

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



**PROPUESTA DE UN SISTEMA ADMINISTRATIVO PARA  
EL HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA DE  
ZACATECOLUCA**

**PRESENTADO POR:**

**GIOVANNI ERNESTO DURÁN BARRERA**

**KENNY GERALDINA PACAS LARA**

**PEDRO JUAN TICAS GALÁN**

**PARA OPTAR AL TITULO DE:**

**INGENIERO INDUSTRIAL**

**CIUDAD UNIVERSITARIA, MARZO 2009.**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

**RECTOR :**

**MSc. RUFINO ANTONIO QUEZADA SÁNCHEZ**

**SECRETARIO GENERAL :**

**LIC. DOUGLAS VLADIMIR ALFARO CHÁVEZ**

**FACULTAD DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA**

**DECANO :**

**ING. MARIO ROBERTO NIETO LOVO**

**SECRETARIO :**

**ING. OSCAR EDUARDO MARROQUÍN HERNÁNDEZ**

**ESCUELA DE INGENIERIA INDUSTRIAL**

**DIRECTOR :**

**ING. OSCAR RENÉ ERNESTO MONGE**

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

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

**Título :**

**PROPUESTA DE UN SISTEMA ADMINISTRATIVO PARA  
EL HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA DE  
ZACATECOLUCA**

**Presentado por :**

**GIOVANNI ERNESTO DURÁN BARRERA**

**KENNY GERALDINA PACAS LARA**

**PEDRO JUAN TICAS GALÁN**

**Trabajo de Graduación Aprobado por:**

**Docentes Directores :**

**INGA. SONIA ELIZABETH GARCÍA SANDOVAL**

**ING. MANUEL DE JESÚS MAYORGA GARZONA**

**San Salvador, Marzo 2009**

**Trabajo de Graduación Aprobado por:**

**Docentes Directores :**

**INGA. SONIA ELIZABETH GARCÍA SANDOVAL**

**ING. MANUEL DE JESÚS MAYORGA GARZONA**

## AGRADECIMIENTOS

Deseamos agradecer a todas aquellas personas que contribuyeron al desarrollo exitoso del presente trabajo de graduación.

**A Dios Todopoderoso** por brindarnos la fortaleza y sabiduría necesaria, para sobreponernos a todas las adversidades a las que nos enfrentamos a lo largo de nuestra carrera Universitaria.

**A nuestras familias** por todo el cariño, apoyo, comprensión y aliento que nos dieron durante toda nuestra carrera.

**A nuestros asesores** Inga. Sonia García e Ing. Manuel Mayorga, por su tiempo, conocimientos y disponibilidad para ayudarnos en el desarrollo de nuestro trabajo.

**Al director del Hospital Nacional Santa Teresa**, Dr. Boanerges Valencia por abrirnos las puertas de la institución que preside para el desarrollo de esta investigación, por su amabilidad, cordialidad y tiempo invertido para brindar la información requerida.

**Al personal del Hospital** por su amabilidad, y disponibilidad para colaborar con sus conocimientos y experiencia en el desarrollo de nuestro trabajo de graduación. Especialmente al Lic. Manuel Turcios, Licda. Reina Coca, Lic. Afrodisio Hernández, Lic. Ernesto Cabrera y Licda. Silvia Hernández de quienes recibimos apoyo incondicional durante el desarrollo del trabajo de graduación.

**Al Ing. Hernán Arturo Pineda**, Jefe de Planificación y Gestión de la Calidad de la Dirección General de Tesorería del Ministerio de Hacienda, por compartir sus conocimientos, experiencia y tiempo con nosotros, brindándonos consejos y orientación para realizar nuestro trabajo.

**Al Lic. Alex Saldívar**, Administrador del Hospital Santa Gertrudis de San Vicente, por su amabilidad, comprensión y apoyo al brindarnos la ayuda requerida.

**Al Dr. Edwin Montoya**, Director General del Hospital de Neumología y Medicina Familiar "Dr. José Antonio Saldaña", por compartir su experiencia, conocimientos y tiempo con nosotros, para apoyar el desarrollo de nuestro trabajo de graduación.

**Y a todos aquellos que han contribuido de una forma u otra a que este trabajo pudiera realizarse:** Sra. Amelia de Ticas, Ing. Montejo, Ing. Camposvalle e Inga. De Pocasangre. Y Carlos Ochoa que a última hora nos brindó su valiosa ayuda. Muchas gracias por todo.

**Giovanni, Kenny y Pedro**

---

## DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

---

**A DIOS TODO PODEROSO:** Gracias por haberme formado en el vientre de mi madre, por haberme dado el primer aliento de vida y ponerme en la mejor familia que me pudiste haber dado. También por permitirme conocerte y servirte en algunas fases de mi vida, por iluminarme en los momentos más difíciles, por haberme dado la fortaleza espiritual y física para el logro de este pequeño triunfo y principalmente por haberme permitido darme cuenta que antes de todas las cosas estás tú y todo lo demás me será concedido gracias a tu misericordia.

**A MIS PADRES AMÍLCAR DURÁN Y TEODORA BARRERA DE DURÁN:** Les agradezco de manera muy especial a ustedes que después de Dios han sido las personas más importantes en mi vida, gracias a ambos por haberme dado la vida, por sus consejos, apoyo moral y principalmente por sus oraciones. Reconozco todos los sacrificios de ambos a lo largo de mi vida para lograr mi crecimiento físico, intelectual y espiritual.

Gracias mami a usted por haber estado conmigo desde el momento que fui concebido, por haberme dado el privilegio de ser el primer hijo que estuvo en su vientre y por darme el amor que solo una madre puede dar a un hijo.

A usted papi gracias por haberse desvelado junto a mí todos los días, por sus singulares consejos, por creer en mí en todo momento y por enseñarme que la disciplina y sacrificio es importante para poder lograr todo lo que uno se propone.

En fin Gracias a ambos por ser esos guías que Dios mandó a mi vida para ser el ser humano que soy. Los admiro grandemente y espero que Dios me los preste mucho más tiempo.

**A MI HERMANAS JOSSELYN BEATRIZ Y MI HERMANA KATYA ELIZABETH (Q.D.D.G):** Josselyn te quiero agradecer por todos los momentos que hemos compartido en nuestra vida; han sido un poco más de 23 años que hemos estado juntos, quiero decirte que tu compañía en mi vida ha sido muy importante. Gracias en verdad por haberme soportado todo este tiempo y por todo lo que sacrificaste a lo largo de mi carrera.

A ti Katya Elizabeth gracias por haber estado conmigo durante 9 años de mi vida (antes que Dios te llevara a su presencia), gracias por todos los lindos recuerdos que dejaste en mi vida, por haber sido junto a mi los más temerarios de los 3 y los que impulsábamos a Jossy a hacer cosas aventadas. Te quiero decir hermanita que lucho cada día para que Dios me permita compartir la vida eterna junto a ti.

**A MI SOBRINA KATY FABIOLA:** Gracias por tu magia, por tu energía incansable y por haber llevado alegría a nuestro hogar y a mi vida. Quiero decirte que cuando veo tus ocurrencias y gran inteligencia haces que se dibuje una gran sonrisa en mi rostro. Gracias también por hacerme parte de tu vida, por imitar mis locuras y por ser una niña ejemplar. Si Dios me da el privilegio de ser padre, quisiera que mis hijos fueran como tú =)

**A MAMÁ EMMA (Q.D.D.G.):** Gracias por haberme cuidado cuando mis papás trabajaban, gracias por defenderme a pesar que usted sabía que yo había cometido alguna travesura, también por haber sido uno de sus nietos preferidos y primordialmente por toda la enseñanza que dejó en mi vida todo ese tiempo que estuvo conmigo.

**A MIS TÍOS Y TÍAS, PRIMOS Y DEMÁS FAMILIARES:** Gracias a todos ustedes porque también han puesto su granito de arena para que corone mi carrera. Le doy gracias a Dios porque hemos sido una familia unida, espero siempre mantengamos esa virtud. Especialmente quiero agradecer a Tía Mary, Alex y niña Maritza por haberme dado todo su apoyo en toda mi carrera.

**A KENNY PACAS:** Gracias por ser mi compañera de tesis, mi mejor amiga y mi novia. Te admiro grandemente primero por conjuntar perfectamente esos tres roles súper importantes en mi vida, por tu gran inteligencia, dedicación, y asertividad. También por ser una de las personas más transparentes y sinceras que conozco y por ser alguien que sabe sobresalir por sus propios méritos. Agradezco grandemente a Dios el habernos colocado en el camino del otro y espero nos permita coronar muchos otros triunfos. Te amo.

**A PEDRO TICAS:** Mi compañero y amigo de mil batallas y triunfos. LO LOGRAMOS VIEJO!!! Gracias por haberme aguantado y por haber formado la base del grupo de trabajo más estable de nuestra promoción, gracias por haber estado conmigo en momentos muy difíciles como cuando nos quedamos trabajando únicamente los 2. Espero Dios Bendiga grandemente a vos y a tu familia (ya que los 5 son excelentes personas) y te permita alcanzar todas las metas que hayas trazado en tu vida. Nunca cambies viejo ni te perdás.

**A LAS FAMILIAS PACAS LARA Y TICAS GALÁN:** Gracias por haberme abierto las puertas de su hogar en todo éste proceso, por habernos apoyado como grupo y por haber estado pendientes de nosotros todo éste tiempo. Espero que estos lazos de amistad se mantengan para toda la vida.

**A MIS AMIG@S LIZ, ELVIS, LUIS ARMANDO, JAVIER Y MERARI:** Sé que el tiempo hizo que tomáramos caminos diferentes y que quizás no lean esta mención pero quiero aprovechar éste espacio para agradecerles por haberme enseñado el verdadero significado de la palabra amistad y por haberme apoyado en diferentes etapas de mi vida. Espero Dios nos permita mantener ésta amistad para siempre.

**A TOD@S MIS DOCENTES, COMPAÑER@S, Y DEMÁS PERSONAS QUE PERMITIERON LOGRAR ESTE TRIUNFO:** Gracias por transmitirme sus conocimientos, por haberme permitido trabajar junto a ustedes y por colaborar de una u otra forma en el cumplimiento de todos los requisitos necesarios para culminar mi carrera.

Sinceramente:

Giovanni Durán.

Al finalizar esta etapa tan importante de mi vida y mirar el camino recorrido, quisiera agradecer a todas aquellas personas que han contribuido de una u otra forma a través de sus conocimientos, cariño y/o apoyo a alcanzar este sueño tanpreciado para mí.

Antes que a nadie, quiero agradecerle a Diosito por todas las bendiciones y dones que me ha regalado, porque sin Él y su infinito amor nada de lo que he logrado hubiese sido posible. Por ser la principal fuerza que mueve mi corazón y que no ha permitido que desfallezca en todo este camino.

A mis papitos lindos, Olimpia Celinda Lara y Rafael Antonio Pacas, por todo el amor, el apoyo y los sacrificios que han realizado para que yo pudiera ser lo que soy hoy en día. Gracias por sus consejos, por levantarme cada vez que tropecé y caí, por estar conmigo incondicionalmente todos estos años de mi vida, por creer en mí y darme esas palabras de aliento en el momento preciso. Gracias por sus oraciones diarias, por preocuparse y estar pendientes de que no me faltara nada nunca. Este triunfo también es de ustedes y con la ayuda de Dios este será solo uno de los muchos que cosecharemos juntos. Los amo con todas las fuerzas de mi corazón.

A mi hermana Sheyla por su cariño, apoyo y comprensión, por las veces que te quite la computadora porque tenía que trabajar, por aguantar mi mal humor y por siempre estar ahí, aun cuando seamos tan diferentes. En fin por ser mi compañera durante toda mi vida, al igual que mi Michu que se desvela a diario conmigo y es la alegría de la casa.

A mis abuelitos y mi tía Ana (mi segunda mamá) por todo el amor, oraciones, y palabras de aliento que me han dado; por estar siempre pendientes de mí y comprenderme.

A mis compañeros de tesis Giovanni Durán y Pedro Ticas, por todos los momentos vividos, por las innumerables horas de desvelo, lágrimas, trabajo, frustraciones y triunfos alcanzados. Especialmente quiero agradecer a Giovanni por ser el mejor compañero que pude escoger para seguir este camino, ya que seguramente todo hubiese sido más difícil sin todas tus palabras de aliento, tu serenidad y valentía para afrontar los momentos difíciles, gracias por ser mi confidente, mi mejor amigo y el amor de mi vida.

A mi amiga de toda la vida, Nataly por su cariño incondicional, ánimo y comprensión.

A mis amigas de la U, Alicia, Ercilia, Cindy y Maricela por todo su apoyo, inteligencia y dedicación, por las muchas horas de estudio compartidas juntas, por haber hecho de mi transición a la Universidad un proceso mucho más sencillo y por haberme dado los mejores recuerdos de este periodo. Gracias por haber sido tan buenas amigas conmigo siempre.

Finalmente, deseo agradecer a todos los docentes que han influido en toda mi formación profesional y a todos aquellos compañeros y amigos que hice durante mi paso por la Universidad. Gracias Wanda, Salvador, Owen, Majano, Hortencia, Julio, Francesco, Alejandro, Rafa B., Ericka, Raúl, Sra. Alicia y a todos los que han dejado su huella en mi vida.

*Kenny Pacas*



*Aquí por lo general muchos ponen una cita bíblica, una frase célebre o algún poema, pero yo solo quiero decir que me siento feliz de haber terminado este camino, que si bien no fui ni el primero ni el último, el mejor o el peor, pero lo hice a mi manera, siempre disfrutando de mi vida gracias a ustedes maravillosas personas que aparecerán en estos agradecimientos.*

Son muchas las personas a las que les tengo que agradecer en este par de páginas y son a las que les dedico este logro; personas que me han hecho el loco, irreverente, sarcástico, irónico, sínico, suertudo y alegre individuo que todos ustedes conocen; personas que siempre han creído en mí y me han llevado hasta este triunfo; personas que me han brindado su apoyo y cariño a través de todos estos años. Así que dejo de escribir tanta paja que el espacio no es mucho y mejor empiezo:

### **Al de allá arriba**

Quien sino el de allá arriba, al que le debo mi vida desde mi primer mes de nacido, al que le debo mis conocimientos, sus ayudas, mi fortaleza, mi determinación y más importante aún, le debo el tener en mi vida a cada una de estas personas que alegran todos mis días. Señor gracias por nunca abandonarme, por hacer que una persona con 3 neuronas logre lo que tú me has dado, por hacer que haya logrado entrar en el corazón de todas estas personas y por darme tu iluminación divina cada segundo de mi vida.

### **A mi virgencita María**

A mi madre celestial, la que me ha protegido día y noche, la que conoce mis andanzas y mal andanzas que mi madre terrenal conoce y desconoce, la que se ha preocupado por mí cuando nadie más sabía por lo que estaba pasando, a mi virgencita le doy las gracias por su amor de madre desde allá arriba.

### **A mi ma (mi madre, mi progenitora)**

A la persona que es mi inspiración para superarme, la persona que me trajo a este mundo, la que me ha mimado desde su vientre y lo sigue haciendo aun hoy, la persona que más admiro, que mas respeto, que más quiero en este mundo, muchas gracias por tu comprensión, sacrificios y cariño incondicional, sin ti madre no fuera nada, sin ti no estaría aquí. Espero que siempre te sientas orgullosa de mí.

### **A mi pa (mi padre, mi progenitor, mi taita)**

Gracias gordo por ser la persona que ha estado más cerca de mi desde muy pequeño, gracias por haberme brindado tu cariño, tu cooperación, tus palabras de aliento en la madrugada, tus buenas intenciones de ayudarme en todo momento. Sabes que te quiero un montón pa y te respeto por tu determinación en la vida y porque superaste todos los obstáculos para llegar a ser un buen hombre y el mejor padre que pude haber deseado

### **A Brenda (mi jibara, Caro)**

Qué más puedo decirte que no lo hayas escuchado antes, que mas puedo agradecerte que no lo haya hecho antes; sos la rota para este descosido, el curtido para mis pupusas, la miel para mis nuégados, en fin comprendes la idea; durante todo este tiempo hemos compartido muchos momentos importantes en nuestras vidas, me has ayudado en este tortuoso camino, me has dado aliento para continuar durante los días, me has alegrado las solitarias noches, has sido mi mejor amiga en los problemas, pero más que nada te agradezco todo tu cariño y amor sin condiciones que me has brindado. Gracias por haber entrado a mi vida y permanecer en ella, por quererme como solo vos podes, por hacerme crecer como persona y por mostrarme las bendiciones que Dios nos hace día a día. Significas mucho para mí y no te cambiaría por nada del mundo.

### **A mi hermano (el enano, Boris)**

Que te puedo decir mi compinche de mil batallas, solo que gracias por haberme aguantado todos estos años que te he torturado, por ayudarme siempre que lo necesito, gracias por ser mi motivación para ser un mejor hombre y al mismo tiempo ser un mejor ejemplo para vos. Gracias por ser como sos y por todo lo que aportas a mi vida.

### **A mis 3 ángeles**

Lawrence, Arturo y Johanna...que no daría porque estuvieran con nosotros para compartir este logro, pero el Señor reclamo muy pronto a sus 3 ángeles y no nos dio más tiempo para compartir. Solo quiero que sepan que mi triunfo también es de ustedes amigos míos y que nunca los eliminaré de mis recuerdos. Descansen en paz, que se que Dios los tiene a su derecha cuidándonos desde el cielo.

### **A mi grupo**

No los separo porque ya son la misma cosa; pero a Gio le tengo que agradecer el haber formado conmigo una gran amistad que tiene más de 4 años y que no solo es académica, sino también genuina, mi familia ha sido su familia y su casa ha sido mi casa, gracias viejo por aguantarme tanto tiempo y acoplarte tan bien a mi singular manera de ser; seguí siendo la misma persona recta y ordenada como hasta ahora. A Kenny pues gracias por haberme soportado todo este tiempo, gracias por aportar la parte nerd al grupo y por no haberme dado duro en las veces que discutíamos. Gracias porque fueron un gran grupo de tesis ya que siempre vivimos las alegrías y decepciones como grupo; éxitos en su vida y hay me invitan a la boda.

### **A mis amigos**

A esos animales (Carlos, Arturo, Elisa, Emilio y hasta Serrano) que me han acompañado desde el primer día que puse un pie en la U, les agradezco porque fueron ustedes la razón por la cual no pase aburrido todo este tiempo, son ustedes los que siempre aparecen en las mejores aventuras de mi vida y son quienes no creo que se vayan a desprender de mi el resto de mi vida. Gracias por su amistad mara, porque animales somos pocos.

### **A mis compañeros de la U**

Gracias por todos los momentos que compartimos juntos, la familia que formamos, las experiencias que vivimos; gracias Mariana, Jazmin, Karla, incluso Rafita y Rigo que se quedaron y todos los que no puedo mencionar, por el tiempo que compartieron conmigo en alguna materia; gracias a todos ustedes que se llegaron a convertir en mis amigos.

### **A los que no he mencionado y que son varios**

A todos los amigos de mi familia, mis padrinos, mis familiares, mis vecinos, aquellos profesores que si me ayudaron y trataron de enseñar, a las personas que tan inocentemente nos dejaron entrar a sus empresas y a cada una de las personas que me han ayudado a alcanzar este momento y que se interesan por mí, gracias por sus rezos, ayudas, consejos, etc. Muchas gracias y que Dios los bendiga.

### **Al peluca**

Porque la mara dice que agradece a su chucho pero no lo hacen; yo si le agradezco porque era el único ser que saltaba de alegría al verme cada día. Gracias peluca.

A todos ustedes (que incluso se tomaron el tiempo de leer mis burradas) les agradezco por todo, siempre en mi forma única de decir y hacer las cosas. Muchas gracias y que Dios los colme de bendiciones y recuerden lo que siempre digo y compruebo: "Dios provee".

*Pedro Tícas (yo, el animal)*

## INDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	i
II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO .....	iii
III. ALCANCES Y LIMITACIONES.....	v
IV. IMPORTANCIA.....	vi
V. JUSTIFICACIÓN .....	viii
VI. RESULTADOS ESPERADOS .....	x
VII. METODOLOGÍA GENERAL DEL TRABAJO DE GRADUACIÓN.....	xii

### ETAPA DE DIAGNOSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL

1. METODOLOGÍA GENERAL DE LA ETAPA DE DIAGNÓSTICO .....	- 2 -
1.1 ESQUEMATIZACIÓN DE LA METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.....	- 2 -
1.2 METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO .....	- 3 -
<b>CAPITULO I: MARCO TEÓRICO Y CONTEXTUAL</b>	
1. MARCO TEÓRICO.....	- 6 -
1.1 TEORÍA GENERAL DE SISTEMAS .....	- 7 -
1.1.1 DEFINICIÓN SISTEMA:.....	- 7 -
1.1.2 CARACTERÍSTICAS DE LOS SISTEMAS .....	- 7 -
1.1.3 TIPOS DE SISTEMA.....	- 8 -
1.1.4 ELEMENTOS DE LOS SISTEMAS .....	- 9 -
1.2. ADMINISTRACIÓN .....	- 10 -
1.2.1 ORÍGENES DE LA ADMINISTRACIÓN MODERNA. ....	- 10 -
1.2.2 OBJETIVO DE LA ADMINISTRACIÓN: .....	- 10 -
1.2.3 DEFINICIONES:.....	- 11 -
1.2.4 TEORÍA GENERAL DE LA ADMINISTRACIÓN. ....	- 11 -
1.2.5 ENFOQUES DE ADMINISTRACIÓN MODERNOS. ....	- 17 -
1.3 SISTEMAS ADMINISTRATIVOS.....	- 20 -
1.3.1 DEFINICIÓN: .....	- 20 -
1.3.2 OBJETIVO DE LOS SISTEMAS ADMINISTRATIVOS: .....	- 20 -
1.3.3 CARACTERÍSTICAS DE LOS SISTEMAS ADMINISTRATIVOS: .....	- 20 -
1.3.4 ALGUNOS ELEMENTOS DE LOS SISTEMAS ADMINISTRATIVOS. ....	- 21 -
2. MARCO CONTEXTUAL.....	- 22 -
2.1 GENERALIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL .....	- 22 -
2.2 NIVELES DE ORGANIZACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD .....	- 23 -
2.2.1 NIVEL SUPERIOR .....	- 23 -
2.2.2 NIVEL REGIONAL.....	- 24 -
2.2.3 NIVEL LOCAL .....	- 25 -
2.3 CLASIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN EN SALUD.....	- 26 -
2.3.1 PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.....	- 26 -
2.3.2 SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN.....	- 26 -
2.3.3 TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.....	- 27 -
2.4 HOSPITALES GENERALES E INSTANCIAS RELACIONADAS. ....	- 27 -
2.4.1 MARCO LEGAL EN LA ADMINISTRACIÓN DE LOS HOSPITALES GENERALES .....	- 28 -
2.4.2 RELACIONES ENTRE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS HOSPITALES NACIONALES CON LAS INSTANCIAS DEL MSPAS. ....	- 38 -
3. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN .....	- 47 -
3.1 MODELO IDEAL PARA LA ADMINISTRACIÓN DE HOSPITALES PÚBLICOS.....	- 47 -
<b>CAPITULO II: DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL</b>	
1. PANORAMA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL "SANTA TERESA" DE ZACATECOLUCA .....	- 51 -
1.1 ASPECTOS GENERALES.....	- 51 -
1.1.1 PANORAMA RED DE SALUD DEPARTAMENTAL.....	- 51 -
1.1.2 GENERALIDADES DE LA INSITUCIÓN .....	- 51 -
1.1.3 PROCESOS DEL HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA. ....	- 53 -
1.1.4 PRODUCCIÓN ANUAL POR TIPO SERVICIO.....	- 55 -

1.1.5 PROYECCIÓN DE LA DEMANDA DE SERVICIOS DEL HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA DE ZACATECOLUCA.....	- 55 -
1.1.6 PRESUPUESTO DEL HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA.....	- 57 -
<b>2. INVESTIGACIÓN DE CAMPO .....</b>	<b>- 59 -</b>
2.1 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO .....	- 59 -
2.2 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	- 60 -
2.2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	- 60 -
2.2.2 METODOLOGÍA DEL MARCO LÓGICO.....	- 60 -
2.2.3 ANÁLISIS DE INVOLUCRADOS EN LA ADMINISTRACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA .....	- 61 -
2.2.4 FUENTES DE INFORMACIÓN .....	- 63 -
2.2.5 INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....	- 64 -
2.2.6 DETERMINACIÓN DEL UNIVERSO Y MUESTRA DE LA ENCUESTA DIRIGIDA A PACIENTES.....	- 66 -
2.2.7 DETERMINACIÓN DEL UNIVERSO Y MUESTRA PARA LA ENCUESTA DE CLIMA ORGANIZACIONAL EN EL HNST. ....	- 67 -
2.2.8 DESGLOSE DE LA INVESTIGACIÓN EN EL HNST: .....	- 68 -
<b>3. SITUACIÓN ACTUAL DE LA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA DEL HNST. ....</b>	<b>- 69 -</b>
3.1 DIRECCIÓN GENERAL HNST .....	- 69 -
3.1.1 OBJETIVO GENERAL:.....	- 69 -
3.1.2 FUNCIONES:.....	- 69 -
3.1.3 PLANIFICACIÓN:.....	- 69 -
3.1.4 ORGANIZACIÓN .....	- 75 -
3.1.5 DIRECCIÓN .....	- 78 -
3.1.6 CONTROL .....	- 79 -
3.2 ADMINISTRACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS .....	- 85 -
3.2.1 OBJETIVO GENERAL:.....	- 85 -
3.2.2 FUNCIONES:.....	- 85 -
3.2.3 PRODUCTOS:.....	- 85 -
3.2.4 PROCEDIMIENTOS:.....	- 85 -
3.2.5 PLANEACIÓN: .....	- 86 -
3.2.6 ORGANIZACIÓN .....	- 87 -
3.2.7 DIRECCIÓN .....	- 88 -
3.2.8 CONTROL .....	- 89 -
3.2.9 ENTRADAS Y SALIDAS DEL PROCESO ADMINISTRATIVO DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS.....	- 90 -
3.3 ADMINISTRACIÓN DEPARTAMENTO DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO .....	- 91 -
3.3.1 OBJETIVO GENERAL:.....	- 91 -
3.3.2 FUNCIONES:.....	- 91 -
3.3.3 PRODUCTOS:.....	- 91 -
3.3.4 PROCEDIMIENTOS:.....	- 92 -
3.3.5 PLANEACIÓN: .....	- 92 -
3.3.6 ORGANIZACIÓN .....	- 93 -
3.3.7 DIRECCIÓN .....	- 94 -
3.3.8 CONTROL .....	- 95 -
3.3.9 ÁREA DE LAVANDERÍA .....	- 95 -
3.3.10 ÁREA DE ALIMENTACIÓN Y DIETAS.....	- 98 -
3.3.11 ENTRADAS Y SALIDAS DEL PROCESO ADMINISTRATIVO DEL DEPARTAMENTO DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO. ....	- 99 -
3.4 ADMINISTRACIÓN UACI .....	- 101 -
3.4.1 OBJETIVO GENERAL:.....	- 101 -
3.4.2 FUNCIONES:.....	- 101 -
3.4.3 PRODUCTOS:.....	- 101 -
3.4.4 PROCEDIMIENTOS:.....	- 101 -
3.4.5 PLANEACIÓN: .....	- 101 -
3.4.6 ORGANIZACIÓN .....	- 102 -
3.4.7 DIRECCIÓN .....	- 103 -
3.4.8 CONTROL .....	- 104 -

3.4.9 ENTRADAS Y SALIDAS DEL PROCESO ADMINISTRATIVO DE LA UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL .....	- 106 -
3.5 ADMINISTRACIÓN EN LA UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL .....	- 107 -
3.5.1 OBJETIVO GENERAL:.....	- 107 -
3.5.2 FUNCIONES:.....	- 107 -
3.5.3 PRODUCTOS:.....	- 107 -
3.5.4 PROCEDIMIENTOS:.....	- 107 -
3.5.5 PLANEACIÓN: .....	- 108 -
3.5.6 ORGANIZACIÓN .....	- 110 -
3.5.7 DIRECCIÓN .....	- 111 -
3.5.8 CONTROL .....	- 112 -
3.5.9 ENTRADAS Y SALIDAS DEL PROCESO ADMINISTRATIVO DE LA UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL .....	- 113 -
<b>4. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA .....</b>	<b>- 114 -</b>
4.1 PLANIFICACIÓN DE LA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA .....	- 114 -
4.2 ORGANIZACIÓN DE LA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA .....	- 116 -
4.3 DIRECCIÓN DE LA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA .....	- 119 -
4.4 CONTROL DE LA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA .....	- 119 -
4.5 ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA SITUACIÓN ACTUAL VS EL MODELO IDEAL PLANTEADO .....	- 120 -
4.6 OPORTUNIDADES DE MEJORA ENCONTRADAS EN LA ADMINISTRACIÓN: .....	- 122 -
4.6.1 PLANIFICACIÓN .....	- 122 -
4.6.2 ORGANIZACIÓN .....	- 122 -
4.6.3 DIRECCIÓN: .....	- 122 -
4.6.4 CONTROL .....	- 122 -
<b>5. SITUACIÓN ACTUAL DE LA DIVISIONES MÉDICA Y DE APOYO MÉDICO DEL HNST.....</b>	<b>- 123 -</b>
5.1 SITUACIÓN ACTUAL DE LA ADMINISTRACIÓN DE LAS DIVISIONES MÉDICA Y DE APOYO MÉDICO.....	- 123 -
5.1.1 PLANIFICACIÓN: .....	- 123 -
5.1.2 ORGANIZACIÓN: .....	- 124 -
5.1.3 DIRECCIÓN: .....	- 124 -
5.1.4 CONTROL: .....	- 125 -
<b>6. ANÁLISIS DE LA DIVISIÓN MÉDICA Y DE APOYO MÉDICO .....</b>	<b>- 128 -</b>
6.1 PLANIFICACIÓN EN LAS ÁREAS MÉDICAS .....	- 128 -
6.2 ORGANIZACIÓN DE LAS ÁREAS MÉDICAS.....	- 130 -
6.3 DIRECCIÓN DE LAS ÁREAS MÉDICAS .....	- 131 -
6.4 CONTROL DE LAS ÁREAS MÉDICAS .....	- 131 -
6.5 RELACIÓN ENTRE LAS ÁREAS MÉDICAS Y ADMINISTRATIVAS.....	- 133 -
6.6 OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS EN LAS ÁREAS MÉDICAS .....	- 135 -
<b>7. RESULTADOS DE LA OPINIÓN DE LOS PACIENTES .....</b>	<b>- 135 -</b>
7.1 RESULTADOS .....	- 135 -
7.2 OTRAS OBSERVACIONES REALIZADAS .....	- 136 -
7.3 ANÁLISIS DE LA OPINIÓN DE LOS PACIENTES .....	- 137 -
7.4 OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS EN LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A PACIENTES: .....	- 137 -
<b>8. ANÁLISIS DE PROCEDIMIENTOS .....</b>	<b>- 138 -</b>
8.1 PRIORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS CLAVES.....	- 138 -
LOS PASOS A SEGUIR SON LOS SIGUIENTES .....	- 138 -
8.2 DIAGRAMACIÓN DE PROCEDIMIENTOS PRIORIZADOS .....	- 141 -
8.2.1 PROCEDIMIENTOS DE RECURSOS HUMANOS.....	- 142 -
8.2.2 PROCEDIMIENTOS DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO .....	- 148 -
8.2.3 PROCEDIMIENTOS DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES .....	- 151 -
8.3 ANÁLISIS DE LOS PROCEDIMIENTOS SELECCIONADOS .....	- 153 -
8.5 ANÁLISIS DE PROCEDIMIENTOS .....	- 176 -
8.5.1 OPORTUNIDADES DE MEJORA IDENTIFICADAS CON EL ANÁLISIS DE PROCEDIMIENTOS.....	- 176 -
<b>9. ESTUDIO DEL CLIMA ORGANIZACIONAL .....</b>	<b>- 178 -</b>
9.1 GENERALIDADES .....	- 178 -

9.1.1 DEFINICIÓN: .....	- 178 -
9.1.2 FACTORES DE MEDICIÓN DEL CLIMA ORGANIZACIONAL .....	- 178 -
9.2 MEDICIÓN DEL CLIMA ORGANIZACIONAL EN EL HNST .....	- 179 -
9.2.1 OBJETIVO DE LA ENCUESTA: .....	- 179 -
9.2.2 APLICACIÓN DE LA ENCUESTA.....	- 179 -
9.2.3 TABULACIÓN DE LOS RESULTADOS .....	- 179 -
9.2.4 RESULTADOS.....	- 181 -
9.2.5 OPORTUNIDADES DE MEJORA IDENTIFICADAS CON EL ANÁLISIS DE CLIMA ORGANIZACIONAL:.....	- 181 -
<b>10. BENCHMARKING Y ANÁLISIS DE INDICADORES.....</b>	<b>- 182 -</b>
10.1 CRITERIOS UTILIZADOS.....	- 182 -
10.2 COMPARACIÓN ENTRE AMBOS HOSPITALES.....	- 183 -
10.3 RESULTADOS DEL BENCHMARKING.....	- 186 -
10.4 OPORTUNIDADES DE MEJORA ENCONTRADAS A PARTIR DEL BENCHMARKING .....	- 188 -
<b>11. SÍNTESIS DEL DIAGNÓSTICO .....</b>	<b>- 189 -</b>
11.1 SÍNTESIS CUANTITATIVA.....	- 189 -
11.2 SÍNTESIS CUALITATIVA.....	- 192 -
<b>CAPITULO III: DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA</b>	
<b>1. ANÁLISIS Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA:.....</b>	<b>- 195 -</b>
1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA:.....	- 195 -
1.2 ANÁLISIS DE LA PROBLEMÁTICA.....	- 196 -
1.3 ÁRBOL DE PROBLEMAS: .....	- 197 -
1.4 ÁRBOL DE OBJETIVOS:.....	- 197 -
<b>CAPITULO IV: BÚSQUEDA DE LA SOLUCIÓN</b>	
<b>1. DEFINICIÓN DE ALTERNATIVAS .....</b>	<b>- 201 -</b>
1.1 ALTERNATIVA 1: SISTEMA ADMINISTRATIVO BAJO ENFOQUE POR PROCESOS .....	- 201 -
1.1.1 VENTAJAS:.....	- 201 -
1.1.2 DESVENTAJAS:.....	- 201 -
1.1.3 REQUERIMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN:.....	- 201 -
1.2. ALTERNATIVA 2: SISTEMA ADMINISTRATIVO BAJO UN ENFOQUE DE CALIDAD .....	- 202 -
1.2.1 VENTAJAS:.....	- 203 -
1.1.2 DESVENTAJAS:.....	- 203 -
1.2.3 REQUERIMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN:.....	- 203 -
1.3. ALTERNATIVA 3: SISTEMA ADMINISTRATIVO BAJO ENFOQUE DE GESTIÓN ESTRATÉGICA .....	- 204 -
1.3.1 VENTAJAS: .....	- 205 -
1.3.2 DESVENTAJAS:.....	- 206 -
1.3.3 REQUERIMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN:.....	- 206 -
<b>2. EVALUACIÓN DE ALTERNATIVAS .....</b>	<b>- 206 -</b>
2.1 ESPECIFICACIÓN DE CRITERIOS.....	- 206 -
2.2 ESCALA DE PONDERACIÓN DE CRITERIOS.....	- 207 -
2.3 EVALUACIÓN DE LAS ALTERNATIVAS .....	- 209 -
2.4 SELECCIÓN DE ALTERNATIVA .....	- 209 -
<b>CAPITULO V: CONCEPTUALIZACIÓN DE LA SOLUCIÓN</b>	
<b>1. CONCEPTUACIÓN DE LA PROPUESTA DE SISTEMA ADMINISTRATIVO PARA EL HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA .....</b>	<b>- 211 -</b>
1.1 DEFINICIÓN .....	- 211 -
1.2 OBJETIVO GENERAL DEL SISTEMA.....	- 211 -
1.3 ALCANCE DEL SISTEMA .....	- 211 -
1.4 LIMITACIONES DEL SISTEMA .....	- 211 -
1.5 ÁMBITO DE APLICACIÓN DEL SISTEMA.....	- 211 -
1.6 ESQUEMA GENERAL DEL SISTEMA .....	- 211 -
1.6 COMPONENTES DE LA PROPUESTA.....	- 214 -
1.6.1 PLANEACIÓN: .....	- 214 -
1.6.2 ORGANIZACIÓN: .....	- 214 -
1.6.3 DIRECCIÓN: .....	- 214 -
1.6.4 CONTROL: .....	- 215 -

---

---

## **ETAPA DE DISEÑO DE LA SOLUCION**

---

---

### **METODOLOGÍA DE LA ETAPA DE DISEÑO ..... - 217 -**

#### **CAPITULO I: PROPUESTA DEL SUBSISTEMA DE PLANIFICACIÓN**

<b>1. PROCESO DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA EN EL HNST .....</b>	<b>- 220 -</b>
1.1. CREACIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO .....	- 221 -
1.1.1 PERFIL DE LOS MIEMBROS DEL COMITÉ ESTRATÉGICO HNST: .....	- 222 -
1.1.2 INTEGRANTES DEL COMITÉ ESTRATÉGICO .....	- 222 -
1.1.3 PRINCIPALES FUNCIONES DEL COMITÉ ESTRATÉGICO: .....	- 223 -
1.1.4 ORGANIZACIÓN INTERNA DEL COMITÉ ESTRATÉGICO .....	- 223 -
1.1.5 PRINCIPALES FUNCIONES DE LOS ENCARGADOS DE EJECUTAR LA ESTRATEGIA (JEFES INTERMEDIOS DEL HOSPITAL Y PERSONAL DESIGNADO):.....	- 224 -
1.2. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN: .....	- 224 -
1.3. FORMULACIÓN ESTRATÉGICA .....	- 224 -
1.3.1 PROCEDIMIENTO PARA LA DEFINICIÓN DE LA MISIÓN INSTITUCIONAL .....	- 226 -
1.3.2 PROCEDIMIENTO PARA LA DEFINICIÓN DE LA VISIÓN INSTITUCIONAL .....	- 233 -
1.3.3 PROCEDIMIENTO PARA LA DEFINICIÓN DE LOS VALORES INSTITUCIONALES. ....	- 239 -
1.3.4 PROCEDIMIENTO PARA LA DEFINICIÓN DE LOS OBJETIVOS INSTITUCIONALES. ...	- 244 -
1.3.5 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS EXTERNO E INTERNO Y DEFINICIÓN DE ESTRATEGIAS .....	- 250 -
<b>2. APLICACIÓN DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA FORMULACIÓN ESTRATÉGICA .....</b>	<b>- 259 -</b>
2.1 DEFINICIÓN DE LA MISIÓN INSTITUCIONAL .....	- 259 -
2.2 DEFINICIÓN DE LA VISIÓN INSTITUCIONAL .....	- 260 -
2.3 DEFINICIÓN DE LOS VALORES INSTITUCIONALES .....	- 260 -
2.4 DEFINICIÓN DE LOS OBJETIVOS INSTITUCIONALES.....	- 261 -
2.5 ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS INTERNO Y EXTERNO Y DEFINICIÓN DE ESTRATEGIAS. ....	- 262 -
<b>3. PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL .....</b>	<b>- 269 -</b>
3.1 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL .....	- 269 -
3.2 EJEMPLO DE APLICACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO DEL HNST. ....	- 277 -
<b>4. PLAN TÁCTICO INSTITUCIONAL .....</b>	<b>- 290 -</b>
4.1 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN TÁCTICO INSTITUCIONAL .....	- 290 -
4.2 EJEMPLO DE APLICACIÓN DEL PLAN TÁCTICO DEL HNST.....	- 297 -
<b>5. PLAN ANUAL INSTITUCIONAL .....</b>	<b>- 306 -</b>
5.1 MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN ANUAL INSTITUCIONAL .....	- 306 -
5.2 EJEMPLO DE APLICACIÓN DEL PLAN ANUAL INSTITUCIONAL .....	- 313 -
<b>6. PLAN OPERATIVO DEPARTAMENTAL .....</b>	<b>- 320 -</b>
6.1 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN OPERATIVO DEPARTAMENTAL ....	- 320 -
6.2 EJEMPLO DE APLICACIÓN DEL PLAN OPERATIVO DEPARTAMENTAL .....	- 327 -
<b>7. RECURSOS ETAPA DE PLANEACIÓN .....</b>	<b>- 338 -</b>
7.1 RECURSOS PARA EL ESTABLECIMIENTO DE LA PLANEACIÓN .....	- 338 -
7.1.1 ACTIVIDAD: CAPACITACIÓN INICIAL .....	- 338 -
7.1.2 ACTIVIDAD: TALLER FILOSÓFICO .....	- 338 -
7.1.3 ACTIVIDAD: DEFINICIÓN DE OBJETIVOS INSTITUCIONALES .....	- 339 -
7.1.4 ACTIVIDAD: TALLER DE ANÁLISIS INSTITUCIONAL Y DETERMINACIÓN DE ESTRATEGIAS - 339 -	
7.1.5 ACTIVIDAD: ELABORACIÓN DE LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA.....	- 339 -
7.1.6 ELABORACIÓN DEL PLAN TÁCTICO INSTITUCIONAL .....	- 339 -
7.1.7 ELABORACIÓN DEL PLAN ANUAL INSTITUCIONAL .....	- 340 -
7.1.8 ACTIVIDAD: ELABORACIÓN PLAN DEPARTAMENTAL .....	- 340 -
7.2 RECURSOS PARA LAS ACTIVIDADES ESTRATÉGICAS .....	- 340 -

#### **CAPITULO II: PROPUESTA DEL SUBSISTEMA DE ORGANIZACIÓN**

<b>1. MEJORA DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS CLAVES SELECCIONADOS .....</b>	<b>- 348 -</b>
1.1 GUÍA PARA LA REALIZACIÓN DE UN ESTUDIO DE MEJORA DE PROCEDIMIENTOS .....	- 348 -
1.1.1 FASES DE LA METODOLOGÍA:.....	- 348 -
1.2 EJEMPLO DE APLICACIÓN DE LA GUÍA DE PROCEDIMIENTOS DEL HNST. ....	- 356 -
1.2.1 RESUMEN DE BENEFICIOS ALCANZADOS.....	- 381 -
<b>2. DOCUMENTACIÓN DE PROCEDIMIENTOS CLAVES. ....</b>	<b>- 396 -</b>
<b>3. ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL PROPUESTO .....</b>	<b>- 508 -</b>

3.1 PROCESO PARA LA ELABORACIÓN DE ORGANIGRAMAS: .....	- 508 -
3.1.1 AUTORIZACIÓN Y APOYO DE LOS NIVELES SUPERIORES. ....	- 508 -
3.1.2 RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN: .....	- 508 -
3.1.3 CLASIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN:.....	- 509 -
3.1.4 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN: .....	- 509 -
3.1.5 DISEÑO DEL ORGANIGRAMA: .....	- 509 -
3.2 APLICACIÓN DEL PROCESO PARA LA ELABORACIÓN DE ORGANIGRAMAS .....	- 510 -
3.2.1 AUTORIZACIÓN Y APOYO DE LOS NIVELES SUPERIORES. ....	- 510 -
3.2.2 RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN: .....	- 510 -
3.2.3 CLASIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN:.....	- 513 -
3.2.4 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN: .....	- 514 -
3.2.5 DISEÑO DEL ORGANIGRAMA: .....	- 514 -
<b>4. MANUAL DE ORGANIZACIÓN .....</b>	<b>- 515 -</b>
<b>5. RECURSOS ETAPA DE ORGANIZACIÓN.....</b>	<b>- 527 -</b>
<b>CAPITULO II: PROPUESTA DEL SUBSISTEMA DE ORGANIZACIÓN</b>	
<b>1. LIDERAZGO DEL SISTEMA ADMINISTRATIVO PARA EL HNST .....</b>	<b>- 530 -</b>
1.1 GENERALIDADES DEL LIDERAZGO .....	- 530 -
1.1.1 CARACTERÍSTICAS DE UN LÍDER.....	- 530 -
1.1.2 TIPOS DE LIDERAZGO EN UNA ORGANIZACIÓN .....	- 531 -
1.2 SELECCIÓN DEL TIPO DE LIDERAZGO PARA EL HNST.....	- 532 -
1.3 PROPUESTAS DE CAPACITACIÓN HNST: LIDERAZGO .....	- 535 -
1.3.1 PROPUESTA DE TALLER PARA FOMENTAR EL LIDERAZGO MANDOS ESTRATÉGICOS .....	- 535 -
1.3.2 PROPUESTA DE TALLER PARA FOMENTAR EL LIDERAZGO MANDOS MEDIOS Y OPERATIVOS.....	- 535 -
<b>2. MOTIVACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL SISTEMA ADMINISTRATIVO.....</b>	<b>- 536 -</b>
2.1 GENERALIDADES .....	- 536 -
2.1.1 ¿QUÉ ES LA MOTIVACIÓN LABORAL?.....	- 536 -
2.1.2 TEORÍAS DE LA MOTIVACIÓN .....	- 537 -
2.2 ELEMENTOS A ADOPTAR PARA MOTIVAR A LOS TRABAJADORES DEL HNST. ....	- 538 -
2.2.1 PROCEDIMIENTO PARA DETECTAR NECESIDADES DE MOTIVACIÓN (BASADA EN LA TEORÍA DE MASLOW) .....	- 538 -
2.2.2 PROPUESTA DE CAPACITACIÓN HNST: MOTIVACIÓN.....	- 539 -
2.2.3 RECOMENDACIONES PARA MOTIVAR AL PERSONAL DEL HNST.....	- 539 -
<b>3. TOMA DE DECISIONES DEL SISTEMA ADMINISTRATIVO PARA EL HNST.....</b>	<b>- 542 -</b>
3.1 GENERALIDADES .....	- 542 -
3.1.1 DEFINICIÓN DE DECISIÓN: .....	- 542 -
3.1.2 TIPOS DE DECISIONES: .....	- 542 -
3.2 ESTILOS DE TOMA DE DECISIÓN.....	- 542 -
3.3 ESTILOS DE LOS EJECUTIVOS EN LA TOMA DE DECISIONES EN EL HNST. ....	- 544 -
3.3.1 ALTOS EJECUTIVOS: .....	- 544 -
3.3.2 SUPERVISORES O JEFES DE DEPARTAMENTO: .....	- 544 -
3.4 METODOLOGÍA PARA DE LA TOMA DE DECISIONES .....	- 544 -
3.4.1 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA .....	- 545 -
3.4.2 FORMULACIÓN DE PROBLEMAS.....	- 545 -
3.4.3 ANÁLISIS DEL PROBLEMA.....	- 547 -
3.4.4 BÚSQUEDA DE SOLUCIONES .....	- 554 -
3.4.5 FASE DE DECISIÓN .....	- 555 -
3.4.6 ESPECIFICACIONES E IMPLANTACIÓN .....	- 556 -
3.4.7 SEGUIMIENTO, EVALUACIÓN Y REDISEÑO .....	- 557 -
3.5 EJEMPLO DE APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA PARA LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN EL HNST.....	- 559 -
3.5.1 PASO 1 Y 2: IDENTIFICACIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA. ....	- 559 -
3.5.2 PASO 3: ANÁLISIS DEL PROBLEMA. ....	- 559 -
3.5.3 PASO 4: BÚSQUEDA DE SOLUCIONES .....	- 562 -
3.5.4 PASO 5: FASE DE DECISIÓN.....	- 565 -
3.5.5 PASO 6: ESPECIFICACIÓN E IMPLANTACIÓN .....	- 566 -
3.5.6 PASO 7: SEGUIMIENTO, EVALUACIÓN Y REDISEÑO .....	- 566 -



3.6 PROPUESTAS DE CAPACITACIÓN HNST: TOMA DE DECISIONES.....	- 568 -
3.6.1 PROPUESTA DE TALLERES DE TOMA DE DECISIONES A NIVEL ESTRATÉGICO Y MANDOS MEDIOS.....	- 568 -
<b>4. RECURSOS ETAPA DE DIRECCIÓN.....</b>	<b>- 569 -</b>
<b>CAPITULO IV: PROPUESTA DEL SUBSISTEMA DE CONTROL</b>	
<b>1. CUADRO DE MANDO INTEGRAL.....</b>	<b>- 573 -</b>
1.1 PROPUESTA DE GUÍA PARA DESARROLLO DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL.....	- 574 -
1.1.1 FASES DE LA GUÍA PARA GENERAR EL CUADRO DE MANDO INTEGRAL.....	- 574 -
1.1.2 FASE 1: DESGLOSAR LA VISIÓN Y ESTABLECER PERSPECTIVAS.....	- 575 -
1.1.3 FASE 2: CLASIFICAR LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS POR PERSPECTIVA.....	- 576 -
1.1.4 FASE 3: CONSTRUCCIÓN DE MAPA ESTRATÉGICO.....	- 576 -
1.1.5 FASE 4: DESARROLLO DE LOS INDICADORES.....	- 577 -
1.1.6 FASE 5: CONSTRUCCIÓN DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL (CMI).....	- 580 -
1.1.7 FASE 6: DESARROLLO DE ACTIVIDADES ESTRATÉGICAS.....	- 582 -
1.2 EJEMPLO DE APLICACIÓN DE LA GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DEL CMI.....	- 583 -
1.2.1 FASE 1: DESGLOSAR LA VISIÓN Y ESTABLECER PERSPECTIVAS.....	- 583 -
1.2.2 FASE 2: CLASIFICAR LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS POR PERSPECTIVA.....	- 583 -
1.2.3 FASE 3: CONSTRUCCIÓN DE MAPA ESTRATÉGICO.....	- 584 -
1.2.4 FASE 4: DESARROLLO DE INDICADORES.....	- 586 -
1.2.5 FASE 5: CONSTRUCCIÓN DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL.....	- 593 -
1.2.6 FASE 6: DESARROLLO DE ACTIVIDADES ESTRATÉGICAS.....	- 594 -
<b>2. PROCESO DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA GESTIÓN ESTRATÉGICA.....</b>	<b>- 599 -</b>
2.1 APROBACIÓN DE LOS CATÁLOGOS DE INDICADORES CMI.....	- 600 -
2.2 DESARROLLO DE ACCIONES DE AJUSTE AL CUADRO DE MANDO INTEGRAL (CMI).....	- 601 -
2.3 REPORTE DE AVANCE DE CMI.....	- 601 -
2.4 ANÁLISIS DE CAUSAS DE INCUMPLIMIENTO DE METAS Y DETERMINACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS.....	- 605 -
2.5 RECONOCIMIENTO, INCENTIVOS Y SANCIONES.....	- 607 -
<b>3. RECURSOS PARA LA FASE DE CONTROL.....</b>	<b>- 608 -</b>

## **ETAPA DE EVALUACIONES DEL PROYECTO**

<b>METODOLOGÍA DE LA ETAPA ECONÓMICA.....</b>	<b>- 611 -</b>
<b>CAPITULO I: PLAN DE IMPLANTACIÓN</b>	
<b>1. PLAN DE IMPLANTACIÓN.....</b>	<b>- 613 -</b>
1.1 PLANIFICACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN.....	- 613 -
1.1.1 OBJETIVO.....	- 613 -
1.1.2 DESGLOSE ANALÍTICO DE LA IMPLANTACIÓN.....	- 613 -
1.1.3 DESCRIPCIÓN DE LOS PAQUETES DE TRABAJO.....	- 614 -
1.1.4 ACTIVIDADES POR PAQUETE DE TRABAJO.....	- 615 -
1.1.5 DESGLOSE DE ACTIVIDADES EN TAREAS.....	- 616 -
1.1.6 ACTIVIDADES Y RECURSOS NECESARIOS PARA LA IMPLANTACIÓN.....	- 622 -
1.1.7 PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DE IMPLANTACIÓN.....	- 623 -
1.1.8 POLÍTICAS PARA LA IMPLANTACIÓN.....	- 626 -
1.2 ORGANIZACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN.....	- 626 -
1.2.1 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE LA IMPLANTACIÓN.....	- 626 -
1.2.2 PERFILES DE PUESTOS.....	- 627 -
1.2.3 NOMINA DE PERSONAS CLAVE EN LA IMPLANTACIÓN Y FUNCIONES.....	- 628 -
1.3 CONTROL DE LA IMPLANTACIÓN.....	- 629 -
1.3.1 FLUJO DE INFORMACIÓN.....	- 629 -
1.3.2 INDICADORES DE LA FASE DE IMPLANTACIÓN.....	- 630 -
1.3.3 INFORMES.....	- 632 -
<b>CAPITULO II: COSTEO DEL PROYECTO</b>	
<b>1. SISTEMA DE COSTEO.....</b>	<b>- 634 -</b>
1.1 GENERALIDADES.....	- 634 -
1.2 SELECCIÓN DEL SISTEMA DE COSTEO.....	- 637 -
1.2.1 GENERALIDADES DEL SISTEMA DE COSTEO ABC.....	- 637 -
1.3 RESPALDO LEGAL DEL SISTEMA DE COSTEO UTILIZADO.....	- 639 -

1.4 ANÁLISIS DE COSTOS INCREMENTALES O DIFERENCIALES .....	- 640 -
<b>2. DETERMINACIÓN DE LOS COSTOS DEL PROYECTO .....</b>	<b>- 643 -</b>
2.1 COSTOS DE ESTUDIOS PREVIOS Y ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO .....	- 643 -
2.1.1 ESTUDIOS PREVIOS .....	- 643 -
2.1.2 ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO .....	- 643 -
2.1.3 RESUMEN DE INVERSIÓN EN ESTUDIOS PREVIOS Y ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO ..	
.....	- 657 -
2.2 COSTOS DEL SUBSISTEMA DE PLANIFICACIÓN .....	- 659 -
2.2.1 COSTOS PARA LA ELABORACIÓN DE PLANES .....	- 659 -
2.2.2 COSTOS DE ACTIVIDADES ESTRATÉGICAS .....	- 660 -
2.3 COSTOS DEL SUBSISTEMA DE ORGANIZACIÓN .....	- 670 -
2.3.1 COSTOS DE ACTIVIDAD 1: DOCUMENTACIÓN Y ANÁLISIS DE PROCEDIMIENTOS	
ADMINISTRATIVOS.....	- 670 -
2.3.2 COSTOS DE ACTIVIDAD 2: PROPUESTAS DE MEJORA A LOS PROCEDIMIENTOS	
ADMINISTRATIVOS.....	- 671 -
2.3.3 COSTOS DE ACTIVIDAD 3: DOCUMENTACIÓN DEL MANUAL DE ORGANIZACIÓN .....	
.....	- 671 -
2.3.4 RESUMEN DE COSTOS DEL SUBSISTEMA DE ORGANIZACIÓN A REALIZARSE EN EL AÑO	
1: .....	- 672 -
2.4 COSTOS DEL SUBSISTEMA DE DIRECCIÓN .....	- 673 -
2.4.3 COSTOS DE ACTIVIDAD 3: TALLER DE MOTIVACIÓN LABORAL .....	- 673 -
2.4.4 COSTOS DE ACTIVIDAD 4: DETECCIÓN DE NECESIDADES DE MOTIVACIÓN. ....	- 674 -
2.4.7 RESUMEN DE COSTOS DEL SUBSISTEMA DE DIRECCIÓN .....	- 674 -
2.5 COSTOS DEL SUBSISTEMA DE CONTROL .....	- 675 -
2.5.3 COSTOS DE ACTIVIDAD 3: SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LOS INDICADORES ....	- 675 -
<b>3. RESUMEN GENERAL DE COSTOS DEL PROYECTO .....</b>	<b>- 678 -</b>
3.1 INVERSIÓN INICIAL DEL PROYECTO .....	- 678 -
3.2 RESUMEN DE COSTOS POR AÑO .....	- 679 -
<b>4. RESUMEN DE COSTOS APLICANDO EL ANÁLISIS INCREMENTAL .....</b>	<b>- 680 -</b>
4.1 INVERSIÓN INICIAL DEL PROYECTO APLICANDO EL ANÁLISIS INCREMENTAL. ....	- 680 -
4.2 RESUMEN DE COSTOS POR AÑO APLICANDO EL ANÁLISIS INCREMENTAL. ....	- 681 -
<b>5. PROGRAMACIÓN DE DESEMBOLSOS .....</b>	<b>- 684 -</b>
<b>CAPITULO III: BENEFICIOS DEL PROYECTO</b>	
<b>1. AHORROS GENERADOS POR EL PROYECTO .....</b>	<b>- 686 -</b>
1.1 AHORROS ASOCIADOS A LA MEJORA DE PROCEDIMIENTOS .....	- 686 -
1.2 RESUMEN DE AHORROS GENERADOS POR EL PROYECTO .....	- 688 -
<b>2. FLUJO DE EFECTIVO DEL PROYECTO .....</b>	<b>- 689 -</b>
2.1 GENERALIDADES .....	- 689 -
2.1.1 DEFINICIÓN: .....	- 689 -
2.1.2 IMPORTANCIA:.....	- 689 -
2.2 FLUJO DE EFECTIVO DEL PROYECTO .....	- 689 -
2.2.1 AHORROS DEL PROYECTO .....	- 689 -
2.2.2 EGRESOS DEL PROYECTO .....	- 689 -
2.2.3 FLUJO DE EFECTIVO DEL PROYECTO .....	- 689 -
<b>3. FUENTES DE FINANCIAMIENTO .....</b>	<b>- 690 -</b>
3.1 FONDOS PRESUPUESTALES .....	- 690 -
3.2 OTRAS POSIBLES FUENTES PARA FINANCIAR EL PROYECTO .....	- 690 -
3.2.1 FINANCIAMIENTO DE CAPACITACIONES A TRAVÉS DE INSTITUCIONES DE	
FORMACIÓN PROFESIONAL .....	- 690 -
3.2.2 DONACIONES DE DIFERENTES ENTIDADES .....	- 691 -
<b>CAPITULO IV: EVALUACIONES DEL PROYECTO</b>	
<b>1. GENERALIDADES DE LAS EVALUACIONES .....</b>	<b>- 693 -</b>
<b>2. EVALUACIÓN ECONÓMICA .....</b>	<b>- 694 -</b>
2.1 DETERMINACIÓN DEL COSTO DE CAPITAL (TASA MÍNIMA ATRACTIVA DE RENDIMIENTO,	
(TMAR): .....	- 695 -
2.2 VALOR ACTUAL NETO (VAN) .....	- 695 -
2.3 TASA INTERNA DE RETORNO .....	- 696 -
2.4 RELACIÓN BENEFICIO/COSTO .....	- 697 -

<b>3. ANÁLISIS DE SENSIBILIDAD</b> .....	<b>- 700 -</b>
3.1 ESCENARIO 1: AUMENTO EN LOS INGRESOS PROPIOS POR DONACIONES Y VENTA DE SERVICIOS.....	- 700 -
3.2 ESCENARIO 2: INCREMENTO SUSTANCIAL NO PLANEADO DE LA INFLACIÓN .....	- 702 -
3.3 RESUMEN ANÁLISIS DE SENSIBILIDAD.....	- 703 -
<b>4. EVALUACIÓN SOCIAL</b> .....	<b>- 703 -</b>
4.1 GENERALIDADES.....	- 703 -
4.2 MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Y CALIDEZ EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN BRINDADOS POR LA INSTITUCIÓN.....	- 704 -
4.3 DESARROLLO HUMANO Y PROFESIONAL DEL PERSONAL.....	- 706 -
4.4 INCREMENTO DE LA CANTIDAD DE BENEFICIARIOS DEL SERVICIO.....	- 706 -
4.5 AHORRO EN EL GASTO DE LA POBLACIÓN.....	- 707 -
4.6 MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN DEL DEPARTAMENTO.....	- 708 -
<b>5. RESULTADOS DEL PROYECTO</b> .....	<b>- 709 -</b>
5.1. COMPARACIÓN CUANTITATIVA.....	- 709 -
5.2. COMPARACIÓN CUALITATIVA .....	- 712 -
5.3 RESULTADO DE LAS EVALUACIONES ECONÓMICAS .....	- 714 -
5.4 RESULTADOS SOCIALES .....	- 714 -
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>- 715 -</b>
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	<b>- 717 -</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b> .....	<b>- 719 -</b>
<b>GLOSARIO</b> .....	<b>- 723 -</b>
<b>ANEXOS DIAGNOSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL</b> .....	<b>I</b>
<b>ANEXOS DISEÑO DE LA SOLUCIÓN</b> .....	<b>LII</b>
<b>ANEXOS ETAPA ECONÓMICA Y EVALUACIONES</b> .....	<b>LXVIII</b>

---

## ÍNDICE DE CUADROS

---

### ÍNDICE DE CUADROS ETAPA DE DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL

	<b>PÁG.</b>
CUADRO I-1: ALGUNAS TEORÍAS ADMINISTRATIVAS Y SUS CARACTERÍSTICAS	10
CUADRO I-2: FACTORES DE ÉXITO CONSIDERADOS EN LA ADMINISTRACIÓN.	17
CUADRO I-3: PRINCIPALES ENFOQUES ADMINISTRATIVOS.	18
CUADRO I-4: MARCO LEGAL ADMINISTRATIVO PARA HOSPITALES NACIONALES GENERALES	31
CUADRO I-5: COMPROMISOS DE GESTIÓN ÁREA DE RECURSOS HUMANOS	42
CUADRO I-6: COMPROMISOS DE GESTIÓN UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL	44
CUADRO I-7: COMPROMISOS DE GESTIÓN UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES	45
CUADRO I-8: COMPROMISOS DE GESTIÓN CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO	46
CUADRO I-9: TOTAL PACIENTES DADOS DE ALTA POR ESPECIALIDAD	55
CUADRO I-10: TOTAL CONSULTAS EXTERNAS Y EMERGENCIAS ATENDIDAS	55
CUADRO I-11: TOTAL DE EGRESOS POR ESPECIALIDAD Y NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA Y EMERGENCIAS.	55
CUADRO I-12: ECUACIONES DE COMPORTAMIENTO DE EGRESOS DEL HNST	57
CUADRO I-13: PROYECCIÓN DE SERVICIOS PERIODO 2008-2013	57
CUADRO I-14: ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA ÁREA ADMINISTRATIVA	58
CUADRO I-15: ANÁLISIS DE LOS PARTICIPANTES	62
CUADRO I-16: INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LA RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN.	64
CUADRO I-17: DEMANDA PROYECTADA HNST 2008	70
CUADRO I-17: DEMANDA PROYECTADA HNST 2008	71
CUADRO I-19: ESTIMACIÓN DEL DESEMPEÑO	71
CUADRO I-20: PROGRAMACIÓN ANUAL OPERATIVA 2008	72
CUADRO I-21: COMITÉS DEL HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA	77
CUADRO I-22: INFORMACIÓN OBTENIDA DEL SIG.	80
CUADRO I-23: PRODUCCIÓN, RENDIMIENTO Y COSTOS	82
CUADRO I-24: COMPROMISOS DE GESTIÓN DEPARTAMENTO DE RRHH 2007	89
CUADRO I-25: ENTRADAS Y SALIDAS DEL PROCESO ADMINISTRATIVO DEL DEPARTAMENTO DE RRHH	90
CUADRO I-26: COMPROMISOS DE GESTIÓN DEPARTAMENTO DE CONSERVACIÓN Y MTO. 2007	95
CUADRO I-27: ENTRADAS Y SALIDAS DEL PROCESO ADMINISTRATIVO DEL DEPARTAMENTO DE MTO	99
CUADRO I-28: COMPROMISOS DE GESTIÓN UACI 2007	104
CUADRO I-29: ENTRADAS Y SALIDAS DEL PROCESO ADMINISTRATIVO DEL DEPARTAMENTO DE UACI	106
CUADRO I-30: COMPROMISOS DE GESTIÓN UFI 2007	112
CUADRO I-31: ENTRADAS Y SALIDAS DEL PROCESO ADMINISTRATIVO DEL DEPARTAMENTO DE UFI	113
CUADRO I-32: CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DEL ORGANIGRAMA DEL HNST.	117
CUADRO I-33: OBSERVACIONES A LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DEL HNST.	117
CUADRO I-34: ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA SITUACIÓN ACTUAL VS EL MODELO IDEAL PLANTEADO.	121
CUADRO I-35: NÓMINA DE PERSONAL DE LAS DIVISIONES MÉDICAS HNST	130
CUADRO I-36: CRITERIOS DE SELECCIÓN DE PROCEDIMIENTOS	138
CUADRO I-37: SELECCIÓN DE PROCEDIMIENTOS DEL ÁREA ADMINISTRATIVA DEL HNST	140
CUADRO I-38: EFICIENCIAS DEL DISEÑO DE LOS PROCEDIMIENTOS CLAVES ADMINISTRATIVOS	176
CUADRO I-39: RESULTADOS CLIMA ORGANIZACIONAL	180
CUADRO I-40: OTROS CRITERIOS QUE DEFINEN LA COMPARACIÓN DE AMBOS HOSPITALES	182
CUADRO I-41: INDICADORES PARA LA EVALUACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN A TRAVÉS DEL BENCHMARKING	183
CUADRO I-42: RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE INDICADORES HNST Y HNSG	184
CUADRO I-43: COMPARACIÓN DE LOS SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DE LOS HOSPITALES SANTA TERESA-SANTA GERTRUDIS	185
CUADRO I-44: TIEMPO DE IMPLEMENTACIÓN APROXIMADO DE UN SISTEMA DE CALIDAD	203

CUADRO I-45: CRITERIOS DE EVALUACIÓN	207
CUADRO I-46: EVALUACIÓN DE ALTERNATIVAS.	209

### ÍNDICE DE CUADROS ETAPA DE DISEÑO DE LA SOLUCIÓN

	<b>PÁG.</b>
CUADRO II-1: EGRESOS TOTALES	280
CUADRO II-2: TOTAL CONSULTAS EXTERNAS Y EMERGENCIAS ATENDIDAS	280
CUADRO II-3: COSTOS DE CAPACITACIÓN INICIAL	338
CUADRO II-4: RECURSOS MATERIALES PARA TALLER FILOSÓFICO	338
CUADRO II-5: RECURSOS MATERIALES PARA DEFINICIÓN DE OBJETIVOS	339
CUADRO II-6: RECURSOS MATERIALES PARA TALLER DE ANÁLISIS INSTITUCIONAL	339
CUADRO II-7: RECURSOS MATERIALES PARA ELABORACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO	339
CUADRO II-8: RECURSO HORAS HOMBRE PARA ELABORACIÓN DE PLAN ESTRATÉGICO	339
CUADRO II-9: RECURSOS MATERIALES PARA PLAN TÁCTICO INSTITUCIONAL	339
CUADRO II-10: RECURSOS MATERIALES PARA PLAN INSTITUCIONAL	340
CUADRO II-11: RECURSOS MATERIALES PARA PLAN DEPARTAMENTAL	340
CUADRO II-12: RECURSO HORAS HOMBRE PARA ELABORACIÓN DE PLAN DEPARTAMENTAL	340
CUADRO II-13: RECURSOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ESTRATÉGICAS	340
CUADRO II-14: SIMBOLOGÍA ASME	351
CUADRO II-15: RESUMEN DE BENEFICIOS CON ANÁLISIS DE PROCEDIMIENTOS	381
CUADRO II-16: CLASIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN PARA ELABORAR ORGANIGRAMA	513
CUADRO II-17: RECURSOS MATERIALES PARA DOCUMENTACIÓN DE PROCEDIMIENTOS	527
CUADRO II-18: RECURSOS HUMANOS PARA LA DOCUMENTACIÓN DE PROCEDIMIENTOS	599
CUADRO II-19: RECURSOS MATERIALES PARA MEJORA DE PROCEDIMIENTOS DIVISIÓN ADMINISTRATIVA	527
CUADRO II-20: RECURSO HORAS HOMBRE PARA MEJORA DE PROCEDIMIENTOS DIVISIÓN ADMINISTRATIVA	528
CUADRO II-21: RECURSOS MATERIALES PARA DOCUMENTACIÓN DE PROCEDIMIENTOS	528
CUADRO II-22: CARACTERÍSTICAS DE LOS DIFERENTES TIPOS DE LIDERAZGO	532
CUADRO II-23: CARACTERÍSTICAS DESEADAS EN LOS JEFES EN EL HNST	532
CUADRO II-24: CRITERIOS DE EVALUACIÓN DEL TIPO DE LIDERAZGO	532
CUADRO II-25: RANGO DE CALIFICACIÓN DEL TIPO DE LIDERAZGO	533
CUADRO II-26: EVALUACIÓN TIPO DE LIDERAZGO PARA EL NIVEL ESTRATÉGICO	533
CUADRO II-27: EVALUACIÓN TIPO DE LIDERAZGO PARA LAS JEFATURAS MEDIAS	533
CUADRO II-28: EVALUACIÓN TIPO DE LIDERAZGO PARA LAS JEFATURAS OPERATIVAS	533
CUADRO II-29: SELECCIÓN DE LIDERAZGO PARA HNST	534
CUADRO II-30: TALLER DE LIDERAZGO MANDOS ESTRATÉGICOS	535
CUADRO II-31: TALLER DE LIDERAZGO MANDOS MEDIOS Y OPERATIVOS	535
CUADRO II-32: CONTENIDO CAPACITACIÓN DE MOTIVACIÓN	539
CUADRO II-33: HERRAMIENTAS CUALITATIVAS PARA EL ANÁLISIS DE PROBLEMAS	547
CUADRO II-34: HERRAMIENTAS CUANTITATIVAS PARA EL ANÁLISIS DE PROBLEMAS	550
CUADRO II-35: HERRAMIENTAS PARA EL ANÁLISIS PARA LOS NIVELES OPERATIVOS	553
CUADRO II-36: EJEMPLO DE APLICACIÓN DE EVALUACIÓN DE ALTERNATIVAS	565
CUADRO II-37: COSTOS DE CAPACITACIÓN LIDERAZGO MANDOS ESTRATÉGICOS	569
CUADRO II-38: RECURSO HORAS HOMBRE PARA CAPACITACIÓN LIDERAZGO MANDOS ESTRATÉGICOS	569
CUADRO II-39: RECURSOS MATERIALES PARA CAPACITACIÓN LIDERAZGO MANDOS MEDIOS Y OPERATIVOS	569
CUADRO II-40: RECURSO HORAS HOMBRE PARA CAPACITACIÓN LIDERAZGO MANDOS MEDIOS Y OPERATIVOS	569
CUADRO II-41: RECURSOS MATERIALES PARA DETECCIÓN DE NECESIDADES DE MOTIVACIÓN	570
CUADRO II-42: RECURSO HORAS HOMBRE PARA DETECCIÓN DE NECESIDADES DE MOTIVACIÓN	570
CUADRO II-43: RECURSOS MATERIALES PARA CAPACITACIÓN DE MOTIVACIÓN	570
CUADRO II-44: RECURSO HORAS HOMBRE PARA CAPACITACIÓN DE MOTIVACIÓN	570
CUADRO II-45: RECURSOS PARA CAPACITACIÓN DE TOMA DE DECISIONES MANDOS ESTRATÉGICOS	571

