de enfermedad o achaque”.

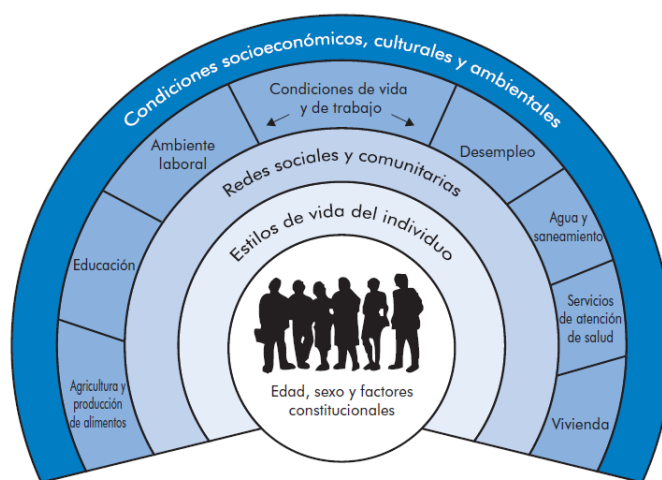


Ilustración 4 Principales determinantes de la salud

1.2.2 SERVICIO

En el año 1988, Joseph M. Juran definió el servicio como “la actividad realizada por otros”. Esta definición fue ampliada en 1993 por Pere Batallé catedrático de la Universidad Ramón Llull, como: “servicio es un producto resultado de un proceso de producción, con un carácter menos tangible que los productos bienes, para satisfacer las necesidades de los clientes”.

1.2.3 CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Los servicios de salud tienen unas características propias, que los distinguen de las empresas productoras de bienes: el servicio de salud se produce y consume al mismo tiempo, no se puede repetir, rechazar o acumular. Como el servicio es intangible (no se ve) y como la decisión de compra se hace antes de que se haya producido, el cliente hace una elección “a ciegas”. Por tanto, aunque se hayan definido las características de

⁴ La Gestión de la Excelencia en los Centros Sanitarios. Biel Fortuny i Organs. Palma de Mallorca, 23 de abril de 2009.

calidad, las técnicas basadas en la inspección retrospectiva del proceso o resultado final, se limitan a observar, ya que no puede mejorarse el servicio cuando éste ya ha sido realizado; la calidad debe situarse forzosamente allí desde el principio.

A continuación se describen las características específicas de los servicios de salud:

- **INTANGIBILIDAD.** En toda prestación de servicio, el cliente (paciente) juzga el valor del servicio no sólo por la adquisición o transferencia de un bien material, sino por las características del propio proceso de prestación del mismo. Las cuáles no suponen ninguna transferencia física tangible, como por ejemplo, un tratamiento delicado, el cuidado y trato acogedor durante la estancia en el centro sanitario, etc. Para Jaume Ribera, de ello se derivan dos importantes conclusiones. Primera, las recomendaciones y el juicio de terceras personas son muy importantes y, por lo tanto, los pacientes y el personal sanitario desempeñan un papel nada despreciable, como posibles prescriptores del servicio. Segunda, ante el desconocimiento del proceso asistencial, no es nada extraño que el paciente, ponga un gran peso en su experiencia personal durante el proceso de servicio y, no sólo en el resultado final del mismo.
- **INTERACCIÓN DEL CLIENTE EN EL PROCESO.** El cliente participa activamente en la prestación del servicio, esta circunstancia es fundamental a la hora de conseguir y valorar los resultados. De hecho, en los servicios de salud, el cliente es casi siempre el “producto transformado”. El proveedor de servicio ante un mismo trabajo, en función de la participación del cliente, puede obtener resultados totalmente distintos: La realidad cultural, demográfica y el estado emocional de cada cliente, determina el tipo de servicio que hay que ofrecer.
- **INSEPARABILIDAD.** Los servicios se están consumiendo en el mismo momento que se producen. No se pueden almacenar. Por lo tanto su medida es mucho más compleja. Desde un punto de vista operativo, esto obliga a un ajuste en tiempo real de la oferta y la demanda y, por lo tanto, requiere una buena gestión de los recursos disponibles (capacidades, turnos de trabajo, colas y listas de espera, entre otros).

- **INMEDIATEZ.** Los servicios sanitarios se requieren en muchas ocasiones de forma inmediata (servicios de urgencias y emergencias). La inmediatez no es un problema cuando su demanda es estable, porque es fácil dotar por adelantado de recursos a los servicios. Pero cuando la demanda fluctúa, las organizaciones de servicios han de hacer frente a problemas difíciles. Si la dotación está prevista para la demanda máxima, su personal y sus recursos estarán ociosos cuando la demanda no alcance dicho nivel. Si se dotan para una demanda media, pueden presentarse largas colas y clientes irritados durante parte del tiempo de espera. Por lo que, hay que intentar ajustar la capacidad del servicio a niveles variables de demanda, utilizando sistemas de reserva, empleados a tiempo parcial de quienes se dispone en el momento, servicios diferenciales y, otros dispositivos.

CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS E IMPLICACIONES PARA LA GESTIÓN	
Naturaleza	Consecuencias
Intangibilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de evaluación del cliente más subjetiva (experiencia, confianza). • Control de la calidad más difícil. • Evaluación de la satisfacción del cliente más difícil. • Difícil diseño de estándares de servicio.
Interacción	<ul style="list-style-type: none"> • Prestación heterogénea (cultural, género, edad, aspectos personales). • Necesidad de diseñar una interfaz más confortable. • Gran impacto de la satisfacción de los profesionales y empleados, en la percepción de los clientes y familiares. • Grado de personalización elevado. • Peligro de inconsistencia de la prestación. • Posibilidad de autoservicio.
Inseparabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Ajuste demanda-oferta (capacidad, gestión de colas). • Eliminación de la producción centralizada (escasa economías de escala). • Gestión del crecimiento más difícil. • Control de calidad a posteriori.
Inmediatez	<ul style="list-style-type: none"> • Importancia de las esperas e ineficiencias del proceso.

Tabla 5 Características de los servicios e implicaciones para la gestión

1.3 EMPRESAS DE SERVICIOS DE SALUD

Cuando se define a un centro de servicio de salud como una empresa, éste debe ser considerado como una empresa de servicios, en la que es imposible distinguir el producto del proceso, puesto que ambos van íntimamente unidos. Esta conceptualización como empresas de servicios, ha facilitado que se apliquen en el sector salud modelos habituales de gestión utilizados, desde los años sesenta en otros sectores productivos.

Las empresas de servicio de salud tienen características diferentes, de las empresas clásicas, las cuales pueden observarse a continuación:

CARACTERÍSTICAS DE LAS EMPRESAS DE SERVICIOS DE SALUD		
	EMPRESA CLÁSICA	EMPRESA DE SERVICIOS DE SALUD
Producto	Con frecuencia producto único y estandarizado.	Es el paciente. Tantos productos como pacientes.
Cliente	Decide lo que compra.	Es el médico quien decide.
Decisiones clínicas	Se toman jerárquicamente.	Sin participación jerárquica.
Forma de pago	El cliente paga por su producto	Con frecuencia paga el seguro de salud o el Estado.
Calidad	El cliente evalúa casi siempre	Evalúa la calidad percibida. No la calidad asistencial.

Tabla 6 Características de las empresas de servicios de salud

1.3.1 OBJETIVOS DE LAS EMPRESAS DE SERVICIO DE SALUD

La forma en que cada Estado organiza las instituciones sanitarias (salud pública, centros de salud, hospitales, centros sociosanitarios, aseguradoras sanitarias, etc.) y como moviliza los recursos para financiarlas, da origen a los sistemas sanitarios. Los objetivos relevantes de los sistemas sanitarios pueden resumirse en tres:

- La mejora de los niveles de salud para el conjunto de la población.
- La equidad en el acceso a los servicios sanitarios.
- La legitimación del sistema ante la población, al ser este un componente esencial para su sostenibilidad financiera y viabilidad social.

1.3.2 LA CALIDAD EN LAS EMPRESAS DE SERVICIOS DE SALUD

Las características propias de los servicios de salud influyen de forma determinante en su evaluación. El hecho de que sean intangibles, que el usuario participe en la producción, que no se puedan retirar de la cadena productiva si son defectuosos porque su producción es simultánea a su consumo, todo ello impide controlar al cien por ciento la calidad final de la prestación. En servicios no se puede aplicar el concepto de calidad de los bienes tangibles, a saber, cumplir con las especificaciones previamente determinadas, básicamente por los técnicos. Como cada cliente participa en la producción del servicio (con sus necesidades, habilidades, experiencias y expectativas), no se puede confirmar que se trabaja con calidad cumpliendo las especificaciones establecidas desde la propia organización. Por ello, la calidad dependerá de lo que cada persona espera como resultado del servicio. La calidad del servicio es la «calidad percibida» y, viene determinada por la diferencia entre las expectativas que se tienen del servicio y lo que se cree que se ha recibido del mismo. Si el usuario opina que el resultado es superior o igual a lo que espera, la calidad percibida será satisfactoria. Lo contrario conducirá a una evaluación negativa de la calidad. Lo que prevalece es la impresión del servicio en conjunto y no el éxito relativo de una u otra acción específica.

1.4 SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

El concepto de calidad ha ido evolucionado a lo largo de los últimos años, ampliando objetivos y modificando su orientación inicial. Se puede decir que su papel ha adquirido una importancia estratégica, al evolucionar desde una mera inspección hasta la excelencia de la gestión empresarial. Un sistema de calidad es el conjunto de la estructura de la organización, de responsabilidades, de procesos, de procedimientos y de recursos, que se establecen para llevar a cabo la gestión de la calidad. Sistemas de calidad hay infinitos. Tanto como empresas, ya que cada organización que se marque unos objetivos de calidad, creará su sistema para procurar que se cumplan. Pero el problema para estas empresas, con su sistema particular de calidad, es hacer que el mercado reconozca dicho sistema. De aquí nace la necesidad de adaptar el sistema de calidad, a los sistemas más reconocidos internacionalmente. Se puede decir que la filosofía de la gestión de la calidad ha pasado por cinco etapas, que por orden de aparición histórica, son las siguientes:



Ilustración 5 Diagrama gestión de la calidad

1.4.1 INSPECCIÓN

Históricamente en este nivel se asume que la empresa produce defectos de calidad y existe un equipo o departamento que se dedica única y exclusivamente a separar los productos defectuosos de los buenos. Actualmente, la filosofía de la inspección es muy distinta.

No se trata de inspeccionar para eliminar los productos defectuosos, sino para comparar la calidad obtenida con la calidad planificada, estudiar las desviaciones y corregir el proceso, para obtener la calidad deseada. En los centros sanitarios, se dispone de las Comisiones Clínicas para realizar estas tareas.

1.4.2 CONTROL DE CALIDAD

La aplicación de técnicas estadísticas a los procesos productivos nos permite la obtención de informaciones muy valiosas, sobre los procesos de producción. Podemos determinar la capacidad de un proceso, es decir, demostrar si el proceso está suficientemente bien diseñado para producir sin defectos de calidad, en condiciones normales.

También, nos permite determinar las causas especiales de fallo que afectan al proceso. Es decir, aunque el proceso sea capaz, puede haber una causa especial (trabajador, material defectuoso, avería, etc.) que provoque la aparición de productos defectuosos. En los centros de salud, se refiere a la utilización del Control Estadístico de Procesos, como por ejemplo, el control de las infecciones nosocomiales.

1.4.3 ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD

Supone un paso más en la evolución de los sistemas de gestión de calidad. En él, se involucra a todos los departamentos de la empresa. La dirección empieza a tomar el papel de liderazgo, en la consecución de los objetivos. No son los sistemas de calidad más evolucionados porque tienen un objetivo de calidad determinado y, se limitan a asegurar este nivel de calidad, sin preocuparse por superarlo. Aunque en los sistemas de aseguramiento de calidad más conocidos como el de la Certificación por las normas ISO 9000 o bien, los sistemas de Acreditación hospitalaria, entre ellos el de la Joint Commission on Accreditation, se anime a la mejora continua, estos sistemas no son suficientemente evolucionados para conseguir mejoras permanentes de los procesos. El hecho que los centros sanitarios propongan un objetivo de porcentaje de defectos aceptable y, se limiten a conseguirlo, ha sido muy criticado por Deming y otros. Pues es poco ambiciosos y, evita la mejora de la competitividad. Pero, a pesar de ello, estos sistemas de aseguramiento son el trampolín perfecto, para consolidar sistemas de calidad más evolucionados, como el de la calidad total.

1.4.4 CALIDAD TOTAL

La calidad total integra todos los elementos de calidad de los niveles anteriormente explicados. Pero los amplía a todos los niveles de la empresa y a todo su personal. Se caracteriza por la búsqueda constante de mejora en todos los ámbitos de la organización y, lo que es específico, no sólo en los aspectos productivos (equivalentes a la atención sanitaria). La calidad total busca un nivel elevado de calidad en cuatro aspectos: calidad del producto, calidad del servicio, calidad de gestión y calidad de vida.

La calidad total supone un cambio de cultura en la empresa, ya que todas las personas se deben concienciar, que la calidad les atañe a todos ellos sin excepción. La dirección es responsable de liderar este cambio, mediante la implantación de un sistema de mejora permanente de los procesos y, la instauración de un sistema participativo de la gestión de los mismos.

Aparece la figura de cliente externo o destinatario final del servicio y, la de cliente interno. En este sentido, es importante tener presente que toda unidad operativa dentro de un centro sanitario, se caracteriza por tener proveedores (el proceso anterior) y, tener clientes (el proceso siguiente) y además realizar las operaciones propias de la unidad. Todo proceso debe, pues, intentar satisfacer las expectativas del proceso que le sigue (cliente interno) y, ello sin crearle problemas ni inconveniencias. El primer modelo de Calidad Total se instauró en Japón con el Premio Deming (1951), en el año 1987 en

EEUU se creó el premio Malcon Baldrige, que dispone de una adaptación específica para el sector sanitario.

1.4.5 EXCELENCIA DE LA GESTIÓN

Se puede decir que el modelo de excelencia empresarial no es más que una evolución del modelo de calidad total, en las empresas europeas, considerando a la vez, la satisfacción de los clientes, de las personas, de la sociedad y la eficiencia económica. Definimos la excelencia como aquella forma sobresaliente de gestionar una organización y, obtener resultados perdurables en el tiempo.

Se basa en ocho conceptos fundamentales: orientación a los resultados; orientación a los clientes; liderazgo y coherencia; gestión por procesos y hechos; desarrollo e implicación de las personas; proceso continuo de aprendizaje; innovación y mejora; desarrollo de alianzas; y responsabilidad social de la organización.

Garvin
Es una excelencia innata, reconocida de forma absoluta y universal. Algo que no es posible definir con precisión y, que se aprende a distinguir sólo a través de la experiencia.
Feigenbaum
Conjunto de características del producto de marketing, ingeniería, fabricación y mantenimiento, a través del cual el producto en uso, satisface las expectativas del cliente.
Crosby
Conformidad con las especificaciones.
Juran
Ajuste al uso.
Deming
Dar satisfacción al cliente.
Ishikawa
Diseñar producir y servir un bien o servicio que sea útil, lo más económico posible y siempre satisfactorio para el usuario.
Kano
Una actividad científica, sistemática y llevada a cabo por toda la organización, mediante la cual la empresa se debe a sus clientes, a través de sus productos y servicios.
Bernillon-Cerruti

Conjunto de principios, de métodos organizados de estrategia global, intentando movilizar a toda la empresa, para obtener una mejor satisfacción del cliente, al menor coste.

Tabla 7 Puntos de vistas según diferentes autores sobre calidad total

El **modelo EFQM** de Excelencia fue creado por la European Foundation for Quality Management en 1991 y, la última versión del mismo, es la del año 2003. La Excelencia empresarial es una estrategia de gestión de toda la organización, a través de la cual se satisfacen las necesidades y expectativas de los clientes, de los profesionales, de la alta dirección y de la sociedad en general, mediante la utilización eficiente de todos los recursos disponibles, personas y sus conocimientos, infraestructuras, tecnologías y sistemas productivos.

1.5 CALIDAD TOTAL Y CALIDAD ASISTENCIAL

1.5.1 CALIDAD TOTAL

La importancia de la calidad no es cuestionada por nadie, aunque sí existen puntos de vista distintos, sobre lo que realmente se entiende por calidad. Calidad de vida, calidad de servicio, calidad del producto, buena relación precio-calidad, calidad de gestión, entre otras acepciones. La palabra calidad está de moda desde hace unos años y, se utiliza para calificar todo aquello que nos gusta o sirve, a lo largo de nuestra vida.

Lo que tienen en común las teorías de estos pensadores de la calidad total, es que ésta se asienta sobre tres pilares: cultura de la calidad, sistemas y recursos humanos, así como el uso de la estadística. Si falla alguno de estos pilares, será difícil, por no decir imposible, introducir la gestión de la calidad total.

Para los profesores Grima y Tort-Martorell, la Calidad Total es una manera de gestionar, y por ello, se ha impuesto el nombre de Total Quality Management (TQM) o Gestión Total de la Calidad. La Gestión de Calidad Total es una estrategia de gestión de toda la organización, a través de la cual se satisfacen las necesidades y expectativas de los clientes, de los profesionales, de la alta dirección y de la sociedad en general, mediante la utilización eficiente de todos los recursos disponibles, de las personas y sus conocimientos, materiales, tecnologías y sistemas productivos.

De una manera amplia, el concepto de Calidad puede aplicarse a varios aspectos de una determinada actividad de servicios. Así, la calidad tiene varias acepciones en el ámbito de la gestión:

- Una filosofía empresarial que orienta al centro sanitario hacia el cliente externo y, a la satisfacción de sus necesidades y, hacia el cliente interno y, a su motivación, formación y participación.
- Una función directiva (la Gestión de la Calidad) que se desarrolla a través de cuatro procesos: planificación, organización, control y mejora.
- Un conjunto de características del servicio que satisfacen las necesidades del consumidor.

A continuación se exponen los diez los elementos que se deben considerar, en la implementación de la Gestión de la Calidad Total en un centro de salud:

DECÁLOGO DE LA CALIDAD TOTAL	
✓	COMPROMISO GLOBAL DE TODO EL MUNDO. Consiste en hacer partícipes y comprometer a todos los miembros del centro sanitario, en los fracasos y en los éxitos de la organización. El número de especialistas de calidad de la organización, es igual al de personas que trabajan en ella. Se quiere eliminar actitudes personalistas y el concepto del trabajador imprescindible. El sistema involucra no sólo a los trabajadores, sino también a los colaboradores externos y a los proveedores y, a todos ellos se les exige un compromiso firme. Debe eliminarse la idea que la calidad sólo es tarea del departamento de calidad. La calidad es tarea de todos y, su implicación va a depender de una correcta selección del personal y de su formación en la cultura de calidad de cada centro sanitario.
✓	ORIENTACIÓN AL CLIENTE EXTERNO. El cliente externo es la gran prioridad de la TQM. Es el cliente el que decide si el servicio es adecuado. La satisfacción del cliente debe constituir el objetivo principal de la Calidad Total. Es por esto, que hemos de incorporar la voz del cliente en la gestión de los procesos sanitarios, sean asistenciales o de apoyo, saberlo escuchar en cada momento y actuar en consecuencia.
✓	FORMACIÓN CONTINUADA. No se puede exigir una implicación activa de todos los colaboradores, sin que estos estén informados y formados, sobre los conceptos de calidad, los objetivos que persigue el centro, las mejoras que se obtienen y, sobre todo la forma práctica y efectiva de cómo aplicar las ideas y la metodología de la gestión de calidad. La formación es necesaria por orientar a los colaboradores sobras las políticas y prácticas de calidad, la naturaleza del trabajo,

los procesos y su significado integral. De forma que no se establezcan equívocos sobre el que es una práctica (asistencial y/o de apoyo) aceptable. La formación debe orientarse a mejorar la capacidad operativa y relacional de todos los profesionales.

✓ **HACERLO BIEN A LA PRIMERA.** La cultura de la prevención busca anticiparse a la realización de errores. Para lograrlo, es imprescindible tener una perspectiva de todos los procesos y localizar posibles interfases. Las medidas preventivas son más baratas y beneficiosas sobre los resultados asistenciales que las acciones correctoras, debiéndose potenciar el autocontrol de todos los profesionales de la institución.

✓ **MEJORA CONTINUA.** La TQM incorpora el objetivo de perfeccionar permanentemente el sistema. No es suficiente verificar periódicamente que los requisitos del sistema se van cumpliendo, es necesario crear nuevos requisitos cada vez más ambiciosos. El estándar cero defectos en el mundo sanitario no es un objetivo, es una obligación. Es importante la introducción de indicadores simples, a nivel de todo el centro sanitario, que permitan la visualización los progresos de la mejora continua.

✓ **RELACIÓN DE ASOCIACIÓN CLIENTE-PROVEEDOR INTERNO.** Los clientes no son únicamente los destinatarios finales del servicio. Existen clientes en el si de la organización hospitalaria, son los clientes internos. Cada área, servicio, unidad, persona es proveedor y/o cliente de otras y, en última instancia, todos los profesionales son clientes de la organización. Con este planteamiento, se le da una importancia capital a los colaboradores, que forman las organizaciones sanitarias, hasta el punto de crear relaciones internas que sean propias de la calidad de gestión. Cuando antes, éstas sólo se reservaban exclusivamente para los clientes externos.

✓ **INVOLUCRACIÓN DE LOS PROVEEDORES.** El papel desempeñado por los proveedores resulta fundamental para que la aplicación de la calidad, llegue a realizarse de forma efectiva. Los proveedores constituyen el primer eslabón de la cadena y, sobre ellos debe actuarse para obtener la calidad desde el origen. Debe existir un compromiso de calidad para que los objetivos sean comunes. Es importante trabajar conjuntamente con ellos, de forma que asuman la responsabilidad de proporcionar los niveles de calidad previstos por los centros sanitarios. En los últimos años, es cada vez más común externalizar los distintos servicios generales de los hospitales y, es cada día más frecuente exigirles la

certificación de un sistema de calidad, basado en normas internacionales.
✓ LIDERAZGO DE LA DIRECCIÓN. Es fundamental la voluntad, implicación y el ejemplo de la Alta Dirección. Implantar la Calidad Total, es una decisión estratégica de la dirección que conlleva un cambio de cultura de la misma. Y la gerencia debe implicarse practicando con su ejemplo, en la consecución de los objetivos de calidad, de forma activa y constante.
✓ AFECTA A TODOS LOS PROCESOS. La Calidad Total afecta a todos los procesos de las organizaciones sanitarias, sean estos asistenciales o de soporte. Y no sólo a la calidad científico-técnica de los procesos asistenciales. Lo que debe comportar la eliminación de las barreras interdepartamentales.
✓ ORIENTACIÓN A LOS RESULTADOS. Se debe evaluar continuamente la calidad de los procesos. El análisis de la situación de salida constituye la primera referencia y, el examen permanente de los resultados obtenidos muestra las tendencias. Las características de calidad sometidas a valoración deben ser cuantitativas; por lo tanto, hace falta adoptar sistemas de evaluación específicos. Debiéndose reconocer y comunicar los éxitos obtenidos.

Tabla 8 Decálogo de la calidad total

1.5.2 CALIDAD ASISTENCIAL

A continuación se muestran algunos conceptos de Calidad Asistencial:

DEFINICIONES DE CALIDAD ASISTENCIAL
A Donabedian (1980):
Tipo de cuidados que son esperados para mejorar una medida del estado de bienestar del paciente, después que se ha realizado un análisis del balance sobre las ganancias y pérdidas esperadas, que sucedan en todos los componentes del proceso de cuidados.
OMS (1985):
Asegurar que cada paciente recibe el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado, para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico y, lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y, la máxima satisfacción del paciente con el proceso.
RH Palmer (1989):
La provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.

Institute of Medicine (1990):
El grado en que los servicios de salud, mejoran para los individuos y las poblaciones la probabilidad de alcanzar unos resultados de salud favorables y consistentes, con el conocimiento profesional existente.
<i>Fuente: Adaptado de Saturno PJ, Quintana O, Varo J (1997).</i>

Tabla 9 Calidad asistencial

Para Vuori, los motivos específicos para la calidad en la asistencia sanitaria, pueden dividirse en tres categorías: motivos éticos, de seguridad y de eficiencia.

- **Motivos éticos.** La propia profesión médica ha tenido siempre un contenido ético en su actuación, al reclamar para los pacientes la atención sanitaria que requieren, sin consideraciones de otra índole. La calidad científico-técnica sería una consecuencia de la profesión. Y para algunos de ellos, serían los propios médicos, quienes han de establecer criterios y estándares de calidad, al ser los únicos capacitados para hacerlo y no el paciente, que desconoce la calidad de los servicios que recibe. Hoy en día, no se puede ignorar que los ciudadanos, como clientes ejercen el derecho de exigir y participar en su proceso asistencial.

- **Motivos de seguridad.** La propia vida del paciente y su salud son los que están en juego en los tratamientos, a veces muy agresivos. Garantizar la seguridad de las instalaciones, de los procedimientos y tratamientos, así como, la exigencia de una calificación profesional para el ejercicio de las profesiones sanitarias, la formación continuada y la necesidad de adquirir nuevos conocimientos, es una necesidad imperativa.

- **Motivos de eficiencia.** La consecución de un efecto al menor coste posible, no tiene que contraponerse a una mala calidad. La calidad es rentable, en la industria y en la asistencia sanitaria. Calidad no es sinónimo de alta tecnología, sino del uso de la técnica adecuada, poco molesta para el paciente y de menor coste para el sistema.

1.6 MODELOS DE EVALUACIÓN DE LA EXCELENCIA EMPRESARIAL.

Existe un acuerdo generalizado de que para poner un sistema de gestión de calidad total en práctica es necesario seguir un método o un marco (Bou Llusar et al., 2009), aunque no existe un único modelo aceptado. Stading y Vokurka (2003) afirman que para que un

modelo de gestión de la calidad total contribuya al éxito de la organización debe poseer tanto una serie de contenidos como un proceso de implementación. Estos contenidos y procesos se encuentran desarrollados por los premios de Excelencia.

Los modelos de gestión empresarial, son el producto de la dura y compleja competitividad existente entre las organizaciones en casi todos los sectores económicos a nivel global, en los últimos años, algunos países se han preocupado por promocionar la calidad, competitividad y excelencia en sus empresas creando algunos modelos para premiar las mejores prácticas en las empresas.

Dentro de estos modelos se destacan los siguientes:

- Premio Nacional Malcolm Baldrige de Calidad (1987) EEUU.
- Premio a la Calidad Europea (1992) EFQM
- Premio Iberoamericano

1.6.1 SELECCIÓN DEL MÉTODO DE AUTO EVALUACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

Se tienen 3 opciones: modelo americano, modelo europeo (EFQM) y modelo iberoamericano. Como los tres modelos evalúan distintos criterios y subcriterios, para poder comparar el peso que cada uno de los modelos establece, se utilizó como referencia para la comparación, el modelo de gestión estratégica más utilizado y mejor valorado, el CMI de Kaplan y Norton.⁵

Este modelo establece 4 perspectivas para la evaluación de la gestión empresarial: financiera, clientes, procesos y aprendizaje y crecimiento, tomándose en cuenta además una dimensión extra que es la definición de la misión, valores y visión de la empresa y definición de una política y estrategia.

Se obtuvieron los resultados siguientes:

⁵ “Comparación De Los Modelos De Evaluación De La Excelencia Empresarial”. Escuela de Ingeniería y Arquitectura de la Universidad de Zaragoza.

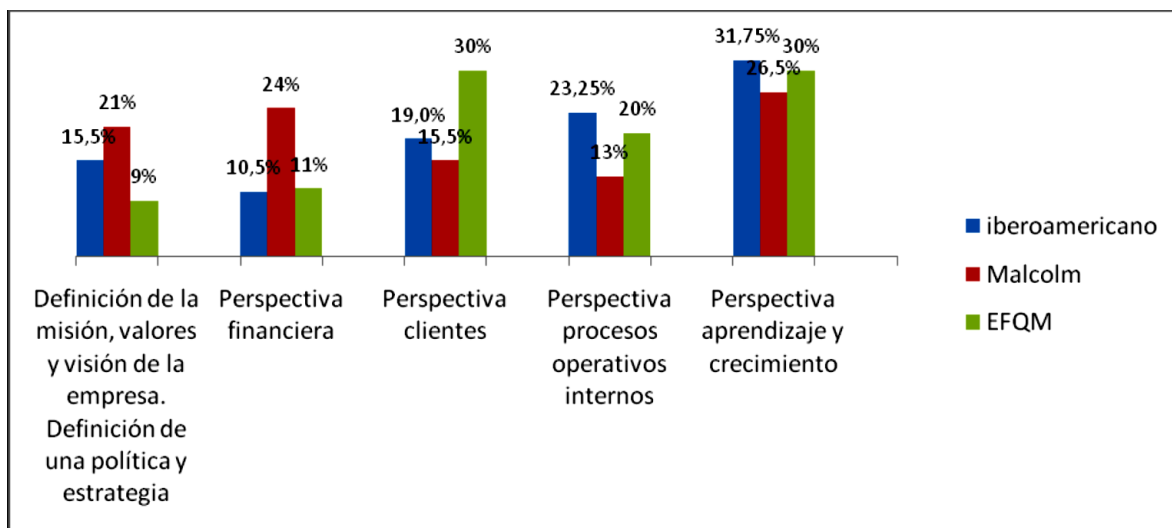


Ilustración 6 Comparación de los modelos de evaluación

Todos los modelos coinciden en cuanto a darle importancia primeramente al Liderazgo, en la consecución de la excelencia final. En segundo lugar están las personas o el talento humano, y en tercero las políticas y estrategias.

La perspectiva financiera tiene un peso bajo, para los modelos europeos e iberoamericano, con respecto a la importancia que le otorga el modelo americano.

En cuanto a la perspectiva de procesos es valorada de forma similar por los modelos europeo e iberoamericano, esta perspectiva es menos valorada por el modelo americano.

De la comparación de los tres modelos de excelencia empresarial se observa que los tres valoran con el mayor peso y de forma similar la perspectiva de aprendizaje y crecimiento.

La perspectiva menos homogénea en valoración es la perspectiva clientes, pues es muy valorada por el modelo europeo y muy poco valorada por el americano.

Por ello para el caso particular del elegir una metodología que proporcione una guía para la mejora de la organización y de los procesos administrativos del Servicio de Cardiología del HNR, se descarta modelo americano, ya que le da mayor importancia a la perspectiva financiera, que en nuestro caso no es prioridad, y se adoptará el **Modelo europeo EFQM**, principalmente porque le da una mayor valoración a la perspectiva “Clientes”, que es la que se acopla mejor a los objetivos del presente estudio.

El Modelo Europeo para la Gestión de Calidad Total, propuesto por la European Foundation for Quality Management (EFQM) sirve de punto de referencia para que las instituciones puedan hacer un diagnóstico interno del grado de calidad de su gestión.

Esta autoevaluación permite identificar los puntos fuertes y las áreas de mejora y reconocer las carencias más importantes de forma que puedan sugerirse planes de acción de mejora.

1.6.2 EL MODELO EFQM DE EXCELENCIA

La Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM) fue fundada en 1988 por 14 empresas europeas líderes en su sector, con el apoyo de la Comisión de la Unión Europea, con el objeto de ayudar a las empresas europeas a ser más competitivas en el mercado mundial.

Los profesionales de la salud, gestores, clínicos, proveedores, propietarios y administración sanitaria, están inmersos en una de las controversias más complejas, que el debate sobre los sistemas sanitarios aporta en la actualidad. De una parte, la mejora de la asistencia sin que los clínicos pierdan su responsabilidad y protagonismo y, de otra, la mejora de la calidad asumiendo que los proveedores de servicios tienen que satisfacer las preferencias y necesidades de sus clientes. La aproximación de estas dos perspectivas implica un cambio importante en la cultura y gestión de las organizaciones sanitarias. El Modelo Europeo de Excelencia logra conjugar estas perspectivas contrapuestas y hacerlas complementarias. Consigue que la organización realice una evaluación de sí misma y lo haga a través de un enfoque que se centra en el cliente y se realiza con la participación de los gestores de los servicios de salud.

Independientemente del sector, tamaño, estructura o madurez, las organizaciones para alcanzar el éxito, necesitan establecer un sistema de gestión apropiado. En definitiva, el Modelo EFQM de Excelencia sostiene que los enfoques tradicionales que basan la mejora en el análisis de aspectos parciales de la organización, tales como los resultados, no son suficientes para conseguir organizaciones competitivas capaces de adaptarse a los cambios del entorno, siendo necesaria la consideración de otros aspectos sintetizados en la definición de la Excelencia. La European Foundation for Quality Management define la excelencia como:

“Aquella manera sobresaliente de gestionar una organización capaz de obtener resultados permanentes en el tiempo para todos los grupos de interés, mediante la aplicación de los ocho conceptos fundamentales de la Excelencia”.

1.6.3 CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE LA EXCELENCIA

- Orientación hacia los resultados. La Excelencia consiste en alcanzar resultados que satisfagan plenamente a todos los grupos de interés de la organización.
- Orientación al cliente. Consiste en crear valor sostenido para el cliente.
- Liderazgo y coherencia en los objetivos. Ejercer un liderazgo con capacidad de visión, que sirva de inspiración a los demás y que sea coherente en toda la organización.
- Gestión por procesos y hechos. Gestionar la organización mediante un conjunto de sistemas, procesos y datos, independientes e interrelacionados.
- Desarrollo e implicación de las personas. Maximizar la contribución de los empleados, a través de su desarrollo e implicación.
- Proceso continuo de Aprendizaje, innovación y mejora. Hacer realidad el cambio, aprovechando el aprendizaje para crear innovación y, oportunidades de mejora.
- Desarrollo de Alianzas. Desarrollar y mantener alianzas que añadan valor.
- Responsabilidad Social de la Organización. Exceder el marco legal mínimo, en el que opera la organización y, esforzarse por comprender y dar respuesta a las expectativas, que tienen los grupos de interés en la sociedad.

Para que la aplicación del Modelo sea eficaz y consiga los objetivos con los que se afronta, estos principios deben ser asumidos totalmente por los directivos de la organización, de lo contrario su aplicación carecerá de sentido. El papel de la dirección es lograr que esta estrategia de gestión se despliegue por toda la organización, asumiendo el liderazgo del proyecto para conseguir que se integre en la cultura organizacional.

Esta cultura debe transmitirse desde la dirección al resto de la organización sanitaria, siendo condiciones indispensables, que en primer lugar defina su compromiso con la Excelencia y, que posteriormente sus actuaciones muestren coherencia entre el compromiso teórico y la realidad práctica. Esta coherencia tiene que manifestarse en la manera de priorizar y asignar medios como comunicación, formación, fondos para equipos de mejora, tiempo, apoyo metodológico, entre otros.

Para aplicar y desplegar estos principios en una organización, se debe comenzar identificando a todos los grupos de interés relevantes (stakeholders): propietarios, políticos, clientes, trabajadores, directivos, proveedores, la comunidad. Una vez identificados se deben conocer de forma estructurada y sistemática sus expectativas,

para poder crear mecanismos transparentes que sean capaces de equilibrarlas y satisfacerlas. Por lo tanto, aplicar los conceptos de la Excelencia en el ámbito sanitario, supone buscar resultados satisfactorios para todos ellos. Los resultados de un centro sanitario no los podemos valorar aisladamente en sus parcelas clínicas o económicas, sino en los aspectos de aprendizaje de la propia organización y en los de servicio a la sociedad.

Frente a la tradicional gestión de las organizaciones sanitarias, basada en divisiones, departamentos o en definitiva, funciones, el nuevo paradigma que introduce la Excelencia, es la *gestión por procesos*. El gestionar lo que realmente sucede en las empresas, permite no perder la orientación al cliente y poder adaptarse mejor a sus necesidades. Para poder hablar de gestión por procesos la organización en primer lugar debe identificarlos. La identificación es sencilla, puesto que es simplemente pensar en lo que está haciendo. Y, a continuación, crear equipos interdisciplinarios, que a través de la utilización de vías clínicas, estandaricen la actividad, que se debe realizar en cada proceso.

1.6.4 ESTRUCTURA Y CARACTERÍSTICAS DEL MODELO EFQM DE EXCELENCIA

1.6.4.1 ESTRUCTURA DEL MODELO

El actual Modelo EFQM de Excelencia está compuesto por nueve criterios. Se diferencian claramente dos partes: el grupo formado por los llamados “Agentes Facilitadores” que se refieren a lo que la hace organización y cómo lo hace, y el grupo de criterios “Resultados” que dan cuenta de los logros obtenidos por la organización respecto a todos los grupos de interés (clientes, trabajadores, sociedad) y en relación a los objetivos globales. La premisa establecida por el modelo explica cómo los Agentes Facilitadores son los determinantes de los Resultados alcanzados.

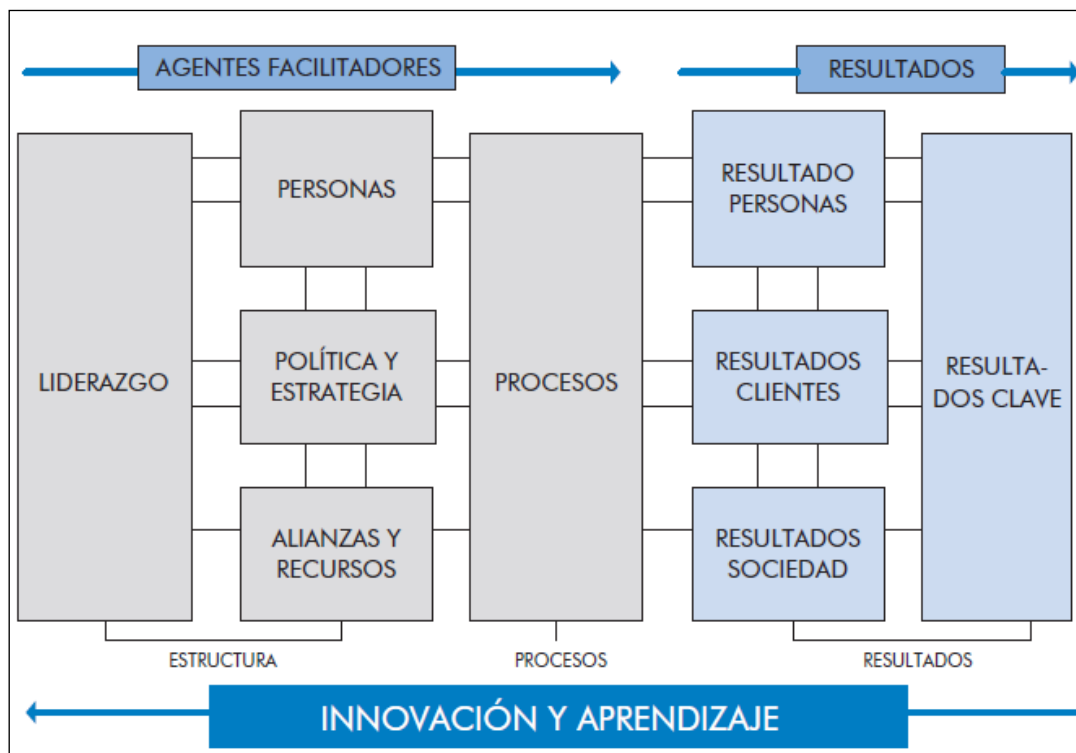


Ilustración 6 Estructura del modelo EFQM de Excelencia

El modelo EFQM de Excelencia, dice que “la satisfacción de clientes y empleados y la obtención de un impacto positivo en la sociedad se consiguen mediante un adecuado liderazgo de los directivos en el proceso de transformación de la organización, mediante el establecimiento de oportunas políticas y estrategias, un adecuado aprovechamiento de los recursos y alianzas de todo tipo y una buena gestión de sus procesos, todo lo cual lleva a conseguir la visión de la organización con excelentes resultados de negocio”.

La EFQM agrupa a los criterios en dos categorías: Agentes Facilitadores y Resultados. Los criterios del grupo de los agentes facilitadores, analizan como la organización realiza las actividades clave. Los criterios del grupo de resultados, se encargan de los resultados que se obtienen.

El planteamiento genérico de cada uno de los 9 criterios se especifica mediante un conjunto de subcriterios, hasta completar un total de 32, que detallan su contenido.

CRITERIOS Y SUBCRITERIOS DEL MODELO EFQM DE EXCELENCIA.

AGENTES FACILITADORES

1. **Liderazgo:** la responsabilidad ineludible de los equipos directivos de ser los promotores de conducir la organización hacia la excelencia. Los líderes deben mostrar claramente su compromiso con la mejora continua, desarrollando la misión y la visión y actuando como modelo para el resto de la organización. Implicándose con los clientes y colaboradores y reconociendo los esfuerzos y logros de los empleados.

- Los líderes desarrollan la misión, visión, valores y principios éticos. Y actúan como modelo de referencia de una cultura de Excelencia.
- Los líderes se implican personalmente para garantizar el desarrollo, implantación y, mejora continua, del sistema de gestión de la organización.
- Los líderes interactúan con clientes, partners y representantes de la sociedad.
- Los líderes refuerzan una cultura de Excelencia, entre las personas de la organización.
- Los líderes definen e impulsan el cambio en la organización.

2. **Política y estrategia:** Revisa en qué medida la misión, visión y valores de la organización, están fundamentadas en la información procedente de indicadores relevantes (rendimiento, investigación, creatividad y comparación con las mejores prácticas, etc.), así como en las necesidades y expectativas de clientes y otros grupos de interés. También analiza la estructura de procesos que desarrollan la política y estrategia y cómo se transmite a toda la organización.

- La política y estrategia se basa en las necesidades y expectativas actuales y futuras de los grupos de interés.
- La política y estrategia se basa en la información de los indicadores de rendimiento, la investigación, el aprendizaje y las actividades externas.
- La política y estrategia se desarrolla, revisa y actualiza.
- La política y estrategia se comunica y despliega, mediante un esquema de procesos clave.

3. **Personas:** Considera la gestión de los recursos humanos de la organización y los planes que desarrolla para aprovechar el potencial de los profesionales. También estudia los sistemas de comunicación, reconocimiento y distribución de responsabilidades.

<ul style="list-style-type: none"> • Planificación, gestión y mejora de los recursos humanos. • Identificación, desarrollo y mantenimiento del conocimiento y la capacidad de las personas de la organización. • Implicación y asunción de responsabilidades, por parte de las personas de la organización. • Existencia de un diálogo entre las personas y la organización. • Recompensa, reconocimiento y atención a las personas de la organización.
<p>4. Alianzas y recursos: Evalúa cómo gestiona la organización los recursos más importantes (financieros, materiales, tecnológicos, información), con excepción de los Recursos Humanos, y las colaboraciones que establece con organizaciones externas</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Gestión de las alianzas externas. • Gestión de los recursos económicos y financieros. • Gestión de los edificios, equipos y materiales. • Gestión de la tecnología.
<p>5. Procesos: Se refiere al diseño y gestión de los procesos implantados en la organización, su análisis y cómo se orientan a las necesidades y expectativas de los clientes.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Diseño y gestión sistemática de los procesos. • 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. • Diseño y desarrollo de los productos y servicios, basándose en las necesidades y expectativas de los clientes. • Producción, distribución y servicio de atención, de los productos y servicios. • Gestión y mejora de las relaciones con los clientes.

Fuente: Modelo EFQM de Excelencia.

Versión para el Sector Público y las Organizaciones del Voluntariado (2003).

Tabla 10 Agentes facilitadores de los criterios y sub-criterios del modelo EFQM

CRITERIOS Y SUBCRITERIOS DEL MODELO EFQM DE EXCELENCIA.

RESULTADOS

6. **Resultados en los clientes:** Se refiere tanto a la percepción que los clientes tienen de la organización, medida a través de encuestas o contactos directos, como a los indicadores internos que contempla la organización para comprender su rendimiento y adecuarse a las necesidades de los clientes.

- Medidas de percepción: imagen general, productos y servicios, apoyo y atención a los productos y servicios, fidelidad.
- Indicadores de rendimiento: imagen externa, productos y servicios, apoyo y atención a los productos y servicios, fidelidad.

7. **Resultados en las personas:** Se refiere a los mismos aspectos que el criterio anterior pero en referencia a los profesionales de la organización. De igual manera se contemplan medidas de percepción de la organización por parte de las personas que la integran, e indicadores internos de rendimiento.

- Medidas de percepción: motivación, satisfacción.
- Indicadores de rendimiento: logros, motivación e implicación, satisfacción, servicios que la organización proporciona a las personas que la integran.

8. **Resultados en la sociedad:** Analiza los logros que la organización alcanza en la sociedad. Para ello considera la repercusión de la organización sobre el medioambiente, la economía, educación, bienestar, entre los más relevantes.

- Medidas de percepción: imagen general, actividades como miembro responsable de la sociedad, implicación en las comunidades donde opera, información sobre las actividades de la organización que contribuyen a la preservación y mantenimiento de los recursos.
- Indicadores de rendimiento: tratamiento de los cambios en los niveles de empleo, relaciones con las autoridades, felicitaciones y premios recibidos.

9. **Resultados Clave:** Evalúa los logros de la organización respecto al rendimiento planificado, tanto en lo que se refiere a objetivos financieros como a los relativos a los procesos, recursos, tecnología, conocimiento e información.

- Resultados clave del rendimiento de la organización: resultados económicos y financieros, resultados no económicos.
- Indicadores clave del rendimiento de la organización: económicos y financieros, no financieros.

Tabla 11 Resultados de los criterios y sub-criterios del modelo EFQM

1.7 CARACTERÍSTICAS DEL MODELO EFQM DE EXCELENCIA

- Está basado en los principios de la Excelencia.
- Es una herramienta de diagnóstico del nivel de implantación de la dirección de la excelencia en una organización.
- Ofrece un marco genérico de criterios, que pueden aplicarse ampliamente en cualquier organización o componente de la misma.
- Realizado en un marco no prescriptivo.
- Es una estrategia de gestión que aglutina las mejores prácticas en la gestión empresarial.
- En el ámbito sanitario, permite pasar de aspectos muy concretos de la calidad asistencial, a la gestión de la globalidad del centro.

El modelo reúne una serie de características que le hacen particularmente robusto y, que han favorecido el creciente interés con el que se contempla en el entorno sanitario. Es un instrumento genérico y muy flexible de forma que puede ser utilizado en cualquier tipo de organización o empresa, independientemente del tamaño, sector de negocio, o carácter público o privado, y puede referirse tanto a la totalidad de la organización como a diferentes divisiones, unidades o servicios. Tiene un carácter no prescriptivo, en el sentido de que la aplicación del modelo no dicta lo que hay que hacer, sino, que debe ser cada unidad la que decida las acciones a emprender. Reconociendo que las propias características y singularidades de cada organización, pueden determinar el camino a seguir, para mejorar la eficiencia de una organización.

La ventaja que aporta la utilización del modelo, como instrumento de identificación de oportunidades de mejora, es que la Autoevaluación que propone tiene un carácter sistemático, periódico y, altamente estructurado, de forma que se revisan de una forma lógica y ordenada todos los aspectos críticos de una organización, que pueden tener influencia en su gestión, representados por los 9 criterios y 32 subcriterios en los que está estructurado el modelo. La atención se dirige a la globalidad de la organización siendo más enriquecedora, realista y eficiente que los abordajes que se dirigen a aspectos concretos o parciales.

1.8 AUTOEVALUACIÓN MEDIANTE EL MODELO EFQM DE EXCELENCIA

La aplicación de un modelo de excelencia, requiere conocer la situación de partida de la organización, para lo cual es preciso analizar los resultados que ha obtenido en el pasado, los procesos que los han determinado y, los objetivos perseguidos por la organización.

La práctica que para ello propone el modelo, es la Autoevaluación, definida como un examen global, sistemático y periódico de las actividades y resultados de una organización, comparados con el Modelo EFQM de Excelencia.

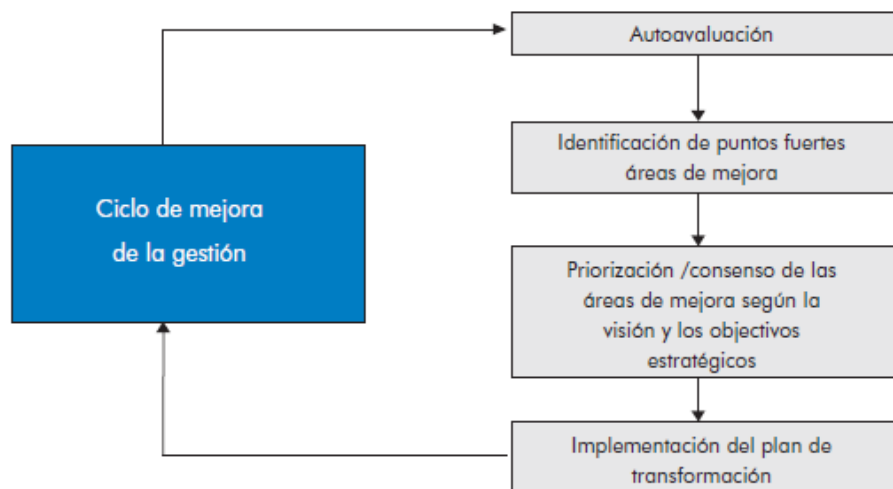


Ilustración 7 Proceso de autoevaluación

El proceso de Autoevaluación, permite a la organización diferenciar claramente sus puntos fuertes, de las áreas donde pueden introducirse mejoras. Este proceso de diagnóstico se culmina con el desarrollo de un plan de mejora en las diferentes áreas de gestión. Por lo tanto es un proceso de gestión, que define planes de actuación concretos para aumentar, la efectividad y la eficiencia de los procesos de las organizaciones, en línea con la propia planificación estratégica de la empresa.

1.9 TIPOS DE AUTOEVALUACIÓN

Para llevar a cabo la Autoevaluación se puede optar por diferentes opciones, todas ellas válidas. Estos enfoques presentan un grado de dificultad variable y cada uno de ellos tiene riesgos y beneficios que tendrán que ser valorados a la hora de decidir sobre el abordaje que mejor se adapta a cada caso concreto. Los criterios que guiarán la decisión por uno u otro son: la experiencia y el grado de madurez de la organización en programas de mejora de la calidad, la formación en Autoevaluación, el tiempo y los recursos disponibles y la precisión de la información y objetivos que se desea obtener.

De esta manera se utilizarán métodos diferentes para iniciar experiencias de autoevaluación que faciliten la comprensión del Modelo EFQM, obtener una relación de puntos fuertes y de áreas de mejora que posibiliten el diseño e implantación de planes de mejora, u obtener una puntuación que permita el ejercicio de comparación con otros centros u organizaciones.

TIPOS DE ENFOQUE PARA LA AUTOEVALUACIÓN			
MADUREZ / ESFUERZO	BAJO	MEDIO	ALTO
NIVEL ALTO	Cuestionario	Formulario	Simulación de presentación al premio
NIVEL MEDIO	Cuestionario y reunión de trabajo Matriz de mejora y reunión de trabajo	Formulario Reunión de trabajo facilitada	Prueba de simulación de presentación al premio Formulario y reunión de trabajo
NIVEL INICIAL	Cuestionario elemental Matriz de mejora	Cuestionario estándar	Cuestionario muy detallado Matriz a medida

Tabla 12 Tipos de enfoque para la autoevaluación

1. Enfoque de Cuestionario de Autoevaluación.

Es un método rápido, fácil de usar y que requiere pocos recursos, pudiendo ser adaptado a la realidad de cada organización.

Por ello es frecuentemente utilizado por aquéllos que realizan sus primeras experiencias. Como en otras situaciones en las que se utilizan cuestionarios, la validez y fiabilidad de la información obtenida depende de la calidad de las preguntas planteadas. Su información puede ser insuficiente para tener un conocimiento ajustado de la realidad, debiendo ser completada con otros métodos.

2. Enfoque de Autoevaluación mediante “Matriz de Mejora”.

Este abordaje requiere la elaboración de una tabla o matriz de mejora en la que se especifican diferentes niveles de desarrollo respecto a objetivos de la organización estructurados según el esquema del modelo. Cada una de las situaciones planteadas

presenta una puntuación asociada en una escala de 1 a 10. La valoración de la unidad se realiza en una serie de reuniones estructuradas, que culminan con la obtención de una puntuación consensuada a partir de la que se diseña e implanta un plan de mejora. Este método promueve la participación y el debate, fomentando el espíritu de equipo, además facilita la comprensión de los criterios del modelo y permite constatar la situación de la organización respecto a los objetivos planteados.

3. Enfoque de Autoevaluación por Reunión de Trabajo.

Cada uno de los miembros del grupo evaluador es responsable de reunir la información existente en la organización sobre cada uno de los criterios y subcriterios del modelo. Los resultados obtenidos se presentan en una reunión en la que se acuerdan los puntos fuertes y las áreas de mejora de cada criterio, siendo facultativo el ejercicio de puntuación. Posteriormente cada miembro debe presentar una propuesta de los planes de acción referentes a las áreas específicas que ha trabajado. Este método facilita la implicación y el compromiso de los equipos directivos y ayuda a conseguir una visión compartida de la organización. El grado de formación y experiencia con el Modelo EFQM son importantes y puede resultar difícil obtener información sobre la implantación de algunos procesos.

4. Autoevaluación por Formularios o Enfoque Proforma.

Consiste en la sistematización de la obtención de la información mediante la elaboración, para cada uno de los subcriterios, de un documento o formulario. La información que se registra incluye: la definición del subcriterio, las áreas a abordar (en función de la importancia que revisten para las actividades de la organización), los puntos fuertes y las áreas de mejora y las evidencias del grado de implantación. Estos documentos son la base para el posterior diseño e implantación de planes de mejora. Una de las ventajas de este enfoque es la capacidad de obtener puntuaciones semejantes a las que se obtendrían mediante abordajes más costosos. El éxito de la evaluación dependerá de la agudeza, exactitud y fidelidad con la que sea recogida la información, por lo que es preciso cierto grado de experiencia, ya que de lo contrario podríamos obtener una visión sesgada de la organización con la invalidez del resultado final.

5. Enfoque de Autoevaluación por Simulación de Presentación al Premio.

Las organizaciones que adoptan este método deben redactar una memoria siguiendo las bases de presentación del Premio Europeo a la Calidad. Este documento será valorado por un grupo de evaluadores externos que emitirá un informe con los puntos fuertes, las áreas de mejora y la puntuación de la memoria, constituyendo un referente para potenciales reformas que pueda instaurar el equipo de dirección. Este método requiere un gran esfuerzo y tiene el peligro de que la elaboración de la memoria se convierta en un ejercicio de imagen externa más que un compromiso con la mejora continua, por parte de la dirección de la organización.

Tras completar el proceso de Autoevaluación, la organización sanitaria deberá responder a las siguientes preguntas: ¿Qué puntos fuertes hemos identificado, que pueden mantenerse y aprovecharse al máximo? ¿Qué puntos fuertes identificados todavía requieren mayor desarrollo? ¿Qué áreas identificadas de mejora, reconocemos y vemos como de máxima importancia, para mejorar? ¿Qué planes de mejora vamos a emprender? ¿Cómo vamos a supervisar los planes de mejoras acordados?

1.10 PUNTUACIÓN DEL MODELO EFQM

La manera de establecer la puntuación para cada uno de los subcriterios se establece siguiendo la lógica RADAR. La valoración de los criterios del Modelo EFQM de Excelencia mediante estos elementos, se realiza en función del bloque en el que estén incluidos, de forma que cada uno de los subcriterios de los agentes facilitadores se evalúan mediante los elementos Enfoque, Despliegue y Evaluación- Revisión, mientras que a los subcriterios del grupo de resultados deben aplicarse el elemento “Resultados”.

PUNTOS DE LOS CRITERIOS DEL MODELO EFQM DE EXCELENCIA	
CRITERIO	PUNTOS
Liderazgo	100
Personas	90
Política y Estrategia	80
Alianzas y Recursos	90
Procesos	140
Resultados en las personas	90
Resultados en los Clientes	200
Resultados en la Sociedad	60
Resultados Clave	150

Tabla 13 Puntos de los criterios del modelo EFQM de excelencia

Cada subcriterio se puntúa de 0 a 100 en función del grado de evidencia existente en la información recogida sobre los atributos considerados por los diferentes elementos.

La puntuación de cada criterio se obtiene calculando la media aritmética de las puntuaciones de los subcriterios correspondientes.

La puntuación final se obtiene ponderando el valor que alcanza cada criterio, por el peso específico asignado por la EFQM a cada uno de ellos y, sumando posteriormente todas las puntuaciones corregidas de los criterios. Los Agentes Facilitadores determinan el 50% de la puntuación total, mientras que los Resultados dan cuenta del otro 50%. La puntuación que finalmente se obtiene estará dentro de una escala de 0 a 1.000.

1.10.1 NIVELES EFQM DE EXCELENCIA

Los niveles EFQM de Excelencia contemplan tres escalones:

- ✓ **Premio europeo a la Excelencia.** Es el premio más prestigioso y constituye el nivel superior. Hay dos categorías, el Award Winner que se otorga al mejor y los Prize Winners, que se otorgan a las organizaciones que destacan en los conceptos fundamentales de la excelencia. Requiere una memoria completa y una evaluación externa en profundidad.

- ✓ **Reconocimiento a la Excelencia.** Se basa en una evaluación de la organización según la totalidad del modelo. Requiere una memoria más breve y una evaluación externa modificada. Se otorga a las organizaciones que alcanzan una puntuación igual o superior a los 400 puntos. Las empresas que obtienen el Reconocimiento se consideran organizaciones bien gestionadas.

- ✓ **Compromiso con la Excelencia.** Va destinado a las organizaciones que inician el camino hacia la excelencia. Se otorga a las organizaciones que no alcanzan una puntuación de 300. Este nivel hace hincapié en ayudar a las organizaciones. Estas primero deben efectuar una autoevaluación, obteniendo una relación de áreas de mejora. En una segunda etapa, la organización debe demostrar que ha implantado un plan de mejora.

1.11 UTILIDADES DEL MODELO EFQM EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

- Planificación estratégica.
- Benchmarking interno.
- Autoevaluación.

- Excelencia y cuadro de mando integral.

1.11.1 **VENTAJAS DEL MODELO EFQM, APLICADO EN EL SECTOR SALUD**

- Puede integrar las iniciativas que esté desarrollando la organización. Actuando como marco de referencia y coordinando los distintos esfuerzos.
- Tiene un enfoque que equilibra el peso de los agentes y el de los resultados. Asegurando que las organizaciones sanitarias actúen no sólo teniendo en cuenta los resultados, sino también el cómo los consiguen. Realizando la mejor gestión teniendo en cuenta sus variables.
- La autoevaluación determina sus puntos fuertes y áreas de mejora.
- Tiene un planteamiento a largo plazo.
- Provee de un detallado y estructurado sistema de autoevaluación, asegurando que los líderes tienen los conocimientos adecuados, incluidos los de la valoración de los colaboradores.
- Implica que la política y la estrategia no tengan sólo efecto sobre los planes generales de la organización, sino que estén presentes en todas las actividades diarias.
- Estimula a las organizaciones a compararse con una organización excelente.
- Favorece el trabajo con otros asociados y, permite realizar una gestión de riesgo en todos los ámbitos.
- El modelo impulsa el desarrollo de la mejora continua, antes que la consecución de una serie de estándares.
- Permite a la organización demostrar sus tendencias positivas, tanto en los resultados, como en la percepción de todos los grupos de interés.

1.12 **DIRECCIÓN POR PROCESOS**

La dirección basada en procesos es uno de los principios de gestión de calidad, el cual establece que los resultados estratégicamente planificados podrán alcanzarse más eficientemente cuando los recursos y las actividades que permiten obtener un producto o servicio, se gestionan como un proceso (no como un conjunto de áreas y dependencias que cumplen funciones aisladamente). Los procesos permiten alcanzar las políticas de la institución (objetivos y misiones). Para ello, al momento de diseñar o rediseñar los procesos, se debe analizar las políticas y planificar estratégicamente la forma en la cual se llevarán a cabo.

Conceptualmente, un proceso es una serie de actividades, desarrolladas con una secuencia lógica, vinculadas entre sí para transformar insumos en productos (bienes y servicios) valiosos para el beneficiario, usuario o cliente. A su vez, un proceso puede estar integrado por una serie de subprocesos, que se interrelacionan de forma lógica. Cada subproceso cumple un objetivo parcial del proceso y está compuesto por un conjunto de actividades. Cada actividad está integrada por un grupo de tareas que son ejecutadas a nivel operativo. Cuando un sistema de gestión se torna complejo, de ser necesario podrá definirse como un macro proceso, que contendrá un conjunto de procesos. Asimismo, los procesos pueden ser considerados como una cadena de valor. La secuencia de actividades, dirigidas a obtener un producto o servicio, debe añadir valor a la actividad o proceso siguiente. Aquellos procesos o actividades que no generen valor, deberían ser eliminados.

1.13 GESTIÓN POR PROCESOS

1.13.1 DEFINICIÓN.

Según J. R. Zaratiegui 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 gestión por procesos es una forma de organización diferente de la clásica organización funcional, y en el que prima la visión del cliente sobre las actividades de la organización. Los procesos así definidos son gestionados de modo estructurado y sobre su mejora se basa la de la propia organización.

Según la ISO 9001:2008 la gestión por procesos es aquella que hace énfasis en los resultados que se desean obtener y se pueden alcanzar de manera más eficiente si se consideran las actividades agrupadas entre sí, teniendo presente 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.

1.13.2 ORIGEN E HISTORIA.

Los procesos se consideran como la base operativa de gran parte de las organizaciones y gradualmente se van convirtiendo en la base estructural de un número creciente de empresas.

Esta tendencia llega después de las limitaciones puestas de manifiesto en diversas soluciones organizativas, en sucesivos intentos de aproximar las estructuras empresariales a las necesidades de cada momento.

Así las organizaciones de tipo funcional generaron altos niveles de eficacia en las operaciones especializadas abordadas por cada función, a menudo a costa de la eficacia global de la empresa y de una comunicación poco fluida entre las distintas funciones.

Las organizaciones de tipo matricial, un gran avance en teoría, diseñadas para optimizar el empleo de las capacidades humanas, integrarlas en equipos ad hoc para cada proyecto o nueva actividad, y para reforzar y emplear a fondo los conocimientos disponibles en la empresa, encontraron muchas dificultades en su aplicación práctica.

Probablemente una información insuficiente sobre los requisitos exigibles a la cultura de la empresa, junto con el problema siempre presente de la falta de tiempo (para explicar, para experimentar) hicieron fracasar muchos intentos de este tipo de organización, que pocas veces llegó a probarse en condiciones adecuadas para garantizar el éxito.

El éxito de las industrias japonesas, bien patente a partir de los años setenta y ochenta, propició la aplicación de modelos de organización productiva, como just in time o kanban. Su aplicación ha producido resultados económicos sorprendentes en los países occidentales, pero son modelos limitados, principalmente por centrarse en empresas manufactureras de grandes series, y por requerir proveedores de piezas estrechamente ligados a las fábricas productoras de los equipos o sistemas finales.

Tanto el modelo matricial como los de origen japonés ya apuntaban a la importancia de los procesos como base sobre la que desarrollar políticas y estrategias operativas sólidas.

Esto dio origen a estudios sobre las posibilidades de los procesos como base de gestión de la empresa, que fueron poniendo de manifiesto su adecuación a los mercados actuales, cada vez más cerca del mercado global y, como consecuencia, su capacidad de contribuir de forma sostenida a los resultados, siempre que la empresa diseñe y estructure sus procesos pensando en sus clientes.

Como se ha apuntado, la importancia de los procesos fue apareciendo de forma progresiva en los modelos de gestión empresarial. No irrumpieron con fuerza como la solución, si no que se les fue considerando poco a poco como unos medios muy útiles para transformar la empresa y para adecuarse al mercado.

Inicialmente, pues, los modelos de gestión y las empresas adoptaron una visión individualizada de los procesos, en la que se elegían los procesos más interesantes o más importantes, se analizaban y mejoraban estos procesos y de ese análisis se deducían consecuencias prácticas que resultaban útiles y aplicables la próxima vez que la empresa se proponía renovar otro proceso.

Todavía no se pensaba en la empresa como un sistema integral de procesos, en el que éstos son la base para los cambios estratégicos en la organización. Aun así, el análisis individual de los procesos produjo avances considerables, en especial en los modelos organizativos basados en la Calidad Total.

De esa manera paulatinamente se produjo una preocupación creciente por la adecuación de los procesos a las exigencias del mercado que ha ido poniendo de manifiesto que una adecuada gestión, que tome los procesos como su base organizativa y operativa, es imprescindible para diseñar políticas y estrategias, que luego se puedan desplegar con éxito.

En la actualidad se da una coincidencia amplia de que los mercados actuales, con sus variaciones y novedades constantes, seguirán exigiendo a las empresas continuas innovaciones de productos (entendiendo nuevos productos en un sentido amplio, que comprenda diseños de productos materiales y diseños de servicios) así como reorganizaciones estructurales, y que la forma más eficiente de abordar estas innovaciones, siempre atendiendo al mercado, es a través de reestructuraciones de los procesos clave y estratégicos de la empresa.

1.14 METODOLOGÍA PARA REALIZAR UNA GESTIÓN POR PROCESOS

1.14.1 IDENTIFICAR LOS PROCESOS NECESARIOS PARA EL SISTEMA DE GESTIÓN.

En todas las organizaciones sean industriales o de servicios, públicas o privadas, se realiza un proceso de producción, con la finalidad de obtener el resultado final deseado. Este Proceso de Producción, es el que también se realiza en los centros de salud y, consiste en la ejecución de Procesos. Es decir, al producirse una demanda de un cliente (paciente), se efectúan actividades relacionadas y secuenciales, las cuales transforman unos inputs (recursos tecnológicos, económicos y conocimientos), en unos servicios sanitarios para el cliente. Obteniéndose así, unos resultados que añaden valor para el cliente (mejora de su estado de salud). Debiéndose de realizar y gestionar la globalidad de estos procesos, en base a la Excelencia.

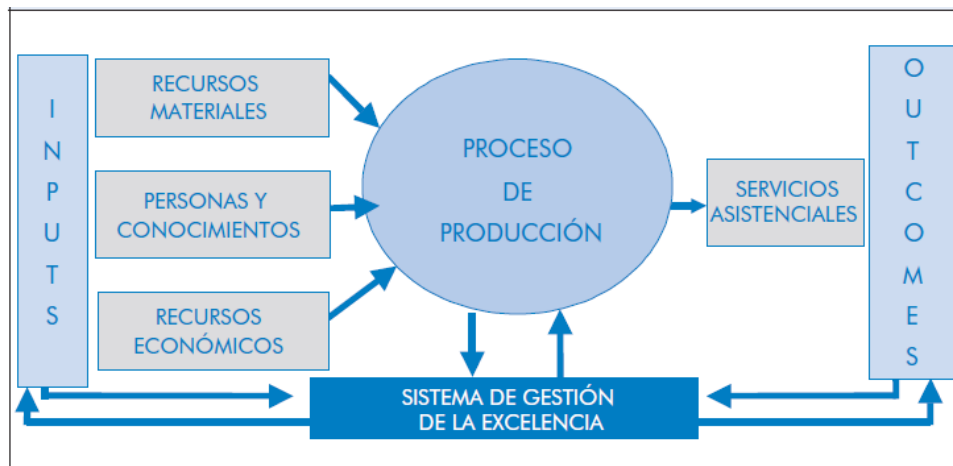


Ilustración 8 Diagrama del sistema de gestión de la excelencia

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 y, impactar positivamente en la calidad del servicio.

1.14.2 CARACTERÍSTICAS DE LOS PROCESOS

- Tener un inicio y un final claramente definidos
- Traspasar las diferentes funciones del organigrama y para su orientación a los resultados.
- Alinear los objetivos de la institución con las expectativas y necesidades de los clientes.
- Indican cómo 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.

1.14.3 CLASIFICACIÓN DE LOS PROCESOS

Es importante reconocer la diferencia entre al menos tres tipos diferentes de procesos:



Ilustración 9 Clasificación de los procesos

Procesos Estratégicos (gerenciales o visionales)

Son aquellos procesos, normalmente 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 Fundamentales (clave, operativos o misionales)

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 de salud suelen ser aquellos que ponen a la organización en contacto con sus clientes.

- Atraviesan muchas funciones.
- Crean valor.
- Tienen impacto en el cliente final.
- Son claves en el funcionamiento de la organización.
- Su objetivo no es gestionar otros procesos fundamentales, sino obtener un resultado
- Desarrollan las capacidades de la organización.
- Están relacionados con los objetivos fundamentales de la organización.
- Son valorados tanto por clientes como por órganos de gobierno.

Procesos de Soporte (de apoyo)

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

Los procesos se subdividen en diferentes niveles, en función de su complejidad.

Nivel 0

El nivel cero corresponde a los MACROPROCESOS fundamentales, estratégicos y de soporte. Representación global de los macroprocesos que desarrolla el centro de salud. Procesos estratégicos, fundamentales y de soporte. Por ejemplo el Macroproceso asistencial.

Nivel 1

El nivel uno corresponde a los PROCESOS. Representación de un proceso concreto a lo largo de la organización. Por ejemplo el proceso de alta de paciente.

Nivel 2

Se refiere a los SUBPROCESOS, los cuáles nos dicen lo que realmente se hace en la organización. Representación de cada uno de los subprocesos de un proceso. Por ejemplo el sub proceso de ingreso de paciente con referencia de hospital de segundo nivel.

Nivel 3

El nivel tres corresponde al nivel operativo o PROCEDIMIENTO y representa la documentación del nivel dos. Representación operativa de la vía organizativa relacionada con la secuencia temporal en el abordaje al cliente.

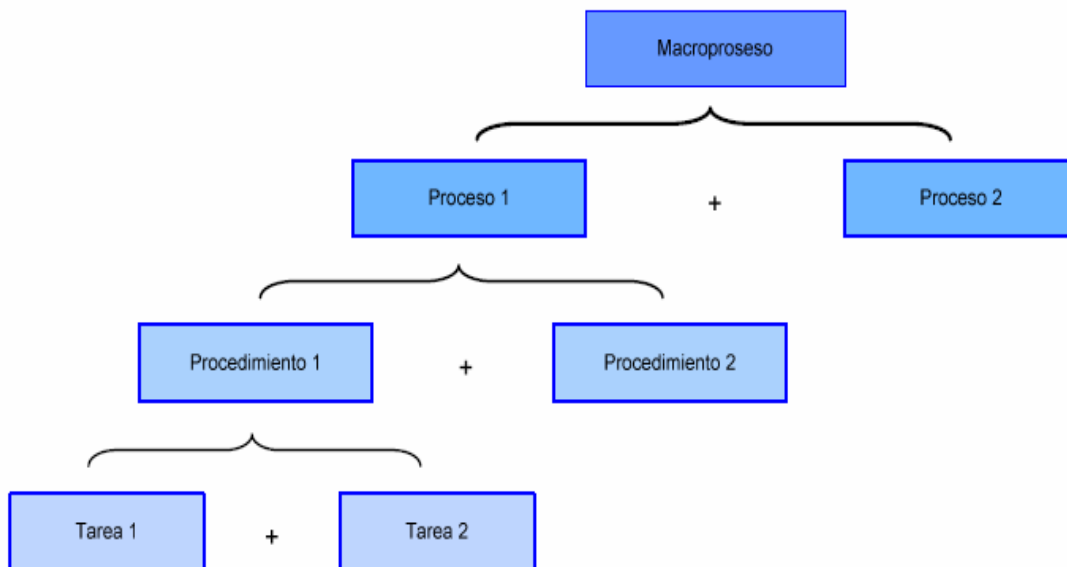


Ilustración 10 Niveles de los procesos

1.14.4 DETERMINAR LA SECUENCIA E INTERACCIÓN DE LOS PROCESOS.

La mejor manera de representar la secuencia e interacción de los procesos es a través de un mapa de procesos. El mapa de procesos presenta una visión general del sistema organizacional de la empresa, en donde además se presentan los procesos que lo componen así como sus relaciones principales.

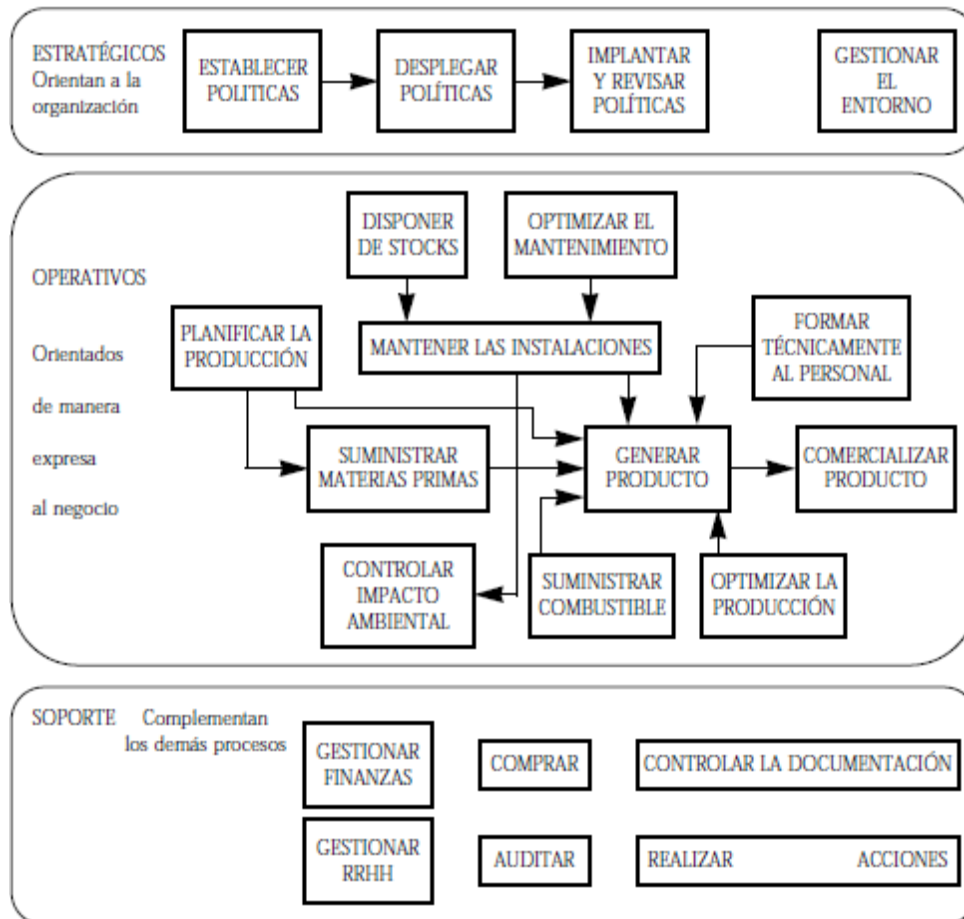


Ilustración 11 Ejemplo, Mapa de procesos

Este método de visualizar las actividades de la empresa, a todos los niveles, mediante los procesos ordenados por sus jerarquías y relaciones, junto con el despliegue sistemático de objetivos, responsabilidades, características, relaciones, etcétera, de cada proceso, proporciona a la dirección de la empresa, sobre todo:

- Una visión integrada de las actividades que la empresa necesita para cumplir sus obligaciones ante el mercado.
- Una ayuda imprescindible para planificar nuevas estrategias o el despliegue de nuevas políticas.

De ahí el uso extendido del Mapa de procesos en las empresas que emplean una estrategia de Calidad Total, con su fuerte componente de innovación, cambio y adaptación al entorno.

Descripción de los procesos.

Una vez identificados los grandes procesos (macro procesos), así como los procesos que los componen (subprocesos), interesa describir de forma exhaustiva en especial los procesos clave, es decir aquellos dirigidos directamente a dar servicio a los usuarios. Para ello, se debe utilizar un formato de ficha normalizada que homogenice y sistematice dicha definición.

Los elementos que van a permitir describir el proceso son:

1. Salida y flujo de salida del proceso.
2. Destinatarios del flujo de salida.
3. Los intervinientes del proceso.
4. Secuencia de actividades del proceso.
5. Recursos.
6. Indicadores.

1.14.5 REALIZAR EL SEGUIMIENTO, LA MEDICIÓN Y EL ANÁLISIS DE ESTOS PROCESOS.

La creación de valor del proceso se podrá juzgar en base al análisis de tres Parámetros básicos: la eficacia, la eficiencia y la flexibilidad o adaptabilidad (capacidad para el cambio y anticipación al mismo).

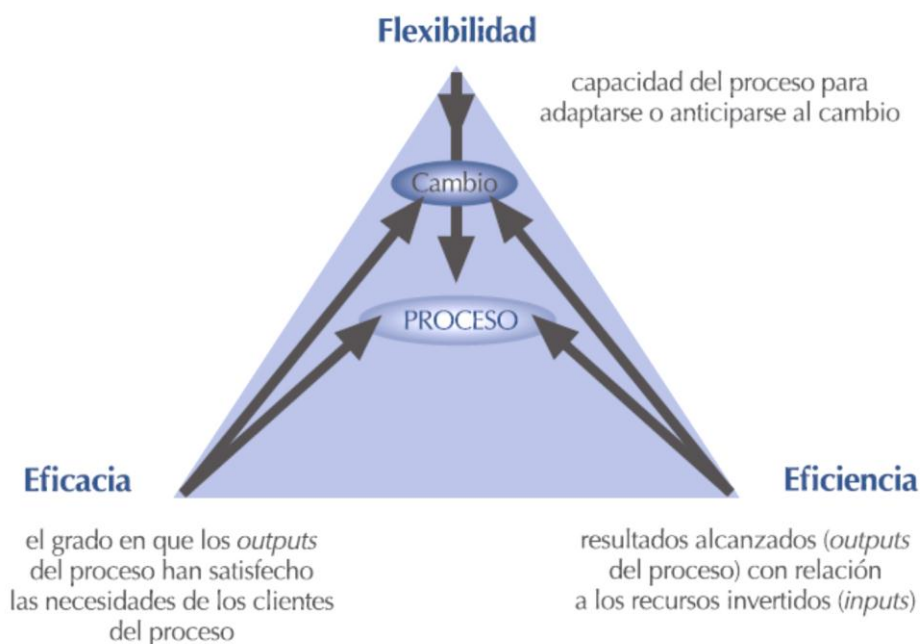


Ilustración 12 Parámetros bases para el análisis de procesos

No se puede contemplar un sistema de gestión por procesos sin que este tenga un buen sistema de control ya que la función administrativa de este consiste en medir y corregir el desempeño individual y organizacional para asegurar que los hechos se ajusten a los planes y objetivos de las empresas.

El propósito y la naturaleza del control es fundamentalmente garantizar que los planes tengan éxito al detectar desviaciones de los mismos al ofrecer una base para adoptar acciones, a fin de corregir desviaciones indeseadas reales o potenciales.

El desarrollo de indicadores ayudara a medir los resultados de los procesos o de las actividades y tareas, siendo anticipadores que nos advierten de los resultados que se obtendrán.

Es preciso que los indicadores que integren el sistema de información permitan extraer información acerca de aquellos aspectos clave para los responsables de la organización o unidad dentro de ésta. Por ello, es necesario que a la hora de seleccionar cada indicador éste sea:

- **Importante:** Referido a un elemento significativo y que sea significativo de algo tanto para quien efectúa el control como para el agente cuya actividad es objeto de control.
- **Específico:** Que defina bien aquello a lo que se refiere.
- **Numéricamente medible:** Los parámetros a los que se refiere el indicador son medibles.
- **Consistente en el tiempo:** Es decir, que el indicador sea comparable consigo mismo en distinto momentos del tiempo.
- **Fácil de obtener:** De cálculo inmediato y utilizando pocos recursos, y si es posible, electrónicamente o de modo mecanizado.
- **Obvio:** Fácil de comprender y de sacar conclusiones.
- **Objetivo:** Lo menos subjetivo posible y que con independencia de la persona que tome los datos, éstos no varíen.
- **Fiable:** Que refleje la realidad sin distorsiones.
- **Comparable:** Que permita la comparación con otras unidades u organizaciones similares.
- **Ofrezca una relación coste/utilidad en la toma de decisiones razonable.**

- Número Adecuado: Un número de indicadores adecuado, que presente una operatividad óptima.

Una vez aplicados los criterios anteriores, los indicadores que resulten seleccionados deberán someterse a una evaluación de conjunto con relación a:

1. El nivel de respuesta a las necesidades de información de la organización o unidad administrativa.
2. El nivel de detalle, la validez y la confianza de la información suministrada con relación a los diversos objetivos de gestión y a los aspectos críticos del entorno.
3. El coste global de obtención de la información, procurando que no comporte un aumento sensible de la carga administrativa.

1.14.6 IMPLEMENTAR LAS ACCIONES NECESARIAS PARA ALCANZAR LOS RESULTADOS PLANIFICADOS Y LA MEJORA CONTINUA DE ESTOS PROCESOS.

Una acción de mejora es toda acción destinada a cambiar la “forma en que queremos que ocurra” un proceso. Estas mejoras lógicamente se deben reflejar en una mejora de los indicadores del proceso.

La gestión por proceso utiliza un sinfín de técnicas y herramientas para provocar la mejora de los procesos de la organización. Algunas son creativas y basadas en la imaginación, otras se basan en técnicas estadísticas o en metodologías concretas, pero todas tienen en común el propósito de mejorar los procesos sobre los que se aplican.

Para mejorar un proceso hay que aplicar el ciclo de mejora de Deming (PHVA) el cual está compuesto por los siguientes elementos:

P- Planear

Establecer las actividades del proceso, necesarias para obtener el resultado esperado. Al basar las acciones para el resultado esperado, la exactitud y cumplimiento de las especificaciones a lograr se convierten también en un elemento a mejorar, aunque sería mejor ya no tener que mejorar, o sea, hacerlo bien a la primera. Cuando sea posible conviene realizar pruebas según sea requerido, para probar los resultados.

- Recopilar datos para profundizar en el conocimiento del proceso.

- Detallar las especificaciones de los resultados esperados.
- Definir las actividades necesarias para lograr el producto o servicio, verificando los requisitos especificados.

H- Hacer

Es ejecutar el plan estratégico contempla: organizar, dirigir, asignar recursos y supervisar la ejecución.

V- Verificar

Pasado un periodo previsto de antemano, volver a recopilar datos de control y analizarlos, comparándolos con los requisitos especificados inicialmente, para saber si se han cumplido y en su caso, evaluar si se ha producido la mejora.

Monitorizar la implementación y evaluar el plan de ejecución documentando las conclusiones.

A- Actuar

En base a las conclusiones del paso anterior elegir una opción:

- Si se han detectado errores parciales en el paso anterior, realizar un nuevo ciclo PDCA con nuevas mejoras.
- Si no se han detectado errores relevantes, aplicar a gran escala las modificaciones de los procesos
- Si se han detectado errores insalvables, abandonar las modificaciones de los procesos
- Ofrecer una Retro-alimentación y/o mejora en la Planificación.

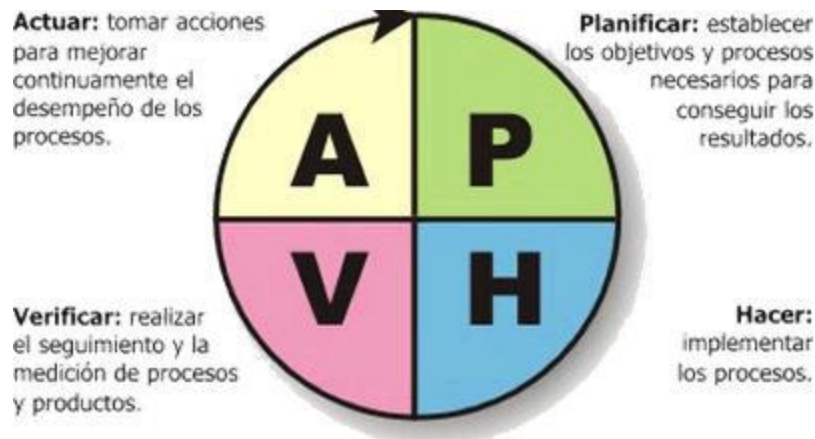


Ilustración 13 Ciclo de mejora de Deming

1.14.7 BENEFICIOS DE LA GESTIÓN POR PROCESOS.

La Gestión por Procesos conlleva a:

- 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).

1.15 DOCUMENTACIÓN DE LOS PROCESOS

La documentación debe definir y describir los distintos pasos y relaciones, tanto a nivel del proceso, como de los subprocesos.

La documentación de procesos es una herramienta que ayuda a que el personal y los actores del proceso hagan un rastreo cuidadoso de eventos significativos en el mismo, con la finalidad de discernir con mayor precisión qué está sucediendo, cómo está sucediendo y por qué podría estar sucediendo. La documentación de procesos es una manera sistemática de reflexionar, analizar y descubrir los patrones que favorecen o dificultan el cambio.⁶

Se recomienda documentar un proceso cuando:

- Se requiere que todos lo ejecuten de la misma manera.

⁶ Fuente: Fundación Annie E. Casey, 2003; página 1.

- El resultado debe ser consistente con el estándar y cumplir con el criterio de calidad definido
- El proceso se aplique rutinariamente
- Se generan consecuencias graves sobre el resultado del proceso o sobre otros procesos interrelacionados, si no se ejecuta de acuerdo al estándar establecido.

No se recomienda documentar un proceso cuando:

- Su aplicación es muy eventual.
- Su ejecución no se da de la misma manera cada vez.
- Las tareas o actividades a desarrollar se derivan del conocimiento específico de una profesión.

Un proceso para ser gestionado, tiene que cumplir las diez características documentales que se presentan a continuación:

CARACTERÍSTICAS DOCUMENTALES DE LOS MACROPROCESOS

- MISIÓN: definición y razón de ser del proceso.
- ALCANCE: se establece el inicio y el final del proceso.
- ASIGNACIÓN DE PROPIETARIO: por la dirección.
- CLIENTES: internos, externos e intermediarios.
- PROVEEDORES: internos y externos.
- INPUTS NECESARIOS: infraestructuras, económicos, tecnología y conocimientos.
- OUTPUTS ESPERADOS: definir estándares de rendimiento.
- MAPA DEL PROCESO: representación gráfica.
- DIAGRAMAS DE FLUJO: son la representación gráfica de las etapas del proceso
- MEDIDAS DE RENDIMIENTO: indicadores en los puntos críticos del proceso
- ANÁLISIS DEL PROCESO: puntos fuertes y áreas de mejora.

1.16 METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS Y LA DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS

Para realizar una documentación de procesos se tienen que seguir los siguientes principios:

- a) Pedir información de primera mano, es decir de los que realizan el proceso, descubrir sus puntos de vista y entrevistarlos y hacer uso de grabaciones, fotografías y/o videos.
- b) Estudiar y describir el contexto, leer artículos y libros, y hablar con personas con altos conocimientos relacionados a los procesos.
- c) Organizar los procesos por momentos, sistemas y formas para tomar distancia suficiente de las actividades diarias de los procesos para poder reflexionar y analizar tendencias y patrones.

Las herramientas que pueden ser utilizadas para la documentación de procesos son:

En vista que con los principios no basta, se necesitan de herramientas para ayudar al personal del proyecto a realizar la documentación del proceso. Las herramientas que pueden ser utilizadas para la documentación de procesos son:

- a) Herramientas para capturar el proceso.
- b) Herramientas para organizar la información.
- c) Herramientas para analizar los hallazgos.
- d) Herramientas para diseminar la información.

✓ **Herramientas para capturar el proceso**

Para capturar el proceso se necesitará de una amplia gama de métodos cualitativos como:

- a) Entrevistas con individuos
- b) Grupos focales
- c) Observación de reuniones (formales e informales)

✓ **Herramientas para organizar la información**

La organización de la información tiene dos componentes:

- a) Archivado de la información captada
- b) Compilado de la información captada y elaboración de productos para la diseminación

✓ **Herramientas para analizar los hallazgos**

En los procesos deben crearse métodos y estructuras para la reflexión y el análisis de la información capturada. A menudo en procesos muy ocupados no se le brinda suficiente atención a la reflexión. Hay una razón muy simple para eso. El personal del proceso piensa en términos de soluciones; en los pasos intermedios entre los problemas encontrados y el arribo a soluciones; es decir, no se le da un valor a la reflexión y el análisis. Herramientas, métodos y procedimientos son, por tanto, necesarios para lograr una reflexión y análisis sistemático en los equipos del proceso.

✓ **Herramientas para disseminar la información**

Las herramientas para la disseminación se concentran en los canales o en los medios de comunicación para la difusión. ¿En dónde se publicarán los estudios de caso, los informes, los videos, los álbumes de fotos y los manuales? Qué canales deberán ser creados por los responsables para difundir la información ya documentada.

1.16.1 PASOS A SEGUIR PARA EL LEVANTAMIENTO DE PROCESOS

1) **Identificación de usuarios de los Procesos y sus Necesidades.**

Se identifica esta etapa como la etapa de Obtención de la Información, en la cual se perfeccionan las herramientas metodológicas para obtener la información de los procesos por parte de los responsables de los mismos, cuáles serán las fuentes de información que se utilizarán, cuál es la misión que persigue el bien y/o servicio que brinda la institución y la identificación de los usuarios y sus respectivas necesidades y/o expectativas.

En la figura se muestra gráficamente la triangulación de tres aspectos fundamentales:

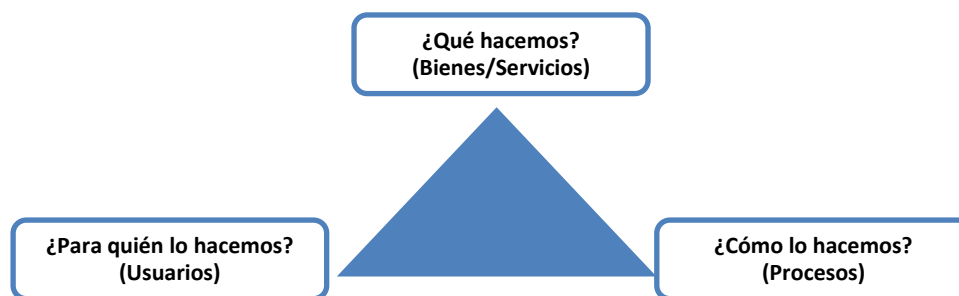


Ilustración 14 Aspectos para el levantamiento de procesos

¿Qué hacemos?: Determinar claramente la misión institucional (en qué consiste, para qué existe y para quién se realizan sus actividades), su razón de ser, las entradas y salidas (insumos y productos/servicios) e identificar los usuarios y proveedores de las mismas.

¿Para quién lo hacemos?: Identificar a los usuarios de los bienes y/o servicios que brinda la institución. No hay que imaginar las necesidades y expectativas de los usuarios, sino conocerlas por medio del contacto directo con ellos, utilizando las herramientas de recolección de información.

¿Cómo lo hacemos?: En esta etapa se identifica cuáles bienes y/o servicios se brindarán a los usuarios.

2) Identificación de los procesos.

En esta etapa se genera un listado de todos los procesos y actividades que se desarrollan en la institución. Conociendo cuáles son los usuarios y determinados los bienes y/o servicios que estos requieren, pueden establecerse los procesos que sirvan para generarlos.

3) Identificación del Marco Estratégico Institucional.

Lo primero que se debe hacer para identificar los procesos de una institución es conocer el Marco Estratégico en el que se enmarcan estos procesos. De esta manera se determina la misión, visión, valores y objetivos estratégicos que debe desarrollar la institución, siempre considerando las necesidades/expectativas de los usuarios.

4) Identificación de los procesos (Mapa de Procesos)

En las organizaciones sanitarias, el mapa de procesos es la representación gráfica de todos los procesos que constituyen la actividad esencial de la organización. Estando asociado al establecimiento de la misión, visión y a la planificación estratégica del centro de salud. La selección y agrupación de procesos tiene que ser realizada por el equipo directivo, bajo la coordinación del responsable del proyecto.

Primero se identifican los procesos fundamentales y, posteriormente los estratégicos y los de apoyo. Siendo en los centros sanitarios el macroproceso asistencial el proceso clave, pues es la razón de ser de toda la organización. Este primer mapa equivale al

nivel 0. Posteriormente, se desglosan estos macroprocesos en sus procesos correspondientes, obteniéndose de este modo el mapa de procesos de nivel 1.

En esta fase el equipo de trabajo debe determinar cuáles son los procesos que desarrolla la institución.

El Mapa de Procesos ofrece una visión general del sistema de gestión, en él se representan los procesos, procedimientos, actividades y tareas que componen el sistema institucional.

Así, con muy pocos procesos, el Mapa de Procesos será escueto y fácil de comprender, pero la descripción individual de cada proceso será más compleja. Por el contrario, identificando muchos procesos, la descripción individual de cada proceso será más sencilla, sin embargo, el Mapa de Procesos será más complejo.

Al momento de construir el Mapa de Procesos y comenzar a agrupar los mismos, debe tenerse en cuenta que algunos de los procesos identificados pueden ser a su vez procedimientos de otro proceso más grande, ante lo cual, debe detectarse las relaciones que existen entre cada uno de ellos para poder establecer su clasificación.

Se entiende por proceso al conjunto de procedimientos que se encuentran interrelacionados y se desarrollan cronológicamente para la consecución de objetivos, Un procedimiento consiste en la descripción de un ciclo de operaciones o tareas necesarias para ejecutar un trabajo

5) Descripción y Análisis de los Procesos.

Para realizar una adecuada descripción de los procesos, procedimientos y actividades institucionales debe contarse con un conocimiento preciso y claro de los mismos, por ello es bastante recomendable que los funcionarios responsables de su ejecución participen de este proceso descriptivo.

El equipo de trabajo encargado del levantamiento de los procesos, ante ello, deberá obtener la siguiente información de cada uno de los procesos:

✓ Identificación del Objetivo del Proceso.

Debe explicarse de forma resumida los motivos por los cuales se lleva a cabo cada proceso institucional.

✓ Identificación del (os) Responsable (s) del Proceso.

Los macroprocesos tienen que tener un claro y único responsable. Por lo tanto, el PROPIETARIO del macroproceso, es una figura clave en la gestión estratégica de los procesos. Él es la persona asignada como responsable, por la gerencia, para que el proceso sea eficaz y eficiente.

De forma permanente es responsable: del diseño del proceso, de su gestión, de su interrelación con otros procesos y, de su medición y mejora.

Los criterios mayoritariamente aceptados para la selección del PROPIETARIO del macroproceso, están basados fundamentalmente en su capacidad de liderazgo, en la credibilidad personal y capacidad profesional para motivar a equipos profesionales interdisciplinarios (médicos, enfermeras y otros profesionales). Así como, en la capacidad de negociación para adoptar cambios y, relacionarse con el director gerente.

Resumiendo la figura esencial del propietario del proceso debe: Saber (conocimiento detallado del proceso, así como de otras funciones tales como gestión de personas y grupos, metodología de mejora permanente y, gestión sanitaria), Poder (facultad en la toma de decisiones y capacidad para delegar a los profesionales «empoderamiento» ciertas competencias y gestiones) y, Querer (asumiendo de forma nítida su compromiso con la organización).

✓ **Identificación de los Procedimientos y Actividades.**

Para tener una mayor precisión y claridad de los procedimientos, es recomendable que cada procedimiento incluya al menos la siguiente información:

a) Codificación del Procedimiento.

Debidamente identificados los procesos y procedimientos, resulta necesario codificar los mismos, como una forma de hacer más sencilla su identificación dentro de cada proceso.

b) Objetivo del Procedimiento.

El objetivo del procedimiento es el motivo por el cual se realiza determinado procedimiento, es la razón de ser del mismo. Este indica de forma resumida lo que se pretende alcanzar con el procedimiento.

c) Alcance del Procedimiento.

El alcance es el ámbito funcional que abarca el procedimiento. Es recomendable definir el alcance de cada procedimiento de la siguiente forma:

- Exponiendo el conjunto de bienes y/o servicios a los que afecta el procedimiento.
- Indicando dónde empieza y dónde termina el procedimiento en relación a otros procedimientos.

d) Lineamientos del Procedimiento.

Los lineamientos del procedimiento son una enunciación de las principales normativas que dan sustento a la institución para la realización del procedimiento.

e) Descripción del Procedimiento.

La descripción es la secuencia de actividades constitutivas del procedimiento. Se representa: a) El nombre del procedimiento, b) el número secuencial de la actividad (1, 2, 3, 4... “n”), c) Un enunciado de la actividad que se realiza (p.e. Remisión de informe ó entrega de documento),d) El nombre del responsable.

f) Diagramación del Procedimiento.

La diagramación de los procedimientos se realiza a través de los diagramas de flujo. Un diagrama de flujo es la representación gráfica de un procedimiento, mediante la cual y por medio de una simbología previamente establecida, se indica la secuencia de actividades y el flujo de información.

6) Priorización y Aprobación de los Procesos.

Antes de ser publicados y distribuidos en la organización, los procesos y procedimientos institucionales deberán ser expuestos a los Jerarcas Institucionales por parte del equipo encargado del levantamiento de los procesos, para su respectiva revisión, priorización y aprobación. En esta instancia, los Jerarcas Instituciones establecerán el listado definitivo de los procesos y procedimientos institucionales y, procederán a priorizar los mismos, identificando los procesos que resulten claves para la institución.

7) Difusión de los Procesos.

Los procesos deben ser comunicados tanto a los funcionarios responsables de su ejecución, como a toda la institución, una vez que los jefes institucionales los hayan aprobado y formalizado.

8) Aplicación y Control de los Procesos.

Toda institución debe realizar evaluaciones periódicas del cumplimiento de los procesos. La periodicidad de estas evaluaciones se establecerá previamente por los jefes institucionales y podría estar indicada en el Manual de Procesos y/o Procedimientos.

9) Mejoramiento Continuo de los Procesos (Rediseño de Procesos).

Esta etapa es también conocida como Rediseño de Procesos, en ella se realiza una revisión de los procesos establecidos por la institución, y de ser necesario, se rediseñan estos para mejorarlos y adecuarlos para satisfacer las necesidades de los usuarios.

1.17 CARACTERÍSTICAS DE LOS DIAGRAMAS DE FLUJO

- Han de representar el proceso tal y como se realiza en la actualidad
- Suministra un conocimiento del proceso a funciones externas relacionadas
- Ayudan a explicar el proceso de otros
- Su análisis es básica para identificar oportunidades de mejora
- Ayudan en la gestión del proceso, a facilitar la obtención de datos, el aprendizaje de las personas del proceso, la implantación de controles estadísticos por variables e indicadores
- Son una herramienta básica para los grupos de mejora del proceso, sea continua o radical
- Hacen posible evaluar los costes, el impacto en calidad, los tiempos y términos de cada actividad
- Clasifican que es necesario hacer y quien lo ha de hacer
- Ponen en evidencia duplicidades del esfuerzo, tardanzas, omisiones y etapas innecesarias
- Comparan el proceso actual con el ideal planteado en la etapa de rediseño de un proyecto de reingeniería

- Ayudan a establecer los procedimientos escritos asociados al proceso.
- Ayudan a mantener y estandarizar el proceso

1.18 METODOLOGÍA PARA REALIZAR UN DIAGRAMA DE FLUJO

- Debe caber en una sola hoja
- No ocupar más de 10 filas
- No utilizar demasiados símbolos de decisión
- El proceso empieza siempre por la izquierda
- El cliente, siempre estará situado a la izquierda
- Los diferentes departamentos involucrados estarán diferenciados, indicando las diferentes actividades o subprocesos que realizan y, su interrelación
- Indicar los diferentes puntos de medida en los lugares adecuados
- Indicar en la parte superior de la página: nombre del proceso, lugar de trabajo, responsable y, fecha de la última revisión
- Indicar en la parte inferior de la página: medida del rendimiento, unidad de medida, objetivos, formas de control y responsable

La narrativa de las etapas del proceso debe ser clara, concisa operativa y comunicable, de manera que sea útil para la formación (de sus usuarios) y para su posterior análisis. Son de gran utilidad la utilización del diagrama de flujo, listas de verificación, criterios de actuación y la clasificación de inputs y outputs del proceso.

Los DIAGRAMAS DE FLUJO, son la representación gráfica de las etapas de que consta el proceso. La simbología comúnmente utilizada en los diagramas de flujo es la siguiente:

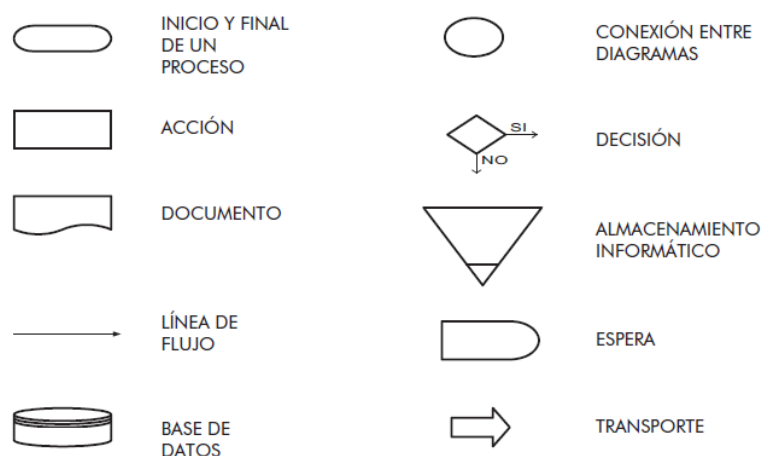


Ilustración 15 Simbología, Diagrama de flujo

1.19 MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Un manual de procedimientos es un instrumento administrativo que apoya el quehacer cotidiano de las diferentes áreas de una empresa.

En los manuales de procedimientos son consignados, metódicamente tanto las acciones como las operaciones que deben seguirse para llevar a cabo las funciones generales de la empresa. Además, con los manuales puede hacerse un seguimiento adecuado y secuencial de las actividades anteriormente programadas en orden lógico y en un tiempo definido.

Los procedimientos, en cambio, son una sucesión cronológica y secuencial de un conjunto de labores concatenadas que constituyen la manera de efectuar un trabajo dentro de un ámbito predeterminado de aplicación.

Todo procedimiento implica, además de las actividades y las tareas del personal, la determinación del tiempo de realización, el uso de recursos materiales, tecnológico y financiero, la aplicación de métodos de trabajo y de control para lograr un eficiente y eficaz desarrollo en las diferentes operaciones de una empresa.

VENTAJAS DE CONTAR CON MANUALES DE PROCEDIMIENTOS

- a. Auxilian en el adiestramiento y capacitación del personal.
- b. Auxilian en la inducción al puesto.
- c. Describen en forma detallada las actividades de cada puesto.
- d. Facilitan la interacción de las distintas áreas de la empresa.
- e. Indican las interrelaciones con otras áreas de trabajo.
- f. Permiten que el personal operativo conozca los diversos pasos que se siguen para el desarrollo de las actividades de rutina.
- g. Permiten una adecuada coordinación de actividades a través de un flujo eficiente de la información.
- h. Proporcionan la descripción de cada una de sus funciones al personal.
- i. Proporcionan una visión integral de la empresa al personal.
- j. Se establecen como referencia documental para precisar las fallas, omisiones y desempeños de los empleados involucrados en un determinado procedimiento.
- k. Son guías del trabajo a ejecutar.

ELABORACIÓN DE UN MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Para elaborar un manual de procedimientos hay que seguir los siguientes pasos:

- a) Definir el contenido:
 - Introducción.
 - Objetivos.
 - Áreas de aplicación.
 - Responsables.
 - Políticas.
 - Descripción de las operaciones.
 - Formatos.
 - Diagramas de flujo.
 - Terminología.
- b) Recopilación de información.
- c) Estudio preliminar de las áreas.
- d) Elaboración de inventario de procedimientos.
- e) Integración de la información.
- f) Análisis de la información.
- g) Graficar los procedimientos.
- h) Revisión de objetivos, ámbito de acción, políticas y áreas responsables.
- i) Implantación y recomendaciones para la simplificación de los procedimientos.

FUENTES DE INFORMACIÓN MÁS COMUNES

- a. Archivos de la empresa.
- b. Directivos, ejecutivos asesores y empleados.

MÉTODOS PARA COMPILAR LA INFORMACIÓN

- a. Encuestas.
- b. Investigación documental.
- c. Observación directa.

RECOMENDACIONES GENERALES DE PRESENTACIÓN

La presentación es muy importante, para lo cual hay que considerar:

- a. Logotipo.
- b. Nombre de la empresa.

- c. Lugar y fecha de elaboración.
- d. Responsables de la revisión y autorización.
- e. Índice con la relación de capítulos que forman el manual.
- f. Carátula, portada, índice general, introducción, parte sustancial del manual, diagramas y anexos.
- g. Formatos de hojas intercambiables para facilitar su revisión y actualización en tamaño carta u oficio.
- h. Utilizar el método de reproducción en una sola cara de las hojas.
- i. Utilizar separadores de divisiones para los capítulos y secciones del manual.

REVISIÓN, APROBACIÓN, DISTRIBUCIÓN E IMPLANTACIÓN

Una vez concluido el documento tiene que ser revisado para verificar que la información esté completa, que sea veraz y no tenga contradicciones.

El responsable de cada área de la empresa debe aprobar el contenido para su impresión, difusión y distribución con los ejecutivos y empleados que deben tenerlo.

Para implantar el manual se requiere capacitar al personal encargado de realizar las actividades.

ACTUALIZACIÓN

Es necesario mantener los manuales permanentemente actualizados. Mediante revisiones periódicas, a fin de tenerlos apegados a la realidad de la operación.

1.19.1 MODELOS DE GESTIÓN ORGANIZACIONALES

La problemática del servicio de cardiología del HNR se estableció como “Servicio sin enfoque al usuario, carente de un modelo de gestión que permita garantizar la calidad del servicio y la obtención de resultados”. Por lo cual las posibles soluciones vienen enmarcadas bajo los modelos de gestión cuyas características permitan minimizar el impacto negativo de la problemática en el servicio de cardiología del HNR.

Bajo este concepto se cuenta con dos modelos de gestión organizacionales de reconocimiento a nivel mundial que podrían en un momento implantarse en el HNR con el objetivo de mejorar la prestación del servicio y los resultados institucionales. Estos modelos de gestión se describen a continuación.

1.19.2 GESTIÓN POR FUNCIONES.

La Gestión por Funciones se basa en el funcionamiento de la empresa de forma vertical, seccionando a la empresa en departamentos. Este tipo de gestión facilita la administración de la autorización, ya que permite especificar que miembro de la organización tendrán acceso a los recursos. La Gestión por Funciones permite tratar los grupos o departamentos como si fueran una unidad mediante la asignación de funciones a cada uno de ellos.



Ilustración 16 Administración Funcional

1.19.3 GESTIÓN POR PROCESOS

La Gestión por Procesos es uno de los enfoques que facilitan mejorar la eficiencia y la eficacia de la gestión empresarial, marcada en la actualidad por el gran dinamismo del mercado y por las nuevas tecnologías. Esta nueva filosofía ha cambiado totalmente la visión de la gestión empresarial, de tal modo que está incluida en todos los modelos de calidad como son EFQM, ISO 9001-2000, etc. (la primera norma ISO 9001, de 1994, empleaba la Gestión por Funciones).

A diferencia del enfoque funcional, la gestión se realiza de forma horizontal, es decir, en un mismo proceso pueden intervenir personas de diferentes departamentos. Se gestiona, además, a partir de indicadores, de tal modo que se está en sintonía con lo que necesita el cliente, ya sea éste interno (otros procesos o áreas de la empresa) o externo.



Ilustración 17 Administración por procesos

1.20 DEFINICIÓN DE EVALUACIÓN ECONÓMICA

Partiendo del concepto de que “*toda inversión que se realice debe estar fundamentada en el hecho de que el fin último que se persigue es la generación de una utilidad o beneficio de quien lo realice*”, a continuación se presentan los componentes a costear para el desarrollo del Modelo de Gestión de la Organización y procesos administrativos del Servicio de Cardiología del Hospital Nacional Rosales. Para el caso dichos componentes serán principalmente aquellos que tienen un valor significativo para el establecimiento y funcionalidad del mismo, siendo estos los relacionados a la creación de la base o las condiciones en la cual estará fundamentado y que permitirá el desarrollo de todos sus componentes y el segundo concerniente a la operatividad del sistema (caso de aplicación) con incidencias sobre la mejora continua.

1.21 SELECCIÓN DEL SISTEMA DE COSTO DEL PROYECTO

El sistema de costos es un conjunto de procedimientos técnicos, administrativos y contables que se emplea en cualquier tipo de ente con vistas a determinar el costo de sus propias operaciones en sus diversas fases, la manera de utilizarlo para fines de información contable, control de gestión y de base para toma de decisiones.

La evaluación de cualquier sistema de costos requiere que se entienda cuáles son los distintos usos de los informes de costos y las relaciones entre ellos.

La contabilidad actual se ocupa de costos pasados, presentes y futuros; los costos pasados se confrontan con las entradas durante ciertos lapsos para determinar la ganancia periódica, los costos presentes se comparan con los costos planeados

(estándares y presupuestos) para medir el buen funcionamiento del control de costos, los costos futuros se pronostican con el objeto de proveer a la administración, la información necesaria para la toma de decisiones y la planeación de las operaciones. Además de estos usos primordiales, cada conjunto de costos llena funciones secundarias que requieren que la estructura de costos forme un todo unificado, con el fin de satisfacer todas las necesidades con cifras apropiadas.

Existen cinco sistemas para la determinación de los costos

1. Costo Absorbente o Tradicional.
2. Costo Directo o Variable.
3. Costo por Áreas y Niveles e responsabilidad.
4. Costo del ciclo de vida de los productos.
5. Costo Integral-Conjunto.

De los cuales sólo se tomarán de enfoque los temas de Costeo Directo y Costeo Absorbente que son los que más se apegan al Modelo de Gestión por Procesos.

Los costos del Modelo de Gestión por Procesos pueden determinarse tomando en consideración todos aquellos costos tanto directos como indirectos sin tomar en cuenta que sean fijos o variables, es decir haciendo uso de los sistemas de costeo directo y absorbente.

1.21.1 SISTEMAS TRADICIONALES DE COSTOS

Los sistemas tradicionales de costos, se crearon para costear tanto los productos terminados, como los productos en proceso en las organizaciones industriales.

Estos sistemas de costeo tienen principalmente la función de acumular los costos incurridos en cada etapa o proceso, para fines de valuación de inventarios, para determinar los costos de formularios y otros documentos, así como para proporcionar información relevante para el control, el planeamiento y toma de decisiones.

Los sistemas de costos se han clasificado tradicionalmente, de diferentes maneras, entre las cuales se puede mencionar.

1.21.2 COSTO POR ABSORCIÓN Y COSTEO DIRECTO O VARIABLE

1.21.2.1 COSTEO POR ABSORCIÓN

Conocido como Costeo Total o Completo; se caracteriza por que el producto en operación absorbe todos los costos de producción (Materiales Directos, Mano de Obra

Directa y Costos Indirectos de Fabricación. Además este sistema, divide el consumo de recursos en:

a) Aquellos que forman el costo de fabricación o producción que son conocidos también, como costos inventariables, pues sirven para darles el valor a los inventarios tanto de productos en proceso (no terminados) como de los productos terminados, como por ejemplo los costos de Materiales Directos, la MOD y los CIF.

b) Aquellos que no forman parte del costo de fabricación o producción del producto y que no se considera dentro del valor de los inventarios de productos en proceso o de los productos terminados, como por ejemplo los Gastos Administrativos, y Gastos de papelería.

El Costeo por Absorción, divide el uso de recursos de la institución en Costos y Gastos. Los primeros se relacionan con la operación y los segundos con las Áreas de Administración o prestación de servicios.

El Costeo por Absorción, el costo de un producto o servicio está dado por todos los costos de operación, sean variables o fijos.

✓ **Ventajas del sistema de costeo absorbente**

- 🔵 La valuación de los inventarios de que se requieren para la operación del Modelo de Gestión por Procesos es superior al de costeo directo; por lo que se hace recomendable para la información financiera.
- 🔵 Este sistema no viola el “Principio del Periodo Contable”, ya que refleja los costos fijos en un periodo determinado.
- 🔵 La fijación de los recursos se determina con base a costos de operación fijos y variables (costo total).
- 🔵 El costeo absorbente o tradicional es universal o sea utilizable en todos los casos.

✓ **Desventajas del sistema de costeo absorbente**

- ☹ Es compleja la obtención del Punto de Equilibrio; en virtud de que se tienen que hacer trabajos adicionales a la obtención de aquel (clasificación de los costos fijos y en variables).
- ☹ Los registros contables al integrar costos fijos y costos variables, dificulta el establecimiento de la combinación óptima de costo-volumen-utilidad.
- ☹ Dificulta el suministro de presupuestos confiables de costos fijos y costos variables.
- ☹ A la dirección de la empresa se le dificulta la comprensión del efecto de los costos fijos sobre las utilidades; esto repercute para la toma de decisiones.
- ☹ No permite a la dirección de la empresa efectuar el control de las fuentes que generan las utilidades.

En la Contabilidad de Costos, un Estado de resultados para el costeo absorbente tiene los mismos elementos que un Estado de Resultados Tradicional puesto que no hay diferencia entre los costos fijos y variables y los gastos los diferencian con respecto a su área de relevancia, en este caso se clasifican de acuerdo a la operación que desempeñan, El Estado de Resultados por el costeo absorbente determina una cifra intermedia de ingresos denominada Utilidad Bruta, la cual refleja la diferencia entre las ventas y los costos de ventas fijos y variables.

1.21.2.2 COSTEO DIRECTO O VARIABLE

Conocido como Costeo Marginal o de la Contribución Marginal; se caracteriza porque divide a los costos en variables y fijos, según varíen o no, con el volumen de producción o de venta.

Bajo este sistema, para costear o valorizar los productos terminados, solo se considera los costos variables de producción o de fabricación, los costos fijos de producción (CIF fijos), se excluyen del valor de los inventarios y se consideran como gastos del periodo en que fueron incurridos.

Este sistema de costeo, determina el Margen de Contribución Total, al restar a los Ingresos los Costos Variables, del mismo modo puede determinar el Margen de Contribución Unitario, al restarle al precio de Venta, el Costo Variable Unitario.

1.21.3 SEGÚN LA FORMA DE CONCENTRACIÓN DE LOS COSTOS

1.21.3.1 COSTEO POR PROCESOS

El costeo por procesos se ocupa de asignar los costos a las unidades que pasan y se incurren en un departamento. Los costos unitarios para cada departamento se basan en la relación entre los costos incurridos durante determinado periodo y las unidades terminadas durante el mismo.

Este sistema de costos se utiliza cuando los productos se elaboran masivamente en un proceso continuo. El costeo por procesos es un sistema de acumulación de costos de producción por departamento o centro de costos.

1.21.3.2 COSTEO POR ÓRDENES DE TRABAJO

En un sistema de costeo por órdenes de trabajo, los tres elementos básicos del costo, materiales directos, mano de obra directa, y costos indirectos de fabricación, se acumulan de acuerdo con los números asignados a las órdenes de trabajo. El costo unitario de cada trabajo se obtiene dividiendo las unidades totales del trabajo por el costo total de este.

Las requisiciones de material directo y los costos de mano de obra directa llevan el número de la orden de trabajo específica; los costos indirectos de fabricación por lo general se aplican a órdenes de trabajo individuales con base en una tasa de aplicación predeterminada de costos indirectos de fabricación.

1.22 ORGANIZACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO

Existen tres enfoques tradicionales para la organización de un proyecto, se presenta a continuación cada uno de ellos.

Diagrama de tipo de organizaciones

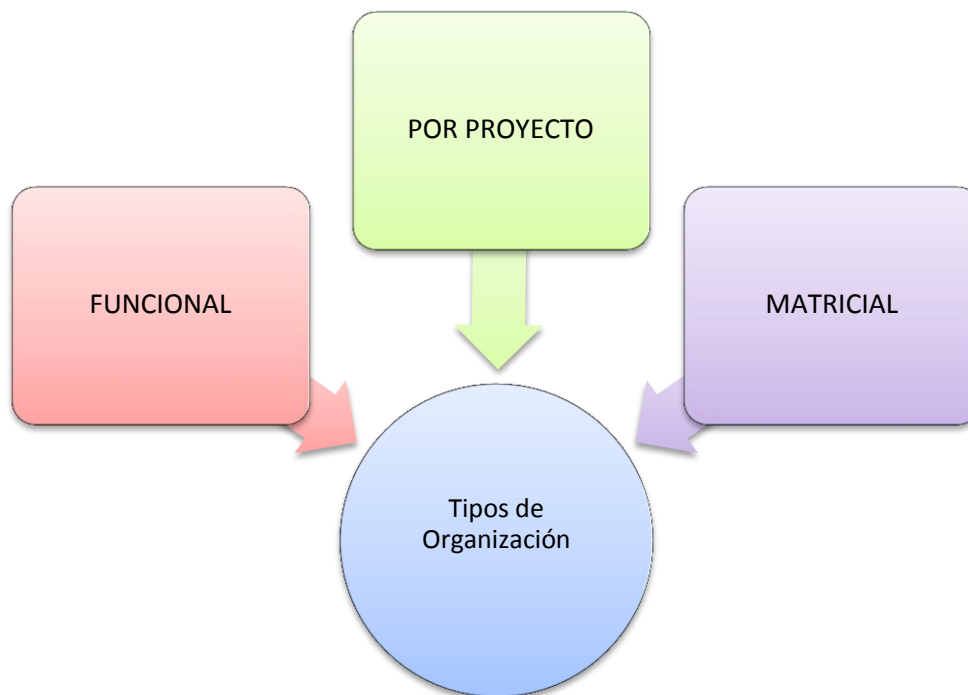


Ilustración 18 Tipos de organizaciones para un proyecto

1.22.1 ESTRUCTURA DE ORGANIZACIÓN FUNCIONAL

Las tareas a realizar son el centro de la organización, ya que se compone de la autoridad funcional o dividida, donde el conocimiento es un punto destacado y la autoridad de un superior sobre sus subordinados es parcial y relativa. Existe una comunicación directa y sin intermediarios, por lo que se agiliza considerablemente, descentralizando decisiones que las toman los órganos o cargos especializados.

1.22.2 ORGANIZACIÓN DE TIPO POR PROYECTOS O EXCLUSIVA

El tipo de Organización por Proyectos se define como: aquella estructura organizacional que debido a condiciones muy específicas (por ejemplo la expansión de la empresa), necesita que se le añada y adapte de manera transitoria, una unidad orgánica, que siempre será de Staff, esto con el fin de poder desarrollar un proyecto, durante el periodo de tiempo que se requiera para la planeación, la elaboración y el control de dicho proyecto. No se utiliza personal de la empresa se contrata personal especializado.

1.22.3 ORGANIZACIÓN MATRICIAL

Este tipo de organización es la combinación del Sistema de Organización Funcional y del Sistema de Organización por Proyectos. Esta estructura organizacional tiene una naturaleza mixta, debido a que surge cuando una estructura por proyectos se traslapa con una funcional.

Consiste en la agrupación de los recursos humanos y materiales que son asignados de forma temporal a los diferentes proyectos que se realizan, se crean así, equipos con integrantes de varias áreas de la organización con un objetivo en común: El Proyecto, dejando de existir con la finalización del mismo.

1.22.4 VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LAS ESTRUCTURAS DE ORGANIZACIÓN

Entre las ventajas y desventajas de las estructuras de organización podemos mencionar las siguientes:

TIPO DE ORGANIZACIÓN	VENTAJAS	DESVENTAJAS
ESTRUCTURA DE ORGANIZACIÓN FUNCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> • La comunicación directa y rápida mejora las relaciones. • Se identifica por la especialización. • Cada órgano es el encargado de una actividad concreta 	<ul style="list-style-type: none"> • Subordinados: existen problemas de delegación de autoridad y delimitación de responsabilidades. • Tensión y conflictos: existe una tendencia hacia ellos ya que la competencia y rivalidad extremas puede derivar en posiciones casi irreconciliables. • Especialistas: la competencia entre ellos puede ser muy elevada por lo que en ocasiones perjudica a la empresa.
ORGANIZACIÓN DE TIPO POR PROYECTOS O EXCLUSIVA	<ul style="list-style-type: none"> • El personal con talento es mejor utilizado. • Los Responsables de los Proyectos, generalmente tienen un alto nivel profesional y técnico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es un sistema organizacional muy costoso. • Se dificulta la contratación de especialistas, puesto que

	<ul style="list-style-type: none"> • Se facilita la implementación de estrategias de crecimiento. 	<p>solo se les emplearía por un periodo de tiempo corto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se complica, en ocasiones, la ejecución de los Proyectos cuando intervienen en estos, dos o más Unidades Orgánicas. • Pueden existir conflictos entre los Jefes ordinarios o de Línea y el Dirigente del Proyecto, debido a la duplicidad de mando.
ORGANIZACIÓN MATRICIAL	<ul style="list-style-type: none"> • Maximiza las ventajas de la organización por proyectos y de la funcional. • Minimiza las desventajas de la organización por proyectos y de la funcional. • Proporciona gran flexibilidad en el uso de recursos humanos especializados. • Propicia que los subordinados se interesen por la innovación. • Promueve la cooperación entre los diferentes jefes, gerentes o coordinadores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Posible confusión debido a la dualidad de mando. • Tensión por parte de los subordinados, porque pueden recibir exigencias y órdenes conflictivas al mismo tiempo. • Alta probabilidad de que existan disputas entre los jefes por los recursos.

Tabla 14 Ventajas y desventajas de las estructuras de organización

1.23 EVALUACIÓN DEL TIPO DE ORGANIZACIÓN PARA EL PROYECTO

Para determinar qué tipo de organización será la más conveniente para el desarrollo de la administración del proyecto se hará uso de la técnica de evaluación por puntos. En base a determinados criterios previamente seleccionados y los diferentes tipos de organización, se realizara una evaluación de las mismas para cada una de las alternativas de organización siguientes:

- Organización Matricial. Combina la estructura jerárquica vertical ordinaria con la estructura lateral u horizontal supuesta de un coordinador del proyecto.
- Organización Funcional: Esta radica en la centralización de recursos similares
- Organización por Proyectos: Combina los elementos de la estructura funcional y matricial, obteniéndose una estructura propia para el tipo de proyecto a desarrollar.

Para seleccionar el tipo de organización más conveniente para la administración del proyecto es necesario analizar factores como la naturaleza del proyecto, la duración, tamaño de este, localización y fuente de financiamiento, etc.

1.23.1 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL TIPO DE ORGANIZACIÓN

FACTOR	DESCRIPCIÓN
Inversión o financiamiento	Se refiere al monto total que se invertirá en el proyecto para su puesta en marcha.
Complejidad	Está enmarcado en el grado de dificultad que el proyecto presenta es decir, que tan difícil es llevarlo a cabo con los recursos disponibles.
Duración	Se refiere al tiempo con que se requiere antes de entregar la obra ya finalizada.
Importancia	Se trata del grado de importancia del proyecto en cuanto a los beneficios que se genera.
Aspecto crítico en la duración	Se refiere a la posibilidad que existe en que se dé un retraso en la duración calculada para realizar el proyecto.

Tabla 15 factores que influyen en la elección del tipo de organización

1.23.2 EVALUACIÓN DE FACTORES

En la selección de la mejor organización del proyecto se utilizará la técnica de evaluación por Puntos, para lo cual se asignará una ponderación o peso a cada uno de los factores que se describieron anteriormente.

PONDERACIONES BASE PARA LA EVALUACIÓN	
FACTOR	MONTO
Inversión o financiamiento	0.25
Complejidad	0.15
Duración	0.20

Importancia	0.3
Aspecto critico en la duración	0.10
TOTAL	1.00

Tabla 16 ponderaciones base para la evaluación del tipo de organización del proyecto

Tomando las ponderaciones como base de estos factores, se procede a evaluar de acuerdo a una escala previamente establecida, la cual se muestra a continuación:

INTERPRETACIÓN DE CRITERIOS DE EVALUACIÓN		
CRITERIO	NOTA	INTERPRETACIÓN
Malo	2	No cumple con el factor
Regular	5	Cumple con un mínimo el factor
Bueno	8	Cumple con un nivel aceptable el factor
Excelente	10	Cumple satisfactoriamente el factor

Tabla 17 Interpretación de criterios de evaluación

EVALUACIÓN DE LOS TIPOS DE ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL							
FACTOR	PESO	Funcional		Matricial		Por Proyecto	
		Calificación	Ponderación	Calificación	Ponderación	Calificación	Ponderación
Inversión o financiamiento	0.25	5	1.25	8	2	5	1.25
Complejidad	0.15	8	1.2	5	0.75	2	0.3
Duración	0.20	5	1	8	1.6	8	1.6
Importancia	0.30	2	0.6	5	1.5	5	1.5
Aspecto critico en la duración	0.10	8	0.8	5	0.5	2	0.2
Total	1.00		4.85		6.35		4.85

Tabla 18 Evaluación de los tipos de estructura organizacional

Con la evaluación realizada de los factores, se observa que la Organización Matricial es la predominante, por lo que la implantación del proyecto se basará en este tipo de organización. En este tipo de organización como se describió anteriormente, para formar la organización se deberán tomar personal con la que cuenta el área de Cardiología, para llevar a cabo la ejecución y finalización del proyecto, considerando así al equipo de la gestión.

1.24 MARCO LEGAL

1.24.1 ORGANISMOS ASOCIADOS

1.24.1.1 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

La OMS es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas.

Es la responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales.

En el siglo XXI, la salud es una responsabilidad compartida, que exige el acceso equitativo a la atención sanitaria y la defensa colectiva frente a amenazas transnacionales.

La OMS coordina las iniciativas internacionales en favor de la innovación de la Salud pública.

Su función consiste en:

- Ofrecer liderazgo en temas cruciales para la salud y participar en alianzas cuando se requieran actuaciones conjuntas;
- Determinar las líneas de investigación y estimular la producción, difusión y aplicación de conocimientos valiosos;
- Establecer normas y promover y seguir de cerca su aplicación en la práctica;

- Formular opciones de política que aúnen principios éticos y de fundamento científico;
- Prestar apoyo técnico, catalizar el cambio y crear capacidad institucional duradera;
- Seguir de cerca la situación en materia de salud y determinar las tendencias sanitarias.
- Proporcionar asistencia técnica a los Estados Miembros y los asociados;
- Planificar, vigilar y evaluar programas; y
- Coordinar alianzas internacionales en apoyo de actividades nacionales.

1.24.2 COMISIÓN DE DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL, INNOVACIÓN Y SALUD PÚBLICA

La Comisión de Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública fue creada en mayo de 2003 por la 56ª Asamblea Mundial de la Salud mediante la resolución WHA56.27.

En la resolución se pedía a la OMS que estableciera el mandato de un órgano apropiado de duración limitada, encargado de recoger datos y propuestas de las diferentes partes interesadas, y de elaborar un análisis de los derechos de propiedad intelectual, la innovación y la salud pública, con inclusión de la cuestión de los mecanismos apropiados de financiación y creación de incentivos para el desarrollo de nuevos medicamentos y otros productos contra enfermedades que afectan de forma desproporcionada a los países en desarrollo, y de presentar un informe provisional a la 57ª Asamblea Mundial de la Salud y un informe final, que contuviera propuestas concretas, al Consejo Ejecutivo en su 116ª reunión.

✓ Misión

La Comisión examinará los interfaces y vínculos entre los derechos de propiedad intelectual, la innovación y la salud pública tomando en consideración los datos de que se dispone en la actualidad, y estudiará en profundidad la forma de fomentar la creación de nuevos medicamentos y otros productos para enfermedades que afectan principalmente a los países en desarrollo.

El análisis de la Comisión tendrá en cuenta la forma en que los derechos de propiedad intelectual pueden promover la innovación en el campo de la salud pública, y la manera en que la financiación y otros mecanismos de incentivación, incluidos los acuerdos institucionales, pueden contribuir a este fin.

En la OMS se ha establecido una pequeña secretaría para administrar los trabajos de la Comisión.

✓ **Mandato**

- Resumirá los datos existentes acerca de la prevalencia de las enfermedades de importancia para la salud pública, haciendo hincapié en las que afectan en particular a los pobres, así como sus repercusiones sociales y económicas.
- Examinará el volumen y la distribución de las actividades en curso en materia de investigación y desarrollo e innovación centradas en esas enfermedades.
- Estudiará la importancia y la eficacia de los regímenes de propiedad intelectual y otros mecanismos de creación de incentivos y financiación para estimular la investigación y la creación de nuevos medicamentos y otros productos contra esas enfermedades.
- Analizará propuestas de mejora en las modalidades actuales de financiación y creación de incentivos, incluidos los derechos de propiedad intelectual, diseñadas para estimular la creación de nuevos medicamentos y otros productos, y facilitar el acceso a éstos.
- Formulará propuestas de acción concretas para los interesados directos en los planos nacional e internacional.

1.25 LEGISLACIÓN NACIONAL

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DE EL SALVADOR

DERECHOS INDIVIDUALES Y SU REGIMEN DE EXCEPCION

SECCION PRIMERA

DERECHOS INDIVIDUALES

ARTÍCULO 2.- Toda persona tiene derecho a la vida, a la integridad física y moral, a la libertad, a la seguridad, al trabajo, a la propiedad y posesión, y a ser protegida en la conservación y defensa de los mismos

En el artículo 2 se expresa que todos los habitantes de la república son iguales ante la ley y que para gozar de los derechos que la ley les confiere no tomará como base diferencias de nacionalidad, raza, sexo o religión.

SECCION CUARTA

SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

ARTÍCULO 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.

ARTÍCULO 66.- El Estado dará asistencia gratuita a los enfermos que carezcan de recursos, a los habitantes en general cuando el tratamiento constituya un medio eficaz para prevenir la diseminación de una enfermedad transmisible. En este caso, toda persona está obligada a someterse a dicho tratamiento.

Dado que los habitantes son el origen y fin de la actividad del estado y que este a la vez deberá asegurar el goce de la salud, en el artículo 65 y 66 se expresa que tanto el Estado como las personas están obligados a velar por la conservación y restablecimiento de la salud, ya que se considera un bien público.

1.26 DERECHO AMBIENTAL Y SALUD.

Categoría: reglamento, ministerio de salud pública y asistencia social

Naturaleza: Decreto Ejecutivo

Estado: Vigente

Nº: 55 Fecha: 10/06/1996

D. Oficial: 110 Tomo: 331 Publicación DO: 14/06/1996

Reformas: (5) D. E. N° 102, del 05 de Noviembre del 2007, publicado en el D.O. N° 216, Tomo 377, del 20 de Noviembre del 2007.

Comentarios: El presente Reglamento tiene como objeto regular la atribución y funciones del Hospital Nacional y Región del Sistema Básico de Salud Integral, adscritos al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, los cuales son responsables de brindar atención de salud integral a la persona y su entorno de acuerdo a la capacidad resolutiva y al nivel de complejidad institucional.

Contenido;

DECRETO N° 55.-

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE EL SALVADOR,

CONSIDERANDO:

I. Que conforme el Código de Salud, corresponde al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, dictar las normas pertinentes de las actividades relacionadas con la Salud, y asimismo elaborar los Reglamentos que fueren necesarios; II. Que el Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social fue aprobado mediante Decreto Ejecutivo No. 73 del día 9 de Agosto de 1963 y publicado en el Diario Oficial No. 165, Tomo N° 200 del día 5 de septiembre del año antes citado; y,

II. Que dicho Reglamento no se ajusta a la realidad actual, por lo que se considera imprescindibles adecuarlo, de tal suerte que los Hospitales adscritos al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, respondan a las necesidades, funciones y responsabilidad que se les asignan, en concordancia con el mismo Código de Salud.

POR TANTO, en uso de sus facultades legales, DECRETA el siguiente:

1.26.1 REGLAMENTO GENERAL DE HOSPITALES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.

- **TITULO I, CAPITULO I, Artículo 1, literal g: Al respecto de la función de investigación del Hospital Nacional.**

Art. 1. El presente Reglamento tiene como objeto regular la atribución y funciones del Hospital Nacional y Región del Sistema Básico de Salud Integral, adscritos al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que en adelante se denominarán el Hospital, la Región del SIBASI y el Ministerio, respectivamente, los cuales son responsables de brindar atención de salud integral a la persona y su entorno de acuerdo a la capacidad resolutive y al nivel de complejidad institucional. El Hospital tiene las funciones siguientes:

g) Desarrollar procesos de investigación médica de acuerdo a criterios legales, éticos, epidemiológicos y de interés nacional;

- **TITULO I, CAPITULO I, Artículo 2, literal c: El Hospital Nacional "Rosales", San Salvador es un Hospital Nacional Especializado de Referencia.**

Art. 2. Los Hospitales, por su complejidad, se clasifican de la siguiente manera:

c) Hospital Nacional Especializado de Referencia.

Es el establecimiento de tercer nivel de atención para la cobertura nacional en la provisión de servicios especializados de salud en áreas de emergencia ambulatoria y hospitalización.

Dentro de esta clasificación se encuentran los hospitales siguientes:

- Hospital Nacional "Rosales", San Salvador. - Hospital Nacional de Niños "Benjamín Bloom", San Salvador.

- Hospital Nacional de Maternidad "Dr. Raúl Argüello Escolán", San Salvador.

- Hospital Nacional de Especialidades, San Salvador.

- **TITULO II, CAPITULO III, Artículo 21: Con respecto a Cardiología como Especialidad de Medicina.**

Art. 21. Las Especialidades de Medicina son: Medicina Interna, Cardiología, Psiquiatría, Gastroenterología, Dermatología, Nefrología, Alergología, Neurología, Endocrinología, Neumología y otras de acuerdo a la complejidad del Hospital.

- **TITULO II, CAPITULO III, Artículo 22: Con respecto a cirugía Vascular como Especialidad de Cirugía.**

Art. 22. Las Especialidades de Cirugía son: Neurocirugía, Ortopedia y Traumatología, Cirugía Plástica, Otorrinolaringología, Cirugía de Tórax, Cirugía Vascular, Oftalmología y otras de acuerdo a la complejidad del Hospital.

- **TITULO II, CAPITULO III, Artículos 29, 30, 34, 35 y 36: de la Atención Ambulatoria con respecto a la consulta Externa.**

Art. 29. Los Hospitales deberán promover la atención ambulatoria que corresponde los servicios Consulta Externa y procedimientos diagnósticos y terapéuticos sin hospitalización.

Art. 30. La Consulta Externa estará constituida por el conjunto de ambientes indispensables y dispondrá de los elementos básicos requeridos para proporcionar una atención médica ambulatoria satisfactoria a los pacientes que se presenten y estará dirigida por un Jefe o Coordinador Médico.

Art. 34. Se establecerá un sistema de coordinación entre la consulta externa y otros servicios con el fin de garantizar una mejor atención al paciente.

Art. 35. La Atención Médica en Consulta Externa comprende desde la llegada del usuario a la portería y su atención en las salas de selección, documentos médicos, consulta y otros servicios necesarios para su tratamiento.

Art. 36. En cuanto a aplicación de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos, cada hospital se regirá por las normas y lineamientos técnicos, científicos y administrativos emitidos por el Ministerio.

- **TITULO II, CAPITULO III, Artículo 41: con respecto al Área de Hospitalización como servicio.**

Hospitalización

Art. 41. El Área de Hospitalización comprende todos los servicios destinados a la internación de pacientes.

Los Servicios que comprenderá el Área de hospitalización dependerán de la capacidad instalada en cada Hospital.

1.27 CÓDIGO DE SALUD

El código de salud en la **Sección 43** habla de la de las dependencias técnicas y de los organismos regionales, departamentales y locales de salud, las funciones y obligaciones de asistencia médica y médico social, para asegurar la recuperación adecuada de la salud de los enfermos.

En dicho código se establecen en la **Sección 47** las finalidades del instituto y la organización de las unidades para su respectivo funcionamiento.

Para el Patrimonio, Financiamiento y Fiscalización el código establece los lineamientos en las **Secciones 50 y 51** respectivamente.

1.28 NORMAS TÉCNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS DEL HNR

CAPITULO PRELIMINAR

Objeto

Art. 1.- Las presentes Normas Técnicas de Control Interno Específicas, del Hospital Nacional Rosales, de San Salvador, constituirán la pauta para el funcionamiento de las unidades organizativas de la estructura del Hospital Nacional Rosales, de San Salvador, en el desarrollo de planes, proyectos, programas y actividades. Asegurarán además, uniformidad en los procedimientos llevados a cabo por los diferentes servidores públicos, en el desarrollo de sus actividades.

Ámbito de Aplicación

Art. 2.- Las presentes Normas Técnicas de Control Interno Específicas, del Hospital Nacional Rosales, de San Salvador, serán aplicables a las diferentes: Áreas, servicios, secciones, departamentos, unidades y divisiones, que constituirán la parte organizativa del Hospital Nacional Rosales, de San Salvador, como instrumento regulatorio que garantizará la consecución de los objetivos institucionales y el buen uso de los recursos asignados. Para efecto de estas Normas, el Hospital Nacional Rosales, de San Salvador, en adelante se denominará el "Hospital".

Definición del Sistema de Control Interno

Art. 3.- Se entenderá por Sistema de Control Interno, a los diferentes procesos continuos e interrelacionados, realizados para garantizar seguridad razonable en el cumplimiento de los objetivos institucionales, llevados a cabo por los servidores públicos, tales como: Control administrativo y financiero, según su finalidad, previo, concurrente y posterior, desde el punto de vista de oportunidad; así mismo, comprenderá: Planes, protocolos, guías, métodos, procedimientos y actividades establecidos en la Institución.

Objetivos del Sistema de Control Interno

Art. 4.- El Sistema de Control Interno, tendrá como finalidad coadyuvar con la Institución en el cumplimiento de los siguientes objetivos organizacionales para:

- a) Lograr eficiencia, efectividad y eficacia en la ejecución de los planes, métodos, procedimientos y actividades;
- b) Obtener confiabilidad y oportunidad de la información dentro del "Hospital"; y
- c) Cumplir con: Leyes, decretos, reglamentos, normas, acuerdos, resoluciones, disposiciones administrativas y otras regulaciones aplicables, todo de acuerdo con la escala jerárquica de las fuentes de ordenamiento legal.

CAPITULO I

NORMAS RELATIVAS AL AMBIENTE DE CONTROL

Integridad y Valores Éticos

Art. 8.- La regulación de los valores éticos, se encontrarán definidos en el Plan Estratégico Institucional vigente, autorizado por el Director, los cuales serán de obligatorio cumplimiento para los servidores públicos del "Hospital". Todos los servidores públicos, estarán obligados a mantener y demostrar honradez y una conducta que le permita cumplir los principios, deberes, prohibiciones éticas, régimen de dádivas y otros beneficios, según lo establecido en la Ley de Ética Gubernamental y su respectivo Reglamento.

Estructura Organizacional

Art. 11.- El Hospital, contará con organigrama institucional, el cual para lograr sus fines estará conformado por diferentes áreas, servicios, secciones, departamentos, unidades y divisiones, que representen la estructura organizativa y que se encuentren descritas en el Manual de Organización y Funciones del Hospital. El Director del Hospital, en coordinación con las jefaturas, deberá evaluar, actualizar, autorizar y divulgar la estructura organizativa bajo la responsabilidad de cada uno de ellos. El Director del Hospital, deberá revisar y evaluar la estructura organizativa con base a las necesidades, estrategias, políticas, visión y misión institucional.

1.29 DEFINICION DE AREAS DE AUTORIDAD, RESPONSABILIDAD Y RELACIONES DE JERARQUIA

Manuales de Organización y Funciones

Art. 12.- El Director, autorizará los Manuales de Organización y Funciones; por lo tanto, todas las unidades organizativas deberán complementar su organigrama con dicho Manual, definiendo sus funciones y responsabilidades, niveles de autoridad, líneas de mando, niveles jerárquicos establecidos y de comunicación, debiendo velar todas las jefaturas por su estricto cumplimiento. Para tal efecto, el Director delegará por escrito a la Unidad de Planificación, la elaboración y actualización de dicho Manual. En los Manuales de

Organización y Funciones, se deberá establecer claramente las líneas de autoridad y responsabilidad de cada empleado.

CAPITULO II

NORMAS RELATIVAS A LA VALORACION DE RIESGOS

Definición de Objetivos Institucionales

Art. 16.- Los objetivos y metas institucionales; así como también, la visión y misión del Hospital, estarán definidos en el Plan Estratégico Institucional y planes anuales operativos. Además, la definición de objetivos y metas, será una condición previa a la valoración de riesgos y parte clave del proceso administrativo.

CAPITULO III

NORMAS RELATIVAS A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL

Documentación, Actualización y Divulgación de Políticas y Procedimientos

Art. 25.- La Dirección, será la responsable de definir, autorizar e implantar las políticas y procedimientos de control que garanticen razonablemente el cumplimiento del Sistema de Control Interno; así también, de las modificaciones y/o actualizaciones que sean necesarias. La Dirección y demás Jefaturas, serán responsables de documentar, mantener actualizados y divulgar internamente las políticas y procedimientos de control interno, que el resto de servidores públicos, deberán cumplir como parte de las obligaciones laborales. Será la Unidad de Planificación, la responsable directa de consolidar y oficializar la documentación ante la Dirección y de gestionar las necesidades de cambio en las políticas, estrategias y sistemas de control para minimizar los riesgos.

Actividades de Control

Art. 26.- Las actividades de control, serán parte de las operaciones de procesos y responsabilidad de cada Jefatura en particular, según el Área de su competencia. La Dirección, a través de la Unidad de Planificación, será la responsable de conducir y facilitar la elaboración del marco regulatorio del Hospital, orientado a alcanzar las metas y objetivos como Institución prestadora de servicios de salud. Los manuales, instructivos y demás

Normativa interna que sirva para fortalecer el control interno para los intereses del Hospital, serán autorizados por el Director del mismo Hospital.

CAPACITACIONES A RECURSOS HUMANOS, RESIDENCIAS MEDICAS E INVESTIGACION

Información en Salud

Art. 68.- La Dirección, por medio de la Unidad de Epidemiología, Estadística y Documentos Médicos (ESDOMED), División Médica, División de Diagnóstico y de Apoyo Clínico y las jefaturas de los servicios de ambas divisiones, serán los responsables del funcionamiento local de los sistemas relacionados con la producción de información en salud, basados en la obligatoriedad de normativas y lineamientos ministeriales. Dicha información, deberá ser registrada correctamente en cantidad y calidad en los instrumentos para tal fin y su reporte en los tiempos establecidos; inmersos en ello la Producción de Servicios en Salud y Vigilancia Epidemiológica. Dentro de la Vigilancia Epidemiológica Nacional, se deberá informar en forma oportuna, completa y correcta las enfermedades sujetas a la notificación obligatoria y participar con medidas oportunas y pertinentes ante situaciones de brotes o epidemias nacionales.

Comités y Comisiones

Art. 71.- La Dirección, por medio de la Unidad Organizativa de Calidad, según requerimiento ministerial o necesidad institucional, deberá organizar y coordinar mediante acuerdo interno del Departamento de Recursos Humanos, los comités y comisiones que aseguren la apropiada respuesta a las necesidades institucionales.

La Unidad Organizativa de Calidad, será el equipo asesor de la Dirección encargada de evaluar los procesos hospitalarios y sus resultados, definiendo estándares e indicadores que sirvan de insumo para generar políticas de mejora de calidad de servicios de salud.

Así mismo, la información que se genere deberá orientarse como apoyo a la gestión hospitalaria; por tanto, el carácter de la misma, deberá ser de recomendables.

Las comisiones, deberán ser establecidas con base a necesidades prioritarias y apearse a los objetivos para las cuales hubieren sido creadas, rindiendo informe periódico del proceso a la Jefatura de la Unidad Organizativa de Calidad y Dirección.

Definición de Políticas y Procedimientos de Autorización y Aprobación

Art. 72.- La Dirección, establecerá formalmente y por escrito los procedimientos para autorización, registro y control oportuno de todas las operaciones ejecutadas en el Hospital, concibiéndolos como la secuencia lógica que sigue una tarea o actividad.

POLÍTICAS DE LA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA

División Administrativa

Art. 73.- La División Administrativa, será la responsable de las acciones administrativas operativas, relativas al quehacer institucional y comprenderá las áreas de: Recursos Humanos, Mantenimiento, Servicios Generales, Almacenes y Alimentación y Nutrición. El Departamento de Recursos Humanos, tendrá como obligación establecer las políticas y prácticas para la administración del recurso humano, a través de manuales e instructivos oficiales. Cada Área de Gestión de la División Administrativa, desarrollará sus propios manuales de Organización, Funcionamiento y de Procedimientos.

POLÍTICAS RELATIVAS A LA UTILIZACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA

Uso de Consultorios

Art. 89.- El uso de los consultorios, deberá ser en horarios escalonados y podrán asignarse a las especialidades, con el respaldo de los registros de la producción anual. Por cada consultorio se deberá programar una producción de por lo menos 7,500 consultas al año.

Art. 90.- Considerando la complejidad y el tiempo requerido, se establecerá que por cada 3,800 procedimientos especializados realizados durante un año, será asignada una clínica; por lo que la programación de dichas actividades deberá hacerse de forma escalonada.

Definición de Políticas y Procedimientos sobre Diseño y Uso de Documentos y Registros

Art. 96.- La Dirección y jefaturas, deberán establecer por medio de documento, las políticas y procedimientos sobre el diseño y uso de documentos y registros que coadyuven en la anotación adecuada de las transacciones y hechos significativos que se realicen en la Institución. Los documentos y registros, deberán ser apropiadamente administrados y mantenidos, por cada Unidad organizativa.

Definición de Políticas y Procedimientos sobre Conciliación Periódica de Registros

Art. 97.- La Dirección y jefaturas, deberán conciliar, por lo menos una vez al año los registros que correspondan a cada Área de competencia, para verificar su exactitud y determinar y corregir errores u omisiones, para lo cual se deberá elaborar el respectivo Manual o Instructivo.

Definición de Políticas y Procedimientos de los Controles Generales de Sistemas de Información

Art. 99.- La Dirección, a través de la Unidad de Informática, deberá formular las Normas para Procesamiento, Control y Fortalecimiento de los Sistemas de Información, considerando la programación de actividades y proyecciones sobre el crecimiento y mejoras de los servicios médicos hospitalarios. Los sistemas de información, deberán apoyar el cumplimiento de las políticas, objetivos, misión y visión del Hospital; así como también, los planes anuales de trabajo. De acuerdo a lineamientos o manuales de procedimientos propios del Hospital y del Ministerio de Salud.

CAPITULO IV

NORMAS RELATIVAS A LA INFORMACION Y A LA COMUNICACION

Adecuación de los Sistemas de Información y Comunicación

Art. 101.- Los sistemas de información que se diseñen e implanten en el Hospital, deberán ser acordes con los planes estratégicos y con los objetivos institucionales, debiendo ajustarse a las características y necesidades propias del Hospital y del Ministerio de Salud.

La Dirección, será responsable del establecimiento de políticas y procedimientos para los controles generales, que garanticen un adecuado Sistema de Información y Comunicación.

CAPITULO V

NORMAS RELATIVAS AL MONITOREO

Monitoreo sobre la Marcha

Art. 107.- La Dirección y demás jefaturas, estarán obligadas a realizar actividades de control de forma periódica e integrada, previo y durante la ejecución de las operaciones, con el objeto de comprobar que todos los servidores públicos realicen sus funciones, de conformidad a lo establecido en la Normativa aplicable. Las actividades de control realizadas, deberán documentarse.

Monitoreo Mediante Autoevaluación del Sistema de Control Interno

Art. 108.- La Dirección y todas las jefaturas, tendrán la obligación de verificar, por lo menos una vez al año, la efectividad del Sistema de Control Interno de su Área de responsabilidad, pudiendo hacer los cambios que fueren necesarios para lograr una mejor efectividad del mismo.

CAPÍTULO II – DIAGNÓSTICO

2.1 DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL

2.2 OBJETIVOS DEL DIAGNÓSTICO

2.2.1 OBJETIVO GENERAL

Efectuar un diagnóstico de la situación actual para el Servicio de Cardiología del Hospital Nacional Rosales, que permita identificar, organizar, analizar y visualizar los procesos de trabajo actuales y su interrelación; enfocadas al correcto desarrollo de la gestión en la organización, para mejorar la calidad en la prestación de los servicios e incrementar la satisfacción de los pacientes con el diseño que se planteará en la siguiente etapa de este trabajo de graduación.

2.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Obtener información bibliográfica sobre el modelo de excelencia empresarial y su aplicación para planear el uso del mismo en el sector salud y específicamente en el servicio de cardiología en el Hospital Rosales.
- Efectuar un diagnóstico que permita identificar la situación actual del servicio de cardiología con respecto a la eficiencia de sus procesos.
- Obtener información de los procesos del servicio de cardiología para determinar el estado actual de los procedimientos.
- Elaborar un mapa de los procesos del Centro de servicio de cardiología para representar la situación actual e identificar las interrelaciones entre los procesos y que sirva como mecanismo de mejora de la comunicación.
- Realizar un análisis del plan estratégico del servicio de cardiología para contrastar con el objetivo de cada proceso, las necesidades de los pacientes y por último la identificación de las carencias en el mismo.

- Realizar la recolección de la información por medio de los instrumentos diseñados para posteriormente tabular la información, analizarla y determinar los índices de satisfacción de pacientes y conocer la opinión de los jefes involucrados con el servicio de cardiología.
- Analizar la situación actual tomando en cuenta los problemas identificados en el diagnóstico para cuantificar la magnitud de la solución.

2.3 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

El diagnóstico nos permitirá detectar las necesidades y requerimientos que se utilizarán de base para el desarrollo del diseño de las propuestas de solución que vayan acorde a los objetivos planteados en el trabajo de investigación, a continuación se describen cada una de las fases por las cuales está compuesta la metodología del diagnóstico a seguir para la realización del trabajo.

El estudio se divide en fases específicas de estudio en las cuales se pretende recolectar la información que sirva de base para determinar puntos de mejora en la prestación del servicio. Se definen estas áreas de estudio de tal manera que permitan analizar la situación actual desde diversos puntos de vista, examinando los aspectos claves en el desarrollo de las actividades. Las fases del diagnóstico son:

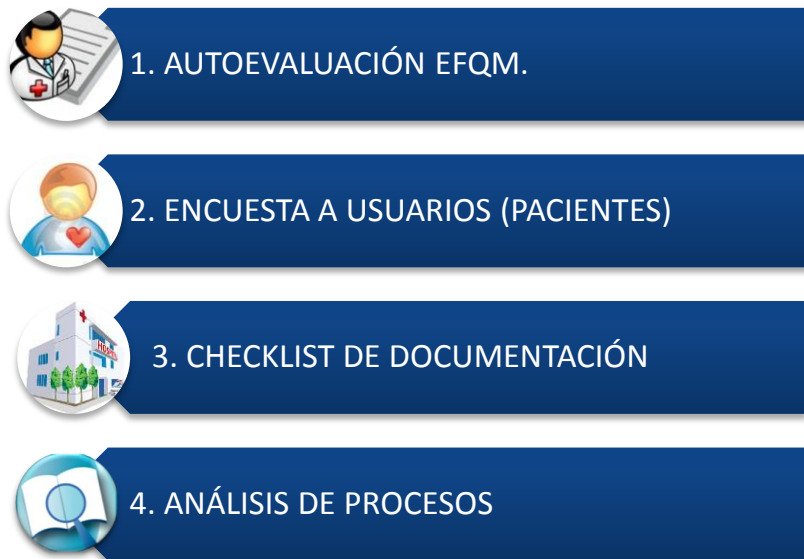


Ilustración 19. Fases del diagnóstico

1. AUTOEVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Se realizará una autoevaluación de la organización respecto a los criterios y el concepto de excelencia de la EFQM.

Esto es de mucha importancia para el estudio ya que permitirá identificar, en base a la calificación obtenida y a lo observado durante las visitas y entrevistas, que tan avanzada se encuentra la organización respecto a dicho modelo de excelencia.

2. EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS

Se aborda a usuarios actuales del SC-HNR con el objetivo de conocer las expectativas y percepciones que se tienen respecto al servicio que reciben en el servicio. Esto permitirá definir el nivel de satisfacción actual que poseen los usuarios y los aspectos en los cuales se tienen oportunidades de mejora.

3. CHECKLIST DE DOCUMENTACIÓN.

Se realizara una verificación del tipo de documentación con la que se cuenta actualmente el SC-HNR. Esto se realizara haciendo la revisión por área de trabajo, a través de observación directa y en las entrevistas con el personal. El objetivo es conocer el grado de

documentación y el nivel de actualización de la misma para determinar si es adecuada para garantizar la calidad de servicio para el usuario.

4. ANÁLISIS DE LOS PROCESOS.

Se realizara una identificación, desglose y análisis de los procesos realizados en el SC-HNR, con especial atención a aquellos que se encuentren directamente relacionados en la prestación del servicio. Este análisis se realiza con el objetivo de detectar puntos en donde puedan aplicarse mejoras en el desarrollo de los procesos actuales a fin de mejorar y agilizar el servicio prestado a los usuarios.

2.4 TÉCNICAS A UTILIZAR

FASE DEL DIAGNÓSTICO	PROPÓSITO	TÉCNICA	FUENTE
Autoevaluación de la organización.	Describir puntos fuertes y puntos débiles en cuanto a los servicios prestados.	Observación directa. Investigación bibliográfica.	Elaboración propia en base a investigación.
Encuesta a usuarios actuales.	Conocer las expectativas y percepciones de los usuarios actuales del SC-HNR.	Muestreo No Probabilístico. Muestreo discrecional o de juicio.	Encuesta a usuarios actuales del SC-HNR, que tengan la capacidad y disposición para responder.
Lista de verificación de documentación.	Conocer el grado de documentación y el nivel de actualización de la misma.	Lista de verificación. Observación directa. Entrevistas con el personal.	Elaboración propia.
Análisis de procesos	Detectar puntos en donde puedan aplicarse mejoras en el desarrollo de los procesos actuales.	PEPSU. Análisis de valor agregado.	Información recolectada mediante entrevista y observación directa.

Tabla 18 Técnicas para el análisis de procesos

Para realizar un diagnóstico integral de la situación actual se realizará un diagnóstico de la situación actual del Servicio de Cardiología del Hospital Nacional Rosales abordando 3 puntos o ramas:

✓ **RAMA 1 DE DIAGNÓSTICO**
Situación actual de procesos desarrollados.

✓ **RAMA 2 DE DIAGNÓSTICO**
Satisfacción de usuarios del servicio.

✓ **RAMA 3 DE DIAGNÓSTICO**
Punto de vista de la misma organización en cuanto a la calidad del servicio prestado

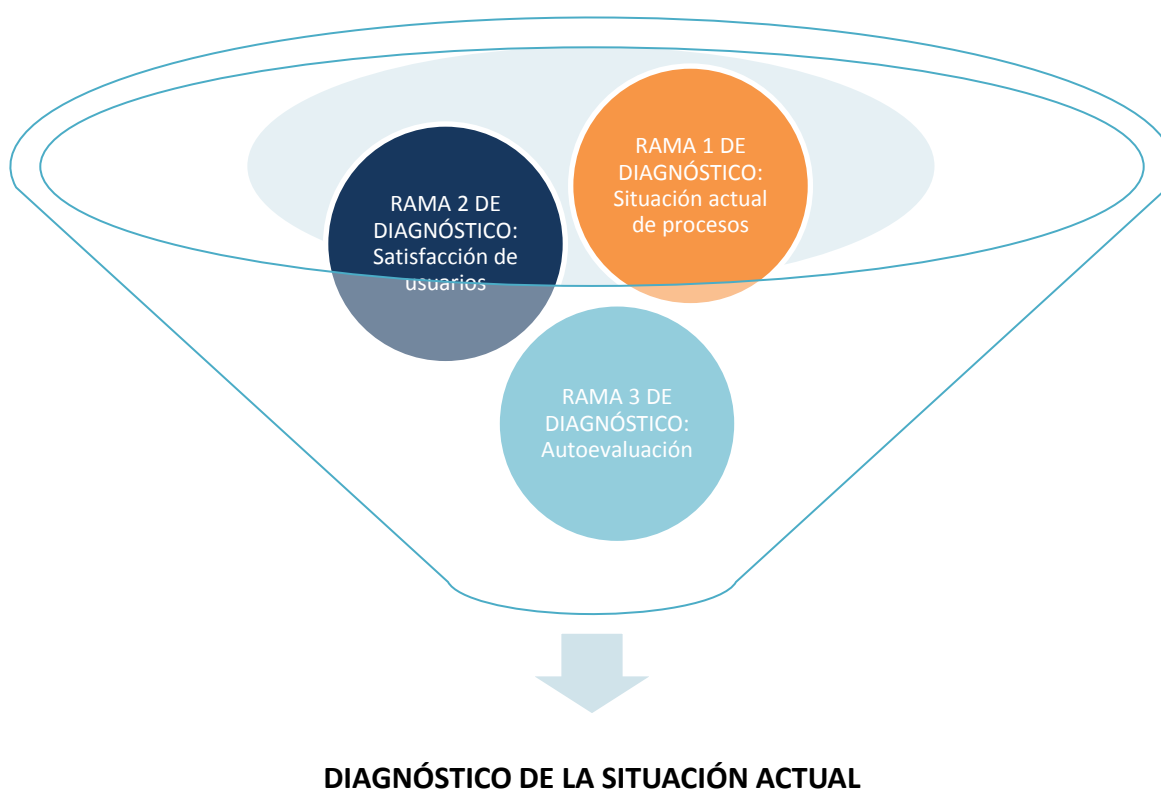


Ilustración 20 Ramas de diagnóstico SC-HNR

Esto permite obtener un mejor panorama acerca de la calidad de atención que se brinda actualmente y el desarrollo de sus procesos de asistencia médica.

A continuación se muestra las etapas de cada una de estas ramas de diagnóstico:

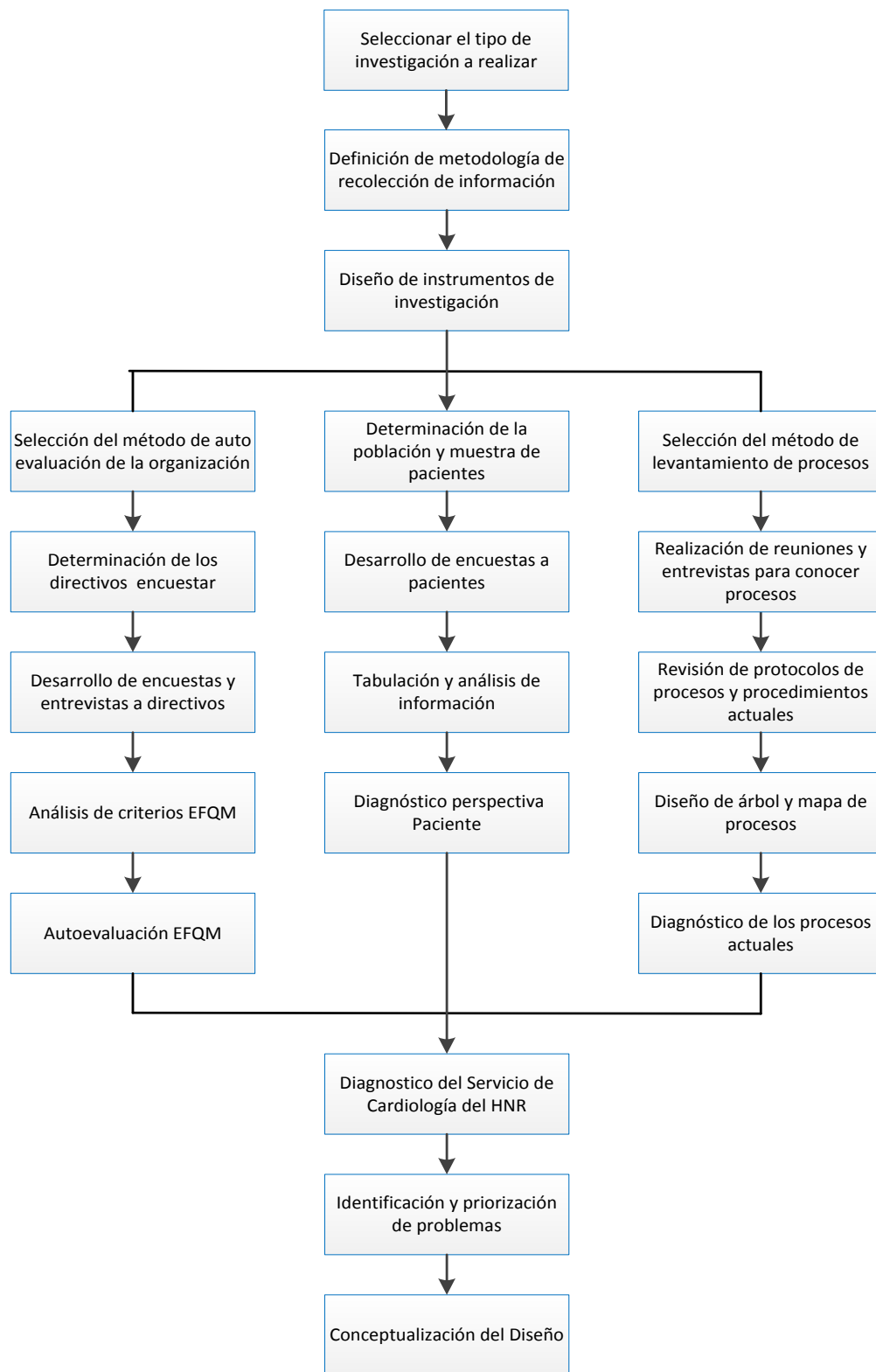


Ilustración 21 Metodología para el desarrollo del diagnóstico. Elaboración propia

2.5 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.5.1 SELECCIÓN DEL TIPO DE INVESTIGACIÓN A REALIZAR

Se escogerá el tipo de investigación a realizar para desarrollar el diagnóstico del presente trabajo de graduación, dicha escogitación determina todo el enfoque de la investigación influyendo en instrumentos, y hasta la manera de cómo se analiza los datos recaudados.

TIPOS DE INVESTIGACIÓN	CARACTERÍSTICAS
Investigación Exploratoria	Flexible en su metodología en comparación con los estudios descriptivos o explicativos, y son más amplios y dispersos que estos otros dos tipos, buscan observar tantas manifestaciones del fenómeno estudiado como sea posible. Aumentar el grado de familiaridad con fenómenos relativamente desconocidos. Investigar problemas cruciales profesionales de determinada área.
Investigación Descriptiva	Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier fenómeno que sea sometido a análisis. En un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así describir lo que se investiga.
Investigación Experimental	La investigación experimental, permite al investigador controlar la situación de investigación de tal manera que pueda evaluar las relaciones causales entre las variables.
Investigación Explicativa	Se encarga de buscar el porqué de los hechos mediante el establecimiento de relaciones causa-efecto.

Tabla 19 Tipos de metodología de investigación

Para el presente trabajo la investigación será de carácter **descriptiva**, ya que solamente se describe la situación actual de los servicios que el Servicio de Cardiología 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.

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.

2.6 DEFINICIÓN DE METODOLOGÍA PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

2.6.1 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.

2.6.1.1 FUENTES PRIMARIAS

Para recolectar los datos en el servicio de cardiología del Hospital Nacional Rosales se utilizarán las técnicas que se muestran a continuación:

- Encuestas orientadas al personal y pacientes.
- Reuniones con el personal.
- Observación directa.
- Información estadística, reglamentaria y protocolaria del servicio de cardiología del Hospital nacional Rosales

Todas estas fuentes primarias servirán para obtener información sobre la situación actual en el servicio de cardiología del Hospital Nacional Rosales y así realizar el diagnóstico; para identificar y documentar los procedimientos que se llevan a cabo en el servicio.

2.6.1.2 FUENTES SECUNDARIAS

Con el fin de sustentar los conocimientos teóricos relacionados al tema de la investigación se utilizarán las siguientes fuentes que se muestran a continuación:

- Libros relacionados a los modelos de mejora continua.
- Documentos internacionales donde se aborden procedimientos sobre modelos de mejora continua
- Revistas y publicaciones relacionadas a modelos de mejora continua.

Estas fuentes se utilizan para llevar a cabo la investigación. El propósito de hacer énfasis en la literatura, es desarrollar una revisión y análisis sobre la teoría existente y desentrañar si la información encontrada y las investigaciones que se realizan indican una potencial respuesta a las preguntas formuladas en la investigación o si se concreta la posibilidad de definir una guía a seguir para el estudio. La disposición de los aspectos teóricos define un conjunto de proposiciones interrelacionadas, capaces de explicar por qué y él como ocurre un fenómeno.

2.6.2 INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN.

Para llevar a cabo la investigación se utilizarán las siguientes técnicas e instrumentos:

Encuestas: el objetivo de esta técnica es la obtención de datos a través del instrumento de la guía de preguntas para conocer la situación actual del servicio de cardiología del Hospital Nacional Rosales, tanto desde el punto de vista del nivel directivo en estudio, el personal operativo, quienes son los que tienen contacto directo con los pacientes así como los diferentes tipos pacientes que son atendidos dentro de la institución. (Transitorios, referidos, subsecuentes y primera vez)

Estos cuestionarios sirven como instrumentos de recolección de datos, los cuales contienen una serie de preguntas con el objeto de identificar debilidades y fortalezas que posee el servicio de cardiología del HNR actualmente en cuanto a calidad y procesos.

Cuestionario: Para llevar a cabo la Autoevaluación se puede optar por diferentes opciones, todas ellas válidas. Estos enfoques presentan un grado de dificultad variable y cada uno de ellos tiene riesgos y beneficios que tendrán que ser valorados a la hora de decidir sobre el abordaje que mejor se adapta a cada caso concreto. Los criterios que guiarán la decisión por uno u otro son: la experiencia y el grado de madurez de la organización en programas de mejora de la calidad, la formación en Autoevaluación, el tiempo y los recursos disponibles y la precisión de la información y objetivos que se desea obtener. De esta manera se utilizarán métodos diferentes para iniciar experiencias de autoevaluación que faciliten la comprensión del Modelo EFQM, obtener una relación de puntos fuertes y de áreas de mejora que posibiliten el diseño e implantación de planes de mejora, u obtener una puntuación que permita el ejercicio de comparación con otros centros u organizaciones. Por este motivo se utiliza el Enfoque de Cuestionario de Autoevaluación que es un método rápido, fácil de usar y que requiere pocos recursos, pudiendo ser adaptado a la realidad de cada organización. Como en otras situaciones en las que se utilizan cuestionarios, la validez y fiabilidad de la información obtenida depende de la calidad de las preguntas planteadas.

MADUREZ ESFUERZO	BAJO	MEDIO	ALTO
NIVEL ALTO	Cuestionario	Formulario	Simulación de presentación al premio
NIVEL MEDIO	Cuestionario y reunión de trabajo	Formulario	Prueba de simulación de presentación al premio
	Matriz de mejora y reunión de trabajo	Reunión de trabajo facilitada	Formulario y reunión de trabajo
NIVEL INICIAL	Cuestionario elemental	Cuestionario estándar	Cuestionario muy detallado
	Matriz de mejora		Matriz a medida

Tabla 20 Elementos para el enfoque del Cuestionario de Autoevaluación

Observación: Esta técnica consistirá en hacer una inspección al personal involucrado en la prestación de los servicios, lo cual permitirá identificar si la solución verdaderamente se aplica por parte del personal operativo.

2.6.3 DISEÑO DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Una vez seleccionado el método de evaluación para el servicio de cardiología del HNR, se realizara el diseño de los instrumentos de recolección de información en donde el objetivo es recabar información sobre las necesidades y los requerimientos que los pacientes y empleados esperan como mínimo al momento que se brinda el servicio y también se buscar recabar información sobre los procesos y procedimientos que se llevan a cabo en el servicio de cardiología del HNR.

2.6.3.1 DISEÑO DE LA ENCUESTA DIRIGIDA A LOS DIRECTIVOS

La encuesta dirigida a los directivos se hizo en base a un cuestionario de autoevaluación EFQM, en el que se toman en cuenta los siguientes criterios:

Criterio 1 Liderazgo

Criterio 2: Política y Estrategia

Criterio 3: Las Personas

Criterio 4: Alianzas y Recursos

Criterio 5: Los Procesos

Criterio 6: Resultados en los Clientes

Criterio 7: Resultados en las Personas

Criterio 8: Resultados en la Sociedad

Se establecen diferentes contextos para que los encuestados identifiquen el que más se apegue a la realidad del Servicio de Cardiología del HNR.

Para cada uno de estos contextos corresponde una puntuación según sea:

- Sin evidencia
- Alguna evidencia
- Evidencia clara
- Evidencia total

✓ CRITERIO 1 LIDERAZGO

Los líderes excelentes desarrollan y facilitan la consecución de la misión y la visión, desarrollan los valores y sistemas necesarios para que la organización logre un éxito sostenido y hacen realidad todo ello mediante sus acciones y comportamientos. En periodos de cambio son coherentes con el propósito de la organización; y, cuando resulta necesario, son capaces de reorientar la dirección de su organización logrando arrastrar tras ellos al resto de las personas.

Los subcriterios de que consta según el Modelo EFQM de Excelencia son los siguientes:

- 1a Los líderes desarrollan la misión, visión, valores y principios éticos y actúan como modelo de referencia dentro de una cultura de Excelencia.
- 1b Los líderes se implican personalmente para garantizar el desarrollo, implantación y mejora continua del sistema de gestión de la organización.
- 1c Los líderes se implican con clientes y representantes de la sociedad.
- 1d Los líderes refuerzan una cultura de Excelencia entre las personas de la organización.
- 1e Los líderes definen e impulsan el cambio en la organización.

Objetivo

Conocer si las personas líderes desarrollan y comunican la Misión, Visión, Valores y Principios éticos y actúan como modelo de referencia de una cultura de excelencia.

Pregunta 1

¿Se analiza y revisa en el Servicio de Cardiología cuál es su razón de ser, es decir, su razón de existir (su misión), cómo debería evolucionar hacia el futuro (su visión) y los valores que guían el desarrollo de sus actividades?	
Sin evidencia	No han redactado por escrito la Misión, Visión, Valores.
Alguna evidencia	Se realizan reuniones periódicas en donde ha contemplado la redacción y comunicación a los integrantes del Servicio la Misión, Visión, Valores.

Evidencia clara	Se tiene definida por escrito y se comunica su Misión, su Visión, Valores, y en la redacción de éstas participo desde la alta dirección hasta el personal de base.
Evidencia total	Se revisa el cumplimiento de la Misión, su Visión, Valores y se introducen acciones correctivas en función de dicho cumplimiento; también para la comunicación de ellos, se recurre a reuniones periódicas, paneles informativos y carteles.

Objetivo:

Determinar si los líderes se implican personalmente para garantizar el desarrollo, implantación y, mejora continua, del sistema de gestión de la organización.

Pregunta 2

¿Los directivos participan directamente en la identificación, priorización e implantación de las mejoras en el Servicio de Cardiología?

Sin evidencia	En términos generales, no participan ni estimulan la implantación de mejoras en el Servicio de Cardiología.
Alguna evidencia	Se contrastan los conocimientos y competencias del personal con los necesarios para el desarrollo adecuado de sus actividades.
Evidencia clara	Se diseñan, desarrollan y fomentan, las actividades de formación para el personal y se trasladan las necesidades de formación a las instancias competentes.
Evidencia total	Se evalúa regularmente el trabajo y predisposición del personal, se definen, acuerdan y proponen en su caso, acciones de mejora de la política del sistema de evaluación del rendimiento.

Objetivo

Los líderes interactúan con clientes y representantes de la sociedad.

Pregunta 3

¿Los canales de comunicación con el personal, pacientes y proveedores son los adecuados para el funcionamiento eficiente y responden a las necesidades del Servicio de Cardiología?

Sin evidencia	El personal es relativamente accesible y escuchan las opiniones y sugerencias por parte de compañeros de trabajo, pacientes o proveedores.
Alguna evidencia	Se llevan a cabo las acciones para comprender y satisfacer las necesidades y expectativas del personal, pacientes y proveedores.
Evidencia clara	Existen canales de comunicación formales (tales como impresos de recogida de sugerencias) que garanticen el diálogo entre el personal, pacientes y proveedores y se promueven acciones de mejora de dicho diálogo.
Evidencia total	Se llevan a cabo reuniones periódicas con el fin de conocer sus necesidades y expectativas y dar respuesta a éstas y para revisión del cumplimiento de metas, se evalúa la eficacia de la comunicación entre el personal, pacientes y proveedores.

Objetivo

Conocer si se refuerza una cultura de Excelencia entre las personas de la organización.

Pregunta 4

¿Se motiva, apoya y facilitan recursos al personal del Servicio de Cardiología para que participen en actividades de mejora?	
Sin evidencia	En términos generales, no promueven las actividades de mejora.
Alguna evidencia	Se fomenta la concientización e implicación de su personal en temas de seguridad, higiene, medio ambiente y se sensibiliza al personal sobre el impacto que tiene su actividad en la sociedad.
Evidencia clara	Se imparten actividades de formación y se trasladan las necesidades de formación a las autoridades competentes. Se reconocen las contribuciones del personal, con incentivos tales como premios u otro tipo de reconocimientos, con el fin de aumentar el grado de motivación y el compromiso con la mejora continua.

Evidencia total	Se identifica por escrito aquellas capacidades del personal (conocimientos y comportamientos requeridos) que son imprescindibles para el desarrollo de su trabajo. Se evalúa el impacto que la formación ha tenido en la mejora de la capacitación de las personas en el desarrollo de su trabajo.
-----------------	--

Objetivo

Determinar si se define e impulsa el cambio en la organización.

Pregunta 5

¿Los jefes participan en la identificación de los cambios que son necesarios introducir en el Servicio de Cardiología y lideran su desarrollo, garantizando su eficacia y su impacto favorable en el mismo?	
Sin evidencia	En términos generales, no promueven cambios en la organización.
Alguna evidencia	Se llevan a cabo reportes periódicos donde se identifican los cambios que es necesario introducir para mejorar las condiciones en que se brinda el servicio.
Evidencia clara	Se definen objetivos anuales de mejora, cuantificables, especificándose los responsables de su cumplimiento, los plazos y la priorización de actividades.
Evidencia total	Se revisa el cumplimiento de los objetivos y se introducen acciones correctivas en función de dicho cumplimiento.

✓ **CRITERIO 2: POLÍTICA Y ESTRATEGIA**

Las Organizaciones Excelentes implantan su Misión y Visión desarrollando una estrategia centrada en sus grupos de interés y en la que se tiene en cuenta el mercado y sector donde se opera. Estas organizaciones desarrollan y despliegan políticas, planes, objetivos y procesos para hacer realidad la estrategia.

Los subcriterios de que consta según el Modelo EFQM de Excelencia son los siguientes:

- 2a La política y estrategia se basa en las necesidades y expectativas actuales y futuras de los grupos de interés.
- 2b La política y estrategia se basa en la información de los indicadores de rendimiento, la investigación, el aprendizaje y las actividades externas.
- 2c La política y estrategia se desarrolla, revisa y actualiza.
- 2d La política y estrategia se comunica y despliega mediante un esquema de procesos clave.

Objetivo

Determinar si la política y estrategia se basa en las necesidades y expectativas actuales y futuras de los grupos de interés.

Pregunta 6

¿El Servicio de Cardiología recoge y analiza la información necesaria para identificar, comprender y anticipar las necesidades y expectativas del personal, pacientes y proveedores?	
Sin evidencia	El servicio no maneja datos sobre las necesidades del personal, pacientes y proveedores.
Alguna evidencia	El servicio maneja datos relevantes las necesidades del personal, pacientes y proveedores. La información se recoge de manera más bien reactiva.
Evidencia clara	Se tienen objetivos de mejora definidos apoyan el desarrollo hacia la excelencia, y están dirigidos a satisfacer las necesidades de los clientes internos (empleados) y externos (pacientes y proveedores).
Evidencia total	Existe una estrategia y objetivos planificados por escrito, en donde se han tomado en cuenta las necesidades y expectativas del personal, pacientes y proveedores, los cuales se revisan periódicamente para determinar su cumplimiento.

Objetivo

Analizar si política y estrategia (si existe claramente definida), se basa en la información de los indicadores de rendimiento, la investigación, el aprendizaje y las actividades externas.

Pregunta 7

¿En el Servicio de Cardiología se evalúa el rendimiento de la organización mediante indicadores, cuyos resultados son la base para la elaboración de políticas y estrategias?	
Sin evidencia	No se manejan datos relevantes sobre su rendimiento ni se llevan a cabo acciones periódicas de aprendizaje del personal. No se encuentran redactadas las estrategias y políticas.
Alguna evidencia	El servicio maneja datos relevantes sobre su rendimiento y sobre el resultado de acciones de aprendizaje del personal llevadas a cabo. Se cuenta con políticas y estrategias definidas.
Evidencia clara	Se recogen y analizan datos sobre su rendimiento y sobre las enseñanzas aportadas por las acciones de aprendizaje del personal y en función de esta información se formulan las políticas y estrategias.
Evidencia total	Se tienen definidas por escrito las políticas y estrategias, basadas en los resultados de la evaluación de su rendimiento y sobre las enseñanzas aportadas por las acciones de aprendizaje. Dichas políticas y estrategias son revisadas y actualizadas periódicamente.

Objetivo

Conocer si la política y estrategia se desarrolla, revisa y actualiza.

Pregunta 8

¿Se tienen definidas y se desarrollan la Política y Estrategia del Servicio de Cardiología, de manera coherente con su Misión, su Visión, las directrices procedentes de las unidades jerárquicas superiores, las expectativas y necesidades de todos los grupos de interés (pacientes, trabajadores y proveedores)?

Sin evidencia	No se han definido las políticas y estrategias del servicio.
Alguna	La política y estrategia están definidas pero no se revisan

evidencia	periódicamente.
Evidencia clara	Se tienen establecidas la política y la estrategia, las cuales fueron redactadas mediante un proceso de reflexión definido, estructurado y consensuado con la Dirección.
Evidencia total	El desarrollo de la política y estrategia se plasma en un Plan Estratégico que recoge y pondera adecuadamente las necesidades a corto y largo plazo. Periódicamente se hace un informe global de los resultados que permite introducir correcciones en el caso de que no se hayan cumplido los objetivos tal como estaban previstos

Objetivo

La política y estrategia se comunica y despliega mediante un esquema de procesos clave.

Pregunta 9

¿Existe una planificación o puesta en marcha de acciones de mejora en los procesos clave (Ingresos, consulta, entrega de medicamentos, etc.) Para cumplir con las Políticas y Estrategias del Servicio de Cardiología?

Sin evidencia	No se ha planteado cómo hacer realidad sus políticas y estrategias.
Alguna evidencia	Se realiza una planificación de actividades y se establecen y priorizan las asignaciones de recursos necesarios para llevarlas a cabo.
Evidencia clara	Existe un esquema de procesos clave plasmados en el denominado Plan Estratégico, los cuales se traducen en Planes Operativos para el servicio. Se establecen claramente y se comunica quiénes son los responsables de los procesos clave.
Evidencia total	Se tiene formalmente establecido un Plan Estratégico en el que se revisa periódicamente el esquema de procesos clave, su adecuación y efectividad, así como la metodología empleada para su identificación. Se producen dichas revisiones, al menos cada vez que se cambia la política y estrategia.

✓ CRITERIO 3: PERSONAS

Las Organizaciones Excelentes gestionan, desarrollan y hacen que aflore todo el potencial de las personas que las integran tanto a nivel individual como de equipos de la organización en su conjunto. Fomentan la justicia e igualdad e implican y facultan a las personas. Se preocupan, comunican, recompensan y dan reconocimiento a las personas para, de este modo, motivarlas e incrementar su compromiso con la organización logrando que utilicen sus capacidades y conocimientos en beneficio de la misma.

Los subcriterios de que consta según el Modelo EFQM de Excelencia son los siguientes:

- 3a Planificación, gestión y mejora de los recursos humanos.
- 3b Identificación, desarrollo y mantenimiento del conocimiento y la capacidad de las personas de la organización.
- 3c Implicación y asunción de responsabilidades por parte de las personas de la organización.
- 3d Existencia de un diálogo entre las personas y la organización.
- 3e Recompensa, reconocimiento y atención a las personas de la organización.

Objetivo

Definir el nivel de Planificación, gestión y mejora de los recursos humanos.

Pregunta 10

¿Existen planes para la administración del personal plenamente alineados con la política, estrategia y objetivos del Servicio de Cardiología?	
Sin evidencia	No hay planes para la administración del personal.
Alguna evidencia	El servicio tiene planes para la administración del personal, aunque éstos no están estructurados formalmente.
Evidencia clara	Existen planes bien estructurados para la administración del personal alineados con la política y estrategia del servicio.
Evidencia total	Existe un proceso formal de establecimiento de un plan estratégico específico de administración de recursos humanos, plenamente alineado

	con el Plan Estratégico del Servicio de Cardiología. Contempla dicho proceso implicaciones tales como políticas de remuneración, reorganización, ascensos, reconocimientos, beneficios sociales, etc.
--	---

Objetivo

Verificar si existe una identificación, desarrollo y mantenimiento del conocimiento y la capacidad de las personas de la organización.

Pregunta 11

¿Existe un proceso de identificación y evaluación de las necesidades de la estructura organizativa, tanto actual como futura, en cuanto a conocimientos y competencias del personal?	
Sin evidencia	No se han llevado a cabo evaluaciones respecto al cumplimiento de las competencias necesarias del personal.
Alguna evidencia	Existen acciones no estructuradas para adecuar los conocimientos y competencias, por ejemplo, mediante formación del personal.
Evidencia clara	Se llevan a cabo acciones bien estructuradas para adecuar los conocimientos y competencias, por ejemplo, mediante capacitación continua, la descripción de puestos y la evaluación de los conocimientos y habilidades.
Evidencia total	Se diseñan, desarrollan y fomentan, las actividades de formación y aprendizaje apropiadas, tanto a nivel individual como colectivo, e inclusive de toda la estructura organizativa. Existe disponibilidad y utilización de indicadores para evaluar la efectividad de la gestión de las personas

Objetivo

Conocer si existe una implicación y asunción de responsabilidades por parte de los trabajadores del servicio.

Pregunta 12

¿En el Servicio de Cardiología el personal y los equipos de trabajo cumplen los objetivos de su cargo?	
Sin evidencia	El personal no conoce o desempeña adecuadamente sus funciones y responsabilidades.
Alguna evidencia	El personal y los equipos conocen y asumen sus funciones y responsabilidades y cumplen éstas en sus aspectos fundamentales. No existen procesos bien estructurados para evaluar el cumplimiento de las funciones y responsabilidades.
Evidencia clara	Se establece para personal y/o los equipos los objetivos de su puesto de trabajo, evaluándose periódicamente su cumplimiento.
Evidencia total	Los objetivos de cada puesto de trabajo están diseñados formalmente por escrito y toman en cuenta a la política, estrategia y grupos de interés (personal, pacientes y proveedores) del servicio. Se evalúa periódicamente el cumplimiento de los objetivos y se actualizan ante los cambios.

Objetivo

Verificar la existencia de un diálogo entre las personas y la organización.

Pregunta 13

¿En el Servicio de Cardiología, los canales de comunicación, tanto horizontal como vertical, satisfacen las necesidades de comunicación interna del personal?	
Sin evidencia	No existen canales de comunicación efectivos entre personal.
Alguna evidencia	La comunicación entre los responsables y el personal es adecuada y fluida en algunos aspectos.
Evidencia clara	Se han identificado y satisfecho las principales necesidades de comunicación del servicio. La comunicación entre el personal es adecuada y fluida en muchos aspectos.

Evidencia total	Existen diversos canales de comunicación, están regidos formalmente por un procedimiento. Está garantizada la fluidez de la información. Cuando se detecta cualquier fallo en la recepción de la información se introducen correcciones en el procedimiento y, normalmente, todos los directivos son fácilmente accesibles por todo el personal.
-----------------	--

Objetivo

Identificar si existen mecanismos de recompensa, reconocimiento y atención al personal del servicio de Cardiología.

Pregunta 14

¿Se reconoce y recompensa los logros del personal y de los equipos de trabajo?	
Sin evidencia	En términos generales no hay reconocimiento al personal.
Alguna evidencia	En algunas ocasiones el servicio reconoce o recompensa la contribución del personal.
Evidencia clara	De manera habitual se reconoce la contribución del personal a los objetivos y a la mejora del servicio.
Evidencia total	Se tienen definidos diferentes niveles de beneficios sociales y ofrece al personal instalaciones (oficinas y centros de trabajo), servicios (transporte, comedores, servicios sanitarios aseados, etc.), y herramientas de trabajo de alta calidad.

✓ **CRITERIO 4: ALIANZAS Y RECURSOS**

Las Organizaciones Excelentes planifican y gestionan las alianzas externas, sus proveedores y recursos internos en apoyo de su política y estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos. Durante la planificación, y al tiempo que gestionan sus alianzas y recursos, establecen un equilibrio entre las necesidades actuales y futuras de la organización, la comunidad y el medio ambiente.

Los subcriterios de que consta según el Modelo EFQM de Excelencia son los siguientes:

- 4a Gestión de las alianzas externas.

- 4b Gestión de los recursos económicos y financieros.
- 4c Gestión de los edificios, equipos y materiales.
- 4d Gestión de la tecnología.
- 4e Gestión de la información y del conocimiento.

Objetivo

Conocer cómo se lleva a cabo la gestión de las alianzas externas.

Pregunta 15

¿En el servicio de Cardiología se identifican colaboradores potenciales y establece relaciones de alianza con ellos?	
Sin evidencia	En términos generales no se establecen relaciones de alianza o de cooperación.
Alguna evidencia	Se tienen identificados los posibles colaboradores/asociados del servicio.
Evidencia clara	Se realizan actividades para identificar a los grupos, entidades, asociaciones que pueden colaborar con el servicio para desarrollar su planificación o estrategia de prestación de servicios.
Evidencia total	De manera planificada y centrándose en las necesidades de los grupos de interés y apoyando la política y estrategia, se identifican y establecen acuerdos con los colaboradores/asociados. Existen protocolos para obtener la colaboración (se establecen flujos en los procesos que se establecen con los grupos colaboradores, incluyendo los problemas de bloqueo o descoordinación).

Objetivo

Conocer cómo se lleva a cabo la Gestión de los recursos económicos y financieros.

Pregunta 16

¿En el Servicio de Cardiología se gestionan los recursos económicos y presupuestarios contemplando tanto las necesidades a corto, medio y largo plazo?
--

Sin evidencia	No se elabora presupuesto.
Alguna evidencia	Se gestionan recursos económicos, financieros aunque no siempre de manera formalmente estructurada.
Evidencia clara	De forma planificada se gestionan los recursos económicos, financieros y presupuestarios teniendo en cuenta las necesidades a corto, medio y largo plazo.
Evidencia total	Se realiza una gestión de suministros, de forma que se garantice el abastecimiento de material y que se optimice su consumo. (Gestión de almacén, controles de inventario etc.). Existe un plan de gestión del mantenimiento de materiales y equipo de manera preventiva y correctiva.

Objetivo

Conocer cómo se realiza la gestión de los edificios, equipos y materiales.

Pregunta 17

¿En el Servicio de Cardiología se gestiona el mantenimiento y uso de sus edificios, equipos y materiales optimizando su rendimiento y garantizando su seguridad?

Sin evidencia	En términos generales no hay una gestión de estos elementos.
Alguna evidencia	Se gestiona el mantenimiento de los edificios, equipos y materiales aunque no de forma planificada.
Evidencia clara	De manera planificada se gestionan los diferentes espacios, consultorios, salas, recursos materiales, instrumental, equipamiento, etc., para mejorar su rendimiento.
Evidencia total	Se gestionan eficaz y eficientemente los edificios, equipos y materiales, optimizando su rendimiento y garantizando su seguridad. Existen protocolos de prevención de accidentes biológicos y riesgos laborales. Se ha realizado un mapa de riesgos con propuestas preventivas.

Objetivo

Determinar en qué medida se realiza la Gestión de la tecnología.

Pregunta 18

¿En el Servicio de Cardiología se identifican, evalúan y utilizan las nuevas tecnologías con el fin de mejorar la prestación de sus servicios?	
Sin evidencia	No se utilizan las tecnologías necesarias para el servicio.
Alguna evidencia	Recientemente se han incorporado bastantes de las tecnologías adecuadas a la actividad del servicio.
Evidencia clara	Existe un plan para identificar e incorporar las nuevas tecnologías a las actividades de prestación de sus servicios.
Evidencia total	Se garantiza que la tecnología existente (aparataje, programas de gestión de consulta, gestión de bases de datos...) se explota adecuadamente.

Objetivo

Gestión de la información y del conocimiento.

Pregunta 19

¿En el servicio de cardiología se garantiza la seguridad e integridad de la información?	
Sin evidencia	Es difícil tener acceso a la información acerca de las actividades, registros de pacientes y personal.
Alguna evidencia	Se recopila información acerca de actividades, procedimientos, pacientes y personal, de forma sistemática y fiable a fin de que se pueda utilizar para la toma de decisiones.
Evidencia clara	Existen procesos bien estructurados para identificar y recopilar la información relevante de los servicios prestados y todos sus involucrados (pacientes, empleados, procesos, etc.) y su seguridad e integridad está garantizada.
Evidencia total	Los profesionales tienen un fácil acceso a las fuentes de información necesarias para la actualización clínica y los usuarios pueden acceder

	fácilmente a información sobre gestión de servicios, información para usuarios, etc. Dicha información es actualizada periódicamente.
--	---

✓ **CRITERIO 5: PROCESOS**

Las Organizaciones Excelentes diseñan, gestionan y mejoran sus procesos para satisfacer plenamente a sus clientes y otros grupos de interés y generar cada vez mayor valor para ellos.

Los subcriterios de que consta según el Modelo EFQM de Excelencia son los siguientes:

- 5a Diseño y gestión sistemática de los procesos.
- 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.
- 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.

Objetivo

Conocer en qué medida existe un diseño y gestión sistemática de los procesos.

Pregunta 20

¿El servicio de cardiología identifica y diseña adecuadamente los procesos necesarios para ofrecer óptimamente sus servicios de salud?	
Sin evidencia	No se tienen documentados los procesos llevados a cabo en el servicio.
Alguna evidencia	Se han identificado y diseñado por escrito algunos de los procesos (especialmente los procesos operativos o de prestación de los servicios).
Evidencia clara	Se tiene por escrito un mapa de procesos y se han distinguido aquellos procesos estratégicos, clave y de soporte para las actividades.
Evidencia total	Se realiza gestión de procesos: los procesos clave tienen asignado un

	responsable y un cuadro de mando (objetivos, necesidades del cliente, indicadores de calidad, eficacia y coste).
--	--

Objetivo

Conocer si se introducen 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.

Pregunta 21

¿Se identifican las oportunidades de mejora en los procesos?, ¿se priorizan y se llevan a cabo?	
Sin evidencia	No se llevan a cabo mejoras en los procesos.
Alguna evidencia	Se ha planificado y propuesto mejoras en los procesos, pero ellas no se han llevado a cabo.
Evidencia clara	De manera planificada se priorizan e implantan mejoras en los procesos. Existe un procedimiento organizado para identificar y establecer prioridades para las oportunidades de mejora de los procesos.
Evidencia total	Se evalúan periódicamente los procesos clave y se mejoran de manera permanente, suprimiendo procesos que no añaden valor, simplificando o rediseñando nuevos procesos cuando sea necesario, a través de equipos de mejora

Objetivo

Determinar si el desarrollo de los servicios se basa en las necesidades y expectativas de los clientes.

Pregunta 22

¿Los procedimientos están diseñados adecuadamente para satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes del servicio de cardiología?	
Sin evidencia	No se maneja información sobre las expectativas de los pacientes en cuanto a la atención brindada.

Alguna evidencia	Se determinan las necesidades, expectativas actuales o futuras de los pacientes, así como sus opiniones o percepciones sobre los servicios.
Evidencia clara	De manera periódica se investigan las necesidades y expectativas de los grupos de interés (pacientes, empleados, proveedores) y se analiza la calidad de los servicios prestados en el servicio de cardiología. Con esta información se desarrollan y mejoran los servicios. La forma de prestar los servicios está definida y documentada.
Evidencia total	Se utilizan protocolos o manuales de prestación de servicios para dar una asistencia acorde a su diseño. Se utilizan los resultados de rendimiento del servicio y de percepción de los usuarios para establecer objetivos y proyectos de mejora.

Objetivo

Producción, distribución y servicio de atención, de los productos y servicios.

Pregunta 23

¿Existe un área de atención a los pacientes del Servicio de Cardiología que gestiona y canaliza las dudas, sugerencias, quejas sobre los servicios prestados?	
Sin evidencia	No hay un área de atención al paciente.
Alguna evidencia	Se han identificado y diseñado algunos procedimientos para atender las quejas y dudas de los pacientes pero no es concreto.
Evidencia clara	De manera planificada se identifican y diseñan los procedimientos para atender las quejas y dudas de los pacientes y para satisfacer las necesidades de la mayor parte de los mismos. Se tienen registros sobre la resolución a dichos problemas.
Evidencia total	Existe un área de atención al usuario en la cual se gestiona y canaliza las dudas, sugerencias, quejas sobre los servicios prestados, etc. Dicha información se encuentra tabulada y se cuentan con procedimientos formales para atender las quejas y dudas de los pacientes y para satisfacer las necesidades de la mayor parte de los mismos.

Objetivo

Gestión y mejora de las relaciones con los clientes.

Pregunta 24

¿En el servicio de cardiología se analiza la información procedente de las sugerencias, reclamaciones y encuestas de sus pacientes?	
Sin evidencia	No se recoge información de los pacientes.
Alguna evidencia	Se registra parcialmente información de los pacientes.
Evidencia clara	Se registra y analiza periódicamente las sugerencias, reclamaciones y encuestas de los pacientes.
Evidencia total	Se establecen contactos periódicos con los usuarios o sus representantes o existe un órgano formal de relación del servicio con sus pacientes para conocer su opinión respecto a los servicios que prestan.

✓ **CRITERIO 6: RESULTADOS EN LOS CLIENTES**

Las Organizaciones Excelentes miden de manera exhaustiva y alcanzan resultados sobresalientes con respecto a sus clientes.

Los subcriterios de que consta según el Modelo EFQM de Excelencia son los siguientes:

- 6a Medidas de percepción: imagen general, productos y servicios, apoyo y atención a los productos y servicios, fidelidad.
- 6b Indicadores de rendimiento: imagen externa, productos y servicios, apoyo y atención a los productos y servicios, fidelidad.

Objetivo

Evaluar si se tienen medidas de percepción de la calidad.

Pregunta 25

¿Se ha evaluado la percepción de los pacientes en el Servicio de Cardiología (mediante

encuestas de satisfacción, grupos focales u otros)?

Sin evidencia	No se recoge información sobre la percepción de la calidad de servicio por parte de los pacientes.
Alguna evidencia	Se conoce parcialmente la satisfacción de los pacientes respecto al servicio prestado.
Evidencia clara	Se han identificado cuáles son los aspectos determinantes de la satisfacción de los clientes. De manera planificada se identifican y planean espacios para conocer la opinión de los pacientes y así satisfacer las necesidades de la mayor parte de los mismos.
Evidencia total	Se mide periódicamente de forma sistemática y directa el grado de satisfacción de sus pacientes, mediante encuestas o entrevistas, se gestionan las sugerencias, reclamaciones y encuestas de los pacientes y esta información permite incrementar su satisfacción.

Objetivo

Determinar si se utilizan indicadores de rendimiento.

Pregunta 26

¿En el Servicio de Cardiología se dispone de indicadores de rendimiento en relación a sus pacientes (tiempos de atención y de espera, gestión de reclamos y sugerencias, etc.)?	
Sin evidencia	En términos generales no se recoge información de indicadores.
Alguna evidencia	El servicio registra parcialmente información de los indicadores.
Evidencia clara	De manera planificada se identifican indicadores para conocer la satisfacción de los pacientes.
Evidencia total	Mediante una sistemática bien definida, centrada en las necesidades de los grupos de interés y apoyando la política y estrategia, se gestionan los indicadores que sirven para conocer la satisfacción de los pacientes y esta información permite incrementar mejorar el servicio prestado.

✓ CRITERIO 7: RESULTADOS EN LAS PERSONAS

Las Organizaciones Excelentes miden de manera exhaustiva y alcanzan resultados sobresalientes con respecto a las personas que la integran.

Los subcriterios de que consta según el Modelo EFQM de Excelencia son los siguientes:

- 7a Medidas de percepción, sobre aspectos o temas relacionados con:
 - Motivación
 - Satisfacción del personal
- 7b Indicadores de rendimiento, sobre aspectos o temas relacionados con:
 - Logros alcanzados en temas relacionados con las personas
 - Motivación e implicación del personal
 - Satisfacción del personal
 - Servicios que la unidad proporciona al personal

Objetivo

Conocer las medidas de percepción.

Pregunta 27

¿En el servicio de Cardiología se han realizado entrevistas, grupos focales o encuestas para conocer la percepción de los trabajadores sobre: estrategias, programas de formación, objetivos del contrato, organización, distribución de responsabilidades, toma de decisiones, etc.?	
Sin evidencia	No se recoge este tipo de información en el servicio.
Alguna evidencia	Se llevan a cabo al menos una de los métodos para conocer la percepción de los empleados en cuanto al desarrollo organizativo del servicio.
Evidencia clara	De manera planificada se programan espacios para conocer la opinión de los profesionales acerca de las temáticas organizacionales.
Evidencia total	Periódicamente se tienen espacios para conocer la opinión de los profesionales y esta información es tomada en cuenta para realizar mejoras en el servicio de cardiología. Existen informes sobre los

	resultados de dichas reuniones.
--	---------------------------------

Objetivo

Conocer indicadores de rendimiento

Pregunta 28

¿En el Servicio de Cardiología se miden y analizan indicadores respecto a alguna de las siguientes áreas: evaluación de la eficiencia con la que se trabaja, desarrollo de proyectos de mejora, tasa de ausentismo y bajas por enfermedad, quejas de profesionales, etc.?	
Sin evidencia	No se cuenta información de este tipo de indicadores.
Alguna evidencia	Se tienen registros formales con información para poder realizar una evaluación de los indicadores.
Evidencia clara	Se tienen formalmente registros de tasa de ausentismo, bajas por enfermedad, etc., las cuales son accesibles en cualquier momento.
Evidencia total	Periódicamente se tienen espacios para conocer la opinión de los profesionales y esta información es tomada en cuenta para realizar mejoras en el servicio de cardiología. Existen informes sobre los resultados de dichas reuniones.

✓ **CRITERIO 8: RESULTADO EN LA SOCIEDAD**

Las Organizaciones Excelentes miden de manera exhaustiva y alcanzan resultados sobresalientes con respecto a la sociedad.

Los subcriterios de que consta según el Modelo EFQM de Excelencia son los siguientes:

- 8a Medidas de percepción, sobre aspectos o temas relacionados con:
 - Imagen general
 - Actividades como miembro responsable de la sociedad
 - Implicación en la comunidad donde opera
 - Actividades encaminadas a reducir y evitar las molestias y daños provocados por sus actividades durante el ciclo de vida de sus productos y/o servicios

- 8b Indicadores de rendimiento, sobre aspectos o temas relacionados con:
 - Tratamiento de los cambios en los niveles de empleo
 - Relaciones con las autoridades
 - Felicitaciones y premios recibidos

Objetivo

Conocer si existen medidas de percepción.

Pregunta 29

¿En el servicio de cardiología se han realizado algunos de los siguientes aspectos, o se tienen contemplados planes para aplicar en el futuro alguno de los siguientes: actividades como miembro responsable de la sociedad, implicación en la comunidad donde opera, reducción y eliminación de residuos responsablemente?	
Sin evidencia	En términos generales no se tiene contemplado ningún aspecto de ese tipo.
Alguna evidencia	El servicio de cardiología registra parcialmente planes para realizar actividades de este tipo.
Evidencia clara	De manera planificada se programan espacios y recursos para organizar y planear las actividades de ese tipo.
Evidencia total	Se planea sistemáticamente y periódicamente actividades de este tipo, o ya se cuenta con un grupo designado de participantes que planean y que se apegan a las necesidades de la comunidad y a los objetivos del Hospital para lograr la realización de este tipo de actividades.

Objetivo

Conocer si existen indicadores de rendimiento

Pregunta 30

¿Se han registrado en el pasado, o se analiza, se busca y se planifica incurrir en el futuro en alguna de las áreas siguientes: colaboraciones con otras instituciones y premios recibidos?	
Sin evidencia	En términos generales no se ha dado ninguno de esos aspectos ni se

	tienen planes a futuro para que esto ocurra.
Alguna evidencia	El servicio registra parcialmente información de que se ha intentado colaborar con otras instituciones o participar en entrega de reconocimientos.
Evidencia clara	De manera planificada se programan reuniones con otras instituciones para realizar colaboraciones y planea participar en entrega de reconocimientos.
Evidencia total	Están estratégicamente encaminados a realizar colaboraciones con otras instituciones y se tienen especialistas estudiando los criterios para obtener reconocimientos, o ya se han recibido premios y se han hecho colaboraciones con otras instituciones con anterioridad.

✓ **CRITERIO 9: RESULTADOS CLAVE DE LA ORGANIZACIÓN**

Las Organizaciones Excelentes miden de manera exhaustiva y alcanzan resultados sobresalientes con respecto a los elementos clave de su política y estrategia.

- 9a Resultados clave del rendimiento de la Organización.
- 9b Indicadores clave de rendimiento de la Organización.

Objetivo

Conocer los resultados clave del rendimiento

Pregunta 31

¿Se busca medir resultados clave del rendimiento de la organización económicos (presupuesto) y no económicos (resultados gerenciales)?	
Sin evidencia	En términos generales no se mide información de ese tipo.
Alguna evidencia	El servicio registra parcialmente información de ese tipo.
Evidencia clara	De manera planificada se programan espacios para medir el cumplimiento del presupuesto y de los resultados esperados.
Evidencia total	Mediante una sistemática bien definida, centrada en los objetivos del

	Hospital y apoyando la política y estrategia, se planean espacios para conocer si el servicio de cardiología trabaja bien con el presupuesto asignado y con los resultados esperados por parte de la gerencia.
--	--

Objetivo

Conocer los resultados clave del rendimiento

Pregunta 32

¿En el servicio de cardiología se busca medir indicadores clave del rendimiento: actividad asistencial, cartera de servicios, gestión de la demanda, indicadores de farmacia, consumo de materiales?	
Sin evidencia	En términos generales no se recoge información de indicadores.
Alguna evidencia	El servicio registra parcialmente información de los indicadores.
Evidencia clara	De manera planificada se programan espacios para realizar estudios para saber si se cubren los servicios clave y normas técnicas, estudiar tiempos de espera y tiempos de atención y revisar los indicadores de farmacia y consumo de suministros.
Evidencia total	Mediante una sistemática bien definida, centrada en las necesidades de los pacientes y apoyando la política y estrategia, se planean espacios para realizar estudios para saber si se cubren los servicios clave y normas técnicas, estudiar tiempos de espera y tiempos de atención y revisar los indicadores de farmacia y consumo de suministros.

2.6.3.2 DISEÑO DE LA ENCUESTA DIRIGIDA A USUARIOS (PACIENTES)

Para definir la encuesta para los pacientes del servicio de cardiología se realizará una encuesta en la que se tienen una serie de indicadores; estos indicadores se conocen como indicadores de dimensionamiento de la calidad y se relacionan a continuación:

- Aspectos o elementos tangibles: la señalización de los lugares, apariencia de los especialistas, limpieza del servicio.

- Capacidad de respuesta: comunicación de toda la información necesaria a los pacientes, tiempo de atención a los pacientes.
- Empatía: amabilidad del personal del servicio.

Todas estas categorías se toman en cuenta para formular las preguntas que deben ir en el cuestionario de los pacientes y también se debe de realizar un rango por medio del cual el paciente calificará cada uno de estos aspectos para tener un valor cuantitativo del grado de satisfacción del paciente; para esta escala se utilizará la escala de Likert, la cual se presenta a continuación:

NÚMERO DE CALIFICACIÓN	SIGNIFICADO	RANGO DE SATISFACCIÓN
1	TOTALMENTE INSATISFECHO	0-20%
2	INSATISFECHO	20%-40%
3	NI SATISFECHO NI INSATISFECHO	40%-60%
4	SATISFECHO	60%-80%
5	TOTALMENTE SATISFECHO	80%-100%

Tabla 21 Indicadores de dimensionamiento de la calidad

Para definir las preguntas se tendrá en cuenta los aspectos mencionados previamente 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.

PREGUNTA	OBJETIVO	DIMENSIÓN
1. Sexo	Se realiza esta pregunta para llevar el dato estadístico del número de hombres y mujeres que respondieron a la encuesta.	Informativa
2. Edad	Se realiza esta pregunta para llevar el dato estadístico del	Informativa

	rango de edades más frecuentes en el servicio.	
3. ¿Había acudido a esta consulta anteriormente?	Se realiza esta pregunta para saber si el paciente es de primera vez o subsecuente.	Informativa
4. ¿Hace cuánto fue su consulta anterior?	Se realiza esta pregunta para saber cuánto tiempo tiene que esperar el paciente entre cita y cita.	Capacidad de respuesta
5. Respecto a la primera consulta con el especialista, ¿podría decirme de dónde ha sido referido?	Se realiza esta pregunta para saber de qué institución ha sido referido el paciente.	Informativa
6. ¿Cuánto tiempo ha tenido que esperar desde que fue referido a este especialista hasta que vino por primera vez a consulta por éste?	Se realiza esta pregunta para conocer el tiempo de espera de su primera consulta.	Capacidad de respuesta
7. Considerando su problema de salud, ¿en qué medida está usted satisfecho con el tiempo que ha esperado desde se le mando a este especialista hasta que fue visto por primera vez en consulta por éste?	Se realiza esta pregunta para saber cuál es la percepción del paciente acerca del tiempo que ha tenido que esperar para ser visto por primera vez tomando en cuenta su padecimiento.	Empatía
8. ¿En qué medida está usted satisfecho con el siguiente aspecto: facilidad para conseguir la cita.	Se realiza esta pregunta para saber el grado de satisfacción del paciente a la hora de conseguir una cita en el servicio de cardiología.	Capacidad de respuesta
9. ¿Cuánto tiempo ha tenido que esperar desde la hora en la que estaba	Se realiza esta pregunta para conocer cuantas horas ha tenido	Capacidad de respuesta

citado hasta el momento de entrar en la consulta del especialista?	que esperar desde la hora que fue citado hasta la hora que fue atendido.	
10. ¿Cuál es su grado de satisfacción con el tiempo que usted ha esperado desde la hora que estaba citado hasta el momento de entrar en la consulta?	Se realiza esta pregunta para conocer el grado de satisfacción del paciente por el tiempo esperado para entrar a su consulta.	Empatía
11. ¿En qué medida está usted satisfecho con los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> • Limpieza del servicio de cardiología • Servicios sanitarios del servicio de cardiología • Facilidad para encontrar consultorios o lugares donde se realizan los exámenes • Comodidad y confort mientras espera la consulta 	Se realiza esta pregunta para saber el grado de satisfacción acerca de los aspectos tangibles o el espacio físico del servicio de cardiología, su facilidad de ubicación y su limpieza.	Aspectos tangibles
12. ¿Podría decirme cuál es su grado de satisfacción con la atención recibida en este centro por los siguientes profesionales? <ul style="list-style-type: none"> • El personal administrativo • El personal de enfermería 	Se realiza esta pregunta para saber la percepción del paciente acerca de la secretaria y el personal de enfermería del servicio.	Empatía
13. El especialista que le atiende en la consulta, ¿lleva su identificación puesta en su bata?	Se realiza esta pregunta para saber cómo es la percepción de los pacientes con respecto a la apariencia de los especialistas.	Aspectos tangibles

<p>14. Dígame en qué medida está satisfecho con los siguientes aspectos relativos al médico especialista que lo atiende</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su amabilidad • Su eficacia para resolver bien sus problemas de salud • El tiempo que le dedica a la consulta • La explicación que su médico realiza sobre todo lo que usted quiere saber sobre su salud • La información sobre su enfermedad • Las instrucciones para seguir en casa • La claridad de la información sobre el tratamiento 	<p>Se realiza esta pregunta para saber la percepción del paciente acerca de la amabilidad del especialista y la respuesta que le da éste a sus padecimientos.</p>	<p>Empatía y capacidad de respuesta</p>
<p>15. En la consulta con el especialista, ¿le indicaron que tenía que hacerse algunos análisis, exámenes, pruebas radiológicas u otras pruebas médicas (diagnósticas)?</p>	<p>Se realiza esta pregunta para saber si se le han indicado procedimientos o exámenes al paciente para previamente conocer su grado de satisfacción.</p>	<p>Informativa</p>
<p>16. Dígame en qué medida está satisfecho con los siguientes aspectos sobre la información que le dieron en la consulta sobre los exámenes que le indicaron:</p>	<p>Se realiza esta pregunta para saber si se le ha dado toda la información acerca de los exámenes y/o procedimientos que se le realizaron al paciente.</p>	<p>Capacidad de respuesta</p>

<ul style="list-style-type: none"> • La explicación de por qué le iban a hacer los exámenes • La explicación de en qué consisten los exámenes que le van a realizar 		
17. Y globalmente, ¿en qué medida está usted satisfecho con la atención que ha recibido en el servicio de cardiología del Hospital Nacional Rosales?	Se realiza esta pregunta para conocer el nivel de satisfacción en general del paciente en el servicio de cardiología.	Empatía

Tabla 22 Indicadores de dimensionamiento de la calidad, Pregunta - Objetivo

La encuesta realizada a los pacientes se puede encontrar en el anexo 1.

2.7 PERFIL DEL ENTREVISTADO

2.7.1 ENCUESTA DIRIGIDA A PACIENTES

Es importante definir quiénes serán las personas que aportaran sus experiencias y vivencias de la situación que se vive día a día en el servicio de cardiología en el Hospital Nacional Rosales.

Para obtener datos veraces y una buena calidad de información se ha diseñado un perfil que debe requerir la persona entrevistada para que pueda ser objeto de poder contribuir con la realización del instrumento de recolección de datos, para este caso el entrevistado serán los pacientes que visitan el servicio de cardiología en el Hospital Nacional Rosales y que cumplan con el siguiente perfil a continuación:

PERFIL DEL ENTREVISTADO (PACIENTE)

- Edad: 12 años en adelante (Definido por la edad mínima para poder ser referido al servicio de especialidad de cardiología del Hospital Nacional Rosales).
- Sexo: Indiferente.
- Ocupación: Indiferente.

- Nivel Socioeconómico: Indiferente.
- Nacionalidad: Indiferente.

CONDICIONES

- Ser paciente de primera vez o referido, tener referencia de medicina general (Nota: Para Citas de Especialidad, se requiere que la Hoja de Referencia y Retorno esté autorizada por la Dirección del centro de atención médica que lo refiere.) y poseer el carnet de identificación y citas para poder ser objeto de programación de consultas, tal como se ha realizado tradicionalmente en el Hospital Nacional Rosales.
- Ser paciente Subsecuente (Haber pasado consulta en el servicio de cardiología del Hospital Nacional Rosales)
- Encontrarse en el servicio de cardiología del Hospital Nacional Rosales en los horarios de atención.

2.7.2 ENCUESTA DIRIGIDA A DIRECTIVOS

PERFIL DEL ENTREVISTADO (DIRECTIVOS)

- Edad: Indiferente.
- Sexo: Indiferente.
- Ocupación: Médico empleado del Hospital Nacional Rosales
- Nivel Socioeconómico: Indiferente.
- Nacionalidad: Indiferente.

CONDICIONES

- Ejercer un puesto directivo de las distintas áreas que competen el servicio de cardiología del Hospital Nacional Rosales o de áreas relacionadas al mismo.
- Encontrarse en el servicio de cardiología del Hospital Nacional Rosales en los horarios de atención.

2.8 RAMA 1 DE DIAGNÓSTICO

PUNTO DE VISTA INTERNO (DIRECTIVOS)
DESARROLLO DE LA AUTOEVALUACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN
(AUTOEVALUACIÓN EFQM)

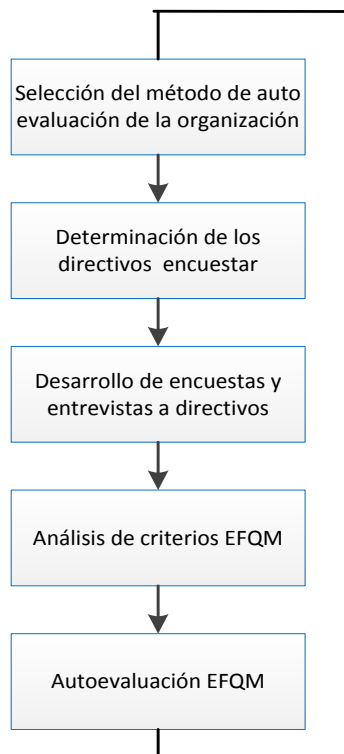


Ilustración 22. Desarrollo de la autoevaluación, organización

2.8.1 DETERMINIACIÓN DE LOS DIRECTIVOS A ENCUESTAR

Se incluyen a los directivos que tienen relación con el Servicio de Cardiología, así como a su propio jefe para realizar la auto evaluación:

1. Dra. Ana María Basagoitia (Jefa del Servicio de Cardiología)

2. Dr. Salomón Flores Alfaro (Jefe del Departamento de Medicina)

3. Dr. Ramón Rivera (Jefe de Consulta Externa)

4. Dr. Rafael Romero Reyes (Jefe de División Médica)

5. Dr. Carlos Castaneda (Asesor Médico de Planificación)

2.8.2 ANÁLISIS DE CRITERIOS EFQM

Se obtuvieron los siguientes resultados a partir de las respuestas obtenidas del cuestionario EFQM que fue contestado por los directivos:

2.8.2.1 CRITERIO 1. LIDERAZGO⁷

A continuación se muestra, para el criterio Liderazgo del EFQM, las fortalezas y áreas de mejora detectadas en el Servicio de Cardiología del HNR:

CRITERIO 1. LIDERAZGO
FORTALEZAS <ul style="list-style-type: none">• Existen buenos canales de comunicación entre los jefes y el personal que trabaja en el servicio.• Los directivos de las unidades del hospital poseen un sistema de gestión centralizado con objetivos comunes y dan seguimiento a los resultados que se presentan en el servicio de cardiología.
ÁREAS DE MEJORA <ul style="list-style-type: none">• No tienen definida su misión, visión, valores, políticas ni estrategias. Por lo tanto no se transmite esta información entre el personal del servicio de cardiología.• Si existen reuniones semanales de los directivos en los que se ven aspectos

⁷ Ver Anexo 2: Tabulación de resultados obtenidos en Autoevaluación EFQM

relacionados con las cirugías y algunos casos de los pacientes pero no se ven aspectos de mejora en el servicio.

- Se pueden reforzar los canales de comunicación con los pacientes para saber sus necesidades y también con otras áreas del hospital que sean de ayuda para el servicio.
- No se fomenta la participación de grupos de trabajo fuera de los directivos para crear propuestas de mejora lo cual ayudaría a fomentar el trabajo en equipo entre todo el personal.

Tabla 23 Criterio 1 Liderazgo

✓ **PUNTUACIÓN OBTENIDA CRITERIO 1:**

Porcentaje EFQM	Frecuencia					Sumatoria
	Pregunta 1	Pregunta 2	Pregunta 3	Pregunta 4	Pregunta 5	
25%	5	1	2	2	1	11
50%	1	1	2	2	3	9
75%	0	2	1	1	1	5
100%	0	2	1	1	1	5
						30

275%
450%
375%
500%
1600%
53%

29% 71% 54% 54% 58%

Tabla 24 Puntuación obtenida Criterio 1: Liderazgo

2.8.2.2 CRITERIO 2. POLÍTICA Y ESTRATEGIA

A continuación se muestra, para el criterio Política y Estrategia del EFQM, las fortalezas y áreas de mejora detectadas en el Servicio de Cardiología del HNR:

CRITERIO 2. POLÍTICA Y ESTRATEGIA
<p>FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Están en camino para definir un plan estratégico con una perspectiva a largo plazo realizando cambios informáticos y de espacio. • Los directivos del servicio son muy abiertos a cualquier comentario por lo tanto aunque no exista un canal formal para conocer las necesidades y

expectativas del personal siempre se hacen saber las necesidades.

ÁREAS DE MEJORA

- Por no tener registros de las necesidades de los pacientes no se les toma en cuenta para el diseño de políticas o estrategias.
- Existen indicadores de eficiencia que son manejados solamente en la alta gerencia.
- No existen indicadores de satisfacción del paciente.

Tabla 25 Criterio 2 Política y estrategia

✓ PUNTUACIÓN OBTENIDA CRITERIO 2: POLÍTICA Y ESTRATEGIA

Porcentaje EFQM	Frecuencia				Sumatoria	
	Pregunta 6	Pregunta 7	Pregunta 8	Pregunta 9		
25%	0	3	3	2	8	200%
50%	5	1	1	3	10	500%
75%	1	1	1	1	4	300%
100%	0	1	1	0	2	200%
					24	1200%
	54%	50%	50%	46%		50%

Tabla 26 Puntuación obtenida Criterio 2: Política y estrategia

2.8.2.3 CRITERIO 3. PERSONAS

A continuación se muestra, para el criterio Personas del EFQM, las fortalezas y áreas de mejora detectadas en el Servicio de Cardiología del HNR:

CRITERIO 3. PERSONAS
FORTALEZAS <ul style="list-style-type: none">• Existe solidaridad por parte de otros servicios puesto que cuando el servicio de cardiología está muy lleno o hay falta de personal, los otros servicios ayudan brindando personal.• El personal de enfermería y de médicos especialistas del servicio son personas con experiencia y conocimientos en el área en la que trabajan.• La comunicación entre los directivos y el personal es muy buena.
ÁREAS DE MEJORA <ul style="list-style-type: none">• No existe permanencia por parte del personal de enfermería, este personal es rotado cada cierto tiempo y por este motivo no se puede capacitar.• No existe una política de gestión de recursos humanos enfocada en las necesidades del servicio.• Actualización de los perfiles profesionales y elaboración de manuales de puestos y funciones adaptadas las necesidades del servicio.• Diseñar programas amplios de formación que se revisen continuamente y favorezcan el desarrollo profesional.• Establecer mecanismos de consulta que permitan detectar el clima laboral y el nivel de satisfacción del personal.• Existe resistencia al cambio por parte del personal del servicio sobre todo cuando son aspectos informáticos.• No existen iniciativas de trabajo en equipo o creación de grupos que trabajen en conjunto para hacer mejoras en el servicio.

Tabla 27 Criterio 3 Personas

✓ **PUNTUACIÓN OBTENIDA CRITERIO 3: PERSONAS**

Porcentaje EFQM	Frecuencia					sumatoria	
	Pregunta 10	Pregunta 11	Pregunta 12	Pregunta 13	Pregunta 14		
25%	2	3	2	1	3	11	275%
50%	2	1	2	2	2	9	450%
75%	2	0	0	2	2	6	450%
100%	0	2	2	1	0	5	500%
						31	1675%

50% 54% 58% 63% 54% 56%

Tabla 28 Puntuación obtenida Criterio 3: Personas

2.8.2.4 CRITERIO 4 ALIANZAS Y RECURSOS

A continuación se muestra, para el criterio Alianzas y recursos del EFQM, las fortalezas y áreas de mejora detectadas en el Servicio de Cardiología del HNR:

CRITERIO 4 ALIANZAS Y RECURSOS
<p>FORTALEZAS</p> <p>Existen alianzas con el MINSAL y organizaciones sin fines de lucros</p> <ul style="list-style-type: none"> • La medición del aprovechamiento de los recursos que emplea el servicio de cardiología ayuda a ofrecer un servicio que este a la expectativa de los clientes y que se manejen de una mejor forma los recursos que el servicio de cardiología posee. • La Gestión de tecnología son decisiones de la estructura organizativa del servicio de cardiología y son propuestas generales aplicables a toda la institución • El servicio de cardiología solo lleva control de sus existencias. La UACI es la encargada de realizar estudios de calidad de los productos y da seguimiento a los contratos de estos. Para la compra no existen alianzas con otras organizaciones

- Existe una Unidad de Planificación de Adquisiciones que es la encargada de consolidar las necesidades de los diferentes centros de atención del área del servicio de cardiología en los que respecta a medicamentos y equipo médico, Los artículos generales y servicios son planificados por cada área de atención. Existen indicadores que permiten la toma de decisiones para la Planificación

ÁREAS DE MEJORA:

- Planificación/utilización de sistemas para evaluar/revisar la gestión de las alianzas externas y los recursos internos
- Disponibilidad y utilización de indicadores para evaluar la efectividad de la gestión de las alianzas externas y los recursos internos
- Identificación y priorización de las posibles oportunidades de mejora de la gestión de las alianzas externas y de los recursos internos mediante la medición y el aprendizaje
- Utilización de indicadores económico-financieros
- Estructuración de relaciones con los aliados (acuerdos, reuniones, procesos comunes) para mejorar los procesos y ofrecer mayor satisfacción a los clientes
- Identificación y evaluación de las nuevas tecnologías antes de su posible incorporación e implantación
- Planificación o puesta en marcha de acciones de mejora respecto a la gestión de las alianzas externas y los recursos internos
- Evaluación de los productos y servicios de los proveedores
- Identificación de los aliados clave y establecimiento de alianzas en línea con la política y estrategia
- Optimización de los inventarios y rotación de los materiales
- Valoración y priorización de las inversiones en función de su efectividad
- Planificación del uso de edificios, equipos y materiales en función de un mejor aprovechamiento y desarrollo de las actividades diarias
- Gestión de la transmisión y utilización del conocimiento de las personas

- Gestión del presupuesto en apoyo de los objetivos económicos y de actividad
- Recogida, análisis y distribución de la información necesaria para el desarrollo del trabajo y la toma de decisiones.

Tabla 29 Criterio 4 Alianzas y recursos

✓ PUNTUACIÓN OBTENIDA CRITERIO 4: ALIANZAS Y RECURSOS

Porcentaje EFQM	Frecuencia					Sumatoria	
	Pregunta 15	Pregunta 16	Pregunta 17	Pregunta 18	Pregunta 19		
25%	2	2	1	1	2	8	200%
50%	2	2	2	2	3	11	550%
75%	2	1	2	3	0	8	600%
100%	0	1	1	0	1	3	300%
						30	1650%
	50%	54%	63%	58%	50%		

55%

Tabla 30 Puntuación obtenida Criterio 4: Alianzas y recursos

2.8.2.5 CRITERIO 5 PROCESOS

A continuación se muestra, para el criterio Procesos del EFQM, las fortalezas y áreas de mejora detectadas en el Servicio de Cardiología del HNR:

CRITERIO 5 PROCESOS
FORTALEZAS <ul style="list-style-type: none">• Los procesos utilizados en el servicio de cardiología son definidos por el Departamento de Desarrollo Institucional.
ÁREAS DE MEJORA <ul style="list-style-type: none">• Disponibilidad y utilización de indicadores para evaluar la efectividad de la gestión de los procesos y la orientación al cliente.• Implicación proactiva con los clientes para debatir y abordar sus necesidades, expectativas y preocupaciones (grupos de opinión, asociaciones...)• Identificación y diseño de procesos y subprocesos (Mapas de procesos, ISO)• Diseño y mejora de los servicios y productos en función de las necesidades y expectativas de los clientes• Introducción de cambios y mejoras en los procesos, comunicación a los grupos de interés y evaluación de resultados• Planificación o puesta en marcha de acciones de mejora respecto a la gestión de los procesos y la orientación al cliente• Definición y documentación de los procesos (gestor, misión, clientes, entradas, salidas, diagramas de flujo...)• Existencia de objetivos e indicadores de los procesos para gestionar y medir la eficacia de los mismos• Identificación y priorización de las posibles oportunidades de mejora de la gestión de los procesos mediante la medición, el aprendizaje y la orientación al cliente• Planificación/utilización de sistemas para evaluar/revisar periódicamente la gestión de los procesos y la orientación al cliente

Tabla 31 Criterio 5 Procesos

✓ **PUNTUACIÓN OBTENIDA CRITERIO 5: PROCESOS**

Porcentaje EFQM	Frecuencia					Sumatoria	
	Pregunta 20	Pregunta 21	Pregunta 22	Pregunta 23	Pregunta 24		
25%	3	2	3	3	2	13	325%
50%	2	2	2	1	2	9	450%
75%	0	1	1	1	2	5	375%
100%	1	1	0	1	0	3	300%
						30	1450%
	46%	54%	42%	50%	50%		48%

Tabla 32 Puntuación obtenida Criterio 5: Procesos

2.8.2.6 CRITERIO 6 RESULTADOS EN LOS CLIENTES

A continuación se muestra, para el criterio Resultados en los clientes del EFQM, las fortalezas y áreas de mejora detectadas en el Servicio de Cardiología del HNR:

CRITERIO 6 RESULTADOS EN LOS CLIENTES
<p>FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • El servicio de cardiología cuenta con un buzón de quejas y/o sugerencias en cada centro de atención, dándole seguimiento a cada una de estas, esto permite medir los niveles de satisfacción del cliente y de trabajar en la mejora de esto. Se han desarrollado programas de capacitación del personal de enfermería y médicos en la atención al cliente, la UACI está trabajando para combatir el desabastecimiento y el trato a los clientes, siendo estas las quejas más frecuentes. • Se han establecido objetivos en la mejora de servicios y atención al cliente a nivel del servicio de cardiología
<p>ÁREAS DE MEJORA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aprendizaje de las comparaciones con otras organizaciones más avanzadas o consideradas como las mejores en resultados indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de clientes

- Comparaciones con organizaciones similares en resultados de percepción de satisfacción de clientes.
- Comparaciones con organizaciones similares en resultados indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de clientes.
- Aprendizaje de las comparaciones con otras organizaciones más avanzadas o consideradas como las mejores en resultados de percepción de clientes
- Utilización de indicadores directos para las áreas relevantes de la percepción de la satisfacción de los clientes
- Establecimiento de planes, objetivos y equipos de mejora en función de los resultados obtenidos de los indicadores indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de clientes
- Recogida periódica y estructurada de indicadores indirectos (de rendimiento interno) de la satisfacción de los clientes.
- Establecimiento y cumplimiento sucesivos de objetivos para los indicadores indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de los clientes
- Identificación de indicadores indirectos (de rendimiento interno) de la satisfacción de los clientes que completan la obtenida de la percepción
- Recogida periódica y estructurada de información del grado de satisfacción de los clientes (encuestas, grupos de trabajo y/o focales)
- Tendencias de los datos de percepción de la satisfacción de los clientes
- Establecimiento de planes, objetivos y equipos de mejora en función de los resultados obtenidos de la percepción de la satisfacción de los clientes
- Establecimiento y cumplimiento sucesivos de objetivos para los indicadores directos de percepción de la satisfacción de los clientes.
- Utilización de indicadores de rendimiento interno para las áreas relevantes de la satisfacción de los clientes.

Tabla 33 Criterio 6 Resultados en los clientes

✓ PUNTUACIÓN OBTENIDA CRITERIO 6: RESULTADOS EN LOS CLIENTES

Porcentaje EFQM	Frecuencia		sumatoria
	Pregunta 25	Pregunta 26	
25%	3	3	6
50%	1	2	3

150%

150%

75%	2	0	2	150%
100%	0	1	1	100%
			12	550%
	46%	46%		

46%

Tabla 34 Puntuación obtenida Criterio 6: Resultados en los clientes

2.8.2.7 CRITERIO 7: RESULTADOS EN LAS PERSONAS

A continuación se muestra, para el criterio Resultados en las personas del EFQM, las fortalezas y áreas de mejora detectadas en el Servicio de Cardiología del HNR:

CRITERIO 7: RESULTADOS EN LAS PERSONAS
<p>FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los directivos del servicio de cardiología siempre están abiertos y dispuestos a escuchar a los empleados y poderles ayudar en resolver sus dudas o necesidades. • Existe un plan de reuniones de los responsables del servicio todos los martes.
<p>ÁREAS DE MEJORA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar planes de formación para el personal, asistencia a cursos, congresos y jornadas profesionales. • Establecer mecanismos sistemáticos para conocer las expectativas y necesidades del personal. • Medición de la satisfacción y necesidades del personal mediante encuestas. • Habilitar canales de comunicación interna para transmitir opiniones, quejas, sugerencias, etc.

Tabla 35 Criterio 7: Resultados en las personas

✓ **PUNTUACIÓN OBTENIDA CRITERIO 7: RESULTADOS EN LAS PERSONAS**

Porcentaje EFQM	Frecuencia		Sumatoria	
	Pregunta 27	Pregunta 28		
25%	5	4	9	225%
50%	0	1	1	50%
75%	0	0	0	0%
100%	1	1	2	200%
			12	475%
	38%	42%		

40%

Tabla 36 Puntuación obtenida Criterio 5: Resultados en las personas

2.8.2.8 CRITERIO 8: RESULTADOS EN LA SOCIEDAD

A continuación se muestra, para el criterio Resultados en la sociedad, las fortalezas y áreas de mejora detectadas en el Servicio de Cardiología del HNR:

CRITERIO 8: RESULTADOS EN LA SOCIEDAD
<p>FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se está trabajando junto con unos alumnos de licenciatura en trabajo social para crear espacios en los que se pueda educar al paciente para llevar una vida que ayude a prevenir enfermedades cardiacas.
<p>ÁREAS DE MEJORA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cooperación con otras organizaciones de tipo internacional o nacional para conseguir donaciones. • Planes de integración de pacientes que no sepan leer ni escribir y/o pacientes sordomudos.

Tabla 37 Criterio 8: Resultados en la sociedad

✓ **PUNTUACIÓN OBTENIDA CRITERIO 8: RESULTADO
EN LA SOCIEDAD**

Porcentaje EFQM	Frecuencia		sumatoria	
	Pregunta 29	Pregunta 30		
25%	4	3	7	175%
50%	1	1	2	100%
75%	1	0	1	75%
100%	0	2	2	200%
			12	550%
	38%	54%		

46%

Tabla 38 Puntuación obtenida Criterio 5: Resultado en la sociedad

2.8.2.9 CRITERIO 9: RESULTADOS CLAVE DE LA ORGANIZACIÓN

CRITERIO 9: RESULTADOS CLAVE DE LA ORGANIZACIÓN
<p>FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> Al no poseer un presupuesto asignado tienen que tener una estrategia bien establecida de planificación para hacer el pedido de insumos que se van a utilizar en un periodo de tiempo.
<p>ÁREAS DE MEJORA</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar indicadores correspondientes a las necesidades del servicio. Medir y llevar un control sistemático de indicadores necesarios en el servicio. Potenciar el benchmarking y tomar las buenas prácticas de otras instituciones. Establecer sistemáticamente acciones de mejora continua. Diseñar acciones anuales en un plan estratégico y ponerlo en marcha.

Tabla 39 Criterio 9: Resultados clave de la Organización

**✓ PUNTUACIÓN OBTENIDA CRITERIO 9: RESULTADOS CLAVE
DE LA ORGANIZACIÓN**

Porcentaje EFQM	Frecuencia		Sumatoria	
	Pregunta 31	Pregunta 32		
25%	3	4	7	175%
50%	2	1	3	150%
75%	0	0	0	0%
100%	1	1	2	200%
			12	525%
	46%	42%		

44%

Tabla 40 Puntuación obtenida Criterio 9: Resultados clave de la organización

2.8.3 ANÁLISIS TOTAL DE TODOS LOS CRITERIOS DEL MODELO EFQM DE EXCELENCIA

PUNTUACIÓN DE LOS CRITERIOS DEL MODELO EFQM DE EXCELENCIA				
CRITERIO		PUNTOS MÁXIMOS	PORCENTAJE OBTENIDO	PUNTUACIÓN EFQM
1	Liderazgo	100	53%	53
2	Personas	90	50%	45
3	Política y Estrategia	80	56%	45
4	Alianzas y Recursos	90	55%	50
5	Procesos	140	48%	68
6	Resultados en las personas	90	46%	41
7	Resultados en los Clientes	200	40%	79
8	Resultados en la Sociedad	60	46%	28
9	Resultados Clave	150	44%	66

**PUNTUACIÓN TOTAL EFQM DE LA
ORGANIZACIÓN=**

474

Tabla 41 Puntuación de los criterios del modelo EFQM de excelencia

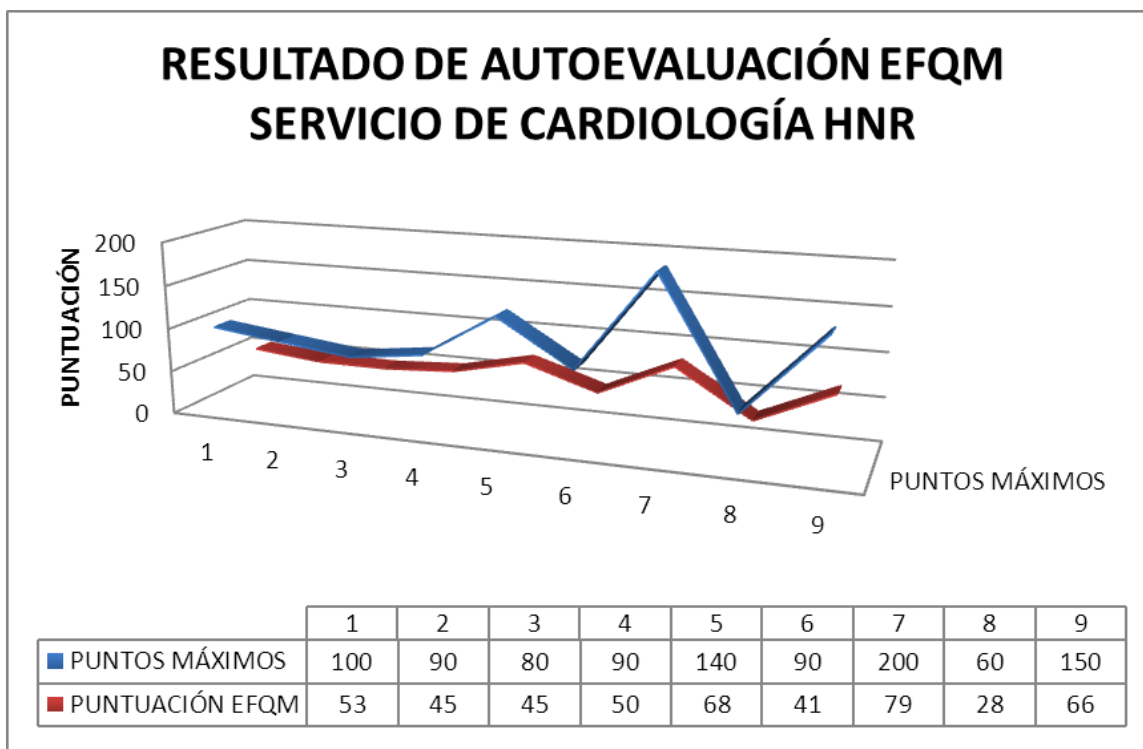


Ilustración 23 Resultado de autoevaluación EFQM

Dónde:

- Puntos máximos: es la puntuación que marca la excelencia en una autoevaluación.
- Puntuación EFQM: es la puntuación obtenida de la autoevaluación realizada por los directivos del Hospital Nacional Rosales.

La puntuación total EFQM obtenida de la organización es de 474 de los posibles 1000 puntos que se pueden llegar a obtener en la evaluación, como se puede ver en el gráfico existen varios aspectos en las áreas del servicio de cardiología que se pueden mejorar para poder brindar un servicio de mejor calidad hacia los pacientes que día a día llegan a solicitar dicho servicio, por lo anteriormente descrito aún no se puede considerar como una

organización bien gestionada pero que puede llegar a ello. A continuación se detallan las fortalezas y debilidades (áreas de mejora) identificadas a través de dicha auto evaluación:

2.8.4 PRIORIZACIÓN DE ÁREAS DE MEJORA.

MATRIZ DE PRIORIZACIÓN DE ÁREAS DE MEJORA

La Autoevaluación es una experiencia importante para cualquier organización, especialmente si está iniciando su camino hacia la Excelencia, de ahí que la planificación meticulosa de la misma, es fundamental para lograrlo de éxito. El proceso de Autoevaluación permite a la organización sanitaria que la aplica, diferenciar claramente sus puntos fuertes, de las áreas dónde pueden introducirse mejoras.

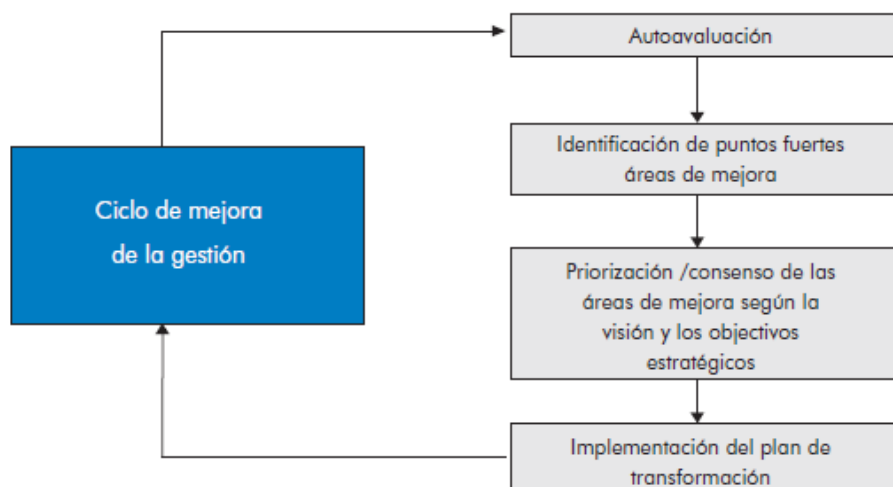


Ilustración 24 Ciclo de mejora de la gestión

A continuación estas áreas de mejora deben priorizarse. Se aplicará una matriz de priorización, que puntúa de 1 a 5 los siguientes criterios: impacto en el cliente, impacto en el centro sanitario, viabilidad de la mejora y, necesidad de mejora. Después de este proceso de evaluación y priorización, se tienen que diseñar e implantar Planes de Mejora, para transformar las áreas de mejora detectadas y priorizadas.

Criterio	Áreas de mejora	Criterios de selección de las áreas de mejora (1=bajo; 3=Medio; 5=Alto)				Puntos
		<i>Impacto en el cliente</i>	<i>Impacto en el Área</i>	<i>Viabilidad del proyecto</i>	<i>Necesidad de mejora</i>	
1. Liderazgo	<ul style="list-style-type: none"> • A • B • C 					
2. Políticas y estrategia	<ul style="list-style-type: none"> • A • B • C 					
3. Personas	<ul style="list-style-type: none"> • A • B • C 					
4. Alianzas y recursos	<ul style="list-style-type: none"> • A • B • C 					
5. Procesos	<ul style="list-style-type: none"> • A • B • C 					
6. Resultados Clientes	<ul style="list-style-type: none"> • A • B • C 					
6. Resultados Personas	<ul style="list-style-type: none"> • A • B • C 					
8. Resultados Sociedad	<ul style="list-style-type: none"> • A • B • C 					
9. Resultados clave	<ul style="list-style-type: none"> • A • B • C 					

Tabla 42 Matriz de priorización de Áreas de mejora.

2.8.5 CONCLUSIONES DEL DIAGNÓSTICO

A partir de la matriz de priorización⁸, se destacaron las áreas de mejora siguientes:

1. Definición de misión, visión, valores, políticas y estrategias. Y divulgación entre el personal del servicio de cardiología.

⁸ Ver anexo 12

2. Realización de reuniones periódicas con mayor frecuencia que traten de aspectos de mejora en el servicio.
3. Actualización de los perfiles profesionales y elaboración de manuales de puestos y funciones adaptadas las necesidades del servicio.
4. Planificación del uso de edificios, equipos y materiales en función de un mejor aprovechamiento y desarrollo de las actividades diarias
5. Disponibilidad y utilización de indicadores para evaluar la efectividad de la gestión de los procesos y la orientación al cliente.
6. Identificación y diseño de procesos y subprocesos (Mapas de procesos)
7. Introducción de cambios y mejoras en los procesos, comunicación a los grupos de interés y evaluación de resultados
8. Planificación o puesta en marcha de acciones de mejora respecto a la gestión de los procesos y la orientación al cliente
9. Definición y documentación de los procesos (gestor, misión, clientes, entradas, salidas, diagramas de flujo)
10. Existencia de objetivos e indicadores de los procesos para gestionar y medir la eficacia de los mismos
11. Identificación y priorización de las posibles oportunidades de mejora de la gestión de los procesos mediante la medición, el aprendizaje y la orientación al cliente
12. Planificación/utilización de sistemas para evaluar/revisar periódicamente la gestión de los procesos y la orientación al cliente
13. Establecimiento de planes, objetivos y equipos de mejora en función de los resultados obtenidos de los indicadores indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de clientes
14. Establecer sistemáticamente acciones de mejora continua.
15. Diseñar acciones anuales en un plan estratégico y ponerlo en marcha.

2.9 RAMA 2 DE DIAGNÓSTICO: PUNTO DE VISTA USUARIOS (PACIENTES)

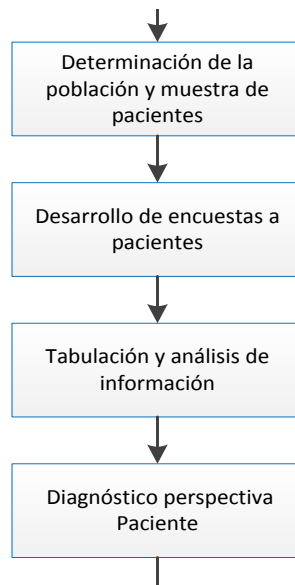


Ilustración 25 Diagrama, determinación del marco muestral

2.9.1 DETERMINACIÓN DEL MARCO MUESTRAL

En este caso, el marco muestra estará delimitado por los pacientes de cardiología los cuales son mayores de 12 años, se excluyen a los menores de 12 años ya que en Hospital se atienden únicamente a las personas de edad superior a esta, los menores de 12 años son atendidos en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.

Pasos a seguir para la determinación del marco muestral

- Determinar el tamaño de la muestra
- El punto establecido para realizar las encuestas es en las instalaciones del servicio de cardiología del Hospital Nacional Rosales, ya que lo que se quiere evaluar es la percepción de la calidad del servicio que el usuario puede tener; también se toma de punto de realización de encuestas el servicio de cardiología por las siguientes razones:
 - Flujo elevado de pacientes que usan directamente el servicio de cardiología
 - Ambiente que propicia la confianza y facilita el abordaje de las personas con padecimientos cardiacos

- Se abordan directamente las personas que reciben el servicio y por ende tienen el conocimiento para responder la encuesta
- Para abordar a las personas que se les realizará la encuesta, se deberá explicar el motivo de la realización de la encuesta y seleccionar a los pacientes al azar.
- El tiempo requerido para la realización de las encuestas del paciente es de dos semanas.

Elección del Método de muestreo

Para la elección del método de muestreo se evaluará entre el muestro probabilístico y el muestreo no probabilístico. A continuación el concepto de cada uno de ellos ya que nos servirán de guía para dicha evaluación sobre el tipo de muestreo a utilizar:

- Muestreo probabilístico: Se eligen de tal manera que todo elemento de la población tenga una probabilidad de ser elegido conocida y diferente de cero.
- Muestreo no probabilístico: Se obtienen seleccionando elementos específicos de la población de manera no aleatoria. La no aleatoriedad se produce por accidente cuando los elementos de la población se eligen por conveniencia.

En base a los conceptos anteriores se escoge el método de muestreo probabilístico aleatorio simple, ya que en este método, se elige de manera que cada miembro o elemento de la población tenga una probabilidad conocida e igual de ser incluido.

Cálculo del tamaño de la muestra

Se determina a través de la ecuación de muestreo aleatorio simple para poblaciones finitas:

$$n = \frac{K^2 N p q}{[(N - 1) e^2 + K^2 p q]}$$

DONDE:

n= Tamaño de la muestra

N= Universo de la población

K= Valor crítico correspondiente al coeficiente de confianza de investigación

e= Precisión (error máximo admisible en términos de proporción)

p= Probabilidad de éxito, o proporción esperada.

q= Probabilidad de fracaso (1-p)

Obtención de datos

▪ Población

Pacientes del servicio de cardiología del Hospital Rosales que acudieron en el tiempo que se determinó en el cronograma para realizar las encuestas, el cual fue estipulado de dos semanas.

Anualmente se tiene que llegan a consulta 18,243 a partir de este dato se determina que para las dos semanas establecidas el universo es de 761 pacientes entre los cuales están los pacientes subsecuentes y los pacientes de primera vez.⁹

$$N = 761$$

▪ Nivel de confianza

El nivel de confianza es la probabilidad de que el parámetro a estimar se encuentre en el intervalo de confianza. Los niveles de confianza más usuales son: 90%; 95% y 99%.

El grupo de trabajo considerará un nivel de confianza de 95% con un valor de error muestral correspondiente e=5% que afecta el nivel de confianza K; se considera aceptable este nivel de error en el muestreo debido a que en la institución no se han realizado investigaciones de este tipo, por lo cual se utiliza en dicho cálculo.

El valor del error muestral correspondiente al nivel de confianza se muestra en la siguiente tabla:

K	1.15	1.28	1.44	1.65	1.96	2	2.58
Nivel de confianza	75%	80%	85%	90%	95%	95.5%	99%

Tabla 43 Determinación del nivel de confianza

▪ Determinación de p y q

⁹ Dato tomado de la información estadística proporcionada por ESDOMED.

En la aplicación de la fórmula para el cálculo del tamaño de la muestra suele presentarse el problema de determinar el valor de p .

Esta dificultad se puede solventar de una de las siguientes formas:

- ✓ Si existen estudios anteriores sobre la misma temática, podemos obtener, a través de ellos, una idea aproximada del valor de p .
- ✓ Se puede realizar un sondeo previo, con una muestra pequeña, para estimar el valor de p .

Según la teoría de probabilidad se sabe que la suma de probabilidades tiene que ser igual a

En el caso de este estudio, hay dos posibilidades:

- ✓ Que él o la paciente acepte ser encuestado
- ✓ Que él o la paciente no acepte ser encuestado

La probabilidad de éxito se considera como la probabilidad de que el paciente seleccionado al azar conteste la encuesta. Por tanto, la probabilidad de fracaso será la probabilidad de que el paciente se niegue a contestar la encuesta y el número de intentos realizado constituirá la probabilidad del 100%. La población a encuestar para la prueba piloto son de 20 pacientes del servicio de cardiología.

Aplicando lo anterior tendremos que $p + q = 1$. Como lo que nos interesa es conocer el valor de p y q , se realizó una prueba piloto de 20 encuestas. Se realizaron 20 intentos de los cuales el resultado fue:

Prueba piloto		
P	18	90%
q	2	10%
Total	20	100%

Por lo tanto:

$$p = \frac{\text{respuestas positivas}}{\text{total de respuestas}} = \frac{18}{20} = 0.9$$

$q =$ *proporcion en que la variable no se da en la población*

$$q = (1 - p) = (1 - 0.9) = 0.1$$

Cálculo de la muestra

Utilizando la fórmula y los datos obtenidos se tiene:

$$n = \frac{1.96^2 \times 761 \times 0.9 \times 0.1}{[(761 - 1)0.05^2 + 1.96^2 \times 0.9 \times 0.1]}$$
$$n = 117.1599 = 118 \text{ encuestas}$$

Como resultado se obtiene que se debe realizar 118 encuestas a los distintos pacientes del servicio de cardiología.

2.9.2 CONCLUSIONES DEL DIAGNÓSTICO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS PACIENTES¹⁰

Se ha realizado una priorización de los problemas detectados respecto a la satisfacción del paciente, tomando como base las preguntas en las cuales se ha obtenido un porcentaje mayor al **10% en la opción de respuesta “MUY INSATISFECHO”**, pues se considera que es ahí donde debe prestarse más atención.

Según este criterio se pueden determinar las siguientes áreas de mejora:

2. Tiempo en que espera el paciente para ser visto por primera vez por el especialista de cardiología.
3. El tiempo que esperan los pacientes desde que fueron citados para su consulta hasta que fueron atendidos por el especialista.
4. Higiene en los servicios sanitarios de cardiología.
5. Señalización y facilidad para encontrar los consultorios y los lugares donde se hacen los procedimientos y exámenes.
6. Comodidad mientras el paciente espera a ser atendido por el especialista.
7. Atención por parte del personal de enfermería y el personal administrativo.

¹⁰ Ver Anexo 3: Tabulación de resultados obtenidos en encuesta de satisfacción del paciente.

2.10 RAMA 3 DE DIAGNÓSTICO: SITUACIÓN ACTUAL DE LOS PROCESOS

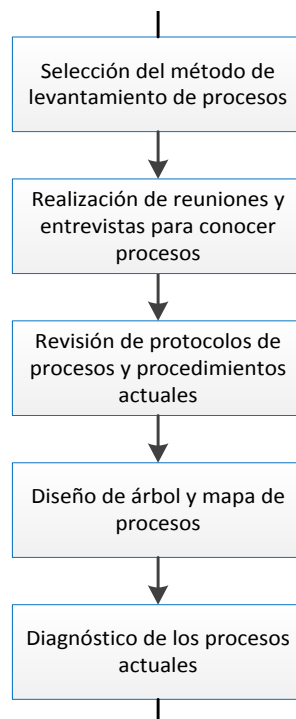


Ilustración 26 Selección del método de análisis de los procesos

2.10.1 SELECCIÓN DEL MÉTODO DE ANÁLISIS DE LOS PROCESOS

Para poder abordar de una mejor manera la fase del diagnóstico de la investigación, se formularon una serie de pasos para tomar de base al momento de proceder con dicha investigación los cuales son los siguientes:



Ilustración 27 Elementos para la fase del diagnóstico de la investigación

2.10.2 DELIMITACIÓN DE LOS PROCESOS.

El primer paso para el análisis de los procesos en la organización es identificar y analizar cuáles son los procesos que deben configurar el sistema, es decir, cuales procesos deben formar parte de la estructura de procesos.

Es importante recordar que los procesos existen dentro de una organización, de manera que el esfuerzo debe centrarse en identificarlos y gestionarlos de manera adecuada. Para la identificación de los procesos desarrollados en el SC-HNR se realizaron entrevistas semi-estructuradas al personal para obtener la información relevante sobre los procesos realizados en cada área de trabajo.

La información recolectada a través de las entrevistas realizadas al personal sirve como insumo para realizar el Análisis PEPSU de los procesos identificados en el SC-HNR.

2.10.3 DOCUMENTACIÓN DE LOS PROCESOS.

2.10.3.1 LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTACIÓN

Un aspecto de vital importancia para el funcionamiento correcto de una institución es contar con una documentación clara y actualizada de sus procesos y una definición específica de las funciones y responsabilidades de cada área. Esto permite que las personas

sepan con seguridad cómo actuar ante determinada situación y lo hagan de igual manera las veces en que esta se repita.

A través de entrevistas en las áreas de trabajo del servicio de cardiología del Hospital Nacional Rosales y finalmente una entrevista con la jefa de cardiología la Dra. Basagoitia se completó el Lista de verificación de documentación para corroborar la existencia de documentos que respalden los procesos, recordando que el EFQM evalúa estos aspectos para su cumplimiento.

No.	Aspectos a revisar	Verificación		Observaciones
		Si	No	
1	¿Se cuenta con un listado por escrito sobre funciones y responsabilidades de las áreas de trabajo?	X		Si se cuenta con las funciones y responsabilidades del personal por escrito pero no están actualizadas y no se difunden. Las funciones que se realizan son muchas más que las que están por escrito.
2	¿Se cuenta con una descripción por escrito sobre los procedimientos a desarrollar en cada área de trabajo?		X	Algunos procedimientos están descritos pero son de otras áreas más generales como emergencia y consulta externa, no se profundiza en el servicio de cardiología.
3	¿La información disponible es correcta y actualizada?		X	La documentación que se posee no está actualizada ya que el personal de cardiología realiza más actividades de las que están estipuladas.
4	¿Se cuenta con un manual de descripción de puestos?		X	Los manuales de descripción de puestos que se poseen son generales del Hospital no son específicos del servicio de cardiología.
5	¿Se cuenta con un manual		X	Los manuales de organización y

	de organización y funciones?			funciones que se poseen son generales del Hospital no son específicos del servicio de cardiología.
6	¿Se tiene acceso a la documentación de manera fácil y rápida?		X	Debido a que no están actualizados y no son específicos del servicio de cardiología no se practica la difusión o consulta de dicha información.
7	¿Se tienen identificados los procesos claves, operativos, administrativos y estratégicos?		X	No se encuentran identificados y por ende tampoco documentados.
8	¿Se cuenta con flujogramas de los procesos que permitan conocer la secuencia de los mismos?		X	No se cuentan con flujogramas de los procesos debido a que no están identificados ni documentados.
9	¿Se tiene conocimiento por parte de los directivos sobre los principios e importancia del EFQM?		X	Algunos doctores directivos poseen maestrías en administración de hospitales lo cual les permite conocer acerca de las autoevaluaciones pero nunca se ha aplicado una herramienta de este tipo dentro del Hospital.

Ilustración 28 Lista de verificación para la corroboración de la documentación en el servicio

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DEL LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTACIÓN

En los aspectos evaluados respecto a la documentación del servicio de cardiología se observa que el 89% de ellos no se cumplen, y el 11% de la documentación que si se tiene disponible esta desactualizada o es inadecuada.

Este es un aspecto crítico en que el servicio de cardiología debe mejorar a fin de implementar una gestión que permita brindar los mejores servicios a los pacientes.

MAPA DE PROCESOS.

La manera más representativa de reflejar los procesos identificados y sus interrelaciones es a través de un mapa de procesos que es la representación gráfica de la estructura de procesos que conforman el modelo de gestión. Un mapa de procesos es un diagrama de valor; un inventario gráfico de los procesos de una organización.

Existen diversas formas de diagramar un mapa de procesos. 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. El modelo para la agrupación de procesos que se utilizara en este estudio es el siguiente:

2.10.4 IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS DESARROLLADOS

En el Servicio de Cardiología del HNR se realizan procedimientos tales como la realización de la consulta, realización de exámenes médicos, creación de recetas y creación de citas pero estos **procesos no están sistematizados ni documentados formalmente en la institución.**

A continuación se enlistan los procesos que se han identificado, los cuales hacen posible la prestación de los servicios médicos de cardiología; para poder determinar dichos procesos se realizaron una serie de entrevistas personales con los encargados de las diferentes áreas del servicio de cardiología debido a que estos procesos no están documentados, así como también se obtuvo la información a partir de la observación directa en las visitas técnicas dentro de las horas en las que se atienden a los pacientes para poder entender los procesos en condiciones normales, primero se esquematizó un árbol de procesos y posteriormente se describen los mismos:



Ilustración 29 Identificación de los procesos desarrollados

Modelo para la agrupación de procesos en el Mapa de Procesos.

2.10.5 CLASIFICACIÓN DE PROCESOS.

✓ PROCESOS ESTRATÉGICOS.

Los procesos estratégicos son aquellos establecidos por la Alta Dirección y definen cómo opera la institución y cómo se crea valor para el cliente o usuario y para la organización. Soportan la toma de decisiones sobre planificación, estrategias y mejoras en la organización. Proporcionan directrices, límites de actuación al resto de los procesos.

✓ PROCESOS FUNDAMENTALES U OPERATIVOS.

Son aquellos directamente ligados a los servicios que se prestan, y por tanto, orientados al cliente o usuario y a sus requisitos. Como consecuencia, su resultado es percibido directamente por ellos (se centran en aportarle valor).

En estos procesos, generalmente, intervienen varias áreas funcionales en su ejecución y son los que pueden conllevar los mayores recursos.

En resumen, los procesos operativos constituyen la secuencia de valor añadido del servicio desde la comprensión de las necesidades y expectativas del cliente o usuario hasta la prestación del servicio, siendo su objetivo final la satisfacción del cliente o usuario.

✓ PROCESOS DE APOYO O ADMINISTRATIVOS

Los procesos de apoyo son los que sirven de soporte al resto de procesos. Sin ellos no serían posibles los procesos operativos ni los estratégicos. Estos procesos son, en muchos casos, determinantes para que puedan conseguirse los objetivos de los procesos dirigidos a cubrir las necesidades y expectativas de los clientes o usuarios.

2.10.6 MAPA DE PROCESOS SC-HNR

A continuación se presente el Mapa de Procesos del Servicio de Cardiología del Hospital Nacional Rosales (SC-HNR) donde se presentan los procesos identificados en cada una de las clasificaciones, presentando la estructura utilizada en la prestación del servicio.

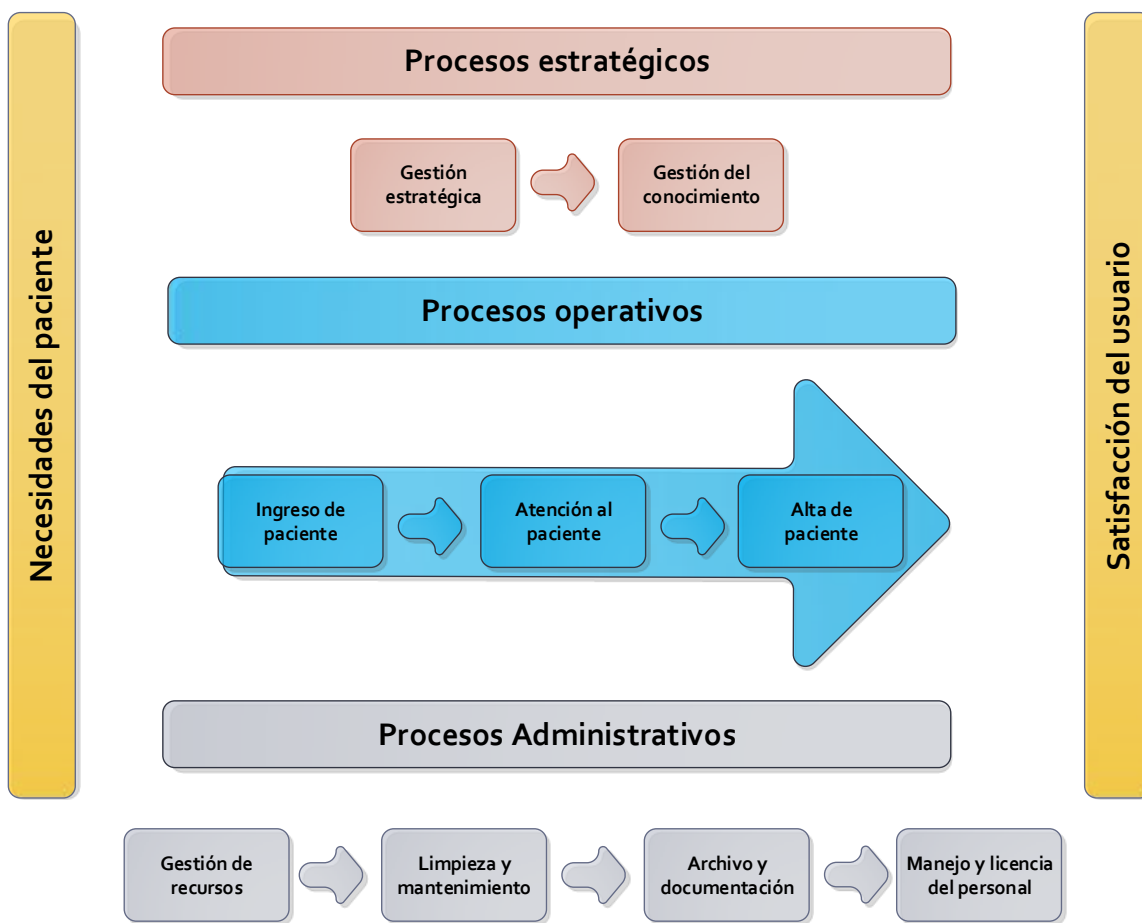


Ilustración 30 Mapa de procesos de Servicio de Cardiología del HNR

2.10.7 ÁRBOL DE PROCESOS.

Un árbol de procesos es un diagrama que nos muestra la estructura y evolución de los procesos en el sistema. Este diagrama facilita la interpretación de las actividades en su conjunto, debido a que se permite una percepción visual del flujo y la secuencia de los procesos.

En el árbol de procesos se muestran de manera más detallada el desarrollo y componentes de los procesos Estratégicos, Operativos o Misionales y de Apoyo descritos en el Mapa de Procesos. Para el desarrollo del Árbol de Procesos se realizó la siguiente clasificación:

- Macro-Proceso.
- Proceso.
- Sub-Proceso Nivel 1.
- Procedimiento.

✓ **ÁRBOL DE DESGLOSE DE PROCESOS**

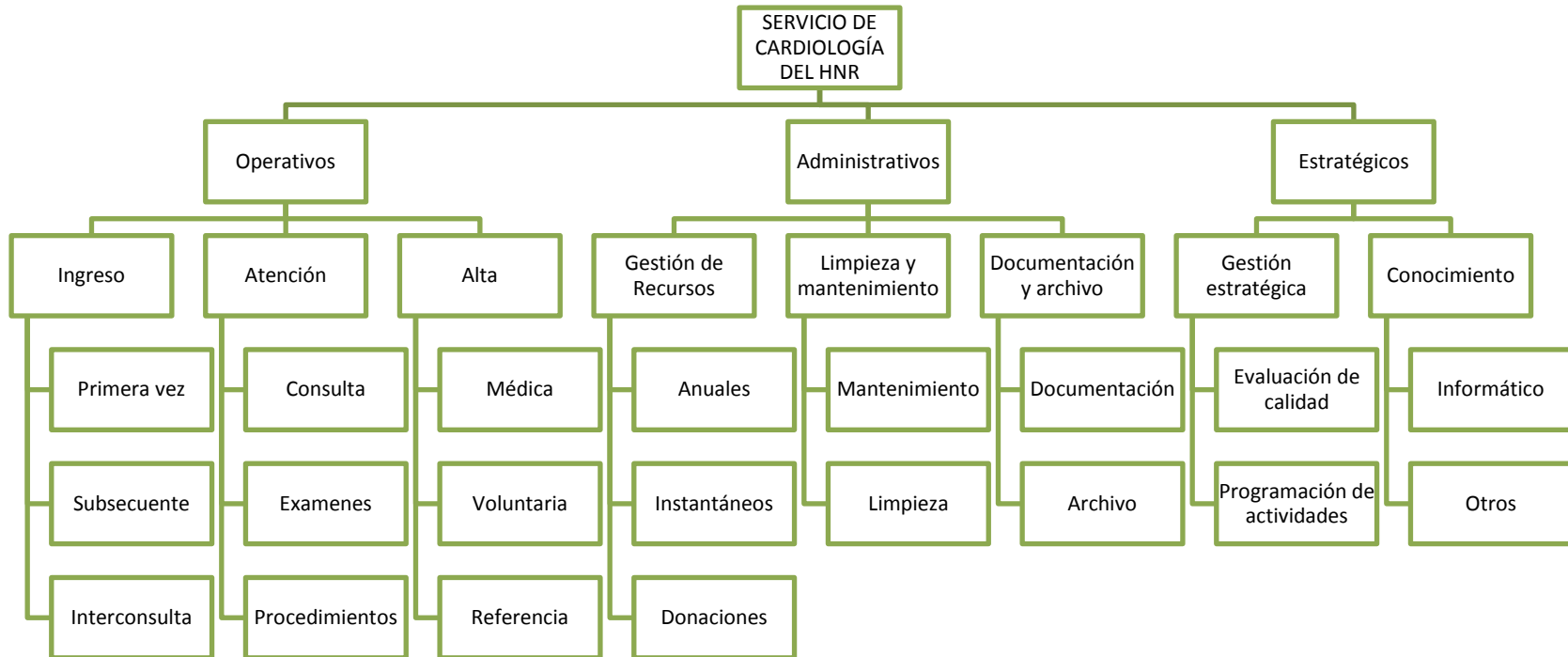


Ilustración 31 Árbol de desglose de procesos SC-HNR

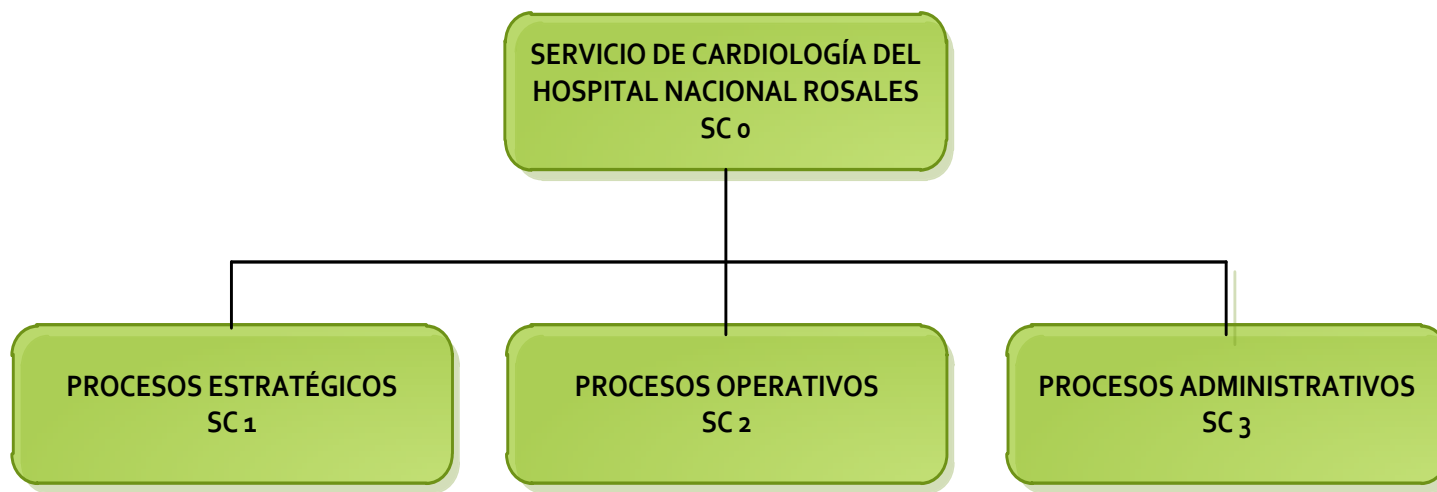


Ilustración 32 Macroprocesos SC-HNR

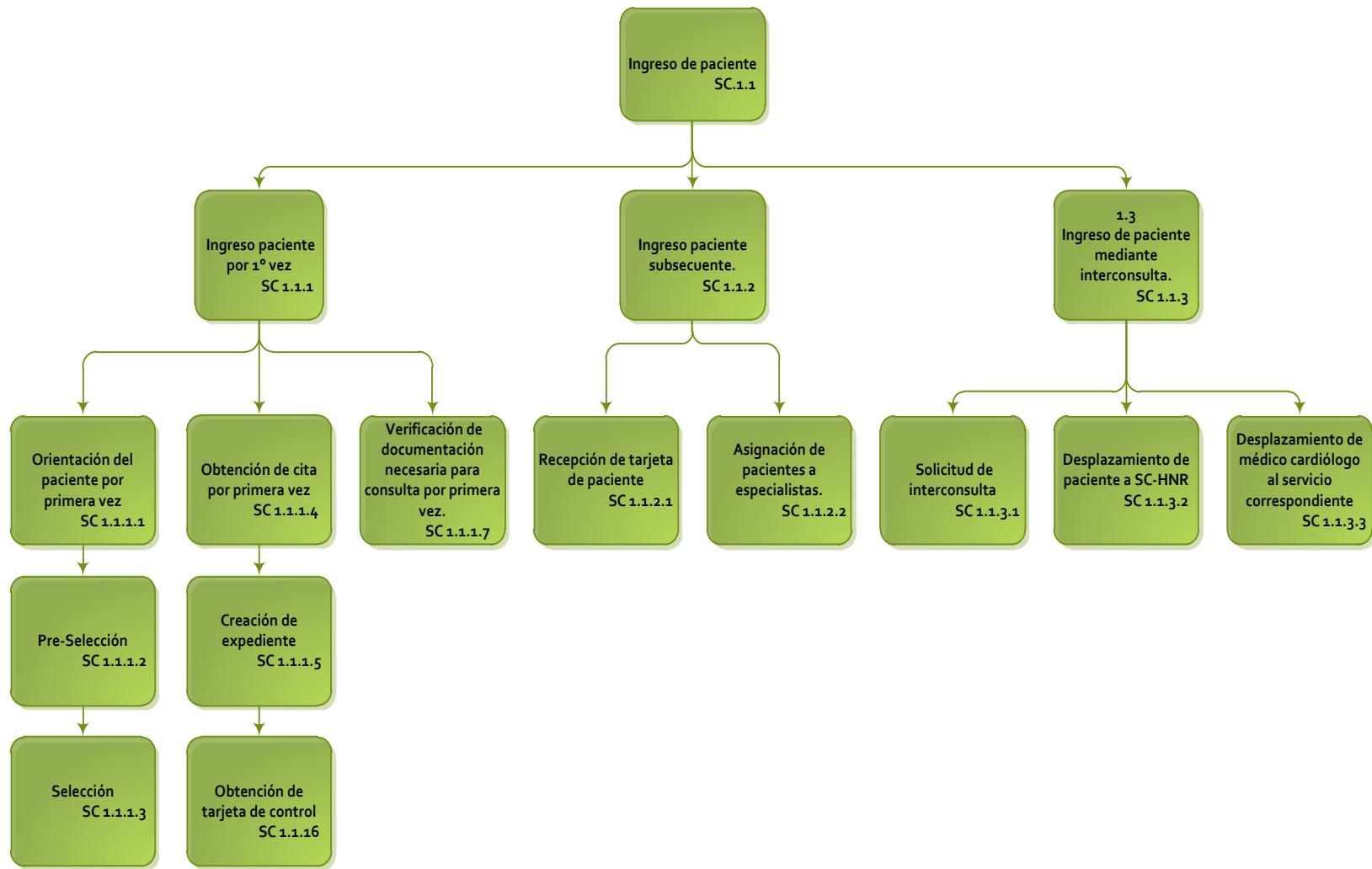


Ilustración 33 Proceso Operativo: Ingreso de pacientes

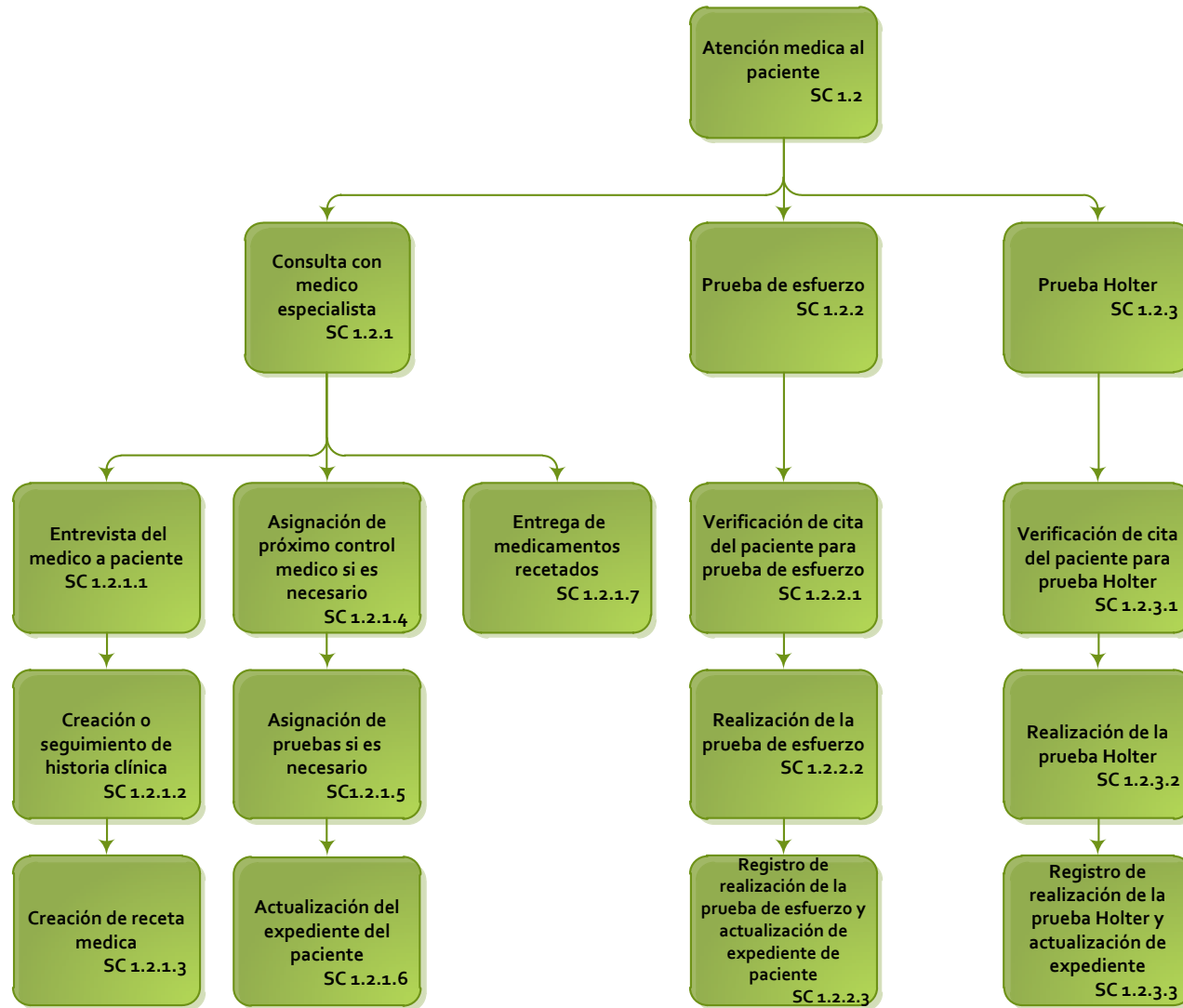


Ilustración 34 Proceso Operativo: Atención médica al paciente.