CUADRO II-46: RECURSO HORAS HOMBRE PARA CAPACITACIÓN INICIAL	571
CUADRO II-47: RECURSOS MATERIALES PARA DISEÑO DE PROYECTOS SOLUCIONADORES DE PROBLEMAS	571
CUADRO II-48: RECURSO HORAS HOMBRE PARA PROYECTOS SOLUCIONADORES DE PROBLEMAS	571
CUADRO II-49: FICHA DE INDICADORES DE OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	579
CUADRO II-50: RESUMEN DE INDICADORES DE OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	579
CUADRO II-51: EJEMPLO DE DESGLOSE DE VISIÓN	583
CUADRO II-52: EJEMPLO DE CLASIFICACIÓN DE OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	583
CUADRO II-53: INDICADORES ESTRATÉGICOS PERSPECTIVA USUARIOS	586
CUADRO II-54: INDICADORES ESTRATÉGICOS PERSPECTIVA PROCESOS	586
CUADRO II-55: INDICADORES ESTRATÉGICOS PERSPECTIVA FINANCIERA	587
CUADRO II-56: INDICADORES ESTRATÉGICOS PERSPECTIVA ESTRUCTURA	588
CUADRO II-57: DESCRIPCIÓN DE INDICADORES ESTRATÉGICOS	590
CUADRO II-58: ACCIONES ESTRATÉGICAS PERSPECTIVA USUARIOS	594
CUADRO II-59: ACCIONES ESTRATÉGICAS PERSPECTIVA FINANCIERA	595
CUADRO II-60: ACCIONES ESTRATÉGICAS PERSPECTIVA PROCESOS	596
CUADRO II-61: ACCIONES ESTRATÉGICAS PERSPECTIVA ESTRUCTURA	598
CUADRO II-62: PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE CAUSAS DE INCUMPLIMIENTO DE METAS	605
CUADRO II-63: RECURSOS MATERIALES PARA TALLER ELABORACIÓN CMI	608
CUADRO II-64: RECURSO HORAS HOMBRE PARA ELABORACIÓN CMI	608
CUADRO II-65: RECURSOS MATERIALES PARA ELABORACIÓN DE CATALOGO DE INDICADORES	608
CUADRO II-66: RECURSO HORAS HOMBRE PARA ELABORACIÓN DE CATALOGO DE INDICADORES	608
CUADRO II-67: RECURSOS MATERIALES PARA SEGUIMIENTO Y CONTROL DE INDICADORES CMI AL AÑO	609
CUADRO II-68: RECURSO HORAS HOMBRE PARA SEGUIMIENTO Y CONTROL DE INDICADORES CMI AL AÑO	609

## **ÍNDICE DE CUADROS ETAPA DE EVALUACIONES DEL PROYECTO**

	<b>PÁG.</b>
CUADRO III-1: CAPACITACIÓN ADMINISTRACIÓN DE PROYECTOS	617
CUADRO III-2: ACTIVIDADES DE IMPLANTACIÓN Y RECURSOS NECESARIOS.	622
CUADRO III-3: PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DE IMPLANTACIÓN.	623
CUADRO III-4: PERFILES DE PUESTOS EN LA ORGANIZACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN	627
CUADRO III-5: NOMINA DE PERSONAS CLAVE EN LA IMPLANTACIÓN.	628
CUADRO III-6: FICHA DEL INDICADOR DE EFICACIA EN LOS TIEMPOS DE CADA ACTIVIDAD.	630
CUADRO III-7: FICHA DEL INDICADOR DE EFICACIA EN LA EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA DEL PROYECTO.	631
CUADRO III-8: FICHA DEL INDICADOR DE EFECTIVIDAD EN LA PROGRAMACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN.	632
CUADRO III-9: SISTEMAS DE COSTEO COMÚNMENTE UTILIZADOS.	634
CUADRO III-10: COSTOS DE ESTUDIOS PREVIOS	643
CUADRO III-11: COSTO SALARIOS ACTIVIDAD 1	643
CUADRO III-12: COSTOS DE INSUMOS ACTIVIDAD 1	644
CUADRO III-13: RESUMEN DE COSTOS ACTIVIDAD 1	644
CUADRO III-14: COSTO SALARIOS ACTIVIDAD 2	644
CUADRO III-15: COSTO DE INSUMOS ACTIVIDAD 2	644
CUADRO III-16: RESUMEN DE COSTOS ACTIVIDAD 2	645
CUADRO III-17: COSTO SALARIOS ACTIVIDAD 3	645
CUADRO III-18: COSTOS INSUMOS ACTIVIDAD 3	645
CUADRO III-19: RESUMEN DE COSTOS ACTIVIDAD 3	645
CUADRO III-20: COSTO SALARIOS ACTIVIDAD 4	645
CUADRO III-21: RESUMEN DE COSTOS ACTIVIDAD 4	646
CUADRO III-22: COSTOS DE CONTRATACIÓN DEL CAPACITADOR.	646
CUADRO III-23: RESUMEN DE COSTOS ACTIVIDAD 5	646
CUADRO III-24: COSTO SALARIOS ACTIVIDAD 7	646
CUADRO III-25: COSTOS INSUMOS ACTIVIDAD 7	646
CUADRO III-26: RESUMEN DE COSTOS: ACTIVIDAD 7	647
CUADRO III-27: COSTO SALARIOS ACTIVIDAD 8	647
CUADRO III-28: COSTO INSUMOS ACTIVIDAD 8	647
CUADRO III-29: RESUMEN DE COSTOS ACTIVIDAD 8	647
CUADRO III-30: COSTOS DE LOCAL Y ALIMENTACIÓN ACTIVIDAD 9	647
CUADRO III-31: RESUMEN DE COSTOS ACTIVIDAD 9	648
CUADRO III-32: DETALLE DE SALARIOS ACTIVIDAD 10	648
CUADRO III-33: RESUMEN DE COSTOS ACTIVIDAD 10	648
CUADRO III-34: DETALLE DE SALARIOS ACTIVIDAD 11	649
CUADRO III-35: COSTOS DE INSUMOS, ALIMENTACIÓN Y LOCAL PARA ACTIVIDAD 11	649
CUADRO III-36: RESUMEN DE COSTOS ACTIVIDAD 11	650
CUADRO III-37: DETALLE DE SALARIOS ACTIVIDAD 12	650
CUADRO III-38: COSTOS DE INSUMOS, LOCAL Y ALIMENTACIÓN ACTIVIDAD 12	650
CUADRO III-39: RESUMEN DE COSTOS ACTIVIDAD 12	651
CUADRO III-40: DETALLE DE SALARIOS ACTIVIDAD 13	651
CUADRO III-41: RESUMEN DE COSTOS ACTIVIDAD 13	651
CUADRO III-42: DETALLE DE SALARIOS ACTIVIDAD 14	652
CUADRO III-43: COSTOS DE INSUMOS ACTIVIDAD 14	652
CUADRO III-44: RESUMEN DE COSTOS ACTIVIDAD 14	652
CUADRO III-45: DETALLE DE SALARIOS ACTIVIDAD 15	653
CUADRO III-46: COSTOS DE INSUMOS ACTIVIDAD 15	653
CUADRO III-47: RESUMEN DE COSTOS ACTIVIDAD 15	653
CUADRO III-48: DETALLE DE SALARIOS ACTIVIDAD 16	654
CUADRO III-49: COSTOS DE INSUMOS ACTIVIDAD 16	654
CUADRO III-50: RESUMEN DE COSTOS ACTIVIDAD 16	654
CUADRO III-51: DETALLE DE SALARIOS ACTIVIDAD 17	654
CUADRO III-52: COSTOS DE CAPACITACIÓN ACTIVIDAD 17	655
CUADRO III-53: RESUMEN DE COSTOS ACTIVIDAD 17	655
CUADRO III-54: DETALLE DE SALARIOS ACTIVIDAD 18	655

CUADRO III-55: COSTOS DE INSUMOS Y ALIMENTACIÓN ACTIVIDAD 18	656
CUADRO III-56: RESUMEN DE COSTOS ACTIVIDAD 18	656
CUADRO III-57: DETALLE DE SALARIOS ACTIVIDAD 19	656
CUADRO III-58: COSTOS DE INSUMOS ACTIVIDAD 19	657
CUADRO III-59: RESUMEN DE COSTOS ACTIVIDAD 19	657
CUADRO III-60: INVERSIÓN TOTAL DE ESTUDIOS PREVIOS Y ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO POR ACTIVIDADES.	658
CUADRO III-61: INVERSIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS Y ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO POR RUBROS.	658
CUADRO III-62: DETALLE DE SALARIOS PARA LA ELABORACIÓN DE PLANES	659
CUADRO III-63: COSTOS DE INSUMOS PARA LA ELABORACIÓN DE PLANES.	660
CUADRO III-64: RESUMEN DE COSTOS PARA LA ELABORACIÓN DE PLANES, AÑO 1	660
CUADRO III-65: RESUMEN DE COSTOS PARA LA ELABORACIÓN DE PLANES, 5 AÑOS.	660
CUADRO III-66: COSTOS DE SERVIR CON CALIDAD Y CALIDEZ A LOS USUARIOS	661
CUADRO III-67: COSTOS DE PONER EN FUNCIONAMIENTO LA NUEVA INFRAESTRUCTURA FÍSICA-TECNOLÓGICA	662
CUADRO III-68: COSTOS DE GESTIONAR LA CONTINUIDAD DE LA MODERNIZACIÓN EN LA INSTITUCIÓN	662
CUADRO III-69: COSTOS DE MEJORAR LOS PROCESOS INSTITUCIONALES ENCAMINADOS A LA OPTIMIZACIÓN DE LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS	663
CUADRO III-70: COSTOS DE GENERAR Y FORTALECER NUEVOS CONVENIOS CON INSTITUCIONES PÚBLICAS O PRIVADAS QUE REQUIERAN SERVICIOS MÉDICOS	663
CUADRO III-71: COSTOS DE REDUCCIÓN DE GASTOS Y OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS	664
CUADRO III-72: COSTOS DE ESTABLECER MECANISMOS DE CONTROL QUE PERMITAN LA OPTIMIZACIÓN DE LOS RECURSOS Y LA REDUCCIÓN DE GASTOS	664
CUADRO III-73: COSTOS DE CAPACITAR TÉCNICAMENTE A LOS EMPLEADOS	665
CUADRO III-74: COSTOS DE CREAR MECANISMOS QUE FAVOREZCAN EL CLIMA ORGANIZACIONAL	665
CUADRO III-75: COSTOS DE LOGRAR LA SATISFACCIÓN DE LOS CLIENTES INTERNOS	666
CUADRO III-76: COSTOS DE MEJORAR LOS CANALES DE COMUNICACIÓN	666
CUADRO III-77: RESUMEN DE COSTOS DE ACTIVIDADES ESTRATÉGICAS POR AÑO.	666
CUADRO III-78: RESUMEN DE COSTOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ESTRATÉGICAS POR AÑO.	669
CUADRO III-79: RESUMEN DE COSTOS DEL SUBSISTEMA DE PLANEACIÓN A REALIZARSE EN LOS AÑOS 1, 2, 3, 4, 5.	670
CUADRO III-80: DETALLE DE SALARIOS PARA DOCUMENTACIÓN Y ANÁLISIS DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS	670
CUADRO III-81: COSTOS DE INSUMOS PARA LA DOCUMENTACIÓN Y ANÁLISIS DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS	670
CUADRO III-82: RESUMEN DE COSTOS DE DOCUMENTACIÓN Y ANÁLISIS DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS	671
CUADRO III-83: COSTOS DE INSUMOS Y EQUIPO PROPUESTAS DE MEJORA A LOS PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS	671
CUADRO III-84: RESUMEN DE COSTOS PROPUESTAS DE MEJORA A LOS PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS	671
CUADRO III-85: COSTOS DE INSUMOS PARA LA DOCUMENTACIÓN DEL MANUAL DE ORGANIZACIÓN	672
CUADRO III-86: RESUMEN DE COSTOS DE DOCUMENTACIÓN DEL MANUAL DE ORGANIZACIÓN	672
CUADRO III-87A: RESUMEN DE COSTOS POR ACTIVIDAD PARA EL SUBSISTEMA DE ORGANIZACIÓN	672
CUADRO III-87B: RESUMEN DE COSTOS POR RUBRO PARA EL SUBSISTEMA DE ORGANIZACIÓN	672
CUADRO III-88: DETALLE DE SALARIOS PARA TALLER DE MOTIVACIÓN LABORAL	673
CUADRO III-89: COSTOS DE INSUMOS Y ALIMENTACIÓN PARA TALLER DE MOTIVACIÓN LABORAL	673
CUADRO III-90: RESUMEN DE COSTOS DE TALLER DE MOTIVACIÓN LABORAL	674
CUADRO III-91: DETALLE DE SALARIOS PARA DETECCIÓN DE NECESIDADES DE MOTIVACIÓN	674
CUADRO III-92: COSTOS DE INSUMOS PARA LA DETECCIÓN DE NECESIDADES DE MOTIVACIÓN	674
CUADRO III-93: RESUMEN DE COSTOS DETECCIÓN DE NECESIDADES DE MOTIVACIÓN	674
CUADRO III-94: RESUMEN DE COSTOS POR ACTIVIDAD PARA EL SUBSISTEMA DE DIRECCIÓN,	675



AÑO 2	
CUADRO III-95: RESUMEN DE COSTOS POR RUBRO PARA EL SUBSISTEMA DE DIRECCIÓN, AÑO 2 (CON INFLACIÓN)	675
CUADRO III-96: COSTOS DE INSUMOS PARA EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LOS INDICADORES	675
CUADRO III-97: DETALLE DE SALARIOS PARA ELABORACIÓN DE REPORTES DE INDICADORES ACTIVIDADES ESTRATÉGICAS	675
CUADRO III-98: DETALLE DE SALARIOS REVISIÓN DE REPORTES INDICADORES DE ACTIVIDADES ESTRATÉGICAS	676
CUADRO III-99: DETALLE DE SALARIOS PARA ELABORACIÓN DE REPORTES DE INDICADORES PARA OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	676
CUADRO III-100: DETALLE DE SALARIOS PARA REVISIÓN DE REPORTES DE INDICADORES PARA OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	677
CUADRO III-101: RESUMEN DE COSTOS DE SALARIOS PARA EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE INDICADORES	677
CUADRO III-102: RESUMEN DE COSTOS DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LOS INDICADORES	677
CUADRO III-103: RESUMEN DE COSTOS POR ACTIVIDAD PARA EL SUBSISTEMA DE CONTROL	677
CUADRO III-104: RESUMEN DE COSTOS POR RUBRO PARA EL SUBSISTEMA DE CONTROL	678
CUADRO III-105: RESUMEN DE COSTOS DEL SUBSISTEMA DE CONTROL PARA LOS AÑOS 1,2,3,4,5	678
CUADRO III-106: INVERSIONES DEL PROYECTO	678
CUADRO III-107: COSTOS AÑO 1	679
CUADRO III-108: COSTOS AÑO 2	679
CUADRO III-109: COSTOS AÑO 3	679
CUADRO III-110: COSTOS AÑO 4	680
CUADRO III-111: COSTOS AÑO 5	680
CUADRO III-112: INVERSIÓN EN EL SISTEMA ADMINISTRATIVO	680
CUADRO III-113: COSTOS AÑO 1	681
CUADRO III-114: COSTOS AÑO 2	681
CUADRO III-115: COSTOS AÑO 3	681
CUADRO III-116: COSTOS AÑO 4	682
CUADRO III-117: COSTOS AÑO 5	682
CUADRO III-118: RESUMEN DE COSTOS TOTALES DEL PROYECTO	682
CUADRO III-119: PROGRAMACIÓN DE DESEMBOLSOS DEL PROYECTO.	684
CUADRO III-120: AHORROS PROVENIENTES DE AHORROS PRODUCIDOS POR LA MEJORA DE PROCEDIMIENTOS	686
CUADRO III-121: RESUMEN DE AHORROS GENERADOS POR EL PROYECTO	688
CUADRO III-122: AHORROS GENERADOS POR EL PROYECTO	689
CUADRO III-123: EGRESOS DEL PROYECTO	689
CUADRO III-124: FLUJO DE EFECTIVO	689
CUADRO III-125: PROYECCIÓN INGRESOS PROPIOS HNST.	701
CUADRO III-126: FLUJO DE EFECTIVO DEL PROYECTO	701
CUADRO III-127: EGRESOS DEL PROYECTO	702
CUADRO III-128: RESUMEN ANÁLISIS DE SENSIBILIDAD	703
CUADRO III-129: PORCENTAJE DE USUARIOS SATISFECHOS	705
CUADRO III-130: INCREMENTO EN LA CAPACIDAD INSTALADA CON LOS NUEVOS SERVICIOS.	707
CUADRO III-131: AHORRO EN TIEMPO A LOS USUARIOS DE CONSULTA EXTERNA.	708
CUADRO III-132: ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEPARTAMENTO DE LA PAZ	708
CUADRO III-133: COMPARACIÓN FASE DE PLANEACIÓN	709
CUADRO III-134: COMPARACIÓN FASE DE ORGANIZACIÓN	709
CUADRO III-135: COMPARACIÓN FASE DE DIRECCIÓN	710
CUADRO III-136: COMPARACIÓN FASE DE CONTROL	710
CUADRO III-137: COMPARACIÓN DE LOS INDICADORES DE DESEMPEÑO	711
CUADRO III-138: ESTIMACIONES DE AHORROS EN MATERIALES Y HORAS HOMBRE	711
CUADRO III-139: PRINCIPALES BENEFICIOS CUALITATIVOS	712

---

## ÍNDICE DE IMÁGENES

---

### ÍNDICES DE IMÁGENES ETAPA DE DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL

	PÁG.
IMAGEN I-1: DESGLOSE GENERAL DEL MARCO TEÓRICO.	6
IMAGEN I-2: RELACIÓN ENTRE LOS SUBSISTEMAS Y SUPRASISTEMAS	8
IMAGEN I-3: ESQUEMA DE SISTEMA	9
IMAGEN I-4: ORGANIZACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE EL SALVADOR.	23
IMAGEN I-5: FLUJO DE INFORMACIÓN EN LOS DIFERENTES NIVELES DEL MSPAS	25
IMAGEN I-6: CLASIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	27
IMAGEN I-7: RELACIÓN HOSPITALES CON MSPAS Y REGIONALES.	38
IMAGEN I-8: MODELO DE ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA	48
IMAGEN I-9: ENTRADAS Y SALIDAS ESPERADAS EN CADA UNA FASES DEL PROCESO ADMINISTRATIVO	49
IMAGEN I-10: FOTOGRAFÍA SATELITAL DEL HOSPITAL SANTA TERESA DE ZACATECOLUCA	52
IMAGEN I-11: PROCESOS CLAVE.	53
IMAGEN I-12: PROCESOS ESTRATÉGICOS.	54
IMAGEN I-13: PROCESOS DE APOYO.	54
IMAGEN I-14: MAPA DE PROCESOS.	54
IMAGEN I-15: GRAFICA DE EGRESOS ESPECIALIDADES EN HNST PERIODO 2003-2007	56
IMAGEN I-16: GRAFICA DE EGRESOS EN HNST PERIODO 2003-2007	56
IMAGEN I-17: PRESUPUESTO HNST (2003-2007)	58
IMAGEN I-19: ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA DE ZACATECOLUCA	76
IMAGEN I-20: ORGANIGRAMA DEPARTAMENTO DE RRHH	88
IMAGEN I-21: ORGANIGRAMA DEPARTAMENTO DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO	93
IMAGEN I-22: CONTROL DE LAVADAS EN EL MES	97
IMAGEN I-23: ORGANIGRAMA UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL.	102
IMAGEN I-24: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROCESO DE FORMULACIÓN Y APROBACIÓN DEL PRESUPUESTO DEL ESTADO (2008):	109
IMAGEN I-25: ORGANIGRAMA UNIDAD FINANCIERO INSTITUCIONAL.	110
IMAGEN I-26: PRINCIPALES PROBLEMAS EN LA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA QUE DIFICULTAN A LOS EMPLEADOS LA REALIZACIÓN DE SUS LABORES.	114
IMAGEN I-27: TIPOS DE PLANIFICACIÓN EMPLEADOS EN LA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA DEL HNST	115
IMAGEN I-28: DOCUMENTACIÓN DE LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA DEL HNST.	118
IMAGEN I-29: MECANISMOS DE CONTROL UTILIZADOS EN EL ÁREA ADMINISTRATIVA	119
IMAGEN I-30: FORMATO DE INFORME DE RECURSOS HUMANOS.	125
IMAGEN I-31: FORMATO DE INFORME DE COSTOS PARA EL SIG.	126
IMAGEN I-32: FORMATO DE INFORME DE PRODUCCIÓN PARA EL SIG.	126
IMAGEN I-33: FORMATO DE INFORME ESTADÍSTICO AUTOMATIZADO (IEMA)	127
IMAGEN I-34: FORMATO DE KARDEX PARA ÁREAS MÉDICAS	127
IMAGEN I-35: TIPOS DE PLANIFICACIÓN EMPLEADOS POR LA DIVISIÓN MÉDICA Y APOYO MÉDICO	128
IMAGEN I-36: FORMAS DE DETERMINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN LAS ÁREAS MÉDICAS	129
IMAGEN I-37: FORMAS DE DETERMINACIÓN DE RECURSOS MATERIALES EN LAS ÁREAS MÉDICAS	129
IMAGEN I-38: MECANISMOS DE CONTROL UTILIZADOS EN LAS ÁREAS MÉDICAS DEL HNST	132
IMAGEN I-39: DIFICULTADES EN LA UTILIZACIÓN DEL SIG.	132
IMAGEN I-40: DIFICULTADES RELACIONADAS CON EL ABASTECIMIENTO DE INSUMOS A LAS ÁREAS MÉDICAS	133
IMAGEN I-41: EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE RECURSOS HUMANOS EN LAS ÁREAS MÉDICAS	133
IMAGEN I-42: DIFICULTADES CON EL ROL DE MANTENIMIENTO EN LAS ÁREAS MÉDICAS	134
IMAGEN I-43: PERFIL DEL CLIMA ORGANIZACIONAL HNST	180

IMAGEN I-44: DIAGRAMA DE AFINIDAD DE OPORTUNIDADES DE MEJORA DE LA ADMINISTRACIÓN DEL HNST.	193
IMAGEN I-45: ÁRBOL DE PROBLEMAS HNST	198
IMAGEN I-46: ÁRBOL DE OBJETIVOS HNST	199
IMAGEN I-47: ESQUEMA ENFOQUE ORIENTADO A PROCESOS.	201
IMAGEN I-48: MODELO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	202
IMAGEN I-49: ENFOQUE DE DIRECCIÓN ESTRATÉGICA.	204
IMAGEN I-50: SISTEMA ADMINISTRATIVO DEL HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA.	212

## **ÍNDICE DE IMÁGENES ETAPA DE DISEÑO DE LA SOLUCIÓN**

	<b>PÁG.</b>
IMAGEN II-1: METODOLOGÍA DE LA ETAPA DE DISEÑO	217
IMAGEN II-2: DESGLOSE DE LOS ELEMENTOS PROPUESTOS PARA EL DISEÑO DEL SISTEMA ADMINISTRATIVO	218
IMAGEN II-3: PROCESO DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA PARA EL HNST	220
IMAGEN II-4: ESTRUCTURA DE APOYO PARA LA GESTIÓN ESTRATÉGICA	221
IMAGEN II-5: FORMULACIÓN ESTRATÉGICA. ENFOQUE GLOBAL	225
IMAGEN II-6: COMPONENTES DE LA MISIÓN INSTITUCIONAL	227
IMAGEN II-7: DIAGRAMA DE FLUJO PARA DESARROLLAR LA MISIÓN INSTITUCIONAL	228
IMAGEN II-8: EJEMPLIFICACIÓN DE CALIFICACIÓN DE LA MISIÓN INSTITUCIONAL	232
IMAGEN II-9: ATRIBUTOS DE LA VISIÓN INSTITUCIONAL	234
IMAGEN II-10: DIAGRAMA DE FLUJO PARA DESARROLLAR LA VISIÓN INSTITUCIONAL	235
IMAGEN II-11: DIAGRAMA DE FLUJO PARA DESARROLLAR LOS VALORES INSTITUCIONALES	241
IMAGEN II-12: COMPONENTES DEL ANÁLISIS INSTITUCIONAL	251
IMAGEN II-13: DIAGRAMA DE FLUJO PARA DESARROLLAR EL PROCEDIMIENTO	253
IMAGEN II-14: LISTADO DE FORTALEZAS, DEBILIDADES, OPORTUNIDADES Y AMENAZAS	257
IMAGEN II-15: MATRIZ DE ELEMENTOS EXTERNOS E INTERNOS Y ESTRATEGIAS	257
IMAGEN II-16: RELACIÓN ENTRE LO PLANES INSTITUCIONALES	268
IMAGEN II-17: EJEMPLO DE MATRIZ ESTRATÉGICA	276
IMAGEN II-18: SERVICIOS HOSPITALARIOS, HNST	279
IMAGEN II-19: ESTRUCTURA ORGANIZATIVA, HNST	280
IMAGEN II-20: EJEMPLO DE MATRIZ TÁCTICA	296
IMAGEN II-21: SERVICIOS HOSPITALARIOS, HNST	299
IMAGEN II-22: EJEMPLO DE MATRIZ ANUAL DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL	312
IMAGEN II-23: ESTIMACIÓN DE LOS RECURSOS NECESARIOS PARA LOS SERVICIOS AMBULATORIOS	315
IMAGEN II-24: PROGRAMACIÓN DE LOS RECURSOS HOSPITALARIOS	315
IMAGEN II-25: PROGRAMACIÓN ANUAL DE LOS SERVICIOS DE APOYO	316
IMAGEN II-26: PROGRAMACIÓN ANUAL INSTITUCIONAL, AÑO 2009	319
IMAGEN II-27: EJEMPLO DE MATRIZ DEPARTAMENTAL DE PLANEACIÓN	326
IMAGEN II-28: ORGANIGRAMA DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	329
IMAGEN II-29: FORMATO SUGERIDO PARA PROGRAMACIONES ANUALES	338
IMAGEN II-30: FORMATO LEVANTAMIENTO DE PROCEDIMIENTOS	350
IMAGEN II-31: FORMATO ANÁLISIS DE PROCEDIMIENTOS	352
IMAGEN II-32: FORMATO RESUMEN DE CAMBIOS REALIZADOS	355
IMAGEN II-33: FORMATO DE DOCUMENTACIÓN DE PROCEDIMIENTO	392
IMAGEN II-34: ORGANIGRAMA HNST	521
IMAGEN II-35: RELACIONES DE LA DIRECCIÓN HOSPITALARIA	522
IMAGEN II-36: RELACIONES DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	523
IMAGEN II-37: RELACIONES DEL DEPARTAMENTO DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO	524
IMAGEN II-38: RELACIONES DEL UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES	525
IMAGEN II-39: RELACIONES DEL UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL	526
IMAGEN II-40: ESTILOS DE TOMA DE DECISIONES	543
IMAGEN II-41: ESQUEMATIZACIÓN DEL ARTIFICIO DE LA CAJA NEGRA	545
IMAGEN II-42: ESTRUCTURACIÓN DE UN PROBLEMA CON CAMBIO	546
IMAGEN II-43: ESTRUCTURACIÓN DE UN PROBLEMA DESDE EL ARRANQUE	546
IMAGEN II-44: MATRIZ DE RELACIÓN	556
IMAGEN II-45: EJEMPLO DE FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	559

IMAGEN II-46: EJEMPLO DE ANÁLISIS DEL PROBLEMA POR MEDIO DEL DIAGRAMA CAUSA – EFECTO	561
IMAGEN II-47: ETAPAS PARA LA CONFECCIÓN, CREACIÓN Y DESARROLLO DEL CMI	573
IMAGEN II-48: DISEÑO DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL	574
IMAGEN II-49: FORMATO DESGLOSE DE LA VISIÓN	575
IMAGEN II-50: FORMATO CLASIFICACIÓN DE OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	576
IMAGEN II-51: MAPA ESTRATÉGICO	577
IMAGEN II-52: CUADRO DE MANDO INTEGRAL	581
IMAGEN II-53: FORMATO MATRIZ DE ACCIONES ESTRATÉGICAS	582
IMAGEN II-54: EJEMPLO DE RELACIÓN CAUSA-EFECTO PARA LAS PERSPECTIVAS	584
IMAGEN II-55: EJEMPLO RELACIONES CAUSA-EFECTO DEL MAPA ESTRATÉGICO	584
IMAGEN II-56: MAPA ESTRATÉGICO HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA	585
IMAGEN II-57: PROCESO DE CONTROL DE LA GESTIÓN ESTRATÉGICA	600
IMAGEN II-58: ESQUEMA DE REPORTE DE AVANCES DEL CMI	602
IMAGEN II-59: MODELO DE DIAGRAMA CAUSA Y EFECTO	606
IMAGEN II-60: HOJA DE ACCIONES CORRECTIVAS O PREVENTIVAS	607

### **ÍNDICE DE IMÁGENES ETAPA DE EVALUACIONES DEL PROYECTO**

	<b>PÁG.</b>
IMAGEN III-1: METODOLOGÍA DE LA ETAPA ECONÓMICA	611
IMAGEN III-2: DESGLOSE DE LA FASE DE IMPLANTACIÓN.	613
IMAGEN III-3: PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DE IMPLANTACIÓN.	625
IMAGEN III-4: ESTRUCTURA ORGANIZATIVA PARA LA IMPLANTACIÓN.	626
IMAGEN III-5: FLUJO DE INFORMACIÓN DE LA FASE DE IMPLANTACIÓN.	630
IMAGEN III-6: METODOLOGÍA DEL COSTEO POR ACTIVIDADES	642
IMAGEN III-7: RENTABILIDAD PRIVADA Y SOCIAL DE LOS PROYECTOS	694
IMAGEN III-8: PORCENTAJE APROXIMADO DE USUARIOS SATISFECHOS	705
IMAGEN III-9: INCREMENTO EN CAMAS CENSABLES A PARTIR DEL PROYECTO RHESA	706
IMAGEN III-10: INCREMENTO EN CONSULTORIOS DE APOYO A PARTIR DEL PROYECTO RHESA.	706
IMAGEN III-11: INCREMENTO EN LA CAPACIDAD INSTALADA CON LOS NUEVOS SERVICIOS.	707

---

## ÍNDICE DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

---

CSSP:	Consejo Superior de Salud Pública.
CEPAL:	Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
CYM:	Conservación y Mantenimiento.
CMI:	Cuadro de Mando Integral.
DIGESTYC:	Dirección General de Estadística y Censos
DCO:	Día Cama Ocupada
D. O.:	Decreto Oficial
EPOC:	Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica
FOSALUD:	Fondo Solidario para la Salud
GOES:	Gobierno de El Salvador
HNSG:	Hospital Nacional Santa Gertrudis
HNST:	Hospital Nacional Santa Teresa
ICONTEC:	Instituto Colombiano de Normas Técnicas y de Certificación
LACAP:	Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública.
MH:	Ministerio de Hacienda
MSPAS:	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
NTCGP:	Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública
IEMA:	Informe Estadístico Mensual Automatizado
ISSS:	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
PAO:	Programación Anual Operativa
RHESSA:	Reconstrucción de Hospitales y Extensión de servicios de salud.
RRHH:	Recursos Humanos
SAFI:	Sistema de Administración Financiera Integrado
SIBASI:	Sistema Básico de Salud Integral
SIG:	Sistema de Información Gerencial
SIRHI:	Sistema de Información de Recursos Humanos Institucional
TGS:	Teoría General de Sistemas
UACI:	Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucionales
UFI:	Unidad Financiera Institucional
UNAM:	Universidad Nacional Autónoma de México
USA:	United States of America o Estados Unidos de América
USAID:	United States Agency for International Development o Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
USD:	United States Dollars o Dólares de Estados Unidos de América

---

## **I. INTRODUCCIÓN**

---

El Gobierno de El Salvador, por medio del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social garantiza el cumplimiento del derecho a la salud de la población; tal y como lo citan los primeros 2 artículos de la Ley de creación del sistema de salud en El Salvador.

Es por ello que como garante de la salud de la población salvadoreña y consciente de que el mejoramiento continuo de los niveles de atención es una condición indispensable y prioritaria para el cumplimiento de los compromisos relacionados a la función social del Estado, ha impulsado el desarrollo de la red nacional de hospitales de El Salvador.

Basados en esta realidad, se ha elegido como objetivo de análisis al Hospital Nacional Santa Teresa, entidad descentralizada del segundo nivel cuya razón de ser es brindar servicios de salud con calidad y calidez a la población del departamento de La Paz. Actualmente (2009) es uno de los 7 hospitales de la red nacional que están siendo rehabilitados mediante el proyecto de Reconstrucción de hospitales y extensión de los servicios de salud, por lo que a finales de 2009 contará con nueva infraestructura y servicios que deben ser administrados eficazmente.

A raíz de lo anterior surge la iniciativa de generar alternativas que permitan el mejoramiento del actual sistema administrativo de la institución y que contribuyan a una adecuada planificación, organización, dirección y control de los recursos existentes y futuros.

Un primer paso es la determinación de las principales necesidades u oportunidades de mejora por medio del diagnóstico de la situación actual de la administración en el hospital; enfocando el estudio en el análisis de los 4 ejes fundamentales del proceso administrativo (Planeación, organización, dirección y control). Información que es un insumo valioso para plantear la solución que mejor se adopte a la institución.

Luego del diagnóstico, se hace necesario el diseño de propuestas que permitan una mejor administración del recurso humano, financiero y material en la institución. Elementos que contribuirán a ordenar el quehacer administrativo, de manera que todos los esfuerzos realizados conlleven a la satisfacción de los usuarios.

El último pero no menos importante aspecto del estudio es la determinación de los costos e ingresos. Elementos que se utilizarán para realizar la evaluación socioeconómica que será determinante para tomar la decisión de implantar o no el proyecto. También se hace una propuesta de los requerimientos de horas hombre, materiales y monetarios necesarios para la implantación del proyecto.

Es importante recalcar que este estudio podría ser aplicable a aquellas instituciones del segundo nivel de la red pública que presenten oportunidades de mejora similares a las del Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca, por lo que éste esfuerzo puede dar pautas para aplicar algunas de las mejoras propuestas a otros hospitales.

---

## **II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

---

### **OBJETIVO GENERAL**

Generar una propuesta de sistema administrativo para el Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca, que permita lograr un manejo adecuado de los recursos humanos, económicos, materiales y tecnológicos, incrementar la eficiencia administrativa y mejorar la calidad de atención a los pacientes.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

- Desarrollar un marco conceptual sobre diferentes Sistemas Administrativos que permita sentar las bases en torno a las cuales se construirá la investigación.
- Realizar un diagnóstico de la administración del Hospital Nacional Santa Teresa, a fin de identificar las oportunidades de mejora existentes, que permitan incrementar la eficiencia y optimizar el manejo de los recursos administrativos.
- Evaluar cada uno de los componentes del proceso administrativo (planear, organizar, dirigir y controlar) para contar con elementos cualitativos y cuantitativos que permitan definir el estado actual del sistema administrativo del Hospital.
- Establecer la problemática principal de la administración del nosocomio con base en el análisis de la información obtenida de la etapa de diagnóstico para fijar los requerimientos de la solución a implementar.
- Identificar aquellas instituciones hospitalarias Nacionales u otras similares, con un notable desempeño administrativo, para ser utilizadas como benchmark en el mejoramiento del estado de la administración del HNST.
- Diseñar una Propuesta de Sistema Administrativo para el Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca bajo el enfoque de Gestión Estratégica, con el propósito de lograr niveles aceptables de satisfacción en los usuarios, una mejor gestión del recurso financiero, el incremento de los procedimientos administrativos y el desarrollo humano en el personal.



- Elaborar el proceso de planeación estratégica para el Hospital Nacional Santa Teresa, que permita establecer un rumbo estratégico en la institución.
- Establecer las características y funciones de la dirección estratégica, con el propósito de identificar el tipo de liderazgo más apropiado para la implementación de la propuesta en los diferentes niveles de la organización.
- Plantear un modelo de cuadro de mando integral para el Hospital Nacional Santa Teresa con el propósito de contar con un método confiable que permita medir las actividades del nosocomio en términos de su visión y estrategias.
- Evaluar económica y socialmente la propuesta de Sistema Administrativo bajo el Enfoque de Gestión Estratégica para el Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca, con el propósito de determinar la viabilidad y los beneficios de su implementación.
- Estimar los costos e ingresos esperados del proyecto, a fin de determinar el recurso financiero requerido para su puesta en marcha.
- Diseñar el plan de implantación del Sistema Administrativo en el Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca que garantice al nosocomio gozar de todos los beneficios de la propuesta.

---

### **III. ALCANCES Y LIMITACIONES**

---

#### **ALCANCES**

- El proyecto ha sido enfocado a la administración del Hospital Nacional "Santa Teresa", por lo que no se generarán propuestas que modifiquen procedimientos médicos utilizados dentro del área hospitalaria de la institución.
- Se generarán propuestas de solución que permitan abordar los problemas más críticos de la administración del Hospital Santa Teresa.
- El proyecto incluirá el diseño de propuestas de mejora administrativas para el hospital y su respectivo plan de implementación; sin embargo, la ejecución del mismo queda a discreción de la institución.

#### **LIMITACIONES**

- Se debe respetar las diversas leyes, normativas, reglamentos y demás directrices bajo las cuales se rige el área administrativa del hospital.
- La solución debe estar dentro de los límites presupuestarios de la institución.
- La propuesta debe estar lista a implementarse antes que las nuevas instalaciones del hospital entren en funcionamiento.

---

## IV. IMPORTANCIA

---

El Hospital Nacional Santa Teresa, es un hospital de segundo nivel que presenta ciertas oportunidades de mejora en su administración, estas van desde la falta de una visión y objetivos institucionales de largo plazo, hasta la falta de una estructura organizativa uniforme que permita una eficiente asignación de responsabilidades y recursos; así como el establecimiento de los lineamientos adecuados que orienten el accionar de la institución a una mejora continua y a la prestación de servicios de calidad a los usuarios.

Este nosocomio, constituye el principal centro de atención en salud pública del departamento de La Paz. Al 2008, cuenta con 53 empleados administrativos, lo que representa 16.3% del total de personal del hospital, siendo este porcentaje mayor al de otros hospitales de su mismo nivel e incluso de mayor tamaño como el de Santa Ana (10.6%) y el de San Miguel (13.8%) lo que significa una salida de dinero de aproximadamente \$2,536,055 al año, que constituye el 19.2% del total de recursos asignados a la institución. Es por esta razón, que lograr una adecuada administración del área administrativa del hospital resulta imperativa dada la gran cantidad de recursos invertidos en la misma y por la incidencia directa que ésta tiene en el funcionamiento y el servicio prestado a la población.

Además, es importante recordar que el ingreso producto de la atención a los pacientes es mínimo, ya que el servicio brindado por el hospital es completamente gratuito y solamente se reciben algunas donaciones por parte de los pacientes que representan el 0.95%<sup>1</sup> del ingreso total; por lo que las principales fuentes de ingreso para el hospital provienen del presupuesto asignado anualmente por el Gobierno Central (96.76% del total de ingresos), además de ciertos convenios de la institución con el ISSS, algunas Universidades y escuelas de enfermería del país (2.29%).

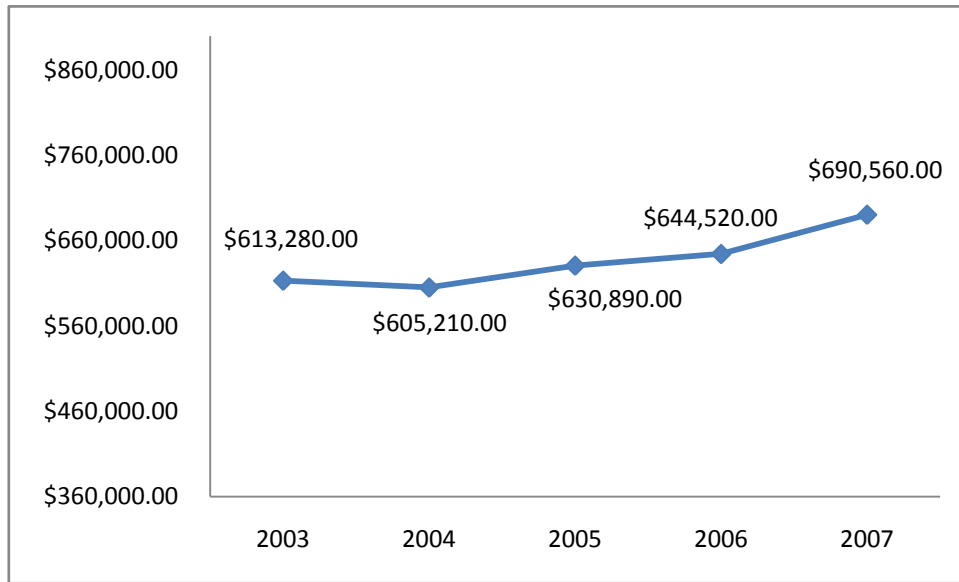
Este ingreso escasamente alcanza a cubrir todas las necesidades del área médica y administrativa del nosocomio debido a que año con año es prácticamente constante; mientras que la demanda de pacientes y la inflación en los bienes de uso y consumo se comporta de manera creciente. Un ejemplo de lo anterior se encuentra en el siguiente gráfico, ya que muestra los ingresos asignados por parte del gobierno en los últimos 5 años al área administrativa del hospital Santa Teresa, dichos incrementos anuales escasamente sobrepasan el 4.29%<sup>2</sup> de inflación anual promedio que el país ha tenido en los últimos 5 años.

---

<sup>1</sup> Porcentajes según presupuesto 2007

<sup>2</sup> Fuente: Boletín anual 2002-2007 BCR.

Gráfico A1: Asignación presupuestaria Área administrativa HNST



Fuente: Unidad Financiera Institucional.

Es por ello que es de vital importancia para la institución resolver los problemas administrativos que lo aquejan, para así lograr hacer un uso más eficiente de los limitados recursos con los que cuenta el hospital, a través de una adecuada gestión de los mismos, para así garantizar una mejor atención a los usuarios que lo visitan; ya que son ellos la principal razón de ser de la institución y a quien el hospital se debe.

De ahí la importancia de contar con un adecuado sistema administrativo que permita lograr una mejor administración (planificación, organización, dirección y control) de los diferentes procesos que son claves dentro del hospital y que se adapte a las necesidades actuales y futuras de la institución, ya que con las nuevas instalaciones se tendrá una mayor cantidad de recursos humano, material y tecnológico que administrar (por ejemplo la cantidad de recurso humano se verá incrementada en 50 plazas nuevas).

De implementarse las mejoras en el único hospital del Ministerio de Salud ubicado en el departamento de La Paz se beneficiarían alrededor de 330 mil habitantes de la zona, ya que se contaría con más recursos para prestar una mejor atención al usuario, además se agilizarían los procesos y se podría prestar atención a un mayor número de usuarios. También se verían beneficiados los 214 empleados del área de atención hospitalaria, los 53 del área administrativa y los 58 empleados de obra y servicio al contar oportunamente con los insumos necesarios para el ejercicio de sus labores y controlar más efectivamente el desempeño de las actividades.

---

## V. JUSTIFICACIÓN

---

A raíz de los terremotos suscitados durante el 2001, la infraestructura del hospital Santa Teresa, al igual que la de otros hospitales del país, quedó completamente dañada, afectando la funcionalidad de la institución, lo que ha repercutido directamente en la calidad del servicio prestado a los pacientes. Como un indicador de lo anterior, puede mencionarse que el número de camas del hospital se ha reducido en un 18%<sup>3</sup> (30 camas menos), lo que correspondería a una disminución de la dotación departamental de camas hospitalarias de 0.51 camas por mil habitantes a 0.42 camas por mil habitantes, es decir 0.58 camas menos que el estándar<sup>4</sup> aceptado internacionalmente. La disminución del número de camas disponibles fue aún mayor en los primeros meses que siguieron a los desastres, lo cual se redujo con la reorganización de los servicios.

En la actualidad (2009) el Hospital se encuentra en proceso de reconstrucción a través del Proyecto de Reconstrucción de Hospitales y Extensión de los Servicios de Salud (PRHESSA), con fondos provenientes del préstamo GOES. La obra será ejecutada en un período de 22 meses calendario a finalizarse en 2009, a un monto de \$10 millones 494 mil dólares, estará beneficiando a más de 330 mil habitantes y aumentará la capacidad de atención del hospital, ya éste contará con<sup>5</sup>:

- 65 camas más (18 censables y 47 no censables).
- 3 consultorios de apoyo adicionales.
- Cerca de 50 plazas nuevas.
- Cerca de 530 mil dólares más de presupuesto
- 2 edificios nuevos
- 5 edificios a rehabilitar
- Modernización del área administrativa.

Lo cual pone en manifiesto la necesidad de administrar estos nuevos recursos e instalaciones a partir de 2010 y hace oportuna la implantación de un sistema administrativo.

Además es importante mencionar que dicha modernización en las instalaciones ofrece una oportunidad al Hospital Santa Teresa para mejorar no solamente su infraestructura, sino también otros aspectos administrativos que le permitan aumentar la eficiencia de la institución así como la calidad de la atención brindada a los pacientes, a través de una adecuada planeación, organización, control y asignación de recursos.

Otro factor que es importante recalcar es que la dirección del Hospital tiene una mentalidad renovadora, receptiva y desea implementar algunos cambios sustanciales en la institución para mejorar la eficiencia y productividad de la misma; así como la calidad de los servicios prestados. En esta coyuntura, la realización de una propuesta de un

---

<sup>3</sup> Fuente: HNST, Unidad de estadística institucional.

<sup>4</sup> Fuente: MSPAS: Indicadores Priorizados y Estandarizados en Salud (Estándar: 1 cama por cada 1000 hab)

<sup>5</sup> Fuente: Consultoría PRHESSA – BADIA, septiembre 2006.

sistema administrativo para el Hospital Santa Teresa de Zacatecoluca tendría una muy buena acogida, además de las condiciones favorables para su implantación; pudiendo incluso servir de modelo para otros hospitales similares del país.

Por otra parte, dadas las necesidades identificadas en la institución, se observa que estas pueden ser resueltas desde la óptica de la ingeniería Industrial, ya que conjuga perfectamente un conjunto de técnicas de investigación de operaciones, así como algunas administrativas y organizativas, entre otras; desde las cuales puede ser atacada la problemática existente en el hospital a fin de lograr resultados favorables tanto para la institución como para los usuarios; es por todos estos factores mencionados con anterioridad que se hace oportuna la ejecución de un proyecto de este tipo.

---

## **VI. RESULTADOS ESPERADOS**

---

### **RESULTADOS**

Con el diseño y posterior implantación del sistema administrativo para el hospital Santa Teresa de Zacatecoluca, se espera obtener los siguientes resultados:

- Misión, visión y objetivos estratégicos institucionales formales, acordes a la realidad institucional, departamental y nacional en materia de salud, administración, recursos humanos, tecnológicos, etc.
- Toma de decisiones de manera oportuna, tanto a nivel estratégico, táctico y operativo en el área administrativa del hospital, evitando la centralización y la burocracia de los procesos.
- Mayor eficiencia en los procesos estratégicos, claves y de soporte del área administrativa a través de procesos más ágiles, reducción de pasos, mejoras en los métodos, etc.
- Planificación, organización y programación efectiva de las actividades administrativas de recursos humanos, financieros, informáticos, materiales, etc. disponibles en la actualidad (2009) y los nuevos que sean adquiridos o contratados.
- Menores costos administrativos debidos a una mejor utilización del presupuesto, insumos y servicios públicos para el área administrativa.
- Menor tiempo de respuesta ante cambios en el entorno que podrían beneficiar o afectar al sistema o a algún subsistema.

### **EFFECTOS**

- Mejora continua del área administrativa del hospital, debido a la retroalimentación del sistema, que sirvan para la adaptación del hospital a la realidad tanto interna como externa a este.
- Servicios de salud de calidad mediante las mejoras en la planificación hospitalaria y administrativa pensadas en las necesidades de los pacientes del departamento de la Paz y más específicamente del municipio de Zacatecoluca.
- Personal administrativo y médico más capacitado ante las necesidades de la población, debido a la adecuada programación de capacitaciones.

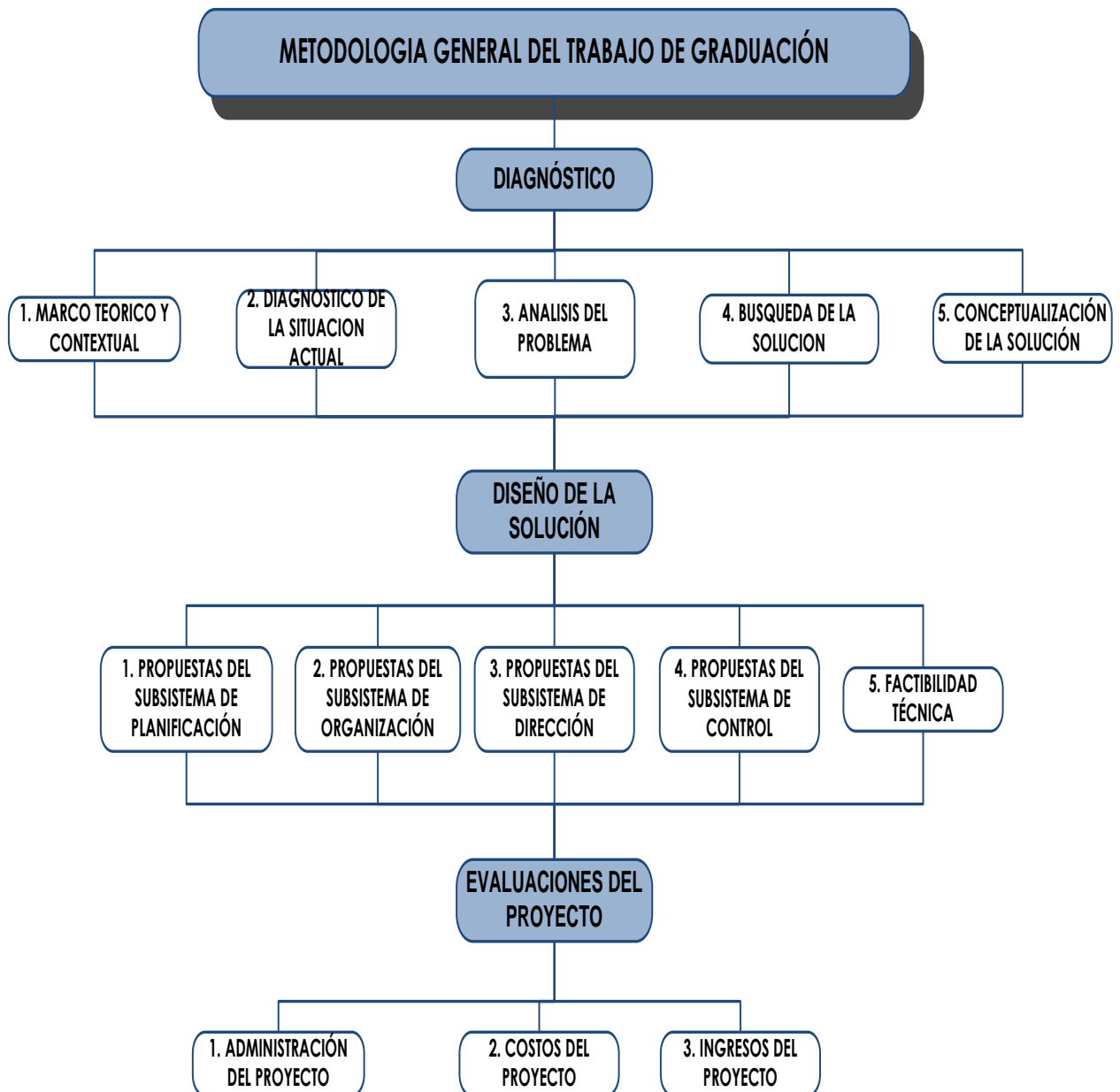
### **IMPACTOS**

- Mejoramiento de otros hospitales Nacionales de segundo nivel a través del "benchmarking" de las propuestas administrativas realizadas al hospital Santa Teresa (como parte del presente proyecto).
- Mejor imagen institucional, tanto departamental como nacionalmente, del principal centro médico de la Paz debido a la mejora en calidad de sus servicios médicos por medio de una mejor administración y gerencia.

- Mayor credibilidad de la población en general y específicamente la del departamento de la Paz sobre la buena administración de los recursos en las instituciones de Salud Pública de nuestro país.
- Mejora de la calidad de vida de las familias de escasos recursos económicos (principales usuarios de los servicios públicos de salud) del departamento de la Paz y especialmente las del municipio de Zacatecoluca, al poder acceder a servicios de salud públicos de calidad proporcionados por el hospital nacional Santa Teresa de Zacatecoluca.



## VII. METODOLOGÍA GENERAL DEL TRABAJO DE GRADUACIÓN

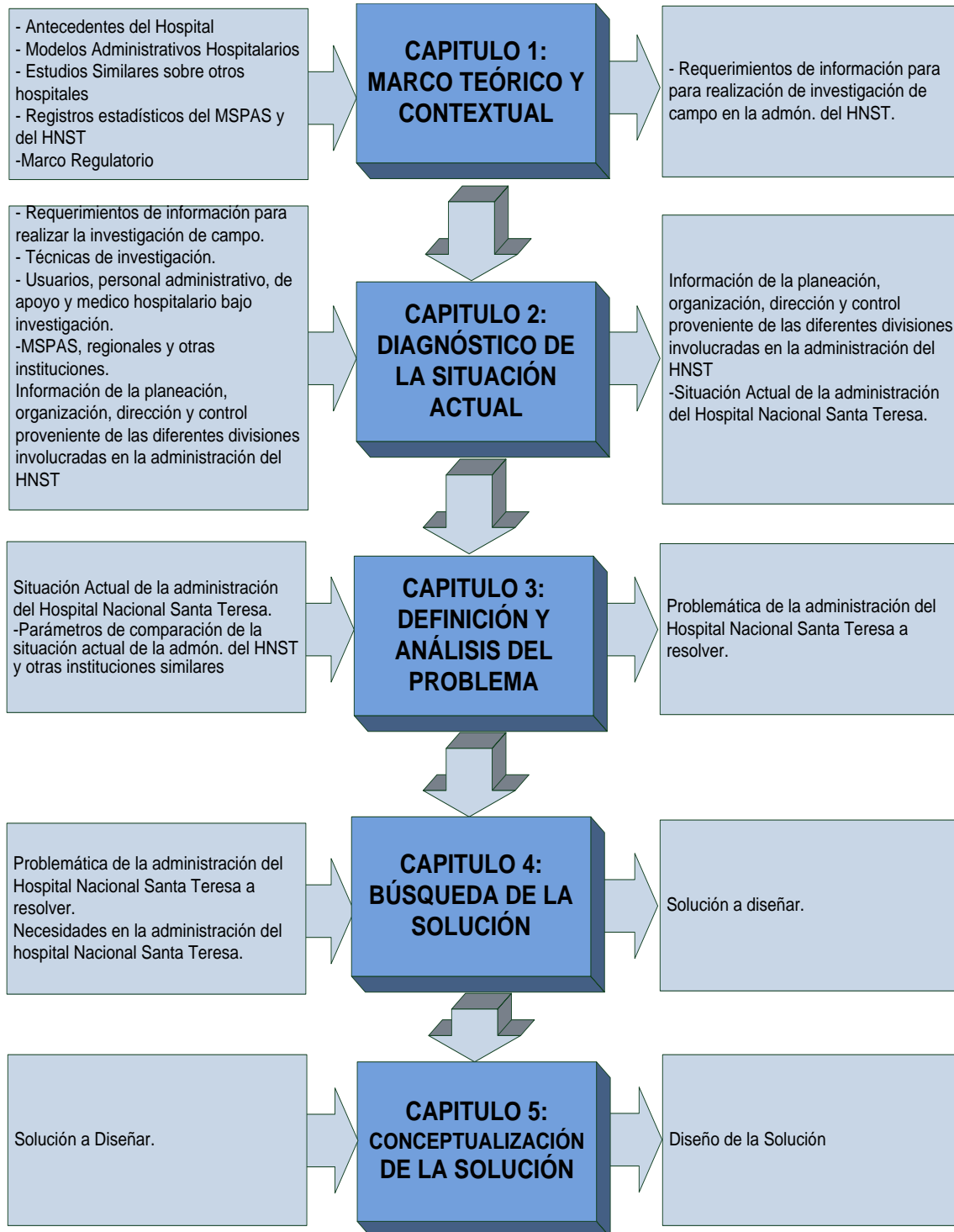


# ETAPA 1:

## **DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL**

# 1. METODOLOGÍA GENERAL DE LA ETAPA DE DIAGNÓSTICO

## 1.1 ESQUEMATIZACIÓN DE LA METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO



Fuente: Elaboración propia.

## 1.2 METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

<b>METODOLOGÍA DE LA ETAPA DE DIAGNOSTICO.</b>				
<b>C A P.</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN</b>	<b>FUENTES PRIMARIAS Y SECUNDARIAS A CONSULTAR</b>	<b>REQUERIMIENTOS DE INFORMACIÓN</b>
I	1. Búsqueda de información secundaria sobre administración y modelos administrativos hospitalarios.	Investigación Bibliográfica	Consulta bibliográfica. Fuentes en internet. MSPAS	-Antecedentes del HNST, referente a la administración del mismo. -Modelos administrativos hospitalarios. -Estudios similares, sobre administración de hospitales. -Registros estadísticos del HNST sobre cantidad de pacientes atendidos, demanda por servicio, entre otra información de interés para el estudio. -Marco Regulatorio de HNST
	2. Análisis de la información secundaria recolectada			
II	3. Elaboración de la metodología de la investigación		Libros de investigación	-Opiniones de pacientes, sobre la calidad de atención de los servicios recibidos. -Información del personal del HNST, acerca de la forma de planeación, organización, dirección y control del hospital en general y de cada una de las áreas y departamentos del mismo. -Información del MSPAS, regionales y otros hospitales, para comparar el desempeño del HNST. -Registros estadísticos de la población de Zacatecoluca.
	4. Determinación de los objetivos de la Investigación de campo			
	5. Elaboración de los instrumentos para la recolección de los datos.	-Entrevistas a profundidad. -Encuestas -Técnicas administrativas y organizativas	-Dirección del hospital. -Personal administrativo y del área médica. -MSPAS	
	6. Realización de la investigación de campo			
III	7. Recolección y tabulación de los resultados de la investigación	-Tabulación Estadística de la Información	Fuentes estadísticas.	-Información sobre la planificación, organización, dirección y control de las divisiones involucradas en la administración del HNST.
	8. Análisis de los resultados obtenidos	-Benchmarking con otras instituciones similares. -Análisis Estadístico	Estudios similares sobre otros hospitales. MSPAS CSSP	
IV	9. Determinación de problemas en la administración del HNST y priorización de los mismos.	Técnicas de resolución de problemas	Información de situación actual del hospital nacional Santa Teresa de Zacatecoluca y hospital nacional Santa Gertrudis de San Vicente	-Parámetros de comparación de la situación actual de la admón. del HNS, provenientes de las regulaciones actuales y el desempeño de otros hospitales. -Situación actual de la administración del HNST.
	10. Planteamiento del problema en la administración del HNST	Diagrama de la caja negra.		

<b>METODOLOGÍA DE LA ETAPA DE DIAGNOSTICO.</b>				
<b>C A P.</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN</b>	<b>FUENTES PRIMARIAS Y SECUNDARIAS A CONSULTAR</b>	<b>REQUERIMIENTOS DE INFORMACIÓN</b>
V	11. Búsqueda de soluciones.	-Investigación secundaria sobre administración y modelos administrativos hospitalarios. -Entrevistas.	-Estudios similares sobre administración de otros hospitales. -MSPAS -Otros modelos hospitalarios.	-Problemática de la administración del Hospital Nacional Santa Teresa a resolver. -Modelos Hospitalarios aplicados en el país u otros países.
	12. Evaluación y selección de las alternativas de solución	Técnicas de evaluación de alternativas	-Fuentes bibliográficas -Estudios similares de otros hospitales.	
VI	13. Conceptualización del sistema administrativo a diseñar.	-Uso de la inventiva y Creatividad.		Solución a diseñar.

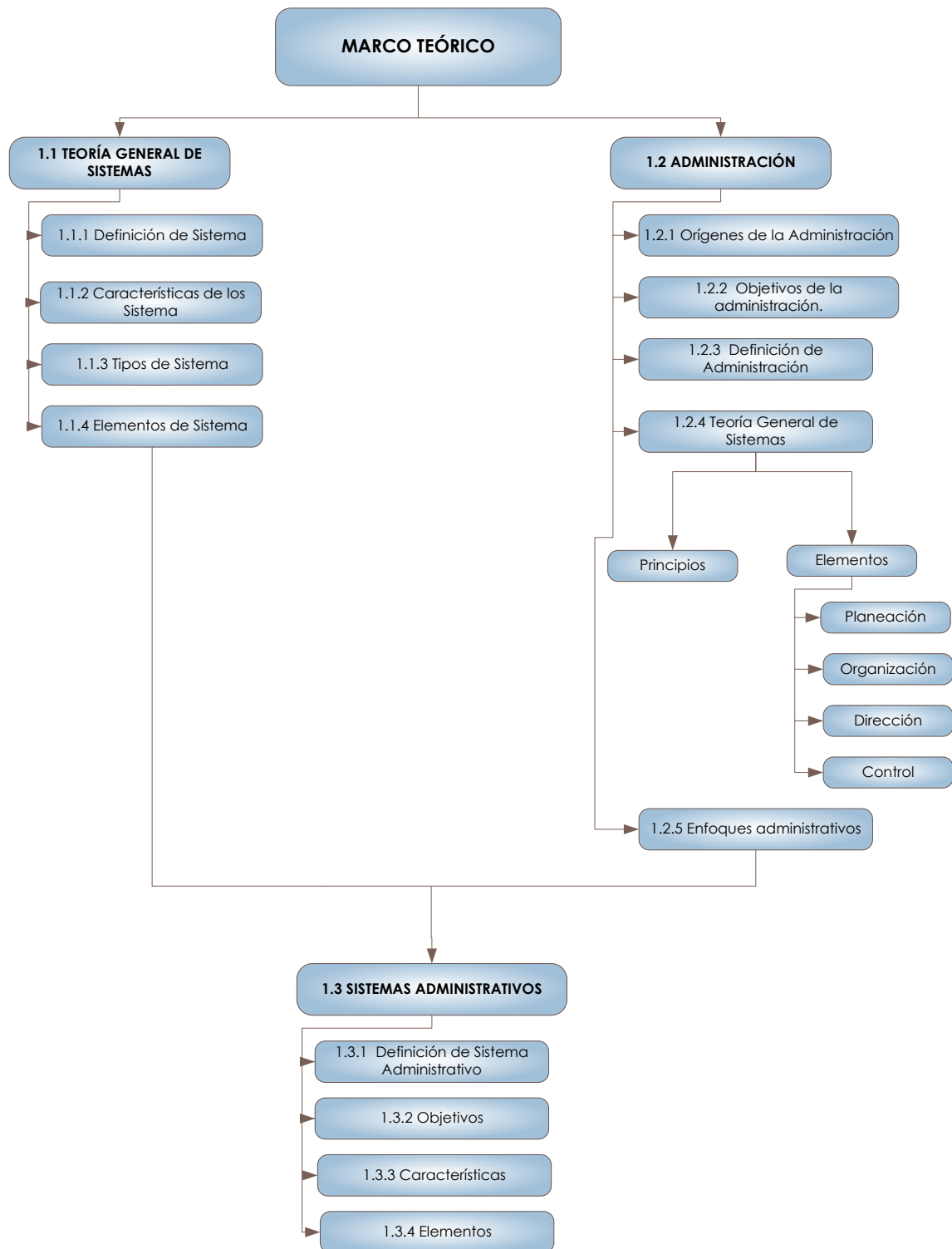
Fuente: Elaboración propia.

# **CAPÍTULO 1 :**

## **MARCO TEÓRICO Y CONTEXTUAL**

# 1. MARCO TEÓRICO

Imagen I-1: Desglose general del marco teórico.



Fuente: Elaboración propia.

## **1.1 TEORÍA GENERAL DE SISTEMAS**

La Teoría General de Sistemas (TGS) surgió con los trabajos del alemán Ludwig von Bertalanffy, publicados entre 1950 y 1968. Constituye el resultado de gran parte del movimiento de investigación general de los sistemas, formando un conglomerado de principios e ideas que han establecido un grado superior de orden y comprensión científicos, en muchos campos del conocimiento.

La TGS se fundamenta en tres premisas básicas:

- Los sistemas existen dentro de los sistemas.
- Los sistemas son abiertos.
- Las funciones de un sistema dependen de su estructura.

La teoría de sistemas penetró rápidamente en la teoría administrativa por dos razones fundamentales:

- Debido a la necesidad de sintetizar e integrar más las teorías que la precedieron, llevándose con éxito cuando se aplicaron las ciencias del comportamiento al estudio de la organización.
- La cibernética y la tecnología informática, trajeron inmensas posibilidades de desarrollo y operación de las ideas que convergían hacia una teoría de sistemas aplicada a la administración.

### **1.1.1 Definición sistema:**

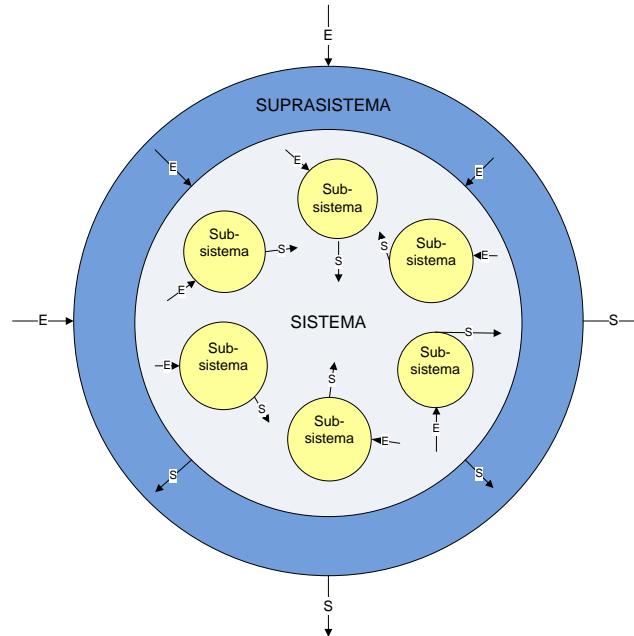
“Un sistema es un conjunto de diversos elementos interactuantes y relacionados entre sí y con el entorno, para lograr un objetivo común”

### **1.1.2 Características de los sistemas**

- La característica inicial de un sistema consiste en estar compuesto por partes que ejercen interacción.
- Todo sistema contiene otros sistemas (subsistemas) y a la vez está contenido en otros sistemas de carácter superior (suprasistemas). (Ver Imagen I-2)
- Todo sistema tiene uno o algunos propósitos.
- Todos los componentes de un sistema, así como sus interrelaciones, actúan y operan orientados en función de los objetivos de éste. Se puede deducir que los objetivos constituyen el factor o elemento que direcciona todas las partes del sistema.
- Globalismo: La alteración o variación de cada una de las partes o de sus relaciones incide en las demás y en el conjunto.
- Entropía: esto es la tendencia que los sistemas tienen al desgaste, a la desintegración, para el relajamiento de los estándares y para un aumento de la aleatoriedad. A medida que la entropía aumenta los sistemas se descomponen en estados más simples.
- Homeostasia: es el equilibrio dinámico entre las partes del sistema, esto quiere decir la tendencia de los sistemas a adaptarse con el fin de alcanzar el equilibrio interno frente a los cambios externos del medio ambiente.



Imagen I-2: Relación entre los Subsistemas y Suprasistemas



Fuente: Análisis y desarrollo de sistemas, García García, Alfredo Eduardo

### 1.1.3 Tipos de sistema

En cuanto a su constitución, pueden ser físicos o abstractos:

- Sistemas físicos o concretos: compuestos por equipos, maquinaria, objetos y cosas reales.
- Sistemas abstractos: compuestos por conceptos, planes, hipótesis e ideas. Muchas veces solo existen en el pensamiento de las personas.

En cuanto a su naturaleza, pueden ser cerrados o abiertos:

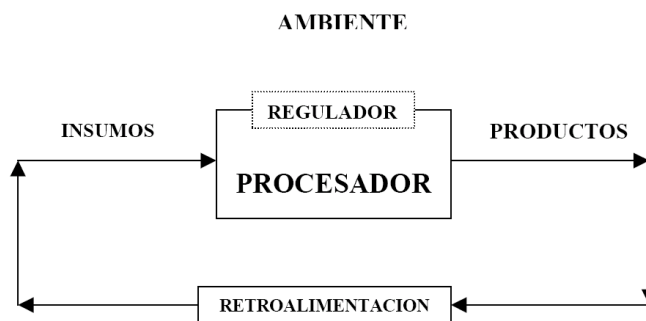
- Sistemas cerrados: no presentan intercambio con el medio ambiente que los rodea, son herméticos a cualquier influencia ambiental. No reciben ningún recurso externo y nada producen que sea enviado hacia fuera. En rigor, no existen sistemas cerrados. Se da el nombre de sistema cerrado a aquellos sistemas cuyo comportamiento es determinístico y programado y que opera con muy pequeño intercambio de energía y materia con el ambiente. Se aplica el término a los sistemas completamente estructurados, donde los elementos y relaciones se combinan de una manera peculiar y rígida produciendo una salida invariable, como las máquinas.
- Sistemas abiertos: presentan intercambio con el ambiente, a través de entradas y salidas. Intercambian energía y materia con el ambiente. Son adaptativos para sobrevivir. Su estructura es óptima cuando el conjunto de elementos del sistema se organiza, aproximándose a una operación adaptativa. La adaptabilidad es un continuo proceso de aprendizaje y de auto-organización.