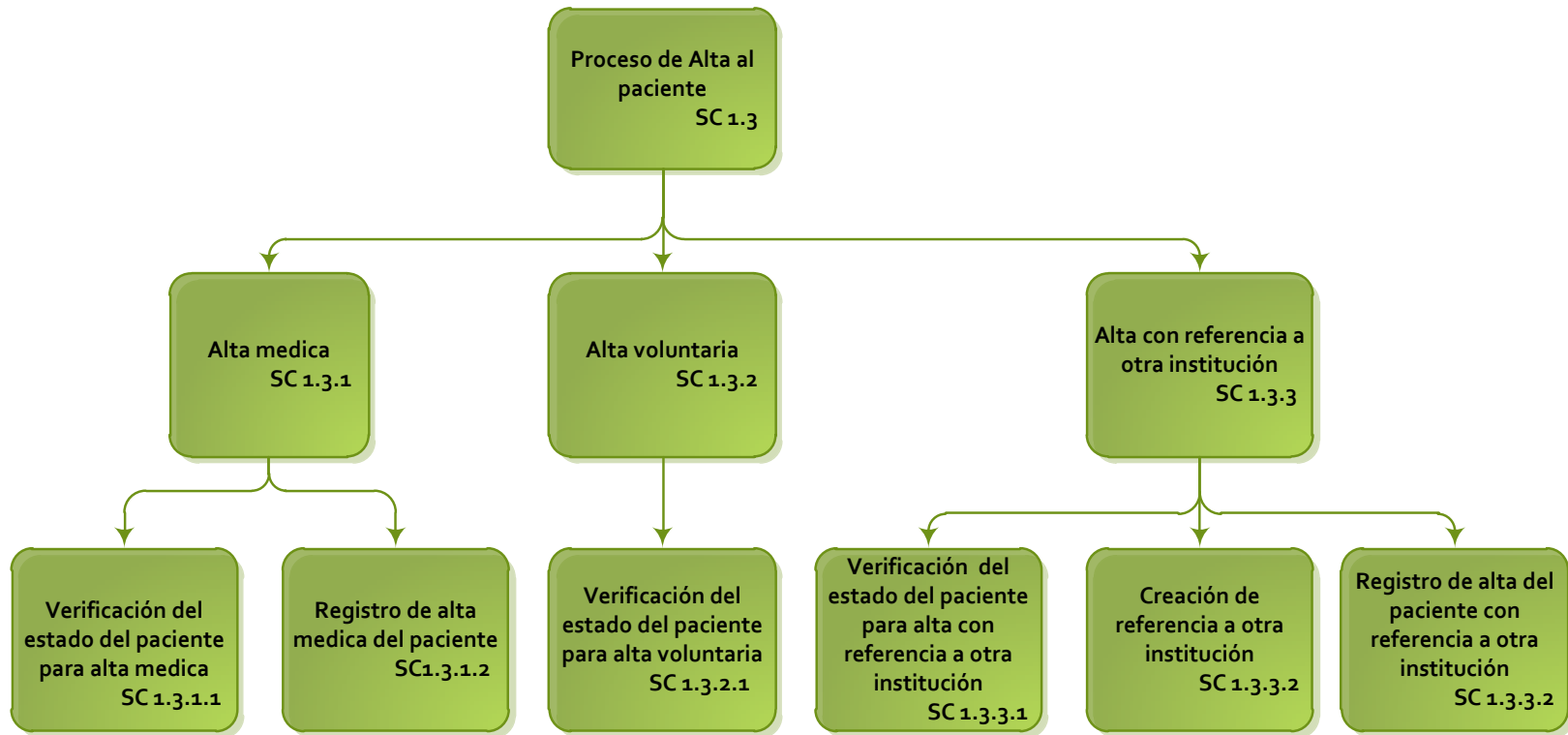


Ilustración 35 Proceso Operativo Alta al paciente

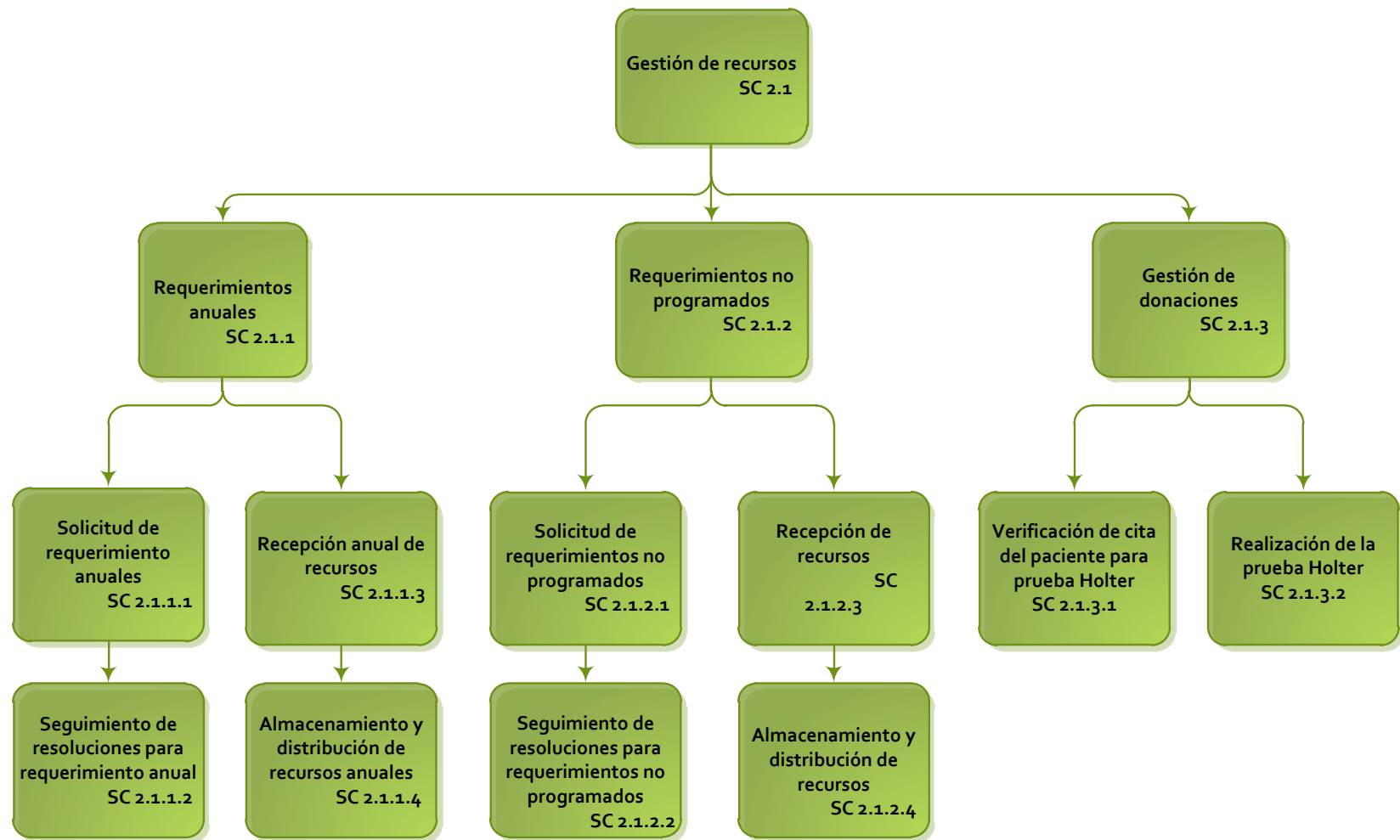


Ilustración 36 Proceso Administrativo Gestión de recursos

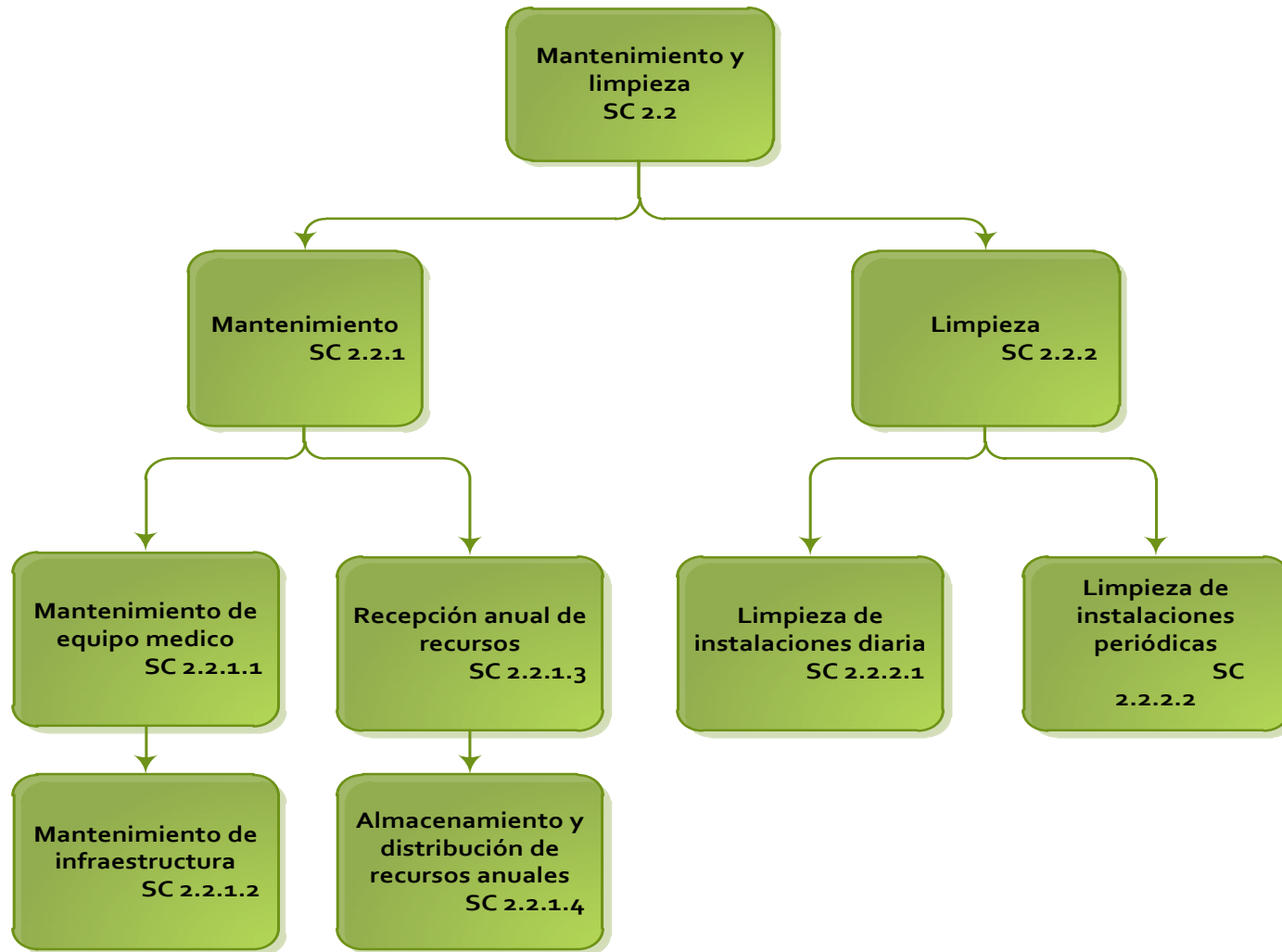


Ilustración 37 Proceso Administrativo Mantenimiento y limpieza

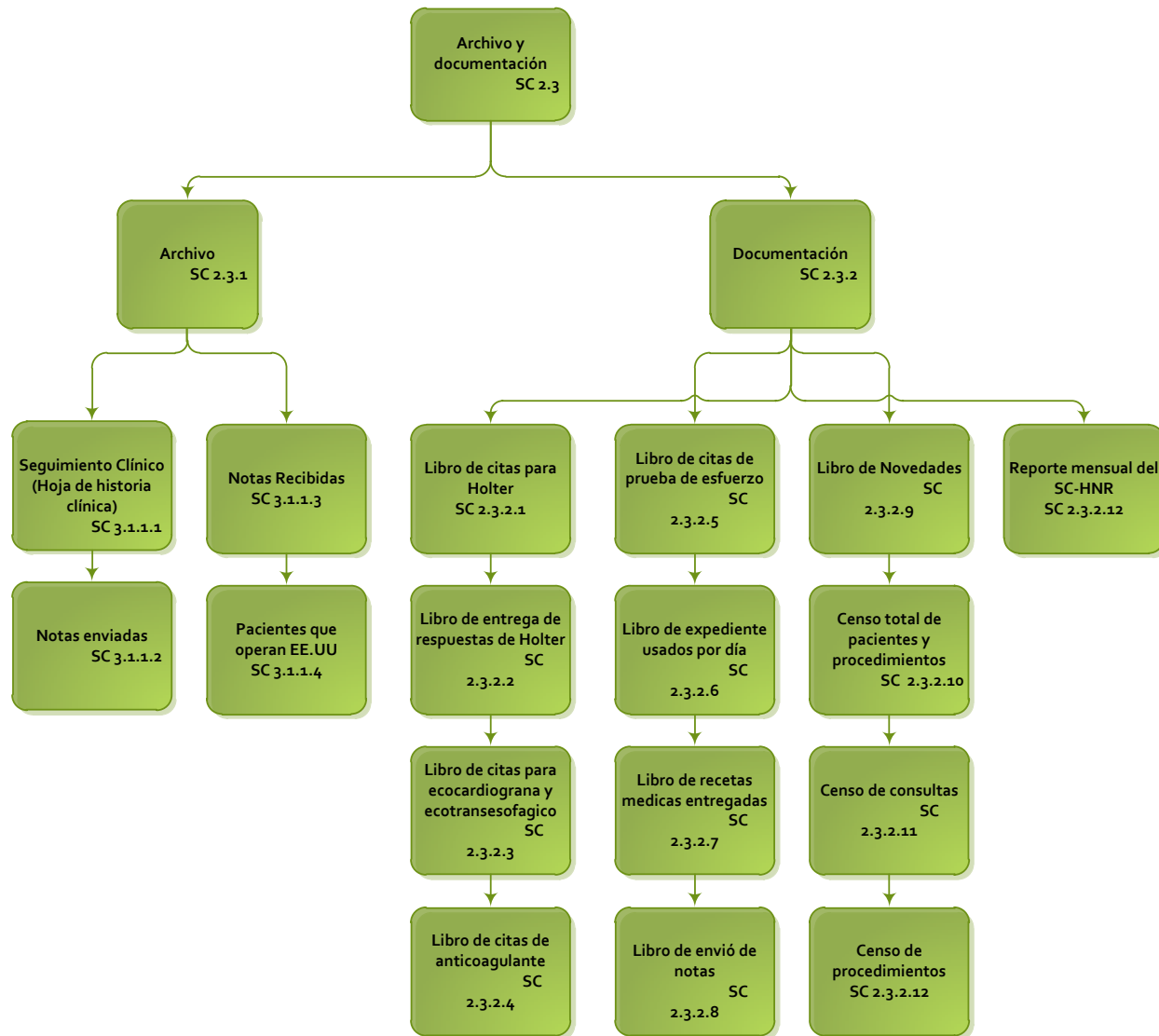


Ilustración 38 Proceso Administrativo Archivo y documentación

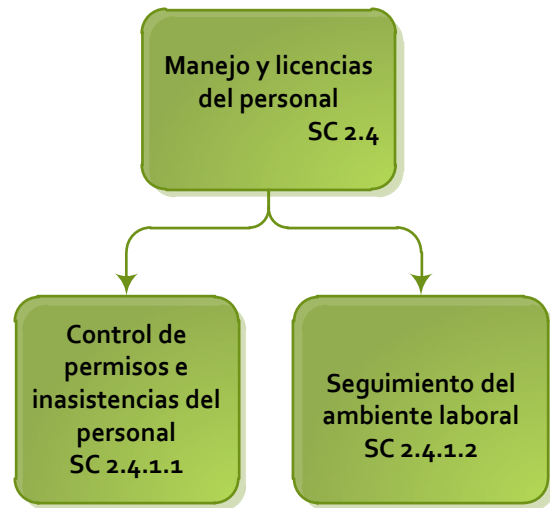


Ilustración 39 Proceso Administrativo Manejo y licencias del personal

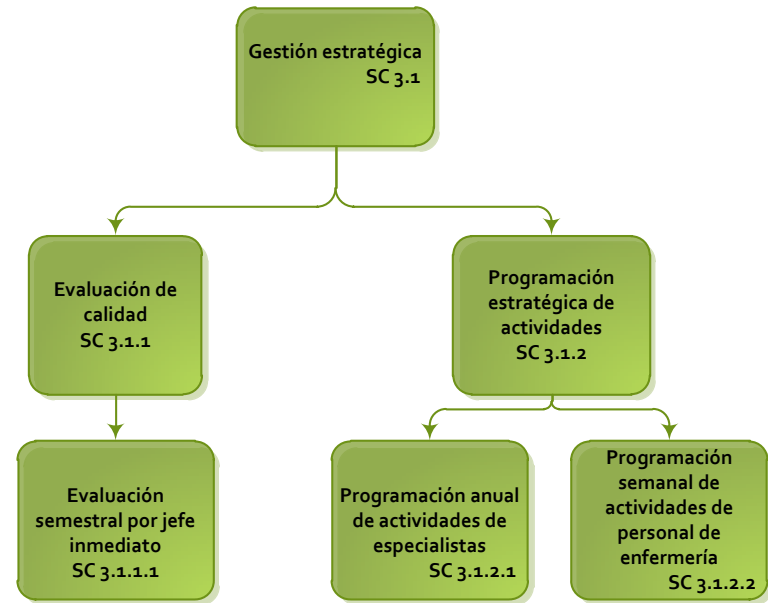


Ilustración 40 Proceso Estratégico Gestión estratégica

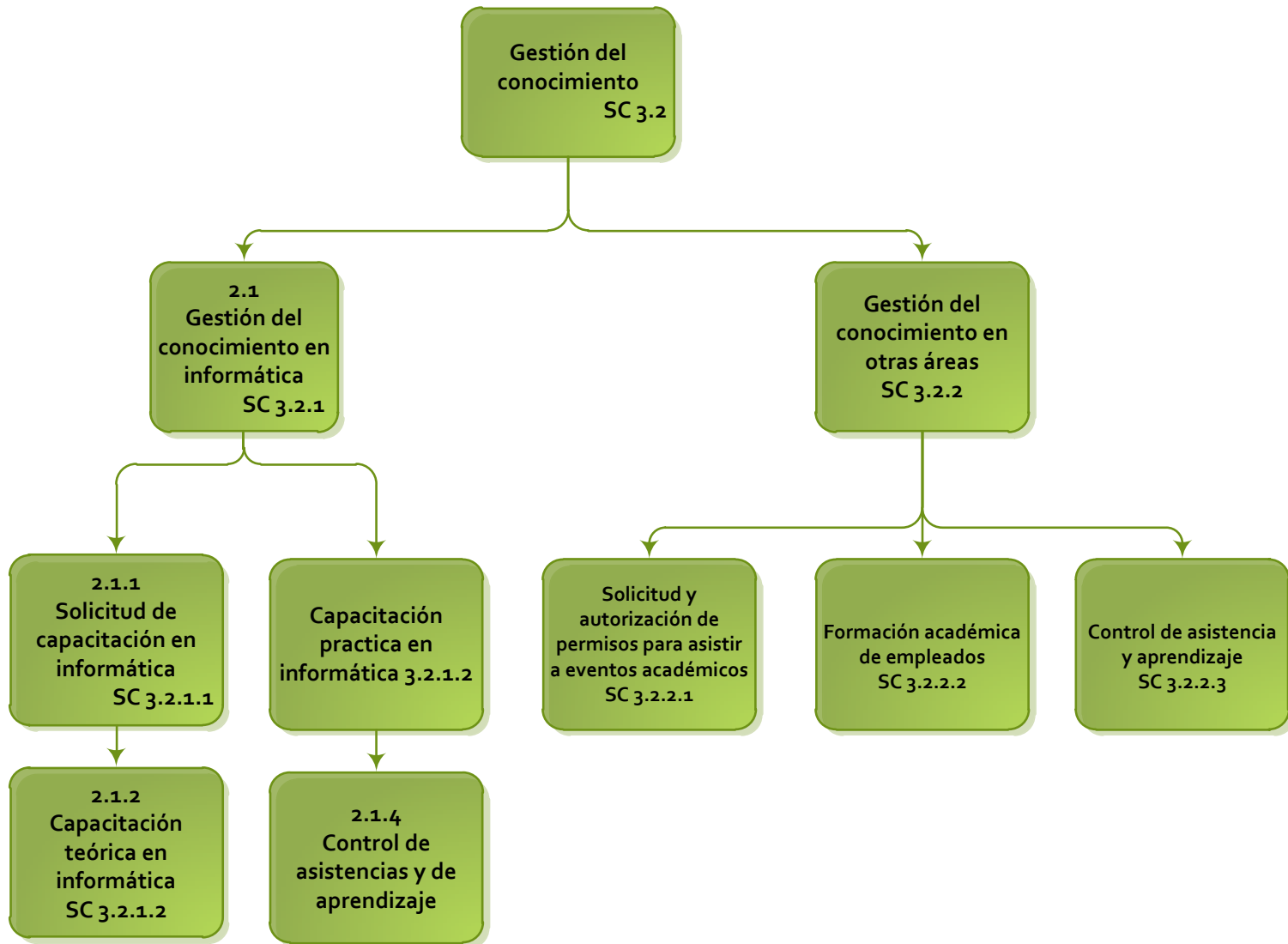


Ilustración 41 Proceso Estratégico Gestión del conocimiento

2.11 MATRIZ DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS DEL SC-HNR

A continuación se enlistan los procesos identificados mediante en el servicio de cardiología del HNR y se describe cada uno de ellos de manera breve.

MACRO PROCESO	PROCESO	SUBPROCESO	PROCEDIMIENTO
1. OPERATIVOS	1.1 Ingreso de paciente	1.1.1 Ingreso paciente por 1º vez.	1.1.1.1 Orientación del paciente por primera vez.
			1.1.1.2 Pre selección
			1.1.1.3 Selección
			1.1.1.4 Obtención de cita por primera vez
			1.1.1.5 Creación de expediente
			1.1.1.6 Obtención de tarjeta de control
			1.1.1.7 Verificación de documentación necesaria para consulta por primera vez.
		1.1.2 Ingreso paciente subsecuente.	1.1.2.1 Recepción de tarjeta de paciente
			1.1.2.2 Asignación de pacientes a especialistas.
		1.1.3 Ingreso de paciente mediante interconsulta.	1.1.3.1 Solicitud de interconsulta
			1.1.3.2 Desplazamiento de paciente a SC-

			HNR
			1.1.3.3 Desplazamiento de médico cardiólogo al servicio correspondiente
	1.2. Atención médica al paciente	1.2.1 Consulta con médico especialista.	1.2.1.1 Entrevista del médico a paciente.
			1.2.1.2 Creación o seguimiento de historia clínica
			1.2.1.3 Creación de receta médica
			1.2.1.4 Asignación de próximo control médico si es necesario.
			1.2.1.5 Asignación de pruebas si es necesario.
			1.2.1.6 Actualización del expediente del paciente.
			1.2.1.7 Entrega de medicamentos recetados
		1.2.2 Prueba de esfuerzo	1.2.2.1 Verificación de cita del paciente para Prueba de esfuerzo.
			1.2.2.2 Realización de la Prueba de esfuerzo.
			1.2.2.3 Registro de Realización de la Prueba de esfuerzo y actualización de expediente de paciente.
	1.2.3 Prueba Holter	1.2.3.1 Verificación de cita del paciente para	

			Prueba Holter.
			1.2.3.2 Realización de la Prueba Holter
			1.2.3.3 Registro de Realización de la Prueba Holter y actualización de expediente de paciente.
		1.2.4 Ecocardiograma transesofágico	1.2.4.1 Verificación de cita del paciente
			1.2.4.2. Realización de Ecocardiograma transesofágico
			1.2.4.3 Registro de Realización de Ecocardiograma transesofágico y actualización de expediente de paciente.
		1.2.5 Electrocardiograma	1.2.5.1 Verificación de referencia médica.
			1.2.5.2 Realización de Electrocardiograma
			1.2.5.3 Registro de Realización de Electrocardiograma y actualización de expediente de paciente.
		1.2.6 Rayos X	1.2.6.1 Verificación de referencia médica.
			1.2.6.2 Realización de examen de Rayos X
			1.2.6.3 Registro de Realización de Rayos X
		1.2.7 Ecocardiograma	1.2.7.1 Verificación de referencia médica.

			1.2.7.2 Realización de ecocardiograma	
			1.2.7.3 Registro de Realización de ecocardiograma	
	1.3 Proceso de Alta al paciente	1.3.1 Alta médica	1.3.1.1. Verificación del estado del paciente para alta médica.	
			1.3.1.2 Registro de alta médica del paciente	
		1.3.2 Alta voluntaria	1.3.2.1. Verificación del estado del paciente para alta voluntaria.	
			1.3.2.2 Registro de alta voluntaria del paciente	
		1.3.3 Alta con referencia a otra institución	1.3.3.1 Verificación del estado del paciente para alta con referencia a otra institución.	
			1.3.3.2 Creación de referencia a otra institución	
			1.3.3.3 Registro de alta del paciente con referencia a otra institución	
		2.ADMINISTRATIVOS	2.1 Gestión de recursos	2.1.1 Requerimientos anuales
2.1.1.2 Seguimiento de resoluciones para requerimiento anual.				
2.1.1.3 Recepción anual de recursos.				

			2.1.1.4 Almacenamiento y distribución de recursos anuales.
		2.1.2 Requerimientos no programados	2.1.2.1 Solicitud de requerimientos no programados.
			2.1.2.2 Seguimiento de resoluciones para requerimiento no programado.
			2.1.2.3 Recepción de recursos.
			2.1.2.4 Almacenamiento y distribución de recursos.
		2.1.3 Donaciones	2.1.3.1 Verificación de estado y fecha vencimiento de donaciones.
			2.1.3.2 Recepción de recursos por medio de donaciones.
		2.2 Mantenimiento y limpieza	2.2.1 Mantenimiento
	2.2.1.2 Mantenimiento de infraestructura.		
	2.2.2 Limpieza		2.2.2.1 Limpieza de instalaciones diaria.
			2.2.2.2 Limpieza de instalaciones periódica
	2.3 Archivo y documentación	2.3.1 Archivo	2.3.1.1 Seguimiento clínico (hoja de historia clínica).
2.3.1.2 Notas enviadas.			

			2.3.1.3 Notas recibidas.
			2.3.1.4 Registro de pacientes que operan en EEUU.
		2.3.2 Documentación	2.3.2.1 Libro de citas para Holter
			2.3.2.2 Libro de entrega de respuestas de Holter
			2.3.2.3 Libro de citas para ecocardiograma y ecotransesofagico
			2.3.2.4 Libro de citas de anticoagulante
			2.3.2.5 Libro de citas de prueba de esfuerzo
			2.3.2.6 Libro de expedientes usados por día
			2.3.2.7 Libro de recetas médicas entregadas
			2.3.2.8 Libro de envío de notas
			2.3.2.9 Libro de novedades
			2.3.2.10 Censo total de pacientes y procedimientos
			2.3.2.11 Censo de consultas
			2.3.2.12 Censo de procedimientos
2.3.2.13 Reporte mensual del SC-HNR			
2.4 Manejo y		2.4.1.1 Control de permisos e inasistencia del	

3.ESTRATÉGICOS	licencias del personal.		personal.
			2.4.1.2 Seguimiento del ambiente laboral.
	3.1 Gestión estratégica	3.1.1 Evaluación de calidad	3.1.1.1 Evaluación semestral por jefe inmediato
			3.1.1.2 Reunión administrativa semestral
	3.1.2 Programación de actividades	3.1.2.1 Programación anual de actividades de especialistas.	
		3.1.2.2 Programación semanal de actividades de personal de enfermería.	
	3.2 Gestión del conocimiento	3.2.1 Gestión del conocimiento en informática	3.2.1.1 Solicitud de capacitación en informática.
			3.2.1.2 Capacitación teórica en informática.
			3.2.1.3 Capacitación práctica en informática.
			3.2.1.4 Control de asistencias y de aprendizaje.
		3.2.2 Gestión del conocimiento en otras áreas	3.2.2.1 Solicitud y autorización de permisos para asistir a Eventos académicos
			3.2.2.2 Formación académica de empleados.
3.2.2.3 Control de asistencia y aprendizaje.			

Tabla 44 Matriz de procesos administrativos del SC-HNR

2.12 DESCRIPCIÓN DE PROCESOS

2.12.1 PROCESOS OPERATIVOS

1.1 Ingreso del paciente

Se refiere a todas las maneras por las que puede entrar un paciente al servicio de cardiología. Entre ellas están:

1.1.1 Ingreso de paciente por primera vez

El paciente llega por primera vez al hospital con una referencia de otra institución de primer o de segundo nivel y luego es evaluado en la consulta externa del Hospital Nacional Rosales por médicos internistas y se determina si amerita ser visto por un especialista de cardiología o no. Posteriormente a esta selección se realiza una próxima cita para la toma de la radiografía de tórax y para la toma de un electrocardiograma. También queda definida la fecha para la cita con el especialista de cardiología. El paciente tiene que sacar su expediente y su tarjeta para los procesos posteriores.

1.1.1.1 Orientación del paciente por primera vez

Cuando el paciente llega por primera vez al Hospital Nacional Rosales el vigilante revisa la referencia que trae el paciente de otra institución de primer o segundo nivel y se le orienta al paciente dónde es la consulta externa ahí es orientado a su vez para ser el procesos de pre selección.

1.1.1.2 Pre selección

En la pre selección se verifica si el paciente amerita ser visto en un Hospital de tercer nivel o si puede seguir siendo visto en un Hospital de segundo o primer nivel.

1.1.1.3 Selección

En la selección se determina en qué especialidad se debe colocar al paciente para que reciba su consulta según los síntomas que presenta y el diagnostico que determina el médico

internista de la consulta externa. Aquí se determina si el paciente amerita ser visto por el especialista de cardiología.

1.1.1.4 Obtención de cita por primera vez

Si se determinó que el paciente ameritaba pasar con el especialista de cardiología el paciente tiene que ir a sacar la cita para su radiografía del tórax, ecocardiograma y cita con el especialista.

1.1.1.5 Creación de expediente

El paciente tiene que crear su expediente en ESDOMED llevando su documento único de identidad y los documentos que son necesarios para la creación de su expediente.

1.1.1.6 Obtención de tarjeta de control

Después que el expediente ya está creado se le entrega al paciente una tarjeta con su número de registro y su expediente es guardado en archivo. En esta tarjeta se le anotan al paciente la fecha y la hora de sus próximas citas y de sus próximos exámenes y/o procedimientos.

1.1.1.7 Verificación de documentación necesaria para consulta por primera vez

Cuando llega el día de la primera consulta el paciente tiene que contar con 3 requisitos: referencia de otra institución, radiografía del tórax y ecocardiograma. Si no cuenta con estos 3 requisitos no es posible pasar consulta.

1.1.2 Ingreso de paciente subsecuente

El paciente ya tuvo su primera cita con el especialista de cardiología y es citado posteriormente para sus controles que usualmente son cada tres meses o para recibir sus tratamientos, al final de cada cita al paciente se le es entregada su tarjeta con la fecha de su próxima cita y sus recetas médicas si es necesario.

1.1.2.1 Recepción de tarjeta de paciente

Cuando el paciente llega a su cita tiene que depositar su tarjeta con su número de registro dentro de una caja que se encuentra en la recepción del servicio de cardiología y sentarse a esperar a ser llamado por orden de llegada.

1.1.2.2 Asignación de pacientes a especialistas

Cuando el paciente es llamado por la enfermera encargada mediante un micrófono y parlantes que se encuentran en el servicio y se le asigna un asiento afuera del consultorio del especialista que le dará la consulta.

1.1.3 Ingreso de paciente mediante interconsulta

El paciente ya está ingresado o ya está llevando su control en otro servicio del hospital y es necesario que sea atendido por un especialista de cardiología y/o que se le realicen chequeos del servicio de cardiología entonces se realiza un traslado del paciente a cardiología para realizarle los procesos necesarios.

1.1.3.1 Solicitud de interconsulta

Se solicita la interconsulta por medio telefónico debido a que a veces son emergencias entonces se necesita agilizar el proceso y ahí se determina en qué momento el paciente puede llegar y si no es posible la movilización del paciente el especialista llega donde este el paciente. Si no es emergencia primero se llena un formulario para petición de la interconsulta. En el anexo 2 se pueden ver los campos del formulario que se debe de llenar.

1.1.3.2 Desplazamiento de paciente a SC-HNR

Si el paciente tiene facilidad de moverse ya sea en silla de ruedas, en camilla o caminando llega al servicio de cardiología para que le realicen chequeos y para que le den su consulta.

1.1.3.3 Desplazamiento de medico cardiólogo al servicio correspondiente

En dado caso el paciente no pueda trasladarse del servicio donde esta se determina qué especialista puede llegar a dicho servicio con el equipo necesario para atender al paciente.

1.2 Atención medica al paciente

Se refiere a todos los procesos que se siguen para realizar el diagnóstico de los pacientes del servicio de cardiología.

1.2.1 Consulta con médico especialista

El paciente llega a su cita y deposita su tarjeta en una caja para esperar su turno. Es ubicado por las enfermeras en las sillas que están fuera del consultorio donde va a pasar y luego entra al consultorio con el especialista y este evalúa los síntomas del paciente para indicarle su diagnóstico, los exámenes, procedimientos, tratamientos, recetas, próximos controles que son necesarios para su tratamiento.

1.2.1.1 Entrevista del médico a paciente

Cuando el paciente llega a la consulta ya sea por primera vez, subsecuente o interconsulta el médico tiene que hacerle una serie de preguntas en las que se determina los síntomas del paciente y esto contribuye a determinar el diagnostico.

1.2.1.2 Creación o seguimiento de historia clínica

En el servicio de cardiología se posee un sistema que se llama seguimiento clínico en el que se realiza la hoja de historia clínica del paciente en ella se indican los motivos de por qué el paciente está consultando, la evolución del paciente si es subsecuente, historial de exámenes tomados, signos vitales, exploración clínica, diagnósticos y siguiente cita. En el anexo 3 se puede ver la hoja de historia clínica de un paciente.

1.2.1.3 Creación de receta medica

Cuando el especialista determina el tratamiento médico que tiene que seguir el paciente imprime una boleta la cual va sellada y firmada por el médico para que el paciente pueda

obtener sus medicinas en farmacia. En el anexo 4 se puede ver un ejemplo de una receta médica.

1.2.1.4 Asignación de próximo control médico si es necesario

Para saber la evolución del paciente es necesario que se determinen próximas citas dependiendo de su estado así será el tiempo en el que se le programa la cita usualmente se programa en 3 meses pero si el paciente va mejorando se pueden dejar controles hasta dentro de un año.

1.2.1.5 Asignación de pruebas si es necesario

Dependiendo de la condición del paciente el especialista determina si es necesario hacerle exámenes (anticoagulante, electrocardiograma, radiografía del tórax) o procedimientos (ecocardiograma transesofágico, prueba de esfuerzo, Holter) al paciente. Esta orden es impresa y va sellada y firmada por el médico.

1.2.1.6 Actualización del expediente del paciente

Cuando el especialista guarda los cambios realizados en el seguimiento clínico se actualiza el expediente del paciente de manera virtual pero también esta hoja de historia clínica se imprime para actualizar el expediente en físico del paciente.

1.2.1.7 Entrega de medicamentos recetados

Cuando se le entrega la receta médica sellada y firmada el paciente puede pasar a la farmacia a retirar sus medicamentos.

1.2.2 Prueba de esfuerzo

El paciente es diagnosticado por el especialista y es programado para que se le realice este procedimiento el cual es utilizado para diagnosticar la enfermedad arterial coronaria. Permite ver cómo funciona el corazón durante el ejercicio.

1.2.2.1 Verificación de cita del paciente para prueba de esfuerzo

Se verifica si la cita programada del paciente concuerda con el día en el que ha llegado el paciente a su prueba. Si concuerda se ordenan los pacientes otorgándoles un número por orden de llegada.

1.2.2.2 Realización de la prueba de esfuerzo

Se pasa al paciente al cuarto donde está el equipo para la prueba de esfuerzo y se le realiza el examen.

1.2.2.3 Registro de realización de la prueba de esfuerzo y actualización de expediente de paciente

Se programa el día en el que el paciente puede ir a traer el resultado de su prueba esta fecha tiene que ser antes de la consulta. Cuando ya está en la consulta el médico especialista ve los resultados y agrega su interpretación y lectura al seguimiento clínico.

1.2.3 Prueba Holter

El paciente es diagnosticado por el especialista quien determina que el paciente amerita que se realice este procedimiento en el que se utiliza un monitor Holter es una máquina que registra los ritmos cardíacos en forma continua. Se lleva puesto por 24 a 48 horas durante la actividad normal. El paciente tiene que firmar en un libro de recibido que las enfermeras llevan como control, el cual sirve como respaldo por daños o pérdidas del equipo. También tiene que presentar la fotocopia del DUI y se le entrega al paciente una bitácora en la que el paciente tiene que llenar las actividades que hizo durante el tiempo que tuvo colocado el Holter.

1.2.3.1 Verificación de cita de paciente para prueba Holter

Se verifica si la cita programada del paciente concuerda con el día en el que ha llegado el paciente a su prueba. Si concuerda se ordenan los pacientes otorgándoles un número por orden de llegada. En este caso se programan los retiros de Holter y la colocación de Holter el mismo día porque el equipo de Holter es limitado.

1.2.3.2 Realización de la prueba Holter

Se pasa al paciente al cuarto donde está el equipo de Holter y se le realiza la colocación.

1.2.3.3 Registro de realización de la prueba Holter y actualización de expediente de paciente

Se programa el día en el que el paciente puede ir a traer el resultado de su prueba esta fecha tiene que ser antes de la consulta. Cuando ya está en la consulta el médico especialista ve los resultados y agrega su interpretación y lectura al seguimiento clínico.

1.2.4 Ecocardiograma transesofágico

El paciente es diagnosticado por el especialista quien determina que se le debe realizar este procedimiento en el que se utiliza una sonda de ultrasonido que se coloca en el esófago del paciente para tomar imágenes en movimiento en tiempo real del corazón.

1.2.4.1 Verificación de cita del paciente

Se verifica si la cita programada del paciente concuerda con el día en el que ha llegado el paciente a su prueba. Si concuerda se ordenan los pacientes otorgándoles un número por orden de llegada.

1.2.4.2 Realización de ecocardiograma transesofágico

Se pasa al paciente al cuarto donde está el equipo para el ecocardiograma transesofágico y se le realiza el examen.

1.2.4.3 Registro de realización de ecocardiograma transesofágico y actualización de expediente de paciente

Se programa el día en el que el paciente puede ir a traer el resultado de su prueba esta fecha tiene que ser antes de la consulta. Cuando ya está en la consulta el médico especialista ve los resultados y agrega su interpretación y lectura al seguimiento clínico.

1.2.5 Electrocardiograma

El paciente es diagnosticado por el especialista quien determina que se le debe realizar este examen que registra la actividad eléctrica del corazón utilizando electrodos y una máquina que transforma las señales eléctricas provenientes del corazón en líneas onduladas. Este examen es un requisito para los pacientes que llegan por primera vez. En el anexo 5 se puede ver un ejemplo de solicitud para un electrocardiograma.

1.2.5.1 Verificación de referencia medica

Se verifica si la cita programada del paciente concuerda con el día en el que ha llegado el paciente a su prueba. Si concuerda se ordenan los pacientes otorgándoles un numero por orden de llegada.

1.2.5.2 Realización de electrocardiograma

Se pasa al paciente al cuarto donde está el equipo para el electrocardiograma y se le realiza el examen.

1.2.5.3 Registro de realización de electrocardiograma y actualización de expediente de paciente

Se programa el día en el que el paciente puede ir a traer el resultado de su prueba esta fecha tiene que ser antes de la consulta. Cuando ya está en la consulta el médico especialista ve los resultados y agrega su interpretación y lectura al seguimiento clínico.

1.2.6 Rayos X

El paciente es diagnosticado por el especialista quien determina que se debe realizar este examen que es también llamado placa de tórax, esta genera imágenes del corazón, los pulmones, las vías respiratorias, los vasos sanguíneos y los huesos de la columna y el tórax. Este examen es un requisito para los pacientes que llegan por primera vez. En el anexo 6 se puede ver una solicitud de exámenes para el departamento de radiología.

1.2.6.1 Verificación de referencia medica

Se verifica si la cita programada del paciente concuerda con el día en el que ha llegado el paciente a su prueba. Si concuerda se ordenan los pacientes otorgándoles un número por orden de llegada.

1.2.6.2 Realización de examen de Rayos X

Se pasa al paciente al cuarto donde está el equipo para la radiografía y se le realiza el examen.

1.2.6.3 Registro de Realización de Rayos X

Se programa el día en el que el paciente puede ir a traer el resultado de su prueba esta fecha tiene que ser antes de la consulta. Cuando ya está en la consulta el médico especialista ve los resultados y agrega su interpretación y lectura al seguimiento clínico.

1.2.7 Ecocardiograma

El paciente es diagnosticado por el especialista quien determina que se debe realizar este examen que utiliza el ultrasonido a través de pecho del paciente para revisar la estructura de su corazón para saber cómo está funcionando y obtener una imagen en movimiento de su corazón. En el anexo 7 se puede ver el ejemplo de una solicitud de ecocardiograma.

1.2.7.1 Verificación de referencia médica.

Se verifica si la cita programada del paciente concuerda con el día en el que ha llegado el paciente a su prueba. Si concuerda se ordenan los pacientes otorgándoles un número por orden de llegada.

1.2.7.2 Realización de ecocardiograma

Se pasa al paciente al cuarto donde está el equipo para el ecocardiograma y se le realiza el examen.

1.2.7.3 Registro de Realización de ecocardiograma

Se programa el día en el que el paciente puede ir a traer el resultado de su prueba esta fecha tiene que ser antes de la consulta. Cuando ya está en la consulta el médico especialista ve los resultados y agrega su interpretación y lectura al seguimiento clínico.

1.3 Proceso de Alta al paciente

Se refiere a todos los posibles escenarios por medio los cuales puede ser dado de alta un paciente.

1.3.1 Alta médica

El especialista considera que el paciente ya está listo para abandonar la consulta, los controles y/o la hospitalización.

1.3.1.1 Verificación del estado del paciente para alta médica.

Por medio de los controles y la evolución del paciente se determina si ya está listo para ser dado de alta completamente primero se empieza dejando los controles cada año y reduciendo su medicamento si su evolución es positiva se puede dar de alta al paciente.

1.3.1.2 Registro de alta médica del paciente

Se registra en su expediente en línea y en físico la evolución del paciente y las razones por las cuales fue dado de alta.

1.3.2 Alta voluntaria

El paciente decide abandonar la consulta, sus controles y/o la hospitalización por voluntad propia.

1.3.2.1 Verificación del estado del paciente para alta voluntaria.

Si el paciente le comunica al especialista que ya no desea seguir el proceso de atención el médico le explica las consecuencias de su decisión.

1.3.2.2 Registro de alta voluntaria del paciente

Se registra en el expediente físico y virtual del paciente que abandonó el proceso de atención por voluntad propia y que se le fueron explicadas las consecuencias que esto ocasionaría.

1.3.3 Alta con referencia a otra institución

El especialista determina que el paciente ya está en condiciones de ser tratado en un hospital de segundo nivel o primer nivel que esté más cerca de su residencia.

1.3.3.1 Verificación del estado del paciente para alta con referencia a otra institución.

Se verifica la evolución del paciente y se verifica si en los hospitales que tiene más cercanos a su residencia cuentan con especialistas en cardiología si es así se le puede realizar la referencia para dicho hospital.

1.3.3.2 Creación de referencia a otra institución

Se realiza una referencia para la otra institución para que el paciente ya no tenga que viajar hasta el Hospital Nacional Rosales y pueda recibir sus consultas en lugares más cercanos a su hogar.

1.3.3.3 Registro de alta del paciente con referencia a otra institución

Se registra en el expediente virtual y físico del paciente que fue referido a otra institución que cuenta con especialistas en cardiología y los medicamentos necesarios para el paciente.

2.12.2 PROCESOS ADMINISTRATIVOS

2.1 Gestión de recursos

Se refiere al pedido de insumos materiales que son necesarios en el servicio de cardiología.

2.1.1 Requerimientos anuales

El encargado realiza una lista anual de los insumos que serán necesitados para el próximo año. Primero identifica a que departamento corresponde la necesidad y posteriormente realiza una carta detallando cada necesidad dirigida a dicho departamento. Por ejemplo: si necesita insumos de carácter informático la carta va dirigida al jefe del departamento de informática.

2.1.1.1 Solicitud de requerimientos anuales.

Se crea una lista de todos los insumos con sus respectivas cantidades que serán necesarios para el siguiente año esta lista se crea alrededor del sexto mes del año para pedir los insumos que serán necesarios para el siguiente año.

2.1.1.2 Seguimiento de resoluciones para requerimiento anual.

El encargado de la compra debe estar al tanto de cómo va el proceso de compra para saber si la elección de los insumos a comprar es la correcta y para conocer el tiempo estimado en que se tardará la recepción de dicha compra.

2.1.1.3 Recepción anual de recursos.

Cuando ya se han comprado los insumos necesarios estos entran a los almacenes generales del hospital el encargado de la compra tiene que ir a los almacenes y hacer una petición de retiro de dichos insumos.

2.1.1.4 Almacenamiento y distribución de recursos anuales.

Cuando se ha hecho la petición de retiro de los insumos comprados de los almacenes generales del hospital se trasladan a la bodega del servicio de cardiología y ahí ya están disponibles para su uso.

2.1.2 Requerimientos no programados

Cuando se crean necesidades no programadas en un determinado momento y que tienen que ser solventadas de inmediato y que su monto no es muy elevado (no excede a \$100) el encargado puede hacer la gestión para su compra en ese momento.

2.1.2.1 Solicitud de requerimientos no programados.

Existe un formato que lo brinda la UACI (unidad de adquisiciones y contrataciones institucionales) el encargado de la compra se encarga de llenarlo. En el anexo 8 se presenta una solicitud de compra para adquirir insumos que no han sido programados.

2.1.2.2 Seguimiento de resoluciones para requerimiento no programado.

El encargado de la compra tiene que darle un seguimiento a la compra para apresurar dicha gestión. La UACI decide donde se va a comprar el insumo que es necesario y el encargado de la compra decide si el que se ha elegido es el que satisface la necesidad.

2.1.2.3 Recepción de recursos.

Cuando ya se han comprado los insumos necesarios estos entran a los almacenes generales del hospital el encargado de la compra tiene que ir a los almacenes y hacer una petición de retiro de dichos insumos.

2.1.2.4 Almacenamiento y distribución de recursos.

Cuando se ha hecho la petición de retiro de los insumos comprados de los almacenes generales del hospital se trasladan a la bodega del servicio de cardiología y ahí ya están disponibles para su uso.

2.1.3 Donaciones

Las donaciones llegan a nombre de todo el Hospital no son directas para el servicio de cardiología primero se verifica a que área le servirían más las donaciones y si son para cardiología se le pregunta a la Dra. Basagoitia si necesitan dichas donaciones si a Dra. Basagoitia dice que si se empieza el proceso de aceptación de la donación.

2.1.3.1 Verificación de estado y fecha vencimiento de donaciones.

El departamento de mantenimiento revisa el estado de las donaciones si solo necesitan ciertos arreglos se acepta la donación y también se tiene que verificar la fecha de vencimiento de la donación porque no se pueden aceptar donaciones que su fecha de vencimiento sea dentro de menos de seis meses.

2.1.3.2 Recepción de recursos por medio de donaciones.

Las donaciones son aceptadas y se envía un transporte de Hospital Nacional Rosales para movilizarlas a los almacenes el Hospital estando en los almacenes activo fijo les crea un código para su inventario y posteriormente pueden ser trasladadas al servicio de cardiología donde se les dará uso.

2.2 Mantenimiento y limpieza

Se refiere a los procesos que ayudan a prevenir y corregir fallas en el equipo y las instalaciones del servicio de cardiología a su vez la limpieza de las instalaciones.

2.2.1 Mantenimiento

En cuestiones de equipos médicos, la división del Hospital Nacional Rosales llamada Biomédica se encarga de una vez al año realizar un mantenimiento al equipo en algunas ocasiones la empresa que vendió el equipo médico también se encarga del mantenimiento. En cuestiones de equipo informático, se coordina con el departamento de informática para saber cuándo tienen disposición de tiempo y se realizan dos jornadas de mantenimiento al año.

También existe el mantenimiento de infraestructura que se refiere a goteras, lámparas, etc.

2.2.1.1 Mantenimiento de equipo médico.

El equipo médico se le da mantenimiento preventivo y correctivo el departamento encargado de dicho mantenimiento es biomédica se programa un día en el que sea conveniente y en ocasiones la empresa que vendió el equipo da el mantenimiento necesario.

2.2.1.2 Mantenimiento de infraestructura.

Se coordina con el departamento de mantenimiento el día que más convenga hacer el mantenimiento de tipo preventivo o correctivo en las instalaciones. En el anexo 9 se presenta una solicitud de mantenimiento de la infraestructura que va dirigida al departamento de mantenimiento.

2.2.2 Limpieza

La limpieza es realizada por el personal de ordenanza que está asignado al servicio de cardiología pero si se necesita hacer una limpieza general del servicio se coordina con el departamento de limpieza.

2.2.2.1 Limpieza de instalaciones diaria.

La limpieza diaria de instalaciones se hace dos veces al día una por la mañana antes que entren los pacientes a los consultorios y una por la tarde cuando ya se han acabado las consultas. Entre las actividades que se realizan de limpieza están barrer, trapear, limpiar el baño de uso del personal, limpiar lavamanos y vaciar los basureros.

2.2.2.2 Limpieza de instalaciones periódica

Si se necesita hacer una limpieza general del servicio de cardiología la Dra. Basagoitia la solicita al departamento de limpieza y se coordinan con el departamento de limpieza, vigilancia y personal de cardiología para determinar un día en el que no hayan pacientes y poder llegar a hacer la limpieza general de las instalaciones.

2.3 Archivo y documentación

Este proceso trata sobre todos los documentos necesarios para la atención del paciente en el servicio de cardiología.

2.3.1 Archivo

Se refiere a los documentos que necesitan ser archivados para llevar control de la información que se guarda en dichos documentos.

2.3.1.1 Seguimiento clínico (hoja de historia clínica).

Este seguimiento clínico es llenado por el médico a la hora de la consulta del paciente queda guardado virtualmente en el sistema y al ser impreso también queda guardado en el expediente del paciente. En esta hoja de historia clínica se llena la siguiente información: motivo por el que consulta, historia de exámenes, evolución, signos vitales, exploraciones clínicas, diagnósticas y siguientes citas. En el anexo 3 se puede ver un ejemplo del seguimiento clínico de un paciente.

2.3.1.2 Notas enviadas.

Se archivan las notas que fueron enviadas porque cuando se envía una nota se hacen dos o más copias una de las copias es archivada y con comprobante de quien la fue a dejar y quien la recibió.

2.3.1.3 Notas recibidas.

Se archivan las notas que han sido recibidas en el servicio de cardiología para llevar un control de las mismas.

2.3.1.4 Registro de pacientes que operan en EEUU.

Se lleva un registro de los pacientes que se operan en Estados Unidos de América se envían cartas en inglés a la organización en EE. UU con la condición médica del paciente y estas se archivan para llevar un control de los pacientes que han sido operados por medio de esta organización.

2.3.2 Documentación

A continuación se presentan toda la documentación que se realiza en el servicio de cardiología para llevar un mayor control de procedimientos, exámenes y consultas.

2.3.2.1 Libro de citas para Holter

Cada vez que la secretaria tiene tiempo libre traza en un libro unos cuadros que determinan los días en los que se pueden dar citas de Holter, en estos días se excluyen días feriados y los días que no se realiza Holter. Cuando a un paciente le indican que tiene que realizarse este examen es anotado en este libro para indicarle el día que se tiene que presentar para la colocación de Holter. En este caso como el paciente tiene que llevarse el aparato a su casa se le piden los siguientes requisitos al paciente: copia del DUI y formulario llenado de compromiso de entrega del Holter.

2.3.2.2 Libro de entrega de respuestas de Holter

Cuando se le coloca el Holter le indican al paciente cuando puede llegar a traer el resultado de la lectura del Holter. Se lleva un libro con la respuesta de Holter para cuando el paciente llegue se le entregue la respuesta y se anota el nombre del paciente, su número de registro y la firma del paciente.

2.3.2.3 Libro de citas para ecocardiograma y ecotransesofagico

Cada vez que la secretaria tiene tiempo libre traza en un libro unos cuadros que determinan los días en los que se pueden dar citas de ecocardiograma y ecotransesofagico, en estos días se excluyen días feriados y los días que no se realizan los exámenes. Cuando a un paciente le indican que tiene que realizarse este examen es anotado en este libro para indicarle los requisitos, fecha y hora en que se tiene que presentar para el ecocardiograma o el ecotransesofagico.

2.3.2.4 Libro de citas de anticoagulante

Cada vez que la secretaria tiene tiempo libre traza en un libro unos cuadros que determinan los días en los que se pueden dar citas de anticoagulante, en estos días se excluyen días feriados y los días que no se realiza el examen. Cuando a un paciente le indican que tiene que realizarse este examen es anotado en este libro para indicarle los requisitos, fecha y hora en que se tiene que presentar para el anticoagulante. En el anexo 10 se puede ver la solicitud de la prueba anticoagulante y sus requisitos.

2.3.2.5 Libro de citas de prueba de esfuerzo

Cada vez que la secretaria tiene tiempo libre traza en un libro unos cuadros que determinan los días en los que se pueden dar citas para la prueba de esfuerzo, en estos días se excluyen días feriados y los días que no se realiza la prueba de esfuerzo. Cuando a un paciente le indican que tiene que realizarse este examen es anotado en este libro para indicarle los requisitos, fecha y hora en que se tiene que presentar para la prueba de esfuerzo.

2.3.2.6 Libro de expedientes usados por día

Se anotan cuales expedientes van a ser usados por día para dejar constancia que los expedientes fueron sacados de archivo y entregados de vuelta a archivo al final del día. Puesto que al final del día se devuelven a archivo los expedientes usados durante el día y se sacan los que serán usados al siguiente día.

2.3.2.7 Libro de recetas médicas entregadas

Se lleva un libro de recetas médicas entregadas que sirve para tener un control y verificar la cantidad de recetas para el informe mensual. En el libro se llena el número de registro, nombre del paciente y cantidad de recetas por mes.

2.3.2.8 Libro de envío de notas

Se lleva un libro en el cual se tiene un control de las notas que han sido enviadas con copia y firma de recibido. Usualmente la ordenanza es la que se encarga de llevar las notas a los sitios deseados.

2.3.2.9 Libro de novedades

Las enfermeras se encargan de llevar un libro de novedades en el que anotan cualquier suceso que haya sido importante durante el día, por ejemplo un altercado con algún paciente.

2.3.2.10 Censo total de pacientes y procedimientos

Es un compendio que hace al final del día la enfermera primero lo llena en un libro (que es trazado con los campos necesarios cuando hay tiempo durante el día) en el que pone todos los nombres de los especialistas y escribe el total de pacientes de primera vez y subsecuentes que se ven por especialista y asimismo se escribe el total de procedimientos hechos por especialista. Después de hacerlo en el libro se llena en la computadora por el asistente de informática.

2.3.2.11 Censo de consultas

El censo de consultas lo llena diariamente el especialista en el que especifica cuantos pacientes de primera vez y cuantos pacientes subsecuentes vio durante su jornada laboral.

2.3.2.12 Censo de procedimientos

El censo de procedimientos lo llena diariamente el especialista en el que especifica cuantos procedimientos realizó durante su jornada laboral. En el anexo 11 se puede ver un ejemplo de este censo.

2.3.2.13 Reporte mensual del SC-HNR

Después de hacer el censo total de consultas y procedimientos la secretaria hace 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 la Dra. Basagoitia para que ella 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 cardiología.

2.4 Manejo y licencias de personal

Este proceso se refiere al manejo del personal en cuanto a sus necesidades, requerimientos y sugerencias y los permisos que se pueden brindar al personal.

2.4.1.1 Control de permisos e inasistencia del personal.

Se lleva un control de los permisos ya sea por enfermedad o permisos que son otorgados para asistir a capacitaciones.

2.4.1.2 Seguimiento del ambiente laboral.

En el seguimiento del ambiente laboral se refiere a la atención de las necesidades y sugerencias que tenga el personal para tener un mejor ambiente laboral en el servicio de cardiología.

2.12.3 PROCESOS ESTRATÉGICOS

3.1 Gestión estratégica

Se refiere al plan que se tiene de actividades para un determinado periodo de tiempo y a las medidas que se toman para evaluar la calidad del servicio.

3.1.1 Evaluación de calidad

Se revisa el servicio que se presta por parte de la institución para que este cumpla las expectativas y necesidades de los pacientes el cual se realiza periódicamente. Para llevar a cabo esta evaluación se realiza de dos maneras con la evaluación semestral por el jefe inmediato y por una reunión administrativa semestral.

3.1.1.1 Evaluación semestral por jefe inmediato

La evaluación semestral la realiza el jefe inmediato del evaluado, en esta evaluación se le pone una nota según la calidad del servicio que presta el evaluado y sirve para llevar un control del rendimiento del personal.

3.1.1.2 Reunión administrativa semestral

En esta reunión se tocan temas de planeación estratégica, por ejemplo se determina si el equipo que se está usando es el adecuado, si existen otras técnicas que sean mejores y más actualizadas para el tratamiento de los pacientes, se tocan temas de cantidad de personal.

3.1.2 Programación de actividades

Se programan las actividades que se van a realizar dentro de un periodo determinado para tener un mejor control de lo que se tiene que cumplir contra lo que en realidad se hace.

3.1.2.1 Programación anual de actividades de especialistas.

El personal de especialistas lleva una calendarización anual en el que se detalla cuántos procedimientos médicos harán, cuántos pacientes subsecuentes y de primera vez atenderán diariamente.

3.1.2.2 Programación semanal de actividades de personal de enfermería.

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.

3.2 Gestión del conocimiento

Se refiere a la formación del conocimiento del personal del servicio de cardiología.

3.2.1 Gestión del conocimiento en informática

Si la capacitación requerida para el personal es de carácter informático entonces la jefa del servicio de cardiología tiene que hacer la gestión con el departamento de informática.

3.2.1.1 Solicitud de capacitación en informática.

La Dra. Basagoitia tiene que enviar una solicitud al departamento de informática explicando los temas que necesita que sean reforzados o explicados al personal determinado. El personal de informática prepara un manual de usuario y coordina el día que más convenga para realizar la capacitación.

3.2.1.2 Capacitación teórica en informática.

Se explica la teoría del tema a reforzar o explicar durante la capacitación.

3.2.1.3 Capacitación práctica en informática.

Se explica de forma práctica y sistemática el tema a reforzar o explicar durante la capacitación.

3.2.1.4 Control de asistencias y de aprendizaje.

Se lleva un control del personal que asistió a la capacitación y se controla el nivel de aprendizaje acerca del tema que se reforzó o que se explicó en su totalidad en la capacitación.

3.2.2 Gestión del conocimiento en otras áreas

La unidad de formación profesional programa capacitaciones acerca de ética, atención al paciente, etc.

3.2.2.1 Solicitud y autorización de permisos para asistir a Eventos académicos

La unidad de formación profesional programa las capacitaciones y le pregunta a la Dra. Basagoitia si es posible que el personal asista a la capacitación el día programado si la respuesta es positiva se envía el personal a la capacitación.

3.2.2.2 Formación académica de empleados.

Se da la capacitación en el horario y sitio programado por la unidad de formación profesional.

3.2.2.3 Control de asistencia y aprendizaje.

Se lleva un control del personal que asistió a la capacitación y se controla el nivel de aprendizaje acerca del tema que se explicó en la capacitación.

2.13 ANALISIS PEPSU

Esta herramienta será utilizada para definir el inicio y el fin del proceso al facilitar la identificación de sus proveedores, entradas, subprocesos, salidas y usuarios.

Las siglas PEPSU representan:

- ✓ **Proveedores:** Entidades o personas que proporcionan las entradas como materiales, información y otros insumos. En un proceso puede haber uno o varios proveedores, ya sea interno o externo.
- ✓ **Entradas:** Son los materiales, información y otros insumos necesarios para operar los procesos. Los requisitos de las entradas deben estar definidos, y se debe verificar que las entradas los satisfacen. Pueden existir una o varias entradas para un mismo proceso.
- ✓ **Proceso:** Un proceso es un conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados. Bajo el título “Proceso” de la herramienta PEPSU se registran los subprocesos que conforman el proceso que se está definiendo.
- ✓ **Salidas:** Una salida es el producto resultado de un proceso. Los productos pueden ser bienes o servicios. Los requisitos de las salidas deben estar definidos (necesidades de los usuarios, estándares definidos por la institución, normatividad vigente, etc.), y se debe verificar que las salidas los satisfacen.
- ✓ **Usuarios:** Son las organizaciones o personas que reciben un producto. El usuario (o cliente), puede ser interno o externo a la organización.

A continuación se presenta el Análisis PEPSU para los procesos identificados en la prestación del servicio de cardiología en el HNR.

PEPSU PROCESOS OPERATIVOS.		Área: Servicio de cardiología		
Proceso: Ingreso de paciente				
Objetivo: Oficializar la entrada de los pacientes al servicio de cardiología para su posterior evaluación y atención		Alcance: El ingreso de los pacientes se realiza de diversas formas de acuerdo a si es primera vez que se presenta al servicio y si ya se encuentra o no en proceso de atención en otro servicio del HNR.		
PROVEEDOR	ENTRADA	PROCESO	SALIDA	USUARIO
Personal del servicio de cardiología del HNR	Se refiere a las maneras por las que puede llegar un paciente al servicio de cardiología (paciente de primera vez, subsecuente e interconsulta)	<p>Primera vez: El paciente tiene que sacar su expediente y su tarjeta para los procesos posteriores.</p> <p>Subsecuente: El paciente ya tuvo su primera cita con el especialista de cardiología y es citado previamente para sus controles</p> <p>Interconsulta: El paciente ya está ingresado o ya está llevando su control en otro servicio del hospital</p>	Expediente historial médico para la atención de la consulta médica con el especialista encargado del área a evaluar. Programación de cita (Horario en el cual el paciente puede ser atendido)	Pacientes

PROVEEDOR	
¿Los proveedores son los correctos?	Si, son adecuados.
ENTRADA	
¿Satisfacen los insumos las necesidades en cuanto a calidad, cantidad, periodicidad, uniformidad, puntualidad, precisión, etc.?	Si, son insumos que se tienen definidos permanentemente.
¿Las especificaciones de los requerimientos están bien definidas y actualizadas?	Si, está clasificado los tipos de pacientes que se pueden presentar al servicio de cardiología y los requerimientos q deben de cumplir para poder ser atendidos según el servicio que estén solicitando
PROCESO	
¿Se está realizando un buen trabajo?	Si, se ha definido un buen modelo de servicio pero en la práctica existen aspectos a mejorar.
¿Puede ser simplificado?	No, es importante que se realice según lo establecido.
SALIDA	
¿Existen salidas que no tienen razón de ser?	No.
¿Las salidas son adecuadas para los requerimientos?	Si, el modelo es adecuado.
USUARIO	
¿Existe alguna necesidad que no haya sido manifestada?	No.
¿Tienen todos los usuarios del proceso las mismas necesidades?	Sí, todo el personal se basa en el modelo.

Tabla 45 PEPSU Procesos operativos, Proceso ingreso de paciente

Proceso: Atención al paciente		Área: Servicio de cardiología		
Objetivo: Establecer la metodología y características del servicio a prestar en el servicio de cardiología		Alcance: Se definen las fases de atención a los usuarios y las características del servicio que se le va a brindar.		
PROVEEDOR	ENTRADA	PROCESO	SALIDA	USUARIO
Médico Responsable	Se refiere a todos los procesos que se siguen para realizar el diagnóstico de los pacientes del servicio de cardiología.	Se realiza una consulta con el médico especialista en donde se evalúa la salud del paciente y de acuerdo a su condición se procede a realizarle una serie de exámenes de acuerdo a lo que el paciente amerite. (Prueba de esfuerzo, Prueba Holter, Ecocardiograma transesofágico, Electrocardiograma, Rayos X, Ecocardiograma.)	Diagnóstico médico en donde se refleja el estado de salud actual del paciente	Pacientes

PROVEEDOR	
¿Los proveedores son los correctos?	Si, son adecuados.
ENTRADA	
¿Satisfacen los insumos las necesidades en cuanto a calidad, cantidad, periodicidad, uniformidad, puntualidad, precisión, etc.?	Si, son insumos que se tienen definidos permanentemente.
¿Las especificaciones de los requerimientos están bien definidas y actualizadas?	Si, está bien establecida el orden de los procesos médicos a realizar para poder obtener un

	diagnóstico del paciente
PROCESO	
¿Se está realizando un buen trabajo?	Si, se ha definido un buen modelo de servicio.
¿Puede ser simplificado?	No, es importante que se realice según lo establecido.
SALIDA	
¿Existen salidas que no tienen razón de ser?	No.
¿Las salidas son adecuadas para los requerimientos?	Si, el modelo es adecuado.
USUARIO	
¿Existe alguna necesidad que no haya sido manifestada?	No.
¿Tienen todos los usuarios del proceso las mismas necesidades?	Sí, todo el personal se basa en el modelo.

Tabla 46 PEPSU Procesos operativos, Proceso atención paciente

Proceso: Alta al paciente		Área: Servicio de cardiología		
Objetivo: Oficializar la salida de los usuarios del servicio de cardiología especificando el tipo de alta que presenta.		Alcance: Se definen las fases de egreso de los usuarios y las características del servicio.		
PROVEEDOR	ENTRADA	PROCESO	SALIDA	USUARIO

Médico responsable	Formato de alta	<p>Alta médica: El médico responsable da el alta al usuario de acuerdo a los resultados obtenidos en las pruebas realizadas llenando el formato necesario para poder darle de alta.</p> <p>Alta con referencia a otra institución: El especialista determina que el paciente ya está en condiciones de ser tratado en un hospital de segundo nivel que esté más cerca de su residencia.</p> <p>Alta voluntaria: El paciente decide abandonar la consulta, sus controles y/o la hospitalización.</p>	Formato de alta completo.	Paciente.
--------------------	-----------------	--	---------------------------	-----------

PROVEEDOR	
¿Los proveedores son los correctos?	Si, son adecuados.
ENTRADA	
¿Satisfacen los insumos las necesidades en cuanto a calidad, cantidad, periodicidad, uniformidad, puntualidad, precisión, etc.?	Sí.
¿Las especificaciones de los requerimientos están bien definidas y actualizadas?	Si, la clasificación del tipo de egreso es

	adecuada para el servicio de cardiología
PROCESO	
¿Se está realizando un buen trabajo?	Sí.
¿Puede ser simplificado?	Si, especificando de mejor manera los tipos de egreso.
SALIDA	
¿Existen salidas que no tienen razón de ser?	No.
¿Las salidas son adecuadas para los requerimientos?	Si, el modelo es adecuado.
USUARIO	
¿Existe alguna necesidad que no haya sido manifestada?	No.
¿Tienen todos los usuarios del proceso las mismas necesidades?	Sí.

Tabla 47 PEPSU Procesos operativos, Proceso alta al paciente

PEPSU PROCESOS ADMINISTRATIVOS

Proceso: Gestión de recursos			Área: Servicio de Cardiología.	
Objetivo: Administrar los recursos reales asignados al servicio de cardiología del HNR			Alcance: Se administran los recursos a nivel interno en base a las obligaciones y necesidades del servicio de cardiología del HNR	
PROVEEDOR	ENTRADA	PROCESO	SALIDA	USUARIO

Administración del servicio de cardiología	Presupuesto real asignado. Obligaciones a cancelar o suplir por el servicio de cardiología	En base a las entradas mencionadas, se determina la asignación interna de los recursos para cada área de trabajo del servicio de cardiología del HNR. Se distribuye priorizando las necesidades en base a experiencia y criterio de la dirección.	Asignación interna y plan de manejo de los recursos asignados.	Administración
PROVEEDOR				
¿Los proveedores son los correctos?			Si, son adecuados.	
ENTRADA				
¿Satisfacen los insumos las necesidades en cuanto a calidad, cantidad, periodicidad, uniformidad, puntualidad, precisión, etc.?			Si, la información se obtiene adecuadamente y a tiempo. El presupuesto es bajo, pero es un aspecto fuera de control.	
¿Las especificaciones de los requerimientos están bien definidas y actualizadas?			Si, la información se maneja con detalle.	
PROCESO				
¿Se está realizando un buen trabajo?			Si, el presupuesto asignado se maneja de manera adecuada.	
¿Puede ser simplificado?			No, se realiza en base a normativas.	
SALIDA				
¿Existen salidas que no tienen razón de ser?			No.	
¿Las salidas son adecuadas para los requerimientos?			Si, son adecuadas.	

USUARIO	
¿Existe alguna necesidad que no haya sido manifestada?	No.
¿Tienen todos los usuarios del proceso las mismas necesidades?	Sí.

Tabla 48 PEPSU Procesos administrativos, Proceso Gestión de recursos

Proceso: Mantenimiento y limpieza		Área: Servicio de Cardiología.		
Objetivo: Establecer la metodología para prevenir fallas en el equipo y la seguridad del mismo y de los pacientes		Alcance: El mantenimiento se realiza a nivel del servicio de cardiología en base a las necesidades presentadas en un periodo (1 año), el mantenimiento es realizado por los ordenanzas del Hospital Nacional Rosales quienes están a disposición ante cualquier emergencia que se llegue a dar en el servicio.		
PROVEEDOR	ENTRADA	PROCESO	SALIDA	USUARIO
Biomédica	Necesidades de las áreas del servicio de cardiología del HNR.	Se refiere a los procesos que ayudan a prevenir y corregir fallas en el equipo y la seguridad del mismo y de los pacientes del servicio de cardiología.	Equipo médico en buen estado , seguridad en las instalaciones	Servicio de cardiología

PROVEEDOR	
¿Los proveedores son los correctos?	Si, son adecuados.
ENTRADA	

¿Satisfacen los insumos las necesidades en cuanto a calidad, cantidad, periodicidad, uniformidad, puntualidad, precisión, etc.?	Si, son insumos que se tienen definidos permanentemente para realizar el mantenimiento y seguridad a pesar del bajo presupuesto asignado
¿Las especificaciones de los requerimientos están bien definidas y actualizadas?	Sí.
PROCESO	
¿Se está realizando un buen trabajo?	No, se ha definido un buen modelo de servicio pero en la práctica existen aspectos a mejorar.
¿Puede ser simplificado?	No, el proceso se rige bajo normativa institucional.
SALIDA	
¿Existen salidas que no tienen razón de ser?	No.
¿Las salidas son adecuadas para los requerimientos?	Si, algunos recursos no son suficientes pero es debido al bajo presupuesto asignado
USUARIO	
¿Existe alguna necesidad que no haya sido manifestada?	No.
¿Tienen todos los usuarios del proceso las mismas necesidades?	Sí.

Tabla 49 PEPSU Procesos administrativos, Proceso mantenimiento y limpieza

Proceso: Archivo y documentación		Área: Servicio de Cardiología.		
Objetivo: Establecer la metodología y características del servicio a prestar en el servicio de cardiología.		Alcance: Se definen las fases de atención a los usuarios y las características del servicio.		
PROVEEDOR	ENTRADA	PROCESO	SALIDA	USUARIO
Médico responsable	Revisión y llenado del Historial de pacientes para su posterior atención	Trata sobre todos los documentos necesarios para la atención del paciente en el servicio de cardiología.	Documentación y archivado de los expedientes	Personal del servicio de cardiología del HNR

PROVEEDOR	
¿Los proveedores son los correctos?	Si, son adecuados.
ENTRADA	
¿Satisfacen los insumos las necesidades en cuanto a calidad, cantidad, periodicidad, uniformidad, puntualidad, precisión, etc.?	Si.
¿Las especificaciones de los requerimientos están bien definidas y actualizadas?	Si, lleva una secuencia lógica para establecer parámetros en la realización de las actividades.
PROCESO	
¿Se está realizando un buen trabajo?	Si, se ha definido un buen modelo de servicio pero en la práctica existen aspectos a mejorar.

¿Puede ser simplificado?	No, es importante que se realice según lo establecido.
SALIDA	
¿Existen salidas que no tienen razón de ser?	No.
¿Las salidas son adecuadas para los requerimientos?	Sí.
USUARIO	
¿Existe alguna necesidad que no haya sido manifestada?	No.
¿Tienen todos los usuarios del proceso las mismas necesidades?	Sí, todo el personal se basa en el modelo.

Tabla 50 PEPSU Procesos administrativos, Proceso: Archivo y documentación

PEPSU PROCESOS ESTRATÉGICOS

Proceso: Gestión estratégica		Área: Servicio de Cardiología.		
Objetivo: Establecer las actividades a realizar para un determinado lapso de tiempo.		Alcance: Se definen la calendarización de actividades las cuales son asignadas y son rotativas dentro de un periodo según el área.		
PROVEEDOR	ENTRADA	PROCESO	SALIDA	USUARIO
Médicos Responsables, enfermeras.	Establecimiento de la Cronología de actividades	Gestión estratégica de enfermería: El personal de enfermería lleva un control semanal en el que tienen una calendarización de sus actividades (Semanalmente de forma rotativa) Gestión estratégica de especialistas: El personal de especialistas lleva una calendarización anual en el que	Asignación de actividades (procedimientos)	Pacientes

		se detalla cuántos procedimientos médicos harán, cuántos pacientes subsecuentes y de primera vez atenderán diariamente.		
--	--	---	--	--

PROVEEDOR	
¿Los proveedores son los correctos?	Si, son adecuados.
ENTRADA	
¿Satisfacen los insumos las necesidades en cuanto a calidad, cantidad, periodicidad, uniformidad, puntualidad, precisión, etc.?	No, el staff médico no es lo suficientemente necesario para la atención de los pacientes que ingresan en el servicio de cardiología en el HNR
¿Las especificaciones de los requerimientos están bien definidas y actualizadas?	Si, son normativas institucionales que se llevan seguimiento en el servicio de cardiología.
PROCESO	
¿Se está realizando un buen trabajo?	Si, se ha definido un buen modelo de servicio pero en la práctica existen aspectos a mejorar.
¿Puede ser simplificado?	No, es importante que se realice según lo establecido.
SALIDA	
¿Existen salidas que no tienen razón de ser?	No.
¿Las salidas son adecuadas para los requerimientos?	No, las salidas no causan el efecto deseado y

	no permiten el crecimiento del servicio de cardiología.
USUARIO	
¿Existe alguna necesidad que no haya sido manifestada?	No.
¿Tienen todos los usuarios del proceso las mismas necesidades?	Sí, todo el personal se basa en el modelo.

Tabla 51 PEPSU Procesos estratégicos, Proceso: Gestión estratégica

Proceso: Gestión del conocimiento		Área: Servicio de Cardiología.		
Objetivo: Establecer la metodología y características para la formación del personal.		Alcance: Se definen capacitaciones para reforzar los conocimientos y aptitudes del personal que labora en el servicio de cardiología según las necesidades en el área en que se encuentra		
PROVEEDOR	ENTRADA	PROCESO	SALIDA	USUARIO
Dirección del servicio de cardiología del HNR	Establecer que capacitaciones son las necesarias a impartir al personal del servicio de cardiología	Se define las capacitaciones a impartir para las distintas áreas del servicio de cardiología de acuerdo a las necesidades para poder brindar un servicio más competente.	Personal capacitado para brindar un mejor servicio en su área.	Personal del servicio de cardiología del HNR

PROVEEDOR	
¿Los proveedores son los correctos?	Si, son adecuados.
ENTRADA	
¿Satisfacen los insumos las necesidades en cuanto a calidad, cantidad, periodicidad, uniformidad, puntualidad, precisión, etc.?	Si, son insumos que se tienen definidos permanentemente.
¿Las especificaciones de los requerimientos están bien definidas y actualizadas?	Si.
PROCESO	
¿Se está realizando un buen trabajo?	Si, se ha definido un buen modelo a seguir para poder abordar estos procedimientos.
¿Puede ser simplificado?	No, es importante que se realice según lo establecido.
SALIDA	
¿Existen salidas que no tienen razón de ser?	No.
¿Las salidas son adecuadas para los requerimientos?	Si, el modelo es adecuado.
USUARIO	
¿Existe alguna necesidad que no haya sido manifestada?	No.
¿Tienen todos los usuarios del proceso las mismas necesidades?	Sí, todo el personal se basa en el modelo.

Tabla 52 PEPSU Procesos estratégicos, Proceso: Gestión del conocimiento

2.13.1 ANÁLISIS DE VALOR AGREGADO

Evaluar el Valor Agregado es un principio esencial en el mejoramiento básico de los procesos. Se realiza un análisis de los procedimientos para determinar su contribución en la satisfacción de las expectativas del cliente final. El objetivo del análisis de valor agregado es optimizar las actividades que generan valor agregado y minimizar o eliminar las actividades que no lo generan.

Los procedimientos serán evaluados y clasificados en las siguientes categorías:

Procedimientos que generan Valor Agregado Real (VAR).

Son aquellos procedimientos que generan algún tipo de valor agregado dentro del servicio de cardiología y se subdividen en base al tipo de valor generado en:

- *Valor Agregado para el Cliente VAC:* Procedimientos que generan valor agregado desde el punto de vista del cliente. El cliente las considera necesarias para cumplir sus expectativas.
- *Valor Agregado para la Empresa VAE:* Procedimientos que generan valor agregado para la organización. El cliente no las percibe pero son necesarias para realizar la prestación del servicio.

Procedimientos que No generan Valor Agregado Real (NVA).

Son aquellos procedimientos que no generan ningún tipo de valor agregado dentro del servicio de cardiología y se subdividen en base al tipo procedimiento en:

- *Preparación (P):* Procedimientos que son de preparación para poder prestar el servicio a los pacientes.
- *Espera (E):* Procedimientos de espera que deben realizarse durante el proceso.

- *Movimiento (M)*: Procedimiento que se presenta al realizar un movimiento de documentación o personal.
- *Inspección (I)*: Procedimiento relacionado a una supervisión o revisión de un aspecto relacionado al servicio.
- *Archivo (A)*: Procedimiento relacionado al almacenamiento de información dentro del servicio de cardiología.

Para determinar si una actividad agrega valor al proceso se utiliza el siguiente diagrama, considerando que no todas las actividades que no proveen valor agregado han de ser innecesarias; éstas pueden ser actividades de apoyo, y ser requeridas para hacer más eficaces las funciones de dirección y control; sin embargo, se deben reducir al mínimo el número de estas actividades.

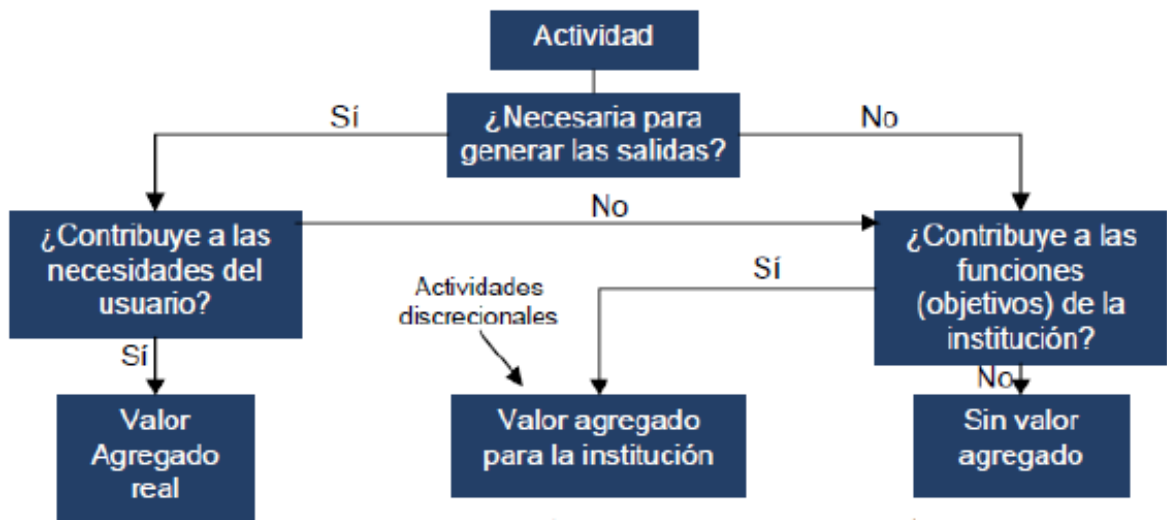


Ilustración 42 Diagrama de análisis de valor agregado

A continuación se presenta el Análisis de Valor Agregado para los procedimientos identificados en el servicio de cardiología.

PROCESOS OPERATIVOS

MACRO PROCESO: Proceso operativos								
PROCESO: Ingreso de paciente								
N°	Procedimiento	VAR		NVA				
		VAC	VAE	P	E	M	I	A
1	Orientación del paciente por primera vez.						1	
2	Pre selección		1					
3	Selección		1					
4	Obtención de cita por primera vez	1						
5	Creación de expediente		1					
6	Obtención de tarjeta de control	1						
7	Verificación de documentación necesaria para consulta por primera vez.						1	
8	Recepción de tarjeta de paciente							1
9	Asignación de pacientes a especialistas.			1				
10	Solicitud de interconsulta		1					
11	Desplazamiento de paciente a SC-HNR					1		
12	Desplazamiento de médico cardiólogo al servicio correspondiente					1		
TOTAL		2	3	1	0	2	2	1

Tabla 53 Análisis valor agregado, Proceso operativos, Ingreso de paciente

MACRO PROCESO: Proceso operativos								
PROCESO: Atención médica al paciente								
N°	Procedimiento	VAR		NVA				
		VAC	VAE	P	E	M	I	A
1	Entrevista del médico a paciente.	1						
2	Creación o seguimiento de historia clínica							1

3	Creación de receta médica		1					
4	Asignación de próximo control médico si es necesario.			1				
5	Asignación de pruebas si es necesario.			1				
6	Actualización del expediente del paciente.							1
7	Entrega de medicamentos recetados	1						
8	Verificación de cita del paciente para Prueba de esfuerzo.						1	
9	Realización de la Prueba de esfuerzo.	1						
10	Registro de Realización de la Prueba de esfuerzo y actualización de expediente de paciente.		1					
11	Verificación de cita del paciente para Prueba Holter.						1	
12	Realización de la Prueba Holter	1						
13	Registro de Realización de la Prueba Holter y actualización de expediente de paciente.							1
14	Verificación de cita del paciente						1	
15	Realización de Ecocardiograma transesofágico	1						
16	Registro de Realización de Ecocardiograma transesofágico y actualización de expediente de paciente.							1
17	Verificación de referencia médica.						1	
18	Realización de Electrocardiograma	1						
19	Registro de Realización de Electrocardiograma y actualización de expediente de paciente.							1
20	Verificación de referencia médica.						1	
21	Realización de examen de Rayos X	1						
22	Registro de Realización de Rayos X							1

23	Verificación de referencia médica.						1	
24	Realización de ecocardiograma	1						
25	Registro de Realización de ecocardiograma							1
TOTAL		8	2	2	0	0	6	7

Tabla 54 Análisis valor agregado, Proceso operativos, Atención medica al paciente

MACRO PROCESO: Proceso operativos								
PROCESO: Proceso de Alta al paciente								
N°	Procedimiento	VAR		NVA				
		VAC	VAE	P	E	M	I	A
1	Verificación del estado del paciente para alta médica.	1						
2	Registro de alta médica del paciente							1
3	Verificación del estado del paciente para alta voluntaria.	1						
4	Registro de alta voluntaria del paciente							1
5	Verificación del estado del paciente para alta con referencia a otra institución.	1						
6	Creación de referencia a otra institución		1					
7	Registro de alta del paciente con referencia a otra institución							1
TOTAL		3	1	0	0	0	0	3

Tabla 55 Análisis valor agregado, Proceso de alta al paciente

PROCESOS ADMINISTRATIVOS

MACRO PROCESO: Procesos Administrativos			
PROCESO: Gestión del recurso			
N°	Procedimiento	VAR	NVA

		VAC	VAE	P	E	M	I	A
1	Solicitud de requerimientos anuales		1					
2	Seguimiento de resoluciones para requerimiento anual				1			
3	Recepción anual de recursos		1					
4	Almacenamiento y distribución de recursos anuales		1					
5	Solicitud de requerimientos no programados			1				
6	Seguimiento de resoluciones para requerimientos no programados				1			
7	Recepción de recursos		1					
8	Almacenamiento y distribución de recursos		1					
9	Verificación de estado y fecha de vencimiento de donaciones						1	
10	Recepción de recursos por medio de donaciones		1					
TOTAL		0	6	1	2	0	1	0

Tabla 56 Análisis valor agregado, Proceso administrativos, Gestión del recurso

MACRO PROCESO: Proceso administrativos								
PROCESO: Mantenimiento y limpieza								
N°	Procedimiento	VAR			NVA			
		VAC	VAE	P	E	M	I	A
1	Mantenimiento de equipo medico		1					
2	Mantenimiento de infraestructura		1					
3	Limpieza diaria de instalaciones	1						
4	Limpieza periódica de instalaciones	1						
TOTAL		2	2	0	0	0	0	0

Tabla 57 Análisis valor agregado, Proceso administrativos, Mantenimiento y limpieza

MACRO PROCESO: Proceso administrativos								
PROCESO: Archivo y documentación								
N°	Procedimiento	VAR		NVA				
		VAC	VAE	P	E	M	I	A
1	Seguimiento clínico	1						
2	Notas enviadas							1
3	Notas recibidas							1
4	Pacientes que operan en EE. UU.							1
5	Libro de citas para Holter							1
6	Libro de entrega de respuestas de Holter							1
7	Libro de citas para ecocardiograma y ecotransesofagico							1
8	Libro de citas de anticoagulante							1
9	Libro de citas de prueba de esfuerzo							1
10	Libro de expedientes usados por día							1
11	Libro de recetas							1
12	Libro de envío de notas							1
13	Libro de novedades							1
14	Censo total de pacientes y procedimientos		1					
15	Censo de consultas		1					
16	Censo de procedimientos		1					
17	Reporte mensual del SC-HNR		1					
Total		1	4	0	0	0	0	12

Tabla 58 Análisis valor agregado, Proceso administrativos, Archivo y documentación

MACRO PROCESO: Proceso administrativos								
PROCESO: Manejo y licencias de personal								
N°	Procedimiento	VAR		NVA				
		VAC	VAE	P	E	M	I	A

1	Control de permisos e inasistencias del personal		1					
2	Seguimiento del ambiente laboral		1					
TOTAL		0	2	0	0	0	0	0

Tabla 59 Análisis valor agregado, Proceso administrativos, Manejo y licencias de personal

PROCESOS ESTRATÉGICOS

MACRO PROCESO: Procesos estratégicos								
PROCESO: Gestión estratégica								
N°	Procedimiento	VAR		NVA				
		VAC	VAE	P	E	M	I	A
1	Evaluación semestral por jefe inmediato		1					
2	Reunión administrativa semestral		1					
3	Programación anual de actividades de especialistas.		1					
4	Programación semanal de actividades de personal de enfermería.		1					
TOTAL		0	4	0	0	0	0	0

Tabla 60 Análisis valor agregado, Proceso estratégicos, Gestión estratégica

MACRO PROCESO: Procesos estratégicos								
PROCESO: Gestión del conocimiento								
N°	Procedimiento	VAR		NVA				
		VAC	VAE	P	E	M	I	A
1	Solicitud de capacitación en informática.			1				
2	Capacitación teórica en informática.		1					
3	Capacitación práctica en informática.		1					

4	Control de asistencias y de aprendizaje.		1					
5	Solicitud y autorización de permisos para asistir a Eventos académicos			1				
6	Formación académica de empleados.		1					
7	Control de asistencia y aprendizaje.						1	
TOTAL		0	4	2	0	0	1	0

Tabla 61 Análisis valor agregado, Proceso estratégicos, Gestión del conocimiento

ANÁLISIS DE RESULTADOS DE VALOR AGREGADO

SIGLA	DESCRIPCIÓN	N° DE PROCEDIMIENTOS
VAC	Valor Agregado para el Cliente.	15
VAE	Valor Agregado para la Empresa.	28
P	Preparación.	6
E	Espera.	2
M	Movimiento.	2
I	Inspección.	10
A	Archivo.	23
TOTAL DE PROCEDIMIENTOS DE VAR		43
TOTAL DE PROCEDIMIENTOS DE NVA		43

Tabla 62 Análisis de resultados de valor agregado

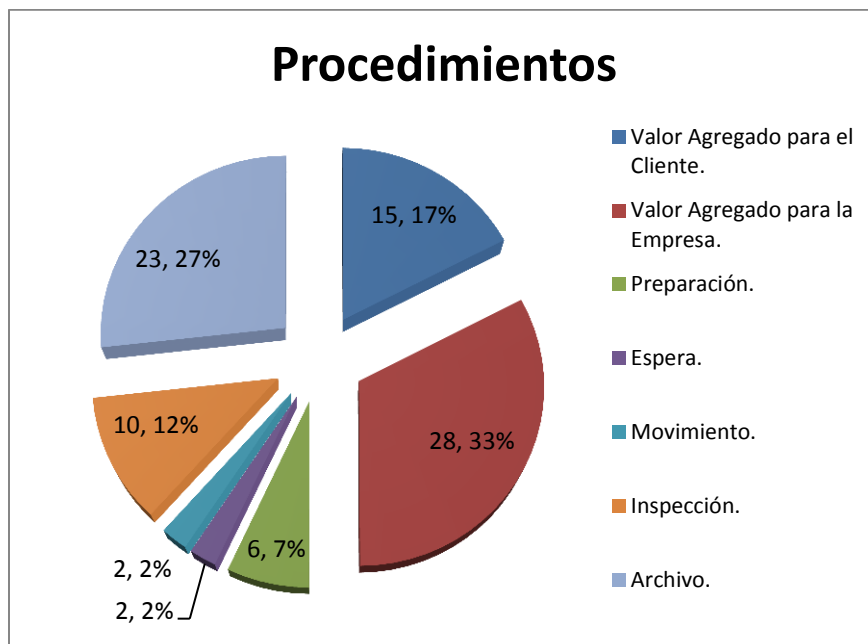


Ilustración 43 Análisis de resultados del valor ganado

INTERPRETACIÓN.

- ✓ El total de procedimientos que generan Valor Agregado Real a los clientes es del 15.17% del total de procedimientos identificados en el Servicio de cardiología del Hospital Nacional Rosales.
- ✓ El 28.33% de los procedimientos identificados generan Valor Agregado para el servicio de cardiología del HNR, es decir, son necesarios para que la institución pueda cumplir con la calidad del servicio esperada.
- ✓ El 57.5% de los procedimientos identificados no generan valor agregado y se clasifican como procesos de preparación, inspección y archivo. Se debe tratar de eliminar, reducir u optimizar estos procesos para mejorar el funcionamiento del servicio de cardiología para el HNR.

2.13.2 CONCLUSIONES DEL DIAGNÓSTICO DE LOS PROCESOS ACTUALES

A partir de las entrevistas con el personal y la observación directa se hace muy notorio que la falta de estandarización de los procesos está creando conflictos en el flujo de los mismos. Algunos de estos problemas son:

- La información que se transmite al paciente puede ser incorrecta y crear confusión en los pasos a seguir para las consultas.
- Las tareas no están debidamente asignadas por lo tanto existen atrasos.
- Cada quien realiza una misma tarea de una forma distinta.
- Si llega una persona nueva al servicio de cardiología no tiene un manual al que avocarse ante alguna duda.
- No se ha buscado ninguna manera de mejorar los procesos debido a que no están documentados.

Todos los procesos se realizan en el servicio de cardiología y todos son fundamentales para el desarrollo correcto de las actividades del servicio, por este motivo y debido a que ninguno de estos procesos está sistematizado ni documentado entonces decidimos documentar todos los procesos mediante el levantamiento de procesos y sus respectivos manuales.

2.14 CONCLUSIÓN Y ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS ENCONTRADOS

Para definir el problema se utilizara el Análisis de Causa y Efecto ya que este método permite relacionar las causas principales del problema, brindando a los que toman decisiones una información mejor y más pertinente. El Diagrama Causa-Efecto es una representación gráfica que muestra la relación cualitativa e hipotética de los diversos factores que pueden contribuir a un efecto o fenómeno determinado.

Características principales.

- Impacto visual: Muestra las interrelaciones entre un efecto y sus posibles causas de forma ordenada, clara, precisa y de un solo golpe de vista.

- Capacidad de comunicación: Muestra las posibles interrelaciones causa-efecto permitiendo una mejor comprensión del fenómeno en estudio, incluso en situaciones muy complejas.

Además se hace un análisis por medio de un diagrama de afinidad, un diagrama de Ishikawa para resumir todos los problemas encontrados en las tres áreas: pacientes, autoevaluación EFQM y procesos. Posteriormente se realiza una priorización de dichos problemas.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS RAMA 1 DE DIAGNÓSTICO- AUTOEVALUACIÓN EFQM
1. No se encuentran definidas la misión, visión, valores, políticas y estrategias. Y divulgación entre el personal del servicio de cardiología.
2. Deben realizarse reuniones periódicas con mayor frecuencia que traten de aspectos de mejora en el servicio.
3. Desactualización de los perfiles profesionales y manuales de puestos y funciones adaptadas las necesidades del servicio.
4. Mal uso de edificios, equipos y materiales en función de un mejor aprovechamiento y desarrollo de las actividades diarias
5. No se utilizan indicadores para evaluar la efectividad de la gestión de los procesos y la orientación al cliente.
6. No se tienen identificados y diseñados de procesos y subprocesos (Mapas de procesos)
7. No existe formalmente la gestión de cambios y mejoras en los procesos, comunicación a los grupos de interés y evaluación de resultados
8. No se realiza formal y periódicamente una identificación o puesta en marcha de acciones de mejora respecto a la gestión de los procesos y la orientación al cliente
9. No existe una definición y documentación formal de los procesos (gestor, misión,

clientes, entradas, salidas, diagramas de flujo)
10. No existen formalmente objetivos e indicadores de los procesos para gestionar y medir la eficacia de los mismos
11. No se identifican y priorizan formalmente las posibles oportunidades de mejora de la gestión de los procesos mediante la medición, el aprendizaje y la orientación al cliente
12. No se realiza una Planificación/utilización de sistemas para evaluar/revisar periódicamente la gestión de los procesos y la orientación al cliente
13. No se encuentran establecidos formalmente los planes, objetivos y equipos de mejora en función de los resultados obtenidos de los indicadores indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción de clientes
14. No se establecen sistemáticamente acciones de mejora continua.
15. No se diseñan formalmente acciones anuales en un plan estratégico y puesta en marcha del mismo.
PROBLEMAS IDENTIFICADOS RAMA 2 DE DIAGNÓSTICO- PUNTO DE VISTA CLIENTE (PACIENTE)
1. Prolongados tiempos en que espera el paciente para ser visto por primera vez por el especialista de cardiología.
2. El tiempo que esperan los pacientes desde que fueron citados para su consulta hasta que fueron atendidos por el especialista es muy prolongado.
3. Falta de higiene en los servicios sanitarios de cardiología.
4. Mala señalización y facilidad para encontrar los consultorios y los lugares donde se hacen los procedimientos y exámenes.
5. Incomodidad mientras el paciente espera a ser atendido por el especialista.
6. Mala atención por parte del personal de enfermería y el personal administrativo.
PROBLEMAS IDENTIFICADOS RAMA 3 DE DIAGNÓSTICO-PROCESOS
1. La información que se transmite al paciente puede ser incorrecta y crear confusión en los pasos a seguir para las consultas.
2. Las tareas no están debidamente asignadas por lo tanto existen atrasos.
3. Cada quien realiza una misma tarea de una forma distinta.

4. Si llega una persona nueva al servicio de cardiología no tiene un manual al que avocarse ante alguna duda.
5. No se ha buscado ninguna manera de mejorar los procesos debido a que no están documentados.
6. El 89% de los procesos no se encuentran documentados y el 11% de la documentación que si se tiene disponible esta desactualizada o es inadecuada.

Tabla 63 Resumen de problemas encontrados 3 ramas de diagnóstico.

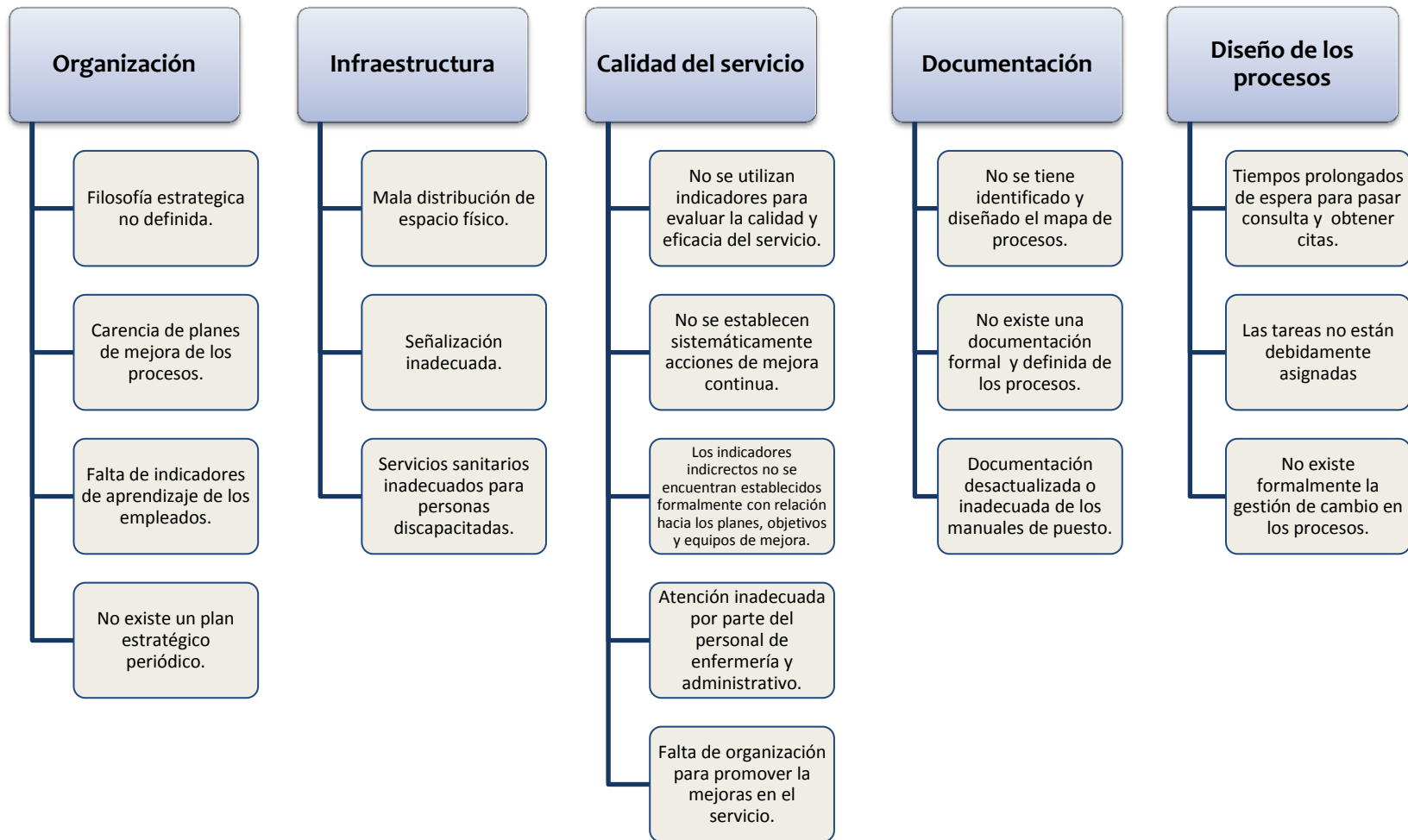
2.14.1 IDENTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS ENCONTRADOS

A continuación se presenta un diagrama de afinidad resumiendo los problemas encontrados en las distintas áreas de organización, infraestructura, calidad del servicio, documentación y diseño de los procesos.

Posteriormente se realiza un cuadro resumen de las causas y efectos de los problemas encontrados el cual sirve para realizar el diagrama de Ishikawa y por ultimo con diagramas de Pareto analizar y priorizar los problemas encontrados.

2.14.1.1 DIAGRAMA DE AFINIDAD

Ilustración 44 Diagrama de afinidad



2.14.1.2 CUADRO RESUMEN DE CAUSA-EFECTO

Organización

CAUSAS	EFFECTOS
1. Filosofía estratégica no definida.	1. Falta de dirección en los planes estratégicos. 2. Rumbo de la organización no definido claramente.
2. Carencia de planes de mejora de los procesos.	3. Servicios prestados sin tecnología y conocimientos de vanguardia.
3. Falta de indicadores de aprendizaje de los empleados.	4. Confusión en las tareas a realizar por los usuarios. 5. Desmotivación de los empleados.
4. No existe un plan estratégico periódico.	6. Los empleados trabajan sin una guía a largo plazo.

Infraestructura

CAUSAS	EFFECTOS
1. Mala distribución de espacio físico.	1. Desperdicio de recursos. 2. Insatisfacción de usuarios
2. Señalización inadecuada.	3. Obstaculización de las tareas y el flujo de procesos.
3. Servicios sanitarios inadecuados para personas discapacitadas.	4. Desprestigio de la institución.

Calidad del servicio

CAUSAS	EFFECTOS
1. No se utilizan indicadores para evaluar la calidad y eficacia del servicio.	1. Falta de control en la calidad de los procesos 2. Desconocimiento del rendimiento de los procesos.
2. No se establecen sistemáticamente acciones de mejora continua.	3. Estancamiento de la organización
3. Los indicadores indirectos no se encuentran establecidos formalmente con relación hacia los planes, objetivos y equipos de mejora.	4. Pacientes insatisfechos 5. Desprestigio de la institución.
4. Atención inadecuada por parte del personal de enfermería y el personal administrativo.	6. Inconformidad de los pacientes
5. Falta de organización para promover la mejora en el servicio	7. Desconocimientos de las necesidades y expectativas de los usuarios.

Documentación

CAUSAS	EFFECTOS
1. No se tiene identificado y diseñado el mapa de procesos.	1. Sobre carga de trabajo
2. No existe una documentación formal y definida de los procesos.	2. Servicio no estandarizado. Inexistente documentación de los procesos.

3. Documentación desactualizada o inadecuada de los manuales de puesto	3. Documentación inadecuada 4. Dualidad de mando
--	---

Diseño de los procesos

CAUSAS	EFFECTOS
1. Tiempos prolongados de espera para pasar consulta y obtener citas.	1. Desmejora en la prestación del servicio.
2. Las tareas no están debidamente asignadas	2. Existen atrasos en la realización de las actividades.
3. No existe formalmente la gestión de cambio en los procesos dentro de la organización	3. Desaprovechamiento de oportunidades de mejora del servicio.

Tabla 64 Cuadro resumen de causa y efecto

2.14.1.3 ANÁLISIS DE DIAGRAMA DE ISHIKAWA

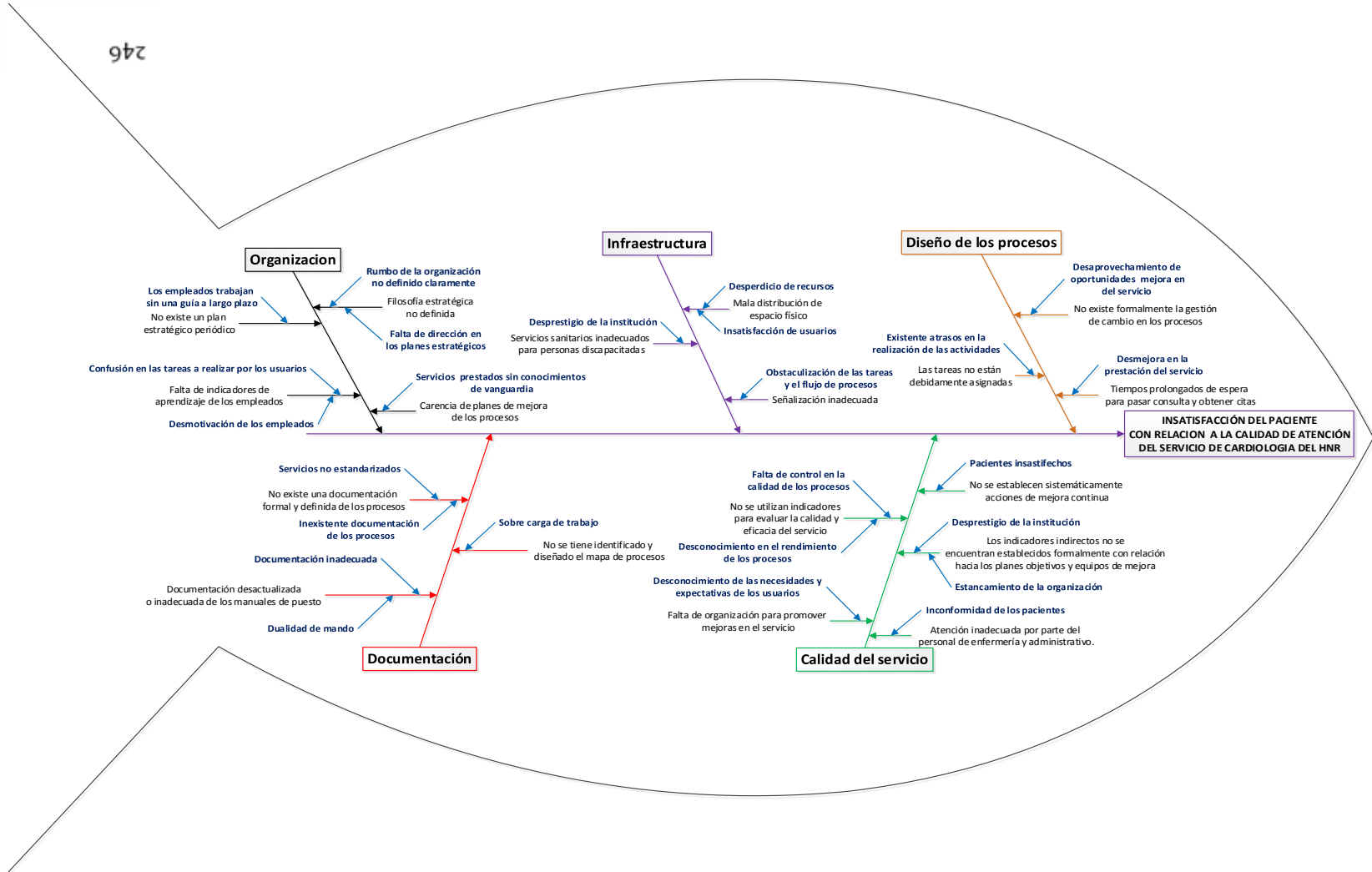


Ilustración 45 Diagrama de Ishikawa situación actual SC-HNR

2.14.2 PRIORIZACIÓN/CONCENSO DE LAS ÁREAS DE MEJORA

Una vez que las diferentes causas han sido agrupadas por categoría se realizara una priorización por medio del diagrama de Pareto. Se dará prioridad a aquellas categorías que acumulen el mayor porcentaje de efectos negativos para la institución.

CATEGORIA	CANT. EFECTOS	% DE EFECTOS	% ACUMULADO
Calidad del servicio	7	28.00%	28%
Organización	6	24.00%	52%
Documentación	5	20.00%	72%
Infraestructura	4	16.00%	88%
Diseño de procesos	3	12.00%	100%
Total	25		

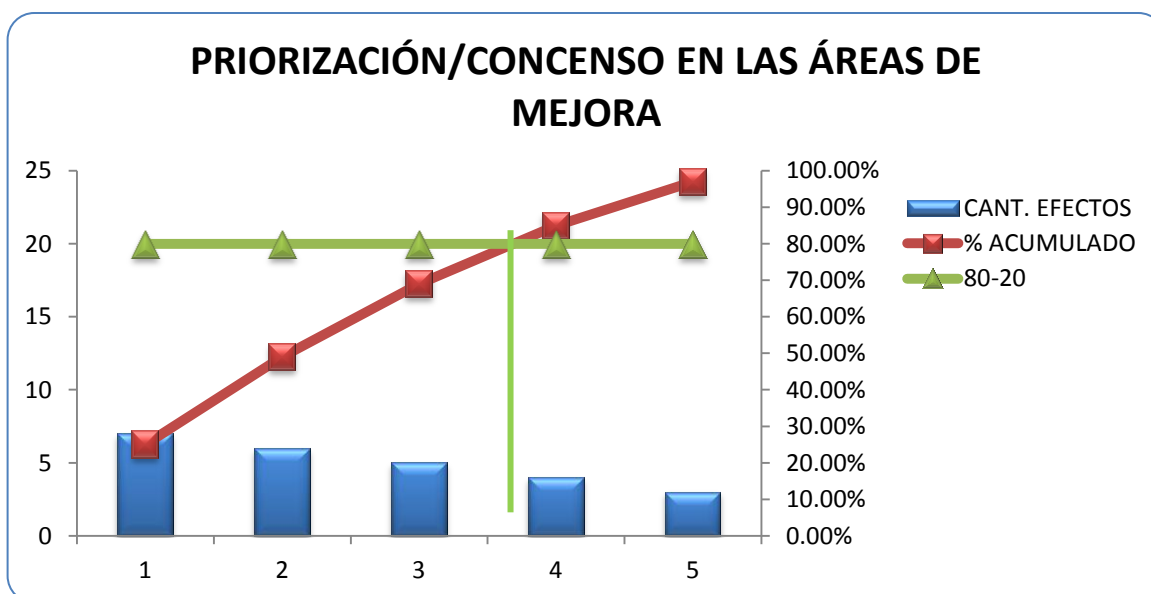


Ilustración 46 Priorización en las áreas de mejora

Interpretación: la categoría de causas relacionadas con la Calidad del Servicio es la que ocasiona la mayor cantidad de efectos negativos para el SC-HNR (28%), seguido de las categorías de Organización (24%) y Documentación (20%), formando entre las tres un porcentaje acumulado de 72% por lo cual son las categorías a las que más se necesita dar solución ya que producen la mayoría de efectos negativos al SC-HNR.

Es importante dar prioridad a las causas relacionadas con estas categorías, se realizara un diagrama de Pareto de segundo nivel para cada una para poder identificar cuáles son las causas que provocan la mayor cantidad de efectos negativos dentro de las categorías seleccionadas.

CATEGORIA CALIDAD DEL SERVICIO	CANT. EFECTOS	% DE EFECTOS	% ACUMULADO
No se utilizan indicadores para evaluar la calidad y eficacia del servicio	2	28.57%	29%
No se establecen sistemáticamente acciones de mejora continua.	2	28.57%	57%
Los indicadores indirectos no se encuentran establecidos formalmente con relación hacia los planes, objetivos y equipos de mejora.	1	14.29%	71%
Atención inadecuada por parte del personal de enfermería y el personal administrativo.	1	14.29%	86%
Falta de organización para promover la mejora en el servicio	1	14.29%	100%
Total	7		

Tabla 65 Cantidad de efectos negativos dentro de la categoría calidad del servicio

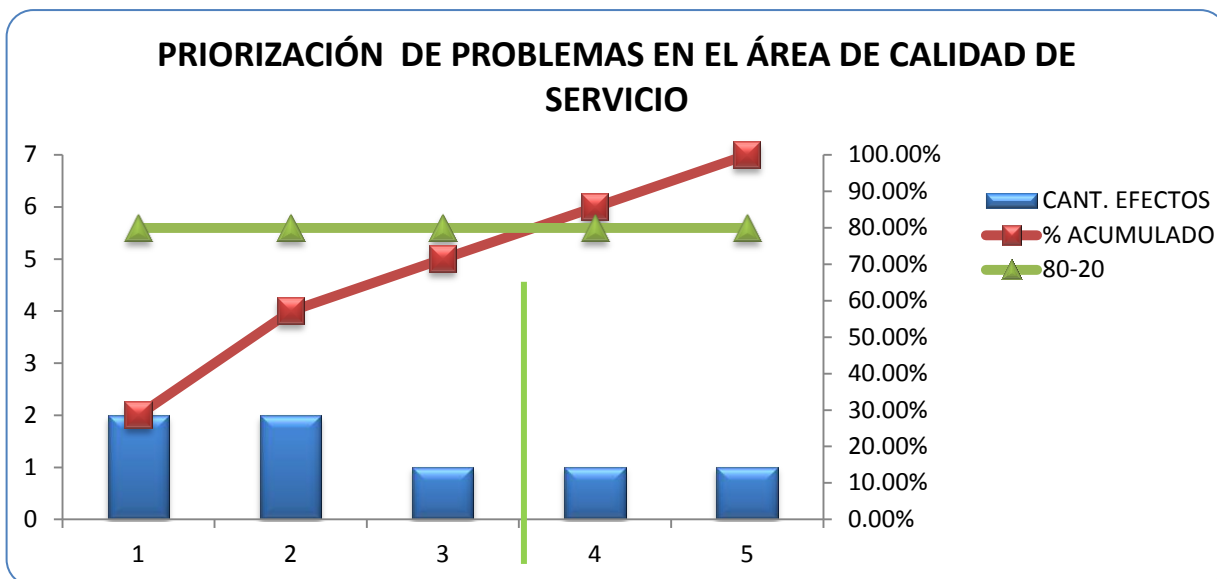


Ilustración 47 Priorización de problemas en el área de calidad de servicio

Interpretación: dentro de la categoría de causas relacionadas con la calidad del servicio las que presentan una mayor cantidad de efectos son que no se utilizan indicadores para evaluar la calidad y eficacia del servicio y no se establecen sistemáticamente acciones de mejora continua.

Teniendo un porcentaje acumulado de 71% de los efectos. Estas son de las principales causas que deben tratar de resolverse en la categoría de Institución para minimizar los efectos negativos que se tienen actualmente en el SC-HNR.

CATEGORIA: ORGANIZACIÓN	CANT. EFECTOS	% DE EFECTOS	% ACUMULADO
Filosofía estratégica no definida.	2	33.33%	33%
Falta de indicadores de aprendizaje de los empleados.	2	33.33%	67%
Carencia de planes de mejora de los procesos.	1	16.67%	83%
Total	6		

Tabla 66 Cantidad de efectos negativos dentro de la categoría organización

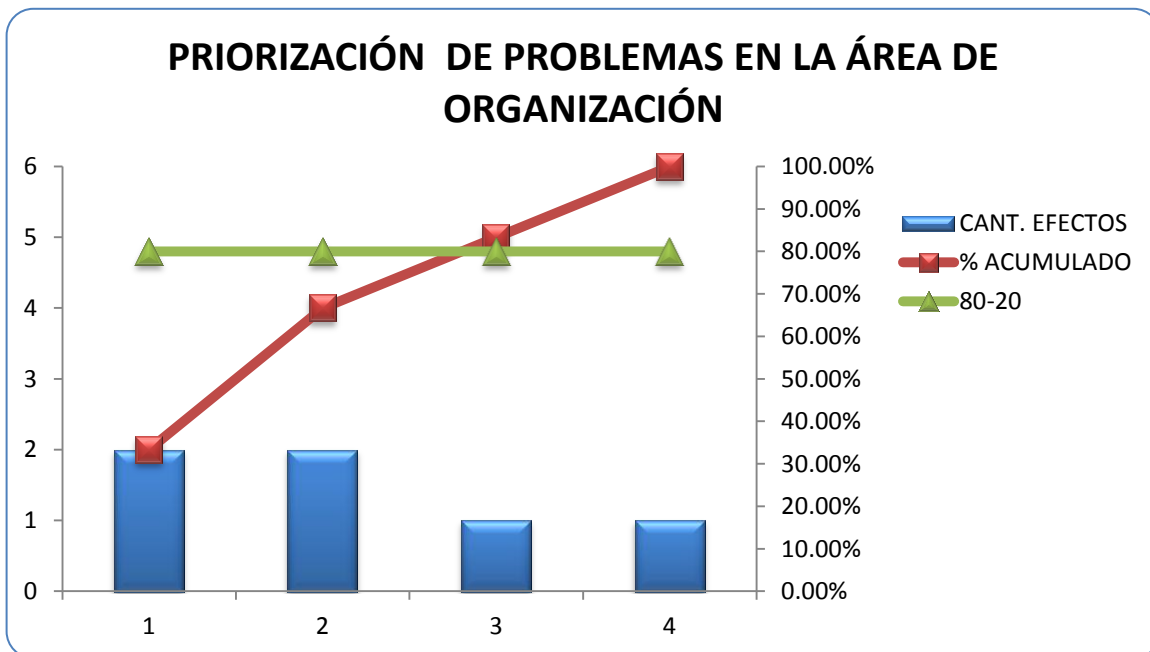


Ilustración 48 Priorización de problemas en el área de Organización

Interpretación: dentro de la categoría de causas relacionadas con la Organización las que presentan una mayor cantidad de efectos son Filosofía estratégica no definida y la Falta de indicadores de aprendizaje de los empleados.

Teniendo un porcentaje acumulado de 67% de los efectos. Estas son de las principales causas que deben tratar de resolverse en la categoría de Institución para minimizar los efectos negativos que se tienen actualmente en el SC-HNR.

CATEGORÍA DOCUMENTACIÓN	CANT. EFECTOS	% DE EFECTOS	% ACUMULADO
Documentación desactualizada o inadecuada de los manuales de puesto	2	40.00%	40%
No existe una documentación formal y definida de los procesos.	2	40.00%	80%
No se tiene identificado y diseñado el mapa de procesos.	1	20.00%	100%

Total	5		
--------------	---	--	--

Tabla 67 Cantidad de efectos negativos dentro de la categoría documentación

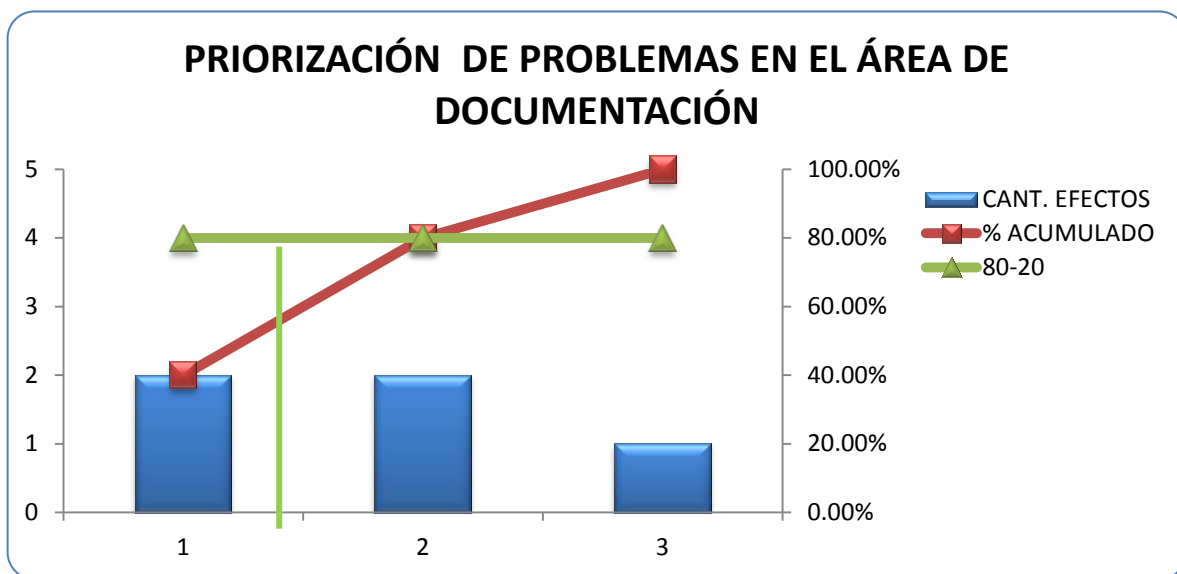


Ilustración 49 Priorización de problemas en el área de Documentación

Interpretación: dentro de la categoría de causas relacionadas con la Documentación las que presentan una mayor cantidad de efectos son la Documentación desactualizada o inadecuada de los manuales de puesto y que No existe una documentación formal y definida de los procesos..

Teniendo un porcentaje acumulado de 80% de los efectos. Estas son de las principales causas que deben tratar de resolverse en la categoría de Institución para minimizar los efectos negativos que se tienen actualmente en el SC-HNR.

2.14.3 ANÁLISIS DE SITUACIÓN ACTUAL CON SITUACIÓN PROPUESTA

Una vez que se ha identificado el problema en forma generalizada que se tiene en el servicio de cardiología del Hospital Nacional Rosales y que ya se conoce de forma general el contenido mínimo que debe tener el diseño del modelo de gestión por procesos, se realiza un pequeño análisis por medio del cual se puede observar el impacto que tendrá el diseño del modelo de EFQM; este análisis se realiza en forma general ya que en el apartado de las evaluaciones de la solución se especificará el impacto de la solución por medio de los indicadores que se han establecido para ello.

Para realizar este pequeño análisis se definen los elementos básicos que una institución u organización debe cumplir para que se considere que hay un modelo de gestión por proceso implementado; cada elemento se calificará según la siguiente escala de notas o calificaciones:

NOTA	SIGNIFICADO
0	No lo tiene implementado ni identificado
1	No se tienen las suficientes herramientas para mejorarlo
2	No se realizan estrategias para implementarlo ni identificarlo
3	Tiene implementado menos del 50%
4	Parcialmente implementado
5	Lo tiene implementado en su totalidad

Tabla 68 Elementos básicos de los criterios a evaluar

	ELEMENTO A CONSIDERAR PARA EL DISEÑO DEL SISTEMA FORMAL DE DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS	NOTA PARA SITUACIÓN ACTUAL	OBSERVACIÓN PARA SITUACIÓN ACTUAL (LO QUE SE TIENE ACTUALMENTE)	NOTA ESPERADA PARA SITUACIÓN PROPUESTA	OBSERVACIÓN PARA SITUACIÓN PROPUESTA (EL RESULTADO DEL DISEÑO DEL SISTEMA FORMAL DE DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS)
1	Estratégica institucional	2	Se tiene una estrategia institucional para todo el HNR pero no hay una estrategia específica definida para el Servicio de Cardiología de dicha institución.	4	La estrategia institucional plasmará el papel que el Servicio de Cardiología del HNR tiene con la sociedad y su obligación de disponer de la manera más efectiva de los recursos de los que dispone para brindar un servicio de integral para la población que así lo requiera.
2	Procesos	3	Procesos sin identificar, clasificar; no existen protocolos formalmente	5	Procesos identificados y modelados.

			documentados.		
3	Adaptabilidad de procesos	2	Procesos sin considerar las condiciones actuales y recursos disponibles para su realización.	5	Procesos modelados considerando recursos y condiciones actuales del Servicio de Cardiología del HNR.
4	Método de trabajo	1	Trabajadores del servicio de cardiología del HNR siguen su propio método de trabajo.	5	Se les brinda una herramienta que les ayude a identificar el método de trabajo que todos deben seguir, tomando en cuentas las normas y políticas del HNR.
5	Cumplimiento de funciones según cargo	1	Trabajadores desempeñan funciones de otros cargos que nos les corresponden.	4	Trabajadores tendrán manuales de puestos propios del Servicio de Cardiología, en donde les ayude a identificar sus funciones y responsabilidades por cargo.
6	Clima organizacional	2	Clima organizacional condiciona la realización de los	4	Por medio de los manuales resuelve esta problemática ya que teniendo un documento escrito y autorizado por la dirección del Servicio de Cardiología

			<p>procesos y por lo tanto condiciona la satisfacción del usuario; esto es debido a que como no se sigue una estructura definida de procesos, para realizar los procesos se depende mucho de la disposición de los trabajadores de que si quieren realizar esa función o no, por lo tanto al retrasos al realizarlos ya que se deben de realizar reuniones o llamarle la atención al trabajador para que cumpla dicha</p>		<p>del HNR se puede pedir al trabajador que realice esa función o actividad sin necesidad de realizar reuniones no programadas.</p>
--	--	--	---	--	---

			función o actividad.		
7	Autoridad	3	Falta de autoridad de los mandos medios; ya que cuando hay un problema, ya sea grave o leve, los trabajadores o usuarios buscan a dirección.	4	Por medio de un manual de funciones y descripción de puesto (el cual se diseñará) se puede disminuir este problema ya que teniendo un documento aprobado por dirección.
	Totales	14		31	
		40%		88.57%	

Tabla 69 Análisis de la situación actual con la propuesta

Con relación a la situación actual se espera que esta mejore en un ⁹⁵⁷48.57% en concordancia a la situación propuesta que planteará el grupo de investigación trayendo con ello beneficios notables en la calidad del servicio prestado por arte del Servicio de Cardiología del Hospital Nacional Rosales.

2.15 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A partir de las visitas de campo, entrevistas y encuestas realizadas en el Servicio de Cardiología del Hospital Nacional Rosales, en la que el personal y pacientes manifestaron al equipo investigador una serie de problemas que están afectando a la organización y el desarrollo óptimo de los procesos administrativos, de los cuales se muestran los resultados a continuación:

En base a este listado de problemas encontrados se realiza un análisis por medio de la técnica del Diagrama de Ishikawa para identificar el problema principal que tiene el Servicio de Cardiología del Hospital Nacional Rosales, se agrupan en categorías las causas que provocan el problema principal; para este análisis utilizaremos 5 categorías, las cuales son:

- a) Organización
- b) Infraestructura
- c) Documentación
- d) Diseño de los procesos
- e) Calidad del servicio

2.15.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

El Servicio de Cardiología del Hospital Nacional Rosales, no posee una normalización de sus procesos, a causa de que no se tienen procedimientos para la ejecución de labores claramente definidas y establecidas. Esta problemática se debe a una desorganización del servicio en cuanto a respaldo documental, ya que ha ido adaptando sus procesos de forma reactiva a las necesidades que se presentan.

Tampoco se realiza un seguimiento, medición y el análisis la calidad de los procesos ni se llevan a cabo las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de éstos.

Dado que no se tiene una documentación y estandarización de los procesos, las funciones se realizan por exigencia verbal, generando como consecuencia labores improductivas.

Esta situación se ve reflejada en la insatisfacción por parte de pacientes y empleados en la calidad del servicio de salud prestado.

El Servicio de Cardiología del Hospital Nacional Rosales, como prestadora de servicios de salud, presenta una débil estandarización y documentación de sus procesos, planificación estratégica, medición de rendimiento y de la calidad de servicio, lo cual conlleva a que el personal no tenga un estándar de trabajo que contribuya con las metas y objetivos propuestos por la organización.

En base a las causas detectadas y a la priorización realizada se plantea el principal problema del Servicio de Cardiología del Hospital Nacional Rosales. Considerando todas las causas detectadas y en base a los análisis realizados se busca plantear el problema de una manera que englobe los aspectos que requieran una mayor atención en el centro.

El enunciado del problema se formula de la siguiente manera:

“SERVICIO PRESTADO SIN ENFOQUE AL USUARIO, SIN CAPACIDAD DE ANTICIPARSE A LOS CAMBIOS DEL ENTORNO Y CARENTE DE MEDIOS QUE PERMITAN APROVECHAR AL MÁXIMO LOS RECURSOS, GARANTIZANDO LA CALIDAD DEL SERVICIO Y LA OBTENCIÓN DE RESULTADOS”

2.16 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

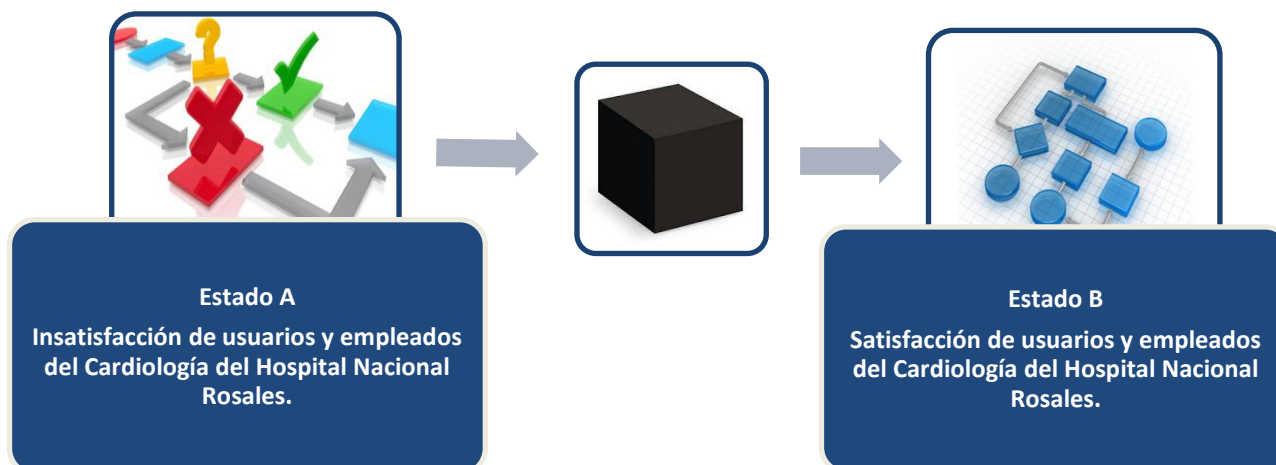


Ilustración 50 Formulación del problema

De acuerdo al problema central enunciado anteriormente, la pregunta que este proyecto pretende responder es: **Mediante un modelo de gestión por procesos ¿Logrará el Servicio de Cardiología del Hospital Nacional Rosales mejorar la calidad en su prestación de servicios?**

2.16.1 VARIABLES DE ENTRADA

- ✓ Necesidades de los usuarios del HNR en el servicio de Cardiología.
- ✓ Recurso humano que brinda servicio.
- ✓ Recurso humano administrativo.
- ✓ Objetivos, normativa, políticas, valores y acuerdos de calidad del HNR en el Servicio de Cardiología.
- ✓ Procesos y procedimientos operativos y administrativos que se tienen actualmente en el HNR en el Servicio de Cardiología.
- ✓ Leyes y normativas de El Salvador.

2.16.2 VARIABLES DE SALIDA

- ✓ Satisfacción del usuario.

- ✓ Control administrativo sobre los procesos y procedimientos.
- ✓ Organización del Servicio de Cardiología alineada a la estrategia global del HNR.
- ✓ Estrategias y métodos de control de calidad y de valor agregado de procesos y procedimientos.

2.16.3 **CRITERIOS**

- ✓ 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 interno y externo.

2.16.4 **RESTRICCIONES**

- ✓ 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 del HNR
- ✓ Las soluciones propuestas para los problemas analizados y priorizados deben de estar acorde a la filosofía institucional, la distribución del centro, el presupuesto y el tipo de organización del HNR.

2.16.5 **USO**

Se estima que la propuesta de mejora de la organización y procesos administrativos del servicio de Cardiología del Hospital Nacional Rosales tenga una duración de 1 año después de la implementación; ya que generalmente para los programas de mejora continua se recomienda realizar una sesión anual para la presentación de resultados.

2.16.6 **VOLUMEN**

Elaboración de una propuesta de la mejora de la organización y procesos administrativos aplicados al Servicio de cardiología del Hospital Nacional Rosales

2.16.7 TIEMPO

El diseño de la propuesta de mejora de la organización y procesos administrativos aplicado al servicio de cardiología del Hospital Nacional Rosales debe ser terminado en un periodo mínimo de 6 meses y máximo de 9 meses.

2.17 PROPUESTA DE SOLUCIÓN A LA PROBLEMÁTICA

2.17.1 EVALUACIÓN DE ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN

Se realizará una evaluación de las características de cada uno de los Modelos de Gestión a través del análisis de las características principales de cada uno de ellos y valorando las ventajas y desventajas que cada uno presenta para tener una base sobre la cual decidir cuál de los modelos es el más adecuado para satisfacer las necesidades del servicio de cardiología del HNR.

Los aspectos que se someterán a una comparación y evaluación entre los modelos son:

- ✓ Elementos Estratégicos.
- ✓ Actuación del modelo.

2.17.2 COMPARACIÓN POR ELEMENTOS ESTRATÉGICOS

A continuación se realiza una comparación de los elementos estratégicos que son los que orientan el accionar en las instituciones. Los elementos estratégicos describen en cierto modo la esencia de la organización.

ELEMENTOS DE COMPARACIÓN.	GESTIÓN POR FUNCIONES.	GESTIÓN POR PROCESOS.
Estructura organizacional	Jerárquica	Sistémica/interconectada
Actuación	Interna y cerrada	Externa y abierta
Recurso principal	Capital	Conocimiento
Proyección de RRHH	Directivos	Profesionales

Dirección	Ordenes gerenciales	Auto-gerencia
Compensación	Ascensos	Realización propia
Actitud de RRHH	Cumplir	Generar valor
Actitud dominante	Jefatura	Liderazgo
Control ejercido	Control externo	Autocontrol

Tabla 70 Comparación por elementos estratégicos

2.17.3 COMPARACIÓN POR ACTUACIÓN

Comparativo de la forma en que reacciona cada Modelo de Gestión ante determinadas situaciones presentadas durante el desempeño de las actividades. Permite analizar la mentalidad con que se afrontan situaciones difíciles en la organización.

ELEMENTOS DE COMPARACIÓN.	GESTIÓN POR FUNCIONES.	GESTIÓN POR PROCESOS.
Orientación de resultados	Orientado a la tarea	Orientado al cliente
¿Qué se debe comprender?	El trabajo	El proceso
Orientación colaborativa	Hacer mi trabajo	Trabajar en equipo
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
¿Qué son las personas?	Empleados	Talento humano

Tabla 71 Comparación de elementos por actuación

2.17.4 RESUMEN GESTIÓN FUNCIONAL VS GESTIÓN POR PROCESOS

ELEMENTOS DE COMPARACIÓN.	GESTIÓN POR FUNCIONES.	GESTIÓN POR PROCESOS.
Unidad de trabajo	✓ Departamento o Área	✓ Equipo
Figura clave	✓ Ejecutivo funcional	✓ Propietario del proceso
Beneficios	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Excelencia funcional. ✓ Balance de trabajo más fácil porque los trabajadores tienen habilidades similares. ✓ Dirección administrativa clara sobre como el trabajo debe ser desempeñado. ✓ Cumplimiento de objetivos del departamento. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Excelencia en la respuesta a los requerimientos del mercado. ✓ Comunicación y colaboración mejorada entre diferentes tareas funcionales. ✓ Medidas de desempeño alineadas con los objetivos del proceso. ✓ Cumplimiento de objetivos estratégicos.
Debilidades	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Barreras a la comunicación entre diferentes funciones. ✓ Entregas pobres entre funciones que afectan el servicio al cliente. ✓ Carencia de enfoque para optimizar el desempeño organizacional. ✓ Sin estándares. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Duplicación de la experiencia funcional. ✓ Inconsistencia del desempeño funcional entre procesos. ✓ Complejidad operacional incrementada.

	✓ Carencia de controles o controles inadecuados.	
Valor estratégico	✓ Estrategia de liderazgo en costos	✓ Estrategia de diferenciación

Tabla 72 Gestión funcional vs gestión por procesos

2.17.5 SELECCIÓN DE ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN

Para la selección de la alternativa de solución más adecuada para el servicio de cardiología del HNR se han seleccionado aspectos específicos que actualmente se necesitan en el servicio de cardiología para poder mejorar la prestación del servicio y por ende la satisfacción de los pacientes así como también lograr cumplir con los resultados esperados para el servicio de cardiología del HNR.

ASPECTOS CLAVE.	GESTIÓN POR FUNCIONES.	GESTIÓN POR PROCESOS.
Proyección de RRHH	Directivos	Profesionales
Actitud de RRHH	Cumplir	Generar valor
Orientación de resultados	Orientado a la tarea	Orientado al cliente
¿Qué se debe comprender?	El trabajo	El proceso
Orientación colaborativa	Hacer mi trabajo	Trabajar en equipo
¿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

Tabla 73 Aspectos a considerar para la evaluación del servicio de cardiología

El Modelo de Gestión por Procesos cumple con las características que el servicio de cardiología necesita para solucionar su problemática ya que los aspectos claves están orientados al cliente con énfasis en la mejora de los procesos y generación de valor agregado para los usuarios por medio de personal profesional que trabaje en equipo.

Además de esto, la Gestión por Procesos presenta las siguientes ventajas que son claves para mejorar el servicio en el HNR:

- ✓ Excelencia en la respuesta a los requerimientos del mercado.
- ✓ Medidas de desempeño alineadas con los objetivos del proceso.
- ✓ Cumplimiento de objetivos estratégicos.

A través del análisis de estos factores, en base a las causas detectadas y a la priorización realizada se plantea el principal problema del Servicio de Cardiología del Hospital Nacional Rosales. Se busca plantear el problema de una manera que englobe los aspectos que requieran una mayor atención en el servicio.

El enunciado del problema se formula de la siguiente manera:

“SERVICIO PRESTADO SIN ENFOQUE AL USUARIO, SIN CAPACIDAD DE ANTICIPARSE A LOS CAMBIOS DEL ENTORNO Y CARENTE DE MEDIOS QUE PERMITAN APROVECHAR AL MÁXIMO LOS RECURSOS, GARANTIZANDO LA CALIDAD DEL SERVICIO Y LA OBTENCIÓN DE RESULTADOS”

2.17.6 PROPUESTA DE LA ALTERNATIVA DE SOLUCION.

A través del análisis de estos factores y considerando la problemática definida en el HNR se selecciona como alternativa de solución:

“APLICAR UN MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS QUE PERMITA ORIENTAR EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES GARANTIZANDO LA CALIDAD DE SUS LABORES A TRAVÉS DE

LA NORMALIZACIÓN DE SUS PROCESOS PARA CUMPLIR ASÍ LAS EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS CON RELACIÓN AL SERVICIO QUE SE PRESTA A LA POBLACIÓN”

2.17.7 CONCEPTUALIZACION DE LA SOLUCION.

La solución más adecuada para resolver la problemática en el servicio de cardiología del HNR es la aplicación de un Modelo 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 Gestión por Procesos se lleva a cabo a través de los siguientes pasos:

- ✓ Desarrollar el concepto de Organización.
- ✓ Definir los procesos claves y prioritarios.
- ✓ Establecer sistemas de indicadores.
- ✓ Establecer planes de actuación.

Considerando esta metodología y evaluando las principales causas de efectos negativos en base a la priorización realizada en el servicio de cardiología del HNR se describe a continuación el contenido del Modelo de Gestión por Procesos diseñado para el servicio.

2.18 CONTENIDO DEL MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS.

Luego de haber analizado las diferentes percepciones de los pacientes a través de las encuestas y de haber identificado las principales problemáticas que afectan a la calidad de la atención que se ofrece en el servicio de cardiología del Hospital Nacional Rosales a continuación se procederá a desarrollar un sistema de documentación de los procesos, tomando como guía el esquema de lineamiento siguiente:

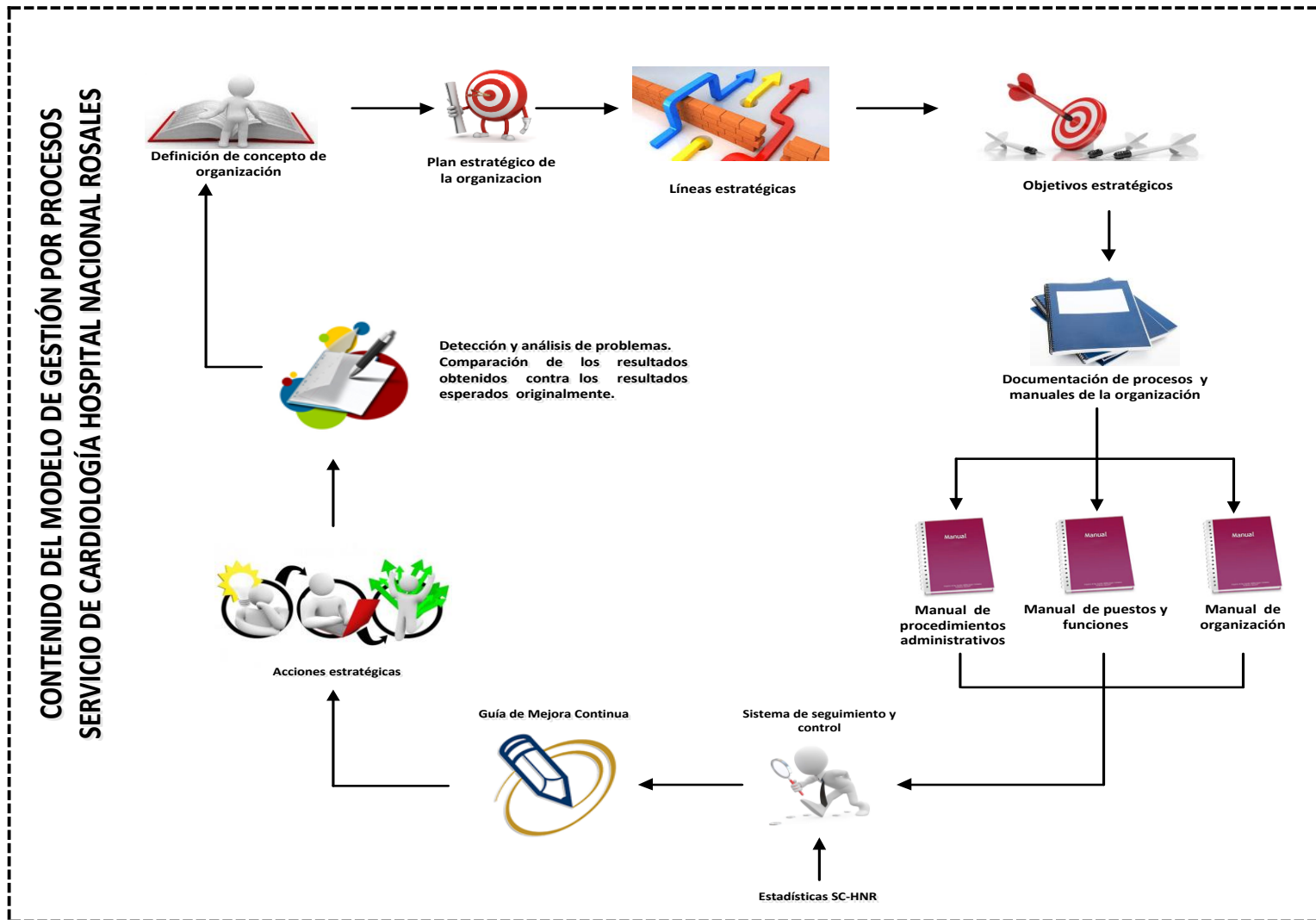


Ilustración 51 Contenido del Modelo de Gestión por procesos SC-HNR

2.19 DESCRIPCIÓN DEL CONTENIDO DEL MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS

Definición del concepto de organización: empezamos revisando el concepto de organización para tener claro cuáles son los insumos que necesitamos para llegar a tener un servicio ordenado. En nuestro caso tomamos un fragmento de la teoría organizacional de Henri Fayol que en resumen obtuvimos que las características principales de una organización son:

- Una organización posee un grupo de individuos interrelacionados.
- En una organización se definen objetivos y se persiguen
- Se realiza una coordinación racional e intencionada
- Cuenta con procedimientos ordenados

Plan estratégico de la operación: luego de tener claro que necesitamos individuos, objetivos, coordinación y procedimientos ordenados para tener una buena organización definimos el plan estratégico de la operación el cual es un programa de actuación que consiste en aclarar lo que se pretende conseguir y cómo se espera conseguirlo. En este paso del modelo de gestión por procesos se relacionan las actividades a realizar con los insumos necesarios que se definieron en el paso anterior como se puede ver a continuación:

Creación de organigrama	→	Grupo de individuos interrelacionados
Análisis estratégico	→	Objetivos a perseguir
Líneas estratégicas	→	Coordinación racional e intencionada
Documentación de procesos	→	Procedimientos ordenados

Líneas estratégicas: las líneas estratégicas son temáticas que reflejan a grandes rasgos la misión visión valores y políticas de una organización en este caso las técnicas que se utilizarán para realizar las líneas estratégicas son:

Técnicas o herramientas para cumplir las líneas estratégicas
En la etapa de diagnóstico se puede observar que se realizó una encuesta para medir el nivel de satisfacción de los pacientes del servicio. Esta encuesta puede ser usada múltiples veces después de haber completado un ciclo en el modelo de gestión por procesos y haber hecho alguna mejora en el servicio prestado esto conlleva a saber si los cambios realizados van por un buen camino.
En la etapa de diagnóstico se puede observar que se realizó una autoevaluación para los líderes del SC-HNR esta autoevaluación se realiza para medir el nivel de la cultura organizativa y otros aspectos en el servicio. Esta autoevaluación se puede realizar después de haber completado el ciclo de modelo de gestión por procesos para
Mediante los indicadores se puede medir si los resultados llegan a las metas planteadas estos indicadores se pueden revisar con el sistema de seguimiento y control.
Se utiliza una guía de mejora continua para saber que acciones tomar para mejorar los procesos que se realizan en el servicio y se recomienda para perseguir la mejora continua que se replanteen los objetivos y metas para obtener mejores resultados.

Tabla 74 Técnicas para cumplir las líneas estratégicas

Objetivos estratégicos: son las acciones concisas que la organización debe hacer bien para la implementación de las diversas estrategias. De manera macro las acciones para la implementación de estas estrategias son:

- Documentación
- Mejora continua

Documentación de procesos: para que una organización pueda tener sus procesos ordenados tiene que poseer la documentación adecuada además la documentación de procesos ayudará a que el servicio de cardiología posea una adecuada división del trabajo, que se respeten la autoridad y las responsabilidades y al mismo tiempo ayudará como referencia para futuros empleados que sean nuevos en el servicio. La documentación propuesta para satisfacer estas necesidades del servicio de cardiología son:

- Manual de procedimientos administrativos
- Manual de puestos y funciones

- Manual organizacional

Sistema de seguimiento y control: es necesario establecer este sistema para definir la capacidad de atención, indicadores de desempeño y de la satisfacción del paciente.

Guía de mejora continua: en la guía de mejora continua se describen las técnicas más útiles para realizar la mejora y se definen los pasos previos a realizar la mejora.

Acciones estratégicas: después de haber aplicado la guía de mejora continua se procede a realizar las acciones estratégicas que responden a los objetivos estratégicos que se han planteado al inicio del modelo de gestión por procesos.

Detección de análisis de problemas: mediante los indicadores y los instrumentos como la encuesta para pacientes y la autoevaluación para los jefes, se realiza la detección de problemas y después de esto se realiza nuevamente el ciclo del modelo de gestión por procesos.

2.20 DEFINICIÓN DEL CONCEPTO DE ORGANIZACIÓN

Las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deberían comprender sus necesidades actuales y futuras, satisfacer sus requisitos y esforzarse en exceder sus expectativas. Actualmente el servicio de cardiología del HNR carece de un enfoque basado en el cliente y es importante definir el concepto de organización en función de los usuarios. Para tener un enfoque al cliente y una guía estratégica para el diseño de planes y programas enfocados a los usuarios se realizará el diseño de la misión y visión propias del servicio de cardiología del HNR, ya que actualmente se trabaja en base a una misión y visión institucional que no se adapta a las características propias del servicio.

Diseño de la Misión del SC-HNR.

La misión es el motivo, propósito, fin o razón de ser de la existencia de una organización porque define:

- Lo que pretende cumplir en su entorno o sistema social en el que actúa.

- Lo que pretende hacer.
- El para quién lo va a hacer.

Diseño de la Visión del SC-HNR.

El simple hecho de establecer con claridad lo que está haciendo el día de hoy no dice nada del futuro de la organización, ni incorpora el sentido de un cambio necesario y de una dirección a largo plazo. La visión es el camino al cual se dirige la organización a largo plazo y sirve de rumbo y aliciente para orientar las decisiones estratégicas de crecimiento junto a las de competitividad.

2.21 DISEÑO DEL PLAN ESTRATÉGICO DEL SC- HNR

Se diseñará una herramienta principal en la dirección y en la toma de decisiones del Servicio de Cardiología del HNR, definiendo cuáles son las prioridades a abordar y la forma de acometerlas, planteando las líneas maestras de las actividades a realizar y los criterios de decisión a utilizar por los miembros del centro, para la consecución de la misión y visión del CRP en el contexto en el que desarrolla su trabajo y avanzar hacia un modelo de excelencia en la formación profesional.

2.22 ELABORACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HNR

La documentación en una institución permite garantizar la calidad de sus servicios a través de la estandarización y clara definición de las funciones y actividades a realizar por el personal.

A continuación se muestra cómo se realizará la documentación de los procesos desarrollados el servicio de cardiología del HNR:

2.22.1 FORMATO DE LEVANTAMIENTO DE PROCESOS

Al momento de Identificar los requerimientos de los clientes (pacientes) de los procesos, entradas y salidas (caracterización de procesos) se utilizará el siguiente formato:

LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS				
<i>MACROPROCESO</i>				
<i>CÓDIGO</i>	<i>DESCRIPCIÓN</i>			
<i>PROCESO</i>				
<i>CÓDIGO</i>	<i>DESCRIPCIÓN</i>			
<i>OBJETIVO</i>	<p>¿Cuál es la razón de ser de este proceso? ¿A través de qué acciones lo concreto?</p>			
<i>ALCANCE</i>				
<i>LÍDER DEL PROCESO</i>	<i>NIVEL DEPARTAMENTO</i>			
	<i>NIVEL SECCIÓN</i>			
<i>PROVEEDOR</i>	<i>ENTRADA</i>	<i>SUBPROCESOS</i>	<i>SALIDA</i>	<i>USUARIOS</i>
<i>REQUISITOS APLICABLES</i>				
<i>INTERNOS</i>		<i>EXTERNOS</i>		

INDICADORES

Tabla 75 Formato para el levantamiento de procesos

2.22.2 DESCRIPCIÓN DE LOS ELEMENTOS:

- Código: Se asignará un número consecutivo a cada macro procesos y proceso con la finalidad de ordenarlos e identificarlos fácilmente.
- Líder del proceso: En el espacio destinado para este fin, se anotará el nombre del puesto inherente al proceso, el cual será el encargado de efectuar el proceso que se está describiendo.
- Descripción detallada del proceso: Es la narración escrita, precisa y detallada, de todas las diligencias del procedimiento.
- Proveedor: Proceso, persona o tercero que suministra el producto o servicio.
- Entrada: Producto, servicio, información, directriz u objeto de transformación necesaria para el inicio del proceso. Los Insumos (equipos, papel, etc.) y la normatividad no se consideran entradas. Solo se consideraran entradas aquellas en las que el proveedor sea externo al proceso analizado.
- Subprocesos o etapas: Describe de manera secuencial las actividades que se desarrollan en el proceso. Todo subproceso o etapa comenzará con una acción (verbo).
- Salida: Producto, servicio, información, directriz, etc.; que es generado como resultado de la ejecución de los subproceso o etapas del proceso. Solo se consideraran salidas aquellas en las que el usuario sea externo al proceso analizado.
- Usuarios: Proceso, persona o tercero que recibe el producto o servicio, que se menciona en la columna de "Salida".

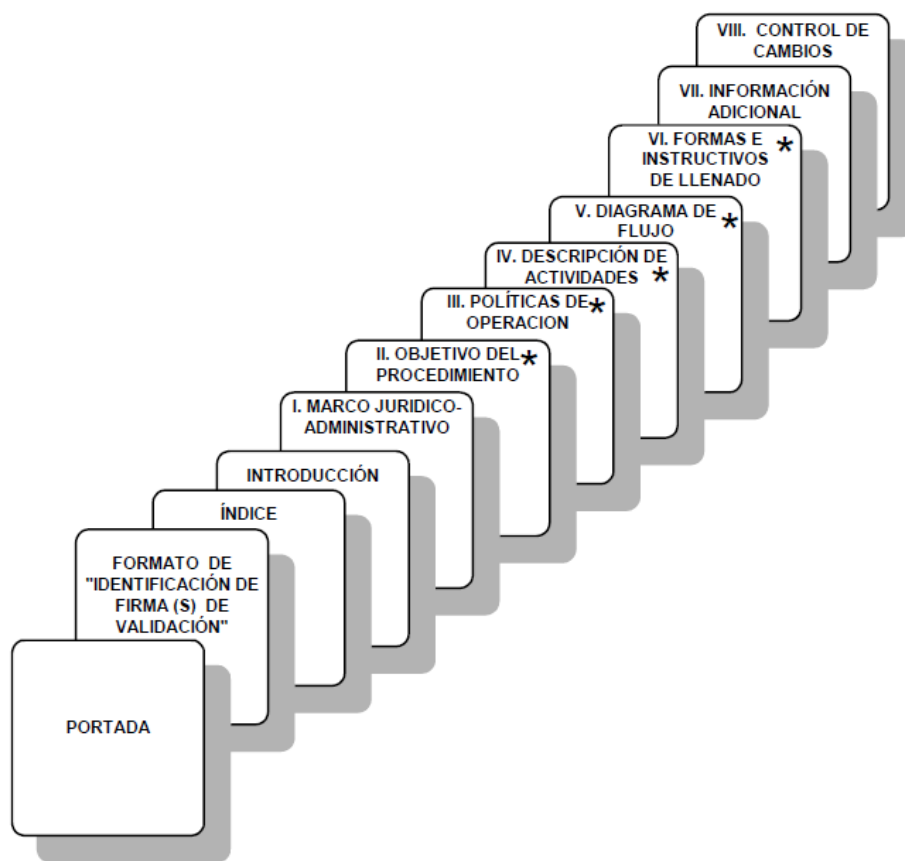
2.23 MANUALES ADMINISTRATIVOS.

Son considerados uno de los elementos más eficaces para la toma de decisiones en la administración, ya que facilitan el aprendizaje y proporcionan la orientación precisa que requiere la acción humana en cada una de las unidades que conforman a la organización, fundamentalmente a nivel operativo o de ejecución, pues son una fuente de información que trata de orientar y mejorar los esfuerzos de sus integrantes para lograr la adecuada realización de las actividades que se le han encomendado. Por ello se tiene como propósito diseñar los manuales necesarios para brindar un apoyo directo al nuevo tipo de gestión que se diseñará para aplicarlo en el SC-HNR. Dichos manuales son:

2.24 MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Es aquel instrumento de información en el que se consignan, en forma metódica, los pasos y operaciones que deben seguirse para la realización de las funciones de una organización. Este instrumento se volverá de suma importancia al rediseñar o crear nuevos procesos para la mejora en la calidad de servicio.

El Manual de Procedimientos deberá contener los siguientes apartados, así como un encabezado y pie de página en todo el documento:



***Estos apartados deberán elaborarse por cada procedimiento a integrar.**

Ilustración 52 Elementos a integrar para cada procedimiento

1. Portada

Es la identificación del manual y deberá contener los siguientes datos:

- En la parte superior central, aparecerá el logo del Servicio de Cardiología del Hospital Nacional Rosales.
- En la parte central, se anotará el nombre completo del manual, por procedimiento.
- En la parte inferior derecha el responsable de la elaboración de los procedimientos y en la parte inferior central, la fecha de elaboración del manual: mes (con letra) y año (cuatro dígitos).
- Versión: Se deberá mantener un número consecutivo 1.0, 1.1., 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8, 1.9, 2.0. 2.1,2.9, 3.0, ...

2. Formato de “identificación de firma (s) de validación”

Para proceder al registro del manual, el titular de la unidad administrativa responsable de la emisión y aplicación del Manual de Procedimientos, instancia jurídica y/o normativa de la unidad administrativa emisora del manual y el de la Administración de Organización, deberán validarlo requisitando el formato “Identificación de Firma (s) de Validación”.

FIRMAS DE VALIDACIÓN DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SUBPROCESO (CLAVE Y NOMBRE DEL SUPROCESO).		
NO. DE VERSIÓN Versión 1.0	FECHA (DIA MES Y AÑO)	VALIDA _____ Nombre y Cargo del dueño del Subproceso Responsable de aplicación del subproceso
		_____ Nombre y cargo Área Normativa y/o Jurídica
		_____ Nombre Titular de la Administración de Organización de la

Tabla 76 Formato para la identificación de firmas

3. Encabezado

En la Portada, en el Formato de Identificación de Firma(s) de Validación y en las Formas e Instructivos de Llenado, no se incluirá el encabezado. Deberá contener lo siguiente:

- Logo del Servicio de Cardiología Hospital Nacional Rosales.
- Leyenda “Manual de Procedimientos”

- Nombre del área emisora del manual.
- Nombre del área que aplica el procedimiento.
- Fecha de elaboración del manual.

1. Índice

Es la relación de los apartados que integran el manual. La paginación deberá ser progresiva y con numeración.

2. Introducción

Es la presentación del manual al usuario, se sugiere utilizar un lenguaje claro, conciso y como máximas dos cuartillas. Toda introducción deberá contener:

- Fundamento legal bajo el cual se ha elaborado el manual.
- Propósito básico.
- Ámbito global de aplicación.
- La síntesis del contenido de los apartados del manual.
- El señalamiento de aquellas áreas que intervienen en la elaboración del manual.
- Las observaciones y consideraciones de carácter general que se juzguen convenientes, como por ejemplo la importancia de mantener permanentemente actualizado el manual.

3. Marco jurídico-administrativo

Es la base legal y administrativa que fundamenta el ejercicio de las atribuciones de la Unidad administrativa que emite el manual. Se relacionarán los nombres de los principales ordenamientos jurídico-administrativos, mismos que deberán ser estrictamente vigentes y seguir un orden jerárquico descendente.

4. Objetivo del procedimiento

Es el propósito que se pretende alcanzar con el desarrollo de las actividades que integran el procedimiento. Su contenido debe responder a los cuestionamientos ¿Qué se hace? y ¿Para qué se hace?

Cuando en una misma área se lleven a cabo varios procedimientos, por cada uno de ellos se deberá incluir un objetivo. La descripción del objetivo deberá iniciar con un verbo en infinitivo, evitando el uso de adjetivos calificativos, gerundios y abreviaturas.

5. Políticas de operación

Las políticas de operación se desprenden de los ordenamientos jurídico-administrativos y/o son definidas por el titular de la unidad administrativa correspondiente, o por factores externos.

Cada política de operación deberá integrarse de la siguiente forma:

- Establecer el área responsable en la toma de decisiones.
- Señalar el área (s) de carácter interno o externo, a quién aplica la política.
- En caso de que el lineamiento así lo requiera, se deberá señalar aspectos cronológicos (ubicar tiempo y espacio, fecha de entrega, plazos cumplidos, períodos sancionados, así como su lugar de aplicación).

Con la finalidad de que la unidad administrativa delimite convenientemente su toma de decisiones, es recomendable se estructuren las políticas suficientes que circunscriban adecuadamente los derechos y obligaciones, tanto de las unidades, como del personal a cargo de éstas.

6. Descripción de actividades

Es la relatoría secuencial de las diferentes actividades del procedimiento. Para su narración se utiliza un formato que contiene tres columnas: Unidad Responsable, Actividad y Documentos Involucrados, cada una de ellas contendrá su título propio.

En la columna de Unidad Responsable, se deberá especificar el nombre de las áreas que intervienen en la ejecución de las actividades. (No se deberán mencionar los puestos, ejemplo: Administrador, Subadministrador, Jefe de Departamento). Cuando una misma área sea responsable de realizar una serie de actividades de manera continua, se anotará su nombre únicamente en la primera de estas actividades.

En la columna de Actividad, deberán describirse las operaciones conforme se van desarrollando en el procedimiento de principio a fin en forma secuencial, clara y precisa, es decir, cómo, cuándo y dónde se ejecutan dichas actividades.

En la columna de Documentos Involucrados, se anotarán los nombres de aquellos documentos que se generen o utilicen en el procedimiento y en cada una de las actividades en que éstos intervengan.

7. Diagrama de flujo

Representa en forma gráfica la secuencia en que se realizan las actividades de un procedimiento. Para su elaboración se deberá utilizar el paquete Visio 5.0.

El título “DIAGRAMA DE FLUJO” deberá ir con letra mayúscula, centrado y con negritas, cuando el Diagrama de Flujo continúe en la página siguiente, se deberá agregar (CONTINUACIÓN). El nombre del procedimiento deberá resaltarse en negritas y con letra mayúscula.

En los diagramas de flujo cada una de las actividades deberá identificarse con un número colocado por fuera del cuadro en el ángulo superior derecho, conforme a la numeración utilizada en la descripción de la actividad. Es importante diagramar las actividades, de tal forma que se logre una adecuada distribución de los símbolos utilizados.

Es importante diagramar las actividades, de tal forma que se logre una adecuada distribución de los símbolos utilizados.

No se deberá utilizar abreviaturas en la elaboración del Diagrama de Flujo.

Para la elaboración del Diagrama de Flujo deberá utilizarse la simbología que a continuación se presenta:



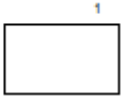
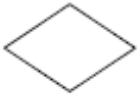

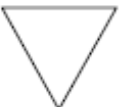





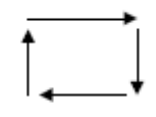


SIMBOLO	NOMBRE	DESCRIPCION
	Inicio, Fin, e Interruptor	Representa el inicio o fin del procedimiento, o bien, cuando interviene un área responsable de la actividad. En todos los casos deberá anotarse en el interior del símbolo: Inicio, fin o el nombre del área, según corresponda.
	Interconexión	Representa la conexión con otro procedimiento. Deberá anotarse el nombre del procedimiento con el que conecta, dentro del símbolo.
	Actividad	Representa la ejecución de la actividad de un procedimiento, se utilizarán enunciados breves, con un resumen de la actividad descrita. En la parte superior derecha por fuera del símbolo, se anotará el número consecutivo de la actividad.
	Decisión	Indica las posibles alternativas dentro del flujo del procedimiento.
	Documento	Representa cualquier tipo de documento que se genere o participe en el desarrollo del procedimiento.
	Archivo definitivo	Indica que se guarda un documento en forma permanente.
	Archivo Temporal	Indica que se guarda un documento durante un periodo establecido.
	Anotación	Se usa para comentarios adicionales a una actividad y se puede conectar a cualquier símbolo del diagrama en el lugar donde la anotación sea significativa.

Ilustración 53 Simbología, Diagrama de flujo

SÍMBOLO	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
	Comunicación remota	Representa la transmisión de información entre dos o más órganos administrativos vía telefónica, telegráfica y de radio entre otros.
	Conectores de actividad	Representa el enlace entre actividades dentro de un procedimiento y siempre tendrá que relacionarse un conector de salida y uno de entrada, utilizando números arábigos en forma progresiva, dependiendo del orden de aparición en el diagrama de flujo.
	Conectores de página	Representa el enlace de actividades del procedimiento en hojas diferentes y siempre tendrá que relacionarse un conector de página de entrada con uno de salida, utilizando letras para su fácil identificación.
	Dirección de flujo o línea de unión	Conecta símbolos, señalando el orden en que deben realizarse, representándose con líneas rectas, horizontales o verticales, o la combinación de ambas, evitando su cruce y utilizar en un mismo lado del símbolo de actividad, varias líneas de entrada y salida.
	Diskette	Representa el uso de disco flexible, dentro del desarrollo del procedimiento.
	Base de Datos	Representa el almacenamiento de información en forma organizada y manipulable.

8. Formas e instructivos de llenado

En caso de que alguna actividad utilice formas a requisitar, deberá elaborarse el instructivo de llenado correspondiente.

Las formas e instructivos de llenado, deberán ordenarse de acuerdo a su aparición en la columna de Documentos Involucrados del o de los procedimientos que integran el manual, identificándolos con número de Anexo 1, 2, 3, etc., según corresponda e integrarse después de cada procedimiento.

Cuando una forma se utilice en dos o más procedimientos, ésta deberá incluirse en todos y cada uno de los procedimientos.

Todas las formas e instructivos deberán agruparse por procedimiento en este apartado, por lo que no es necesario incluirles el encabezado.

9. Información adicional

La unidad administrativa podrá disponer de este apartado para señalar aspectos o conceptos complementarios al manual, que no pudieran ser incluidos en los apartados que el índice de forma específica contempla para la elaboración del manual.

10. Control de cambios

Este apartado se podrá utilizar para Manuales ya registrados siempre y cuando el registro no tenga una antigüedad mayor a 6 meses, y para cambios mínimos entendiendo por éstos, aquellos que no afecten de manera sustancial el contenido del mismo, ejemplo, integración o modificación de un procedimiento, en el caso de que el manual integre varios, modificación o integración de una política y cambio de nomenclatura.

2.24.1 MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE PROCESOS

El Manual de Procedimientos deberá contener los siguientes apartados así como un encabezado y pie de página en todo el documento:

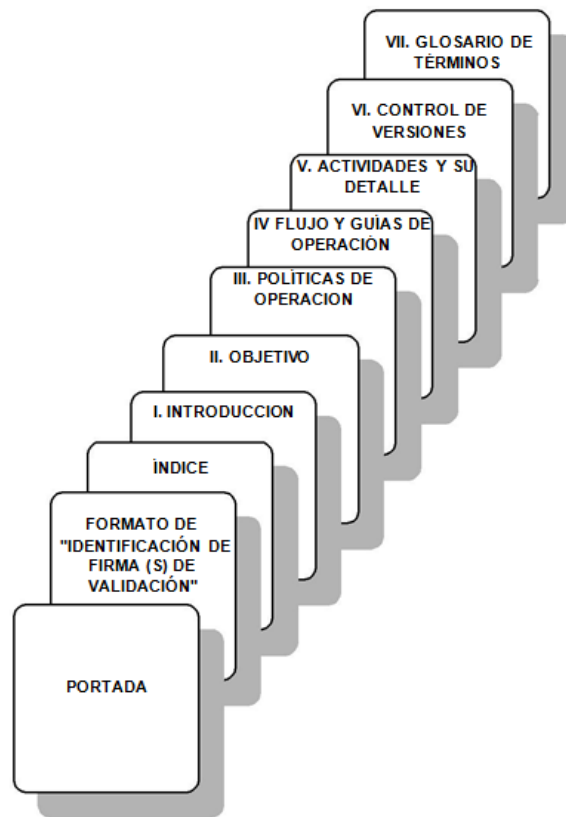


Ilustración 54 Elementos a integrar para el manual de procesos

1. Portada

Es la identificación del manual y deberá contener los siguientes datos:

- Logo del Servicio de Cardiología del Hospital Nacional Rosales
- **Datos del Proceso:** En los campos correspondientes anotar la clave y el nombre del proceso, el nombre del subproceso, y en su caso la última fecha de actualización.
- **Versión:** Se deberá mantener un número consecutivo 1.0, 1.1., 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8, 1.9, 2.0. 2.1,....2.9, 3.0, ...
- **Datos del manual:** En la parte inferior anotar el número de la versión, la fecha de la vigencia (mes dos dígitos y año cuatro dígitos) y número de páginas.

2. Formato de identificación de firmas de validación

Garantizan que el manual de procesos está debidamente autorizado por los responsables del subproceso, y dan certeza jurídica a quienes lo aplican que es la versión vigente. Para proceder al registro del manual deberán validarlo requisitando el formato “Identificación de Firma (s) de Validación” el dueño del subproceso, la instancia jurídica y/o normativa de la unidad administrativa emisora del manual y el titular de la Administración de Organización.

FIRMAS DE VALIDACIÓN DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SUBPROCESO (CLAVE Y NOMBRE DEL SUPROCESO).		
NO. DE VERSIÓN Versión 1.0	FECHA (DIA MES Y AÑO)	VALIDA _____ Nombre y Cargo del dueño del Subproceso Responsable de aplicación del subproceso
		_____ Nombre y cargo Área Normativa y/o Jurídica
		_____ Nombre Titular de la Administración de Organización de la

Ilustración 55 Formato para firmas de validación

3. Introducción

Es la presentación del manual, debe escribirse con un lenguaje claro y conciso. Esta parte del manual debe contener:

- Propósito básico del manual.
- Descripción breve del subproceso.

- El señalamiento del área dueña del subproceso.
- Las observaciones y consideraciones de carácter general que se juzguen convenientes, como por ejemplo la importancia de mantener permanentemente actualizado el manual.
- Fundamento legal bajo el cual se ha elaborado el manual.

4. Objetivo del sub proceso

Es la razón fundamental tanto operativa como estructural dentro de la organización. Sólo puede haber un objetivo por subproceso y debe cumplir con lo siguiente:

- iniciar con verbo en infinitivo
- utilizar lenguaje claro y cotidiano
- establecer el responsable de la aplicación del subproceso
- responder a los cuestionamientos ¿Qué hace? y ¿Para qué se hace?
- evitar adjetivos calificativos, gerundios y abreviaturas.

5. Políticas de operación

Es el lineamiento interno de carácter general que orienta la toma de decisiones en cuanto al desarrollo de actividades que se llevan a cabo en cada subproceso. Debe de establecer el o los roles responsables de la toma de decisiones; se debe señalar el área o áreas de carácter interno o externo a quién aplica.

En caso de ser necesario señalar aspectos cronológicos (ubicar tiempo y espacio, fecha de entrega, plazos cumplidos, períodos sancionados, así como lugar de aplicación).

6. Actividades y su detalle

La relación de actividades se debe vincular a una tabla con el detalle de las tareas que componen la actividad. Esta tabla se integra por: puesto responsable, descripción de la tarea, documentos involucrados, datos de entrada, datos de salida.

Este apartado necesita una liga al mapa de las actividades y tareas del servicio.

2.24.2 ELEMENTOS QUE INTEGRAN EL DETALLE DE LA ACTIVIDAD

✓ **Puesto Responsable**

Puesto que realiza la tarea, deberá mencionar todos los puestos y ubicación de acuerdo al modelo operativo involucrados en el desarrollo de la tarea (dueños del subproceso, centro de servicio, módulo, presencia y enlace administrativo) y los mismos deberán coincidir con la nomenclatura de la estructura autorizada.

✓ **Descripción de la tarea**

Tarea: Las tareas son las acciones que de forma secuencial se realizan en una actividad. Cada una de las tareas debe transcribirse textualmente respetando el número y nombre reflejado en ARIS y tener una liga directa al mapa correspondiente Diagrama de Asignación de Funciones (DAF).

Descripción: Es la relatoría secuencial y cronológica que precisa la realización de una tarea. El responsable de elaborar el manual debe describir en forma clara y precisa las diferentes opciones para desarrollar la tarea.

✓ **Documentos involucrados**

Anotar nombres y claves de aquellos documentos implicados en el desarrollo de la tarea, éstos estarán relacionados de acuerdo a la secuencia en que deben ser consultados o utilizados, todos los documentos y/o formatos involucrados deberán ser integrados por el dueño del subproceso a documento y contar con un instructivo de llenado.

Ejemplo: Guías rápidas, lineamientos, metodología, formatos.

✓ **Datos de entrada**

Informe requerido para iniciar la tarea, dato, documento, dictamen o catálogo.

✓ **Datos de salida**

Informe que resulta del desarrollo de la tarea, dato, documento, dictamen o catálogo.

✓ **Control de versiones**

En forma rápida permite identificar el histórico de las modificaciones que ha tenido el manual.

✓ **Glosario de términos**

Es la definición de algunos términos utilizados, en el manual.

2.25 MANUAL DE ORGANIZACIÓN

El Manual de Organización Específico deberá contener los siguientes apartados:

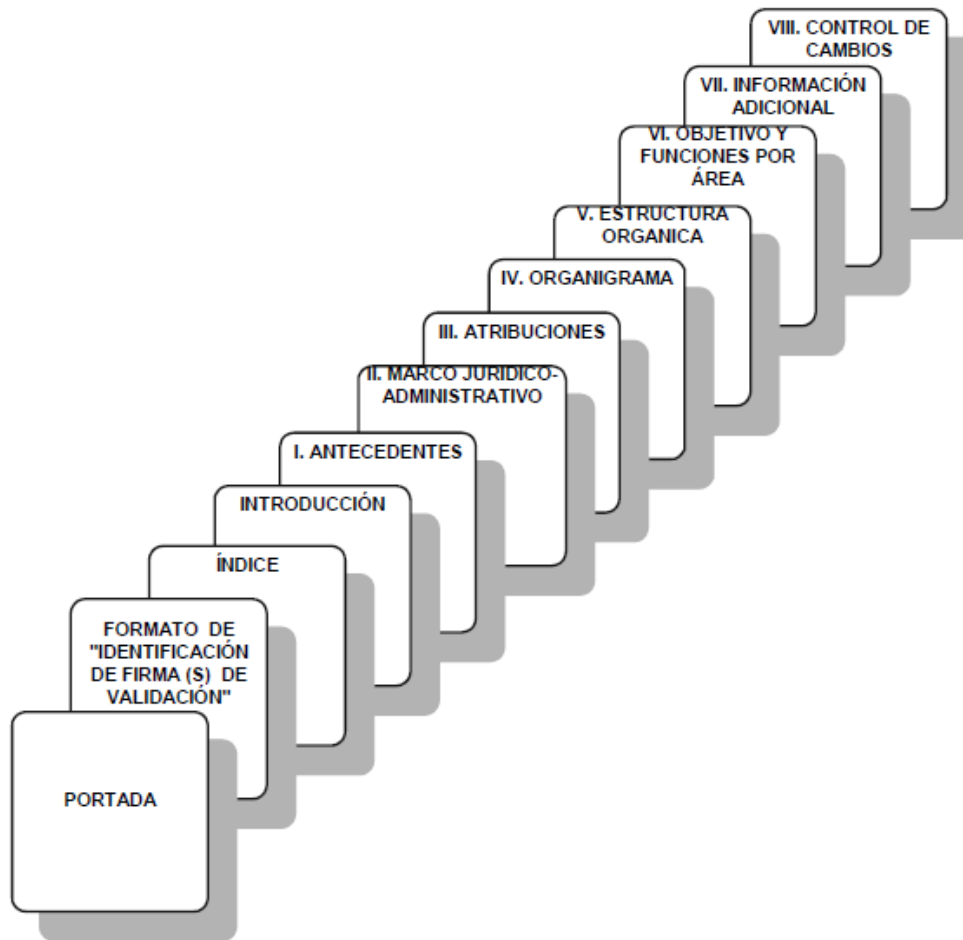


Ilustración 56 Elementos a integrar para el manual de organización

1. Portada

Es la identificación del manual y deberá contener los siguientes datos:

- En la parte superior central, aparecerá el logo del Servicio de Cardiología del Hospital Nacional Rosales.
- En la parte central, se anotará el nombre completo del manual, por procedimiento.
- En la parte inferior derecha el responsable de la elaboración de los procedimientos y en la parte inferior central, la fecha de elaboración del manual: mes (con letra) y año (cuatro dígitos).
- Versión: Se deberá mantener un número consecutivo 1.0, 1.1., 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8, 1.9, 2.0. 2.1,2.9, 3.0, ...

2. Formato de “identificación de firma (s) de validación”

Para proceder al registro del manual, el titular de la unidad administrativa responsable de la emisión y aplicación del Manual de Procedimientos, instancia jurídica y/o normativa de la unidad administrativa emisora del manual y el de la Administración de Organización, deberán validarlo requisitando el formato “Identificación de Firma (s) de Validación”.

3. Encabezado

En la Portada, en el Formato de Identificación de Firma(s) de Validación y en las Formas e Instructivos de Llenado, no se incluirá el encabezado. Deberá contener lo siguiente:

- Logo del Servicio de Cardiología Hospital Nacional Rosales.
- Leyenda “Manual de Procedimientos”
- Nombre del área emisora del manual.
- Nombre del área que aplica el procedimiento.
- Fecha de elaboración del manual.

1. Índice

Es la relación de los apartados que integran el manual. La paginación deberá ser progresiva y con numeración arábica.

2. Introducción

Es la presentación del manual al usuario, se sugiere utilizar un lenguaje claro, conciso y como máximo dos cuartillas. Toda introducción deberá contener:

- Fundamento legal bajo el cual se ha elaborado el manual.
- Propósito básico.
- Ámbito global de aplicación.
- La síntesis del contenido de los apartados del manual.
- El señalamiento de aquellas áreas que intervienen en la elaboración del manual.
- Las observaciones y consideraciones de carácter general que se juzguen convenientes, como la importancia de mantener permanentemente actualizado el manual.

3. Antecedentes

Son los datos históricos de la unidad administrativa que emite el manual, en los cuales se deberá considerar lo siguiente:

- Se describirá la evolución organizacional de la unidad administrativa, indicando la información sobresaliente de las transformaciones orgánicas hasta llegar a la estructura actual.
- Se indicarán las disposiciones jurídico-administrativas que hayan dado origen y/o modificado aspectos de su organización.

4. Marco Jurídico-Administrativo

Es la base legal y administrativa que fundamenta el ejercicio de las atribuciones de la unidad administrativa que emite el manual.

- Se relacionarán los nombres de los principales ordenamientos jurídico-administrativos, mismos que deberán ser estrictamente vigentes y seguir un orden jerárquico descendente, según se muestra a continuación:
 - Constitución de la república
 - Leyes
 - Reglamentos
 - Decretos
 - Acuerdos

- Dentro de cada grupo, los ordenamientos deberán relacionarse de acuerdo a su fecha de emisión en orden cronológico (ascendente o descendente)

5. Atribuciones

Son las facultades que el Reglamento Interior del Servicio confiere a cada administración general, por lo que se deberán transcribir textualmente el (los) artículo (s) respectivo (s).

6. Organigrama

Es la representación gráfica de la estructura orgánica de la unidad administrativa.

- Se incluirá el último organigrama de la administración general autorizado por la
- Administración General de Innovación y Calidad y registrado ante la Secretaría de la
- Función Pública, sin niveles salariales y hasta el nivel de Jefatura de Departamento.
- No se deberá incluir el nombre de las personas que ocupan el puesto.
- No se deberá incluir el encabezado o burbuja de identificación del manual.
- En las nomenclaturas no se deberá usar abreviaturas.
- Para su elaboración, se deberá utilizar el paquete Visio 5.0.

7. Estructura orgánica

Es el listado de las áreas que conforman la unidad administrativa.

- Se describirán las mismas nomenclaturas de las áreas representadas en el organigrama de la administración general autorizado y registrado ante las instancias correspondientes, relacionando los niveles jerárquicos en orden descendente, es decir, de administración general hasta jefatura de departamento.

8. OBJETIVO Y FUNCIONES POR ÁREA

Se relacionarán objetivo y funciones por área en hoja por separado, de acuerdo al orden especificado en el apartado de Estructura Orgánica.

✓ **OBJETIVO**

Es el propósito que se pretende alcanzar con el desarrollo de las funciones. Su contenido deberá responder a los cuestionamientos ¿qué hace? y ¿para qué se hace?.

- Se deberá iniciar con un verbo en infinitivo, manifestando el fin que se pretende cumplir con la realización de las funciones por área, evitando el uso de adjetivos calificativos y en un máximo de siete líneas.
- Se deberá incluir un solo objetivo por área, independientemente de las funciones que se realicen.

✓ **FUNCIONES**

Es el conjunto de actividades inherentes y afines a cada una de las áreas, que le permitirán cumplir con las atribuciones conferidas.

- Se deberán iniciar con un verbo en infinitivo, describiendo las más relevantes de carácter sustantivo o administrativo, de acuerdo con el ámbito de su competencia.
- Para la redacción del objetivo y funciones, se sugiere utilizar la Matriz Estructural de Distribución de Acciones por Nivel Jerárquico.
- A partir de administración central hasta jefatura de departamento, se deberán describir las funciones que permitan cumplir con el objetivo particular del área y a su vez acordes con el objetivo establecido para la administración general.

Es importante anotar cinco funciones como mínimo, que muestren en su conjunto el quehacer del área descrita.

9. INFORMACIÓN ADICIONAL

Se podrá disponer de este apartado para señalar aspectos o conceptos complementarios al manual, que no pudieran ser incluidos en los apartados que el índice de forma específica contempla para la elaboración del manual.

10. CONTROL DE CAMBIOS

Este apartado se podrá utilizar para Manuales ya registrados siempre y cuando el registro no tenga una antigüedad mayor a 6 meses, y para cambios mínimos entendiendo por éstos, aquellos que no afecten de manera sustancial el contenido del mismo, ejemplo, Integración o modificación de un objetivo, función o cambio de nomenclatura.

2.26 MANUAL DE PUESTOS Y FUNCIONES

Este Manual contiene las responsabilidades y obligaciones específicas de los diferentes puestos que integran la estructura organizacional, a través de la descripción de las funciones rutinarias de trabajo para cada uno de ellos. Se diseñara este manual ya que este servirá para definir las características de cada puesto de trabajo, delimitando las áreas de autoridad y responsabilidad, esquematizando las relaciones entre cada función de la organización. Además de describir el nivel jerárquico de cada puesto dentro de la organización, así como su relación de dependencia, lo cual quiere decir el lugar que ocupa el puesto dentro de la estructura organizacional, a que posiciones está subordinado directa e indirectamente y cuál es su relación con otros puestos de trabajo.

2.27 SISTEMA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL

El enfoque basado en procesos de los modelos 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 objetivos previstos.

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. Esto se pretende lograr a través de:

2.27.1 MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA CAPACIDAD DE ATENCIÓN

Seguimiento de los niveles de aprovechamiento de la capacidad de atención a fin de controlar y buscar mejoras debido a que actualmente existe un gran desaprovechamiento de dicha capacidad en el servicio de cardiología del HNR.

2.27.2 DISEÑO DE INDICADORES DE DESEMPEÑO

Los indicadores permiten establecer, en el marco de un proceso o conjunto de procesos, que es necesario medir para conocer la capacidad y eficiencia del mismo, todo ello alineado a la misión del servicio de cardiología del HNR. 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.

2.27.3 MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

En una organización con enfoque al cliente resulta de vital importancia que todos los miembros de la organización conozcan cuáles son los beneficios de lograr la satisfacción del cliente, cómo definirla, cuáles son los niveles de satisfacción, cómo se forman las expectativas en los clientes y en qué consiste el rendimiento percibido, para que de esa manera, estén mejor capacitados para lograr la tan anhelada satisfacción del cliente, que en este caso son todos los usuarios de los diferentes servicios del servicio de cardiología del HNR.

2.27.4 FICHA DE INDICADOR.

Esta información es de suma importancia para controlar el accionar del SC-HNR y se planteara de manera sistemática para cada indicador a través de una Ficha de Indicador, cuyo formato se muestra a continuación.

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR			
(TIPO DE INDICADOR) DEL SC-HNR			
Indicador		Código	
Objetivo			
Definición			
Unidad de Medida		Fórmula para su cálculo	
Fuentes de Datos		Periodicidad	
Nivel de Aplicación			
Responsable			
Objetivo Mínimo Permissible		Objetivo a alcanzar	

Tabla 77 Ficha técnica de indicadores SC-HNR

CAPÍTULO III – DISEÑO

3.1 OBJETIVOS DEL DISEÑO

3.1.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar una propuesta de mejora de la organización y de los procesos administrativos para el Servicio de Cardiología del Hospital Nacional Rosales, que estén orientados a brindar un servicio eficiente para los pacientes a través de la mejora de la calidad y la orientación de los procesos.

3.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Diseñar las bases del plan estratégico que sirva como modelo para el rediseño y mejora de los procesos del servicio prestado.
- Definir a través del plan de trabajo, objetivos y metas de procesos de apoyo de manera que se aprovechen al máximo los recursos disponibles.
- Documentar los procesos y sus procedimientos con el fin de darles un mejor seguimiento, permitiendo que el servicio este siempre orientado al usuario del SC-HNR.
- Representar en IDEF0 los procesos administrativos priorizados en la etapa de diagnóstico para facilitar la interpretación de las actividades en su conjunto, ya que permite una percepción visual del flujo y la secuencia de las mismas.
- Diseñar un sistema de control sobre el que hacer del SC-HNR, con el fin de conocer los resultados que se están obteniendo y si estos resultados cubren los objetivos previstos.

3.2 DESARROLLO DEL PLAN ESTRATÉGICO

3.2.1 DEFINICIÓN DE PLAN ESTRATÉGICO DE LA ORGANIZACIÓN

3.2.1.1 ESTRATEGIA

Una estrategia es el conjunto de las principales decisiones de la empresa o institución, reflejadas en la distribución de sus recursos, dirigidos a alcanzar una posición competitiva única dentro de su mercado.

Son aquellas grandes pautas de actuación que demarcan el camino necesario a seguir durante un periodo de tiempo determinado, establecen la base del planteamiento de los objetivos estratégico.

“La estrategia es el modelo de objetivos, propósitos o metas y de las principales políticas y planes para alcanzarlos, planteados de tal manera que definen en qué negocio está o va a estar la compañía y la clase de compañía que es o va a ser”. K. Andrews (1971).

3.2.1.2 PLAN ESTRATÉGICO.

El plan estratégico es un programa de actuación que consiste en aclarar lo que se pretende conseguir y cómo se espera conseguirlo. Esta programación se plasma en un documento de consenso donde se concretan las grandes decisiones que van a orientar la marcha de la institución hacia la gestión excelente.

3.2.1.3 OBJETIVO DEL PLAN ESTRATÉGICO

Trazar un mapa de la organización, que señale los pasos para alcanzar la visión de la institución y convertir los proyectos en acciones (tendencias, metas, objetivos, reglas, verificación y resultados).

3.2.1.4 ¿POR QUÉ REALIZAR UN PLAN ESTRATÉGICO?

- El planteamiento de un plan estratégico obligará a la institución a pensar de forma sistemática en el futuro.
- La metodología sirve para identificar cambios favorables y desarrollos que la facultad debería lograr como un organismo que brinda educación superior.
- Mejora la coordinación de actividades en pro de aumentar la calidad de educación.
- Justifica que los recursos disponibles puedan ajustarse mejor a las oportunidades de mejora.
- El plan proporciona un marco general útil para la revisión continua de las actividades que se realizaran en pro del mejoramiento de la facultad.

3.2.1.5 LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA RESPONDE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS EN UNA ORGANIZACIÓN

- ✔ ¿Cuál es nuestra razón de ser? ¿Qué nos da vida y sentido?: declaración de la Misión.
- ✔ ¿A dónde deseamos ir?: Visión estratégica.
- ✔ ¿Qué hacemos bien? ¿Qué deseamos hacer?: Propositiones; Objetivos estratégicos.
- ✔ ¿Cómo llegamos a ese futuro?: Plan de acción; Reglamento de evaluación.

3.2.1.6 FASES PARA LA ELABORACIÓN DE UN PLAN ESTRATÉGICO

Para el desarrollo de un plan estratégico debemos distinguir tres etapas fundamentales:

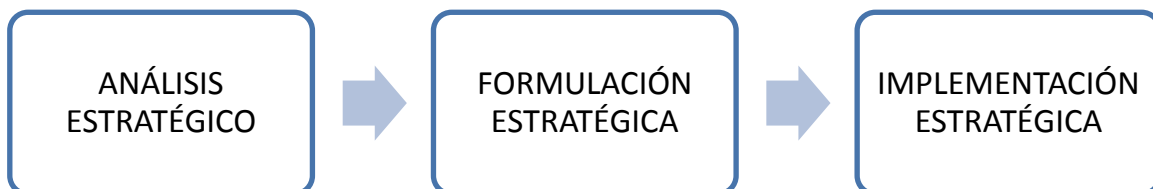


Ilustración 57 Fases para la elaboración de un plan estratégico

El **Análisis estratégico** es el punto inicial del proceso, consiste en el trabajo previo que debe realizarse a fin de formular e implementar eficazmente las estrategias, lo que se realizara será un análisis de los factores externos e internos de la institución.

1. Analizar los propósitos y objetivos: ya que estos forman una jerarquía de metas que se alinean desde amplias declaraciones que permiten tener una ventaja competitiva sobre las demás instituciones.
2. Análisis del entorno: es necesario vigilar y examinar el entorno con el objetivo de determinar las oportunidades y amenazas en el entorno.
Analizar las fortalezas y relaciones entre las actividades que comprenden la cadena de valor de la institución puede ayudarnos a construir fuentes potenciales de innovación y desarrollo.

La **Formulación de estrategias** se refiere Plantear de un modo simple, coherente y uniforme las estrategias establecidas mediante el análisis anterior, con el fin de establecer objetivos e indicadores.

La **Implementación Estratégica** nos permitirá garantizar que el análisis y formulación de las estrategias se hayan establecido eficazmente y que coordinen e integren las actividades y a los involucrados.

3.3 ANÁLISIS 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.

3.4 ANÁLISIS ESTRATÉGICO

3.4.1 ANÁLISIS DE PROPÓSITOS Y OBJETIVOS

La visión, misión y objetivos estratégicos de una empresa forman una jerarquía de metas que se alinean desde amplias declaraciones de intenciones y fundamentos para la ventaja competitiva hasta específicos y mensurables objetivos estratégicos.

En este aspecto el SC-HNR tiene deficiencias ya que no posee una misión y visión propias del centro. Se trabaja en base a la misión y visión institucional del ISRI pero es importante contar con líneas estratégicas propias que sean acorde a las institucionales, por lo cual se realiza su diseño a continuación.

Actualmente el SC-HNR no cuenta con una estructura organizacional definida. En base a las entrevistas realizadas y en la observación directa realizada durante las visitas al servicio médico se define la estructura organizacional de la siguiente manera:

3.4.2 DEFINICIÓN DEL ORGANIGRAMA:

El tipo de organigrama diseñado para satisfacer las necesidades del servicio de cardiología es un organigrama funcional en este organigrama se incluyen las principales funciones que se tienen asignadas en el servicio, además de las unidades y sus interrelaciones. Este tipo de organigrama se diseñó de esta manera porque es de gran utilidad para capacitar al personal y presentar a la organización en forma general.

3.4.3 PROPUESTA DE ORGANIGRAMA DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HNR



Ilustración 58 Propuesta de organigrama del SC-HNR

3.5 DEFINICIÓN DE LA MISIÓN:

Preguntas a las que responde:

- ¿Cuál es la razón de ser del servicio de cardiología del HNR?
- ¿Para quién trabaja el servicio de cardiología del HNR?
- ¿Cuál es la finalidad del servicio de cardiología del HNR?

Elementos para construirla:



Ilustración 59 elementos para construir la definición de la misión

PROPUESTA DE MISIÓN DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HNR.

Proporcionar asistencia cardiológica eficiente a nuestra población de referencia, y aportar valor añadido a la sociedad a través del desarrollo de actividades docentes e investigadoras, y del ejercicio de la responsabilidad social, para mejorar la educación sanitaria cardiovascular de la sociedad civil de nuestro entorno

3.6 DEFINICIÓN DE LA VISIÓN:

Preguntas a las que responde:

- ✓ ¿Dónde y cómo pretende estar el servicio de cardiología del HNR dentro de 3-4 años?

Elementos para construirla:



Ilustración 60 Elementos para construir la definición de la visión

PROPUESTA DE VISIÓN DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HNR.

Ser el mejor centro de alta especialización en medicina cardiovascular, que brinda atención a la población, con criterios preventivos y con capacidad resolutive, buscando la satisfacción integral del usuario que acude al Hospital Nacional Rosales, entendida ésta, como la preservación o restitución plena de su estado de salud; que forme recursos humanos para la salud cardiológica, con altos niveles de calidad técnica, humanística y con un enfoque social hacia la comunidad, que investiga sobre

la patología cardiovascular actual del El Salvador y que crea sistemas de atención eficientes fundados en una ética enfocada a las personas.

3.7 VALORES.

- **Calidez:** disponemos de la calidad humana en el trato al usuario, reflejados en la conducta y actitud del personal al prestar los servicios.
- **Competencia:** mantenemos la aptitud, idoneidad y capacidad para ejercer el cargo con eficiencia y eficacia.
- **Confidencialidad:** somos reservados en el uso de la información institucional.
- **Equidad:** garantizamos a toda persona igualdad en la prestación de los servicios de cardiología.
- **Lealtad:** somos empleados leales a la Institución, respetamos y cumplimos las normativas, instructivos y lineamientos institucionales.
- **Responsabilidad:** actuamos con el sentido de los deberes y obligaciones que nos compete dentro de la Institución.
- **Transparencia:** nuestras acciones son realizadas con honorabilidad, de tal manera que nos permite la confianza en nuestras operaciones y la disponibilidad para ser objetos de evaluación.
- **Unidad:** estamos comprometidos a trabajar en equipo para brindar una atención de calidad.

3.8 ANÁLISIS DEL ENTORNO

Durante el desarrollo de la etapa de Diagnostico se realizó el análisis del entorno del SC-HNR por medio de una auto evaluación EFQM, que permitió conocer las fortalezas y áreas de mejora; también se pudo conocer el punto de vista de los usuarios mediante las encuestas realizadas. Dicho análisis se puede resumir en el siguiente esquema:

3.9 ANÁLISIS FODA DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES.

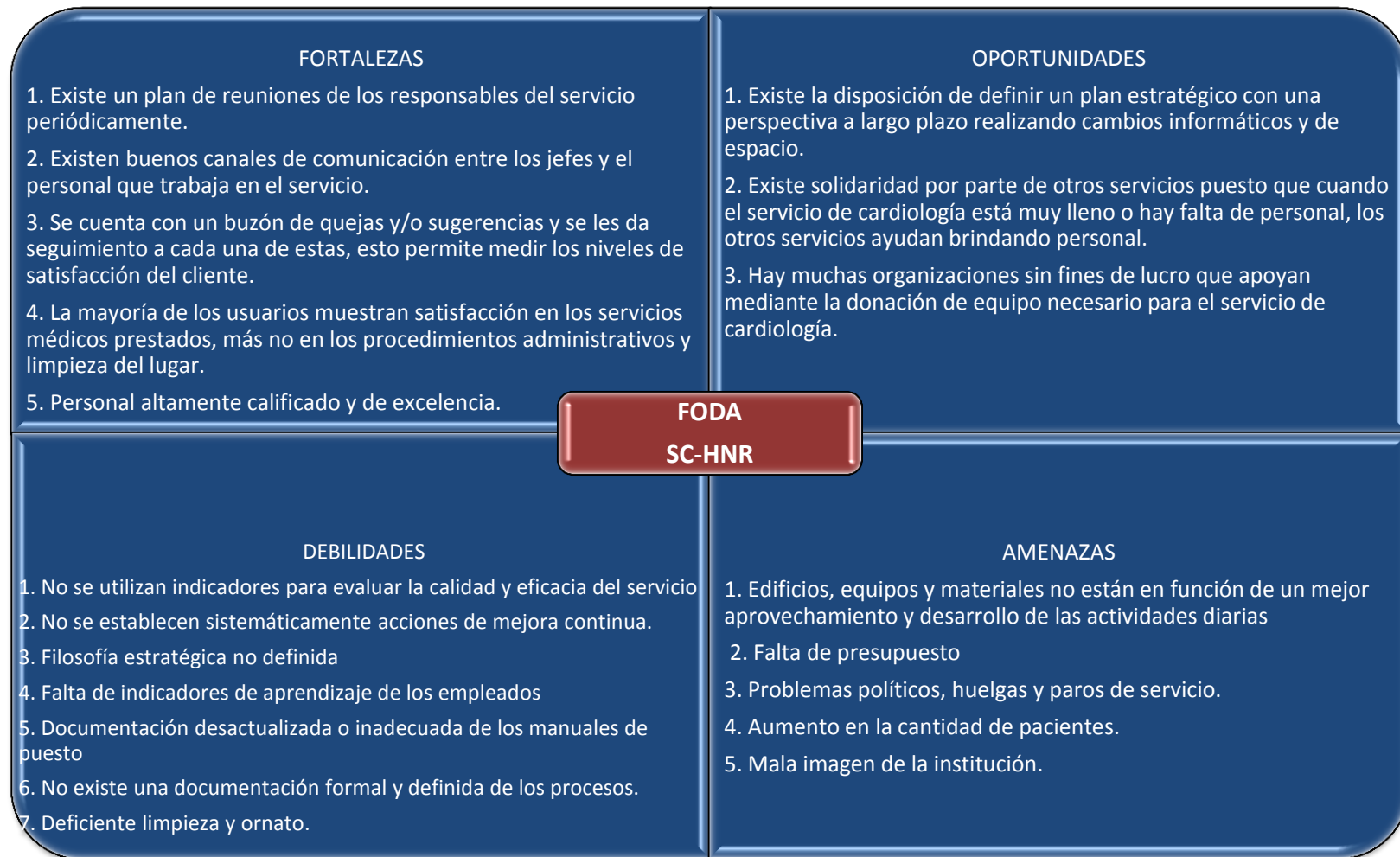


Ilustración 61 Análisis FODA SC-HNR

3.10 FORMULACIÓN ESTRATÉGICA.

Las líneas estratégicas son aquellas grandes pautas de actuación que demarcan el camino necesario a seguir, establecen la base para el planteamiento de los objetivos estratégicos. Las líneas estratégicas se definen en base a los aspectos identificados a través del análisis FODA, buscando relacionar dichos aspectos para desarrollar líneas de trabajo específicas que deban seguirse.

Consiste en identificar cuáles son los aspectos clave que se derivan de los análisis anteriores: análisis del entorno y análisis interno. En esta etapa es posible determinar claramente cuáles son las principales fuerzas y debilidades de una organización, y cuál es su importancia estratégica. El análisis empieza a tener utilidad como punto de partida para elegir entre posibles actuaciones futuras.

3.10.1 CUADRO DE MANDO INTEGRAL

El cuadro de mando integral es una herramienta que permite describir y comunicar una estrategia. Presenta una metodología clara de enlace entre la estrategia de la empresa y la acción, algo que habitualmente no se cumple en la mayoría de planes estratégicos.

Esta perspectiva fue desarrollada por los profesores Kaplan y Norton y tiene como objetivo fundamental convertir la estrategia de una empresa en acción y resultados, a través de la alineación de los objetivos de todas las perspectivas desde las que puede observarse: Financiera, procesos, clientes y capacidades estratégicas.

El cuadro de mando integral es una herramienta que sirve para que la organización sea consciente de todo lo que hay que hacer para articular una determinada estrategia. La metodología del Cuadro de Mando Integral será utilizada para la formulación estratégica del servicio de cardiología del HNR y se presenta a continuación.

3.10.1.1 BENEFICIOS DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL O BALANCE SCORECARD

1. Alineación de los empleados hacia la visión de la empresa
2. Mejora la comunicación hacia todo el personal de los objetivos y su cumplimiento.
3. Redefinición de la estrategia de acuerdo a resultados
4. Integración de la información de las diversas áreas de la organización
5. Mejora la capacidad de análisis y de la toma de decisiones.

3.10.1.2 PRINCIPALES OBJETIVOS DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL

- Traducir la estrategia a términos operativos
- Alinear la organización con la estrategia
- Hacer que la estrategia sea el trabajo diario de todo el mundo
- Hacer de la estrategia un proceso continuo
- Movilizar el cambio mediante el liderazgo de los directivos

Al contrario que los modelos que solo incluyen indicadores financieros, el CMI es un modelo equilibrado de gestión a largo plazo que no se centra únicamente en la rentabilidad presente, sino en aspectos no financieros clave para conseguir una rentabilidad futura.

3.11 JUSTIFICACIÓN DE LA METODOLOGÍA

La Planificación Estratégica, es el escenario principal donde se elaboran Objetivos de largo plazo y la respectiva Estrategia para alcanzar dichos objetivos, para lo cual existen una serie de metodologías, la más frecuente en nuestro medio es el análisis FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y Amenazas). Pero el problema que todas las organizaciones enfrentan no es que no cuente con un plan estratégico, sino que no llegan a ejecutarlo por completo, es decir, muchas veces solo sirve como un documento de gerencia que la empresa cuenta pero no lo utiliza, como las organizaciones se enfocan más en corto plazo no logran cumplir adecuadamente sus objetivos de largo plazo.

Aquí es donde entra el CMI, que es una herramienta que ayuda a traducir la estrategia y/o visión de largo plazo de una empresa en un conjunto de objetivos operativos (entendiendo

operativo como acciones de corto plazo) que permitan gestionar la estrategia, desde el corto hasta el largo plazo, a través de indicadores de actuación.

Dicho de otra manera gestiona la(s) estrategia(s) de la empresa para alcanzar los objetivos, muchas empresas prefieren trabajar con la denominación: Objetivos Estratégicos de largo plazo, entendiéndose a este último a los dos conceptos de objetivos y estrategias como uno solo y no por separado, el CMI gestiona el objetivo estratégico y/o la estrategia dependiendo como la enfoque la organización. Por eso es que denominado al CMI como un SISTEMA DE GESTIÓN ESTRATÉGICA.



Ilustración 62 Esquema Representativo de un plan estratégico formulado bajo la metodología de cuadro de mando integral

3.12 POSICIONAMIENTO ESTRATÉGICO

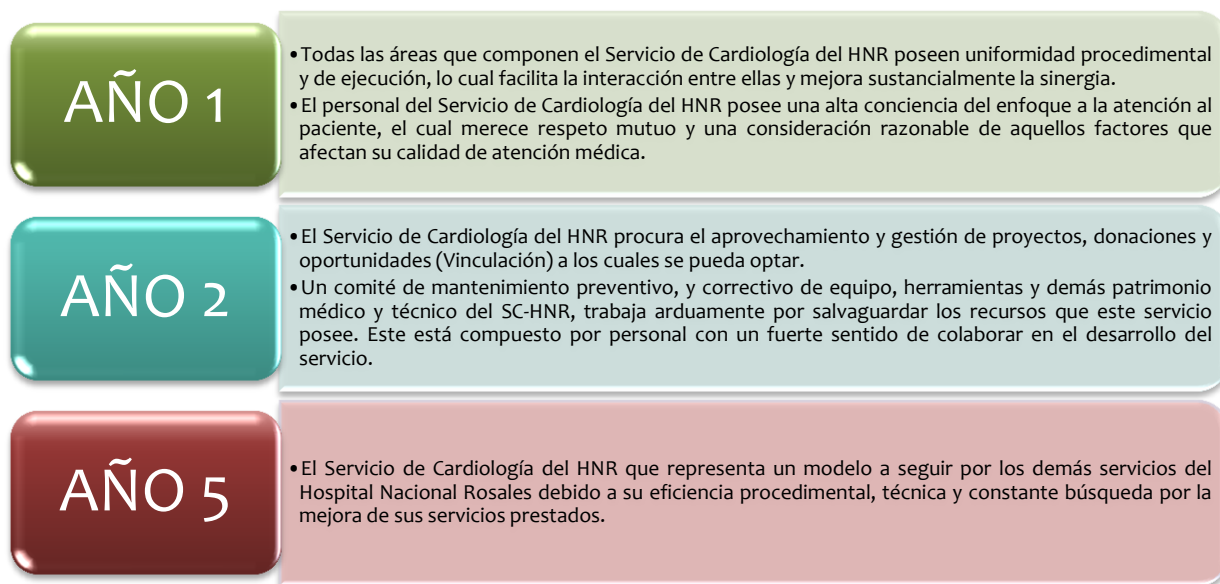


Ilustración 63 Posicionamiento estratégico

En base a lo que se planteó en el posicionamiento estratégico, ahora pasaremos a la formulación y establecimiento de líneas estratégicas. Estas son macro directrices que conllevarán al cumplimiento del posicionamiento estratégico. De estas se desglosarán luego los Objetivos estratégicos.

FORTALEZA	Existe un plan de reuniones de los responsables del servicio periódicamente. Existen buenos canales de comunicación entre los jefes y el personal que trabaja en el servicio.
OPORTUNIDAD	Existe la disposición de definir un plan estratégico con una perspectiva a largo plazo realizando cambios informáticos y de espacio
FO	Creación de un plan estratégico con perspectiva a largo plazo realizando cambios informáticos y de espacio, al cual se le dé seguimiento en las reuniones de los responsables del servicio de manera periódica.

DEBILIDAD	No se utilizan indicadores para evaluar la calidad y eficacia del servicio Falta de indicadores de aprendizaje de los empleados
OPORTUNIDAD	Existe la disposición de definir un plan estratégico con una perspectiva a largo plazo realizando cambios informáticos y de espacio
DO	
Establecer un Sistema de Seguimiento y Control de la capacidad de atención, indicadores de desempeño y de la satisfacción del paciente.	

DEBILIDAD	No existe una documentación formal y definida de los procesos. No se establecen sistemáticamente acciones de mejora continua. Filosofía estratégica no definida
AMENAZA	Aumento en el porcentaje de pacientes.
DA	
Dejar clara y formalmente definidos los procesos que se llevan a cabo en el SC-HNR en Manuales de Procedimientos, los cuales deben ser revisados y actualizados periódicamente.	

DEBILIDAD	Documentación desactualizada o inadecuada de los manuales de puesto. Limpieza y ornato deficientes.
AMENAZA	Mala imagen de la institución.
DA	
Dejar clara y formalmente definidos las funciones del personal que labora en el SC-HNR por medio de Manuales de Puestos, los cuales deben ser revisados y actualizados	

periódicamente, para garantizar el cumplimiento efectivo de las funciones del personal.

OPORTUNIDAD	Existe solidaridad por parte de otros servicios puesto que cuando el servicio de cardiología está muy lleno o hay falta de personal, los otros servicios ayudan brindando personal. Hay muchas organizaciones sin fines de lucro que apoyan mediante la donación de equipo necesario para el servicio de cardiología.
AMENAZA	Edificios, equipos y materiales no están en función de un mejor aprovechamiento y desarrollo de las actividades diarias Falta de presupuesto
OA	
Buscar una mayor cercanía con organizaciones sin fines de lucro que apoyan mediante la donación de equipo necesario para el servicio de cardiología, estableciendo además un mejor control de las donaciones.	

Tabla 78 Formulación y establecimiento de líneas estratégicas

LÍNEA ESTRATÉGICA 1
ATENCIÓN CENTRADA EN LAS PERSONAS



ESTRATEGIA 1.1: Promover una atención cordial, cálida y segura.

ESTRATEGIA 1.2: Ofrecer una atención integral.

ESTRATEGIA 1.3: Conocer la voz de los pacientes y familiares.

LÍNEA ESTRATÉGICA 2
REORIENTAR LA CULTURA DE LA ORGANIZACIÓN.



ESTRATEGIA 2.1: Fomentar un clima laboral positivo.

ESTRATEGIA 2.2: Diseñar la organización alineada con el Plan Estratégico.

ESTRATEGIA 2.3: Desarrollo de un nuevo estilo de dirección con liderazgo y constancia en los objetivos.

LÍNEA ESTRATÉGICA 3

MEJORA DE LA SEGURIDAD Y CREACIÓN DE NUEVAS INFRAESTRUCTURAS Y EQUIPAMIENTOS

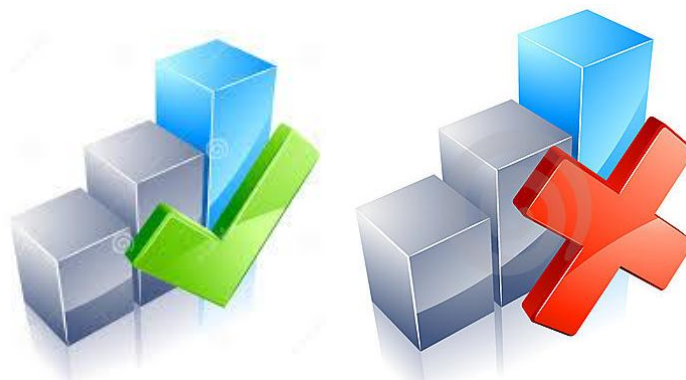


ESTRATEGIA 3.1: Diseñar y ejecutar un Plan de Usos, Obras y Equipamientos.

ESTRATEGIA 3.2: Centro de atención sanitario seguro y confortable.

LÍNEA ESTRATÉGICA 4

ORIENTACIÓN A LOS RESULTADOS



ESTRATEGIA 4.1: Evaluación de resultados globales.

ESTRATEGIA 4.2: Uso de indicadores de Seguimiento y Control

LÍNEA ESTRATÉGICA 5

COMPROMISO CON LA MEJORA PERMANENTE



ESTRATEGIA 5.1: Revisión periódica de la cartera de servicios

ESTRATEGIA 5.2: Estandarización de procesos.

ESTRATEGIA 5.3: Mejorar la comunicación interna y externa.

ESTRATEGIA 5.4: Aprender los mejores (Benchmarking)

3.13 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.

Una vez se han identificado las grandes líneas estratégicas con sus correspondientes estrategias se debe proceder a la operativización de los mismos, para que no se convierta sólo en una muy buena declaración de intenciones. Los objetivos son las acciones concisas que la organización debe hacer bien para la implementación de las diversas estrategias.

En base a las líneas estratégicas definidas y al posicionamiento esperado, se plantean los siguientes objetivos estratégicos para el SC-HNR.

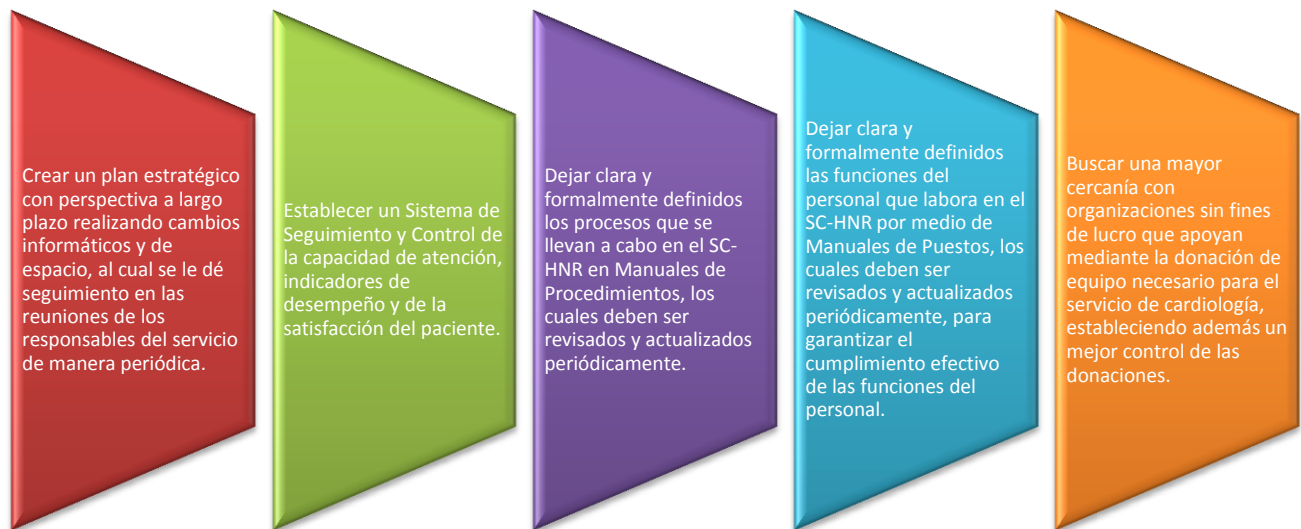


Ilustración 64 Líneas estratégicas definidas para SC-HNR

3.14 ACCIONES ESTRATEGICAS.

Las acciones estratégicas se dividen en tres grupos:

- **Acciones a nivel de Dirección.** Acciones que se dedican a aspectos que conciernen a la cartera de negocios y el que hacer de la organización.
- **Acciones a nivel de Mando medio.** Se esfuerzan por desarrollar bases para lograr una ventaja competitiva, ventaja que pueda consistir en un liderazgo en costos o en la diferenciación de los servicios.
- **Acciones a nivel Operativo.** Una organización es una serie de funciones y la manera de entenderla es analizar el desempeño de cada una de esas funciones.

Se definen a continuación las acciones estratégicas necesarias para llevar a cabo los objetivos planteados.

ACCIONES ESTRATEGIAS DIRECCIÓN				
ACTIVIDAD	OBJETIVO	PERIODICIDAD	RESPONSABLE	METAS
DIFUSIÓN DE MANUAL DE LA ORGANIZACIÓN DEL SC-HNR	Dar a conocer los lineamientos que se presentan en el manual de procedimientos y de la organización.	Anual Se realizara una vez al principio de cada año.	Jefe de SC-HNR.	Retroalimentación obtenida durante la implementación y contribución a las posibles acciones de mejora y actualización del mismo.
DIFUSIÓN DE MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SC-HNR	Estandarizar los procesos administrativos llevados a cabo en el SC-HNR	Anual Se realizará una vez al principio de cada año cuando requiera actualización.	Jefe de SC-HNR y colaboradores asignados.	Conocimiento de todos los involucrados y responsables sobre las actividades y la secuencia para realizar los procedimientos.
DIFUSIÓN DE MANUAL DE PUESTOS Y FUNCIONES DEL SC-HNR	Concientizar sobre la ejecución correcta de las funciones asignadas según el Manual de descripción de puestos del SC-HNR.	Anual Se realizara una vez al principio de cada año cuando requiera actualización.	Jefe de SC-HNR y colaboradores asignados.	Cumplimiento responsable de las funciones asignadas al personal.

ANÁLISIS DE RESULTADOS Y TOMA DE DECISIONES.	Mejorar la calidad de los servicios prestados tomando decisiones oportunas en base a los resultados de las mediciones.	En base a indicadores a nivel de dirección.	Jefe de SC-HNR.	Tomar acciones correctivas en todos los casos que lo ameriten.
--	--	---	-----------------	--

Tabla 79 Acciones estratégicas de dirección

ACCIONES ESTRATEGIAS MANDO MEDIO				
ACTIVIDAD	OBJETIVO	PERIODICIDAD	RESPONSABLE	METAS
MEDICIÓN DE EXPECTATIVAS DE USUARIOS.	Determinar los cambios en las necesidades y expectativas de los usuarios del SC-HNR.	Semestral Se realizara dos veces al año a fin de monitorear los cambios en las expectativas de los usuarios	Encargado de Trabajo Social.	Mejorar la calidad de atención prestada.
MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE USUARIOS	Medir el grado de satisfacción de los usuarios con la atención recibida.	Trimestral El nivel de satisfacción se medirá una vez cada tres meses.	Encargado de Trabajo Social.	Reconocer los aciertos y puntos de mejora en la calidad de la atención prestada.

Tabla 80 Acciones estratégicas mando medio

ACCIONES ESTRATEGIAS OPERATIVAS				
ACTIVIDAD	OBJETIVO	PERIODICIDAD	RESPONSABLE	METAS
REPARTIR INSUMOS ALIMENTICIOS	Procurar que el agua, el café y el azúcar, que son un pequeño incentivo para los trabajadores, no escaseen.	Diariamente.	Personal de limpieza o de cocina.	Insumos alimenticios a tiempo y cumpliendo con las normas de limpieza. Adicionalmente una cafetera por área sería adecuada.

Tabla 81 Acciones estratégicas operativas

3.15 IMPLEMENTACIÓN ESTRATÉGICA

3.15.1 REFLEXIONES PRELIMINARES.

En base a la información recopilada en los estudios de los usuarios potenciales y usuarios actuales del servicio de cardiología del HNR se procede a hacer reflexiones preliminares sobre el nivel de atención que se tiene para los usuarios en base a sus expectativas.

ASPECTO.	Se hace	Se hace parcial-mente	No se hace
Lo que se necesita.			
Se necesita un servicio de cardiología que ofrezca diversas prestaciones médicas para que las personas con problemas cardiacos puedan ser atendidas y que permita ser competitivo		✓	
Donde se necesita.			
Se necesita en un lugar que sea accesible y céntrico para que la mayoría de la población pueda asistir sin mayores dificultades.		✓	
Cuando se necesita.			
Se necesita en horarios accesibles y flexibles para dar oportunidad a todos los usuarios de acomodarse al resto de sus actividades.			✓
Como se necesita.			
Se necesita un servicio de calidad brindado por personas profesionales y altamente competentes en la prestación	✓		

<p>del servicio de cardiología en el HNR. Se requiere que el servicio sea dinámico actualizándose constantemente a los cambios del entorno.</p>			
---	--	--	--

Tabla 82 Reflexiones preliminares sobre el nivel de atención que se tiene para los usuarios

3.16 SISTEMA DE INDICADORES.

El sistema de indicadores en el servicio de cardiología del HNR permitirá a la dirección y los responsables de los servicios que brinden información sobre el nivel de servicio prestado al usuario o sobre la calidad con la que se realiza un proceso interno.

Esto permitirá valorar la correcta aplicación de los recursos consumidos por las diferentes actividades y la adecuación de sus resultados a los requerimientos del usuario. Por tanto existen motivos suficientes para implantar un sistema de indicadores en el servicio de cardiología en el del HNR:

1º Para tener los procesos bajo control y garantizar los resultados previstos o mantener los estándares de calidad.

2º Para poder mejorar el nivel del servicio y mejorar los procesos, con el fin último de obtener:



Los indicadores orientaran las actividades de mejora, mediante la implantación de acciones preventivas y el control de los resultados obtenidos; al tiempo que permite tener bajo control el proceso, de manera que si supera los límites admisibles se tomen las medidas correctoras y preventivas correspondientes.

Los indicadores que forman parte del sistema de control del servicio de cardiología en el HNR, tendrán las partes que se definen a continuación:

Definición: Describe concretamente lo que se está midiendo. Ejemplo: Número de personal según tipo y servicio con rotación del puesto durante cada mes.

Forma de calcularlo / ratio: La fórmula o ecuación que se usará para obtener el dato. Ejemplo: Si medimos un porcentaje de rotación, su fórmula será:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de personal total o según tipo y servicio con rotación del puesto en eun periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de personal de la institucion o según tipo y servicio en el mismo periodo}}$$

Unidades: Junto al valor, se deben especificar las unidades en que se está midiendo. En el ejemplo de rotación, las unidades más comunes serían personal/tiempo.

Periodicidad: Debe fijarse cada cuánto se va a medir: Mensualmente, Trimestralmente, Anualmente, Semanalmente, Diariamente, cada hora. Si el indicador es clave para el buen funcionamiento se deberá medir y controlar más frecuentemente que si es un indicador secundario menos importante.

Responsable: Servicio de cardiología, área o persona que es responsable del proceso o la actividad que se está midiendo.

Sobre los resultados del indicador, debemos compararlos con un valor preestablecido: Un objetivo, una expectativa y/o un límite.

- **Objetivo:** Valor que queremos alcanzar. Este debe ser ambicioso, alcanzable, estar cuantificado y acotado en el tiempo. Por ejemplo, si en el mes se hicieron x rotaciones, un posible objetivo sería reducir la rotación dentro de x tiempo.
- **Expectativa:** Es el valor ideal del indicador, aunque no siempre es alcanzable. Por ejemplo, en el servicio de cardiología la expectativa sería obtener cero rotaciones de personal, pero hay muchos procesos que por su propia naturaleza eso es imposible, así que tendremos que asumir un determinado valor que no alcance esa expectativa.
- **Límites legales:** Es el límite que nos impone la ley, y que no podemos pasar. Es diferente a los objetivos, porque el objetivo marca un propósito voluntario fijado por la dirección o comité técnico del servicio de cardiología en el HNR, y el límite legal es un valor que se está obligado a cumplir. Esta parte es posible que en muy pocos indicadores se tenga que definir debido a la naturaleza del mismo indicador.
- **Límite de aceptabilidad:** Aparte de lo anterior, también se puede fijar un valor límite para considerar que el proceso funciona bien. Conociendo cuál es el funcionamiento normal del proceso, fijamos un valor, por debajo del cual asumiremos el proceso está funcionando mal y deberemos tomar acciones.

3.16.1 NIVEL DEL INDICADOR.

- **Indicadores a nivel de Dirección:** Son los que ayudan a tomar decisiones que tienen que ver con aspectos que conciernen a la cartera de negocios y el que hacer de la organización.
- **Indicadores a nivel de Mando medio:** Son los que sirven de apoyo para desarrollar bases con las cuales se logrará una ventaja competitiva, ventaja que pueda consistir en un liderazgo en costos o en la diferenciación de los servicios.
- **Indicadores a nivel Operativo:** Miden el desempeño de cada una de las funciones de la organización.

3.16.2 FICHA DE INDICADOR.

Esta información es de suma importancia para controlar el accionar del servicio de cardiología en el HNR y se planteara de manera sistemática para cada indicador a través de una Ficha de Indicador, cuyo formato se muestra a continuación.

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR			
(TIPO DE INDICADOR) DEL SC-HNR			
Indicador		Código	
Objetivo			
Definición			
Unidad de Medida		Fórmula para su cálculo	
Fuentes de Datos		Periodicidad	
Nivel de Aplicación			
Responsable			
Objetivo Mínimo Permisible		Objetivo a alcanzar	

Tabla 83 Formato de Ficha de Indicador SC-HNR

3.17 LISTADO DE INDICADORES DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA EN EL HNR.

A continuación se presenta un sistema de indicadores que tendrá como principal objetivo proveer información sobre la calidad 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:

INDICADORES GLOBALES DEL SC-HNR

Este tipo de indicador son los utilizados por el SC-HNR por lo cual se han tomado los más representativos para el SC-HNR con el objetivo de medir ciertos aspectos generales del modelo, dichos indicadores se codificarán con las letras IG seguido de un número correlativo:

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR			
GLOBALES DEL SC-HNR			
Indicador	Rendimiento de los servicios médicos, servicios de apoyo.	Código	IG-01
Objetivo	Medir el nivel de cumplimiento mensual de las actividades programadas a nivel de recurso humano, programas, áreas, servicios, centros de atención e institucional, así como su porcentaje de cumplimiento anual.		
Definición	Actividades realizadas: corresponde al número de atenciones brindadas Actividades programadas: Corresponde al número de actividades programadas.		
Unidad de Medida	Porcentaje	Fórmula para su cálculo	$\frac{\text{Total de actividades realizadas}}{\text{Total de actividades programadas}} \times 100$
Fuentes de Datos	Estadísticas SC-HNR	Periodicidad	Mensual y Anual
Nivel de Aplicación	Operativo y Gerencial		
Responsable	Equipo de Gestión Estratégica del SC-HNR.		
Objetivo Mínimo Permissible	75%	Objetivo a alcanzar	100%

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR			
GLOBALES DEL EQUIPO DE GESTIÓN ESTRATÉGICA DEL SC-HNR.			
Indicador	Atenciones Brindadas a usuarios por primera vez.	Código	IG-02
Objetivo	Accesibilidad a usuarios de primera vez a los servicios con relaciona la demanda total de usuarios que buscan los servicios del SC-HNR.		
Definición	Actividad brindada a usuarios de primera vez en la especialidad o en los servicios de apoyo diagnóstico. Total de Usuarios que demanda los servicios del centro por primera vez.		
Cálculo	$\frac{\text{Total de atenciones brindadas por primera vez}}{\text{Total de usuarios que demandan los servicios por primera vez}} \times 100$		
Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad	Mensual y anual
Fuente de datos	ESDOMED, Estadísticas SC-HNR	Nivel de aplicación	Operativo y Gerencial
Responsable	Equipo de Gestión Estratégica del SC-HNR.		
Objetivo mínimo permisible	80%	Objetivo a alcanzar	95%

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR			
GLOBALES DE SC-HNR			
Indicador	Intensidad de los usos de los servicios médicos y de apoyo.	Código	IG-03
Objetivo	Promedio de consultas brindadas a cada usuario en los servicios médicos y de apoyo		
Definición	Número de consultas: corresponde al total de consultas de la especialidad o de apoyo en un periodo de tiempo. Total de usuarios: corresponde al total		

	de usuarios atendidos en la especialidad o de apoyo en un periodo de tiempo		
Cálculo	$\frac{\text{Número de consultas de la especialidad}}{\text{Número de usuarios atendidos en la especialidad}} \times 100$		
Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad	Mensual y anual
Fuente de datos	Estadísticas SC-HNR	Nivel de aplicación	Operativo y Gerencial
Responsable	Equipo de Gestión Estratégica del SC-HNR.		
Objetivo mínimo permisible	70%	Objetivo a alcanzar	90%

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR			
GLOBALES DE SC-HNR			
Indicador	Tiempos de espera en atención Médica por primera vez	Código	IG-04
Objetivo	Tiempo transcurrido entre la apertura del expediente y la atención brindada en los servicios médicos o de apoyo por primera vez		
Definición	Fecha de consulta médica por primera vez, menos la fecha de apertura de expediente (demanda del servicio).		
Cálculo	<i>Fecha en que se brindó la atención – Fecha de apertura de Expediente</i>		
Unidad de Medida	Meses	Periodicidad	Mensual y anual
Fuente de datos	Estadísticas SC-HNR	Nivel de aplicación	Operativo y Gerencial
Responsable	Equipo de Gestión Estratégica del SC-HNR.		
Objetivo	2 meses	Objetivo a	1 mes

mínimo permisible		alcanzar	
--------------------------	--	----------	--

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR			
GLOBALES DE SC-HNR			
Indicador	Tiempos de espera en atención Médica por primera vez para pruebas.		Código IG-05
Objetivo	Tiempo transcurrido entre la apertura del Expediente y la atención en los servicios de Rehabilitación		
Definición	Fecha de inicio de servicios de rehabilitación, menos la Fecha de la apertura de expediente (demandada del servicio)		
Cálculo	<i>Fecha de cuando se brindó la prueba – Fecha de apertura de Expediente</i>		
Unidad de Medida	Meses	Periodicidad	Mensual y anual
Fuente de datos	Estadísticas SC-HNR	Nivel de aplicación	Operativo y Gerencial
Responsable	Equipo de Gestión Estratégica del SC-HNR.		
Objetivo mínimo permisible	1.5 meses	Objetivo a alcanzar	1 mes

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR			
GLOBALES DE SC-HNR			
Indicador	Demanda de servicios por edad y sexo		Código IG-06
Objetivo	Usuarios que acuden por primera vez a los centros demandando los servicios de		

	acuerdo a la edad y sexo.		
Definición	Usuarios por edad y sexo que demandan los servicios del centro por primera vez. Total de usuarios que demandan los servicios del centro por primera vez.		
Cálculo	$\frac{\text{Usuarios que demandan por primera vez por edad y sexo}}{\text{Total de usuarios que demandan servicio del centro por primera vez}} \times 100$		
Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad	Mensual y anual
Fuente de datos	ESDOMED, Estadísticas SC-HNR	Nivel de aplicación	Operativo y Gerencial
Responsable	Equipo de Gestión Estratégica del SC-HNR.		
Objetivo mínimo permisible	80%	Objetivo a alcanzar	100%

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR

GLOBALES DE SC-HNR

Indicador	Demandas de servicios por procedencia	Código	IG-07
Objetivo	Usuarios que acuden por primera vez al SC-HNR demandando los servicios de acuerdo al lugar de procedencia		
Definición	Usuarios por edad y sexo que demandan atención médica por primera vez. Total de usuarios que demandan los servicios del centro por primera vez.		
Cálculo	$\frac{\text{Usuarios que demandan por primera vez por procedencia}}{\text{Total de usuarios que demandan servicio del centro por primera vez}} \times 100$		
Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad	Mensual y anual
Fuente de datos	ESDOMED, Estadísticas SC-HNR	Nivel de aplicación	Operativo y Gerencial
Responsable	Equipo de Gestión Estratégica del SC-HNR.		
Objetivo	85%	Objetivo a alcanzar	100%

mínimo permisible			
--------------------------	--	--	--

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR

GLOBALES DE SC-HNR

Indicador	Demanda de usuarios por Tipo de Servicio	Código	IG-08
Objetivo	Usuarios que acuden por primera vez a los centros demandando un tipo de servicio de las áreas médicas, de apoyo y de Rehabilitación		
Definición	Usuarios que demandan por primera vez un tipo de los servicios Total de usuarios que demandan los servicios del centro por primera vez		
Cálculo	$\frac{\text{Usuarios que demandan por primera vez un tipo de servicio}}{\text{Total de usuarios que demandan servicio del centro por primera vez}} \times 100$		
Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad	Mensual y anual
Fuente de datos	ESDOMED, Estadísticas SC-HNR	Nivel de aplicación	Operativo y Gerencial
Responsable	Equipo de Gestión Estratégica del SC-HNR.		
Objetivo mínimo permisible	85%	Objetivo a alcanzar	100%

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR

GLOBALES DE SC-HNR

Indicador	Usuarios atendidos en los servicios médicos de acuerdo a su padecimiento	Código	IG-09
Objetivo	Tipo de padecimientos de usuarios en los servicios médicos		
Definición	Usuarios con padecimiento cardíaco atendidos en los servicios médicos del		

	centro Total de usuarios atendidos en los servicios médicos		
Cálculo	$\frac{\text{Usuarios atendidos de acuerdo a su discapacidad}}{\text{Total de usuarios atendidos}} \times 100$		
Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad	Mensual y anual
Fuente de datos	ESDOMED, Estadísticas SC- HNR	Nivel de aplicación	Operativo y Gerencial
Responsable	Equipo de Gestión Estratégica del SC-HNR.		
Objetivo mínimo permisible	90%	Objetivo a alcanzar	100%

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR			
GLOBALES DE SC-HNR			
Indicador	Diagnósticos más frecuentes	Código	IG-13
Objetivo	Diagnósticos más frecuentes relacionados en usuarios.		
Definición	Número de casos por diagnóstico: es el número de casos de igual diagnóstico realizado en los servicios médicos. Total de diagnósticos en un periodo determinado		
Cálculo	$\frac{\text{Números de casos de igual Diagnóstico}}{\text{Total de diagnósticos}} \times 100$		
Aspectos metodológicos	Cruce de variables por edad, procedencia, especialidad médica, discapacidad, diagnóstico, causa, primera vez o subsecuente. Los indicadores se encuentran desarrollados en el Sistema Epidemiológico.		
Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad	Mensual y anual
Fuente de	Sistema	Nivel de	Operativo y Gerencial

datos	Epidemiológico	aplicación	
Responsable	Equipo de Gestión Estratégica del SC-HNR.		
Objetivo mínimo permisible	85%	Objetivo a alcanzar	100%
FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR			
GLOBALES DE SC-HNR			
Indicador	Tipo de alta		Código IG-15
Objetivo	Tipos de alta de acuerdo al programa de Rehabilitación		
Definición	Número de Altas de igual tipo en el mismo programa Total de altas del programa diagnóstico en un periodo determinado		
Cálculo	$\frac{\text{Número de altas del mismo tipo en el mismo programa}}{\text{Total de altas del programa}} \times 100$		
Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad	Mensual y anual
Fuente de datos	ESDOMED, Estadísticas del SC-HNR	Nivel de aplicación	Operativo y Gerencial
Nivel de Indicador	Proceso	Responsable	Equipo de Gestión y Vigilancia Epidemiológica del centro
Objetivo mínimo permisible	85%	Objetivo a alcanzar	100%

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR			
GLOBALES DE SC-HNR			
Indicador	Altas con o sin mejoría		Código IG-16

Objetivo	Porcentaje de pacientes dados de alta con o sin mejoría en su proceso		
Definición	Número de altas de igual tipo en el mismo programa Total de altas del programa Diagnostico en un periodo determinado		
Cálculo	$\frac{\text{Numero de altas con mejoria o sin mejoria}}{\text{Total de altas del programa}} \times 100$		
Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad	Mensual y anual
Fuente de datos	Sistema Epidemiológico	Nivel de aplicación	Operativo y Gerencial
Nivel de Indicador	Impacto	Responsable	Equipo de Gestión y Vigilancia Epidemiológica del centro
Objetivo mínimo permisible	80%	Objetivo a alcanzar	95%

Tabla 84 Formato de Ficha de Indicadores Globales del SC-HNR

3.18 SISTEMAS DE INDICADORES ESTRATÉGICOS

Para el cumplimiento de las estrategias que competen a la realización de este proyecto, se definirán los indicadores correspondientes a estas, que proveerán el mecanismo por el cual se evaluará a la organización en dichas áreas:

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR			
ESTRATÉGICOS			
Indicador	Porcentaje de procesos sistematizados	Código	IE-02
Objetivo	Cantidad de procesos que poseen una sistematización clara y definida, conocida por toda la organización del HOSPITAL		
Definición	Total de procesos que se van a automatizar Total de procesos de todo el centro		

Cálculo	$\frac{\text{Procesos Sistematizados}}{\text{Total de procesos}} \times 100$		
Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad	Semestral
Fuente de datos	Matriz de procesos	Nivel de aplicación	Estratégico
Nivel de Indicador	Proceso	Responsable	Administrador del Sistema Automatizado
Objetivo mínimo permisible	70%	Objetivo a alcanzar	80%
FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR			
ESTRATÉGICOS			
Indicador	Índice de calidad del usuario	Código	IE-02
Objetivo	Conocer la percepción de calidad del servicio tanto de los usuarios como de los clientes internos de esta forma detectar áreas de mejora en cuanto a las expectativas y requerimientos del cliente		
Definición	La sumatoria del total de dimensiones para los dos tipos de usuarios Número de dimensiones de usuarios		
Cálculo	$\frac{\sum \text{Dimensiones}}{\# \text{ Dimensiones}} \times 100$		
Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad	Trimestral
Fuente de datos	Encuestas de satisfacción	Nivel de aplicación	Estratégico
Nivel de Indicador	Calidad	Responsable	Equipo de apoyo a la gestión
Objetivo mínimo	70%	Objetivo a alcanzar	90%

permisible			
------------	--	--	--

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR			
ESTRATÉGICOS			
Indicador	Índice de calidad del cliente interno	Código	IE-03
Objetivo	Identificar aspectos de mejora de la calidad del servicio desde una perspectiva interna con ayuda de los principales artífices del proceso		
Definición	Sumatoria de dimensiones del cliente interno Número de dimensiones del cliente interno		
Cálculo	$\frac{\sum Dimensiones}{\# Dimensiones} \times 100$		
Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad	Mensual y Anual
Fuente de datos	Entrevistas Internas	Nivel de aplicación	Estratégico
Nivel de Indicador	Calidad	Responsable	Equipo de apoyo a la gestión
Objetivo mínimo permisible	75%	Objetivo a alcanzar	90%

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR			
ESTRATÉGICOS			
Indicador	Índice de cobertura de usuarios HOSPITAL	Código	IE-05
Objetivo	Conocer la cantidad de usuarios atendidos y corroborar el aumento según programas llevados a cabo para la detección temprana de la discapacidad		
Definición	Cantidad de usuarios que son atendidos cada 6 meses		

Cálculo	<i>Cantidad de usuarios atendidos semestralmente</i>		
Unidad de Medida	Cantidad	Periodicidad	Semestral
Fuente de datos	Sistema Epidemiológico	Nivel de aplicación	Estratégico
Nivel de Indicador	Proceso	Responsable	Unidad de Estadísticas en Rehabilitación y Epidemiología
Objetivo mínimo permisible	Cantidad de Usuarios	Objetivo a alcanzar	Cantidad de Usuarios

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR			
ESTRATÉGICOS			
Indicador	Eficiencia del SC-HNR	Código	IE-05
Objetivo	Conocer la utilización correcta de los recursos		
Definición	Tiempo total de utilización de los recursos disponibles. Tiempo total disponible		
Cálculo	$\frac{\text{Tiempo de Utilización}}{\text{Tiempo Disponible}} \times 100$		
Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad	Mensual y Anual
Fuente de datos	Simulación	Nivel de aplicación	Estratégico
Nivel de Indicador	Eficiencia	Responsable	Director HOSPITAL
Objetivo mínimo	85%	Objetivo a alcanzar	95%

permisible			
------------	--	--	--

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR			
ESTRATÉGICOS			
Indicador	Índice de calidad del servicio		Código IE-07
Objetivo	Conocer la percepción de calidad del servicio tanto de los usuarios como de los clientes internos de esta forma detectar áreas de mejora en cuanto a las expectativas y requerimientos del cliente		
Definición	Sumatoria de la multiplicación del índice de calidad del cliente interno por el índice de calidad de los usuarios		
Cálculo	$\frac{\sum IDC \cdot IDU}{2} \times 100$		
Unidad de Medida	Numérica	Periodicidad	Semestral
Fuente de datos	Encuestas y entrevistas	Nivel de aplicación	Estratégico
Nivel de Indicador	Calidad	Responsable	Equipo de apoyo a la gestión
Objetivo mínimo permisible	80%	Objetivo a alcanzar	90%

Tabla 85 Formato de Ficha de Indicadores estratégicos del SC-HNR

3.19 SISTEMA DE INDICADORES OPERATIVOS

La medición permite disponer de datos cuantitativos acerca del rendimiento del proceso, lo que favorecerá la toma de decisiones para la optimización del mismo.

Se deben tener en cuenta en las mediciones aquellos aspectos que afectan a la eficacia, eficiencia y flexibilidad de la organización, así como a la satisfacción de los diferentes clientes.

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR			
OPERATIVOS			
Indicador	Porcentaje de nuevos usuarios	Código	IO-01
Objetivo	Este resultado muestra el flujo de nuevos usuarios que ingresan al centro, muestra que el servicio está siendo solicitado y utilizado por la población		
Definición	Promedio de nuevos usuarios en 6 meses		
Cálculo	<i>Prom (% 6 meses)</i>		
Unidad de Medida	Numérica	Periodicidad	Semestral
Fuente de datos	Estadísticas del SC-HNR	Nivel de aplicación	Operativo
Nivel de Indicador	Proceso	Responsable	Área de Estadísticas HOSPITAL
Objetivo mínimo permisible	85%	Objetivo a alcanzar	100%

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR			
OPERATIVOS			
Indicador	Porcentaje de subsecuentes y post operatorio	Código	IO-02
Objetivo	Porcentaje de pacientes que se reincorporan al centro, un porcentaje alto refleja que puede haber interrupciones en las terapias		
Definición	Promedio de usuarios que se reincorporan al centro		
Cálculo	<i>Prom (% 6 meses)</i>		
Unidad de Medida	Numérica	Periodicidad	Semestral

Fuente de datos	Estadísticas del HOSPITAL	Nivel de aplicación	Operativo
Nivel de Indicador	Proceso	Responsable	Área de Estadísticas HOSPITAL
Objetivo mínimo permisible	85%	Objetivo a alcanzar	100%

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR			
OPERATIVOS			
Indicador	Cantidad de personas en lista de espera al final de un mes	Código	IO-03
Objetivo	Entre mayor sea esta cifra refleja problemas en la asignación de horarios, y retrasos en el inicio o consecución de terapias.		
Definición	Cantidad de usuarios que esperan ser atendidos en cada uno de los programas inscritos		
Cálculo	Correspondiente al mes a analizar		
Aspectos metodológicos	La información necesaria para el desarrollo del indicador se encuentra en las estadística de cada mes del centro		
Unidad de Medida	Numérica	Periodicidad	Mensual
Fuente de datos	Estadísticas del HOSPITAL	Nivel de aplicación	Operativo
Nivel de Indicador	Proceso	Responsable	Área de Estadísticas HOSPITAL
Objetivo mínimo	80%	Objetivo a alcanzar	95%

permisible			
------------	--	--	--

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR			
OPERATIVOS			
Indicador	Porcentaje de terapias efectivas	Código	IO-05
Objetivo	La eficiencia representada en este indicador es sobre el cumplimiento de las terapias programadas vs las realizadas.		
Definición	Terapias realizadas en cada uno de los programas Terapias programadas en cada programa		
Cálculo	$\frac{(Prom)(Terapias\ realizadas)}{(Terapias\ programadas)}$		
Aspectos metodológicos	La información necesaria para el desarrollo del indicador se encuentra en las estadística de cada mes del centro		
Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad	Mensual y Anual
Fuente de datos	Estadísticas del HOSPITAL	Nivel de aplicación	Operativo
Nivel de Indicador	Proceso	Responsable	Área de Estadísticas HOSPITAL
Objetivo mínimo permisible	75%	Objetivo a alcanzar	80%
FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR			
OPERATIVOS			
Indicador	% de la demanda por procedimiento.	Código	IO-06
Objetivo	Este índice muestra que terapias son más necesarias para las necesidades que presentan los usuarios		
Definición	Total de terapias impartidas		

	Total de terapias existentes		
Cálculo	$\frac{\text{Total de terapias } X}{\text{Total de terapias}}$		
Aspectos metodológicos	La información necesaria para el desarrollo del indicador se encuentra en las estadística de cada mes del centro		
Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad	Mensual y Anual
Fuente de datos	Estadísticas del HOSPITAL	Nivel de aplicación	Operativo
Nivel de Indicador	Proceso	Responsable	Área de Estadísticas HOSPITAL
Objetivo mínimo permisible	80%	Objetivo a alcanzar	100%

Tabla 86 Formato de Ficha de Indicadores operativos del SC-HNR

3.20 MODELAMIENTO DE PROCESOS

Los procesos encontrados en el servicio de cardiología del Hospital Nacional Rosales fueron priorizados en la etapa de diagnóstico y se tomarán solamente los procesos administrativos que generen valor para la empresa o para los pacientes, estos procesos son:

- Gestión de los recursos
- Mantenimiento y limpieza
- Archivo y documentación
- Manejo y licencias del personal

3.20.1 PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS

La correcta planificación de los procesos administrativos requiere la implicación de toda la organización además de resultar imprescindible la colaboración activa de los clientes externos e internos del servicio.

El objetivo primordial de la planificación de los procesos administrativos del servicio de cardiología es definir las funciones, momento de realizar mantenimientos, gestión de recursos e indicadores para así monitorizar la calidad de los servicios prestados. Si las funciones no están bien definidas o no se tiene definido el momento exacto de realizar mantenimiento y la gestión de recursos no se podrán satisfacer las necesidades de los pacientes y la calidad de los servicios serán deficientes.

Todo el proceso de planificación previo debe estar orientado a dar respuestas a las siguientes preguntas:

- ¿Quiénes son los responsables de las respectivas funciones requeridas para llevar a cabo los procedimientos administrativos?
- ¿Cuál es el nivel adecuado de calidad del servicio?
- ¿Cómo se van a suministrar los recursos necesarios para prestar los servicios?
- ¿Cuáles serán los indicadores clave de rendimiento para los servicios prestados?
- ¿Se disponen de los recursos necesarios para proveer los servicios propuestos con los niveles de calidad acordados?

El servicio de cardiología tiene que estar consciente que debe dar una respuesta a cada una de las preguntas anteriores para poder garantizar la calidad en los servicios que ofrece, por lo que necesita tener un proceso de mejora continuo que permita dar una respuesta oportuna e identificar las mejoras necesarias para satisfacer las necesidades de los pacientes.

De lo anterior se desprende la necesidad de analizar los siguientes aspectos:

- a) Determinación de los requisitos relacionados con el servicio
- b) Definición de los procesos a diseñar

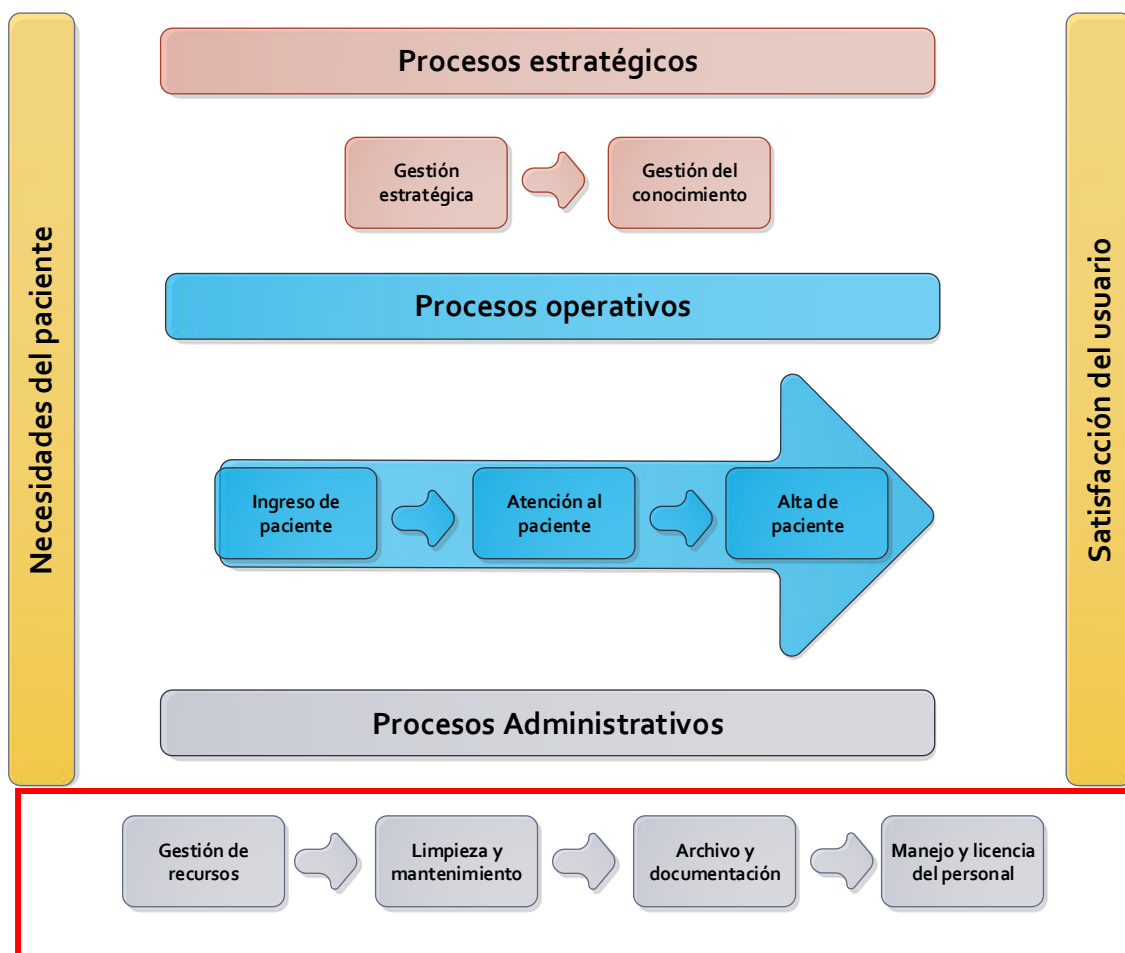


Ilustración 65 Mapa de procesos SC-HNR priorización

3.20.2 DETERMINACIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL SERVICIO

En este apartado se establecen los procesos necesarios para determinar las funciones que son clave para satisfacer las necesidades de los clientes y se establecen los requisitos del proceso a realizar.

Actualmente en el servicio de cardiología del Hospital Nacional Rosales no existe ningún proceso administrativo documentado formalmente que ayude a sistematizar y posteriormente determinar mejoras, prueba de ello son los resultados encontrados en la lista de verificación que se hizo en la etapa de diagnóstico¹¹:

¹¹Ver etapa de diagnóstico; página 173.

- Las funciones y responsabilidades del personal no están actualizadas y no se difunden.
- Algunos procedimientos están descritos pero son de otras áreas más generales como emergencia y consulta externa, no se profundiza en el servicio de cardiología.
- La documentación que se posee no está actualizada ya que el personal de cardiología realiza más actividades de las que están estipuladas.
- Los manuales de descripción de puestos que se poseen son generales del Hospital no son específicos del servicio de cardiología.
- Los manuales de organización y funciones que se poseen son generales del Hospital no son específicos del servicio de cardiología.
- No se cuentan con flujogramas de los procesos debido a que no están identificados ni documentados.
- En los aspectos evaluados respecto a la documentación del servicio de cardiología se observa que el 89% de ellos no se cumplen, y el 11% de la documentación que si se tiene disponible esta desactualizada o es inadecuada.
- Este es un aspecto crítico en que el servicio de cardiología debe mejorar a fin de implementar una gestión que permita brindar los mejores servicios a los pacientes.

3.20.3 DEFINICIÓN DE LOS PROCESOS A MODELAR

Proceso	Descripción
Gestión de los recursos	<p>Se desarrollará una mejora en la organización de la solicitud de recursos a fin de no sufrir de falta de recursos para la adecuada atención de pacientes.</p> <p>Se definirá a quiénes les corresponde llevar el control del inventario y el encargado de realizar las requisiciones y llevar el control de las mismas para obtener los recursos necesarios.</p> <p>Se describirán los procedimientos a seguir para realizar una requisición y para aceptar donaciones.</p>

<p style="text-align: center;">Mantenimiento y limpieza</p>	<p>Se definirá a quiénes les corresponde llevar el control de la programación del mantenimiento de la infraestructura.</p> <p>Se definirán responsables para supervisar y respaldar la limpieza que se realiza periódicamente.</p> <p>Se realizará un programa de organización para llevar un control del mantenimiento del equipo médico, especificando la frecuencia de cada mantenimiento.</p>
<p style="text-align: center;">Archivo y documentación</p>	<p>Se definirán los responsables de realizar el llenado de la documentación necesaria diaria y periódica.</p> <p>Se establecerán los pasos a seguir y los responsables para completar el reporte mensual que se realiza en el servicio de cardiología.</p>
<p style="text-align: center;">Manejo y licencias de personal</p>	<p>Se medirá el índice de inasistencias del personal del servicio de cardiología.</p> <p>Se llevará un control del ambiente laboral para posteriormente trabajar en su mejora.</p>

Tabla 87 Definición de los procesos

3.20.4 METODOLOGÍA DEL DISEÑO DE PROCESOS

Se diseñarán los procesos administrativos que se han descrito anteriormente (gestión de recursos, mantenimiento y limpieza, archivo y documentación y manejo y licencias de personal), a fin de saber lo que hay que hacer para solucionar los problemas de conocimiento de las expectativas de los pacientes así como la interrelación entre el personal y así mejorar el modelo de gestión, con lo cual se previene una caída en el rendimiento del servicio de cardiología y se facilita la consecución de los resultados esperados.

La metodología a seguir para el diseño de los procesos será la siguiente:

- 1) Objetivos de gestión del proceso
- 2) Identificar a los clientes del proceso y conocer sus necesidades y expectativas

- 3) Describir qué debe hacer el proceso (funciones/actividades) y las relaciones entre ellas
- 4) Describir los procedimientos del procesos (cómo se hacen las cosas) y sus interrelaciones
- 5) Desarrollo de indicadores y plan de monitorización

A continuación se detallan cada uno de los pasos a seguir en el diseño de procesos.

➤ **Objetivos de gestión del proceso.**

Se trata de reflexionar y hacer explícito en forma de listado qué queremos conseguir con la puesta en marcha de este proceso, y no tanto en cuantificar estas metas.

Los objetivos de gestión se deducen tanto de las necesidades y expectativas de los clientes de proceso (que habíamos identificado ya al inicio del diseño del proceso) como de las peculiaridades de gestión de nuestra organización.

➤ **Identificación de los clientes del proceso, sus necesidades y expectativas.**

Los clientes constituyen la razón de ser del proceso. Podemos definirlos como la “persona o conjunto de personas que reciben y valoran lo que les llega desde el proceso”. La estrategia principal para el diseño del proceso es la satisfacción de las necesidades (lo que es necesario para resolver/gestionar los problemas de tipo administrativos) y de las expectativas de los destinatarios del mismo (lo que esperan que suceda/exista: procesos definidos, un flujo lógico de procedimientos, mejora en la eficiencia, etc.), una vez conocidas estas, puede abordarse el desarrollo de las funciones del proceso (qué tiene que hacer), con técnicas como el diagrama IDEF0 u otros.

➤ **Funciones del proceso.**

Aunque ya conocemos la función básica del proceso a través de su misión, esta no suele ser suficiente para elaborar los procedimientos del proceso. Es necesario profundizar en ella, detallar (desde lo más global hasta lo más concreto) qué tiene que hacer el proceso para

conseguir su misión. Si este análisis no se realiza correctamente corremos el riesgo de errar a la hora de definir cómo y cuándo hacer las cosas, introduciendo por ejemplo actividades y circuitos que no satisfacen ninguna función (y que por tanto, sobran) u omitiendo otras y, por tanto, no consiguiendo satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes del proceso. Estas funciones se describirán mediante la técnica IDEF0.

➤ **Desarrollo de indicadores y plan de monitorización.**

Podemos definir monitorización como la medición sistemática y planificada de indicadores, cuyo objetivo es identificar situaciones problema que hay que evaluar o sobre las que hay que intervenir. Sin monitorización es imposible decir cómo funciona un proceso ni qué desviaciones de la calidad presenta a lo largo del tiempo. La finalidad es siempre comprobar que nos mantenemos en los niveles adecuados e identificar previamente problemas (desviaciones del estándar) cuando estos aparecen.

3.21 PROCEDIMIENTO: GESTIÓN DE RECURSOS



3.21.1 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA

Objetivos del proceso

A continuación se enumeran los objetivos que se persiguen al implementar este proceso:

- Realizar las solicitudes de requerimientos con la anticipación necesaria para no sufrir de falta de recursos.
- Llevar un control adecuado del inventario de los recursos que posee el servicio de cardiología.
- Mantener niveles de abastecimiento suficientes para la satisfacción de las necesidades de los pacientes.
- Establecer los pasos a seguir en las actividades desarrolladas por el servicio de cardiología del HNR, para llevar a cabo la solicitud de insumos, con el fin de adquirir la cantidad necesaria para poder ser abastecida.

Alcance del proceso

- Límite de entrada: identificación de la necesidad de recursos e insumos y programación para realizar la solicitud de los mismos.
- Límite de salida: adquisición de los insumos y recursos solicitados y satisfacción de la necesidad en el servicio de cardiología.

Identificación de los clientes del proceso, sus necesidades y expectativas

Cliente: Dirección y personal del servicio de cardiología.

Necesidades y expectativas:

- 1) Información detallada acerca del proceso de la gestión de los recursos.
- 2) Definición exacta de responsables e involucrados del proceso.
- 3) Satisfacción de los requerimientos en el momento oportuno.
- 4) Abastecimiento de los insumos necesarios del servicio.

Desglose del proceso

A continuación se presenta el conjunto jerarquizado de procesos, procedimientos y actividades que se debe realizar para el proceso de gestión de recursos:

A.0. Gestión de recursos

A.1. Solicitud de requerimientos anuales

- A.1.1 Consulta de inventario del servicio de cardiología
- A.1.2 Verificar artículos y existencias
- A.1.3 Elaborar el pedido de los insumos requeridos
- A.1.4 Entregar la solicitud de pedido al área correspondiente
- A.2. Solicitud de requerimientos no programados
 - A.2.1 Consulta de inventario del servicio de cardiología
 - A.2.2 Verificar artículos y existencias
 - A.2.3 Elaborar el pedido de los insumos requeridos
 - A.2.4 Entregar la solicitud de pedido al área correspondiente
- A.3. Recepción de recursos
 - A.3.1 Recibir los insumos enviados por el proveedor
 - A.3.2 Recibir y verificar la factura del proveedor
 - A.3.3 Ingresar los insumos al sistema para su codificación
 - A.3.4 Realizar el despacho de los insumos hacia las áreas determinadas
- A.4. Almacenamiento y distribución de recursos
 - A.4.1 Almacenar los insumos según las especificaciones
 - A.4.2 Verificar que los insumos se encuentren en óptimas condiciones
 - A.4.3 Archivar mensualmente de forma organizada y consecutiva los formatos de control
 - A.4.4 Controlar mensualmente la rotación y la fecha de vencimiento de los insumos
 - A.4.5 Realizar la distribución de los insumos hacia el área requerida
- A.5. Recepción de recursos por medio de donaciones
 - A.5.1 Propuesta de donación
 - A.5.2 Verificación de la necesidad
 - A.5.3 Revisión del estado de la donación
 - A.5.4 Aceptación de donación
 - A.5.5 Coordinación con la institución donante para el transporte del recurso
 - A.5.6 Se verifica la nota de entrega y se efectúa el comprobante de entrada y codificación de la donación

A.5.7 Se realiza una orden de despacho para el servicio de cardiología

Construcción del diagrama principal

A continuación se desarrollan cada uno de los elementos principales del proceso gestión de recursos.

A.0 Gestión de recursos

Con este proceso se determinan los procedimientos y responsables de la organización de las necesidades que surgen en un momento determinado o las que son requeridas anualmente además se toma en cuenta la gestión de recursos que provienen de donativos.

Componente	Descripción
Inputs	
Programación	Las fechas establecidas en el plan de trabajo para realizar la gestión de recursos y el cumplimiento de las necesidades y expectativas del usuario actual.
Instrumento	Formularios de solicitudes de gestión de recursos y seguimiento de compras.
Controles	
Legislación del HNR	Se debe respetar la legislación del HNR al momento de llevar a cabo los procedimientos en la gestión de los recursos del servicio de cardiología.
Presupuesto del HNR	El costo de los insumos a requerir tiene que estar dentro del presupuesto asignado al servicio de cardiología.
Mecanismos	
Encargado del proceso	El encargado del proceso es seleccionado en base a las necesidades del proceso tanto el tiempo como el conocimiento necesario para

	desarrollarlo.
Outputs	
Proceso completo	Documentación del proceso archivada y abastecimiento y satisfacción de las necesidades de insumos del servicio de cardiología.

Tabla 88 Componentes del proceso Gestión de recursos

A.1. Solicitud de requerimientos anuales

Mediante esta actividad se completará la requisición de insumos anuales.

Componente	Descripción
Inputs	
Programación	Las fechas establecidas en el plan de trabajo para realizar la gestión de recursos anuales y el cumplimiento de las necesidades y expectativas del usuario actual.
Instrumento	Formularios de solicitudes de gestión de recursos anuales y seguimiento de compras.
Controles	
Legislación del HNR	Se debe respetar la legislación del HNR al momento de llevar a cabo los procedimientos en la gestión de los recursos del servicio de cardiología.
Presupuesto del HNR	El costo de los insumos a requerir tiene que estar dentro del presupuesto asignado al servicio de cardiología.
Mecanismos	
Encargado del proceso	El encargado del proceso es seleccionado en base a las necesidades del proceso tanto el

	tiempo como el conocimiento necesario para desarrollarlo.
Outputs	
Actividad completa	Documentación de la solicitud anual de recursos enviada y archivada para su seguimiento.

Tabla 89 Componentes del subproceso Solicitud de requerimientos anuales

A.2. Solicitud de requerimientos no programados

Mediante esta actividad se realizan las solicitudes de requerimientos que satisfacen las necesidades que se dan en un momento que no está programado.

Componente	Descripción
Inputs	
Programación	Cuando se notifica la necesidad se programa el proceso de solicitud en el momento para satisfacer la necesidad lo más pronto posible.
Instrumento	Formularios de solicitudes de compra y seguimiento de compras.
Controles	
Legislación del HNR	Se debe respetar la legislación del HNR al momento de llevar a cabo los procedimientos en la gestión de los recursos del servicio de cardiología.
Presupuesto del HNR	El costo de los insumos a requerir tiene que estar dentro del presupuesto asignado al servicio de cardiología.
Mecanismos	
Encargado del proceso	El encargado del proceso es seleccionado en

	base a las necesidades del proceso tanto el tiempo como el conocimiento necesario para desarrollarlo.
Outputs	
Actividad completa	Documentación de la solicitud de recursos enviada y archivada para su seguimiento.

Tabla 90 Componentes del subproceso Solicitud de requerimientos no programados

A.3. Recepción de recursos

Mediante esta actividad se reciben los recursos que han sido solicitados previamente.

Componente	Descripción
Inputs	
Programación	Después de realizar el seguimiento de la compra se define el día de la entrega de los insumos y las condiciones de entrega.
Instrumento	Formularios de recepción de recursos.
Controles	
Legislación del HNR	Se debe respetar la legislación del HNR al momento de llevar a cabo los procedimientos en la recepción de los recursos del servicio de cardiología.
Mecanismos	
Encargado del proceso	El encargado del proceso es seleccionado en base a las necesidades del proceso tanto el tiempo como el conocimiento necesario para desarrollarlo.
Outputs	
Actividad completa	Recepción de los recursos con la verificación del estado y especificaciones

del mismo.

Tabla 91 Componentes del subproceso Recepción de recursos

A.4. Almacenamiento y distribución de recursos

Mediante esta actividad se reciben los insumos en el almacén general del Hospital Nacional Rosales y luego se distribuyen hacia el servicio destinado, en este caso el servicio de cardiología.

Componente	Descripción
Inputs	
Programación	Cuando son recibidos los insumos se almacenan para ser inventariados y se programa la salida de los insumos del almacén general del Hospital Nacional Rosales para posteriormente ser llevados al servicio de cardiología.
Instrumento	Formularios de inventariado de insumos y distribución de insumos.
Controles	
Legislación del HNR	Se debe respetar la legislación del HNR al momento de llevar a cabo los procedimientos en la gestión de los recursos del servicio de cardiología.
Mecanismos	
Encargado del proceso	El encargado del proceso es seleccionado en base a las necesidades del proceso tanto el tiempo como el conocimiento necesario para desarrollarlo.
Outputs	
Actividad completa	Documentación de la distribución de recursos procesada y archivada para su

control.

Tabla 92 Componentes del subproceso Almacenamiento y distribución de recursos

A.5. Recepción de recursos por medio de donaciones

Esta actividad se realiza para llevar el seguimiento y el control de las donaciones que son ofrecidas para el Hospital Nacional Rosales y que son aceptadas para el servicio de cardiología.

Componente	Descripción
Inputs	
Programación	Después de haber sido estudiado el caso de la donación se debe programar una verificación del estado de las donaciones para poder ser aceptadas.
Instrumento	Formularios de seguimiento, aceptación de donaciones y de inventariado de donaciones.
Controles	
Legislación del HNR	Se debe respetar la legislación del HNR al momento de llevar a cabo los procedimientos en la gestión de las donaciones para el servicio de cardiología.
Mecanismos	
Encargado del proceso	El encargado del proceso es seleccionado en base a las necesidades del proceso tanto el tiempo como el conocimiento necesario para desarrollarlo.
Outputs	
Actividad completa	Documentación de la aceptación de donaciones procesada y archivada para su control.

Tabla 93 Componentes del subproceso recepción de recursos por medio de donaciones

3.22 DIAGRAMA DEL PROCESO

A1. Solicitud de requerimientos anuales

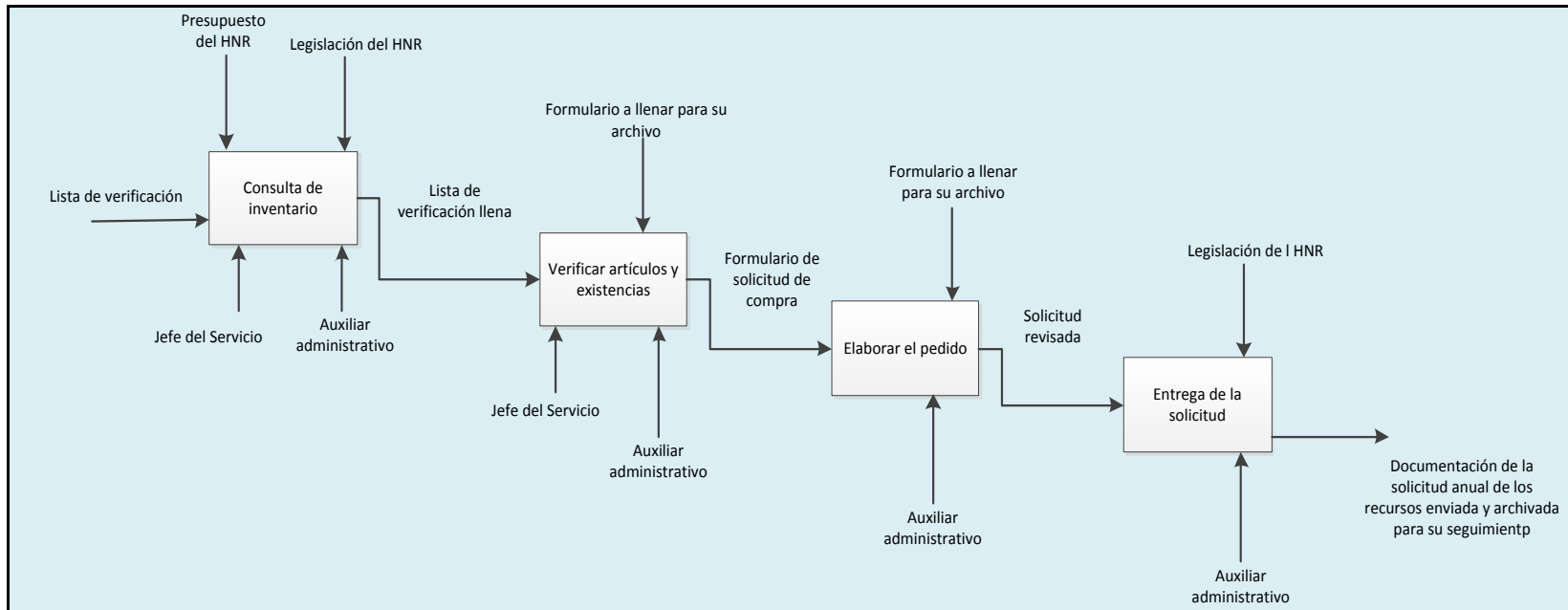


Ilustración 66 Diagrama del proceso Solicitud de requerimientos anuales

A2. Solicitud de requerimientos no programados

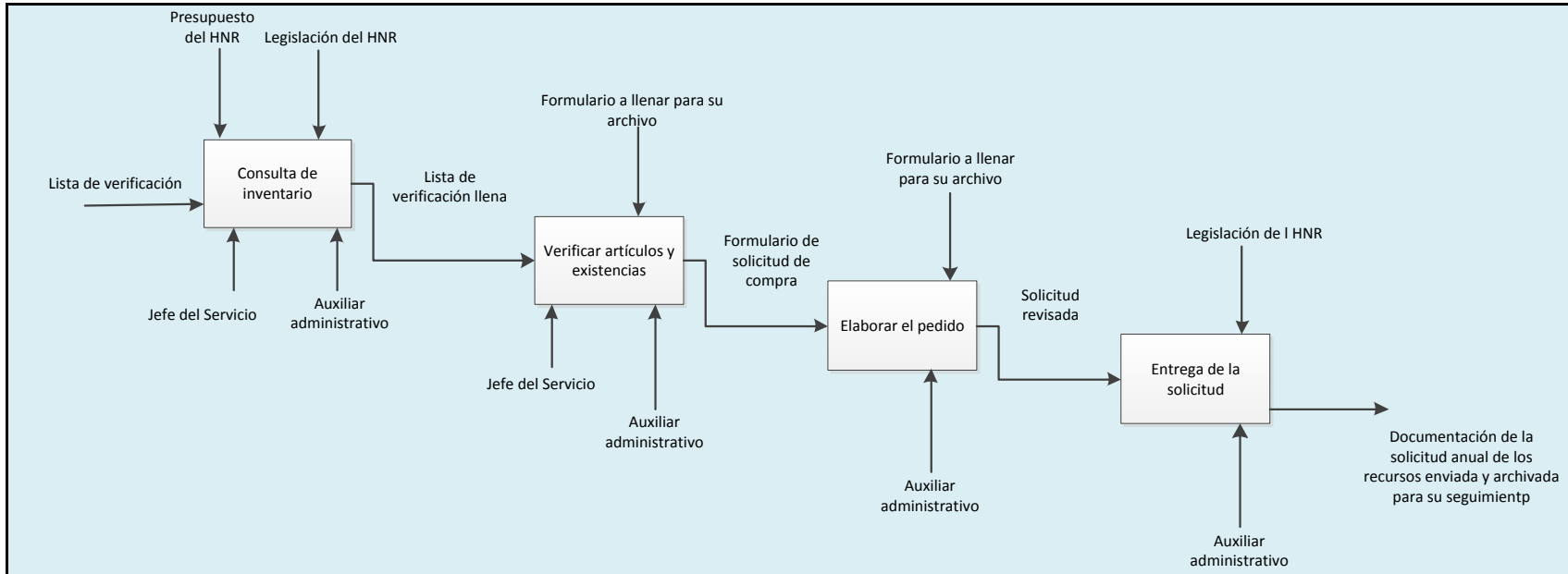


Ilustración 67 Diagrama del proceso Solicitud de requerimientos no programados

A3. Recepción de recursos

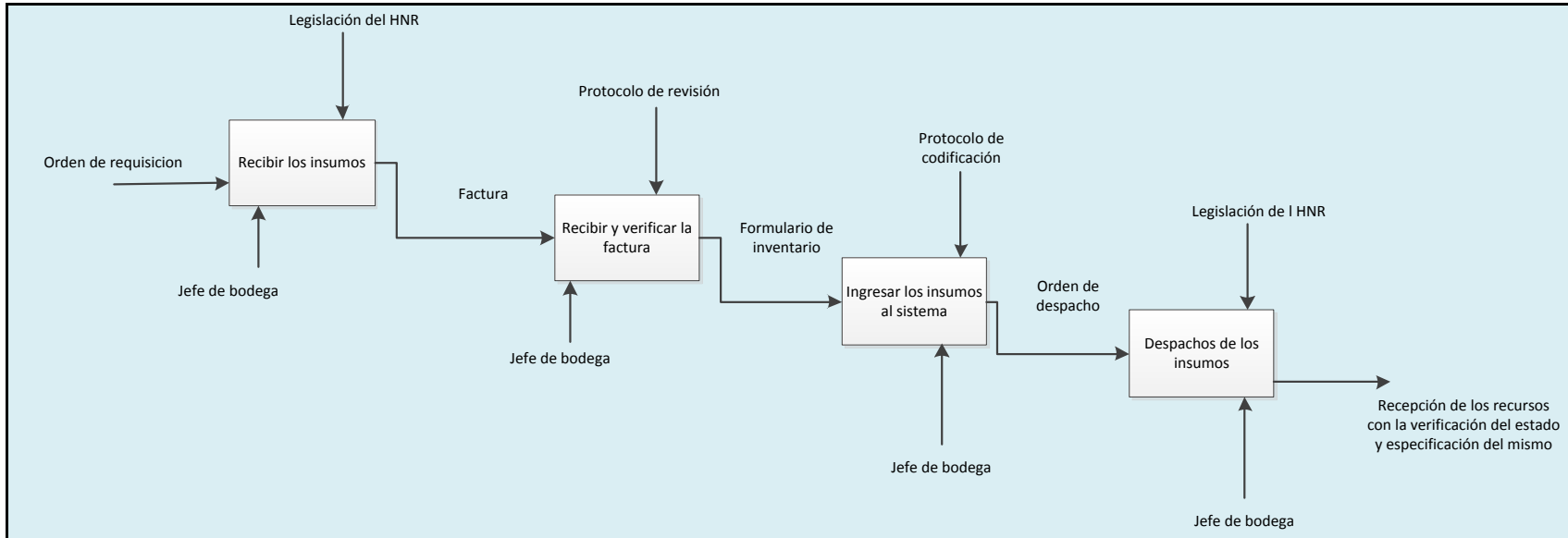


Ilustración 68 Diagrama del proceso Recepción de recursos

A4. Almacenamiento y distribución de recursos

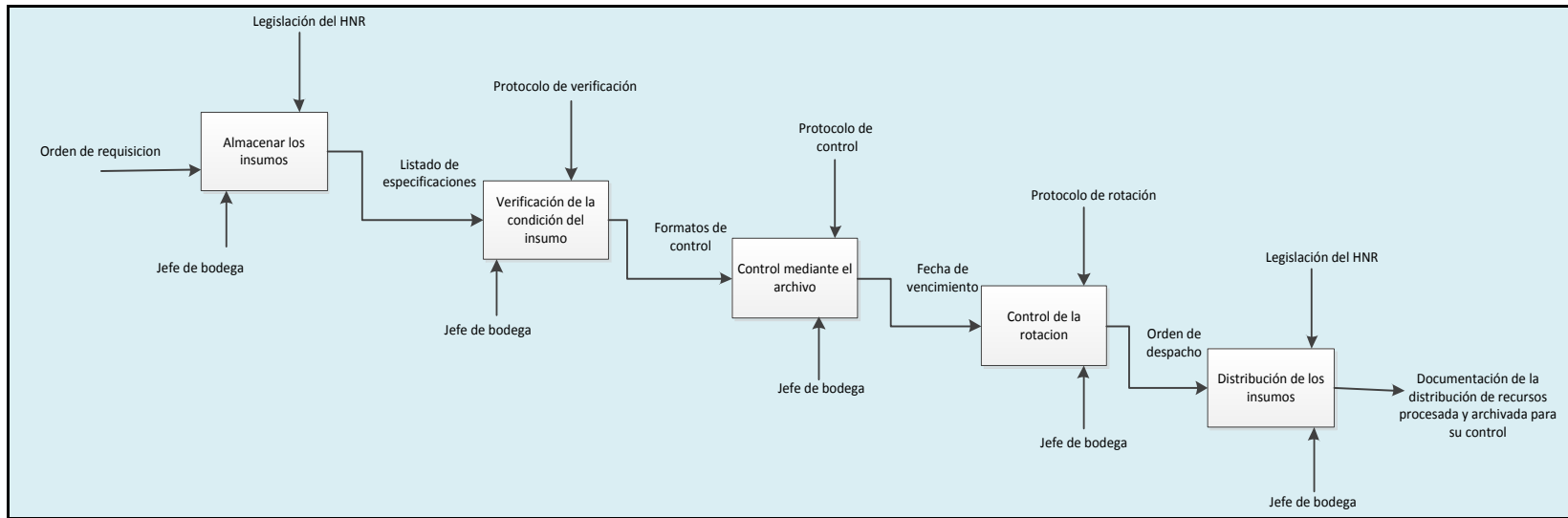


Ilustración 69 Diagrama del proceso Almacenamiento y distribución de recursos

A5. Recepción de recursos por medio de donaciones

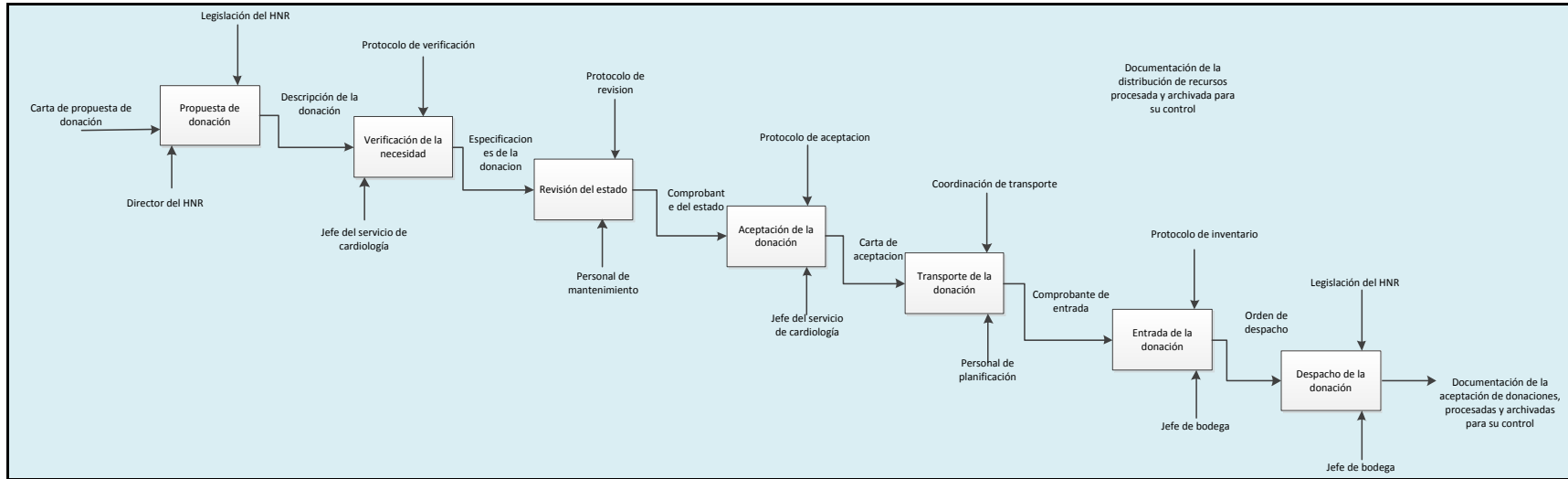


Ilustración 70 Diagrama del proceso recepción de recursos por medio de donaciones

3.22.1 FLUJOGRAMA DEL PROCESO

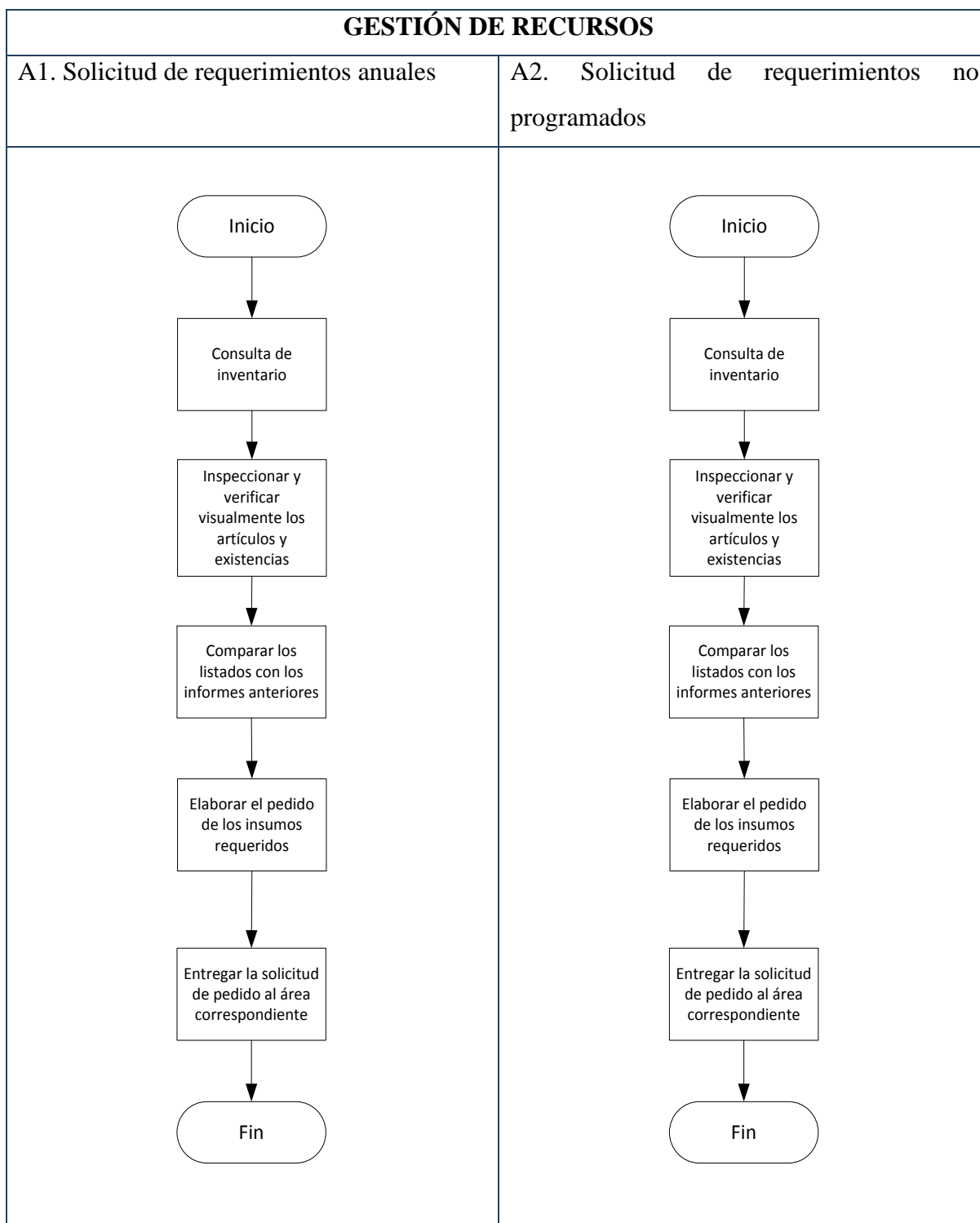
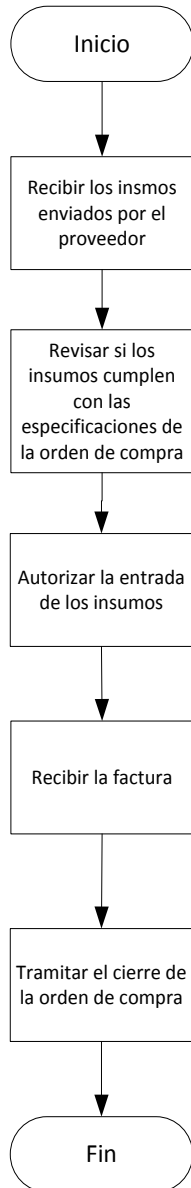


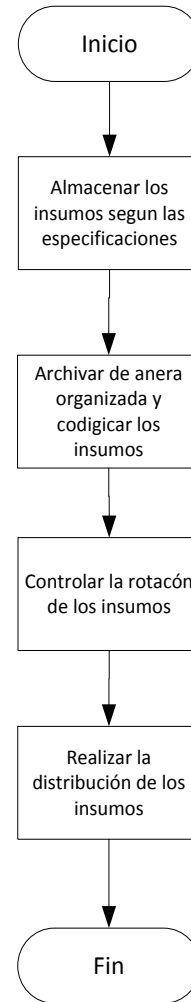
Tabla 94 Flujoograma de proceso gestión de recursos

GESTIÓN DE RECURSOS

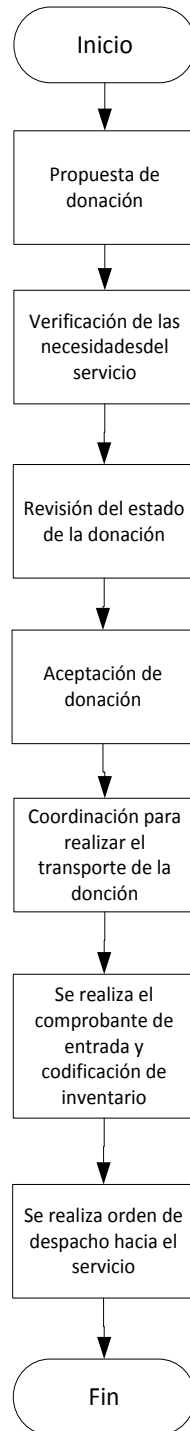
A3. Recepción de recursos



A4. Almacenamiento y distribución de recursos



A5. Recepción de recursos por medio de donaciones



✓ **Responsable del proceso**

El responsable del proceso es la persona que ha sido designada como el encargado de garantizar que el proceso sea efectivo y eficiente. El concepto de responsabilidad del proceso proporciona un medio a través del cual se pueden alcanzar los objetivos funcionales.

El responsable del proceso debe comprender cuál será el impacto del proceso en la institución y desarrollarlo de la mejor manera posible para cumplir con el objetivo del mismo, por lo cual se ha designado al **auxiliar administrativo** como el encargado del proceso de **gestión de recursos** con la supervisión del jefe del servicio de cardiología. Los criterios de selección serán explicados a continuación.

✓ **Criterios de selección del responsable del proceso**

Los criterios que se utilizaron para designar al responsable son:

- Recursos

Debido a los recursos limitados del HNR se tiene que buscar un responsable del proceso dentro de los trabajadores actuales, dicho trabajador debe conocer del proceso y tener tiempo necesario para desarrollar el mismo.

- Trabajo

El grado de trabajo que tiene asignado la persona responsable del proceso debe permitir desarrollar las nuevas actividades sin inferir con las ya asignadas.

- Conocimiento del proceso

Se seleccionó al auxiliar administrativo debido a que una de sus funciones principales es encargarse de los procesos administrativos y a la vez posee los conocimientos de las actividades de gestión de recursos así como también los involucrados en este proceso; lo que le permite poder identificar a los responsables en cada actividad necesaria para completar el proceso. Todo lo anterior conducirá a una buena gestión de los recursos con lo cual se optimizará el tiempo que toma realizar este proceso y una mejor organización de mismo.

✓ **Recursos necesarios**

Para realizar el proceso de gestión de recursos se necesitan ciertos recursos los cuales serán detallados a continuación.

Recurso	Necesidad
Recurso humano	Se necesitará un empleado para desarrollar el proceso dicho empleado ya está contratado por el HNR al cual se le asignarán las responsabilidades que conlleva el proceso de gestión de recursos.
Equipo	Se utilizará el equipo de carácter informático para llenar los datos necesarios para la gestión de recursos en manera digital.
Papelería	Se utilizarán los formularios que ya están definidos según la normativa del HNR para llenar las requisiciones y las especificaciones del proceso de gestión de recursos.

Tabla 95 Recursos necesarios para la gestión de recursos

3.22.2 PROCEDIMIENTO: MANTENIMIENTO Y LIMPIEZA



DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA

Objetivos del proceso

A continuación se enumeran los objetivos que se persiguen al implementar este proceso:

- Realizar la oportuna supervisión de la limpieza diaria de las instalaciones.
- Programar adecuadamente la limpieza periódica de instalaciones.
- Mantener una programación adecuada para realizar mantenimiento preventivo de las instalaciones y equipo médico.

Alcance del proceso

- Límite de entrada: solicitud y programación para realizar el mantenimiento a las instalaciones o al equipo médico y para llevar a cabo la limpieza periódica o diaria.
- Límite de salida: realización oportuna del mantenimiento y limpieza en el servicio de cardiología.

Identificación de los clientes del proceso, sus necesidades y expectativas

Cliente: Dirección y personal del servicio de cardiología.