### 1.1.4 Elementos de los sistemas

Las partes componentes de cualquier sistema son los siguientes:

- Insumos: Constituyen los componentes que ingresan (entradas) en el sistema dentro del cual se van transformando hasta convertirse en productos (salidas).
- Procesador: Es el componente que transforma el estado original de los insumos o entradas en productos y salidas. Factor básico del procesador serán el equipamiento y técnicas necesarias para la ejecución de los procesos, dependiendo del tipo de o clase del sistema.
- Productos: Son las salidas o la expresión material de los objetivos de los sistemas, son los fines y las metas del sistema. En la administración los productos serán los bienes y servicios, etc.
- Regulador: Es el componente que gobierna todo el sistema. En la administración el regulador estará constituido por los niveles directivos y gerenciales que establecen las reglas, por medio de políticas que se instrumentan en planes, estrategias, tácticas, entre otros.
- Retroalimentación: Entrada de información a un sistema que transmite mensajes de la operación del sistema para señalar si éste opera como se planeó. Además, la retroalimentación mantiene en funcionamiento al sistema ya que da entradas para modificarlo, corregirlo y fortalecer el desempeño y los resultados.
- Ambiente: es el medio que envuelve externamente el sistema. Está en constante interacción con el sistema, ya que éste recibe entradas, las procesa y efectúa salidas. La supervivencia de un sistema depende de su capacidad de adaptarse, cambiar y responder a las exigencias y demandas del ambiente externo. Aunque el ambiente puede ser un recurso para el sistema, también puede ser una amenaza.

Imagen I-3: Esquema de sistema



Fuente: teoría general de sistemas, von bertalanffy, ludwig.

## 1.2. ADMINISTRACIÓN

### 1.2.1 Orígenes de la administración moderna<sup>6</sup>.

Los emprendimientos organizados y encabezados por individuos responsables de planear, organizar, dirigir y controlar a grupos de personas han existido desde hace mucho. Con el pasar del tiempo surgió la necesidad de teorías formales que ayudaron a los gerentes a dirigir estas organizaciones; sin embargo hasta la llegada del siglo XX se empezaron a dar los primeros pasos en la formulación de dichas teorías. A continuación se detallan algunas de las teorías que dieron pie a la administración moderna.

CUADRO I-1: ALGUNAS TEORÍAS ADMINISTRATIVAS Y SUS CARACTERÍSTICAS		
ÉNFASIS	TEORÍAS ADMINISTRATIVAS <sup>7</sup>	CARACTERÍSTICAS
En las tareas	Administración científica	Racionalización del trabajo en el nivel operacional
En la estructura	Teoría clásica Teoría neoclásica	Organización formal. Principios generales de la administración. Funciones del administrador.
	Teoría de la Burocracia.	Organización formal burocrática. Racionalidad organizacional.
	Teoría estructuralista	Múltiple enfoque: Organización formal e informal. Análisis intraorganizacional y Análisis inteorganizacional.
En las personas	Teoría de las relaciones humanas.	Organización informal. Motivación, liderazgo, comunicaciones y dinámica de grupo.
	Teoría del comportamiento organizacional	Estilos de administración. Teoría de las decisiones. Integración de los objetivos organizacionales e individuales.
	Teoría del desarrollo organizacional.	Cambio organizacional planeado. Enfoque de sistema abierto.
En el ambiente	Teoría estructuralista	Análisis intraorganizacional y análisis ambiental.
	Teoría neo-estructuralista	Enfoque de sistema abierto.
En la tecnología	Teoría de la contingencia	Administración de la tecnología (imperativo tecnológico).

Fuente: Pelayo, Carmen M. "Principales teorías administrativas y sus principales enfoques".

### 1.2.2 Objetivo de la administración:

Lograr una adecuada interacción de los recursos institucionales con el propósito de alcanzar las metas en forma eficiente.

<sup>6</sup> Fuente: Fundamentos de la administración Robbins y otros autores.

<sup>7</sup> Ver detalle de teorías administrativas en Anexo I-1

### 1.2.3 Definiciones<sup>8</sup>:

Según Koontz y O'Donnell administración es: "La dirección de un organismo social y su efectividad en alcanzar objetivos, fundada en la habilidad de conducir a sus integrantes".

Henry Fayol dice que "administrar es prever, organizar, mandar y controlar".

El Dr. George R. Terry define administración como: "La administración consiste en lograr que se hagan las cosas mediante otras personas".

E. F. L. Brech: "Es un proceso social que lleva consigo la responsabilidad de planear y regular en forma eficiente las operaciones de una empresa, para lograr un propósito dado".

Para los propósitos del presente estudio, será definida como "El proceso que consiste en las actividades de planeación, organización, dirección y control para alcanzar los objetivos establecidos utilizando seres humanos y otros recursos (tecnológicos, financieros, inmobiliarios, mobiliarios, etc.)".

### 1.2.4 Teoría General de la administración.

Uno de los teóricos más destacados de este enfoque es Henri Fayol, el cual sentó precedentes al concepto de administración que se maneja en la actualidad, ya que definió el acto de administrar como planear, organizar, dirigir y controlar. También estableció una serie de principios importantes en la administración. Los cuales se presentan a continuación:

#### Principios de la administración (Según Fayol)

- Autoridad: Los gerentes tienen que dar órdenes para que se hagan las cosas. Si bien la autoridad formal les da el derecho de mandar, los gerentes no siempre obtendrán obediencia, a menos que tengan también autoridad personal (Liderazgo).
- Disciplina: Los miembros de una organización tienen que respetar las reglas y convenios que gobiernan la empresa.
- Unidad de Dirección: La organización debe tener un único plan de acción que guíe a gerentes y empleados.
- Unidad de Mando: Cada empleado debe recibir órdenes solo de un superior.
- Subordinación de interés individual al interés general: En cualquier empresa el interés de los empleados no debe tener prelación sobre los intereses de la organización como un todo.

---

<sup>8</sup> Fuente: Documento "Definición de la Administración". Amador, Juan Pablo

- Remuneración: La compensación por el trabajo debe ser equitativa para los empleados como para los patronos.
- Centralización: Se refiere al grado en que los subordinados participan en la toma de decisiones.
- Jerarquía: Es la línea de autoridad de la dirección superior a los rangos inferiores.
- Orden: Los materiales y las personas deben estar en el lugar adecuado en el momento adecuado.
- Equidad: Los administradores deben ser amistosos y equitativos con sus subalternos.
- Estabilidad del Personal: Una alta tasa de rotación del personal no es conveniente para el eficiente funcionamiento de una organización.
- Iniciativa: Debe darse a los subalternos libertad para concebir y llevar a cabo sus planes.
- Espíritu de grupo: Promover el espíritu de equipo dará a la organización un sentido de unidad.

Dichos principios fueron el marco de referencia del que surgieron muchos conceptos gerenciales actuales y dieron pie a gran cantidad de enfoques modernos de administración.

#### Características de la administración:

- *Universal*: El fenómeno administrativo se da donde quiera que existe un organismo social, porque siempre tiene que existir una coordinación sistemática de medios.
- *Unidad jerárquica*: toda la empresa forma un solo cuerpo administrativo; desde el gerente general, hasta el último mayordomo.
- *Valor instrumental*: La administración es un medio para alcanzar un fin. Se utiliza en los organismos sociales para lograr en forma eficiente los objetivos establecidos.
- *Amplitud de ejercicio*: Se aplica en todos los niveles de un organismo formal.
- *Interdisciplinaria*: La administración hace uso de los principios, procesos, procedimientos y métodos de otras ciencias que están relacionadas con la eficiencia en el trabajo. Está relacionada con matemáticas, estadística, economía, psicología, derecho, etc.
- *Flexible*: Los principios y técnicas administrativas se pueden adaptar a las diferentes necesidades de la empresa o grupo social.

## Elementos de la Administración:

### a) Planeación:

Planear significa: "diseñar un futuro deseado e identificar las formas para lograrlo". Es la etapa que abarca la definición de las metas de la organización, el establecimiento de una estrategia general para alcanzar esas metas y el desarrollo de una jerarquía minuciosa de los planes para integrar y coordinar las actividades.

### *Principios de la planeación*

- Flexibilidad: debe tener márgenes de holgura que permitan afrontar situaciones imprevistas, y que proporcione nuevos cursos de acción que se ajusten fácilmente a las condiciones;
- Unidad: todos los planes específicos de la empresa deben integrarse a un plan general y dirigirse al logro de los objetivos generales, de forma que exista interrelación entre ellos; y
- Precisión: al planear es necesario basarse en datos reales, precisos y exactos, y nunca en opiniones subjetivas, especulaciones o cálculos arbitrarios, por ello debe utilizarse información objetiva como: estadísticas, estudios de mercado, de factibilidad, entre otros, lo cual facilitará la ejecución y evaluación del progreso del plan.

Estos principios, aluden a la necesidad de establecer una planeación con base a la realidad, cuya ejecución no se convierta en una camisa de fuerza, puesto que, deben existir ciertas holguras en el alcance de los objetivos y metas, sin desviarse demasiado de lo esquematizado previamente.

### *Algunos componentes de la planeación son:*

- Misión: definición duradera del objeto de una empresa que la distingue de otras similares, que señala el alcance de sus operaciones en términos de productos y mercados;
- Visión: visualización que se hace la empresa, en la cual se esbozan algunos objetivos generales que sean alcanzables en el periodo de planeación;
- Objetivos: resultados que se pretenden alcanzar, por medio de actividades específicas y el cumplimiento de la misión básica;
- Metas: expresión cuantitativa del propósito o fin que se desea lograr;
- Estrategias: cursos de acción general que muestran la dirección y el empleo de los recursos, dirigidos al cumplimiento de los objetivos en condiciones ventajosas;
- Políticas: lineamientos que refuerzan las actividades a efecto de alcanzar los objetivos y guiar la toma de decisiones dado que abordan situaciones reiterativas o recurrentes
- Presupuestos: Es una formulación de resultados esperados, se expresa en términos numéricos;
- Procedimientos: secuencias cronológica de las acciones requeridas, detallando la manera en que deben realizarse las actividades, quien las debe realizar, donde y como debe realizarse.

## b) Organización:

“Es la estructuración de las relaciones que deben existir entre las funciones, niveles y actividades de los elementos materiales y humanos de un organismo social, con el fin de lograr la máxima eficiencia dentro de los planes y objetivos señalados.” Es decir, que consiste en la distribución y disposición de los recursos para alcanzar objetivos institucionales. Esa distribución se refleja en la división del trabajo en unidades organizacionales, en la definición de líneas formales de autoridad y en la adopción de mecanismos para coordinar las diversas tareas organizacionales.

### *Principios de la organización*

- Especialización: se divide el trabajo, delegando a cada empleado una actividad más limitada y concreta, para obtener mayor eficiencia, precisión y destreza;
- Unidad de mando: para cada función debe existir un solo jefe, cada subordinado no debe recibir órdenes sobre una misma tarea de dos personas distintas;
- Equilibrio de autoridad y responsabilidad: debe precisarse el grado de responsabilidad y la autoridad que corresponde al jefe de cada nivel jerárquico; y
- Equilibrio dirección-control: a cada grado de delegación debe corresponder el establecimiento de los controles adecuados, a fin de asegurar la unidad de mando.

### *Con la organización se establece:*

- *División del trabajo*: es descomponer una tarea compleja en sus componentes y así, las personas serán responsables de una serie limitada de actividades y no de la operación general;
- *Departamentalización*: combina las tareas en forma lógica y eficiente, agrupando en departamentos aquellas actividades que son similares o tienen una relación estrecha;
- *Jerarquías*: es el patrón de los niveles de la estructura organizacional, en la cima están el o los gerentes de mayor rango, responsables de las operaciones de toda la empresa; los gerentes de rangos más bajos se ubican en los niveles descendentes. Al número de subordinados que depende directamente de un gerente dado, se denomina *tramo de control administrativo* y las líneas de dependencia que caracterizan el organigrama y especifican quién depende de quién en una organización, lo constituye la *cadena de mando*; y
- *Comunicación horizontal y vertical*: Es la comunicación que la organización, como totalidad, ha regulado. Define el modo en que cada miembro de la organización ha de comportarse para confirmar el tipo de relación que han de mantener los miembros de la organización entre sí para que trabajen juntos. En la comunicación vertical hay flujos ascendentes (permite comprobar la comprensión de la comunicación y actualizar la información: sistemas de sugerencias o quejas, cuestionarios) y descendentes (permite la regulación y control de la conducta de los subordinados, tal como: manuales de la empresa, reuniones, instrucciones, cartas). La comunicación horizontal consiste en un intercambio lateral de mensajes entre

miembros de un mismo nivel jerárquico para coordinar las actividades de los distintos empleados o departamentos de la empresa, resolver problemas y tomar decisiones, utilizando medios como: reuniones de trabajo, notas, comunicados internos, trabajo en equipo, debates, teléfono o Internet.

#### c) Dirección:

Es aquel elemento de la administración en el que se logra la realización efectiva de todo lo planeado, por medio de la autoridad del administrador, ejercida a base de decisiones, ya sean tomadas directamente, con más frecuencia, delegando dicha autoridad y se vigila simultáneamente que se cumplan en forma adecuada todas las órdenes emitidas. Pone en marcha la organización. Su objetivo es alcanzar el máximo rendimiento de los empleados, de acuerdo con los aspectos generales.

#### *La dirección determina:*

- *Autoridad en la institución:* Es el derecho a dar instrucciones válidas que otros esperan recibir para obedecerlas. Dentro de la autoridad se encuentra la delegación, entendida como asignar autoridad a una persona para llevar a cabo actividades específicas por medio del siguiente proceso: Asignación de deberes, Delegación de autoridad, Asignación de responsabilidad, Creación de confianza.
- *Relaciones jefe-subordinado:* se define como el proceso de administrar el conflicto para evitar el que se generalice e interrumpa la realización de tareas.
- *Toma de decisiones:* Es un proceso en el que uno escoge entre dos o más alternativas en base a la experiencia, buen juicio, creatividad y habilidad para ocupar herramientas cuantitativas de información.

#### d) Control:

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: verificar si todas las etapas marchan de conformidad con el plan trazado, las instrucciones dadas y los principios establecidos. 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.

#### *Componentes del control:*

- *Definición de estándares e indicadores:*

Es la aplicación de una unidad de medida, que servirá como modelo, guía o patrón en base en lo cual se efectuará el control. Existen cuatro tipos de estándares; los cuales se presentan a continuación:

- Estándares de cantidad: Como volumen de producción, cantidad de existencias, cantidad de materiales primas, números de horas, entre otros.



- Estándares de calidad: Como control de materia prima recibida, control de calidad de producción, especificaciones del producto, entre otros.
- Estándares de tiempo: Como tiempo estándar para producir un determinado producto, tiempo medio de existencias de un productos determinado, entre otros.
- Estándares de costos: Como costos de producción, costos de administración, costos de ventas, entre otros.

- Evaluación o medición del desempeño actual.

- Comparación del desempeño actual con los objetivos o estándares establecidos:

La utilidad concreta y tangible del control está en la acción correctiva para integrar las desviaciones en relación con los estándares.

- Acción correctiva para superar los posibles desvíos o anomalías:

Es aquí en donde se encuentra la relación más estrecha entre la planeación y el control.

*Tipos de control según su periodicidad:*

- *Control preliminar (a través de la alimentación adelantada):* Se ejerce previamente a la acción para asegurar que se preparen los recursos y el personal necesarios y se tengan listos para iniciar las actividades. Incluyen todos los esfuerzos de la gerencia para aumentar la probabilidad de que los resultados actuales concuerden favorablemente con los resultados planificados.
- *Control coincidente (generalmente a través de informes periódicos de desempeño):* Vigilar (mediante la observación personal e informes) las actividades corrientes para asegurar que se cumplan las políticas y los procedimientos, sobre la marcha.
- *Control por retroalimentación:* Acción a posteriori (replanificación), concentrando la atención sobre los resultados pasados para controlar las actividades futuras.

*Técnicas para el control*

Entre las diferentes técnicas de control se pueden mencionar las siguientes:

- Contabilidad (Auditoría, Presupuestos, etc.)
- Reportes (informes, Archivos, expedientes)
- Gráficas y diagramas (Procesos, procedimientos, Gannt)
- Procedimiento hombre maquina, mano izquierda, mano derecha etc.
- Estudio de métodos, tiempos y movimientos, etc.
- Métodos cuantitativos
- Modelos matemáticos
- Investigación de operaciones.
- Cálculos probabilísticas, entre otros.

### Control de gestión<sup>9</sup>:

Establecen un conjunto de elementos de análisis que justifican la necesidad de enfocar los sistemas de control en función de la Estrategia y la Estructura de la organización, y de otorgarle al sistema de información, elementos de análisis cuantitativo y cualitativo, elementos financieros y no financieros, resumidos todos en los llamados factores formales y no formales del control.

Significa además la importancia de la existencia de un sistema de alimentación y retroalimentación de información eficiente y eficaz, para la toma de decisiones generadas del sistema de control de gestión sistémico y estratégico. El control de gestión se orienta a los procesos críticos de la organización, es decir, a los aspectos vitales que garanticen el éxito de la misión. Por ello, los factores críticos de éxito constituyen el punto inicial estratégico de un buen sistema de control. Un ejemplo de factores de éxito considerados son los que se muestran en la siguiente tabla:

CUADRO I-2: FACTORES DE ÉXITO CONSIDERADOS EN LA ADMINISTRACIÓN.		
FACTORES DE ÉXITO	DEFINICIÓN	ASPECTOS CLAVES
Eficacia	Cumplimiento de metas. Mide el grado porcentual de cumplimiento con respecto a una meta	Adecuación de recursos Costo-Efectividad Costo-Beneficio
Efectividad	Congruencia entre lo planificado y los logros obtenidos en el tiempo.	Metas formuladas Cumplimiento de metas Logros
Resultado/ Relevancia	Para qué se investiga. Mide el total alcanzado.	Pertinencia Impacto Oportunidad
Productividad	Capacidad transformadora del conocimiento producido. Mide la relación costo-producto	Cobertura Costos Calidad
Disponibilidad de recursos	¿Con qué se dispone y cuánto se requiere?	Humanos Materiales Financieros

Fuente: documento "Control (definición, características y metodología)". Administración y Dirección. McGraw Hill. 2001

Lo anterior dio pie a nuevos enfoques de administración, algunos de los cuales se detallan a continuación:

#### 1.2.5 Enfoques de administración modernos.

Hasta principios de la década de los cincuenta las contribuciones de autores y teóricos académicos del estudio de la administración fueron notablemente escasas, pues la mayoría de textos anteriores a esa fecha fueron obra de especialistas empíricos, en las últimas tres o cuatro décadas se ha dado el verdadero diluvio de textos procedentes de

---

<sup>9</sup> Fuente: Prof. González, Oliék "Los Sistemas de Control de Gestión Estratégica para las organizaciones", (en la web)

recintos académicos. Surgiendo una gran variedad de enfoques administrativos que han influido notablemente en la forma de administrar las organizaciones de hoy en día.

A continuación, se detallan algunos de dichos enfoques administrativos:

<b>CUADRO I-3: Principales Enfoques Administrativos.</b>			
<b>Enfoque/ Modelo</b>	<b>Objetivo general</b>	<b>Ventajas</b>	<b>Características</b>
<b>1951</b> Enfoque sistémico	Formar un todo organizado y cuyo resultado sea mayor que el resultado que las unidades del sistema podrían tener si funcionaran independientemente.	Trata las organizaciones como sistemas abiertos afectados por cambios producidos en su ambiente. Facilita la aplicación de modelos diferentes para la resolución de problemas diferentes.	Cualquier cambio que se haga en uno de los subsistemas impacta a los demás. Trabaja en base a la consecución de un objetivo permiten al usuario apreciar tanto su propio papel en la organización como el de los individuos con quienes debe trabajar.
<b>1954</b> Administración por Objetivos	Lograr una administración efectiva de la empresa, a través de su orientación hacia los resultados que se desean alcanzar.	Obliga a los gerentes a pensar en la planeación para obtener ciertos resultados, más que simplemente planear actividades o trabajos. Obliga al gerente a clarificar los papeles y las estructuras organizacionales. Estimula a las personas a comprometerse con sus metas. Desarrollo de controles efectivos ya que se plantean con base a los objetivos especificados.	Se basa en el principio de que, para alcanzar resultados, la organización necesita antes definir en qué negocio está actuando y a dónde pretende llegar. Los gerentes de una organización identifican objetivos comunes, definen las áreas de responsabilidad de cada uno en términos de resultados esperados y emplean esos objetivos como guías para la operación de la empresa. Es un sistema dinámico que integra la necesidad de la empresa de alcanzar sus objetivos de lucro y crecimiento, con la necesidad del gerente de contribuir a su propio desarrollo.
<b>80's</b> Administración de la Calidad.	Mejorar la calidad de un producto y/o servicio y aumentar la satisfacción del cliente mediante la reestructuración de las prácticas de administración acostumbrada.	Evalúa constantemente la calidad para identificar y corregir las causas de los defectos. Mejora continua de las actividades desarrolladas. Permite eliminar procesos repetitivos de poco rendimiento evitando así gastos innecesarios. Incrementa la productividad y disminuye los costos.	Se basa en la premisa de que el cliente es quien impone y define la calidad. Todos los empleados son responsables por la calidad y se les dota de los medios y capacitación para que cumplan con esa obligación. Los directivos principales deben actuar con determinación para establecer la calidad como valor fundamental que ha de incorporarse a las normas administrativas de la compañía. Los proveedores deben estar asociados plenamente a la Administración de la Calidad.

<b>CUADRO I-3: Principales Enfoques Administrativos.</b>			
<b>Enfoque/ Modelo</b>	<b>Objetivo general</b>	<b>Ventajas</b>	<b>Características</b>
<b>80's</b> Enfoque por procesos	Aumentar los resultados de la Empresa a través de conseguir niveles superiores de satisfacción de sus clientes por medio de la transformación en los procesos de las "entradas" en "salidas" deseadas añadiendo valor.	Mejora continua de las actividades desarrolladas Eliminar las ineficiencias asociadas a la repetitividad de las actividades Optimizar el empleo de los recursos Convive la organización vertical con la horizontal. Genera mejoras de carácter proactivo permanente gradual y radical.	Los procesos de valor añadido condicionan la ejecución de las actividades autoridad basada en los responsables del proceso orientación hacia el cliente interno o externo principio de eficiencia, flexibilidad y descentralización en la toma de decisiones Analizar las limitaciones de la organización funcional vertical para mejorar la competitividad de la Empresa. Medir el grado de satisfacción del cliente interno o externo, y ponerlo en relación con la evaluación del desempeño personal.
<b>90's</b> Reingeniería <sup>10</sup>	Rediseñar procesos empresariales, sistemas asociados y estructuras organizacionales para lograr mejoras radicales en el desempeño de la empresa.	Es un Nuevo pensamiento fundamental y diseño radical de los procesos empresariales para lograr mejoras radicales en el desempeño. Máximo involucramiento por parte de la gerencia Alineación estratégica (con la dirección estratégica de la empresa) Obliga al cambio dentro d la empresa por medio de objetivos medibles Efectiva administración del cambio Definición de responsabilidades Composición de un equipo de reingeniería	Este enfoque no es disminución de la estructura organizativa, reestructuración, reorganización, automatización, nueva tecnología, etc., es un examen y cambio de 5 componentes de negocios: Estrategias Procesos Tecnología Organización Cultura
<b>90's</b> <b>Enfoque de gestión Estratégica</b>	Modelar el desempeño de la organización, teniendo en cuenta las oportunidades y las amenazas que enfrenta en su propio medio, además de las fuerzas y debilidades de la organización misma.	Definición de un rumbo estratégico de la organización. Funcionamiento institucional más integrador. Comunicación eficaz. Contribuye a la mejora continua. Objetivos claros y definidos.	La gestión estratégica es un proceso global que apunta a la eficacia, integrando la planificación estratégica (más comprometida con la eficiencia) con otros sistemas de gestión. Puede ser un modelo de

<sup>10</sup> Fuente: BPR Online Learning Center: Business process reengineering

CUADRO I-3: Principales Enfoques Administrativos.			
Enfoque/ Modelo	Objetivo general	Ventajas	Características
		Orientado a las oportunidades.	dirección que permita que se alcancen los objetivos esenciales como: mejorar la calidad del servicio, dar respuesta a las nuevas demandas asistenciales, implementar el control de costos e incrementar la satisfacción de los clientes.

Fuente: Koontz, Harold. "Administración una perspectiva global" & otras fuentes en la web.

## **1.3 SISTEMAS ADMINISTRATIVOS**

### **1.3.1 Definición<sup>11</sup>:**

Un Sistema administrativo es un conjunto de elementos integrados para alcanzar los objetivos de una organización mediante una adecuada asignación, manejo y control de los recursos.

### **1.3.2 Objetivo de los sistemas administrativos:**

Contribuir al logro de los objetivos perseguidos por una organización a través de una adecuada asignación, manejo y control de sus recursos; adaptándose al medio en el que ésta se desenvuelve.

### **1.3.3 Características de los sistemas administrativos:**

- Los sistemas administrativos deben ser considerados como sistemas abiertos ya que existen en un ambiente que comprende otros sistemas.
- Deben ser concebidos con el propósito de lograr una adecuada asignación, manejo y control de los recursos.
- Deben estar constituidos de muchos subsistemas que están en interacción dinámica unos con otros, por ejemplo los subsistemas de planificación, organización, dirección, control, etc.
- Al ser estos subsistemas mutuamente dependientes, un cambio en uno de ellos, afectará a los demás.

---

<sup>11</sup> Elaboración propia con influencias de definiciones existentes.

### **1.3.4 Algunos elementos de los sistemas administrativos.**

#### Entrada:

- Recurso humano (profesionales y no profesionales, temporal y/o permanente, en relación de dependencia y/o contratado)
- Recursos físicos (muebles e inmuebles, automóviles, equipos de comunicaciones, red informática, etc.)
- Insumos (proveedores)
- Servicios públicos (energía eléctrica, gas, agua potable, )
- Información (conocimientos científicos, estadísticos regionales, administrativos, legales, etc.), a través de los medios propios de la institución y de consultorías privadas
- Presupuesto.
- Necesidades de los clientes.

#### Procesos:

- Procedimientos técnicos específicos del personal y capacitaciones del área administrativa.
- Procesos de mantenimiento, renovación y/o modernización de los recursos físicos
- Procesos de provisión de insumos
- Procesos de recursos humanos.
- Procesos del área financiera.
- Procesos informáticos, entre otros.

#### Salida:

- Productos de gestión financiera
- Productos de Recursos humanos
- Productos de mantenimiento
- Productos de compras, etc.

#### Retroalimentación:

- La experiencia y la capacitación retroalimentan el sistema.
- Algunos residuos del área administrativa se pueden reciclar o vender para generar ingreso monetario para la organización.
- La información proveniente de los sistemas de control
- Nuevos lineamientos o políticas de suprasistemas como el Gobierno
- La opinión de usuarios internos y externos al sistema.

#### Medio ambiente:

- Proveedores.
- Organizaciones similares.
- Gobierno local y estatal.

#### Regulador:

Conjunto de leyes, reglamentos y políticas internas y externas.

---

## **2. MARCO CONTEXTUAL**

---

### **2.1 GENERALIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL**

De acuerdo con el artículo 40 del Código de Salud de la República, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el Organismo encargado de determinar, planificar y ejecutar la política nacional en materia de Salud; dictar las normas pertinentes, organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la Salud.

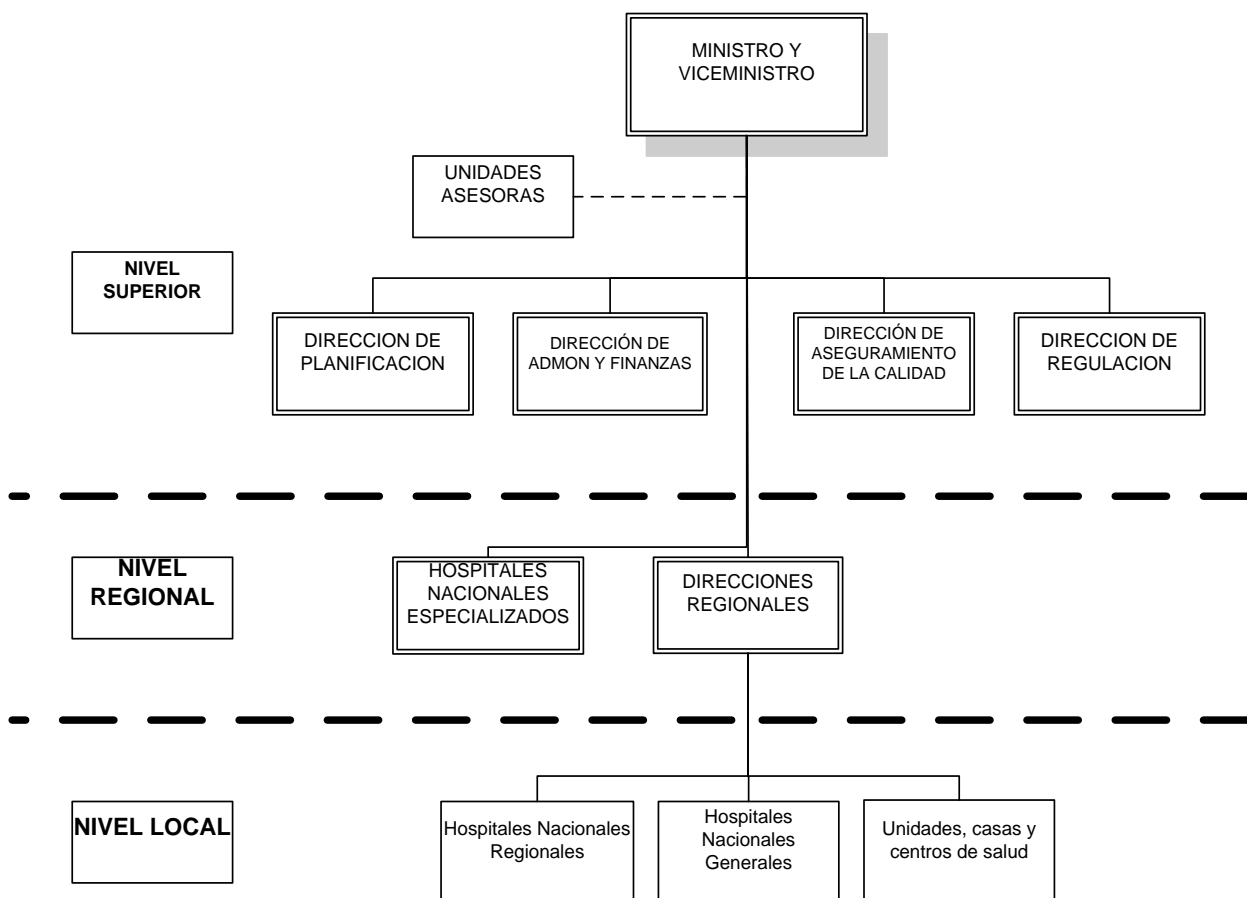
Según este mismo código (Art. 41) entre las principales atribuciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social están:

- Orientar la política gubernamental en materia de Salud Pública y Asistencia Social;
- Establecer y mantener colaboración con los demás Ministerios, Instituciones Públicas y Privadas y Agrupaciones Profesionales o de Servicio que desarrollen actividades relacionadas con la salud;
- Elaborar los Proyectos de Ley y Reglamentos de acuerdo a este Código que fueren necesarios; Organizar, reglamentar y coordinar el funcionamiento y las atribuciones de todos los servicios técnicos y administrativos de sus dependencias;
- Intervenir en el estudio y aprobación de los tratados, convenios y cualquier acuerdo internacional relacionado con la salud;
- Sostener y fomentar los programas de salud de carácter regional centroamericano aprobados por los organismos correspondientes;
- Velar por el desarrollo y mejoramiento de las normas de enseñanza de las profesiones relacionadas con la salud y promover el adiestramiento técnico y especialización del personal encargado de las secciones de salud;
- Propiciar todas las iniciativas oficiales y privadas que tiendan a mejorar el nivel de salud de la comunidad, de acuerdo con las normas señaladas por los organismos técnicos correspondientes.

Para el cumplimiento de dichas funciones el Ministerio de Salud se encuentra organizado en tres niveles que son:

- Nivel superior: está conformado por el MSPAS en sus áreas directivas.
- Nivel regional: conformado por las 5 direcciones regionales de salud y por los hospitales de tercer nivel de atención de salud.
- Nivel local: conformado por los hospitales nacionales generales y regionales, así como las unidades, puestos y casas de salud.

Imagen I-4: Organización del Ministerio de Salud Pública de El Salvador



Fuente: Estructura organizativa del Ministerio de Salud Pública y Asistencia social 2007

## **2.2 NIVELES DE ORGANIZACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD**

Entre las principales funciones de estos niveles están<sup>12</sup>:

### **2.2.1 Nivel Superior**

El Nivel Superior es el rector del sector salud que ejecuta la Política Nacional de Salud y define los planes, programas, proyectos y estrategias a ser operativizadas en el sector salud y está constituido por los Titulares del Ramo de Salud, las Direcciones y las Unidades Asesoras.

<sup>12</sup> Fuente: artículos. 4,5,7,8,9,11,12,20,22 de la Ley del SIBASI



Las direcciones del nivel superior se encargan de la generación de los planes estratégicos, nuevos proyectos, leyes, reglamentos y velar por las necesidades del sector salud. Entre estas direcciones se encuentran<sup>13</sup>:

- Dirección de Planificación: Es la responsable de facilitar, formular y evaluar los planes estratégicos, así como los programas y proyectos de inversión relacionados al campo de la salud en base a necesidades y prioridades, principios, valores, visión y misión del ministerio para dar la direccionalidad y conducción del sector, en coherencia a las políticas y planes nacionales.
- Dirección de administración y finanzas: Es la responsable de velar por una adecuada administración de los recursos humanos, materiales y financieros asignados al Ministerio de salud, mediante la elaboración y ejecución del plan estratégico para la gestión de los recursos.
- Dirección General de Salud: compuesto por las direcciones regionales, los SIBASI's (Unidades de salud, casas y centros de salud), hospitales generales, regionales y especializados que son encargados de proporcionar los servicios de salud a la población.
- Dirección Aseguramiento de la Calidad: Es la responsable de verificar que los servicios de salud se proporcionen de acuerdo a los estándares, indicadores e instrumentos del sistema integral de atención en salud y así garantizar que la población reciba servicios Integrales de Salud de calidad.
- Dirección de Regulación: Es la instancia del MSPAS responsable de la elaboración y actualización de propuestas de leyes y reglamentos relacionadas con la salud, que le den soporte legal a las acciones del Sistema Nacional de Salud.

### **2.2.2 Nivel Regional**

El Nivel Regional está conformado por cinco Direcciones Regionales de Salud, las cuales constituyen estructuras administrativas desconcentradas que tienen como atribución la gestión y el control de los recursos asignados a los SIBASI y el control de la gestión de los recursos de los Hospitales Nacionales Generales y Regionales; además de proporcionar asistencia técnica, supervisión, monitoreo y evaluación a través del establecimiento de unidades de apoyo para la ejecución técnica y administrativa.

Las Direcciones Regionales de Salud son:

- Dirección Regional de Salud Occidental (Santa Ana, Ahuachapán y Sonsonate)
- Dirección Regional de Salud Central (La Libertad y Chalatenango)
- Dirección Regional de Salud Metropolitana (San Salvador)
- Dirección Regional de Salud Paracentral (Cuscatlán, Cabañas, San Vicente y La Paz)
- Dirección Regional de Salud Oriental (Usulután, San Miguel, Morazán y La Unión)

---

<sup>13</sup> Fuente: Reglamentos de las direcciones de Salud.

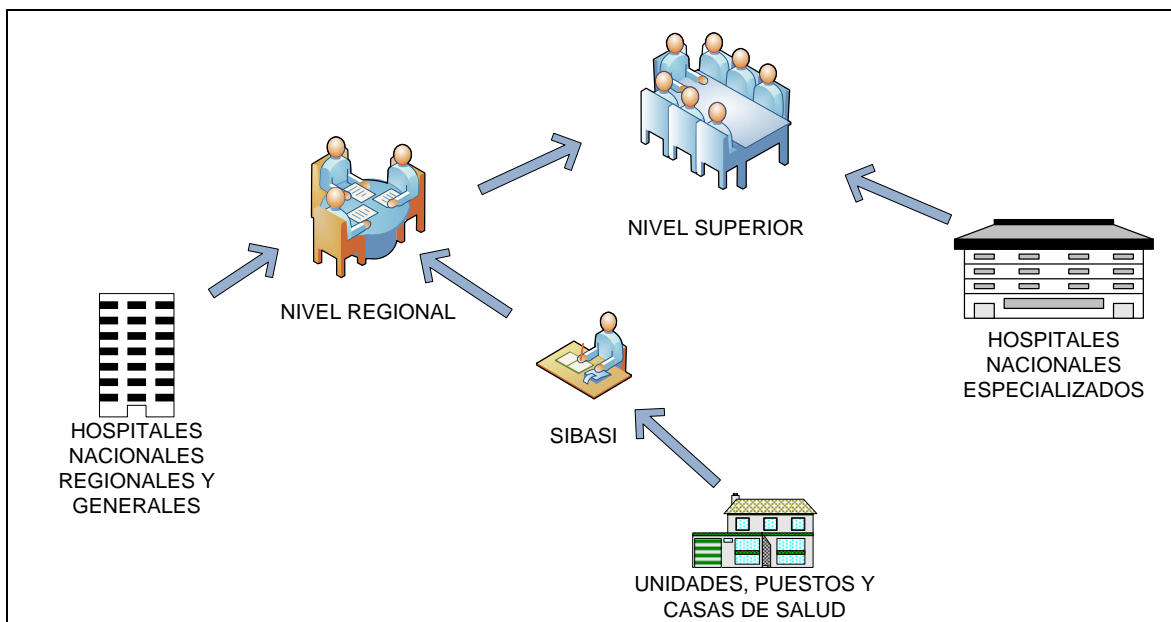
### 2.2.3 Nivel Local

El Nivel Local está conformado por la red operativa de establecimientos de salud integrados en los SIBASI y por los hospitales Nacionales Generales y Regionales. Existen en total 17 SIBASI en todo el país, 4 de ellos en San Salvador (Centro, Sur, Norte y Oriente) y los restantes se dividen en un SIBASI por cada departamento<sup>14</sup>.

Los SIBASI<sup>15</sup> son elementos organizativos del Primer Nivel de Atención, al cual se le ha delegado la provisión de los servicios de salud en coordinación con el Segundo y Tercer Nivel de Atención, dependerán jerárquicamente de la Dirección Regional correspondiente.

Todos estos niveles antes descritos, se encuentran relacionados unos con otros, como se muestra en la siguiente imagen:

Imagen I-5: Flujo de información en los diferentes niveles del MSPAS



Fuente: Elaboración propia con documentación del MSPAS

Los niveles local y regional, como se mencionó con anterioridad, son los responsables de la prestación de los servicios de salud a través de las Hospitales Regionales, Generales y especializadas, así como a través de las diferentes unidades de Salud. Estas instituciones se encuentran organizadas en diferentes niveles de atención a partir de los servicios que ofrecen.

<sup>14</sup> Fuente Distribución Poblacional y Establecimientos de Salud según Departamentos, Año 2007 del MSPAS

<sup>15</sup> Fuente: Manual del SIBASI, MSPAS

## **2.3 CLASIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN EN SALUD**

Los servicios de salud pública se encuentran divididos de acuerdo a su nivel de complejidad en tres niveles que son:<sup>16</sup>

### **2.3.1 Primer Nivel de Atención**

El Primer Nivel de Atención está constituido por las 369 Unidades de Salud, 167 Casas de la Salud y los 50 Centros Rurales de Nutrición diseminados en el territorio nacional<sup>17</sup>. Un aspecto importante de mencionar es que 170 unidades de salud están siendo beneficiadas por el Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD)<sup>18</sup>, el cual amplía la atención hospitalaria a 24 horas, a diferencia de las demás unidades de salud, casas de salud y centros rurales de salud, que laboran en horarios de 8 a 12 horas al día.

### **2.3.2 Segundo Nivel de Atención**

El Segundo Nivel de Atención está constituido por los Hospitales Nacionales Generales y los Hospitales Nacionales Regionales, los cuales dependen jerárquicamente de la Dirección Regional correspondiente. Existen un total de 25 hospitales nacionales<sup>19</sup> que conforman este nivel de atención.

Los Hospitales Nacionales Generales son establecimientos para la atención de pacientes en las especialidades básicas, tales como cirugía general, gineco-obstetricia, medicina interna, pediatría, sus especialidades complementarias y servicios de apoyo que se prestan en las áreas de emergencia, atención ambulatoria y hospitalización.

Así mismo, forman parte del Segundo Nivel de Atención los Hospitales Nacionales Regionales, los cuales son establecimientos de segundo nivel para pacientes que ameriten atención en los servicios de emergencia, atención ambulatoria y hospitalización; además, brindarán las atenciones especializadas a los pacientes referidos por los Hospitales Nacionales Generales correspondientes a su área geográfica de responsabilidad.

Los Hospitales Nacionales Regionales son los siguientes:

- Hospital Nacional Regional "San Juan de Dios", Santa Ana.
- Hospital Nacional Regional "San Juan de Dios", San Miguel.

---

<sup>16</sup> Fuente: artículos. 4,5,7,8,9,11,12,20,22 de la Ley del SIBASI

<sup>17</sup> Fuente Distribución Poblacional y Establecimientos de Salud según Departamentos, Año 2007 del MSPAS

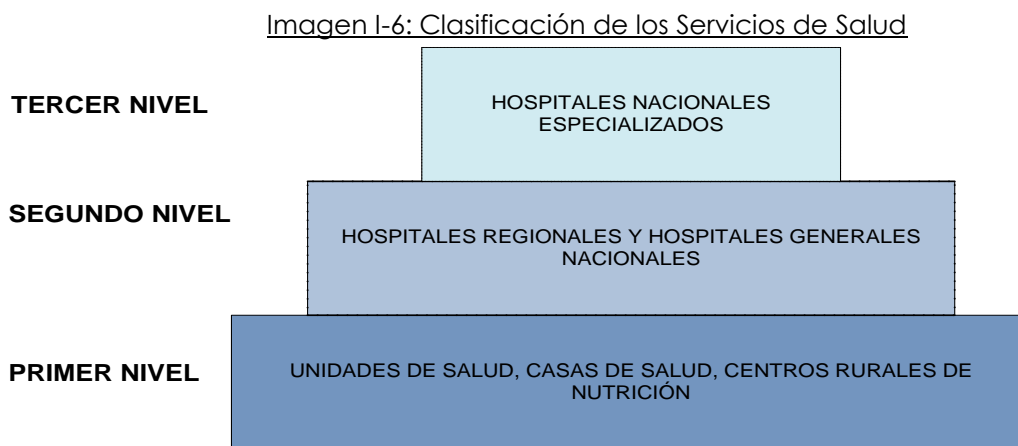
<sup>18</sup> Según decreto legislativo nº 538 el 16/12/04.MSPAS

<sup>19</sup> Fuente Distribución Poblacional y Establecimientos de Salud según Departamentos, Año 2007 del MSPAS

### 2.3.3 Tercer Nivel de Atención

El Tercer Nivel de Atención está constituido por los Hospitales Nacionales Especializados de alta complejidad, orientados a brindar servicios ambulatorios, de emergencia e internamiento, para dar respuesta a la demanda de la población, los cuales dependerán jerárquicamente del Titular del Ramo, siendo éstos los siguientes:

- Hospital Nacional Especializado "Rosales", San Salvador.
- Hospital Nacional Especializado de Niños "Benjamín Bloom", San Salvador.
- Hospital Nacional Especializado de Maternidad "Dr. Raúl Argüello Escolán", San Salvador.
- Hospital Nacional General de Neumología y Medicina Familiar, "Dr. José Antonio Saldaña"; San Salvador.
- Hospital Nacional Psiquiátrico Dr. José Molina M.; San Salvador.



Fuente: Elaboración Propia

### **2.4 HOSPITALES GENERALES E INSTANCIAS RELACIONADAS.**

De acuerdo con el artículo 2 del Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, un hospital Nacional General se define como:

*"El establecimiento de segundo nivel para la atención de pacientes en especialidades básicas de la Medicina; Cirugía General, Gineco-obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y sus especialidades complementarias y servicios de apoyo que se prestan en las áreas de emergencia, atención ambulatoria y hospitalización".*

Entre sus funciones contempladas en el reglamento General de Hospitales se encuentran las siguientes:

- Proveer servicios de salud permanentes e integrales de tipo ambulatorio, emergencia e internamiento en las especialidades médicas según su complejidad;
- Proveer servicios de salud en forma eficiente, equitativa, con calidad, calidez, contando con la participación de la población y diferentes sectores sociales;

- Proponer y apoyar técnicamente la formulación, evaluación y supervisión de normas, guías y protocolos de atención médica;
- Desarrollar la provisión y gestión de los servicios de salud en función de los compromisos, acuerdos, convenios y contratos;
- **Desarrollar los procesos de planificación organización, ejecución y control de las acciones de salud;**
- Establecer e implementar planes de desarrollo de los recursos humanos;
- Desarrollar procesos de investigación médica de acuerdo a criterios legales, éticos, epidemiológicos y de interés nacional;
- Coordinar con los diferentes hospitales nacionales el sistema de referencia y referencia de retorno, apoyo e intercambio de recursos, capacitaciones y soporte técnico;
- Ejercer una gestión administrativa y financiera eficiente y transparente; y,
- Las demás establecidas por otros cuerpos normativos.

El funcionamiento de los hospitales generales Nacionales, por tratarse de empresas públicas, está regido tanto a nivel operativo como administrativo por otras instancias superiores como el Gobierno Central, el Ministerio de Hacienda, el Consejo Superior de Salud, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, entre otros, los cuales dictan leyes, programas, políticas y normas que regulan el accionar de los nosocomios.

#### **2.4.1 Marco Legal en la Administración de los Hospitales Generales.**

La actividad legal de los Hospitales Nacionales Generales se enmarca en primer lugar en la Constitución de la República, que en su artículo 65 establece que la salud de los habitantes de la República, constituye un bien público y que el Estado y las personas están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento... por cuanto está comprendido en los programas y planes de Gobierno a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Además al estar financiado con fondos del Estado, está regulado por la Ley del Presupuesto, publicada como Decreto Legislativo N° 2983, el 17 de diciembre de 1959, D. O. 234, tomo 85 del 23 de diciembre de 1959.

Otras regulaciones a las que se encuentra sujeta la administración del Hospital Nacional "Santa Teresa" de Zacatecoluca son: Ley General de Presupuestos, Ley de Salarios, Ley Orgánica de Administración Financiera, Ley del Servicio Civil, Código de Trabajo, Normas Técnicas de control Interno de la Corte de Cuentas, Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, etc. Las cuales se describen a continuación:

Ley General de Presupuestos: contiene los lineamientos y criterios generales para orientar el proceso de Formulación del Presupuesto, en función de la política presupuestaria vigente, la cual se realiza en cumplimiento a lo establecido en los artículos 28 y 29 de la Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado, y artículo 40 de su Reglamento siendo su ámbito de aplicación es el Sector Público No Financiero de conformidad con el artículo 2 de la Ley antes citada.

Ley Orgánica de Administración Financiera<sup>20</sup>: esta ley tiene por objeto normar y armonizar la gestión financiera del sector público; establecer el Sistema de Administración Financiera Integrado que comprenda los Subsistemas de Presupuesto, Tesorería, Inversión y Crédito Público y Contabilidad Gubernamental.

De acuerdo con el artículo 2 “Quedan sujetas a las disposiciones de esta Ley todas las Dependencias Centralizadas y Descentralizadas del Gobierno de la República, las Instituciones y Empresas Estatales de carácter autónomo, inclusive la Comisión Ejecutiva Hidroeléctrica del Río Lempa, y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social; y las entidades e instituciones que se costeen con fondos públicos o que reciban subvención o subsidio del Estado...”

Por otra parte, según lo establecido en el Artículo 16 de la presente ley “Cada entidad e institución mencionada en el Artículo 2 de esta Ley, establecerá una unidad financiera institucional responsable de su gestión financiera, que incluye la realización de todas las actividades relacionadas a las áreas de presupuesto, tesorería y contabilidad gubernamental, de acuerdo a lo dispuesto por la presente Ley. Esta unidad será organizada según las necesidades y características de cada entidad e institución y dependerá directamente del Titular de la institución correspondiente.”

Ley del Servicio Civil: esta normativa tiene por “...finalidad regular las relaciones del Estado y el Municipio con sus funcionarios y empleados; y garantizar la protección de éstos y la eficiencia de la administración pública y municipal, y organizar la carrera administrativa mediante la selección y promoción del personal sobre la base del mérito y la aptitud. Creando para ello orgánicamente el Tribunal de Servicio Civil, y sus atribuciones” (Art. 1).

Estarán sujetos a esta ley de acuerdo con el artículo 2... los funcionarios y empleados de la administración pública y de la municipalidad y los de los organismos descentralizados de las mismas que no gocen de autonomía económica o administrativa. Esta norma también regula los procesos de creación y supresión de empleos “...Toda plaza, cargo o empleo público sólo podrá ser creado o suprimido por la ley; y para tomar posesión o entrar a desempeñar el cargo o empleo el funcionario o empleado deberá ser nombrado de conformidad con la misma...”(Art.3), Selección de Personal y Llamamiento de aspirantes (Art.20 y 21). Además se estipulan los derechos, deberes y prohibiciones de los empleados y funcionarios.

Normas Técnicas de control Interno de la Corte de Cuentas: “constituye el marco básico que establece la Corte de Cuentas de la República para el control interno hacia los órganos, instituciones, entidades, sociedades y empresas del sector público.”(Art. 1). De lo anterior, establece pautas generales que orientan el accionar de las entidades del sector público hacia un adecuado control interno y probidad administrativa, logrando eficiencia, efectividad, economía y transparencia en la gestión que desarrollan. (Art. 3)

Según el Art. 5, “La responsabilidad por el diseño, implantación, evaluación y perfeccionamiento del sistema de control interno corresponde a la máxima autoridad de cada Institución del sector público y a los niveles gerenciales y demás jefaturas en el área

---

<sup>20</sup> Ver Anexo I-2 y I-3: Ley orgánica de la administración Financiera y su respectivo reglamento.

de su competencia institucional. Corresponde a los demás empleados realizar las acciones necesarias para garantizar su efectivo cumplimiento."

Reglamento general de hospitales<sup>21</sup>: tiene como objeto regular la atribución y funciones del Hospital Nacional adscritos al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que 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 resolutoria y al nivel de complejidad institucional. (Art. 1).

Este reglamento también establece algunas regulaciones relacionadas a la organización de los hospitales como: puestos, funciones y requisitos de los cargos. Art. 7, 43 y 61..."Los Jefes de los Servicios Técnicos de Apoyo Médico y los Jefes de los Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento serán los encargados de planificar, organizar, dirigir, coordinar, supervisar y evaluar las actividades técnico-administrativas y docentes del Servicio a su cargo."

Art. 72. El Área Administrativa es la responsable de la gestión administrativa institucional; para tal fin cuenta con las siguientes dependencias: Recursos Humanos; Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional; Conservación y Mantenimiento Integral; y Otras que sean necesarias....

Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública:<sup>22</sup> La Ley tiene por objeto regular las adquisiciones y contrataciones de obras, bienes y servicios, que deben celebrar las instituciones de la Administración Pública para el cumplimiento de sus fines; entendiéndose para los alcances y efectos de ésta, que la regulación comprende además los procesos enunciados en esta Ley. (Art.1)

De acuerdo con el artículo 2 de esta ley, quedan sujetas a las disposiciones de esta legislación:

- a. Las adquisiciones y contrataciones de las instituciones del Estado, sus dependencias y organismos auxiliares, de las instituciones y empresas estatales de carácter autónomo, inclusive la Comisión Ejecutiva Hidroeléctrica del Río Lempa y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social;
- b. Las adquisiciones y contrataciones de las entidades que comprometan fondos públicos; y,
- c. Las adquisiciones y contrataciones costeadas con fondos municipales, las que podrán ejecutar obras de construcción bajo el sistema de administración, a cargo del mismo Concejo y conforme las condiciones que señala esta ley.

El siguiente cuadro muestra las diferentes leyes, normas, reglamentos, etc. que se aplican en cada una de las fases del proceso administrativo en un hospital de segundo nivel de atención.

---

<sup>21</sup> Ver Anexo I-4: Reglamento General de Hospitales

<sup>22</sup> Ver Anexo I-5: Artículos generales de la ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública.

**Cuadro I-4: Marco legal administrativo para hospitales nacionales generales**

Etapa proceso administrativo	Componente de etapa	Ley, reglamento, norma, etc.	Artículo o estatuto asociado
<b>PLANEACIÓN</b>	<b>Misión y visión institucional</b>	Ley de creación del Sistema Nacional de Salud	Capítulo I Creación y naturaleza del Sistema Nacional de Salud, Art. 3: El Sistema Nacional de Salud tendrá como meta el cumplimiento de la garantía constitucional de acceso a los servicios de salud, como un derecho de todos los habitantes del territorio y tendrá como características distintivas el humanismo, respeto al usuario, ética, calidez, universalidad, equidad, solidaridad, subsidiaridad, accesibilidad, calidad, integralidad, eficacia, eficiencia, oportunidad y participación social
		Reglamento General de Hospitales	Título I Capítulo I Objeto y Ámbito de aplicación., Art. 1: funciones del hospital: <u>Ejercer una gestión administrativa y financiera eficiente y transparente</u>
	<b>Objetivos institucionales</b>	Normas Técnicas de Control Interno del MSPAS	<u>Capítulo preliminar, Art. 4:</u> componentes orgánicos: valoración de riesgos Capítulo I Normas relativas al ambiente de control, Art. 8 y 9: compromiso con la competencia; estilo de gestión Capítulo II Normas relativas a la valoración de riesgos, Art. 15 al Art. 18: planificación participativa; identificación, análisis y gestión de los riesgos
	<b>Plan anual operativo</b>	Reglamento General de Hospitales	Título II de la Organización Capítulo III, Art. 43, 61: administración de áreas de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento; administración de los Servicios Técnicos de Apoyo Médico Título VII Disposiciones Generales, Art. 130: El personal del Hospital gozará de las vacaciones, asuetos y licencias que establezca la Ley de Asuetos, Vacaciones y Licencias de los Empleados Públicos.
Ley de Creación Del Sistema Nacional de Salud		Capítulo II de la política nacional de salud y la rectoría, Art. 6: el MSPAS, en su función de rectoría, coordinará la formulación de la política nacional de salud de manera conjunta con los miembros del Sistema Nacional de Salud. <u>Las directrices emitidas por el ente rector en la aplicación de la política aprobada tendrán de carácter obligatorio, pero no podrán transgredir las limitaciones y objetivos específicos de cada institución integrante del sistema, según lo establecido en los cuerpos legales que rigen a dichas instituciones.</u> La política nacional de salud deberá ser evaluada por lo menos una vez al año de manera conjunta con el Ministerio y los miembros, los que arrojarán las respectivas modificaciones o ajustes. También determinará el grado de cumplimiento de la política por parte de los miembros del sistema. Capítulo II de la política nacional de salud y la rectoría, Art. 7: Elementos de la Política Nacional de Salud Capítulo II de la política nacional de salud y la rectoría, Art. 10: <u>los miembros que integran el Sistema Nacional de Salud, al actuar conforme a las potestades y dentro de las limitaciones establecidas por sus respectivos marcos normativos, tendrán como directriz la Política Nacional de Salud, a fin de realizarlas de forma coordinada e integrada.</u>	



**Cuadro I-4: Marco legal administrativo para hospitales nacionales generales**

<b>Etapa proceso administrativo</b>	<b>Componente de etapa</b>	<b>Ley, reglamento, norma, etc.</b>	<b>Artículo o estatuto asociado</b>
	<b>Plan anual de capacitación del recurso humano</b>	Normas Técnicas de Control Interno del MSPAS.	Capítulo I Normas relativas al ambiente de control, Art. 12 Capítulo III Normas relativas a las actividades de control, Art. 47
		Código de Salud	Sección cincuenta y ocho: Formación y Adiestramiento de Personal. Art. 271 al Art. 273.
		Ley de Servicio Civil	Capítulo V Derechos, Deberes y Prohibiciones. Art. 29
		Reglamento General de Hospitales	Título VII Disposiciones Generales, Art. 127: El Director y los Jefes de Divisiones, Departamentos, Servicios o Unidades deberá elaborar y desarrollar programas de capacitación para el personal a su cargo según necesidades.
	<b>Plan de conservación y mantenimiento</b>	Compromisos de Gestión	
		Normas Técnicas de Control Interno del MSPAS	Capítulo III Normas relativas a las actividades de control, Art. 28, 34
	<b>Programación anual de adquisiciones y contrataciones</b>	Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública	Título I Disposiciones Generales Capítulo Único Objeto, ámbito de aplicación y sujeto de la ley, Art. 1 al Art. 5 Título II Capítulo III Programación Anual de Adquisiciones y Contrataciones, Art. 16.
		Reglamento General de Hospitales	Título VII Disposiciones Generales, Art. 136: El Ministerio, a través del Hospital y la Región del SIBASI podrán contratar bienes y servicios de acuerdo a lo establecido en la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública.
		Manual de procesos para la ejecución presupuestaria	Programación de la Ejecución Presupuestaria Procedimiento para el registro del compromiso presupuestario Requerimiento de fondos Requerimiento para elaborar, devengar y solicitar requerimientos de fondos. Pago de obligaciones
		Compromisos de Gestión	
	<b>Programa de distribución de suministros</b>	Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública	Título VI de los contratos Capítulo II Contrato de suministro, Art. 119 al Art. 122

**Cuadro I-4: Marco legal administrativo para hospitales nacionales generales**

Etapa proceso administrativo	Componente de etapa	Ley, reglamento, norma, etc.	Artículo o estatuto asociado
	<b>Presupuesto institucional</b>	Ley AFI: Ley de Administración Financiera del Estado y su Reglamento	Título III del Subsistema de Presupuesto Público, Capítulo I: Generalidades, Art 20, 21, 25 al Art. 27 Título III del Subsistema de Presupuesto Público, Capítulo III: del proceso presupuestario: Sección I: de la formulación del presupuesto Sección II: de la aprobación del presupuesto Sección III: de la ejecución del presupuesto Título III del Subsistema de Presupuesto Público, Capítulo IV del régimen presupuestario de las empresas públicas no financieras, Art. 51 al Art. 59. Título III del Subsistema de Presupuesto Público, Capítulo II Política Presupuestaria, Art. 28 al Art. 30
		Manual de procesos para la ejecución presupuestaria	Programación de la Ejecución Presupuestaria Compromiso Presupuestario
		La Política Presupuestaria que emite el Ministerio de Hacienda.	Normas de formulación presupuestaria: Generalidades Fundamentos Legales y Técnicos Responsables Calendario de Actividades Consideraciones Finales
		Normas Técnicas de Control Interno del MSPAS	Capítulo III Normas relativas a las actividades de control, Art. 36 al Art. 44
		Reglamento General de Hospitales	Título VII Disposiciones Generales, Art. 137: El Hospital y la Región SIBASI, podrán aceptar la colaboración de todo tipo de recursos por parte de personas naturales, jurídicas, instituciones autónomas, públicas o privadas, nacionales e internacionales, siempre que no constituyan compromisos financieros no previstos
		Compromisos de Gestión	
	<b>Plan anual de trabajo</b>	Manual de procesos para la ejecución presupuestaria,	Criterios para la Programación de la Ejecución Presupuestaria (i y iii): La Programación de la Ejecución Presupuestaria (PEP) deberá elaborarse a partir del último nivel de clasificación (objeto específico), por unidad presupuestaria, línea de trabajo, fuente de financiamiento, fuente de recursos, agrupación operacional y proyecto, si fuere el caso, con su correspondiente clasificación económica. Las instituciones para la elaboración de la PEP deberán de tener en cuenta la Ley de Salarios, las autorizaciones de contrato de personal, el decreto de compensación adicional, los planes anuales de trabajo, la programación

**Cuadro I-4: Marco legal administrativo para hospitales nacionales generales**

<b>Etapa proceso administrativo</b>	<b>Componente de etapa</b>	<b>Ley, reglamento, norma, etc.</b>	<b>Artículo o estatuto asociado</b>
			<p>anual de adquisiciones y contrataciones de bienes, construcción de obras y contratación de servicios no personales; el programa anual de inversión pública y el programa anual de servicio de la deuda pública.</p> <p>Procedimiento para la elaborar la Programación de la Ejecución Presupuestaria</p> <p>Compromiso presupuestario, Criterios para el Registro del Compromiso Presupuestario:</p> <p>El registro del compromiso presupuestario se efectuara a nivel de objeto específico del gasto por unidad presupuestaria, línea de trabajo, fuente de financiamiento, fuente de recursos, NIT proveedor, agrupación operacional y proyecto, si fuera el caso.</p>
		Manual de organización para las UFI's	<p>Atribuciones y funciones:</p> <p>Desarrollar la gestión financiera institucional de conformidad al Plan de Gobierno, Plan de Trabajo Institucional y a las Políticas Gubernamentales, institucionales y presupuestarias.</p> <p>Atribuciones básicas Jefe UFI:</p> <p>Coordinar, supervisar y consolidar la elaboración del Plan anual de trabajo de las unidades presupuestarias</p>
		Ley de la Corte de Cuentas de la República	<p><u>Título II : Sistema Nacional de Control y Auditoría de la Gestión Pública</u></p> <p><u>Capítulo IV Auditoría Gubernamental, Sección VI Relación con los Sistemas de Administración, Art 50: El sistema de control y auditoría de la gestión pública examinará los siguientes sistemas administrativos: Planificación, Inversiones Públicas, y Presupuestos, Organización Administrativa, Administración de Ingresos, Tesorería, Crédito Público y Contabilidad, Contratación Pública, Administración de Bienes y Servicios y Recursos Humanos.</u></p>
	<b>Comités de gestión</b>	Reglamento General de Hospitales	Título II de la Organización Capítulo II, Art. 15 al Art. 16: Organismos Colaboradores y Asesores (comités)
<b>ORGANIZACIÓN</b>	<b>Estructura organizativa</b>	Reglamento General de Hospitales	<p>Título II de la Organización Capítulo I, Art. 4 al Art. 14: De la Dirección y Administración</p> <p>Título II de la Organización Capítulo III, Art. 23, 24, 42,60, 63, 72, 73, 75, 78: del área de cirugía, gineco-obstetricia, servicios auxiliares de diagnostico y tratamiento, Servicios Técnicos de Apoyo Médico, enfermería, Servicios administrativos, Unidad Financiera Institucional, Sección de Recursos Humanos, Conservación y Mantenimiento Integral</p>
		Ley de Administración Financiera del Estado	Título II Del sistema de administración financiera Capítulo III: Unidades Financieras Institucionales, Art. 16 al Art. 19
		Manual de organización para las UFIS	<p>Organización de las Unidades Financieras Institucionales: Estructura organizacional</p> <p>Puestos tipos de las Unidades Financieras Institucionales: descripción</p>

**Cuadro I-4: Marco legal administrativo para hospitales nacionales generales**

<b>Etapa proceso administrativo</b>	<b>Componente de etapa</b>	<b>Ley, reglamento, norma, etc.</b>	<b>Artículo o estatuto asociado</b>
		Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública	Título II Capítulo II Unidades de adquisiciones y contrataciones institucionales (UACI), Art. 9
		Ley de Servicio Civil	Capitulo V Derechos, Deberes y Prohibiciones. Art. 30 : supresión de plazas Capítulo VI Promociones, permutas y traslados, Art. 33 al Art. 40
		Normas Técnicas de Control Interno del MSPAS	Capítulo I Normas relativas al ambiente de control, Art. 10, 11 <u>Capítulo III Normas relativas a las actividades de control, Art 26;procedimientos de autorización y aprobación</u>
	<b>Funciones</b>	Reglamento General de Hospitales	Título II de la Organización Capitulo I Título II de la Organización Capitulo II Título II de la Organización Capítulo III
		Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública	Título II Capítulo II Unidades de adquisiciones y contrataciones institucionales (UACI), Art. 10, 12 al Art. 15 Título II Capítulo IV Ejecutores de las contrataciones y sus responsabilidades, Art. 17 y 18
		Manual de organización para las UFIS	Organización de las Unidades Financieras Institucionales: atribuciones y funciones; delimitaciones de responsabilidades para el desarrollo del proceso administrativo financiero de las UFI's Puestos tipos de las Unidades Financieras Institucionales: definición , descripción y perfiles
		Ley de Servicio Civil	Capitulo V Derechos, Deberes y Prohibiciones. Art. 3, 32: Deberes de los Funcionarios y Empleados; prohibiciones.
		Ley de la Corte de Cuentas de la República	Título VI Deberes, atribuciones y sanciones Capitulo I Deberes y atribuciones, Art. 99: titular de la entidad u organismo
	<b>Manuales</b>	Reglamento General de Hospitales	Título VII Disposiciones Generales, Art. 120: Las Divisiones, Departamentos Unidades y Servicios deberán contar con los manuales Técnico-Administrativos necesarios para el normal funcionamiento y serán autorizados por el Director del Hospital.
		Ley AFI: Ley de Administración Financiera del Estado y su Reglamento.	Título VI del subsistema de contabilidad gubernamental Capítulo II: de la información financiera, Art. 107 al Art. 111.
	<b>Comunicación</b>	Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública	Título II Capítulo II Unidades de adquisiciones y contrataciones institucionales (UACI), Art. 11

**Cuadro I-4: Marco legal administrativo para hospitales nacionales generales**

<b>Etapa proceso administrativo</b>	<b>Componente de etapa</b>	<b>Ley, reglamento, norma, etc.</b>	<b>Artículo o estatuto asociado</b>
		Normas Técnicas de Control Interno del MSPAS aprobadas por la Corte de Cuentas de la República.	Capítulo IV Normas relativas a la información y comunicación, Art. 58
<b>DIRECCIÓN</b>	<b>Responsabilidad-Toma de Decisiones</b>	Reglamento General de Hospitales	Título VII Disposiciones Generales, Art. 121 al Art. 126.
		Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública	Título II Capítulo IV Ejecutores de las contrataciones y sus responsabilidades, Art. 19: Seguimiento y Responsabilidad
	<b>Resolución de conflictos</b>	Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública	Título VIII Solución de conflictos Capítulo I Arreglo directo y arbitraje, Art. 161 al Art. 169
<b>CONTROL</b>	<b>Sistema de Información Gerencial</b>	Manual del SIG	Normas del sistema de información gerencial
		Normas Técnicas de Control Interno del MSPAS	Capítulo III Normas relativas a las actividades de control, Art. 21 Art. 52 al Art. 56 Capítulo IV Normas relativas a la información y comunicación, Art. 57, 59, 60, 61
	<b>Evaluación al personal</b>	Reglamento General de Hospitales	Título VII Disposiciones Generales, Art. 131: El personal del Hospital deberá ser evaluado en el desempeño de su trabajo de acuerdo al sistema establecido.
		Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública.	Título VII Prohibiciones, infracciones y sanciones Capítulo I Sanciones a funcionarios o empleados públicos, Art. 150 al Art. 157
		Ley de Servicio Civil	Capítulo VII Régimen disciplinario, Art. 41 al Art. 51 Capítulo VIII Despido y destitución, Art. 52 al Art. 63
		Normas Técnicas de Control Interno del MSPAS	Capítulo III Normas relativas a las actividades de control, Art. 48, 49, 51
	<b>Adquisiciones y contrataciones</b>	Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública	Título V de los contratos en general Capítulo II Ejecución de los contratos, Art. 82 al Art. 88 Título VII Prohibiciones, infracciones y sanciones Capítulo II
<b>Finanzas</b>	Ley AFI: Ley de Administración Financiera del Estado y su Reglamento	Título III del Subsistema de Presupuesto Público, Capítulo III: del proceso presupuestario, Sección IV: del seguimiento y evaluación de la ejecución presupuestaria, Art. 47 al Art. 50 Título VI del subsistema de contabilidad gubernamental Capítulo I: Generalidades, Art. 98 al Art. 106	

**Cuadro I-4: Marco legal administrativo para hospitales nacionales generales**

Etapa proceso administrativo	Componente de etapa	Ley, reglamento, norma, etc.	Artículo o estatuto asociado
		Manual de procesos para la ejecución presupuestaria	Cierre contable mensual Cierre contable anual
		Normas Técnicas de Control Interno del Hospital	Capítulo III Normas relativas a las actividades de control, Art. 45, 46
	<b>Gestión hospitalaria</b>	Ley de la Corte de Cuentas de la República	Título II Sistema Nacional de Control y Auditoría de la Gestión Pública Capítulo III Control Interno, Art. 26 al 28. Título II Sistema Nacional de Control y Auditoría de la Gestión Pública Capítulo IV Auditoría Gubernamental Sección I Ejecución, contenido y clases, Art. 29 al Art. 31. Título II Sistema Nacional de Control y Auditoría de la Gestión Pública Capítulo IV Auditoría Gubernamental Sección IV Auditorías de la Corte de Cuentas, Art. 43, 44 Título II Sistema Nacional de Control y Auditoría de la Gestión Pública Capítulo IV Auditoría Gubernamental Sección V Resultados de las auditorías, Art. 47 al Art. 49. Título II Sistema Nacional de Control y Auditoría de la Gestión Pública Capítulo IV Auditoría Gubernamental Sección VI Relación con los Sistemas de Administración, Art 50.
		Política nacional de salud	Capítulo II de la política nacional de salud y la rectoría, Art.8 : Rectoría Capítulo II de la política nacional de salud y la rectoría, Art.12: el MSPAS podrá requerir a cualquier miembro del Sistema, la información que considere necesaria para verificar el cumplimiento de la Política Nacional de Salud, así como de los objetivos y metas comunes, estando aquellos obligados en este marco al rendimiento de dicha información en las condiciones indicadas por el ente rector
		Normas Técnicas de Control Interno del Hospital	Capítulo preliminar, Art. 2, 3, 4: definición del Sistema de Control Interno, objetivos Capítulo I Normas relativas al ambiente de control, Art. 7 al Art. 9, Art. 13 Capítulo III Normas relativas a las actividades de control, Art. 19 al Art. 21 Capítulo III Normas relativas a las actividades de control, Art. 35: uso de vehículos Capítulo V Normas relativas al monitoreo, Art. 64, 65: Monitoreo sobre la marcha, autoevaluación de Control Interno

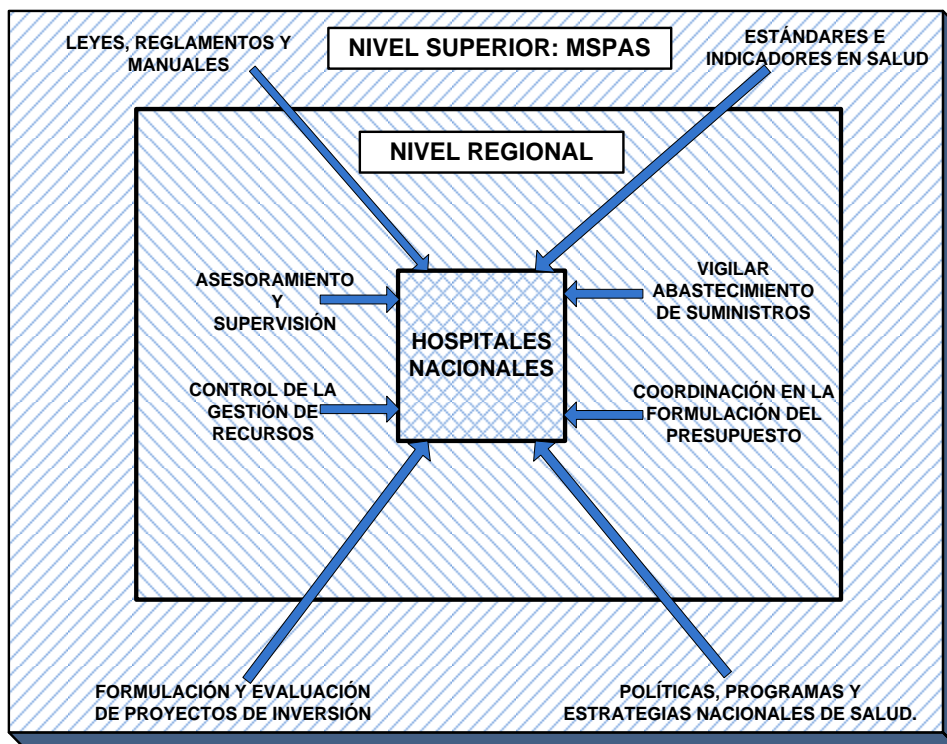
## 2.4.2 Relaciones entre la administración de los hospitales nacionales con las instancias del MSPAS.

La administración de los hospitales nacionales está estrechamente ligada a otras dependencias superiores de Salud como lo son el Ministerio de Salud (Nivel Superior) y la Dirección Regional asignada al área geográfica en la que se ubique el nosocomio.

- a) Relación con nivel superior: como se mencionó anteriormente está compuesto por las direcciones que dictan políticas, programas y estrategias, formulan y evalúan la ejecución de proyectos de inversión en los hospitales, dictaminan reglamentos y establecen manuales, estándares e indicadores en salud con el fin de lograr un mejoramiento en la atención médica brindada por los hospitales a la población salvadoreña.
- b) Relación con nivel regional de salud: Este se encarga de supervisar el cumplimiento de los compromisos de gestión a los que cada hospital se compromete año con año, también vigila que el abastecimiento de suministros a los hospitales se realice de una forma eficiente, coordina la formulación del anteproyecto de todos los hospitales bajo su jurisdicción, y controla la gestión de los recursos utilizados y asignados a cada nosocomio.

Para comprender la relación existente entre los hospitales generales nacionales con el nivel superior y el nivel regional se muestra el siguiente esquema:

Imagen I-7: Relación Hospitales con MSPAS y Regionales.



Fuente: Elaboración propia.

- **Relación con el nivel superior: MSPAS**

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, es el encargado de girar las directrices necesarias para la ejecución de la política nacional de salud, para lo cual dictamina programas, políticas y estrategias, que deben ser ejecutadas por los hospitales, unidades de salud y demás instituciones de salud bajo su dirección.

a) Programas de Salud

Entre los principales programas de Salud comprendidos en el plan de gobierno 2004-2009<sup>23</sup> se encuentran:

- Programa de Escuela Saludable: incluye atenciones preventivas a nivel médico, odontológico y nutricional con enfoque de riesgo, se desarrollan acciones en el medio ambiente escolar encaminadas a prevenir enfermedades.
- Programa Nacional ITS/VIH/SIDA: incluye acciones encaminadas a la prevención del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.
- Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias: En 125 unidades de Salud a nivel nacional se ha implementado la estrategia "Enfoque Práctico de Salud Pulmonar" lo cual ha permitido mejorar la calidad de atención de las enfermedades respiratorias como Asma, Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica (EPOC) y Neumonías, además se ha fortalecido la detección precoz de tuberculosis.
- Programa de atención Integral en Salud a la niñez, a la mujer, al adolescente, al adulto masculino y al adulto mayor.
- Prevención y Control de la Enfermedad de Hansen (Lepra)
- Prevención del cáncer cérvico uterino.
- Salud mental
- Salud bucal.

b) Estrategias

- El SIBASI La Paz, desarrolla la estrategia de Extensión de la cobertura de los servicios de salud a través del fortalecimiento institucional: estrategia que incluye la atención integral de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, atención integral a la niñez, prevención y diagnóstico temprano del cáncer cérvico uterino y mamario y la implementación de la estrategia de atención integral y nutrición a nivel comunitario, etc.
- Hospital sin Paredes: es una estrategia de acercamiento a las comunidades, que consiste en una unidad móvil de segundo nivel que brinda atención en las 4 especialidades básicas

---

<sup>23</sup> Ver Anexo I-6: Plan de trabajo: Salud y Calidad



- **Relación con el nivel regional de salud**

a) Generalidades de las regionales de salud.

Las direcciones regionales de salud son entidades del ramo de salud pública y asistencia social que tienen como atribución la gestión y el control de los recursos asignados al primer nivel de atención y a los hospitales nacionales generales; así como comunicar las nuevas políticas, monitoreo y evaluación en el área geográfica que cubra y donde sea necesaria su existencia.

- Visión de las direcciones regionales de salud:

*“Instancia desconcentrada y desarrollada del nivel superior que asegura y garantiza una gestión eficiente, eficaz y transparente de los recursos, para que la población salvadoreña reciba servicios de salud integrales oportunos con calidad, calidez y equidad en un ambiente organizacional armónico con participación y corresponsabilidad social efectiva”.*

- Misión de las direcciones regionales de salud:

*“Somos la instancia desconcentrada del nivel superior, responsable de la gestión y control de los recursos asignados al primer nivel de atención, así como el control de la gestión de los recursos de los hospitales nacionales generales y regionales, a fin de proveer al individuo, familia y comunidad, servicios de salud integrales, oportunos, con calidad, calidez y equidad”.*

- Funciones Generales de las direcciones regionales de salud:

- Comunicar, difundir y orientar a los SIBASI´s y hospitales nacionales generales sobre las políticas, leyes, reglamentos y normas de aplicación médica y administrativa.
- Asesorar, supervisar, controlar y evaluar las acciones para el logro de los objetivos y metas propuestas.
- Supervisar, monitorear y evaluar la ejecución del presupuesto asignado a los hospitales generales y regionales.
- Controlar los recursos humanos, financieros y materiales asignados para el funcionamiento de los SIBASI´s, hospitales generales y regionales.
- Vigilar y mantener el abastecimiento adecuado y periódico de los suministros médicos y no médicos a los hospitales nacionales y SIBASI´s.

La dirección regional mantendrá relaciones internas con todas las dependencias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; especialmente con los hospitales nacionales, regionales y especializados y los sistemas básicos de salud integral.

Además, la dirección regional mantendrá relaciones externas con todas las instituciones proveedoras de bienes y servicios, los gobiernos locales de su jurisdicción y con aquellas instituciones que por su naturaleza tengan relación con las acciones de salud.

A continuación se detalla cómo se realizan las relaciones entre las regiones de salud y los hospitales nacionales generales, ya que el presente estudio se basa en propuestas generadas para un hospital nacional general.

b) Intervención de la región de salud en la administración hospitalaria.

- **Comunicación de las nuevas políticas, leyes, normativas, planes, programas y disposiciones administrativas a los Hospitales Generales.**

Se realizan procesos de divulgación y/o capacitación, a través de convocatorias a los directores y jefes de todos los hospitales.

Lo anterior no sigue un patrón formal, depende de la temática a tratar. Por ejemplo para la divulgación de nuevos lineamientos o medidas a implementar a nivel hospitalario, se realizan capacitaciones de carácter teórico - prácticos donde se instruye a los interesados. En primer lugar, se brinda el material divulgativo al personal, luego se dan a conocer y se lleva a la práctica a través de talleres de aplicación de dichas normas.

Algunas disposiciones para el año 2009 son las siguientes:

- Aplicación de las Normas internas de administración de los recursos humanos.
- La atención de consultas externas en los hospitales reconstruidos por el proyecto RHESSA pasará a ser parte del primer nivel de atención.

- **Intervención en la Planificación hospitalaria:**

Se revisa que los hospitales hayan elaborado:

- Plan anual operativo.
- Plan anual de capacitación del recurso humano
- Plan de conservación y mantenimiento
- Programa de distribución de suministros.
- Plan de ejecución presupuestaria
- Presupuesto institucional. Entre otros.

La elaboración del plan anual operativo está a cargo de cada jefe de unidad en los hospitales, y el director es el responsable del consolidado.

- **Evaluación de los compromisos de gestión y programas de atención en salud en los hospitales.**

Los compromisos de gestión son una serie de indicadores que miden el cumplimiento de las metas a nivel hospitalario. Se realiza una revisión del grado de avance del cumplimiento cada 3 meses y una revisión general cada 6 meses.

Componentes evaluados en los compromisos de gestión:

- Provisión de los servicios de salud: comprende los programas de atención directa al paciente, los programas de atención primaria en salud, educación para la salud, participación social.
- Gestión hospitalaria: enfocándose en los 4 sistemas de tipo administrativos que componen cada hospital (Recursos humanos, Unidad financiera institucional, conservación y mantenimiento y la unidad de adquisiciones y contrataciones).

- **Supervisión y monitoreo**

Se evalúan los flujogramas de atención preestablecidos, demanda de atención en salud, grado de cumplimiento de los compromisos de gestión y otros indicadores hospitalarios como (cantidad de egresos hospitalarios, día cama ocupado, entre otras)

*Tipos de supervisiones:*

- Supervisiones específicas: Como su nombre lo indican se realizan verificando elementos específicos en la gestión y atención hospitalaria; por ejemplo supervisión de los compromisos de gestión, revisión de los indicadores de atención en la parte médica, cumplimiento de programas, etc.)
- Supervisiones integrales: se realizan 6 supervisiones al año y en estas se verifica tanto el componente de provisión de los recursos de salud y la gestión hospitalaria.

- **Controles sobre las áreas administrativas de los hospitales<sup>24</sup>.**

A continuación se detallan la forma en que la Regiones de salud ejercen control sobre las áreas administrativas de los hospitales nacionales.

a) Área de recursos humanos:

- Los procesos de selección y contratación de recursos humanos son aprobados por la región.
- La aprobación de presupuestos de recursos destinados a recursos humanos en los hospitales.
- Se informa a la región de las acciones de personal en los hospitales.
- Cumplimiento de los compromisos de gestión los cuales se detallan a continuación:

CUADRO I-5: COMPROMISOS DE GESTIÓN ÁREA DE RECURSOS HUMANOS				
NO	COMPROMISO DE GESTIÓN	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	META ANUAL
1	Implementación de procesos en el hospital de la dirección y administración financiera; Recursos humanos, financiero, adquisiciones y contrataciones, conservación y mantenimiento.	Porcentaje de procesos implementados.	Número de procesos implementados / total de procesos definidos x 100	16

<sup>24</sup> Meta anual conforme a lo establecido para el Hospital Nacional Santa Teresa

CUADRO I-5: COMPROMISOS DE GESTIÓN ÁREA DE RECURSOS HUMANOS				
NO	COMPROMISO DE GESTIÓN	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	META ANUAL
2	Mantener actualizada al 100% la base de datos del sistema de información de Recursos humanos (SIRHI) del hospital.	% de recursos humanos con datos actualizados en el SIRHI del hospital.	Número de recursos humanos con datos actualizados en el SIRHI / total de recursos humanos en el hospital x 100	362
3	Actualización y mantenimiento del 100% de expedientes del recurso humano del hospital.	% de expedientes actualizados del recurso humano del hospital.	Número de expedientes del recurso humano actualizado / total de recursos humanos del hospital x 100	362
4	Aplicación en el 100% de la normativa legal en el control de la asistencia del recurso humano del hospital.	% de descuentos aplicados por llegadas tardías y ausencias injustificadas del recurso humano del hospital.	Número de descuentos aplicados por llegadas tardías y ausencias injustificadas en la región en el periodo evaluado / Número de descuentos reportados por llegadas tardías y ausencias injustificadas x 100	12
5	Tarjeta de Registro de personal actualizada en el 100% del recurso humano del hospital.	% de tarjeta de vida laboral actualizada del recurso humano del hospital.	Número de tarjetas actualizadas del recurso humano / total de tarjetas de registro de los recursos humanos del hospital x 100	362
6	Evaluación semestral del desempeño al 100% del recurso humano del hospital	% de evaluaciones del desempeño del recurso humano realizada semestralmente	# de evaluaciones realizadas al recurso humano / Total de recurso humano del hospital x 100	704

Fuente: Región de Salud Paracentral.

b) Área financiera

La región de salud es la encargada de monitorear, evaluar y analizar los estados financieros de los hospitales, tales como:

- Estado de la situación financiera
- Estado de la ejecución presupuestaria
- Balance de comprobación
- Proyecto del presupuesto institucional

La región de salud también se encarga de revisar los compromisos de gestión para dicha área, con base en el presente formulario:

CUADRO I-6: COMPROMISOS DE GESTIÓN UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL				
NO	COMPROMISO DE GESTIÓN	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	META ANUAL
1	100% de la programación de ejecución presupuestaria realizada en el hospital en el periodo evaluado.	% de la programación de ejecución presupuestaria realizada en el hospital en el periodo evaluado.	% de presupuesto ejecutado al periodo evaluado / programación de ejecución presupuestaria del hospital en el periodo evaluado x 100	\$4161730
2	100% del valor de las exigencias de medicamentos e insumos médicos en el hospital estén registradas en el subsistema de contabilidad	% del valor de las existencias de medicamentos e insumos médicos del almacén del hospital que estén registradas en el subsistema de contabilidad.	Valor de las existencias de medicamentos e insumos médicos registradas en el subsistema de contabilidad del hospital / valor de las existencias de medicamentos e insumos médicos según inventario de almacén del hospital x 100	1
3	Análisis del 100% de los informes de estados financieros realizados por la unidad financiera institucional del hospital.	% de análisis de los informes de los estados financieros realizados en la unidad financiera institucional del hospital.	# de análisis de informes de los estados financieros realizados / total de informes de los estados financieros generados en el hospital x 100	24
4	Fondo circulante ejecutándose para gastos urgentes en el hospital.	Fondo circulándose ejecutándose para gastos urgentes en el hospital.	Fondo circulante ejecutándose en el hospital.	1

Fuente: Región de Salud Paracentral.

c) Unidad de adquisiciones y contrataciones

La región de salud realiza monitoreo supervisión y control sobre lo siguiente:

- Programación anual de adquisiciones y contrataciones: esta programación es necesaria ya que es aquí donde la institución define las necesidades de insumos que necesitará para atender a la población. Por lo general los hospitales le restan importancia a este requisito.
- Procesos de licitación: de acuerdo a lo establecido por la ley, se revisan bases de licitación, adjudicaciones, recepción de ofertas, elaboración de contratos, documentación de respaldo para realización de reclamos posteriores.
- Procesos de libre gestión: solicitud, recepción de ofertas, análisis de ofertas, adjudicaciones, elaboración de la orden de compra. También se revisa la cantidad de libres gestiones realizadas en el año.
- Procesos de recepción: revisión de productos, revisión de los documentos que respalden el estado del producto (facturas, contratos), revisión física del producto, composiciones del producto, número de entregas al año, etc.

- Procesos de distribución interno: revisión del cumplimiento del programa de distribución.
- Procesos de control de suministros: Se revisa el sistema mecanizado de suministros, el control de existencias, medicamentos controlados, actualizaciones de kardex e inventarios físicos.
- Procesos de contrataciones: Contratos laborales correctamente elaborados, cláusulas laborales.
- Evaluación del cumplimiento de los compromisos de gestión, en el siguiente cuadro se muestran los referidos a la unidad de adquisiciones y contrataciones de los hospitales nacionales:

<b>CUADRO I-7: COMPROMISOS DE GESTIÓN UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES</b>				
<b>No</b>	<b>Compromiso de Gestión</b>	<b>Indicador</b>	<b>Formula del indicador</b>	<b>Meta anual</b>
1	100% de expedientes actualizados de proveedores activos, potenciales y pasivos del hospital.	% de expedientes actualizados de proveedores activos, potenciales y pasivos del hospital.	# de expedientes actualizados de proveedores activos, potenciales y pasivos/total de proveedores registrados.	300
2	100% de cumplimiento al programa anual de adquisiciones y contrataciones en el hospital	% de cumplimiento del programa anual de adquisiciones y contrataciones en el hospital.	Monto total de adquisiciones y contrataciones realizadas en el periodo evaluado / Monto total de adquisiciones y contrataciones programadas en el hospital.	\$638865
3	100% de dependencias con kardex de los suministros actualizados del hospital.	% de dependientes con Kardex actualizados en el hospital	# de dependencias con kardex actualizados / total de dependencias con kardex actualizados del hospital x 100	2
4	100% de servicios hospitalarios con libro de control de entradas y salidas de suministros actualizados.	% de servicios hospitalarios con libro de control de entradas y suministros actualizados.	# de servicios hospitalarios con libro de control de suministros actualizados / total de servicios hospitalarios x 100	11
5	100% de dependencias con inventarios físicos actualizados de medicamentos, insumos médicos, odontológicos, laboratorio, papelería, mantenimiento y suministros generales del hospital.	% de dependencias con inventarios físicos actualizados de medicamentos, insumos médicos, odontológicos, laboratorio, papelería, mantenimiento y suministros generales.	# de dependencias con inventarios físicos actualizados / total de dependencias del hospital.	2

CUADRO I-7: COMPROMISOS DE GESTIÓN UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES				
No	Compromiso de Gestión	Indicador	Formula del indicador	Meta anual
6	Programa elaborado y ejecutándose de distribución de medicamentos, insumos y materiales en el hospital.	Programa elaborado y ejecutándose de distribución de medicamentos, insumos y materiales en el hospital	Documento elaborado en el hospital.	1

Fuente: Región de Salud Paracentral.

d) Conservación y mantenimiento

- Revisión del plan y ejecución de conservación y mantenimiento hospitalario.
- Cumplimiento de los compromisos de gestión los cuales se detallan a continuación:

CUADRO I-8: COMPROMISOS DE GESTIÓN CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO				
No	Compromiso de Gestión	Indicador	Formula del indicador	Meta anual
1	Plan elaborado y ejecutándose de mantenimiento preventivo y correctivo de equipo biomédico, básico y la planta física.	Plan elaborado y ejecutándose de mantenimiento preventivo y correctivo de equipo biomédico, básico y la planta física.	Plan elaborado y ejecutándose en el hospital del mantenimiento preventivo y correctivo del equipo biomédico, básico y planta.	1
2	El 100% de instrumentos oficializados para el control de combustibles en el hospital.	% de instrumentos de control oficializados para el manejo de combustible implementado en el hospital.	# de instrumentos de control de combustibles implementados / total de instrumentos de control de combustibles oficializados * 100	8
3	Actualización del inventario de los bienes muebles e inmuebles del hospital.	Inventario actualizado de bienes muebles e inmuebles del hospital.	Inventario actualizado	1
4	Actualización del inventario de los bienes muebles a descargar en el hospital.	Inventario actualizado de bienes muebles de descargo del hospital.	Inventario actualizado	1

Fuente: Región de Salud Paracentral.

---

### **3. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

---

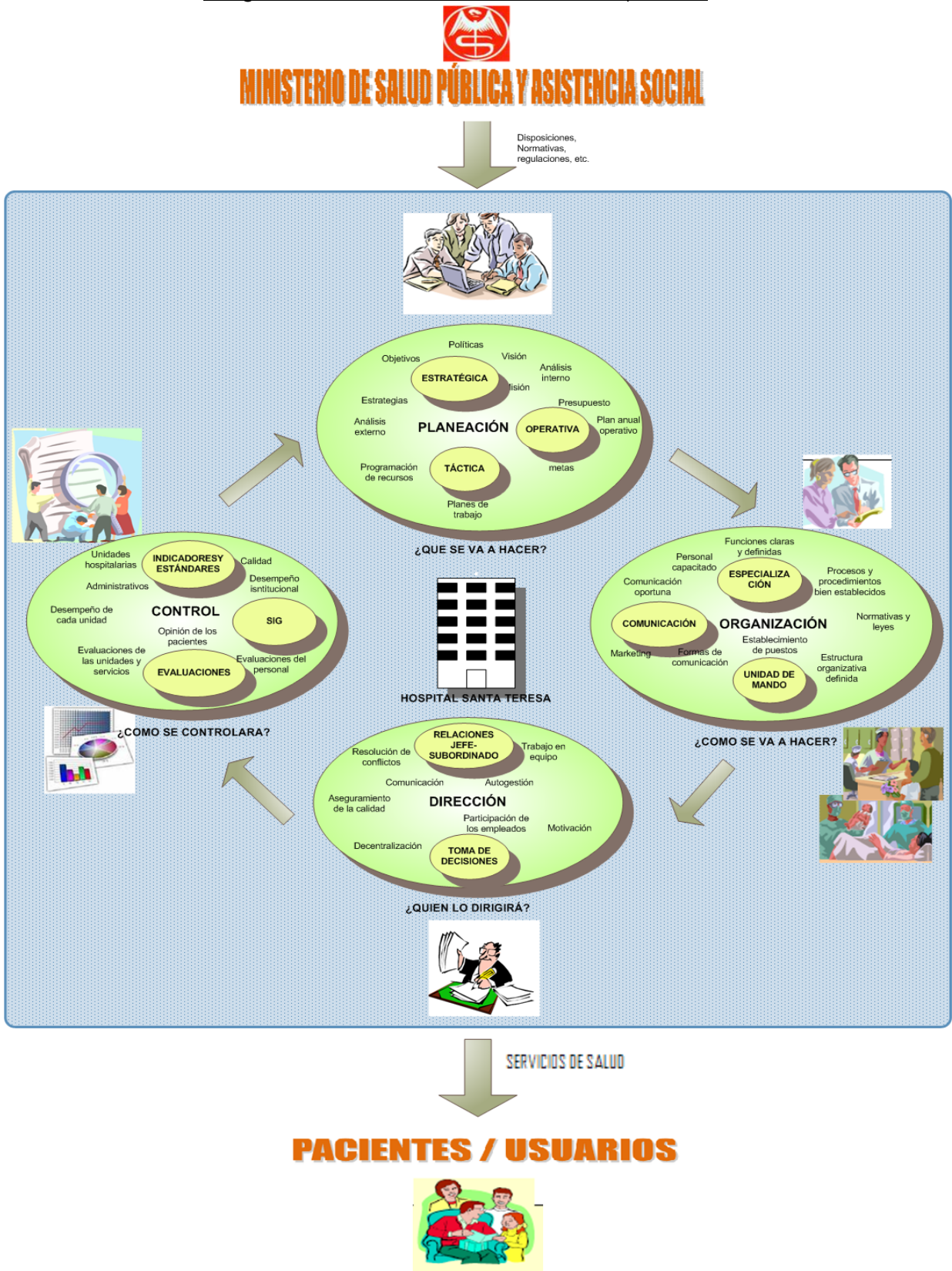
Hasta ahora se ha hablado sobre los sistemas administrativos y los enfoques más frecuentes dados a la administración, tanto en las empresas comunes como en los hospitales e instituciones de salud además de investigar la relación existente entre los componentes del sistema nacional de salud; sin embargo se hace necesario conocer en qué medida estas formas distintas de administración se complementan o difieren unas de otras para llegar a establecer un modelo ideal de sistema para la administración de un hospital, retomando aspectos de los diferentes modelos y/o enfoques que mejor se adapten a las condiciones de la institución en estudio.

#### **3.1 MODELO IDEAL PARA LA ADMINISTRACIÓN DE HOSPITALES PÚBLICOS**

Con base en el análisis de toda la información presentada anteriormente, se ha llegado al establecimiento del siguiente modelo de administración hospitalaria considerado como el ideal para el desarrollo del presente estudio. (Ver Imagen I-8).

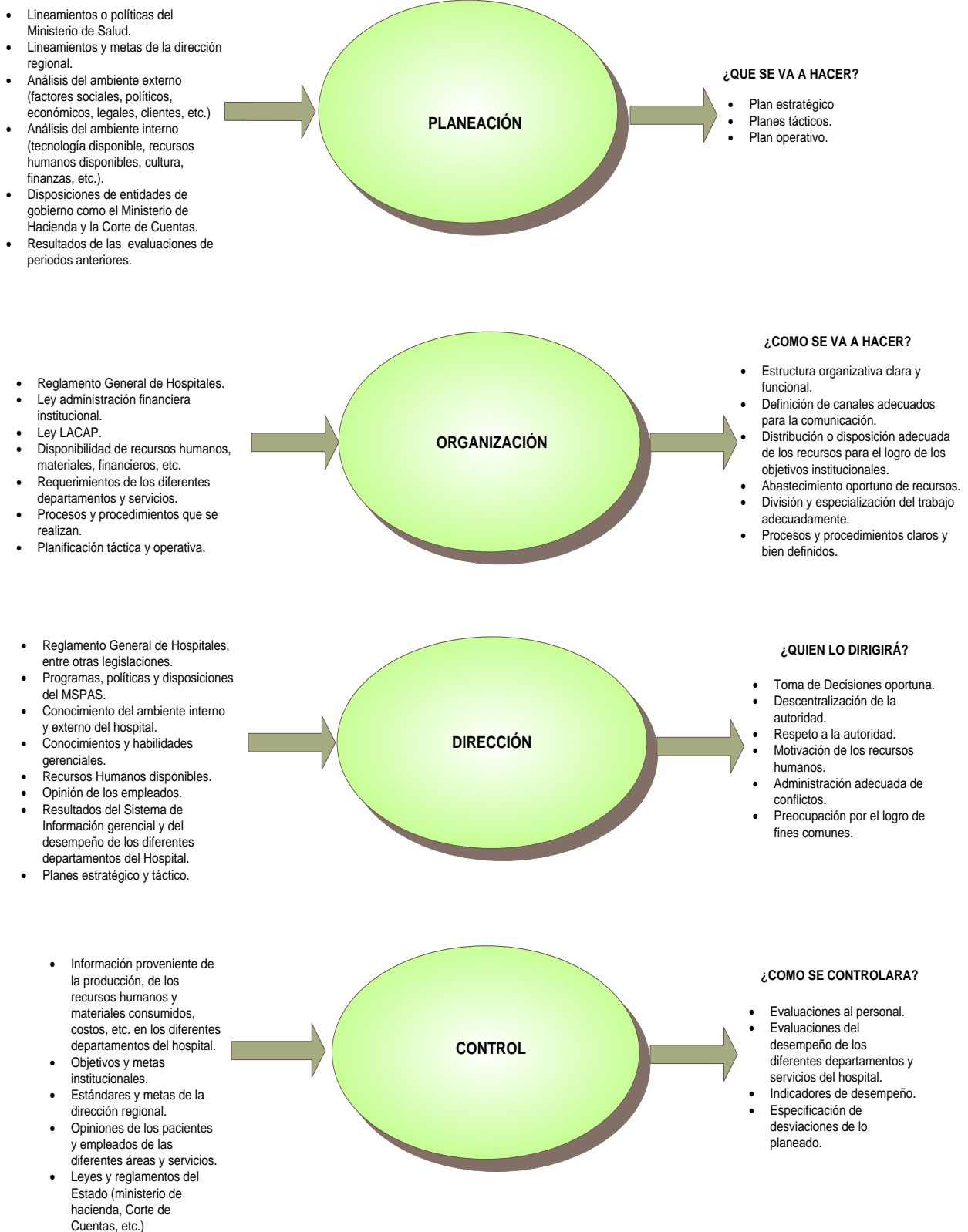


Imagen I-8: Modelo de Administración Hospitalaria



Fuente: Elaboración Propia

## Imagen I-9: Entradas y Salidas esperadas en cada una fases del Proceso Administrativo



Fuente: Elaboración propia

## **CAPÍTULO 2 :**

# **SITUACIÓN ACTUAL HNST.**

---

# **1. PANORAMA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL "SANTA TERESA" DE ZACATECOLUCA**

---

## **1.1 ASPECTOS GENERALES**

### **1.1.1 Panorama red de salud departamental**

La atención en salud pública en el departamento de La Paz, es realizada mediante un hospital nacional general de segundo nivel, 24 unidades salud y 12 casas de salud.

Es importante mencionar que la población de San Emigdio y Paraíso de Osorio pertenecen al SIBASI Cojutepeque; de igual manera, las poblaciones de los municipios de Jerusalén y Mercedes la Ceiba pertenecen al SIBASI de San Vicente. Por otro lado, la población de Zacatecoluca, San Juan Nonualco y Santa María Ostuma es compartida con los servicios de salud de San Vicente (debido a su cercanía geográfica) mas siempre pertenecen al SIBASI La Paz<sup>25</sup>.

La población a la cual se proyecta proporcionar servicios de salud por el SIBASI La Paz es todo el departamento de la Paz (exceptuando los municipios bajo otro SIBASI), donde hay una población de 319,878<sup>26</sup> habitantes.

### **1.1.2 Generalidades de la Insititución**

#### **a) Nombre:**

Hospital Nacional General "Santa Teresa" de Zacatecoluca.

#### **b) Servicios:**

Atención de pacientes en especialidades básicas de la Medicina; Cirugía General, Gineco-obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y sus especialidades complementarias y servicios de apoyo que se prestan en las áreas de emergencia, atención ambulatoria y hospitalización.

#### **c) Número de empleados:**

Cuenta con 265 empleados en el área de atención hospitalaria, 97 en el área administrativa, 58 personas laborando como personal de obra o de servicio, haciendo un total de 362<sup>27</sup> empleados.

---

<sup>25</sup> Información del SIBASI La Paz, SIBASI Cojutepeque y SIBASI San Vicente obtenido de la Distribución Poblacional y Establecimientos de Salud según Departamentos, Año 2007 del MSPAS

<sup>26</sup> La población de la Paz asciende a 328,666 personas según datos obtenidos de las proyecciones de población de la DIGESTYC para el año 2007

<sup>27</sup> Fuente: Departamento de Recursos Humanos HNST.

d) Clasificación:

- Según el reglamento general de hospitales está catalogado como una institución de segundo nivel de atención por la complejidad de los servicios que brinda.
- Según el instrumento técnico para elaborar el presupuesto, se clasifica como una institución descentralizada no empresarial.

e) Ubicación:

Ciudad de Zacatecoluca, Departamento de La Paz, a 57 Km. de San Salvador. Cuenta con un terreno de 34,200 metros cuadrados.

Imagen I-10: Fotografía satelital del hospital Santa Teresa de Zacatecoluca



Fuente: Google Earth 2008

f) Historia:

Nace a iniciativa de la señora Teresa de Alfaro en el año de 1904 donando un terreno donde se construyó el primer centro de atención médica llamado "puesto de sanidad" contando con servicios de consulta general y cuatro camas de hospitalización. Actualmente es el principal centro de atención en Salud Pública del Departamento de La Paz.

g) Hospital Nacional Santa Teresa en la actualidad

El Hospital Santa Teresa, es uno de los siete nosocomios cuyas instalaciones resultaron dañadas después de los terremotos del año 2001; a partir de esa fecha su administración se ha visto en la necesidad de implementar medidas emergentes como la construcción de pabellones provisionales en el área de parqueo para atender a una población que ronda los 319,878 habitantes correspondientes al 95% de la población del departamento de La Paz.

En la actualidad, está siendo beneficiado con el proyecto de Reconstrucción de Hospitales y Extensión de los Servicios de Salud (RHESSA), el cual tiene por objeto el recuperar la operatividad de los siete hospitales más dañados por los terremotos y mejorar las condiciones de salud de la población más vulnerable que reside en las regiones central, paracentral y norte de El Salvador

h) Beneficios del proyecto RHESSA al Hospital Nacional Santa Teresa:

El Hospital Nacional "Santa Teresa" de Zacatecoluca se verá beneficiado directamente en el siguiente componente del proyecto.<sup>28</sup>

Componente Reconstrucción y mejoramiento de la red hospitalaria. A través de:

- Modernización de instalaciones: Equipo de laparoscopia, Equipo de endoscopia, Red del sistema informático, Central telefónica
- 65 camas más (18 censables y 47 no censables).
- 3 consultorios de apoyo adicionales.
- Cerca de 50 plazas nuevas.
- Modernización del área administrativa
- Cerca de 530 mil dólares más de presupuesto
- 2 edificios nuevos y 5 edificios a rehabilitar

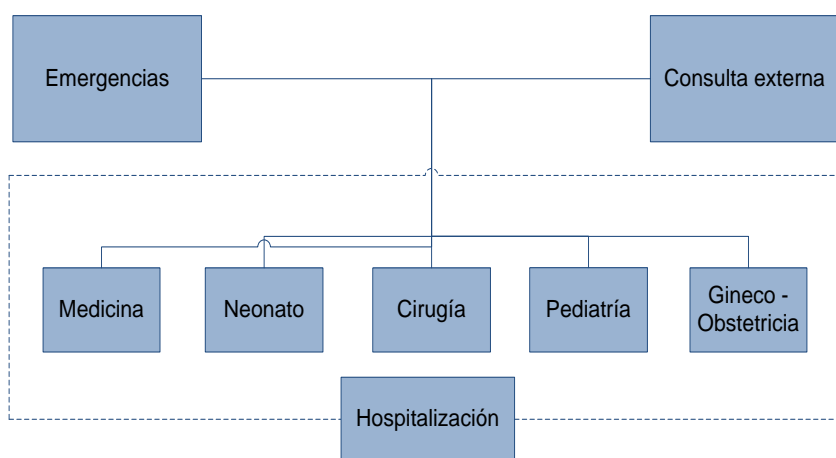
**1.1.3 Procesos del Hospital Nacional Santa Teresa.**

a) Procesos Clave en el HNST.

Los procesos claves incluyen los procesos que constituyen la razón de ser del hospital, facilitan la consecución de la misión y se orientan en las necesidades y expectativas de los pacientes; incidiendo directamente en la satisfacción brindada a este.

Los procesos claves del Hospital Nacional Santa Teresa los constituyen aquellos encargados de brindar la Atención en salud en las personas, los cuales se muestran a continuación:

Imagen I-11: Procesos clave.



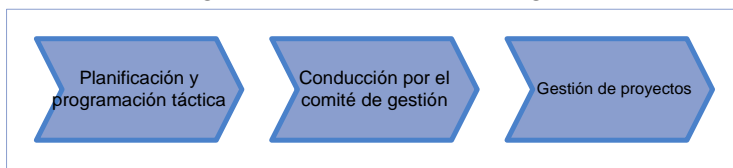
Fuente: Elaboración propia.

<sup>28</sup> Para mayor detalle del proyecto de reconstrucción de hospitales y extensión de los servicios de salud (RHESSA) referirse a Anexo I-7

b) Procesos Estratégicos en el HNST.

Son aquellos procesos del hospital que marcan las directrices de carácter global y que están relacionados con la organización, dirección y planificación. Entre estos se pueden mencionar:

Imagen I-12: Procesos estratégicos.

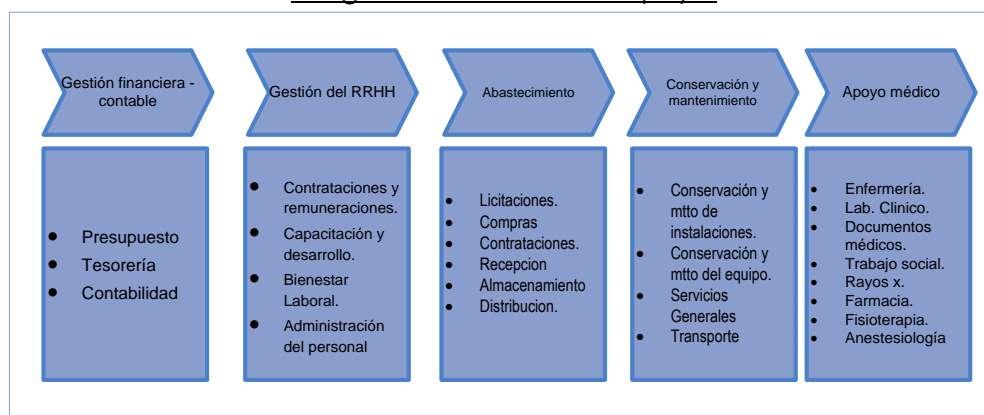


Fuente: Elaboración propia.

c) Procesos de apoyo en el HNST.

Para el caso del hospital son aquellos procesos que facilitan el desarrollo de las actividades encargadas de brindar la atención al paciente.

Imagen I-13: Procesos de apoyo.

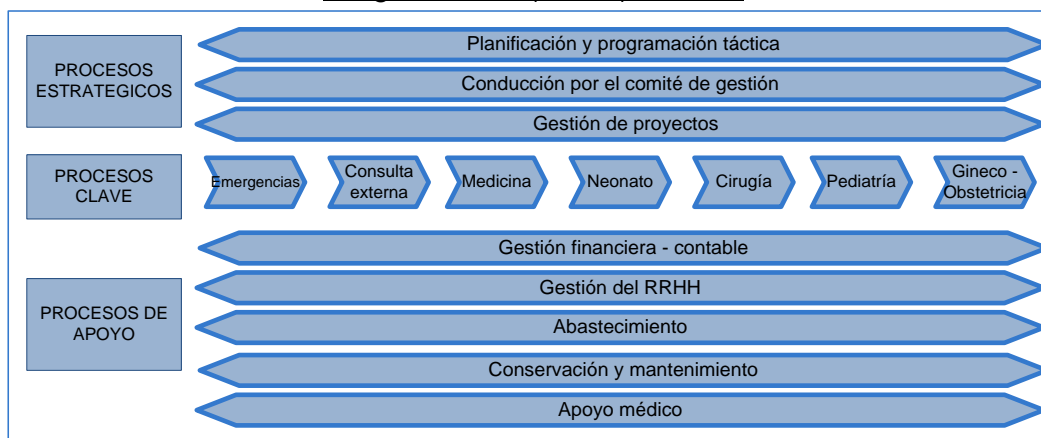


Fuente: Elaboración propia.

d) Mapa De procesos en el HNST.

El mapa de procesos del hospital constituye la representación esquematizada de los procesos que conforman al Hospital Santa Teresa.

Imagen I-14: Mapa de procesos.



Fuente: Elaboración propia.

### 1.1.4 Producción anual por tipo servicio.

A continuación se muestra un recuento de los casos atendidos en cada una de las especialidades en los últimos 5 años:

CUADRO I-9: TOTAL PACIENTES DADOS DE ALTA POR ESPECIALIDAD					
AÑO	MEDICINA	CIRUGÍA	NEONATO	PEDIATRÍA	GINECO-OBSTETRICIA
2003	2858	1938	1117	2084	4113
2004	2969	2061	818	2766	4307
2005	2716	2246	795	3237	4429
2006	2831	2138	639	2445	4256
2007	3121	2221	754	2675	4566

Fuente: Unidad Estadística Institucional Hospital Santa Teresa.

CUADRO I-10: TOTAL CONSULTAS EXTERNAS Y EMERGENCIAS ATENDIDAS		
AÑO	CONSULTA EXTERNA	EMERGENCIA
2003	50.649	23.655
2004	44.057	27.149
2005	36.777	33.157
2006	37.629	28.335
2007	37.726	25.920

Fuente: Unidad Estadística Institucional Hospital Santa Teresa.

### 1.1.5 Proyección de la demanda de servicios del Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca<sup>29</sup>

La planificación racional exige prever los sucesos del futuro que probablemente vayan a ocurrir (incluso para instituciones de servicios como los hospitales). La previsión, a su vez, se suele basar en lo que ha ocurrido en el pasado; la técnica más importante para hacer inferencias sobre el futuro con base en lo ocurrido en el pasado, es el **análisis de series de tiempo**. Se llama *Serie de Tiempo* a un conjunto de mediciones de cierto fenómeno o experimento registradas secuencialmente en el tiempo.

Para el caso del hospital se estudiarán los egresos hospitalarios ocurridos en los últimos 5 años en el HNST para las especialidades de: neonatología, medicina, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia; además de los servicios de consulta externa y de emergencias:

CUADRO I-11: Total de egresos por especialidad y número de pacientes atendidos en consulta externa y emergencias.							
Año	Medicina	Cirugía	Neonato	Pediatría	Gineco-obstetricia	Consulta externa	Emergencia
2003	2858	1938	1117	2084	4113	50.649	23.655
2004	2969	2061	818	2766	4307	44.057	27.149
2005	2716	2246	795	3237	4429	36.777	33.157
2006	2831	2138	639	2445	4256	37.629	28.335
2007	3121	2221	754	2675	4566	37.726	25.920

Fuente: Unidad Estadística Institucional Hospital Santa Teresa

Uno de los problemas que intenta resolver las series de tiempo es el de predicción. Esto es dado que el objetivo de interés es describir el comportamiento de la serie, investigar el

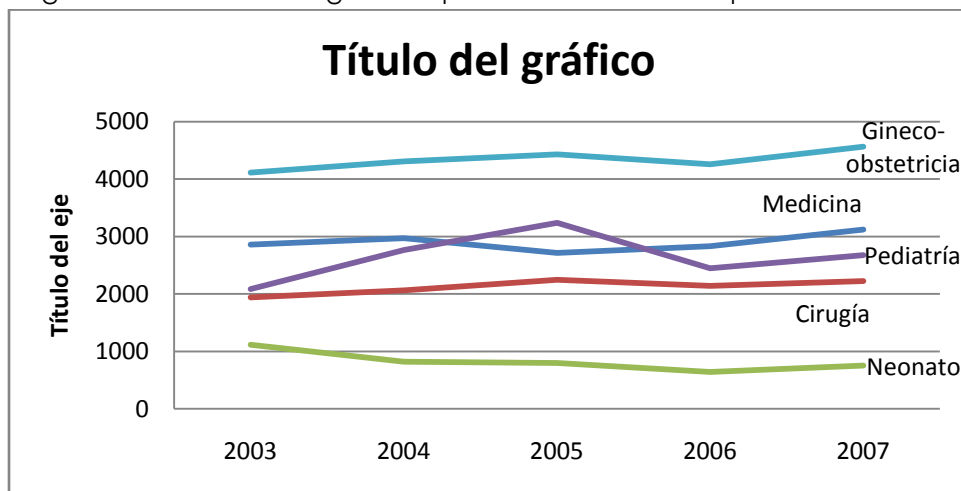
<sup>29</sup> Fuente: "Introducción al Análisis Clásico de Series de Tiempo", Arellano, M. (2001)



mecanismo generador de la serie temporal, buscar posibles patrones temporales que permitan sobrepasar la incertidumbre del futuro.

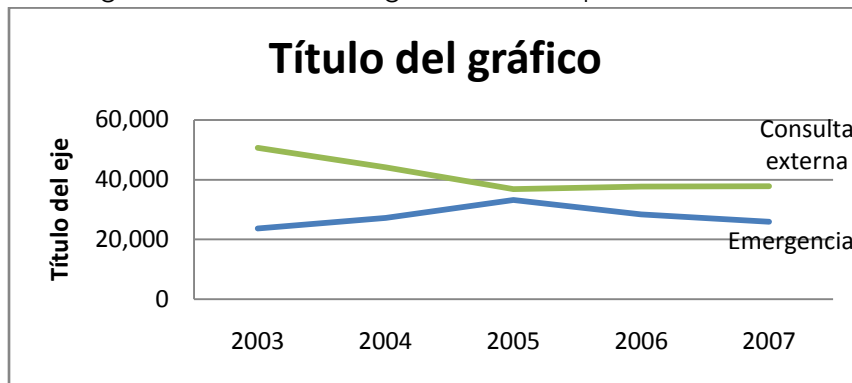
El primer paso en el análisis de series de tiempo, consiste en graficar la serie. Esto permite detectar las componentes esenciales de la serie.

Imagen I-15: Grafica de egresos especialidades en HNST periodo 2003-2007<sup>30</sup>



Fuente: Elaboración propia

Imagen I-16: Grafica de egresos en HNST periodo 2003-2007



Fuente: Elaboración propia

Ambos gráficos muestran que las tendencias predominantes son de tipo comportamientos lineales o seculares influenciados por fenómenos aleatorios (de acuerdo a lo observado en los puntos alejados de la tendencia central).

Debido a que la información con la que se cuenta no excede los 5 datos, se puede considerar que esta tendencia es aplicable para una proyección para 5 años, ya que las graficas de las tendencias divergen en el largo plazo (de una lineal a exponencial o potencial).

<sup>30</sup> Gráfico generado a partir del programa Microsoft Excel 2007.

Siendo la fórmula para el cálculo de la tendencia es la siguiente:

$$Egresos(t) = egresos * t + b$$

Siendo las ecuaciones resultantes para cada tipo de servicio la siguiente<sup>31</sup>:

<b>Cuadro I-12: Ecuaciones de comportamiento de egresos del HNST<sup>32</sup></b>	
<b>Servicio</b>	<b>Ecuación</b>
Emergencia	$y = -3227,x + 51050$
Consulta externa	$y = 571,6x + 25928$
Medicina	$y = 38,8x + 2782$
Cirugía	$y = 64,3x + 1927$
Neonato	$y = -90,5x + 1096$
Pediatría	$y = 86,1x + 2383$
Gineco-obstetricia	$y = 85,5x + 4077$

Fuente: Elaboración propia.

Por lo que las proyecciones de egresos para los próximos 5 años quedan de la siguiente manera:

<b>Cuadro I-13: Proyección de servicios periodo 2008-2013</b>						
<b>Año</b>	<b>Medicina</b>	<b>Cirugía</b>	<b>Neonato</b>	<b>Pediatría</b>	<b>Gineco-obstetricia</b>	<b>Emergencia</b>
2008	3015	2313	553	2900	4590	31688
2009	3054	2377	463	2986	4676	28461
2010	3092	2441	372	3072	4761	25234
2011	3131	2506	282	3158	4847	22007
2012	3170	2570	191	3244	4932	18780

Fuente: elaboración propia

Es importante agregar que no se proyectarán datos para los servicios de consulta externa, ya que entre los planes del hospital se encuentra la descentralización de dichos servicios a las unidades de salud.

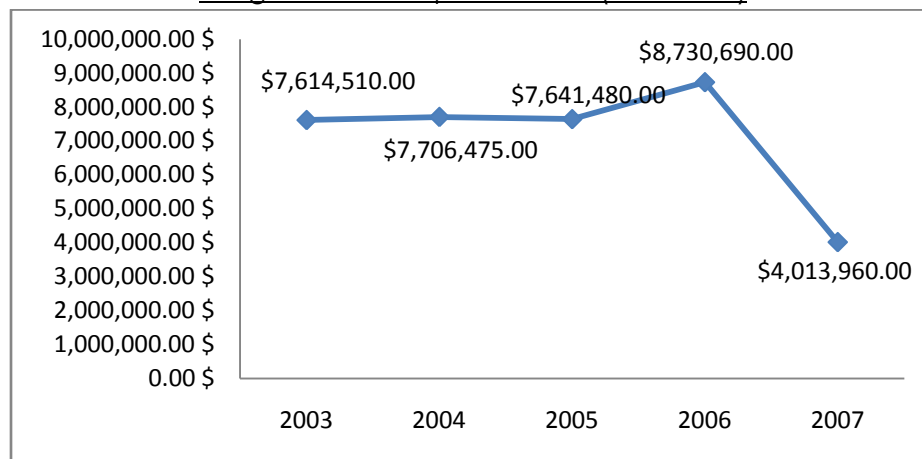
### **1.1.6 Presupuesto del Hospital Nacional Santa Teresa**

El presupuesto asignado por el Ministerio de Hacienda para el Hospital Nacional Santa Teresa en los últimos años ha rondado los \$7 millones y medio anuales; a excepción del 2007, donde este se ha visto disminuido a \$4 millones; esto es debido a que el Ministerio de Salud ha retomado su política centralizadora para la adquisición de medicamentos e insumos médicos para los Hospitales y Unidades de Salud.

<sup>31</sup> Se utiliza la estimación de mínimos cuadrados para obtener resultados más aproximados a la realidad de los datos.

<sup>32</sup> Tendencias generadas a partir del programa Microsoft Excel 2007.

Imagen I-17: Presupuesto HNST (2003-2007)



Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Hacienda

Fuentes de financiamiento del presupuesto del HNST.

El Hospital Nacional Santa Teresa posee 2 fuentes de ingreso:

- Fuente de Financiamiento 1: son las transferencias que el Gobierno de El Salvador realiza al hospital a través del Ministerio de Hacienda.
- Fuente de Financiamiento 2: Son los generados a partir de las donaciones voluntarias que el hospital recibe de los pacientes, también incluye los convenios con escuelas de enfermería, universidades y el ISSS.

Para el área administrativa del hospital el presupuesto asignado durante los últimos 5 años se muestra a continuación:

Cuadro I-14: asignación presupuestaria área administrativa				
año	salarios	adquisiciones de bienes y servicios	gastos financieros y otros	total
2003	\$287.850,00	\$294.655,00	\$30.775,00	\$613.280,00
2004	\$270.545,00	\$308.915,00	\$25.750,00	\$605.210,00
2005	\$295.850,00	\$293.825,00	\$41.215,00	\$630.890,00
2006	\$316.455,00	\$286.850,00	\$41.215,00	\$644.520,00
2007	\$333.925,00	\$317.570,00	\$39.065,00	\$690.560,00

Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Hacienda 2007.

---

## 2. INVESTIGACIÓN DE CAMPO

---

### 2.1 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

#### **Objetivo General:**

Recopilar información primaria sobre la planeación, organización, dirección y control de los departamentos administrativos y jefaturas médicas y de apoyo médico del Hospital Nacional Santa Teresa (HNST), a fin de establecer la situación actual de la administración de dicho nosocomio.

#### **Objetivos específicos:**

- Diseñar una metodología para la investigación con el propósito de establecer los pasos a seguir para la recopilación de la información.
- Identificar la población de interés para el estudio, tanto del área administrativa como médica y de apoyo médico del hospital, a fin de determinar los universos y muestras a analizar.
- Diseñar instrumentos para la recopilación de la información primaria que logren explicar la forma de planificar, organizar, dirigir y controlar el funcionamiento del hospital y de sus diferentes áreas y departamentos.
- Establecer los componentes, tipo y recursos involucrados en la planificación del HNST, a fin de determinar oportunidades de mejora en este elemento de la administración.
- Conocer los mecanismos de control con que cuenta la administración de las diferentes unidades del HNST, a fin de evaluar la idoneidad de los mismos.
- Determinar las leyes y normativas bajo las cuales se rigen las diferentes actividades administrativas, para conocer el ámbito de acción que se tiene en el planteamiento de soluciones.
- Conocer las relaciones y los mecanismos de comunicación de los departamentos del área administrativa con las áreas médicas y de apoyo médico que permitan conocer la integración del sistema administrativo hospitalario.
- Conocer las disconformidades de las áreas médicas y de apoyo médico con el servicio prestado por los departamentos administrativos que dificulten el brindar la atención de salud integral a la población del departamento de la Paz para evaluar la principal problemática de la administración hospitalaria.
- Conocer la percepción de los pacientes del hospital Santa Teresa de Zacatecoluca de los servicios recibidos en el nosocomio para priorizar la resolución de problemas determinados en las entrevistas y encuestas al personal del hospital.

## **2.2 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.**

### **2.2.1 Tipo de investigación**

Para la realización del diagnóstico de la administración del hospital Nacional Santa Teresa se realizará una investigación descriptiva; ya que es en esta donde se realiza un ordenamiento de los resultados de las observaciones realizadas y porque se hace necesario determinar la problemática o situación actual de la institución por medio de la descripción y posterior análisis de las actividades, personas y demás recursos involucrados en los procesos del hospital y en la administración en general.

### **2.2.2 Metodología del Marco Lógico<sup>33</sup>**

A continuación se describen de manera general los pasos de la metodología utilizada para la realización del diagnóstico de la administración del HNST:

#### Paso 1: Análisis de Involucrados:

Se toman en cuenta los grupos directa o indirectamente involucrados y/o afectados con la problemática a resolver. El propósito fundamental es determinar el principal interés de cada participante, su participación y las relaciones existentes.

Cuadro de Involucrados:

Utilizando herramientas para la recopilación de la información (como entrevistas, encuestas) se realiza el siguiente cuadro:

<b>Involucrados</b>	<b>Principal interés</b>	<b>Rol en el sistema administrativo</b>	<b>Contribución al sistema administrativo</b>

#### Paso 2. Análisis y definición del problema:

Hacer una buena identificación del problema es determinante para un buen resultado o solución, ya que a partir de esto se establece toda la estrategia que implica el diseño de la solución. No se puede llegar a la solución satisfactoria de un problema si no se hace primero el esfuerzo por conocerlo razonablemente.

- Actividad 1. Definir el problema central:  
Es necesario analizar e identificar el problema principal de la situación analizada. Con el propósito de identificar las múltiples causas que pueden explicar el problema y los efectos que se derivan de él.

---

<sup>33</sup> Basado en Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas (CEPAL)

- Actividad 2 Graficar el árbol de problemas:  
Una vez que se han identificado las causas y efectos del problema central, el paso siguiente es integrarlas en un sólo esquema que representa el resumen de la situación del problema analizado
- Actividad 3 Graficar el árbol de objetivos:  
Se Cambian todas las condiciones negativas del árbol de problemas a condiciones positivas. Al hacer esto, todas las que eran causas en el árbol de problemas se transforman en medios en el árbol de objetivos, los que eran efectos se transforman en fines y lo que era el problema central se convierte en el objetivo central o propósito del proyecto.

Paso 3. Selección de alternativas:

Los pasos anteriores permiten establecer la base para determinar las distintas estrategias o alternativas que podrían contribuir al cambio de la situación actual a la situación futura deseada.

Paso 4. Elaborar la estructura analítica de la solución<sup>34</sup>:

Con la información recopilada anteriormente, se construye la Estructura o desglose Analítico del diseño de la solución, que consiste en desarrollar un árbol que muestre el detalle de los módulos necesarios para solventar la problemática.

Paso 5. Elaborar la matriz del marco lógico:

Herramienta para la conceptualización, el diseño, la ejecución, el seguimiento del desempeño y la evaluación del proyecto.

**2.2.3 Análisis de involucrados en la administración del hospital Nacional Santa Teresa<sup>35</sup>:**

Debido a la naturaleza del proyecto, se necesita contar con una herramienta que determine el grado de participación de cada componente del sistema de atención hospitalaria dentro de la administración del hospital, por lo que tener un panorama claro de los intereses de cada elemento dentro de la administración determinará el universo de investigación. Se hace uso del análisis de participantes del enfoque del marco lógico para realizar la recopilación de información.

---

<sup>34</sup> El Paso 4 y 5 aplican para la etapa de diseño detallado.

<sup>35</sup> Los demás pasos de la metodología del marco lógico que apliquen para la etapa de diagnóstico se desarrollaran en los capítulos sucesivos.

<b>Cuadro I-15: Análisis de los participantes</b>			
<b>Involucrados</b>	<b>Principal interés</b>	<b>Rol en el sistema administrativo</b>	<b>Contribución al sistema administrativo</b>
<b>BENEFICIARIOS</b>			
Pacientes	Recibir atención de salud integral de forma gratuita.	Clientes externos	Proporciona necesidades.
Áreas médicas	Garantizar la atención integral en salud a los pacientes.	Clientes internos	Proporciona requerimientos de atención
Áreas de apoyo médico	Contribuir a que las áreas médicas brinden atención integral en salud a los pacientes.	Clientes internos	Proporciona requerimientos de atención
Dirección hospitalaria	Garantizar la atención integral en salud a través de una administración eficaz, eficiente y transparente de los recursos del hospital, por medio de la dirección, coordinación y evaluación de la gestión técnico-administrativa y financiera de éste.	Procesador	Dirige la administración hospitalaria
Unidad Financiera Institucional	Controlar las operaciones financieras desarrolladas en la institución con la finalidad de cubrir las necesidades prioritarias de la misma.	Procesador	Transforma requerimientos en productos financieros.
Unidad de Adquisiciones y Contrataciones	Garantizar el suministro de bienes y servicios para el adecuado funcionamiento de la provisión y gestión del hospital	Procesador	Transforma requerimientos en productos adquisitivos y contractuales
Unidad de Conservación y Mantenimiento	Garantizar el buen funcionamiento de los recursos materiales y tecnológicos que se requieren para la adecuada prestación de servicios y funcionamiento del hospital	Procesador	Transforma requerimientos en productos de mantenimiento
Unidad de Recursos Humanos	Dotar al hospital del recurso humano adecuado para atender sus necesidades y garantizar su administración eficiente y eficaz.	Procesador	Transforma requerimientos en productos de manejo de personal
<b>ENTIDADES NEUTRALES</b>			
Corte de Cuentas de la República	Responsables de garantizar la legalidad, economía y efectividad de la gestión del HNST.	Regulador	Controla gestión pública del hospital anualmente
Regional paracentral	Responsables del control de las condiciones de salud de las instituciones de salud de la región paracentral	Regulador, Entorno	Controla gestión hospitalaria trimestral y anualmente
Proveedores	Recibir pago por parte del hospital por prestación de servicios o venta de productos	Entorno	Proveedor de productos o servicios
Hospitales de la región paracentral	Proveer servicios de salud integral a la población de la región paracentral	Entorno	Modelo de administración hospitalaria

<b>Cuadro I-15: Análisis de los participantes</b>			
<b>Involucrados</b>	<b>Principal interés</b>	<b>Rol en el sistema administrativo</b>	<b>Contribución al sistema administrativo</b>
			diferente al estudiado
Ministerio de Hacienda	Velar por la eficiente inversión pública realizada en el hospital	Regulador	Controla gestión financiera mensual o trimestralmente
<b>PERJUDICADOS U Oponentes</b>			
Instituciones privadas de salud	Brindar servicios de salud a la población del departamento de la paz por medio de la compra de los servicios	Entorno	Competencia directa en la prestación de servicios de salud

Fuente: elaboración propia

A partir de la información contenida en la tabla, se puede definir que los participantes a los cuales se les debe investigar su aporte a la administración hospitalaria son:

- División médica del HNST
- Departamentos de la división de apoyo médico
- Dirección del HNST
- Pacientes del HNST
- Región paracentral de salud
- Hospitales de la región paracentral.
- Departamentos de la división administrativa del HNST

Estos participantes son elegidos debido a que realizan la administración, proporcionan los requerimientos al sistema administrativo o realizan un control continuo a la administración hospitalaria; además se incluye la administración de alguna otra institución pública de salud de la región paracentral (hospital nacional Santa Gertrudis de San Vicente) para realizar comparaciones entre ambas instituciones. A continuación se definirán las formas idóneas de recopilar información en cada uno de estos participantes de la administración hospitalaria.

## **2.2.4 Fuentes De Información:**

### a) Entrevistas:

Se llevarán a cabo tanto entrevistas estructuradas de preguntas abiertas (por estar rígidamente estandarizada, se plantean idénticas preguntas y en el mismo orden a cada uno de los participantes), como no estructuradas de preguntas abiertas (flexibles y abiertas para adaptarlas a las diversas situaciones y características particulares de los sujetos de estudio) realizadas a:

Entrevistas estructuradas:

- Director Institucional.
- Jefes de los departamentos administrativos del HNST.
- Jefes de los departamentos de la división médica.
- Jefes de los departamentos de la división de apoyo médico.



- Institución de salud de la región paracentral con la mejor administración hospitalaria (Hospital Nacional Santa Gertrudis).

Entrevistas no estructuradas:

- Coordinadora administrativa de la Región paracentral de salud.

***b) Encuestas:***

Estas se realizarán con el propósito de cuantificar el conocimiento que los empleados tienen de la administración hospitalaria y para conocer la percepción de la calidad de la atención ofrecida por el área médica a los pacientes por medio de un cuestionario con preguntas cerradas y abiertas según la información requerida. Los sujetos a encuestar son:

- Personal de los departamentos administrativos
- Pacientes de diferentes especialidades

**2.2.5 Instrumentos utilizados<sup>36</sup>**

A continuación se muestran las herramientas utilizadas para recopilar la información relacionada con los involucrados en la administración del HNST:

<b>Cuadro I-16: Instrumentos utilizados en la recopilación de la información.</b>		
<b>Instrumento</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Población objeto de estudio</b>
Entrevista con el director del HNST	Conocer la situación actual de la administración del hospital Santa Teresa de Zacatecoluca para realizar un diagnóstico institucional y generar una propuesta de mejora	Director General del Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca
Entrevista a Jefes de los departamentos administrativos del Hospital Nacional Santa Teresa.	Conocer la situación actual de la administración del hospital Santa Teresa de Zacatecoluca y de los departamentos administrativos del mismo, para realizar un diagnóstico institucional y generar una propuesta de mejora	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jefe de la unidad de adquisiciones y contrataciones institucional.</li> <li>- Jefe de la unidad financiera institucional.</li> <li>- Jefe del departamento de recursos humanos.</li> <li>- Jefe del departamento de conservación y mantenimiento.</li> <li>- Jefe de servicios generales.</li> <li>- Jefe de cocina.</li> <li>- Jefe de lavandería.</li> </ul>
Entrevista a jefes de los departamentos administrativos del Hospital Nacional Santa Gertrudis.	Determinar la situación actual de la administración del hospital Santa Gertrudis de San Vicente que permita utilizar dicha información como base para establecer mejoras en el HNST.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jefe de la unidad de adquisiciones y contrataciones institucional.</li> <li>- Jefe de la unidad financiera institucional.</li> <li>- Jefe del departamento de recursos humanos.</li> <li>- Jefe del departamento de conservación y mantenimiento.</li> <li>- Administrador del hospital nacional Santa Gertrudis.</li> </ul>

<sup>36</sup> Ver otros requerimientos de información en Anexo I-8

<b>Cuadro I-16: Instrumentos utilizados en la recopilación de la información.</b>		
<b>Instrumento</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Población objeto de estudio</b>
Entrevista con autoridades de la región paracentral de salud.	Conocer la realidad del hospital nacional Santa Teresa desde una óptica diferente; que permita validar la problemática encontrada en el nosocomio. Así como conocer la influencia de la Dirección Regional en la administración del nosocomio.	Coordinadora de las áreas administrativas de la región paracentral de salud.
Encuesta dirigida al personal de la división administrativa del HNST	Estimar el grado de conocimiento de la administración por parte del personal del hospital, así como conocer los diferentes procedimientos realizados en el departamento.	Personal de los departamentos: - Recursos Humanos - UACI - Unidad Financiera Institucional - Conservación y mantenimiento.
Encuesta dirigida a los jefes de departamento de la división médica.	Conocer las relaciones entre la división médica y la división administrativa; con el propósito de conocer las características y problemas a considerar dentro de la propuesta de mejora a la administración institucional.	- Jefa de área de emergencias - Jefa de área de cirugía y medicina hombres. - Jefa de medicina mujeres. - Jefa de área de ginecología y cirugía mujeres. - Jefa de área de partos. - Jefa de área de puerperio. - Jefa de área de pediatría. - Jefa de área de sala de operaciones. - Jefa de área de arsenal.
Encuesta dirigida a los jefes de departamento de la división de apoyo médico.	Conocer las relaciones entre la división de apoyo médico y la división administrativa; con el propósito de conocer las características y problemas a considerar dentro de la propuesta de mejora a la administración institucional.	- Jefe del departamento de enfermería. - Jefe del laboratorio clínico. - Jefe de trabajo social - Jefe de rayos x. - Jefe de farmacia. - Jefe de fisioterapia - Jefe del departamento de anestesiología.
Encuesta dirigida a los pacientes del HNST (Ver anexo I-9)	Establecer el grado de satisfacción de los servicios ofrecidos por el Hospital Santa Teresa y así poder identificar oportunidades de mejora.	Pacientes internados en los diferentes servicios del hospital Santa Teresa. (Ver apartado de determinación de la muestra)
Cuestionario de clima organizacional dirigido al personal de las 3 divisiones del hospital (Ver anexo I- 10)	Identificar un parámetro a nivel general sobre la percepción que los individuos tienen de la institución en la que laboran, con el propósito de completar el diagnóstico realizado a la administración del HNST y conocer la disponibilidad que muestran tener los empleados para asumir nuevos cambios.	Empleados de la división médica, división administrativa y de apoyo médico del Hospital Nacional Santa Teresa.

Fuente: elaboración propia

## 2.2.6 Determinación del universo y muestra de la encuesta dirigida a pacientes.

### a) Determinación del universo.

Debido a la naturaleza de la investigación, la cual está encaminada a conocer el funcionamiento administrativo del Hospital Nacional Santa Teresa es importante conocer la percepción de los pacientes con respecto a los servicios prestados por el nosocomio, porque en la medida dichos servicios logren cubrir las necesidades de salud de los pacientes, en esa medida la administración del hospital alcanzará los objetivos organizacionales. El universo utilizado para el cálculo de la muestra, corresponde a los **54,190 egresos hospitalarios**<sup>37</sup> anuales promedio que presenta el hospital nacional Santa Teresa desde el 2003 hasta 2007.

### b) Determinación de la muestra

Con el universo establecido, se procede a determinar una muestra aleatoria simple representativa que logre obtener la opinión de la población acerca de la atención brindada por el hospital y en donde todos los individuos tengan la misma probabilidad de ser elegidos.

La fórmula a utilizar es la siguiente:

$$n = \frac{z^2 pqN}{(N-1)E^2 + z^2 pq}$$

Donde:

- n: Tamaño de la muestra a utilizar
- N: Universo: 54,190 egresos hospitalarios en promedio anuales que realiza el hospital Santa Teresa.
- Z: Valor crítico correspondiente al coeficiente de confianza de la investigación.
- E: Error muestral, determinado según el criterio del grupo investigador.
- p<sup>38</sup>: 0.88 proporción de personas que consideran a los servicios públicos de salud como regulares, buenos, muy buenos o excelentes
- q<sup>31</sup>: 0.12 proporción de personas que consideran a los servicios públicos de salud como malos

Para efectos del estudio se determinaron los siguientes valores:

- Probabilidad de éxito **p<sup>31</sup>=0.88**
- Probabilidad de fracaso **q<sup>31</sup>=0.12**
- El nivel de confianza deseado es de un 95% por lo tanto: **Z= 95% = 1.96**
- El error máximo esperado es de un **10%**<sup>39</sup>

---

<sup>37</sup> Fuente: Unidad de estadística HNST.

<sup>38</sup> Obtenido de la valoración de la calidad del Servicio de salud, pág. 29 del estudio "Exclusión social en salud en El Salvador", MSPAS-OPS 2004 (Ver Anexo I-11)

Cálculo de muestra

$$n = \frac{(1.96)^2(0.88)(0.12)(54,190)}{(54,190 - 1)(0.1)^2 + (1.96)^2(0.88)(0.12)} = 40.54 \cong 41 \text{ encuestas}$$

## 2.2.7 Determinación del universo y muestra para la encuesta de clima organizacional en el HNST.

### a) Determinación del universo.

El universo lo representan los 329 empleados (exceptuando los médicos internos, ya que su contrato laboral es de un año) representados en la nomina del Hospital Nacional Santa Teresa.

### b) Determinación de la muestra

Con el universo establecido, se procede a determinar una muestra representativa que logre medir el clima laboral en la institución. La fórmula utilizada para dichos propósitos es la siguiente:

$$n = \frac{z^2 pqN}{(N - 1)E^2 + z^2 pq}$$

Donde:

- n: Tamaño de la muestra a utilizar
- N: Universo: **329** empleados del HNST
- Z: Valor crítico correspondiente al coeficiente de confianza de la investigación y es de un 95% por lo tanto: **Z = 95% = 1.96**
- E: Error muestral, determinado según el criterio del grupo investigador y este es de un **10%**<sup>40</sup>
- p: proporción de personas que considera tener un clima laboral aceptable. Debido a que no se cuentan con registros en el hospital de estudios similares, se le atribuirá una probabilidad del **50%**.
- q: proporción de personas que no considera tener un clima laboral aceptable. Debido a que no se cuentan con registros en el hospital de estudios similares, se le atribuirá una probabilidad del **50%**.

Cálculo de muestra

$$n = \frac{(1.96)^2(0.50)(0.50)(329)}{(329 - 1)(0.1)^2 + (1.96)^2(0.50)(0.50)} = 74.51 \cong 75 \text{ encuestas}$$

---

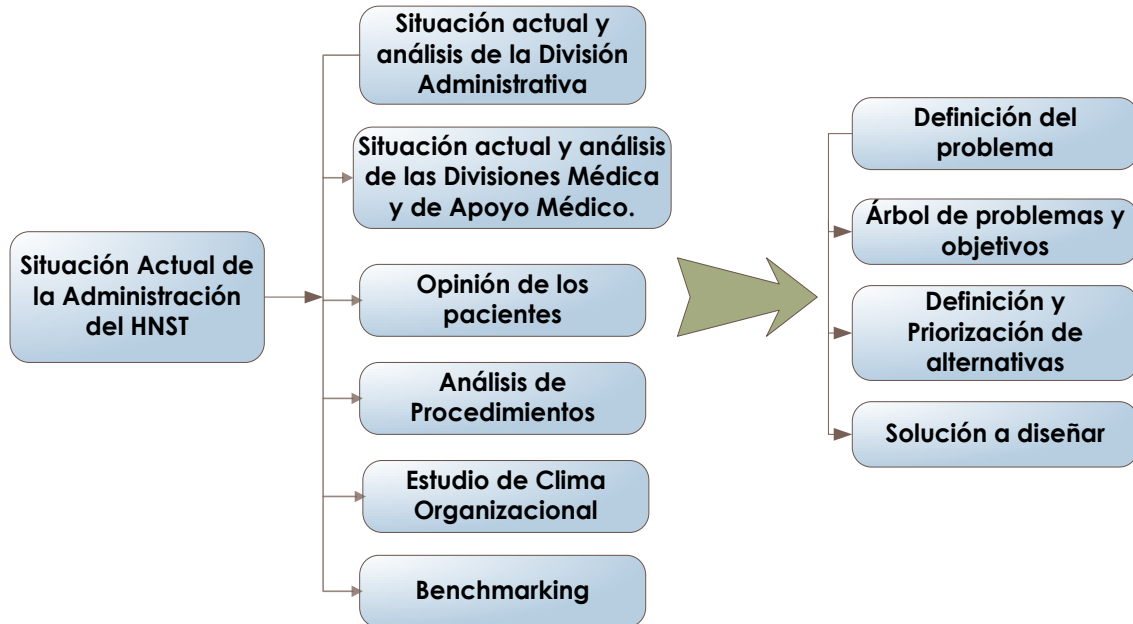
<sup>39</sup> Porcentaje máximo de error determinado por investigadores en base a características de muestra (no necesita mucha precisión los datos) y por no elevar costos ni tiempos de investigación.

<sup>40</sup> Porcentaje máximo de error determinado por investigadores en base a características de muestra (no necesita mucha precisión los datos) y por no elevar costos ni tiempos de investigación.

### 2.2.8 Desglose de la investigación en el HNST:

Con la metodología planteada anteriormente se definirá el desglose de la investigación en el Hospital Nacional Santa Teresa a fin de establecer un ordenamiento de la información que se recopilará:

Imagen I-18: Desglose general de la investigación en el HNST.