Necesidades y expectativas:

- 1) Información detallada acerca del proceso a seguir para realizar el mantenimiento y limpieza
- 2) Definición exacta de los responsables e involucrados del proceso
- 3) Definición de la frecuencia con la que se tienen que realizar los diferentes procedimientos de mantenimiento y limpieza

Desglose del proceso

A continuación se presenta el conjunto jerarquizado de proceso, procedimientos y actividades que se debe realizar para el proceso de mantenimiento y limpieza:

A.0. Mantenimiento y limpieza

A.1. Limpieza diaria de instalaciones

A.1.1 Se proporcionan los insumos de limpieza al personal

A.1.2 Se anota el nombre del empleado y la cantidad de insumos entregados

A.1.3 Se realiza la limpieza del servicio de cardiología dos veces al día

A.1.4 Se inspecciona el área donde se realizó la limpieza

A.2. Limpieza periódica de instalaciones

A.2.1 Coordinar día mas adecuado para realizar la limpieza de las instalaciones periódica sin que hayan pacientes y que pueda llegar el personal de limpieza y el auxiliar administrativo a realizar la supervisión

A.2.2 Proporcionar los insumos y equipo necesario al personal de limpieza

A.2.3 Se realiza la limpieza profunda del servicio de cardiología

A.2.4 Se inspeccionan las instalaciones del servicio de cardiología

A.3. Mantenimiento de equipo medico

A.3.1 Se llena la solicitud de mantenimiento

A.3.2 Se coordina la fecha más adecuada para la programación del mantenimiento

A.3.3 Se efectúa el mantenimiento del equipo medico

A.3.4 Se supervisa el mantenimiento realizado

A.4. Mantenimiento de infraestructura

A.4.1 Se llena la solicitud de mantenimiento

A.4.2 Se coordina la fecha más adecuada para la programación del mantenimiento

A.4.3 Se efectúa el mantenimiento de la infraestructura

A.4.4 Se supervisa el mantenimiento realizado

Construcción del diagrama principal

A continuación se desarrollan cada uno de los elementos principales del proceso mantenimiento y limpieza.

A.0 Mantenimiento y limpieza

Con este proceso se determinan los procedimientos y responsables de la programación de las actividades de mantenimiento y limpieza además se toma en cuenta la asignación de responsables.

Componente	Descripción
Inputs	
Programación	Las fechas establecidas en el plan de trabajo para realizar el mantenimiento y limpieza para así realizar el cumplimiento de las necesidades y expectativas del usuario actual.
Instrumento	Formularios para la solicitud y seguimiento del mantenimiento y limpieza.
Controles	
Legislación del HNR	Se debe respetar la legislación del HNR al momento de realizar el procedimiento del mantenimiento y limpieza del servicio de

	cardiología.
Mecanismos	
Encargado del proceso	El encargado del proceso es seleccionado en base a las necesidades del proceso tanto el tiempo como el conocimiento necesario para desarrollarlo.
Outputs	
Proceso completo	Realización del mantenimiento y la limpieza en el servicio de cardiología con su documentación archivada.

Tabla 96 Componentes del proceso Mantenimiento y limpieza

A1 Limpieza diaria de las instalaciones

Mediante esta actividad se realiza la programación y supervisión de la limpieza diaria de las instalaciones del servicio de cardiología la cual se realiza dos veces al día.

Componente	Descripción
Inputs	
Programación	Programación de la hora más adecuada para realizar los dos turnos de limpieza diarios y para su posterior supervisión.
Controles	
Legislación del HNR	Se debe respetar la legislación del HNR al momento de realizar el proceso de limpieza diaria.
Mecanismos	
Encargado del proceso	El encargado del proceso es seleccionado en base a las necesidades del proceso tanto el tiempo como el conocimiento necesario para

	desarrollarlo.
Outputs	
Actividad completa	La limpieza de las instalaciones del servicio de cardiología realizada y supervisada.

Tabla 97 Componentes del subproceso Limpieza diaria de las instalaciones

A2. Limpieza periódica de las instalaciones

Mediante esta actividad se determinan los pasos a realizar para llevar a cabo la limpieza periódica de las instalaciones del servicio de cardiología.

Componente	Descripción
Inputs	
Programación	Programación del día más adecuado para realizar la limpieza periódica de las instalaciones y para su posterior supervisión. En ese día no deben de haber pacientes y se tiene que coordinar que llegue el personal de limpieza y la persona que supervise la actividad.
Instrumento	Formularios para la solicitud de la limpieza periódica de las instalaciones.
Controles	
Legislación del HNR	Se debe respetar la legislación del HNR al momento de realizar el proceso de limpieza periódica.
Mecanismos	
Encargado del proceso	El encargado del proceso es seleccionado en base a las necesidades del proceso tanto el tiempo como el conocimiento necesario para

	desarrollarlo.
Outputs	
Actividad completa	La limpieza periódica de las instalaciones del servicio de cardiología realizada y supervisada.

Tabla 98 Componentes del subproceso Limpieza periódica de las instalaciones

A3. Mantenimiento del equipo médico

Mediante esta actividad se determinan los pasos para la solicitud y seguimiento del mantenimiento correctivo y preventivo del equipo médico.

Componente	Descripción
Inputs	
Programación	Programación del día más adecuado para el personal del servicio de cardiología, las actividades programadas en el servicio y el personal de biomédica encargado de dar el mantenimiento.
Instrumento	Formularios para la solicitud del mantenimiento del equipo médico del servicio de cardiología.
Controles	
Legislación del HNR	Se debe respetar la legislación del HNR al momento de realizar el proceso de mantenimiento de equipo médico.
Mecanismos	
Encargado del proceso	El encargado del proceso es seleccionado en base a las necesidades del proceso tanto el tiempo como el conocimiento necesario para

	desarrollarlo.
Outputs	
Actividad completa	El mantenimiento del equipo médico del servicio de cardiología realizado y supervisado.

Tabla 99 Componentes del subproceso Mantenimiento del equipo médico

A4. Mantenimiento de infraestructura

Mediante esta actividad se determinan los pasos para la realización del mantenimiento de la infraestructura del servicio de cardiología.

Componente	Descripción
Inputs	
Programación	Programación del día más adecuada para realizar la limpieza periódica de las instalaciones y para su posterior supervisión. En ese día no deben de haber pacientes y se tiene que coordinar que llegue el personal de limpieza y la persona que supervise la actividad.
Instrumento	Formularios para la solicitud de la limpieza periódica de las instalaciones.
Controles	
Legislación del HNR	Se debe respetar la legislación del HNR al momento de realizar el proceso de limpieza periódica.
Mecanismos	
Encargado del proceso	El encargado del proceso es seleccionado en base a las necesidades del proceso tanto el

	tiempo como el conocimiento necesario para desarrollarlo.
Outputs	
Actividad completa	El mantenimiento de la infraestructura del servicio de cardiología realizado y supervisado.

Tabla 100 Componentes del subproceso Mantenimiento de infraestructura

DIAGRAMA DEL PROCESO

A1. Limpieza diaria de las instalaciones

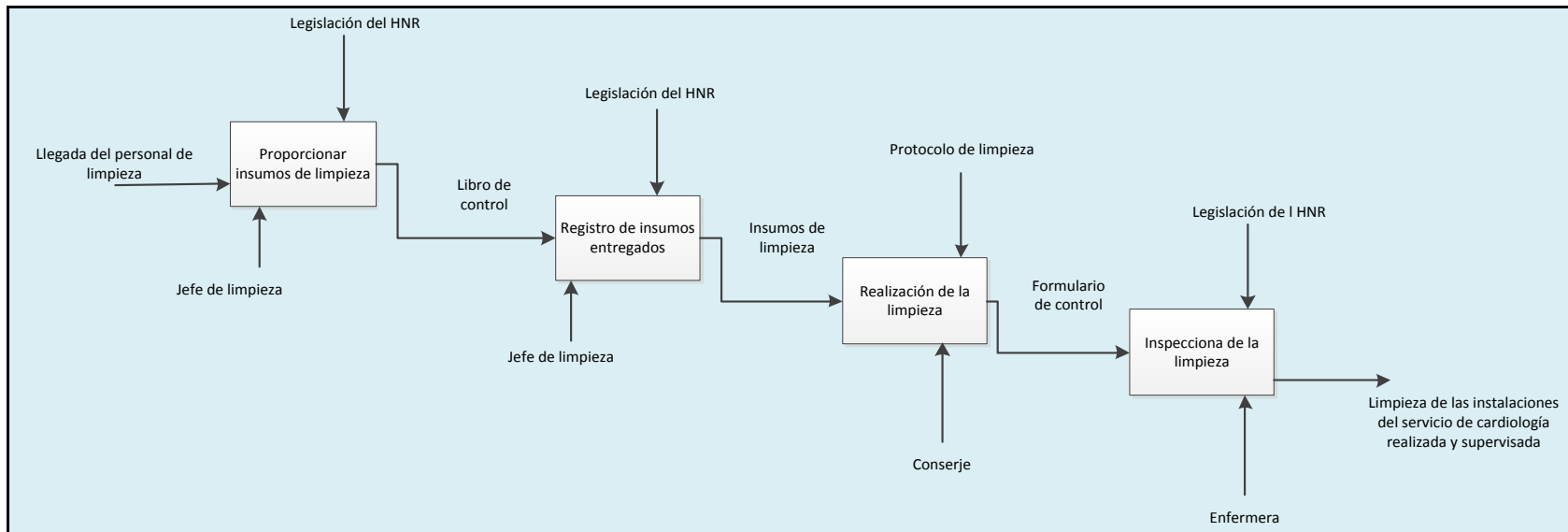


Ilustración 71 Diagrama del proceso Limpieza diaria de las instalaciones

A2. Limpieza periódica de las instalaciones

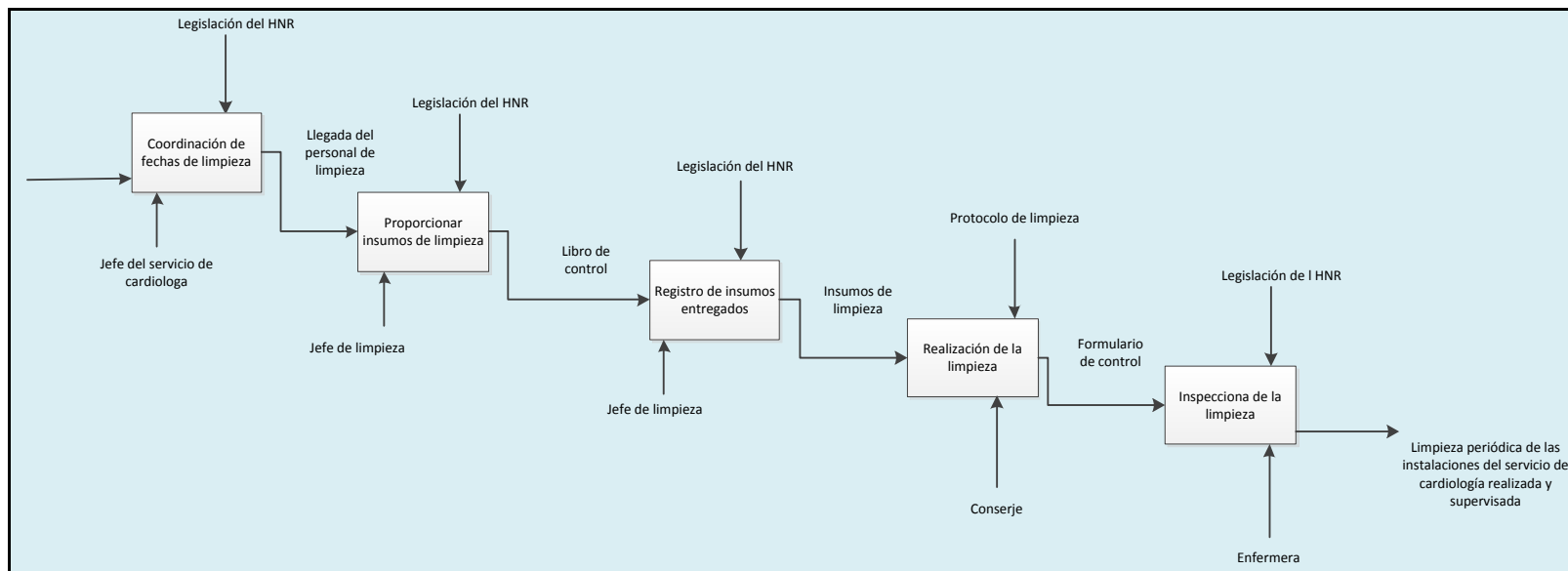


Ilustración 72 Diagrama del proceso Limpieza periódica de las instalaciones

A3. Mantenimiento de equipo médico

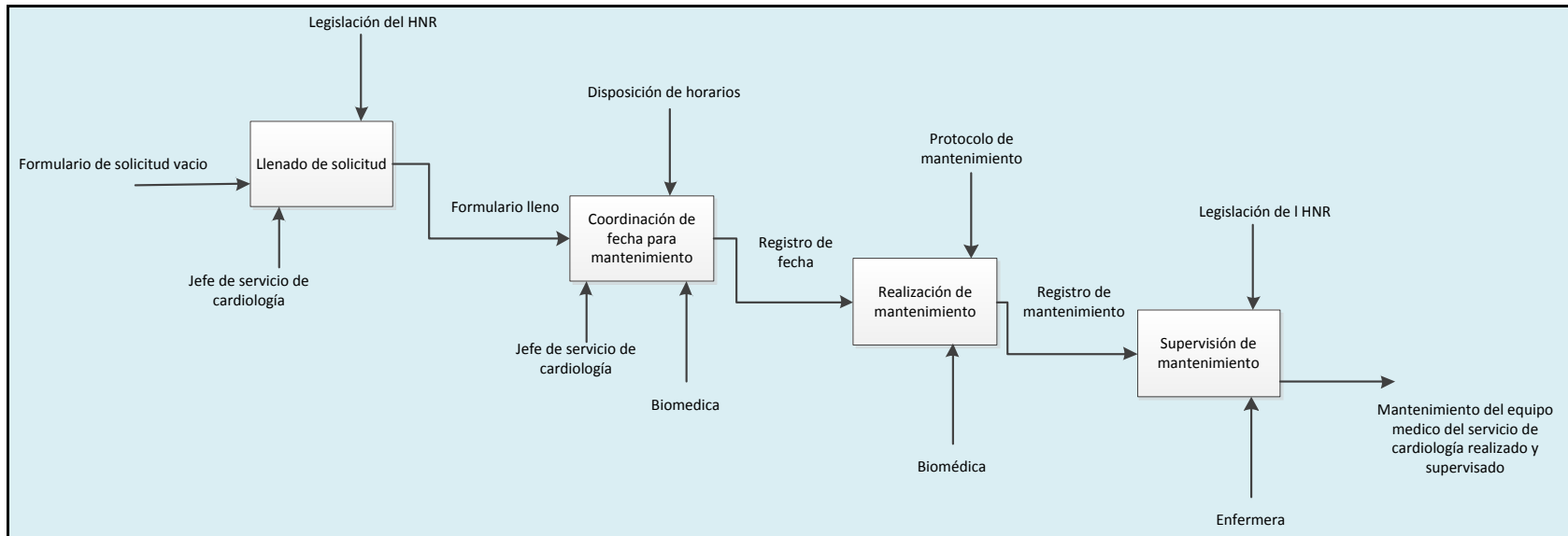


Ilustración 73 Diagrama del proceso Mantenimiento de equipo médico

A4. Mantenimiento de infraestructura

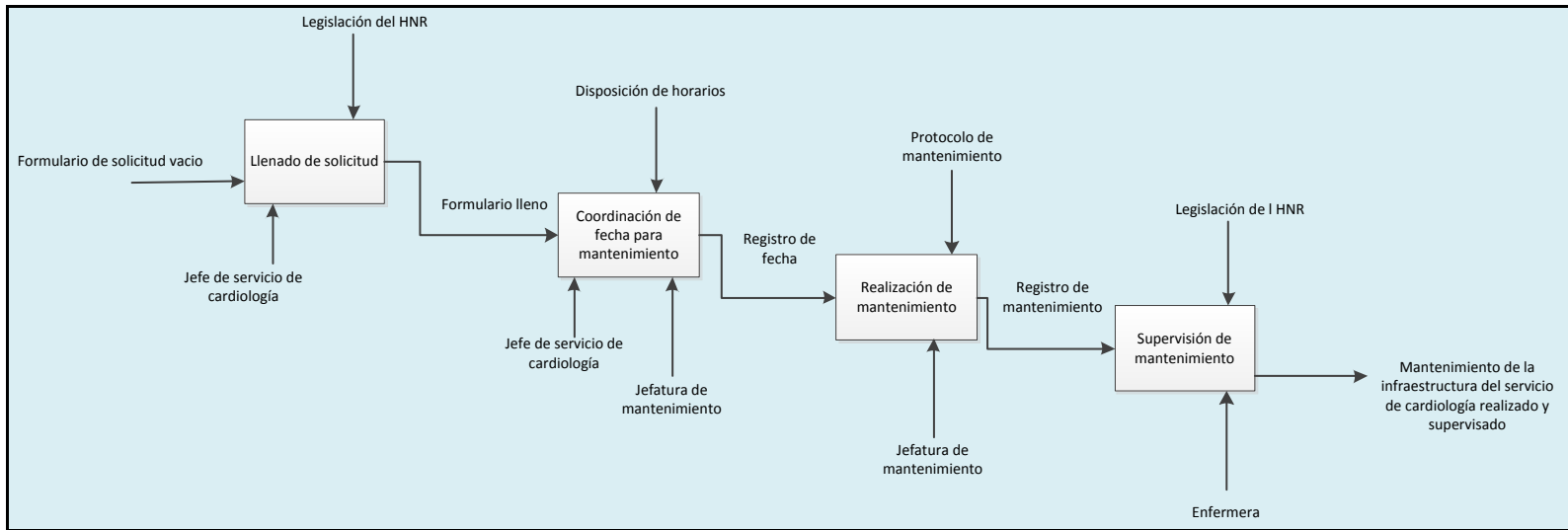


Ilustración 74 Diagrama del proceso Mantenimiento de infraestructura

FLUJOGRAMA DEL PROCESO

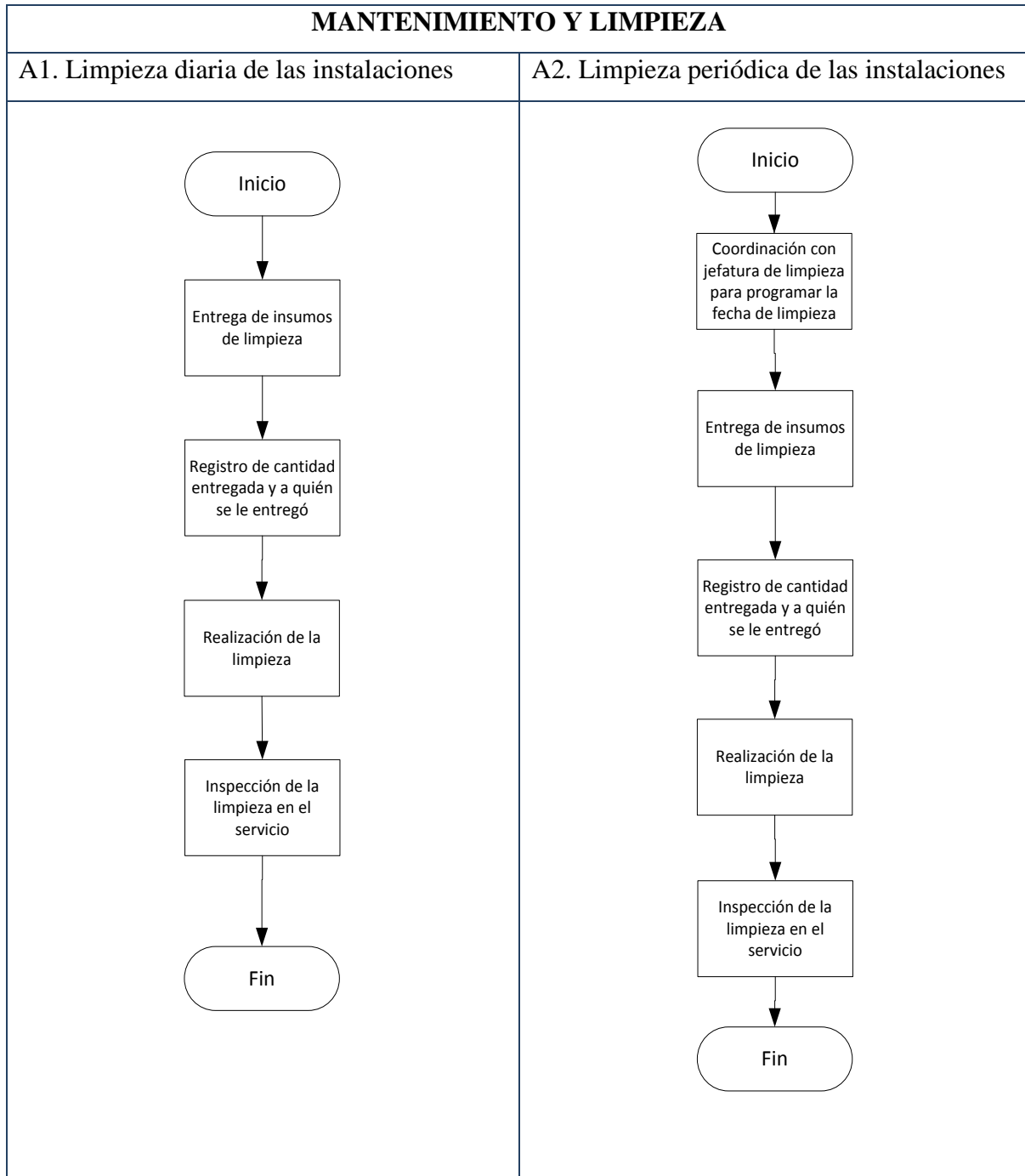
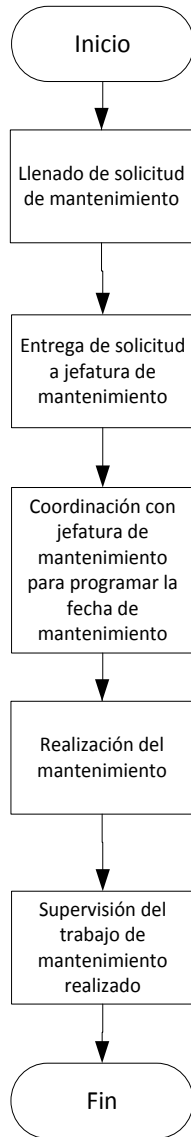


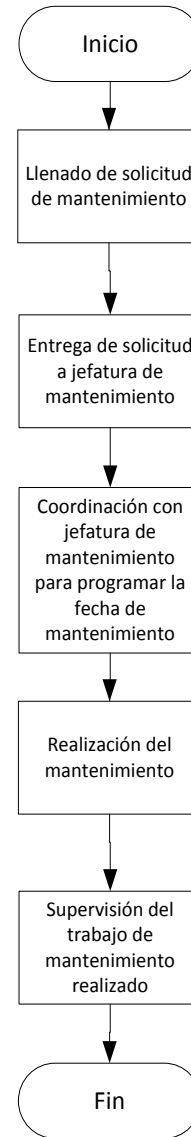
Tabla 101 Flujograma del proceso mantenimiento y limpieza

MANTENIMIENTO Y LIMPIEZA

A3. Mantenimiento de equipo médico



A4. Mantenimiento de infraestructura



Responsable del proceso

El responsable del proceso es la persona que ha sido designada como el encargado de garantizar que el proceso sea efectivo y eficiente. El concepto de responsabilidad del

proceso proporciona un medio a través del cual se pueden alcanzar los objetivos funcionales.

El responsable del proceso debe comprender cuál será el impacto del proceso en la institución y desarrollarlo de la mejor manera posible para cumplir con el objetivo del mismo, por lo cual se ha designado para la programación y supervisión del mantenimiento y limpieza al **auxiliar administrativo** y como el encargado de la realización del mantenimiento será el personal de mantenimiento y de la limpieza el personal de limpieza. Los criterios de selección serán explicados a continuación.

Criterios de selección del responsable del proceso

Los criterios que se utilizaron para designar al responsable son:

- Recursos

Debido a los recursos limitados del HNR se tiene que buscar un responsable del proceso dentro de los trabajadores actuales, dicho trabajador debe conocer del proceso y tener tiempo necesario para desarrollar el mismo.

- Trabajo

El grado de trabajo que tiene asignado la persona responsable del proceso debe permitir desarrollar las nuevas actividades sin inferir con las ya asignadas.

- Conocimiento del proceso

Se seleccionó al auxiliar administrativo debido a que una de sus funciones principales es encargarse de la programación y supervisión de las actividades de carácter administrativo y a la vez posee los conocimientos de las actividades de mantenimiento y limpieza así como también los involucrados en este proceso; lo que le permite poder identificar a los responsables en cada actividad necesaria para completar el proceso. Todo lo anterior conducirá a una buena gestión del mantenimiento y limpieza con lo cual se optimizará el tiempo que toma realizar este proceso y una mejor organización de mismo.

Recursos necesarios

Para realizar el proceso de mantenimiento y limpieza se necesitan ciertos recursos los cuales serán detallados a continuación.

Recurso	Necesidad
Recurso humano	Se necesitará un empleado para desarrollar el proceso dicho empleado ya está contratado por el HNR al cual se le asignarán las responsabilidades que conlleva la programación y supervisión del proceso de mantenimiento y limpieza. A su vez se necesitará de la participación del personal de limpieza y del personal del área de mantenimiento.
Equipo	Se utilizará el equipo necesario para llevar a cabo el mantenimiento y la limpieza del servicio de cardiología.
Papelería	Se utilizarán los formularios que ya están definidos según la normativa del HNR para llenar las solicitudes para pedir la programación del mantenimiento y de la limpieza periódica.

Tabla 102 Recursos necesarios para realizar el proceso de Mantenimiento y Limpieza

3.22.3 PROCEDIMIENTO: ARCHIVO Y DOCUMENTACIÓN



DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA

Objetivos del proceso

A continuación se enumeran los objetivos que se persiguen al implementar este proceso:

- Llenar la documentación necesaria diaria para el correcto control y seguimiento de las actividades que se dan en el servicio.
- Llenar la documentación necesaria periódica para el correcto control y seguimiento de las actividades que se dan en el servicio.
- Completar el reporte mensual y seguir los pasos previamente establecidos para completarlo.

Alcance del proceso

- Límite de entrada: formularios vacíos para llevar a cabo la documentación y archivo de la información del servicio de cardiología.
- Límite de salida: control del archivo y documentación de los informes del servicio de cardiología.

Identificación de los clientes del proceso, sus necesidades y expectativas

Cliente: Dirección y personal del servicio de cardiología.

Necesidades y expectativas:

- 1) Llevar un control de quién o quiénes son los encargados de la documentación
- 2) Determinación del procedimiento a seguir paso a paso para completar la documentación del servicio
- 3) Definición de los formularios necesarios utilizados para completar la documentación del servicio

Desglose del proceso

A continuación se presenta el conjunto jerarquizado de proceso, procedimientos y actividades que se debe realizar para el proceso de archivo y documentación:

A.0. Archivo y documentación

A.1. Seguimiento clínico

A.1.1 Se abre en el sistema la hoja de historia clínica del paciente

A.1.2 Se llenan los campos en la hoja de historia clínica del paciente

A.1.3 Se guardan los cambios en la hoja de historia clínica del paciente

A2. Censo total de pacientes y procedimientos

A.2.1 Se retira de todos los consultorios los censos por medico de procedimientos y consultas

A.2.2 Se compilan todos los censos en el libro de censo total de pacientes y procedimientos

A.2.3 Se llenan los campos en el libro

A.2.4 Se trasladan los datos del libro al sistema informático

A3. Censo de consultas

A.3.1 Paciente ingresa al consultorio

A.3.2 Médico especialista llena el censo con los datos del paciente

A.3.3 Enfermera retira al final del día el censo de consulta

A.3.4 Se trasladan los censos al cubículo de enfermería para ser registrados en el sistema

A4. Censo de procedimientos

- A.4.1 Paciente ingresa al consultorio
- A.4.2 Médico especialista llena el censo con los datos del paciente
- A.4.3 Enfermera retira al final del día el censo de procedimientos
- A.4.4 Se trasladan los censos al cubículo de enfermería para ser registrados en el sistema

A5. Reporte mensual del servicio de cardiología

- A.5.1 Consolidar todos los censos totales diarios que hubieron durante el mes
- A.5.2 Realizar la recopilación en digital
- A.5.3 Trasladar el reporte y los censos en físico a ESDOMED
- A.5.4 Jefe de servicio se encarga de revisar la recopilación de datos y agregar comentarios y peticiones
- A.5.5 Se envían copias del reporte mensual a las diferentes áreas

Construcción del diagrama principal

A continuación se desarrollan cada uno de los elementos principales del proceso archivo y documentación.

A.0 Archivo y documentación

Con este proceso se determinan los procedimientos y responsables de la programación de las actividades de archivo y documentación además se toma en cuenta la asignación de responsables.

Componente	Descripción
Inputs	
Programación	Las fechas establecidas en el plan de trabajo para la realización y entrega del reporte mensual así como la programación diaria del llenado de censos.

Instrumento	Censos diarios que sirven para el llenado de libros en los que se recopila la información y los cuales sirven para un posterior reporte mensual.
Controles	
Legislación del HNR	Se debe respetar la legislación del HNR al momento de realizar el archivo y el llenado de la documentación del servicio de cardiología.
Mecanismos	
Encargado del proceso	El encargado del proceso es seleccionado en base a las necesidades del proceso tanto el tiempo como el conocimiento necesario para desarrollarlo.
Outputs	
Proceso completo	Control y seguimiento del archivo y la documentación del servicio de cardiología.

Tabla 103 Componentes del proceso Archivo y documentación

A1. Seguimiento clínico

Mediante esta actividad se obtendrá la información del paciente que es necesaria para llenar los campos de la hoja de historia clínica que se encuentra en el sistema informático.

Componente	Descripción
Inputs	
Programación	Esta captura de información está programada diariamente en cada consulta que realice un médico especialista por cada paciente que recibe una consulta hay una

	captura de sus datos.
Instrumento	Instrumento de llenado de información del paciente es la hoja de historia clínica la cual se llena en el sistema informático.
Controles	
Legislación del HNR	Se debe respetar la legislación del HNR al momento de realizar el llenado del seguimiento clínico.
Mecanismos	
Encargado del proceso	El encargado del proceso es seleccionado en base a las necesidades del proceso tanto el tiempo como el conocimiento necesario para desarrollarlo.
Outputs	
Actividad completa	El llenado de todos los campos de la historia clínica de cada paciente.

Tabla 104 Componentes del subproceso Seguimiento clínico

A2. Censo total de pacientes y procedimientos

Mediante esta actividad se determinan los pasos a seguir para realizar la recopilación de los totales de pacientes vistos de primera vez y subsecuentes y los procedimientos realizados diarios.

Componente	Descripción
Inputs	
Programación	Al final del día se programa la recolección de cada censo de cada médico especialista y en un libro se registran los totales de pacientes vistos y procedimientos

	realizados.
Instrumento	Instrumento de llenado de información de pacientes vistos y procedimientos realizados es un libro en el cual es recopilada toda la información de todos los censos.
Controles	
Legislación del HNR	Se debe respetar la legislación del HNR al momento de realizar el llenado del censo.
Mecanismos	
Encargado del proceso	El encargado del proceso es seleccionado en base a las necesidades del proceso tanto el tiempo como el conocimiento necesario para desarrollarlo.
Outputs	
Actividad completa	La recopilación de todos los censos realizada y llenada en el sistema en el que se registran los pacientes vistos y procedimientos realizados.

Tabla 105 Componentes del subproceso Censo total de pacientes y procedimientos

A3. Censo de consultas

Mediante esta actividad se realiza el llenado del censo de cada consulta que brinda un médico especialista.

Componente	Descripción
Inputs	
Programación	Esta captura de información está programada diariamente en cada consulta que realice un médico especialista, por cada paciente que recibe una consulta hay una

	captura de sus datos.
Instrumento	Instrumento de llenado de información del paciente es un censo en físico que es llenado manualmente.
Controles	
Legislación del HNR	Se debe respetar la legislación del HNR al momento de realizar el llenado del censo.
Mecanismos	
Encargado del proceso	El encargado del proceso es seleccionado en base a las necesidades del proceso tanto el tiempo como el conocimiento necesario para desarrollarlo.
Outputs	
Actividad completa	El llenado y recopilación de todos los campos del censo de consultas de cada paciente.

Tabla 106 Componentes del subproceso Censo de consultas

A4. Censo de procedimientos

Mediante esta actividad se realiza el llenado del censo de cada procedimiento que realiza un médico especialista.

Componente	Descripción
Inputs	
Programación	Esta captura de información está programada diariamente en cada procedimiento que realice un médico especialista, por cada procedimiento que se realice hay una captura de los datos.

Instrumento	Instrumento de llenado de información del procedimiento realizado es un censo en físico que es llenado manualmente.
Controles	
Legislación del HNR	Se debe respetar la legislación del HNR al momento de realizar el llenado del censo.
Mecanismos	
Encargado del proceso	El encargado del proceso es seleccionado en base a las necesidades del proceso tanto el tiempo como el conocimiento necesario para desarrollarlo.
Outputs	
Actividad completa	El llenado de todos los campos del censo de procedimientos realizados.

A5. Reporte mensual del servicio de cardiología

Mediante esta actividad se realiza la compilación y el llenado del reporte mensual del servicio de cardiología.

Componente	Descripción
Inputs	
Programación	Esta captura de información está programada para ser realizada mensualmente, se recopilan todas las informaciones de un mes en específico y se envían a ESDOMED.
Instrumento	Instrumento de llenado del reporte mensual es a través del sistema informático en el que se introducen y se recopilan todos los datos

	que han sido obtenidos durante un mes.
Controles	
Legislación del HNR	Se debe respetar la legislación del HNR al momento de realizar el reporte mensual.
Mecanismos	
Encargado del proceso	El encargado del proceso es seleccionado en base a las necesidades del proceso tanto el tiempo como el conocimiento necesario para desarrollarlo.
Outputs	
Actividad completa	La recopilación de todos los datos del mes en un solo reporte revisados y aprobados.

Tabla 107 Componentes del subproceso Reporte mensual del servicio de cardiología

A continuación se muestra el diagrama principal del proceso de archivo y documentación:

DIAGRAMA DEL PROCESO

A1. Seguimiento clínico

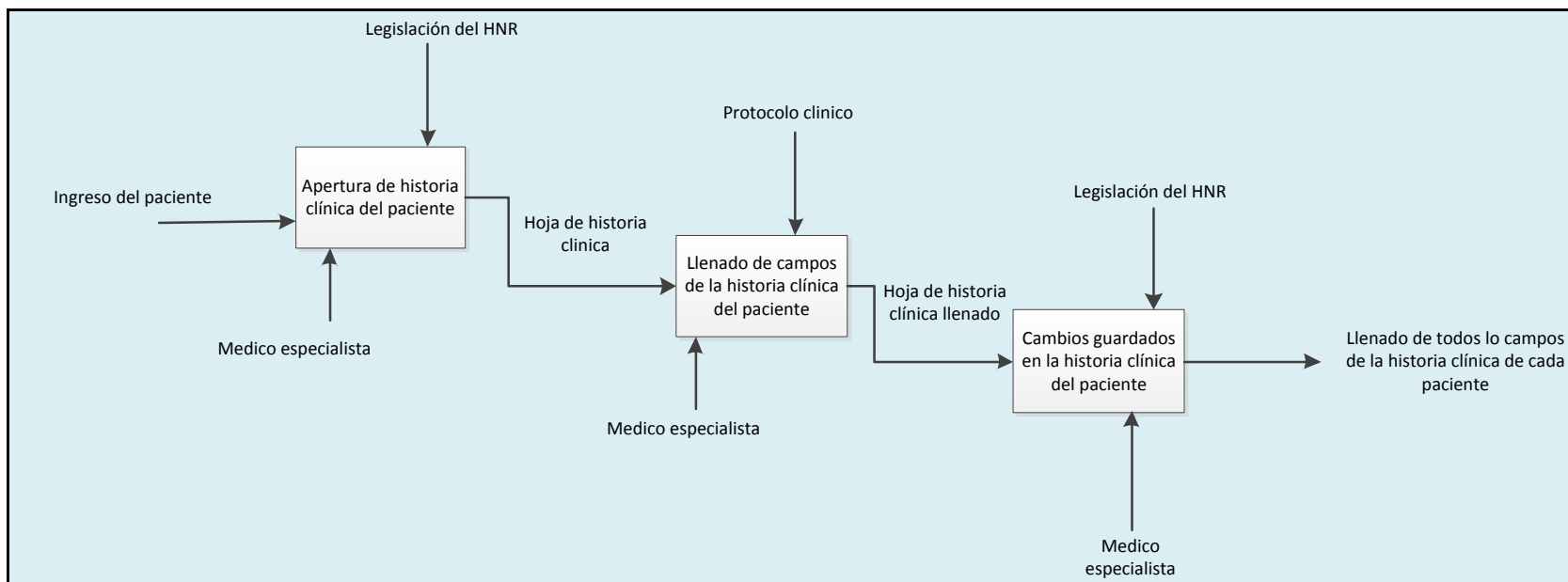


Ilustración 75 Diagrama del proceso seguimiento clínico

A2. Censo total de todos los pacientes y procedimientos

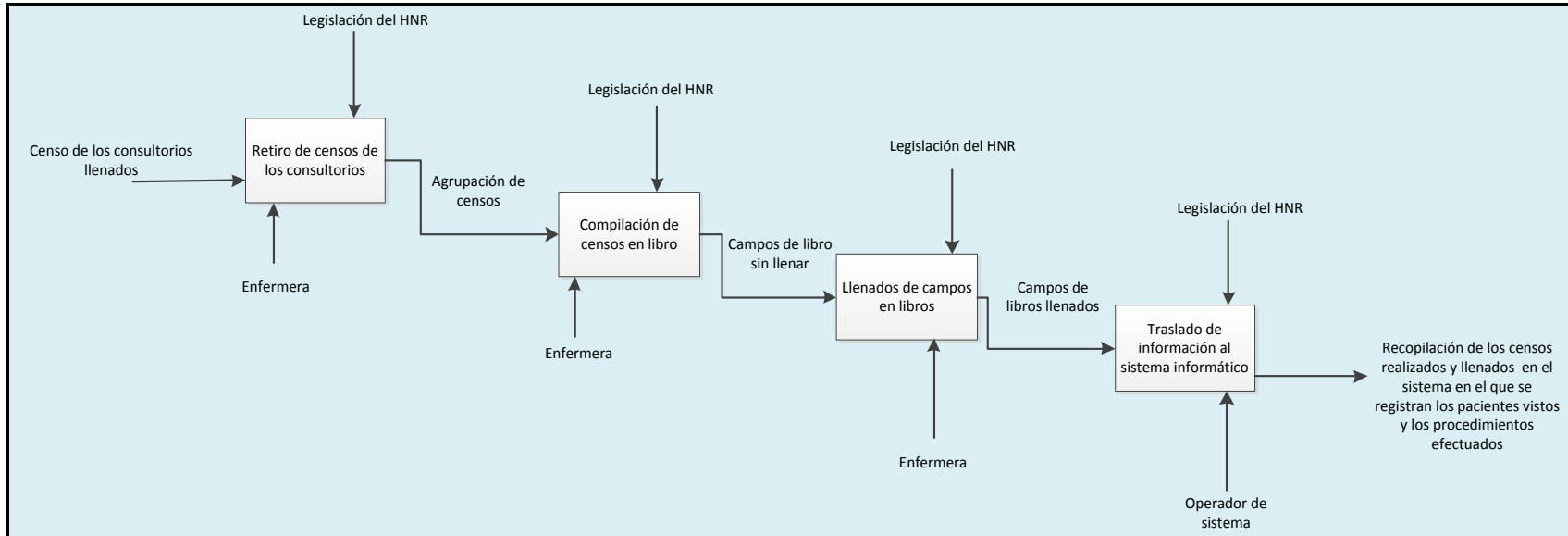


Ilustración 76 Diagrama del proceso censo total de todos los pacientes

A3. Censo de consultas

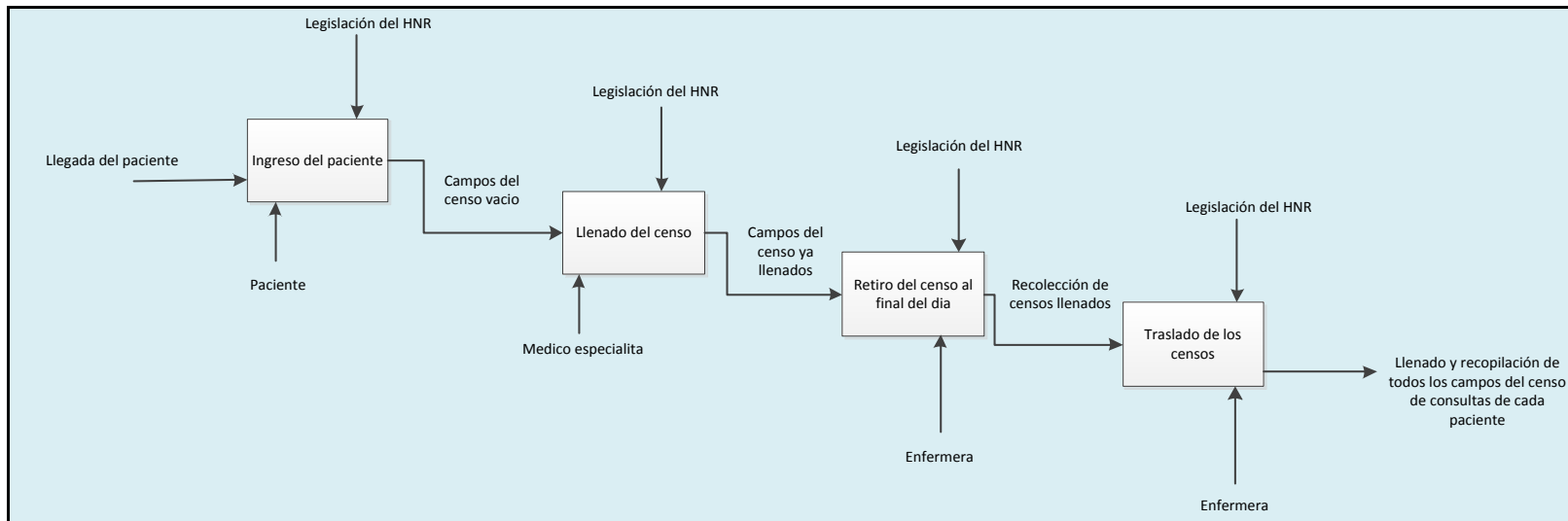


Ilustración 77 Diagrama del proceso censo de consultas

A4. Censo de procedimientos

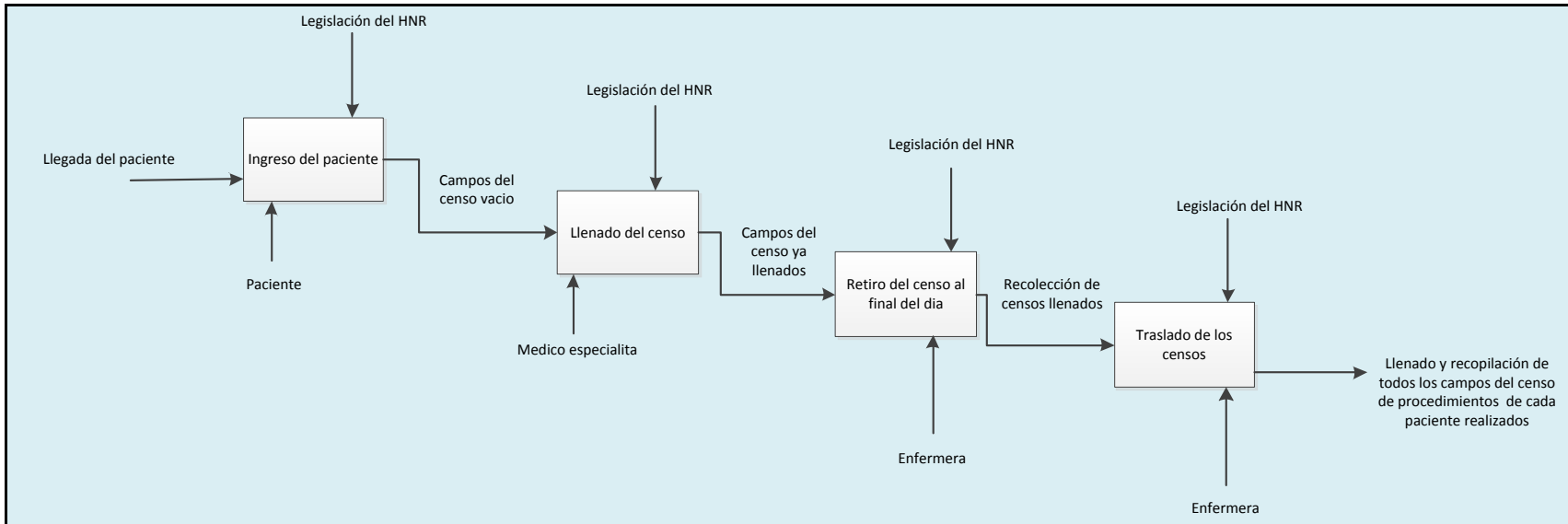


Ilustración 78 Diagrama del proceso Censo de procedimientos

A5. Reporte mensual del servicio de cardiología

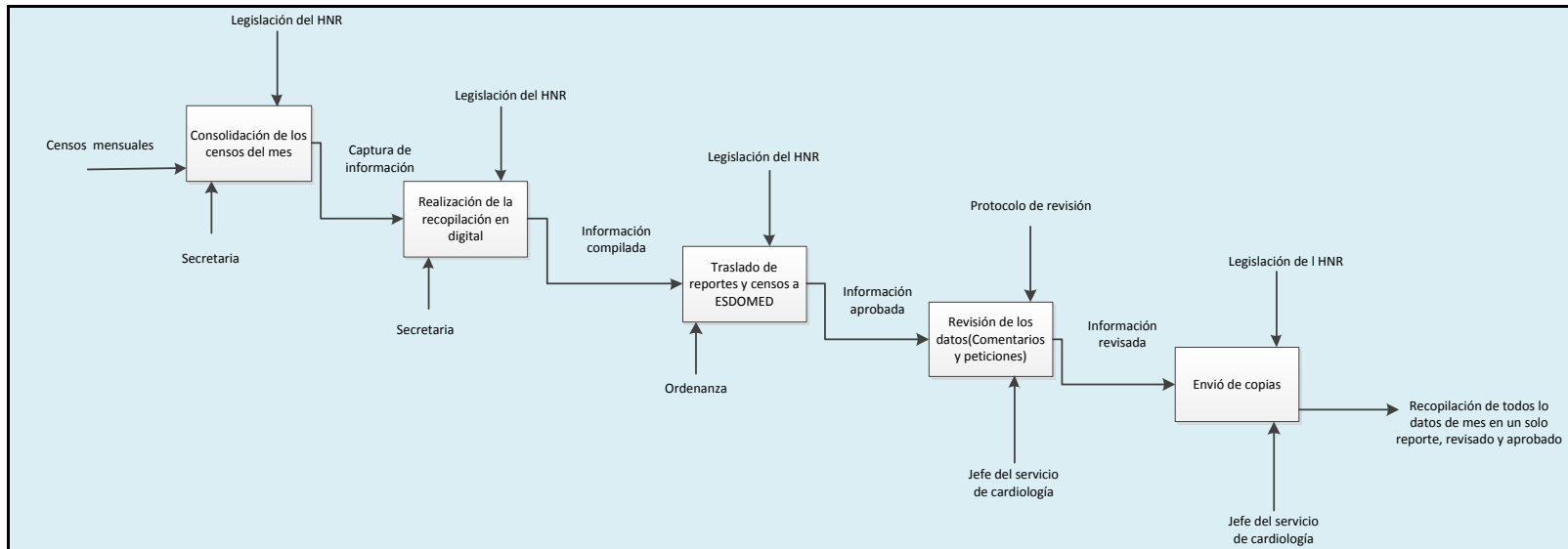


Ilustración 79 Diagrama del proceso reporte mensual del servicio de cardiología

FLUJOGRAMA DEL PROCESO

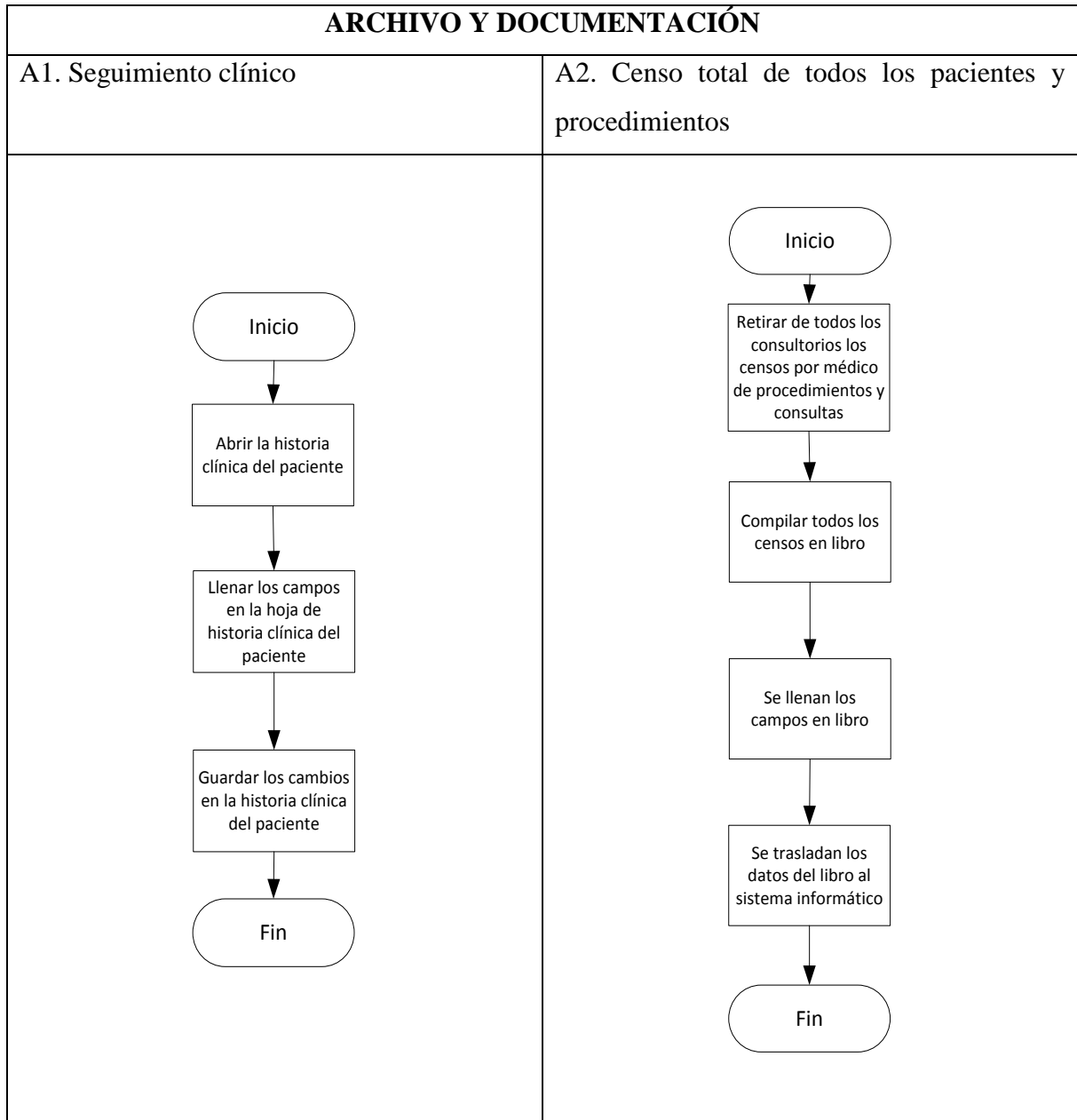
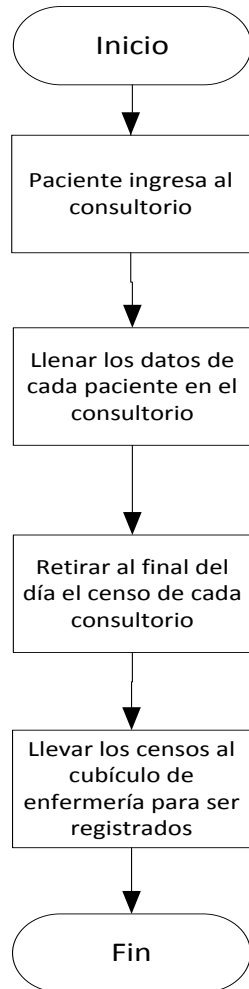


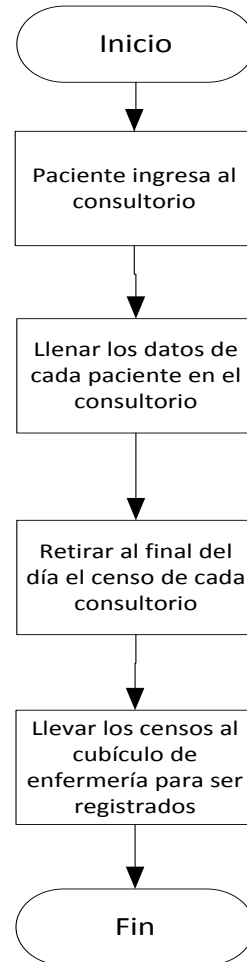
Tabla 108 Flujoograma del proceso archivo y documentación

ARCHIVO Y DOCUMENTACIÓN

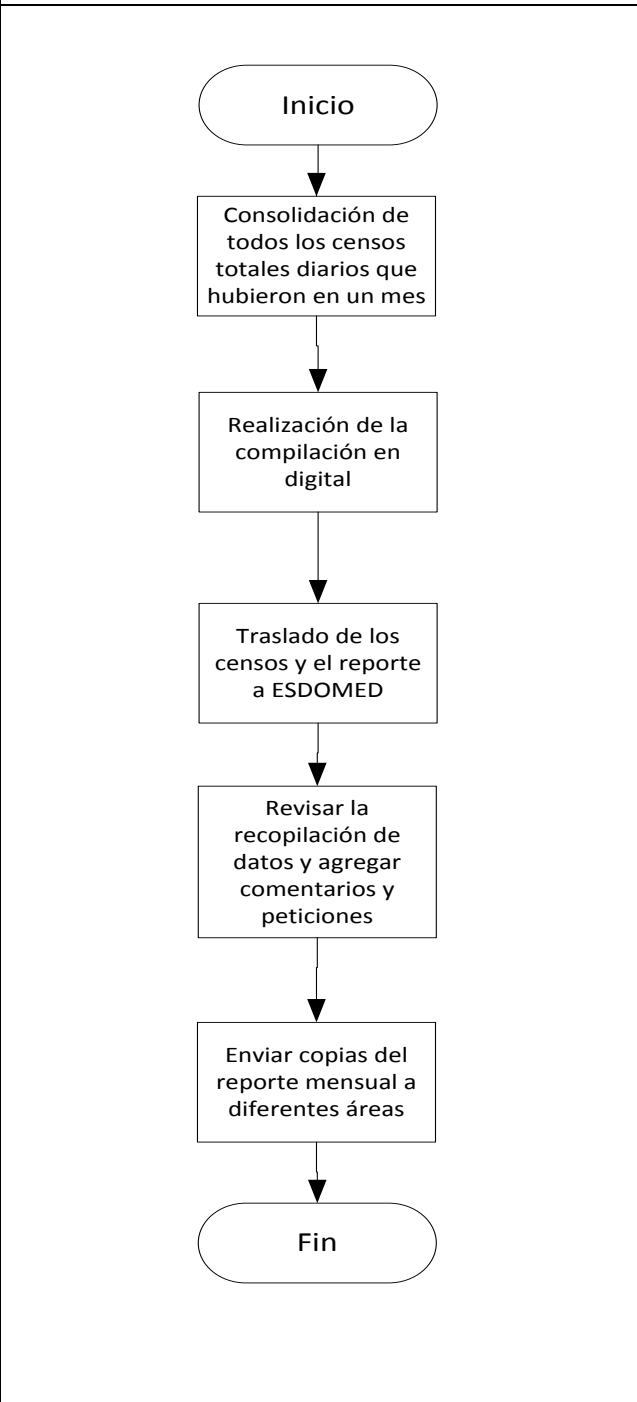
A3. Censo de consultas



A4. Censo de procedimientos



A5. Reporte mensual del servicio de cardiología



Responsable del proceso

El responsable del proceso es la persona que ha sido designada como el encargado de garantizar que el proceso sea efectivo y eficiente. El concepto de responsabilidad del proceso proporciona un medio a través del cual se pueden alcanzar los objetivos funcionales.

El responsable del proceso debe comprender cuál será el impacto del proceso en la institución y desarrollarlo de la mejor manera posible para cumplir con el objetivo del mismo, por lo cual se ha designado para la realización del archivo y documentación al **auxiliar administrativo** con ayuda del personal de enfermería. Los criterios de selección serán explicados a continuación.

Criterios de selección del responsable del proceso

Los criterios que se utilizaron para designar al responsable son:

- Recursos

Debido a los recursos limitados del HNR se tiene que buscar un responsable del proceso dentro de los trabajadores actuales, dicho trabajador debe conocer del proceso y tener tiempo necesario para desarrollar el mismo.

- Trabajo

El grado de trabajo que tiene asignado la persona responsable del proceso debe permitir desarrollar las nuevas actividades sin inferir con las ya asignadas.

- Conocimiento del proceso

Se seleccionó al auxiliar administrativo debido a que una de sus funciones principales es encargarse de la programación y supervisión de las actividades de carácter administrativo y a la vez posee los conocimientos de las actividades de archivo y documentación así como también los involucrados en este proceso; lo que le permite poder identificar a los responsables en cada actividad necesaria para completar el proceso. Todo lo anterior conducirá a una buena gestión del archivo y documentación con lo cual se optimizará el tiempo que toma realizar este proceso y una mejor organización de mismo.

Recursos necesarios

Para realizar el proceso de archivo y documentación se necesitan ciertos recursos los cuales serán detallados a continuación.

Recurso	Necesidad
Recurso humano	Se necesitará un empleado para desarrollar el proceso dicho empleado ya está contratado por el HNR al cual se le asignarán las responsabilidades que conlleva la programación y supervisión del proceso de archivo y documentación. A su vez se necesitará de la participación del personal de enfermería para realizar la cuadrícula de los libros utilizados para la documentación y de los médicos especialistas que llenan la información de algunos censos.
Equipo	Se utilizará el equipo de carácter informático para realizar la compilación de datos en digital.
Papelería	Se utilizarán los formularios que ya están definidos según la normativa del HNR para llenar los censos y la documentación necesaria para realizar este proceso.

Tabla 109 Recursos necesarios para realizar el proceso Archivo y documentación

3.22.4 PROCEDIMIENTO: MANEJO Y LICENCIAS DE PERSONAL



DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA

Objetivos de gestión del proceso

A continuación se enumeran los objetivos que se persiguen al implementar este proceso:

- Establecer los pasos a seguir en las actividades desarrolladas por el servicio de cardiología del HNR, para llevar a cabo el control de permisos e inasistencias del personal.

Alcance del proceso

- Limite de entrada: necesidad del personal del servicio de cardiología de peticiones de permisos personales.
- Limite de salida: autorización y control de los permisos personales otorgados al personal del servicio de cardiología.

Identificación de los clientes del proceso, sus necesidades y expectativas

Cliente: Dirección, recursos humanos y personal del servicio de cardiología.

Necesidades y expectativas:

- 1) Llevar un control del número de permisos personales otorgados al personal

- 2) Determinación del procedimiento a seguir paso a paso para realizar la petición de un permiso personal
- 3) Definición de los encargados de la autorización de un permiso personal

Desglose del proceso

A continuación se presenta el conjunto jerarquizado de proceso, procedimientos y actividades que se debe realizar para el proceso de manejo y licencias del personal:

A.0. Manejo y licencias del personal

A.1. Control de permisos e inasistencias del personal

A.1.1 Se llena un formato de permiso especificando el día, la hora y el motivo por el cual se va a realizar la petición de un permiso personal

A.1.2 Se recibe el permiso y se traslada al Jefe del servicio de Cardiología y al jefe del departamento encargado del empleado que solicita el permiso

A.1.3 Se revisa el permiso para su posterior autorización

A.1.4 Se envía el permiso realizado al área de recursos Humanos para su archivo

Construcción del diagrama principal

A continuación se desarrollan cada uno de los elementos principales del proceso manejo y licencias de personal:

- **A.1 Control de permisos e inasistencias del personal**

Con este proceso se determinan los procedimientos y responsables del control y seguimiento de las actividades de control de permisos e inasistencias del personal además se toma en cuenta la asignación de responsables para realizar estas actividades.

Componente	Descripción
Inputs	
Programación	Estos permisos no son programados debido a que son circunstancias no planificadas y repentinas solamente se tiene programado que a cada empleado del servicio de cardiología se le otorgan 5 días de permisos personales.
Instrumento	Se utilizan formularios para la requisición de permisos en los que se especifica el día, la hora y el motivo del permiso.
Controles	
Legislación del HNR	Se debe respetar la legislación del HNR al momento de realizar la requisición de permisos del personal del servicio de cardiología.
Mecanismos	
Encargado del proceso	El encargado del proceso es seleccionado en base a las necesidades del proceso tanto el tiempo como el conocimiento necesario para desarrollarlo.
Outputs	
Proceso completo	Control y seguimiento de los permisos autorizados y otorgados al personal del servicio de cardiología.

Tabla 110 Componentes del proceso Control de permisos e inasistencias del personal

A.1 Control de permisos e inasistencias del personal

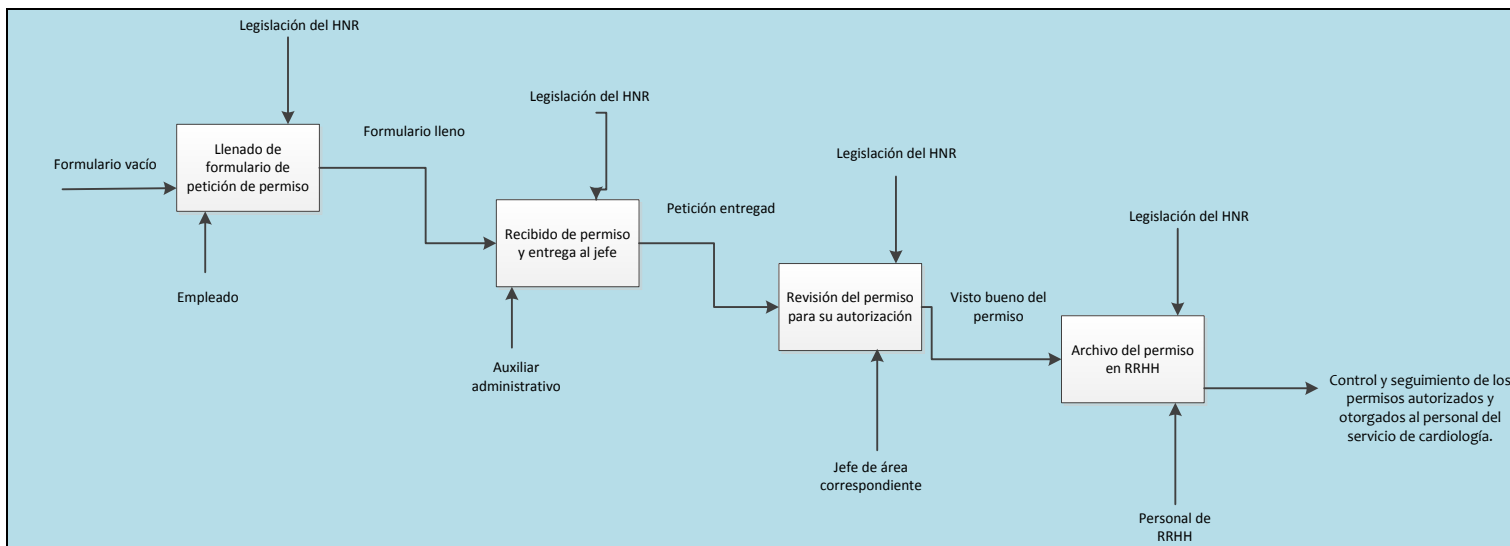
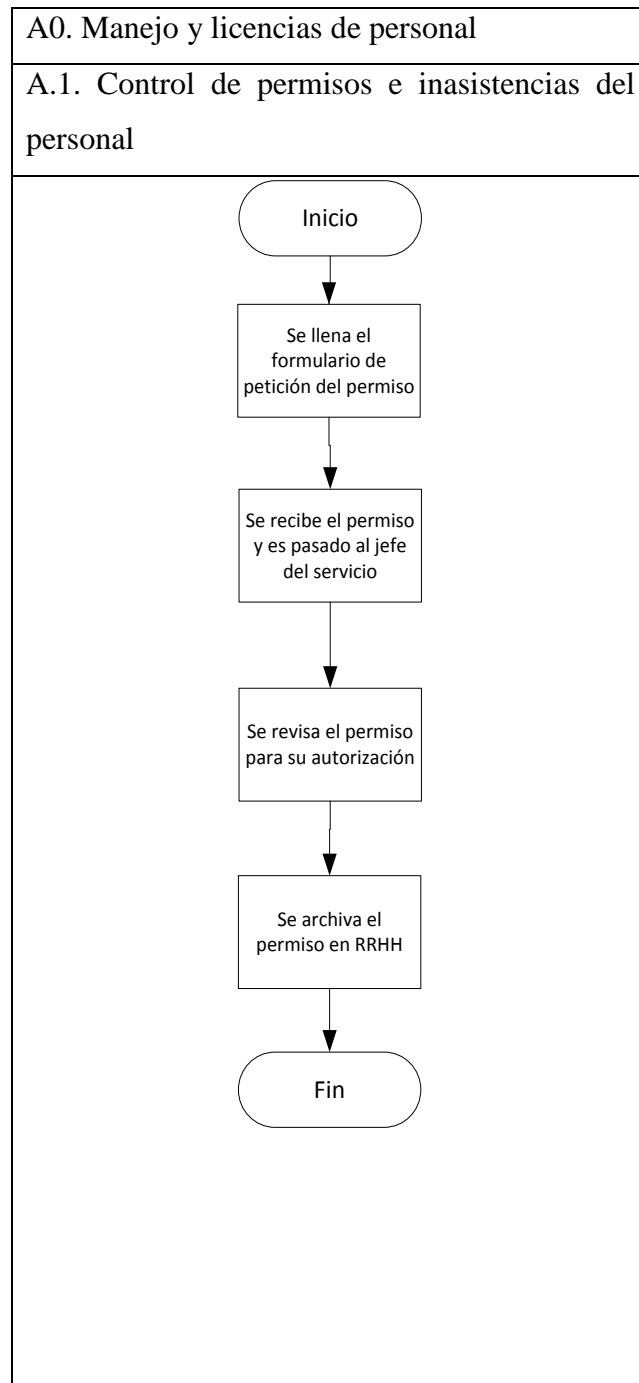


Ilustración 80 Diagrama del proceso Control de permisos

A continuación se muestra el diagrama principal del proceso de manejo y licencias de personal:



Responsable del proceso

El responsable del proceso es la persona que ha sido designada como el encargado de garantizar que el proceso sea efectivo y eficiente. El concepto de responsabilidad del proceso proporciona un medio a través del cual se pueden alcanzar los objetivos funcionales.

El responsable del proceso debe comprender cuál será el impacto del proceso en la institución y desarrollarlo de la mejor manera posible para cumplir con el objetivo del mismo, por lo cual se ha designado para la realización del manejo y licencias de personal al **auxiliar administrativo** con la supervisión del jefe de servicio de cardiología. Los criterios de selección serán explicados a continuación.

Criterios de selección del responsable del proceso

Los criterios que se utilizaron para designar al responsable son:

- Recursos

Debido a los recursos limitados del HNR se tiene que buscar un responsable del proceso dentro de los trabajadores actuales, dicho trabajador debe conocer del proceso y tener tiempo necesario para desarrollar el mismo.

- Trabajo

El grado de trabajo que tiene asignado la persona responsable del proceso debe permitir desarrollar las nuevas actividades sin inferir con las ya asignadas.

- Conocimiento del proceso

Se seleccionó al auxiliar administrativo debido a que una de sus funciones principales es encargarse de la programación y supervisión de las actividades de carácter administrativo y

a la vez posee los conocimientos de las actividades de manejo de personal así como también los involucrados en este proceso; lo que le permite poder identificar a los responsables en cada actividad necesaria para completar el proceso. Todo lo anterior conducirá a una buena gestión del manejo del personal con lo cual se optimizará el tiempo que toma realizar este proceso y una mejor organización de mismo.

Recursos necesarios

Para realizar el proceso de manejo de personal se necesitan ciertos recursos los cuales serán detallados a continuación.

Recurso	Necesidad
Recurso humano	Se necesitará un empleado para desarrollar el proceso dicho empleado ya está contratado por el HNR al cual se le asignarán las responsabilidades que conlleva la programación y supervisión del proceso de manejo y licencias de personal. A su vez se necesitará de los jefes de las áreas involucradas y del jefe del servicio de cardiología para realizar la autorización de los permisos solicitados por el personal del servicio.
Equipo	Se utilizará el equipo de carácter informático para realizar documentación y archivo de los permisos otorgados.
Papelería	Se utilizarán los formularios que ya están definidos según la normativa del HNR para realizar la requisición necesaria para realizar este proceso.

3.23 DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS Y FUNCIONES DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA

A continuación se presenta la documentación que ha sido elaborada para el Servicio de Cardiología del HNR. Dicha documentación contiene los lineamientos específicos de manera oficial presentada en formatos independientes para el uso dentro del centro.

La documentación desarrollada para el SC-HNR contiene lo siguiente:

✓ **PLAN ESTRATÉGICO.**

Las organizaciones dependen de sus clientes (usuarios en nuestro caso) y por lo tanto deberían comprender sus necesidades actuales y futuras, satisfacer sus requisitos y esforzarse en exceder sus expectativas. Para tener un enfoque al cliente y una guía estratégica para el diseño de planes y programas enfocados a los usuarios se presenta el Plan Estratégico detallando las líneas, objetivos y acciones estratégicas que deben regir el accionar del SC-HNR.

✓ **SISTEMA DE CONTROL.**

El enfoque basado en procesos de los modelos 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 objetivos previstos.

El seguimiento y la medición constituyen, por tanto, la base para saber que se está obteniendo, en que extensión se alcanzan los resultados deseados y por donde se deben orientar las mejoras.

✓ **MANUAL DE USUARIO DEL SISTEMA DE CONTROL MECANIZADO.**

Para un correcto seguimiento y medición de los resultados del se ha diseñado un sistema mecanizado de control con el cual se pretende agilizar y optimizar la medición de desempeño, para garantizar el uso adecuado del sistema se presenta el manual de usuario en donde se muestra la forma correcta de usar la aplicación, así como el correcto método de ingreso y modificación de información.

✓ **MANUAL DE PUESTOS Y FUNCIONES.**


Este Manual contiene las responsabilidades y obligaciones específicas de los diferentes puestos que integran la estructura organizacional, a través de la descripción de las funciones rutinarias de trabajo para cada uno de ellos.

Este manual servirá para definir las características de cada puesto de trabajo, delimitando las áreas de autoridad y responsabilidad, esquematizando las relaciones entre cada función de la organización. Además de describir el nivel jerárquico de cada puesto dentro de la organización, así como su relación de dependencia, lo cual quiere decir el lugar que ocupa el puesto dentro de la estructura organizacional, a que posiciones está subordinado directa e indirectamente y cuál es su relación con otros puestos de trabajo.

✓ **MANUAL DE PROCEDIMIENTOS.**


Instrumento de información en el que se consignan, en forma metódica, los pasos y operaciones que deben seguirse para la realización de las funciones de una organización. Este instrumento se vuelve de suma importancia al rediseñar o crear nuevos procesos para la mejora en la calidad de servicio prestado.

**3.23.1 MANUAL DE
FUNCIONES DEL
SERVICIO DE
CARDIOLOGIA DEL HNR**

	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de Cardiología HNR
	Índice	Edición: 01
		Página: 1/36
		Fecha: Diciembre 2015

Contenido


Introducción.....	412
OBJETIVOS.....	3
OBJETIVO GENERAL.....	3
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	3
IDENTIFICACIÓN.....	4
MISIÓN, VISIÓN Y VALORES DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA.....	5
ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.....	7
CODIFICACIÓN DE FUNCIONES.....	8
CATÁLOGO DE FUNCIONES.....	9
DESCRIPCIÓN DE PUESTOS Y FUNCIONES DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HNR.....	10
JEFE DE SERVICIO DE CARDIOLOGÍA.....	11
MÉDICO ESPECIALISTA.....	16
AUXILIAR DE ENFERMERÍA.....	20
AUXILIAR ADMINISTRATIVO.....	24
OPERADOR DE SISTEMAS I.....	28
TRABAJADOR SOCIAL.....	31
PERSONAL DE INTENDENCIA.....	34

	SERVICIO DE CARDIOLOGÍA HNR	Servicio de Cardiología HNR
	Introducción	Edición: 01
		Página: 2/36
		Fecha: Diciembre 2015

El presente manual de Puestos y Funciones del Servicio de Cardiología del Hospital Nacional Rosales, tiene como propósito ser una herramienta de consulta y control para el personal de cada una de las áreas, ya que se especifican las funciones y habilidades requeridas para cada uno de los puestos.

Este manual constituye un medio para familiarizarse con la estructura orgánica y con los diferentes niveles jerárquicos que conforman esta institución. Su consulta permite identificar con claridad las funciones y responsabilidades de cada una de las áreas que la integran y evitar la duplicidad de funciones, así como también conocer las líneas de comunicación y de mando.

Debido a que el presente documento es de consulta frecuente, este manual deberá ser actualizado periódicamente, o en caso de que exista algún cambio orgánico funcional al interior del centro, por lo que cada una de las unidades que la integran, deberán aportar la información necesaria para este propósito.


	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de Cardiología HNR
	Objetivos	Edición: 01
		Página: 3/36
		Fecha: Diciembre 2015

Objetivo general


Proveer al personal del servicio de cardiología del Hospital Nacional Rosales, a través del Manual de Puestos y Funciones, información sobre la Estructura Organizacional, que sirva de guía para los colaboradores, para un mejor entendimiento, conocimiento y desarrollo de sus funciones según el puesto que desempeñen. También servirá de guía para el conocimiento de los diferentes niveles de autoridad, para que exista una comprensión de las líneas de comunicación y su estructura jerárquica.

Objetivos específicos

- ✓ Asegurar que el personal del servicio de cardiología del HNR obtenga una adecuada comprensión y guía de sus labores y de la estructura organizacional.
- ✓ Servir de guía para que la contratación del personal se pueda regir a los perfiles de los puestos.
- ✓ Determinar la responsabilidad de cada puesto, sus relaciones con lo demás y su papel determinante dentro del servicio de cardiología del HNR.
- ✓ Afianzar por medio del conocimiento de las funciones y responsabilidades, mejores relaciones laborales, contribuyendo a la creación de un clima organizacional más cordial y eficiente dentro del servicio de cardiología del HNR, para el logro de los objetivos como institución.

	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de Cardiología HNR
	Identificación	Edición: 01
		Página: 4/36
		Fecha: Diciembre 2015

Nombre de la institución:	Servicio de Cardiología del HNR
Dirección:	25 Avenida Norte, entre 1a. Calle Poniente y Alameda Roosevelt, San Salvador
Teléfonos:	2231 9200
Página web:	http://www.hnr.gob.sv/
Servicios Ofrecidos:	<p>El servicio de Cardiología del HNR se ocupa del estudio, diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades cardiovasculares.</p> <p>A continuación se describe los servicios prestados:</p> <p>Prueba de esfuerzo: Ayuda a detectar problemas coronarios y brinda información valiosa sobre el estado físico, la presión arterial, arritmias y condición muscular.</p> <p>Prueba Holter: realiza un registro del ritmo cardíaco durante un tiempo prolongado</p> <p>Eco Cardiograma: ofrece una imagen en movimiento del corazón, aporta información acerca de la forma, tamaño, función, fuerza del corazón, movimiento y grosor de sus paredes y el funcionamiento de sus válvulas.</p> <p>Eco transesofágico: consiste en visualizar el corazón por medio de un transductor acoplado a una sonda o tubo que se introduce a través de la boca y llegará hasta el esófago, desde donde ya se podrán captar imágenes del corazón.</p>

	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de Cardiología HNR
	Misión, visión y valores del servicio de cardiología	Edición: 01
		Página: 5/36
		Fecha: Diciembre 2015

- **MISIÓN DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HNR**


Proporcionar asistencia cardiológica eficiente a nuestra población de referencia, y aportar valor añadido a la sociedad a través del desarrollo de actividades docentes e investigadoras, y del ejercicio de la responsabilidad social, para mejorar la educación sanitaria cardiovascular de la sociedad civil de nuestro entorno.

- **VISIÓN DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HNR**


Ser el mejor centro de alta especialización en medicina cardiovascular, que brinda atención a la población, con criterios preventivos y con capacidad resolutive, buscando la satisfacción integral del usuario que acude al Hospital Nacional Rosales, entendida ésta, como la preservación o restitución plena de su estado de salud; que forme recursos humanos para la salud cardiológica, con altos niveles de calidad técnica, humanística y con un enfoque social hacia la comunidad, que investiga sobre la patología cardiovascular actual del El Salvador y que crea sistemas de atención eficientes fundados en una ética enfocada a las personas.

- **VALORES DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HNR**

- **Calidez:** disponemos de la calidad humana en el trato al usuario, reflejados en la conducta y actitud del personal al prestar los servicios.
- **Competencia:** mantenemos la aptitud, idoneidad y capacidad para ejercer el cargo con eficiencia y eficacia.

	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de Cardiología HNR
	Misión, visión y valores del servicio de cardiología	Edición: 01
		Página: 6/36
		Fecha: Diciembre 2015

- **Confidencialidad:** somos reservados en el uso de la información institucional.
- **Equidad:** garantizamos a toda persona igualdad en la prestación de los servicios de cardiología.
- **Lealtad:** somos empleados leales a la Institución, respetamos y cumplimos las normativas, instructivos y lineamientos institucionales.
- **Responsabilidad:** actuamos con el sentido de los deberes y obligaciones que nos compete dentro de la Institución.
- **Transparencia:** nuestras acciones son realizadas con honorabilidad, de tal manera que nos permite la confianza en nuestras operaciones y la disponibilidad para ser objetos de evaluación.
- **Unidad:** estamos comprometidos a trabajar en equipo para brindar una atención de calidad.

	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de Cardiología HNR
	Estructura organizacional	Edición: 01
		Página: 7/36
		Fecha: Diciembre 2015

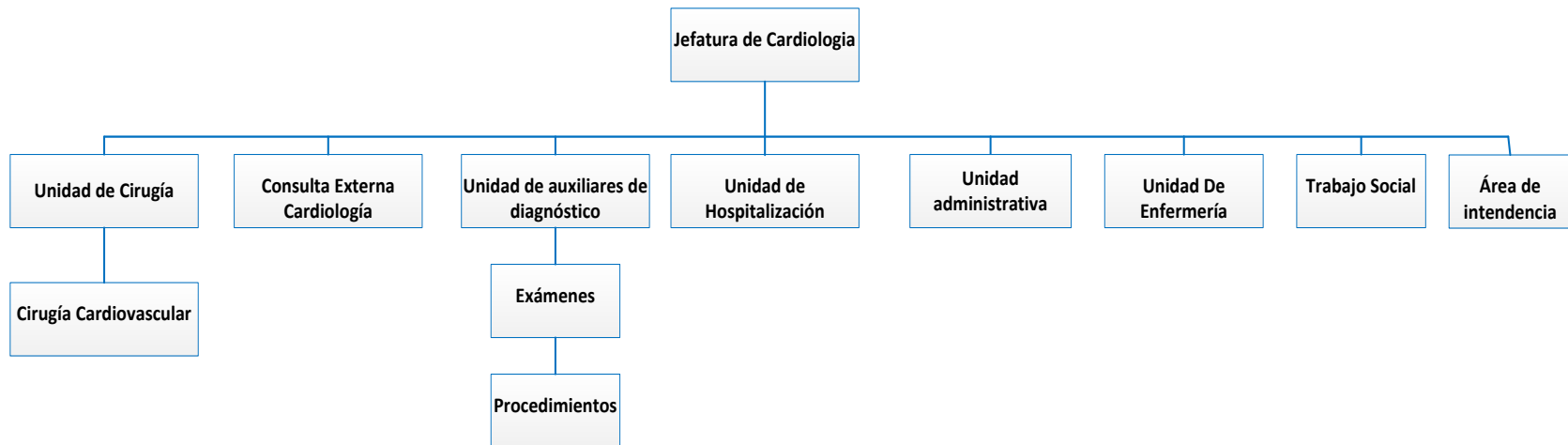



Ilustración 81 Estructura Organizacional

	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de Cardiología HNR
	Codificación de funciones	Edición: 01
		Página: 8/36
		Fecha: Diciembre 2015

Para una mejor identificación y control de las funciones que se desarrollan en el Servicio de Cardiología del Hospital Nacional Rosales se determina un sistema de codificación para los mismos.

La codificación se simboliza de la siguiente manera:

XX-001-16-01

En donde:

XX: Siglas que representa el nombre del puesto de trabajo.


001: Numero correlativo del puesto de trabajo.

16: Representa el año en que se creó o actualizo por última vez el puesto.

01: Numero de versión.

Listado de Siglas para las funciones del Servicio de cardiología del Hospital nacional Rosales:


FUNCIÓN	SIGL
	AS
Jefe del servicio de cardiología	JSC
Médico especialista	ME
Auxiliar de enfermería	AE
Auxiliar administrativo	AA
Operador de sistemas	OS
Trabajador social	TS
Personal de intendencia	PI

	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de Cardiología HNR
	Catálogo de funciones	Edición: 01
		Página: 9/36
		Fecha: Diciembre 2015


EJEMPLO:

- ✓ El código: **JSC-001-16-01** indica que:
- ✓ El puesto pertenece al jefe del servicio de cardiología.
- ✓ Es la función número 1 según el correlativo de funciones.
- ✓ Fue creado o modificado por última vez en el año 2016.
- ✓ Numero de versión del procedimiento es 1.

Función	Código
Jefe del servicio de cardiología	JSC-001-16-01
Médico especialista	ME-002-16-01
Auxiliar de enfermería	AE-003-16-01
Auxiliar administrativo	AA-004-16-01
Operador de sistemas	OS-005-16-01
Trabajador social	TS-006-16-01
Personal de intendencia	PI-007-16-01

	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de Cardiología HNR
	Descripción de puestos y funciones del servicio de cardiología del HNR	Edición: 01
		Página: 10/36
		Fecha: Diciembre 2015

DESCRIPCIÓN DE PUESTOS Y FUNCIONES DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HNR


	Servicio de Cardiología HNR	Código: JSC-001-16-01
	Jefe de servicio de cardiología	Edición: 01
		Página: 11/36
		Fecha: Diciembre 2015

1. Identificación del puesto

- ✓ Título del puesto: Jefe (a) de servicio de cardiología
- ✓ Área a la que pertenece: Dirección
- ✓ Jefe inmediato superior: Director del Hospital Nacional Rosales
- ✓ Subalternos:
 - Auxiliar administrativo
 - Médicos especialistas
 - Operador (a) de sistemas
 - Auxiliar de enfermería hospitalaria
 - Técnico en electroencefalografía y electrocardiograma
 - Licenciado (a) de trabajo social
 - Personal de limpieza

2. Perfil del puesto

- Edad:** 35 años en adelante.
- Género:** Indiferente.
- Estado civil:** Indiferente.
- Nacionalidad:** Indiferente.
- Escolaridad:** Titulo a nivel universitario en la carrera de medicina y especialidad en cardiología.
- Idiomas:** Español e inglés (preferiblemente).
- Otros requisitos:** Ninguno.

	Servicio de Cardiología HNR	Código: JSC-001-16-01
	Jefe de servicio de cardiología	Edición: 01
		Página: 12/36
		Fecha: Diciembre 2015


3. Descripción del puesto

Puesto de carácter administrativo que tiene como función principal diseñar y definir las políticas y estrategias que se han de ejecutar en el servicio de cardiología.


El jefe del servicio de cardiología es el encargado de planificar y organizar los recursos materiales y humanos, a través de la atención médica y asignación de las funciones del personal tanto asistenciales, como docentes, administrativas y de investigación, para la satisfacción del usuario del servicio, con criterios de calidad y calidez de alto nivel.

4. Funciones

- Coordinar las funciones del personal tanto asistenciales, como docentes, administrativas y de investigación; para el buen funcionamiento del servicio.
- Supervisar el buen funcionamiento y el control de calidad de cada uno de los servicios prestados en cardiología.
- Asesorar en todo asunto que considere conveniente del campo cardiológico, a las autoridades de la institución.
- Delegar responsabilidad y funciones entre el personal del servicio para la mejor atención y simplificación del trabajo.
- Proporcionar y organizar información de las actividades del servicio cuando le sean requeridas por las autoridades.
- Elaborar el programa anual de trabajo del servicio para el equipamiento y funcionamiento adecuado del mismo.
- Administrar correctamente al personal bajo su cargo y sus funciones, llevando a cabo una eficiente supervisión de las actividades que realizan.
- Desarrollar proyectos de investigación que impliquen el desarrollo del servicio y del HNR.

	Servicio de Cardiología HNR	Código: JSC-001-16-01
	Jefe de servicio de cardiología	Edición: 01
		Página: 13/36
		Fecha: Diciembre 2015


- Planear, controlar y autorizar las incidencias al personal conforme lo marcan las condiciones generales de trabajo vigentes.
- Organizar, supervisar y evaluar con criterios de eficiencia y eficacia el cumplimiento de las metas establecidas del servicio de su competencia.
- Supervisar y evaluar la calidad, oportunidad y veracidad de la información de las actividades programadas y acordar con el director del HNR las posibles soluciones a las desviaciones encontradas.
- Organizar reuniones semanales para tratar temas de importancia para la solución de problemáticas con pacientes, equipo, personal y organización.
- Elaborar normas y directivas para la ejecución de programas, proyectos de capacitación y mejoras en el ambiente laboral.
- Monitorear el avance y cumplimiento de los documentos técnicos normativos e instrumentos de gestión del servicio.
- Brindar asesoramiento en el campo de su especialidad.
- Hacer cumplir la atención y procedimientos médicos de acuerdo a la programación del Servicio con calidad y respeto a las normas de ética médica.
- Cumplir con las actividades de Junta Médica cuando sea solicitada su participación.
- Promover actividades de prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.
- Conducir la elaboración, actualización e implementación de guías y procedimientos de atención.
- Hacer cumplir los servicios de interconsultas médicas de acuerdo a los requerimientos de las especialidades.

	Servicio de Cardiología HNR	Código: JSC-001-16-01
	Jefe de servicio de cardiología	Edición: 01
		Página: 14/36
		Fecha: Diciembre 2015

- Hacer cumplir la programación del rol de trabajo, vacaciones, cambios de turnos y otros del Servicios a su cargo.
- Elaborar, proponer y difundir normas, directivas relacionadas con las funciones del servicio.
- Hacer cumplir las directivas, normas y guías de atención del Servicio.
- Elaborar, remitir y gestionar las necesidades y requerimientos del servicio.
- Gestionar ante la unidad orgánica responsable a través del Departamento de Medicina, el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos asignados al servicio.
- Promover la capacitación continua y especializada así como el desarrollo de la docencia e investigación en el campo de Cardiología.
- Promover y realizar actividades de investigación, y participar en las actividades de educación médica continua, con énfasis en los nuevos conocimientos científicos y tecnológicos que sean requeridos para la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades dentro de la especialidad.
- Aplicar mecanismos de seguridad interna en salvaguarda de los documentos, equipos y/o recursos asignados al Servicio.

5. Relaciones de trabajo

- Pacientes del servicio de cardiología.
- Todo el personal del servicio de cardiología.
- Director del HNR.
- Autoridades superiores del HNR.
- Funcionarios del MINSAL.

	Servicio de Cardiología HNR	Código: JSC-001-16-01
	Jefe de servicio de cardiología	Edición: 01
		Página: 15/36
		Fecha: Diciembre 2015

- Representares gubernamentales del área de salud.
- Responsables de pacientes y pacientes del servicio.

6. Habilidades requeridas

- Capacidad de dirección, coordinación, organización y control de los recursos asignados.
- Capacidad de liderazgo orientado al logro de objetivos institucionales.
- Capacidad de análisis y síntesis.
- Capacidad para trabajar en equipo y bajo presión.
- Capacidad de innovación y aprendizaje.
- Actitud crítica y propositiva.
- Actitud proactiva y con orientación a resultados.
- Actitud de atención y servicio al usuario interno y externo.

7. Condiciones de trabajo


Lugar de trabajo: Instalaciones del HNR.

Jornada de trabajo: Diurna de 7:00 am a 11:00 am.

Otros: trabajo bajo presión.

8. Educación y experiencia

- Título Profesional de Médico Cirujano.
- Título de especialista en Cardiología
- Estudios relacionados de Gestión Hospitalaria o afines.
- Experiencia mínima de 05 años en la especialidad.
- Experiencia mínima de 03 años en la conducción de personal.
- Experiencia en la ejecución de actividades asistenciales, docentes y/o investigación en su área.

	Servicio de Cardiología HNR	Código: ME-002-16-01
	Médico especialista	Edición: 01
		Página: 16/36
		Fecha: Diciembre 2015

1. Identificación del puesto

- ✓ Título del puesto: Médico especialista
- ✓ Área a la que pertenece: División medica
- ✓ Jefe inmediato superior: Jefe de servicio de cardiología
- ✓ Subalternos: ---

2. Perfil del puesto


- Edad:** 30 años en adelante.
- Género:** Indiferente.
- Estado civil:** Indiferente.
- Nacionalidad:** Indiferente.
- Escolaridad:** Título profesional en medicina y título de especialista en cardiología.
- Idiomas:** Español.
- Otros requisitos:** ---

3. Descripción del puesto


El médico especialista en cardiología debe brindar atención médica especializada e integral de cardiología en la consulta externa, hospitalización y emergencia, con calidad y respeto a las normas de ética médica.

4. Funciones


- Informar al Jefe de Servicio las ocurrencias más importantes, así como de todas las actividades realizadas.

	Servicio de Cardiología HNR	Código: ME-002-16-01
	Médico especialista	Edición: 01
		Página: 17/36
		Fecha: Diciembre 2015

- Cumplir la atención y procedimientos médicos de acuerdo a la programación del Servicio en Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia con calidad y respeto a las normas de ética médica.
- Participar en la elaboración del Plan Anual de Actividades del Servicio.
- Cumplir los planes de actividades del servicio.
- Participar en campañas, estrategias y programas de salud asignados al servicio.
- Participar en la elaboración de normas y directivas para la ejecución de programas y proyectos de docencia e investigación de la especialidad.
- Elaborar informes técnicos relacionados con la especialidad.
- Cumplir lo dispuesto en los documentos técnicos normativos e instrumentos de gestión del Servicio.
- Brindar asesoramiento en el campo de su especialidad.
- Examinar, diagnosticar y prescribir tratamientos a pacientes ambulatorios y hospitalizados.
- Elaborar la historia clínica y prescribir las indicaciones correspondientes e indicar la medicación del caso.
- Cumplir con las actividades de Junta Médica cuando sea solicitada su participación.
- Participar en las actividades de prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.
- Participar en la elaboración, actualización e implementación de guías y procedimientos de atención.
- Cumplir los servicios de interconsultas médicas de acuerdo a la programación del servicio y a los requerimientos de las especialidades.

	Servicio de Cardiología HNR	Código: ME-002-16-01
	Médico especialista	Edición: 01
		Página: 18/36
		Fecha: Diciembre 2015

- Efectuar los registros de atención brindada a los pacientes de Cardiología en Consulta Externa, Hospitalización, Emergencia y procedimientos médicos de la especialidad.
- Interpretar análisis de laboratorio y placas radiográficas, según diagnóstico presuntivo del paciente ambulatorio u hospitalizado.
- Cumplir la programación del rol de trabajo, vacaciones, cambios de turnos y otros del Servicio.
- Participar en la elaboración de normas, directivas relacionadas con las funciones del servicio.
- Cumplir lo dispuesto en las directivas, normas y guías de atención del Servicio.
- Elaborar informes médicos y otros que resulten de la atención a los usuarios cuando sea el caso.
- Realizar capacitación continua y especializada así como el desarrollo de la docencia e investigación en el campo de Cardiología.
- Realizar actividades de docencia e investigación, y participar en las actividades de educación médica continua, con énfasis en los nuevos conocimientos científicos y tecnológicos que sean requeridos para la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades dentro de la especialidad.
- Lograr que la atención y diagnóstico se desarrollen de acuerdo a lo establecido en guías y procedimientos médicos.
- Velar por la seguridad interna en salvaguarda de los documentos, equipos y/o recursos asignados al servicio.
- Cumplir con las funciones asignadas como responsable de las estrategias sanitarias asignados al servicio.
- Las demás funciones que le asigne el Jefe del Servicio.

	Servicio de Cardiología HNR	Código: ME-002-16-01
	Médico especialista	Edición: 01
		Página: 19/36
		Fecha: Diciembre 2015

5. Relaciones de trabajo

- Pacientes del servicio de cardiología.
- Todo el personal del servicio de cardiología.
- Personal del HNR.
- Directores del HNR.

6. Habilidades requeridas

- Capacidad de coordinación, organización y control de los recursos asignados.
- Capacidad de liderazgo orientado al logro de objetivos institucionales.
- Capacidad para trabajar en equipo y bajo presión.
- Capacidad de innovación y aprendizaje.
- Actitud crítica y propositiva.


- Actitud proactiva y con orientación a resultados.
- Actitud de atención y servicio al usuario interno y externo.

7. Condiciones de trabajo

Lugar de trabajo: Instalaciones del HNR.
Jornada de trabajo: Diurna de 7:00 am a 3:00 pm.
Otros: Trabajo bajo presión.

8. Educación y experiencia

- Título Profesional en medicina.
- Título de especialista en Cardiología
- Experiencia mínima de 03 años en la especialidad

	Servicio de Cardiología HNR	Código: AE-003-16-01
	Auxiliar de enfermería	Edición: 01
		Página: 20/36
		Fecha: Diciembre 2015

1. Identificación del puesto

- ✓ Título del puesto: Auxiliar de enfermería
- ✓ Área a la que pertenece: División medica
- ✓ Jefe inmediato superior: Jefe de servicio de cardiología
- ✓ Subalternos: ---


2. Perfil del puesto

- Edad:** 20 años en adelante.
- Género:** Indiferente.
- Estado civil:** Indiferente.
- Nacionalidad:** Indiferente.
- Escolaridad:** Estudios relacionados con contaduría o secretariado o estudios universitarios relacionados con la administración.
- Idiomas:** Español.
- Otros requisitos:** Conocimientos básicos de informática.

3. Descripción del puesto

Encargado de la planificación, organización, coordinación, control y evaluación de los recursos administrativos para la realización de las actividades del servicio, según las políticas del HNR.

Planificar, dirigir, coordinar, programar y evaluar todas las actividades técnicas y administrativas que se realicen para la adquisición, compra y contratación de los bienes, servicios, materiales e insumos necesarios para el funcionamiento, el logro de


	Servicio de Cardiología HNR	Código: AE-003-16-01
	Auxiliar de enfermería	Edición: 01
		Página: 21/36
		Fecha: Diciembre 2015

los objetivos y metas del servicio de cardiología velando por el cumplimiento de las normativas del HNR.

Realizar las tareas de tipo administrativo con óptimo control y de forma expedita con calidad y calidez para acortar tiempos y mantener los procesos administrativos del Servicio en beneficio de la atención al paciente.

4. Funciones

- Elaborar solicitudes y requisiciones en los formatos establecidos a petición de su jefe inmediato o autoridad del Servicio.
- Realizar trabajo secretarial sobre documentos relacionados con actividades del Servicio y apoyar en el trámite de documentos del Servicio.
- Guardar y controlar de manera óptima los documentos del Servicio.
- Solicitar con anticipación permisos o licencias de acuerdo a condiciones de trabajo presentando de ser el caso justificación de la solicitud.
- Solicitar el material de oficina y limpieza, así como procurar el abasto de estos insumos a todas las áreas y turnos.
- Dar seguimiento a solicitudes de compra directa de material y equipo del Servicio.
- Controlar y reportar las incidencias del personal a su cargo.
- Supervisar el control de documentos específicos del Servicio para su correcto resguardo y manejo.
- Supervisar el control y resguardo del activo fijo del Servicio, para su buen funcionamiento.
- Coordinar con el área de enfermería el manejo y control de la programación de las actividades del Servicio.
- Acatar las disposiciones de las autoridades del Servicio e Institucionales.

	Servicio de Cardiología HNR	Código: AE-003-16-01
	Auxiliar de enfermería	Edición: 01
		Página: 22/36
		Fecha: Diciembre 2015


- Cuidar el equipo e implementos de trabajo así como las instalaciones, y reportar desperfectos o pérdidas de los mismos.
- Reportar y dar seguimiento a las solicitudes de mantenimiento correctivo y preventivo del equipo médico e instalaciones físicas.
- Coordinar y controlar las entradas y salidas de expedientes clínicos a las áreas médicas u hospitalarias.
- Elaborar reportes mensuales y reportar a las Jefaturas correspondientes los datos y estadísticas generados por su área.
- Acatar los lineamientos y normas establecidos en las condiciones trabajo vigente del HNR.
- Proporcionar atención y orientación directa a los usuarios del Servicio, en forma oportuna.
- Dar citas médicas a los pacientes de acuerdo a días y horarios previamente establecidos, para su atención oportuna.
- Las demás funciones que le asigne el Jefe del Servicio.

5. Relaciones de trabajo

- Pacientes del servicio de cardiología.
- Todo el personal del servicio de cardiología.
- Personal del HNR.
- Directores del HNR.

6. Habilidades requeridas

- Habilidad para motivar y supervisar al personal.
- Habilidad en la ejecución de cálculos matemáticos y financieros.

	Servicio de Cardiología HNR	Código: AE-003-16-01
	Auxiliar de enfermería	Edición: 01
		Página: 23/36
		Fecha: Diciembre 2015


- Facilidad para la elaboración de proyecciones y programaciones de gastos.
- Habilidad en la administración y manejo de sistemas de control internos implementados en la Administración Pública.
- Toma de decisiones.
- Facilidad de análisis de operaciones contables y financieras.
- Buena comunicación por escrito y verbal.
- Habilidad para negociar.
- Liderazgo.
- Pro-actividad.
- Integridad moral y ética.

7. Condiciones de trabajo

Lugar de trabajo: Instalaciones del HNR.
Jornada de trabajo: Diurna de 7:00 am a 3:00 pm.
Otros: Trabajo bajo presión.

8. Educación y experiencia

- Título de bachillerato relacionado con contaduría o secretariado.
- Estudios universitarios en carreras afines a administración.
- Dos años de experiencia en cargos administrativos.

	Servicio de Cardiología HNR	Código: AA-004-16-01
	Auxiliar administrativo	Edición: 01
		Página: 24/36
		Fecha: Diciembre 2015

1. Identificación del puesto

- ✓ Título del puesto: Auxiliar administrativo
- ✓ Área a la que pertenece: Administrativo
- ✓ Jefe inmediato superior: Jefe de servicio de cardiología
- ✓ Subalternos: ---


2. Perfil del puesto

- Edad:** 20 años en adelante.
- Género:** Indiferente.
- Estado civil:** Indiferente.
- Nacionalidad:** Indiferente.
- Escolaridad:** Estudios relacionados con contaduría o secretariado o estudios universitarios relacionados con la administración.
- Idiomas:** Español.
- Otros requisitos:** Conocimientos básicos de informática.

3. Descripción del puesto

Encargado de la planificación, organización, coordinación, control y evaluación de los recursos administrativos para la realización de las actividades del servicio, según las políticas del HNR.

Planificar, dirigir, coordinar, programar y evaluar todas las actividades técnicas y administrativas que se realicen para la adquisición, compra y contratación de los bienes, servicios, materiales e insumos necesarios para el funcionamiento, el logro de


	Servicio de Cardiología HNR	Código: AA-004-16-01
	Auxiliar administrativo	Edición: 01
		Página: 25/36
		Fecha: Diciembre 2015

los objetivos y metas del servicio de cardiología velando por el cumplimiento de las normativas del HNR.

Realizar las tareas de tipo administrativo con óptimo control y de forma expedita con calidad y calidez para acortar tiempos y mantener los procesos administrativos del Servicio en beneficio de la atención al paciente.

4. Funciones

- Elaborar solicitudes y requisiciones en los formatos establecidos a petición de su jefe inmediato o autoridad del Servicio.
- Realizar trabajo secretarial sobre documentos relacionados con actividades del Servicio y apoyar en el trámite de documentos del Servicio.
- Guardar y controlar de manera óptima los documentos del Servicio.
- Solicitar con anticipación permisos o licencias de acuerdo a condiciones de trabajo presentando de ser el caso justificación de la solicitud.
- Solicitar el material de oficina y limpieza, así como procurar el abasto de estos insumos a todas las áreas y turnos.
- Dar seguimiento a solicitudes de compra directa de material y equipo del Servicio.
- Controlar y reportar las incidencias del personal a su cargo.
- Supervisar el control de documentos específicos del Servicio para su correcto resguardo y manejo.
- Supervisar el control y resguardo del activo fijo del Servicio, para su buen funcionamiento.
- Coordinar con el área de enfermería el manejo y control de la programación de las actividades del Servicio.
- Acatar las disposiciones de las autoridades del Servicio e Institucionales.

	Servicio de Cardiología HNR	Código: AA-004-16-01
	Auxiliar administrativo	Edición: 01
		Página: 26/36
		Fecha: Diciembre 2015


- Cuidar el equipo e implementos de trabajo así como las instalaciones, y reportar desperfectos o pérdidas de los mismos.
- Reportar y dar seguimiento a las solicitudes de mantenimiento correctivo y preventivo del equipo médico e instalaciones físicas.
- Coordinar y controlar las entradas y salidas de expedientes clínicos a las áreas médicas u hospitalarias.
- Elaborar reportes mensuales y reportar a las Jefaturas correspondientes los datos y estadísticas generados por su área.
- Acatar los lineamientos y normas establecidos en las condiciones trabajo vigentes del HNR.
- Proporcionar atención y orientación directa a los usuarios del Servicio, en forma oportuna.
- Dar citas médicas a los pacientes de acuerdo a días y horarios previamente establecidos, para su atención oportuna.
- Las demás funciones que le asigne el Jefe del Servicio.

5. Relaciones de trabajo

- Pacientes del servicio de cardiología.
- Todo el personal del servicio de cardiología.
- Personal del HNR.
- Directores del HNR.

6. Habilidades requeridas

- Habilidad para motivar y supervisar al personal.
- Habilidad en la ejecución de cálculos matemáticos y financieros.

	Servicio de Cardiología HNR	Código: AA-004-16-01
	Auxiliar administrativo	Edición: 01
		Página: 27/36
		Fecha: Diciembre 2015


- Facilidad para la elaboración de proyecciones y programaciones de gastos.
- Habilidad en la administración y manejo de sistemas de control internos implementados en la Administración Pública.
- Toma de decisiones.
- Facilidad de análisis de operaciones contables y financieras.
- Buena comunicación por escrito y verbal.
- Habilidad para negociar.
- Liderazgo.
- Pro-actividad.
- Integridad moral y ética.

7. Condiciones de trabajo

Lugar de trabajo: Instalaciones del HNR.
Jornada de trabajo: Diurna de 7:00 am a 3:00 pm.
Otros: Trabajo bajo presión.

8. Educación y experiencia

- Título de bachillerato relacionado con contaduría o secretariado.
- Estudios universitarios en carreras afines a administración.
- Dos años de experiencia en cargos administrativos.

	Servicio de Cardiología HNR	Código: OS-005-16-01
	Operador de sistemas I	Edición: 01
		Página: 28/36
		Fecha: Diciembre 2015

1. Identificación del puesto


- ✓ Título del puesto: Operador de sistemas I
- ✓ Área a la que pertenece: Administrativo
- ✓ Jefe inmediato superior: Jefe de servicio de cardiología
- ✓ Subalternos: ---

2. Perfil del puesto

- Edad:** 20 años en adelante.
- Género:** Indiferente.
- Estado civil:** Indiferente.
- Nacionalidad:** Indiferente.
- Escolaridad:** Técnico en operación de sistemas o estudiante universitario en carreras afines.
- Idiomas:** Español e inglés (deseable).
- Otros requisitos:** Conocimientos avanzados de informática.

3. Descripción del puesto

Encargado de crear y desarrollar procesos para la actualización de datos de los distintos sistemas computacionales que se encuentren instalados en el servicio de cardiología, a través de operar el equipo de cómputo, utilizar paquetes utilitarios, así como documentos fuente para la captura de información; con el fin de mejorar los procesos de la unidad, generar documentos diversos y contribuir a la toma de decisiones.

	Servicio de Cardiología HNR	Código: OS-005-16-01
	Operador de sistemas I	Edición: 01
		Página: 29/36
		Fecha: Diciembre 2015

4. Funciones


- Procesar, alimentar y actualizar datos en los diferentes sistemas de información.
- Generar reportes e informes de diferente índole.
- Elaborar cuadros, gráficos y otros.
- Participar en el establecimiento y desarrollo de procesos para la captura de información.
- Asesorar al personal del servicio de cardiología en el uso de los equipos e insumos de cómputo.
- Brindar apoyo técnico básico al personal del servicio de cardiología.
- Actualización de datos.
- Manejo de información confidencial.
- Manejo del equipo de cómputo asignado.
- Las demás funciones que le asigne el Jefe del Servicio.

5. Relaciones de trabajo

- Pacientes del servicio de cardiología.
- Todo el personal del servicio de cardiología.
- Personal del HNR.
- Directores del HNR.

6. Habilidades requeridas

- Habilidad numérica.
- Habilidad para trabajar en equipo.

	Servicio de Cardiología HNR	Código: OS-005-16-01
	Operador de sistemas I	Edición: 01
		Página: 30/36
		Fecha: Diciembre 2015

- Habilidad para la interpretación de datos.
- Toma de decisiones.
- Iniciativa.
- Buena comunicación por escrito y verbal.
- Liderazgo.
- Pro-actividad.
- Integridad moral y ética.

7. Condiciones de trabajo

Lugar de trabajo: Instalaciones del HNR.

Jornada de trabajo: Diurna de 7:00 am a 3:00 pm.


Otros: Trabajo bajo presión.

8. Educación y experiencia

- Título de técnico operador en sistemas.
- Estudios universitarios en carreras afines a sistemas.
- Conocimientos de bases de datos.
- Dominio de paquetes informáticos.
- Conocimientos de redes.
- Un año de experiencia en cargos similares.

1. Identificación del puesto

- ✓ Título del puesto: Trabajador (a) social
- ✓ Área a la que pertenece: Trabajo social
- ✓ Jefe inmediato superior: Jefe de servicio de cardiología
- ✓ Subalternos: ---

	Servicio de Cardiología HNR	Código: TS-006-16-01
	Trabajador social	Edición: 01
		Página: 31/36
		Fecha: Diciembre 2015

2. Perfil del puesto


- Edad:** 20 años en adelante.
- Género:** Indiferente.
- Estado civil:** Indiferente.
- Nacionalidad:** Indiferente.
- Escolaridad:** Estudiante o poseer título de a nivel universitario en licenciatura en trabajo social.
- Idiomas:** Español.
- Otros requisitos:** ---

3. Descripción del puesto


El trabajador social se encarga de dar asistencia social a paciente y familiares, utilizando métodos y técnicas de trabajo social e instrumentos técnicos administrativos, para cumplir con lo normado en áreas de Hospitalización y asegurar la satisfacción total de los pacientes.

4. Funciones

- Elaborar y ejecutar el programa operativo de trabajo específico del área asignada y de educación para la salud que impacten en la prevención y preservación de la salud del usuario.
- Elaborar estudio socioeconómico para determinar el nivel de clasificación del paciente.
- Elaborar y entregar con oportunidad informes mensuales de actividades diarias, concentrados, niveles de clasificación y educación para la salud, utilizando formatos oficiales.

	Servicio de Cardiología HNR	Código: TS-006-16-01
	Trabajador social	Edición: 01
		Página: 32/36
		Fecha: Diciembre 2015

- Participar en la atención integral del paciente y familiar, aplicando la metodología de caso o grupo.
- Implementar acciones para disminuir riesgos de abandono de la consulta de los pacientes.
- Participar en campañas prioritarios de salud en coordinación con el equipo multidisciplinario.
- Permanecer en coordinación con personal de trabajo social de otras áreas, equipo de salud y con jefe inmediato superior, para dar seguimiento a los casos médicos legales y solución a los problemas de pacientes y familiares.
- Rotar y suplir otras áreas de trabajo social por necesidades departamentales, para asegurar la satisfacción de pacientes y familiares y dar cumplimiento a las condiciones generales de trabajo.
- Recabar información sobre factores que influyen en la calidad de la atención.
- Elaborar o seleccionar material didáctico para apoyo del programa educativo.
- Participar en actividades de capacitación del departamento de trabajo social.
- Asistir y participar en sesiones generales de trabajo social, de supervisión individual y con el equipo de salud siempre que se le solicite.
- Registrar e integrar con oportunidad al expediente clínico, toda acción realizada utilizando instrumentos correspondientes.
- Todo el personal del servicio de cardiología.
- Personal del HNR.
- Directores del HNR.

	Servicio de Cardiología HNR	Código: TS-006-16-01
	Trabajador social	Edición: 01
		Página: 33/36
		Fecha: Diciembre 2015

5. Habilidades requeridas

- Experiencia en Estudios Socio-familiares.
- Trabajo en equipo.
- Manejo de equipos de oficina.
- Buena comunicación por escrito y verbal.
- Capacidad analítica y de síntesis.
- Objetividad y discreción en el manejo de la información.
- Buenas relaciones humanas.
- Ética en el desempeño del trabajo.
- Honradez y honestidad.
- Transparencia y pro-actividad.

6. Condiciones de trabajo


Lugar de trabajo: Instalaciones del HNR.

Jornada de trabajo: Diurna de 7:00 am a 3:00 pm.

Otros: Trabajo bajo presión.

7. Educación y experiencia

- Poseer título a nivel universitario en Licenciatura en Trabajo Social o ser estudiante de la carrera.
- Un año de experiencia en estudios socio-familiares.

	Servicio de Cardiología HNR	Código: PI-007-16-01
	Personal de intendencia	Edición: 01
		Página: 34/36
		Fecha: Diciembre 2015

1. Identificación del puesto

- ✓ Título del puesto: Ordenanza
- ✓ Área a la que pertenece: Limpieza
- ✓ Jefe inmediato superior: Jefe de limpieza
- ✓ Subalternos: ---

2. Perfil del puesto


- Edad:** 20 años en adelante.
- Género:** Indiferente.
- Estado civil:** Indiferente.
- Nacionalidad:** Indiferente.
- Escolaridad:** Bachiller.
- Idiomas:** Español.
- Otros requisitos:** ---

3. Descripción del puesto

Mantener las áreas del Servicio en óptimas condiciones de Limpieza e Higiene, para su mejor funcionamiento y atención a los pacientes.

4. Funciones

- Realizar limpieza rutinaria en de las áreas asignados siguiendo los lineamientos establecidos.
- Mantener limpio y ordenado el mobiliario y las áreas asignadas, recolectando y eliminando la basura y desechos.
- Cuidar los implementos de trabajo así como el mobiliario e instalaciones del Servicio, y reportar desperfectos y pérdidas de los mismos.

	Servicio de Cardiología HNR	Código: PI-007-16-01
	Personal de intendencia	Edición: 01
		Página: 35/36
		Fecha: Diciembre 2015


- Realizar funciones de mensajería y trámite de estudios para pacientes hospitalizados.
- Controlar, trasladar y distribuir material para el surtimiento de las distintas áreas del Servicio.
- Apoyar en labores administrativas como: manejo de fotocopidora, recolección y distribución de correspondencia.
- Apagar y desconectar los aparatos eléctricos de la oficina, después de la jornada de trabajo.
- Limpiar adecuadamente los servicios sanitarios.
- Cuidar los utensilios de limpieza asignados.

5. Relaciones de trabajo

- Pacientes del servicio de cardiología.
- Todo el personal del servicio de cardiología.
- Personal del HNR.

6. Habilidades requeridas

- Conocimiento en el uso de herramientas de trabajo para realizar labores de limpieza y mantenimiento.
- Manejo de equipo de oficina.
- Dirección.
- Buenas relaciones humanas.
- Sentido de responsabilidad.
- Dinámico.
- Buenas relaciones humanas.
- Ética en el desempeño del trabajo.
- Honradez y honestidad.

	Servicio de Cardiología HNR	Código: PI-007-16-01
	Personal de intendencia	Edición: 01
		Página: 36/36
		Fecha: Diciembre 2015

7. Condiciones de trabajo

Lugar de trabajo: Instalaciones del HNR.

Jornada de trabajo: Diurna de 7:00 am a 3:00 pm.

Otros: Trabajo bajo presión.

8. Educación y experiencia

- Poseer título de bachiller.
- Sin experiencia necesaria.

3.23.2 MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA DEL HNR



	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de Cardiología HNR
	Índice	Edición: 01
		Página: 1/48
		Fecha: Diciembre 2015

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN.....	2
OBJETIVOS DEL MANUAL.....	3
OBJETIVO GENERAL.	3
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	3
ALCANCE DE LOS PROCEDIMIENTOS.....	4
CODIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS.	5
CATÁLOGO DE PROCEDIMIENTOS.....	6
GESTIÓN DE RECURSOS.....	7
MANTENIMIENTO Y LIMPIEZA.....	23
ARCHIVO Y DOCUMENTACION	34
MANEJO Y LICENCIAS DE PERSONAL	45

	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de Cardiología HNR
	Introducción	Edición: 01
		Página: 2/48
		Fecha: Diciembre 2015


INTRODUCCIÓN

El Manual de Procedimientos es un documento administrativo que orienta la operación de la estructura organizacional de las instituciones y tiene como finalidad lograr mayor eficiencia, optimización de los recursos, coordinación de acciones y esfuerzos para el logro de los objetivos y metas establecidas.

En el presente manual se detalla una descripción de forma clara cada uno de los procedimientos ejecutados en los diversos procesos que se realizan en el Servicio de cardiología del Hospital Nacional Rosales a nivel Administrativo.

Este manual pretende establecer una guía para el buen funcionamiento de la institución a través de la descripción de las actividades contenidas en los procedimientos de manera objetiva, sencilla y clara, con el fin de evitar caer en formas incorrectas de ejecución en las tareas que consuman tiempos y gastos de dinero innecesarios.

También permite evitar errores por la falta de comprensión de las actividades a ejecutarse, es de esta manera que este documento presenta de forma estandarizada la secuencia de pasos para la correcta ejecución de los procedimientos a desarrollarse en la institución.

	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de Cardiología HNR
	Objetivos del manual	Edición: 01
		Página: 3/48
		Fecha: Diciembre 2015


OBJETIVOS DEL MANUAL

Objetivo General.

Proporcionar un instrumento administrativo que sirva como guía para facilitar la operación y la coordinación entre las diferentes actividades que se realizan en los procesos del Servicio de cardiología del Hospital Nacional Rosales, optimizando el cumplimiento de las atribuciones de dicho servicio.

Objetivos Específicos.

- ✓ Estandarizar los procedimientos de trabajo para evitar su alteración arbitraria.
- ✓ Evitar la pérdida de información por errores que se den a causa de desconocimiento de las tareas específicas.
- ✓ Aumentar la eficiencia de los empleados, indicándoles lo que deben hacer y cómo deben hacerlo.


	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de Cardiología HNR
	Alcance de los procedimientos	Edición: 01
		Página: 4/48
		Fecha: Diciembre 2015

ALCANCE DE LOS PROCEDIMIENTOS

Este manual aplica básicamente a los procesos operativos del Servicio de Cardiología del Hospital Nacional Rosales, sin incluir los procedimientos de los procesos estratégicos y de apoyo.

Los procedimientos que componen este manual pertenecen específicamente a los procesos de áreas de gestión de recursos, mantenimiento y limpieza y archivo y documentación.

Se presenta para cada procedimiento su objetivo, los pasos respectivos a seguir, y los responsables y los involucrados en el desarrollo de cada uno de ellos

	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de Cardiología HNR
	Codificación de procedimientos	Edición: 01
		Página: 5/48
		Fecha: Diciembre 2015

CODIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS.

Para una mejor identificación y control de los procedimientos desarrollados en el Servicio de Cardiología del Hospital Nacional Rosales se determina un sistema de codificación para los mismos.

La codificación se simboliza de la siguiente manera:

XX-001-16-01

En donde:

XX: Siglas que representa el nombre del área al que pertenece el procedimiento.

001: Numero correlativo del procedimiento o formulario.

16: Representa el año en que se creó o actualizo por última vez el procedimiento.


01: Numero de versión.

Listado de Siglas para áreas de trabajo del Servicio de cardiología del Hospital nacional Rosales

ÁREA DE TRABAJO	SIGLAS
Gestión de Recursos	GR
Mantenimiento y Limpieza	MI
Archivo y documentación	AD
Manejo y licencias de personal	MIP


EJEMPLO:

- ✓ El código: **GR-001-16-01** indica que:
- ✓ El procedimiento pertenece al área de Gestión de Recursos.
- ✓ Es el procedimiento número 1 según el correlativo de procedimientos.
- ✓ Fue creado o modificado por última vez en el año 2016.
- ✓ Numero de versión del procedimiento es 1.


	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de Cardiología HNR
	Catálogo de procedimientos	Edición: 01
		Página: 6/48
		Fecha: Diciembre 2015

Catálogo de Procedimientos

Área	Procedimiento	Código
Gestión de Recursos	Solicitud de requerimientos anuales	GR-001-16-01
	Recepción anual de recursos	GR-002-16-01
	Almacenamiento y distribución de recursos anuales	GR-003-16-01
	Recepción de recursos	GR-004-16-01
	Almacenamiento y distribución de recursos	GR-005-16-01
	Recepción de recursos por medio de donaciones	GR-006-16-01
Mantenimiento y Limpieza	Mantenimiento de equipo medico	MI-001-16-01
	Mantenimiento de infraestructura	MI-002-16-01
	Limpieza diaria de instalaciones	MI-003-16-01
	Limpieza periódica de instalaciones	MI-004-16-01
Archivo y documentación	Seguimiento clínico	AD-001-16-01
	Censo total de pacientes y procedimientos	AD-002-16-01
	Censo de consultas	AD-003-16-01
	Censo de procedimientos	AD-004-16-01
Manejo y licencias de personal	Control de permisos e inasistencias del personal	MLP-001-16-01
	Seguimiento del ambiente laboral	MLP-002-16-01

	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de Cardiología HNR
	Gestión de recursos	Edición: 01
		Página: 7/48
		Fecha: Diciembre 2015

GESTIÓN DE RECURSOS

	Servicio de Cardiología HNR	Código: GR-001-16-01
	Solicitud de requerimientos anuales	Edición: 01
		Página: 8/48
		Fecha: Diciembre 2015
Objetivo: Establecer los pasos a seguir en las actividades desarrolladas por el servicio de cardiología del HNR, para llevar a cabo la solicitud de insumos, con el fin de adquirir la cantidad necesaria para poder ser abastecida.		

Responsable:

- ✓ Jefe de servicio de cardiología
- ✓ Auxiliar administrativo

Definiciones:

Solicitud de pedido: documento utilizado para solicitar la compra de insumos requeridos.


Niveles de responsabilidad

Responsable (R): persona que tiene la competencia, los medios y la autoridad para el desarrollo de una actividad.

Participa (P): persona que aporta sus conocimientos y competencias en el desarrollo de una actividad.

Informado: persona que recibe los resultados de una actividad.

Responsable	Actividad
Jefe de servicio de cardiología	Consulta de inventarios Hospitalarios el stock mínimo (punto de reposición) de inventario de los insumos, principalmente de los que se encuentran en stock mínimo.
Auxiliar Administrativo	Inspeccionar y verificar visualmente que los artículos y existencias mínimas de los mismos correspondan al listado generado.
Jefe de servicio de cardiología	Comparar el listado de los insumos y las cantidades existentes de cada uno, con los informes de consumos mensuales de 2-3 meses anteriores y de esta forma determinar la cantidad promedio de insumos a pedir.

	Servicio de Cardiología HNR	Código: GR-001-16-01
	Solicitud de requerimientos anuales	Edición: 01
		Página: 9/48
		Fecha: Diciembre 2015
<p>Objetivo: Establecer los pasos a seguir en las actividades desarrolladas por el servicio de cardiología del HNR, para llevar a cabo la solicitud de insumos, con el fin de adquirir la cantidad necesaria para poder ser abastecida.</p>		

Auxiliar Administrativo	Elaborar el pedido de los insumos requeridos tomando como base las cantidades obtenidas del proceso anterior
Auxiliar Administrativo	Entregar la solicitud de pedido al área correspondiente según sea la necesidad (UACI, Informática y Unidad de abastecimiento)


Consideraciones Generales

La solicitud de pedido de insumos se hace mensualmente con base en el presupuesto previamente elaborado.

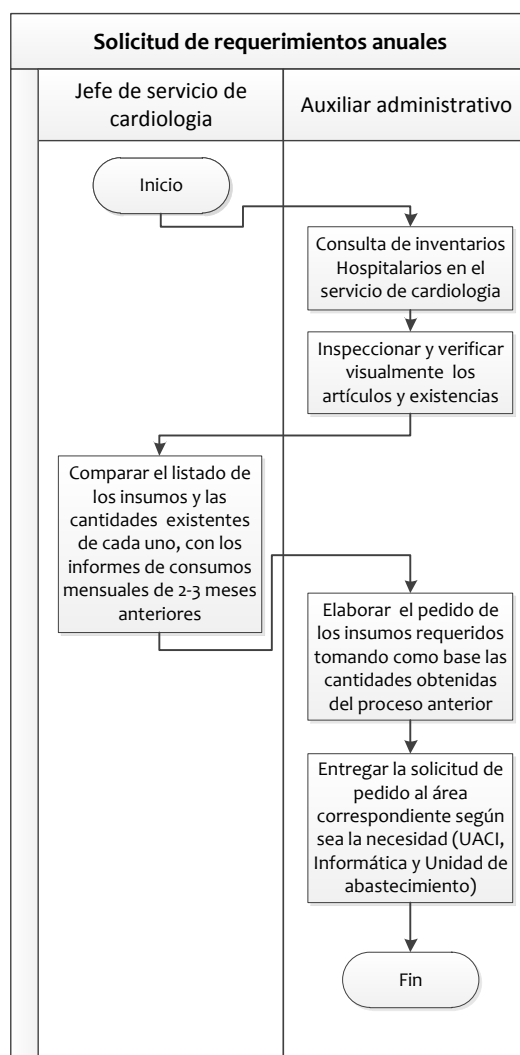
Registros.


Durante el desarrollo de las actividades relacionadas con la Solicitud de pedido de insumos, intervienen los siguientes documentos:

- ✓ Listado de inventario
- ✓ Solicitud de Insumos
- ✓ Informe de consumos mensual

	Servicio de Cardiología HNR	Código: GR-001-16-01
	Solicitud de requerimientos anuales	Edición: 01
		Página: 10/48
		Fecha: Diciembre 2015

Objetivo: Establecer los pasos a seguir en las actividades desarrolladas por el servicio de cardiología del HNR, para llevar a cabo la solicitud de insumos, con el fin de adquirir la cantidad necesaria para poder ser abastecida.



	Servicio de Cardiología HNR	Código: GR-002-16-01
	Solicitud de requerimientos no programadas	Edición: 01
		Página: 11/48
		Fecha: Diciembre 2015
<p>Objetivo: Establecer los pasos a seguir en las actividades desarrolladas por el servicio de cardiología del HNR, para llevar a cabo la solicitud de insumos no programados, con el fin de adquirir la cantidad necesaria para poder ser abastecida.</p>		

Responsable:

- ✓ Jefe de servicio de cardiología
- ✓ Auxiliar administrativo

Definiciones:

Solicitud de pedido: documento utilizado para solicitar la compra de insumos requeridos


Niveles de responsabilidad

Responsable (R): persona que tiene la competencia, los medios y la autoridad para el desarrollo de una actividad.

Participa (P): persona que aporta sus conocimientos y competencias en el desarrollo de una actividad.

Informado: persona que recibe los resultados de una actividad.

Responsable	Actividad
Jefe de servicio de cardiología	Consultar de inventarios Hospitalarios el stock mínimo (punto de reposición) de inventario de los insumos, principalmente de los que se encuentran en stock mínimo.
Auxiliar Administrativo	Inspeccionar y verificar visualmente que los artículos y existencias mínimas de los mismos correspondan al listado generado.
Jefe de servicio de cardiología	Comparar el listado de los insumos y las cantidades existentes de cada uno, con los informes de consumos periódicos no programados anteriores y de esta forma determinar la cantidad a pedir.

	Servicio de Cardiología HNR	Código: GR-002-16-01
	Solicitud de requerimientos no programadas	Edición: 01
		Página: 12/48
		Fecha: Diciembre 2015
<p>Objetivo: Establecer los pasos a seguir en las actividades desarrolladas por el servicio de cardiología del HNR, para llevar a cabo la solicitud de insumos no programados, con el fin de adquirir la cantidad necesaria para poder ser abastecida.</p>		

Auxiliar Administrativo	Elaborar el pedido de los insumos requeridos tomando como base las cantidades obtenidas del proceso anterior
Auxiliar Administrativo	Entregar la solicitud de pedido al área correspondiente según sea la necesidad (UACI, Informática y Unidad de abastecimiento)


Consideraciones Generales

La solicitud de pedido de insumos no programados se hace periódicamente con base en el presupuesto previamente elaborado.

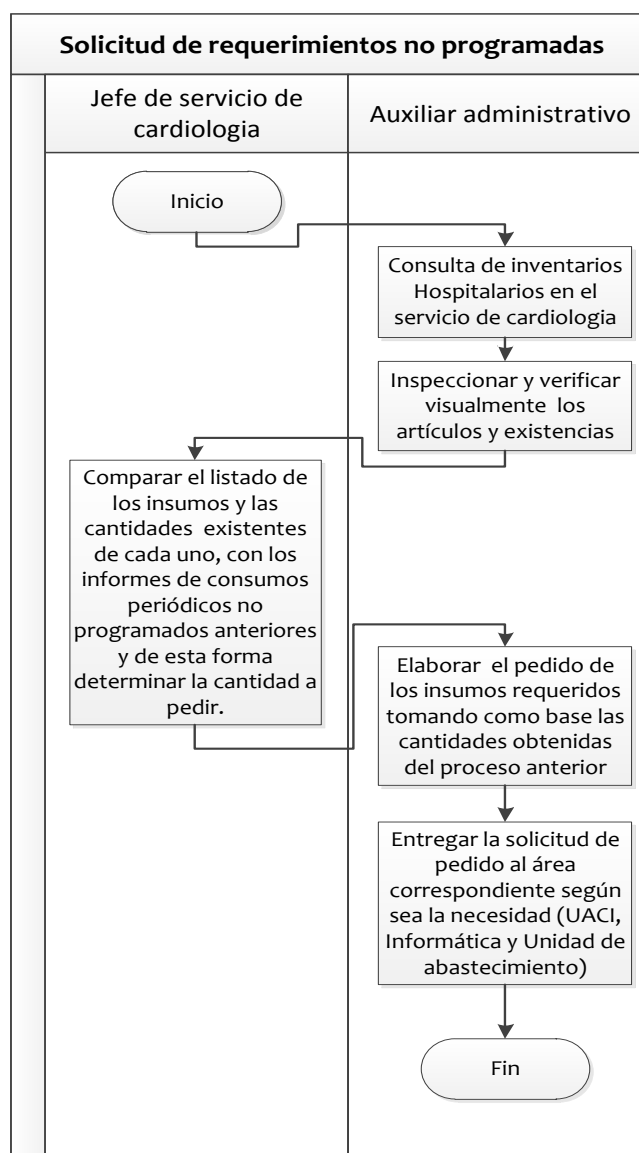
Registros.


Durante el desarrollo de las actividades relacionadas con la Solicitud de pedido de insumos, intervienen los siguientes documentos:

- ✓ Listado de inventario
- ✓ Solicitud de Insumos
- ✓ Informe de consumos mensual

	Servicio de Cardiología HNR	Código: GR-002-16-01
	Solicitud de requerimientos no programadas	Edición: 01
		Página: 13/48
		Fecha: Diciembre 2015

Objetivo: Establecer los pasos a seguir en las actividades desarrolladas por el servicio de cardiología del HNR, para llevar a cabo la solicitud de insumos no programados, con el fin de adquirir la cantidad necesaria para poder ser abastecida.



	Servicio de Cardiología HNR	Código: GR-003-16-01
	Recepción de Recursos	Edición: 01
		Página: 14/48
		Fecha: Diciembre 2015
<p>Objetivo: Establecer los pasos a seguir en las actividades desarrolladas por el servicio de cardiología del HNR, para llevar a cabo la recepción de insumos médico, con el fin de verificar que los insumos que se reciban cumplan los requisitos estipulados en los documentos de compra en cuanto a cantidad, calidad y condiciones de entrega, confrontando la orden de compra, la factura y el material facturado.</p>		

Responsable:

- ✓ Auxiliar administrativo
- ✓ Jefe de Bodega

Definiciones:

Nota de entrega o remisión: Documento que viene junto con la mercancía donde se indica remitente, destinatario, cantidades y valores.

Comprobante de entrada: Documento en donde se especifican todos los artículos que ingresan al almacén.

Formato de orden de compra: Documento utilizado para autorizar la compra de activos y suministros.

Orden de despacho: Documento utilizado para autorizar la salida de determinados artículos del almacén hacia otras áreas.


Niveles de responsabilidad

Responsable (R): persona que tiene la competencia, los medios y la autoridad para el desarrollo de una actividad.


Participa (P): persona que aporta sus conocimientos y competencias en el desarrollo de una actividad.

Informado: persona que recibe los resultados de una actividad.

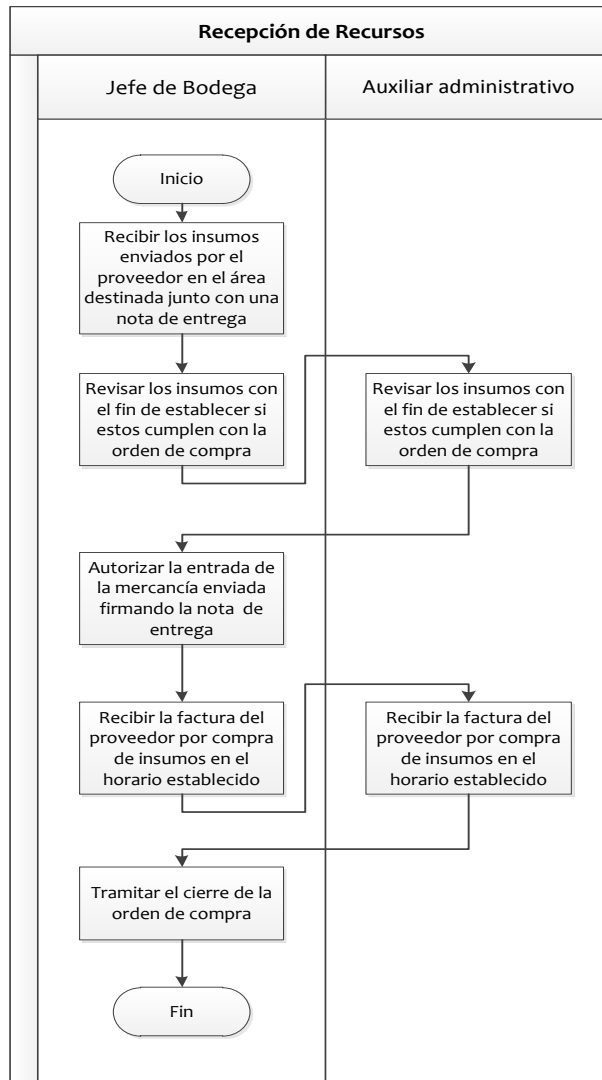
Autoriza (A): Persona que tiene la competencia y la autoridad para tomar decisiones en el desarrollo de una actividad


	Servicio de Cardiología HNR	Código: GR-003-16-01
	Recepción de Recursos	Edición: 01
		Página: 15/48
		Fecha: Diciembre 2015
<p>Objetivo: Establecer los pasos a seguir en las actividades desarrolladas por el servicio de cardiología del HNR, para llevar a cabo la recepción de insumos médico, con el fin de verificar que los insumos que se reciban cumplan los requisitos estipulados en los documentos de compra en cuanto a cantidad, calidad y condiciones de entrega, confrontando la orden de compra, la factura y el material facturado.</p>		

Responsable	Actividad
Jefe de Bodega	Recibir los insumos enviados por el proveedor en el área destinada junto con una nota de entrega (remisión) o factura.
Auxiliar administrativo Jefe de bodega	Revisar los medicamentos en cuanto a cantidades, con el fin de establecer si estos cumplen con la orden de compra, además revisar los laboratorios, la calidad y fecha de vencimiento de los medicamentos.
Jefe de Bodega	Autorizar la entrada de la mercancía enviada firmando la nota de entrega (remisión) o factura, como constancia de recibido de la mercancía y enviarla a la Secretaria de la UACI con el proveedor.
Jefe de bodega Auxiliar administrativo	Recibir la factura del proveedor por compra de insumos en el horario establecido (8:30-12:30 am y 13:30-16:30 pm)
Jefe de bodega	Tramitar el cierre de la orden de compra, enviando al auxiliar contable la factura junto con el original de la orden de compra, la remisión y orden de despacho a bodega con el fin de que sea radicada y solicitar la firma de quien recibe en la relación de facturas.

	Servicio de Cardiología HNR	Código: GR-003-16-01
	Recepción de Recursos	Edición: 01
		Página: 16/48
		Fecha: Diciembre 2015

Objetivo: Establecer los pasos a seguir en las actividades desarrolladas por el servicio de cardiología del HNR, para llevar a cabo la recepción de insumos médico, con el fin de verificar que los insumos que se reciban cumplan los requisitos estipulados en los documentos de compra en cuanto a cantidad, calidad y condiciones de entrega, confrontando la orden de compra, la factura y el material facturado.



	Servicio de Cardiología HNR	Código: GR-007-16-01
	Recepción de Recursos por medio de donaciones	Edición: 01
		Página: 17/48
		Fecha: Diciembre 2015
Objetivo: Establecer los pasos a seguir en las actividades desarrolladas por el servicio de cardiología del HNR, para llevar a cabo la recepción de insumos donados, con el fin de verificar que los insumos que se reciban cumplan los requisitos estipulados, calidad y condiciones de entrega.		

Responsable:

- ✓ Director del HNR
- ✓ Jefe de servicio de cardiología
- ✓ Personal de mantenimiento
- ✓ Planificación
- ✓ Jefe de bodega

Definiciones:

Nota de entrega o remisión: Documento que viene junto con la mercancía donde se indica remitente, destinatario y cantidades.

Comprobante de entrada: Documento en donde se especifican todos los artículos que ingresan al almacén.

Orden de despacho: Documento utilizado para autorizar la salida de determinados artículos del almacén hacia otras áreas.


Niveles de responsabilidad

Responsable (R): persona que tiene la competencia, los medios y la autoridad para el desarrollo de una actividad.


Participa (P): persona que aporta sus conocimientos y competencias en el desarrollo de una actividad.

Informado: persona que recibe los resultados de una actividad.

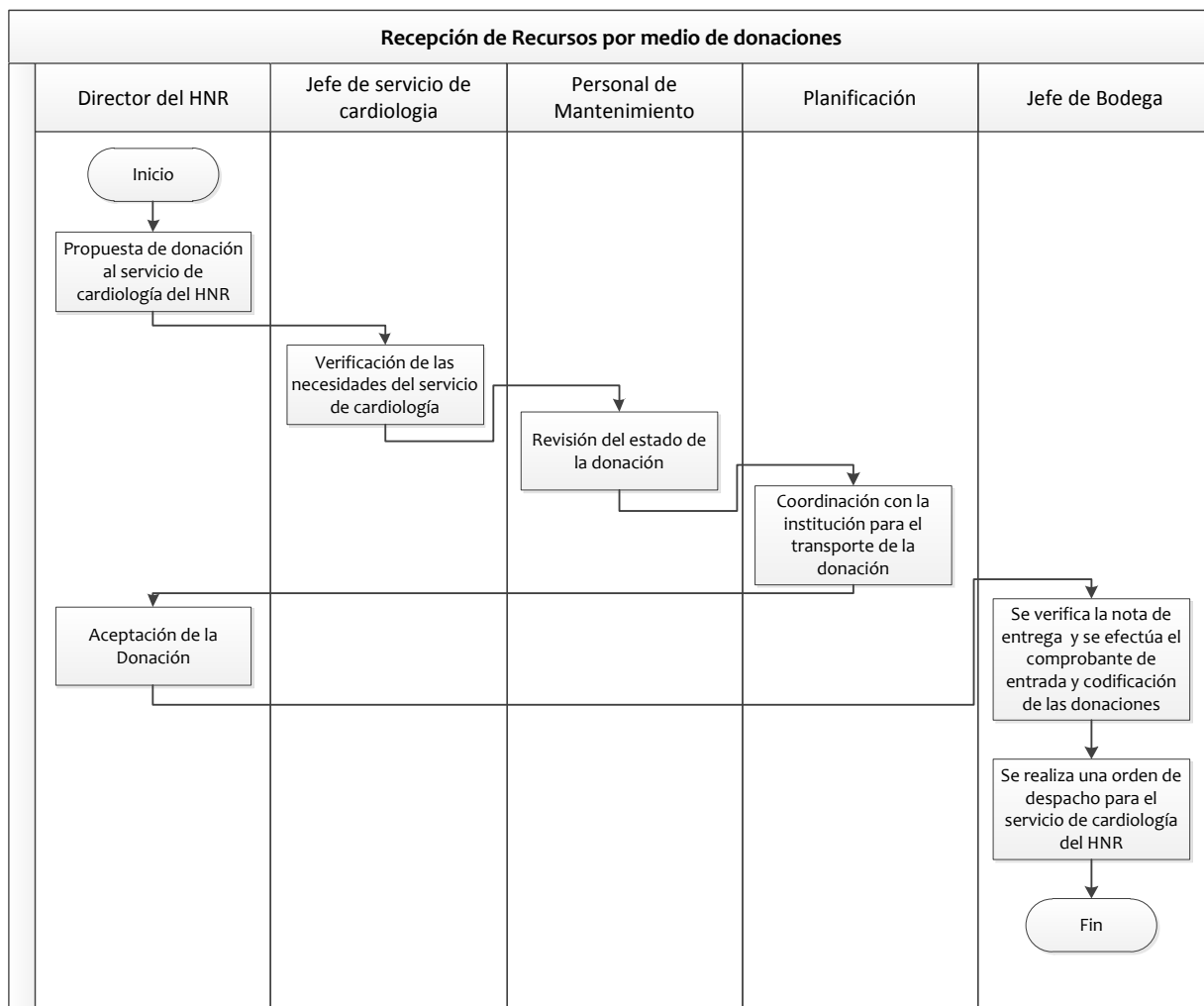
Autoriza (A): Persona que tiene la competencia y la autoridad para tomar decisiones en el desarrollo de una actividad.