Fuente: Elaboración propia.

---

### **3. SITUACIÓN ACTUAL DE LA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA DEL HNST.**

---

La división administrativa del Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca, está conformada por 4 departamentos que son:

- Departamento de Recursos Humanos.
- Departamento de Conservación y Mantenimiento,
- Departamento Financiero Contable (UFI), y
- La Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucionales (UACI).

Es a través del funcionamiento de estos cuatro departamentos y la dirección del hospital, que se lleva a cabo la administración en el nosocomio; es decir se realiza la planificación, organización, dirección y control en la institución, a fin de garantizar la adecuada gestión de los recursos humanos, materiales, médicos y financieros para la prestación del servicio hospitalario. De ahí la importancia de conocer su funcionamiento.

Es por ello, que a fin de establecer la Situación actual de la división administrativa del Hospital Nacional Santa Teresa, se realizaron una serie de entrevistas a los jefes de los diferentes departamentos administrativos, los cuales se muestran a continuación:

#### **3.1 DIRECCIÓN GENERAL HNST**

##### **3.1.1 Objetivo general:**

Garantizar la eficiente administración de los recursos y los servicios de salud en el hospital.

##### **3.1.2 Funciones:**

- Dirigir la formulación del presupuesto anual del hospital de acuerdo a los lineamientos establecidos por el nivel superior.
- Monitorear, evaluar y supervisar la ejecución presupuestaria del hospital.
- Monitorear el cumplimiento de los compromisos de gestión en el hospital.
- Cumplir y hacer cumplir el código de salud y demás leyes y reglamentos relacionados con el hospital.
- Efectuar seguimiento a las recomendaciones establecidas por auditorías externas o internas.
- Coordinar acciones con otras entidades del Ministerio de Salud para la toma de decisiones y autorizaciones.
- Convocar, conducir y coordinar las reuniones de carácter interno.
- Autorización y aprobaciones de decisiones en el hospital.

##### **3.1.3 Planificación:**

Entre los elementos que conforman la planeación de la Dirección General del HNST, están:

## a) Programación anual Operativa (PAO)

La planificación a nivel gerencial del Hospital Nacional Santa Teresa, se realiza anualmente durante el mes de Diciembre a través de la programación anual operativa del hospital (en donde se analiza el curso del año anterior y se planea la oferta de servicios para el siguiente año y es un insumo importante para la realización del presupuesto institucional) realizado en coordinación con todas las divisiones del hospital; esta programación es elaborada a partir de los planes anuales operativos del área médica y de apoyo médico y de los planes anuales de trabajo de las áreas administrativas.

El procedimiento que se sigue para la formulación de la programación anual del hospital, puede resumirse de la siguiente manera:

- 1) Se convoca a reunión al comité de planeación
- 2) Se verifican los logros del año anterior (estadísticas, SIG, compromisos de gestión, etc.)
- 3) Se analizan las causas por las cuales no lograron alcanzar alguna meta en específico (análisis interno institucional de problemas tanto de problemas médicos y en menor medida, administrativos; no existe un análisis interno para realizar mejoras continuas en la institución, solo se realizaría en una planeación estratégica institucional)
- 4) Se realiza el análisis del entorno (crecimiento poblacional, inflación de precios, situación política, etc.)
- 5) Se revisan los perfiles epidemiológicos y endémicos de la población de La Paz
- 6) Se proponen las nuevas metas para los servicios de salud de la institución
- 7) Se establecen las metas de servicios de apoyo y administrativas a partir de las proyecciones de los jefes de departamento y de las metas de los servicios médicos.

Para ejemplificar lo anterior, a continuación se muestra la programación anual operativa para el año 2008 en el hospital.

Cuadro I-17: Demanda proyectada HNST 2008

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL DIRECCION DE PLANIFICACION DE SERVICIOS DE SALUD ANALISIS DE OFERTA-DEMANDA PARA ACTIVIDADES DE SERVICIO AMBULATORIOS PL1A									2008
<b>HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA</b> DEPARTAMENTO: LA PAZ									
ACTIVIDAD	SUJETO PROGRAMATIVO	UNIVERSO	COBERTURA	CANTIDAD	CONCENTRACION	META ANUAL	RENDIMIENTO	TOTAL HORAS NECESARIAS	TOTAL HORAS NECESARIAS
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
Consulta	Especializada	31,651	100%	31,651	1	31,651	4 x hora	7913	7913
Consulta	Emergencia	316,510	100%	316,510	1	15,825	2 x hora	7912	7912

Fuente: Dirección HNST

Este primer cuadro representa la demanda proyectada de los servicios hospitalarios para el año 2008 tanto para consultas de medicina interna y de emergencia, estos datos representan las metas hospitalarias. Debido a la orientación de servicio, la planeación hospitalaria se centra en la atención médica (procesos claves del hospital).

Cuadro I-18: Planificación de los Recursos 2008

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL DIRECCION DE PLANIFICACION DE SERVICIOS DE SALUD ANALISIS DE OFERTA-DEMANDA PARA ACTIVIDADES DE SERVICIO AMBULATORIOS PL2												
HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA 2008 DEPARTAMENTO: LA PAZ											AÑO: 2008	
ACTIVIDADES A PROGRAMAR (1)	CAPACIDAD FISICA INSTALADA						RECURSOS HUMANOS DISPONIBLES					META PROG. (12)
	TIPO DE RECURSOS (2)	NUMERO DE RECURSOS (3)	No. HORAS (4)	(3) X No.HORAS (5)	TOTAL (4) NORMA/18 (6)	TOTAL (5) X No. DIAS (6)	TIPO DE RECURSOS (7)	No. RECURSOS (8)	DISPONIB HORAS DIA (9)	RENDIMIENTO DIARIO (10)	META SEGÚN RECURSO (11)	
Cirugía mayor electiva	Quirófanos	3	6	18	9	2169	Cirujano	15	29	7	1687	1855
Cirugía mayor emergencia	Quirófano	1	18	18	7	2555	Cirujano	1	18	7	2555	2555
Partos a atender	Sala de partos	3	24	72	22	8212	Médico, Enfermera Auxiliar	1	24	7	2555	2810
Examen de Laboratorio	Peine	8	8	64	320	77,120	Técnicos Lab	11.5	80.5	50.3	12,122	13,334
Anestesia General	Aparatos de anestesia	3	8	24	9	2169	Anestesta	3	8	9	2169	2385
Sesiones de Fisioterapia	Cubículo o canapé	4	8	32	96	23,136	Fisioterapeuta	3	18	54	13,014	20,160
Estudios Radiológicos	Aparato RX	2	24	48	192	70,080	Técnico RX	2	24	96	35,040	34,972

Fuente: Dirección HNST

El cuadro anterior representa la planeación de los recursos humanos con los que cuenta el hospital para poder cubrir la demanda proyectada de servicios (metas del hospital) y también se muestra la planeación de las instalaciones y equipos para proporcionar el servicio de cirugías y los de apoyo a los servicios médicos más importantes para el hospital. De igual manera no se mencionan aspectos administrativos en esta planeación.

Cuadro I-19: Estimación del Desempeño

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL DIRECCION DE PLANIFICACION DE SERVICIOS DE SALUD ANALISIS DE OFERTA-DEMANDA PARA ACTIVIDADES DE SERVICIO AMBULATORIOS PL3						
HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA DEPARTAMENTO: LA PAZ						AÑO: 2008
AREA BASICA	DOTACION DE CAMAS	DIAS CAMA DISPONIBLES	PORCENTAJE OCUPACION	DIAS CAMA OCUPADO	PROMEDIO DIAS DE ESTANCIA	EGRESOS PROGRAMADOS
Medicina	37	14,137	90%	11,356	3.34	3,400
Cirugía	32	11,735	90%	9,266	3.67	2,525
Pediatría	25	10,683	90%	9,478	3.27	2,898
Ginecología	15	5,997	90%	5,042	2.48	2,033
Obstetricia	20	7,044	90%	5,553	2.23	2,490
Neonatología	8	3,089	90%	2,702	3.58	755

Fuente: Dirección HNST

El desempeño estimado para el hospital, si se cumplen las metas de la proyección de los servicios de salud para el año 2008, se muestran en la tabla anterior.



Cuadro I-20: Programación Anual Operativa 2008

PROGRAMACION ANUAL OPERATIVA 2008 HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA SERVICIOS DE APOYO	
SERVICIO	PROGRAMA DA
COLPOSCOPIA	783
ENDOSCOPIA	202
COLONOSCOPIA	9
CITOLOGIA	550
CAMBIOS DE SONDAS	827
PLANIFICACION FAMILIAR	629
TERAPIA RESPIRATORIA	3,535
VACUNACION HUMANA	5,728
BCG	2,253
ULCERAS Y HERIDAS	12,828
CURACIONES	71,361
PEQUEÑA CIRUGIA	2,028
INYECCIONES	109,790
ELECTROCARDIOGRAMAS	2,794
FARMACIA (recetas)	390,000
ARSENAL	332,928
ODONTOLOGIA	8,294
CONTROL DE TB	35
TRABAJO SOCIAL	11,285
ALIMENTACION Y DIETAS	59,870
LAVANDERIA	416,464
ROPERIA	12,854
DOCUMENTOS MEDICOS	57,961
MANTENIMIENTO CORRECTIVO (ordenes cumplidas)	1,650
TRANSPORTE (kilómetros)	132,633
REPRODUCCION Y DIBUJO	816,000
COMUNICACIONES	23,000
ALMACEN	9,202

Fuente: Dirección HNST

En este último cuadro de la PAO, se muestra la proyección de servicios de apoyo y administrativos que tendrá el hospital para el año 2008 (metas administrativas y de apoyo médico), en base a la demanda proyectada de consultas especializadas y de emergencia (metas hospitalarias) y de los registros propios de cada departamento.

Se puede observar que no se toman en cuenta en esta planeación los servicios de mantenimiento preventivo, solo los correctivos ya que por las condiciones actuales de la infraestructura del hospital no se pueden proporcionar (aunque deberían de proporcionarse mantenimientos preventivos a equipos médicos y administrativos).

Como se puede observar la programación anual hospitalaria está centrada en el cumplimiento de las metas médicas de corto plazo, mas no en proyectos de largo alcance o en realizar mejoras en la forma de prestación de servicios médicos o administrativos, por lo que es necesario un cambio de filosofía administrativa, en donde se reflejen las ventajas de las nuevas tendencias administrativas como la mejora continua, la importancia de la opinión del cliente, la parte estratégica de la planeación, etc.

**b) Plan Anual de trabajo.**

El "Instrumento técnico para la elaboración del presupuesto por áreas de gestión" establece que el plan anual de trabajo es una herramienta obligatoria de programación del hospital que acompaña al presupuesto institucional, el cual está compuesto de los siguientes aspectos:

- Especificación del área del sector público a la que pertenece la institución.
- Nombre de la institución.

- Unidades presupuestarias: Identifica el nombre de la unidad que ha sido determinada por la institución para la asignación de recursos.
- Responsable: Cargo Jerárquico del funcionario que es responsable legalmente de la institución.
- Síntesis de la problemática y recomendaciones: Consiste en la identificación los factores o problemas de tipo social, político, económico, etc. que han incidido negativamente en la prestación de servicios de salud.
- Estrategias de solución.
- Calendarización de la ejecución física y financiera: Se establece el organigrama que refleja el avance de las metas establecidas.
- Información adicional.

### **c) Proyecto del Presupuesto institucional:**

Anualmente, el Director del Hospital Nacional Santa Teresa junto con la Jefa de La Unidad Financiera son los responsables de consolidar y revisar el presupuesto institucional. El presupuesto se basa en necesidades que son respaldadas entre otras cosas por los datos históricos del Sistema de Información Gerencial, la programación anual operativa, etc. La formulación del presupuesto del hospital se realiza de acuerdo a procedimientos establecidos en los instructivos y reglamentos de la UFI (para mayor información acerca del presupuesto 2008 remitirse al análisis de procedimientos de la UFI y al apartado de planificación de la UFI).

### **d) Planeación estratégica**

Hasta el momento no se ha realizado ninguna planeación estratégica institucional de manera oficial, ni con el presente o anterior director del hospital.

### **e) Misión y Visión:**

Actualmente, el HNST cuenta con una misión y visión institucional creadas en el primer trimestre del año 2007 de manera provisional; estas son manejadas como una propuesta y han sido formuladas por el nuevo director del hospital junto a los 4 jefes de las áreas administrativas y la jefe de residentes.

Esta misión y visión no pueden utilizarse para realizar planeaciones del hospital, ya que no fueron formuladas con base en un estudio de la realidad institucional tanto interna como externa, ni obedece a una metodología apropiada, tampoco se conto con la opinión y compromiso de los empleados o la opinión de los pacientes u organismos rectores; además no han sido divulgadas a los empleados, solamente se han comunicado por medio del plan de inducción del personal. Prueba de ello es que la misión solamente es conocida por el 68% del personal administrativo; mientras que la visión es conocida por el 55,83%<sup>41</sup>.

---

<sup>41</sup> Fuente: Encuesta realizada al personal administrativo del HNST.

El proceso que debería seguirse de acuerdo con la opinión de la dirección, para la formulación de la misión y visión institucional es el siguiente:

- 1) Se convoca a reunión al comité de planeación estratégica
- 2) Se comunica al comité de planeación estratégica lo que se va a realizar y de la importancia de esta planeación para el hospital y los pacientes
- 3) Se obtiene la opinión de cada trabajador (con respecto a la meta del hospital a largo plazo y de la que consideran es la posición o rol actual del hospital en la sociedad; si se puede se debe tratar de obtener la opinión del 100% de los empleados)
- 4) Se recoge la información de los diferentes departamentos (el comité tiene toda la potestad para reunir toda la información que consideren oportuna)
- 5) Se formulan la misión y visión, así como los objetivos y estrategias institucionales.
- 6) Se comunican los resultados de la planeación estratégica, por sectores, a todos los trabajadores del hospital; además se hacen públicos los resultados.
- 7) Se genera el compromiso de cada departamento, con respecto a la planeación estratégica, de su participación en esta y de lo que debe de lograr.

La misión y visión con las que cuenta actualmente el Hospital Santa Teresa son:

#### *Misión*

"El hospital Nacional Santa Teresa, garantiza la provisión de servicios integrales de la salud en las áreas básicas de medicina, cirugía, ginecología y pediatría complementadas con subespecialidades, desarrollando procesos de curación, prevención y promoción de la salud, la atención ambulatoria, especializada y de especialización, enlazada con la red primaria de servicios a través del sistema de referencia y retorno. Comprometidos con la calidad, la corresponsabilidad y práctica de la ética profesional, dentro de un clima armonioso y de respeto logrando la satisfacción del usuario."

#### *Visión*

"Ser un hospital diferente y mejor a nivel Nacional que provee servicios integrales de salud, con calidad, equidad, solidaridad, gestión transparente y sostenible para la conservación y restablecimiento de la salud con responsabilidad, garantizando la satisfacción del usuario."

#### **f) Objetivos y metas:**

Los objetivos y metas se elaboran para un periodo de un año y se enfocan en la consecución de los compromisos de gestión<sup>42</sup> establecidos por la Dirección Regional a los Hospitales Generales. Estos objetivos se elaboran en el mes de Diciembre cuando se realiza el plan anual operativo del hospital. El comité de planeación que se reúne para formular la planeación anual es el encargado de establecer ambos (objetivos y metas).

---

<sup>42</sup> Detalle de los compromisos de gestión en cada área administrativa

El 69,1% del personal administrativo manifiesta conocer las metas de su departamento y un porcentaje similar (69,4%) dice recibir dicha información de forma oportuna por parte de sus superiores.

**g) Políticas:**

De acuerdo con el manual de inducción, las políticas del Hospital Santa Teresa son:

- El hospital Santa Teresa considera el factor humano no solo como el de mayor nobleza y dignidad entre los que intervienen en el servicio, sino que el que condiciona la eficacia de todos los demás. Es por ello que todas las normas y reglas de la institución deberán aplicarse e interpretarse en forma de que jamás se lesione la dignidad del trabajador.
- Como elemento esencial en el trato del personal, se consideran el garantizar a este su libertad e independencia mientras no viole los derechos de los otros trabajadores o de la institución.
- Garantizar la atención de calidad para nuestros usuarios ya sea en lo preventivo curativo y de rehabilitación.

### **3.1.4 Organización**

**a) Estructura organizativa:**

El hospital Nacional Santa Teresa está conformado por tres divisiones que son: la división médica, división de apoyo médico y la división administrativa. Cada una de estas divisiones esta a su vez conformada por departamentos, los cuales son dirigidos por un jefe de departamento que reporta los resultados al director.

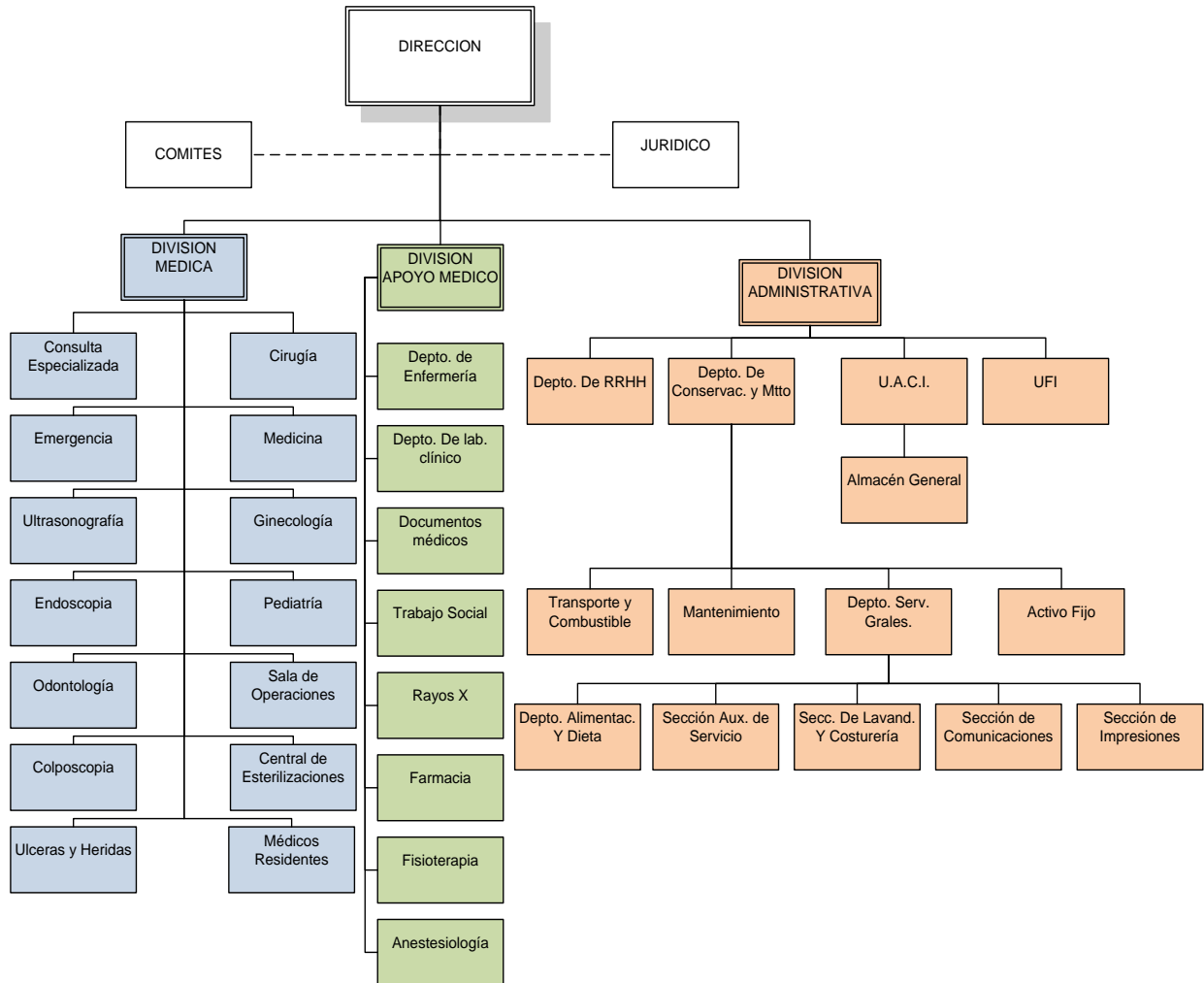
El establecimiento y evaluación de este organigrama se realiza como parte del proceso de planeación estratégica, siendo los encargados de definirla el comité de planeación estratégica.

De acuerdo con la dirección el procedimiento que se seguiría al establecer un nuevo organigrama es el siguiente:

- 1) Se convoca a reunión al comité de planeación estratégica
- 2) Se evalúan los roles, funciones e interrelaciones de los diferentes departamentos dentro del hospital
- 3) Se estructura y establece el organigrama institucional
- 4) Si existen cambios con respecto al anterior organigrama, se programa las actividades para cambiar el funcionamiento de la institución
- 5) Se monitorea el avance de los cambios
- 6) Se comunica la estructura organizativa de la institución (de la misma manera en que se comunica la misión y visión del hospital, a través del manual de inducción)

El siguiente organigrama muestra la estructura actual del Hospital Nacional Santa Teresa.

Imagen I-19: Organigrama del Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca



Fuente: Departamento de RRHH, HNST.

Este organigrama es reconocido por el 70,8% de los empleados, de acuerdo con los resultados arrojados por una encuesta realizada al personal administrativo; esto es debido a que no ha sido divulgado a través de los medios más idóneos para ello.

### **b) Comités del Hospital Nacional Santa Teresa**

“El lineamiento Técnico en la Prevención y Control de las Infecciones Nosocomiales” define a los comités como órganos asesores a la Dirección y un sostén administrativo que identifican problemas y propone políticas o sugerencias para la prevención y control de las mismas, actualizándolas continuamente en beneficio de la institución. Estas sugerencias son presentadas al titular del nosocomio (Director) para institucionalizar su implementación y desarrollo.

Los comités surgen como una necesidad de solventar problemáticas que desde un solo departamento no se pueden resolver, para lo cual reúnen un grupo de diferentes

profesionales de diferentes departamentos ya sea de forma temporal o permanente y juegan un papel importante en la planificación del hospital ya que son entes asesores que podrían proponer mejoras en pro del mejoramiento hospitalario cuyo desarrollo podría ser tomado en la planificación anual o estratégica (en caso de realizarse) del hospital

El personal que compone cada comité se define de acuerdo al tipo de problemática a abordar, ya sea entre departamentos involucrados o con otros departamentos ajenos a la problemática; existen otros comités que se forman a partir de políticas del Ministerio de Salud Pública y se establece quienes deberían conformar determinados comités, ej.: comité materno infantil, comité de infecciones nosocomiales, comité farmacoterapéuticos, comité de lactancia materna, comité de desechos sólidos, comité de suministros.

La formación de un comité se da de la siguiente manera:

- 1) Se identifica una necesidad o problema dentro del hospital (ya sean médicas o administrativos)
- 2) Se conoce los antecedentes del problema
- 3) El director convoca a las personas idóneas para el comité
- 4) Planifican su accionar
- 5) Realizan las actividades programadas
- 6) Se evalúan los resultados
- 7) Se plantean nuevas necesidades concernientes al comité o se dejan de reunir hasta que se presenten nuevas problemáticas para este comité.

Según el artículo 16 del reglamento general de hospitales del MSPAS, los comités se organizarán (según la complejidad del nosocomio) en: comité de gestión, Farmacoterapéutico, Auditoría y Desempeño Médico, Infecciones Nosocomiales, Epidemiología, Lactancia Materna, Docencia e investigación, Comité del Sistema de Información Gerencial y otros que se consideren necesarios, coordinados por la Dirección del Hospital.

A continuación se muestran los comités institucionalizados del hospital, los cuales realizan una planeación anual de sus actividades (elaborada y evaluada en el mes de enero de cada año) y la desarrollan a lo largo del año:

<b>Cuadro I-21: Comités del Hospital Nacional Santa Teresa.</b>		
<b>Comité</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Ley o reglamento</b>
Comité de lactancia materna	Incentivar la lactancia materna en las usuarias del hospital.	
Comité de infecciones nosocomiales	Definir estrategias que permitan disminuir y prevenir las infecciones nosocomiales en el hospital.	Capítulo 1 del Lineamiento Técnico en la Prevención y Control de las Infecciones Nosocomiales
Comité del SIG	Analizar y corregir las irregularidades en el SIG.	
Comité de planeación.	Encargado de elaborar la planeación anual operativa.	

<b>Cuadro I-21: Comités del Hospital Nacional Santa Teresa.</b>		
<b>Comité</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Ley o reglamento</b>
Comité de Gestión	Promover la elaboración, ejecución y evaluación de los planes, programas y proyectos del hospital.	Artículo 24, 25 y 26 del Reglamento de la ley del sistema básico de salud integral
Comité perinatal	Llevar un registro actualizado de las muertes Perinatales, Infantiles y de la Niñez, a través de los reportes de la Alcaldía Municipal, Hospital y comunitario	Apartado 7: guía para la vigilancia de la mortalidad perinatal, infantil y de la niñez.
Comité de prevención de sepsis neonatal		
Comité de gestión de insumos y medicamentos	Lograr la eficiente gestión de medicamentos e insumos en la institución.	
Comité de Higiene y Seguridad Industrial	Disminuir los accidentes laborales en la institución.	
Comité de fármacos terapéuticos		
Comité de estadística y expedientes clínicos	Garantizar el cumplimiento de las normas sobre organización, custodia, utilización, archivo y conservación de los expedientes	Artículo 103 al 108 de la Norma Técnica para Departamentos de Estadística y Documentos Médicos de Hospitales Nacionales

Fuente: Dirección HNST

### ***c) Manuales y leyes aplicadas a la dirección.***

Para la consulta de algunos procedimientos, puestos y funciones del Hospital, se toma como referencia el manual del SIBASI, reglamento de hospitales y otras bases legales (como la ley AFI, ley LACAP, entre otras) que cuentan con información útil para el área administrativa del hospital.

### **3.1.5 Dirección**

#### ***a) Autoridad en la institución:***

El director del Hospital representa la autoridad máxima en la institución; él es el representante legal de la misma y es quien se encarga de revisar los informes institucionales y aprobar las decisiones importantes.

## **b) Relaciones jefe – subordinado**

- Liderazgo:  
El liderazgo utilizado por la autoridad del hospital es de tipo situacional, ya que se busca una combinación entre el comportamiento directivo (autocrático) y el comportamiento de apoyo (democrático).
- Comunicación:  
El proceso de comunicación de las ordenes y decisiones se hace de forma vertical, es decir las decisiones fluyen de arriba abajo mientras que los reportes lo hacen de abajo hacia arriba. Este proceso se lleva a cabo de forma escrita cuando se trata de información de carácter formal o legal.

## **c) Toma de decisiones:**

Los jefes de departamento poseen autoridad para tomar decisiones sobre las áreas bajo su responsabilidad por lo que se considera que la toma de decisiones se realiza de forma descentralizada.

### **3.1.6 Control**

#### **a) Compromisos de Gestión<sup>43</sup>:**

Los compromisos de gestión son una serie de indicadores que miden el cumplimiento de las metas a nivel hospitalario. Los compromisos de gestión tienen 2 componentes:

- Provisión de los servicios de salud: comprende el cumplimiento de los programas de atención directa al paciente, los programas de atención primaria en salud y de educación para la salud.
- Gestión hospitalaria: enfocándose en los 4 sistemas de tipo administrativos que componen al hospital (Recursos humanos, Unidad financiera institucional, conservación y mantenimiento y la unidad de adquisiciones y contrataciones).

El control en el Hospital Santa Teresa, es ejercido a partir del seguimiento que la región de salud paracentral le da al cumplimiento de los compromisos de gestión por medio de supervisiones trimestrales.

#### **b) Indicadores:**

El Ministerio de Salud Pública, ha creado una Guía de indicadores Priorizados y Estandarizados de Salud para ser utilizados por los establecimientos de salud del país; estos indicadores se encuentran divididos en 2 tipos que son:

- **Indicadores epidemiológicos:** se utilizan para estimar la magnitud, trascendencia y vulnerabilidad de los diferentes grupos de población ante una situación de salud determinada, en un espacio y tiempo definido. Así mismo los indicadores

---

<sup>43</sup> En cada área administrativa se definirán los compromisos de gestión respectivos y el grado de cumplimiento de estos.



epidemiológicos permiten conocer la incidencia y prevalencia de las enfermedades sujetas a vigilancia así como la mortalidad de la población.

- **Indicadores operativos:** miden el trabajo realizado ya sea en la cantidad o en la calidad de ellos, además miden la cantidad de actividades y procedimientos realizados. Estos indicadores pueden ser de tres tipos: productividad, costo promedio y calidad técnica.

Estos indicadores están orientados sobre todo al área médica, dejando un poco de lado la parte administrativa de los servicios de salud.

### **c) Sistema de Información Gerencial:**

#### **Definición**

Es el Sistema integrado que provee al hospital información que apoya las operaciones, la administración y la toma de decisiones. Utiliza programas, procedimientos manuales, además de una base de datos.

El Sistema de Información Gerencial utilizado en el Hospital Nacional Santa Teresa capta y relaciona información de los subsistemas que componen al hospital para apoyar a las siguientes cuatro funciones del proceso de control:

- Evaluación del desempeño institucional.
- Identificación de los factores más relevantes de la eficiencia a nivel hospitalario.
- Análisis de la problemática y el aporte de mecanismos que permitan identificar alternativas de cambios en el área asistencial.
- Monitoreo y evaluación del impacto de las medidas de ajuste institucional.

El SIG es, por tanto, una herramienta analítica para la toma de decisiones. De hecho, su principal aporte consiste no en generar nueva información, sino en relacionar selectivamente información existente para ofrecer al gerente del hospital una visión estratégica de la gestión de los recursos en el establecimiento.

Entre el tipo de información obtenida del SIG<sup>44</sup> se encuentra la siguiente:

<b>CUADRO I-22: INFORMACIÓN OBTENIDA DEL SIG.</b>	
<b>TIPO DE INDICADOR</b>	<b>INFORMACIÓN QUE PROPORCIONA</b>
Producción	Producción de servicios finales y de apoyo
Rendimiento	Número de actividades del recurso humano según horas contratadas
Recursos Humanos	Horas contratadas por categoría de personal; horas utilizadas por recurso humano
Costos	Costos por servicio y costos directos e indirectos; gasto de salario y medicamentos

Fuente: Factores Asociados a la Utilización del SIG en Hospitales de San Salvador del MSPAS

<sup>44</sup> Fuente: Factores Asociados a la utilización del Sistema de Información Gerencial en Hospitales y Departamentales de San Salvador del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Enero - Diciembre 2000. (Anexo I-12)

### **Objetivo del sistema de información gerencial:**

Promover el desarrollo de la capacidad operativa del Hospital Nacional Santa Teresa a través del conocimiento de la producción del área médica del establecimiento.

### **Normas del sistema de información gerencial**

- Cada servicio o unidad administrativa (UFI y RRHH) deberá recoger sistemáticamente la información pertinente y presentará al departamento de estadísticas los datos referentes a la producción, financiero contable (UFI) el consumo, costos y a la persona encargada de personal (RRHH), los registros específicos de recursos humanos.
- El equipo de levantamiento procesamiento de datos del SIG supervisará los procesos de la información por lo menos una vez por semana.
- Los jefes de los servicios deberán entregar la información revisada y totalizada en los dos primeros días hábiles de cada mes a la unidad de estadísticas, financiero contable y encargado de personal.
- Los encargado de los informes de estadísticas, costos y recursos humanos deberán hacer una revisión previa del información y elaborarán un consolidado de la misma, presentándolo al equipo coordinador del SIG en los primeros diez días hábiles de cada mes.
- El equipo coordinador del SIG deberá presentar los cuadros a la dirección del hospital y remitirá los datos a la jefatura del departamento respectivo y a la dirección general de salud del ministerio de salud pública y asistencia social.
- El director del hospital y el comité coordinador del SIG analizarán los resultados en los cuadros, para identificar áreas con problemas y plantear medidas correctivas cada mes.
- En base conocimiento de los resultados en el análisis, el director y el equipo coordinador del SIG programarán las fechas en que se analizarán cada uno de los servicios estableciendo prioridades.
- El director y el equipo coordinador del SIG programarán estudios específicos en áreas identificadas en el análisis que requerirán mayor atención.
- Los cuadros se elaborarán mensualmente en la primera semana de cada mes con la información del mes anterior.

### **Grupo de trabajo para el desarrollo, análisis y seguimiento del SIG en el hospital**

- Director del hospital
- Jefa de enfermeras
- Jefes de divisiones de servicios de apoyo
- Jefe de Unidad Financiera Institucional.
- Jefe de residentes
- Jefe de estadísticas

### **Definiciones utilizadas en el SIG:**

Para comprender la funcionalidad del sistema de información gerencial, se hace necesaria la definición de algunos términos utilizados en éste.

- **Egreso:** Es el retiro de un paciente de los servicios de internamiento del hospital, puede ser por defunción, orden médica, fuga o transferencia.

- **Cama hospitalaria:** Es aquella cama dedicada a la atención regular de los pacientes internados que estén equipadas para que un mismo paciente permanezca en ellas más de 24 horas.
- **Camas censables:** Camas para adultos, camas para niños, incubadoras.
- **Camas no censables:** Camas o camillas de observación en emergencias, camas de terapia intensiva, camas para recién nacidos, camas de recuperación post operatoria, camas para albergues.
- **Días Paciente egresado:** es cada uno de los días o período de 24 horas que permanece un paciente en el hospital.
- **Consulta externa:** es aquel servicio que forma parte de la actividad normal del establecimiento y que por lo tanto está programado con horario, fecha, especialidad, cliente por hora, lugar donde se impartirá la consulta y médico encargado.

### Producción, costos y rendimiento.

A partir de la información proporcionada por la "Matriz de Información Básica" (Es el instrumento que permite registrar y presentar los datos que requiere el SIG: costos, producción en forma ordenada) el programa computacional genera cuadros de información de la asociación de información de producción, rendimiento, recursos y costos, que dan como resultado la siguiente información:

- Costos de producción de los servicios finales, intermedios y de servicios generales
- Volumen de producción global del hospital y de cada servicio.
- Costos unitarios de cada servicio, por unidad de producción: egresados, consulta con intervención quirúrgica, etc.
- Indicador de rendimiento del recurso cama (índice ocupacional y promedio de días estancia)
- Costo promedio de la unidad ejecutora en cada uno de los renglones anteriores.

CUADRO I-23: producción, rendimiento y costos									
Servicios	Unidad de produc.	Volumen de produc.	Costos		Índice ocupac.	Estancia prom.	Índice rotac.	Interv. Sustit.	Dotac camas
			Servicio	Unit .					
Finales: Medicina Cirugía Gineco- obstetric Pediatría Etc.	Egreso Egreso Egreso Egreso Etc.								
Subtotal	Egreso								
Total									
Apoyo: Quirófano Lab.clínic. Radiolog. Farmacia Aliment. y dieta. Admon.	Intervención Exam. Placas Receta Ración								

Fuente: Manual del SIG

- Columna 1: Consigna los servicios finales los sustantivos, los complementarios o de apoyo y los generales del hospital.
- Columna 2: Consigna la unidad con las cuales se mide la producción de cada servicio, es decir, lo que este produce con los insumos que le son suministrados.
- Columna 3: Señala el volumen de unidades producida por cada servicio. La relación de esta producción con los recursos disponibles, proporciona la mejor medida de la eficiencia global del establecimiento y sienta las bases para determinar la producción potencial del mismo y formular proyectos de desarrollo institucional que permiten extender la cobertura de servicios a la población.
- Columnas 4 y 5: Consigna los costos totales de funcionamiento de cada servicio final y complementario (columna 4) y los costos unitarios de cada unidad de producción (columna 5) dividiendo los costos totales entre la producción (col. 4/col. 3).
- Columna 6, 7, 8, 9 y 10: Presentan indicadores de rendimiento para monitorear y evaluar la eficiencia y eficacia de los recursos institucionales. Los cuales se obtienen automáticamente del programa computacional contribuyendo éstos para el análisis de la información. Entre los indicadores se tienen<sup>45</sup>:

#### **Indicadores utilizados en el SIG:**

##### ÍNDICE DE OCUPACIÓN

- Definición Conceptual: es la relación entre los días paciente y los días camas disponibles durante cualquier período, expresado como porcentaje; mide la demanda sobre las camas.
- Actividad a Evaluar: utilización de las camas.
- Estándar según norma: 90%
- Interpretación: porcentaje de ocupación de las camas disponibles hospitalarias.
- Fórmula:

$$\frac{\text{Número de días paciente}}{\text{Número de días cama disponibles}} \times 100$$

##### ESTANCIA PROMEDIO

- Definición Conceptual: es el número promedio de días de atención prestada a cada paciente hospitalizado durante un período dado, el cuál varía de acuerdo al nivel de complejidad.
- Actividad a Evaluar: el número promedio de días de atención prestadas a cada paciente hospitalizado.

<sup>45</sup> Fuente: Informe Estadístico Mensual y SIG

- Estándar según norma: variará de acuerdo a la morbilidad, servicio de hospitalización así como complejidad del hospital.
- Interpretación: es el promedio de días de atención prestados a un paciente hospitalizado en un determinado período
- Fórmula:

$$\frac{\text{Número promedio de días de atención paciente hospitalizado}}{\text{Total de egresos hospitalarios en el mismo período}}$$

#### ÍNDICE ROTACIÓN

- Definición Conceptual: este indicador señala el número de pacientes que, en promedio, hacen uso de una cama hospitalaria de dotación, o de una cama hospitalaria disponible, para el período establecido.
- Estándar según norma: el índice recomendado por el Ministerio de Salud es hasta 2%
- Interpretación: representa el número de pacientes que en promedio recibió cada cama del hospital en un período determinado.
- Fórmula:

$$\frac{\text{Total de egresos (altas + fallecidos) hospitalarios en un periodo determinado}}{\text{Dotacion normal de camas ( o bien promedio diario de camas disponibles en el periodo)}} \times 100$$

#### INTERVALO DE SUSTITUCIÓN

- Definición Conceptual: Es el número de días que, en promedio, una cama hospitalaria disponible permanece desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro.
- Estándar según norma: variará de acuerdo a la morbilidad, servicio de hospitalización así como complejidad del hospital.
- Periodicidad: mensual, trimestral y anual
- Fórmula:

$$\frac{\text{Total de camas disponibles} - \text{total de camas ocupadas en un periodo determinado}}{\text{Total de egresos hospitalarios (altas + fallecidos) en el mismo período}}$$

#### DOTACIÓN DE CAMAS

- Definición Conceptual: Número fijo de camas disponibles censables regularmente mantenido durante un periodo de operación normal en áreas destinadas para el alojamiento y cuidado permanente de pacientes internados. Corresponde a la capacidad instalada del hospital y de cada uno de sus Servicios Clínicos componentes
- Actividad a Evaluar: camas hospitalarias (censables).

## **3.2 ADMINISTRACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS**

### **3.2.1 Objetivo general:**

Dotar al hospital del recurso humano adecuado para atender sus necesidades y garantizar su administración eficiente y eficaz.

### **3.2.2 Funciones:**

- Participar en el diseño de los planes y programas estratégicos para la dotación, administración, desarrollo y bienestar laboral efectivo del personal del hospital
- Realizar, el reclutamiento y selección de personal del hospital
- Proponer políticas y normas de administración de personal que favorezcan la correcta administración de los recursos humanos y su buen desempeño, velando por su efectiva aplicación.
- Realizar un diagnóstico permanente de las necesidades de capacitación institucional.
- Administrar y mantener actualizado el registro del personal del hospital y administrar la nómina correspondiente.
- Proponer y coordinar un programa permanente de evaluación del desempeño que garantice que el recurso humano desarrolle sus funciones con calidad y cumpla con los objetivos de su puesto de trabajo.
- Proponer los procedimientos disciplinarios en virtud de faltas cometidas por el personal administrativo y ejecutar las sanciones y suspensiones.
- Prevenir o solucionar los conflictos de carácter individual o colectivo.
- Participar, por delegación, en la negociación con el personal, de nuevas condiciones de trabajo.

### **3.2.3 Productos:**

- Capacitaciones
- Plazas vacantes cubiertas durante un periodo.
- Evaluación del desempeño
- Carnetización de los empleados
- Expedientes de personal
- Acciones de personal
- Planillas de remuneraciones
- Presupuesto de recursos humanos
- Inducción al personal de nuevo ingreso
- Selección de personal (interno y externo).

### **3.2.4 Procedimientos:**

- Elaboración de Refrenda de Nombramiento
- Reclutamiento y Selección Interna
- Reclutamiento y Selección Externa
- Trámites de contratación
- Elaboración de Acuerdos de Nombramientos
- Inducción

- Elaboración del Presupuesto
- Trámites de Servicio Social de las Carreras de Salud.
- Certificados Patronales del ISSS
- Evaluación al desempeño
- Adquisición de telas de uniformes
- Compra de Fianzas de Fidelidad
- Servicio y Prestaciones al Personal
- Emisión de constancias de Tiempo de Servicio.
- Actualización y Mantenimiento de la Base de Datos SIRHI
- Control de Asistencia y Permanencia de los Empleados.
- Emisión de Planilla de Pago Integrada.
- Capacitación y Desarrollo.

### **3.2.5 Planeación:**

La planificación anual de trabajo en el departamento se realiza por medio de diferentes planes (que son formulados en el último trimestre del año, de la misma manera en que las áreas médicas y de apoyo médico realizan sus planeaciones operativas, a partir del desempeño del departamento durante el año en el cumplimiento de sus metas), entre los cuales se encuentran:

#### **a) Plan bienal de capacitaciones:**

Se realiza un diagnóstico de las necesidades de capacitación de los diferentes departamentos, por medio de encuestas a los diferentes jefes del hospital (los cuales previamente consolidaron las necesidades de capacitación de sus subordinados); luego se tabula dicha información, se evalúan y se publica la programación del plan de trabajo anual de capacitaciones. El plan incluye lo siguiente:

I	Introducción	Se anotan los aspectos generales que pongan de manifiesto la razón, propósitos y alcances de la capacitación.
II	Objetivo General	Se escribe el propósito general que se persigue con el Plan de capacitación.
III	Resultado Esperado	Se anotan los efectos que se pretenden obtener con la ejecución del Plan de Capacitación.
IV	Metodología Educativa	Se describe la metodología educativa que se proyecta utilizar en el desarrollo del Plan de Capacitación.
V	Técnicas Educativas	Se mencionan aquellas técnicas educativas que serán aplicadas en los eventos de capacitación que se impartan.
VI	Plazo de Ejecución	Se anota el lapso de tiempo que abarca la realización de las actividades programadas en el Plan de Capacitación.
VII	Equipo Responsable	Se anota el nombre del o los entes responsables de la ejecución del Plan de Capacitación.

#### **b) Plan anual de trabajo:**

Se formula considerando los objetivos, Metas, Organigrama, Misión y Visión, la Coordinación con otras entidades, Definición y programación de actividades, Base Legal. El contenido de este informe incluye:

- Objetivos.
- Organigrama.
- Misión y Visión del departamento.
- Definición y programación de actividades.

#### **c) Plan de prestaciones:**

Se planifican las prestaciones de acuerdo a las obligaciones de ley (vacaciones) y las prestaciones propias del hospital (celebraciones de cumpleaños, torneos deportivos, cenas navideñas, celebración del día del hospital).

Esta unidad no sólo realiza la planeación a corto plazo (para el cumplimiento de los compromisos de gestión), sino que maneja planes a mediano plazo, tanto para la implementación de comités de higiene y seguridad laboral o planes de cultura organizacional.

Los pasos que generalmente se siguen para la formulación de esta planeación anual de trabajo (para todos los departamentos administrativos), son los siguientes:

- 1) Cada jefe de departamento revisa el desempeño en lo que va del año del departamento
- 2) Se analizan las causas por las cuales no se alcanzó alguna meta.
- 3) Define como se va a programar para el siguiente año, a partir del desempeño del corriente año.
- 4) Presenta los resultados al comité de planeación institucional
- 5) Realiza cambios en la planeación del departamento a partir de la integración de los planes operativos y de trabajo a nivel institucional.

#### **d) Metas:**

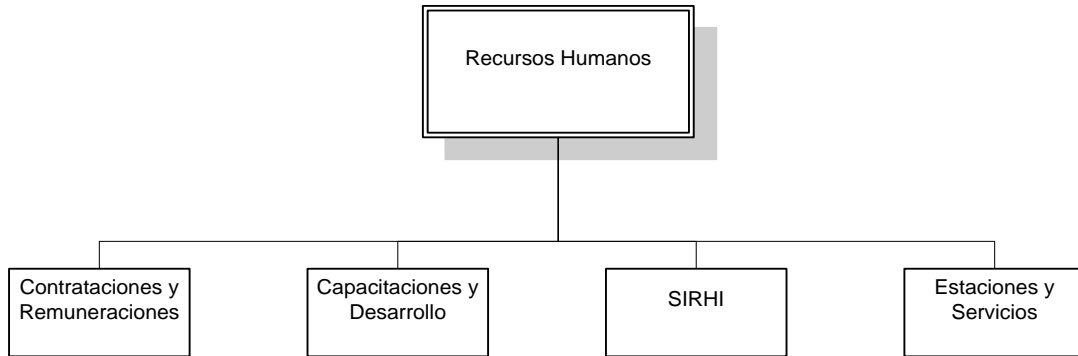
- Cumplir con el 95% de los compromisos de gestión en cada uno de los semestres para el área de recursos humanos
- Realización oportuna de las acciones de personal que se realizan ante el Ministerio de Salud y Ministerio de Hacienda
- Realización de las supervisiones trimestrales a los departamentos del hospital (asistencia, puntualidad, permanencia, etc. de cada área)
- Actualización de la estructura organizativa del hospital

### **3.2.6 Organización**

El departamento de recursos humanos depende jerárquicamente del director de la institución y está organizada de la siguiente manera:



Imagen I-20: Organigrama departamento de RRHH



Fuente: Coordinador Departamento de RRHH.

**a) Distribución del personal:**

- Jefe RRHH: 1 persona
- Técnico de Capacitaciones y Desarrollo: 1 persona
- Técnico de SIRHI: 1 persona
- Técnico de Estaciones y Servicios: 1 persona

**b) Manuales y leyes aplicadas al departamento de Recursos Humanos:**

Los documentos consultados para la ejecución de procedimientos y definición de puestos dentro de la unidad son:

- Reglamento general de hospitales
- Ley del Servicio Civil
- Ley de enriquecimiento ilícito
- Ley de asuetos, vacaciones y licencias de los empleados públicos
- Manual del SIBASI

**3.2.7 Dirección**

**a) Autoridad en el departamento**

El encargado de ejercer autoridad dentro del departamento es el jefe de recursos humanos.

**b) Comunicación:**

La asignación de responsabilidades, tareas e instrucciones se realizan mediante reuniones periódicas (cada 2 meses) y mediante reuniones de emergencia. El jefe manifiesta tener buenas relaciones con sus subordinados.

**c) Resolución de problemas:**

El jefe del departamento se reúne con la o las personas involucradas para solventar irregularidades.

#### d) Toma de decisiones

Las decisiones son llevados cabo por el jefe de la unidad siempre y cuando estas no involucren a otros departamentos. Cuando estas involucran a otros departamentos o deban realizar movimientos financieros, deben ser avaladas por el director de la institución y/o por los otros jefes de departamento.

### 3.2.8 Control

#### a) Supervisiones externas:

La dirección regional de salud monitorea, supervisa y evalúa los siguientes aspectos del departamento de recursos humanos:

- Los procesos de selección y contratación de recursos humanos son aprobados por la región.
- La aprobación de presupuestos de recursos destinados a recursos humanos.
- Se informa a la región de las acciones de personal.
- Cumplimiento de los compromisos de gestión los cuales se detallan a continuación:

#### b) Compromisos de Gestión:

Los controles llevados a cabo en el departamento de recursos humanos están enfocados en el cumplimiento de los compromisos de gestión. A continuación se presentan los compromisos de gestión y los resultados alcanzados por el departamento de RRHH durante el 2007:

CUADRO I-24: COMPROMISOS DE GESTION DEPARTAMENTO DE RRHH 2007					
NO	COMPROMISO DE GESTION	INDICADOR	META ANUAL	REALIZADO	% CUMPLIM.
1	Implementación de procesos en el hospital de la dirección y administración financiera; Recursos humanos, financiero, adquisiciones y contrataciones, conservación y mantenimiento.	Porcentaje de procesos implementados.	12	12	100%
2	Mantener actualizada al 100% la base de datos del sistema de información de Recursos humanos (SIRHI) del hospital.	% de recursos humanos con datos actualizados en el SIRHI del hospital.	340	315	93%
3	Actualización y mantenimiento del 100% de expedientes del recurso humano del hospital.	% de expedientes actualizados del recurso humano del hospital.	340	310	91%
5	Tarjeta de Registro de personal actualizada en el 100% del recurso humano del hospital.	% de tarjeta de vida laboral actualizada del recurso humano del hospital.	340	340	100%
6	Evaluación semestral del desempeño al 100% del recurso humano del hospital	% de evaluaciones del desempeño del recurso humano realizada semestralmente	680	680	100%

Fuente: Coordinador Departamento de RRHH.

### c) Control del desempeño:

El control de los empleados se realiza por medio de la evaluación al personal. Existen 3 tipos de formularios en que se evalúan al personal médico, paramédico y enfermería; personal administrativo y personal de jefatura. La metodología a seguir es la siguiente:

- Cada jefe evalúa al recurso de su dependencia.
- Se da a conocer la calificación al empleado.
- Ratificación de la calificación parte del jefe de la evaluación.
- Tabulación y revisión de la información en el departamento de recursos humanos.
- Publicación de los resultados para proceder a realizar el pago del escalafón; esta evaluación se realiza cada 6 meses.

### d) Sistema de Información de Recursos Humanos Institucional:

La unidad cuenta con un sistema informático denominado SIRHI que es el Sistema de información de Recursos Humanos Institucional en el cual se manejan diversos módulos como planillas, control de asistencia, banco de expedientes, capacitación y desarrollo, elaboración de los documentos oficiales.

### 3.2.9 Entradas y salidas del proceso administrativo del departamento de recursos humanos.

Actualmente el proceso administrativo del departamento de recursos humanos del HNST, de acuerdo con la información obtenida, cuenta con las siguientes entradas y salidas:

<b>Cuadro I-25: Entradas y Salidas del Proceso administrativo del departamento de RRHH</b>	
<b>PLANIFICACIÓN.</b>	
<b>Entradas</b>	<b>Salidas</b>
Encuestas al personal sobre necesidades de capacitación en cada departamento o servicio. Ley del servicio Civil Disposiciones y lineamientos de la dirección del Hospital. Compromisos de Gestión.	Plan bienal de capacitaciones Plan anual de trabajo. Plan de prestaciones Planes para la implementación de comités. Presupuesto
<b>ORGANIZACIÓN</b>	
<b>Entradas</b>	<b>Salidas</b>
Manual Administrativo del SIBASI. Ley del Servicio Civil. Ley de Enriquecimiento ilícito. Ley de asuetos, vacaciones y licencias de los empleados públicos. Disponibilidad de recursos humanos, materiales y financieros del departamento.	Estructura organizativa del departamento. Procesos y procedimientos documentados de forma aislada y sin adaptación a la institución. Asignación de recursos en función de las necesidades en el corto plazo.

DIRECCIÓN	
Entradas	Salidas
Reglamento general de Hospitales y otras normativas. Recursos humanos disponibles. Opiniones de los empleados. Lineamientos de la dirección general del hospital. Plan anual de trabajo. Compromisos de gestión y metas programadas. Resultados de las evaluaciones a los recursos humanos del departamento. Información proveniente del SIRHI.	Toma de decisiones sobre la base de información de hecho. Preocupación por el cumplimiento de metas del departamento. Descentralización de la autoridad.
CONTROL	
Entradas	Salidas
Objetivos y metas anuales institucionales. Metas del nivel superior (dirección regional y MSPAS) Reglamentos de Ministerio de hacienda y la Corte de Cuentas.	Sistema de recursos humanos institucional. Evaluación de los Compromisos de gestión del departamento. Evaluaciones al personal. Registros propios del departamento.

Fuente: Elaboración propia.

### **3.3 ADMINISTRACIÓN DEPARTAMENTO DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO**

#### **3.3.1 Objetivo general:**

Garantizar en forma permanente el buen funcionamiento de los recursos materiales y tecnológicos que se requieren para la adecuada prestación de servicios y funcionamiento del Hospital, de acuerdo a la aplicación oportuna y eficaz de las normas técnicas.

#### **3.3.2 Funciones:**

- Elaboración de los diferentes planes operativos (presupuesto, programas de compra de bienes y contratación de servicios, programa de mantenimiento preventivo y correctivo, programa de capacitaciones) para la provisión de servicios técnicos de conservación y mantenimiento al hospital en base a sus necesidades.
- Determinación de las necesidades y asistencia en el trámite de compra de bienes y contratación de servicios para la conservación y mantenimiento del hospital.
- Ejecución y verificación del cumplimiento de los Planes Operativos.
- Asegurar la aplicación y cumplimiento de las diferentes normas técnicas emitidas por el ente rector para la conservación y mantenimiento de la infraestructura, bienes y equipo del hospital.

#### **3.3.3 Productos:**

- Mantenimientos correctivos (de equipos, instalaciones u otros)
- Inventario de activo fijo.
- Servicios de limpieza
- Servicio de alimentación y dieta
- Vigilancia
- Servicio de Transporte

- Impresiones
- Servicio de telefonía interna
- Servicio de lavandería y costurería

#### **3.3.4 Procedimientos:**

- Manejo y Control de Combustible
- Manejo y Control de Patrimonio
- Control y Supervisión de los Servicios de Seguridad, Limpieza e Impresiones.
- Manejo y Control de los Equipos de Transporte.
- Servicios de Mantenimiento Preventivo Planificado.
- Servicios de Mantenimiento Correctivo.

#### **3.3.5 Planeación:**

##### **a) Plan anual de trabajo:**

Este es el instrumento mediante el cual la unidad de conservación y mantenimiento expresa los productos o servicios que le corresponde proporcionar, en términos de objetivos y actividades durante el año.

El contenido de este informe incluye:

- Objetivos.
- Organigrama.
- Misión y Visión del departamento.
- Definición y programación de actividades.

Además, se realizan los siguientes planes anuales y mensuales para las áreas médica, apoyo médico y administrativo:

##### **b) Planificación de mantenimiento preventivo de todos los equipos:**

Divididos en tres planes: equipo biomédico (todo lo que se ocupan el área médica), equipo básico (aire acondicionado, planta eléctrica, equipo de cocina, equipo lavandería) y planta física (lavamanos, grifos, paredes, luminarias); por lo cual se asignan tres personas a cada plan de mantenimiento.

Es importante mencionar que a partir de 2007 no se realizan mantenimientos sobre el equipo básico ni instalaciones.

##### **c) Planificación de los servicios de alimentación, lavandería, servicio de transporte, impresiones, telefonía y costurería**

##### **d) Planificación financiera y de recursos del departamento.**

##### **e) Planificación de la subcontratación de servicios de mantenimiento:**

Para equipo biomédico especializado (máquinas de rayos X., procesadores de placas de rayos X, monitoreo de signos vitales).

**f) Planificación de las capacitaciones con el departamento de recursos humanos:**

De acuerdo las necesidades expresadas por los técnicos de mantenimiento.

**g) Metas:**

Se trabaja con base en los compromisos de gestión establecidos por la dirección regional de salud, que comprenden: Elaboración del plan de mantenimiento preventivo y correctivo, funcionamiento de planes de mantenimiento correctivo y preventivo, levantamiento de inventarios, etc. los cuales se controlan trimestral y anualmente.

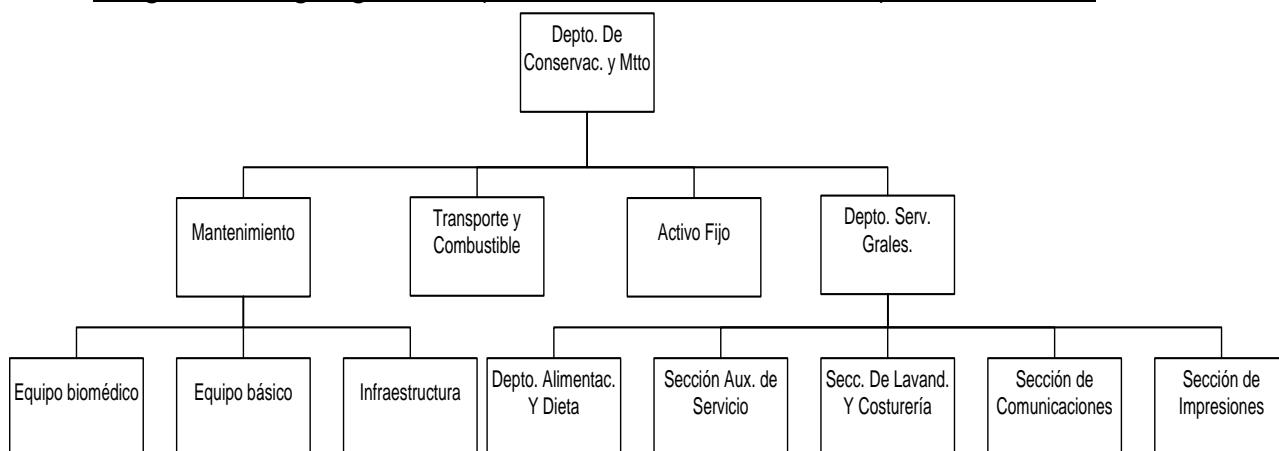
**h) Presupuesto:**

El departamento realiza anualmente su presupuesto y plan de requerimientos; sin embargo no recibe todo lo solicitado, por lo que no se cuenta con los recursos necesarios para dar cumplimiento a todas las demandas de servicio solicitadas.

**3.3.6 Organización**

La organización del departamento se encuentra estructurada de la siguiente manera:

Imagen I-21: Organigrama Departamento de Conservación y Mantenimiento



Fuente: Coordinador Departamento de conservación y mantenimiento.

**a) Distribución del personal:**

Se cuenta con 69 empleados para el departamento de Conservación y Mantenimiento divididos de la siguiente manera:

- 1 jefe de conservación y mantenimiento
- 9 personas de mantenimiento general (3 para equipo biomédico, 3 para equipo básico y 3 para infraestructura)
- 30 personas de servicios auxiliares (lavandería, comunicación, impresiones, cocina)
- 13 personas encargadas de limpieza(subcontratados)
- 5 vigilantes (subcontratados)
- 1 encargada de combustible
- 8 motoristas

Los departamentos de Mantenimiento, Transporte y Combustible y Activo fijo cuentan con un encargado cada uno, quien reporta el trabajo realizado al jefe de conservación y mantenimiento que ejecuta la administración de esas áreas (planificación, organización, dirección y control).

El Departamento de Servicios Generales cuenta con un jefe de departamento quien se encarga de la dirección de las secciones bajo su cargo, realizando la administración de las mismas sobre todo de las secciones de Auxiliares de servicio, comunicaciones e impresiones, que solamente cuentan con un encargado que se ocupa exclusivamente de reportar el trabajo realizado y la asistencia de los empleados más no del resto de actividades administrativas como la gestión de recursos, que está a cargo del jefe de servicios generales.

Las secciones de alimentación y dieta y de Lavandería y Costurería poseen un jefe encargado de la administración de la sección ya que se tiene una mayor cantidad de empleados en esas secciones. Sin embargo estas también dependen del jefe de conservación y mantenimiento.

**b) Manuales y leyes aplicadas al departamento de conservación y mantenimiento:**

- Manual de SIBASI.

### **3.3.7 Dirección**

**a) Autoridad en el departamento**

La principal autoridad dentro del departamento es el jefe de conservación y mantenimiento, quien realiza la asignación de tareas de acuerdo a su criterio y al conocimiento que tiene del personal a su cargo.

**b) Relaciones jefe-subordinado**

Existen ciertos problemas con el personal subordinado de esta área, debido en gran medida a la actitud de algunas personas de este departamento por lo que para la prevención y resolución de conflictos el jefe de Conservación y mantenimiento se vale de la comunicación directa con sus subordinados, a fin de mejorar las relaciones y lograr un mejor desempeño por parte de los empleados.

**c) Comunicación:**

La comunicación de las decisiones, planes y actividades se realizan por medio de reuniones; en dichas reuniones los empleados hacen ver sus necesidades a los superiores y los problemas encontrados en el departamento en la realización de sus actividades.

**d) Toma de decisiones**

La toma de decisiones dentro del departamento es realizada por el jefe de conservación y mantenimiento y por los jefes de sección; estos últimos se encargan sobre todo de aquellas decisiones relacionadas a la operatividad de las secciones, dejando las decisiones más relevantes para el jefe del Departamento de Conservación y

Mantenimiento, quien también debe tomar decisiones operativas por la falta de empoderamiento de algunos empleados con sus respectivos puestos.

Todas estas decisiones son efectuadas sobre la base de la experiencia de quien las toma y no sobre datos estadísticos o indicadores de desempeño, ya que el departamento no cuenta con dichas herramientas.

### 3.3.8 Control

#### a) Supervisiones externas:

La dirección regional de salud monitorea, supervisa y evalúa los siguientes aspectos del departamento de conservación y mantenimiento:

- Revisión del plan y ejecución de conservación y mantenimiento hospitalario.
- Cumplimiento de los compromisos de gestión los cuales se detallan a continuación:

#### b) Compromisos de Gestión:

A continuación se presentan los compromisos de gestión y resultados alcanzados por el departamento de conservación y mantenimiento durante el 2007:

CUADRO I-26: COMPROMISOS DE GESTIÓN DEPARTAMENTO DE CONSERVACIÓN Y MTO. 2007					
NO	COMPROMISO DE GESTIÓN	INDICADOR	META ANUAL	REALIZADO	% CUMPLIM.
1	Plan elaborado y ejecutándose de mantenimiento preventivo y correctivo de equipo biomédico, básico y la planta física.	Plan elaborado y ejecutándose de mantenimiento preventivo y correctivo de equipo biomédico, básico y la planta física.	1	1	100%
2	El 100% de instrumentos oficializados para el control de combustibles en el hospital.	% de instrumentos de control oficializados para el manejo de combustible implementado en el hospital.	7	7	100%
3	Actualización del inventario de los bienes muebles e inmuebles del hospital.	Inventario actualizado de bienes muebles e inmuebles del hospital.	1	1	100%
4	Actualización del inventario de los bienes muebles a descargar en el hospital.	Inventario actualizado de bienes muebles de descargo del hospital.	1	1	100%

Fuente: Coordinador Departamento de conservación y mantenimiento.

### 3.3.9 Área de lavandería

#### a) Objetivo General:

Proporcionar a todas las áreas médicas del HNST la ropa necesaria para la realización de sus actividades.



## **b) Funciones:**

Lavado, planchado y reparación de la ropa del HNST.

## **c) Productos del área:**

- Lavado de vestimenta para atención hospitalaria (producción 2007: 446,879 lb)
- Secado de vestimenta para atención hospitalaria (producción 2007: 446,879 lb)
- Planchado de vestimenta para atención hospitalaria (producción 2007:446,879 lb)
- Confeccionado de vestimenta para atención hospitalaria (producción 2007: 13,024 piezas)

## **d) Planeación:**

- Presupuesto anual: se realiza según los requerimientos de insumos y estos son obtenidos en base a estadísticas del año anterior agregándole un 10% más de lo consumido en ese año.
- Planes de trabajo para personal: se realiza la distribución de personal en el mes para la realización de las diferentes actividades del departamento.
- Planeación de pedidos a almacén: programación de las fechas de pedido a almacén y de la verificación del kardex del departamento
- Planeación de inventario de ropa nueva: contabilizar las vestimentas de atención a la población en cada uno de los departamentos del hospital (áreas médicas y de apoyo médico)

## **e) Organización**

La lavandería depende organizacionalmente del departamento de servicios generales, sin embargo la jefa de lavandería desconoce la organización más allá de su jefe inmediato (jefe de Conservación y Mantenimiento); esta sección, está compuesta por 11 personas las cuales se detallan a continuación:

- 1 Jefe área de lavandería.
- 6 lavanderas-planchadoras.
- 4 costureras

### Relaciones con los departamentos administrativos.

- UFI: Lavandería se relaciona con la UFI mediante la elaboración del presupuesto anual para compras de diversas índoles y para firma de planillas.
- UACI: A través de la solicitud de las compras de los productos que se necesitan.
- Conservación y Mantenimiento: prestación de servicios de mantenimiento.
- RRHH: Acciones de personal y la evaluación semestral del desempeño.

## **f) Dirección**

### Comunicación:

La comunicación en la unidad fluye a través de su jefe, quien recibe instrucciones de sus superiores y los requerimientos de las áreas médicas y de apoyo médico (por

medio de formatos de requerimientos de servicios de lavandería y costurería) y las hace saber a sus subordinados a través de reuniones informativas y de las programaciones de trabajo.

- Autoridad en el departamento  
El principal encargado de ejercer autoridad dentro del departamento es la jefa de lavandería quien es la encargada del departamento y tiene como responsabilidad la coordinación las actividades de sus subordinados.

**g) Control**

- Sistema de información gerencial:  
El SIG es utilizado en el área para reportar la producción realizada.
- Control sobre utilización de recursos:
  - Control de consumo de insumos
  - Pruebas para evaluar proporciones de vestimenta-insumos de lavado
- Utilización de formularios y otros reportes:
  - Formulario de solicitud de servicios de lavandería o costurería
  - Formato de asignación de personal
  - Formulario de producción diaria
  - Informe a RRHH y UFI

Formularios y formatos del departamento de lavandería:

Imagen I-22: Control de lavadas en el mes

HOSPITAL NACIONAL "SANTA TERESA"			
FORMULARIO PARA CONTROL DE LAVADAS EN EL MES			
DIA: _____			
OPERADOR: _____			
TIPO DE LAVADAS	TIEMPO DE LAVADAS INICIO-FIN	DETERGENTE	BLANQUEADOR

Fuente: Coordinador área de lavandería.

### 3.3.10 Área de alimentación y dietas.

#### **a) Objetivo General:**

Proporcionar servicios de alimentación y dietas al personal y pacientes del HNST.

#### **b) Funciones:**

Servicio de alimentación y dieta para pacientes ingresados y personal<sup>46</sup> del hospital.

#### **c) Productos del área:**

- Alimentación para pacientes del hospital.
- Alimentación para personal del hospital.

#### **d) Planeación:**

- Presupuesto anual: se realiza según los requerimientos de insumos y estos son obtenidos en base a estadísticas del año anterior agregándole un 10% más de lo consumido en ese año.
- Planes mensual de trabajo: se realiza la distribución de personal en el mes para la realización de las diferentes actividades del departamento (Vacaciones, capacitaciones, entre otras)
- Planeación de pedidos a almacén: programación de las fechas de pedido a almacén.

#### **e) Organización**

El área de alimentación y dieta depende jerárquicamente del departamento de servicios generales, la cual está dentro del departamento de conservación y mantenimiento. Está compuesta por 11 personas, las cuales se detallan a continuación:

- 1 Jefe de Área.
- 2 personas encargada de despensa.
- 8 cocineras.

#### **- Relaciones con otros departamentos:**

- UFI: Alimentación y dietas se relaciona con la UFI mediante la elaboración del presupuesto anual para compras de diversas índoles y para firma de planillas.
- UACI: Solicitud de compras de los productos que se necesitan.
- Conservación y Mantenimiento: Solicitud de servicios de mantenimiento.
- RRHH: Acciones de personal y evaluación semestral del desempeño.

#### **f) Dirección**

##### Autoridad en el departamento

El principal encargado de ejercer autoridad dentro del departamento es la jefa de alimentación y dietas, quien es la responsable del departamento y se encarga de la coordinación las actividades de sus subordinados.

---

<sup>46</sup> Personal que labora en turnos de 11 horas o más.

### **g) Control**

- Sistema de información gerencial:  
Se utiliza el SIG para elaborar informes de producción y de recursos humanos, para ser enviados al departamento de estadísticas, quien es la responsable de ingresar la información recibida al sistema y a la Unidad Financiera Institucional a quien se reporta los costos de los recursos humanos.
  
- Control sobre utilización de recursos:
  - Inventario de alimentos.
  - Informe mensual de producción.
  
- Utilización de formularios y otros reportes:
  - Formulario de solicitud de insumos a almacén.
  - Hoja de programación de personal.
  - Formulario de producción mensual.

### **3.3.11 Entradas y salidas del proceso administrativo del departamento de conservación y mantenimiento.**

Actualmente el proceso administrativo del departamento de conservación y mantenimiento del Hospital Nacional Santa Teresa, de acuerdo con la información obtenida, cuenta con las siguientes entradas y salidas:

<b>Cuadro I-27: Entradas y Salidas del Proceso administrativo del departamento de Mto</b>	
<b>PLANIFICACIÓN.</b>	
<b>Entradas</b>	<b>Salidas</b>
Disponibilidad de recursos del departamento. Disposiciones y lineamientos de la dirección del Hospital. Metas y lineamientos de la Dirección Regional. (Compromisos de gestión) Necesidades del departamento. Inventario de equipos para mantenimiento preventivo. Estadísticas de consumo de materiales del periodo anterior. Planes anuales de los servicios de alimentación y dieta y de lavandería. Presupuesto de los servicios de alimentación y dietas y lavandería.	Plan anual de trabajo. Planificación de mantenimientos preventivos. Planificación de los servicios de lavandería, transporte, alimentación, telefonía y costurería. Planificación Financiera y de recursos. Plan de subcontrataciones de servicios de mantenimiento. Presupuesto anual del departamento. Planes mensuales de trabajo.

<b>ORGANIZACIÓN</b>	
<b>Entradas</b>	<b>Salidas</b>
<p>Manual Administrativo del SIBASI. Disponibilidad de recursos humanos, materiales y financieros del departamento. Ordenes de trabajo o requerimientos de servicios de los diferentes departamentos y servicios de hospital.</p>	<p>Estructura organizativa del departamento. Procesos y procedimientos documentados de forma aislada y sin adaptación a la institución. Procesos y procedimientos no conocidos completamente por el personal del departamento.<sup>47</sup> Bajo nivel de especialización en las tareas. Atención tardía a los requerimientos. Asignación de recursos en función de las necesidades.</p>
<b>DIRECCIÓN</b>	
<b>Entradas</b>	<b>Salidas</b>
<p>Reglamento general de Hospitales y otras normativas. Recursos humanos poco capacitados. Lineamientos de la dirección. Plan anual de trabajo. Compromisos de gestión y metas programadas. Resultados de las evaluaciones a los recursos humanos del departamento.</p>	<p>Toma de decisiones centralizada a los jefes de departamento y secciones. Preocupación por el cumplimiento de metas del departamento. Desacato a la autoridad.</p>
<b>CONTROL</b>	
<b>Entradas</b>	<b>Salidas</b>
<p>Metas del nivel superior (dirección regional y MSPAS). Ordenes de trabajo o requerimientos de servicio al departamento. Ordenes de solicitud de insumos. Cupones para gasto de combustible. Producción e información del desempeño de los recursos humanos, en las secciones de lavandería y alimentación.</p>	<p>Evaluación de los Compromisos de gestión del departamento. Evaluaciones al personal. Sistema de Información gerencial en las secciones de lavandería y alimentación. Registros propios del departamento.</p>

Fuente: Elaboración propia.