	Servicio de Cardiología HNR	Código: GR-007-16-01
	Recepción de Recursos por medio de donaciones	Edición: 01
		Página: 18/48
		Fecha: Diciembre 2015
<p>Objetivo: Establecer los pasos a seguir en las actividades desarrolladas por el servicio de cardiología del HNR, para llevar a cabo la recepción de insumos donados, con el fin de verificar que los insumos que se reciban cumplan los requisitos estipulados, calidad y condiciones de entrega.</p>		

Responsable	Actividad
Director del HNR	Propuesta de donación al servicio de cardiología del HNR
Jefe de servicio de cardiología	Verificación de las necesidades del servicio de cardiología
Personal de mantenimiento	Revisión del estado de la donación
Jefe de servicio de cardiología	Aceptación de la Donación
Planificación	Coordinación con la institución para el transporte de la donación
Jefe de bodega	Se verifica la nota de entrega y se efectúa el comprobante de entrada y codificación de las donaciones
Jefe de bodega	Se realiza una orden de despacho para el servicio de cardiología del HNR

	Servicio de Cardiología HNR	Código: GR-007-16-01
	Recepción de Recursos por medio de donaciones	Edición: 01
		Página: 19/48
		Fecha: Diciembre 2015

Objetivo: Establecer los pasos a seguir en las actividades desarrolladas por el servicio de cardiología del HNR, para llevar a cabo la recepción de insumos donados, con el fin de verificar que los insumos que se reciban cumplan los requisitos estipulados, calidad y condiciones de entrega.



	Servicio de Cardiología HNR	Código: GR-006-16-01
	Almacenamiento y distribución de recursos	Edición: 01
		Página: 20/48
		Fecha: Diciembre 2015
<p>Objetivo: Establecer los pasos a seguir en las actividades desarrolladas por el servicio de cardiología del HNR, para llevar a cabo el almacenamiento y distribución de insumos , con el fin de garantizar las condiciones de seguridad y preservación de los insumos que se encuentran bajo custodia del servicio de cardiología del HNR .</p>		

Responsable:

✓ Jefe de bodega

Definiciones:


Niveles de responsabilidad

Responsable (R): persona que tiene la competencia, los medios y la autoridad para el desarrollo de una actividad.


Participa (P): persona que aporta sus conocimientos y competencias en el desarrollo de una actividad.

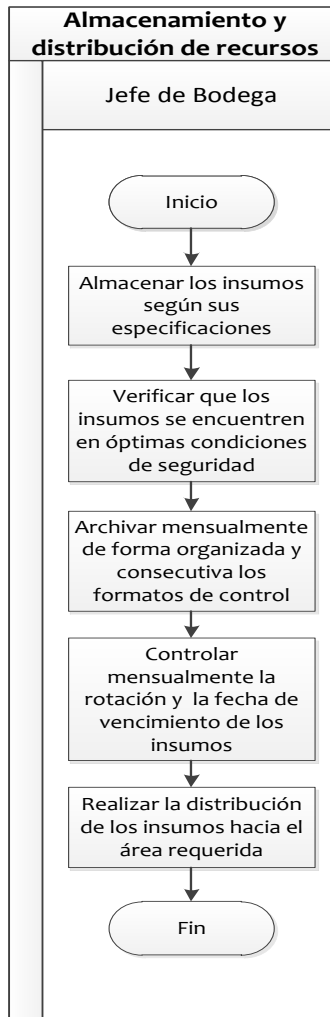
Informado: persona que recibe los resultados de una actividad.


Autoriza (A): Persona que tiene la competencia y la autoridad para tomar decisiones en el desarrollo de una actividad.

	Servicio de Cardiología HNR	Código: GR-006-16-01
	Almacenamiento y distribución de recursos	Edición: 01
		Página: 21/48
		Fecha: Diciembre 2015
<p>Objetivo: Establecer los pasos a seguir en las actividades desarrolladas por el servicio de cardiología del HNR, para llevar a cabo el almacenamiento y distribución de insumos , con el fin de garantizar las condiciones de seguridad y preservación de los insumos que se encuentran bajo custodia del servicio de cardiología del HNR .</p>		


Responsable	Actividad
Jefe de Bodega	Almacenar los insumos según sus especificaciones a temperatura ambiente, garantizando el orden, accesibilidad, fácil ubicación y aprovechamiento del espacio físico al máximo.
Jefe de Bodega	Verificar que los insumos se encuentren en óptimas condiciones de seguridad e higiene protegiéndolos de todas las influencias potenciales dañinas tales como variaciones drásticas de temperatura y humedad, polvo y olores, entrada de animales, plagas e insectos. Además conservar correcta identificación del insumo en todo el proceso del suministro.
Jefe de Bodega	Archivar mensualmente de forma organizada y consecutiva los formatos de control de temperatura y analizar aquellos que se encuentran por fuera del rango permitido y las causas que lo provocaron.
Jefe de Bodega	Controlar mensualmente la rotación y la fecha de vencimiento de los insumos
Jefe de Bodega	Realizar la distribución de los insumos hacia el área requerida

	Servicio de Cardiología HNR	Código: GR-006-16-01
	Almacenamiento y distribución de recursos	Edición: 01
		Página: 22/48
		Fecha: Diciembre 2015
<p>Objetivo: Establecer los pasos a seguir en las actividades desarrolladas por el servicio de cardiología del HNR, para llevar a cabo el almacenamiento y distribución de insumos , con el fin de garantizar las condiciones de seguridad y preservación de los insumos que se encuentran bajo custodia del servicio de cardiología del HNR .</p>		



	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de Cardiología HNR
	Mantenimiento y limpieza	Edición: 01
		Página: 23/48
		Fecha: Diciembre 2015

MANTENIMIENTO Y LIMPIEZA

	Servicio de Cardiología HNR	Código: MI-003-16-01
	Limpieza diaria de instalaciones	Edición: 01
		Página: 24/48
		Fecha: Diciembre 2015
<p>Objetivo: Establecer los pasos a seguir en las actividades desarrolladas por el servicio de cardiología del HNR, para llevar a cabo limpieza diaria de instalaciones, con el fin de garantizar las condiciones de salubridad de las instalaciones del servicio de cardiología del HNR.</p>		

Responsable:

- ✓ Jefe de limpieza
- ✓ Conserje
- ✓ Enfermera

Definiciones:


Niveles de responsabilidad

Responsable (R): persona que tiene la competencia, los medios y la autoridad para el desarrollo de una actividad.

Participa (P): persona que aporta sus conocimientos y competencias en el desarrollo de una actividad.

Informado: persona que recibe los resultados de una actividad.

Autoriza (A): Persona que tiene la competencia y la autoridad para tomar decisiones en el desarrollo de una actividad.

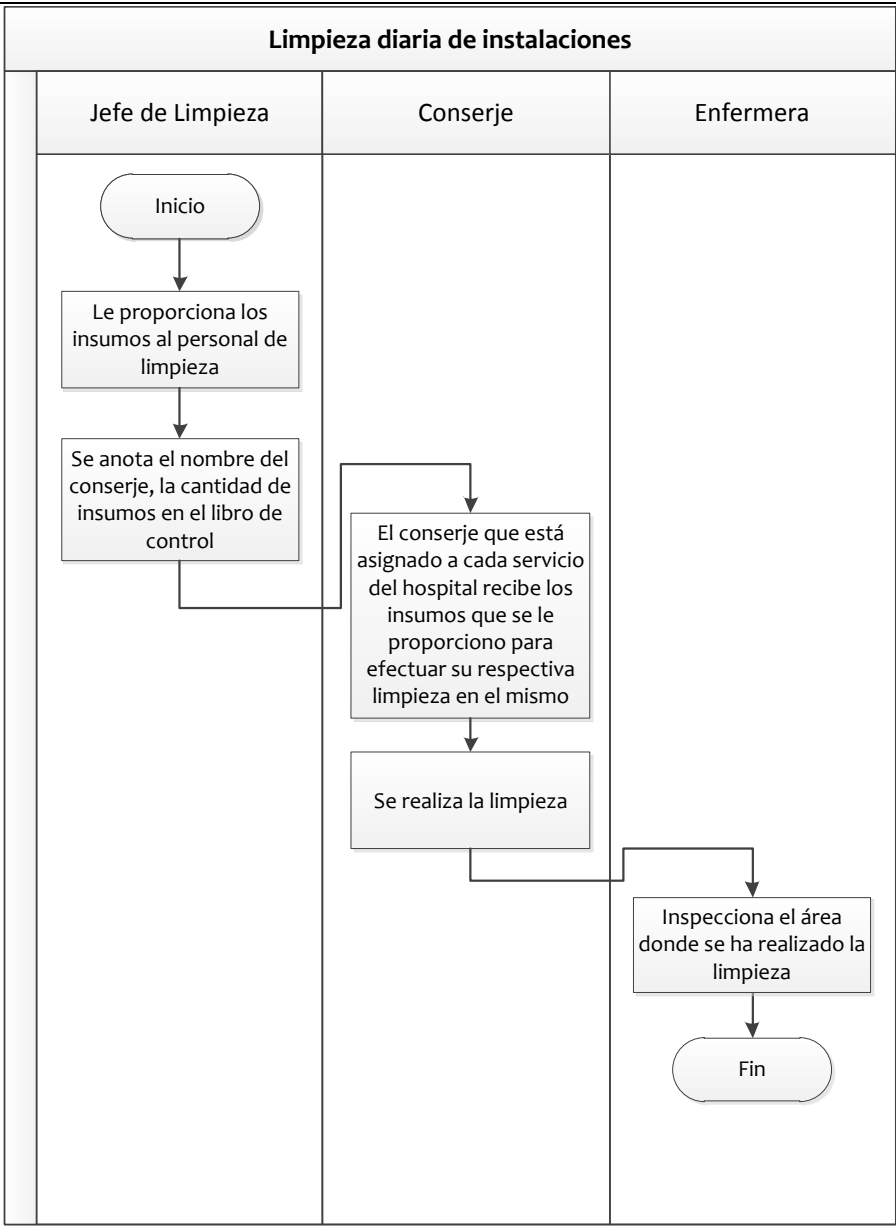
	Servicio de Cardiología HNR	Código: MI-003-16-01
	Limpieza diaria de instalaciones	Edición: 01
		Página: 25/48
		Fecha: Diciembre 2015
<p>Objetivo: Establecer los pasos a seguir en las actividades desarrolladas por el servicio de cardiología del HNR, para llevar a cabo limpieza diaria de instalaciones, con el fin de garantizar las condiciones de salubridad de las instalaciones del servicio de cardiología del HNR.</p>		


Responsable	Actividad
Jefe de limpieza	Le proporciona los insumos al personal de limpieza y se anota el nombre de cada conserje y la cantidad que lleva cada uno en el libro de control de insumos.
Jefe de limpieza	Se anota el nombre del conserje, la cantidad de insumos en el libro de control
Conserje	El conserje que está asignado a cada servicio del hospital recibe los insumos que se le proporciono para efectuar su respectiva limpieza en el mismo
Conserje	Se realiza la limpieza
Enfermera	Inspecciona el área donde se ha realizado la limpieza



Servicio de Cardiología HNR	Código: MI-003-16-01
Limpieza diaria de instalaciones	Edición: 01
	Página: 26/48
	Fecha: Diciembre 2015

Objetivo: Establecer los pasos a seguir en las actividades desarrolladas por el servicio de cardiología del HNR, para llevar a cabo limpieza diaria de instalaciones, con el fin de garantizar las condiciones de salubridad de las instalaciones del servicio de cardiología del HNR.



	Servicio de Cardiología HNR	Código: MI-004-16-01
	Limpieza periódica de instalaciones	Edición: 01
		Página: 27/48
		Fecha: Diciembre 2015
<p>Objetivo: Establecer los pasos a seguir en las actividades desarrolladas por el servicio de cardiología del HNR, para llevar a cabo limpieza diaria de instalaciones, con el fin de garantizar las condiciones de salubridad de las instalaciones del servicio de cardiología del HNR.</p>		

Responsable:

- ✓ Jefe de servicio de cardiología
- ✓ Jefe de limpieza
- ✓ Conserje

Definiciones:


Niveles de responsabilidad

Responsable (R): persona que tiene la competencia, los medios y la autoridad para el desarrollo de una actividad.


Participa (P): persona que aporta sus conocimientos y competencias en el desarrollo de una actividad.

Informado: persona que recibe los resultados de una actividad.

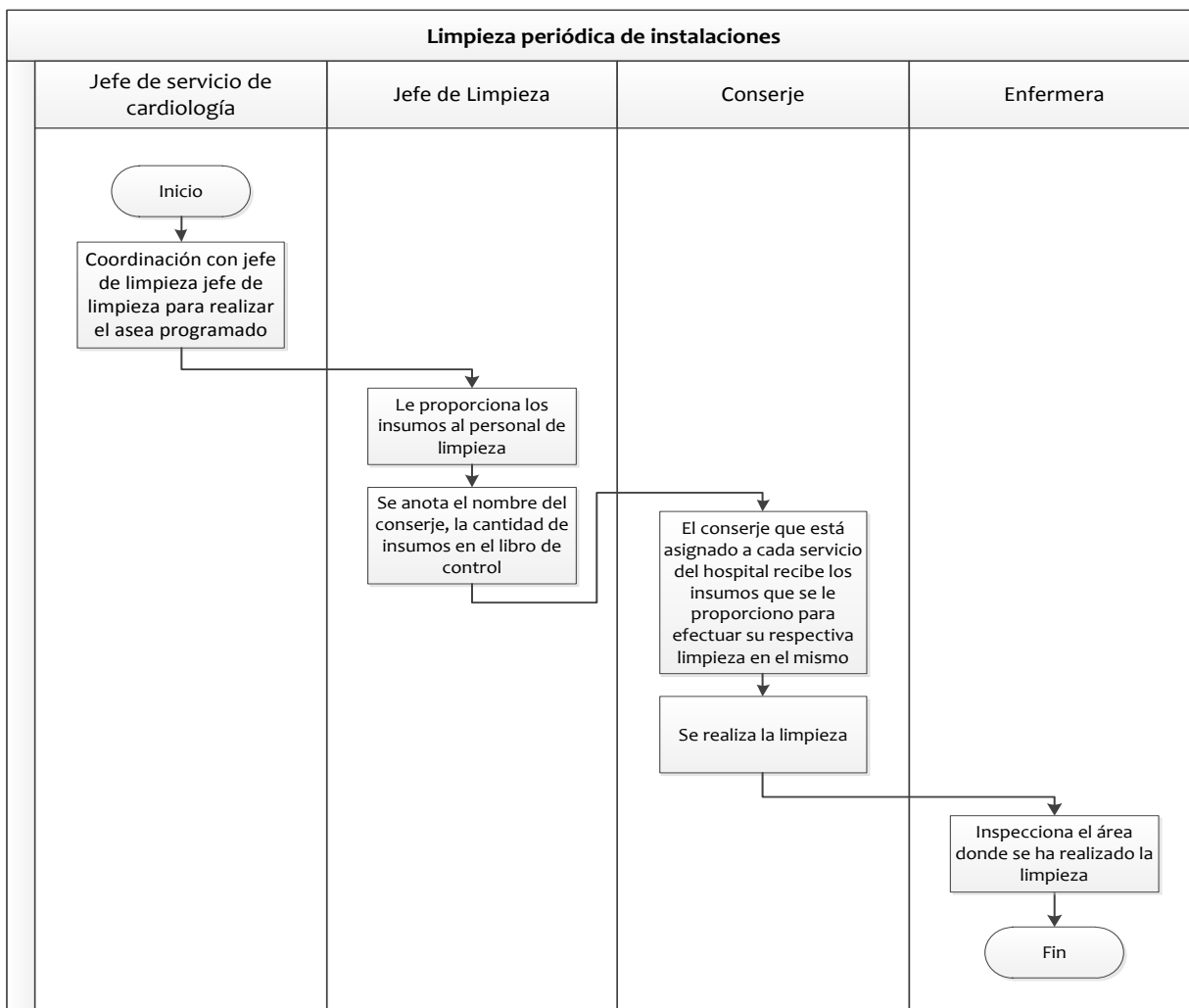
Autoriza (A): Persona que tiene la competencia y la autoridad para tomar decisiones en el desarrollo de una actividad.


	Servicio de Cardiología HNR	Código: MI-004-16-01
	Limpieza periódica de instalaciones	Edición: 01
		Página: 28/48
		Fecha: Diciembre 2015
Objetivo: Establecer los pasos a seguir en las actividades desarrolladas por el servicio de cardiología del HNR, para llevar a cabo limpieza diaria de instalaciones, con el fin de garantizar las condiciones de salubridad de las instalaciones del servicio de cardiología del HNR.		

Responsable	Actividad
Jefe de servicio de cardiología	Coordinación con jefe de limpieza jefe de limpieza para realizar el asea programado
Jefe de limpieza	Le proporciona los insumos al personal de limpieza y se anota el nombre de cada conserje y la cantidad que lleva cada uno en el libro de control de insumos.
Jefe de limpieza	Se anota el nombre del conserje, la cantidad de insumos en el libro de control
Conserje	El conserje que está asignado a cada servicio del hospital recibe los insumos que se le proporciono para efectuar su respectiva limpieza en el mismo
Conserje	Se realiza la limpieza
Enfermera	Inspecciona el área donde se ha realizado la limpieza

	Servicio de Cardiología HNR	Código: MI-004-16-01
	Limpieza periódica de instalaciones	Edición: 01
		Página: 29/48
		Fecha: Diciembre 2015

Objetivo: Establecer los pasos a seguir en las actividades desarrolladas por el servicio de cardiología del HNR, para llevar a cabo limpieza diaria de instalaciones, con el fin de garantizar las condiciones de salubridad de las instalaciones del servicio de cardiología del HNR.



	Servicio de Cardiología HNR	Código: MI-001-16-01
	Mantenimiento de equipo medico	Edición: 01
		Página: 30/48
		Fecha: Diciembre 2015
Objetivo: Establecer los pasos a seguir en las actividades desarrolladas por el servicio de cardiología del HNR, para llevar a cabo el mantenimiento de equipo médico, con el fin de garantizar las condiciones necesarias para el buen funcionamiento en las instalaciones del servicio de cardiología del HNR.		

Responsable:

- ✓ Jefe de servicio de cardiología
- ✓ Conserje
- ✓ Biomédica
- ✓ Enfermera
- ✓ **Definiciones:**

Solicitud de pedido: documento utilizado para solicitar la orden de mantenimiento

Niveles de responsabilidad


Responsable (R): persona que tiene la competencia, los medios y la autoridad para el desarrollo de una actividad.

Participa (P): persona que aporta sus conocimientos y competencias en el desarrollo de una actividad.

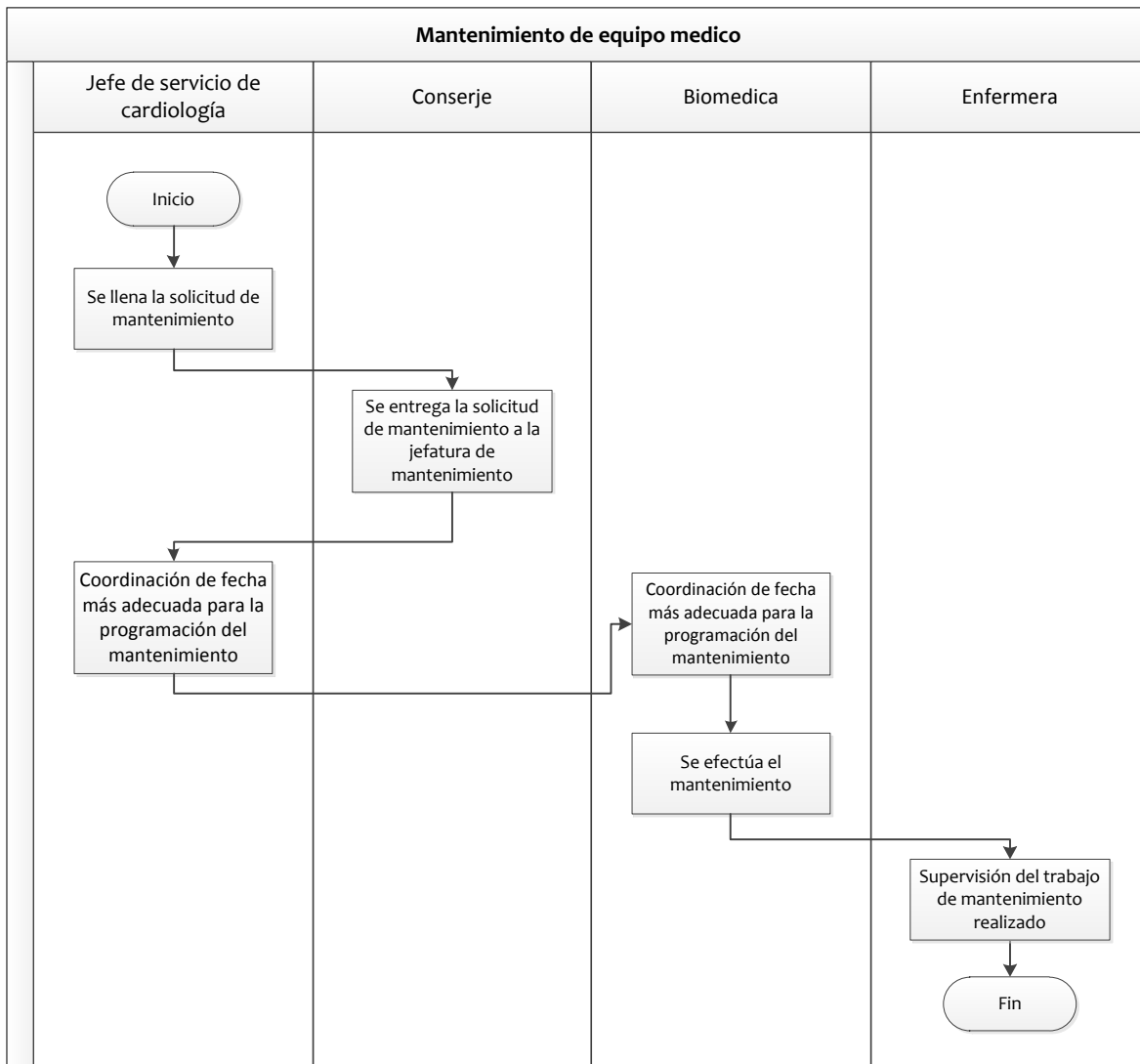
Informado: persona que recibe los resultados de una actividad.


Autoriza (A): Persona que tiene la competencia y la autoridad para tomar decisiones en el desarrollo de una actividad.

Responsable	Actividad
Jefe de servicio de cardiología	Se llena la solicitud de mantenimiento
Conserje	Se entrega la solicitud de mantenimiento a biomédica
Jefe de servicio de cardiología Biomédica	Coordinación de fecha más adecuada para la programación del mantenimiento
Biomédica	Se efectúa el mantenimiento
Enfermera	Supervisión del trabajo de mantenimiento realizado

	Servicio de Cardiología HNR	Código: MI-001-16-01
	Mantenimiento de equipo medico	Edición: 01
		Página: 31/48
		Fecha: Diciembre 2015

Objetivo: Establecer los pasos a seguir en las actividades desarrolladas por el servicio de cardiología del HNR, para llevar a cabo el mantenimiento de equipo médico, con el fin de garantizar las condiciones necesarias para el buen funcionamiento en las instalaciones del servicio de cardiología del HNR.



	Servicio de Cardiología HNR	Código: MI-002-16-01
	Mantenimiento de infraestructura	Edición: 01
		Página: 32/48
		Fecha: Diciembre 2015
<p>Objetivo: Establecer los pasos a seguir en las actividades desarrolladas por el servicio de cardiología del HNR, para llevar a cabo el mantenimiento de la infraestructura, con el fin de garantizar las condiciones necesarias para el buen funcionamiento de las instalaciones en el servicio de cardiología del HNR.</p>		

Responsable:

- ✓ Jefe de servicio de cardiología
- ✓ Jefatura de mantenimiento
- ✓ Conserje
- ✓ Enfermera

Definiciones:

Solicitud de pedido: documento utilizado para solicitar la orden de mantenimiento

Niveles de responsabilidad

Responsable (R): persona que tiene la competencia, los medios y la autoridad para el desarrollo de una actividad.


Participa (P): persona que aporta sus conocimientos y competencias en el desarrollo de una actividad.

Informado: persona que recibe los resultados de una actividad.

Autoriza (A): Persona que tiene la competencia y la autoridad para tomar decisiones en el desarrollo de una actividad.

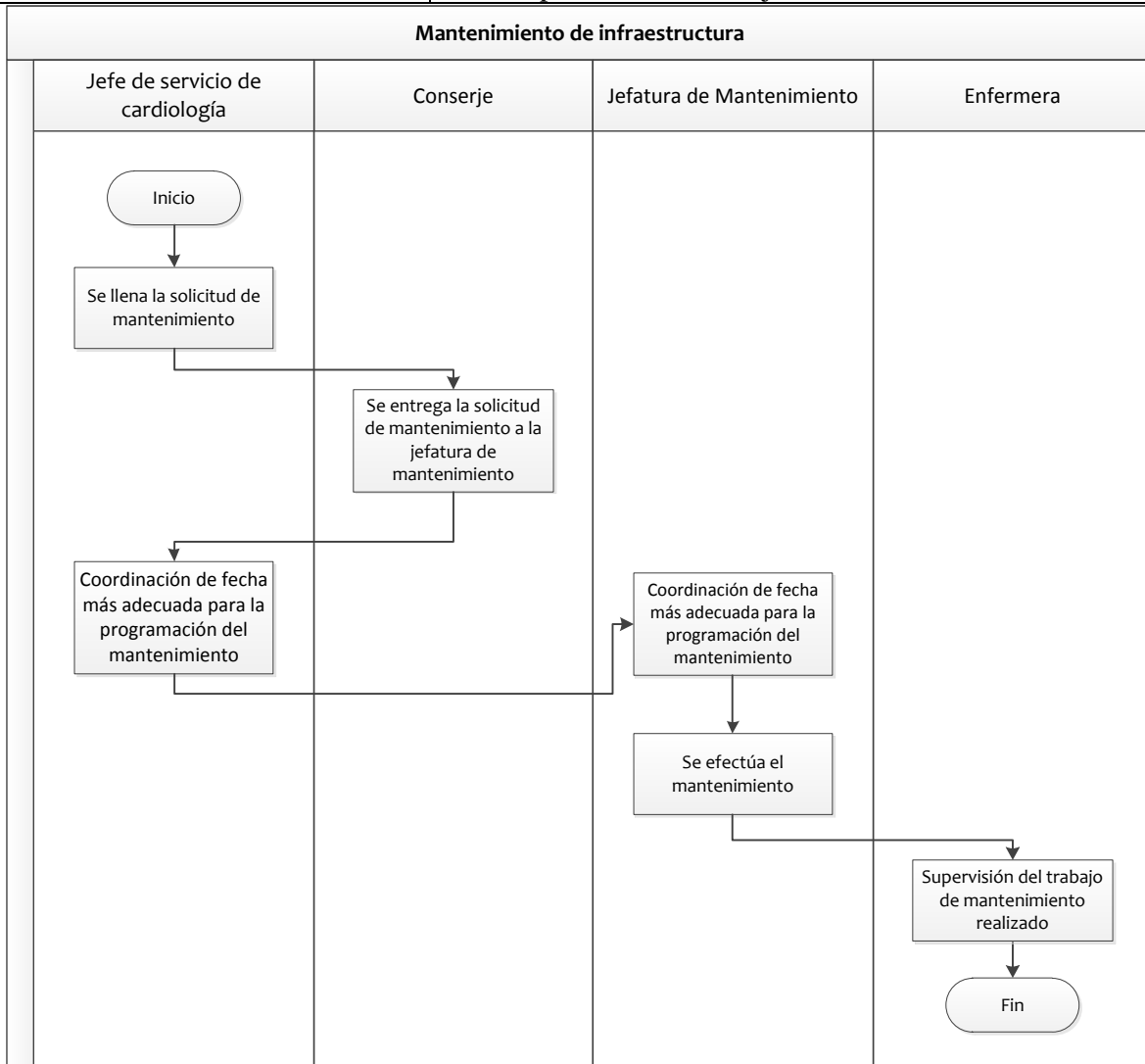
Responsable	Actividad
Jefe de servicio de cardiología	Se llena la solicitud de mantenimiento
Conserje	Se entrega la solicitud de mantenimiento a la jefatura de mantenimiento
Jefe de servicio de cardiología Jefatura de mantenimiento	Coordinación de fecha más adecuada para la programación del mantenimiento


Jefatura de mantenimiento	Se efectúa el mantenimiento
---------------------------	-----------------------------

	Servicio de Cardiología HNR	Código: MI-002-16-01
	Mantenimiento de infraestructura	Edición: 01
		Página: 33/48
		Fecha: Diciembre 2015


Objetivo: Establecer los pasos a seguir en las actividades desarrolladas por el servicio de cardiología del HNR, para llevar a cabo el mantenimiento de la infraestructura, con el fin de garantizar las condiciones necesarias para el buen funcionamiento de las instalaciones en el servicio de cardiología del HNR.

Enfermera	Supervisión del trabajo de mantenimiento realizado
-----------	--



	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de Cardiología HNR
	Archivo y documentación	Edición: 01
		Página: 34/48
		Fecha: Diciembre 2015

ARCHIVO Y DOCUMENTACIÓN

	Servicio de Cardiología HNR	Código: AD-001-16-01
	Seguimiento clínico	Edición: 01
		Página: 35/48
		Fecha: Diciembre 2015
<p>Objetivo: Establecer los pasos a seguir en las actividades desarrolladas por el servicio de cardiología del HNR, para llevar a cabo el seguimiento clínico de los pacientes, con el fin de garantizar las condiciones necesarias para el buen funcionamiento del servicio de cardiología del HNR.</p>		

Responsable:

- ✓ Médico especialista

Definiciones:

Hoja de historia clínica: documento utilizado para llenar el historial clínico del paciente

Niveles de responsabilidad

Responsable (R): persona que tiene la competencia, los medios y la autoridad para el desarrollo de una actividad.

Participa (P): persona que aporta sus conocimientos y competencias en el desarrollo de una actividad

Responsable	Actividad
Médico especialista	El médico abre en sistema la hoja de historia clínica del paciente
Médico Especialista	El médico llena los campos (motivo por el que consulta, historia de exámenes, evolución, signos vitales, exploraciones clínicas, diagnósticas y siguientes citas) en la hoja de historia clínica del paciente
Médico Especialista	Guardar los cambios en la hoja de historia clínica del paciente.



Servicio de Cardiología HNR

Código: AD-001-16-01

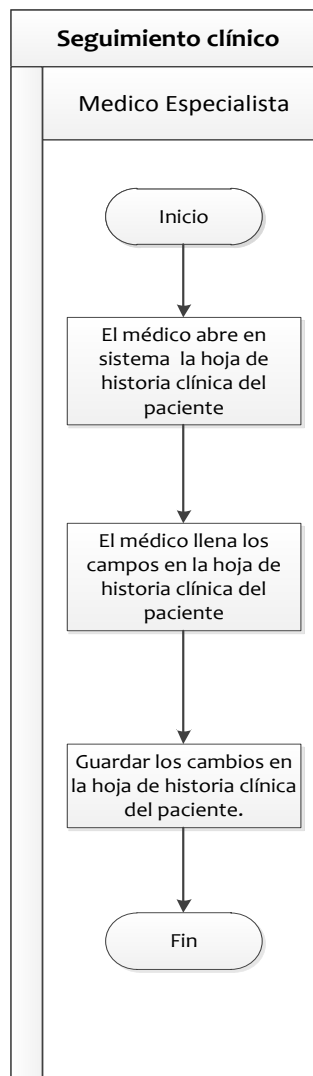
Seguimiento clínico


Edición: 01

Página: 36/48

Fecha: Diciembre 2015

Objetivo: Establecer los pasos a seguir en las actividades desarrolladas por el servicio de cardiología del HNR, para llevar a cabo el seguimiento clínico de los pacientes, con el fin de garantizar las condiciones necesarias para el buen funcionamiento del servicio de cardiología del HNR.



	Servicio de Cardiología HNR	Código: AD-002-16-01
	Censo total de pacientes y procedimientos	Edición: 01
		Página: 37/48
		Fecha: Diciembre 2015
Objetivo: Establecer los pasos a seguir en las actividades desarrolladas por el servicio de cardiología del HNR, para llevar a cabo el Censo total de pacientes y procedimientos, con el fin de garantizar la documentación necesaria para el buen funcionamiento del servicio de cardiología del HNR.		

Responsable:

- ✓ Enfermera
- ✓ Operador de sistema

Definiciones:

Hoja de historia clínica: documento utilizado para llenar el historial clínico del paciente

Niveles de responsabilidad

Responsable (R): persona que tiene la competencia, los medios y la autoridad para el desarrollo de una actividad.

Participa (P): persona que aporta sus conocimientos y competencias en el desarrollo de una actividad

Responsable	Actividad
Enfermera	Se retira de todos los consultorios los censos por médico de procedimientos y consultas
Enfermera	Se compilan todos los censos en libro
Enfermera	Se llenan los campos en libro (Nombre del especialista, total de pacientes de primera vez y subsecuentes que se vieron en el día y total de procedimientos hechos por el especialista)
Operador de sistema	Se traslada los datos del libro al sistema informático



Servicio de Cardiología HNR

Código: AD-002-16-01

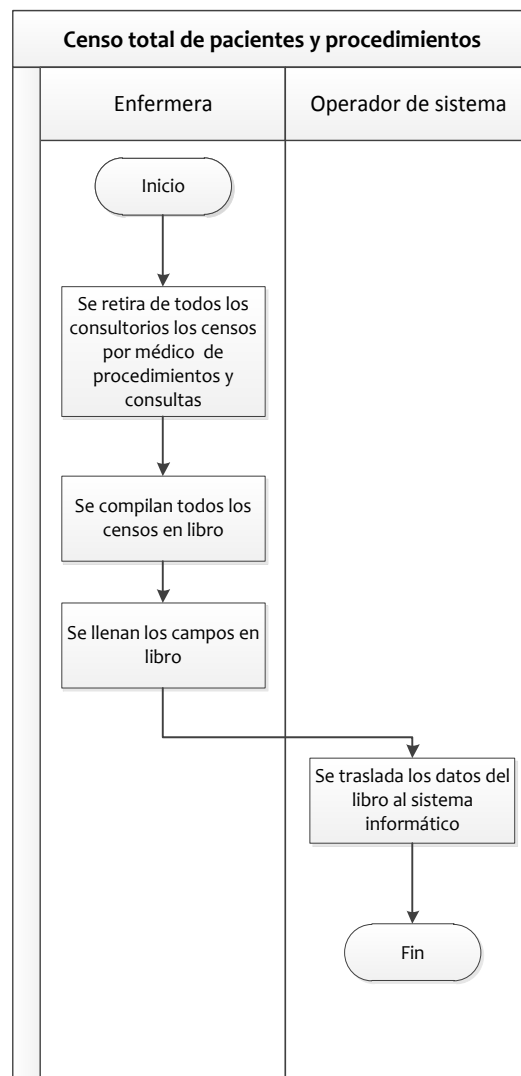
Censo total de pacientes y procedimientos


Edición: 01

Página: 38/48

Fecha: Diciembre 2015

Objetivo: Establecer los pasos a seguir en las actividades desarrolladas por el servicio de cardiología del HNR, para llevar a cabo el Censo total de pacientes y procedimientos, con el fin de garantizar la documentación necesaria para el buen funcionamiento del servicio de cardiología del HNR.



	Servicio de Cardiología HNR	Código: AD-003-16-01
	Censo de Consultas	Edición: 01
		Página: 39/48
		Fecha: Diciembre 2015
<p>Objetivo: Establecer los pasos a seguir en las actividades desarrolladas por el servicio de cardiología del HNR, para llevar a cabo el Censo de consultas, con el fin de garantizar la documentación necesaria para el buen funcionamiento del servicio de cardiología del HNR.</p>		

Responsable:

- ✓ Médico especialista
- ✓ Enfermera

Definiciones:

Censo de consultas: documento utilizado para llenar el censo de consultas

Niveles de responsabilidad

Responsable (R): persona que tiene la competencia, los medios y la autoridad para el desarrollo de una actividad.

Participa (P): persona que aporta sus conocimientos y competencias en el desarrollo de una actividad

Responsable	Actividad
Enfermera	Notifica al paciente que puede ingresar al consultorio
Médico Especialista	Llena el censo en el consultorio con los datos de cada paciente
Enfermera	Retira al final del día el censo de consulta de cada consultorio
Enfermera	Se traslada los censos al cubículo de enfermería para que sea registrado



Servicio de Cardiología HNR

Código: AD-003-16-01

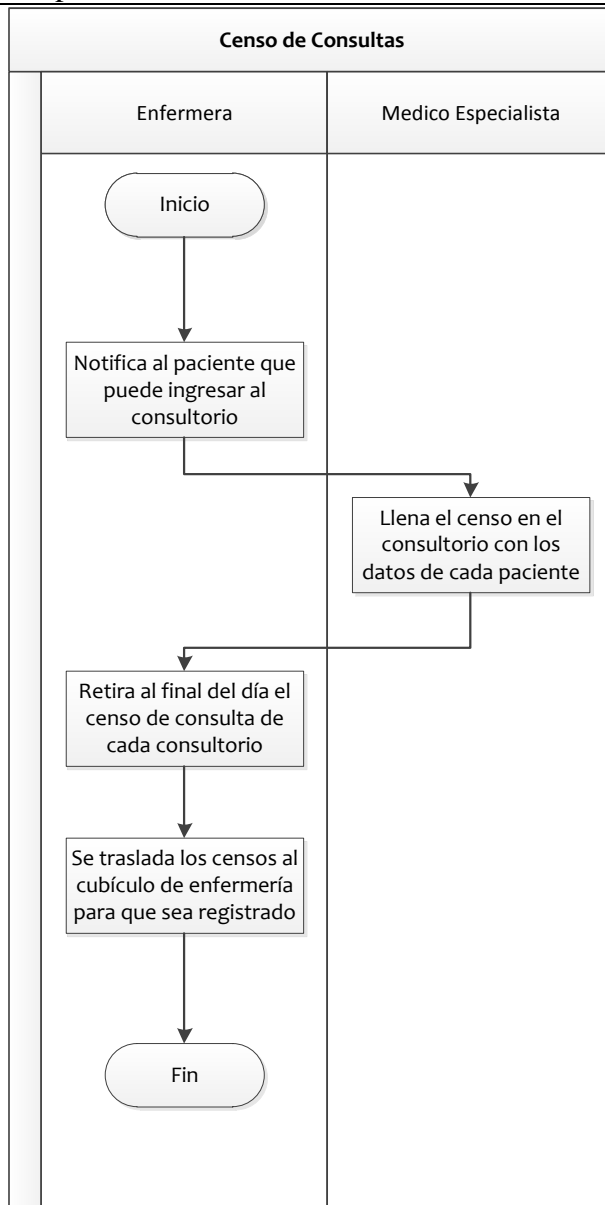
Censo de Consultas


Edición: 01

Página: 40/48

Fecha: Diciembre 2015

Objetivo: Establecer los pasos a seguir en las actividades desarrolladas por el servicio de cardiología del HNR, para llevar a cabo el Censo de consultas, con el fin de garantizar la documentación necesaria para el buen funcionamiento del servicio de cardiología del HNR.



	Servicio de Cardiología HNR	Código: AD-004-16-01
	Censo de procedimientos	Edición: 01
		Página: 41/48
		Fecha: Diciembre 2015
<p>Objetivo: Establecer los pasos a seguir en las actividades desarrolladas por el servicio de cardiología del HNR, para llevar a cabo el Censo de procedimientos, con el fin de garantizar la documentación necesaria para el buen funcionamiento del servicio de cardiología del HNR.</p>		

Responsable:

- ✓ Médico especialista
- ✓ Enfermera

Definiciones:

Censo de consultas: documento utilizado para llenar el censo de consultas

Niveles de responsabilidad

Responsable (R): persona que tiene la competencia, los medios y la autoridad para el desarrollo de una actividad.

Participa (P): persona que aporta sus conocimientos y competencias en el desarrollo de una actividad

Responsable	Actividad
Enfermera	Notifica al paciente que puede ingresar al consultorio
Médico Especialista	Llena el censo en el consultorio con los datos de cada paciente
Enfermera	Retira al final del día el censo de procedimientos de cada consultorio
Enfermera	Se traslada los censos al cubículo de enfermería para que sea registrado



Servicio de Cardiología HNR

Código: AD-004-16-01

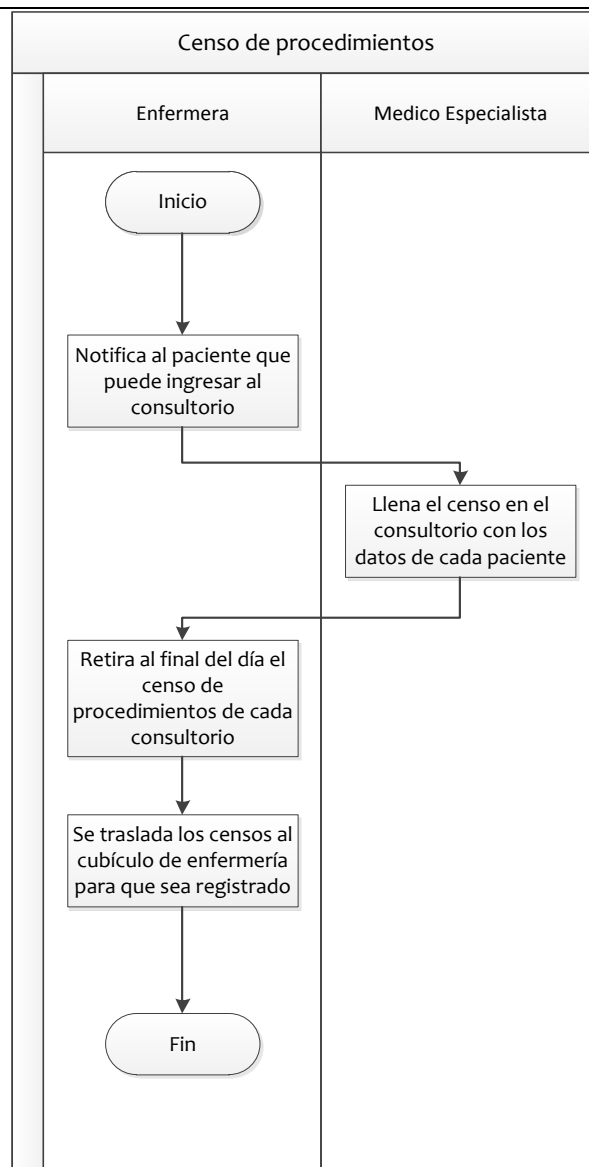
Censo de procedimientos

Edición: 01

Página: 42/48

Fecha: Diciembre 2015

Objetivo: Establecer los pasos a seguir en las actividades desarrolladas por el servicio de cardiología del HNR, para llevar a cabo el Censo de procedimientos, con el fin de garantizar la documentación necesaria para el buen funcionamiento del servicio de cardiología del HNR.



	Servicio de Cardiología HNR	Código: AD-005-16-01
	Reporte Mensual de SC-HNR	Edición: 01
		Página: 43/48
		Fecha: Diciembre 2015
Objetivo: Establecer los pasos a seguir en las actividades desarrolladas por el servicio de cardiología del HNR, para llevar a cabo el Reporte Mensual de SC-HNR, con el fin de garantizar la documentación necesaria para el buen funcionamiento del servicio de cardiología del HNR.		

Responsable:

- ✓ Secretaria
- ✓ Ordenanza
- ✓ Jefe del Servicio de Cardiología

Definiciones:

Reporte mensual de SC-HNR: documento utilizado para llenar el censo de consultas

Niveles de responsabilidad

Responsable (R): persona que tiene la competencia, los medios y la autoridad para el desarrollo de una actividad.

Participa (P): persona que aporta sus conocimientos y competencias en el desarrollo de una actividad

Responsable	Actividad
Secretaria	Consolida todos los censos totales diarios que hubo durante el mes.
Secretaria	Realiza la recopilación en digital
Ordenanza	Traslada el reporte y los censos en físico a ESDOMED
Jefe del Servicio de Cardiología	Revisa la recopilación de los datos y agrega sus comentarios y peticiones
Jefe del Servicio de Cardiología	Se envían copias del reporte mensual a dirección, , división medica, archivo, administración, división de diagnóstico de apoyo y servicio de cardiología



Servicio de Cardiología HNR

Código: AD-005-16-01

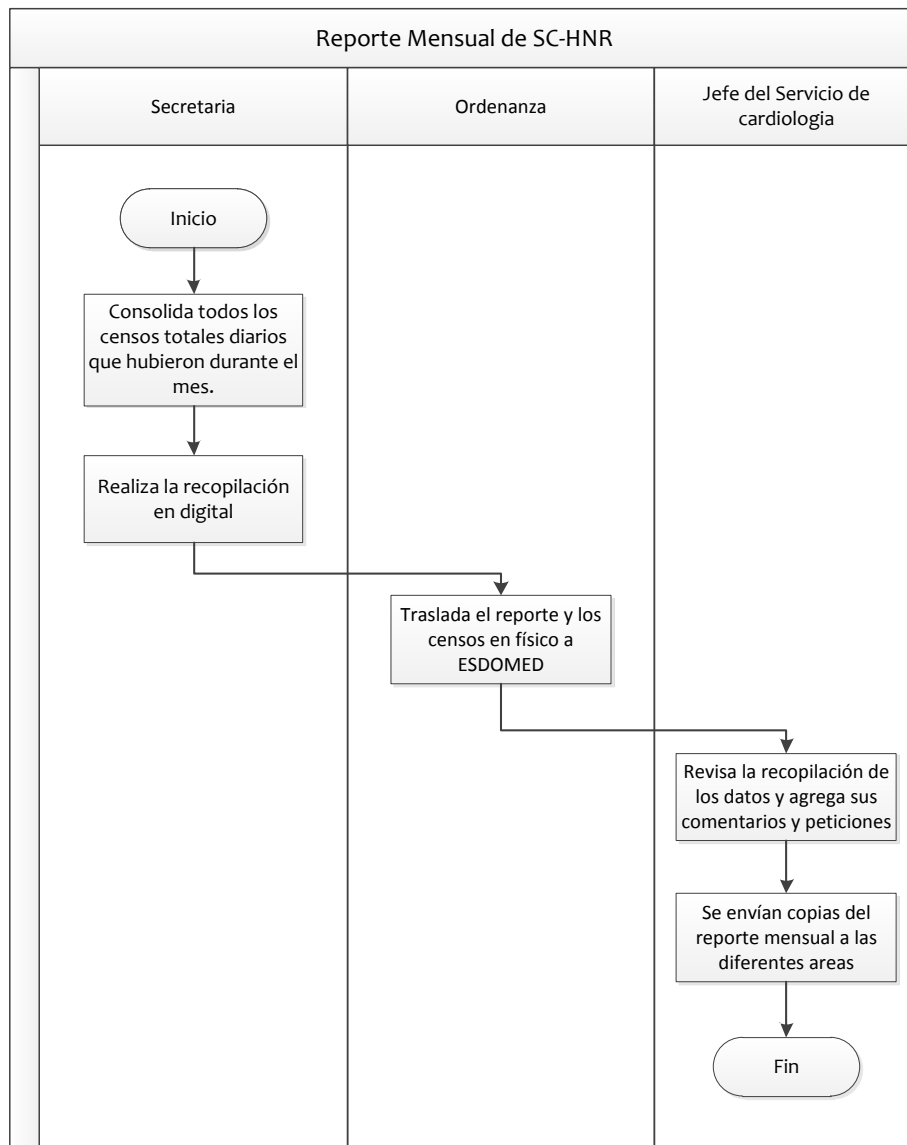
Reporte Mensual de SC-HNR


Edición: 01

Página: 44/48


Fecha: Diciembre 2015

Objetivo: Establecer los pasos a seguir en las actividades desarrolladas por el servicio de cardiología del HNR, para llevar a cabo el Reporte Mensual de SC-HNR, con el fin de garantizar la documentación necesaria para el buen funcionamiento del servicio de cardiología del HNR.



	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de Cardiología HNR
	Manejo y licencias de personal	Edición: 01
		Página: 45/48
		Fecha: Diciembre 2015

MANEJO Y LICENCIAS DE PERSONAL

	Servicio de Cardiología HNR	Código: MLP-001-16-01
	Control de permisos e inasistencias del personal	Edición: 01
		Página: 46/48
		Fecha: Diciembre 2015
<p>Objetivo: Establecer los pasos a seguir en las actividades desarrolladas por el servicio de cardiología del HNR, para llevar a cabo el Control de permisos e inasistencias del personal, con el fin de garantizar la documentación necesaria para el buen funcionamiento del servicio de cardiología del HNR.</p>		

Responsable:

- ✓ Secretaria
- ✓ Ordenanza
- ✓ Jefe del Servicio ESDOMED

Definiciones:


Reporte mensual de SC-HNR: documento utilizado para llenar el censo de consultas

Niveles de responsabilidad

Responsable (R): persona que tiene la competencia, los medios y la autoridad para el desarrollo de una actividad.

Participa (P): persona que aporta sus conocimientos y competencias en el desarrollo de una actividad

Responsable	Actividad
Secretaria	Consolida todos los censos totales diarios que hubo durante el mes.
Secretaria	Realiza la recopilación en digital
Ordenanza	Traslada el reporte y los censos en físico a ESDOMED
Jefe del Servicio ESDOMED	Revisa la recopilación de los datos y agrega sus comentarios y peticiones
Jefe del Servicio ESDOMED	Se envían copias del reporte mensual a dirección, , división medica, archivo, administración, división de diagnóstico de apoyo y servicio de cardiología

	Servicio de Cardiología HNR	Código: MLP-001-16-01
	Control de permisos e inasistencias del personal	Edición: 01
		Página: 47/48
		Fecha: Diciembre 2015
Objetivo: Establecer los pasos a seguir en las actividades desarrolladas por el servicio de cardiología del HNR, para llevar a cabo el control de permisos e inasistencias del personal.		

Responsable:

- ✓ Jefe del Servicio de cardiología
- ✓ Personal
- ✓ Secretaria

Definiciones:

Formato de permiso de SC-HNR: documento utilizado para llenar el permiso a solicitar.

Niveles de responsabilidad

Responsable (R): persona que tiene la competencia, los medios y la autoridad para el desarrollo de una actividad.

Participa (P): persona que aporta sus conocimientos y competencias en el desarrollo de una actividad

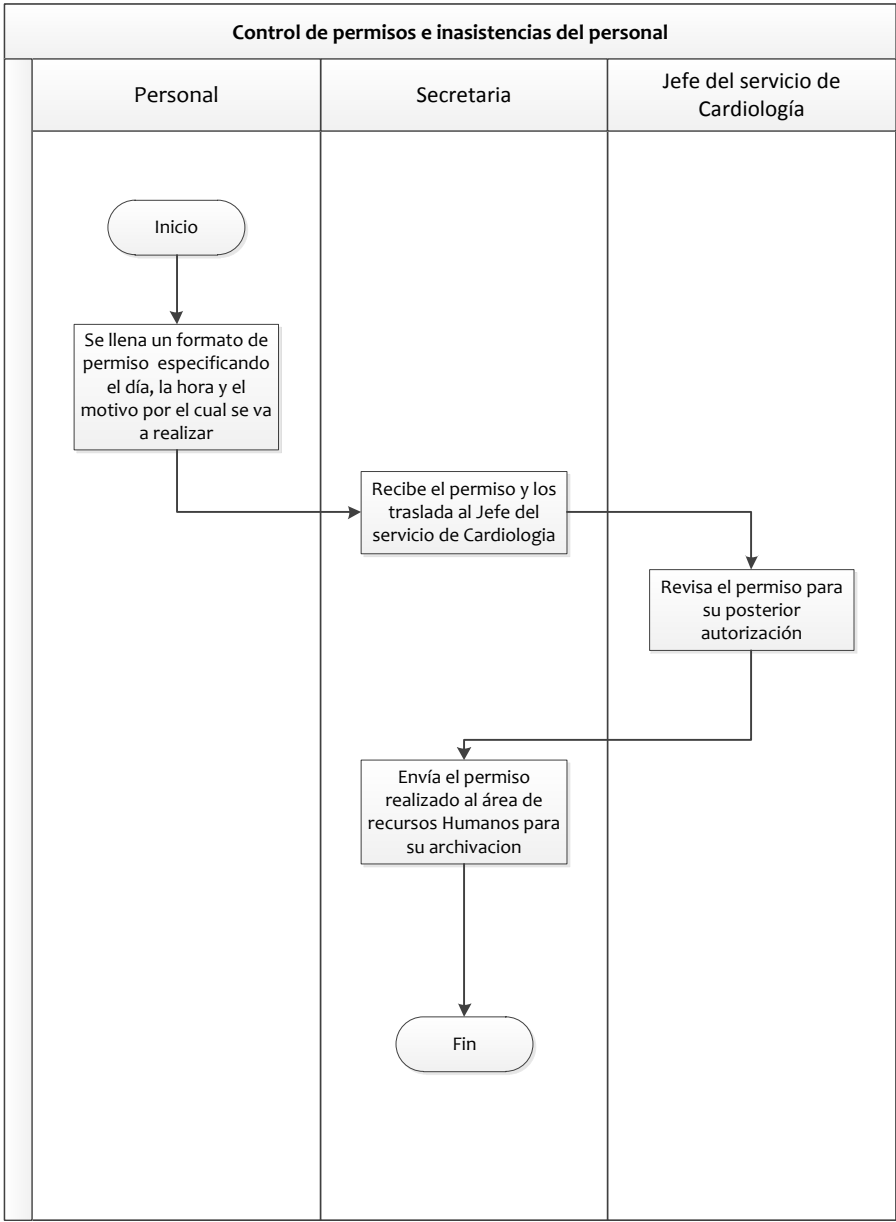
Responsable	Actividad
Personal	Se llena un formato de permiso especificando el día, la hora y el motivo por el cual se va a realizar
Secretaria	Recibe el permiso y los traslada al Jefe del servicio de Cardiología
Jefe del Servicio de cardiología	Revisa el permiso para su posterior autorización
Secretaria	Envía el permiso realizado al área de recursos Humanos para su archivacion




Servicio de Cardiología HNR	Código: MLP-001-16-01
	Edición: 01
	Página: 48/48
	Fecha: Diciembre 2015

Control de permisos e inasistencias del personal

Objetivo: Establecer los pasos a seguir en las actividades desarrolladas por el servicio de cardiología del HNR, para llevar a cabo el control de permisos e inasistencias del personal.




3.23.3 MANUAL DE ORGANIZACIÓN

	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de cardiología HNR
	Índice	Edición: 01
		Página: 1/15
		Fecha: Diciembre 2015

Contenido

INTRODUCCIÓN.....	498
OBJETIVOS.....	3
MANUAL DE ORGANIZACIÓN.....	4
ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.....	5
DECLARACIÓN DE LA MISIÓN Y VISIÓN.....	6
VALORES INSTITUCIONALES.....	7
LÍNEAS ESTRATÉGICAS	8
POSICIONAMIENTO ESTRATÉGICO	10
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.....	11
ACCIONES ESTRATÉGICAS.....	12
PLAN DE TRABAJO.....	13


	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de cardiología HNR
	Introducción	Edición: 01
		Página: 2/15
		Fecha: Diciembre 2015

Introducción

Toda empresa e institución tiene que tomarle mucha importancia al área organizacional para el logro de sus objetivos y metas planteadas, estos objetivos y metas pueden ser a corto, mediano y largo plazo, según la amplitud y magnitud de la empresa. Es decir, su tamaño, ya que esto implica que cantidad de objetivos, metas y actividades debe ejecutar cada unidad operativa, ya sea de niveles superiores o niveles inferiores.

La elaboración del manual organizacional para alcanzar la efectividad administrativa en el servicio de cardiología del Hospital Nacional Rosales, pretende servir como instrumento de acción para el cumplimiento de metas y objetivos propuesto a nivel institucional, logrando facilitar la toma de decisiones a los miembros directivos de la institución.

La propuesta incluye las líneas estratégicas y objetivos del servicio de cardiología, así como componentes de planeación estratégica tales como: declaración de valores, misión y visión y definición de la estructura organizativa del servicio.


	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de cardiología HNR
	Objetivos	Edición: 01
		Página: 3/15
		Fecha: Diciembre 2015

OBJETIVO GENERAL

Constituir la herramienta principal en la dirección y en la toma de decisiones del servicio de cardiología del Hospital Nacional Rosales, definiendo cuáles son las prioridades a abordar y la forma de acometerlas, planteando las líneas maestras de las actividades a realizar y los criterios de decisión a utilizar por los miembros del servicio, para la consecución de la misión y visión del servicio de cardiología en el contexto en el que desarrolla su trabajo y avanzar hacia un modelo de excelencia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Plantear líneas estratégicas de actuación en base a las necesidades que posea el servicio de cardiología y sus pacientes.
- Determinar objetivos estratégicos que permitan garantizar el cumplimiento de la misión y el alcance de la visión del servicio.
- Desarrollar un plan de trabajo con el detalle de actividades a desarrollar para alcanzar los objetivos estratégicos planteados.


	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de cardiología HNR
	Manual de organización	Edición: 01
		Página: 4/15
		Fecha: Diciembre 2015

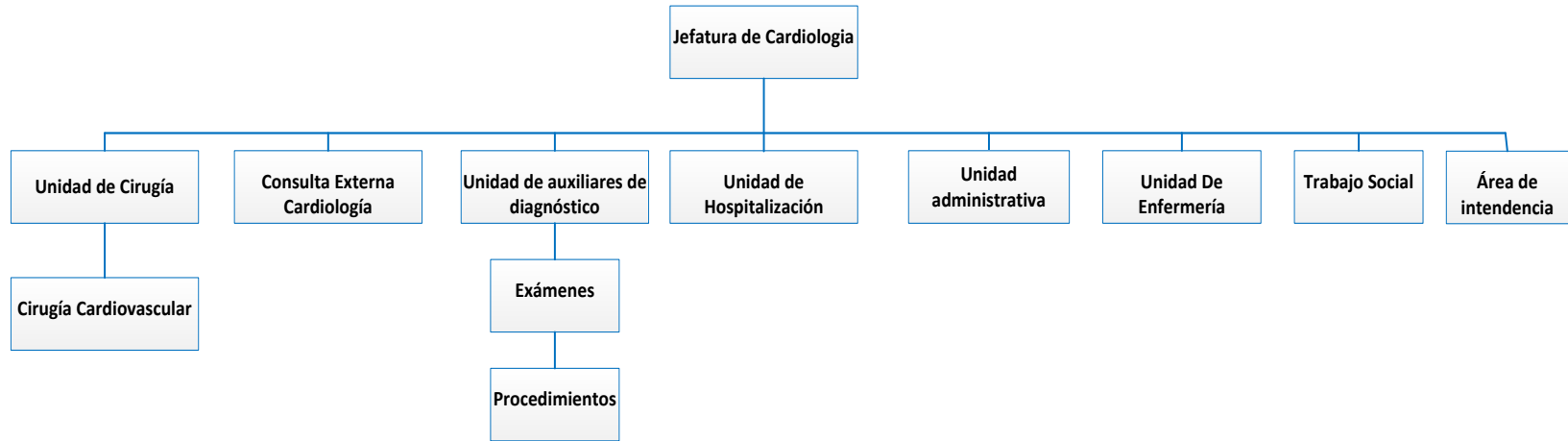
El manual organizativo es un programa de actuación que consiste en aclarar lo que se pretende conseguir y cómo se espera conseguirlo. Esta programación se plasma en un documento de consenso donde se concretan las grandes decisiones que van a orientar la marcha del servicio hacia la gestión excelente.


“La estrategia es el modelo de objetivos, propósitos o metas y de las principales políticas y planes para alcanzarlos, planteados de tal manera que definen en qué negocio está o va a estar la compañía y la clase de compañía que es o va a ser”. K. Andrews (1971).

El manual organizativo, realizado de una forma sistemática, proporciona ventajas notables para el servicio:

- Obliga a la Dirección de la empresa a pensar, de forma sistemática, en el futuro.
- Identifica los cambios y desarrollos que se pueden esperar.
- Aumenta la predisposición y preparación de la empresa para el cambio.
- Mejora la coordinación de actividades.
- Minimiza las respuestas no racionales a los eventos inesperados (anticipación).
- Reduce los conflictos sobre el destino y los objetivos de la empresa.
- Mejora la comunicación.
- Proporciona un marco general útil para la revisión continuada de las actividades.

	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de Cardiología HNR
	Estructura organizacional	Edición: 01
		Página: 5/15
		Fecha: Diciembre 2015




	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de cardiología HNR
	Declaración de la misión y visión	Edición: 01
		Página: 6/15
		Fecha: Diciembre 2015

Misión del servicio de cardiología HNR


Proporcionar asistencia cardiológica eficiente a nuestra población de referencia, y aportar valor añadido a la sociedad a través del desarrollo de actividades docentes e investigadoras, y del ejercicio de la responsabilidad social, para mejorar la educación sanitaria cardiovascular de la sociedad civil de nuestro entorno.

Visión del servicio de cardiología HNR

Ser el mejor centro de alta especialización en medicina cardiovascular, que brinda atención a la población, con criterios preventivos y con capacidad resolutive, buscando la satisfacción integral del usuario que acude al Hospital Nacional Rosales, entendida ésta, como la preservación o restitución plena de su estado de salud; que forme recursos humanos para la salud cardiológica, con altos niveles de calidad técnica, humanística y con un enfoque social hacia la comunidad, que investiga sobre la patología cardiovascular actual del El Salvador y que crea sistemas de atención eficientes fundados en una ética enfocada a las personas.

	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de cardiología HNR
	Valores institucionales	Edición: 01
		Página: 7/15
		Fecha: Diciembre 2015

- **Calidez:** disponemos de la calidad humana en el trato al usuario, reflejados en la conducta y actitud del personal al prestar los servicios.
- **Competencia:** mantenemos la aptitud, idoneidad y capacidad para ejercer el cargo con eficiencia y eficacia.
- **Confidencialidad:** somos reservados en el uso de la información institucional.
- **Equidad:** garantizamos a toda persona igualdad en la prestación de los servicios de cardiología.
- **Lealtad:** somos empleados leales a la Institución, respetamos y cumplimos las normativas, instructivos y lineamientos institucionales.
- **Responsabilidad:** actuamos con el sentido de los deberes y obligaciones que nos compete dentro de la Institución.
- **Transparencia:** nuestras acciones son realizadas con honorabilidad, de tal manera que nos permite la confianza en nuestras operaciones y la disponibilidad para ser objetos de evaluación.
- **Unidad:** estamos comprometidos a trabajar en equipo para brindar una atención de calidad.

	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de cardiología HNR
	Líneas estratégicas	Edición: 01
		Página: 8/15
		Fecha: Diciembre 2015

LÍNEA ESTRATÉGICA 1: ATENCIÓN CENTRADA EN LAS PERSONAS

ESTRATEGIA 1.1: Promover una atención cordial, cálida y segura.

ESTRATEGIA 1.2: Ofrecer una atención integral.

ESTRATEGIA 1.3: Conocer la voz de los pacientes y familiares.

LÍNEA ESTRATÉGICA 2: REORIENTAR LA CULTURA DE LA ORGANIZACIÓN.

ESTRATEGIA 2.1: Fomentar un clima laboral positivo.


ESTRATEGIA 2.2: Diseñar la organización alineada con el Plan Estratégico.

ESTRATEGIA 2.3: Desarrollo de un nuevo estilo de dirección con liderazgo y constancia en los objetivos.

LÍNEA ESTRATÉGICA 3: MEJORA DE LA SEGURIDAD Y CREACIÓN DE NUEVAS INFRASTRUCTURAS Y EQUIPAMIENTOS

ESTRATEGIA 3.1: Diseñar y ejecutar un Plan de Usos, Obras y Equipamientos.

ESTRATEGIA 3.2: Centro de atención sanitario seguro y confortable.

	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de cardiología HNR
	Líneas estratégicas	Edición: 01
		Página: 9/15
		Fecha: Diciembre 2015

LÍNEA ESTRATÉGICA 4: ORIENTACIÓN A LOS RESULTADOS

ESTRATEGIA 4.1: Evaluación de resultados globales.

ESTRATEGIA 4.2: Uso de indicadores de Seguimiento y Control


LÍNEA ESTRATÉGICA 5: COMPROMISO CON LA MEJORA PERMANENTE

ESTRATEGIA 5.1: Revisión periódica de la cartera de servicios

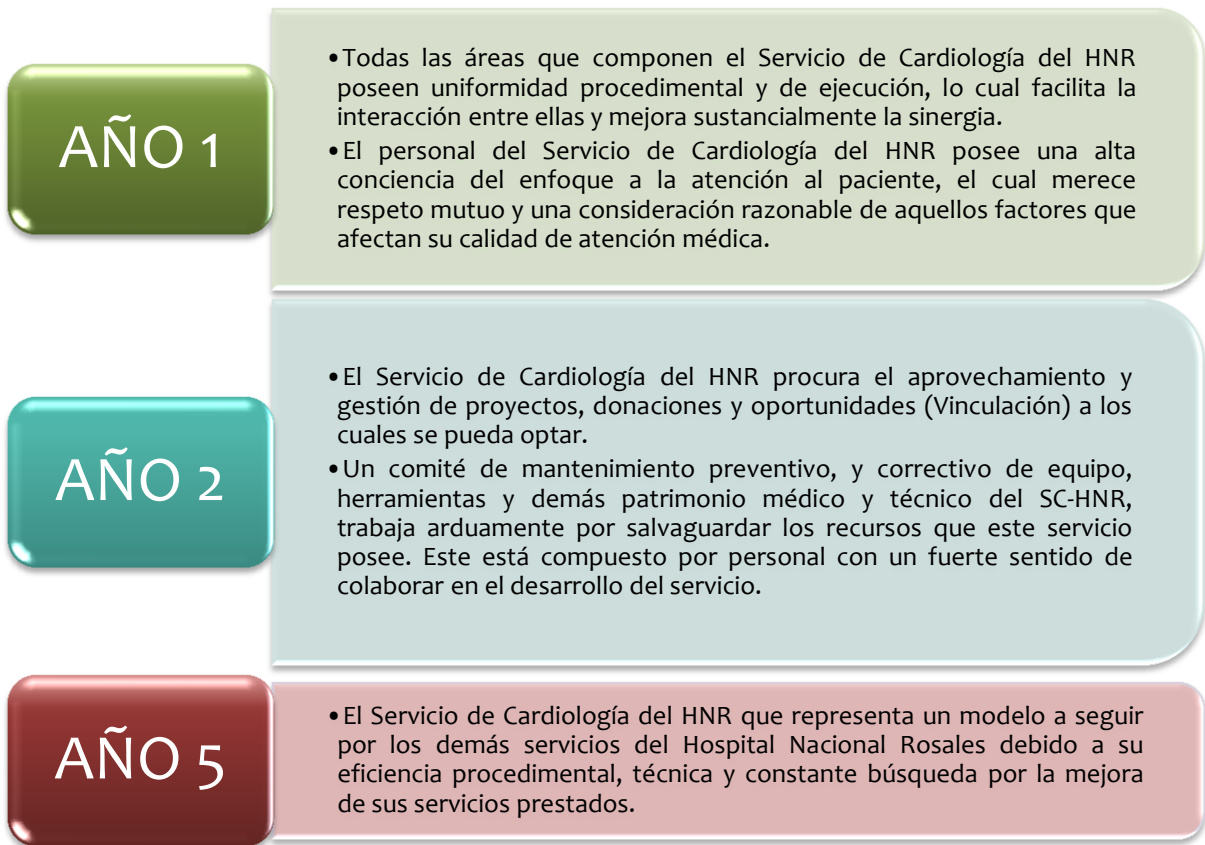
ESTRATEGIA 5.2: Estandarización de procesos.


ESTRATEGIA 5.3: Mejorar la comunicación interna y externa.

ESTRATEGIA 5.4: Aprender los mejores (Benchmarking)

	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de cardiología HNR
	Posicionamiento estratégico	Edición: 01
		Página: 10/15
		Fecha: Diciembre 2015


Se presenta el posicionamiento estratégico como una proyección del servicio de cardiología a futuro. Representa el “Hoy” del servicio y dónde pretende estar en ciertos periodos de tiempo.



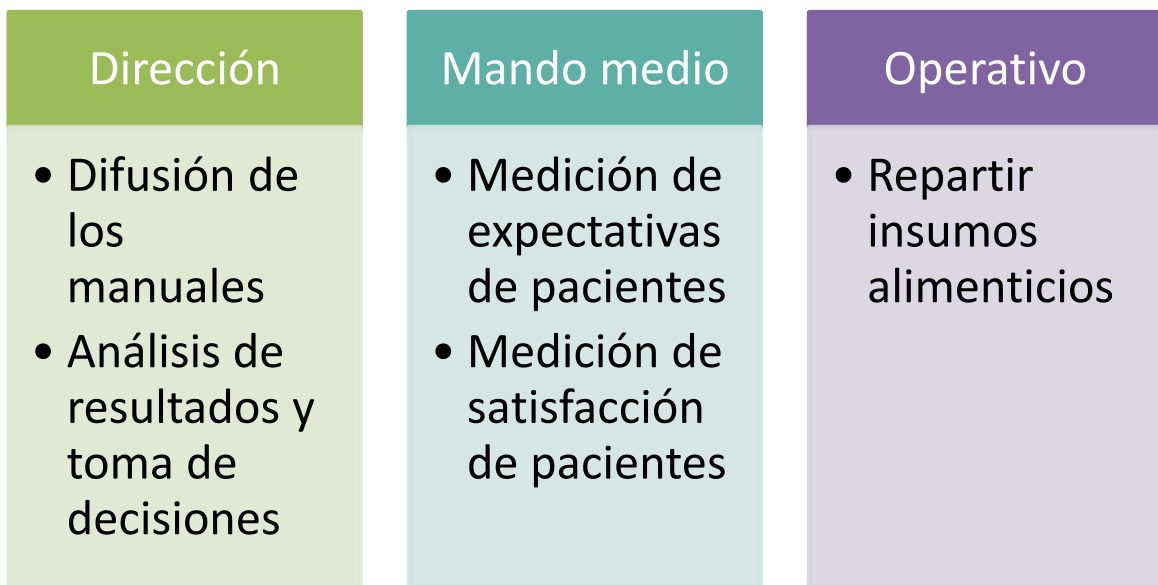
	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de cardiología HNR
	Objetivos estratégicos	Edición: 01
		Página: 11/15
		Fecha: Diciembre 2015


Con base en las líneas estratégicas definidas y al posicionamiento esperado, se plantean los siguientes objetivos estratégicos para el servicio de cardiología:



	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de cardiología HNR
	Acciones estratégicas	Edición: 01
		Página: 12/15
		Fecha: Diciembre 2015


Las acciones estratégicas se dividen en tres grupos:




	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de cardiología HNR
	Plan de trabajo	Edición: 01
		Página: 13/15
		Fecha: Diciembre 2015

ACCIONES ESTRATEGIAS DIRECCIÓN				
ACTIVIDAD	OBJETIVO	PERIODICIDAD	RESPONSABLE	METAS
DIFUSIÓN DE MANUAL DE LA ORGANIZACIÓN DEL SC-HNR	Dar a conocer los lineamientos que se presentan en el manual de procedimientos y de la organización.	Anual Se realizara una vez al principio de cada año.	Jefe de SC-HNR.	Retroalimentación obtenida durante la implementación y contribución a las posibles acciones de mejora y actualización del mismo.
DIFUSIÓN DE MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SC-HNR	Estandarizar los procesos administrativos llevados a cabo en el SC-HNR	Anual Se realizara una vez al principio de cada año cuando requiera actualización.	Jefe de SC-HNR y colaboradores asignados.	Conocimiento de todos los involucrados y responsables sobre las actividades y la secuencia para realizar

				los procedimientos.
DIFUSIÓN DE MANUAL DE PUESTOS Y FUNCIONES DEL SC- HNR	Concientizar sobre la ejecución correcta de las funciones asignadas según el Manual de descripción de puestos del SC-HNR.	Anual Se realizara una vez al principio de cada año cuando requiera actualización.	Jefe de SC-HNR y colaboradores asignados.	Cumplimiento responsable de las funciones asignadas al personal.
ANÁLISIS DE RESULTADOS Y TOMA DE DECISIONES.	Mejorar la calidad de los servicios prestados tomando decisiones oportunas en base a los resultados de las mediciones.	En base a indicadores a nivel de dirección.	Jefe de SC-HNR.	Tomar acciones correctivas en todos los casos que lo ameriten.

	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de cardiología HNR
	Plan de trabajo	Edición: 01
		Página: 14/15
		Fecha: Diciembre 2015

ACCIONES ESTRATEGIAS MANDO MEDIO				
ACTIVIDAD	OBJETIVO	PERIODICIDAD	RESPONSABLE	METAS
MEDICIÓN DE EXPECTATIVAS DE USUARIOS.	Determinar los cambios en las necesidades y expectativas de los usuarios del SC-HNR.	Semestral Se realizara dos veces al año a fin de monitorear los cambios en las expectativas de los usuarios	Encargado de Trabajo Social.	Mejorar la calidad de atención prestada.
MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE USUARIOS	Medir el grado de satisfacción de los usuarios con la atención recibida.	Trimestral El nivel de satisfacción se medirá una vez cada tres meses.	Encargado de Trabajo Social.	Reconocer los aciertos y puntos de mejora en la calidad de la atención prestada.

	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de cardiología HNR
	Plan de trabajo	Edición: 01
		Página: 15/15
		Fecha: Diciembre 2015

ACCIONES ESTRATEGIAS OPERATIVAS				
ACTIVIDAD	OBJETIVO	PERIODICIDAD	RESPONSABLE	METAS
REPARTIR INSUMOS ALIMENTICIOS	Procurar que el agua, el café y el azúcar, que son un pequeño incentivo para los trabajadores, no escaseen.	Diariamente.	Personal de limpieza o de cocina.	Insumos alimenticios a tiempo y cumpliendo con las normas de limpieza. Adicionalmente una cafetera por área sería adecuada.

3.24 RESULTADOS ESPERADOS DEL DISEÑO

3.24.1 REDUCCIÓN DE EFECTOS NEGATIVOS.

Para medir los resultados esperados de implementar las soluciones desarrolladas en la etapa de diagnóstico se realiza un análisis de los efectos negativos que se espera eliminar con la aplicación de la solución e implementación del modelo de Gestión para Servicio de Cardiología del Hospital Nacional Rosales.

De la formulación del problema realizado en la etapa de Diagnostico se extrae el siguiente cuadro resumen del análisis de causa y efecto.

Organización

CAUSAS	EFFECTOS
1. Filosofía estratégica no definida.	1. Falta de dirección en los planes estratégicos. 2. Rumbo de la organización no definido claramente.
2. Carencia de planes de mejora de los procesos.	3. Servicios prestados sin tecnología y conocimientos de vanguardia.
3. Falta de indicadores de aprendizaje de los empleados.	4. Confusión en las tareas a realizar por los usuarios. 5. Desmotivación de los empleados.
4. No existe un plan estratégico periódico.	6. Los empleados trabajan sin una guía a largo plazo.

Infraestructura

CAUSAS	EFFECTOS
1. Mala distribución de espacio físico.	1. Desperdicio de recursos. 2. Insatisfacción de usuarios
2. Señalización inadecuada.	3. Obstaculización de las tareas y el flujo de procesos.
3. Servicios sanitarios inadecuados para personas discapacitadas.	4. Desprestigio de la institución.

Calidad del servicio

CAUSAS	EFFECTOS
1. No se utilizan indicadores para evaluar la calidad y eficacia del servicio.	1. Falta de control en la calidad de los procesos 2. Desconocimiento del rendimiento de los procesos.
2. No se establecen sistemáticamente acciones de mejora continua.	3. Estancamiento de la organización
3. Los indicadores indirectos no se encuentran establecidos formalmente con relación hacia los planes, objetivos y equipos de mejora.	4. Pacientes insatisfechos 5. Desprestigio de la institución.

4. Atención inadecuada por parte del personal de enfermería y el personal administrativo.	6. Inconformidad de los pacientes
5. Falta de organización para promover la mejora en el servicio	7. Desconocimientos de las necesidades y expectativas de los usuarios.

Documentación

CAUSAS	EFFECTOS
1. No se tiene identificado y diseñado el mapa de procesos.	1. Sobre carga de trabajo
2. No existe una documentación formal y definida de los procesos.	2. Servicio no estandarizado. Inexistente documentación de los procesos.
3. Documentación desactualizada o inadecuada de los manuales de puesto	3. Documentación inadecuada 4. Dualidad de mando

Diseño de los procesos

CAUSAS	EFFECTOS
1. Tiempos prolongados de espera para pasar consulta y	1. Desmejora en la prestación del servicio.

obtener citas.	
2. Las tareas no están debidamente asignadas	2. Existen atrasos en la realización de las actividades.
3. No existe formalmente la gestión de cambio en los procesos dentro de la organización	3. Desaprovechamiento de oportunidades de mejora del servicio.

Tabla 111 Cuadro resumen del análisis de causa y efecto.

3.25 EFECTOS REDUCIDOS CON LA APLICACIÓN DE LAS SOLUCIONES.

	ELEMENTO A CONSIDERAR PARA EL DISEÑO DEL SISTEMA FORMAL DE DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS	NOTA PARA SITUACIÓN ACTUAL	OBSERVACIÓN PARA SITUACIÓN ACTUAL (LO QUE SE TIENE ACTUALMENTE)	NOTA ESPERADA PARA SITUACIÓN PROPUESTA	OBSERVACIÓN PARA SITUACIÓN PROPUESTA (EL RESULTADO DEL DISEÑO DEL SISTEMA FORMAL DE DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS)
1	Estratégica institucional	2	Se tiene una estrategia institucional para todo el HNR pero no hay una estrategia específica definida para el Servicio de Cardiología de dicha institución.	4	La estrategia institucional plasmará el papel que el Servicio de Cardiología del HNR tiene con la sociedad y su obligación de disponer de la manera más efectiva de los recursos de los que

					dispone para brindar un servicio de integral para la población que así lo requiera.
2	Procesos	3	Procesos sin identificar, clasificar; no existen protocolos formalmente documentados.	5	Procesos identificados y modelados.
3	Adaptabilidad de procesos	2	Procesos sin considerar las condiciones actuales y recursos disponibles para su realización.	5	Procesos modelados considerando recursos y condiciones actuales del Servicio de Cardiología del HNR.
4	Método de trabajo	1	Trabajadores del servicio de cardiología del HNR siguen su propio método de trabajo.	5	Se les brinda una herramienta que les ayude a identificar el método de trabajo que todos deben seguir, tomando en cuentas las normas y políticas del HNR.
5	Cumplimiento de funciones según cargo	1	Trabajadores desempeñan funciones de otros cargos que nos les corresponden.	4	Trabajadores tendrán manuales de puestos propios del Servicio de Cardiología, en donde les ayude a identificar sus funciones y responsabilidades por cargo.


6	Clima organizacional	2	Clima organizacional condiciona la realización de los procesos y por lo tanto condiciona la satisfacción del usuario; esto es debido a que como no se sigue una estructura definida de procesos, para realizar los procesos se depende mucho de la disposición de los trabajadores de que si quieren realizar esa función o no, por lo tanto al retrasos al realizarlos ya que se deben de realizar reuniones o llamarle la atención al trabajador para que cumpla dicha función o actividad.	4	Por medio de los manuales resuelve esta problemática ya que teniendo un documento escrito y autorizado por la dirección del Servicio de Cardiología del HNR se puede pedir al trabajador que realice esa función o actividad sin necesidad de realizar reuniones no programadas.
7	Autoridad	3	Falta de autoridad de los mandos medios; ya que cuando hay un problema, ya sea grave o leve, los trabajadores o usuarios buscan a dirección.	4	Por medio de un manual de funciones y descripción de puesto (el cual se diseñará) se puede disminuir este problema ya que teniendo un documento aprobado por dirección.
	Totales	14		31	

		40%		88.57%	
--	--	------------	--	---------------	--

Tabla 112 3.25 Efectos reducidos con la aplicación de las soluciones

Con relación a la situación actual se espera que esta mejore en un 48.57% en concordancia a la situación propuesta que planteara el grupo de investigación trayendo con ello beneficios notables en la calidad del servicio prestado por arte del Servicio de Cardiología del Hospital Nacional Rosales.

**3.26 SISTEMA DE
CONTROL SERVICIO DE
CARDIOLOGÍA
HOSPITAL NACIONAL
ROSALES**

	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de Cardiología HNR
	SISTEMA DE CONTROL	Edición: 01
		Página: 1/47
		Fecha: Diciembre 2015

INTRODUCCIÓN


El control es un elemento del proceso administrativo que incluye todas las actividades que se emprenden para garantizar que las operaciones reales coincidan con las operaciones planificadas.

El control ha sido definido bajo dos grandes perspectivas, una perspectiva limitada y una perspectiva amplia. Desde la perspectiva limitada, el control se concibe como la verificación a posteriori de los resultados conseguidos en el seguimiento de los objetivos planteados y el control de gastos invertido en el proceso realizado por los niveles directivos donde la estandarización en términos cuantitativos, forma parte central de la acción de control.

Bajo la perspectiva amplia, el control es concebido como una actividad no sólo a nivel directivo, sino de todos los niveles y miembros de la entidad, orientando a la organización hacia el cumplimiento de los objetivos propuestos bajo mecanismos de medición cualitativos y cuantitativos.

Todo esto lleva a pensar que el control es un mecanismo que permite corregir desviaciones a través de indicadores cualitativos y cuantitativos dentro de un contexto social amplio, a fin de lograr el cumplimiento de los objetivos claves para el éxito organizacional.

En la presente guía se muestra como desarrollar el sistema de control para el SC-HNR, dicho sistema de control servirá de apoyo para darle seguimiento a las actividades orientadas a cumplir con los objetivos estratégicos propuestos.

	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de Cardiología HNR
	SISTEMA DE CONTROL	Edición: 01
		Página: 2/47
		Fecha: Diciembre 2015


OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Establecer las medidas adecuadas de seguimiento que permitan tomar acciones oportunas a las desviaciones encontradas entre lo planificado y lo ejecutado en cada una de las actividades operativas y estratégicas del SC-HNR.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los elementos clave a los cuales se les dará el seguimiento.
- Establecer el tiempo oportuno para medir el cumplimiento de las actividades operativas y estratégicas.
- Definir a los responsables de medir cada uno de los elementos clave a los cuales se les dará seguimiento.
- Determinar el flujo de información adecuado para que esta se encuentre en el momento oportuno y sirva en la toma de decisiones.

	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de Cardiología HNR
	DEFINICIÓN DE CONTROL	Edición: 01
		Página: 3/47
		Fecha: Diciembre 2015

DEFINICIÓN DE CONTROL


El control es la función administrativa por medio de la cual se evalúa el rendimiento.

Para Henri Fayol, citado por Melinkoff (1990), el control "Consiste en verificar si todo se realiza conforme al programa adoptado, a las órdenes impartidas y a los principios administrativos...Tiene la finalidad de señalar las faltas y los errores a fin de que se pueda repararlos y evitar su repetición".

Analizando la definición citada, se determina que el control posee ciertos elementos que son básicos o esenciales:

- En primer lugar, se debe llevar a cabo un proceso de supervisión de las actividades realizadas.
- En segundo lugar, deben existir estándares o patrones establecidos para determinar posibles desviaciones de los resultados.
- En un tercer lugar, el control permite la corrección de errores, de posibles desviaciones en los resultados o en las actividades realizadas.
- Y en último lugar, a través del proceso de control se debe planificar las actividades y objetivos a realizar, después de haber hecho las correcciones necesarias.

En conclusión se define el control como la función que permite la supervisión y comparación de los resultados obtenidos contra los resultados esperados originalmente, asegurando además que la acción dirigida se esté llevando a cabo de acuerdo con los planes de la organización y dentro de los límites de la estructura organizacional.

	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de Cardiología HNR
	IMPORTANCIA DEL CONTROL DENTRO DEL PROCESO ADMINISTRATIVO Y TIPOS DE INDICADORES	Edición: 01
		Página: 4/47
		Fecha: Diciembre 2015

IMPORTANCIA DEL CONTROL DENTRO DEL PROCESO ADMINISTRATIVO

El control se enfoca en evaluar y corregir el desempeño de las actividades para asegurar que los objetivos y planes de la organización se están llevando a cabo.


De aquí se puede deducir la gran importancia que tiene el control, pues es solo a través de esta función que se logra precisar si lo realizado se ajusta a lo planeado y en caso de existir desviaciones, se identifican los responsables y corregir dichos errores.

Sin embargo es conveniente recordar que no debe existir solo el control a posteriori, sino que, al igual que el planteamiento, debe ser, por lo menos en parte, una labor de previsión. En este caso se puede estudiar el pasado para determinar lo que ha ocurrido y porque los indicadores no han sido alcanzados; de esta manera se puede adoptar las medidas necesarias para que en el futuro no se cometan los errores del pasado.

Además siendo el control la última de las funciones del proceso administrativo, esta cierra el ciclo del sistema al proveer retroalimentación respecto a desviaciones significativas contra el desempeño planeado. La retroalimentación de información pertinente a partir de la función de control puede afectar el proceso de planeación.

TIPOS DE INDICADORES

- **Indicadores a nivel de Dirección:** Son los que ayudan a tomar decisiones que tienen que ver con aspectos que conciernen a la cartera de negocios y el que hacer de la organización.
- **Indicadores a nivel de Mando medio:** Son los que sirven de apoyo para desarrollar bases con las cuales se logrará una ventaja competitiva, ventaja que pueda consistir en un liderazgo en costos o en la diferenciación de los servicios.
- **Indicadores a nivel Operativo:** Miden el desempeño de cada una de las funciones de la organización.

	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de Cardiología HNR
	LISTADO DE INDICADORES DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA EN EL HNR Y CODIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS.	Edición: 01
		Página: 5/47
		Fecha: Diciembre 2015

LISTADO DE INDICADORES DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA EN EL HNR.

A continuación se presenta un sistema de indicadores que tendrá como principal objetivo proveer información de calidad a la Dirección y a 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:

CODIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS.

Para una mejor identificación y control de los procedimientos desarrollados en el Servicio de Cardiología del Hospital Nacional Rosales se determina un sistema de codificación para los mismos.

La codificación se simboliza de la siguiente manera:

XX-001-16-01

En donde:

XX: Siglas que representa el nombre del área al que pertenece el procedimiento.


001: Numero correlativo del procedimiento o formulario.

16: Representa el año en que se creó o actualizo por última vez el procedimiento.

01: Numero de versión.


Listado de Siglas para áreas de trabajo del Servicio de cardiología del Hospital nacional Rosales:

ÁREA DE TRABAJO	SIGLAS
Indicadores Globales	IG
Indicadores estratégicos	IE
Indicadores Operativos	IO

	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de Cardiología HNR
	CATÁLOGO DE INDICADORES	Edición: 01
		Página: 6/47
		Fecha: Diciembre 2015

Catálogo de indicadores

Área	Procedimiento	Código
Indicadores globales del SC-HNR	Rendimiento de los servicios médicos, servicios de apoyo	IG-001-16-01
	Atenciones Brindadas a usuarios por primera vez al centro.	IG-002-16-01
	Intensidad de los usos de los servicios médicos y de apoyo.	IG-003-16-01
	Tiempos de espera en atención Médica por primera vez	IG-004-16-01
	Demanda de servicios por edad y sexo	IG-005-16-01
	Demandas de servicios por procedencia	IG-006-16-01
	Demanda de usuarios por Tipo de Servicio	IG-007-16-01
	Usuarios atendidos en los servicios médicos de acuerdo a su discapacidad	IG-08-16-01
	Diagnósticos más frecuentes	IG-009-16-01
	Tipo de alta	IG-010-16-01
	Altas con o sin mejoría	IG-011-16-01
Indicadores estratégicos del SC-HNR	Porcentaje de procesos sistematizados	IE-001-16-01
	Índice de calidad del usuario	IE-002-16-01
	Índice de calidad del cliente interno	IE-003-16-01
	Índice de cobertura de usuarios HOSPITAL	IE-004-16-01
	Eficiencia del SC-HNR	IE-005-16-01
	Índice de calidad del servicio	IE-006-16-01

	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de Cardiología HNR
	CATÁLOGO DE INDICADORES	Edición: 01
		Página: 7/47
		Fecha: Diciembre 2015


Indicadores operativos del SC-HNR	Porcentaje de nuevos usuarios	IO-006-16-01
	Porcentaje de subsecuentes y post operatorio	IO-006-16-01
	Cantidad de personas en lista de espera al final de un mes	IO-006-16-01
	Porcentaje de terapias efectivas	IO-006-16-01
	% de la demanda por procedimiento.	IO-006-16-01

	Servicio de Cardiología HNR	Código: IG-001-16-01
	INDICADORES GLOBALES DEL SC-HNR, RENDIMIENTO DE LOS SERVICIOS MÉDICOS, SERVICIOS DE APOYO	Edición: 01
		Página: 8/47
		Fecha: Diciembre 2015


INDICADORES GLOBALES DEL SC-HNR

Este tipo de indicador son los utilizados por el SC-HNR por lo cual se han tomado los más representativos para el SC-HNR con el objetivo de medir ciertos aspectos generales del modelo:


FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR			
GLOBALES DEL SC-HNR			
Indicador	Rendimiento de los servicios médicos, servicios de apoyo.	Código	IG-001-16-01
Objetivo	Medir el nivel de cumplimiento mensual de las actividades programadas a nivel de recurso humano, programas, áreas, servicios, centros de atención e institucional, así como su porcentaje de cumplimiento anual.		
Definición	Actividades realizadas: corresponde al número de atenciones brindadas Actividades programadas: Corresponde al número de actividades programadas.		
Unidad de Medida	Porcentaje	Fórmula para su cálculo	$\frac{\text{Total de actividades realizadas}}{\text{Total de actividades programadas}} \times 100$
Fuentes de Datos	Sistema de control de la Gestión técnica	Periodicidad	Mensual y Anual
Tipo de Indicador	Producción: rendimiento	Nivel de Aplicación	Operativo y Gerencial
Responsable	Equipo de Gestión Estratégica del SC-HNR.		
Objetivo Mínimo Permisible	75%	Objetivo a alcanzar	100%

	Servicio de Cardiología HNR	Código: IG-002-16-01
	INDICADORES GLOBALES DEL SC-HNR, ATENCIONES BRINDADAS A USUARIOS POR PRIMERA VEZ AL CENTRO.	Edición: 01
		Página: 9/47
		Fecha: Diciembre 2015


FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR			
GLOBALES DEL Equipo de Gestión Estratégica del SC-HNR.			
Indicador	Atenciones Brindadas a usuarios por primera vez al centro.	Código	IG-002-16-01
Objetivo	Accesibilidad a usuarios de primera vez a los servicios con relaciona la demanda total de usuarios que buscan los servicios del SC-HNR.		
Definición	Actividad brindada a usuarios de primera vez en la especialidad o en los servicios de apoyo diagnóstico. Total de Usuarios que demanda los servicios del centro por primera vez.		
Cálculo	$\frac{\text{Total de atenciones brindadas por primera vez}}{\text{Total de usuarios que demandan los servicios por primera vez}} \times 100$		
Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad	Mensual y anual
Fuente de datos	Sistema Epidemiológico	Nivel de aplicación	Operativo y Gerencial
Tipo de indicador	Accesibilidad PROCESO	Responsable	Equipo de Gestión Estratégica del SC-HNR.
Objetivo mínimo permisible	80%	Objetivo a alcanzar	95%

	Servicio de Cardiología HNR	Código: IG-003-16-01
	INDICADORES GLOBALES DEL SC-HNR, INTENSIDAD DE LOS USOS DE LOS SERVICIOS MÉDICOS Y DE APOYO.	Edición: 01
		Página: 10/47
		Fecha: Diciembre 2015


FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR			
GLOBALES DE SC-HNR			
Indicador	Intensidad de los usos de los servicios médicos y de apoyo.	Código	IG-003-16-01
Objetivo	Promedio de consultas brindadas a cada usuario en los servicios médicos y de apoyo		
Definición	Número de consultas: corresponde al total de consultas de la especialidad o de apoyo en un periodo de tiempo. Total de usuarios: corresponde al total de usuarios atendidos en la especialidad o de apoyo en un periodo de tiempo		
Cálculo	$\frac{\text{Número de consultas de la especialidad}}{\text{Número de usuarios atendidos en la especialidad}} \times 100$		
Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad	Mensual y anual
Fuente de datos	Sistema de Control de la Gestión Técnica	Nivel de aplicación	Operativo y Gerencial
Tipo de indicador	Accesibilidad PROCESO	Responsable	Equipo de Gestión Estratégica del SC-HNR.
Objetivo mínimo permisible	70%	Objetivo a alcanzar	90%

	Servicio de Cardiología HNR	Código: IG-004-16-01
	INDICADORES GLOBALES DEL SC- HNR, TIEMPOS DE ESPERA EN ATENCIÓN MÉDICA POR PRIMERA VEZ	Edición: 01
		Página: 11/47
		Fecha: Diciembre 2015


FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR			
GLOBALES DE SC-HNR			
Indicador	Tiempos de espera en atención Médica por primera vez	Código	IG-004-16-01
Objetivo	Tiempo transcurrido entre la apertura del expediente y la atención brindada en los servicios médicos o de apoyo por primera vez		
Definición	Fecha de consulta médica por primera vez, menos la fecha de apertura de expediente (demanda del servicio).		
Cálculo	$\frac{\text{Fecha en que se brindó la atención} - \text{Fecha de apertura de Expediente}}{\text{}}$		
Unidad de Medida	Meses	Periodicidad	Mensual y anual
Fuente de datos	Sistema Epidemiológico	Nivel de aplicación	Operativo y Gerencial
Tipo de indicador	Proceso	Responsable	Equipo de Gestión y Vigilancia Epidemiológica del centro
Objetivo mínimo permisible	2 meses	Objetivo a alcanzar	1 mes

	Servicio de Cardiología HNR	Código: IG-004-16-01
	INDICADORES GLOBALES DEL SC-HNR, TIEMPOS DE ESPERA EN ATENCIÓN MÉDICA POR PRIMERA VEZ	Edición: 01
		Página: 12/47
		Fecha: Diciembre 2015


FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR			
GLOBALES DE SC-HNR			
Indicador	Tiempos de espera en atención Médica por primera vez	Código	IG-004-16-01
Objetivo	Tiempo transcurrido entre la apertura del Expediente y la atención en los servicios de Rehabilitación		
Definición	Fecha de inicio de servicios de rehabilitación, menos la Fecha de la apertura de expediente (demandada del servicio)		
Cálculo	<i>Fecha de cuando se brindó la atención en Rehabilitación – Fecha de apertura de Expediente</i>		
Aspectos metodológicos	La información necesaria y el indicador se encuentran desarrollados en el Sistema Epidemiológico.		
Unidad de Medida	Meses	Periodicidad	Mensual y anual
Fuente de datos	Sistema Epidemiológico	Nivel de aplicación	Operativo y Gerencial
Tipo de indicador	Proceso	Responsable	Equipo de Gestión y Vigilancia Epidemiológica del centro
Objetivo mínimo permisible	1.5 meses	Objetivo a alcanzar	1 mes

	Servicio de Cardiología HNR	Código: IG-005-16-01
	INDICADORES GLOBALES DEL SC-HNR, DEMANDA DE SERVICIOS POR EDAD Y SEXO	Edición: 01
		Página: 13/47
		Fecha: Diciembre 2015


FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR			
GLOBALES DE SC-HNR			
Indicador	Demanda de servicios por edad y sexo	Código	IG-005-16-01
Objetivo	Usuarios que acuden por primera vez a los centros demandando los servicios de acuerdo a la edad y sexo.		
Definición	Usuarios por edad y sexo que demandan los servicios del centro por primera vez. Total de usuarios que demandan los servicios del centro por primera vez.		
Cálculo	$\frac{\text{Usuarios que demandan por primera vez por edad y sexo}}{\text{Total de usuarios que demandan servicio del centro por primera vez}}$		
Aspectos metodológicos	La información necesaria y el indicador se encuentran desarrollados en el Sistema Epidemiológico.		
Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad	Mensual y anual
Fuente de datos	Sistema Epidemiológico	Nivel de aplicación	Operativo y Gerencial
Tipo de indicador	Epidemiológico	Responsable	Equipo de Gestión y Vigilancia Epidemiológica del centro
Objetivo mínimo permisible	80%	Objetivo a alcanzar	100%

	Servicio de Cardiología HNR	Código: IG-006-16-01
	INDICADORES GLOBALES DEL SC-HNR, DEMANDAS DE SERVICIOS POR PROCEDENCIA	Edición: 01
		Página: 14/47
		Fecha: Diciembre 2015


FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR			
GLOBALES DE SC-HNR			
Indicador	Demandas de servicios por procedencia	Código	IG-006-16-01
Objetivo	Usuarios que acuden por primera vez a los centros demandando los servicios de acuerdo al lugar de procedencia		
Definición	Usuarios por edad y sexo que demandan los servicios del centro por primera vez. Total de usuarios que demandan los servicios del centro por primera vez.		
Cálculo	$\frac{\text{Usuarios que demandan por primera vez por procedencia}}{\text{Total de usuarios que demandan servicio del centro por primera vez}}$		
Aspectos metodológicos	La información necesaria y el indicador se encuentran desarrollados en el Sistema Epidemiológico.		
Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad	Mensual y anual
Fuente de datos	Sistema Epidemiológico	Nivel de aplicación	Operativo y Gerencial
Tipo de indicador	Epidemiológico	Responsable	Equipo de Gestión y Vigilancia Epidemiológica del centro
Objetivo mínimo permisible	85%	Objetivo a alcanzar	100%

	Servicio de Cardiología HNR	Código: IG-007-16-01
	INDICADORES GLOBALES DEL SC- HNR, DEMANDA DE USUARIOS POR TIPO DE SERVICIO	Edición: 01
		Página: 15/47
		Fecha: Diciembre 2015


FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR			
GLOBALES DE SC-HNR			
Indicador	Demanda de usuarios por Tipo de Servicio	Código	IG-007-16-01
Objetivo	Usuarios que acuden por primera vez a los centros demandando un tipo de servicio de las áreas médicas, de apoyo y de Rehabilitación		
Definición	Usuarios que demandan por primera vez un tipo de los servicios Total de usuarios que demandan los servicios del centro por primera vez		
Cálculo	$\frac{\text{Usuarios que demandan por primera vez un tipo de servicio}}{\text{Total de usuarios que demandan servicio del centro por primera vez}}$		
Aspectos metodológicos	La información necesaria y el indicador se encuentran desarrollados en el Sistema Epidemiológico.		
Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad	Mensual y anual
Fuente de datos	Sistema Epidemiológico	Nivel de aplicación	Operativo y Gerencial
Tipo de indicador	Procesos	Responsable	Equipo de Gestión y Vigilancia Epidemiológica del centro
Objetivo mínimo permisible	85%	Objetivo a alcanzar	100%

	Servicio de Cardiología HNR	Código: IG-08-16-01
	INDICADORES GLOBALES DEL SC- HNR, USUARIOS ATENDIDOS EN LOS SERVICIOS MÉDICOS DE ACUERDO A SU DISCAPACIDAD	Edición: 01
		Página: 16/47
		Fecha: Diciembre 2015


FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR			
GLOBALES DE SC-HNR			
Indicador	Usuarios atendidos en los servicios médicos de acuerdo a su discapacidad	Código	IG-08-16-01
Objetivo	Frecuencia y discapacidad de usuarios en los servicios médicos		
Definición	Usuarios por discapacidad atendidos en los servicios médicos del centro Total de usuarios atendidos en los servicios médicos		
Cálculo	$\frac{\text{Usuarios atendidos de acuerdo a su discapacidad}}{\text{Total de usuarios atendidos}} \times 100$		
Aspectos metodológicos	Cruce de variables por edad, procedencia especialidad médica, discapacidad. Diagnóstico causas. Primera vez o subsecuente. Los indicadores se encuentran desarrollados en el Sistema Epidemiológico.		
Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad	Mensual y anual
Fuente de datos	Sistema Epidemiológico	Nivel de aplicación	Operativo y Gerencial
Tipo de indicador	Epidemiológico	Responsable	Equipo de Gestión y Vigilancia Epidemiológica del centro
Objetivo mínimo permisible	90%	Objetivo a alcanzar	100%

	Servicio de Cardiología HNR	Código: IG-08-16-01
	INDICADORES GLOBALES DEL SC-HNR, USUARIOS ATENDIDOS EN LOS SERVICIOS MÉDICOS DE ACUERDO A SU DISCAPACIDAD	Edición: 01
		Página: 17/47
		Fecha: Diciembre 2015


FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR			
GLOBALES DE SC-HNR			
Indicador	Usuarios atendidos en los servicios médicos de acuerdo a su discapacidad	Código	IG-08-16-01
Objetivo	Frecuencia y discapacidad de usuarios en los servicios médicos		
Definición	Usuarios por discapacidad atendidos en los servicios médicos del centro Total de usuarios atendidos en los servicios médicos		
Cálculo	$\frac{\text{Usuarios atendidos de acuerdo a su discapacidad}}{\text{Total de usuarios atendidos}} \times 100$		
Aspectos metodológicos	Cruce de variables por edad, procedencia especialidad médica, discapacidad. Diagnóstico causas. Primera vez o subsecuente. Los indicadores se encuentran desarrollados en el Sistema Epidemiológico.		
Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad	Mensual y anual
Fuente de datos	Sistema Epidemiológico	Nivel de aplicación	Operativo y Gerencial
Tipo de indicador	Epidemiológico	Responsable	Equipo de Gestión y Vigilancia Epidemiológica del centro
Objetivo mínimo permisible	90%	Objetivo a alcanzar	100%

	Servicio de Cardiología HNR	Código: IG-009-16-01
	INDICADORES GLOBALES DEL SC-HNR, DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES	Edición: 01
		Página: 18/47
		Fecha: Diciembre 2015


FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR			
GLOBALES DE SC-HNR			
Indicador	Diagnósticos más frecuentes	Código	IG-009-16-01
Objetivo	Diagnósticos más frecuentes relacionados o no con discapacidad		
Definición	Número de casos por diagnóstico: es el número de casos de igual diagnóstico realizado en los servicios médicos. Total de diagnósticos en un periodo determinado		
Cálculo	$\frac{\text{Números de casos de igual Diagnóstico}}{\text{Total de diagnósticos}} \times 100$		
Aspectos metodológicos	Cruce de variables por edad, procedencia, especialidad médica, discapacidad, diagnóstico, causa, primera vez o subsecuente. Los indicadores se encuentran desarrollados en el Sistema Epidemiológico.		
Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad	Mensual y anual
Fuente de datos	Sistema Epidemiológico	Nivel de aplicación	Operativo y Gerencial
Tipo de indicador	Epidemiológico	Responsable	Equipo de Gestión y Vigilancia Epidemiológica del centro
Objetivo mínimo permisible	85%	Objetivo a alcanzar	100%

	Servicio de Cardiología HNR	Código: IG-010-16-01
	INDICADORES GLOBALES DEL SC- HNR, TIPO DE ALTA	Edición: 01
		Página: 19/47
		Fecha: Diciembre 2015

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR			
GLOBALES DE SC-HNR			
Indicador	Tipo de alta	Código	IG-010-16-01
Objetivo	Tipos de alta de acuerdo al programa de Rehabilitación		
Definición	Número de Altas de igual tipo en el mismo programa Total de altas del programa diagnóstico en un periodo determinado		
Cálculo	$\frac{\text{Número de altas del mismo tipo en el mismo programa}}{\text{Total de altas del programa}} \times 100$		
Aspectos metodológicos	La información necesaria y el indicador se encuentran desarrollados en el Sistema Epidemiológico.		
Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad	Mensual y anual
Fuente de datos	Sistema Epidemiológico	Nivel de aplicación	Operativo y Gerencial
Tipo de indicador	Proceso	Responsable	Equipo de Gestión y Vigilancia Epidemiológica del centro
Objetivo mínimo permisible	85%	Objetivo a alcanzar	100%

	Servicio de Cardiología HNR	Código: IG-011-16-01
	INDICADORES GLOBALES DEL SC-HNR, ALTAS CON O SIN MEJORÍA	Edición: 01
		Página: 20/47
		Fecha: Diciembre 2015


FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR			
GLOBALES DE SC-HNR			
Indicador	Altas con o sin mejoría	Código	IG-011-16-01
Objetivo	Porcentaje de pacientes dados de alta con o sin mejoría en su proceso		
Definición	Número de altas de igual tipo en el mismo programa Total de altas del programa Diagnostico en un periodo determinado		
Cálculo	$\frac{\text{Numero de altas con mejoria o sin mejoria}}{\text{Total de altas del programa}} \times 100$		
Aspectos metodológicos	La información necesaria y el indicador se encuentran desarrollados en el Sistema Epidemiológico.		
Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad	Mensual y anual
Fuente de datos	Sistema Epidemiológico	Nivel de aplicación	Operativo y Gerencial
Tipo de indicador	Impacto	Responsable	Equipo de Gestión y Vigilancia Epidemiológica del centro
Objetivo mínimo permisible	80%	Objetivo a alcanzar	95%

	Servicio de Cardiología HNR	Código: IE-001-16-01
	INDICADORES ESTRATÉGICOS, PORCENTAJE DE PROCESOS SISTEMATIZADOS	Edición: 01
		Página: 21/47
		Fecha: Diciembre 2015


INDICADORES ESTRATÉGICOS

Para el cumplimiento de las estrategias que competen a la realización de este proyecto, se definirán los indicadores correspondientes a estas, que proveerán el mecanismo por el cual se evaluará a la organización en dichas áreas:


FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR			
ESTRATÉGICOS			
Indicador	Porcentaje de procesos sistematizados	Código	IE-001-16-01
Objetivo	Cantidad de procesos que poseen una sistematización clara y definida, conocida por toda la organización del HOSPITAL		
Definición	Total de procesos que se van a automatizar Total de procesos de todo el centro		
Cálculo	$\frac{\text{Procesos Sistematizados}}{\text{Total de procesos}} \times 100$		
Aspectos metodológicos	La información necesaria para el cálculo del indicador se encuentra en la matriz de procesos		
Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad	Semestral
Fuente de datos	Matriz de procesos	Nivel de aplicación	Estratégico
Tipo de indicador	Proceso	Responsable	Administrador del Sistema Automatizado
Objetivo mínimo permisible	70%	Objetivo a alcanzar	80%

	Servicio de Cardiología HNR	Código: IE-002-16-01
	INDICADORES ESTRATÉGICOS, ÍNDICE DE CALIDAD DEL USUARIO	Edición: 01
		Página: 22/47
		Fecha: Diciembre 2015


FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR			
ESTRATÉGICOS			
Indicador	Índice de calidad del usuario	Código	IE-002-16-01
Objetivo	Conocer la percepción de calidad del servicio tanto de los usuarios como de los clientes internos de esta forma detectar áreas de mejora en cuanto a las expectativas y requerimientos del cliente		
Definición	La sumatoria del total de dimensiones para los dos tipos de usuarios Número de dimensiones de usuarios		
Cálculo	$\frac{\sum \text{Dimensiones}}{\# \text{ Dimensiones}} \times 100$		
Aspectos metodológicos	La información necesaria para el desarrollo del indicador se encuentra en la evaluación de índice de satisfacción de cliente interno y externo		
Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad	Trimestral
Fuente de datos	Encuestas de satisfacción	Nivel de aplicación	Estratégico
Tipo de indicador	Calidad	Responsable	Equipo de apoyo a la gestión
Objetivo mínimo permisible	70%	Objetivo a alcanzar	90%

	Servicio de Cardiología HNR	Código: IE-003-16-01
	INDICADORES ESTRATÉGICOS, ÍNDICE DE CALIDAD DEL CLIENTE INTERNO	Edición: 01
		Página: 23/47
		Fecha: Diciembre 2015


FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR			
ESTRATÉGICOS			
Indicador	Índice de calidad del cliente interno	Código	IE-003-16-01
Objetivo	Identificar aspectos de mejora de la calidad del servicio desde una perspectiva interna con ayuda de los principales artífices del proceso		
Definición	Sumatoria de dimensiones del cliente interno Número de dimensiones del cliente interno		
Cálculo	$\frac{\sum Dimensiones}{\# Dimensiones} \times 100$		
Aspectos metodológicos	La información necesaria para el desarrollo del indicador se encuentra en las encuestas realizadas al cliente interno del HOSPITAL		
Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad	Mensual y Anual
Fuente de datos	Entrevistas Internas	Nivel de aplicación	Estratégico
Tipo de indicador	Calidad	Responsable	Equipo de apoyo a la gestión
Objetivo mínimo permisible	75%	Objetivo a alcanzar	90%

	Servicio de Cardiología HNR	Código: IE-004-16-01
	INDICADORES ESTRATÉGICOS, ÍNDICE DE COBERTURA DE USUARIOS HOSPITAL	Edición: 01
		Página: 24/47
		Fecha: Diciembre 2015


FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR			
ESTRATÉGICOS			
Indicador	Índice de cobertura de usuarios HOSPITAL	Código	IE-004-16-01
Objetivo	Conocer la cantidad de usuarios atendidos y corroborar el aumento según programas llevados a cabo para la detección temprana de la discapacidad		
Definición	Cantidad de usuarios que son atendidos cada 6 meses		
Cálculo	<i>Cantidad de usuarios atendidos semestralmente</i>		
Aspectos metodológicos	La información necesaria para el desarrollo del indicador se encuentra en las estadísticas que posee el centro		
Unidad de Medida	Cantidad	Periodicidad	Semestral
Fuente de datos	Sistema Epidemiológico	Nivel de aplicación	Estratégico
Tipo de indicador	Proceso	Responsable	Unidad de Estadísticas en Rehabilitación y Epidemiología
Objetivo mínimo permisible	Cantidad de Usuarios	Objetivo a alcanzar	Cantidad de Usuarios

	Servicio de Cardiología HNR	Código: IE-005-16-01
	INDICADORES ESTRATÉGICOS, EFICIENCIA DEL SC-HNR	Edición: 01
		Página: 25/47
		Fecha: Diciembre 2015

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR			
ESTRATÉGICOS			
Indicador	Eficiencia del SC-HNR	Código	IE-005-16-01
Objetivo	Conocer la utilización correcta de los recursos		
Definición	Tiempo total de utilización de los recursos disponibles. Tiempo total disponible		
Cálculo	$\frac{\text{Tiempo de Utilización}}{\text{Tiempo Disponible}} \times 100$		
Aspectos metodológicos	La información necesaria para el desarrollo del indicador se encuentra en la simulación de los procesos		
Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad	Mensual y Anual
Fuente de datos	Simulación	Nivel de aplicación	Estratégico
Tipo de indicador	Eficiencia	Responsable	Director HOSPITAL
Objetivo mínimo permisible	85%	Objetivo a alcanzar	95%

	Servicio de Cardiología HNR	Código: IE-006-16-01
	INDICADORES ESTRATÉGICOS, ÍNDICE DE CALIDAD DEL SERVICIO	Edición: 01
		Página: 26/47
		Fecha: Diciembre 2015

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR			
ESTRATÉGICOS			
Indicador	Índice de calidad del servicio	Código	IE-006-16-01
Objetivo	Conocer la percepción de calidad del servicio tanto de los usuarios como de los clientes internos de esta forma detectar áreas de mejora en cuanto a las expectativas y requerimientos del cliente		
Definición	Sumatoria de la multiplicación del índice de calidad del cliente interno por el índice de calidad de los usuarios		
Cálculo	$\frac{\sum IDC \cdot IDU}{2} \times 100$		
Aspectos metodológicos	La información necesaria para el desarrollo del indicador se encuentra en las realizadas para los Diferentes tipos de paciente.		
Unidad de Medida	Numérica	Periodicidad	Semestral
Fuente de datos	Encuestas y entrevistas	Nivel de aplicación	Estratégico
Tipo de indicador	Calidad	Responsable	Equipo de apoyo a la gestión
Objetivo mínimo permisible	80%	Objetivo a alcanzar	90%


	Servicio de Cardiología HNR	Código: IO-006-16-01
	INDICADORES OPERATIVOS, PORCENTAJE DE NUEVOS USUARIOS	Edición: 01
		Página: 27/47
		Fecha: Diciembre 2015

INDICADORES OPERATIVOS


La medición permite disponer de datos cuantitativos acerca del rendimiento del proceso, lo que favorecerá la toma de decisiones para la optimización del mismo.

Se deben tener en cuenta en las mediciones aquellos aspectos que afectan a la eficacia, eficiencia y flexibilidad de la organización, así como a la satisfacción de los diferentes clientes.


FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR			
OPERATIVOS			
Indicador	Porcentaje de nuevos usuarios	Código	IO-006-16-01
Objetivo	Este resultado muestra el flujo de nuevos usuarios que ingresan al centro, muestra que el servicio está siendo solicitado y utilizado por la población		
Definición	Promedio de nuevos usuarios en 6 meses		
Cálculo	<i>Prom (% 6 meses)</i>		
Aspectos metodológicos	La información necesaria para el desarrollo del indicador se encuentra en las estadística de cada 6 meses del centro		
Unidad de Medida	Numérica	Periodicidad	Semestral
Fuente de datos	Estadísticas del SC-HNR	Nivel de aplicación	Operativo
Tipo de indicador	Proceso	Responsable	Área de Estadísticas HOSPITAL
Objetivo mínimo permisible	85%	Objetivo a alcanzar	100%

	Servicio de Cardiología HNR	Código: IO-006-16-01	
	INDICADORES OPERATIVOS, PORCENTAJE DE SUBSECUENTES Y POST OPERATORIO	Edición: 01	
		Página: 28/47	
		Fecha: Diciembre 2015	


FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR			
OPERATIVOS			
Indicador	Porcentaje de subsecuentes y post operatorio	Código	IO-02
Objetivo	Porcentaje de pacientes que se reincorporan al centro, un porcentaje alto refleja que puede haber interrupciones en las terapias		
Definición	Promedio de usuarios que se reincorporan al centro		
Cálculo	<i>Prom (% 6 meses)</i>		
Aspectos metodológicos	La información necesaria para el desarrollo del indicador se encuentra en las estadística de cada 6 meses del centro		
Unidad de Medida	Numérica	Periodicidad	Semestral
Fuente de datos	Estadísticas del HOSPITAL	Nivel de aplicación	Operativo
Tipo de indicador	Proceso	Responsable	Área de Estadísticas HOSPITAL
Objetivo mínimo permisible	85%	Objetivo a alcanzar	100%

	Servicio de Cardiología HNR	Código: IO-006-16-01
	INDICADORES OPERATIVOS, CANTIDAD DE PERSONAS EN LISTA DE ESPERA AL FINAL DE UN MES	Edición: 01
		Página: 29/47
		Fecha: Diciembre 2015


FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR			
OPERATIVOS			
Indicador	Cantidad de personas en lista de espera al final de un mes	Código	IO-006-16-01
Objetivo	Entre mayor sea esta cifra refleja problemas en la asignación de horarios, y retrasos en el inicio o consecución de terapias.		
Definición	Cantidad de usuarios que esperan ser atendidos en cada uno de los programas inscritos		
Cálculo	Correspondiente al mes a analizar		
Aspectos metodológicos	La información necesaria para el desarrollo del indicador se encuentra en las estadística de cada mes del centro		
Unidad de Medida	Numérica	Periodicidad	Mensual
Fuente de datos	Estadísticas del HOSPITAL	Nivel de aplicación	Operativo
Tipo de indicador	Proceso	Responsable	Área de Estadísticas HOSPITAL
Objetivo mínimo permisible	80%	Objetivo a alcanzar	95%

	Servicio de Cardiología HNR	Código: IO-006-16-01
	INDICADORES OPERATIVOS, PORCENTAJE DE TERAPIAS EFECTIVAS	Edición: 01
		Página: 30/47
		Fecha: Diciembre 2015

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR			
OPERATIVOS			
Indicador	Porcentaje de terapias efectivas	Código	IO-006-16-01
Objetivo	La eficiencia representada en este indicador es sobre el cumplimiento de las terapias programadas vs las realizadas.		
Definición	Terapias realizadas en cada uno de los programas Terapias programadas en cada programa		
Cálculo	$\frac{(Prom)(Terapias\ realizadas)}{(Terapias\ programadas)}$		
Aspectos metodológicos	La información necesaria para el desarrollo del indicador se encuentra en las estadística de cada mes del centro		
Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad	Mensual y Anual
Fuente de datos	Estadísticas del HOSPITAL	Nivel de aplicación	Operativo
Tipo de indicador	Proceso	Responsable	Área de Estadísticas HOSPITAL
Objetivo mínimo permisible	75%	Objetivo a alcanzar	80%

	Servicio de Cardiología HNR	Código: IO-006-16-01
	INDICADORES OPERATIVOS, % DE LA DEMANDA POR PROCEDIMIENTO.	Edición: 01
		Página: 31/47
		Fecha: Diciembre 2015

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES SC-HNR			
OPERATIVOS			
Indicador	% de la demanda por procedimiento.	Código	IO-006-16-01
Objetivo	Este índice muestra que terapias son más necesarias para las necesidades que presentan los usuarios		
Definición	Total de terapias impartidas Total de terapias existentes		
Cálculo	$\frac{\text{Total de terapias } X}{\text{Total de terapias}}$		
Aspectos metodológicos	La información necesaria para el desarrollo del indicador se encuentra en las estadística de cada mes del centro		
Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad	Mensual y Anual
Fuente de datos	Estadísticas del HOSPITAL	Nivel de aplicación	Operativo
Tipo de indicador	Proceso	Responsable	Área de Estadísticas HOSPITAL
Objetivo mínimo permisible	80%	Objetivo a alcanzar	100%

	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de Cardiología HNR
	GUÍA DE MEJORA CONTINUA	Edición: 01
		Página: 32/47
		Fecha: Diciembre 2015


INTRODUCCIÓN

La Administración Pública cada vez más se ve compelida a brindar satisfacción y atender en forma efectiva las necesidades de los ciudadanos/clientes, a generar cambios o ajustarse a los que se producen en el entorno; de ahí la necesidad de implementar sistemas que garanticen la mejora continua en todos sus procesos y acciones para lograr resultados efectivos en términos de productos (bienes o servicios) y efectos.

Para lograr la mejora continua la organización requiere desarrollar consistentemente el ciclo de la gestión efectiva que se conoce como el Ciclo PDCA y que consta de cuatro fases: Planificación, Desarrollo, Control y Ajustes. Es decir, toda actividad debe estar planificada, en base a objetivos claramente definidos y a los recursos requeridos; desarrollada en base a lo planificado, controlada mediante el seguimiento para evitar desviaciones y ajustada, de forma que garantice su cumplimiento.

Por tanto, para el Servicio de Cardiología del Hospital Nacional Rosales se ha diseñado esta Guía de Mejora Continua para llevarse a cabo anualmente, que junto a el Sistema de Control, constituyen herramientas fundamentales de apoyo a las instituciones públicas en sus procesos de mejora continua con el objetivo de impulsar una gestión de calidad y orientada a resultados, para garantizar productos y servicios que satisfagan las necesidades y expectativas de la ciudadanía.

La guía define claramente en qué consiste un plan de mejora, su objetivo, sus componentes y la fase para su implementación; contiene además algunas herramientas de análisis de problemas que ayudan a seleccionar las áreas de mejora que se deben intervenir en base a las de mayor prioridad para la organización, atendiendo a los criterios que se seleccionen.

	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de Cardiología HNR
	GUÍA DE MEJORA CONTINUA	Edición: 01
		Página: 33/47
		Fecha: Diciembre 2015


OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL DE LA GUÍA

Proporcionar un instrumento útil para la elaboración, desarrollo y seguimiento de los planes de mejora en el SC-HNR, a partir de los resultados obtenidos en la evaluación de la gestión, con el fin de optimizar su desempeño y mejorar la calidad de los servicios.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA GUÍA

1. Proveer un marco estructurado de solución de problemas y toma de acciones de mejora.
2. Asegurar que los problemas sean debidamente definidos basándose en información concreta.
3. Proveer técnicas para el análisis de causas (tanto para problemas simples como complejos).
4. Asegurar que las soluciones sean sostenibles.

	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de Cardiología HNR
	GUÍA DE MEJORA CONTINUA	Edición: 01
		Página: 34/47
		Fecha: Diciembre 2015

PLAN DE MEJORA.

Definición:

Es un conjunto de acciones planeadas, organizadas, integradas y sistematizadas que implementa la organización para producir cambios en los resultados de su gestión, mediante la mejora de sus procedimientos y estándares de servicios.

Para garantizar que estas acciones sean efectivas deben tener los siguientes atributos:

- Consensuadas: Las acciones a ejecutar deben ser debatidas y consensuadas entre todos los involucrados.
- Coherentes: Las acciones a ejecutar deben ser coherentes con las mejoras identificadas en el proceso de evaluación y los objetivos que se pretenden lograr.
- Realistas: Las acciones deben ser viables para poder realizarlas.
- Flexibles: Las acciones deben ser susceptibles de ser modificadas por imprevistos internos y del entorno, sin que se pierda el objetivo original.

Objetivo:


El objetivo principal del plan es desarrollar un conjunto de acciones para el seguimiento y control de las áreas de mejora detectadas durante el proceso de evaluación, en procura de lograr el mejoramiento continuo de la organización.

Componentes:

Actividades: Acciones que se llevan a cabo para resolver la debilidad o área de mejora identificada.

Objetivo: Define claramente el resultado que se persigue con la acción de mejora que se ejecuta.

Metas: Desde la perspectiva conceptual, es un conjunto de acciones o actividades orientadas a concretar un objetivo determinado.

	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de Cardiología HNR
	GUÍA DE MEJORA CONTINUA	Edición: 01
		Página: 35/47
		Fecha: Diciembre 2015

Capacidad de Ejecución: Lo determina el grado de orientación de la institución hacia la ejecución y se refiere a los recursos materiales, financieros, humanos, tecnológicos, otros.

Productos: Se refiere a los indicadores de resultados programados para alcanzar como consecuencia de la mejora.

Fecha Inicio/Fin: Cada actividad o acción de mejora colocada en el plan debe quedar enmarcada dentro de una fecha de inicio de su ejecución y la fecha en que debe terminar.

Responsables: A cada actividad o acción de mejora se le debe asignar un responsable de su ejecución y logro.

Medios de Verificación: Se refiere a los medios para verificar el cumplimiento de las actividades o indicadores, tales como: documentos, sistemas, etc.

Difusión y Comunicación:

El Plan de Mejora debe ser difundido y comunicado a todos los integrantes de la organización por el Equipo de Mejora para su conocimiento, apoyo e involucramiento colectivo en obtener sus resultados.


PASOS PARA LA ELABORACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE MEJORA

La elaboración del Plan de Mejora debe responder a preguntas, tales como:

- ¿Qué se debe incluir?
- ¿Quién o quiénes deben ser involucrados?
- ¿Dónde se va a desarrollar (cuáles unidades o áreas están afectadas)?
- ¿Cómo se va a desarrollar o se ejecutarán las acciones?

Cuándo o en qué período de tiempo se llevará a cabo (inicio-fin)?

- ¿Por qué es necesario realizar tales o cuales acciones?
- ¿Cuánto cuesta implementar el plan en términos operativos (recursos materiales, financieros, humanos, tecnológicos, otros)?

	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de Cardiología HNR
	GUÍA DE MEJORA CONTINUA	Edición: 01
		Página: 36/47
		Fecha: Diciembre 2015

En base a estas preguntas, el Plan de Mejora se compone de las siguientes fases:

FASE 1:

Conformar el Equipo de Mejora.

El Equipo de Mejora es el responsable de elaborar, desarrollar y dar seguimiento al Plan de Mejora y debe estar integrado, por miembros del comité de evaluación, el cual debe incluir miembros del Comité de Calidad, personal directivo, técnicos o profesionales de las áreas o procesos que requieren ser mejorados, de entre los cuales, debe elegirse un Coordinador, que será el líder de todo el proceso, quien procurará los recursos que sean necesarios, los asignará y realizará las gestiones pertinentes para superar los obstáculos que se vayan presentando.

Para facilitar la operatividad del proceso, es recomendable que el número de integrantes no sobrepase a seis (6).


Elaborar el Plan.

La elaboración del Plan incluye, además de las acciones o actividades a ejecutar, los responsables de su ejecución, una breve descripción de la mejora a realizar, los plazos para su ejecución y los indicadores de seguimiento.

Deberá hacerse acompañar de un cronograma o calendario para las reuniones de seguimiento.

Identificar y seleccionar las áreas de mejora.

De las áreas de mejora identificadas en el proceso de evaluación, el plan debe contener una selección jerarquizada de aquellas que sean consideradas prioritarias o que puedan ser abordadas por la entidad en un plazo no mayor de dos (2) años, tomando en cuenta

	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de Cardiología HNR
	GUÍA DE MEJORA CONTINUA	Edición: 01
		Página: 37/47
		Fecha: Diciembre 2015

su importancia, en relación a la misión, visión y objetivos estratégicos de la entidad (impacto que generará en la organización) y las disponibilidades existentes o que se puedan obtener, ya que es difícil poder abordar todas las áreas de mejoras detectadas. Del mismo modo, el logro de algunos indicadores o resultados pueden estar sujetos a la obtención de otros.

Para ayudar en este proceso, es recomendable hacer las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál es el problema?
2. ¿Por qué se está produciendo?
3. ¿Quién o qué lo está causando?

Detectar las principales causas raíz de cada problema o área de mejora identificada:

Una vez identificado el problema o área de mejora, es necesario conocer las posibles causas que lo originan y seleccionar las alternativas más apropiadas para su solución.

Existen diversas herramientas y técnicas de análisis que se pueden aplicar, entre las que citamos las más comunes:

Análisis FODA:


Es un análisis sistemático de las fortalezas y debilidades internas; así como de las amenazas y oportunidades del entorno, en relación al problema (producto o servicio):

F = Fortalezas institucionales

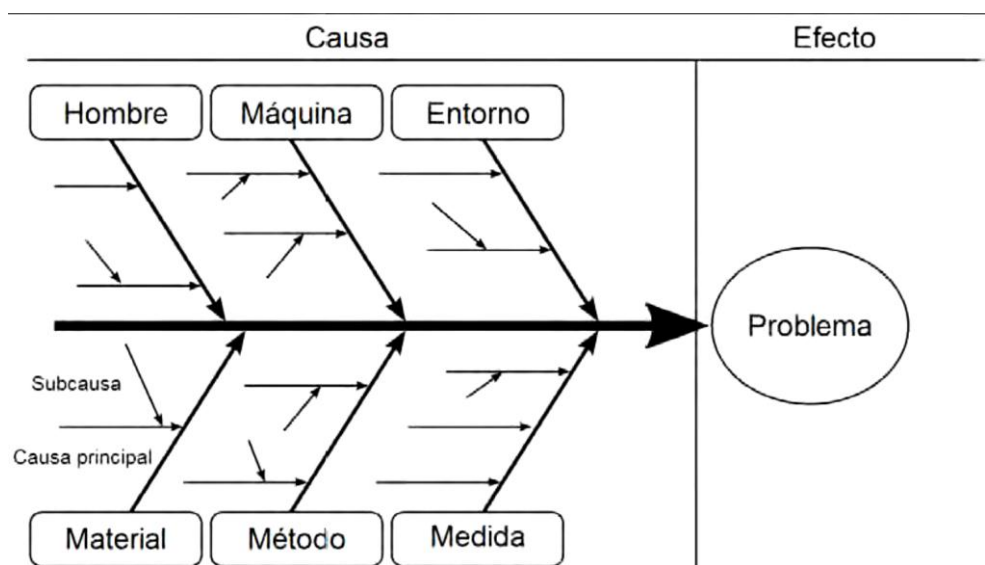
O= Oportunidades, elementos aprovechables

D= Debilidades institucionales


A= Amenazas externas o del entorno que pueden afectar la institución

	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de Cardiología HNR
	GUÍA DE MEJORA CONTINUA	Edición: 01
		Página: 38/47
		Fecha: Diciembre 2015

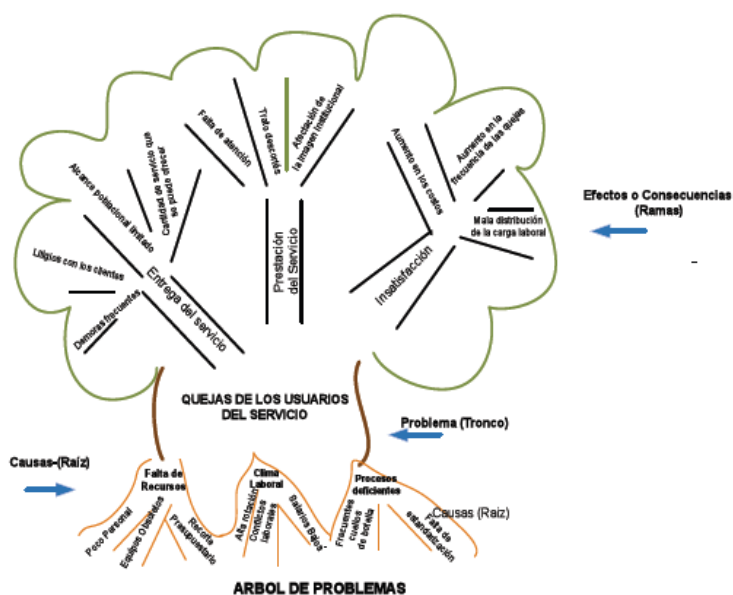
- Diagrama causa – efecto, Diagrama de Ishikawa o Espina de Pescado:



El Diagrama Causa-Efecto o Espina de Pescado es una representación gráfica que muestra la relación cualitativa e hipotética de los diversos factores (causas) que pueden ocasionar un efecto o fenómeno determinado (resultado específico). Una especie de espina central que representa el problema a analizar. Centra la atención de todos los componentes del grupo en el problema.


	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de Cardiología HNR
	GUÍA DE MEJORA CONTINUA	Edición: 01
		Página: 39/47
		Fecha: Diciembre 2015

El árbol del problema o Diagrama del Árbol:

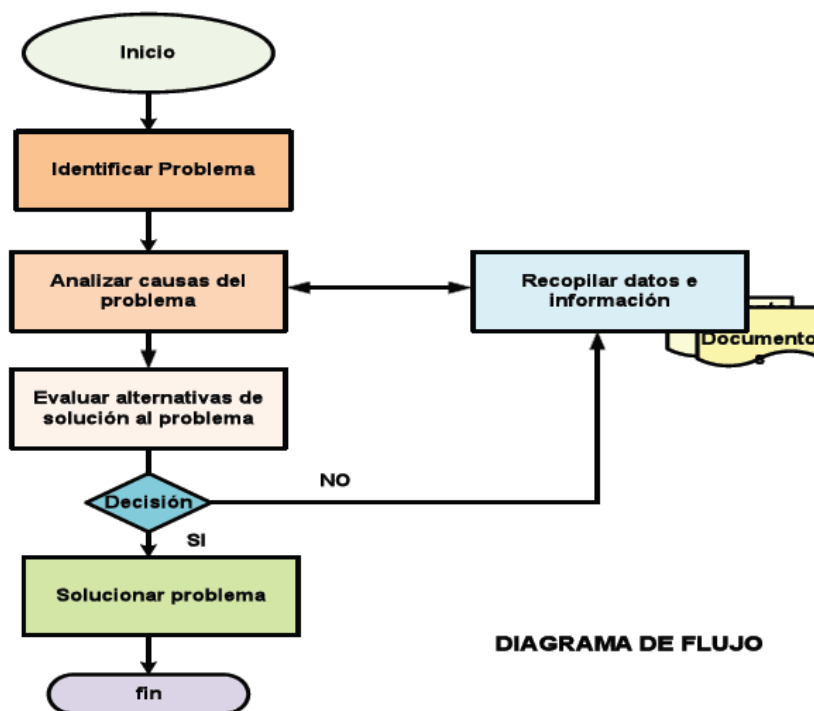


Es una representación gráfica que muestra el despliegue de todos los factores o elementos que contribuyen a un efecto u objetivo de forma ordenada y precisa. En este caso, los factores o elementos son las causas o raíces, el tronco es el problema, y las ramas son los efectos que ocasionaría la persistencia del problema.


Tanto en las raíces como en las ramas, pueden diferenciarse varios niveles de desagregación.

	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de Cardiología HNR
	GUÍA DE MEJORA CONTINUA	Edición: 01
		Página: 40/47
		Fecha: Diciembre 2015

El Diagrama de Flujo



Es una representación gráfica de la secuencia de pasos que se realizan para obtener un cierto resultado.

	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de Cardiología HNR
	GUÍA DE MEJORA CONTINUA	Edición: 01
		Página: 41/47
		Fecha: Diciembre 2015

La Lluvia o Tormenta de ideas:




Es una técnica de grupo para generar ideas nuevas o innovadoras sobre un determinado tema, en un ambiente relajado, en el que cada persona del grupo puede aportar una idea de cualquier índole, que estime conveniente para el caso tratado. En la sesión se debe aportar una idea por ronda, por lo cual, se debe ser claro al exponerla. En principio todas las ideas son válidas y en un análisis posterior se determinará la calidad de las ideas expuestas y se elaborará una lista de las ideas seleccionadas.

La lluvia o tormenta de ideas se dará por finalizada cuando ningún participante tenga ideas que aportar.

Los Cinco Por Qué:

Es una técnica mediante la cual el grupo que investiga la causa raíz de un problema se hace al menos cinco preguntas en cascada, es decir, se inicia con una primera pregunta, y luego cada una de las siguientes se deriva de la anterior. De cada pregunta, obtiene una respuesta que obliga al siguiente por qué. Aunque se suelen considerar cinco, no es un número estricto de por qué, ya que el resultado se obtiene en el punto en que el grupo que analiza el problema ya no tiene más respuestas.

	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de Cardiología HNR
	GUÍA DE MEJORA CONTINUA	Edición: 01
		Página: 42/47
		Fecha: Diciembre 2015



Formular el objetivo.

Una vez identificadas las causas del problema, se debe tomar la decisión de por dónde empezar a mejorar y en base a ello, formular los objetivos y fijar el período de tiempo para su consecución, tomando en cuenta que los mismos deben cumplir las siguientes características:


- Viables: posibilidad de ser cumplidos.
- Cotejables: en tiempo y grado de cumplimiento
- Flexibles: susceptibles de modificación ante contingencias no previstas sin apartarse del enfoque inicial.
- Comprensibles: cualquier agente implicado debe poder entender qué es lo que se pretende conseguir,
- Obligatorios: Voluntad de alcanzarlos, haciendo lo necesario para su consecución.

FASE 2.

Desarrollo del Plan de Mejora.

La fase de desarrollo está relacionada con la ejecución del plan de acciones y el entrenamiento necesario para su puesta en marcha e involucra la asignación de tareas y responsabilidades a los miembros del equipo, la asignación de recursos (materiales, económicos, humanos y tecnológicos), la recolección, análisis y aplicación efectiva de la información para la solución del problema o resolución de la mejora; así como la elaboración del cronograma de implementación.

Existen varias herramientas que han mostrado ser efectivas en la etapa de desarrollo del Plan, a los fines de solucionar los problemas o áreas de mejora, una vez identificadas las causas, entre las que están:

	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de Cardiología HNR
	GUÍA DE MEJORA CONTINUA	Edición: 01
		Página: 43/47
		Fecha: Diciembre 2015

Planificación Estratégica y Operativa.

Es una herramienta de gestión que apoya la toma de decisiones, ya que permite formular los objetivos prioritarios y las metas, a mediano y corto plazo, y los indicadores; así como, establecer las líneas de acción (estrategias) y los recursos para lograrlos.

Análisis y Rediseño de Procesos.

El análisis y rediseño de los procesos institucionales es una herramienta de mejora continua, que se aplica mediante la medición del funcionamiento de los procesos, a través del establecimiento de objetivos o estándares (indicadores de procesos).


La organización debe centrar su atención en mejorar los procesos críticos, es decir, que inciden directamente en el logro de su misión, visión y objetivos estratégicos, y que por tanto, afecten la prestación de sus servicios.

Cuadro de Mando Integral (Balance Score Card).

Es una herramienta mediante la cual la institución transforma su misión y sus estrategias en objetivos e indicadores tomando en consideración cuatro perspectivas:

- Cliente (ciudadano/cliente) = Propuesta de valor (calidad, tiempo, imagen, relación, etc.).
 - Interna (procesos internos) = Procesos/servicios, innovación, medioambiente, salud en el trabajo, riesgos, etc.
 - Económica (financiera) = Productividad, valor a largo plazo para los usuarios.
 - Recursos humanos (Aprendizaje) = Liderazgo, clima organizacional, gestión del conocimiento, sistemas de calidad, etc.
- Benchmarking (Aprender Mejores Prácticas).

Mediante esta herramienta la institución hace comparaciones o trata de emular actividades, procesos o servicios de una unidad interna o de otra organización, con el objetivo de mejorar su desempeño o agregar valor a sus procesos o servicios.

	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de Cardiología HNR
	GUÍA DE MEJORA CONTINUA	Edición: 01
		Página: 44/47
		Fecha: Diciembre 2015

FASE 3:

Seguimiento del Plan de Mejora.

El seguimiento al Plan de Mejora implica hacer una revisión periódica de los avances logrados en su desarrollo, en término de indicadores y resultados; y también de las dificultades que se han presentado. En este caso, el seguimiento tiene dos vertientes, una a lo interno de la institución y otra por el equipo del MAP que le acompaña.

Seguimiento Interno.

Durante la revisión interna, cada responsable de una o más actividades o acciones, deberá rendir un informe al Coordinador del Equipo, quien a su vez, habrá de hacer la retroalimentación correspondiente e informar a los demás involucrados, así como a las autoridades, el nivel de cumplimiento del mismo.

Seguimiento Externo.


El SC-HNR a través de la Dirección de Evaluación de la Gestión Institucional, hará una especie de monitoreo del Plan de Mejora, mediante el acompañamiento permanente al Equipo de Mejora desde las fases de elaboración e implementación hasta la preparación del informe/ memoria de ejecución del plan.

- ✓ Aplicación del Ciclo PDCA en la Solución de Problemas o

Áreas de Mejora.

El ciclo PDCA comprende las fases de la gestión orientada a resultados o a la mejora continua, en la cual P corresponde a la fase de Planificación, D a la fase de implementación o desarrollo, C a la fase de control y verificación para los ajustes necesarios y A, a la fase de ajustes y correcciones. De modo, que en la solución de los problemas podemos definirlo de la siguiente manera:

- P = Identificar el problema, identificar las posibles causas y elaborar el plan de acción
- D = Implementación del plan, realización de las acciones
- C = Verificación de los avances del plan de acción, confirmar si el problema se solucionó (Si ya se solucionó, se vuelve a la observación o estandarización)


	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de Cardiología HNR
	GUÍA DE MEJORA CONTINUA	Edición: 01
		Página: 45/47
		Fecha: Diciembre 2015

- A = Cierre del problema o solución del área de mejora, aprendizaje, aplicación de metodología a otros problemas

FASE 4:


Elaboración del Informe de Implementación del Plan.

En base a los informes generados por cada responsable, el Coordinador del Equipo de Mejora elaborará un informe global del proceso realizado, en base al siguiente contenido: Introducción, Integrantes del Equipo con las responsabilidades que le fueron asignadas, las fases del proceso realizado y la duración del mismo, los recursos económicos utilizados, los indicadores o productos que fueron alcanzados, una breve explicación de los inconvenientes durante el proceso y los anexos que fueran necesarios.

	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de Cardiología HNR
	GUÍA DE MEJORA CONTINUA	Edición: 01
		Página: 46/47
		Fecha: Diciembre 2015

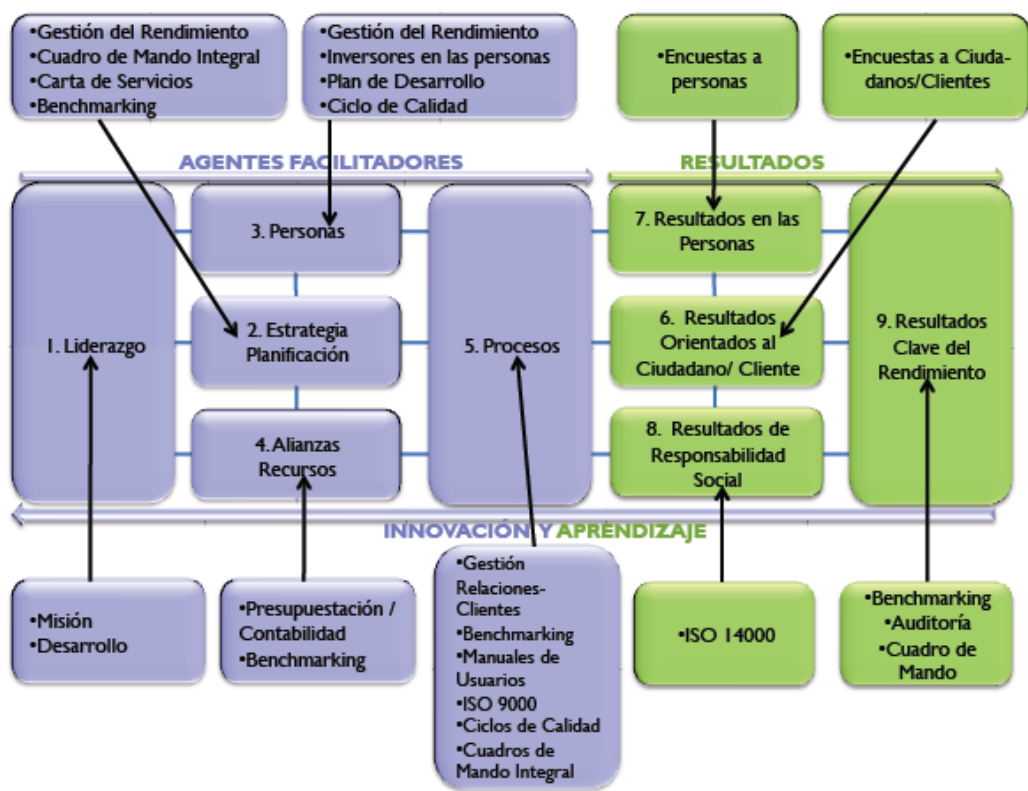
FORMATOS A UTILIZAR

Nombre de la Organización:						
Coordinador del Equipo de Mejora:		Unidad de Trabajo:	No. de Teléfono:	Correo Electrónico:		
Fecha de Inicio del Plan:		Fecha 1er. Seguimiento:	Fecha 2do Seguimiento:	Fecha de Conclusión:		
CRITERIOS PARA PRIORIZAR ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADAS: <ul style="list-style-type: none"> • Relevancia: Se refiere a aquellas mejoras que tienen impacto significativo en los procesos y resultados de la institución. • Efectividad: Se refiere a aquellas mejoras que mejor contribuyen al logro de los objetivos y metas propuestos. • Factibilidad: Se refiere a las competencias técnicas, recursos económicos y tiempo razonablemente disponibles, para lograr la mejora efectivamente. 						
ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADAS			ESCALA DE PRIORIZACIÓN: Alto=3; Medio=2; Bajo=1			
Mejora	Descripción	Relevancia	Factibilidad	Efectividad	Valor Promedio	Orden de Prioridad
M1:						
M2:						
M3:						
M4:						
M5:						
M6:						
M7:						
M8:						
M9:						
M10:						

	Servicio de Cardiología HNR	Servicio de Cardiología HNR
	GUÍA DE MEJORA CONTINUA	Edición: 01
		Página: 47/47
		Fecha: Diciembre 2015

No.	Actividades o Tareas	Responsable	Recursos	Tiempos (Inicio/Fin)	Producto Esperado	Seguimiento/ Control Desviaciones	Indicadores de Logro

MEJORA CONTINUA Y EFQM



CAPÍTULO IV - IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIONES

4.1 IMPLEMENTACIÓN

4.1.1 ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO

La administración procura siempre el máximo aprovechamiento de los recursos, mediante su utilización eficiente. Las principales etapas de la administración de proyectos se engloban en inicio, planeación, ejecución, seguimiento y control y cierre.

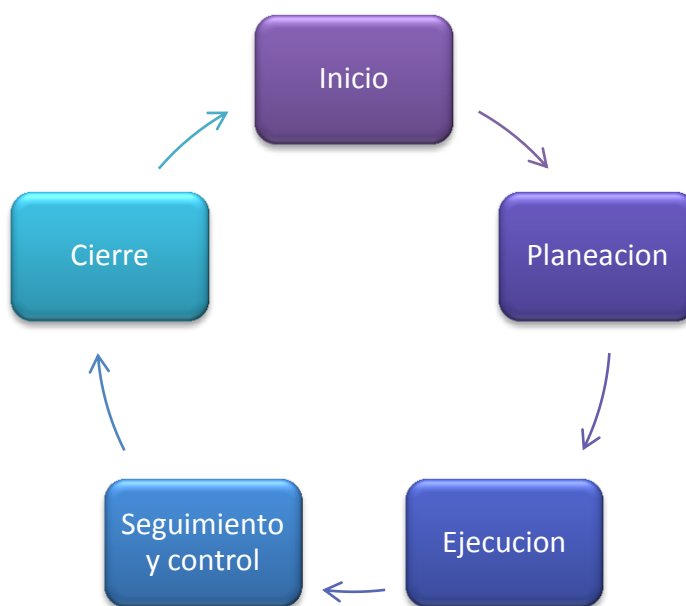
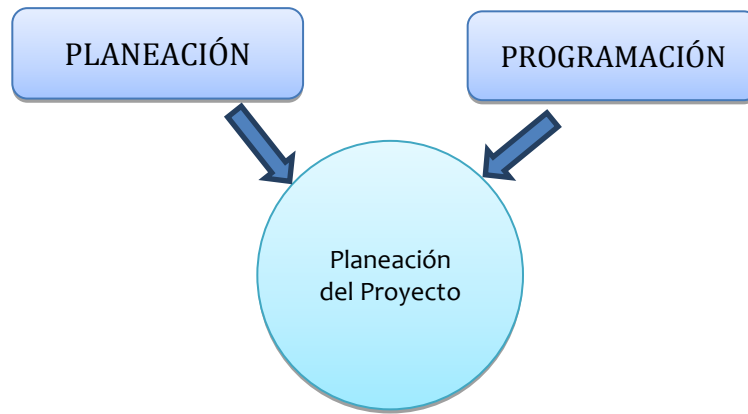


Ilustración 82 Principales etapas de la administración de proyectos

Para el presente estudio solo se utilizará la fase de planeación del proyecto ya que para llevar a cabo el proyecto en su conjunto antes tendrá que ser revisado y autorizado por los entes participantes de dicho estudio, por lo tanto se desarrollara “El Plan de Implementación del Proyecto” como una base para llevar a cabo el proyecto en un futuro cercano y administrarlo como es debido.

4.1.2 PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO

La planificación del proyecto comprende dos grandes áreas, la planeación y la programación.



La planeación consiste en definir el objetivo general del proyecto y el alcance que este tendrá representado a través de la Estructura de Desglose de Trabajo (EDT). Mientras que en la programación se definen las actividades consecuentes al proyecto asignándoles tiempo, costo y recursos humanos para llevar a cabo dicha actividad, así como también la generación del diagrama de red el cual nos guiará para saber el tiempo óptimo del proyecto y su ruta crítica.

4.2 ALCANCE DEL PROYECTO

4.2.1 ESTRUCTURA DE DESGLOSE DE TRABAJO (EDT)

Con el desglose analítico se define el objetivo de ejecución del proyecto, así como el establecimiento de subsistemas que reflejan los objetivos específicos para la implantación, dentro de los cuales se identifican paquetes de trabajo, que son un conjunto de actividades a desarrollar para lograr tales objetivos, luego se diseñan estrategias de ejecución o cursos de acción que guiarán al logro de la implantación, a continuación se presenta la EDT del proyecto:

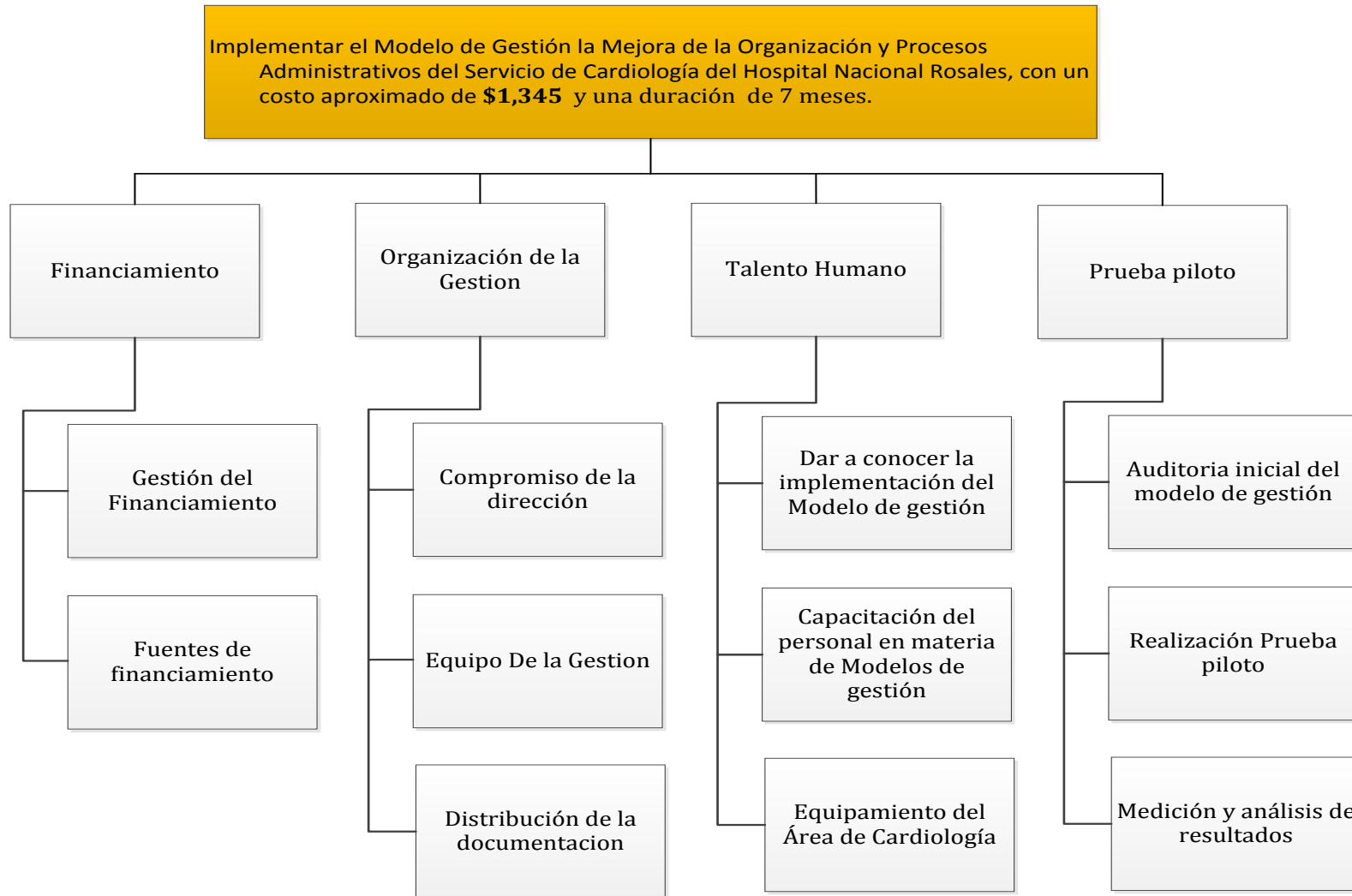


Ilustración 83 Estructura de desglose de trabajo (EDT)

4.2.2 DESCRIPCIÓN DE ENTREGABLES

A continuación se presenta la descripción de los cuatro entregables que conforman el proyecto:



Ilustración 84 Descripción de entregables

✓ Financiamiento.

Comprende la gestión del financiamiento para la implementación del Modelo de Gestión por Procesos, como la evaluación y selección de las fuentes de financiamiento.

✓ Organización de la Gestión

Comprende las actividades de comunicación e involucramiento de la Dirección en la implementación del Modelo de Gestión por Procesos, mediante la promoción de la planificación para aumentar la toma de conciencia y participación del personal, así mismo asegurar la implementación de los procedimientos cumpliendo con los requisitos antes planteados.

✓ Talento humano

Comprende las actividades que se deben de llevar a cabo para impartir las capacitaciones al personal en relación al Modelo de Gestión por Procesos para su buen funcionamiento.

✓ Prueba Piloto

Este subsistema comprende la evaluación del funcionamiento del Modelo de Gestión por Procesos, por medio de la auditoría interna para el análisis de los resultados.

Cada uno de estos entregables se divide en Paquetes de Trabajo, los cuales comprenden las áreas de trabajo que permiten el desarrollo integral del proyecto, estos subsistemas y sus correspondientes paquetes se presentan en la siguiente tabla:

NOMBRE DE ENTREGABLES	NOMBRE DEL PAQUETE DE TRABAJO
Financiamiento	Gestión del financiamiento.
	Evaluación de fuentes de financiamiento
Organización de la Gestión	Compromiso de la dirección.
	Conformación del Equipo de la Gestión
	Distribución de la documentación.
Talento Humano	Dar a conocer la implementación del Modelo de gestión.
	Capacitación del personal en materia de Modelos de Gestión
Prueba piloto	Auditoria inicial del Modelo de Gestión
	Realización de prueba piloto
	Medición y análisis de resultados.

Tabla 113 Entregables y paquetes de trabajo del proyecto

4.3 DESCRIPCIÓN DE PAQUETES DE TRABAJO

A continuación se presentan la descripción de los paquetes de trabajo o subsistemas que conforman los entregables del proyecto.

4.3.1 GESTIÓN DEL FINANCIAMIENTO

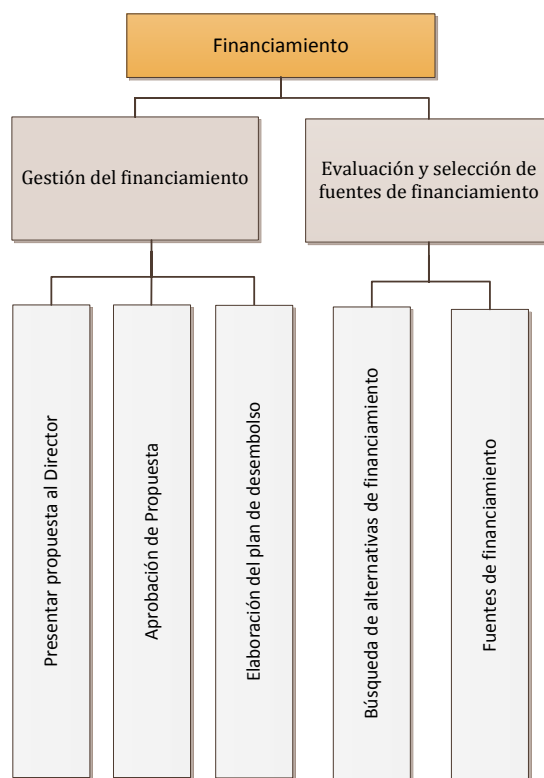


Ilustración 85 Entregable Gestión del Financiamiento

En esta parte se gestionara el financiamiento obtenido definiendo las condiciones de desembolso para la implementación de las distintas propuestas.

Las actividades a realizar son las siguientes:

- ✓ Presentar propuesta al Director
- ✓ Aprobación de propuesta
- ✓ Elaboración del plan de desembolso

- ✓ **FUENTES DE FINANCIAMIENTO.**

Las actividades a realizar son las siguientes:

En esta parte se buscaran diferentes alternativas de financiamiento para ejecutar y llevar a cabo la propuesta de mejora que se pretenden implementar en el área de Cardiología del Hospital Nacional Rosales

- Búsqueda de alternativas de financiamiento.
- Evaluación y selección de una o más fuentes de financiamiento.

4.3.2 GESTIÓN DE LA JEFATURA DE LA GESTION

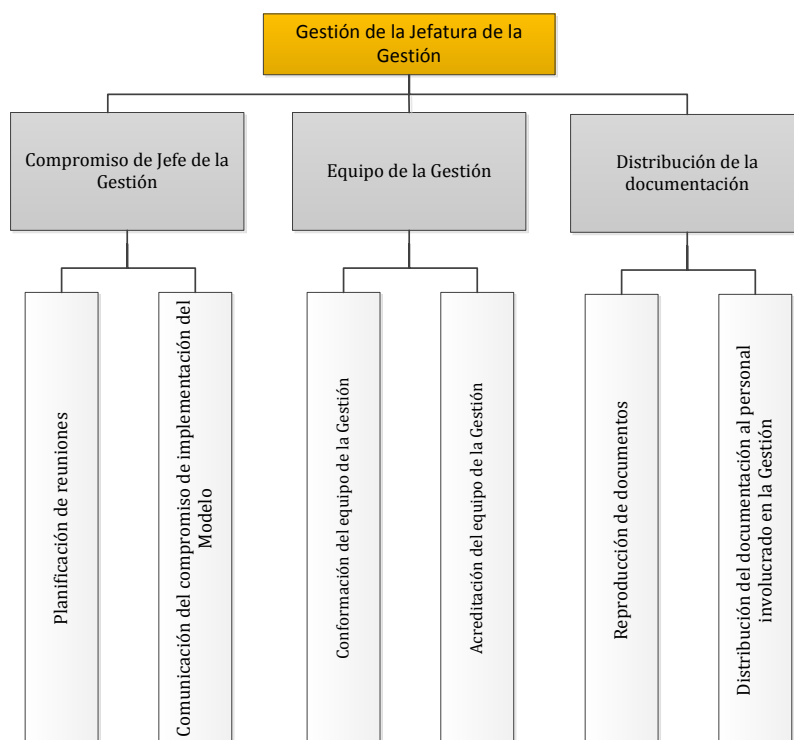


Ilustración 86 Entregable Gestión de la jefatura de la gestión

El Jefe de la Gestión tiene el compromiso de la implementación del Modelo de Gestión, y la responsabilidad de promover la planificación en la toma de conciencia del personal del área de Cardiología para el desarrollo del Modelo de Gestión, comunicando así mismo el compromiso de implementación.

Las actividades desarrolladas son:

- Planificación de Reunión.
- Comunicación del compromiso de implementación del Modelo de Gestión.

✓ EQUIPO DE LA GESTION

Se deberá conformar el equipo que estará encargado de la fase de implantación del Modelo de Gestión, el cual será conformado por los mismos empleados del área de cardiología del Hospital nacional Rosales.

La actividad a desarrollar es:

- Conformación del equipo de la Gestión
- Acreditación del Equipo de la Gestión.

4.3.3 DISTRIBUCIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN

Las actividades comprendidas en este paquete de trabajo inician con la reproducción de la documentación del Modelo de Gestión por Procesos, que será distribuida al personal para que pueda dar inicio a sus labores utilizando los diferentes manuales.

- Reproducción de documentación del Modelo de Gestión
- Distribución de documentación al personal involucrado en la Gestión

4.4 TALENTO HUMANO

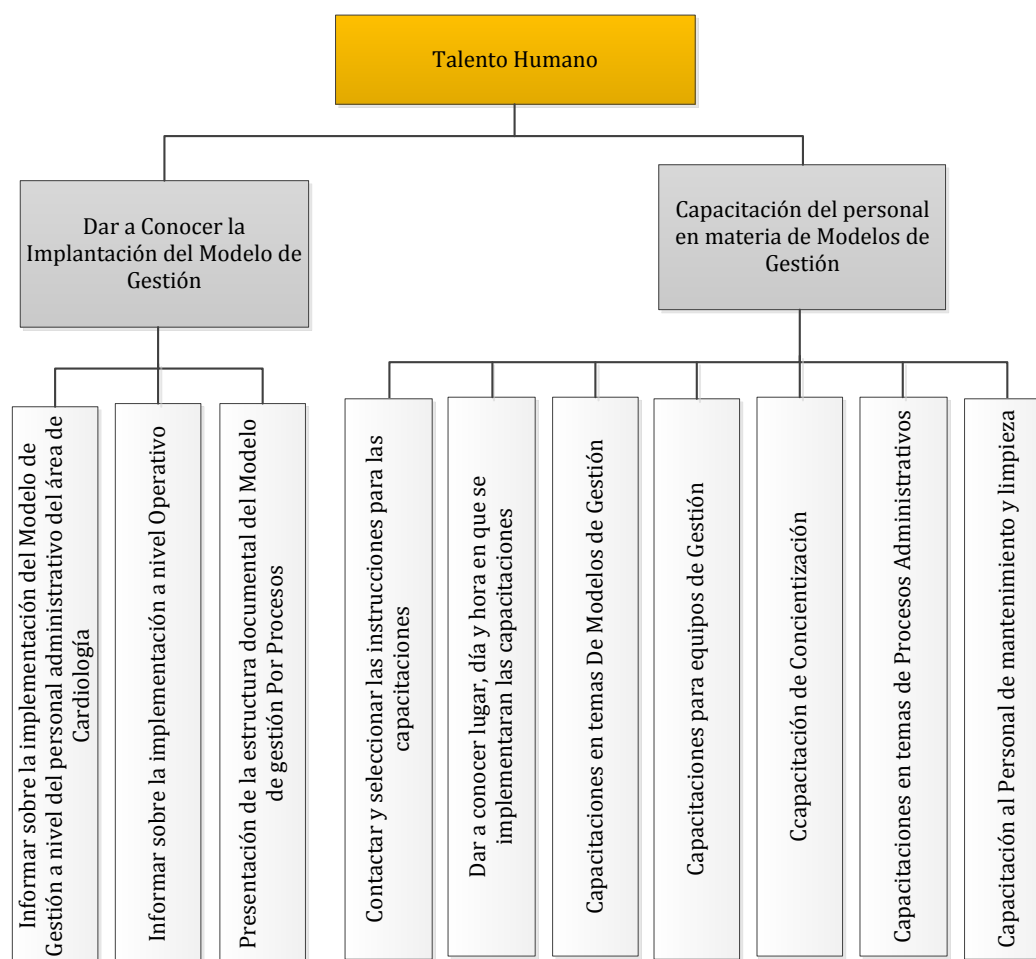


Ilustración 87 Entregable Talento humano

4.4.1 DAR A CONOCER LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN

Se informara a nivel Administrativo y operativo del área de Cardiología del Hospital Nacional Rosales, los elementos que componen el Modelo de Gestión por Procesos con la finalidad de inducir y hacer ver el compromiso que se está adquiriendo por parte de la Dirección y de esta manera todos los involucrados estén debidamente informados sobre dichos compromisos.

Las actividades a realizar son las siguientes:

- Informar sobre la implementación del Modelo de Gestión a nivel del personal administrativo del área de Cardiología
- Informar sobre la implementación a nivel Operativo
- Presentación de la estructura documental del Modelo de Gestión por Procesos

4.4.2 **CAPACITACIÓN DEL PERSONAL EN MATERIA DE MODELOS DE GESTION**

Las capacitaciones que recibirá el personal involucrado en la etapa de operación del Modelo de Gestión.

Las actividades a desarrollar es:

- Contactar y seleccionar instituciones para capacitaciones
- Dar a conocer lugar, día y hora en que se impartirán las capacitaciones

Cada una de las capacitaciones se puede encontrar en el programa de capacitaciones donde se desglosa cada una de ellas.

- Capacitaciones en temas De Modelos de Gestión
- Capacitaciones para equipos de Gestión.
- Capacitación sobre concientización.
- Capacitaciones en temas de Procesos Administrativos
- Capacitación al Personal de mantenimiento y limpieza

4.5 PRUEBA PILOTO

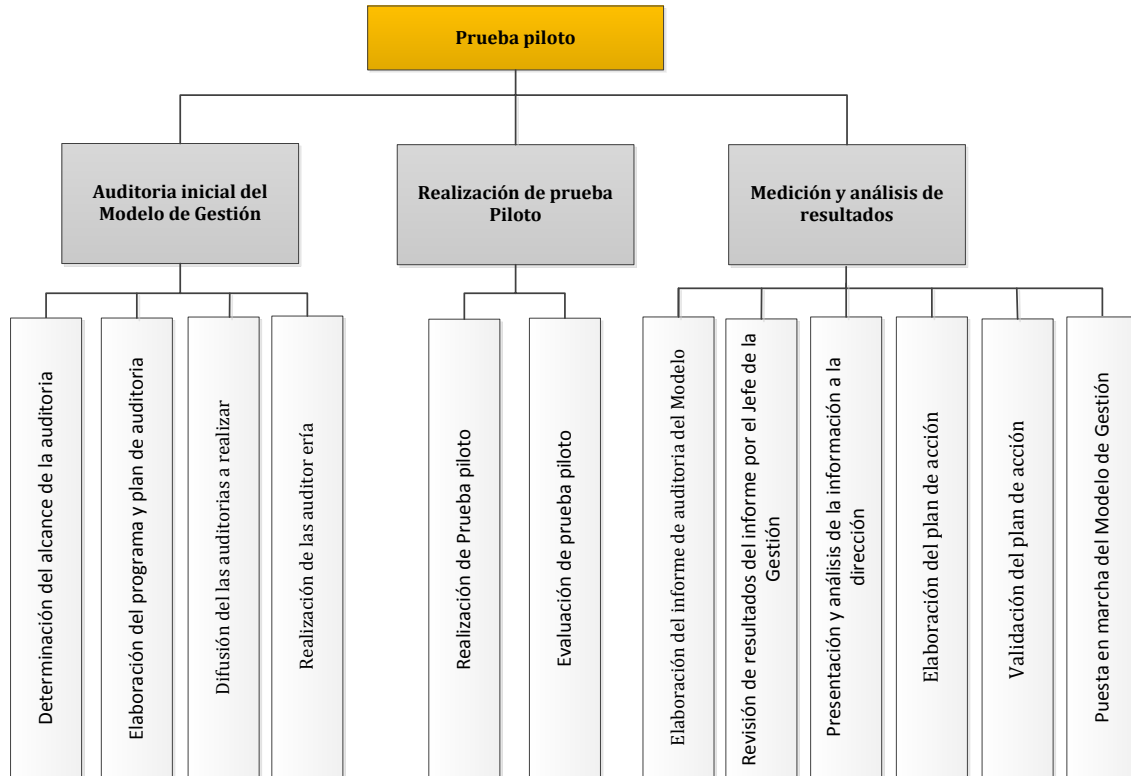


Ilustración 88 Entregable Prueba Piloto

4.5.1 AUDITORIA INICIAL DEL MODELO DE GESTIÓN

Se deberá realizar una programación para la realización de la auditoría inicial dicha programación deberá contemplar los siguientes aspectos:

- La(s) fecha(s) de realización de la auditoría inicial.
- Definir el alcance de la auditoría, es decir definir las áreas de Cardiología.
- Se deberá definir el auditor líder y el equipo de auditores que realizarán dicha auditoría, se recomienda que las personas que estén involucradas sean los del equipo de la Gestión.
- Las reuniones que se realizarán con el Jefe de la Gestión para informar sobre los principales hallazgos encontrados en la auditoría inicial.

Las actividades comprendidas son:

- Determinación del alcance de la auditoría
- Elaboración del programa y plan de auditoría
- Difusión de las auditorías a realizar
- Realización de la auditoría

4.5.2 REALIZACIÓN DE PRUEBA PILOTO

Una los grupos para la gestión hayan sido conformados y capacitados, se realizaran pruebas con el objetivo de verificar la respuesta del Modelo de Gestión en caso de algún problema posterior.

Las pruebas a realizar son:

- Respuesta a problemas administrativos
- Plan de Contingencia

4.5.3 MEDICIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

El objetivo es ayudar a la evaluación del plan de implantación con el análisis de los resultados para confirmar el funcionamiento del Modelo de Gestión, luego de haber realizado la auditoria.

- Elaboración del informe de auditoría del Modelo
- Revisión de resultados del informe por el Jefe de la Gestión
- Presentación y análisis de información a la dirección
- Elaboración del plan de acción
- Validación del plan de acción
- Puesta en marcha del Modelo de Gestión

4.6 POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DE IMPLANTACIÓN

Políticas de Implantación

- Dar todo el apoyo de parte del área de cardiología con el fin de que los objetivos de mejoras laborales sean alcanzados.
- Todos los recursos a utilizar en las capacitaciones deberá ser gestionado con anticipación.

Se hará una reunión semanal para verificar el nivel de avance que se lleve en la implantación del proyecto.

- Para que la implantación y operación del Modelo de Gestión por Procesos se efectúe en un tiempo óptimo, los miembros de equipo de implantación serán miembros que forman parte del equipo de la Gestión.

4.7 ESTRATEGIAS DE IMPLANTACIÓN

4.7.1 CONCIENTIZACIÓN

Se deberá de concientizar a los trabajadores del área de cardiología, a los miembros del equipo de la gestión y a la Dirección sobre la importancia de las

responsabilidades asignadas y sus funciones dentro del Modelo de Gestión por Procesos.

Los empleados del área de Cardiología deben de conocer las nuevas condiciones de trabajo bajo las cuales funcionara cada una de las diferentes áreas, deben de comprender la importancia de cumplir con las sugerencias del diseño del Modelo, el beneficio que ello presenta tanto para los empleados, como a pacientes y/o visitantes al área de Cardiología.

Algunos mecanismos que se utilizarán para llevar a cabo la concientización son:

- Realizar charlas a las diferentes áreas, comunicando la importancia del modelo en las diferentes áreas, sus soluciones y beneficios que se lograrán.
- Impartir material informativo comunicando las actividades a realizar
- Capacitar a los empleados de cada área para que conozcan los diferentes procedimientos y formatos del Modelo a los cuales estarán involucrados.

Para el desarrollo de capacitaciones o charlas de concientización se puede buscar apoyo en las siguientes instituciones:

- INSAFORP
- FIA
- Entidades privadas o personas particulares que tengan los conocimientos en Modelos de Gestión por Procesos

4.7.2 UNIFICACIÓN DEL ESFUERZO

Lograr la colaboración del personal de las diferentes áreas del Área de Cardiología, para poner en práctica aspectos relacionados con el control de los procesos, prácticas seguras en el trabajo. Para esta estrategia es de suma importancia realizar de forma constante la estrategia de “CONCIENTIZACION”.

4.7.3 RESULTADOS ESPERADOS DE IMPLANTACIÓN

Con el Modelo de Gestión se espera proporcionar mejores condiciones de trabajo a los empleados del área de cardiología mediante la distribución de las cargas de trabajo por igual a todos los empleados, por lo cual se espera obtener los siguientes resultados:

- Formación de los empleados del área de Cardiología en diferentes temas relacionados con cómo realizar las tareas asignas.
- Mejores controles y métodos de manipulación de objetos y pacientes.

- Formación del personal que conforme el equipo de la Gestión.

4.8 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

NOMBRE DE ENTREGABLES	NOMBRE DEL PAQUETE DE TRABAJO	ACTIVIDADES
Financiamiento	Gestión del financiamiento	Presentar propuesta al Director
		Aprobación de propuesta
		Elaboración del plan de desembolso
	Evaluación y selección de fuentes de financiamiento	Búsqueda de alternativas de financiamiento.
Fuentes de financiamiento		
Organización de la Gestión	Compromiso de la dirección	Planificación de reuniones
		Comunicación del compromiso de implementación del Modelo
	Conformación del Equipo de la Gestión	Conformación del equipo de la Gestión
		Acreditación del equipo de la Gestión
	Distribución de la Documentación	Reproducción de documentos
		Distribución del documentación al personal involucrado en la Gestión
Talento Humano	Dar a conocer la implementación del Modelo de gestión.	Informar sobre la implementación del Modelo de Gestión a nivel del personal administrativo del área de Cardiología
		Informar sobre la implementación a nivel Operativo
		Presentación de la estructura documental del Modelo de gestión Por Procesos
	Capacitación del personal en materia de Modelos de Gestión	Contactar y seleccionar las instrucciones para las capacitaciones
		Dar a conocer lugar, día y hora en que se impartirán las capacitaciones.
		Capacitaciones en temas De Modelos de Gestión

		Capacitaciones para equipos de Gestión
		Capacitación de Concientización
		Capacitaciones en temas de Procesos Administrativos
		Capacitación al Personal de mantenimiento y limpieza
Prueba Piloto	Auditoria inicial del Modelo de Gestión	Determinación del alcance de la auditoria
		Elaboración del programa y plan de auditoria
		Realización de la auditoria
	Realización de prueba piloto	Realización de Prueba piloto
		Evaluación de prueba piloto
	Medición y análisis de resultados.	Elaboración del informe de auditoría del Modelo
		Revisión de resultados del informe por el Jefe de la Gestión
		Presentación y análisis de la información a la dirección
		Elaboración del plan de acción
		Validación del plan de acción

Tabla 114 Entregables, paquetes de trabajo y actividades del proyecto

4.9 BENEFICIOS QUE APORTA EL MODELO DE GESTIÓN AL ÁREA DE CARDIOLOGÍA

El aspecto central del Modelo de Gestión por Procesos reside en la distribución apropiada de la carga de trabajo para todos los empleados del área de cardiología del Hospital Nacional Rosales. Si bien es muy importante por sus repercusiones económicas y sociales, se deben de tomar en cuenta las consideraciones sobre pérdidas materiales y disminución de la calidad de servicio que ofrece la Institución, inevitablemente que acarrearán también los accidentes y la insalubridad en el trabajo.

En el caso de no adquirir un Modelo de Gestión por Procesos las pérdidas económicas son cuantiosas y perjudican no solo al área de cardiología, si no que repercuten sobre el crecimiento de la vida productiva de la comunidad misma. De ahí que la prevención en el trabajo interese a la colectividad ya que toda la sociedad ve mermada su capacidad económica y padece indirectamente las consecuencias de la inseguridad ocupacional.

Se tienen motivos de suma importancia para implantar un Modelo de Gestión por Procesos en el área de Cardiología, destacándose a continuación diferentes situaciones:

- Procura el aumento de la eficiencia dentro del Área de Cardiología, al provocar la mejora de las condiciones para poder ofrecer los servicios por los cuales el personal ha sido contratado.
- Mejora la Imagen del Área de Cardiología, al convertirse en una institución que incluye dentro de sus políticas el ciclo de la mejora continua.
- Permite un mejor ambiente de trabajo hacia los empleados del área de Cardiología, creando un ambiente laboral agradable con la tendencia a la reducción de los conflictos entre los trabajadores y de los trabajadores hacia la dirección de la Institución, evitando de esa manera la posibilidad de manifestaciones de los trabajadores hacia la dirección de la Institución por la carencia de disposiciones que regulen la carga de trabajo.
- Permite la Seguridad económica y emocional de las familias de los trabajadores, al reducir la probabilidad de accidentes y enfermedades de trabajo provocadas por cargas de trabajo excesivas dentro de la institución.

El implementar y llevar a efecto el Modelo de Gestión por Procesos dentro del Área de Cardiología, para lograr un ambiente seguro en el área de trabajo y la prestación del servicio y que los trabajadores realicen sus actividades seguramente y con tranquilidad, es parte integral de la responsabilidad total del área de Cardiología del Hospital Nacional Rosales.

4.10 ACTIVIDADES DE IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS

Para poner en marcha el Plan de Implantación del Modelo de Gestión por Procesos, se requiere la ejecución de un conjunto de actividades, las cuales se describen a continuación, estableciendo para las mismas el tiempo promedio de ejecución y la secuencia de las mismas.

4.11 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES.

A continuación se describen cada una de las actividades que se realizarán para Implantar el Modelo de Gestión por Procesos para el área de Cardiología del Hospital Nacional Rosales.

Las actividades que a continuación se presentan se consideran como Macro actividades.

CÓDIGO	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
A	Presentar propuesta al Director	El Modelo de Gestión por Procesos será presentado ante el Director.
B	Aprobación de propuesta	La Dirección será quien evalúe las condiciones propicias para el Modelo de Gestión, realizando las observaciones pertinentes para su pronta superación, posteriormente, el Director será quien dé a conocer el proyecto ante la Dirección, mencionando los beneficios y requerimientos necesarios para su implantación.
C	Elaboración del plan de desembolso	En la Dirección se hará la propuesta de los desembolsos económicos a realizar, así también, los lugares de donde serán obtenidos, poniendo condiciones a cumplir para ello.
D	Búsqueda de alternativas de financiamiento.	La Dirección, precedida por el Director, será quien analice las alternativas mejores para el financiamiento del proyecto, siendo como prioridad las fuentes de las que se pueda hacer uso más inmediatamente y siempre del HNR.
E	Fuentes de financiamiento	Será en la Dirección que se elija las mejores alternativas de financiamiento, a tal grado de establecer las condiciones necesarias para que se lleven a cabo
F	Planificación de reuniones	El Director deberá planificar junto con el equipo de la Gestión una reunión en la cual se dé a conocer el Modelo de Gestión por Procesos.
G	Comunicación del compromiso de implementación del	Se dará a conocer el compromiso adquirido para la implantación del Modelo de Gestión, a partir del cual se debe demostrar a los

	Modelo	trabajadores y trabajadoras del área de Cardiología la importancia del Modelo de Gestión por Procesos.
H	Conformación del equipo de la Gestión	<p>Para lograr el éxito en la ejecución de un proyecto es necesario tener una adecuada organización del proyecto, por ello se propone crear una estructura organizativa que asuma la responsabilidad de ejecutar cada uno de los subsistemas de los que está compuesto el desglose analítico y que desarrolle las actividades necesarias a fin de cumplir los objetivos propuestos.</p> <p>El jefe de la Gestión, será el responsables de la Operación del Modelo de Gestión por Procesos del personal del área de Cardiología.</p>
I	Acreditación del equipo de la Gestión	Una vez conformado el equipo de la Gestión se coordinara junto con los jefes de las diferentes áreas que designen personal que colabora en las actividades para implantar el Modelo y se les acreditara como miembros del equipo de la Gestión.
J	Reproducción de documentos	Se llevara a cabo la reproducción de toda la documentación necesaria para dar a conocer el funcionamiento y poner en marcha el Modelo de gestión; manuales, formularios, análisis de resultados de diagnóstico, etc.
K	Distribución del documentación al personal involucrado en la Gestión	Se repartirá la documentación a todos los encargados de cada área los cuales, distribuirán la documentación sobre el Modelo de gestión a todos los empleados del área de Cardiología
L	Informar sobre la	Se brindara la información de cómo funciona

	implementación del Modelo de Gestión a nivel del personal administrativo del área de Cardiología	el Modelo de gestión por Procesos, para que cada una de los involucrado conozcan su funcionamiento.
M	Informar sobre la implementación a nivel Operativo	Dar a conocer a los trabajadores como se realizara la implementación del Modelo de Gestión y las etapas en las cuales este se desarrollara.
N	Presentación de la estructura documental del Modelo de gestión Por Procesos	Cosiste en la realización de una reunión en la cual sea presentada la estructura de los documentos creados para llevar a cabo el Modelo de Gestión, tanto los manuales como los formularios y características de estos.
O	Contactar y seleccionar las instrucciones para las capacitaciones	Consiste en contactar las instituciones y/o personas naturales que impartirán las diferentes capacitaciones, esta actividad la realizara el coordinador de “Gestión de Recursos y Formación de personal” en conjunto con el equipo de la Gestión
P	Dar a conocer lugar, día y hora en que se impartirán las capacitaciones.	Consiste en divulgar el desarrollo de las capacitaciones para los empleados del Área de Cardiología.
Q	Capacitaciones en temas De Modelos de Gestión	Con estas capacitaciones se pretende inducir a los empleados en los temas relacionados a Modelos de Gestión por Procesos.
R	Capacitaciones para equipos de Gestión	Con estas capacitaciones se pretende inducir al equipo de la Gestión en temas referentes a la implantación del Modelo
S	Capacitación de concientización	Concrite en capacitar a todos los empleados para hacerles conciencia en cuanto al mejoramiento que tendrán con la implementación de los nuevos métodos de trabajo esto para que no haya resistencia al

		cambio por parte de los empleados.
T	Capacitaciones en temas de Procesos Administrativos	Concrite en capacitar a todos los empleados administrativos en Procesos.
U	Capacitación al Personal de mantenimiento y limpieza	Consiste en capacitar en conocimiento generales de cómo hacer las labores asignadas.
V	Determinación del alcance de la auditoria	De esta forma se determinara que áreas serán contempladas del área de Cardiología para la realización de la auditoria, y cuál será el personal involucrado en el desarrollo de esta.
W	Elaboración del programa y plan de auditoria	Se deberá realizar una programación para la realización de la auditoria inicial dicha programación deberá contemplar los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> • La(s) fecha(s) de realización de la auditoria inicial. • Definir el alcance de la auditoria, es decir definir las áreas de cardiología que se auditaran. • Se deberá definir el auditor líder y el equipo de auditores que realizarán dicha auditoria, se recomienda que las personas que estén involucradas sean el equipo de la Gestión
X	Realización de la auditoria	Todo el personal del área de Cardiología debe estar sabedor de la realización de las auditorias para evaluar el Modelo de gestión.
Y	Realización de Prueba piloto	Ejecutar la auditoría inicial, dicha auditoria tiene como propósito verificar el funcionamiento del Modelo de gestión, es decir que los procedimientos y formatos diseñados funcionan adecuadamente, además se verificara que los canales de

		comunicación se han definido adecuadamente y la información relacionada al Modelo fluye tal como se ha planificado. Lo cual servirá de parámetro para realizar las mejoras al Modelo durante su operación
Z	Evaluación de prueba piloto	Se evaluarán todas aquellas falencias que se hallan detectado en la auditoría inicial
AA	Elaboración del informe de auditoría del Modelo	Una vez el equipo de la Gestión hayan sido conformados y capacitados, se realizarán pruebas con el objetivo de verificar la respuesta del Modelo de gestión en caso de una falencia en los procesos El equipo de implantación decidirá las áreas que participaran en dichas pruebas, el cual será con previo aviso a los empleados.
AB	Revisión de resultados del informe por el Jefe de la Gestión	Se elaborará el informe con los resultados de la auditoría realizada en el área de Cardiología
AC	Presentación y análisis de la información a la dirección	El equipo de la Gestión debe revisar los resultados obtenidos de la auditoría para la evaluación del Modelo de Gestión.
AD	Elaboración del plan de acción	Conocer la opinión del Director del área de Cardiología sobre la valoración de los resultados obtenidos de la auditoría realizada.
AE	Validación del plan de acción	La ejecución de las actividades necesarias para la implementación del Modelo requiere un plan de acción, el cual será creado por el Director y el equipo de implantación.
AF	Retro alimentación	Pasos a seguir para mejorar el Modelo de Gestión si existe deficiencia alguna realizando así el ciclo de mejora continua.
AG	Puesta en marcha del	Puesta en marcha del Modelo de Gestión por

	Modelo de Gestión	<p>Procesos.</p> <p>Se refiere al inicio del total de las operaciones del Modelo por Procesos, tomando en consideración los ajustes que se han realizado a lo largo de la implantación, garantizando que los resultados brinden mejores condiciones de trabajo para los empleados del área de cardiología del Hospital Nacional Rosales.</p>
--	-------------------	--

Tabla 115 Actividades para implementación del proyecto

4.12 TIEMPOS DE LAS ACTIVIDADES Y ASIGNACIÓN DE RESPONSABLES

4.12.1 TIEMPOS DE ACTIVIDADES

El Tiempo promedio de duración de cada actividad está dado en días hábiles y la implantación finalizará hasta que se obtenga el funcionamiento completo del Modelo.

Una vez identificadas las actividades del plan de implantación se procederá a calcular el tiempo esperado para cada una de dichas actividades, operación que se realizará mediante el uso de la fórmula que se presenta a continuación:

$$t_e = \frac{t_o + 4t_n + t_p}{6}$$

Dónde:

t_e : Tiempo Esperado

t_o : Tiempo Optimista

t_n : Tiempo Normal

t_p : Tiempo Pesimista

Para determinar el tiempo esperado en la realización de cada actividad del plan de implantación en el área de cardiología del Hospital Nacional Rosales, se ha considerado t_n : el tiempo que se requiere normalmente para la ejecución de las actividades, t_o : el tiempo mínimo posible sin importar el costo de los elementos materiales y humanos que se requieren, es decir, la posibilidad física de realizar la actividad en el menor tiempo y t_p : el tiempo en el cual se pueden presentar retrasos ocasionales como por ejemplo retrasos involuntarios, causas no previstas, etc.

4.12.2 CÁLCULO DE TIEMPOS DE CADA ACTIVIDAD

PAQUETES DE TRABAJOS	ACTIVIDADES	CODIGO	PRECEDENCIA	t _o	t _n	t _p	t _e
FINANCIAMIENTO							
Gestión del financiamiento	Presentar propuesta al Director	A	-	4	10	15	10
	Aprobación de propuesta	B	A	10	30	45	29
	Elaboración del plan de desembolso	C	B	3	5	11	6
Evaluación y selección de fuentes de financiamiento	Búsqueda de alternativas de financiamiento.	D	-	10	20	35	21
	Fuentes de financiamiento	E	D	3	5	10	6
ORGANIZACIÓN DE LA GESTIÓN							
Compromiso de la dirección	Planificación de reuniones	F	-	1	3	5	3
	Comunicación del compromiso de implementación del Modelo	G	F	2	5	8	5
Conformación del Equipo de la Gestión	Conformación del equipo de la Gestión	H	G	7	8	16	9
	Acreditación del equipo de la Gestión	I	G	7	8	20	10
Distribución de la	Reproducción de documentos	J	G	1	2	5	2

PAQUETES DE TRABAJOS	ACTIVIDADES	CODIGO	PRECEDENCIA	t _o	t _n	t _p	t _e
Documentación	Distribución del documentación al personal involucrado en la Gestión	K	J,H	2	4	7	4
TALENTO HUMANO							
Dar a conocer la implementación del Modelo de gestión.	Informar sobre la implementación del Modelo de Gestión a nivel del personal administrativo del área de Cardiología	L	K	1	3	5	3
	Informar sobre la implementación a nivel Operativo	M	L	2	5	10	5
	Presentación de la estructura documental del Modelo de gestión Por Procesos	N	M	5	8	16	9
Capacitación del personal en materia de Modelos de Gestión	Contactar y seleccionar las instrucciones para las capacitaciones	O	C	14	25	30	24
	Dar a conocer lugar, día y hora en que se impartirán las	P	E,I,N,O	2	5	8	5

PAQUETES DE TRABAJOS	ACTIVIDADES	CODIGO	PRECEDENCIA	t _o	t _n	t _p	t _e
	capacitaciones.						
	Capacitaciones en temas De Modelos de Gestión	Q	P	7	10	15	10
	Capacitaciones para equipos de Gestión	R	P	3	5	8	5
	Capacitación de Concientización	S	P	1	2	7	3
	Capacitaciones en temas de Procesos Administrativos	T	P	9	11	16	12
	Capacitación al Personal de mantenimiento y limpieza	U	P	8	11	14	11
PRUEBA PILOTO							
Auditoria inicial del Modelo de Gestión	Determinación del alcance de la auditoria	V	P	3	5	10	6
	Elaboración del programa y plan de auditoria	W	Q,R	5	8	13	8
	Realización de la auditoria	X	W	2	4	7	4
	Realización de Prueba piloto	Y	X	18	25	35	26
Realización de prueba piloto	Evaluación de prueba piloto	Z	Y	1	3	4	3
	Elaboración del	AA	S,T,V,U	1	3	4	3

PAQUETES DE TRABAJOS	ACTIVIDADES	CODIGO	PRECEDENCIA	t _o	t _n	t _p	t _e
	informe de auditoría del Modelo						
Medición y análisis de resultados.	Revisión de resultados del informe por el Jefe de la Gestión	AB	AA	5	10	20	11
	Presentación y análisis de la información a la dirección	AC	Z	8	15	21	15
	Elaboración del plan de acción	AD	AC	12	20	35	21
	Validación del plan de acción	AE	AB,AD	6	12	20	12
	Retro alimentación	AF	AE	3	5	10	6
	Puesta en marcha del Modelo de Gestión	AG	AF	10	15	21	15

Tabla 116 Duración de actividades para implementación del proyecto

4.12.3 LISTADO DE ACTIVIDADES, PRECEDENCIAS, TIEMPO Y COSTO

NOMBRE DEL PAQUETE DE TRABAJO	ACTIVIDADES	CODIGO	PRECEDENCIA	DURACIÓN (días)	COSTO (\$)
FINANCIAMIENTO					
Gestión del financiamiento	Presentar propuesta al Director	A	-	10	-
	Aprobación de	B	A	29	-

	propuesta				
	Elaboración del plan de desembolso	C	B	6	100
Evaluación y selección de fuentes de financiamiento	Búsqueda de alternativas de financiamiento.	D	-	21	100
	Fuentes de financiamiento	E	D	6	10
ORGANIZACIÓN DE LA GESTIÓN					
Compromiso de la dirección	Planificación de reuniones	F	-	3	10
	Comunicación del compromiso de implementación del Modelo	G	F	5	-
Conformación del Equipo de la Gestión	Conformación del equipo de la Gestión	H	G	9	-
	Acreditación del equipo de la Gestión	I	G	10	-
Distribución de la Documentación	Reproducción de documentos	J	G	2	40
	Distribución del documentación al personal involucrado en la Gestión	K	J,H	4	105
TALENTO HUMANO					
Dar a conocer la implementación	Informar sobre la implementación del Modelo de	L	K	3	25

del Modelo de gestión.	Gestión a nivel del personal administrativo del área de Cardiología				
	Informar sobre la implementación a nivel Operativo	M	L	5	25
	Presentación de la estructura documental del Modelo de gestión Por Procesos	N	M	9	-
Capacitación del personal en materia de Modelos de Gestión	Contactar y seleccionar las instrucciones para las capacitaciones	O	C	24	50
	Dar a conocer lugar, día y hora en que se impartirán las capacitaciones.	P	E,I,N,O	5	15
	Capacitaciones en temas De Modelos de Gestión	Q	P	10	50
	Capacitaciones para equipos de Gestión	R	P	5	50
	Capacitación de Concientización.	S	P	3	120
	Capacitaciones en	T	P	12	140

	temas de Procesos Administrativos				
	Capacitación al Personal de mantenimiento y limpieza	U	P	11	80
PRUEBA PILOTO					
Auditoria inicial del Modelo de Gestión	Determinación del alcance de la auditoria	V	P	6	50
	Elaboración del programa y plan de auditoria	W	Q,R	8	40
	Realización de la auditoria	X	W	4	25
	Realización de Prueba piloto	Y	X	26	-
Realización de prueba piloto	Evaluación de prueba piloto	Z	Y	3	50
	Elaboración del informe de auditoría del Modelo	AA	S,T,V,U	3	100
Medición y análisis de resultados.	Revisión de resultados del informe por el Jefe de la Gestión	AB	AA	11	70
	Presentación y análisis de la información a la dirección	AC	Z	15	25
	Elaboración del plan de acción	AD	AC	21	15

	Validación del plan de acción	AE	AB,AD	12	100
	Retroalimentación	AF	AE	6	-
	Puesta en marcha del Modelo de Gestión	AG	AF	15	-
Total					\$1,345

Tabla 117 Actividades, precedencias y tiempo para implementación del proyecto

Después de haber costado cada una de las actividades que se llevaran a cabo para la administración del proyecto se obtuvo que el costo total para la administración del proyecto es de **\$1,345** en el cual va inmerso los cuatro entregables o subsistemas que componen el proyecto de mejoras. Los tiempos estimados en la tabla anterior fueron consultados a la empresa **JH Consultores, S. A. de C. V.** (Auditoría; Consultoría y Capacitación Empresarial; y Outsourcing).

4.12.4 TABLA RESUMEN DE PRESUPUESTO DE LA ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO

NOMBRE DE ENTREGABLES	NOMBRE DEL PAQUETE DE TRABAJO	COSTO (\$)
Financiamiento	Gestión del financiamiento.	210
	Evaluación y selección de fuentes de financiamiento	
Organización de la gestión	Compromiso de la dirección.	155
	Conformación del Equipo de la Gestión	
	Distribución de la documentación.	
Talento Humano	Dar a conocer la implementación del Modelo de gestión.	555
	Capacitación del personal en materia de Modelos de Gestión	
Prueba piloto	Auditoria inicial del Modelo de Gestión	475
	Realización de prueba piloto	
	Medición y análisis de resultados.	
Total		\$1,345

Tabla 118 Resumen de costos para la administración del proyecto

4.12.5 DIAGRAMA DE REDES

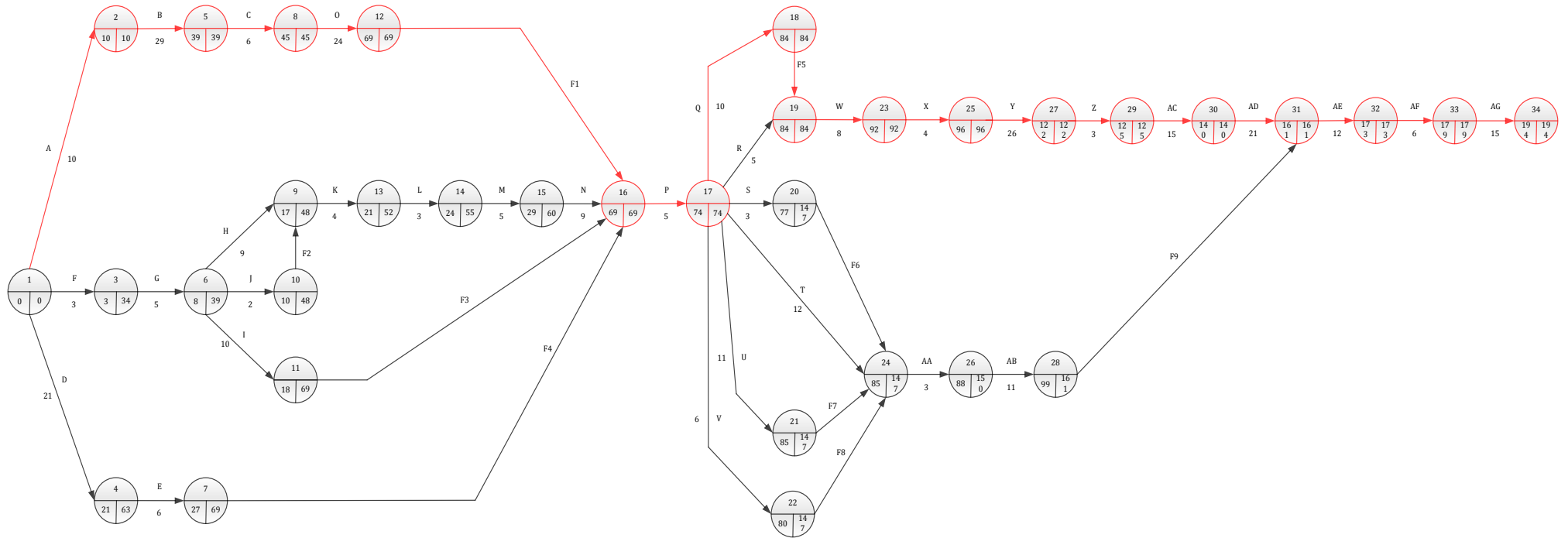
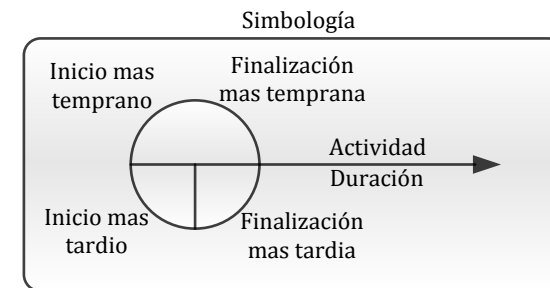


Ilustración 89 Diagrama de Redes

RUTA CRÍTICA. A-B-C-O-F1-P-Q-F5-W-X-Y-Z-AC-AD-AE-AF-AG-AH

DURACION DEL PROYECTO, 194 días.



4.12.6 PROGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA IMPLANTACIÓN

Teniendo como referencia la duración de las actividades y las holguras, se establece la siguiente programación para la Implantación del Modelo de Gestión en 194 días aproximadamente.

ACTIVIDADES	CODIGO	DURACIÓN (días)	FECHA INICIO	FECHA DE FIN
Presentar propuesta al Director	A	10	11/05/2016	24/05/2016
Aprobación de propuesta	B	29	23/05/2016	01/07/2016
Elaboración del plan de desembolso	C	6	01/07/2016	09/07/2016
Búsqueda de alternativas de financiamiento.	D	21	11/05/2016	09/06/2016
Planificación de reuniones	E	6	09/06/2016	17/06/2016
Comunicación del compromiso de implementación del Modelo	F	3	11/05/2016	14/05/2016
Conformación del equipo de la Gestión	G	5	13/05/2016	19/05/2016
Acreditación del equipo de la Gestión	H	9	19/05/2016	31/05/2016
Reproducción de documentos	I	10	19/05/2016	01/06/2016
Distribución del documentación al personal involucrado en la Gestión	J	2	19/05/2016	21/05/2016
Planificación de reuniones	K	4	30/05/2016	03/06/2016
Informar sobre la implementación del Modelo de Gestión a nivel del personal administrativo del área de Cardiología	L	3	06/06/2016	09/06/2016
Informar sobre la implementación a nivel Operativo	M	5	06/06/2016	11/06/2016

Presentación de la estructura documental del Modelo de gestión Por Procesos	N	9	13/06/2016	24/06/2016
Contactar y seleccionar las instrucciones para las capacitaciones	O	24	08/07/2016	10/08/2016
Dar a conocer lugar, día y hora en que se impartirán las capacitaciones.	P	5	11/08/2016	17/08/2016
Capacitaciones en temas De Modelos de Gestión	Q	10	15/08/2016	27/08/2016
Capacitaciones para equipos de Gestión	R	5	30/06/2016	06/07/2016
Capacitación de Concientización	S	3	30/06/2016	04/07/2016
Capacitaciones en temas de Procesos Administrativos	T	12	30/06/2016	16/07/2016
Capacitación al Personal de mantenimiento y limpieza	U	11	30/06/2016	15/07/2016
Determinación del alcance de la auditoria	V	6	30/06/2016	08/07/2016
Elaboración del programa y plan de auditoria	W	8	29/08/2016	08/09/2016
Realización de la auditoria	X	4	08/09/2016	13/09/2016
Realización de Prueba piloto	Y	26	12/09/2016	18/10/2016
Evaluación de prueba piloto	Z	3	17/10/2016	20/10/2016
Elaboración del informe de auditoría del Modelo	AA	3	06/07/2016	09/07/2016
Revisión de resultados del informe por el Jefe de la Gestión	AB	11	08/07/2016	23/07/2016
Presentación y análisis de la información a la dirección	AC	15	19/10/2016	08/11/2016
Elaboración del plan de acción	AD	21	07/11/2016	06/12/2016
Validación del plan de acción	AE	12	05/12/2016	21/12/2016

Retro alimentación	AF	6	21/12/2016	29/12/2016
Puesta en marcha del Modelo de Gestión	AG	15	28/12/2016	17/01/2017

Tabla 119 Programación de actividades para la implementación del proyecto

4.12.7 CALENDARIO DE TRABAJO DE LA IMPLANTACIÓN DEL PROYECTO

Íd.	Nombre de la actividad	Comienzo	Fin	Duración	may 2016		jun 2016				jul 2016				ago 2016				sep 2016				oct 2016				nov 2016				dic 2016		ene 2017							
					8/5	15/5	22/5	29/5	5/6	12/6	19/6	26/6	3/7	10/7	17/7	24/7	31/7	7/8	14/8	21/8	28/8	4/9	11/9	18/9	25/9	2/10	9/10	16/10	23/10	30/10	6/11	13/11	20/11	27/11	4/12	11/12	18/12	25/12	1/1	8/1
					1	Presentar propuesta al Director	11/05/2016	24/05/2016	2s	■																														
2	Aprobación de propuesta	23/05/2016	01/07/2016	5.8s	■																																			
3	Elaboración del plan de desembolso	01/07/2016	09/07/2016	1.2s																									■											
4	Búsqueda de alternativas de financiamiento.	11/05/2016	09/06/2016	4.2s	■																																			
5	Planificación de reuniones	09/06/2016	17/06/2016	1.2s																			■																	
6	Comunicación del compromiso de implementación del Modelo	11/05/2016	14/05/2016	.6s	■																																			
7	Conformación del equipo de la Gestión	13/05/2016	19/05/2016	1s	■																																			
8	Acreditación del equipo de la Gestión	19/05/2016	31/05/2016	1.8s	■																																			
9	Reproducción de documentos	19/05/2016	01/06/2016	2s	■																																			
10	Distribución de la documentación al personal involucrado en la Gestión	19/05/2016	21/05/2016	.4s	■																																			
11	Planificación de reuniones	30/05/2016	03/06/2016	.8s																			■																	
12	Informar sobre la implementación del a nivel del personal administrativo	06/06/2016	09/06/2016	.6s																			■																	
13	Informar sobre la implementación a nivel Operativo	06/06/2016	11/06/2016	1s																			■																	
14	Presentación de la estructura documental del Modelo de gestión Por Procesos	13/06/2016	24/06/2016	1.8s																			■																	
15	Contactar y seleccionar las instrucciones para las capacitaciones	08/07/2016	10/08/2016	4.8s																									■											
16	Dar a conocer lugar, día y hora en que se impartirán las capacitaciones.	11/08/2016	17/08/2016	1s																									■											
17	Capacitaciones en temas De Modelos de Gestión	15/08/2016	27/08/2016	2s																									■											
18	Capacitaciones para equipos de Gestión	30/06/2016	06/07/2016	1s																			■																	
19	Capacitación virtual.	30/06/2016	04/07/2016	.6s																			■																	
20	Capacitaciones en temas de Procesos Administrativos	30/06/2016	16/07/2016	2.4s																			■																	
21	Capacitación al Personal de mantenimiento y limpieza	30/06/2016	15/07/2016	2.2s																			■																	
22	Determinación del alcance de la auditoria	30/06/2016	08/07/2016	1.2s																			■																	
23	Elaboración del programa y plan de auditoria	29/08/2016	08/09/2016	1.6s																									■											
24	Realización de la auditoria	08/09/2016	13/09/2016	.8s																									■											
25	Realización de Prueba piloto	12/09/2016	18/10/2016	5.2s																									■											
26	Evaluación de prueba piloto	17/10/2016	20/10/2016	.6s																									■											
27	Elaboración del informe de auditoria del Modelo	06/07/2016	09/07/2016	.6s																			■																	
28	Revisión de resultados del informe por el Jefe de la Gestión	08/07/2016	23/07/2016	2.2s																			■																	
29	Presentación y análisis de la información a la dirección	19/10/2016	08/11/2016	3s																									■											
30	Elaboración del plan de acción	07/11/2016	06/12/2016	4.2s																									■											
31	Validación del plan de acción	05/12/2016	21/12/2016	2.4s																									■											
32	Retro alimentación	21/12/2016	29/12/2016	1.2s																									■											
33	Puesta en marcha del Modelo de Gestión	28/12/2016	17/01/2017	3s																									■											

4.13 CONTROL DE LA IMPLANTACIÓN

El Control de la Implantación se llevará a cabo comparando el avance real de la implantación con la programación planeada, haciéndose los ajustes necesarios para corregir las deficiencias que se presenten sobre la marcha. Los miembros del Equipo relacionados en la implantación deberán contar con los recursos necesarios que permitan un seguimiento adecuado de control en las distintas actividades de implantación del Modelo de Gestión, con la finalidad de realizarlas en el tiempo programado y con los recursos establecidos, el coordinador de la gestión es el responsable de llevar este control, con el fin de identificar desviaciones en un tiempo mínimo.

A continuación se presentan los formatos propuestos para llevar este control.

FORMATO DE SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE IMPLANTACION

ACTIVIDADES	CODIGO	DURACIÓN (días)	PLANIFICADO		EJECUTADO		CUMPLIMIENTO		OBSERVACION
			FECHA INICIO	FECHA INICIO	FECHA INICIO	FECHA INICIO	SI	NO	
Presentar propuesta al Director	A	10							
Aprobación de propuesta	B	29							
Elaboración del plan de desembolso	C	6							
Búsqueda de alternativas de financiamiento.	D	21							
Planificación de reuniones	E	6							
Comunicación del compromiso de implementación del Modelo	F	3							
Conformación del equipo de la Gestión	G	5							
Acreditación del equipo de la Gestión	H	9							

Reproducción de documentos	I	10							
Distribución de la documentación al personal involucrado en la Gestión	J	2							
Planificación de reuniones	K	4							
Informar sobre la implementación del Modelo de Gestión a nivel del personal administrativo del área de Cardiología	L	3							
Informar sobre la implementación a nivel Operativo	M	5							
Presentación de la estructura documental del Modelo de gestión Por Procesos	N	9							
Contactar y seleccionar las instrucciones para las capacitaciones	O	24							

Dar a conocer lugar, día y hora en que se impartirán las capacitaciones.	P	5							
Capacitaciones en temas De Modelos de Gestión	Q	10							
Capacitaciones para equipos de Gestión	R	5							
Capacitación de Concientización.	S	3							
Capacitaciones en temas de Procesos Administrativos	T	12							
Capacitación al Personal de mantenimiento y limpieza	U	11							
Determinación del alcance de la auditoria	V	6							
Elaboración del programa y plan de auditoria	W	8							
Realización de la auditoria	X	4							
Realización de Prueba piloto	Y	26							
Evaluación de prueba piloto	Z	3							

Elaboración del informe de auditoría del Modelo	AA	3							
Revisión de resultados del informe por el Jefe de la Gestión	AB	11							
Presentación y análisis de la información a la dirección	AC	15							
Elaboración del plan de acción	AD	21							
Validación del plan de acción	AE	12							
Retro alimentación	AF	6							
Puesta en marcha del Modelo de Gestión	AG	15							

Tabla 120 Formato de seguimiento de las actividades de implantación

Para verificar el grado de avance de la implantación del Modelo de Gestión se utilizará el siguiente indicador:

$$\text{Grado de avance del proyecto} = \frac{\text{Total de actividades Ejecutadas}}{\text{Total de actividades Proyecto}}$$

4.14 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO

Diagrama de la Organización

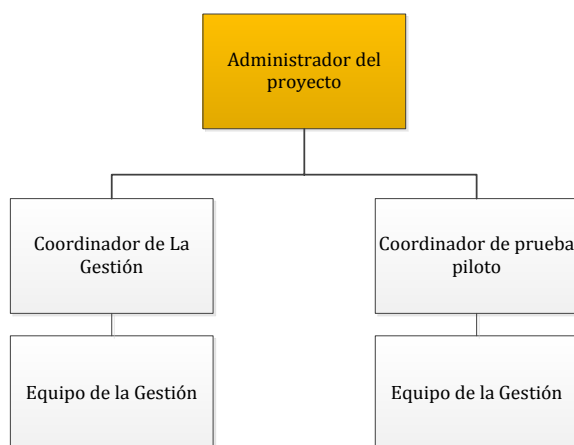


Ilustración 90 Estructura organizativa para la administración del proyecto

4.15 FUNCIONES DEL EQUIPO DE IMPLANTACIÓN

4.15.1 ADMINISTRADOR DEL PROYECTO

Será el encargado de dirigir el accionar del equipo de implantación y lograr así el cumplimiento de todas las actividades relacionadas al plan de implantación del Modelo de Gestión.

Deberá Controlar el desarrollo de las actividades proporcionando a los diferentes coordinadores (Coordinador de la Gestión y Prueba Piloto) el apoyo necesario para el cumplimiento de sus respectivas funciones, además deberá existir una comunicación constante con el Director del área de cardiología para informar sobre el avance de la implantación y/o dificultades que puedan presentarse durante la implantación.

4.15.2 COORDINADOR DE LA GESTIÓN

Deberá Apoyar continuamente al Administrador del Proyecto, en la planificación y organización de las actividades a realizar para la implantación. Además Realizará un monitoreo periódico al plan de implantación con el objetivo de verificar el avance real de la implantación vs lo planificado; y realizar los ajustes que sean necesarios al plan en

caso que exista atraso en la ejecución de algunas de las actividades y comunicar de dichos cambios al Administrador del Proyecto de implantación.

A la vez deberá planificar, organizar y controlar todas las capacitaciones que se realizarán tanto para los empleados administrativos como también para los operativos.

4.15.3 COORDINADOR DE PRUEBA PILOTO

Planificar, Organizar y Controlar las actividades relacionadas con la evaluación inicial o de prueba de desempeño del Modelo de Gestión (Auditoria Inicial), será el encargado de coordinar la retroalimentación a los involucrados en las evaluaciones de prueba que se realicen.

También será el encargado de coordinar con el administrador del proyecto la realización de las capacitaciones según el Administrador lo estime conveniente.

4.15.4 EQUIPO DE LA GESTIÓN

Les corresponde apoyar a los coordinadores de “la Gestión” y “Prueba Piloto”, y en demás actividades que el Administrador del Proyecto estime conveniente.

4.15.5 PERFILES PARA LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE LA GESTIÓN

Los miembros del equipo de implantación serán miembros que forman parte del área de cardiología. Por tal razón los perfiles para los miembros del equipo de implantación son los que se definieron para el equipo anteriormente. Los perfiles se relacionan de la siguiente forma:

4.15.6 RELACIÓN DE CARGOS PARA EQUIPO DE IMPLANTACIÓN

Cargo en el equipo de implantación	Relación con el personal del área de cardiología con el Modelo de Gestión por Procesos
Administrador del proyecto	Jefe de la Gestión
Coordinador de la Gestión	Director
Coordinador de Prueba Piloto	Jefe de la Gestión
Colaboradores	Equipo de la Gestión

Tabla 121 Relación de cargos para equipo de implantación

4.15.7 MATRIZ DE RESPONSABILIDADES

La matriz de la asignación de responsabilidades (RASCI por las iniciales de los tipos de responsabilidad) se utiliza generalmente en la gestión de proyectos para relacionar actividades con recursos (individuos o equipos de trabajo). De esta manera se logra asegurar que cada uno de los componentes del alcance esté asignado a un individuo o a un equipo.

Consiste en un cuadro donde se interrelacionan las tareas programadas con las personas encargadas de llevarlas a cabo. Es necesario que se realice un cuadro donde se visualice claramente las obligaciones de los implicados.

Símbolo	Rol	Descripción
R	Responsable	Este rol realiza el trabajo y es responsable directo por su realización, de la obtención de los recursos y los resultados. Es quien debe ejecutar las tareas.
A	Aprobador	Este rol se encarga de aprobar el trabajo finalizado y a partir de ese momento, se vuelve responsable por él. Es quien debe asegurar que se ejecutan las tareas.
S	Soporte	Este rol proporciona recursos adicionales para realizar el trabajo.
C	Consultado	Este rol posee alguna información o capacidad necesaria para terminar el trabajo. Se le informa y se le consulta información.
I	Informado	Este rol debe ser informado sobre el progreso y los resultados del trabajo. A diferencia del Consultado, la comunicación es unidireccional.

Tabla 122 Descripción de roles en la matriz de responsabilidades

NOMBRE DE ENTREGABLES	NOMBRE DEL PAQUETE DE TRABAJO	Administrador del proyecto	Coordinador de la Gestión	Coordinador de Prueba Piloto	Equipo de la Gestión
Financiamiento	Gestión del financiamiento	R	S	I	
	Evaluación y selección de fuentes de financiamiento	R			
Organización de la Gestión	Compromiso de la dirección	A	R	S	
	Conformación	A	R	S	I

	del Equipo de la Gestión				
	Distribución de la Documentación	A	R	I	I
Talento Humano	Dar a conocer la implementación del Modelo de gestión.	R	S		I
	Capacitación del personal en materia de Modelos de Gestión	A	R	S	I
Prueba Piloto	Auditoria inicial del Modelo de gestión	R	S	S	
	Realización de prueba piloto	A	R	R	I
	Medición y análisis de resultados.	R	S	I	C

Tabla 123 Matriz de responsabilidades del proyecto

4.16 MANUAL DE ORGANIZACIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO

SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES



MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO

Elaborado por:
Fernando Molina
Lilian Aguilar
Diana Cárcamo



Mayo /2016

**MODELO DE GESTIÓN LA MEJORA DE LA
ORGANIZACIÓN Y PROCESOS ADMINISTRATIVOS
DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL
NACIONAL ROSALES**



Fecha: 05/2016

**MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES
PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO**

Página: 2/10

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	2
OBJETIVOS.....	3
OBEJTIVO GENERAL.....	3
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	3
VISIÓN, MISIÓN Y VALORES.....	4
ESTRUCTURA ORGANIZATIVA.....	5
CORDINADOR DE PLANIFICADOR.....	6
COORDINADOR DE PRUEBA PILOTO.....	7

Elaborado por:

Revisado por:

Lugar:

Fernando Molina
Salvador

Ing. Saúl Granados

San Salvador, El

Lilian Aguilar

Diana Cárcamo

MODELO DE GESTIÓN LA MEJORA DE LA ORGANIZACIÓN Y PROCESOS ADMINISTRATIVOS DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES

MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO



Fecha: 05/2016

Página: 3/10

INTRODUCCIÓN

Para el proyecto de “Implementar el Modelo de Gestión la Mejora de la Organización y Procesos Administrativos del Servicio de Cardiología del Hospital Nacional Rosales se presenta el manual denominado, Manual de Organización que es una guía sobre las responsabilidades, descripciones y funciones de los puestos de trabajo que se delegan en las diferentes unidades que conforman la estructura organizativa del proyecto, con lo cual se conoce el perfil del puesto.

Establece claramente la misión, visión, valores y estructura orgánica del área de cardiología para conocer la jerarquía, como actualmente se desarrolla y cómo se ve a un futuro.

Este manual debe ser evaluado y actualizado anualmente para mantener a la organización con buen desempeño.

Elaborado por:

Revisado por:

Lugar:

Fernando Molina

Ing. Saúl Granados

San Salvador, El

Salvador

Lilian Aguilar

Diana Cárcamo

MODELO DE GESTIÓN LA MEJORA DE LA ORGANIZACIÓN Y PROCESOS ADMINISTRATIVOS DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES

MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO



Fecha: 05/2016

Página: 4/10

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un manual de organización que describa de forma clara, sencilla y sistemáticamente las funciones que cada área debe desempeñar para cumplir con la ejecución óptima del proyecto “Modelo de Gestión la Mejora de la Organización y Procesos Administrativos del Servicio de Cardiología del Hospital Nacional Rosales”

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer cómo debe estar conformada la organización del proyecto.
- Desarrollar un guía para el eficiente trabajo en la ejecución del trabajo.
- Identificar las funciones que debe cumplir cada puesto de trabajo.
- Asignar responsables dentro del proyecto.

Elaborado por:

Revisado por:

Lugar:

Fernando Molina
Salvador

Ing. Saúl Granados

San Salvador, El

Lilian Aguilar

Diana Cárcamo

**MODELO DE GESTIÓN LA MEJORA DE LA
ORGANIZACIÓN Y PROCESOS ADMINISTRATIVOS
DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL
NACIONAL ROSALES**

**MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES
PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO**



Fecha: 05/2016

Página: 5/10

MISIÓN Y VISIÓN

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 el principal Hospital Escuela del País.

VISIÓN

Constituirse en un modelo de Hospital Escuela de referencia dentro del sistema nacional de salud y satisfacer la demanda del tercer nivel de atención en las especialidades de medicina y cirugía

Elaborado por:

Revisado por:

Lugar:

Fernando Molina
Salvador

Ing. Saúl Granados

San Salvador, El

Lilian Aguilar

Diana Cárcamo

MODELO DE GESTIÓN LA MEJORA DE LA ORGANIZACIÓN Y PROCESOS ADMINISTRATIVOS DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES

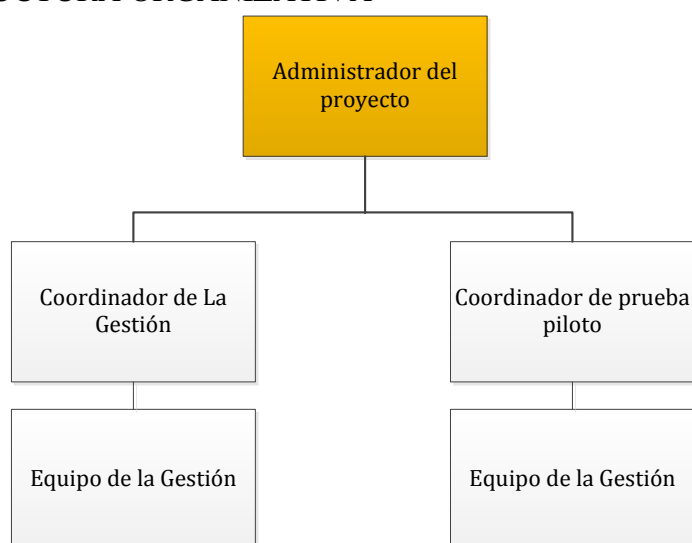
MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO



Fecha: 05/2016

Página: 6/10

ESTRUCTURA ORGANIZATIVA



PUESTO	NÚMERO DE EMPLEADOS
Administrador del proyecto	1
Coordinador de la Gestión	1
Coordinador técnico (Prueba Piloto)	1
Equipo de la Gestión	2
Total	5

Elaborado por:	Revisado por:	Lugar:
Fernando Molina Lilian Aguilar Diana Cárcamo	Ing. Saúl Granados	San Salvador, El Salvador

MODELO DE GESTIÓN LA MEJORA DE LA ORGANIZACIÓN Y PROCESOS ADMINISTRATIVOS DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES
MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO



Fecha: 05/2016

Página: 7/10

Unidad Organizativa: Administrador del Proyecto

Dependencia Jerárquica: Ninguna

Unidades Subordinadas: Coordinador Planeación y Coordinador de Prueba Piloto

OBJETIVO: Planear, organizar, dirigir, coordinar, supervisar y evaluar el desarrollo de los procesos sustantivos y de apoyo que se desarrollan del proyecto.

DESCRIPCIÓN: Unidad que vela por la planeación, organización, dirección y control de manera general la implementación del proyecto.

FUNCIONES DE LA UNIDAD

- Aplicar las políticas de la administración del proyecto.
- Evaluar y dirigir la unidad técnica y administrativa del proyecto.
- Verificar y asegurar que se cumplan con los establecimientos del proyecto
- Organizar de la mejor manera el proyecto a fin de crear un ambiente armonioso
- Verificar que la gestión monetaria se realice según lo programado.
- Planear, coordinar y supervisar de la mejor manera los recursos para cumplir con la entrega del mismo sin demoras.
- Verificar la calidad de la realización de cada uno de los paquetes de trabajo.
- Administrar y organizar cada uno de los recursos de forma eficaz y eficiente.
- Mantener contacto con los interesados en el proyecto.
- Monitorear los avances que se presenten el proyecto.
- Comprobar el cumplimiento de metas.
- Asignar responsabilidades y delegar autoridad
- Recomendar se introduzcan las modificaciones que se consideren convenientes
- Tomar decisiones sobre correcciones en el proyecto

Elaborado por:

Revisado por:

Lugar:

Fernando Molina

Ing. Saúl Granados

San Salvador, El

Salvador

Lilian Aguilar

Diana Cárcamo

MODELO DE GESTIÓN LA MEJORA DE LA ORGANIZACIÓN Y PROCESOS ADMINISTRATIVOS DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES



Fecha: 05/2016

MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO

Página: 8/10

Unidad Organizativa: Coordinación de Planificación

Dependencia Jerárquica: Administrador del Proyecto

Unidades Subordinadas: Ninguna

OBJETIVO: Administrar los recursos que permitan una óptima implantación del proyecto.

DESCRIPCIÓN: Unidad que vela por la administración de los recursos tanto humanos como financieros, además de capacitación de personal.

FUNCIONES DE LA UNIDAD

- Determinar la planificación de cada uno de los desembolsos necesarios durante la ejecución del proyecto.
- Dirigir la selección, capacitación y evaluación del personal.
- Desarrollar el programa de la campaña de capacitación.
- Gestionar la documentación necesaria dentro del proyecto.
- Tramitar compras e instalaciones de servicios necesarios dentro del proyecto.
- Reportar sobre cada uno de los gastos realizados dentro del proyecto.

Elaborado por:

Revisado por:

Lugar:

Fernando Molina
Salvador

Ing. Saúl Granados

San Salvador, El

Lilian Aguilar

Diana Cárcamo

**MODELO DE GESTIÓN LA MEJORA DE LA
ORGANIZACIÓN Y PROCESOS ADMINISTRATIVOS
DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL
NACIONAL ROSALES**

**MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES
PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO**



Fecha: 05/2016

Página: 9/10

Unidad Organizativa: Coordinador de Prueba Piloto

Dependencia Jerárquica: Administrador del Proyecto

Unidades Subordinadas: Ninguna

OBJETIVO: Dirigir, controlar y evaluar que el Modelo se desarrollé de acuerdo a lo planificado.

DESCRIPCIÓN: Unidad responsable de velar y verificar por el funcionamiento y que se lleven a cabo todas las actividades concernientes a la prueba piloto y equipamiento apegados a los objetivos iniciales trazados.

FUNCIONES DE LA UNIDAD

- Seleccionar el personal necesario para la ejecución del proyecto.
- Capacitar de la mejor manera al personal seleccionado según las necesidades del mismo.
- Elaborar los informes requeridos de gastos y desembolsos realizados
- Realizar un control de las no conformidades dentro del Modelo de Gestión para su posterior mejora.
- Elaborar informes sobre avances del proyecto y entregarlos al Administrador del proyecto.
- Controlar y supervisar los avances del Proyecto.

Elaborado por:

Revisado por:

Lugar:

Fernando Molina
Salvador

Ing. Saúl Granados

San Salvador, El

Lilian Aguilar

Diana Cárcamo

MODELO DE GESTIÓN LA MEJORA DE LA ORGANIZACIÓN Y PROCESOS ADMINISTRATIVOS DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES

MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO



Fecha: 05/2016

Página: 10/10

Unidad Organizativa: EQUIPO DE LA GESTIÓN

Dependencia Jerárquica: Administrador del Proyecto desde las áreas operativas

Unidades Subordinadas: Ninguna

OBJETIVO: Dirigir, controlar y evaluar que el Modelo se desarrolle de acuerdo a lo planificado.

DESCRIPCIÓN: Les corresponde apoyar a los coordinadores de “Planificación” y “Prueba Piloto”, y en demás actividades que el Administrador del Proyecto estime conveniente.

FUNCIONES DE LA UNIDAD

- Colaborar en todas las acciones que el Jefe de la gestión considere necesarias en la implementación del Modelo en el HNR.
- Promover la cooperación de los trabajadores en la implantación del Modelo.
- Acompañar y apoyar al encargado de impartir las capacitaciones del Modelo de Gestión por Procesos.
- Elaborar informes sobre avances del proyecto y entregarlos al Administrador del proyecto.
- Coordinar con la Unidad de Planificación del HNR, para dar apoyo en la implantación del Modelo

Elaborado por:	Revisado por:	Lugar:
Fernando Molina	Ing. Saúl Granados	San Salvador, El Salvador
Lilian Aguilar		
Diana Cárcamo		

4.17 EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA DEL DISEÑO

4.17.1 OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN

4.17.2 OBJETIVO GENERAL

Evaluar la implementación del modelo de gestión por proceso aplicado en el Servicio de Cardiología del Hospital Nacional Rosales mediante las evaluaciones económica, social, ambiental, de género y resultados esperados para así determinar la factibilidad de implementación de este proyecto.

4.17.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✔ Determinar los costos tangibles e intangibles necesarios para implementar el modelo de gestión por proceso aplicado en el Servicio de Cardiología del Hospital Nacional Rosales para desarrollar el análisis económico del proyecto.
- ✔ Determinar por medio de la evaluación económica si es factible invertir en el modelo de gestión por proceso y así implementarlo en el Servicio de Cardiología del Hospital Nacional Rosales.
- ✔ Determinar el impacto social que generará este proyecto si se implementa por medio de una evaluación social y así determinar si el proyecto genera beneficios sociales los cuales están ligados a la filosofía institucional del Servicio de Cardiología del Hospital Nacional Rosales
- ✔ Determinar por medio de una evaluación de género las diferencias en la participación, necesidades, acceso, obstáculos, oportunidades y beneficios que obtienen las mujeres y los hombres que hacen uso de las instalaciones del Servicio de Cardiología del Hospital Nacional Rosales para tener un mejor panorama y análisis social del impacto que tiene este proyecto en el servicio de cardiología.

4.17.4 DEFINICIÓN DE EVALUACIÓN ECONÓMICA

El sistema de costeo que se utilizará para obtener los costos de la inversión inicial y los costos de operación será el sistema de absorción por procesos ya que presenta más beneficios contables que los otros sistemas de costeo además de ser la que mejor se adapta a las características del Modelo de Gestión por Procesos.

4.17.5 COSTOS DE IMPLANTACION, OPERACIÓN Y EVALUACIONES DEL PROYECTO

Al tomar en cuenta tanto los componentes que permitan el establecimiento del modelo así como los componentes que permiten la operatividad del mismo se puede realizar un análisis de los beneficios, análisis que permite percibir la factibilidad del proyecto en términos económicos. Para realizar dicho análisis se procederá a obtener la siguiente información:

- A. COSTOS DE INVERSIÓN DEL PROYECTO
- B. COSTOS DE OPERACIÓN
- C. EVALUACIONES DEL MODELO DE GESTION

La evaluación de la propuesta del diseño del Modelo de Gestión de la Organización y procesos administrativos del Servicio de Cardiología del Hospital Nacional Rosales incluye una Evaluación Social, la cual será elaborada tomando en cuenta los beneficios que se obtendrán al poner en marcha la propuesta.

4.18 COSTOS DE INVERSIÓN DEL PROYECTO

Los rubros que constituyen los Costos de Inversión del Modelo de Gestión de la Organización y procesos administrativos del Servicio de Cardiología del Hospital Nacional Rosales son:

1. Costos de Diseño del Modelo de Gestión
2. Costo de Capacitación
3. Costo de Equipo de Oficina
4. Costo de Documentación

5. Costos de Implantación del Modelo de Gestión ¹²

4.18.1 COSTOS DE DISEÑO DEL MODELO DE GESTIÓN

Este rubro incluye los costos de inversión del proyecto, lo cual comprende el pago a consultor por el Diseño del Modelo de Gestión, partiendo de un diagnóstico lo cual incluye:

- ✔ Auto Evaluación EFQM
- ✔ Instrumentos para recolección de Información Primaria
- ✔ Análisis de los procesos

El diseño del Modelo de Gestión por procesos consta de la siguiente documentación.

NOMBRE DE DOCUMENTOS
MANUALES
MANUAL DE FUNCIONES DEL SERVICIO DE CARDIOLOGIA DEL HNR
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA DEL HNR
MANUAL DE ORGANIZACIÓN
ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS
PROGRAMAS
CAPACITACIONES

Tabla 124 Documentación del Modelo de Gestión por procesos SC-HNR

Todos estos documentos han sido desarrolladas en el presente Trabajo de Graduación, por lo que no representan un costo en el que deba incurrir el Hospital Nacional Rosales, sin embargo se estima para propósitos de conocer los Costos que comprenden el Proyecto. El costo de diseño se refiere al pago de honorarios por el diseño del Modelo de Gestión por Procesos.

Para poder hacer un estimado de los costos en los cuales se debe de incurrir para el diseño de un Modelo de Gestión por Procesos se ha tomado como referencia la información proporcionada por el INSAFORP mediante la Gerencia de Información Continua. Dicha gerencia mantiene una cartera de empresas asesoras y prestadoras de servicios relacionados al tema de Gestión de la Calidad.

Dentro de las empresas en el mercado sugeridas por INSAFORP, se consultó al encargado correspondiente¹³ de la empresa **JH Consultores, S. A. de C. V.** (Auditoría;

¹² Los costos de implantación se ven reflejados en la ADP del proyecto y ascienden a \$1,345.

Consultoría y Capacitación Empresarial; y Outsourcing.), quien al indicársele las características y necesidades particularidades del Hospital Nacional Rosales referentes a la Gestión por Procesos. Estimó que el Diseño del Modelo consumiría del recurso tiempo de 5 a 7 meses y del recurso financiero de \$3,000.00 a \$4,000.00 mensuales.

De acuerdo a lo expresado por el representante y tomando como referencia dicha información a continuación se estima los costos por Diseño para el Modelo de Gestión por Procesos, un pago promedio de \$3,500.00 mensuales.

ACTIVIDADES A REALIZAR	DURACIÓN (DÍAS)
DIAGNOSTICO	
AUTO EVALUACIÓN EFQM	15
INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN PRIMARIA	15
ANÁLISIS DE LOS PROCESOS	30
DISEÑO DEL MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS	
MANUALES	
MANUAL DE FUNCIONES DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HNR 36	15
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGÍA DEL HNR 48	30
MANUAL DE ORGANIZACIÓN 14	30
PROGRAMAS	
CAPACITACIONES	5
TOTAL DE DÍAS	140
140 DIAS APROX. 5 MESES X \$3,500.00 = \$17,500.00	

Tabla 125 Costos por Diseño para el Modelo de Gestión por Procesos SC-HNR

De acuerdo a la tabla anterior se estima que el Diagnostico y Diseño del Modelo de Gestión por Procesos consumirá aproximadamente 5 meses a un costo mensual promedio de \$3,500.00, lo cual ascendería a un costo aproximado de \$17,500.00. Sin embargo el Hospital Nacional Rosales no incurrirá en estos costos puesto que el

¹³ Ingeniero Luis Sánchez Fuentes, Director-Consultor de JH Consultores, S. A. de C. V.

Diagnostico de la situación actual y Diseño del Modelo de Gestión por Procesos ha sido el resultado de un Trabajo de Graduación.

4.18.2 COSTOS DE CAPACITACIÓN

Los Costos de Capacitación se dividen de la siguiente manera:

Los cursos de capacitación serán gestionados con apoyo de INSAFORP, de acuerdo a la Gerencia de Información Continua de dicha Institución, deberán ser capacitaciones por medio de elementos abiertos, lo que implica capacitaciones de acuerdo a temas de capacitación para todos los niveles ya sean operativos o administrativos. INSAFORP recibirá la solicitud de capacitación por parte del Hospital Nacional Rosales los temas en los cuales necesita capacitación y de acuerdo a dichas necesidades se presentarán diferentes empresas adscritas que están en la capacidad de poder suplir el servicio. Referente a costos, debido a que el tema Gestión por Procesos no es un tema que tenga relación directa con la razón de ser del Hospital, INSAFORP cubre un 70% de las capacitaciones. De acuerdo a lo expresado por la Gerencia de Información Continua de INSAFORP, teniendo en cuenta el tipo de capacitación, (capacitaciones relacionadas a la Gestión por Procesos) y los costos de capacitación existentes en el mercado a la fecha, en promedio se estimar a \$105.00 la hora por capacitación según la tarifa que establece **JH Consultores, S. A. de C. V.** en pago de capacitaciones.

El Costo de Capacitación se calculará a partir de la siguiente fórmula:

Costo de Capacitación

$$\begin{aligned} &= (\text{Costo de consultor/hora}) \\ &+ (\text{Costo de Oportunidad. Hr Hombre por Capacitación}) \end{aligned}$$

✓ **Costo a Ente Capacitador**

El objetivo de esta capacitación es brindar la comprensión sobre el Sistema Mecanizado de la Gestión por Procesos para el Hospital Nacional Rosales, a la dirección (que tome a bien ejecutar el proyecto), así como también a los ejecutores de los mismos, es decir al Jefe de la Gestión. Con el objeto de no incidir en mayores gastos en este rubro se utilizará el efecto cascada en la expansión de la capacitación hacia los trabajadores del Hospital Nacional Rosales.

Este costo incluye la capacitación en los diversos temas de acuerdo a lo mencionado anteriormente y el costo de consultor¹⁴ \$31.50 así como el material de trabajo y el diploma para los participantes

✓ **Costos de Oportunidad Horas Hombre por Capacitación**

Existe una repercusión económica que pocas veces es considerada en la evaluación económica para el desarrollo de un Modelo de Gestión por Procesos, el cual es horas-hombre hábiles invertidas por los trabajadores en capacitación. Esto se refiere al costo de horas invertidas en capacitación, en las cuales los participantes, por ser trabajadores voluntarios, no desarrollan las funciones correspondientes a su puesto original de trabajo. Estos costos están definidos de acuerdo a la duración de los cursos de capacitación, el salario promedio por hora del personal y la política de programación de los cursos¹⁵.

En la siguiente tabla se presentan los salarios de los trabajadores del Hospital Nacional Rosales según el reglamento de escalafón.

CLASE	CATEGORÍA	SALARIO
DOCTORES	I	\$2,000
	II	\$2,400
ENFERMERAS	I	\$1,300
	II	\$1,600
ADMINISTRATIVOS	I	\$743
	II	\$880
SERVICIOS GENERALES	I	\$605
PROMEDIO		\$1,104

Tabla 126 Salarios de trabajadores HNR

SALARIO PROMEDIO DE EMPLEADOS = Salario promedio de empleados/horas al mes.

Salario promedio de empleados = $\$1,104/176 \text{ horas} = 6.22 \text{ \$/hora}$

¹⁴ El apoyo del INSAFORP en las distintas capacitaciones es hasta del 70% del costo de la misma

A continuación se muestran los participantes que serán capacitados sobre distintos procedimientos de trabajo esto para ejecutar de la mejor manera la Gestión por Procesos.

PARTICIPANTES	CANTIDAD	CÓDIGO
DIRECTIVOS	5	A
DOCTORES	10	B
ENFERMERAS	16	C
ADMINISTRATIVOS	6	D
SERVICIOS GENERALES	4	E

Tabla 127 Participantes que serán capacitados sobre distintos procedimientos de trabajo

4.18.3 COSTOS DE CAPACITACIÓN

N°	TEMAS 6.22	TIPO CAPACITACIÓN	PARTICIPAN TES	TIEMPO, COSTO Y CANTIDAD DE PERSONAS A CAPACITAR				COSTO DE CAPACITAC IÓN	
				TIEM PO	C. EXT	C. INT	CANTIDAD A CAPACITAR		
1. CAPACITACIONES PARA GESTIÓN DE RECURSOS									
1.1	Solicitud de requerimientos anuales	E	Básica	A	2 h	\$63.00		5	\$125.2
1.2	Recepción anual de recursos	E	Básica	A+D	2 h	\$63.00		11	\$199.84
1.3	Almacenamiento y distribución de recursos anuales	E	Básica	D+E	2 h	\$63.00		10	\$187.40
1.4	Recepción de recursos	I/E	Básica	B+C+D+E	2 h	\$63.00	\$12.44	36	\$523.28
1.5	Almacenamiento y distribución de recursos	I/E	Básica	B+C+D	2 h	\$63.00	\$12.44	32	\$473.52
1.6	Recepción de recursos por medio de donaciones	I/E	Específica	A+D	2 h	\$63.00	\$12.44	11	\$212.28
2. MANTENIMIENTO Y LIMPIEZA									
2.1	Mantenimiento de equipo medico	I	Básica	E	8 h		\$49.76	4	\$248.80
2.2	Mantenimiento de infraestructura	I	Básica	E	8 h		\$49.76	4	\$248.80
2.3	Limpieza diaria de instalaciones	I	Básica	E	2 h		\$12.44	4	\$62.20

N°	TEMAS 6.22	TIPO CAPACITACIÓN		PARTICIPANTES	TIEMPO, COSTO Y CANTIDAD DE PERSONAS A CAPACITAR				COSTO DE CAPACITACIÓN
					TIEMPO	C. EXT	C. INT	CANTIDAD A CAPACITAR	
2.4	Limpieza periódica de instalaciones	I	Básica	E	2 h		\$12.44	4	\$62.20
4. ARCHIVO Y DOCUMENTACIÓN									
4.1	Seguimiento clínico	Interna	Básica	B+C	4 h	-	\$24.88	26	\$671.76
4.2	Censo total de pacientes y procedimientos	Interna	Básica	B+C	1 h	-	\$6.22	26	\$167.94
4.3	Censo de consulta	Interna	Básica	B+C	2 h	-	\$12.44	26	\$335.88
4.4	Censo de procedimientos	Interna	Básica	B+C	1 h	-	\$6.22	26	\$167.94
5. MANEJO Y LICENCIAS DE PERSONAL									
5.1	Control de permisos e inasistencias del personal	Externa	Básica	B+C+D	2.5 h	\$78.75	-	32	\$576.35
5.2	Seguimiento de ambiente laboral	Externa	Básica	A+B+C	2.5 h	\$78.75	-	31	\$560.80
TOTAL									\$4,824.19

Tabla 128 Costos de capacitación

Como se observa en la Tabla anterior, el desembolso que debe de hacer el HNR en concepto de capacitación a los empleados, al Jefe de la Gestión y demás involucrados asciende a un monto de **\$4,824.19**.

Este Costo servirá de base al HNR para establecer un presupuesto para las capacitaciones de su personal. Cabe destacar que no se incluyen costos por la capacitación al personal restante del HNR pues los costos de dichas capacitaciones se vinculan a los costos de funcionamiento y desarrollo del Modelo de Gestión. Dichas capacitaciones podrán ser realizadas por el Jefe de la Gestión.

4.18.4 COSTO DE EQUIPO DE OFICINA

Se refiere al equipo de oficina necesario para el desempeño de las funciones del Jefe del Servicio de Prevención.

DESEMBOLSO POR EQUIPO DE OFICINA			
EQUIPO	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Computadora	1	\$600	\$600
Impresor	1	\$70	\$70
Cámara digital	1	\$115	\$115
Escritorio	1	\$90	\$90
Sillas	3	\$35	\$105
Tabla para inspección	1	\$4	\$4
TOTAL			\$984

Tabla 129 Costos de equipo de oficina

El total de los desembolsos propuestos para la obtención de Equipo de Oficina para el Jefe de la Gestión, de acuerdo a la Tabla anterior es de \$ 984.00

4.18.5 COSTO DE DOCUMENTACIÓN

Este costo se refiere a la impresión y fotocopias necesarias de los documentos que componen el Modelo de Gestión por Procesos, para ponerlo en operación. Los documentos serán entregados a los empleados del área de Cardiología del Hospital Nacional Rosales

NOMBRE DE DOCUMENTOS	CANTIDAD	NÚMERO DE PAGINAS	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
DOCUMENTO ORIGINAL DEL MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS	1	650	\$0.10	\$65.00
MANUALES				
MANUAL DE FUNCIONES DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HNR	41	36	\$0.03	\$44.28
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGÍA DEL HNR	41	48	\$0.03	\$59.04
MANUAL DE ORGANIZACIÓN	41	14	\$0.03	\$17.22
PROGRAMAS				
CAPACITACIONES	41	5	\$0.03	\$6.15
TOTAL				\$191.69

Tabla 130 Costos de reproducción de documentos

Como se observa en la Tabla anterior el desembolso necesario para proveer y distribuir la documentación necesaria a los implicados en el Modelo de Gestión, es de **\$191.69**.

4.18.6 RESUMEN DE COSTOS DE INVERSIÓN

La Tabla siguiente se presenta el total de los Costos de Inversión para implementar el Modelo de Gestión por Procesos para el HNR.

COSTO (DESEMBOLSO) DE INVERSIÓN	
RUBRO	COSTO
Costos de Diseño del Modelo de Gestión	\$ 17,500.00
Costo de Capacitación	\$4,824.19
Costo de Equipo de Oficina	\$ 984.00
Costo de Documentación	\$ 191.69
Costos de Implantación del Modelo de Gestión	\$ 1,345.00
TOTAL	\$ 6,360.88

Tabla 131 Resumen de costos de inversión del proyecto

En los costos de inversión para implementar el Modelo de Gestión por Procesos no se incluyen los costos del Diseño del Modelo. Esto debido a que el Diseño del Modelo por Procesos para el Hospital Nacional Rosales es el resultado de un proyecto de graduación.

Por otra parte los costos estimados de Equipo de Oficina de igual manera son considerado pero no incluidos dentro del resumen de costos de inversión necesarios, debido a que el HNR actualmente cuenta con equipo de oficina disponible para que el Jefe de la Gestión pueda desempeñar sus funciones sin la necesidad de adquirir nuevo equipo.

4.18.6.1 COSTOS DE OPERACIÓN DEL PROYECTO

Los Costos de Operación del Modelo de Gestión por Procesos en los que debe incurrir el HNR en el primer año de funcionamiento del Modelo de Gestión, están constituidos por:

1. Costos por la utilización permanente de los Formularios generados en el Modelo
2. Costos de planilla de Jefe del Servicio de Prevención

4.18.6.2 COSTO DE FORMULARIOS DEL MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS

Este Costo lo constituyen las Fotocopias necesarias de los diversos Formularios utilizados por el Modelo de Gestión, para un año.

DOCUMENTOS	NÚMERO DE COPIAS AL AÑO	NÚMERO DE PAGINAS	COSTO UNITARIO	COSTO
FORMULARIOS GLOBALES DEL SC-HNR				
Rendimiento de los servicios médicos, servicios de apoyo.	365	5	\$ 0.03	\$ 54.75
Atenciones Brindadas a usuarios por primera vez al centro.	365	5	\$ 0.03	\$ 54.75
Intensidad de los usos de los servicios médicos y de apoyo.	365	5	\$ 0.03	\$ 54.75
Tiempos de espera en atención Médica por primera vez	365	5	\$ 0.03	\$ 54.75
Tiempos de espera en atención Médica por primera vez	365	5	\$ 0.03	\$ 54.75
Demanda de servicios por edad y sexo	365	5	\$ 0.03	\$ 54.75
Demandas de servicios por procedencia	365	5	\$ 0.03	\$ 54.75
Demanda de usuarios por Tipo de Servicio	365	5	\$ 0.03	\$ 54.75
Usuarios atendidos en los servicios médicos de acuerdo a su discapacidad	365	5	\$ 0.03	\$ 54.75
Usuarios atendidos en los servicios médicos de acuerdo a su discapacidad	365	5	\$ 0.03	\$ 54.75
Diagnósticos más frecuentes	365	5	\$ 0.03	\$ 54.75
Tipo de alta	365	5	\$ 0.03	\$ 54.75

Altas con o sin mejoría	365	5	\$ 0.03	\$ 54.75
FORMULARIOS DEL MODELO ESTRATEGICOS				
Porcentaje de procesos sistematizados	365	5	\$ 0.03	\$ 54.75
Índice de calidad del usuario	365	5	\$ 0.03	\$ 54.75
Índice de calidad del cliente interno	365	5	\$ 0.03	\$ 54.75
Índice de cobertura de usuarios HOSPITAL	365	5	\$ 0.03	\$ 54.75
Eficiencia del SC-HNR	365	5	\$ 0.03	\$ 54.75
Índice de calidad del servicio	365	5	\$ 0.03	\$ 54.75
FORMULARIOS OPERATIVOS				
Porcentaje de nuevos usuarios	365	5	\$ 0.03	\$ 54.75
Porcentaje de subsecuentes y post operatorio	365	5	\$ 0.03	\$ 54.75
Cantidad de personas en lista de espera al final de un mes	365	5	\$ 0.03	\$ 54.75
Porcentaje de terapias efectivas	365	5	\$ 0.03	\$ 54.75
% de la demanda por procedimiento.	365	5	\$ 0.03	\$ 54.75
TOTAL				\$ 1,314

Tabla 132 Costos de reproducción de formularios para el Modelo de Gestión por Procesos

Como se observa en la Tabla anterior se tendrá un desembolso anual aproximado de \$1,314.00 en copias de los documentos necesarios para mantener el Modelo de Gestión, las cuales serán utilizadas por las unidades y/o áreas competentes del HNR para llevar a cabo los diferentes procedimientos del Modelo de Gestión por Procesos.

4.18.6.3 COSTOS DE PLANILLA DE JEFE DE LA GESTIÓN

Para determinar los costos de Planilla del Jefe de la Gestión se toman de referencia los Salarios promedios de los empleados del HNR. Para determinar el costo real de pago de planilla es necesario agregar al salario las prestaciones que recibe el empleado del HNR

- ISSS (7.5 % que aporta el HNR), es de aclarar que se cotiza y se recibe prestaciones sobre un límite de \$ 685.71 según la Ley del Seguro Social (Reglamento para la Aplicación del Régimen del Seguro Social Decreto No 37 Capítulo II)
- AFP (6.75% que aporta la Alcaldía Municipal).
- Aguinaldo: para quien tuviere un año o más y menos de tres años de servicio, la prestación equivalente al salario de diez días de acuerdo al Código Laboral en art. 198 inciso 1°.

Al agregar las prestaciones al salario se tendrá los costos reales de Planilla, los cuales se calculan en base a la siguiente Fórmula:

$$\text{Costo Real de M. O.} = \text{Salario} + \text{ISSS (7.5\%)} + \text{AFP (6.75\%)} + \text{Aguinaldo}$$

PUESTO	SALARIO	ISSS (7.5%)	AFP (6.75%)	BONO ANUAL SALARIO DE 10 DÍAS/12	COSTO REAL MENSUAL	SALARIO ANUAL
Jefe de la Gestión	\$1,000	\$75	\$67.50	\$27.77	\$1,170.27	\$14,043.24

Tabla 133 Costo de planilla del puesto Jefe de la gestión

El desembolso de planilla representa el gasto aproximado anual para el pago de planillas del Jefe de la Gestión dentro del Hospital Nacional Rosales, el cual es de \$ 14,043.24.

4.18.7 RESUMEN DE COSTOS DE OPERACIÓN

En la tabla siguiente se muestran los costos de operación al Implementar el Modelo de Gestión por procesos para el Hospital Nacional Rosales.

COSTOS DE OPERACIÓN	
RUBRO	COSTO ANUAL
COSTO DE FORMULARIOS DEL MODELO DE GESTIÓN	\$1,314.00
COSTOS DE PLANILLA DEL JEFE DE LA GESTIÓN	\$14,043.24
TOTAL	\$15,357.24

Tabla 134 Costos de operación del proyecto

Estos Costos de Operación son los que se considerarán para realizar la evaluación del Modelo de Gestión. Los Costos de Operación representan la inversión para el primer año de funcionamiento del Modelo de Gestión, siendo un total aproximado de **\$15,357.24**

La viabilidad de la Implantación del Modelo de Gestión se realizará evaluando dos Alternativas:

ALTERNATIVA 1

En esta alternativa se considera que el HNR contratará a una persona encargada de la Gestión a un costo de \$14,043.24 anuales, además el HNR incurre en costos de formularios que ascienden a \$1,314 por lo que en esta alternativa los costos ascienden a un total de \$15,357.24 aproximadamente.

ALTERNATIVA 2

Para esta Alternativa se considerará que la Jefe de cardiología invertirá un 25% de su tiempo en la implementación y operación del modelo de gestión teniendo un salario de \$33,703.76¹⁶ anuales por lo tanto el costo por pago del jefe de la gestión es de \$8,425.94, por lo que no se hace necesaria la contratación de personal adicional para el desempeño de las actividades del Modelo de Gestión diseñado.

Además se consideran los costos de formularios del Modelo de Gestión que asciende a \$1,314 por lo que en esta segunda alternativa los costos ascienden a un total de \$9,739.94 aproximadamente.

¹⁶ Pago de jefatura del área de cardiología según planilla.

4.19 EVALUACIONES ECONÓMICAS DEL MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS

La evaluación económica tiene como objetivo analizar el rendimiento y Rentabilidad de toda la Inversión independientemente de la fuente de Financiamiento. Entre los aspectos a evaluar se encuentra: La Tasa Mínima Atractiva de Rendimiento (TMAR), Tiempo de Recuperación de la Inversión y la Relación Beneficio-Costo, todas estas evaluaciones serán analizadas desde el punto de vista económico por las características del proyecto.

4.19.1 TASA MÍNIMO ATRACTIVA DE RENDIMIENTO (TMAR)

Para poder invertir en la adopción del Modelo que se propone para el HNR, se hace necesario establecer parámetros de aceptación ante las posibilidades de éxito o fracaso de invertir en el Modelo, lo cual se plasma a través de la aplicación de la Tasa Mínima Aceptable del Sistema (TMAR), que representa el costo de oportunidad que tiene el Capital a invertir en esta iniciativa, de tal manera que permita entre otras cosas cubrir:

- 🔵 La inversión inicial
- 🔵 Los egresos en costos de operación

La TMAR es la tasa de interés que se toma para premiar el riesgo que se corre en una inversión.

Para calcular la TMAR se hace uso de la siguiente fórmula:

$$\mathbf{TMAR = I + R + (I * R)}$$

Donde:

I: Tasa de inflación.

R: Premio al riesgo.

La Tasa de inflación (I) utilizada será de **3.08%**, la cual representa el promedio de las inflaciones anuales de los últimos 13 años (2002 – 2014), como se muestra en la tabla siguiente:

INFLACIÓN¹⁷	
AÑO	ACUMULADO
2002	2.80%
2003	2.50%
2004	5.40%
2005	4.30%
2006	4.90%
2007	4.90%
2008	5.50%
2009	-0.20%
2010	2.10%
2011	5.10%
2012	0.80%
2013	0.90%
2014	1.10%
PROM	3.08%

Tabla 135 Tasa de inflación promedio de los últimos 13 años

El porcentaje de premio al riesgo, se ha determinado utilizando la mayor tasa pasiva ofertada por el sistema bancario del país. A continuación se presentan las diferentes tasas de depósitos a plazo para 360 días ofrecidas a la fecha.

ENTIDAD	Tasa de Depósito a Plazo (360 días)
SCOTIABANK EL SALVADOR, S.A.	1.50%
BANCO DE AMÉRICA CENTRAL , S.A.	0.75%

¹⁷ Banco Inter Americano.

BANCO AZTECA EL SALVADOR, S. A	5.25%
BANCO INDUSTRIAL EL SALVADOR, S.A	2.00%
BANCO AZUL DE EL SALVADOR, S.A	2.50%
BANCO PROCREDIT, S.A.	2.60%
SOCIEDAD DE AHORRO Y CRÉDITO APOYO INTEGRAL, S.A.	3.75%
SOCIEDAD DE AHORRO Y CRÉDITO CREDICOMER, S.A.	2.25%
SOCIEDAD DE AHORRO Y CRÉDITO CONSTELACION, S.A.	3.75%
SOCIEDAD DE AHORRO Y CRÉDITO MULTIVALORES, S.A.	2.50%

Tabla 136 Tasas de depósitos a plazo para 360 días ofrecidas a la fecha

De acuerdo a la tabla antes expuesta el banco que ofrece la tasa de interés más alta en la actualidad (tasas vigentes al mes de diciembre de 2015) es el Banco Azteca con una tasa de interés del 5.25%.

Calculando la TMAR se obtiene:

$$TMAR = I + R + (I * R)$$

$$TMAR = 3.08\% + 5.25\% + (3.08\% * 5.25\%)$$

$$TMAR = 8.49 \%$$

La tasa mínima aceptable de rendimiento es **8.49 %**, y se tomará de referencia para efectos de comparación de la conveniencia o no del Modelo de Gestión.

Esta tasa se utilizará para el cálculo del Beneficio Costo y para el cálculo de la TRI. Se utiliza esta tasa porque es necesario llevar los flujos de efectivo al presente y la única forma de hacerlo es a través de una tasa de interés pasiva.

4.19.1.1 CONSIDERACIONES DE LOS FLUJOS DE EFECTIVO

Por la naturaleza del proyecto se hacen algunas consideraciones para tomar el incremento en la calidad del servicio (48.57%) en función de la cantidad de pacientes que se aumentaría por la buena atención que se brindaría con la implementación del Modelo de Gestión por Procesos

A continuación se presenta el historial de la cantidad de pacientes atendidos por primera vez en los últimos 5 años¹⁸ esto para hacer las proyecciones de los pacientes que se atenderán para los próximos 5 años al que se implementara el Modelo de Gestión por Procesos

AÑOS	PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE CARDIOLOGÍA
2010	14602
2011	15008
2012	14245
2013	16118
2014	18243

Tabla 137 Historial de la cantidad de pacientes atendidos por primera vez en los últimos 5 años

La cantidad de pacientes que debería atender cada doctor por día en el área de cardiología es muestra en la siguiente operación.

Cantidad de pacientes al día

= Promedio de pacientes en los últimos 5 años /365 días

Cantidad de pacientes al día = 15,643/365 días

Cantidad de pacientes al día = 42.85

¹⁸ Datos presentados en el anteproyecto en la página 41.

La cantidad de pacientes que deberían ser atendidos en el área de cardiología del HNR es de 43 pacientes en promedio diario y la cantidad de doctores en el área de Cardiología del HNR es de 10 si cada consulta dura aproximadamente 40 minutos en promedio de esto deducimos que en las 4 horas laborales se pueden atender 6 consultas médicas por cada doctor.

Para una atención con calidad y cumpliendo la normativa de trabajo se presenta a continuación el tiempo de ocio de los doctores en cuanto al servicio prestado¹⁹.

Capacidad instalada

= Cantidad de doctores x N^o de consultas en tiempo laboral

$$\text{Capacidad instalada} = 10 \times 6 \frac{\text{Consultas}}{\text{dias}}$$

$$\text{Capacidad instalada} = 60 \frac{\text{consultas}}{\text{dias}}$$

A continuación se presenta el % del tiempo ocioso de los doctores del área de Cardiología del HNR, con la formula siguiente.

$$\text{Porcentaje de tiempo ocioso} = 1 - \frac{\text{Cantidad de pacientes al dia}}{\text{Capacidad Instalada}}$$

$$\text{Porcentaje de tiempo ocioso} = 28.33\%$$

El tiempo ocioso de los doctores se traduce en pérdidas para el HNR ya que los doctores ganan su salario íntegro sea que den o no den consultas (Ausencia de pacientes), con la implementación del Modelo de Gestión por Proceso se espera un aumento en la calidad del servicio en un 48.57% y por consiguiente un aumento en la demanda de servicios al área de Cardiología es por ello que se espera reducir el tiempo ocioso con un mejor servicio esto para tener una mejor imagen ante la sociedad Salvadoreña

¹⁹ Para un buen servicio se estima un tiempo promedio de 40 Minutos por consulta

A continuación se presentan las proyecciones de los pacientes que se atenderán en los próximos 5 años según el método de los mínimos cuadrados.

AÑOS	PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE CARDIOLOGÍA PROYECTADOS
2016	18,161
2017	19,000
2018	19,839
2019	20,678
2020	21,518

Tabla 138 Proyección de pacientes que se atenderán en SC-HNR en los próximos 5 años

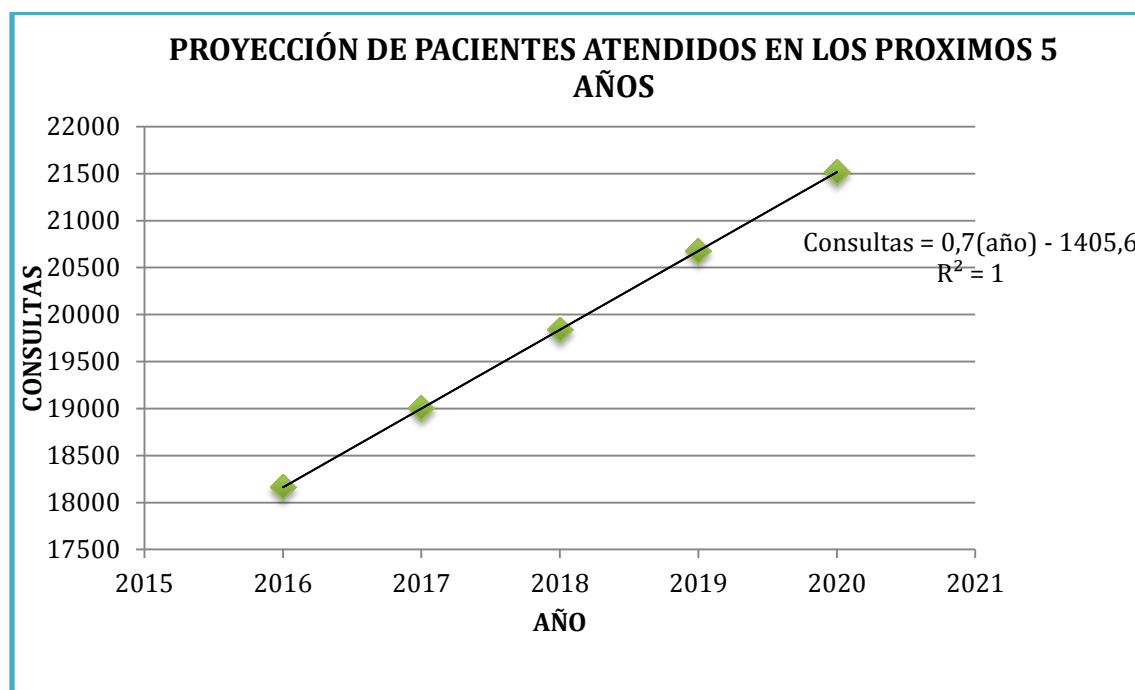


Ilustración 91 Proyección de pacientes próximos 5 años SC-HNR

En el gráfico anterior se presentan las consultas proyectadas para los siguientes 5 años, a continuación se presenta el ahorro que se tendrá por el aumento de la demanda en el HNR si se tuviera el Modelo de Gestión por Procesos implantada.

A continuación se muestran los Ahorros obtenidos con la implantación del Modelo de Gestión por Procesos para los próximos 5 años.

$$\text{Ahorro Mensual} = \text{Pago de doctor} \times \% \text{ ocio}$$

$$\text{Ahorro Mensual} = 2,200^{20} \times 0.2833$$

$$\text{Ahorro Mensual} = \$623.26$$

$$\text{Ahorro diario} = \$20.78$$

$$\text{Ahorro por consulta} = \$3.46$$

El valor obtenido del ahorro en cuanto al tiempo de ocio, se entiende como el dinero que se pagaba a los doctores y que se desperdicia ese recurso económico por no tener pacientes para atender.

A continuación se muestra el ahorro que se obtendrá de las consultas proyectadas.

AÑOS	CANTIDAD DE CONSULTAS	AHORRO
2016	18,161	\$62,837.06
2017	19,000	\$65,740.00
2018	19,839	\$68,642.94
2019	20,678	\$71,545.88
2020	21,518	\$74,452.28

Tabla 139 Ahorro que se obtendrá de las consultas proyectadas

En la siguiente tabla se muestran los ahorros y costos con la implementación del Modelo de Gestión por Procesos.

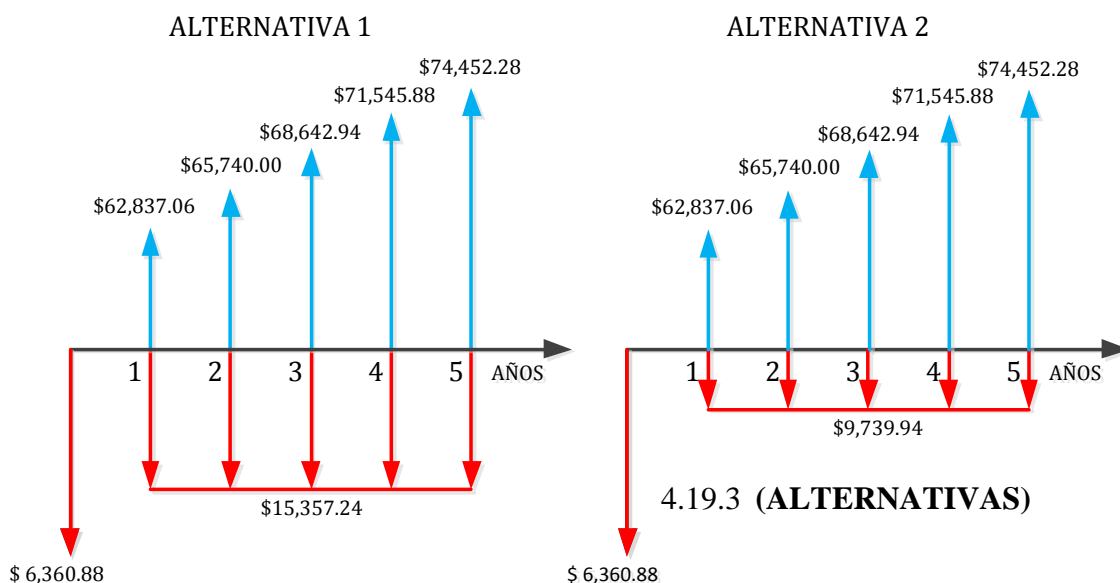
AÑOS	AHORRO	COSTOS DE LA ALTERNATIVA 1	COSTOS DE LA ALTERNATIVA 2
2016	\$62,837.06	\$15,357.24	\$9,739.94

²⁰ Salario promedio de un doctor del área de Cardiología del HNR

2017	\$65,740.00	\$15,357.24	\$9,739.94
2018	\$68,642.94	\$15,357.24	\$9,739.94
2019	\$71,545.88	\$15,357.24	\$9,739.94
2020	\$74,452.28	\$15,357.24	\$9,739.94

Tabla 140 Ahorros y costos con la implementación del Modelo de Gestión por Procesos.

4.19.2 GRÁFICO DE INGRESOS Y EGRESOS E INVERSION INICIAL



4.19.3 (ALTERNATIVAS)

Ilustración 92 Gráfico de ingresos y egresos e inversión inicial

✓ TIEMPO DE RECUPERACIÓN DE LA INVERSIÓN (TRI)

El TRI tiene como objetivo determinar el número de años en que se recupera la inversión, mediante la resta sucesiva de los flujos netos anuales descontados del monto de la inversión, hasta el punto en que se iguala o sobrepasa dicha inversión.

Para determinar el tiempo de recuperación de la inversión del proyecto, se utiliza la siguiente fórmula:

$$\text{Tiempo de Recuperación de la Inversión} = \frac{\text{Inversión Inicial}}{\text{Utilidad Promedio}}$$

✓ CÁLCULO UTILIDAD PROMEDIO

Se determinará utilizando las utilidades netas de los 5 años de análisis del estudio.

AÑOS	UTILIDAD PROMEDIO ALTERNATIVA 1	UTILIDAD PROMEDIO ALTERNATIVA 2
2016	\$47,479.82	\$53,097.12
2017	\$50,382.76	\$56,000.06
2018	\$53,285.70	\$58,903.00
2019	\$56,188.64	\$61,805.94
2020	\$59,095.04	\$64,712.34
PROMEDIO	\$53,286.39	\$58,903.69

Tabla 141 Utilidades netas de los 5 años de análisis del estudio

CÁLCULO TRI DEL PROYECTO PARA LAS ALTERNATIVAS

Utilizando las razones:

$$\text{Tiempo de Recuperación de la Inversión} = \frac{\text{Inversión Inicial}}{\text{Utilidad Promedio}}$$

$$\text{Tiempo de Recuperación de la Inversión Alternativa 1} = \frac{\$6,360.88}{\$53,286.39} = 0.12$$

$$\text{Tiempo de Recuperación de la Inversión Alternativa 2} = \frac{\$6,360.88}{\$58,903.69} = 0.10$$

$$\text{TRI}_1 = 2 \text{ meses} \quad \text{TRI}_2 = 1 \text{ mes}$$

El tiempo de recuperación de la inversión para la primera alternativas es de 2 meses con y para la segunda alternativa es de 1 mes. Este resultado es aceptable para ambas alternativas, ya que se encuentra dentro del rango de la vida proyectada del Modelo.

RELACIÓN BENEFICIO-COSTO

La relación toma los ingresos y egresos presentes netos del estado de resultado, para determinar cuáles son los beneficios por cada dólar que se sacrifica en el proyecto.

Cuando se menciona los ingresos netos, se hace referencia a los ahorros que efectivamente se recibirán en los años proyectados. Al mencionar los egresos presentes netos se toman aquellas partidas que efectivamente generarán salidas de efectivo durante los diferentes periodos, horizonte del proyecto.

Para determinar la relación que existe entre los ingresos y los costos del Modelo incurridos a lo largo de su vida útil, se utiliza la siguiente fórmula:

$$\text{Relación B/C} = \frac{\text{Valor Actual Flujo de Efectivo}}{\text{Inversión Inicial}}$$

El análisis del resultado de la formula anterior se realiza tomando como base lo siguiente:

- 👍 B/C > 1: el proyecto se acepta.
- 👎 B/C < 1: el proyecto se rechaza.

RELACIÓN BENEFICIO COSTO ALTERNATIVA 1		
AÑOS	INGRESOS	COSTOS
1	\$62,837.00	\$15,357.24
2	\$65,740.00	\$15,357.24
3	\$68,642.94	\$15,357.24
4	\$71,545.88	\$15,357.24
5	\$74,452.28	\$15,357.24
Suma Ingresos	\$268,710.82	
Suma Costos	\$60,533.21	
Costo + Inversión	\$66,894.09	
B/C	4.02	

Tabla 142 Relación beneficio costo alternativa 1

RELACIÓN BENEFICIO COSTO ALTERNATIVA 2		
AÑOS	INGRESOS	COSTOS
1	\$62.837	\$9.739,94
2	\$65.740	\$9.739,94
3	\$68.642,94	\$9.739,94

4	\$71.545,88	\$9.739,94
5	\$74.452,28	\$9.739,94
Suma Ingresos	\$268.710,82	
Suma Costos	\$38.391,66	
Costo + Inversión	\$ 44.752,54	
B/C	6,00	

Tabla 143 Relación beneficio costo alternativa 2

Utilizando la fórmula anterior y los datos que se muestran en las tablas descritas, la Relación Beneficio – Costo nos indica que por cada dólar invertido en el área de Cardiología del HNR en el Modelo de Gestión por Procesos se obtiene un beneficio extra de \$3.91 dólares por cada dólar invertido en la alternativa 1 y para la alternativa 2 se obtiene un beneficio extra de \$27.47 dólares, por lo tanto la alternativa 2 es más viable.

Según las evaluaciones económicas hechas en los apartados anteriores se muestra un resumen para escoger la mejor alternativa.

ALTERNATIVAS	TRI	B/C	ELECCIÓN DE ALTERNATIVA
ALTERNATIVA 1	2	\$3.02	
ALTERNATIVA 2	1	\$5	X

Tabla 144 Resumen de las evaluaciones económicas hechas

Se escoge la alternativa 2 por ser la de mayores beneficios económicos, además que se puede afirmar que la implantación del Modelo de Gestión es viable desde el punto de vista económico.

4.20 EVALUACIÓN SOCIAL DEL PROYECTO

DEFINICIÓN: Es el proceso de identificación, medición, y valorización de los beneficios y costos de un proyecto, desde el punto de vista del Bienestar Social (desde el punto de vista de todo el país).

ALCANCE: En esta Sección se evaluará la cantidad de personas que se beneficiaran con el Modelo de Gestión por Procesos, se pretende disminuyendo el número de incapacidades debido a la excesiva carga de trabajo y el costo por atención médica.

Esta valoración servirá para determinar el impacto que tiene el desarrollo del proyecto en la comunidad en las variables socioeconómicas. Por ser un proyecto para el sector público, el enfoque es social, donde las políticas del estado tienden a buscar un bien común a través de la inversión de recursos públicos para beneficio de todos.

Esta evaluación pretende determinar la contribución de la implementación del Modelo de Gestión por Procesos, a la sociedad y principalmente a los empleados del área de cardiología del Hospital Nacional Rosales.

Se presenta a continuación los beneficios tanto cuantitativos como cualitativos al implementar el Modelo de gestión por Procesos en el HNR.

4.20.1 BENEFICIOS CUANTITATIVOS

4.20.1.1 PERSONAS CON PADECIMIENTOS CARDIACOS

Son personas que tienen una patología cardiaca y son propensos a Infarto agudo de miocardio, causando muerte o daños graves a la salud de la persona

Según los datos proporcionados por el Hospital Nacional Rosales específicamente el área de cardiología se registraron 125 muertes por padecimientos cardiacos en el año 2014, según estudios 1 de cada 100 personas pueden padecer problemas cardiacos en edades arriba de los 18 años²¹, en el salvador el número de personas en ese rango de edad se establece en 2,795,156²² aproximadamente.

El costo por una consulta médica por un especialista cardiaco tiene un valor de \$20 en un establecimiento privado, El Hospital Nacional rosales no cobra por consulta según la nueva política establecida por el Gobierno de la Republica

El Beneficio económico para los pacientes con padecimientos cardiacos se muestra a continuación.

²¹ http://www.consumer.es/web/es/salud/problemas_de_salud/2011/04/08/199818.php

²² Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2013

$$\text{Pacientes potenciales} = \text{N}^{\circ} \text{ de personas}/100$$

$$\text{Pacientes Potenciales} = 2,795,156/100$$

$$\text{Pacientes Potenciales} = 27,952$$

Cantidad de pacientes que se podrán atender según el porcentaje del tiempo ocioso de los doctores que brindan consulta médica en el área de cardiología.

$$\text{Pacientes atendidos} = \text{Pacientes potenciales} * \% \text{ de tiempo ocioso}$$

$$\text{Pacientes atendidos} = 27,952 * 0.2833$$

$$\text{Pacientes atendidos} = 7,919$$

Beneficio económico social a los habitantes de El Salvador.

$$\text{BES} = \text{Cantidad de Pacientes} * \text{Costo de consulta}$$

$$\text{BES} = 7,919 * \$20$$

$$\text{BES} = \$158,380$$

4.20.1.2 A LOS EMPLEADOS (DISMINUCIÓN DE INCAPACIDADES)

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 aumentaría la calidad en 48.57% 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.

Se pretende disminuir las incapacidades que se han presentado en los últimos 5 años en un 48.57% debido a que la distribución de la carga de trabajo no ha sido la adecuada en algunos puestos de trabajo.

4.20.1.3 PRINCIPALES BENEFICIADOS

USUARIOS ACTUALES

A continuación se presentan todos los individuos pertenecientes al área de cardiología del Hospital Nacional Rosales

PARTICIPANTES	CANTIDAD	CÓDIGO
DIRECTIVOS	5	A
DOCTORES	10	B
ENFERMERAS	16	C
ADMINISTRATIVOS	6	D
SERVICIOS GENERALES	4	E

Tabla 145 Usuarios actuales beneficiados

ISSS

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) es una entidad gubernamental autónoma encargada de brindar atención a la salud y prestaciones económicas a sus derechohabientes.

En el año 2014, son 24 las incapacidades que brindó el ISSS a los empleados del HNR por falta de salud, traducido a 72 días de incapacidad, con 3 días de incapacidad asignados, aproximadamente, a cada incapacidad médica otorgada.

Con el Modelo de Gestión por procesos se prevé un decremento del número de incapacidades que el ISSS otorga a los empleados cotizantes, este decremento beneficiará al ISSS ya que usará menos recurso económico por pago a incapacidades.

4.20.2 BENEFICIOS CUALITATIVOS

Se puede mencionar además de los beneficios cuantitativos una serie de beneficios cualitativos, que si bien no están medidos no significa que sean menos importantes, entre ellos se tiene:

- Un empleado con buena salud es más eficiente lo que se traduce a un mejor servicio prestado al paciente.
- Reducción de accidentes y/o enfermedades ocupacionales, generan la disminución en la cantidad de incapacidades.

- Una carga de trabajo adecuada hace que el empleado se siente bien y por lo tanto desarrolla mejor sus actividades.

Los beneficios que se mencionan en los puntos anteriores si bien no son medidos cuantitativamente no dejan de ser de gran importancia ya que para los empleados y de forma indirecta para los/as usuarios/as representa un cargas de trabajo más acordes a lo óptimo, lo que se traduciría en beneficio social para todos.

4.20.2.1 COSTOS DE LOS ACCIDENTES

El accidente laboral se puede definir como un hecho repentino que perturba el entorno laboral y que entraña consecuencias dañinas para los trabajadores afectados. Por tanto, el accidente laboral, además de un costo social, tiene consecuencias que representan un costo económico para el Hospital Nacional Rosales.

Hay dos clases básicas de costos que son resultado de las lesiones y “accidentes”: el costo asegurado y el costo no asegurado. Hace años (y en cierta medida incluso ahora) los especialistas en seguridad se referían a costos “directos” e “indirectos”. El antiguo concepto de costos indirectos era idéntico a lo que se quiere expresar al hablar de costos no asegurados.

Así la cuantificación de los costos de un accidente permitirá concientizar a los empleados sobre las pérdidas que ocasionan esta clase de hechos. Esta realidad plantea la necesidad de realizar inversiones en mejorar las condiciones de trabajo en cuanto a la carga laboral que serán mucho menores que el impacto económico, productivo y personal que producen los accidentes e incapacidades por cargas de trabajo excesivas.

4.20.2.2 COSTOS DIRECTOS

Son aquellos que la institución puede contabilizar y cuantificar fácilmente, cubiertos por la seguridad social tales como indemnizaciones, gastos médicos, compensaciones, entre otros.

4.20.2.3 COSTOS INDIRECTOS

Son aquellos que no se pueden medir de manera real ni exacta, pero que están indudablemente asociados al accidente.

- ☹ Costo de las horas perdidas tanto por los trabajadores accidentados como por sus compañeros, mandos, etc. el día del accidente.
- ☹ Costo de las horas dedicadas por diferentes miembros de la jerarquía de la Institución a la investigación del accidente.
- ☹ Costo de las horas dedicadas a acompañar a las visitas de los organismos oficiales con motivo del accidente.
- ☹ Costo de las horas dedicadas a cualquier otra actividad relacionada directamente con el accidente, como la asistencia a juicio, etc.
- ☹ Costo de las horas perdidas como consecuencia de paros o huelgas convocados tras el accidente.
- ☹ Costo de la atención médica en la Institución: material de primeros auxilios, horas dedicadas por el servicio médico, etc.
- ☹ Costo de equipos o maquinaria: costo de la reparación de los daños sufridos en el accidente.
- ☹ Costo de limpieza de las instalaciones.
- ☹ Costos administrativos por el tiempo dedicado a las gestiones que requiere un accidente.
- ☹ Costos asociados a la contratación de nuevo personal: costos de anuncios, procesos de selección, contratación, formación, etc.
- ☹ Costos por nueva distribución de los puestos de trabajo: sustituciones, formación, reentrenamiento, etc.
- ☹ Costo de las medidas preventivas a implantar para que el accidente no se vuelva a repetir.
- ☹ Costos de defensa jurídica en causas judiciales.
- ☹ Sanciones, multas, recargos de prestaciones, recargos en los seguros, indemnizaciones, etc.

4.20.2.4 OTROS COSTOS

Para terminar se debe señalar que, si bien los accidentes laborales suponen un costo importante para las instituciones, éste no es comparable, con el costo personal, familiar y social que también generan, y además, mucho más difícil de cuantificar.

En cambio, el cálculo se complica a la hora de hablar de pérdida de calidad de vida, pérdida de ganancias potenciales, pérdida de desarrollo personal o pérdida de producción futura. Y aún es más difícil cuantificar el dolor, el sufrimiento o la muerte prematura que puede ocasionar un accidente laboral.

4.20.3 INCIDENCIA DE LOS ACCIDENTES DE TRABAJO EN LOS COSTOS DE UNA INSTITUCIÓN

Dentro de cada factor de producción se contabiliza las pérdidas, valoradas en dinero, que cada accidente ocasiona. De esta forma se tendrá:

- ☹️ Costos en maquinaria: Se reflejarán las correspondientes a maquinaria y equipo auxiliar, herramientas, etc.
- ☹️ Costos en instalaciones: Aparecerán las ocasionadas en edificios, equipos eléctricos, de ventilación, mobiliario, etc.
- ☹️ Costos en tiempos: Las propias de las horas de trabajo de producción perdidas como consecuencia del accidente

Los Costos se representan como un iceberg tal cual lo muestra la siguiente figura:



Ilustración 93 Iceberg de los costos de accidente

La parte sobre la superficie del agua son los costos directos, visibles y fácilmente cuantificables y los que se encuentran debajo del agua y no se ven, son los indirectos.

EL COSTO DE LA SEGURIDAD O LA FALTA DE LA SEGURIDAD

El resultado final de un accidente se traduce en pérdidas: de personas (temporal o permanente, tiempo, equipos, dinero, etc.

Lamentablemente, muchas veces no se pueden cuantificar las pérdidas ya sea porque el sistema contable de la institución diluye los costos en diversas partidas, con lo que no se tiene un registro centralizado que permita calcular los costos reales del accidente, o bien porque simplemente no se lleva un registro de los accidentes en función de costos, el cual es el caso del Hospital Nacional Rosales.

ELEMENTOS DEL COSTO DIRECTO

Se establece que dicho costo resulta del desequilibrio del factor individuo; en otras palabras, los elementos que constituyen dicho costo que son básicamente los costos de seguros y el denominado costo de capital humano.

Las indemnizaciones dependen de la clasificación de la lesión y de la gran verdad de la misma. La mayoría de los accidentes ocasionan lesiones que implican incapacidad total temporal. Las incapacidades permanentes parciales, por lo general permiten al individuo el desempeño de algunas tareas de costumbre u otras, después de un período de readaptación o adiestramiento, aunque es probable un rendimiento menor y por lo tanto una remuneración más baja. Estos casos se subdividen en dos partes:

1. **Lesiones previstas**, establecidas de acuerdo con disposiciones legales. Las indemnizaciones se pagan de acuerdo con porcentajes equivalentes pérdida de uso o pérdida real.
2. **Lesiones imprevistas o no especificadas**, de carácter más general, para las cuales no existe una clasificación.

En resumen el costo de seguro está constituido por la tasa de seguro pagable y el salario respectivo correspondiente a uno o varios días, de acuerdo con la legislación vigente en cada país.

$$\text{Costo de seguro } a = t + sd$$

Donde:

- ❖ a = costo total del seguro
- ❖ t = tasa de cotización del seguro
- ❖ sd = salario por día

Para ejemplificar cual es el Costo para el HNR de un accidente de trabajo se tiene.

$$t = 7.5\%$$

$$sd = \$1,104 \text{ (salario promedio de empleados de la HNR)}$$

$$\text{Costo de Seguro} = 0.075 * 1,164 = \$82.80$$

De acuerdo a datos estadísticos en el año 2014 el ISSS brindo 24 incapacidades a los empleados del HNR por falta de salud, traducido a 72 días de incapacidad, con 3 días de incapacidad asignados, aproximadamente, a cada incapacidad médica otorgada.

Debido a esto se tiene un Beneficio Social para el ISSS de:

$$\mathbf{\$82.80 (72) = \$ 5,971.60}$$

El cual se observará al momento de Implantar el Modelo de Gestión por Procesos para disminuir la carga de trabajo de los empleados del HNR

✓ **COSTO PARA LA FAMILIA DE UN EMPLEADO QUE SUFRE UN ACCIDENTE LABORAL**

Un accidente laboral trae consigo diversas afectaciones tanto directas como indirectas para el trabajador; de acuerdo a la forma en que se mide el costo que causa a una familia este

factor se puede considerar muy difícil de calcular debido a los diversos escenarios que los accidentes laborales presentan, sin embargo existen dos grupos en los que se puede medir este costo, los cuales son:

✓ **COSTOS DIVERSOS**

Este costo involucra la colaboración monetaria que un familiar puede realizar al accidentado debido a su gravedad, y el costo que implica para la familia de traslado para poder visitar al mismo.

Diversos: Colaboración familiar (donaciones). Entrevistas y visitas al accidentado,
 $(Tp) \times (\text{salario})$

Dónde:

$Tp = \text{Tiempo perdido}$

$$(0.3 \text{ hrs}) (\$8.39 \text{ salario promedio al día}^{23}) = \$2.52$$

✓ **CONSULTA MÉDICA**

De acuerdo al accidente ocurrido puede que el empleado busque otras opciones médicas, fuera del HNR o del ISSS.