<sup>47</sup> Según encuesta dirigida a los jefes de departamento.

## **3.4 ADMINISTRACIÓN A UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES**

### **INSTITUCIONAL**

#### **3.4.1 Objetivo general:**

Garantizar de manera permanente, oportuna, eficaz y eficiente el suministro de bienes y servicios para el adecuado funcionamiento de la provisión y gestión del hospital.

#### **3.4.2 Funciones:**

- Elaborar el plan anual y programación de adquisiciones de acuerdo a las necesidades del hospital, para la satisfacción de la demanda de los usuarios.
- Seleccionar y aplicar los diferentes mecanismos de compra conforme a lo establecido por la ley (libre gestión, por licitación pública, por invitación y licitación en pública.) para la obtención de bienes y servicios, de acuerdo al monto.
- Comprar bienes y contratar servicios de acuerdo a los criterios de evaluación y adjudicación para la provisión de los bienes y servicios.
- Garantizar que los bienes adquiridos y servicios contratados o donados sean recibidos conforme los criterios y normas establecidas.
- Almacenar los suministros de acuerdo a las normas establecidas para su conservación.
- Controlar las existencias mediante un adecuado sistema de inventarios para garantizar el suministro continuo y toma de decisiones gerenciales.
- Realizar las pruebas de control de calidad a los bienes adquiridos garantizando que estos cumplen con los requerimientos básicos para una eficiente atención en salud y una óptima utilización de acuerdo a normas establecidas.
- Distribuir en forma oportuna, eficaz y eficiente los suministros que se requieran en los diferentes establecimientos del SIBASI para el buen funcionamiento y provisión de servicios.

#### **3.4.3 Productos:**

- compras institucionales
- inventario de insumos médicos y administrativos
- contratación de servicios
- destrucción de productos caducados.

#### **3.4.4 Procedimientos:**

- Licitación o Concurso Público y Licitación o concurso público por Invitación
- Adquisición por libre gestión
- Almacenamiento de Medicamentos e Insumos.
- Distribución de Suministros Médicos.
- Descargo y destrucción de Suministros Médicos.

#### **3.4.5 Planeación:**

##### **a) Plan anual de trabajo:**

Es un instrumento mediante el cual la unidad de adquisiciones y contrataciones expresa los productos o servicios que le corresponde proporcionar, en términos de objetivos y

metas durante el año. Estos planes se realizan con base a las necesidades de recursos de cada una de las dependencias del hospital y de la disponibilidad de fondos para la adquisición de bienes y la contratación de nuevos servicios.

El contenido de este informe incluye:

- Objetivos.
- Metas.
- Organigrama.
- Misión y Visión
- Coordinación con otras entidades.
- Base Legal
- Definición y programación de actividades.

### **b) Otros planes:**

En la UACI se realiza planificación de:

- Las compras por libre gestión y de las compras por licitaciones;
- La distribución de fondos para pago de contratos de bienes o contratación de servicios.

### **c) Planificación Almacén:**

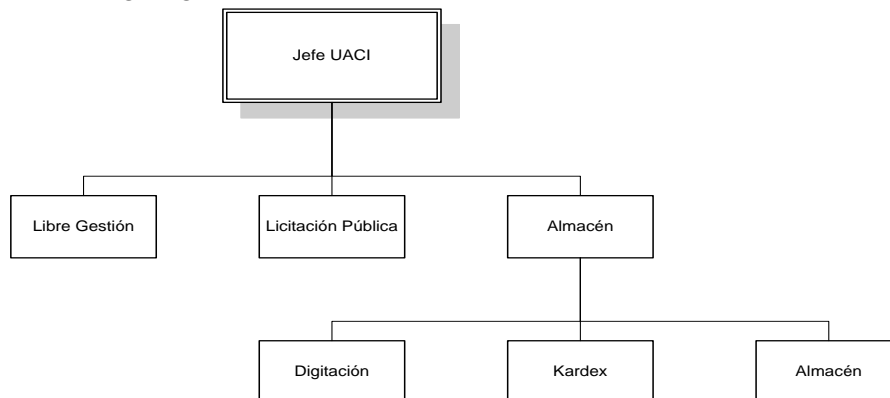
En almacén se realiza planeación de:

- Inventarios
- Espacio físico,
- Recepción de productos
- Distribución de productos
- Planificación contingencial en caso de escasez de insumos, medicamentos u otros (organizaciones, instituciones u otros hospitales con quienes intercambiar, pedir o prestar insumos en escasez)

## **3.4.6 Organización**

La unidad de adquisiciones y contrataciones depende jerárquicamente del director de la institución, y está organizada de la siguiente manera:

Imagen I-23: Organigrama Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional.



Fuente: Coordinador UACI

**a) Distribución del personal:**

- Jefe UACI:1
- encargado libre gestión: 2
- encargado licitación pública: 2
- jefe de almacén: 1
- digitador: 1
- kardista: 2
- encargado de almacén: 2

**b) Manuales y leyes aplicadas a la Unidad de Adquisiciones y contrataciones:**

Los documentos de consulta para la realización de procedimientos dentro de la unidad son:

- Reglamento general de hospitales
- Normas técnicas de control interno de la corte de cuentas
- Ley AFI
- Ley del Servicio Civil
- Ley LACAP
- Manual del SIBASI

**3.4.7 Dirección**

**a) Autoridad en el departamento:**

El jefe de adquisiciones y contrataciones es la autoridad principal en la Unidad.

**b) Comunicación:**

- Reuniones: Estas son utilizadas por el jefe de la UACI para manifestar lineamientos, asignaciones y programación de actividades a los subordinados.
- Comunicación con otros departamentos: La UACI está involucrada con todas las áreas del hospital, por lo que debe existir fluidez entre estas áreas para obtener información oportuna y veraz. Lo cual no es así ya que se tiene que dar un seguimiento excesivo a los departamentos involucrados para que éstos entreguen la información o datos requeridos a tiempo, generando a veces información no oportuna para la toma de decisiones.

**c) Resolución de problemas:**

Para la resolución de los problemas, no se tiene una metodología específica ya que depende del problema, pero se trata de seguir a las leyes o reglamentos a los cuales está sujeta la UACI.



### 3.4.8 Control

#### a) Supervisiones:

La región de salud realiza monitoreo supervisión y control sobre los siguientes aspectos relacionados con la unidad de adquisiciones y contrataciones del hospital:

- Programación anual de adquisiciones y contrataciones.
- Procesos de licitación: de acuerdo a lo establecido por la ley, se revisan bases de licitación, adjudicaciones, recepción de ofertas, elaboración de contratos, documentación de respaldo para realización de reclamos posteriores.
- Procesos de libre gestión: solicitud, recepción de ofertas, análisis de ofertas, adjudicaciones, elaboración de la orden de compra. También se revisa la cantidad de libres gestiones realizadas en el año.
- Procesos de recepción: revisión de productos, revisión de los documentos que respalden el estado del producto (facturas, contratos), revisión física del producto, composiciones del producto, número de entregas al año, etc.
- Procesos de distribución interno: revisión del cumplimiento del programa de distribución.
- Procesos de control de suministros: Se revisa el sistema mecanizado de suministros, el control de existencias, medicamentos controlados, actualizaciones de kardex e inventarios físicos.
- Procesos de contrataciones: Contratos laborales correctamente elaborados, cláusulas laborales.
- Evaluación del cumplimiento de los compromisos de gestión, los cuales se muestran a continuación:

#### b) Compromisos de Gestión:

Los controles llevados a cabo dentro de la UACI están enfocados en el cumplimiento de los compromisos de gestión, llevados a cabo mediante la supervisión en todo momento por el jefe de la unidad. A continuación se muestra los compromisos de gestión para el año 2007 de la Unidad de adquisiciones y contrataciones:

CUADRO I-28: COMPROMISOS DE GESTIÓN UACI 2007					
NO	COMPROMISO DE GESTIÓN	INDICADOR	META ANUAL	REALIZADO	% CUMPLIM.
1	100% de expedientes actualizados de proveedores activos, potenciales y pasivos del hospital.	% de expedientes actualizados de proveedores activos, potenciales y pasivos del hospital.	200	356	100%
2	100% de cumplimiento al programa anual de adquisiciones y contrataciones en el hospital	% de cumplimiento del programa anual de adquisiciones y contrataciones en el hospital.	\$645410	\$768413	100%

CUADRO I-28: COMPROMISOS DE GESTIÓN UACI 2007					
NO	COMPROMISO DE GESTIÓN	INDICADOR	META ANUAL	REALIZADO	% CUMPLIM.
3	100% de dependencias con kardex de los suministros actualizados del hospital.	% de dependientes con Kardex actualizados en el hospital	1		100%
4	100% de servicios hospitalarios con libro de control de entradas y salidas de suministros actualizados.	% de servicios hospitalarios con libro de control de entradas y suministros actualizados.	1	1	100%
5	100% de dependencias con inventarios físicos actualizados de medicamentos, insumos médicos, odontológicos, laboratorio, papelería, mantenimiento y suministros generales del hospital.	% de dependencias con inventarios físicos actualizados de medicamentos, insumos médicos, odontológicos, laboratorio, papelería, mantenimiento y suministros generales.	1	1	100%
6	Programa elaborado y ejecutándose de distribución de medicamentos, insumos y materiales en el hospital.	Programa elaborado y ejecutándose de distribución de medicamentos, insumos y materiales en el hospital	1	1	100%

Fuente: Coordinador UACI

### **c) Control de Calidad:**

- Un atributo para medir la calidad de los resultados es el cumplimiento de los tiempos establecidos por la ley. Es por ello que los controles van enfocados al cumplimiento de los tiempos establecidos en los procedimientos de compras por libre gestión o por licitaciones.
- Otra herramienta para la verificación de la calidad de los bienes consiste en confrontar las especificaciones de los productos contra las especificaciones establecidas en el contrato de compra de dicho productos.
- Control de existencias: Para controlar los inventarios se utiliza el kardex, además de un sistema informático de existencias.
- Condiciones de almacenamiento: Para los medicamentos se utilizan cuartos refrigerados para garantizar las condiciones óptimas de los mismos; mientras los demás productos dentro almacén sólo son tratados por medio del ordenamiento y entarimado de los mismos.

#### **d) Acciones correctivas:**

Según el artículo 85 de la ley LACAP, la UACI tiene la facultad para la aplicación de multas a los proveedores por incumplimiento de contratos (calidad, cantidad, tiempos, etc.) con lo que se asegura la calidad en los productos de la UACI.

#### **e) Formularios y formatos de la UACI:**

- Registro de solicitud de necesidades (autorizado por la dirección, el jefe del departamento que lo solicite y el jefe financiero)
- Autorización de publicación en periódico (para licitaciones públicas)
- Retiro de base de licitación
- Control de recepción de base de licitación
- Contratos de compras,  
Para el área de almacenamiento:
- Formulario de Pedidos y entrega de productos de los departamentos
- Acta de Recepción de productos
- Kardex para el control de los inventarios.

### **3.4.9 Entradas y salidas del proceso administrativo de la unidad de adquisiciones y contrataciones institucional.**

Actualmente el proceso administrativo de la unidad de adquisiciones y contrataciones del Hospital Nacional Santa Teresa, de acuerdo con la información obtenida, cuenta con las siguientes entradas y salidas:

<b>Cuadro I-29: Entradas y Salidas del Proceso administrativo del departamento de UACI</b>	
<b>PLANIFICACIÓN.</b>	
<b>Entradas</b>	<b>Salidas</b>
Plan de requerimientos de los diferentes departamentos y servicios del Hospital. Disponibilidad de recursos humanos, materiales, etc. Disposiciones y lineamientos de la dirección. Metas y lineamientos de la Dirección Regional. (Compromisos de gestión)	Plan anual de trabajo. Planificación UACI. Planificación de Almacén. Presupuesto.
<b>ORGANIZACIÓN</b>	
<b>Entradas</b>	<b>Salidas</b>
Manual Administrativo del SIBASI. Ley de la administración Financiera. Ley del Servicio Civil. Ley LACAP. Disponibilidad de recursos humanos, materiales del departamento.	Especialización en las actividades. Procesos y procedimientos documentados de forma aislada y sin adaptación a la institución. Asignación de recursos en función de las necesidades.
<b>DIRECCIÓN</b>	
<b>Entradas</b>	<b>Salidas</b>
Reglamento general de Hospitales y otras normativas. Recursos humanos disponibles. Lineamientos de la dirección. Plan anual de trabajo. Compromisos de gestión y metas programadas. Información sobre las licitaciones y proveedores. Resultados de las evaluaciones a los recursos humanos del departamento.	Toma de decisiones sobre compras se realizan en consenso con los empleados interesados y la UFI. Preocupación por el cumplimiento de metas del departamento.

<b>CONTROL</b>	
<b>Entradas</b>	<b>Salidas</b>
Objetivos y metas anuales institucionales. Metas del nivel superior (dirección regional y MSPAS) Reglamentos de Ministerio de hacienda y la Corte de Cuentas.	Evaluación de los Compromisos de gestión del departamento. Evaluaciones al personal. Registros propios del departamento.

Fuente: Elaboración propia.

### **3.5 ADMINISTRACIÓN EN LA UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL**

#### **3.5.1 Objetivo general:**

Controlar las operaciones financieras en las áreas de presupuesto, tesorería y contabilidad desarrolladas en la institución con responsabilidad, optimizando las finanzas de acuerdo a las leyes del país, con la finalidad de cubrir las necesidades prioritarias de la institución.

#### **3.5.2 Funciones:**

- Integrar y presentar el proyecto del Presupuesto de Ingresos y Egresos del hospital.
- Realizar la formulación, modificación, ejecución, seguimiento y control de la gestión presupuestaria del hospital
- Realizar el registro sistemático de las transacciones del hospital con efectos presupuestarios, patrimoniales y financieros, en un sistema común, oportuno y confiable que exprese, en términos monetarios, el destino y fuente de los gastos y recursos.
- Presentar la información contable y la respectiva documentación de apoyo en forma transparente y ordenada, para facilitar el ejercicio de las tareas de control interno y externo.
- Realizar los pagos de las obligaciones contraídas por el hospital.
- Proveer a la dirección y al comité de gestión del hospital, información financiera en tiempo oportuno para la toma de decisiones gerenciales.

#### **3.5.3 Productos:**

- Pago a proveedores.
- Remuneraciones a empleados.
- Presupuesto institucional.
- Estados financieros.
- Plan de ejecución presupuestaria.
- Recepción de ingresos generados internamente.

#### **3.5.4 Procedimientos:**

- Formulación del Presupuesto Institucional.
- Programación de la Ejecución Presupuestaria y Flujo de Efectivo.
- Modificaciones Presupuestarias.
- Pago de Compromisos de Remuneraciones de Bienes y Servicios.
- Contabilidad institucional.

### **3.5.5 Planeación:**

La planificación de esta unidad es de tipo táctica, ya que en esta se realizan planificaciones y programaciones anuales como las siguientes:

#### **a) Plan anual de trabajo:**

Este es el instrumento mediante el cual la unidad financiera institucional expresa los productos o servicios que le corresponde proporcionar, en términos de objetivos y metas durante el año.

El contenido de este informe incluye:

- Objetivos.
- Metas.
- Organigrama.
- Misión y Visión
- Descripción del departamento.
- Coordinación con otras entidades.
- Limitantes del departamento.
- Definición y programación de actividades.
- Base Legal

#### **b) Programación de la Ejecución presupuestaria.**

Según el artículo 39 de la Ley AFI, la ejecución presupuestaria es la etapa en la cual se movilizan los recursos presupuestados en función de los objetivos y metas establecidos en el presupuesto aprobado. Para este fin, deberá realizarse la programación de la ejecución presupuestaria que compatibilice los flujos, donde se detallan los rubros de inversión de la ejecución presupuestaria del hospital.

#### **c) Proyecto del presupuesto institucional<sup>48</sup>:**

Representa la integración de todos los ingresos y egresos que se proyectan para cada ejercicio presupuestario.

Según el artículo 33 de la ley AFI, las entidades e instituciones del sector público, sujetas a esta Ley (Entre ellos el hospital Nacional Santa Teresa, clasificado como una institución descentralizada no empresarial), deberán elaborar sus proyectos de presupuesto tomando en cuenta entre otros aspectos los siguientes:

- La política presupuestaria.
- Los lineamientos presupuestarios emitidos por el Ministerio de Hacienda a través de la Dirección General del Presupuesto.
- Los resultados físicos y financieros del último año cerrado contablemente.
- Programación anual operativa.
- Datos históricos de la utilización de insumos médicos, medicamentos, servicios prestados por terceros, insumos de oficina, etc.

---

<sup>48</sup> En apartados posteriores se presenta un análisis del procedimiento realizado para formular el presupuesto institucional.

El director del hospital es el responsable de la remisión del proyecto de presupuesto al Ministerio de Hacienda, debidamente integrado, en los plazos establecidos por la Dirección General del Presupuesto, y es dicho ministerio quien lo analiza en conformidad a la política presupuestaria, efectuará los ajustes necesarios y lo aprobará. Según la Política presupuestaria del 2008, el Hospital Santa Teresa debe cumplir con los tiempos establecidos en el proceso de formulación y aprobación del presupuesto del Estado y se establece de la siguiente manera<sup>49</sup>:

Imagen I-24: Cronograma de actividades del proceso de formulación y aprobación del presupuesto del estado (2008):

Actividad	Responsable	Meses / Semanas																			
		Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Divulgación Política Presupuestaria 2008.	Ministerio de Hacienda/DGP	■	■																	
2	Comunicación de techos financieros y Divulgación de las Normas de Formulación Presupuestaria 2008.	Ministerio de Hacienda/DGP			■																
3	Asistencia Técnica al Proceso de Formulación del Presupuesto.	DGP				■	■	■	■												
4	Elaboración Proyecto de Presupuesto Institucional.	Instituciones SPNF					■	■	■	■											
5	Presentación Proyecto de Presupuesto Institucional.	Instituciones SPNF								■											
6	Análisis de Proyectos de Presupuesto Institucional.	DGP									■	■	■	■							
7	Consolidación, Integración e Impresión de los Proyectos de Presupuesto, Salarios, Listado de Contrato y Mensaje del Proyecto de Presupuesto.	DGP										■	■	■	■						
8	Discusión y aprobación del Proyecto de Presupuesto.	Secretaría Técnica y Consejo de Ministros																		■	
9	Presentación del Proyecto de Presupuesto a la Asamblea Legislativa.	Consejo de Ministros																		■	

Fuente: Política Presupuestaria 2008.

#### Contenido del presupuesto.

El contenido del informe de presupuesto del HNST es el siguiente:

- Nombre de la institución.
- Clasificación institucional por áreas de gestión<sup>50</sup>.
- Marco Institucional
  - Política institucional.
  - Definición de prioridades en la asignación de recursos.
  - Objetivo.
- Ingresos

<sup>49</sup> En rojo se resaltan los pasos que corresponden al Hospital nacional Santa Teresa.

<sup>50</sup> Según el Manual de clasificación para las transacciones financieras del sector público.

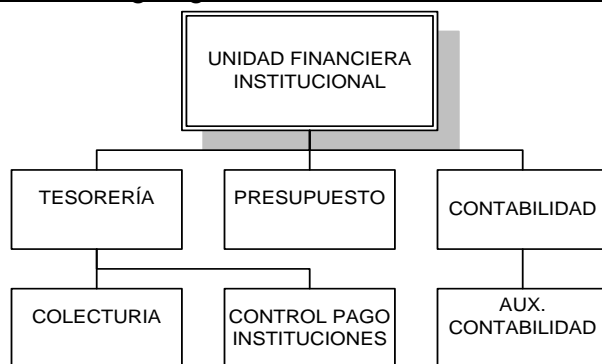
- Asignación de recursos
  - Destino del Gasto por Fuente de Financiamiento: Se especifica el origen (fuentes de financiamiento) y el monto asignado a cada unidad presupuestaria. Para el Hospital las unidades presupuestarias son 2 (Dirección y administración institucional y la prestación de servicios integrales en salud); en tanto, las fuentes de financiamiento son: el Fondo General (proveniente del Gobierno Central a través del MSPAS) y los fondos propios.
  - Clasificación Económica Institucional por Área de Gestión: Se define el monto que el hospital presupuesta por rubro de gastos (Remuneraciones, Adquisiciones de bienes y servicios y los gastos financieros).
  - Relación Propósitos con Recursos Asignados: Se justifica el monto asignado a cada unidad presupuestaria.
  - Asignación Presupuestaria por Rubro de Agrupación, Fuente de Financiamiento y Destino Económico: Se especifica el monto asignado a cada unidad presupuestaria y línea de trabajo por destino económico (remuneraciones, bienes y servicios y gastos financieros) y se especifica el origen de los fondos.
- Clasificación de plazas
  - Estratificación de Plazas a Tiempo Completo
  - Clasificación del Personal por Actividad a Tiempo Completo

Según el artículo 25 de la ley de la Administración Financiera del estado, el presupuesto institucional está compuesto por un presupuesto de ingresos (que comprenderá los recursos generados por la prestación y producción de bienes y servicios, transferencias, donaciones y otros ingresos, debidamente legalizados. Para el hospital dichos fondos propios provienen de la donación voluntaria de los pacientes, el convenio existente con el ISSS, el convenio con Universidades y escuelas de educación en salud, entre otras) y por el presupuesto de gastos compuesto por todos los egresos previstos para el logro de los objetivos y metas de la institución.

### 3.5.6 Organización

La unidad financiera institucional depende jerárquicamente del director de la institución, esta posee tres áreas (Presupuesto, tesorería y contabilidad).

Imagen I-25: Organigrama Unidad Financiero Institucional.



Fuente: Coordinador UFI

**a) Distribución del personal:**

- Jefe UFI: 1 persona
- Técnico de presupuesto: 1 persona
- Técnico de contabilidad: 3 personas
- Tesoreros: 4

**b) Manuales y leyes aplicadas a la Unidad financiera institucional:**

Los documentos de consulta para la realización de procedimientos y definición de puestos dentro de la unidad son:

- Manual de organización de las Unidades financieras institucionales: este tiene por objeto el proveer a las instituciones del Sector Público un instrumento técnico administrativo, para la conformación y organización de la Unidad Financiera Institucional
- Ley AFI y su instructivo de aplicación: Describe los procedimientos que los subsistemas que componen a la UFI deben realizar para la presupuestación, contabilidad, pagos y recaudaciones institucionales.
- Manual del SIBASI, que desglosa a nivel general las funciones de las unidades financieras institucionales del SIBASI y sus principales procesos.

### **3.5.7 Dirección**

**a) Autoridad en el departamento**

El principal encargado de ejercer autoridad dentro del departamento es el jefe financiero institucional, este ejerce control sobre los coordinadores de las 3 áreas que componen la Unidad financiera (presupuestación, tesorería y contabilidad) y sobre los demás técnicos.

**b) Comunicación:**

Las comunicación en la unidad fluye a través de su jefe quien recibe instrucciones y / o decisiones de la dirección y las hace saber a sus subordinados a través de reuniones informativas, los subordinados reportan al jefe sus labores a través de un informe mensual.

La asignación de responsabilidades, tareas e instrucciones las realiza mediante reuniones periódicas (cada 2 meses) y mediante reuniones de emergencia. El jefe manifiesta tener buenas relaciones con sus subordinados.

**c) Resolución de problemas:**

Para la resolución de problemas con el personal el jefe del departamento se reúne con la o las personas involucradas y señala el error. Vale aclarar que no se obtuvieron pruebas de documentos que comprobaran el seguimiento de problemas en el personal.

**d) Toma de decisiones**

El jefe de departamento, tiene la autoridad para tomar decisiones que afecten directamente a la unidad financiera institucional, por lo que se considera que la toma de decisiones se realiza de forma descentralizada.



### 3.5.8 Control

El área financiera del hospital es controlada mayoritariamente a través del Ministerio de Hacienda y su sistema de administración financiera integrado (SAFI), la Corte de Cuentas de la República que realiza supervisiones periódicas y por las supervisiones por parte de la dirección de contabilidad gubernamental donde se revisan la ejecución presupuestaria de la institución, las reprogramaciones presupuestarias, etc.

#### a) Supervisiones externas:

La dirección regional de salud monitorea, supervisa y evalúa los siguientes estados financieros del hospital:

- Estado de la situación financiera
- Estado de la ejecución presupuestaria
- Balance de comprobación
- Proyecto del presupuesto institucional
- Cumplimiento de los compromisos de gestión.

#### b) Normas técnicas específicas de control interno.

Según el primer artículo de las normas técnicas de control interno del MSPAS, cada hospital debe tener documentadas sus propias normas de control interno ya que son entidades contablemente independientes. Estas normas tienen el propósito de promover la transparencia, eficiencia, efectividad y economía en la ejecución de los procesos administrativos, técnicos y financieros, incluyendo el uso y protección adecuada de todos los recursos del hospital. Para el caso, el hospital no cuenta con sus propias normas de control interno.

#### c) Compromisos de Gestión:

Otro mecanismo de control en la UFI está enfocado en el cumplimiento de los compromisos de gestión.

CUADRO I-30: COMPROMISOS DE GESTIÓN UFI 2007				
NO	COMPROMISO DE GESTIÓN	INDICADOR	META ANUAL	% CUMPLIM.
1	100% de la programación de ejecución presupuestaria realizada en el hospital en el periodo evaluado.	% de la programación de ejecución presupuestaria realizada en el hospital en el periodo evaluado.	100%	98.8%
2	100% del valor de las exigencias de medicamentos e insumos médicos en el hospital estén registradas en el subsistema de contabilidad	% del valor de las existencias de medicamentos e insumos médicos del almacén del hospital que estén registradas en el subsistema de contabilidad.	100%	0%
3	Análisis del 100% de los informes de estados financieros realizados por la unidad financiera institucional del hospital.	% de análisis de los informes de los estados financieros realizados en la unidad financiera institucional del hospital.	100%	100%

CUADRO I-30: COMPROMISOS DE GESTIÓN UFI 2007				
NO	COMPROMISO DE GESTIÓN	INDICADOR	META ANUAL	% CUMPLIM.
4	Fondo circulante ejecutándose para gastos urgentes en el hospital.	Fondo circulándose ejecutándose para gastos urgentes en el hospital.	100%	100%

Fuente: Coordinador UFI

### 3.5.9 Entradas y salidas del proceso administrativo de la unidad financiera institucional.

Actualmente el proceso administrativo de la unidad financiera institucional del Hospital Nacional Santa Teresa, de acuerdo con la información obtenida, cuenta con las siguientes entradas y salidas:

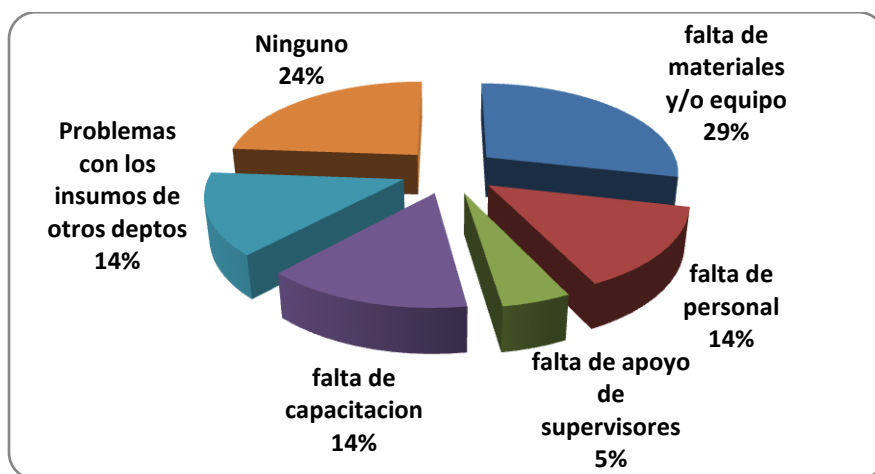
Cuadro I-31: Entradas y Salidas del Proceso administrativo del departamento de UFI	
PLANIFICACIÓN.	
Entradas	Salidas
Presupuestos de los diferentes departamentos y servicios del hospital. Disposiciones y lineamientos de la dirección. Metas y lineamientos de la Dirección Regional. (Compromisos de gestión)	Plan anual de trabajo. Programación de la ejecución presupuestaria. Proyecto del Presupuesto Institucional.
ORGANIZACIÓN	
Entradas	Salidas
Manual Administrativo del SIBASI. Manual de organización de las unidades Financieras Institucionales. Ley AFI. Disponibilidad de recursos humanos, materiales y financieros del departamento.	Estructura organizativa del departamento. Procesos y procedimientos documentados de forma aislada y sin adaptación a la institución. Asignación de recursos en función de las necesidades.
DIRECCIÓN	
Entradas	Salidas
Ley AFI. Manual de organización de las UFI's. Recursos humanos disponibles. Opiniones de los empleados del departamento. Lineamientos de la dirección. Plan anual de trabajo. Compromisos de gestión y metas programadas. Resultados de las evaluaciones a los recursos humanos del departamento.	Toma de decisiones sobre la base de las exigencias diarias. Preocupación por el cumplimiento de metas del departamento.
CONTROL	
Entradas	Salidas
Objetivos y metas anuales del departamento. Metas del nivel superior (dirección regional y MSPAS) Reglamentos de Ministerio de hacienda y la Corte de Cuentas.	Evaluación de los Compromisos de gestión del departamento. Evaluaciones al personal. Registros propios del departamento.

Fuente: Elaboración propia.

## **4. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA**

A partir de la información recolectada, sobre los diferentes departamentos de la división administrativa del HNST, se lograron identificar las siguientes necesidades:

Imagen I-26: Principales problemas en la división administrativa que dificultan a los empleados la realización de sus labores.



Fuente: Elaboración propia, a partir de resultados de encuestas realizadas al personal administrativo.

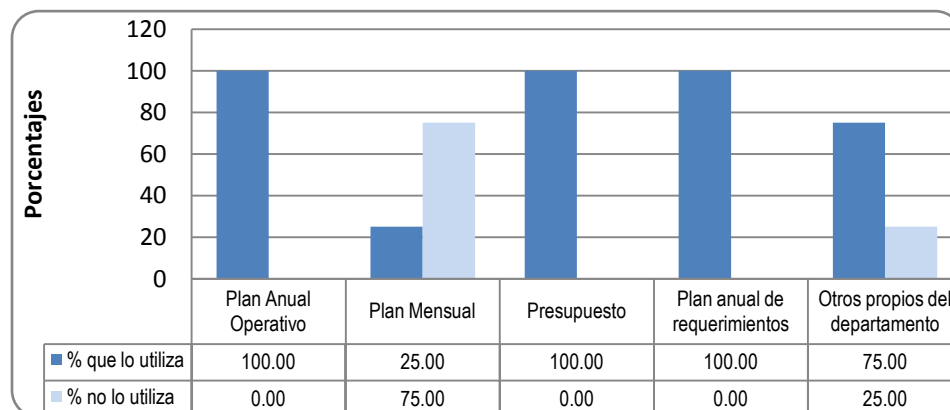
Siendo las más sobresalientes la falta de materiales y equipo necesario para el desarrollo del trabajo (29% de los casos), la falta de personal, de capacitación y de insumos oportunos de otros departamentos (14% cada uno).

Tomando en cuenta la información anterior y la obtenida a partir de las entrevistas efectuadas a los jefes de los diferentes departamentos administrativos, se realiza un nuevo análisis que resume la información obtenida de ambas fuentes y que estará dividido en cuatro fases que corresponden a cada una de las fases del proceso administrativo así:

### **4.1 PLANIFICACIÓN DE LA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA**

La Planificación en la división administrativa se consolida en la Dirección del Hospital y se realiza de manera similar en los cuatro departamentos, tal y como se muestra en el siguiente gráfico:

Imagen I-27: Tipos de Planificación empleados en la división administrativa del HNST



Fuente: Resultados de las entrevistas realizadas a los jefes de departamento.

De acuerdo con el gráfico anterior, en los cuatro departamentos administrativos se realiza un plan anual de trabajo, un Presupuesto anual y un Plan anual de requerimientos, como parte de la planificación y solamente en el 25 % de los casos se elabora un plan mensual, ya que este plan está referido sobre todo a la programación de los horarios de trabajo para la mano de obra y por estar este tipo de planificación más acorde a actividades operativas solamente es utilizada por las secciones de lavandería y costurería y por la sección de alimentación y dietas del departamento de Conservación y Mantenimiento.

Además, en el 75% de los casos, se observa la utilización de otros planes propios de las labores de cada uno de los departamentos como: Programación presupuestaria, Planes de mantenimiento, etc.

La realización de todos estos planes distintos, es responsabilidad del jefe de departamento o de sección según corresponda, para lo cual cuenta con el apoyo del personal bajo su cargo.

Cada uno de los departamentos administrativos del HNST, realiza su planificación considerando únicamente las necesidades y aspectos relacionados con su departamento y el cumplimiento de sus propias metas, más no obedece a una meta u objetivo común superior del Hospital, como una misión, visión o política institucional que busque la integración del trabajo de cada una de estas áreas para el funcionamiento óptimo del nosocomio. Esto provoca que los departamentos administrativos y en general los demás departamentos del hospital trabajen como islas, apartadas unas de otras que se ocupan únicamente de cumplir con su trabajo sin preocuparse por apoyar el trabajo de las demás áreas para lograr un mejor desempeño de la institución.

Por otra parte, en la planificación de la división administrativa se observa, la ausencia de planes de largo plazo lo que no permite que los distintos departamentos puedan proyectarse hacia lo que desean alcanzar en un futuro que les lleve no solamente a

cumplir con las exigencias diarias de su trabajo sino a aspirar lograr una mejora institucional que les permita crecer y prestar un mejor servicio a la población usuaria del Hospital.

## **4.2 ORGANIZACIÓN DE LA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA**

La organización de las áreas administrativas en el HNST, está muy ligada a las leyes y disposiciones Estatales (por tratarse de una institución pública). Estas leyes establecen en algunos casos las dependencias y jerarquías de la estructura organizativa; así como algunos procedimientos y responsabilidades de las unidades administrativas del Hospital y de otras instituciones de Gobierno.

Actualmente, la institución cuenta con un organigrama para la representación de su organización; sin embargo este no refleja completamente la realidad del nosocomio ni tampoco cumple a cabalidad con sus propósitos como se muestra en el siguiente apartado.

### **a) Análisis del Organigrama HNST**

Los organigramas son representaciones gráficas de las organizaciones. Entre sus utilidades principales se tienen:<sup>51</sup>

- **Para la ciencia de la administración:**

Sirve de asistencia y orientación de todas las unidades administrativas de la empresa al reflejar la estructura organizativa y sus características gráficas y actualizaciones.

- **Para el área de organización y sistema:**

Sirve para reflejar la estructura así como velar por su permanente revisión y actualización (en las empresas pequeñas y medianas, generalmente la unidad de personal asume esta función), la cual se da a conocer a toda la compañía a través de los manuales de organización.

- **Para el área de administración de personal:**

El analista de personal requiere de este instrumento para los estudios de descripción y análisis de cargos, los planes de administración de sueldos y salarios y en general como elemento de apoyo para la implementación, seguimiento y actualización de todos los sistemas de personal.

Además a través de análisis periódicos de los organigramas actualizados se pueden detectar, cuando el espacio de control de una unidad excede a su capacidad o nivel y en cualquier de estos casos recomendar la modificación.

La confección del organigrama cualquiera que sea su finalidad ha de ajustarse a ciertos requisitos; algunos de los cuales serán utilizados en el presente informe como criterios para

---

<sup>51</sup> Fuente: "Organigramas y Tipos de organigramas". Amador, Juan

evaluar la utilidad del organigrama del Hospital Nacional Santa Teresa, estos criterios pueden reducirse a los siguientes:

<b>Cuadro I-32: Criterios para la evaluación del organigrama del HNST.</b>	
<b>Criterio</b>	<b>Descripción</b>
Claridad del esquema	Desde el punto de vista gráfico, la representación ha de hacerse de la forma más clara y precisa que sea posible, evitando acudir a trazados que admitan interpretaciones diversas.
Uniformidad gráfica	Para facilitar la interpretación y el manejo de los organigramas resulta igualmente conveniente lograr uniformidad en la confección de los mismos.
Actualidad	Un organigrama solo puede tener utilidad cuando refleja la realidad actual. Caso contrario puede dar lugar a confusiones y errores convirtiéndose en un elemento perturbador.
Supervisión a un único subordinado	Un departamento no debe existir si solamente cuenta con un recurso. Ejemplo: Un jefe de departamento que no tenga subordinados que coordinar.
Conocimiento del jefe inmediato y subordinados.	El organigrama permite a los empleados tener la claridad necesaria para identificar a su superior inmediato y subordinados.
Grado de comprensión de la estructura organizativa por el personal.	¿La estructura organizativa actual es bien comprendida por el personal de la institución?
Aspectos legales	Aspectos relacionados a las disposiciones contempladas en el reglamento General de hospitales.

Fuente: Elaboración Propia

Una vez establecidos los criterios a evaluar en el organigrama del Hospital Santa Teresa, se procedió a realizar la evaluación, obteniéndose los siguientes resultados:

<b>Cuadro I-33: Observaciones a la estructura organizativa del HNST.</b>	
<b>Criterios</b>	<b>Observaciones</b>
Claridad del esquema	Trazos y Divisiones organizativas claras y bien definidas.
Uniformidad gráfica	Se utiliza el mismo tipo de figura (rectángulos) para representar todos los elementos que conforman la estructura, lo que facilita su comprensión y lectura.
Actualidad	En el organigrama del HNST, se listan todos los servicios de la división médica excepto Partos y Puerperio, por lo que no se apega por completo a la realidad del hospital. Además de acuerdo con la opinión de la dirección la estructura esta desactualizada.
Supervisión a un único subordinado	La sección de impresiones está conformada por un solo empleado, por lo que no sería necesario que existiera como una sección aparte.
Conocimiento del jefe inmediato y subordinados.	Los empleados conocen a su jefe inmediato y a sus subordinados, sin embargo; en algunos casos no se conoce la jerarquía más allá.
Grado de comprensión de la estructura organizativa por el personal.	La estructura organizativa no ha sido divulgada por lo que no es conocida por la totalidad de los empleados. Por otra parte, el criterio utilizado para la elaboración del organigrama no es comprendido con facilidad y no es uniforme para el total de los elementos que lo conforman.
Aspectos legales	Artículos violados en el organigrama actual: De acuerdo con el Art. 23, del Área de Cirugía dependerá el Centro Quirúrgico constituido por Salas de Operaciones, Salas de Recuperación, Central de Equipos y Esterilización. Según el art.24 El Área de Ginecología y Obstetricia estará destinada a la atención del aparato reproductor femenino y lo relacionado con el embarazo. Constará de los servicios de

Cuadro I-33: Observaciones a la estructura organizativa del HNST.	
Crterios	Observaciones
	<p>Ginecología, Obstetricia, Perinatología y otros, según la complejidad del Hospital.</p> <p>Art. 42 Los Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento estarán constituidos de acuerdo al nivel de desarrollo y complejidad del Hospital y dependerán de la jefatura correspondiente.</p> <p>Estos Servicios podrán ser: Laboratorio clínico, Banco de sangre, Anatomía Patológica, Radiodiagnóstico, Medicina nuclear, Medicina física y de rehabilitación.</p> <p>Art. 60. Los Servicios Técnicos de Apoyo Médico estarán constituidos de acuerdo al nivel de desarrollo y complejidad del Hospital y dependerán de la Jefatura correspondiente.</p> <p>Estos Servicios podrán ser: Enfermería, Farmacia, Servicio social, Alimentación y Dietética, Estadística y Documentos Médicos.</p>

Fuente: Elaboración propia

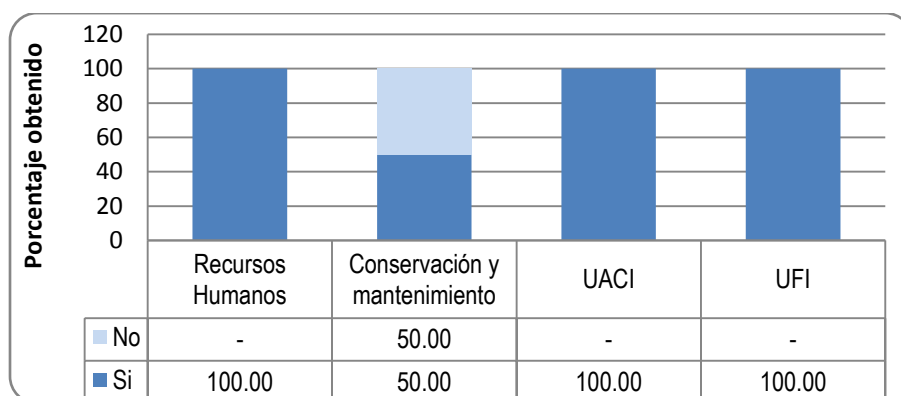
De acuerdo con el cuadro anterior, los principales problemas identificados en el organigrama del Hospital Santa Teresa, son:

- Falta de divulgación y actualización
- Ausencia de un criterio uniforme en la elaboración del organigrama.
- Incumplimiento de algunos artículos del Reglamento General de Hospitales.

Estos problemas podrían provocar confusión en los empleados al no contar con una herramienta uniforme que permita conocer con claridad las unidades y sus relaciones. Dificultando con esto el reconocimiento de las líneas de autoridad y la comunicación en la institución; así como los cambios organizativos.

#### b) Documentación de Procesos y Procedimientos administrativos

Imagen I-28: Documentación de los procesos y Procedimientos de la División administrativa del HNST.



Fuente: Elaboración propia, a partir de resultados de encuestas realizadas al personal administrativo.

En relación a los problemas organizativos sobre la existencia de documentación de los procesos y procedimientos en la división administrativa, únicamente en el departamento de Conservación y Mantenimiento se observa que el 50% de los empleados manifestaron

no tener dicha información documentada en ningún tipo de manual, mientras que en el resto de unidades los empleados expresaron que contaban con algún tipo de documento de consulta a la hora de realizar sus labores. Esto es debido a que muchas de estas actividades se encuentran plasmadas en leyes o normativas estatales.

Además los empleados también consideran el manual del SIBASI, actualmente utilizado en el nosocomio como un instrumento de consulta aunque este no este completamente apegado a la realidad del Hospital como se pudo constatar en la investigación (Ver análisis de procedimientos).

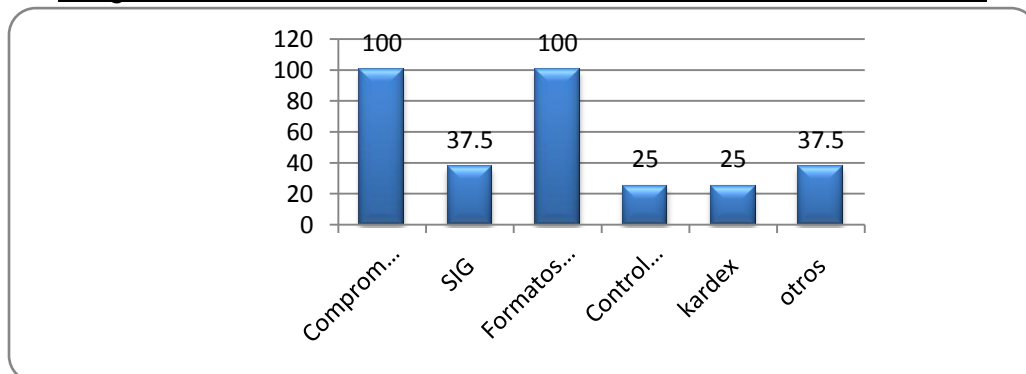
#### **4.3 DIRECCIÓN DE LA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA**

Esta fase del proceso administrativo, es realizada por los jefes de departamento quienes dependen linealmente de la dirección General del Hospital Santa Teresa. Se realiza conforme a los reglamentos, leyes del Estado y disposiciones de la dirección general del hospital, así como tomando en cuenta los compromisos de gestión y las opiniones de los empleados en la mayoría de los casos. La toma de decisiones se realiza conforme a las exigencias diarias dejando muchas veces de lado lo planeado, ya sea por la falta de recursos o como resultado de una planificación no apegada a las necesidades de los departamentos, debido a la poca consideración que se hace del entorno; ya que las proyecciones que se realizan a la hora de planificar se hacen a través del incremento de un porcentaje pre establecido y no con base a un estudio de las necesidades.

#### **4.4 CONTROL DE LA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA**

La fase de control es una de las más importantes dentro del proceso administrativo, ya que es a través de este que se realiza la retroalimentación de la administración. En la actualidad, en el Hospital Santa Teresa este proceso se lleva a cabo por medio de diferentes mecanismos como los que se muestran en la siguiente gráfica:

Imagen I-29: Mecanismos de Control utilizados en el área administrativa



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas realizadas a los jefes de departamento.

A partir del gráfico anterior, se observa que el 100% de los departamentos administrativos del HNST hacen uso de los compromisos de gestión y de formatos propios del área como una forma de control de sus actividades, sin embargo estos indicadores no representan un



parámetro de evaluación integral de la administración, ya que no involucra aspectos como costos, eficiencia y eficacia, permitiendo conocer solamente la eficacia y productividad de las unidades.

Por otra parte se observa que solo un 37.5% de los casos se hace uso del Sistema de Información Gerencial (área de lavandería y alimentación y la dirección general) y de otras formas de control (como el caso de recursos humanos a través del SIRHI) y sólo un 25% hace uso de los kardex y otras formas de control de consumo de insumos.

#### **4.5 ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA SITUACIÓN ACTUAL VS EL MODELO IDEAL**

##### **PLANTEADO.**

En apartados anteriores<sup>52</sup>, se estableció que el modelo ideal para el ejercicio de la administración en el Hospital debía contener como mínimo entre otras cosas, ciertas entradas y salidas para garantizar su óptimo desempeño por lo que con el objetivo de determinar la existencia de otras debilidades u oportunidades de mejora en la administración de la institución se realizará un análisis comparativo entre los requerimientos mínimos establecidos en el modelo considerado como ideal y la forma actual de administración del Hospital. Para ello se hará uso de la información recogida en las encuestas y entrevistas realizadas al área administrativa.

A continuación se muestra un cuadro con los resultados de la comparación entre ambas formas de administración, en donde se exponen las deficiencias de la situación actual con respecto al parámetro ideal de comparación:

---

<sup>52</sup> Análisis del marco contextua (Modelo ideal Planteado)

CUADRO 1-34 : ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA SITUACIÓN ACTUAL VS EL MODELO IDEAL PLANTEADO

Fase	SITUACIÓN ACTUAL DE LA ADMINISTRACIÓN		MODELO IDEAL PLANTEADO		ANÁLISIS COMPARATIVO	
	Entradas	Salidas	Entradas	Salidas	Entradas	Salidas
<b>PLANIFICACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Datos Estadísticos de las divisiones médica, apoyo médico y administrativa.</li> <li>- Evaluación del ambiente interno: funcionamiento de áreas, evaluación del organigrama, formas de comunicación, establecimiento del reglamento interno, etc.</li> <li>- Evaluación del ambiente externo: entorno económico, ambiente social, clientes, ambiente político, ambiente demográfico, etc.</li> <li>- Disposiciones de la dirección regional del MSPAS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan anual de trabajo</li> <li>- Objetivos y metas anuales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lineamientos o políticas del Ministerio de Salud.</li> <li>- Lineamientos y metas de la dirección regional.</li> <li>- Análisis del ambiente externo (factores sociales, políticos, económicos, legales, clientes, etc.)</li> <li>- Análisis del ambiente interno (tecnología disponible, recursos humanos disponibles, cultura, finanzas, etc.)</li> <li>- Disposiciones de entidades de gobierno como el Ministerio de Hacienda y la Corte de Cuentas.</li> <li>- Resultados de las evaluaciones de períodos anteriores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan estratégico</li> <li>- Planes tácticos.</li> <li>- Plan operativo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de un análisis completo del ambiente externo (factores sociales, políticos, económicos, legales, clientes, etc.)</li> <li>- Falta de un análisis completo del ambiente interno (tecnología disponible, recursos humanos disponibles, cultura, finanzas, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de un plan estratégico.</li> </ul>
<b>ORGANIZACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reglamento General de Hospitales.</li> <li>- Ley Administración Financiera Institucional.</li> <li>- Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública.</li> <li>- Requisitos de los diferentes departamentos y servicios del hospital.</li> <li>- Disposiciones no consensadas en la institución.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estructura organizativa no consensada y no divulgada.</li> <li>- Problemas de comunicación.</li> <li>- Procesos y procedimientos documentados de toma aliada y sin adaptación a la institución.</li> <li>- Procesos y procedimientos desordenados por algunos empleados encargados de su realización.</li> <li>- Abastecimiento y distribución inoportuna de insumos para algunos servicios y departamentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reglamento General de Hospitales.</li> <li>- Ley administración financiera institucional.</li> <li>- Ley LACAP.</li> <li>- Disponibilidad de recursos humanos, materiales, financieros, etc.</li> <li>- Requerimientos de los diferentes departamentos y servicios.</li> <li>- Procesos y procedimientos que se realizan.</li> <li>- Planificación táctica y operativa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estructura organizativa clara y funcional.</li> <li>- Definición de canales adecuados para la comunicación.</li> <li>- Distribución o disposición adecuada de los recursos para el logro de los objetivos institucionales.</li> <li>- Abastecimiento oportuno de recursos.</li> <li>- División y especialización del trabajo adecuadamente.</li> <li>- Procesos y procedimientos claros y bien definidos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No se consideran los procesos y procedimientos que se realizan, a la hora de repartir los recursos.</li> <li>- No se consideran la planificación táctica y operativa, para la organización de los recursos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estructura organizativa no divulgada, no acorde con lo estipulado en la ley AR, y no acorde a las necesidades funcionales.</li> <li>- Dificultades en la comunicación.</li> <li>- Abastecimiento y distribución inoportuna de insumos para algunos servicios y departamentos.</li> <li>- Procesos y procedimientos documentados de manera dispersa, por la falta de un manual administrativo propio de la institución.</li> </ul>
<b>DIRECCIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reglamento general de Hospitales y otras normativas.</li> <li>- Información no actualizada sobre los recursos disponibles y capacidad instalada del hospital.</li> <li>- Opiniones de los empleados.</li> <li>- Lineamientos del nivel superior (Dirección regional y MSPAS).</li> <li>- Plan anual de trabajo.</li> <li>- Información sobre el funcionamiento de los departamentos y servicios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toma de decisiones sin contar con la información oportuna necesaria.</li> <li>- Preocupación por el cumplimiento de metas individuales de cada departamento y servicio más no por el logro de objetivos comunes.</li> <li>- Descentralización de la autoridad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reglamento General de Hospitales, entre otras legislaciones.</li> <li>- Programas, políticas y disposiciones del MSPAS.</li> <li>- Conocimiento del ambiente interno y externo del hospital.</li> <li>- Conocimientos y habilidades gerenciales.</li> <li>- Recursos Humanos disponibles.</li> <li>- Opinión de los empleados.</li> <li>- Resultados del Sistema de Información gerencial y del desempeño de los diferentes departamentos del Hospital.</li> <li>- Planes estratégico y táctico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toma de Decisiones oportuna.</li> <li>- Descentralización de la autoridad.</li> <li>- Respeto a la autoridad.</li> <li>- Motivación de los recursos humanos.</li> <li>- Administración adecuada de conflictos.</li> <li>- Preocupación por el logro de metas comunes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No se conoce completamente las condiciones del ambiente interno y externo del hospital.</li> <li>- Información no actualizada sobre los recursos disponibles y capacidad instalada del hospital.</li> <li>- Información sobre el funcionamiento de los departamentos y servicios retrasada.</li> <li>- Falta de un planes estratégico y táctico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toma de Decisiones sin contar con la información oportuna necesaria.</li> <li>- Preocupación por el cumplimiento de metas individuales de cada departamento y servicio más no por el logro de objetivos comunes.</li> <li>- Desobediencia a la autoridad, en algunos departamentos.</li> </ul>
<b>CONTROL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resultados de producción, costos, recursos humanos y consumo de materiales de las divisiones médica y de apoyo médico.</li> <li>- Objetivos y metas anuales institucionales.</li> <li>- Metas del nivel superior (dirección regional y MSPAS)</li> <li>- Reglamentos de Ministerio de Hacienda y la Corte de Cuentas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistema de Información gerencial.</li> <li>- Compromisos de gestión.</li> <li>- Evaluaciones al personal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Información proveniente de la producción, de los recursos humanos y materiales consumidos, costos, etc. en los diferentes departamentos del hospital.</li> <li>- Objetivos y metas institucionales.</li> <li>- Estándares y metas de la dirección regional.</li> <li>- Opiniones de los pacientes y empleados de las diferentes áreas y servicios.</li> <li>- Leyes y reglamentos del Estado (Ministerio de Hacienda, Corte de Cuentas, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluaciones al personal.</li> <li>- Evaluaciones del desempeño de los diferentes departamentos y servicios del hospital.</li> <li>- Indicadores de desempeño.</li> <li>- Especificación de desviaciones de lo planeado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de información proveniente de la producción, de los recursos humanos y materiales consumidos, costos, etc. en los diferentes departamentos administrativos del hospital.</li> <li>- Falta de mecanismos para la recolección y análisis de las opiniones de los pacientes y empleados de las diferentes áreas y servicios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuficientes controles administrativos.</li> <li>- Desconocimiento de la satisfacción de los pacientes.</li> </ul>

A partir de la información recopilada y su posterior comparación con el modelo administrativo establecido como ideal al principio de este informe, se identificaron los siguientes problemas u oportunidades de mejora en la división administrativa:

#### **4.6 OPORTUNIDADES DE MEJORA ENCONTRADAS EN LA ADMINISTRACIÓN:**

##### **4.6.1 Planificación**

- No se realiza planificación estratégica a nivel institucional.
- La misión y visión existente del hospital no son utilizadas como punto de partida para realizar planeaciones; ya que solamente son presentadas en el manual de inducción a nuevos empleados.
- No existen planes de mantenimiento para el equipo básico e infraestructura en el 100% de las áreas.
- Poca consideración del entorno interno y externo en la planificación.

##### **4.6.2 Organización**

- Organigrama no divulgado, desactualizado y difícil de interpretar por carecer de un criterio uniforme en su elaboración.
- Procedimientos documentados sin adaptación a la institución; ya que no existe un manual administrativo de procedimientos y funciones propios del Hospital (se utiliza el manual del SIBASI, cuando el hospital ya no trabaja como SIBASI).
- Problemas de coordinación en los procedimientos que involucran a más de un departamento.
- Problemas de comunicación: cerca de un 40% del personal del área administrativa desconoce la visión y/o misión institucional, y el 33% de los empleados administrativos desconoce el organigrama de la institución.

##### **4.6.3 Dirección:**

- Existen ciertos problemas en la relación jefe subordinado, debido en gran medida a la actitud de algunas personas.
- Los esfuerzos de dirigir al personal se centran en la consecución de metas individuales de cada departamento o servicio más no por el logro de objetivos comunes para la institución.
- No se cuentan con todos los elementos que contribuyan a una adecuada toma de decisiones (indicadores, parámetros de calidad, etc.)

##### **4.6.4 Control**

- Los compromisos de gestión miden resultados o cumplimiento de las metas a nivel administrativo, más no existen otros parámetros que permitan conocer la efectividad, calidad y productividad de las unidades administrativas.
- Ausencia de mecanismos que permitan conocer y analizar el grado de satisfacción de los pacientes y empleados de los diferentes departamentos y servicios.
- Problemas de calidad en algunos productos entregados por los proveedores. (alimentos recibidos por el área de despensa y en algunos insumos médicos.)

- Ausencia de índices de consumo de los diferentes insumos y medicamentos utilizados en el hospital. Una de principales debilidades del área de almacén radica en no conocer los índices de consumo de medicamentos, dejando exclusivamente este control para la farmacia.

---

## **5. SITUACIÓN ACTUAL DE LA DIVISIONES MÉDICA Y DE APOYO MÉDICO DEL HNST**

---

Para el establecimiento de la situación actual de las divisiones médica y de apoyo médico del Hospital Nacional Santa Teresa, se realizaron entrevistas a cada uno de los jefes de departamentos que conforman estas divisiones. La información recolectada puede resumirse de la siguiente manera:

### **5.1 SITUACIÓN ACTUAL DE LA ADMINISTRACIÓN DE LAS DIVISIONES MÉDICA Y DE APOYO MÉDICO.**

#### **5.1.1 Planificación:**

Se pudo constatar que la administración de estas áreas es bastante similar, la planificación se realiza anual, mensual y en algunos casos diariamente. Las planificaciones son elaboradas por los jefes de departamento para el caso de la división de apoyo médico y por las enfermeras jefes de servicio en la división médica. Entre las planificaciones realizadas anualmente están:

- Planificación Anual Operativa
- Planificación de requerimientos de insumos y suministros para la UACI.
- Presupuesto anual.

#### **a) Planificación Anual Operativa**

Esta planificación se realiza de manera similar en las diferentes áreas médicas y contiene generalmente los siguientes aspectos:

- Introducción
- Objetivos
- Justificación
- Misión
- Visión
- Organigrama
- Funciones del personal (Jefa y auxiliares)
- Desglose del recurso humano del área.
- Calendario de reuniones de supervisoras (en el caso q la jefa del área sea supervisora a la vez)
- Programación anual de reuniones de Jefaturas.
- Programación anual de reuniones técnicas con el personal del área.
- Plan de capacitaciones.
- Programación anual de vacaciones.

- Plan de asignaciones especiales al personal.
- Proceso de atención del área (Indica el desglose de las actividades y personal participante en la atención al paciente)
- Cronograma anual de actividades.

El procedimiento seguido para la realización de la planificación en estas áreas es:

- 1) Cada jefe de departamento revisa el cumplimiento de las metas en lo que va del año para el departamento
- 2) Se analizan las causas de por las cuales no se alcanzo alguna meta
- 3) Define como se va a programar para el siguiente año, a partir del desempeño del corriente año y del aumento poblacional.
- 4) Presenta los resultados al comité de planeación institucional
- 5) Realiza cambios en la planeación del departamento a partir de la integración de los planes operativos y de trabajo a nivel institucional.

**b) Planificación anual de requerimientos:**

Este plan es elaborado para ser entregado a la UACI y de esta manera la Unidad pueda planificar las compras para el siguiente periodo, comprende entre otras cosas la descripción y cantidad de los insumos requeridos por el área médica.

**c) Presupuesto anual**

Las áreas médicas participan de la elaboración del presupuesto del hospital a través de la realización del presupuesto de cada una de sus unidades; para ello la Unidad Financiera Institucional ha diseñado un formato que es utilizado por todos los departamentos del hospital, este formato incluye campos como: la descripción del bien o servicio, la existencia en inventarios, la unidad de medida, el consumo anual, las cantidad solicitada, precio y monto total.

**5.1.2 Organización:**

En cuanto a la organización de la división de apoyo médico esta se encuentra estructurada en departamentos y en servicios para el caso de la división médica. Los departamentos están bajo la dirección de un jefe de departamento, mientras que los servicios por su parte son administrados por una enfermera jefa del servicio.

Los recursos en cada departamento y/o servicio médico son solicitados mensualmente a almacén, y son administrados por el jefe o encargado del área quien se ocupa de repartir a los demás empleados los insumos cuando son requeridos.

**5.1.3 Dirección:**

La dirección de las áreas médicas es muy similar entre si, los subordinados obedecen a un jefe de departamento o servicio quien se encarga de la gestión de los recursos y la toma de decisiones en la unidad, mientras que la comunicación se realiza de manera directa por tratarse de pocos empleados.



Imagen I-31: Formato de Informe de costos para el SIG.

**HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA**  
**NOMBRE DEL DEPARTAMENTO**  
**INFORME DE COSTOS**

**MES**

DESCRIPCIÓN DEL ARTÍCULO	CONSUMO	COSTO UNITARIO	COSTO	COSTO TOTAL

Fuente: Departamento de Impresiones HNST

Imagen I-32: Formato de Informe de producción para el SIG.

HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA																																	
NOMBRE DEL DEPARTAMENTO																																	
INFORME DE PRODUCCIÓN																																	
MES																																	
ACTIVIDADES/DETALLE DE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL	

Fuente: Departamento de Impresiones HNST

Otros mecanismos de control utilizados en las áreas médicas además de los reportes propios de cada unidad, son: Informe Estadístico Mensual Estandarizado, kardex, etc.

Imagen I-33: Formato de Informe Estadístico Automatizado (IEMA)

HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA																																						
NOMBRE DEL DEPARTAMENTO																																						
INFORME ESTADÍSTICO AUTOMATIZADO																																						
MES																																						
DESCRIPCIÓN DEL INSUMO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL						

Fuente: Departamento de Impresiones HNST

Imagen I-34: Formato de kardex para áreas médicas

CODIGO ARTICULO _____	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador <b>CONTROL DE EXISTENCIA DE MEDICAMENTOS                  E INSUMOS MEDICOS</b> Estante _____ Entrepaño _____ Casilla _____	TARJETA Nº _____							
NOMBRE ARTICULO _____		ALMACEN _____							
CONCENTRACION _____		CODIGO ALMACEN _____							
PRESENTACION _____		EXISTENCIA MINIMA _____							
UNIDAD DE MEDIDA _____		EXISTENCIA MAXIMA _____							
FECHA	CONCEPTO	PROCEDECIA	NUMERO DE LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	ENTRADAS		SALIDAS		SALDOS ARTICULO
					CANTIDAD	PRECIO	CANTIDAD	PRECIO	

Fuente: Departamento de Impresiones HNST



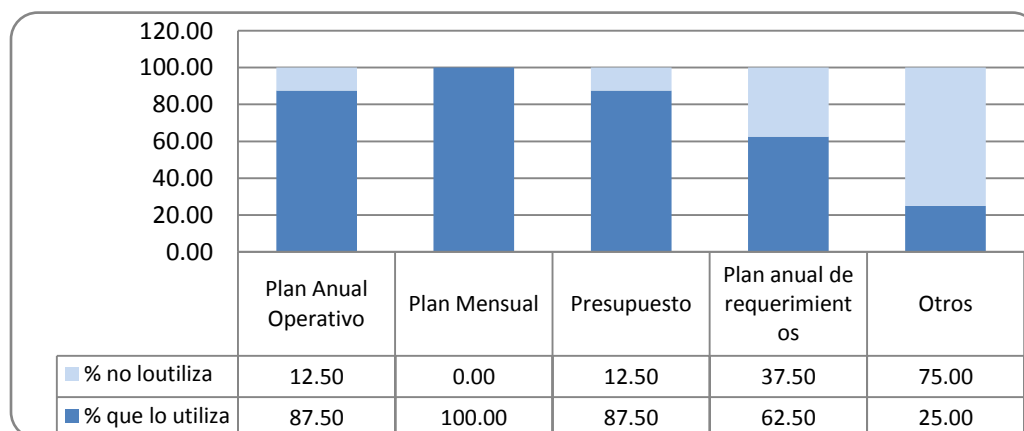
## 6. ANÁLISIS DE LA DIVISIÓN MÉDICA Y DE APOYO MÉDICO

Los datos de la división médica y de apoyo médico (en adelante denominadas como áreas médicas), fueron obtenidos a través de entrevistas realizadas a los jefes de algunos de los servicios médicos del Hospital y para facilitar su análisis estos se han agrupado en las cuatro fases del proceso administrativo así:

### 6.1 PLANIFICACIÓN EN LAS ÁREAS MÉDICAS

A partir de la información recolectada, se observa que el 100% de los departamentos y servicios entrevistados realizan algún tipo de planificación para el desarrollo de sus actividades, siendo la planificación mensual la más utilizada (100%), seguido por plan anual operativo y el presupuesto anual (87.5%) solicitado por la UFI para la elaboración del presupuesto del nosocomio.

Imagen I-35: Tipos de Planificación empleados por la división médica y apoyo médico



Fuente: Elaboración propia

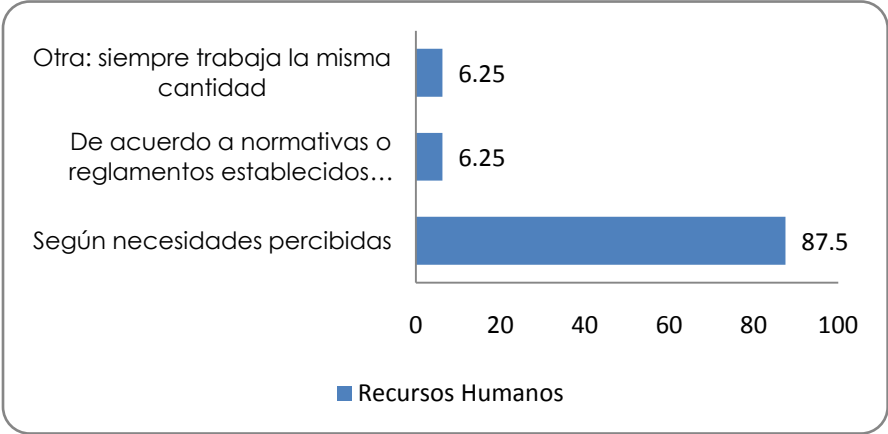
Las planificaciones elaboradas en las áreas médicas son sencillas y comprenden mayoritariamente programaciones de reuniones, capacitaciones, rotación de horarios para los recursos humanos, además de planes de trabajo de actividades propias de cada departamento o servicio, etc.

La principal Planificación realizada por los diferentes departamentos de las áreas médicas es la Planificación Anual Operativa, la cual es elaborada por cada uno de los departamentos durante el último trimestre del año, para finalmente ser consolidada en el mes de diciembre.

Para la programación de los recursos y lograr una mayor eficiencia, las áreas médicas utilizan diferentes criterios, siendo los más utilizados tanto para la programación de los

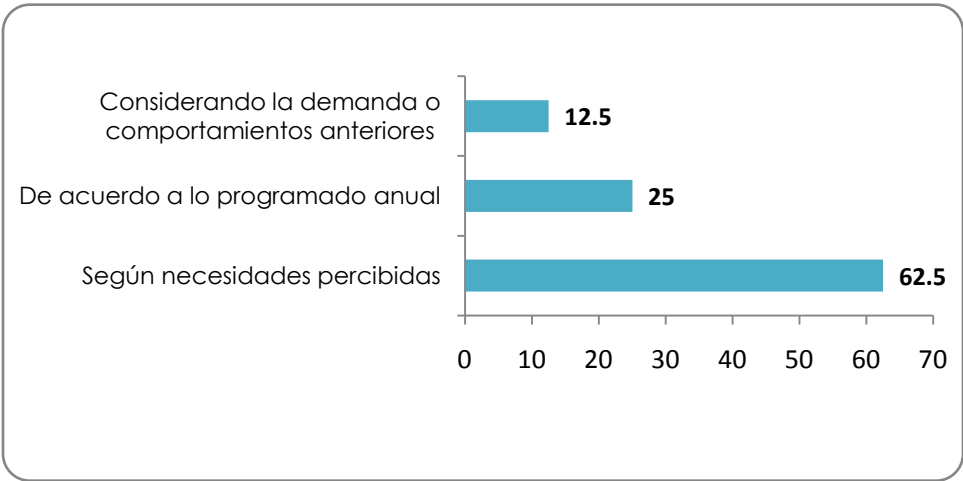
recursos humanos como materiales, las necesidades percibidas mensualmente en el servicio o departamento con un 87.5% en el caso de la programación de los recursos humanos y un 62.5% para los materiales, como se muestra en los siguientes gráficos:

Imagen I-36: Formas de determinación de recursos Humanos en las áreas médicas



Fuente: Elaboración propia

Imagen I-37: Formas de determinación de recursos Materiales en las áreas médicas



Fuente: Elaboración propia

Tal y como se ha podido observar en los gráficos anteriores, la planificación mensual de recursos humanos y materiales es la más utilizada en las áreas médicas; es por ello que el criterio de mayor peso a la hora de planificar son las necesidades percibidas en el área, es decir se solicitan recursos cuando estos ya están por terminarse, dándole poca importancia a lo establecido en la planificación anual, ya que esta es realizada como un requisito y no como un instrumento beneficioso para la previsión de las necesidades, esto provoca que la planificación elaborada no sea de mucha utilidad.

## **6.2 ORGANIZACIÓN DE LAS ÁREAS MÉDICAS**

La división médica y de apoyo médico del hospital Santa Teresa se encuentra conformada por 265 empleados, los cuales se encuentran distribuidos de la siguiente manera:

<b>CUADRO I-35: NÓMINA DE PERSONAL DE LAS DIVISIONES MÉDICAS HNST</b>			
<b>PERSONAL DE DIVISIÓN MÉDICA Y APOYO MÉDICO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PERSONAL DE DIVISIÓN MÉDICA Y APOYO MÉDICO</b>	<b>CANTIDAD</b>
Anestesiología	11	Medicina hombres	1
Cirugía	12	Medicina mujeres	1
Cirugía hombres	2	Medicina pediátrica	1
Consulta especializada	1	Medicina preventiva	1
Depto. De enfermería	129	Neonatología	1
Estadística y documentos médicos	12	Oftalmología	2
Farmacia	9	Ortopedia	2
Ginecología	2	Pediatría	13
Ginecología y obstetricia	4	Rayos x	7
Laboratorio y banco de sangre	15	Servicio fisioterapia	3
Maternidad	2	Servicios del segundo nivel	23
Medicina	8	Trabajo social	3

Fuente: Nómina de empleados, Departamento de Recursos Humanos HNST.

### a) División de apoyo médico:

Está compuesta por 8 departamentos que son: Departamento de enfermería, Laboratorio Clínico, Documentos Médicos, Trabajo Social, Rayos X, Farmacia y Anestesiología; los cuales están a cargo de un jefe de departamento que es un profesional en la especialidad que dirigen.

### b) División médica:

La división médica del hospital está conformada por cuatro especialidades médicas que son: Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Cirugía y Medicina, estas áreas están divididas a su vez en servicios, los cuales representan el espacio físico para la atención de los pacientes. Cada una de las áreas está a cargo de un médico jefe de área, mientras que los servicios están a cargo de una enfermera jefe de servicio.

Además, la división médica cuenta con el área de emergencias, Consulta especializada, Odontología, Colposcopia, Endoscopia y úlceras y heridas.

En cuanto a la organización de los recursos materiales, estos son repartidos como se mencionó anteriormente de acuerdo a los requerimientos que se hacen mensualmente a almacén, mientras que los recursos financieros, son asignados según el presupuesto anual realizado y las necesidades que se presenten en los diferentes servicios.