Consulta Médica: (Consulta promedio del facultativo) x (número de consultas).

Horas perdidas por atención médica y curaciones.

$$(Ti + Te + Tr) = Tmp$$

$Tmp (\text{salario})(\text{número de visitas})$

Dónde:

$Ti = \text{Tiempo de ida}$

$Te = \text{Tiempo de espera}$

$Tr = \text{Tiempo de regreso}$

$$Tmp = (0.5 \text{ hrs} + 1.5 \text{ hrs} + 0.5 \text{ hrs}) = 2.5 \text{ hrs}$$

$$\text{Consulta médica} = 2.5 \text{ hrs} (\$1.05 \text{ salario/hrs})(2)$$

²³ CONSEJO NACIONAL DE SALARIO MINIMO

Consulta médica = \$5.25

Costo total = Costos Diversos + Consulta Médica

Costo total = \$2.51 + \$5.25

Costo total = \$7.76

El Beneficio Social que obtiene la familia del empleado es de \$7.76 por accidente ocurrido.

Beneficio Social Familia = N° accidentes X Costo de un accidente

Beneficio Social Familia = 24 X \$7.76

Beneficio Social Familia = \$186.24

El Beneficio Social Total de la Implantación y operación del Modelo de Gestión es de:

Beneficio Total

= BSE + Beneficio Social ISSS

+ Beneficio Social a Familia de Empleados

Beneficio Total = \$158,380 + \$5,971.60 + \$184.20

Beneficio Total = \$164,535.80

El beneficio Social total del Modelo de Gestión por Procesos es de \$164,535.80 para el primer año de funcionamiento.

4.21 EVALUACIÓN AMBIENTAL

Seguridad, Salud y Medio Ambiente de Trabajo poseen una estrecha relación con la efectividad y eficiencia de las organizaciones, ya que un trabajador saludable en un ambiente seguro tanto en su integridad física como emocional motiva su participación en el cumplimiento de la misión de la organización. Los seres humanos, vistos desde el ángulo de su salud, se relacionan a través de su puesto de trabajo, cualquiera sea su categoría y jerarquía, con un establecimiento laboral y el medio en el cual este se encuentra, es decir haciendo hincapié en las condiciones de trabajo, fundamentalmente la seguridad e higiene y las del medio en el que la institución desarrolla sus actividades.

El impacto ambiental se transforma en impacto ambiental de salud en el ambiente laboral y se define como: cualquier cambio en el medio ambiente laboral, ya sea adverso o

beneficioso para el trabajador, siendo resultado de las actividades, productos, servicios y relaciones de la organización. La adopción de un Modelo de Gestión por Procesos, proporciona una serie de beneficios debido a que se fomentan entornos de trabajo seguros, saludables e interesados por el medio ambiente al ofrecer un marco que permite a la organización identificar y controlar coherentemente sus Riesgos de salud en cuanto a las cargas de trabajo en general.

Para la evaluación ambiental, se sigue la “Metodología de las 5 etapas”, la cual como su nombre lo indica, consta de 5 etapas que se desarrollan a continuación

4.21.1 **ETAPA 1: DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO.**

Esta etapa no se desarrollará a profundidad ya que todo el presente documento describe ampliamente el proyecto. Sin embargo, es necesario retomar los siguientes elementos a tener en cuenta:

- La implementación del Modelo de Gestión por Procesos – HNR, si bien puede considerarse un proyecto, no es un proyecto de inversión como tal ni supondrá un cambio desde el punto de vista productivo en los procesos del Hospital.
- No existe la incursión de nuevos procesos, tecnologías o nuevos servicios en el quehacer del Área de Cardiología.
- El mayor impacto de la implementación del Modelo de Gestión – HNR ocurre a nivel social.
- No existe modificación significativa de la infraestructura existentes, así como la construcción de nueva infraestructura es nula

4.21.2 **ETAPA 2: IDENTIFICACIÓN DE POSIBLES IMPACTOS AMBIENTALES**

Para la identificación de impactos se señalaran los elementos siguientes:

- **Acción:** Es el conjunto de actividades necesarias para la ejecución del proyecto.
- **Efecto:** Es el proceso físico, biótico, social económico o cultural que puede ser activado, suspendido o modificado por una determinada acción del proyecto y

puede producir cambios o alteraciones que gobiernan la dinámica de los ecosistemas.

- **Impacto:** Es el cambio neto o resultado final (benéfico o perjudicial) que se produce en alguno de los elementos ambientales por una determinada acción del proyecto.

En base a estos elementos, se procede a la identificación de impactos:

IDENTIFICACIÓN DE IMPACTOS AMBIENTALES DEL MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS			
Etapa del Proyecto	Acción	Efecto	Impacto
Todas las etapas	Utilización de papelería	Incremento en el consumo de materiales de oficina	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Consumo de papel de fibra virgen. ✓ Posible disposición inadecuada de papel de desecho. ✓ Incremento en consumos de tinta
Implementación y Operación	Utilización de equipo de extinción de incendio	Consumos de polvo químico seco y CO2	Emisión de gases a la atmósfera (CO2)
	Utilización de Equipo de Protección Personal	Generación de desechos	Posible disposición inadecuada
	Utilización de insumos de sanitización	Generación de desechos	Posible contaminación de aguas y suelos por inadecuada disposición
	Utilización de lámparas	Generación de	Posible emisión de

	de emergencia	desechos	gases a la atmósfera e inadecuada disposición final
	Implementación de una gestión eficiente por Procesos	Control de riesgos	Ambiente de trabajo seguro y saludable

Tabla 146 Identificación de impactos ambientales del modelo de gestión por procesos

4.21.3 ETAPA 3: EVALUACIÓN PRELIMINAR Y CLASIFICACIÓN DE LOS IMPACTOS IDENTIFICADOS

Los atributos ambientales o criterios utilizados para la calificación son: Clase, Presencia o Probabilidad, Duración, Evaluación y Magnitud. La estimación de los factores de la evaluación ambiental se basa en la utilización de conceptos de profesionales especialistas. De acuerdo con esta metodología la calificación ambiental es la expresión de la interacción o acción conjugada de los criterios o factores que caracterizan los impactos ambientales y está definida por la siguiente ecuación:

$$Ca = C(P(aEM + bD))$$

Dónde:

- ✚ Ca: Calificación Ambiental (varía entre 0.1 y 10)
- ✚ C: Clase expresado por el signo + o – de acuerdo al tipo de impacto.
- ✚ P: Presencia (Varía entre 0.0 y 1.0)
- ✚ E: Evolución (Varía entre 0.0 y 1.0)
- ✚ M: Magnitud (Varía entre 0.0 y 1.0)
- ✚ D: Duración (Varía entre 0.0 y 1.0)
- ✚ a y b. Constantes de ponderación cuya suma debe ser igual a 10

El índice denominado Calificación Ambiental (Ca), se obtiene a partir de cinco criterios o factores característicos de cada impacto, los cuales se explican de la siguiente manera:

- ❖ **Clase (C).** Define el sentido del cambio ambiental producido por una determinada acción del proyecto. Puede ser positiva o negativa dependiendo si se mejora o degrada el ambiente actual o futuro.

- ❖ **Presencia (P).** Como no se tiene certeza absoluta de que todos los impactos se presenten, la presencia califica la probabilidad de que el impacto pueda darse, se expresa entonces como un porcentaje de la probabilidad de ocurrencia.
- ❖ **Duración: (D).** Evalúa el periodo de existencia activa del impacto y sus consecuencias, se expresa en función del tiempo que permanece el impacto (muy larga, larga, corta, etc.)
- ❖ **Evolución (E).** Evalúa la velocidad de desarrollo del impacto, desde que aparece hasta que se hace presente plenamente con todas sus consecuencias, se expresa en unidades relacionadas con la velocidad con la que se presenta el impacto.
- ❖ **Magnitud (M).** Califica la dimensión o tamaño del cambio ambiental producido por la actividad o proceso constructivo u operativo. Los valores de magnitud absoluta, cuantificados o referidos se transforman en términos de magnitud relativa, que es una expresión mucho más real del nivel de afectación del impacto.

CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DEL IMPACTO AMBIENTAL		
Clasificación	Escala	Significado
Clase de Impacto		
Positiva	+	El efecto mejora el estado actual del recurso afectado
Negativa	-	El efecto deteriora el estado actual del recurso afectado
Presencia		
Cierta	1	Existe absoluta certeza de que el impacto este presente
Probable	0.8	Es probable hasta un 50% que el impacto se dé.
Incierta	0.4	Es poco probable que el impacto se presente
Imposible	0.1	Es imposible que el impacto se dé pero podría presentarse
Magnitud		
Muy Severo	1	Daño permanente al ambiente
Severo	0.8	Daños serios pero temporales al ambiente
Medianamente Severo	0.5	Daños menores pero permanentes al ambiente
Ligeramente Severo	0.3	Daños menores al ambiente
Nada Severo	0.1	Ningún daño al ambiente

Duración		
Muy Larga	1	Más de un año
Larga	0.8	De seis meses a un año
Moderada	0.5	De un mes a seis meses
Corta	0.3	De un día a un mes
Muy Corta	0.1	Menos de un día
Evolución		
Muy Rápido	1	Más de un año
Rápido	0.8	De seis meses a un año
Medio	0.6	De un mes a seis meses
Lento	0.4	De un día a un mes
Muy Lento	0.2	Menos de un día

Tabla 147 Criterios para la evaluación del impacto ambiental

De acuerdo con las calificaciones asignadas individualmente a cada criterio, el valor absoluto **Ca** será mayor que cero y menor o igual que diez. Este valor numérico se convierte luego en una expresión que indica la importancia del impacto (muy alta, alta, media, baja y muy baja) asignándole unos rangos. En la tabla posterior se observan los rangos establecidos para la calificación ambiental de cada impacto.

RANGO DE VALORES DE EVALUACIÓN AMBIENTAL		
Criterio	Rango	Valor
Clasificación ambiental	Muy Alta	8.0 - 10.0
	Alta	6.0 - 8.0
	Media	4.0 - 6.0
	Baja	2.0 - 4.0
	Muy Baja	0.0-2.0

Tabla 148 Rango de valores de evaluación ambiental

Factores constantes:

✓ **a: 3**

✓ **b: 7**

EVALUACIONES DE IMPACTOS AMBIENTALES							
Impacto	C	P	M	D	E	Ca	Impacto Ambiental
Consumo de papel de fibra virgen	-	0.4	0.3	1	0.2	-2.87	Bajo
Posible disposición inadecuada de papel de desecho	-	0.4	0.3	1	0.2	-2.87	Bajo
Incremento en consumos de tinta	-	0.4	0.3	1	0.2	-2.87	Bajo
Emisión de gases a la atmósfera (CO2) por equipos de extinción	-	1	0.3	0.5	0.2	-3.68	Bajo
Posible disposición inadecuada de insumos de oficina y tintas	-	0.4	0.5	0.5	0.2	-1.52	Bajo
Posible contaminación de aguas y suelos por inadecuada disposición de tintas	-	0.4	0.5	0.5	0.2	-1.52	Bajo
Posible emisión de gases a la atmósfera e inadecuada disposición final de lámparas	-	0.8	0.3	0.5	0.2	-2.94	Bajo
Ambiente de trabajo seguro y saludable	+	1	1	1	1	10.00	Muy Alto

Tabla 149 Evaluaciones de impactos ambientales del proyecto

4.21.4 ETAPA 4: ANÁLISIS DE LOS IMPACTOS IDENTIFICADOS

El principal efecto, con calificación de “Impacto Muy Alto”, es la garantía de cargas de trabajo efectivas y acorde a las capacidades humanas.

El resto de impactos están asociados a la disposición final de desechos tales como, insumos de oficina y papelería en general, los cuales son fácilmente controlables.

De modo general, puede concluirse que la implementación del Modelo de Gestión por Procesos será de beneficio ambiental.

4.21.5 ETAPA 5: PROGRAMA DE MANEJO AMBIENTAL DE LOS IMPACTOS GENERADOS

Un programa de manejo ambiental es un conjunto de medidas amplias y específicas para la mitigación de los impactos de un proyecto. En este caso, debido al tamaño del proyecto y a sus impactos, únicamente se limitará a una lista de acciones de mitigación.

- ✓ Será necesario contar con programas de reciclaje de papel o venta de papel de desecho a recolectores para su posterior reciclaje y no una disposición final.
- ✓ En el caso de las tintas, será necesario disponerlas adecuadamente con recolectores certificados, generalmente para reciclaje, y no en disposición común.

4.21.6 CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN AMBIENTAL.

La implementación y operación del Modelo de Gestión no representa un daño significativo al medio ambiente, tal como se ve reflejado en la evaluación ambiental.

El volumen de consumibles no representa un daño ambiental por lo que se concluye que el proyecto es viable desde el punto de vista ambiental.

5 CONCLUSIONES

Los procesos en cualquier tipo de servicio no son estáticos por lo que aplicar un modelo de gestión procesos para el Servicio de Cardiología del Hospital Nacional Rosales es fundamental para lograr la mejora continua. Con la gestión por procesos diseñada se interrelaciona todas las actividades, con información fiable, pues incluye las percepciones de todos los involucrados en el proceso y se documentan las funciones y procedimientos del SC-HNR, esto permite que las decisiones conduzcan a satisfacer plenamente a los clientes, tanto internos, como externos, a generar cada vez mayor valor y elaborar planes de mejoras correctamente fundamentados.

Mediante el desarrollo de la guía del plan estratégico se muestra la dirección estratégica que debe seguir el SC-HNR además permitirá a la dirección enfocar a cada uno de los empleados hacia objetivos específicos, así los empleados pueden trabajar con mayor eficiencia y una mejor asignación de los recursos, ya que cada trabajador se apunta hacia una tarea específica destinada a lograr la meta global de la institución.

Toda mejora de procesos se inicia cuando los responsables del organismo identifican un problema crítico, una oportunidad potencial o real de cambio o una nueva manera de prestar el servicio que posee un gran impacto sobre la organización por lo que no se puede realizar una gestión por procesos sin realizar una restructuración de procesos ya que esta nos permitirá alinear los procesos a la estrategia seleccionada por la dirección.

Así mismo, el sistema de control diseñado permitirá medir el desempeño de los procesos operativos lo que es de gran importancia para el centro ya que realizar la medición de los procesos permitirá mejorarlos y dará una orientación para la dirección en el establecimiento de valor agregado a los mismos, obtener resultados conforme a lo planeado y mejorar continuamente los resultados obtenidos.

Con la implementación de la solución diseñada se espera mejorar el desempeño del SC-HNR de manera directa, así mismo se espera mejorar el servicio prestado realizando una verdadera orientación al cliente, **mejore en un 48.57% en concordancia a la situación propuesta que planteara el grupo de investigación** a través de la implementación del modelo de gestión.

6 BIBLIOGRAFÍA

- Barney, J. (1991): “Firm resources a sustained competitive advantage”. Journal of Management 17:99-120.
- Dess y Lumpkin (2003): Dirección estratégica. Mc Graw Hill.
- Johnson y Scholes (2001): Dirección estratégica. Pearson Educación, S.A., 5, Madrid.
- Computer Associates International, Inc. The IDEF0 Function Modelling Method. En “AllFusion Process Modeler Methods Guide”, Computer Associates International, Inc. California, 2002.
- Saturno PJ: Diseño de procesos. Método IDEFØ. Mapa de procesos de una organización. Manual del Master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 5: Métodos y herramientas para el diseño de la calidad. Protocolización de actividades clínicas y diseño de procesos. Unidad temática 30. 2ª Ed. Universidad de Murcia, 2008. ISBN: 978-84-8371-756-1. Depósito Legal: MU-1657-2008.
- Integration Definition for Function Modelling (IDEFØ). Processing Standard Publication 183. National Institute of Standards and Technology. USA Department of Commerce. <http://www.itl.nist.gov/fipspubs/idef02.doc>

7 ANEXOS

Anexo 1: encuesta de satisfacción a pacientes del servicio de cardiología.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA
ESCUELA DE INGENIERÍA INDUSTRIAL
TRABAJO DE GRADUACIÓN



Buen día.

Somos estudiantes de la Universidad de El Salvador de la carrera Ingeniería Industrial, estamos realizando nuestro trabajo de graduación el cual se titula: **MEJORA DE LA ORGANIZACIÓN Y PROCESOS ADMINISTRATIVOS DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES**; para la realización de este trabajo se debe realizar una evaluación de la satisfacción de los pacientes del servicio de cardiología, razón por la cual se está realizando este cuestionario.

1. Sexo:

Hombre

Mujer

2. Edad:

12-16

17-29

30-44

45-64

65 o más

3. ¿Había acudido a esta consulta anteriormente?

Si

No

Si la respuesta es no pasar a la pregunta 5.

4. ¿Hace cuánto fue su consulta anterior?

Menos de 3 meses

Entre 3-5 meses

Más de 6 meses

No se acuerda

5. Respecto a la primera consulta con el especialista, ¿podría decirme de dónde ha sido referido?

De otro hospital

De una unidad de salud

Clinica privada

De emergencias del HN

No se acuerda

6. ¿Cuánto tiempo ha tenido que esperar desde que fue referido a este especialista hasta que vino por primera vez a consulta por éste?

Menos de 2 semanas

Un mes

No se acuerda

Entre 2 y 3 meses

Más de 3 meses

7. Considerando su problema de salud, ¿en qué medida está usted satisfecho con el tiempo que ha esperado desde se le mando a este especialista hasta que fue visto por primera vez en consulta por éste?

Muy satisfecho

Ni satisfecho ni insatisfecho

Muy insatisfecho

No sabe

8. ¿En qué medida está usted satisfecho con el siguiente aspecto:

Facilidad para conseguir la cita

Muy satisfecho

Ni satisfecho ni

Muy insatisfecho

No sabe

insatisfecho

9. ¿Cuánto tiempo ha tenido que esperar desde la hora en la que estaba citado hasta el momento de entrar en la consulta del especialista?

Entre 1 y 2 horas

Entre 2 horas y 3 horas

Más de 3 horas

No sabe

10. ¿Cuál es su grado de satisfacción con el tiempo que usted ha esperado desde la hora que estaba citado hasta el momento de entrar en la consulta?

Muy satisfecho Ni satisfecho ni insatisfecho
Muy insatisfecho No sabe

11. ¿En qué medida está usted satisfecho con los siguientes aspectos:

Limpieza del servicio de cardiología

Muy satisfecho Ni satisfecho ni Muy insatisfecho No sabe
insatisfecho

Servicios sanitarios del servicio de cardiología

Muy satisfecho Ni satisfecho ni Muy insatisfecho No sabe
insatisfecho

Facilidad para encontrar consultorios o lugares donde se realizan los exámenes

Muy satisfecho Ni satisfecho ni Muy insatisfecho No sabe
insatisfecho

Comodidad y confort mientras espera la consulta

Muy satisfecho Ni satisfecho ni Muy insatisfecho No sabe
insatisfecho

12. ¿Podría decirme cual es su grado de satisfacción con la atención recibida en este centro por los siguientes profesionales?

El personal administrativo

Muy satisfecho Ni satisfecho ni Muy insatisfecho No sabe
insatisfecho

El personal de enfermería

Muy satisfecho Ni satisfecho ni Muy insatisfecho No sabe
insatisfecho

13. El especialista que le atiende en la consulta, ¿lleva su identificación puesta en su bata?

Si No No sabe

14. Dígame en qué medida está satisfecho con los siguientes aspectos relativos al médico especialista que lo atiende

Su amabilidad

Muy satisfecho Ni satisfecho ni Muy insatisfecho No sabe
insatisfecho

Su eficacia para resolver bien sus problemas de salud

Muy satisfecho Ni satisfecho ni Muy insatisfecho No sabe
insatisfecho

El tiempo que le dedica a la consulta

Muy satisfecho Ni satisfecho ni Muy insatisfecho No sabe
insatisfecho

La explicación que su médico realiza sobre todo lo que usted quiere saber sobre su salud

Muy satisfecho Ni satisfecho ni Muy insatisfecho No sabe
insatisfecho

La información sobre su enfermedad

Muy satisfecho Ni satisfecho ni Muy insatisfecho No sabe
insatisfecho

Las instrucciones para seguir en casa

Muy satisfecho Ni satisfecho ni Muy insatisfecho No sabe
insatisfecho

La claridad de la información sobre el tratamiento

Muy satisfecho Ni satisfecho ni Muy insatisfecho No sabe

insatisfecho

15. En la consulta con el especialista, ¿le indicaron que tenía que hacerse algunos análisis, exámenes, pruebas radiológicas u otras pruebas médicas (diagnósticas)?

Si No No sabe

16. Dígame en qué medida está satisfecho con los siguientes aspectos sobre la información que le dieron en la consulta sobre los exámenes que le indicaron

La explicación de por qué le iban a hacer los exámenes

Muy satisfecho Ni satisfecho ni Muy insatisfecho No sabe

insatisfecho

La explicación de en qué consisten los exámenes que le van a realizar

Muy satisfecho Ni satisfecho ni Muy insatisfecho No sabe

insatisfecho

17. Y globalmente, ¿en qué medida está usted satisfecho con la atención que ha recibido en el servicio de cardiología del Hospital Nacional Rosales?

Muy satisfecho Ni satisfecho ni insatisfecho

Muy insatisfecho No sabe

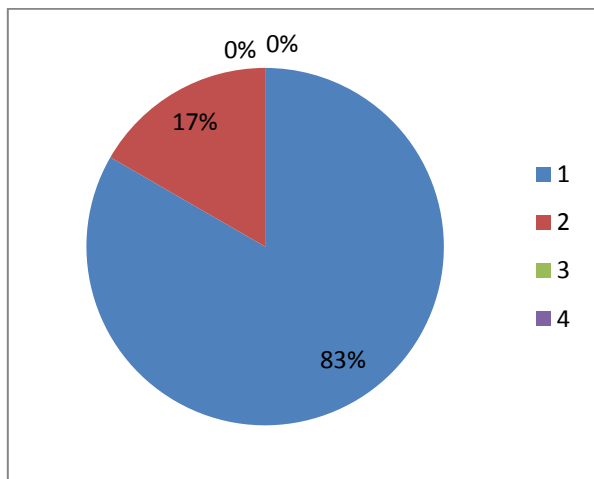
Muchas gracias por la colaboración.

Anexo 2: Tabulación de resultados obtenidos en Autoevaluación EFQM.

CRITERIO 1. LIDERAZGO

1) **¿Se analiza y revisa en el Servicio de Cardiología cuál es su razón de ser, es decir, su razón de existir (su misión), cómo debería evolucionar hacia el futuro (su visión) y los valores que guían el desarrollo de sus actividades?**

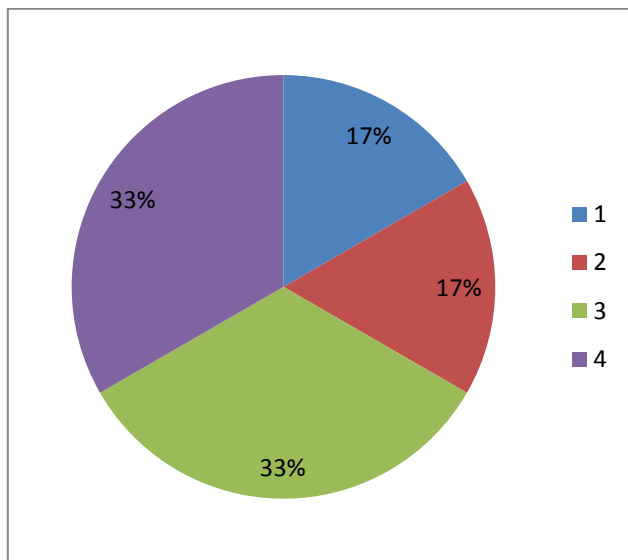
#	Respuesta	Frecuencia
1	No han redactado por escrito la Misión, Visión, Valores.	5
2	Se realizan reuniones periódicas en donde ha contemplado la redacción y comunicación a los integrantes del Servicio la Misión, Visión, Valores.	1
3	Se tiene definida por escrito y se comunica su Misión, su Visión, Valores, y en la redacción de éstas participo desde la alta dirección hasta el personal de base.	0
4	Se revisa el cumplimiento de la Misión, su Visión, Valores y se introducen acciones correctivas en función de dicho cumplimiento; también para la comunicación de ellos, se recurre a reuniones periódicas, paneles informativos y carteles.	0



Según el número de directivos encuestados un 83% ha opinado que no se han redactado por escrito la misión, visión y los valores que deberían de existir en el servicio de cardiología siendo esto un faltante en su razón de ser para poder evolucionar hacia el futuro y desarrollo de sus actividades mientras que un 17 % dijo que se realizan reuniones periódicas en donde se contempla la redacción y comunicación de estas.

2) ¿Los directivos participan directamente en la identificación, priorización e implantación de las mejoras en el Servicio de Cardiología?

#	Repuesta	Frecuencia
1	No han redactado por escrito la Misión, Visión, Valores.	1
2	Se realizan reuniones periódicas en donde ha contemplado la redacción y comunicación a los integrantes del Servicio la Misión, Visión, Valores.	1
3	Se tiene definida por escrito y se comunica su Misión, su Visión, Valores, y en la redacción de éstas participo desde la alta dirección hasta el personal de base.	2
4	Se revisa el cumplimiento de la Misión, su Visión, Valores y se introducen acciones correctivas en función de dicho cumplimiento; también para la comunicación de ellos, se recurre a reuniones periódicas, paneles informativos y carteles.	2

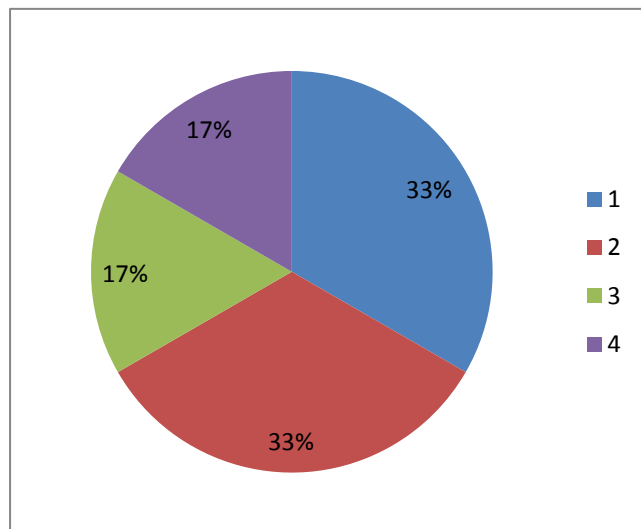


Un 66% de los directivos encuestados afirman que se tienen definidas por escrito y que se le comunica personalmente al personal la misión, visión y valores además de fomentar reuniones para analizar el cumplimiento de estas, mientras que un 34% no lo ha redactado por escrito.

3) ¿Los canales de comunicación con el personal, pacientes y proveedores son los adecuados para el funcionamiento eficiente y responden a las necesidades del Servicio de Cardiología?

#	Repuesta	Frecuencia
1	El personal es relativamente accesible y escuchan las opiniones y sugerencias por parte de compañeros de trabajo, pacientes o proveedores.	2
2	Se llevan a cabo las acciones para comprender y satisfacer las necesidades y expectativas del personal, pacientes y proveedores.	2
3	Existen canales de comunicación formales (tales como impresos de recogida de sugerencias) que garanticen el diálogo entre el personal, pacientes y proveedores y se promueven acciones de mejora de dicho diálogo.	1

4	Se llevan a cabo reuniones periódicas con el fin de conocer sus necesidades y expectativas y dar respuesta a éstas y para revisión del cumplimiento de metas, se evalúa la eficacia de la comunicación entre el personal, pacientes y proveedores.	1
---	--	---

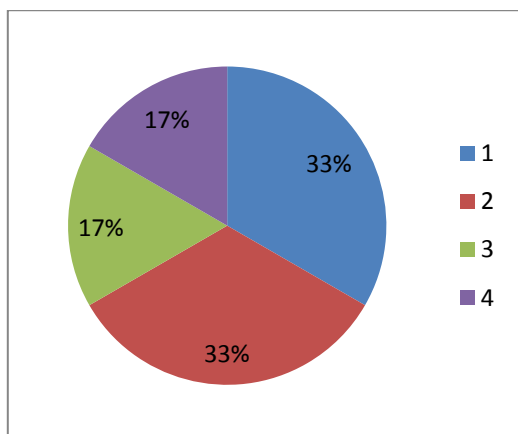


El 66% de los directivos encuestados afirma que el personal es relativamente accesible y escuchan las opiniones y sugerencias por parte de compañeros de trabajo, pacientes o proveedores así como llevar a cabo las acciones para comprender y satisfacer las necesidades y expectativas de los involucrados mientras que un 34% opina que existen canales de comunicación y se evalúa con eficacia la comunicación de dicha información.

4) ¿Se motiva, apoya y facilitan recursos al personal del Servicio de Cardiología para que participen en actividades de mejora?

#	Respuesta	Frecuencia
1	En términos generales, no promueven las actividades de mejora.	2
2	Se fomenta la concienciación e implicación de su personal en temas de seguridad, higiene, medio ambiente y se sensibiliza al personal sobre el impacto que tiene su actividad en la sociedad.	2

3	Se imparten actividades de formación y se trasladan las necesidades de formación a las autoridades competentes. Se reconocen las contribuciones del personal, con incentivos tales como premios u otro tipo de reconocimientos, con el fin de aumentar el grado de motivación y el compromiso con la mejora continua.	1
4	Se identifica por escrito aquellas capacidades del personal (conocimientos y comportamientos requeridos) que son imprescindibles para el desarrollo de su trabajo.	1

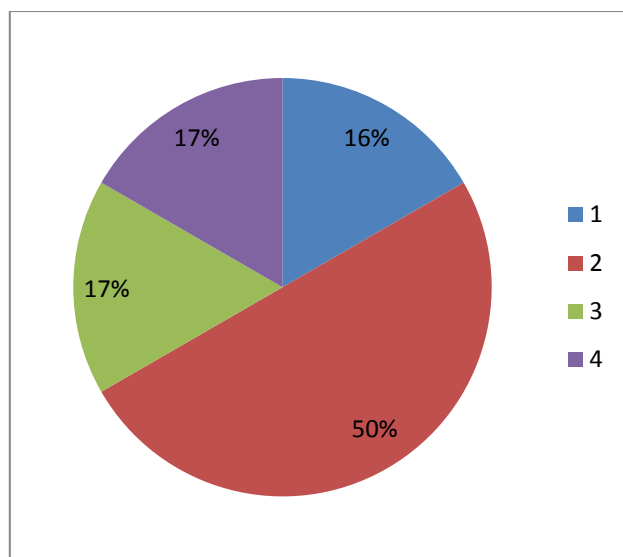


El 67% de los directivos encuestados afirma que dentro del servicio de cardiología se fomenta la concienciación e implicación de su personal en actividades de mejora además de identificar las capacidades del personal para fomentar el desarrollo de su trabajo, mientras que un 33% dice que no se promueven dichas actividades dentro del servicio de cardiología.

5) ¿Los jefes participan en la identificación de los cambios que son necesarios introducir en el Servicio de Cardiología y lideran su desarrollo, garantizando su eficacia y su impacto favorable en el mismo?

#	Respuesta	Frecuencia
1	En términos generales, no promueven cambios en la organización.	1
2	Se llevan a cabo reportes de periódicos donde se identifican los cambios que es necesario introducir para mejorar las condiciones en que se brinda el servicio.	3

3	Se definen objetivos anuales de mejora, cuantificables, especificándose los responsables de su cumplimiento, los plazos y la priorización de actividades.	1
4	Se revisa el cumplimiento de los objetivos y se introducen acciones correctivas en función de dicho cumplimiento.	1

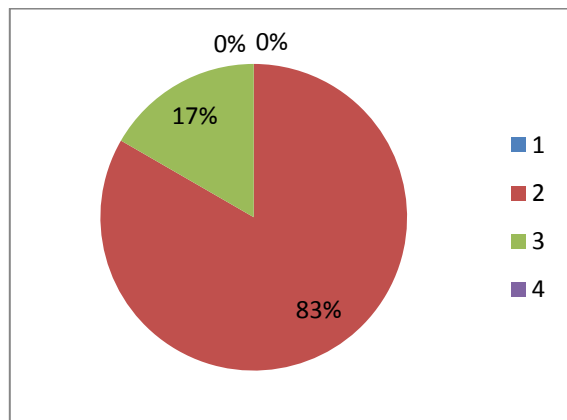


Un 84% de los directivos encuestados opina que se llevan a cabo reportes periódicos donde se identifican los cambios que es necesario introducir para mejorar las condiciones en que se brinda el servicio de cardiología así como la revisión de su cumplimiento y la ejecución de acciones correctivas en función de la misma, mientras que un 16 % afirma que no se promueven cambios en el servicio de cardiología del HNR.

CRITERIO 2. POLÍTICA Y ESTRATEGIA

- 1) ¿El Servicio de Cardiología recoge y analiza la información necesaria para identificar, comprender y anticipar las necesidades y expectativas del personal, pacientes y proveedores?

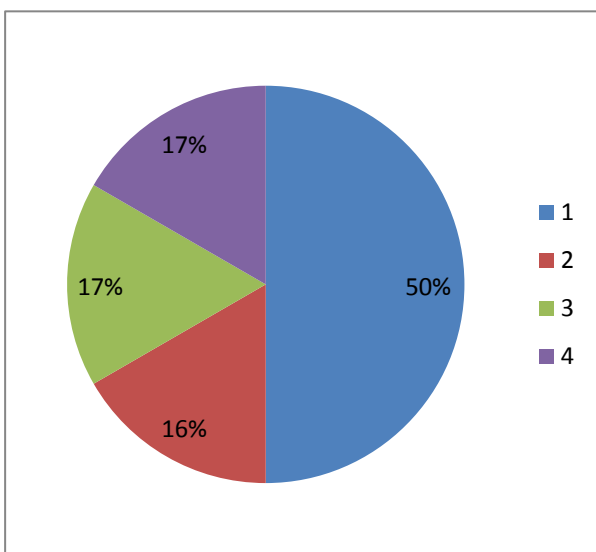
#	Respuesta	Frecuencia
1	El servicio no maneja datos sobre las necesidades del personal, pacientes y proveedores.	0
2	El servicio maneja datos relevantes las necesidades del personal, pacientes y proveedores. La información se recoge de manera más bien reactiva.	5
3	Se tienen objetivos de mejora definidos apoyan el desarrollo hacia la excelencia, y están dirigidos a satisfacer las necesidades de los clientes internos (empleados) y externos (pacientes y proveedores).	1
4	Existe una estrategia y objetivos planificados por escrito, en donde se han tomado en cuenta las necesidades y expectativas del personal, pacientes y proveedores, los cuales se revisan periódicamente para determinar su cumplimiento.	0



El 83% de los directivos encuestados opina que el servicio de cardiología maneja datos relevantes con relación a las necesidades del personal, pacientes y proveedores y que dicha información se recoge de manera reactiva mientras que un 17% afirma que se tienen objetivos de mejora definidos que apoyan el desarrollo hacia la excelencia, para poder satisfacer las necesidades de los clientes internos (empleados) y externos (pacientes y proveedores).

2) ¿En el Servicio de Cardiología se evalúa el rendimiento de la organización mediante indicadores, cuyos resultados son la base para la elaboración de políticas y estrategias?

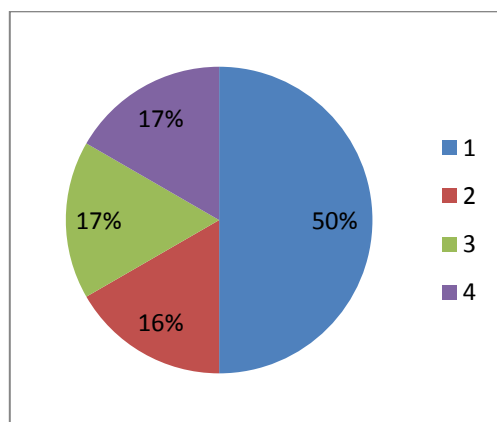
#	Respuesta	Frecuencia
1	No se manejan datos relevantes sobre su rendimiento ni se llevan a cabo acciones periódicas de aprendizaje del personal. No se encuentran redactadas las estrategias y políticas.	3
2	El servicio maneja datos relevantes sobre su rendimiento y sobre el resultado de acciones de aprendizaje del personal llevadas a cabo. Se cuenta con políticas y estrategias definidas.	1
3	Se recogen y analizan datos sobre su rendimiento y sobre las enseñanzas aportadas por las acciones de aprendizaje del personal y en función de esta información se formulan las políticas y estrategias.	1
4	Se tienen definidas por escrito las políticas y estrategias, basadas en los resultados de la evaluación de su rendimiento y sobre las enseñanzas aportadas por las acciones de aprendizaje. Dichas políticas y estrategias son revisadas y actualizadas periódicamente.	1



El 50% de los directivos encuestados opina que el servicio maneja datos relevantes sobre su rendimiento y sobre el resultado de acciones de aprendizaje del personal llevadas a cabo además de analizar dicha información para poder interpretarlas en función de las políticas y estrategias mientras que el otro 50% afirma que no se manejan datos relevantes sobre su rendimiento ni se llevan a cabo acciones periódicas de aprendizaje del personal (No se encuentran redactadas las estrategias y políticas).

3) ¿Se tienen definidas y se desarrollan la Política y Estrategia del Servicio de Cardiología, de manera coherente con su Misión, su Visión, las directrices procedentes de las unidades jerárquicas superiores, las expectativas y necesidades de todos los grupos de interés (pacientes, trabajadores y proveedores)?

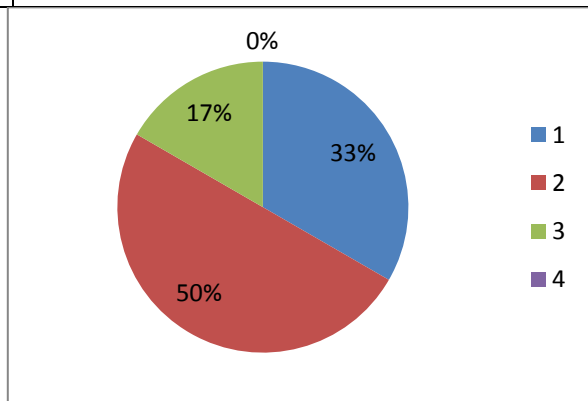
#	Respuesta	Frecuencia
1	No se han definido las políticas y estrategias del servicio.	3
2	La política y estrategia están definidas pero no se revisan periódicamente.	1
3	Se tienen establecidas la política y la estrategia, las cuales fueron redactadas mediante un proceso de reflexión definido, estructurado y consensuado con la Dirección.	1
4	El desarrollo de la política y estrategia se plasma en un Plan Estratégico que recoge y pondera adecuadamente las necesidades a corto y largo plazo. Periódicamente se hace un informe global de los resultados que permite introducir correcciones en el caso de que no se hayan cumplido los objetivos tal como estaban previstos	1



El 33% de los directivos encuestados afirma que se tienen establecidas la política y la estrategia, las cuales fueron redactadas mediante un proceso de reflexión definido, estructurado con la dirección ponderando adecuadamente las necesidades a corto y largo plazo para poder introducir correcciones en el caso de que no se hayan cumplido los objetivos tal como estaban previstos un 17 % dice que a estas no son revisadas periódicamente mientras que el 50 % opina que no se tienen definidas y que no se desarrollan las políticas y estrategias del Servicio de Cardiología, de manera coherente con relación a su misión y visión

4) ¿Existe una planificación o puesta en marcha de acciones de mejora en los procesos clave (Ingresos, consulta, entrega de medicamentos, etc.) para cumplir con las Políticas y Estrategias del Servicio de Cardiología?

#	Respuesta	Frecuencia
1	No se ha planteado cómo hacer realidad sus políticas y estrategias.	2
2	Se realiza una planificación de actividades y se establecen y priorizan las asignaciones de recursos necesarios para llevarlas a cabo.	3
3	Existe un esquema de procesos clave plasmados en el denominado Plan Estratégico, los cuales se traducen en Planes Operativos para el servicio. Se establecen claramente y se comunica quiénes son los responsables de los procesos clave.	1
4	Se tiene formalmente establecido un Plan Estratégico en el que se revisa periódicamente el esquema de procesos clave, su adecuación y efectividad, así como la metodología empleada para su identificación. Se producen dichas revisiones, al menos cada vez que se cambia la política y estrategia.	0

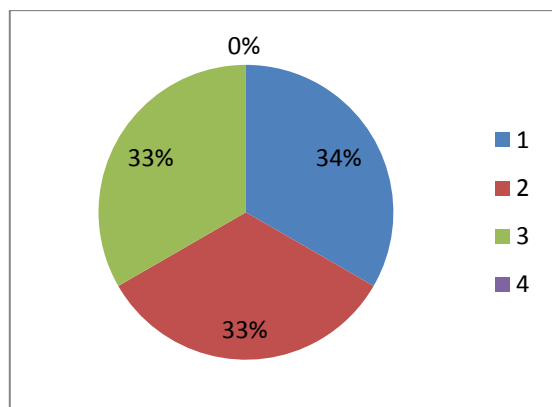


El 50% de los directivos encuestados opina que en el servicio de cardiología del HNR se realiza una planificación de actividades y se prioriza las asignaciones de recursos necesarios para llevarlas a cabo mientras que un 17% afirma que existe un esquema de procesos clave plasmados en el denominado plan Estratégico y un 33% dice que a la vez no se ha planteado cómo hacer realidad sus políticas y estrategias.

CRITERIO 3. PERSONAS

1) ¿Existen planes para la administración del personal plenamente alineados con la política, estrategia y objetivos del Servicio de Cardiología?

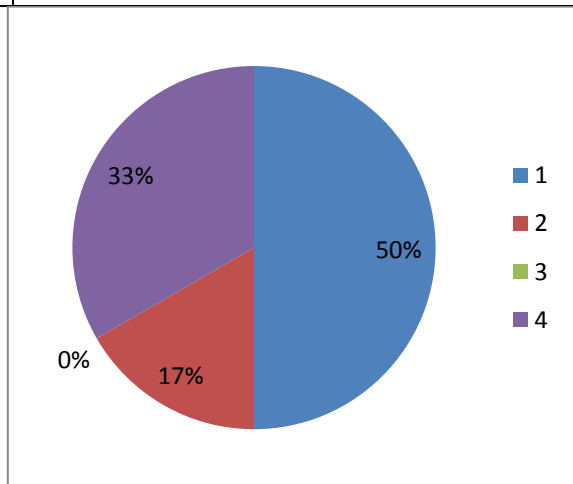
#	Respuesta	Frecuencia
1	No hay planes para la administración del personal.	2
2	El servicio tiene planes para la administración del personal, aunque éstos no están estructurados formalmente.	2
3	Existen planes bien estructurados para la administración del personal alineados con la política y estrategia del servicio.	2
4	Existe un proceso formal de establecimiento de un plan estratégico específico de administración de recursos humanos, plenamente alineado con el Plan Estratégico del Servicio de Cardiología. Contempla dicho proceso implicaciones tales como políticas de remuneración, reorganización, ascensos, reconocimientos, beneficios sociales, etc.	0



El 33% de los directivos encuestados afirma que existen planes bien estructurados para la administración del personal alineados con la política y estrategia del servicio y un 33% opina que el servicio tiene planes para la administración del personal, aunque éstos no están estructurados formalmente y un 34 % dice que no hay planes para la administración del personal.

2) ¿Existe un proceso de identificación y evaluación de las necesidades de la estructura organizativa, tanto actual como futura, en cuanto a conocimientos y competencias del personal?

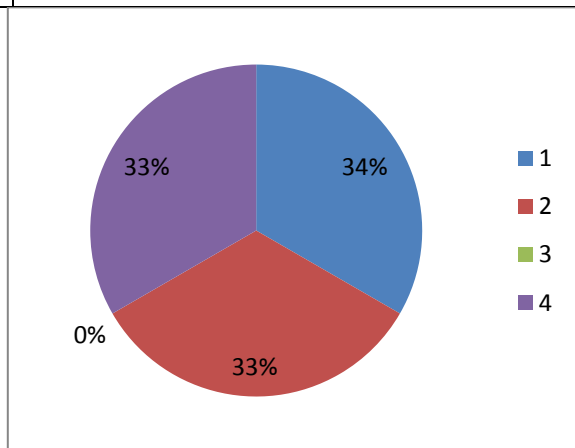
#	Respuesta	Frecuencia
1	No se han llevado a cabo evaluaciones respecto al cumplimiento de las competencias necesarias del personal.	3
2	Existen acciones no estructuradas para adecuar los conocimientos y competencias, por ejemplo, mediante formación del personal.	1
3	Se llevan a cabo acciones bien estructuradas para adecuar los conocimientos y competencias, por ejemplo, mediante capacitación continua, la descripción de puestos y la evaluación de los conocimientos y habilidades.	0
4	Se diseñan, desarrollan y fomentan, las actividades de formación y aprendizaje apropiadas, tanto a nivel individual como colectivo, e inclusive de toda la estructura organizativa. Existe disponibilidad y utilización de indicadores para evaluar la efectividad de la gestión de las personas	2



El 33% de los directivos encuestados afirma que se diseñan, desarrollan y fomentan, las actividades de formación y aprendizaje apropiadas, tanto a nivel individual como colectivo, e inclusive de toda la estructura organizativa mientras que un 17 % opina que existen acciones no estructuradas para adecuar los conocimientos y competencias, por ejemplo, mediante formación del personal y un 50 % dice que no se han llevado a cabo evaluaciones respecto al cumplimiento de las competencias necesarias del personal.

3) ¿En el Servicio de Cardiología el personal y los equipos de trabajo cumplen los objetivos de su cargo?

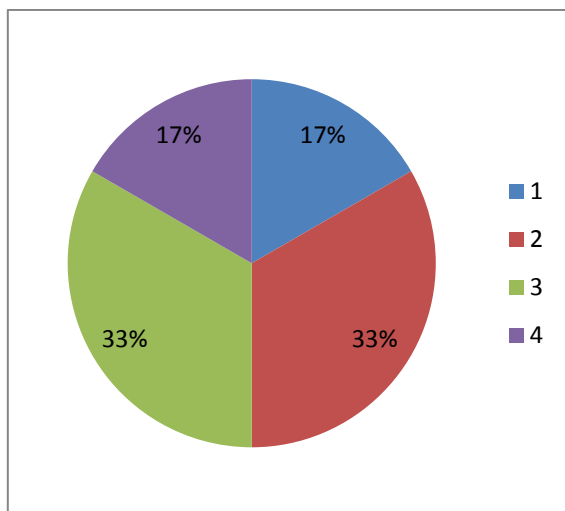
#	Respuesta	Frecuencia
1	El personal no conoce o desempeña adecuadamente sus funciones y responsabilidades.	2
2	El personal y los equipos conocen y asumen sus funciones y responsabilidades y cumplen éstas en sus aspectos fundamentales. No existen procesos bien estructurados para evaluar el cumplimiento de las funciones y responsabilidades.	2
3	Se establece para personal y/o los equipos los objetivos de su puesto de trabajo, evaluándose periódicamente su cumplimiento.	0
4	Los objetivos de cada puesto de trabajo están diseñados formalmente por escrito y toman en cuenta a la política, estrategia y grupos de interés (personal, pacientes y proveedores) del servicio. Se evalúa periódicamente el cumplimiento de los objetivos y se actualizan ante los cambios.	2



El 33% de los directivos encuestados afirma que el personal y los equipos conocen y asumen sus funciones y responsabilidades y cumplen éstas en sus aspectos fundamentales, un 33% opina que los objetivos de cada puesto de trabajo están diseñados formalmente por escrito y toman en cuenta a la política, estrategia y grupos de interés (personal, pacientes y proveedores) del servicio mientras un 34% dice que el personal no conoce o desempeña adecuadamente sus funciones y responsabilidades.

4) ¿En el Servicio de Cardiología, los canales de comunicación, tanto horizontal como vertical, satisfacen las necesidades de comunicación interna del personal?

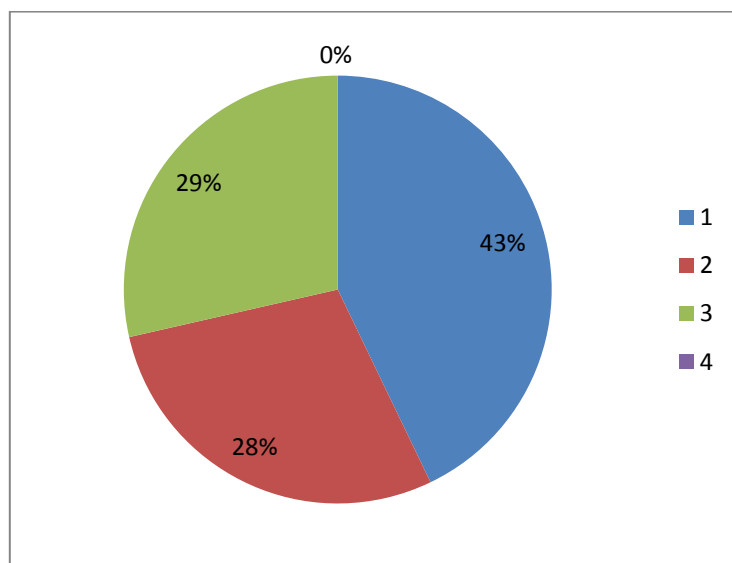
#	Respuesta	Frecuencia
1	No existen canales de comunicación efectivos entre personal.	1
2	La comunicación entre los responsables y el personal es adecuada y fluida en algunos aspectos.	2
3	Se han identificado y satisfecho las principales necesidades de comunicación del servicio. La comunicación entre el personal es adecuada y fluida en muchos aspectos.	2
4	Existen diversos canales de comunicación, están regidos formalmente por un procedimiento. Está garantizada la fluidez de la información.	1



El 83% de los directivos encuestados afirma que se han identificado y satisfecho las principales necesidades de comunicación del servicio, la comunicación entre el personal es adecuada y fluida en muchos aspectos u y un 17% opina que no existen canales de comunicación efectivos entre personal.

5) ¿Se reconoce y recompensa los logros del personal y de los equipos de trabajo?

#	Respuesta	Frecuencia
1	En términos generales no hay reconocimiento al personal.	3
2	En algunas ocasiones el servicio reconoce o recompensa la contribución del personal.	2
3	De manera habitual se reconoce la contribución del personal a los objetivos y a la mejora del servicio.	2
4	Se tienen definidos diferentes niveles de beneficios sociales y ofrece al personal instalaciones (oficinas y centros de trabajo), servicios (transporte, comedores, servicios sanitarios aseados, etc.), y herramientas de trabajo de alta calidad.	0

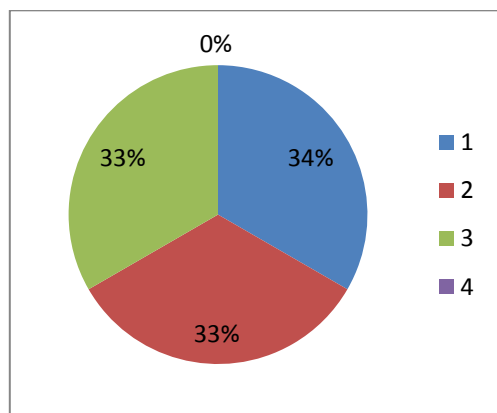


El 29% de los directivos encuestados afirma que de manera habitual se reconoce la contribución del personal a los objetivos y a la mejora del servicio, un 28% opina que en algunas ocasiones el servicio reconoce o recompensa la contribución del personal y un 43% dice que en términos generales no hay reconocimiento al personal.

CRITERIO 4 ALIANZAS Y RECURSOS

1) ¿En el servicio de Cardiología se identifican colaboradores potenciales y establece relaciones de alianza con ellos?

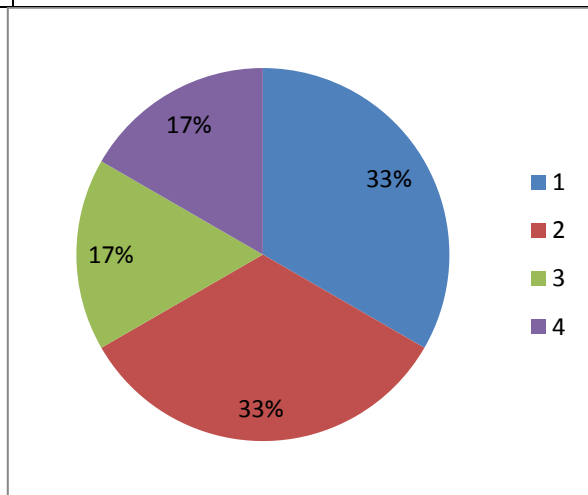
#	Respuesta	Frecuencia
1	En términos generales no se establecen relaciones de alianza o de cooperación.	2
2	Se tienen identificados los posibles colaboradores/asociados del servicio.	2
3	Se realizan actividades para identificar a los grupos, entidades, asociaciones que pueden colaborar con el servicio para desarrollar su planificación o estrategia de prestación de servicios.	2
4	De manera planificada y centrándose en las necesidades de los grupos de interés y apoyando la política y estrategia, se identifican y establecen acuerdos con los colaboradores/asociados. Existen protocolos para obtener la colaboración (se establecen flujos en los procesos que se establecen con los grupos colaboradores, incluyendo los problemas de bloqueo o descoordinación).	0



El 66% de los directivos encuestados afirma que se realizan actividades para identificar a los grupos, entidades, asociaciones que pueden colaborar con el servicio para desarrollar su planificación o estrategia de prestación de servicios y un 34 opina que en términos generales no se establecen relaciones de alianza o de cooperación.

2) ¿En el Servicio de Cardiología se gestionan los recursos económicos y presupuestarios contemplando tanto las necesidades a corto, medio y largo plazo?

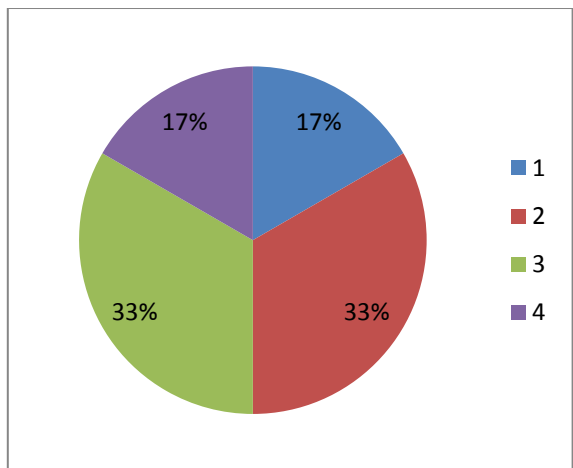
#	Respuesta	Frecuencia
1	No se elabora presupuesto.	2
2	Se gestionan recursos económicos, financieros aunque no siempre de manera formalmente estructurada.	2
3	De forma planificada se gestionan los recursos económicos, financieros y presupuestarios teniendo en cuenta las necesidades a corto, medio y largo plazo.	1
4	Se realiza una gestión de suministros, de forma que se garantice el abastecimiento de material y que se optimice su consumo. (Gestión de almacén, controles de inventario etc.). Existe un plan de gestión del mantenimiento de materiales y equipo de manera preventiva y correctiva.	1



El 67% de los directivos encuestados afirma que se gestionan recursos económicos financieros aunque no siempre de manera formalmente estructurada mientras que un 33% opina que no se elabora un presupuesto.

3) ¿En el Servicio de Cardiología se gestiona el mantenimiento y uso de sus edificios, equipos y materiales optimizando su rendimiento y garantizando su seguridad?

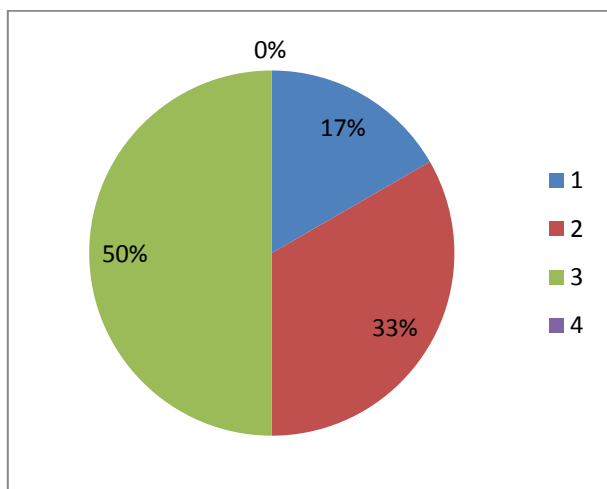
#	Respuesta	Frecuencia
1	En términos generales no hay una gestión de estos elementos.	1
2	Se gestiona el mantenimiento de los edificios, equipos y materiales aunque no de forma planificada.	2
3	De manera planificada se gestionan los diferentes espacios, consultorios, salas, recursos materiales, instrumental, equipamiento, etc., para mejorar su rendimiento.	2
4	Se gestionan eficaz y eficientemente los edificios, equipos y materiales, optimizando su rendimiento y garantizando su seguridad. Existen protocolos de prevención de accidentes biológicos y riesgos laborales. Se ha realizado un mapa de riesgos con propuestas preventivas.	1



El 50% de los directivos encuestados afirma que de manera planificada se gestionan los diferentes espacios, consultorios, salas, recursos materiales, instrumental, equipamiento, etc., para mejorar su rendimiento mientras que un 33% opina que se gestiona pero de forma planificada y un 17% opina que en términos generales no hay una gestión de estos elementos.

4) ¿En el Servicio de Cardiología se identifican, evalúan y utilizan las nuevas tecnologías con el fin de mejorar la prestación de sus servicios?

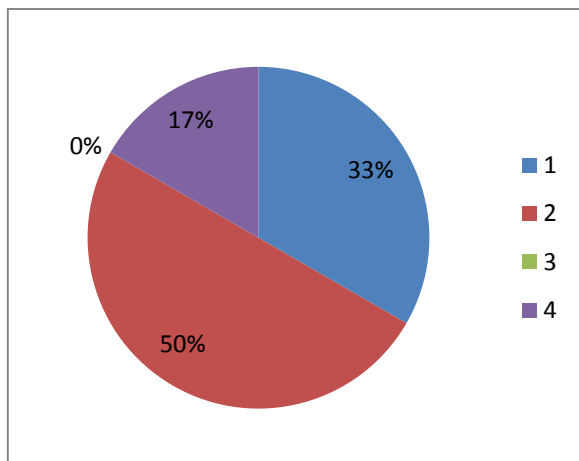
#	Respuesta	Frecuencia
1	No se utilizan las tecnologías necesarias para el servicio.	1
2	Recientemente se han incorporado bastantes de las tecnologías adecuadas a la actividad del servicio.	2
3	Existe un plan para identificar e incorporar las nuevas tecnologías a las actividades de prestación de sus servicios.	3
4	Se garantiza que la tecnología existente (aparataje, programas de gestión de consulta, gestión de bases de datos...) se explota adecuadamente.	0



El 83% de los directivos encuestados afirma que existe un plan para identificar e incorporar las nuevas tecnologías a las actividades de prestación de sus servicios mientras que un 17 % opina que no se utilizan las tecnologías necesarias para el servicio.

5) La Unidad garantiza la seguridad e integridad de la información.

#	Respuesta	Frecuencia
1	Es difícil tener acceso a la información acerca de las actividades, registros de pacientes y personal.	2
2	Se recopila información acerca de actividades, procedimientos, pacientes y personal, de forma sistemática y fiable a fin de que se pueda utilizar para la toma de decisiones.	3
3	Existen procesos bien estructurados para identificar y recopilar la información relevante de los servicios prestados y todos sus involucrados (pacientes, empleados, procesos, etc.) y su seguridad e integridad está garantizada.	0
4	Los profesionales tienen un fácil acceso a las fuentes de información necesarias para la actualización clínica y los usuarios pueden acceder fácilmente a información sobre gestión de servicios, información para usuarios, etc. Dicha información es actualizada periódicamente.	1

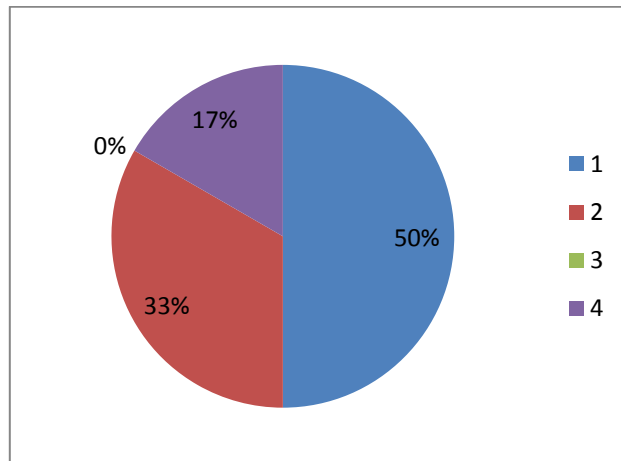


El 50% de los directivos encuestados opina que se recopila información acerca de actividades, procedimientos, pacientes y personal, de forma sistemática y fiable a fin de que se pueda utilizar para la toma de decisiones, un 17 % opina que los profesionales tienen un fácil acceso a las fuentes de información necesarias para la actualización clínica y los usuarios pueden acceder fácilmente a información sobre gestión de servicios, mientras que un 33% dice es difícil tener acceso a la información acerca de las actividades, registros de pacientes y personal.

CRITERIO 5 PROCESOS

1) ¿El servicio de cardiología identifica y diseña adecuadamente los procesos necesarios para ofrecer óptimamente sus servicios de salud?

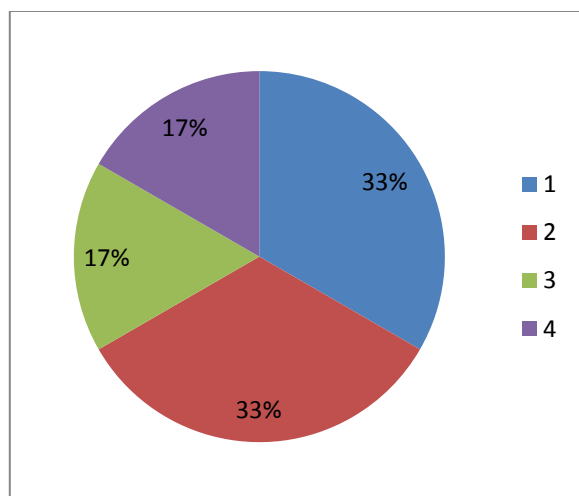
#	Respuesta	Frecuencia
1	No se tienen documentados los procesos llevados a cabo en el servicio.	3
2	Se han identificado y diseñado por escrito algunos de los procesos (especialmente los procesos operativos o de prestación de los servicios).	2
3	Se tiene por escrito un mapa de procesos y se han distinguido aquellos procesos estratégicos, clave y de soporte para las actividades.	0
4	Se realiza gestión de procesos: los procesos clave tienen asignado un responsable y un cuadro de mando (objetivos, necesidades del cliente, indicadores de calidad, eficacia y coste).	1



El 33% de los directivos encuestados afirma que se han identificado y diseñado por escrito algunos de los procesos (especialmente los procesos operativos o de prestación de los servicios), un 17 % dice que se realiza gestión de procesos: los procesos clave tienen asignado un responsable y un cuadro de mando (objetivos, necesidades del cliente, indicadores de calidad, eficacia y coste), mientras un 50 % opina que no se tienen documentados los procesos llevados a cabo en el servicio.

2) ¿Se identifican las oportunidades de mejora en los procesos?, ¿se priorizan y se llevan a cabo?

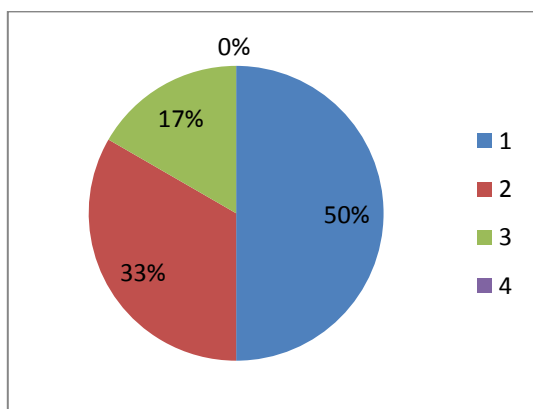
#	Respuesta	Frecuencia
1	No se llevan a cabo mejoras en los procesos.	2
2	Se ha planificado y propuesto mejoras en los procesos, pero ellas no se han llevado a cabo.	2
3	De manera planificada se priorizan e implantan mejoras en los procesos. Existe un procedimiento organizado para identificar y establecer prioridades para las oportunidades de mejora de los procesos.	1
4	Se evalúan periódicamente los procesos clave y se mejoran de manera permanente, suprimiendo procesos que no añaden valor, simplificando o rediseñando nuevos procesos cuando sea necesario, a través de equipos de mejora	1



El 33% de los directivos encuestados afirma que se ha planificado y propuesto mejoras en los procesos, pero ellas no se han llevado a cabo, un 17% afirma que de manera planificada se priorizan e implantan mejoras en los procesos mientras que un 17% dice que se evalúan periódicamente los procesos clave y se mejoran de manera permanente, suprimiendo procesos que no añaden valor, simplificando o rediseñando nuevos procesos cuando sea necesario y un 33% manifiesta que no se llevan a cabo mejoras en los procesos.

3) ¿Los procedimientos están diseñados adecuadamente para satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes del servicio de cardiología?

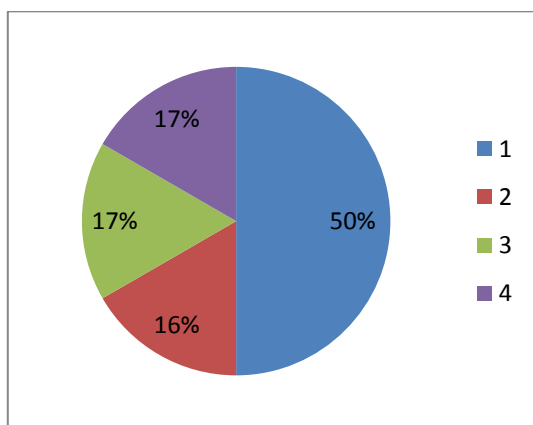
#	Respuesta	Frecuencia
1	No se maneja información sobre las expectativas de los pacientes en cuanto a la atención brindada.	3
2	Se determinan las necesidades, expectativas actuales o futuras de los pacientes, así como sus opiniones o percepciones sobre los servicios.	2
3	De manera periódica se investigan las necesidades y expectativas de los grupos de interés (pacientes, empleados, proveedores) y se analiza la calidad de los servicios prestados en el servicio de cardiología. Con esta información se desarrollan y mejoran los servicios. La forma de prestar los servicios está definida y documentada.	1
4	Se utilizan protocolos o manuales de prestación de servicios para dar una asistencia acorde a su diseño. Se utilizan los resultados de rendimiento del servicio y de percepción de los usuarios para establecer objetivos y proyectos de mejora.	0



El 33% de los directivos encuestados opina que se determinan las necesidades, expectativas actuales o futuras de los pacientes, así como sus opiniones o percepciones sobre los servicios, un 17 % dice que de manera periódica se investigan las necesidades y expectativas de los grupos de interés y un 50 % afirma que no se maneja información sobre las expectativas de los pacientes en cuanto a la atención brindada.

4) ¿Existe un área de atención a los pacientes del Servicio de Cardiología que gestiona y canaliza las dudas, sugerencias, quejas sobre los servicios prestados?

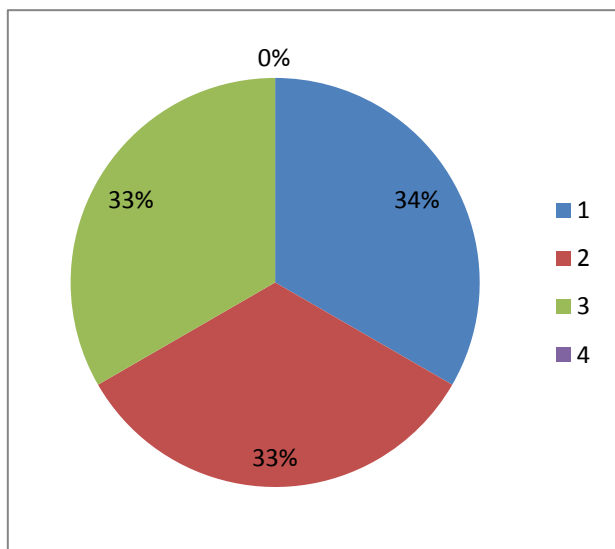
#	Respuesta	Frecuencia
1	No hay un área de atención al paciente.	3
2	Se han identificado y diseñado algunos procedimientos para atender las quejas y dudas de los pacientes pero no es concreto.	1
3	De manera planificada se identifican y diseñan los procedimientos para atender las quejas y dudas de los pacientes y para satisfacer las necesidades de la mayor parte de los mismos. Se tienen registros sobre la resolución a dichos problemas.	1
4	Existe un área de atención al usuario en la cual se gestiona y canaliza las dudas, sugerencias, quejas sobre los servicios prestados, etc. Dicha información se encuentra tabulada y se cuentan con procedimientos formales para atender las quejas y dudas de los pacientes y para satisfacer las necesidades de la mayor parte de los mismos.	1



El 50% de los directivos encuestados afirma que de manera planificada se identifican y diseñan los procedimientos para atender las quejas y dudas de los pacientes y para satisfacer las necesidades de la mayor parte de los mismos además de existir una área de atención al usuario en la cual se gestiona y canaliza las dudas, sugerencias, quejas sobre los servicios prestados, mientras que un 50 % dice que no hay un área de atención al paciente.

5) ¿En el servicio de cardiología se analiza la información procedente de las sugerencias, reclamaciones y encuestas de sus pacientes?

#	Respuesta	Frecuencia
1	No se recoge información de los pacientes.	2
2	Se registra parcialmente información de los pacientes.	2
3	Se registra y analiza periódicamente las sugerencias, reclamaciones y encuestas de los pacientes.	2
4	Se establecen contactos periódicos con los usuarios o sus representantes o existe un órgano formal de relación del servicio con sus pacientes para conocer su opinión respecto a los servicios que prestan.	0

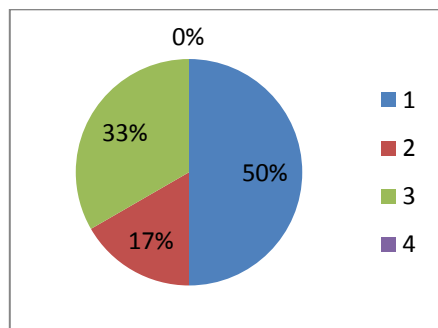


El 66% de los directivos encuestados afirma que se registra parcialmente información de los pacientes (sugerencias, reclamaciones y encuestas de los pacientes.), mientras que un 34% opina que no se recoge información de los pacientes.

CRITERIO 6 RESULTADOS EN LOS CLIENTES

1) ¿Se ha evaluado la percepción de los pacientes en el Servicio de Cardiología (mediante encuestas de satisfacción, grupos focales u otros)?

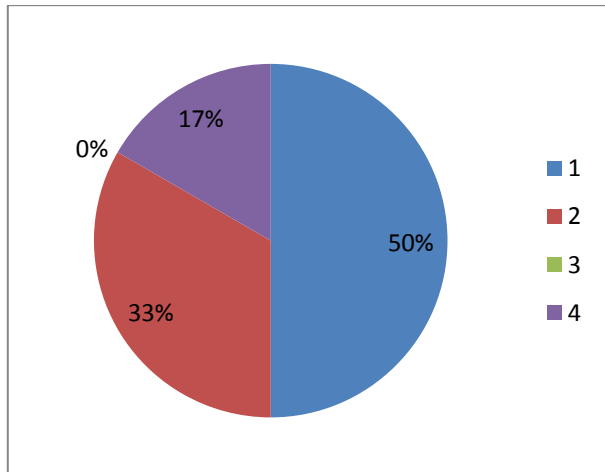
#	Respuesta	Frecuencia
1	No se recoge información sobre la percepción de la calidad de servicio por parte de los pacientes.	3
2	Se conoce parcialmente la satisfacción de los pacientes respecto al servicio prestado.	1
3	Se han identificado cuáles son los aspectos determinantes de la satisfacción de los clientes. De manera planificada se identifican y planean espacios para conocer la opinión de los pacientes y así satisfacer las necesidades de la mayor parte de los mismos.	2
4	Se mide periódicamente de forma sistemática y directa el grado de satisfacción de sus pacientes, mediante encuestas o entrevistas, se gestionan las sugerencias, reclamaciones y encuestas de los pacientes y esta información permite incrementar su satisfacción.	0



El 17% de los directivos encuestados opina que se conoce parcialmente la satisfacción de los pacientes respecto al servicio prestado mientras que un 33% afirma que se han identificado cuáles son los aspectos determinantes de la satisfacción de los clientes y un 50 % dice que no se recoge información sobre la percepción de la calidad de servicio por parte de los pacientes.

2) ¿En el Servicio de Cardiología se dispone de indicadores de rendimiento en relación a sus pacientes (tiempos de atención y de espera, gestión de reclamos y sugerencias, etc.)?

#	Respuesta	Frecuencia
1	No se tiene información sobre indicadores de rendimiento del servicio.	3
2	De manera planificada se identifican indicadores para conocer la satisfacción de los pacientes.	2
3	En al menos una ocasión se han medido indicadores de rendimiento.	0
4	Se han llevado a cabo mediciones periódicas de los indicadores que sirven para conocer la satisfacción de los pacientes y esta información permite incrementar mejorar el servicio prestado.	1

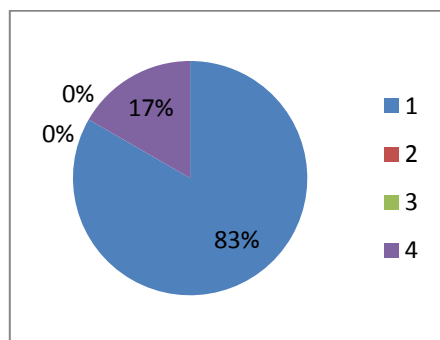


El 33% de los directivos encuestados opina que de manera planificada se identifican indicadores para conocer la satisfacción de los pacientes, un 17 % dice que se han llevado a cabo mediciones periódicas de los indicadores que sirven para conocer la satisfacción de los pacientes y esta información permite incrementar mejorar el servicio prestado mientras que un 50 % afirma que no se tiene información sobre indicadores de rendimiento del servicio.

CRITERIO 7: RESULTADOS EN LAS PERSONAS

- 1) ¿En el servicio de Cardiología se han realizado entrevistas, grupos focales o encuestas para conocer la percepción de los trabajadores sobre: estrategias, programas de formación, objetivos del contrato, organización, distribución de responsabilidades, toma de decisiones, etc.?

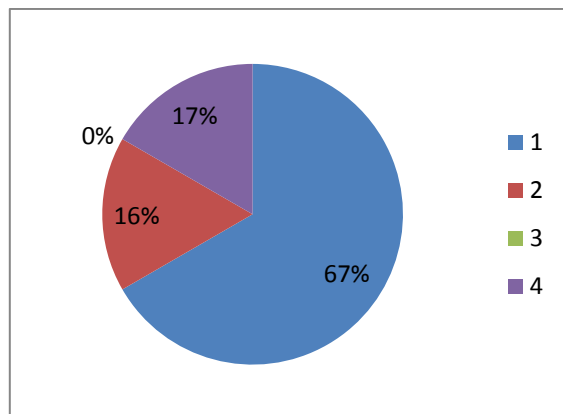
#	Respuesta	Frecuencia
1	No se recoge este tipo de información en el servicio.	5
2	Se llevan a cabo al menos una de los métodos para conocer la percepción de los empleados en cuanto al desarrollo organizativo del servicio.	0
3	De manera planificada se programan espacios para conocer la opinión de los profesionales acerca de las temáticas organizacionales.	0
4	Periódicamente se tienen espacios para conocer la opinión de los profesionales y esta información es tomada en cuenta para realizar mejoras en el servicio de cardiología. Existen informes sobre los resultados de dichas reuniones.	1



El 17% de los directivos encuestados afirma que periódicamente se tienen espacios para conocer la opinión de los profesionales y esta información es tomada en cuenta para realizar mejoras en el servicio de cardiología y un 83% opina que no se recoge este tipo de información en el servicio.

2) ¿En el Servicio de Cardiología se miden y analizan indicadores respecto a alguna de las siguientes áreas: evaluación de la eficiencia con la que se trabaja, desarrollo de proyectos de mejora, tasa de ausentismo y bajas por enfermedad, quejas de profesionales, etc.?

#	Respuesta	Frecuencia
1	No se cuenta información de este tipo de indicadores.	4
2	Se tienen registros formales con información para poder realizar una evaluación de los indicadores.	1
3	Se tienen formalmente registros de tasa de ausentismo, bajas por enfermedad, etc., las cuales son accesibles en cualquier momento.	0
4	Periódicamente se tienen espacios para conocer la opinión de los profesionales y esta información es tomada en cuenta para realizar mejoras en el servicio de cardiología. Existen informes sobre los resultados de dichas reuniones.	1

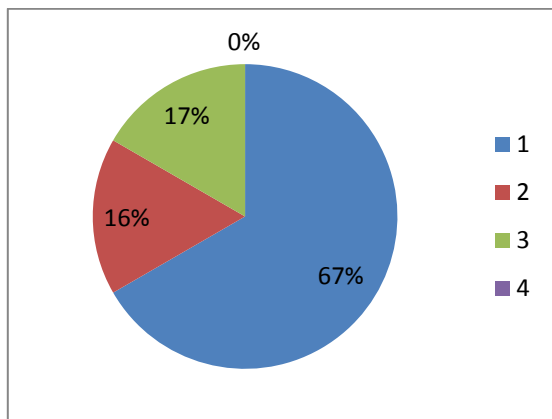


El 16% de los directivos encuestados afirma que se tienen registros formales con información para poder realizar una evaluación de los indicadores mientras que un 17 % opina que periódicamente se tienen espacios para conocer la opinión de los profesionales y esta información es tomada en cuenta para realizar mejoras en el servicio de cardiología y un 67% dice que no se cuenta información de este tipo de indicadores.

CRITERIO 8: RESULTADOS EN LA SOCIEDAD

- 1) ¿En el servicio de cardiología se han realizado alguno de los siguientes aspectos, o se tienen contemplados planes para aplicar en el futuro alguno de los siguientes aspectos: actividades como miembro responsable de la sociedad, implicación en la comunidad donde opera, reducción y eliminación de residuos responsablemente?

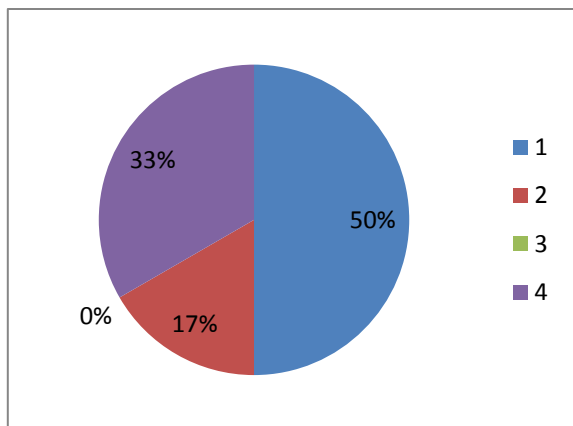
#	Respuesta	Frecuencia
1	En términos generales no se tiene contemplado ningún aspecto de ese tipo.	4
2	El servicio de cardiología registra parcialmente planes para realizar actividades de este tipo.	1
3	De manera planificada se programan espacios y recursos para organizar y planear las actividades de ese tipo.	1
4	Se planea sistemáticamente y periódicamente actividades de este tipo, o ya se cuenta con un grupo designado de participantes que planean y que se apegan a las necesidades de la comunidad y a los objetivos del Hospital para lograr la realización de este tipo de actividades.	0



El 16% de los directivos encuestados afirma que el servicio de cardiología registra parcialmente planes para realizar actividades como miembro responsable de la sociedad, implicación en la comunidad donde opera, reducción y eliminación de residuos responsablemente, un 17% dice que de manera planificada se programan espacios y recursos para organizar y planear las actividades de ese tipo y un 67 % opina que en términos generales no se tiene contemplado ningún aspecto de ese tipo.

2) ¿Se han registrado en el pasado, o se analiza, se busca y se planifica incurrir en el futuro en alguna de las áreas siguientes: colaboraciones con otras instituciones y premios recibidos?

#	Respuesta	Frecuencia
1	En términos generales no se ha dado ninguno de esos aspectos ni se tienen planes a futuro para que esto ocurra.	3
2	El servicio registra parcialmente información de que se ha intentado colaborar con otras instituciones o participar en entrega de reconocimientos.	1
3	De manera planificada se programan reuniones con otras instituciones para realizar colaboraciones y planea participar en entrega de reconocimientos.	0
4	Están estratégicamente encaminados a realizar colaboraciones con otras instituciones y se tienen especialistas estudiando los criterios para obtener reconocimientos, o ya se han recibido premios y se han hecho colaboraciones con otras instituciones con anterioridad.	2



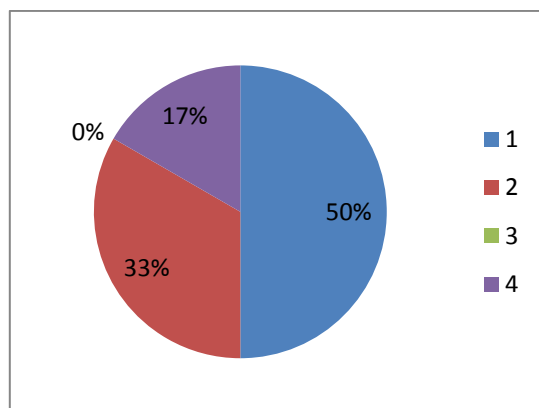
El 33% de los directivos encuestados opina que el servicio de cardiología está encaminado a realizar colaboraciones con otras instituciones y se tienen especialistas estudiando los criterios para obtener reconocimientos, un 17 % dice que el servicio registra parcialmente información de que se ha intentado colaborar con otras instituciones o participar en entrega de reconocimientos y un 50 % afirma que en términos generales no se ha dado ninguno de esos aspectos ni se tienen planes a futuro para que esto ocurra.

CRITERIO 9: RESULTADOS CLAVE DE LA ORGANIZACIÓN

1) ¿Se busca medir resultados clave del rendimiento de la organización económicos (presupuesto) y no económicos (resultados gerenciales)?

#	Respuesta	Frecuencia
1	En términos generales no se mide información de ese tipo.	3
2	El servicio registra parcialmente información de ese tipo.	2
3	De manera planificada se programan espacios para medir el cumplimiento del presupuesto y de los resultados esperados.	0

4	Mediante una sistemática bien definida, centrada en los objetivos del Hospital y apoyando la política y estrategia, se planean espacios para conocer si el servicio de cardiología trabaja bien con el presupuesto asignado y con los resultados esperados por parte de la gerencia.	1
---	--	---

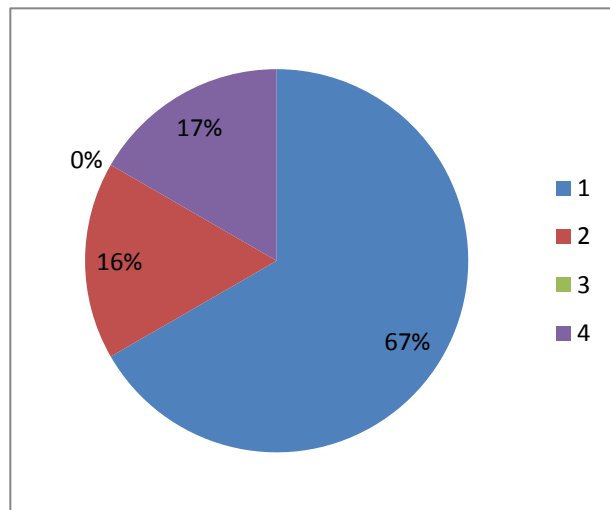


El 33% de los directivos encuestados afirma que el servicio de cardiología servicio registra parcialmente información para medir resultados clave del rendimiento de la organización económicos (presupuesto) y no económicos (resultados gerenciales), un 17 % opina que se planean espacios para conocer si el servicio de cardiología trabaja bien con el presupuesto asignado y con los resultados esperados por parte de la gerencia mientras que un 50 % dice que en términos generales no se mide información de ese tipo.

2) **¿En el servicio de cardiología se busca medir indicadores clave del rendimiento: actividad asistencial, cartera de servicios, gestión de la demanda, indicadores de farmacia, consumo de materiales?**

#	Respuesta	Frecuencia
1	En términos generales no se recoge información de indicadores.	4
2	El servicio registra parcialmente información de los indicadores.	1
3	De manera planificada se programan espacios para realizar estudios para saber si se cubren los servicios clave y normas técnicas, estudiar tiempos de espera y tiempos de atención y revisar los indicadores de	0

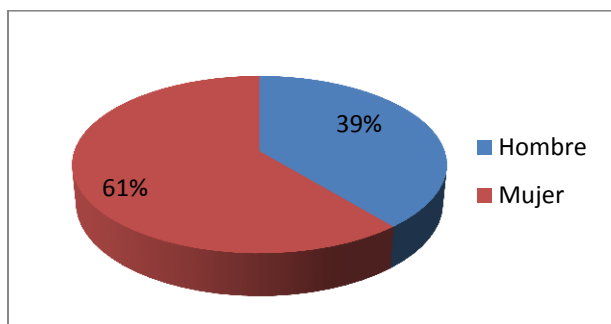
	farmacia y consumo de suministros.	
4	Mediante una sistemática bien definida, centrada en las necesidades de los pacientes y apoyando la política y estrategia, se planean espacios para realizar estudios para saber si se cubren los servicios clave y normas técnicas, estudiar tiempos de espera y tiempos de atención y revisar los indicadores de farmacia y consumo de suministros.	1



El 17% de los directivos encuestados afirma que el servicio de cardiología registra parcialmente información de los indicadores, mientras que un 17% opina que se planean espacios para realizar estudios para saber si se cubren los servicios clave y normas técnicas y un 67 % dice que en términos generales no se recoge información de indicadores.

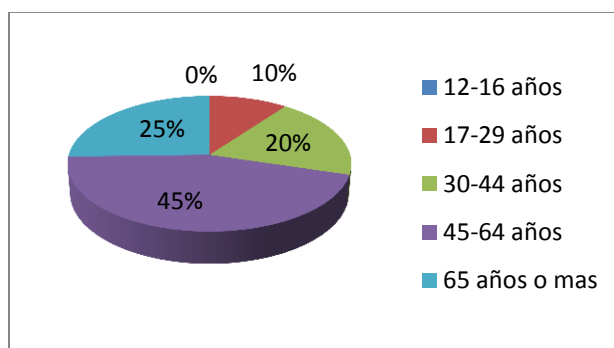
ANEXO 3: TABULACIÓN DE RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS A PACIENTES

1. Sexo



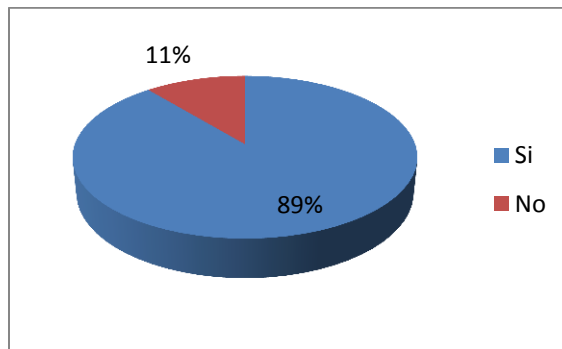
El presente gráfico muestra que un 61% de los usuarios entrevistados que llegan al servicio de cardiología del Hospital Nacional Rosales es de género femenino mientras que un 39% son de género masculino.

2. Edad



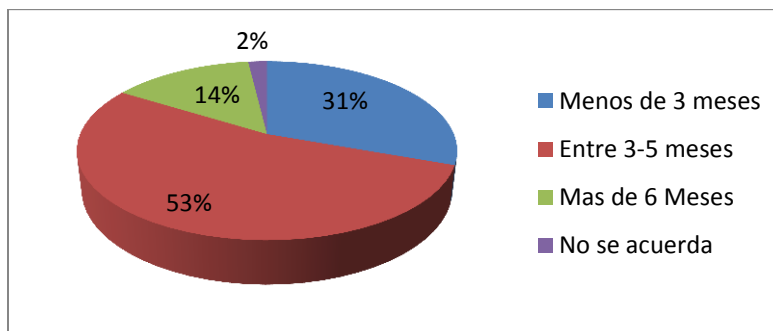
En el presente gráfico se puede observar que el rango de edad que tiene una mayor incidencia es de 45-64 años con un porcentaje de 45% de los pacientes que llegan al servicio de cardiología del HNR.

3. ¿Había acudido a esta consulta anteriormente?



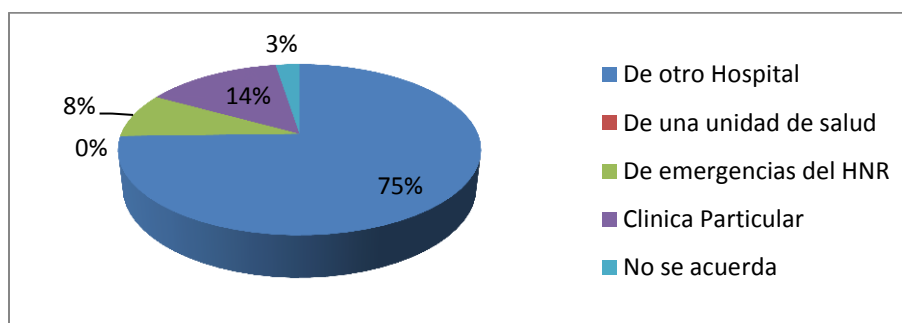
El 89 % de los usuarios entrevistados son pacientes subsecuentes que ya han presentado algún problema cardíaco o se han sometido a exámenes de dicha índole mientras que el 11% de ellos son pacientes de primera vez

4. ¿Hace cuánto fue su consulta anterior?



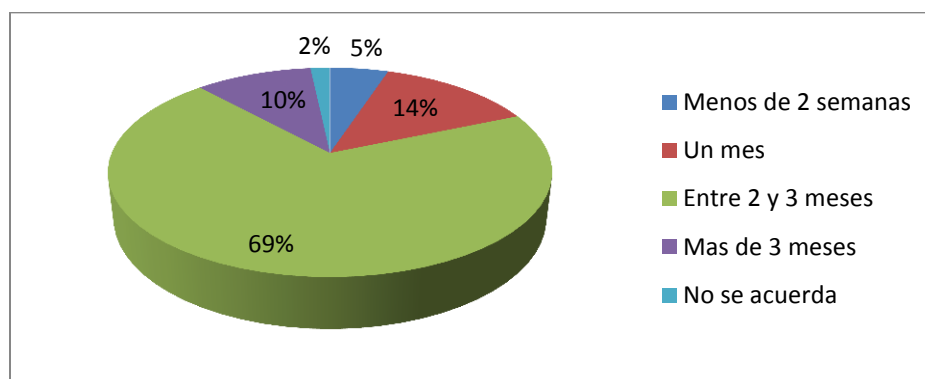
El rango de tiempo que tiene un mayor porcentaje según los usuarios entrevistados está entre 3-5 meses con un 53%, que es el tiempo promedio entre consultas que se les programan a los pacientes de cardiología del HNR.

5. Respecto a la primera consulta con el especialista, ¿Podría decirme de dónde ha sido referido?



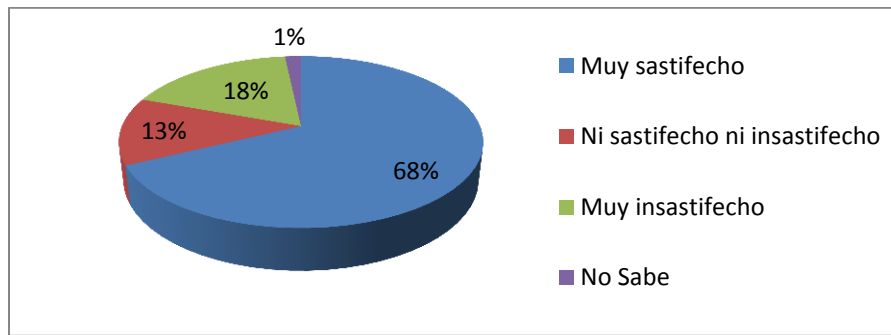
Un 75% de los pacientes entrevistados en el servicio de cardiología del HNR son referidos de otros hospitales con el fin de darle un mejor seguimiento a los problemas que están padeciendo, mientras que un 14% proviene de clínicas particulares y un 8 % de emergencias del HNR

6. ¿Cuánto tiempo ha tenido que esperar desde que fue referido a este especialista hasta que vino por primera vez a consulta por éste?



Según el número de pacientes entrevistados que solicitan los servicios de cardiología en el HNR, el tiempo que han tenido que esperar desde que han sido referidos a algún especialista hasta que vino por primera vez a consulta por éste es de 2 a 3 meses que es el tiempo promedio de espera para ser atendidos.

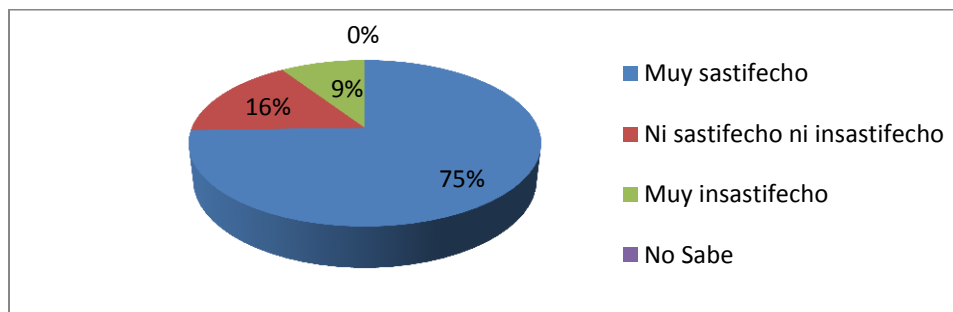
7. Considerando su problema de salud, ¿En qué medida está usted satisfecho con el tiempo que ha esperado desde se le mando a este especialista hasta que fue visto por primera vez en consulta por éste?



Como se puede observar en el gráfico un 68% de los usuarios entrevistados se encuentran satisfechos con el tiempo de espera desde se le mandó a algún especialista hasta que fue visto por primera vez en consulta por éste mientras que un 18% se encuentra insatisfecho, un 13% se encuentra ni satisfecho ni insatisfecho y 1% admitió no saber su grado de satisfacción con el tiempo de espera que se está presentando en el servicio de cardiología del HNR.

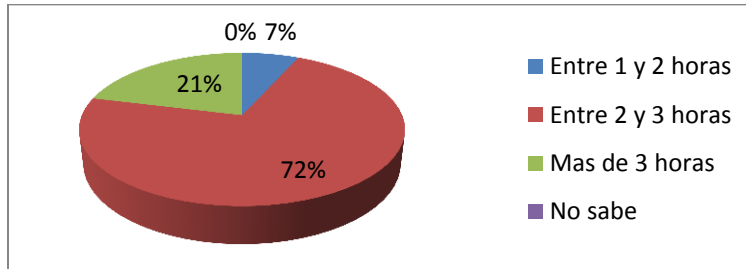
8. ¿En qué medida está usted satisfecho con el siguiente aspecto:

✓ **Facilidad para conseguir la cita**



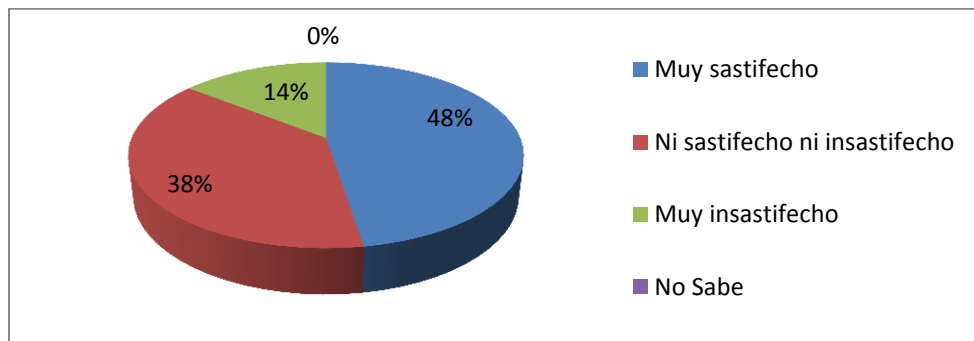
Un 75% de los pacientes entrevistados se encuentran satisfechos con el grado de facilidad para conseguir citas para ser atendidos en el servicio de cardiología del HNR mientras que un 16% se encuentra ni satisfecho ni insatisfecho y un 9% está muy insatisfecho alegando que se podría agilizar para ser más eficiente este proceso.

7. ¿Cuánto tiempo ha tenido que esperar desde la hora en la que estaba citado hasta el momento de entrar en la consulta del especialista?



Un 72% de los pacientes entrevistados han manifestado que el tiempo promedio de espera desde la hora en la que estaban citados hasta el momento de entrar en la consulta del especialista está entre 2 y 3 horas, mientras que un 21% dijo ser que era más de 3 horas y solo un 7 % dijo que habían esperado entre 1 y 2 horas, siendo este un punto muy importante para evaluar opciones de mejora para agilizar este proceso y así poder dar un mejor servicio en este campo.

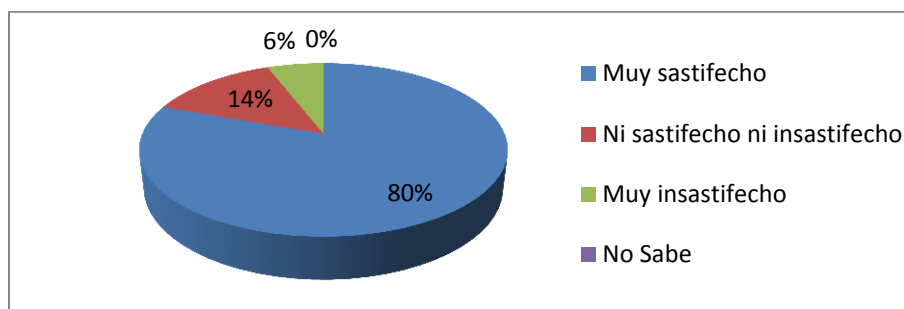
7) ¿Cuál es su grado de satisfacción con el tiempo que usted ha esperado desde la hora que estaba citado hasta el momento de entrar en la consulta?



Un 48 % de los pacientes entrevistados se encuentra satisfecho con el tiempo que ha esperado desde la hora que estaba citado hasta el momento de entrar en la consulta, mientras que un 38% se encuentra ni satisfecho ni insatisfecho, y un 14 % ha manifestado estar insatisfecho con la prestación de este servicio en el servicio de cardiología del HNR.

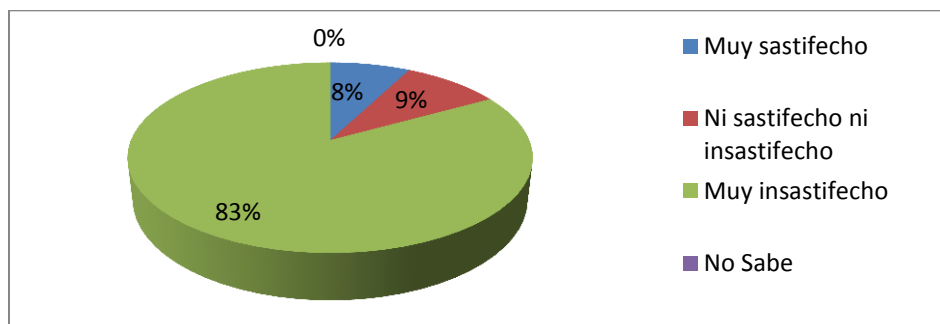
8) ¿En qué medida está usted satisfecho con los siguientes aspectos:

✓ **Limpieza del servicio de cardiología**



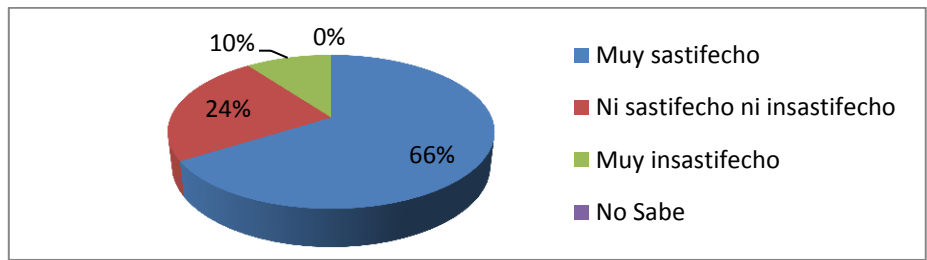
Un 80% de los pacientes entrevistados se encuentra satisfecho con la limpieza que presenta el servicio de cardiología del HNR siendo este un porcentaje aceptable con respecto a la salubridad que debe de tener dicho servicio mientras que un 14 % dijo encontrarse ni satisfecho ni insatisfecho y solo un 6 % manifestó encontrarse muy insatisfecho.

✓ **Servicios sanitarios del servicio de cardiología**



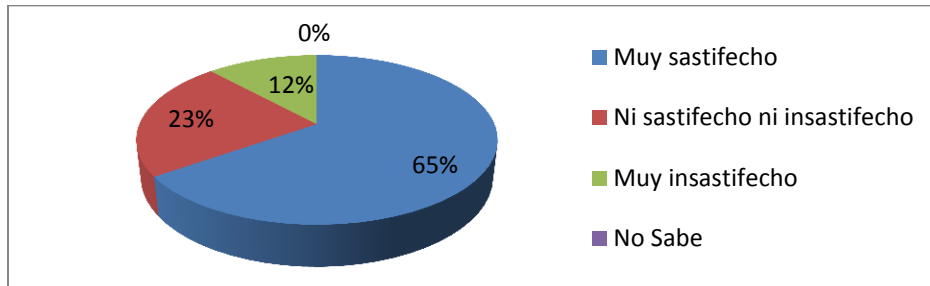
El 83 % de los pacientes entrevistados que transcurren día a día en el servicio de cardiología en el HNR manifestó estar muy insatisfecho con la salubridad que presentan los servicios sanitarios del área mientras que un 9 % dijo encontrarse ni satisfecho ni insatisfecho y solo un 8% se presentó satisfecho con respecto a este punto

✓ **Facilidad para encontrar consultorios o lugares donde se realizan los exámenes**



El 66% de las personas entrevistadas se encuentra satisfecha con la facilidad para encontrar consultorios o lugares donde se realizan los exámenes en el servicio de cardiología del HNR mientras que un 24 % dijo encontrarse ni satisfecho ni insatisfecho y solo un 10 % se encuentra muy insatisfecho.

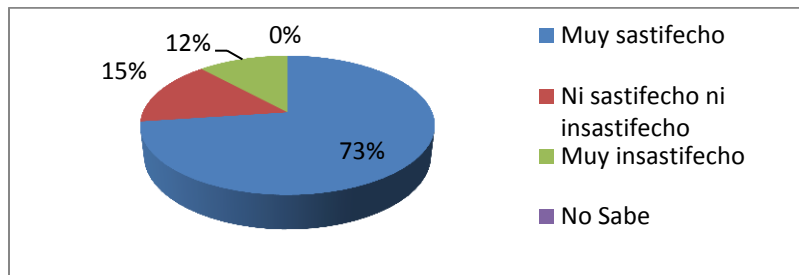
✓ **Comodidad y confort mientras espera la consulta**



El 65 % de los pacientes entrevistados se encuentra muy satisfecho con la comodidad y confort mientras espera la consulta en el servicio de cardiología del HNR mientras que un 23 % se encuentra ni satisfecho ni insatisfecho y solo un 12 % manifestó encontrarse muy insatisfecho con respecto a este punto.

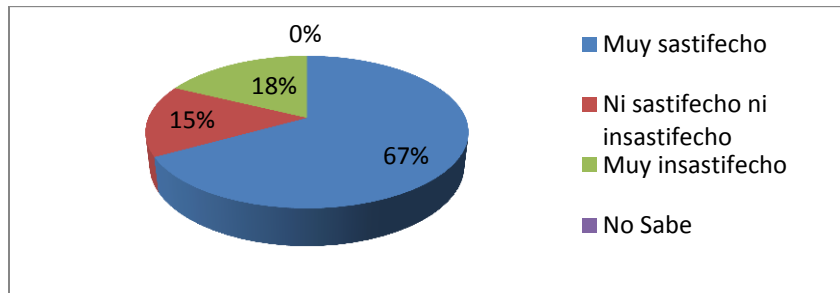
9) ¿Podría decirme cuál es su grado de satisfacción con la atención recibida en este centro por los siguientes profesionales?

✓ **El personal administrativo**



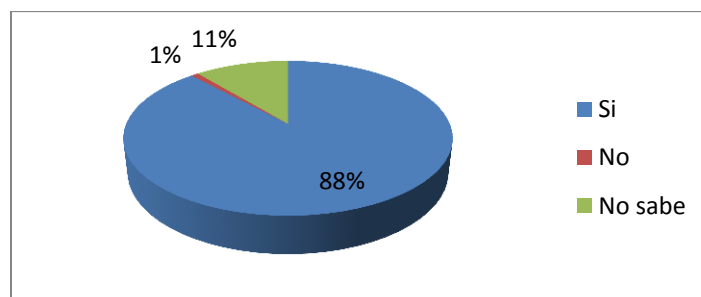
Según los pacientes entrevistados un 73 % se encuentra muy satisfecho con la atención recibida por el personal administrativo del servicio de cardiología del HNR mientras que un 15 % se encuentra ni satisfecho ni insatisfecho y un 12 % muy insatisfecho.

✓ **El personal de enfermería**



Un 67% de los pacientes entrevistados manifestó encontrarse muy satisfecho con la atención recibida por el personal de enfermería del servicio de cardiología del HNR mientras que un 18% se encuentra muy insatisfecho y solo un 15% se encuentra ni satisfecho ni insatisfecho.

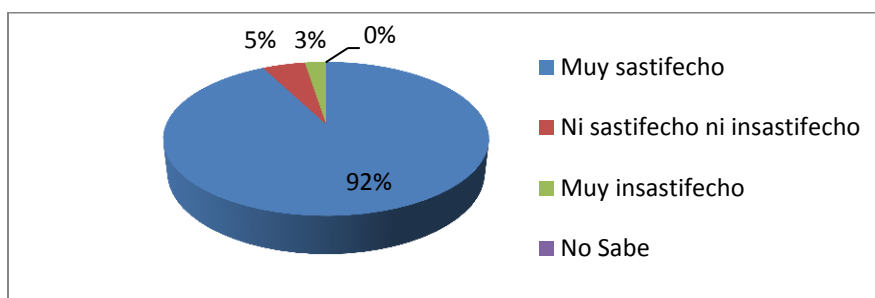
10) El especialista que le atiende en la consulta, ¿Lleva su identificación puesta en su bata?



El 88% de los pacientes entrevistados dijo que el especialista que los ha atendido en la consulta lleva su identificación puesta en su bata en el momento de pasar su consulta mientras que un 11% dijo que no lo portaba y un 1% dijo que no sabía si el especialista portaba su respectiva identificación en el momento de ser atendidos.

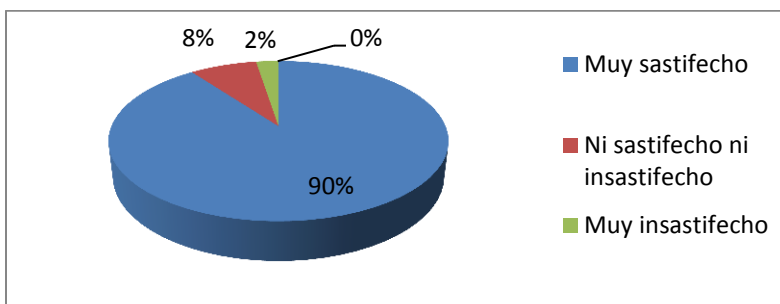
11) Dígame en qué medida está satisfecho con los siguientes aspectos relativos al médico especialista que lo atiende

✓ Su amabilidad



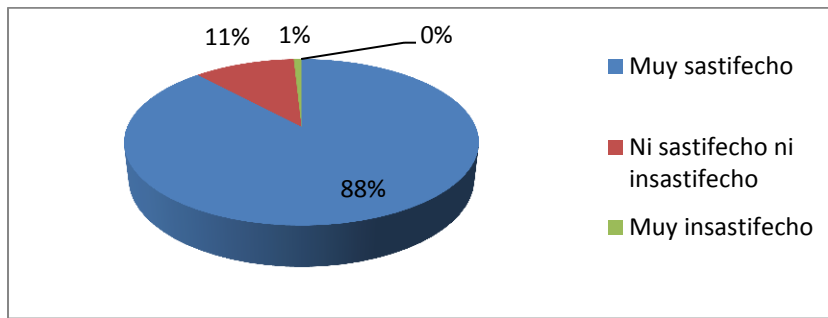
El 92% de las personas encuestadas se encuentran muy satisfechas con la atención prestada por el personal médico del servicio de cardiología del HNR, mientras que un 5% dijo estar ni satisfecho ni insatisfecho y solo un 3 % manifestó estar insatisfecho.

✓ Su eficacia para resolver bien sus problemas de salud



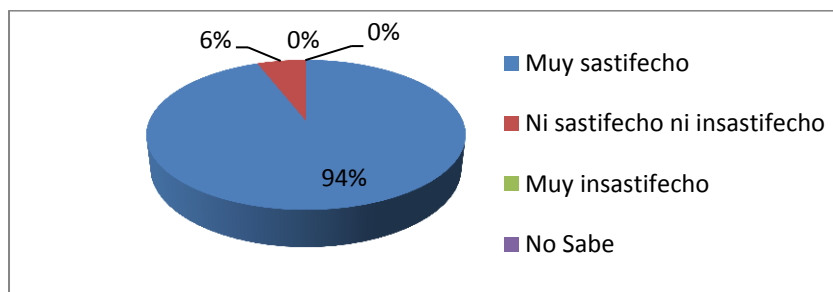
En el siguiente gráfico se puede observar que el 90 % de las personas entrevistadas se encuentran muy satisfechos con la eficacia del personal médico para resolver los problemas de salud que los aquejan, un 8% se encuentra ni satisfecho ni insatisfecho y un 2% muy insatisfecho.

✓ El tiempo que le dedica a la consulta



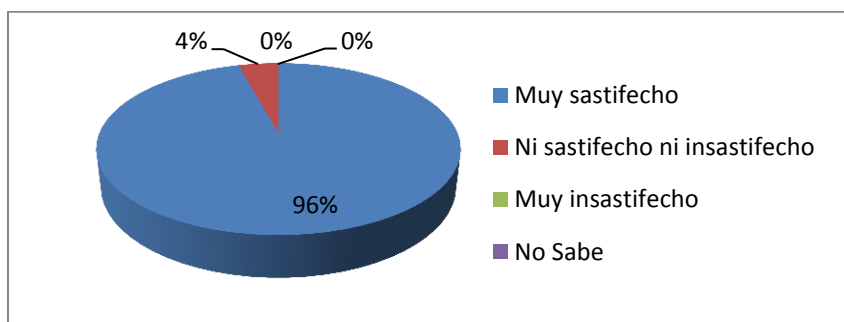
En el siguiente grafico se puede observar que el 88% de los pacientes encuestados se encuentra muy satisfecho con el tiempo que el personal médico le dedica a la consulta que es recibida por dichos pacientes un 11% dijo estar ni satisfecho ni insatisfecho y solo 1% se encuentra muy insatisfecho con el servicio que se presta en el servicio de cardiología del HNR.

✓ **La explicación que su médico realiza sobre todo lo que usted quiere saber sobre su salud**



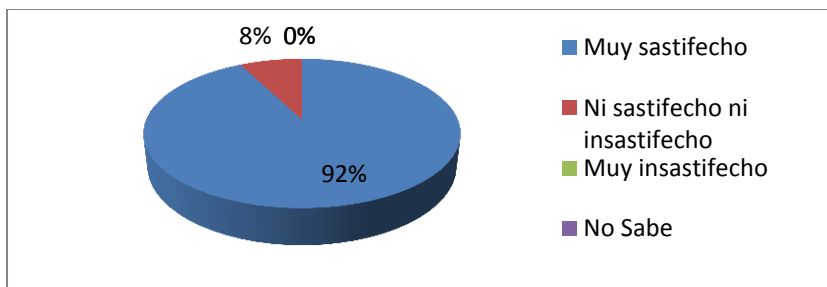
Un 94 % de las personas encuestadas se encuentran muy satisfechas con las explicaciones que el personal médico realiza sobre todo lo que los pacientes quieren saber sobre su salud y solo un 6 % dijo estar ni satisfecho ni insatisfecho con relación a este punto.

✓ **La información sobre su enfermedad**



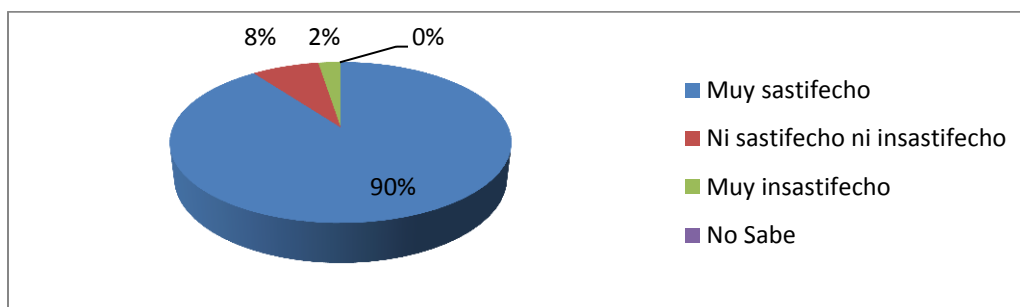
El 96% de los pacientes encuestados está muy satisfecho con la información proporcionada por el personal médico sobre la información de la enfermedad que están padeciendo mientras que un 4% estar ni satisfecho ni insatisfecho con dicha información proporcionada.

✓ **Las instrucciones para seguir en casa**



El 92% de los pacientes encuestados se encuentra muy satisfecho con las instrucciones que el personal médico les proporciona para seguir en casa con el tratamiento de los distintos padecimientos que aquejan a los pacientes del servicio de cardiología del HNR mientras que un 8% se encuentra ni satisfecho ni insatisfecho con respecto a este punto.

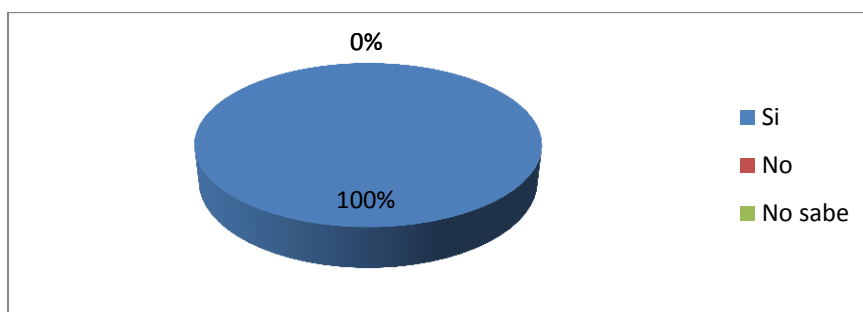
✓ **La claridad de la información sobre el tratamiento**



El 90% de los pacientes encuestados se encuentra muy satisfecho con la claridad de la información sobre el tratamiento que se va a realizar, el 8% dijo estar ni satisfecho ni insatisfecho y un 2% se encuentra muy insatisfecho con la información proporcionada por el personal médico alegando que la información se pudiera transmitir de una mejor manera

para que llegara alcanzar un mejor entendimiento por parte de los pacientes que visitan el servicio de cardiología del HNR.

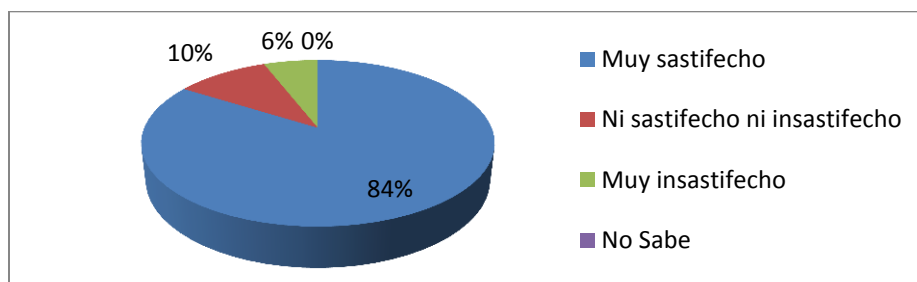
12) En la consulta con el especialista, ¿le indicaron que tenía que hacerse algunos análisis, exámenes, pruebas radiológicas u otras pruebas médicas (diagnósticas)?



El 100 % de los pacientes encuestados en el servicio de cardiología del HNR dijeron que les habían indicado que tenía que hacerse algunos análisis, exámenes, pruebas radiológicas u otras pruebas médicas para seguir con el procedimiento del diagnóstico de situación médica.

13) Dígame en qué medida está satisfecho con los siguientes aspectos sobre la información que le dieron en la consulta sobre los exámenes que le indicaron

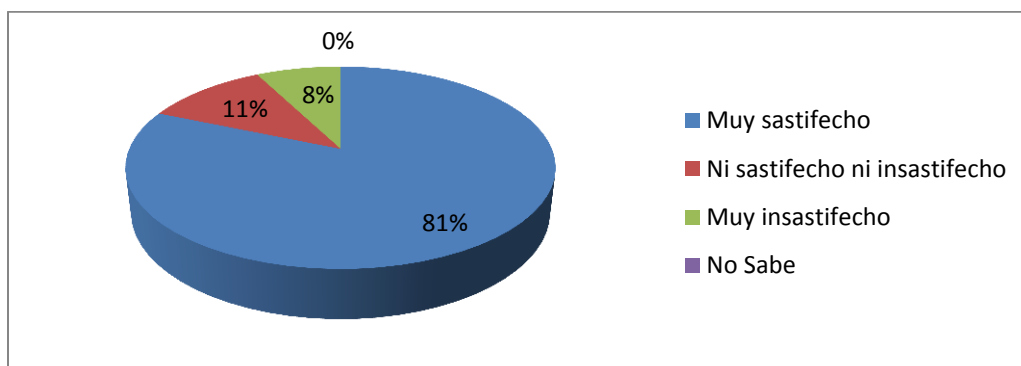
✓ **La explicación de por qué le iban a hacer los exámenes**



El 84 % de los pacientes encuestados dijo que se encuentra muy satisfecho con la explicación de por qué le iban a hacer los exámenes, el 10% dijo encontrarse ni satisfecho

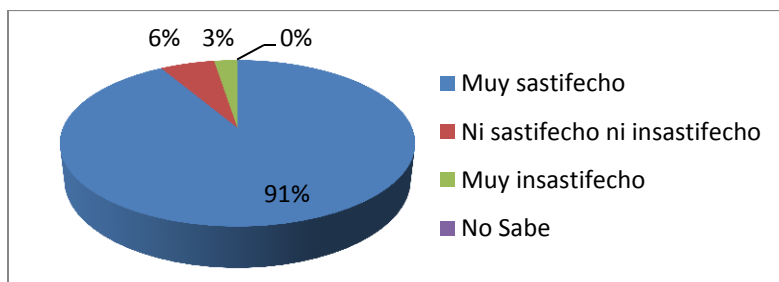
ni insatisfecho y el 6% manifestó estar muy insatisfecho con la explicación del porque se le iban a realizar los exámenes médicos.

✓ **La explicación de en qué consisten los exámenes que le van a realizar**



Un 81% de los pacientes encuestados manifestaron que les habían explicado en qué consisten los exámenes que le van a realizar para poderles dar seguimiento al padecimiento que ellos están presentando un 11% dijo encontrarse ni satisfecho ni insatisfecho y un 8 % muy insatisfecho con la información que es recibida por el personal médico del servicio de cardiología del HNR.

14) Y globalmente, ¿En qué medida está usted satisfecho con la atención que ha recibido en el servicio de cardiología del Hospital Nacional Rosales?



El 91% de los pacientes encuestados está muy satisfecho con la atención prestada en el servicio de cardiología del HNR, un 6% se encuentra ni satisfecho ni insatisfecho y solo un 3% dijo estar muy insatisfecho.

COMENTARIOS DE ENTREVISTADOS

Algunos comentarios que se pudieron obtener en la realización del instrumentó de investigación son los siguientes:

✓ **No dan medicinas**

En este aspecto influye bastante la disponibilidad de los insumos médicos con los que cuenta el servicio de cardiología del HNR debido a que de su disponibilidad depende el abastecimiento de los pacientes

✓ **Las enfermeras poseen un mala actitud**

Para poder prestar un buen servicio hospitalario en una determinada área en este caso en el servicio de cardiología del HNR se debe de empezar con el buen trato que debe de tener el personal (Doctores, enfermeras, etc.) disponible con los pacientes que hacen uso del servicio hospitalario para ello se deben de trazar las directrices o lineamientos que se debe de seguir para poder alcanzar el buen trato y convivencia con los distintos pacientes que transcurren día a día en el recinto hospitalario.

✓ **Prolongados tiempos de espera para la obtención del servicio de consulta**

Al prestar un servicio hospitalario se debe tener en cuenta la demanda que este puede llegar a presentar, la agilidad y eficacia en los procesos que se debe de tener para poder prestar un servicio de calidad a los pacientes, es por eso que es importante evaluar las condiciones y procedimientos en que se están realizando dichos procesos para poder analizar, evaluar y presentar condiciones de mejora que sea de mutuo beneficio entre el servicio de cardiología y sus pacientes.

Anexo 3: Ejemplo de solicitud de interconsulta.

HOSPITAL NACIONAL ROSALES  TARJETA DE REFERENCIA

PACIENTE : _____ REG.No. _____

SERVICIO : _____

CON DIAGNOSTICO DE : _____

SE REFIERE A : _____

PARA O POR : _____

FIRMA : MEDICO QUE REFIERE : _____ FECHA _____

Anexo 4 Ejemplo de hoja de historia clínica

REPUBLICA DE EL SALVADOR
EL SALVADOR
UNÁMONOS PARA CRECER

Ministerio de Salud
Seguimiento Clínico

No EXPEDIENTE: [REDACTED]

DE LA CONSULTA
 Fecha Consulta: 16/10/2015 8:43 AM
 Nombre Medico: [REDACTED] Especialidad: Cardiología

DATOS DEL PACIENTE
 Nombre: [REDACTED]
 Edad: 76 Años
 Sexo: Femenino

EVOLUCION DEL PACIENTE

Consultas por: IAM cara diafragmática (04.11)
 Colocación de stent coronario derecho (Driver) Flujo TIMI 3
 HTA
 DMID
 IRC
 Hipotiroidismo.

Evolución: Dice que estuvo ingresada en el hospital San Rafael, porque tuvo edema generalizado, con pérdida de la consciencia, y habla incoherencias.
 GLUCOSA 92 mg/dl
 ACIDO URICO 5.5 mg/dl
 CREATININA 2.46 mg/dl
 COLESTEROL TOTAL 123 mg/dl
 COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD 30.2 mg/dl
 COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD 58 mg/dl
 TRIGLICERIDOS 180 mg/dl
 SODIO 124.28 mmol/L
 POTASIO 4.51 mmol/L
 CLORO 92.93 mmol/L
 EKG (16.10.15) RS:56 x min, necrosis inferior, R no progresa de V1-V3.

Historial de Exámenes

SIGNOS VITALES / EXPLORACION CLINICA
 TA°: 0 °C Pulso:60 Min. FR:12 Min. PA:160/60 mm Hg.
 Peso: 0 Lbs. Talla: 0 m. IMC:
 Exploracion Clinica: Cuello normal, pulmones limpios, CV:RR 60 lpm, no soplos, ni extras, hígado normal, no edemas, piel reseca y pelo reseco, pálida.

DIAGNOSTICOS
 1. I11.9 - Enfermedad cardíaca hipertensiva sin insuficiencia cardíaca (congestiva).
 2. I25.2 - Infarto antiguo del miocardio. Cardiomiopatía isquémica
 3. **E10.2 - Diabetes mellitus insulino dependiente, con complicaciones renales. Hipotiroidismo**

SEGUIMIENTO DE CONSULTA
 Proximo Control: 12-04-2016

PLAN DE ATENCION
 1. Indicaciones Médicas 2. Otras Indicaciones

MEDICAMENTOS RECETADOS			
Cantidad	Nombre Medicamento	Dosis	No Recetas
30	Ácido Acetilsalicílico (80 - 100) mg	1 Tableta Oral Cada Dia	4
30	Amlodipina (Besilato) 5 mg	1 Tableta Oral Cada Dia	4
30	Carvedilol 25 mg	1 Tableta ranurada Oral Cada Dia	4
30	Furosemda 40 mg	1 Tableta ranurada Oral Cada Dia	4
30	Irbesartán 300 mg	1 Tableta Oral Cada Dia	4
30	Simvastatina 20 mg	1 Tableta ranurada Oral Cada Dia	6

REFERENCIAS

Anexo 5 Ejemplo de una receta medica

18665 HOSPITAL ROSALES SAN SALVADOR
SERVICIO DE FARMACIA
San Salvador, El Salvador

RECETARIO PARA CONSULTA EXTERNA

No Expediente: [REDACTED] FECHA: 16/10/2015
Paciente: [REDACTED] Procedencia :Urbano
Edad: 76 Años Sexo: Femenino

NOTA: Farmacia dispensara en base a la dosis prescrita, hasta un maximo de 30 días

Rp. Cantidad:30

Amlodipina (Besilato) 5 mg Tableta Oral
1 Tableta Oral Cada Dia

Firma y Sello del Medico [REDACTED] Cardiologia Especialidad Auxiliar de Farmacia

Sello de despacho
Fecha:16/10/2015
Valido por 3 dias en Consulta Externa. Nota: Exclusivo para Farmacia, Control de Demanda insatisfecha.

Cantidad


Anexo 6 Ejemplo de solicitud de electrocardiograma

HOSPITAL NACIONAL ROSALES
CARDIOLOGIA
SOLICITUD DE ELECTROCARDIOGRAMA

Nombre: _____ T.A. _____ Reg. No. _____
Edad; _____ Sexo: _____ Temp: _____ Peso: _____ Servicio: _____
Cianosis: _____ Angor: _____ Ademas: _____ Disnea: _____
Medicina que toma : _____
Diagnóstico: _____

Motivo por el cual solicita este ECG. _____
Favor anotar si tiene ECG. anteriores: _____
Fecha: _____
Firma del Medico: _____ Nombre del Medico: _____


Anexo 7 Ejemplo de solicitud de rayos X



HOSPITAL NACIONAL ROSALES

DEPTO. DE RADIOLOGIA

SOLICITUD DE EXAMENES



Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Cama N° _____ Reg. N° _____

Servicio: _____

Rayos X de: _____

Investigado: _____

Datos Clínicos: _____

Fecha: _____ Firma: _____ Medico: _____


Hay Placas Anteriores: Si () No () Firma del Técnico: _____


1. _____

2. _____

CONTROL DE PLACAS TOMADAS Y DESCARTADAS POR ESTUDIO									
14X17		14X14		11X14		10X12		8X10	
CAJA#		CAJA#		CAJA#		CAJA#		CAJA#	
T	D	T	D	T	D	T	D	T	D

Anexo 8 Ejemplo de solicitud de ecocardiograma

 **HOSPITAL NACIONAL ROSALES**
DEPTO. DE MEDICINA
SERVICIO DE CARDIOLOGIA


REPUBLICA DE EL SALVADOR
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BENEFICENCIA SOCIAL

SOLICITUD DE ECOCARDIOGRAMA

Nombre: _____
Edad: _____ Sexo: _____ Servicio: _____ Reg, No. _____
Datos Clínicos : _____
Examen Físico: _____
Electrocardiograma: _____
RX de Torax : _____
Diagnóstico : _____
Específicamente que desea Investigar : _____
Fecha: _____
Firma del Médico : _____ Nombre del Médico: _____

Anexo 9 Ejemplo de solicitud de compra

Hospital Nacional Rosales

[NO HAY]

SOLICITUD DE COMPRA

ALMACEN ARTICULOS GENERALES

Nombre, Apellido y sello de Responsable de Almacén verificación de existencia de lo solicitado.

Dr. Ramón Amador Crespo
JEFE DE ALMACEN
23 OCT 2014

1. FECHA:	17 de Octubre de 2014	2. NOMBRE DEL SOLICITANTE:	Dra. Ana María Basagallo García
3. CARGO:	Jefe en Funciones de Cardiología	4. DEPENDENCIA:	Depto. De Medicina
5. NOMBRE DEL AUTORIZANTE:	Dr. Mauricio Ventura	6. CARGO:	
7. DEPENDENCIA:		FIRMA DEL AUTORIZANTE	

9. JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

Por tener sillas de espera deterioradas e insuficientes para los pacientes. Y sillas inadecuadas, deterioradas e insuficientes para los médicos, personal paramédico y administrativo, por lo que se necesita sillas adecuadas y suficientes.

RENGLON	CÓDIGO ALMACEN	CODIGO NACIONALES UNIDAS	9.1 DETALLE				Especificaciones Técnicas (Material, color, medida, otras características requeridas. En caso de ser necesario adjuntar documento con esta información):
			U/M*	CANT.	PRECIO UNITARIO	OBRA, BIEN O SERVICIO SOLICITADO	
1	62501050	56100000	C/u	20	\$210.00	Silla de fibra de Vidrio	Modulo de 5 silla de fibra de vidrio de c/u, silla tipo concha color azul sobre tubo estructural de hierro cuadrada en angulo de 1 y 1/2"x1 y 1/2" con chapa 14. Dimensiones: 3.10 mts de Largo X 30-35 cm de s
2	62502045	56100000	C/u	2	\$85.00	Silla ergonomica alta sin brazos tipo cajero color azul	Silla alta sin brazos tipo cajero color azul, con patas de 5 ruedas (tratorias), y respaldar ancho, ergonomica, material de caucho, sistema de subir y bajar
3	62502000	56100000	C/u	12	\$60.00	Silla Ergonomica secretarial sin brazo	Silla secretarial sin brazo con 5 ruedas giratorias, material de caucho color azul con sistema de subir y bajar con respaldar ancho, ergonomico
4	62502050	56100000	C/u	50	\$58.00	Silla fija con asiento Integral, Fibra de Vidrio (Individual)	Silla individual con asiento integral de fibra de vidrio, tipo concha color azul montada en estructura de tubo estructural sin rodos,

10. CONDICIONES:

10.1 VALOR ESTIMADO DE LA COMPRA:	\$7990.00
10.2 FORMA DE ENTREGA:	30 Días posterior al recibir la orden de compra
10.3 LUGAR DE ENTREGA:	Almacen de Artículos Generales
10.4 OTRAS CONDICIONES NECESARIAS (Especificar)	

11. OBSERVACIONES (cuando se requiera):

12. PROPUESTA DE ADMINISTRADOR DE CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

NOMBRE: Dra. Ana María Basagallo
CARGO: Jefe de Cardiología en Funciones
DEPENDENCIA: Depto de Medicina

Ilustración 94 : Ejemplo de requisición de solicitud de compra.

Anexo 10: Ejemplo de solicitud de mantenimiento




SOLICITUD DE MANTENIMIENTO		MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL HOSPITAL NACIONAL: ROSALES. - DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO			
SERVICIO:	TEL.:	FECHA:	HORA DE SOLICITUD:		
DESCRIPCIÓN DE TRABAJO / FALLA:			Si la falla es en un equipo, identifique		
			No. de Inventario Técnico:		
			No. de identificación (ID):		
NOMBRE Y FIRMA DE SOLICITANTE:	SELLO DEL SERVICIO SOLICITANTE:	USO EXCLUSIVO PARA MANTENIMIENTO		No. DE ORDEN DE TRABAJO ASIGNADA	
		RECIBIDA POR:	FECHA:		
		HORA:			
		FIRMA:			

Ilustración 95 Ejemplo de solicitud de mantenimiento

Anexo 11 Ejemplo de solicitud de anticoagulante y requisitos.


HOSPITAL NACIONAL ROSALES
LABORATORIO CLINICO ALEMAN SALVADOREÑO
AREA DE COAGULACIÓN Y HEMOSTASIA



Nombre: _____ Cama N° _____ Edad _____ Reg. _____
 Servicio: _____
 Diagnostico: _____

	Paciente	Control	Valor de	ISI	INR.
<input checked="" type="checkbox"/> Tiempo y valor de Protrombina	_____ seg.	_____ seg.		10-14 seg.	_____
<input type="checkbox"/> Tiempo de Tromboplastina parcial	_____ seg.	_____ seg.		25-43 seg.	_____
<input type="checkbox"/> Tiempo de Trombina	_____ seg.	_____ seg.		Menos de 21 seg.	_____
<input type="checkbox"/> Fibrinógeno	_____ mg/dL	_____ mg/dL		150-450 mg/dL	_____
<input type="checkbox"/> Tiempo de sangramiento	_____ minutos			1 - 8 minutos	_____
<input type="checkbox"/> Tiempo de coagulación	_____ minutos.			4 - 10 minutos	_____
<input type="checkbox"/> Retracción del coagulo	_____ %			Retracción completa en una hora, suero liberado mas del 40%	_____


@NOTA: Llenar los tubos hasta la marca negra
 mezclarlos con suavidad, verter la sangre
 por las paredes del tubo

VALIDADO POR _____
 Fecha: _____ Firma y sello del médico _____

RECOMENDACIONES

- 1-Tomar únicamente los medicamentos Prescritos por su medico.
- 2- Mantener la dosis del anticoagulante Como ha sido indicado.
- 3-Acudir a consulta Medica de urgencia Si hay sangrado.
- 4-Si necesita algún procedimiento dental O quirúrgico, informar que toma anticoagulante.
5. Si presente dolor, y fiebre, u otro sintoma no automedicarse y buscar consulta medica
- 6-No tome medicamentos para dolor o Fiebre como los siguientes: Aspirinas Cosmel, Alka seltzer, puede tomar: Cetamol, Winasorb, Dolex, Acetaminofen O clorohidrato de lisina, Dorixina.
- 7-Evite ejercicios pesados y competitivos Que le pueden ocasionar gripes.

HOSPITAL NACIONAL ROSALES
CARDIOLOGIA



CALENDARIO DE CONTROL ANTICOAGULANTES

NOMBRE: _____ SEXO: _____
 REGISTRO: _____ EDAD: _____
 DE: _____
 DE OPERACIÓN: _____
 FECHA DE COAGULACION: _____
 TIPEO Y RH: _____

NOTA: En caso de accidente advertir al medico de emergencia que el paciente esta bajo tratamiento con anticoagulante.

Anexo 12 Ejemplo de censo de procedimientos

HOSPITAL NACIONAL ROSALES

REGISTRO DIARIO DE PROCEDIMIENTOS MEDICOS

DIA _____ MES _____ AÑO _____

ESPECIALIDAD _____

No.	ADMISICION	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	AREA	SEXO	EDAD	PROCEDIMIENTO	TIPO DE ANESTESIAS				TIEMPO DE PROCEDIMIENTO			
								1	2	3	4	A	B	C	D
1							(N.R.)								
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															

Area Geografica

1. Urbano 2. Rural

3. Urbano 4. Financiero

Tipo de Asistencia

1. Integral

2. Segunda

3. Local

4. Sin Asistencia

Clasificación del tiempo según procedimiento

A. 10 Minutos

B. 20 Minutos

C. 30 Minutos

D. Mas de 30 Minutos

FIRMA DEL MEDICO

SELLO DEL MEDICO

Anexo 13: Priorización de Áreas de Mejora

Áreas de mejora	IMPACTO CLIENTE (INTERNO Y EXTERNO)					IMPACTO EN ÁREAS RELACIONADAS CON EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA					VIABILIDAD					NECESIDAD					PUNTUACIÓN
	Impacto Positivo en los Clientes					Impacto Positivo en el resto de áreas de la Unidad					Inversión en recursos, restricciones legales o de otro tipo					Posición baja de partida, competencia, mejora de imagen.					
	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
Criterio 1. Liderazgo																					
Definición de misión, visión, valores, políticas y estrategias. Y divulgación entre el personal del servicio de cardiología.			X			X					X						X				4,25
Realización de reuniones periódicas con mayor frecuencia que traten de aspectos de mejora en el servicio.		X					X				X						X				4,25
Reforzar los canales de comunicación con los pacientes para saber sus necesidades y también con otras áreas del hospital que sean de ayuda para el servicio.	X							X					X			X					4
Criterio 2. Política y Estrategia																					
Manejo y disponibilidad de indicadores de eficiencia del servicio.		X							X			X				X					3,75
Utilizar indicadores de satisfacción del	X							X					X					X			3,5
Criterio 3. Personas																					
No existe permanencia por parte del personal de enfermería, este personal es rotado cada cierto tiempo y por este motivo no se puede capacitar.			X				X						X					X			3,25
Revisión de la política de gestión de recursos humanos enfocada en las necesidades del servicio.		X						X				X					X				3,75
Actualización de los perfiles profesionales y elaboración de manuales de puestos y funciones adaptadas las necesidades del servicio.		X				X					X					X					4,75

Diseñar programas amplios de formación que se revisen continuamente y favorezcan el desarrollo profesional.		X					X						X				X					3,75
Establecer mecanismos de consulta que permitan detectar el clima laboral y el nivel de satisfacción del personal.			X				X						X				X					3,75
Minimizar la resistencia al cambio por parte del personal del servicio sobre todo cuando son aspectos informáticos.		X					X						X					X				3,75
Promover iniciativas de trabajo en equipo o creación de grupos que trabajen en conjunto para hacer mejoras en el servicio.			X				X							X			X					3,25
Criterio 4 Alianzas y recursos																						
Planificación/utilización de sistemas para evaluar/revisar la gestión de las alianzas externas y los recursos internos			X				X							X				X				3
Disponibilidad y utilización de indicadores para evaluar la efectividad de la gestión de las alianzas externas y los recursos internos			X				X							X				X				3
Identificación y priorización de las posibles oportunidades de mejora de la gestión de las alianzas externas y de los recursos internos mediante la medición y el aprendizaje			X				X							X				X				3
Utilización de indicadores económico-financieros				X				X						X				X				2,75
Estructuración de relaciones con los aliados (acuerdos, reuniones, procesos comunes, ...) para mejorar los procesos y ofrecer mayor satisfacción a los clientes		X					X							X					X			3,75
Identificación y evaluación de las nuevas tecnologías antes de su posible incorporación e implantación		X					X					X					X					4

Establecer mecanismos sistemáticos para conocer las expectativas y necesidades del personal.	x							x				x					x				4
Medición de la satisfacción y necesidades del personal mediante encuestas.	x							x				x					x				4
Habilitar canales de comunicación interna para transmitir opiniones, quejas, sugerencias, etc.		x							x			x						x			3,25
Criterio 8: Resultados en la sociedad																					
Cooperación con otras organizaciones de tipo internacional o nacional para conseguir donaciones.		x						x					x				x				3,5
Planes de integración de pacientes que no sepan leer ni escribir y/o pacientes sordomudos.		x							x			x					x				3,5
Criterio 9: Resultados clave																					
Determinar indicadores correspondientes a las necesidades del servicio.		x							x			x					x				3,5
Medir y llevar un control sistemático de indicadores necesarios en el servicio.		x							x				x					x			3
Potenciar el benchmarking y tomar las buenas prácticas de otras instituciones.			x					x					x					x			3,25
Establecer sistemáticamente acciones de mejora continua.		x						x			x						x				4,25
Diseñar acciones anuales en un plan estratégico y ponerlo en marcha.		x						x			x						x				4,25