### **6.3 DIRECCIÓN DE LAS ÁREAS MÉDICAS**

#### **a) Autoridad en el departamento**

La autoridad de cada uno de los departamentos de apoyo médico la constituye un jefe de departamento, el cual se encarga de la dirección del personal de dicha área, y de procurar el logro de los objetivos y metas del departamento a través de la gestión de los recursos. Estos departamentos dependen de la dirección del hospital.

Por su parte en la división médica, la autoridad de cada una de las áreas lo constituye un médico especialista jefe de área; mientras que en el caso de los servicios, estos están bajo el mando de una jefe de enfermeras; las cuales se encargan de la administración de los recursos materiales y de enfermería en esas áreas.

#### **b) Comunicación**

La comunicación al interior de las áreas médicas se hace de forma directa o a través de reuniones periódicas que obedecen a una programación por parte de los jefes de los departamentos.

La comunicación con las unidades administrativas se da a través de informes y formatos para requerimientos de servicios como en el caso de mantenimiento y la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones cuando se realiza alguna petición de compra por parte de alguna de estas áreas.

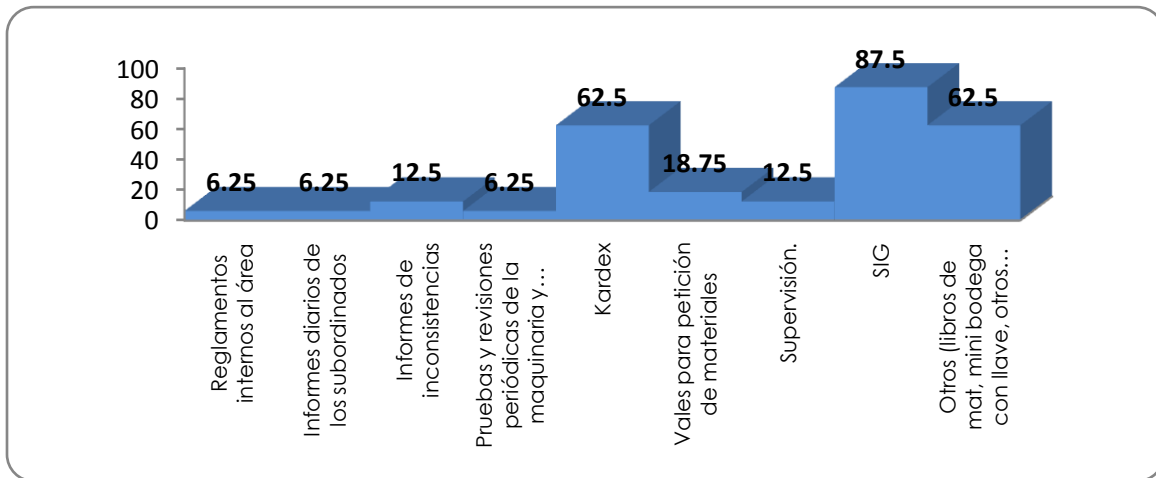
Con la unidad Financiera Institucional la única relación que existe es a través de la elaboración del presupuesto anual, el cual es entregado por cada departamento a la UFI. El departamento de Recursos Humanos por su parte, se relaciona con las áreas médicas a través de las capacitaciones al personal, la actualización de hoja de vidas y justificación de inconsistencias en la asistencia del personal.

### **6.4 CONTROL DE LAS ÁREAS MÉDICAS**

El Control en las áreas médicas se hace en un 87.5% de los casos entrevistados a través del Sistema de Información Gerencial, seguido del uso de kardex para el control de los ingresos y salidas de insumos con un 62.5% y otras formas de control como: uso de una mini bodega con llave, y la realización de otros reportes propios de cada área con un 62.5%.

A continuación se muestra el gráfico de los resultados obtenidos:

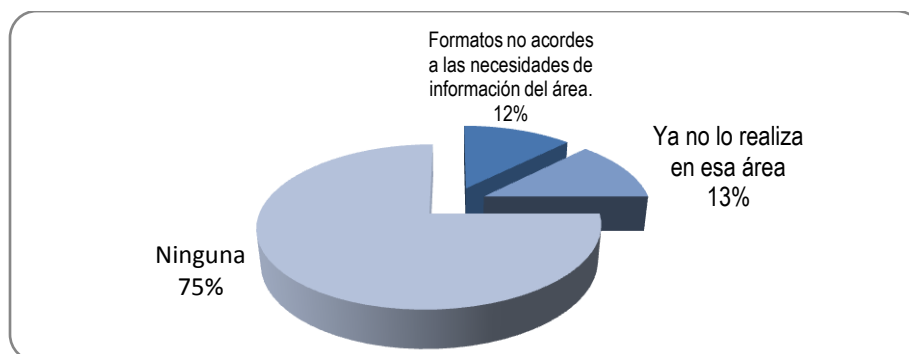
Imagen I-38: Mecanismos de control utilizados en las áreas médicas del HNST



Fuente: Elaboración propia

Tal y como se mencionó anteriormente la forma de control más utilizada en las áreas médicas del Hospital, es a través del Sistema de Información Gerencial, el cual engloba todo el desempeño de la institución en las áreas de rendimiento, productividad y costos. Este sistema a pesar de ser de gran utilidad presenta algunos problemas identificados a partir de entrevistas realizadas a la dirección de la institución. Sin embargo a fin de constatar la existencia de esos problemas en las área médicas, se procedió a preguntar a los entrevistados sobre la existencia de posibles dificultades en la elaboración y utilización del SIG, obteniéndose los siguientes resultados.

Imagen I-39: Dificultades en la utilización del SIG.



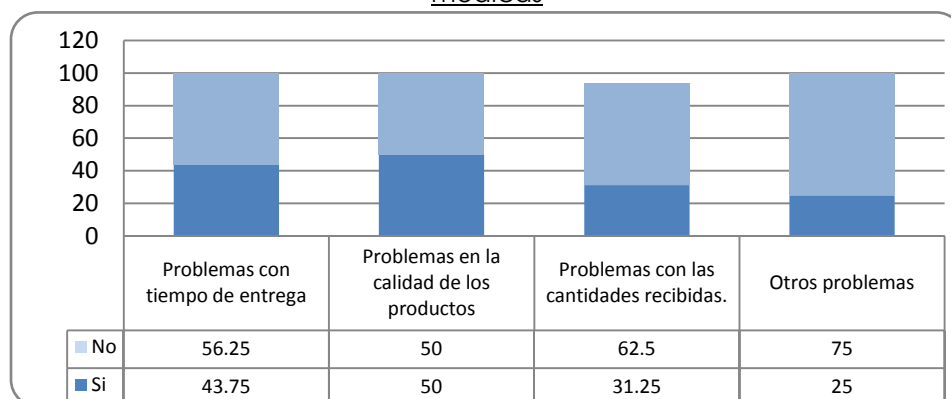
Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a los resultados obtenidos el 75% de los entrevistados manifestaron no tener ninguna dificultad en la utilización del SIG, un 13% dijo ya no se elaboraba en su área sino que estaba centralizado al departamento de enfermería o de estadísticas y solo un 12% reveló tener problemas con los formatos que se utilizaban ya que no se apeaban a los requerimientos de información de su departamento. Mientras que ninguno de los entrevistados señaló la falta de capacitación como una dificultad en la utilización de dicho sistema.

## **6.5 RELACIÓN ENTRE LAS ÁREAS MÉDICAS Y ADMINISTRATIVAS**

Un punto importante de conocer, por tratarse este de un estudio orientado a la administración del HNST, son las relaciones entre el área administrativa y las áreas médicas, a fin de determinar la existencia de posibles dificultades en los servicios prestados por el área administrativa a las áreas médicas, para ello se cuestionó a los encargados de los departamentos sobre el cumplimiento de algunos aspectos relacionados con el papel de estas unidades en el área médica obteniéndose los siguientes resultados:

Imagen I-40: Dificultades Relacionadas con el abastecimiento de insumos a las áreas médicas

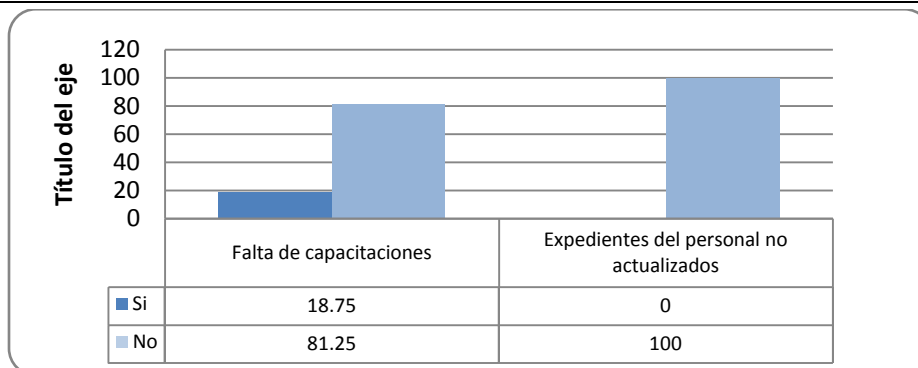


Fuente: Elaboración propia

### a) Almacén:

En cuanto al abastecimiento de insumos en las áreas médicas, los entrevistados manifestaron tener mayoritariamente problemas con la calidad de los productos en un 50% de los casos, sobre todo de equipo médicos como tensiómetros y descartables como envoltorios de jeringas. La segunda clase de problemas más frecuentes son los relacionados con el tiempo de entrega 43.75%, por ejemplo en el área de partos se han contabilizado retrasos de hasta 10 días en el abastecimiento de insumos médicos. Seguido de problemas relacionados a las cantidades recibidas (31.25%), esto es por falta de existencias en almacén según lo declarado por los jefes de área entrevistados.

Imagen I-41: Evaluación de las actividades de recursos humanos en las áreas médicas



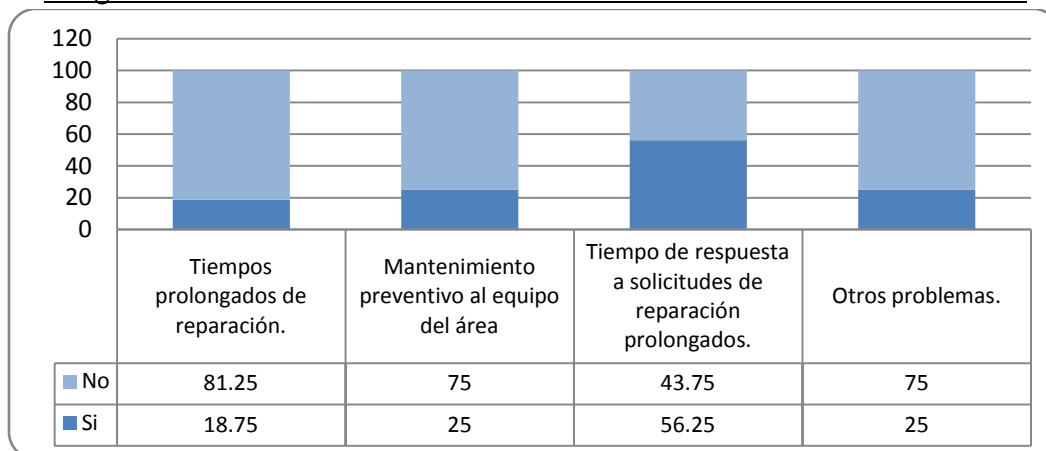
Fuente: Elaboración propia

b) Recursos Humanos:

En relación a las actividades realizadas por el departamento de recursos humanos en las áreas médicas, solamente un 18.75% de las personas entrevistadas revelaron estar inconformes con las capacitaciones recibidas, ya que aseguran que a pesar de que recursos humanos solicita anualmente un listado de temas para capacitaciones en las diferentes áreas estas no se realizan y que la mayor parte de las capacitaciones recibidas son gracias a la acción del comité de educación continua del departamento de enfermería. Sin embargo la gran mayoría (81.25%) manifiesta no tener ninguna queja en esa vía.

En cuanto a la actualización de los expedientes del personal del área, el 100% de los entrevistados dijo que estos si estaban actualizados ya que Recursos Humanos estaba pendiente de cualquier capacitación o cambio para modificarlos. Sin embargo, de acuerdo a los resultados obtenidos en los compromisos de gestión del año anterior (2007), esto no es del todo cierto ya que estos se encuentran actualizados en un 91%.

Imagen I-42: Dificultades con el Rol de mantenimiento en las áreas médicas



Fuente: Elaboración propia

c) Conservación y Mantenimiento:

En cuanto a las dificultades asociadas a conservación y mantenimiento en las áreas médicas, se observa que un 56.25% de los entrevistados está insatisfecho con el tiempo de respuesta a las solicitudes de reparación que se hacen a mantenimiento ya que de acuerdo a lo expresado por algunos de los jefes de áreas se debe recordar en repetidas ocasiones de la solicitud hecha a mantenimiento para obtener una respuesta pronta, ya que en algunas ocasiones se ha tenido que esperar hasta 2 meses para reparar un aire acondicionado o más de 2 días para el cambio de una lámpara.

Otra de las quejas más frecuentes con un 75%, es la falta de mantenimiento preventivo de los equipos del área, lo que incrementa el número de mantenimientos correctivos y disminuye la vida útil de las máquinas.

## **6.6 OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS EN LAS ÁREAS MÉDICAS<sup>53</sup>**

Estas oportunidades de mejora, han sido identificadas a partir de la opinión de los clientes internos de la administración, que son las áreas médicas:

- El 43% de los jefes de las áreas médicas y de apoyo médico expresaron haber tenido problemas con el tiempo de entrega de los productos solicitados a almacén.
- El 57% de los jefes de las áreas médicas y de apoyo médico expresaron haber tenido problemas con el tiempo de respuesta a órdenes de trabajo para el área de mantenimiento.
- El 75% de los jefes de las áreas médicas y de apoyo médico manifiesta no recibir mantenimiento preventivo sobre el equipo de su área.

---

## **7. RESULTADOS DE LA OPINIÓN DE LOS PACIENTES**

---

El estudio de las opiniones de los pacientes del Hospital Nacional Santa Teresa se realizó con el propósito de identificar los problemas que afectan a los usuarios por medio de la apreciación que estos tienen de los servicios recibidos, además de respaldar los resultados obtenidos en las entrevistas y encuestas efectuadas en el área administrativa.

La importancia de la investigación radica en conocer la opinión de los pacientes, ya que la actual tendencia de la administración hospitalaria le da una importancia especial al cliente (paciente). Además, por medio de la detección de los problemas actuales se pueden planear acciones de mejora tanto en un corto plazo (correctivas) como a un largo plazo (mejora continua tomando como base la planeación estratégica institucional) que permitan generar un cambio de la actual forma de administración.

### **7.1 RESULTADOS<sup>54</sup>**

A continuación se presentan los resultados de la investigación realizada a los pacientes, sobre diferentes aspectos administrativos relacionados a los servicios recibidos:

- El 30% de las personas encuestadas se les proporcionó el servicio de internamiento en un tiempo menor de 40 minutos. Según comentarios tomados en el momento de las encuestas, las personas (que señalaron haber esperado más de 40 minutos) afirmaban que los tiempos de espera alcanzaban incluso más de 2 horas; siendo estos datos elevados considerando que algunas personas ingresaron desde los servicios de emergencia<sup>55</sup>.

---

<sup>53</sup> Relacionadas con los departamentos de la división administrativa

<sup>54</sup> Ver Anexo I-13: Gráficas

<sup>55</sup> En países desarrollados como España (Fuente: Hospital de Basurto, Bilbao, España) los hospitales ingresan a los pacientes de emergencia en menos de 20 minutos.



- Los tiempos de espera<sup>56</sup> en el servicio de medicina hombres, resultan ser los más elevados, en donde un 100% de los entrevistados afirma haber esperado más de 40 minutos para ser ingresados; de igual manera los pacientes entrevistados para el área de pediatría afirman en un 86% haber ingresado después de 40 minutos.
- El 29% de los pacientes encuestados manifestaron recibir del hospital la mayoría de los medicamentos e insumos médicos necesarios para su recuperación, mientras que un 56% afirma recibir todos los medicamentos para su recuperación. Ninguna persona dijo no contar con ningún medicamento para su tratamiento.
- En cuanto a la información proporcionada al paciente, la gran mayoría (73%) de los encuestados manifestaron encontrarse bien informadas de la evolución de la enfermedad que les aqueja, mientras que un 27% manifiesta no estar recibiendo información acerca de su condición o de la evolución de su enfermedad; siendo en puerperio y medicina hombres en donde se encuentran las personas menos informadas de su situación (según el 67% y 40% de los entrevistados respectivamente).
- El 88% de los encuestados consideran que los doctores y enfermeras están lo suficientemente capacitados para prestar atención médica a los pacientes, mientras que el 12% consideraba que podrían mejorarse ciertos aspectos de los mismos (trato humano, conocimientos médicos y otros).
- El 100% de los pacientes encuestados manifestó haber sido atendido con respeto y cortesía por el personal asistencial.
- El 47% considera la alimentación como buena o muy buena (ya sea en la cantidad, inocuidad, sabor, apariencia, olor, textura, etc.); mientras que el 56% restante la considera mala o regular.
- Los servicios de limpieza presentan un alto grado de aceptación (70% la consideran buena y 6% muy buena) por lo que se aprecia el beneficio de la subcontratación de servicios, ya que los pacientes consideran que se realiza un buen servicio. El lugar con mayor porcentaje de respuestas desfavorables fue pediatría (29% la consideran mala).
- El 76% de los encuestados considera que el estado de las camas y equipos es bueno, mientras que el 21% piensa que es regular. Siendo los servicios de pediatría y cirugía hombres los peor evaluados (43% y 50% respectivamente que señalaron el servicio como regular). Por lo que en términos generales, los pacientes aprueban el trabajo de mantenimiento de las camas y equipos con que han recibido atención médica.
- El 62% de los pacientes, consideran que el estado de las vestimentas y ropas de cama que el hospital proporciona es bueno.
- El 68% de los pacientes del hospital consideran que los servicios del hospital en general son buenos e incluso como muy bueno (12%).

## **7.2 OTRAS OBSERVACIONES REALIZADAS.**

Algunas observaciones adicionales realizadas por los pacientes en las encuestas son las siguientes:

- Mejorar el control de plagas: 2.5% de los encuestados
- Desinfectar las salas de operaciones: 2.5% de los encuestados

---

<sup>56</sup> En EEUU (según la American Hospital Directory) o en Europa (Hospital de Basurto, Bilbao, España) los tiempos de internamiento deben oscilar entre 90 y 120 minutos.

- Agilizar el proceso de atención en emergencias: 10% de los encuestados
- Ampliar los horarios de visita: 2.5% de los encuestados
- Mejorar la atención a los pacientes internos (ayudar en uso de sanitario, proporcionar de forma constante agua potable): 10% de los encuestados

### **7.3 ANÁLISIS DE LA OPINIÓN DE LOS PACIENTES**

- Uno de los principales parámetros para lograr una mejora de los servicios de salud lo constituye la reducción en los tiempos de espera para la atención, así como el conocimiento de la opinión de los pacientes, a fin de identificar las posibles fallas y aciertos de la administración hospitalaria.
- Según los pacientes internos, el hospital cuenta con la mayoría de medicamentos necesarios para su recuperación, pero siempre es importante hacer énfasis en:
  - La prontitud con que se suministran los medicamentos a los pacientes
  - El horario de suministro.
  - La calidad de los mismos

Ya que estas constituyen las principales observaciones realizadas por el paciente durante la encuesta.

- Las personas tienen confianza en el personal del cual recibe atención directa, lo que contribuye al prestigio y credibilidad del hospital y de la atención médica del mismo. Por lo que es importante, que el área administrativa apoye al personal del Hospital para que este pueda crecer más profesionalmente y así prestar más y mejores servicios a la población, siendo la forma más común y efectiva las capacitaciones (enfocadas en las necesidades de la población) y otras gestiones relacionadas al desarrollo del recurso humano.
- El servicio de alimentación y dietas necesita tener un mayor acercamiento a los pacientes para conocer cuáles son las características que les desagradaron de la alimentación y mejorarlas; no solo por la satisfacción del cliente, sino también por el ahorro de insumos alimenticios debido al desperdicio generado por el paciente cuando no le gusta la comida y la desecha o no la termina, además de incumplir con sus dietas ya que sus familiares tienden a llevarles comida. Por lo tanto también se debe mejorar la comunicación entre el departamento de alimentación, compras y almacén, que garanticen mejorar la variedad de platillos, mayor satisfacción por parte de los pacientes y un mejor aprovechamiento de los recursos.

### **7.4 OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS EN LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A PACIENTES:**

Con base en la información obtenida de la opinión de los pacientes internos en el HNST, se identifican las siguientes oportunidades de mejora:

- El 24% de los pacientes expresa haber esperado mucho tiempo para ser internado.
- El 53% de los pacientes considera mala o regular la alimentación recibida.

---

## 8. ANÁLISIS DE PROCEDIMIENTOS

---

El análisis de procedimientos sirve como una técnica para medir la eficiencia del diseño de los procedimientos, evaluar la forma en que se realizan y detectar las oportunidades de mejora de cada uno de los procedimientos que se llevan a cabo dentro de una organización o departamento.

Los pasos a seguir para el análisis de procedimientos del HNST son:

- Priorización de los procedimientos claves administrativos
- Diagramación de procedimientos priorizados
- Establecimiento de una metodología de análisis
- Determinación de eficiencias de procedimientos
- Análisis de procedimientos

### 8.1 PRIORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS CLAVES

La priorización de los diferentes procedimientos del área administrativa se llevará a cabo con el fin de seleccionar los procedimientos a analizar, para lo cual será necesario determinar cuáles de ellos son los más importantes y representan la principal razón de ser de cada departamento administrativo.

**Los pasos a seguir son los siguientes:**

- a) Definir los criterios a evaluar
- b) Asignar una calificación de 1, 3 o 5 a cada criterio en orden de importancia, donde el 1 es irrelevante y el 5 se evalúa como muy importante.
- c) Sumar las calificaciones asignadas a cada procedimiento para determinar cuáles son los que más necesitan ser mejorados y documentados.

La siguiente tabla muestra los criterios bajo los cuales se seleccionarán los procedimientos a analizar; cada uno de estos criterios tiene la misma importancia, ya que se busca realizar mejoras reales, factibles (con variables controlables) y que generen mayor impacto en la organización. Los criterios de selección, la ponderación y la escala de calificación fueron validados por el Jefe del departamento de Recursos Humanos (ya que posee conocimientos administrativos de mejora de procedimientos) y en torno a bases teóricas<sup>57</sup> de análisis de procedimientos.

<b>Cuadro I-36: Criterios de selección de procedimientos</b>		
<b>No.</b>	<b>Criterios</b>	<b>Justificación.</b>
1	Interés de la contraparte	Consiste en el interés del jefe de departamento por el análisis, mejora o documentación de algún procedimiento en específico de su departamento que considere oportuno realizarlo
2	Procedimiento clave del Sistema administrativo	Consiste en seleccionar los procedimientos clave de un departamento, que garanticen un mayor beneficio a los departamentos médicos y de apoyo médico por medio del sistema administrativo.

---

<sup>57</sup> Fuente: Alegría Carlos. Herramientas para la Organización y Dirección de Unidades Administrativas. BCR

Cuadro I-36: Criterios de selección de procedimientos		
No.	Criterios	Justificación.
3	Independencia del procedimiento de otras instituciones	Se seleccionaran aquellos que no dependan de otra institución en algún paso del procedimiento y que constituya una variable no controlable (siendo no mejorable). Se pueden incluir los procedimientos que involucren a instituciones o empresas que sean proveedores del hospital
4	Quejas sobre el procedimiento	Se seleccionarán procedimientos según el resultado obtenido en las encuestas a los diferentes departamentos, sobre las quejas que tuvieron sobre determinado procedimiento.
5	Frecuencia del procedimiento mayor a una vez al año	Consiste en seleccionar los procedimientos que se realicen de manera frecuente (diaria, semanal o mensual); logrando generar un mayor impacto en la institución y en su operatividad debido a esta alta frecuencia de ejecución del procedimiento..

Fuente: elaboración propia

### Escala de calificación de criterios.

Con el propósito de obtener un proceso de evaluación más objetivo, se asignará a cada criterio una escala de calificación, según el estado de la situación actual. Las escalas de calificación para cada criterio se especifican a continuación:

#### a) *Interés de la contraparte.*

PUNTUACION	SIGNIFICADO
5	Existe bastante interés por parte del hospital en la documentación de dichos procedimientos
3	Existe interés por parte del hospital en la documentación de dichos procedimientos
1	Existe poco interés por parte del hospital en la documentación de dichos procedimientos

Fuente: Jefes del área administrativa.

#### b) *Procedimiento clave del Sistema administrativo.*

PUNTUACIÓN	SIGNIFICADO
5	Son los procedimientos clave del sistema administrativo
3	Son los procedimientos de apoyo directo del sistema administrativo
1	Son los procedimientos de apoyo indirecto del sistema administrativo

Fuente: Jefes del área administrativa y director del hospital.

#### c) *Grado de dependencia del procedimiento con otras instituciones.*

PUNTUACION	SIGNIFICADO
5	Ninguna institución interfiere en el procedimiento
3	Interfiere alguna institución por un periodo menor a un día en el procedimiento
1	Interfiere alguna institución por un periodo mayor a un día en el procedimiento

Fuente: Responsables de cada procedimiento y jefes del área administrativa.

#### d) *Quejas sobre los procedimientos*<sup>58</sup>.

PUNTUACION	SIGNIFICADO
5	25% o más de los departamentos del HNST se han quejado del procedimiento
3	Entre 6 y 24% de los departamentos del HNST se han quejado del procedimiento
1	Hasta 5% de los departamentos del HNST se han quejado del procedimiento

Fuente: Diagnostico realizado a los principales procedimientos del área administrativa.

<sup>58</sup> Fuente de datos para criterios 4 y 5 en Anexo I-14

e) *Frecuencia del procedimiento.*

PUNTUACION	SIGNIFICADO
5	Se realiza diaria o semanalmente
3	Se realiza mensualmente o no tiene periodo especifico para realizar el procedimiento
1	Se realiza con una frecuencia mayor a la mensual

Fuente: Responsables de cada procedimiento y jefes del área administrativa.

Con base en los criterios anteriores se seleccionarán para analizar aquellos procedimientos que la suma de las calificaciones sea entre los 20 y 25 puntos. Se sumarán las calificaciones y se colocarán en la columna de "Suma" y en la última columna (Analizar) se determinará con un "Si", si el procedimiento será analizado.

Cuadro I-37: Selección de Procedimientos del área administrativa del HNST								
N°	PROCEDIMIENTOS	Criterios					Suma	Analizar
		1	2	3	4	5		
<b>PROCEDIMIENTOS RECURSOS HUMANOS</b>								
1	Elaboración de refrenda de nombramiento	1	3	5	3	3	15	
2	Reclutamiento y Selección Interna	1	5	5	1	3	15	
3	Reclutamiento y Selección Externa	5	5	5	1	3	19	Si
4	Nombramiento y Contratación de Personal	3	3	3	1	3	13	
5	Inducción al Personal de Nuevo Ingreso o Traslado a Un Nuevo Cargo	3	3	5	1	3	15	
6	Elaboración del presupuesto de Recursos Humanos	3	5	1	1	1	13	
7	Servicio social de las carreras de salud	1	1	1	5	1	9	
8	Evaluación al desempeño	3	5	5	1	1	15	
9	Gestión para la Adquisición y Posterior Entrega de Telas al Personal	1	1	5	3	1	11	
10	Gestión para La Adquisición y Entrega de Fianzas para Los Funcionarios y Empleados	1	1	1	1	3	7	
11	Servicio y Prestaciones al personal	1	3	5	1	5	15	
12	Emisión de Constancias de Sueldo o de Tiempo de Servicio y Certificación de Tarjetas de Registro	1	1	5	1	3	11	
13	Administración del Sistema de Recursos Humanos (SIRHI)	5	5	5	5	5	25	Si
14	Control de asistencia de los empleados	1	1	5	3	5	15	
15	Emisión de planilla de de Remuneraciones	3	3	5	1	3	15	
16	Capacitación y desarrollo	5	5	3	3	3	19	Si
17	Licencias y Acciones de Personal	3	1	3	1	3	11	
18	Actualización y Apertura de Expedientes y Tarjetas de Registros de movimientos de Personal	5	5	5	5	5	25	Si
19	Carnetización a Empleados	1	1	5	1	1	9	
20	Aplicación del Sistema de Incentivos por Mérito Personal	1	5	3	1	1	11	
21	Conformación de la Comisión de Servicio Civil	1	1	1	3	1	7	
<b>PROCEDIMIENTOS CONSERVACION Y MANTENIMIENTO</b>								
1	Manejo y control de combustible	3	3	1	3	5	15	
2	Manejo y control de patrimonio	1	5	3	1	1	11	
3	Control y supervisión de los servicios de limpieza	5	5	5	5	5	25	Si
4	Control de los servicios de impresiones	1	1	5	3	5	15	
5	Manejo y control de los equipos de transporte	3	1	5	1	5	15	
6	Servicios de mantenimiento preventivo planificado (MPP)	5	5	3	1	5	19	Si
7	Servicios de Mantenimiento Correctivo y otras instalaciones	5	5	3	5	5	23	Si

Cuadro I-37: Selección de Procedimientos del área administrativa del HNST								
Nº	PROCEDIMIENTOS	Criterios					Suma	Analizar
		1	2	3	4	5		
8	Gestión de los recursos	1	5	5	1	1	13	
<b>PROCEDIMIENTOS ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES</b>								
1	Adquisición por libre gestión para instituciones del gobierno central	5	5	1	1	5	17	
2	Almacenamiento de medicamentos insumos	5	3	3	5	5	21	Si
3	Distribución de suministros médicos	5	5	5	1	5	21	Si
4	Descargo y destrucción de suministros médicos	5	5	1	5	3	19	
5	Contratación directa para instituciones de gobierno central	3	5	3	1	3	15	
6	Licitación o concurso público y licitación concurso público por invitación para instituciones del gobierno central	5	5	1	1	3	15	
<b>PROCEDIMIENTOS FINANCIEROS INSTITUCIONALES</b>								
1	Formulación del presupuesto institucional	5	5	1	3	1	15	
2	Programación de la ejecución presupuestaria y flujo de efectivo	3	5	1	1	1	11	
3	Modificaciones presupuestarias	1	1	1	3	3	9	
4	Pago de compromisos de remuneraciones y bienes y servicios	3	1	3	1	5	13	
5	Procesos contables	1	1	5	1	5	13	

Fuente: Elaboración Propia

Una vez terminada la calificación, se procede a seleccionar todos los procedimientos con mayor puntaje dentro de cada departamento, siendo los procedimientos seleccionados para su análisis los siguientes:

De RRHH:

Reclutamiento y Selección Externa  
 Administración del Sistema de Recursos Humanos (SIRHI)  
 Capacitación y Desarrollo  
 Actualización y Apertura de Expedientes y Tarjetas de Registros de movimientos de Personal

De Conservación y Mantenimiento:

Control y supervisión de los servicios de impresiones y limpieza  
 Servicios de mantenimiento preventivo planificado (MPP)  
 Servicios de Mantenimiento Correctivo y otras instalaciones

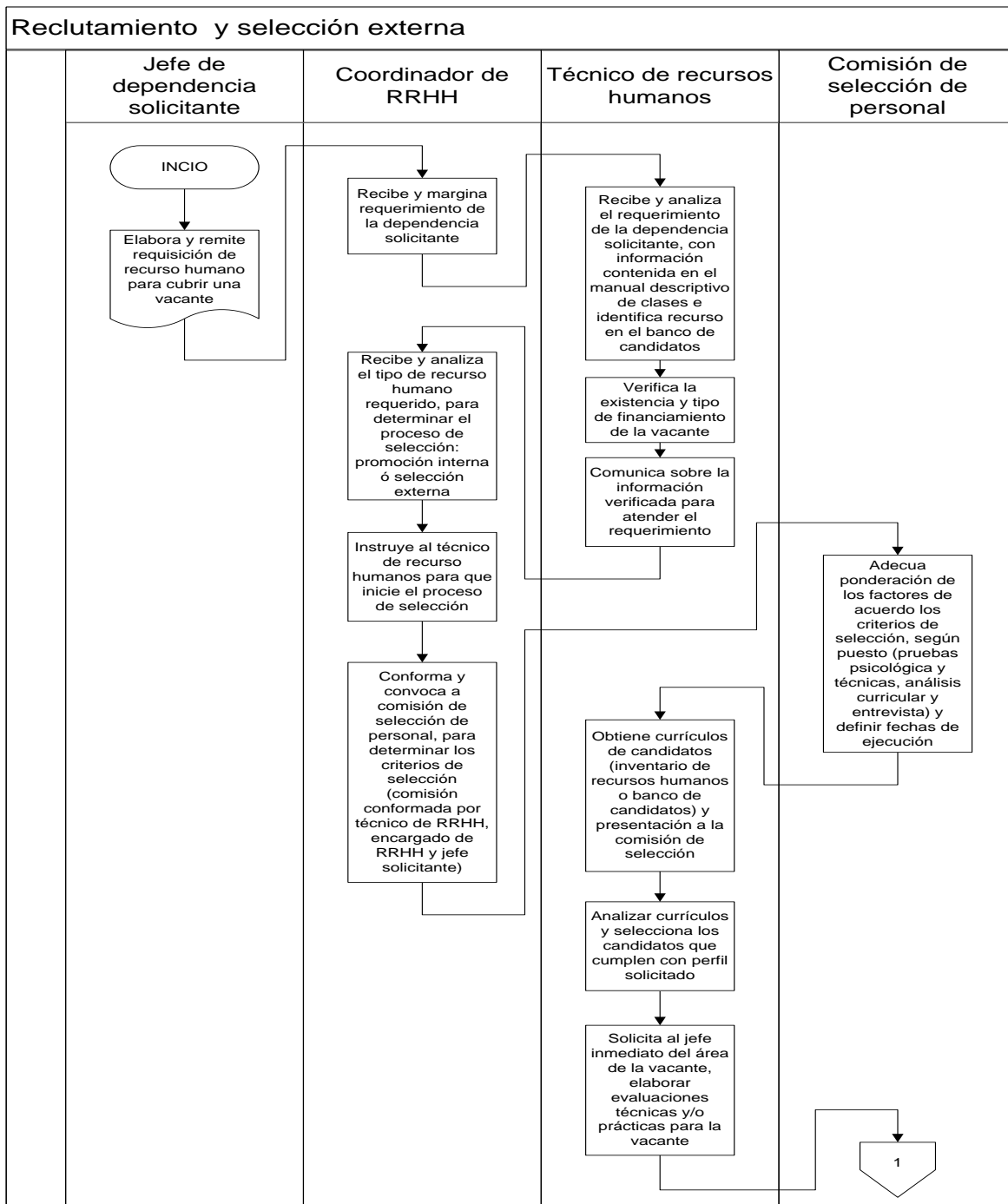
De UACI:

Almacenamiento de medicamentos insumos  
 Distribución de suministros médicos

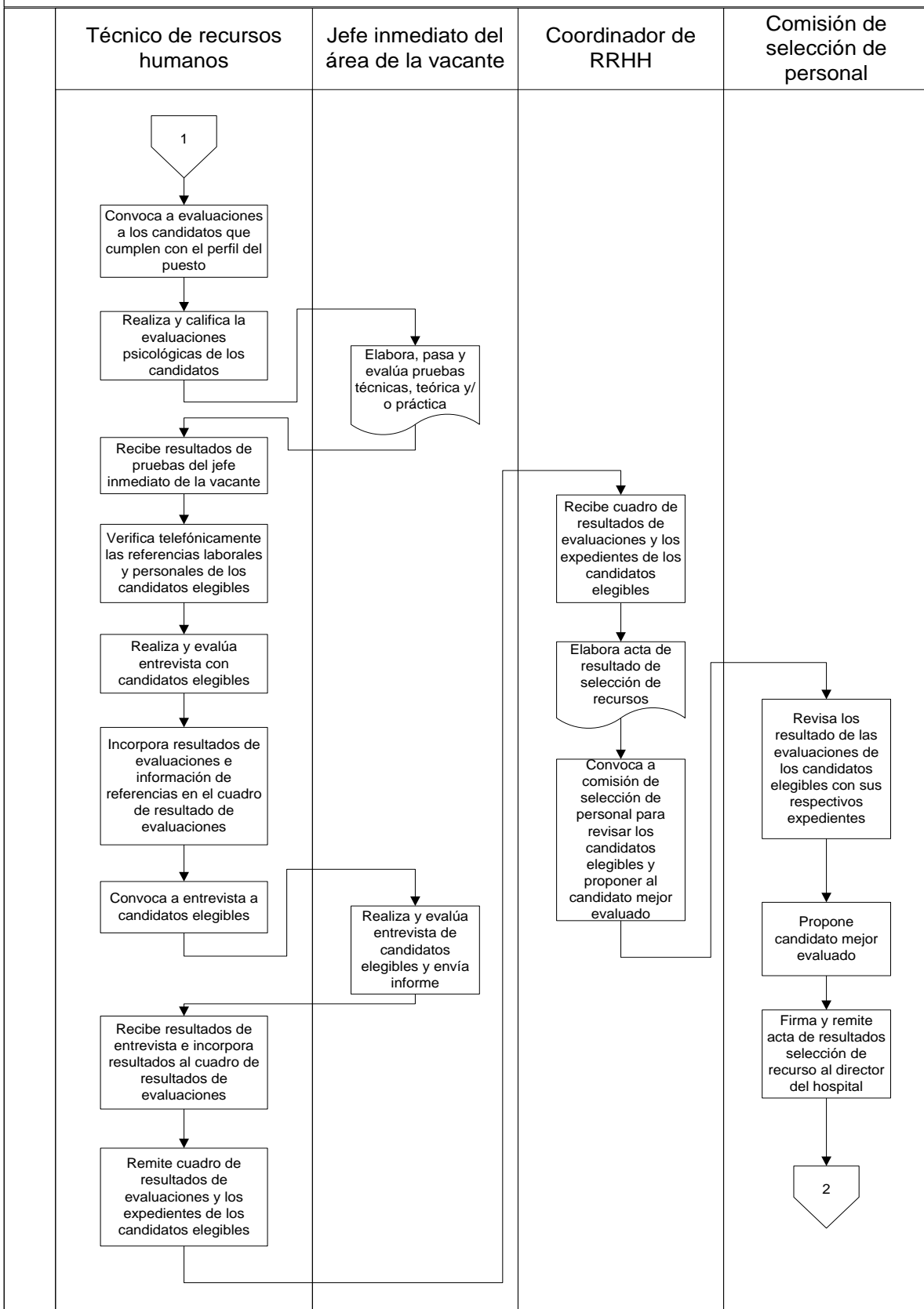
## **8.2 DIAGRAMACIÓN DE PROCEDIMIENTOS PRIORIZADOS**

A continuación se presentan los diagramas correspondientes a los procedimientos seleccionados en la priorización anterior, los cuales han sido levantados según la situación actual del hospital para poder ser analizados posteriormente y determinar así su eficiencia, ya que los procedimientos documentados en el manual del SIBASI, no se encuentran apegados a la realidad del hospital.

### 8.2.1 Procedimientos de Recursos Humanos

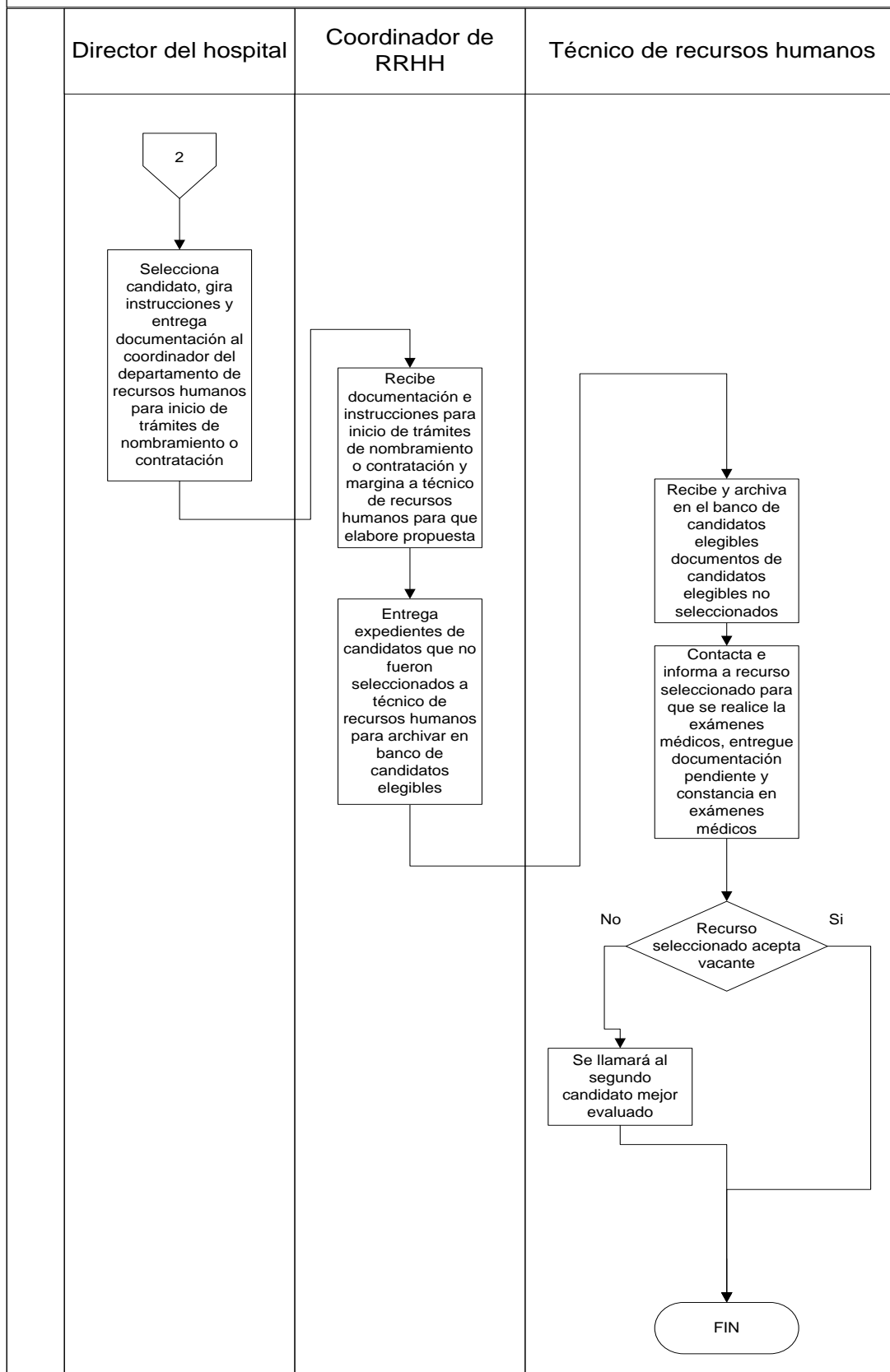


## Reclutamiento y selección externa

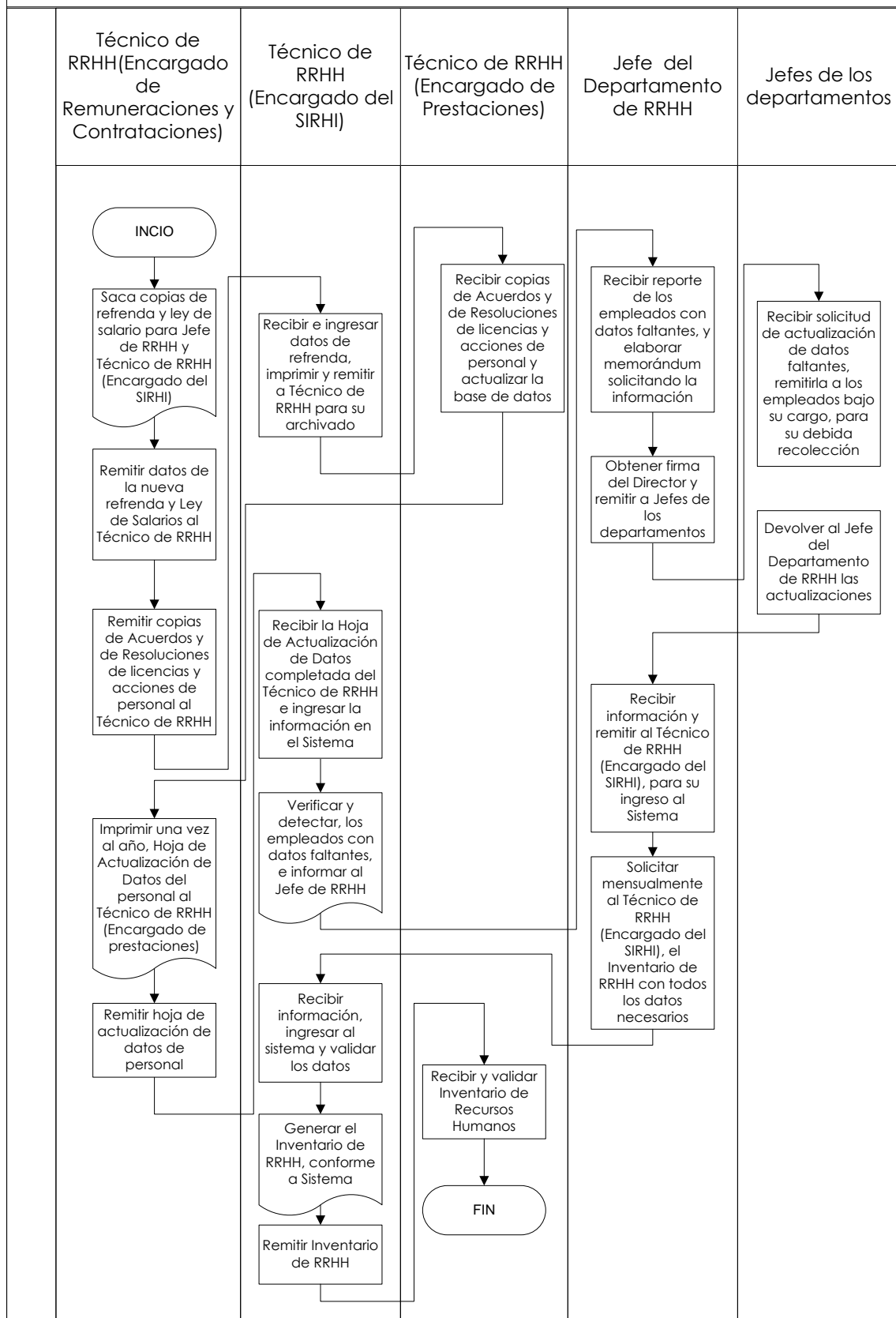




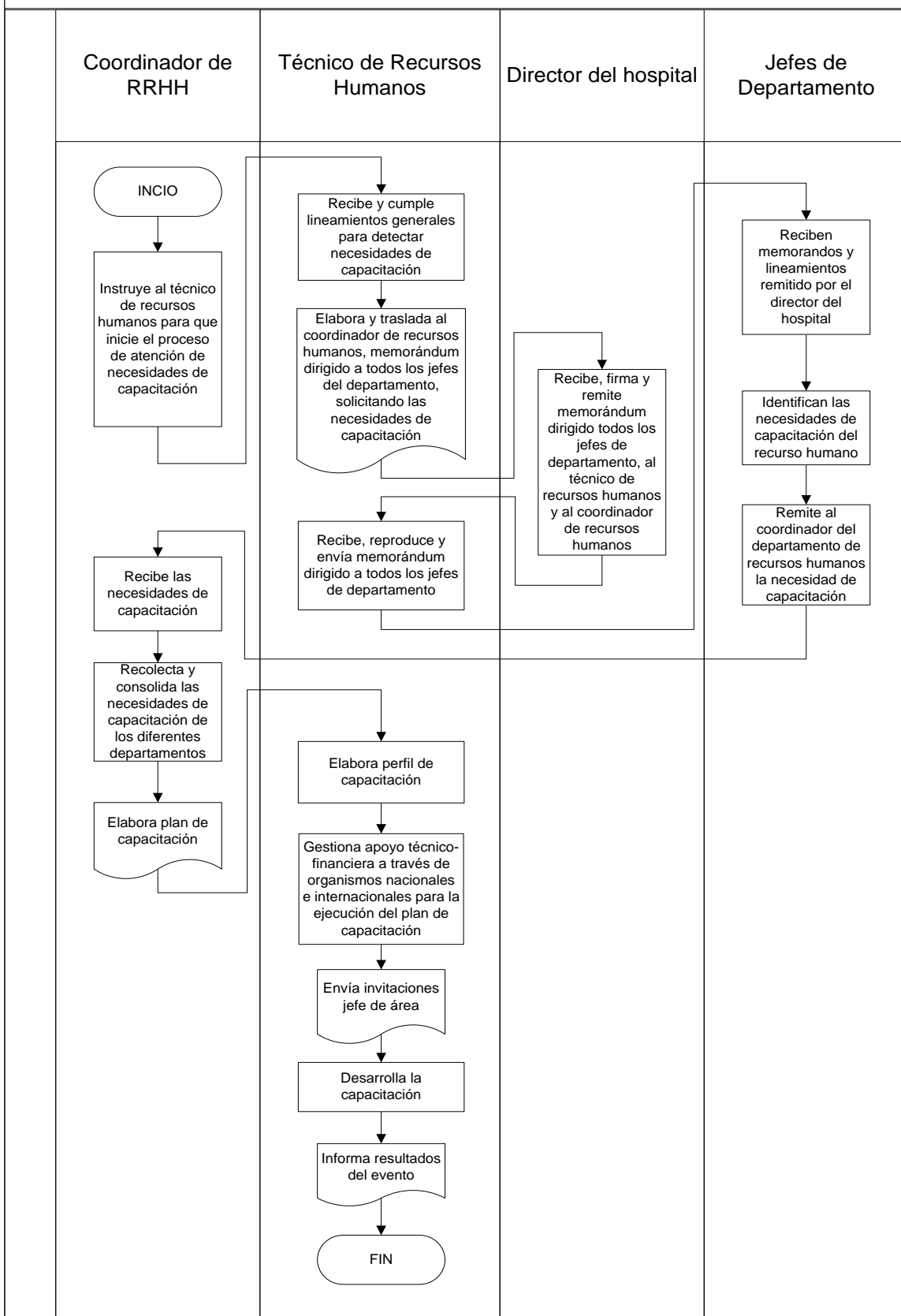
## Reclutamiento y selección externa



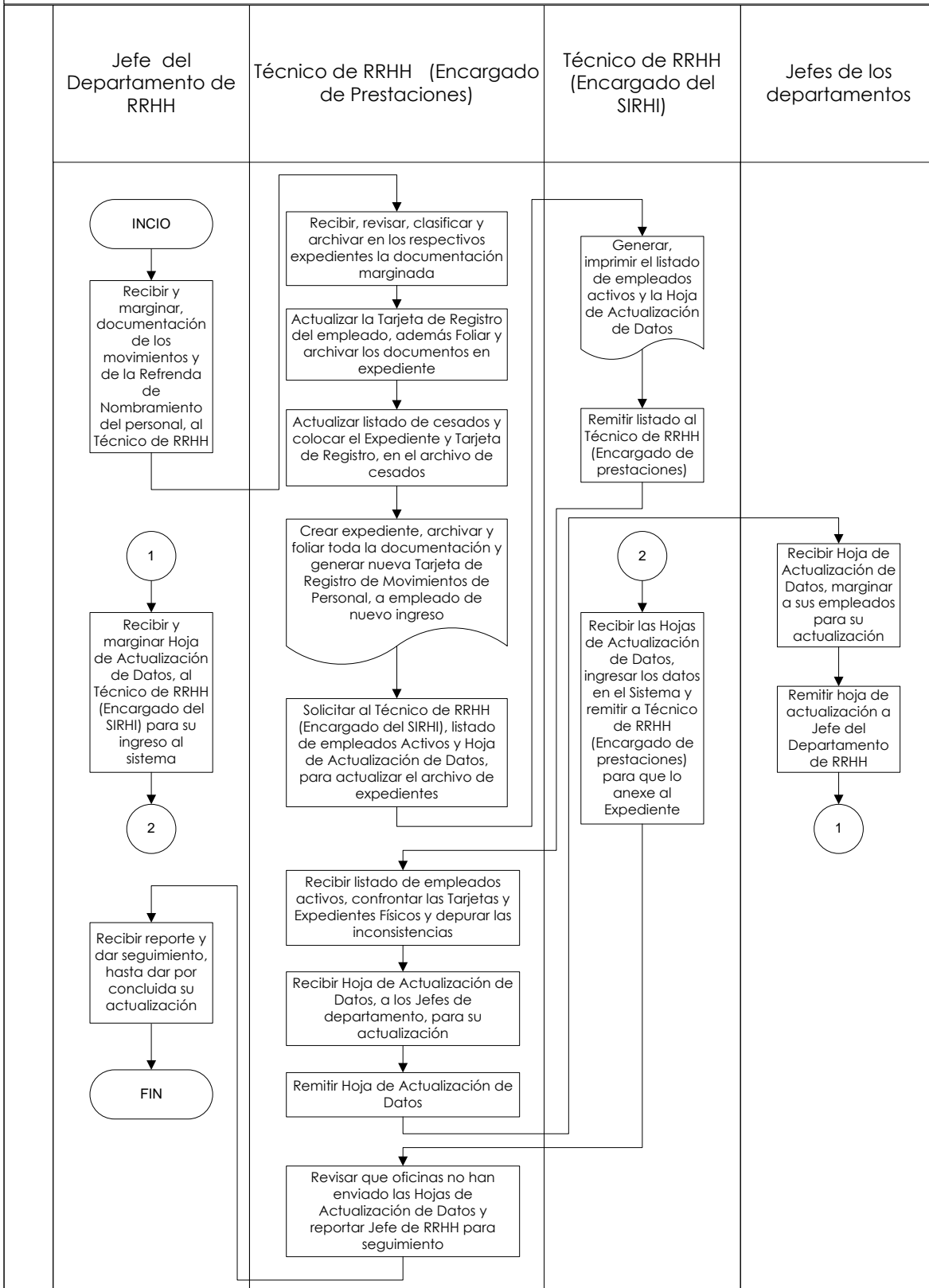
Administración del Sistema de Recursos Humanos (SIRHI)



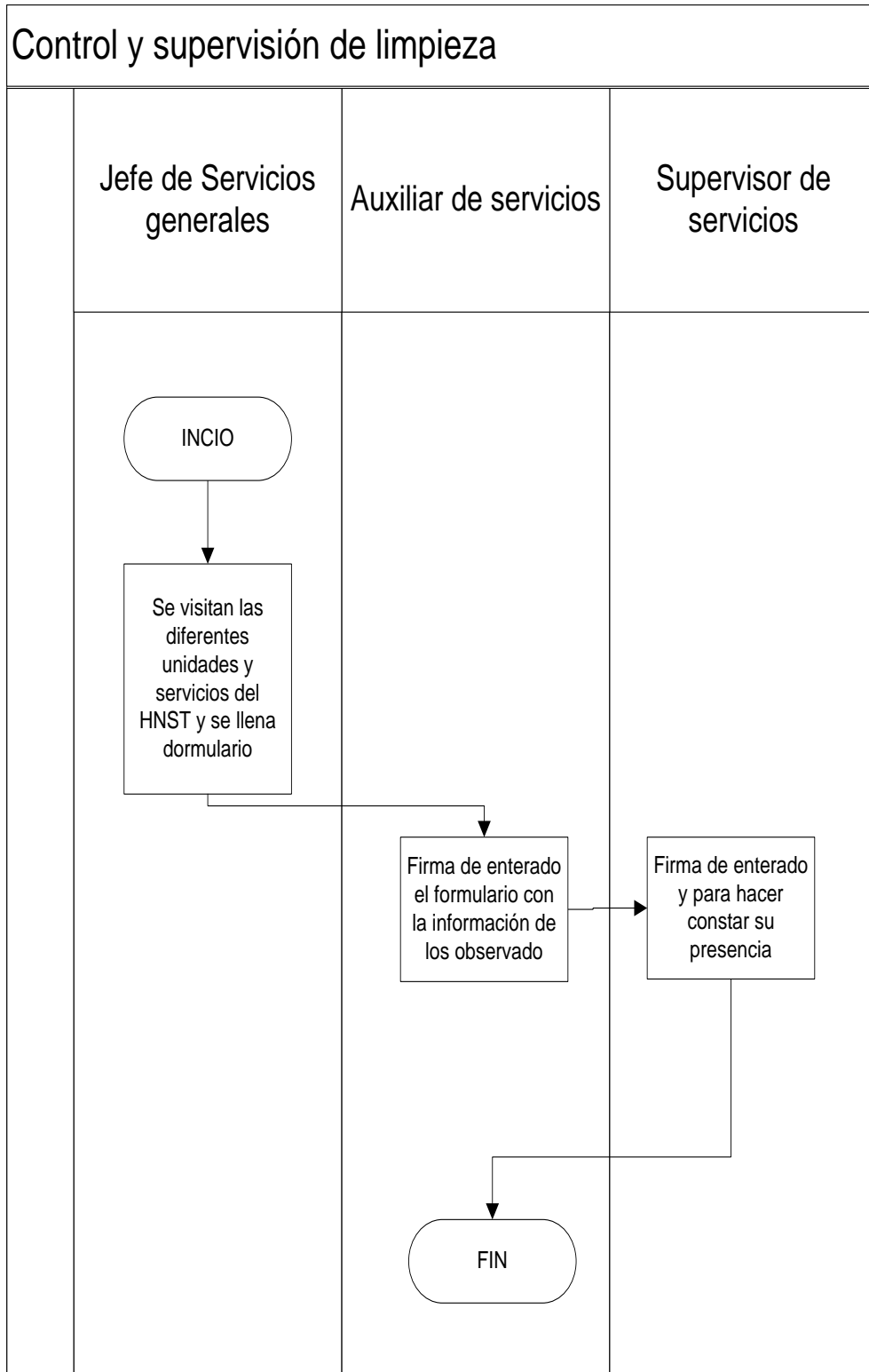
# Capacitación y Desarrollo



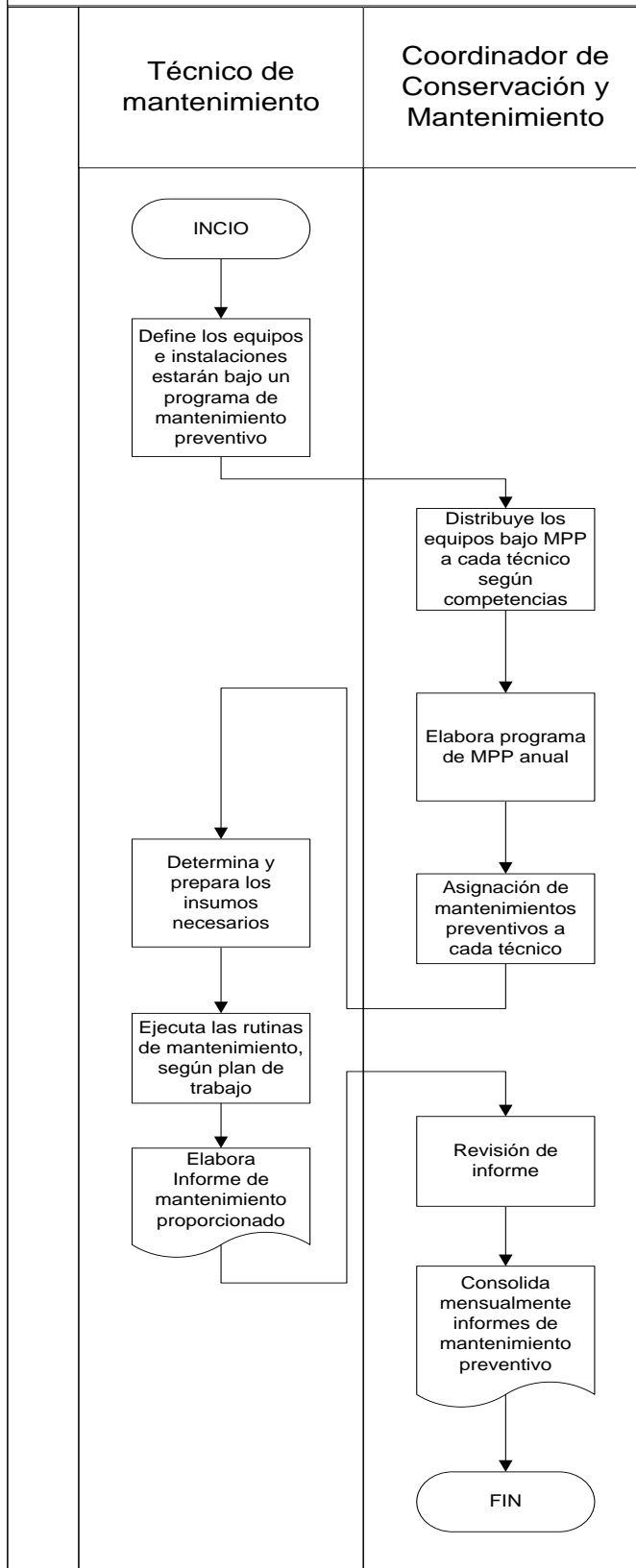
Actualización y Apertura de Expedientes y Tarjetas de Registros de movimientos de Personal



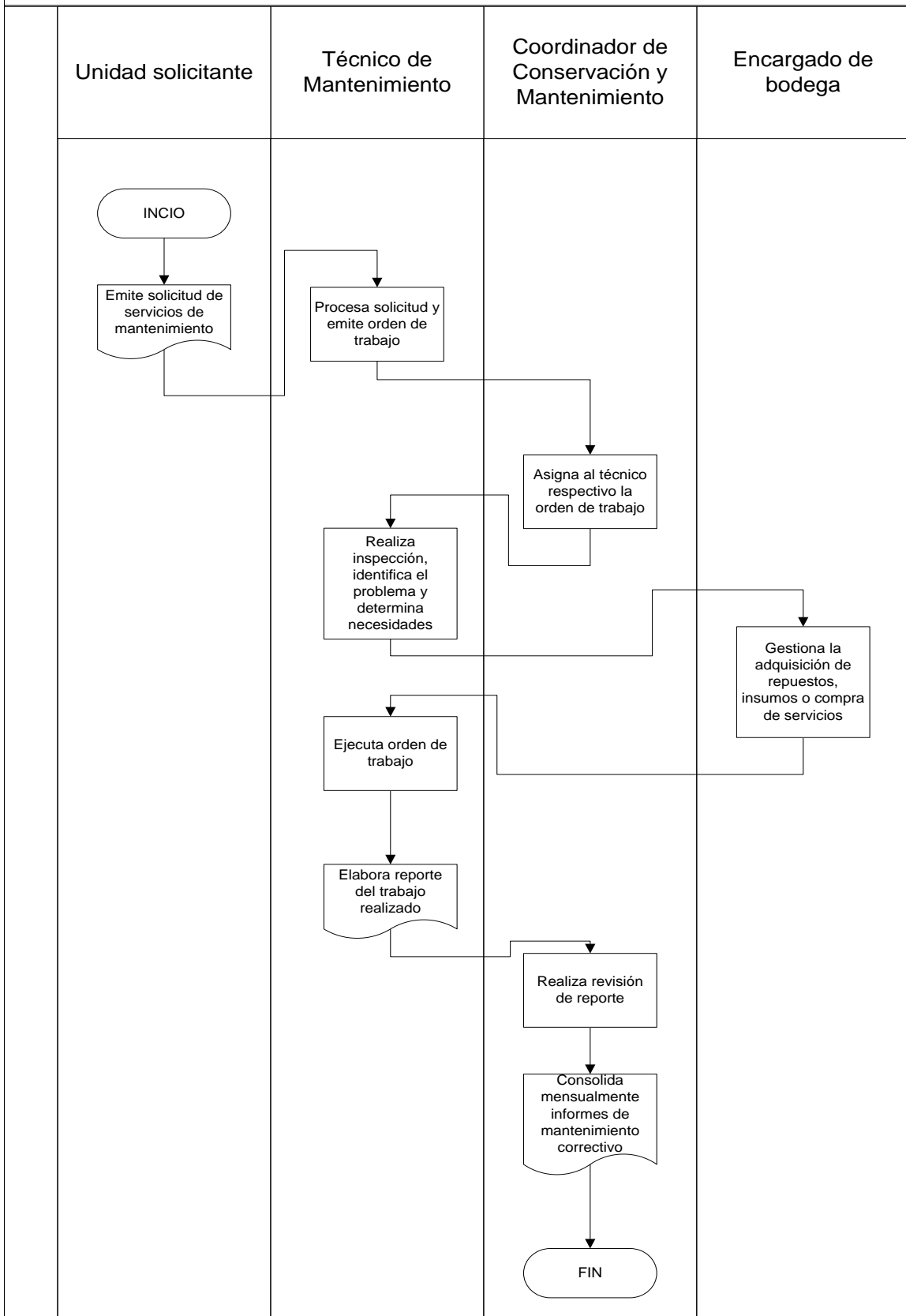
### 8.2.2 Procedimientos de Conservación y Mantenimiento



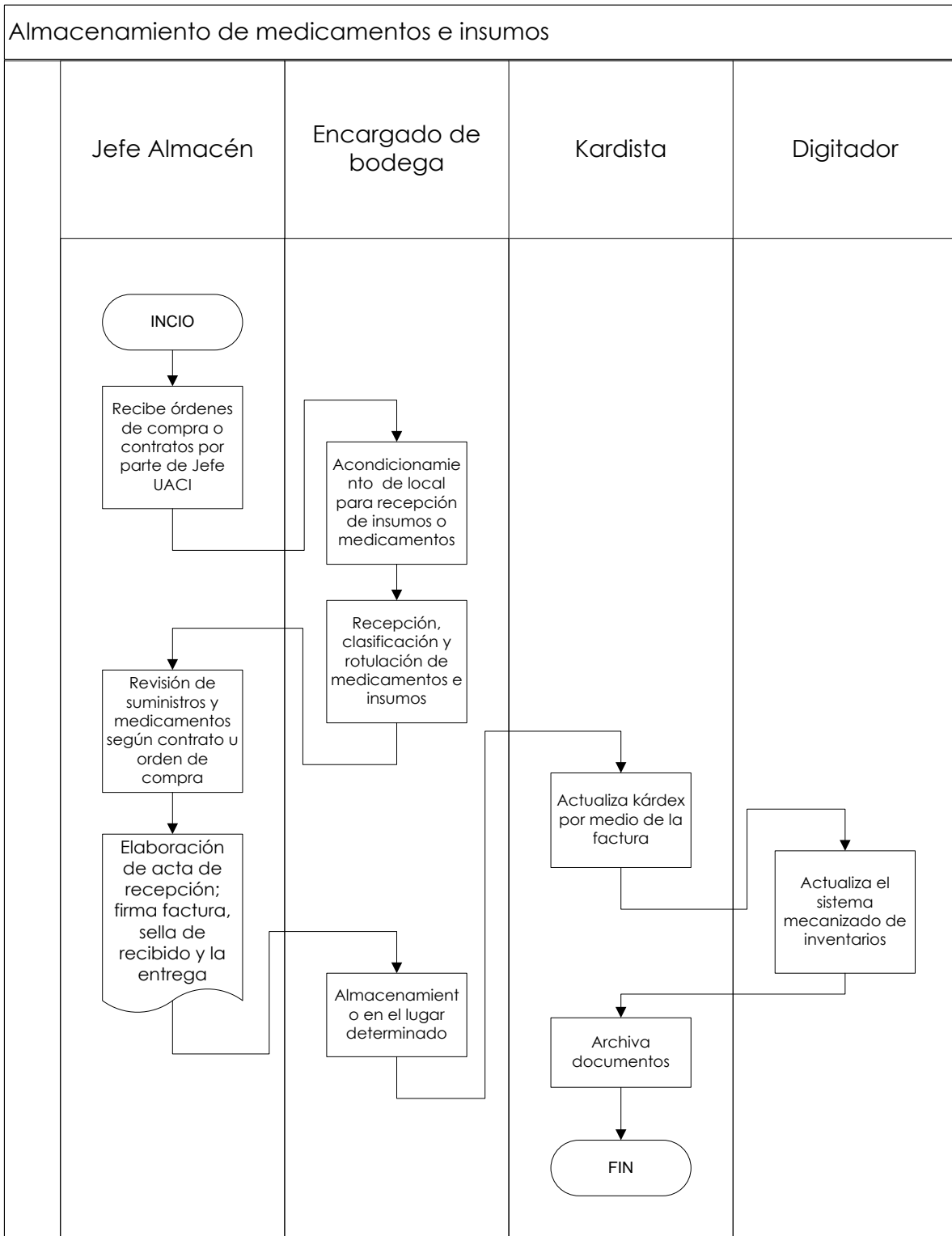
## Servicios de mantenimiento preventivo planificado (MPP)



## Servicios de Mantenimiento Correctivo y otras instalaciones

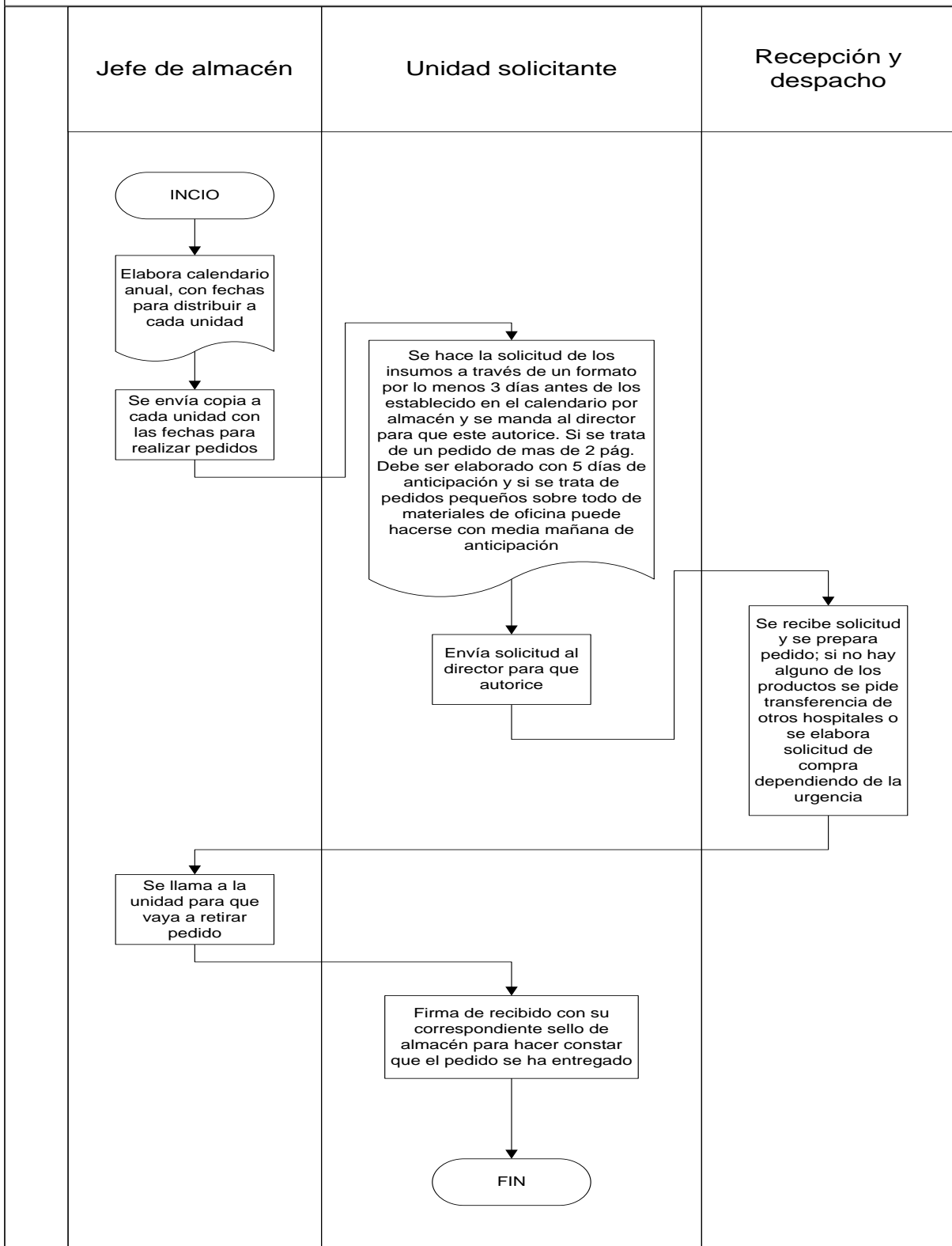


### 8.2.3 Procedimientos de Adquisiciones y Contrataciones





## Distribución de suministros médicos







### 8.3 ANÁLISIS DE LOS PROCEDIMIENTOS SELECCIONADOS





A continuación se presentan las matrices de evaluación de cada uno de los procedimientos anteriormente determinados a partir de la selección realizada.

#### PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

<b>DEPARTAMENTO:</b> RECURSOS HUMANOS	<b>ESTADO:</b> ACTUAL <input checked="" type="checkbox"/>	<b>PROPUESTO</b> <input type="checkbox"/>
<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b> RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN EXTERNA		
<b>ANALISTAS:</b> DB01005, PL02001, TG03001	<b>FECHA DE ANÁLISIS:</b> NOVIEMBRE 2008	

Nº	Actividad	Responsable	Dist.	○	□	⇒	▽	D	R
1	Elabora requisición de recurso humano para cubrir una vacante	Jefe de dependencia solicitante		0.17					
2	Remisión de solicitud	Unidad solicitante	35			0.08			
3	Recibe y margina requerimiento de la dependencia solicitante	Jefe del Departamento de RRHH		0.17					
4	Recibe y analiza el requerimiento de la dependencia solicitante, con información contenida en el manual descriptivo de clases e identifica recurso en el banco de candidatos	Técnico de RRHH (Encargado de Contrataciones y Remuneraciones)		0.17					
5	Verifica la existencia y tipo de financiamiento de la vacante	Técnico de RRHH (Encargado de Contrataciones y Remuneraciones)		0.17					
6	Comunica sobre la información verificada para atender el requerimiento a Jefe del Departamento de RRHH	Técnico de RRHH (Encargado de Contrataciones y Remuneraciones)		0.17					
7	Recibe y analiza el tipo de recurso humano requerido, para determinar el proceso de selección: promoción interna ó selección externa	Jefe del Departamento de RRHH		0.17					
8	Instruye al técnico de recurso humanos para que inicie el proceso de selección	Jefe del Departamento de RRHH							0.08
9	Conforma y convoca a comisión de selección de personal, para determinar los criterios de selección (comisión conformada por técnico de RRHH, Jefe del Departamento de RRHH y jefe solicitante)	Jefe del Departamento de RRHH		0.5					
10	Adecua ponderación de los factores de acuerdo a los criterios de selección, según puesto (pruebas psicológica y técnicas, análisis curricular y entrevista) y definir fechas de ejecución	Comisión de selección personal		0.17				0.33	

Nº	Actividad	Responsable	Dist.					D	R
11	Obtiene currículos de candidatos (inventario de recursos humanos o banco de candidatos) y presentación a la comisión de selección.	Técnico de RRHH (Encargado de Contrataciones y Remuneraciones)		0.17					
12	Analizar currículos y selecciona los candidatos que cumplen con perfil solicitado	Técnico de RRHH (Contrataciones y Remuneraciones)		0.17					
13	Solicita al jefe inmediato del área de la vacante, elaborar evaluaciones técnicas y/o prácticas para la vacante	Técnico de RRHH (Encargado de Contrataciones y Remuneraciones)						0.17	
14	Convoca a evaluaciones a los candidatos que cumplen con el perfil del puesto	Técnico de RRHH (Encargado de Contrataciones y Remuneraciones)		0.17					
15	Realiza y califica la evaluaciones psicológicas de los candidatos	Técnico de RRHH (Encargado de Contrataciones y Remuneraciones)		2					
16	Elabora, pasa y evalúa pruebas técnicas, teórica y/o práctica	Jefe inmediato del área de la vacante		1.75				0.25	
17	Traslado de resultados	Unidad solicitante	25			0.17			
18	Recibe resultados de pruebas del jefe inmediato de la vacante	Técnico de RRHH (Encargado de Contrataciones y Remuneraciones)		0.17					
19	Verifica telefónicamente las referencias laborales y personales de los candidatos elegibles	Técnico de RRHH (Encargado de Contrataciones y Remuneraciones)		0.5					
20	Realiza y evalúa entrevista con candidatos elegibles	Técnico de RRHH (Encargado de Contrataciones y Remuneraciones)		1					
21	Incorpora resultados de evaluaciones e información de referencias en el Cuadro De resultado de evaluaciones	Técnico de RRHH (Encargado de Contrataciones y Remuneraciones)		0.33					
22	Convoca a entrevista a candidatos elegibles	Técnico de RRHH		0.17					
23	Realiza y evalúa entrevista de candidatos elegibles y envía informe	Jefe inmediato del área de la vacante		1					
24	Traslado de informe	Unidad solicitante	25			0.17			
25	Recibe resultados de entrevista e incorpora resultados al Cuadro De resultados de evaluaciones	Técnico de RRHH (Encargado de Contrataciones y Remuneraciones)		0.33					
26	Remite Cuadro De resultados de evaluaciones y los expedientes de los candidatos elegibles.	Técnico de RRHH (Encargado de Contrataciones y Remuneraciones)	2			0.02			

Nº	Actividad	Responsable	Dist.					D	R
27	Recibe Cuadro De resultados de evaluaciones y los expedientes de los candidatos elegibles	Jefe del Departamento de RRHH		0.08					
28	Elabora acta de resultado de selección de recursos	Jefe del Departamento de RRHH		0.17					
29	Convoca a comisión de selección de personal para revisar los candidatos elegibles	Jefe del Departamento de RRHH		0.5					
30	Revisa los resultado de las evaluaciones de los candidatos elegibles con sus respectivos expedientes.	Comisión de selección de personal						0.5	
31	Firma acta de resultados selección de recurso al director del hospital.	Comisión de selección de personal		0.17					
32	Remisión de resultados	Comisión de selección de personal	10			0.04			
33	Selecciona candidato, gira instrucciones y entrega documentación al Jefe del Departamento de RRHH para inicio de trámites de nombramiento o contratación	Director del hospital		0.17					
34	Entrega documentación al Jefe del Departamento de RRHH	Director del hospital	10			0.04			
35	Recibe documentación e instrucciones para inicio de trámites de nombramiento o contratación y margina a Técnico de RRHH (Contrataciones y Remuneraciones) para que elabore propuesta	Jefe del Departamento de RRHH		0.08					
36	Entrega expedientes de candidatos que no fueron seleccionados a Técnico de RRHH (Contrataciones y Remuneraciones) para archivar en banco de candidatos elegibles	Jefe del Departamento de RRHH	5			0.08			
37	Recibe y archiva en el banco de candidatos elegibles documentos de candidatos elegibles no seleccionados	Técnico de RRHH (Encargado de Contrataciones y Remuneraciones)		0.17					
38	Contacta e informa a recurso seleccionado para que se realice la exámenes médicos, entregue documentación pendiente y constancia en exámenes médicos.	Técnico de RRHH (Encargado de Contrataciones y Remuneraciones)		0.17					

DEPARTAMENTO: RECURSOS HUMANOS

ESTADO: ACTUAL

PROPUESTO

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN EXTERNA

ANALISTAS: DB01005, PL02001, TG03001

FECHA DE ANÁLISIS: NOVIEMBRE 2008

Nº	Actividad	Responsable	Dist.	○	□	⇒	▽	D	R
39	En caso que aspirante mejor calificado no acepte vacante; se llamará al segundo candidato mejor evaluado	Técnico de RRHH (Encargado de Contrataciones y Remuneraciones)		0.08					
Total			112	10.87	0	0.6	0.17	1.25	0.08
Eficiencia: 83.8 %			Tiempo total: 12.97 hr			Dist. Total: 112 mf			

**Reclutamiento y Selección Externa**

**Observaciones:**

Los formatos utilizados para el procedimiento son los siguientes:

- Formulario de Requisición de Recurso Humano (paso 1)
- Acta sobre criterios de Selección de Recurso (paso 9)
- Formulario de Verificación Telefónica de Antecedentes de Trabajo (paso 17)
- Formulario de Verificación Telefónica de Referencias Personales (paso 17)
- Formulario de Evaluación de Entrevista (paso 18)
- Cuadro de Resultados de Evaluaciones para Selección de Personal (paso 19)
- Acta de Resultados de Selección de Recurso (paso 25)

Este procedimiento tiene una eficiencia aceptable, pero pueden generarse mejoras a través de simplificaciones, combinaciones y eliminaciones en el procedimiento para mejorar la eficiencia aún más mediante la disminución de los tiempos y recursos utilizados en el procedimiento.

Controles efectuados sobre el procedimiento:

- Supervisiones de la región y de la corte de cuentas (Sobre utilización de formularios, pruebas de selección y cumplimiento de procedimientos)
- Control interno del jefe del procedimiento

Debido a que no es un proceso realizado frecuentemente, no es necesario tener controles de cumplimiento de procedimiento tan estrictos como en otros procedimientos que se realizan de manera más frecuente. La importancia de este procedimiento recae en que es utilizado para obtener al mejor personal para el hospital, por lo tanto la eficiencia también debe incluir la satisfacción con respecto al personal contratado.

DEPARTAMENTO: RECURSOS HUMANOS

ESTADO: ACTUAL

PROPUESTO

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA DE RECURSOS HUMANOS (SIRHI)

ANALISTAS: DB01005, PL02001, TG03001

FECHA DE ANÁLISIS: NOVIEMBRE 2008

Nº	Actividad	Responsable	Dist	○	□	⇒	▽	D	R
1	Saca copias de refrenda y ley de salario para Jefe de RRHH y Técnico de RRHH (Encargado del SIRHI)	Técnico de RRHH (Encargado de Remuneraciones y Contrataciones)	50	1.59		0.17			
2	Remitir, al inicio de año, datos de la nueva refrenda y Ley de Salarios al Técnico de RRHH (Encargado del SIRHI), para su ingreso.	Técnico de RRHH (Encargado de Remuneraciones y Contrataciones)	5			0.08			

DEPARTAMENTO: RECURSOS HUMANOS





ESTADO: ACTUAL

PROPUESTO

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA DE RECURSOS HUMANOS (SIRHI)

ANALISTAS: DB01005, PL02001, TG03001

FECHA DE ANÁLISIS: NOVIEMBRE 2008

Nº	Actividad	Responsable	Dist					D	R
3	Remitir copias de Acuerdos y de Resoluciones de licencias y acciones de personal al Técnico de RRHH (Encargado del SIRHI).	Técnico de RRHH (Encargado de Remuneraciones y Contrataciones)	5			0.08			
4	Recibir e ingresar datos de refrenda, imprimir y remitir a Técnico de RRHH (Encargado de Prestaciones) para su archivado.	Técnico de RRHH (Encargado del SIRHI)		20				60	
5	Recibir copias de Acuerdos y de Resoluciones de licencias y acciones de personal y actualizar la base de datos.	Técnico de RRHH (Encargado de Prestaciones)		1					
6	Imprimir una vez al año, Hoja de Actualización de Datos del personal al Técnico de RRHH (Encargado de prestaciones).	Técnico de RRHH (Encargado de Remuneraciones y Contrataciones)		1					
7	Remitir hoja de actualización de datos de personal	Técnico de RRHH (Encargado de Remuneraciones y Contrataciones)	5			0.08			
8	Recibir la Hoja de Actualización de Datos completada del Técnico de RRHH (Encargado de Remuneraciones y Contrataciones) e ingresar la información en el Sistema.	Técnico de RRHH (Encargado del SIRHI)		4				28	
9	Verificar y detectar a través de los reportes, los empleados con datos faltantes, posteriormente a la actualización de los datos e informar al Jefe del Departamento de RRHH. DRH 10.01, 02,03	Técnico de RRHH (Encargado del SIRHI)			2				
10	Recibir reporte de los empleados con datos faltantes, y elaborar memorándum solicitando la información.	Jefe del Departamento de RRHH		0.5					

DEPARTAMENTO: RECURSOS HUMANOS

ESTADO: ACTUAL

PROPUESTO

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA DE RECURSOS HUMANOS (SIRHI)

ANALISTAS: DB01005, PL02001, TG03001

FECHA DE ANÁLISIS: NOVIEMBRE 2008

Nº	Actividad	Responsable	Dist	○	□	⇒	▽	D	R
11	Obtener firma del Director y remitir a Jefes de los departamentos.	Jefe del Departamento de RRHH	75			0.75		0.25	
12	Recibir solicitud de actualización de datos faltantes, remitirla a los empleados bajo su cargo, para su debida recolección	Jefes de los departamentos		8					
13	Devolver al Jefe del Departamento de RRHH las actualizaciones	Jefes de los departamentos	25			0.25			
14	Recibir información y remitir al Técnico de RRHH (Encargado del SIRHI), para su ingreso al Sistema.	Jefe del Departamento de RRHH		1				7	
15	Solicitar mensualmente al Técnico de RRHH (Encargado del SIRHI), el Inventario de Recursos Humanos con todos los datos necesarios.	Jefe del Departamento de RRHH						8	
16	Recibir información, ingresar al sistema y validar los datos a través de reportes.	Técnico de RRHH (Encargado del SIRHI)		12	12				
17	Generar el Inventario de Recursos Humanos, conforme a los datos que se poseen en el Sistema, a Jefe del Departamento de RRHH.	Técnico de RRHH (Encargado del SIRHI)		8					
18	Remitir Inventario de Recursos Humanos	Técnico de RRHH (Encargado del SIRHI)	5			0.08			
19	Recibir y validar Inventario de Recursos Humanos.	Jefe del Departamento de RRHH			1				
Total			170	57.09	15	1.49	0	103.25	0
Eficiencia: 32.3 %			Tiempo total: 176.83 hr			Dist. Total: 170 mt			

Nº	Actividad	Responsable	Dist					D	R
1	Instruye al Técnico de RRHH para que inicie el proceso de atención de necesidades de capacitación	Jefe de Departamento de RRHH							0.08
2	Recibe y cumple lineamientos generales para detectar necesidades de capacitación	Técnico de RRHH (Encargado de Capacitaciones y Desarrollo)		0.17					
3	Elabora memorándum dirigido a todos los jefes del departamento, solicitando las necesidades de capacitación.	Técnico de RRHH (Encargado de Capacitaciones y Desarrollo)							0.17
4	Traslado de memorándum al Jefe de Departamento de RRHH	Técnico de RRHH (Encargado de Capacitaciones y Desarrollo)	5			0.08			
5	Traslado de memorándum al director institucional	Jefe de Departamento de RRHH	10			0.17			
6	Recibe, firma y remite memorándum dirigido todos los jefes de departamento, al Técnico de RRHH y al Jefe de Departamento de RRHH	Director del hospital		0.17					
7	Recibe y reproduce memorándum dirigido a todos los jefes de departamento	Técnico de RRHH (Encargado de Capacitaciones y Desarrollo)	50	1.59		0.17			
8	Envío de memorándums	Técnico de RRHH (Encargado de Capacitaciones y Desarrollo)	75			0.5			
9	Reciben memorandos y lineamientos remitido por el director del hospital	Jefes de Departamento		0.08					
10	Identifican las necesidades de capacitación del recurso humano.	Jefes de Departamento		0.5					
11	Remiten al coordinador del departamento de recursos humanos la necesidad de capacitación.	Jefes de Departamento	75			0.5			
12	Recibe las necesidades de capacitación	Jefe de Departamento de RRHH		0.08					



Nº	Actividad	Responsable	Dist	○	□	⇒	▽	D	R
13	Recolecta y consolida las necesidades de capacitación de los diferentes departamentos	Jefe de Departamento de RRHH		2				6	
14	Elabora plan de capacitación	Jefe de Departamento de RRHH		24					
15	Elabora perfil de capacitación	Técnico de RRHH (Encargado de Capacitaciones y Desarrollo)		8					
16	Gestiona apoyo técnico-financiera a través de organismos nacionales e internacionales para la ejecución del plan de capacitación	Técnico de RRHH (Encargado de Capacitaciones y Desarrollo)		8				16	
17	Elabora y envía invitaciones a jefes de áreas	Técnico de RRHH (Encargado de Capacitaciones y Desarrollo)		0.5					
18	Envío de invitaciones	Técnico de RRHH (Encargado de Capacitaciones y Desarrollo)	75			0.5			
19	Desarrolla la capacitación	Técnico de RRHH (Encargado de Capacitaciones y Desarrollo)		8					
20	Informa resultados del evento	Técnico de RRHH (Encargado de Capacitaciones y Desarrollo)		4				12	
Total			290	57.09	0	1.92	0	34	0.25
Eficiencia: 61.2 %			Tiempo total: 93.26 hr			Dist. Total: 290 mt			

## Capacitación y Desarrollo

### **Observaciones:**

Los formatos utilizados para el procedimiento son los siguientes:

- Ficha Individual para la Detección de Necesidades de Capacitación (paso 1)
- Resumen de Temáticas y Eventos de Capacitación Propuesto (paso 1)
- Presupuesto Aproximado para la Ejecución de Eventos de Capacitación Nacional e Internacional (paso 1)
- Presupuesto General del Plan de Capacitación (paso 1)
- Cronograma de Capacitaciones a Desarrollarse durante el año (paso 1)
- Memorándum dirigido a todas los Jefes de la Región de Salud, del Primer Nivel de Atención y Hospitales Nacionales, solicitando las necesidades de capacitación (paso 3)
- Plan de Capacitación (paso 11)
- Perfil del Evento de Capacitación (paso 12)
- Oficio de Solicitud de apoyo técnico financiero para realizar evento de capacitación (paso 13)
- Memorándum de participación como asistente al evento (paso 14)
- Cuadro de Asistencia al Evento (paso 15)
- Formulario de evaluación del evento de capacitación (paso 15)
- Informe de Resultados del Evento de Capacitación (paso 15)
- Cuestionario de Autoevaluación Inicial de Conocimientos (paso 15)
- Cuestionario de Evaluación Colectiva y Participativa (paso 15)
- Cuestionario de Evaluación del Impacto de las Capacitaciones (paso 15)
- Informe de la Capacitación recibida por el beneficiado de la capacitación (paso 15)
- Informe de Evaluación del impacto de la Capacitación recibida por los Beneficiados. ( por Evento y Anual) (paso 15)

Posee una baja eficiencia (61.2%) debido a que la actividad que consume mayor tiempo dentro del procedimiento es una actividad improductiva, dado que se proporciona un mes para que cada unidad entregue a Recursos Humanos los requisitos de capacitación a pesar de que ya se cuenta con un formato que fácilmente puede ser llenado en unas horas por los empleados. Esto alarga el tiempo innecesariamente lo que nos da como resultado una baja eficiencia. Cabe señalar que este procedimiento se realiza una vez cada dos años.



Controles efectuados sobre el procedimiento:

- Supervisiones de la región y de la corte de cuentas (Sobre utilización de formularios, pruebas de selección y cumplimiento de procedimientos)
- Evaluaciones del impacto en los empleados (procedimiento 21, cuando son diplomados y/o mayores a 40 horas)

### **Análisis de formatos de procedimiento**

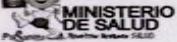
A continuación se evaluarán la forma de utilización y simplicidad que presentan algunos de los formatos utilizados en el procedimiento, de igual manera se realizara para los demás procedimientos.

Ficha Individual para la Detección de Necesidades de Capacitación (paso 1)

 	
<b>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL</b> <b>FICHA INDIVIDUAL PARA LA DETECCIÓN DE NECESIDADES DE CAPACITACIÓN AÑO 2007/2009</b> DEPENDENCIA <u>Hospital Sta Teresita</u>	
NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA	<u>José Leonardo Alvarado</u>
NOMBRE DEL CARGO FUNCIONAL	<u>Ejecutivo de Planificación</u>
FORMACIÓN ACADÉMICA SEGÚN CARGO FUNCIONAL	<u>Bachiller</u>
ESTUDIOS REALIZADOS RELACIONADOS CON EL CARGO FUNCIONAL	<u>Bachiller en Comercio</u>
FORTALEZAS	<u>Experiencia en el cargo, conocimiento básico de oficio</u>
DEBILIDADES	<u>Conocimiento de aplicación de leyes laborales</u>
PROGRAMA Y TEMÁTICA EN LA QUE SE REQUIERE FORTALECER CONOCIMIENTOS, HABILIDADES Y DESTREZAS.	<u>Leyes Laborales</u>
Impresos MSPAS	



La única observación con respecto a las fichas "Necesidades de capacitación", es que la importancia de conocer de que dependencia procede la persona consiste tanto en conocer que tan crítica es la necesidad de sus debilidades, así como poder agrupar a las personas por sus afinidades de cargo en las capacitaciones. En este caso la persona en cuestión pertenece al departamento de recursos humanos, y su debilidad es la falta de conocimiento de leyes laborales, por lo que para su cargo resulta crucial este conocimiento. Si no se utiliza esta información adecuadamente de nada sirve y debería de eliminarse del formato.

Resumen de Temáticas y Eventos de Capacitación Propuesto (paso 1)

		 <b>Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social</b> <b>Dirección Regional</b> <b>Cuadro Resumen de Actividades de Capacitación realizadas durante el</b> <b>Periodo de enero a abril 2008</b>																
HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA																		
Categoría	No.	Actividad	Dirigido a	Fecha de realización	No. de eventos	Duración en horas	Lugar	No. de participantes	Servicio en Dólares						Fuentes de Financiamiento		Total Costo en Dólares	
									Material Didáctico		Alimentación		Profesionales		Costo Total en Dólares			NOMBRE DE OTRAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO
									GOES \$	Otro Financiamiento \$	GOES \$	Otro Financiamiento \$	GOES \$	Otro Financiamiento \$	*GOES*	Otras fuentes de Financiamiento		
1		Procesos de Atención de Enfermería, Lineamientos Internos de Recursos Humanos	Personal de enfermería	20 de febrero, 26 de marzo, 16 de abril de 2008	3	24	Aulas de Iglesia El Calvario	81				\$243.00			\$0.00	\$243.00	Actividades del Comité de enfermería	
2		Pasantía de Médicos Residentes en áreas de Medicina Interna, Pediatría y Cirugía	Médicos Residentes	Mes de abril	3	1 mes	Hospitales Rosales y Bloom	3							\$0.00	\$0.00		
3		Pasantía en el área de Mantenimiento a equipo de laboratorio	Técnico de Mantenimiento	1 a 18 de abril de 2008	1	80	Mantenimiento Central	1							\$0.00	\$0.00		
4		Manipulación de alimentos	Personal de Cocina	9 y 10 de abril	2	10	Aulas de USAM	10				\$5.00			\$0.00	\$5.00	Jefe de Alimentación y Dietas	

Debido a que no se tiene una mayor referencia de formatos, no se puede decir si se ocupan fuentes de financiamiento del GOES u otras o solo son fondos propios, por lo que la utilización de estas casillas en el cuadro resumen no son necesarias (pero debido a que son formatos girados por el MSPAS se conservaran de la misma manera).

No se finalizan de llenar los formatos, como se puede apreciar en la última columna, por lo que no se conoce el costo total de una capacitación en específico, solo asumen el costo en función de material didáctico, alimentación y profesionales en que incurrirá el hospital.

Nº	Actividad	Responsable	Dist.					<b>D</b>	<b>R</b>
1	Recibir y marginar, documentación de los movimientos y de la Refrenda de Nombramiento del personal, al Técnico de RRHH (Encargado de prestaciones).	Jefe del Departamento de RRHH		2					
2	Recibir, revisar, clasificar y archivar en los respectivos expedientes la documentación marginada (atestados, Evaluaciones al Desempeño y notas).	Técnico de RRHH (Encargado de prestaciones)		3					
3	Actualizar la Tarjeta de Registro del empleado en caso de nombramiento, refrenda y movimientos de Personal, además Foliar y archivar los documentos en expediente, en orden cronológico.	Técnico de RRHH (Encargado de prestaciones)		0.5					
4	Actualizar listado de cesados, si el movimiento de personal es renuncia o cese en el cargo y colocar el Expediente y Tarjeta de Registro, en el archivo de cesados.	Técnico de RRHH (Encargado de prestaciones)		0.33					
5	Crear expediente, archivar y foliar toda la documentación y generar nueva Tarjeta de Registro de Movimientos de Personal, a empleado de nuevo ingreso.	Técnico de RRHH (Encargado de prestaciones)		0.5					
6	Solicitar, por lo menos una vez al año al Técnico de Recursos Humanos (Encargado del SIRHI), listado de empleados Activos y Hoja de Actualización de Datos, para actualizar el archivo de expedientes.	Técnico de RRHH (Encargado de prestaciones)						0.5	
7	Generar, imprimir el listado de empleados activos y la Hoja de Actualización de Datos.	Técnico de RRHH (Encargado del SIRHI)		0.75					
8	Remitir listado al Técnico de RRHH (Encargado de prestaciones)	Técnico de RRHH (Encargado del SIRHI)	5			0.08			
9	Recibir listado de empleados activos, confrontar las Tarjetas y Expedientes Físicos y depurar las inconsistencias.	Técnico de RRHH (Encargado de prestaciones)			0.5				
10	Recibir Hoja de Actualización de Datos, a los Jefes de departamento, para su actualización a través de memorándum firmado por el Jefe del Departamento de RRHH.	Técnico de RRHH (Encargado de prestaciones)		1.5					





DEPARTAMENTO: RECURSOS HUMANOS

ESTADO: ACTUAL  PROPUESTO

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ACTUALIZACIÓN Y APERTURA DE EXPEDIENTES Y TARJETAS DE REGISTROS DE MOVIMIENTOS DE PERSONAL





ANALISTAS: DB01005, PL02001, TG03001

FECHA DE ANÁLISIS: NOVIEMBRE 2008

Nº	Actividad	Responsable	Dist.					D	R
11	Remitir Hoja de Actualización de Datos	Técnico de RRHH (Encargado de prestaciones)	75			0.5			
12	Recibir Hoja de Actualización de Datos, marginar a sus empleados para su actualización	Jefes de departamentos		8					
13	Remitir hoja de actualización a Jefe del Departamento de RRHH	Jefes de departamentos	75			0.5			
14	Recibir y marginar Hoja de Actualización de Datos, al Técnico de Recursos Humanos (Encargado del SIRHI) para su ingreso al sistema.	Jefe del Departamento de RRHH		0.5					
15	Recibir las Hojas de Actualización de Datos, ingresar los datos en el Sistema y remitir a Técnico de RRHH (Encargado de prestaciones) para que lo anexe al Expediente.	Técnico de Recursos Humanos (Encargado del SIRHI)		5				19	
16	Revisar que oficinas no han enviado las Hojas de Actualización de Datos y reportar Jefe del Departamento de RRHH para su seguimiento.	Técnico de RRHH (Encargado de prestaciones)			0.5				
17	Recibir reporte y dar seguimiento, hasta dar por concluida su actualización.	Jefe del Departamento de RRHH						0.5	
Total			155	22.08	1	1.08	0	20	0
Eficiencia: 50 %			Tiempo total: 44.16 hr			Dist. Total: 155 mt			

**PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTO DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO**

**DEPARTAMENTO: CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO**      **ESTADO: ACTUAL**  **PROPUESTO**   
**NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: SERVICIOS DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y OTRAS INSTALACIONES**  
**ANALISTAS: DB01005, PL02001, TG03001**      **FECHA DE ANÁLISIS: NOVIEMBRE 2008**

Nº	Actividad	Responsable	Dist.					<b>D</b>	<b>R</b>
1	Emite solicitud de servicios de mantenimiento	Unidad solicitante		0.17					
2	Procesa solicitud y emite orden de trabajo a técnico	Jefe de conservación y mantenimiento		0.17					
3	Asigna al técnico respectivo la orden de trabajo	Jefe de conservación y mantenimiento		0.08					
4	Se traslada al departamento con problemas	Técnico de mantenimiento	25			0.17			
5	Realiza inspección, identifica el problema y determina necesidades	Técnico de mantenimiento			0.25				
6	Regresa a puesto de técnicos de mantenimiento	Técnico de mantenimiento	25			0.17			
7	Si hay repuestos en bodega hace vale de salida y toma repuesto	Técnico de mantenimiento		0.25					
8	Si no hay repuestos en bodega, gestiona la adquisición de repuestos, insumos o compra de servicios por medio de libre gestión.	Encargado de bodega						40	
9	Ejecuta la orden de trabajo y revisa funcionamiento	Técnico de mantenimiento		2					
10	Elabora reporte de trabajo realizado	Técnico de mantenimiento		0.08					
11	Revisión de informe	Jefe de conservación y mantenimiento		0.17					
12	Consolidado mensual de informes de mantenimiento correctivo	Jefe de conservación y mantenimiento		3					
Total			50	5.92	0,25	0.34	0	40	0
Eficiencia: 12.7 %			Tiempo total: 46.51 hr			Dist. Total: 50 mt			

## Servicios de Mantenimiento Correctivo y otras instalaciones

### Observaciones:

Los formatos utilizados para el procedimiento son los siguientes:

- Solicitud de mantenimiento correctivo (paso 1)
- Solicitud de material (paso 5)
- Materiales (paso 6)
- Informe y observaciones del técnico (paso 6)
- Orden de trabajo para equipos (paso 7)
- Orden de trabajo para instalaciones (paso 7)

Este procedimiento es de naturaleza urgente, ya que solo se realiza en fallas repentinas no estipuladas, por lo que la eficiencia con la que se resuelvan dichas necesidades logrará mantener en normal funcionamiento al hospital y de la atención a los pacientes. El problema general de este procedimiento es la falta de repuestos y de equipo para los técnicos de mantenimiento, por lo que muchos equipos están en proceso de reparación por periodos prolongados. Además hay reparaciones que no pueden ser resueltas por personal del hospital, por lo que de igual manera los tiempos de espera se prolongan hasta que personal subcontratado se presenta al hospital para solucionar el problema.

### Controles efectuados sobre el procedimiento:

- Supervisiones de la región y de la corte de cuentas (Sobre utilización de formularios y cumplimiento de procedimientos)
- Supervisiones sobre la obra ejecutada por parte del coordinador de conservación y mantenimiento.

No existe en la actualidad una cuantificación de los daños que se generan al no tener un programa de mantenimiento preventivo, por lo que sería necesario analizar todos los problemas que se contraen por trabajar solo con mantenimientos correctivos y ver la necesidad de proporcionar los mantenimientos preventivos.

### Análisis de formatos

Solicitud de mantenimiento correctivo (paso 1)

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
HOSPITAL NACIONAL "SANTA TERESA", DE ZACATECOLUCA  
DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

SER: II TEL: 17/7/08 HORA DE SOLICITUD: 17/7/08

DESCRIPCIÓN DE TRABAJO / FALLA: Reparación y Revisión de Volante de este quipulado Canes

NOMBRE Y FIRMA DE SOLICITANTE: [Firma] USUARIO DEL SERVICIO: II

RECIBIDA POR: Td Sarah FECHA: 17/7/08 HORA: 17/7/08

USO EXCLUSIVO PARA MANTENIMIENTO

No. DE INVENTARIO:   No. DE IDENTIFICACIÓN (ID):  

No. DE EQUIPO:   No. DE TRABAJO ASIGNADA:  

Con respecto a este formulario, se observa que no toda la información requerida por el formulario es colocada (teléfono de la unidad solicitante, hora de solicitud, N° de orden de trabajo, información del inventario del equipo a reparar e información del técnico de mantenimiento), por lo que



debería de simplificarse este formulario, tanto para facilitar la labor de las unidades solicitantes como el control sobre el servicio, además de poder ahorrar en papelería con otros diseños que maximicen la utilización de papel para solicitud del servicio.

### Solicitud de material (paso 5)

Para la solicitud de materiales a bodega, solo se cuestiona la utilidad de mantener las columnas de precio unitario y del total, aun y cuando estas columnas no se están ocupando.

Además se observa la no utilización del número de solicitud de material, que como se observa en el siguiente formato.

Hospital Nacional Santa Teresa  
Departamento de Mantenimiento  
Solicitud de Material

Fecha: 5/6/08 #   

Solicito los siguientes materiales para ser utilizados en: Mantenimiento del departamento ó servicio:   

Cant.	Descripción	U/M	Precio U.	Total
1	Adaptador PVC con rosca de 1/2	clp #		
1/4	Esso Soluble SAE-40	Gln. #		

Solicito:  
Ju 270 Alfara  
Nombre  
[Firma]  
Firma

Autorizo:  
[Firma]  
Firma y Sello

Orden de trabajo para equipos (paso 7)

Este formulario tiene muchas oportunidades de mejora, que van desde la eliminación de algunos datos innecesarios (que pueden ser eliminadas ya que no se utilizan), hasta la falta de control que se presenta en el mismo.

Se puede observar la falta de colocación de información en las marcas 1, 2, 4, 5, 6, siendo los datos 2,5 y 6 descartables en el formulario, ya que no son de utilidad; mientras que los datos 1 y 4 son necesarios colocarlos, tanto para el control como para la tabulación de datos finales de los servicios realizados.

Mientras que los datos 3 y 7 son necesarios colocarlos y no lo están haciendo, ya que se realizan estos formularios sin la aprobación del superior.

Por lo tanto, este formulario puede ser simplificado, tanto para ayudar al técnico de mantenimiento a su llenado (que como se puede apreciar no lo realizan como deberían y según versiones del jefe de mantenimiento no lo hacen frecuentemente), como al jefe de mantenimiento para su control. Cabe señalar que estos formularios no han tenido ninguna actualización ya que incluso las casillas de costos todavía se manejan en colones salvadoreños, por lo que si se llenaran tendrían que convertirse los US dólares a colones salvadoreños. Por lo tanto es propicio una actualización del formulario y al mismo tiempo una mejora de los mismos, además no habría problema con que sea un formato girado por el MSPAS ya que este formulario es para uso interno, por lo que el formato es propio para el hospital.

ORDEN DE TRABAJO (Para Equipo)		MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA, ZACATECOLUCA DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO																																																				
Número de Orden: MPP <input type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	Equipo	No. Inventario Técnico:																																																				
Servicio Solicitante <i>Pediatría</i>	Modelo	No. de Identificación (ID):																																																				
Nombre de solicitante/Tel. <i>Sr. Sa Sanchez</i>	Serie	Medida aplicada / última fecha																																																				
Fecha <i>18-07-10</i>	Marca	Técnico Responsable <i>Lopez</i>																																																				
Servicio Interno <input type="checkbox"/> Externo <input type="checkbox"/> Empresa <input type="checkbox"/> Fabricante <input type="checkbox"/>	Descripción del trabajo solicitado: <i>Reparación de Lavomano esta fue hecha Tuberia</i>		Firma y sello de autorización																																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">MANO DE OBRA</th> <th colspan="2">INFORMACIÓN TÉCNICA</th> </tr> <tr> <th>Fecha</th> <th>Código Técnico</th> <th>Cantidad HH</th> <th>Costo HH (€)</th> <th>Valor (€)</th> <th>Otros Costos</th> <th>Total (€)</th> <th>Fallas Detectadas</th> <th>Medidas Aplicadas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td><i>10013 70</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td> <input type="checkbox"/> 1. Falta de mantenimiento  <input type="checkbox"/> 2. Desgaste  <input type="checkbox"/> 3. Operación inadecuada  <input type="checkbox"/> 4. Medio ambiente  <input type="checkbox"/> 5. Construcción  <input type="checkbox"/> 6. Falta de  <input type="checkbox"/> 7. Accesorios  <input type="checkbox"/> 8. MPP por el usuario  <input type="checkbox"/> 9. Cambio Interno  <input type="checkbox"/> A. Sin falla  <input type="checkbox"/> B. Desconocido  <input type="checkbox"/> C. Otros                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 1. Pr. Mantenimiento  <input type="checkbox"/> 2. Pr. Seguridad  <input type="checkbox"/> 3. Reparación  <input type="checkbox"/> 4. MPP  <input type="checkbox"/> 5. Modificación  <input type="checkbox"/> 6. Reemplazo  <input type="checkbox"/> 7. Adiestramiento  <input type="checkbox"/> 8. Inventarización  <input type="checkbox"/> A. Descarte  <input type="checkbox"/> B. Supervisión  <input type="checkbox"/> C. Otros                 </td> </tr> <tr> <td colspan="7">TOTAL</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		MANO DE OBRA						INFORMACIÓN TÉCNICA		Fecha	Código Técnico	Cantidad HH	Costo HH (€)	Valor (€)	Otros Costos	Total (€)	Fallas Detectadas	Medidas Aplicadas		<i>10013 70</i>						<input type="checkbox"/> 1. Falta de mantenimiento <input type="checkbox"/> 2. Desgaste <input type="checkbox"/> 3. Operación inadecuada <input type="checkbox"/> 4. Medio ambiente <input type="checkbox"/> 5. Construcción <input type="checkbox"/> 6. Falta de <input type="checkbox"/> 7. Accesorios <input type="checkbox"/> 8. MPP por el usuario <input type="checkbox"/> 9. Cambio Interno <input type="checkbox"/> A. Sin falla <input type="checkbox"/> B. Desconocido <input type="checkbox"/> C. Otros	<input type="checkbox"/> 1. Pr. Mantenimiento <input type="checkbox"/> 2. Pr. Seguridad <input type="checkbox"/> 3. Reparación <input type="checkbox"/> 4. MPP <input type="checkbox"/> 5. Modificación <input type="checkbox"/> 6. Reemplazo <input type="checkbox"/> 7. Adiestramiento <input type="checkbox"/> 8. Inventarización <input type="checkbox"/> A. Descarte <input type="checkbox"/> B. Supervisión <input type="checkbox"/> C. Otros	TOTAL									<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">MATERIALES</th> </tr> <tr> <th>Código</th> <th>Descripción</th> <th>UM</th> <th>Valor (€)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><i>100513</i></td> <td><i>Al gasto en balda de accesorios en un tanque o sin en todo el servicio completo</i></td> <td></td> <td><i>\$600</i></td> </tr> <tr> <td colspan="4">TOTAL</td> </tr> </tbody> </table>		MATERIALES				Código	Descripción	UM	Valor (€)	<i>100513</i>	<i>Al gasto en balda de accesorios en un tanque o sin en todo el servicio completo</i>		<i>\$600</i>	TOTAL			
MANO DE OBRA						INFORMACIÓN TÉCNICA																																																
Fecha	Código Técnico	Cantidad HH	Costo HH (€)	Valor (€)	Otros Costos	Total (€)	Fallas Detectadas	Medidas Aplicadas																																														
	<i>10013 70</i>						<input type="checkbox"/> 1. Falta de mantenimiento <input type="checkbox"/> 2. Desgaste <input type="checkbox"/> 3. Operación inadecuada <input type="checkbox"/> 4. Medio ambiente <input type="checkbox"/> 5. Construcción <input type="checkbox"/> 6. Falta de <input type="checkbox"/> 7. Accesorios <input type="checkbox"/> 8. MPP por el usuario <input type="checkbox"/> 9. Cambio Interno <input type="checkbox"/> A. Sin falla <input type="checkbox"/> B. Desconocido <input type="checkbox"/> C. Otros	<input type="checkbox"/> 1. Pr. Mantenimiento <input type="checkbox"/> 2. Pr. Seguridad <input type="checkbox"/> 3. Reparación <input type="checkbox"/> 4. MPP <input type="checkbox"/> 5. Modificación <input type="checkbox"/> 6. Reemplazo <input type="checkbox"/> 7. Adiestramiento <input type="checkbox"/> 8. Inventarización <input type="checkbox"/> A. Descarte <input type="checkbox"/> B. Supervisión <input type="checkbox"/> C. Otros																																														
TOTAL																																																						
MATERIALES																																																						
Código	Descripción	UM	Valor (€)																																																			
<i>100513</i>	<i>Al gasto en balda de accesorios en un tanque o sin en todo el servicio completo</i>		<i>\$600</i>																																																			
TOTAL																																																						
FIRMA DE TÉCNICO		RECEPCIÓN DEL TRABAJO																																																				
<i>[Firma]</i>		FECHA:	HORA:																																																			
REVISADO POR JEFE		NOMBRE Y FIRMA DEL ENCARGADO:	SSELLO DEL SERVICIO																																																			
		<i>[Firma]</i>	<i>[Sello]</i>																																																			

DEPARTAMENTO: CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO

ESTADO: ACTUAL  PROPUESTO

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: SERVICIOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO PLANIFICADO

ANALISTAS: DB01005, PL02001, TG03001

FECHA DE ANÁLISIS: NOVIEMBRE 2008

Nº	Actividad	Responsable	Dist.	○	□	⇒	▽	D	R
1	Define los equipos o instalaciones que están bajo el programa de mantenimiento preventivo	Técnico de mantenimiento		1					
2	Elaborar programa de mantenimiento preventivo	Jefe de conservación y mantenimiento		4					
3	Asignación de mantenimientos preventivos a cada técnico	Jefe de conservación y mantenimiento		0.25					
4	Determina y prepara los insumos necesarios	Técnico de mantenimiento		0.5					
5	Se traslada al departamento con mantenimiento programado	Técnico de mantenimiento	25			0.17			
6	Ejecuta las rutinas de mantenimiento preventivo según formulario	Técnico de mantenimiento		1					
7	Elaboración de informe de mantenimiento dado	Técnico de mantenimiento		0.17					
8	Revisión de mantenimientos proporcionados por parte de técnicos del hospital	Jefe de conservación y mantenimiento			1.5				
9	Verifica cumplimiento de contrato por parte de servicios subcontratados	Jefe de conservación y mantenimiento			1				
10	Consolidado mensual de informes de mantenimiento preventivo para el SIG	Jefe de conservación y mantenimiento		1					
Total			25	7.92	2.50	0,17	0	0	0
Eficiencia: 74.8 %			Tiempo total: 10.59 hr				Dist. Total: 25 mt		

**Servicios de mantenimiento preventivo planificado (MPP)**

**Observaciones:**

Los formatos utilizados para el procedimiento son los siguientes:

- Solicitud de material (paso 5)
- Materiales (paso 6)
- Informe y observaciones del técnico (paso 6)
- Orden de trabajo para equipos (paso 7)
- Orden de trabajo para instalaciones (paso 7)

La eficiencia general del diseño del procedimiento es: 22.55%

La baja eficiencia del procedimiento es causada por la planeación del mismo, ya que se espera mucho para la elaboración del plan, ya sea porque no se cuenta con un inventario actualizado de los equipos a los cuales proporcionarles servicios, o por que se tenga un mayor enfoque a la

### Servicios de mantenimiento preventivo planificado (MPP)

resolución de los problemas que a la prevención de los mismos (justificada por los encargados de prestar el servicio porque no se cuenta con el suficiente personal o equipo).

El formato ocupado para los mantenimientos preventivos (orden de trabajo), son formatos que en la práctica no son utilizados debidamente ya que existe renuencia por parte de los empleados a llenarlos, además de ser formatos largos, por lo que deberían ser más simples de llenar y más útiles para el control. Los formatos de materiales, observaciones y orden de trabajo pueden ser fusionados en uno solo.

#### Controles efectuados sobre el procedimiento:

- Supervisiones de la región y de la corte de cuentas (Sobre utilización de formularios y cumplimiento de procedimientos)
- Supervisiones sobre la obra ejecutada por parte del coordinador de conservación y mantenimiento.

La importancia de la mejora de este procedimiento recae en que se puede mejorar un 77.45% de su tiempo actual, sumado este porcentaje al número de mantenimientos preventivos que se deberían de realizar mensualmente se generaría una mejora radical en los procedimientos del departamento. Por lo tanto es imperiosa la necesidad de mejorar este servicio, además de ser uno de los peor evaluados por las divisiones médicas y de apoyo médico. Los problemas que se dan en este procedimiento además incluyen que no se cubre a totalidad los equipos e instalaciones a las cuales proporcionar los servicios de mantenimiento preventivo, ya que el enfoque del departamento es hacia las reparaciones de emergencia, además de no poderlos realizar en este momento por la reconstrucción del hospital.

DEPARTAMENTO: CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO

ESTADO: ACTUAL

PROPUESTO

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CONTROL DE SERVICIOS DE LIMPIEZA

ANALISTAS: DB01005, PL02001, TG03001

FECHA DE ANÁLISIS: NOVIEMBRE 2008

Nº	Actividad	Responsable	Mt.	○	□	⇒	▽	D	R
1	Se visitan las diferentes unidades u servicios del HNST	Jefe de servicios generales	150			0.5			
2	Llena formulario	Jefe de servicios generales		0.25					
3	Firma de enterado el formulario con la información de lo observado	Auxiliar de servicios y supervisor de servicios		0.08					
Total			150	0.33	0	0.5	0	0	0
Eficiencia: 37.5 %			Tiempo total: 0.88 hr			Dist. Total: 150 mt			

### Control de limpieza

**Observaciones:**

Este procedimiento solo incluye el control de asistencia del personal de limpieza a las instalaciones en donde deben de prestar el servicio, mas no incluye el control del servicio prestado (calidad del servicio de limpieza) pudiendo aprovecharse para el mismo propósito. Debido a que son servicios subcontratados por el hospital, este servicio solo requiere controles sencillos por parte del hospital del cumplimiento del contrato, pero que de igual manera pueden ser sometidos a pequeñas mejoras, que facilitarían las labores a los encargados del control.

Análisis de formatos

Formato de control de asistencia de personal de limpieza

MINISTERIO DE SALUD		MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL REGION PARACENTRAL DE SALUD MONITOREO DE CONTROL DE ASISTENCIA Y PERMANENCIA DEL PERSONAL AÑO 2008				EL SALVADOR	
MES: 24 JUL. 2008		ESTABLECIMIENTO: HOSPITAL NACIONAL "SANTA TERESA"					
AREA	NOMBRE DEL EMPLEADO	MONITOREO		SITUACION ENCONTRADA		OBSERVACION	
		FECHA	HORA	AUSENTE	PRESENTE		
EMERGENCIA	Athio mundo	24-7-08	1:50		/	Por Athio mundo	
MED. MUJ. Y CIRUG. MUJ. GINEC	Karla Victoria Martinez	"	1:57		/	[Firma]	
PEDIATRIA	Fler de Maria Garcia	"	2:07		/	[Firma]	
PUERPERIO	Margarita Hernandez	"	1:55		/	[Firma]	
CONS. ESPECIAL Y LABORAT.	Rebeca Catalina	"	1:58		/	[Firma]	
ARSENAL	Frautlin A. Lopez	"	1:59		/	[Firma]	
SALA DE OPERACIONES	Laura Castro	"	2:01		/	[Firma]	
RES. MED. ENFERM. FARMACIA	Mauricio Bolaños	"	2:03		/	[Firma]	
ALMACEN	Oscar Beorias	"	2:05		/	[Firma]	
PATIOS, LAV. MORGUE, RE. BASURA	Gilberto Ruiz	"	2:07		/	[Firma]	
COCINA, ARCHIVO, T.SOCIAL	Juan Carlos Navas	"	2:10		/	[Firma]	
RX. ULTRA, FISIOT., ULC. Y HER.	Norma git Rivas	"	2:12		/	[Firma]	
OF. ADMINIST. SERV. GEN. CONSERVACION Y MATTO	Jerson Alfaro	"	2:15		/	[Firma]	
	<u>Puerperio</u>	"	2:17		/	[Firma]	

REALIZADO POR: [Firma]  
 Nombre, Firma, Cargo y Sello del Responsable del Monitoreo

Las observaciones a este formato son: No se utilizan todos los controles especificados en la parte inferior del formato (nombre, firma, cargo y sello), por lo que se recomienda no incluirlos en el mismo. Además es importante observar que existen servicios que reciben el servicio de limpieza y que no están incluidos en la boleta de control (puerperio) y que siendo los formatos para facilitar el control, no lo están cumpliendo al no incluirlos, dejando la labor de incluirlos a la persona encargada, aumentando el tiempo de control.





**PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTO DE UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES**

<b>DEPARTAMENTO: UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL</b>	<b>ESTADO: ACTUAL</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>PROPUESTO</b> <input type="checkbox"/>
<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: <u>ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS</u></b>	
<b>ANALISTAS: DB01005, PL02001, TG03001</b>	<b>FECHA DE ANÁLISIS: NOVIEMBRE 2008</b>

Nº	Actividad	Responsable	Mt.	○	□	⇒	▽	D	R
1	Recibe órdenes de compra o contratos por parte de Jefe UACI	Jefe Almacén		0.08					
2	Acondicionamiento de local para recepción de insumos o medicamentos	Encargado de bodega		0.5					
3	Recepción, clasificación y rotulación de medicamentos e insumos	Encargado de bodega		0.25					
4	Revisión de suministros y medicamentos según contrato u orden de compra	Jefe Almacén			0.33				
5	Elaboración de acta de recepción; firma factura, sella de recibido y la entrega	Jefe Almacén		0.42					
6	Almacenamiento en el lugar determinado	Encargado de bodega	5			2			
7	Actualiza kárdex por medio de la factura	Kardista		0.17					
8	Actualiza el sistema mecanizado de inventarios	Digitador		0.08					
9	Archiva documentos	Kardista		0.08					
Total			5	1.58	0.33	2	0	0	0
Eficiencia: 40.4 %			Tiempo total: 3.91 hr			Dist. Total: 5 mt			

<b>DEPARTAMENTO: UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL</b>	<b>Estado: actual</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>propuesto</b> <input type="checkbox"/>
<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: <u>DISTRIBUCIÓN DE SUMINISTROS MÉDICOS</u></b>	
<b>ANALISTAS: DB01005, PL02001, TG03001</b>	<b>FECHA DE ANÁLISIS: NOVIEMBRE 2008</b>

Nº	Actividad	Responsable	Dist	○	□	⇒	▽	D	R
1	Elabora calendario anual de distribución de suministros	Jefe Almacén		20					
2	Aprobación e impresión de calendarios anuales	Jefe Almacén	65	1.59		0.67			
3	Envío de copias con fechas a cada unidad	Jefe Almacén	150			2			
4	Elaboración de solicitud de suministros	Unidad solicitante		0.08					
5	Envío de solicitud al director para su aprobación	Unidad solicitante	40			0.17			

Nº	Actividad	Responsable	Dist					D	R
6	Aprobación de solicitud de suministros por medio de firma	Director institucional	.	0.08					
7	Traslado de solicitud a almacén	Unidad solicitante	25			0.13			
8	Recepción de solicitud de suministros	Jefe Almacén		0.25					
9	Se retira en espera de la preparación de insumos	Unidad solicitante	25			0.13			
10	Preparación de suministros	Encargado de bodega						1	
11	Se llama a unidad solicitante para recoger pedido	Jefe Almacén						0.05	
12	Regresa por insumos preparados	Unidad solicitante	25			0.13			
13	Se traslada a Digitador la solicitud para el descargo del sistema mecanizado de inventario	Digitador	1			0.02			
14	Descargo de inventario	Digitador		0.08					
15	Firma de recibido	Unidad solicitante		0.02					
16	Descarga de kárdex los insumos pedidos	Kardista		0.17					
17	Archiva documentos	Kardista		0.08					
Total			331	22.35	0	3.25	0	1.05	0
Eficiencia: 83.9 %			Tiempo total: 26.65 hr			Dist. Total: 331 mt			

### Distribución de suministros médicos

**Observaciones:**

Los formatos utilizados para el procedimiento son los siguientes:

- Calendario anual de distribución de suministros (paso 1)
- Solicitud de insumos de almacén (paso 3)
- Vale de salida de materiales de almacén (paso 7)

Este procedimiento puede ser sometido a mejoras dentro de la atención y comunicación con los departamentos del hospital y de la agilidad del procedimiento para satisfacer las necesidades de los solicitantes de servicio; se puede observar que como parte importante de la cadena de suministro de insumos médicos y administrativos, no hacen llegar los mismos hacia los clientes siendo este un gran inconveniente para los mismos ya que una función principal de la distribución es el transporte hacia el cliente, lo cual no está sucediendo en este caso; además se puede hacer uso de redes internas de comunicación informáticas con los demás departamentos para optimizar los tiempos de comunicación. Como norma general se deben de eliminar lo más posibles las esperas de estos suministros por lo crítico que significan para los clientes, así como mejorar los transportes.

Otro aspecto a mejorar en este procedimiento son los tiempos para el abastecimiento de productos y la recepción de solicitudes; siendo estos aspectos mencionados importantes para la mejora del servicio.

**Análisis de formularios**

**Solicitud de insumos de almacén (paso 3)**

En este formulario, se observa la existencia de nueva cuenta de columnas solicitando los datos de costos unitarios y totales que no se utilizan, nuevamente se sugiere eliminar estas casillas para optimizar espacio. No se observa que se coloque el correlativo de solicitud, en la parte superior del formulario, con lo cual el control de formatos es nulo. No se utiliza tampoco el espacio indicado para colocar el departamento solicitante, que como se observa se encuentra en el pie de página, cuando debería colocarse al pie del cuadro, junto con la fecha (que tampoco ha sido colocada). Por lo tanto deben eliminarse esas columnas que no se utilizan, y ampliar los espacios para que se coloquen la información tanto de requerimientos como la de los departamentos solicitantes.

HOSPITAL NACIONAL "SANTA TERESA, ZACATECOLOMCA							
ALMACEN DE MEDICAMENTOS, INSUMOS MEDICOS, PAPELERIA Y OTRAS ARTICULOS							
CODIGO	U/M	NOMBRE DEL ARTICULO	NUMERO DE LOTE	FECHA DE VENCIM.	CANTIDAD SOLICIT.	CANTIDAD DESPACH.	Vale
19200110		Adhesivo quimico de papel					
		Microporosa 2 x 0 yds. rollo	36481552	04/10/9	10	10	
19200140		Adhesivo de tela tipo Seda					
		4 x 10 yds. rollo.	0222009	02/12	10	10	
19200340		Cuaida de Alginato de Calcio					
		y Seda.	8005505*	01/12	20	20	
19200175		Apósito hidrocolante de					
		gelatina y Dextrina.	21024	10/10	20	20	
19200560		Hoja de bisturi # 24	11024	11/10	100	100	
19202320		Venda de gasa 4x10 yds rollo	200101	01/89	300		
19290301		Bajalengua de Madera sup.					
		lisa caja de 100 u.	000002		1000	1000	
1929085		Guantes para graner taller					
		11" caja sup de 100 u.	0121002		12	12	
19291380		Mascarilla 9x metarogular de					
			000002	01/8	100	100	

DEPARTAMENTO QUE SOLICITA: \_\_\_\_\_

NOTA: Favor presentar tres días de anticipación a la fecha asignada.

SOLICITADO POR: Alfonso de Olvera y Horillas



## 8.5 ANÁLISIS DE PROCEDIMIENTOS

Para finalizar, se muestran los datos consolidados de eficiencias obtenidas de cada uno de los diseños de los procedimientos claves de cada departamento administrativo; siendo estos procedimientos claves, aquellos que son la razón de ser del departamento administrativo y que son el principal soporte de las actividades médicas y de apoyo médico para la atención de salud de la población de Zacatecoluca.

<b>Cuadro 1-38: eficiencias del diseño de los procedimientos claves administrativos</b>			
<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>%EFICIENCIA</b>	<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>%EFICIENCIA</b>
Reclutamiento y Selección Externa	73.46%	Servicios de Mantenimiento Correctivo y otras instalaciones	12.7%
Administración del Sistema de Recursos Humanos (SIRHI)	32.1%	Servicios de mantenimiento preventivo planificado (MPP)	74.8%
Capacitación y Desarrollo	30.57%	Control limpieza	37.5%
Actualización y Apertura de Expedientes y Tarjetas de Registros y Movimientos de Personal	50%		
<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>%EFICIENCIA</b>	<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>%EFICIENCIA</b>
		Almacenamiento de medicamentos insumos	40.4%
		Distribución de suministros médicos	64.39%
<b>Eficiencia promedio general de los procedimientos analizados</b>			<b>52.9%</b>

Fuente: elaboración propia

### **8.5.1 Oportunidades de mejora identificadas con el análisis de procedimientos.**

La eficiencia general de los diseños de los procedimientos claves del área administrativa del Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca es de: 52.9% (solamente 2 de los 9 procedimientos analizados sobrepasan el 70% de eficiencia), y a pesar de ser un porcentaje promedio superior al 50% de eficiencia no logra sobrepasar el 70%<sup>59</sup> mínimo exigido como norma para determinar que un procedimiento es eficiente. La causa de dicha deficiencia en los procedimientos lo constituyen las largas esperas en los procedimientos además de los tiempos utilizados en transportes, que no son actividades que agreguen valor a los procedimientos y a los productos de los mismos.

Es importante mencionar que no todos estos procedimientos se están llevando a cabo como se diseñaron, por ejemplo los mantenimientos preventivos no se llevan a cabo para las instalaciones por estar en instalaciones provisionales, mientras los preventivos para equipos no se llevan a cabo, según versiones del jefe de mantenimiento por falta de personal y equipo, además de tener un claro enfoque a las reparaciones y no a la prevención de fallas. Mientras los mantenimientos correctivos son tardados (ya que no cumplen los tiempos estipulados en el procedimiento, según se puede conocer en las encuestas a los diferentes servicios y si se llegan a realizar no se pueden concluir por falta de repuestos (si las fallas son de equipos); mientras las correcciones menores en equipo básico o instalaciones se realizan en el mismo día.

<sup>59</sup> Fuente del dato: Organización y Métodos. A. Guerra, Jorge, Consultor Organizacional y Director de Management en Salud. Boletín Electrónico Management en Salud. Buenos Aires, Argentina, 2005.

Es importante contar con manuales que describan la forma de llevar a cabo la administración del nosocomio porque de esa forma se lograría estandarizar la forma de hacer las cosas y con esto se reduciría las probabilidades de error.

Otra parte importante del análisis de procedimientos lo constituye el análisis de formularios de los procedimientos, en donde se puede apreciar que diferentes formularios se puede actualizar, quitando requerimientos de información que en la práctica no se utilizan, aumentando espacios para el control o disminuyendo el tamaño de los formatos. Todas estas actividades pueden ser realizadas en cada formulario que sea de uso interno, en caso que en la mejora de procedimientos no desaparezca un formulario debido a la simplificación, eliminación, combinación, etc., de pasos. Es importante que se simplifiquen y reduzcan los formularios para evitar el tedio en el llenado, que asegure que sean completados totalmente para contar con los datos necesarios para el control.

Cabe mencionar que en la mejora de estos aspectos (disminución de demoras y transportes, diseño del procedimiento, simplificación de formularios, etc.) se tiende a optimizar el uso de los recursos en un procedimiento y a aumentar la eficiencia. La mejora se llevará a cabo en las 6 dimensiones del análisis (que, por que, como, cuándo, quien, donde), desde los formatos de procedimientos, las tecnologías, los responsables de cada paso (en el presente análisis no se encontraron anomalías en el quien realiza el procedimiento), etc.

Además, se están suscitando quejas por parte de los usuarios de los servicios que ofrecen las áreas administrativas y que no se están registrando, porque no se esta realizando un servicio de calidad, ni en la cantidad o el tiempo requerido. Tampoco se cuenta con controles de calidad dentro de los mismos procedimientos, que den un indicador de cómo se están realizando o para poder detectar en que pasos se suscitan problemas.

Para finalizar, es necesario recordar que los procedimientos aquí analizados fueron levantados para este propósito, ya que los que se encontraban documentados dejaron de utilizarse hace un año (cuando el hospital todavía trabajaba como SIBASI) y aun siguen utilizando dichos manuales como referencia para realizar sus procedimientos. Es necesario levantar y documentar todos los procedimientos administrativos (tanto de la dirección como de los departamentos administrativos) del hospital para poder asegurar la calidad de los productos administrativos y lograr al mismo tiempo establecer la administración hospitalaria.

---

## 9. ESTUDIO DEL CLIMA ORGANIZACIONAL

---

### 9.1 GENERALIDADES

#### 9.1.1 Definición:

**El Clima Organizacional** se define como el grupo de características que describen una organización y que la distinguen de otras organizaciones; son de permanencia relativa en el tiempo; e influyen en la conducta de las personas en la organización.

El clima organizacional o ambiente interno percibido, interactúa con las características individuales para determinar el comportamiento. De aquí que la conducta de los individuos no nace solo de sus características individuales sino que también es influenciada por la situación total en la que se encuentra.

#### 9.1.2 Factores de Medición del Clima Organizacional

Las características del medio ambiente de trabajo que son percibidas directa o indirectamente por el personal que labora en el Hospital Nacional Santa Teresa, serán medidas a través de una encuesta elaborada bajo el enfoque establecido por Litwin & Stinger.

La encuesta consta de 30 preguntas, que se distribuyen en una serie de dimensiones que de acuerdo con Litwin & Stinger explican el clima laboral existente en una determinada empresa. Cada una de estas dimensiones se relaciona con ciertas propiedades de la organización, las cuales son:

- **Responsabilidad (empowerment):** es el sentimiento de los miembros de la organización acerca de su autonomía en la toma de decisiones relacionadas a su trabajo. Es la medida en que la supervisión que reciben es de tipo general y no estrecha, es decir, el sentimiento de ser su propio jefe y no tener doble chequeo en el trabajo.
- **Estructura:** representa la percepción que tiene los miembros de la organización acerca de la cantidad de reglas, procedimientos, trámites y otras limitaciones a que se ven enfrentados en el desarrollo de su trabajo. La medida en que la organización pone el énfasis en la burocracia, versus el énfasis puesto en un ambiente de trabajo libre, informal e inestructurado.
- **Cooperación:** es el sentimiento de los miembros de la empresa sobre la existencia de un espíritu de ayuda de parte de los directivos, y de otros empleados del grupo. El énfasis está puesto en el apoyo mutuo, tanto de niveles superiores como inferiores.

- **Identidad:** es el sentimiento de pertenencia a la organización y que se es un elemento importante y valioso dentro del grupo de trabajo. En general, es la sensación de compartir los objetivos personales con los de la organización.
- **Recompensa:** corresponde a la percepción de los miembros sobre la adecuación de la recompensa recibida por el trabajo bien hecho. Es la medida en que la organización utiliza más el premio que el castigo.
- **Conflictos:** es el sentimiento del grado en que los miembros de la organización, tanto pares como superiores, aceptan las opiniones discrepantes y no temen enfrentar y solucionar los problemas tan pronto surjan.
- **Desafío:** corresponde al sentimiento que tienen los miembros de la organización acerca de los desafíos que impone el trabajo. Es la medida en que la organización promueve la aceptación de riesgos calculados a fin de lograr los objetivos propuestos.

En cada respuesta se evalúan los dos valores positivos (favorables) y dos valores negativos (desfavorables), e excepción de la dicotomía, para obtener un porcentaje de la razón entre el total de los valores negativos y los puntos obtenidos, el cual indicará la insatisfacción o descontento de los empleados del HNST con el ambiente institucional.

## **9.2 MEDICIÓN DEL CLIMA ORGANIZACIONAL EN EL HNST**

### **9.2.1 Objetivo de la encuesta:**

Identificar un parámetro a nivel general sobre la percepción que los individuos tienen de la institución en la que laboran, con el propósito de completar el diagnóstico realizado a la administración del HNST y conocer la disponibilidad que muestran tener los empleados para asumir nuevos cambios.

### **9.2.2 Aplicación de la encuesta**

La encuesta fue aplicada a una muestra de 75 empleados tanto del área administrativa como en las áreas médicas del HNST, para establecer de forma general la visión que los empleados tienen del medio ambiente en el que se desenvuelven a diario y que contribuye o afecta la realización de su trabajo.

### **9.2.3 Tabulación de los Resultados<sup>60</sup>**

Para la tabulación de los datos se contabilizaron las respuestas positivas y las negativas obtenidas por cada pregunta, posteriormente se calculó el porcentaje de respuestas negativas y se graficó el promedio de todos estos porcentajes por cada una de las

---

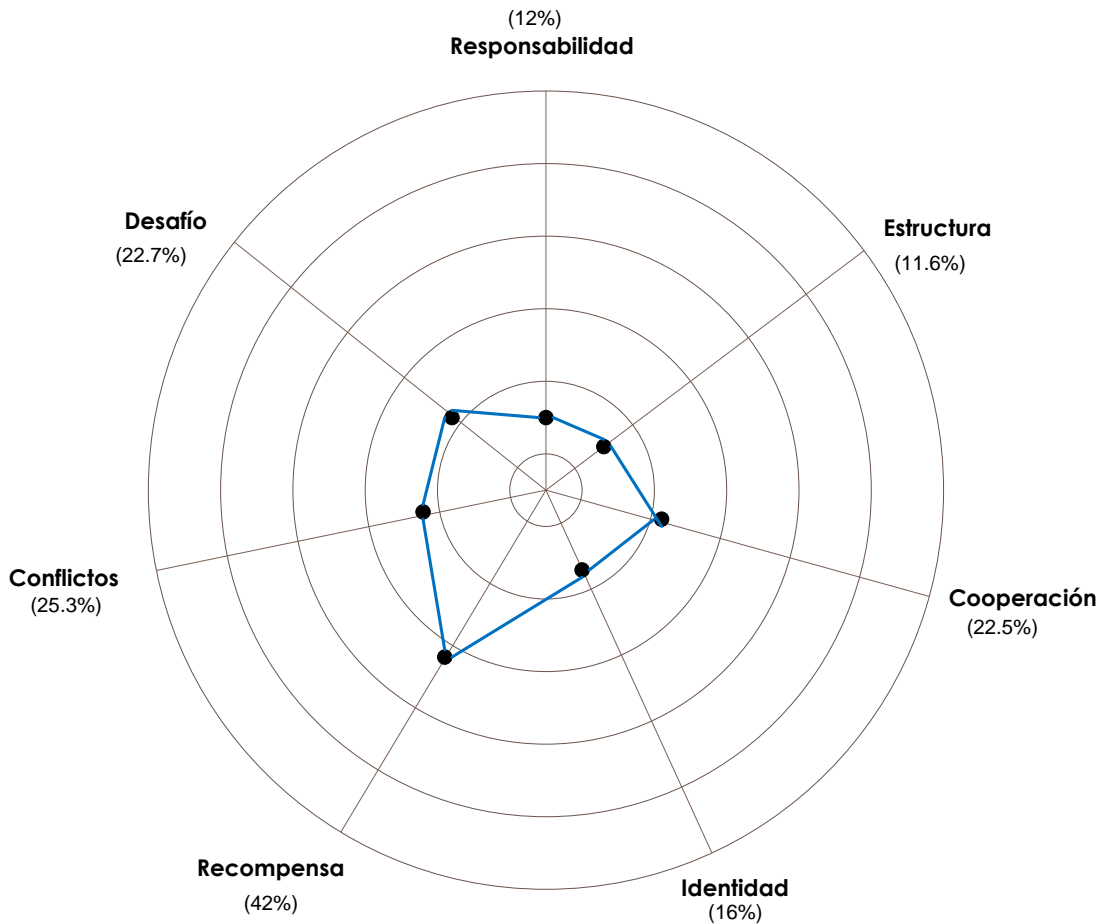
<sup>60</sup> Ver anexo I-15: Metodología de análisis del clima organizacional.

dimensiones para obtener el perfil del clima organizacional de la institución. Los resultados obtenidos se muestran a continuación:

<b>Cuadro I-39: Resultados Clima Organizacional*</b>	
<b>Factor</b>	<b>Porcentaje</b>
Responsabilidad	12,0
Estructura	11,6
Cooperación	22,5
Identidad	16,0
Recompensa	42,0
Conflictos	25,3
Desafío	22,7

\*La tabla muestra los porcentajes negativos.

Imagen I-43: Perfil del clima organizacional HNST



Fuente: Elaboración Propia

\*El gráfico muestra los porcentajes negativos de cada factor evaluado.

#### 9.2.4 Resultados

- El 80% de los empleados encuestados manifiesta recibir instrucciones precisas de su jefe inmediato sobre las tareas que debe realizar.
- El 72% de los encuestados considera que cuenta con libertad para realizar algunos cambios en la forma en que realiza sus tareas usualmente.
- En el hospital existen procedimientos establecidos para la realización de las actividades en la mayoría de los casos. (89.3%)
- El grado de apoyo que los empleados dicen tener de sus jefes inmediatos cuando necesitan de orientación es de 82.6%.
- Según los encuestados, los jefes tienen una actitud más participativa en el quehacer diario de los diferentes departamentos en un 58.6% de los casos.
- El 94.6% de los encuestados califica como positivo el trato que recibe de su superior. Mientras que el 97.3% califica su relación con los compañeros como buena o muy buena.
- Únicamente el 60% de los empleados manifiesta obtener fácilmente la información que necesita de otras dependencias, para la realización de sus labores.
- Para el 95.6% de los individuos seleccionados en la muestra, dice sentirse orgulloso de trabajar para el Hospital Santa Teresa.
- El 64% de los encuestados dice sentir poco o muy poco apoyo por parte de la institución para desarrollarse de manera profesional y personal.
- EL 93.33% de la muestra, manifiesta sentirse satisfecho con su trabajo. El mismo resultado se obtuvo, al preguntar al personal sobre el grado de satisfacción observado en sus compañeros.
- En cuanto a las prestaciones otorgadas a los empleados por parte de la institución, solamente el 57.3% dijo percibir una suficiente preocupación del hospital, por otorgar los beneficios y prestaciones que son derecho de ley.
- El 58.6% manifestó estar satisfecho con las prestaciones recibidas por parte del nosocomio.
- El 72% de los encuestados dice rara vez o nunca se presentan conflictos en su departamento.
- El 98.6% de los empleados de la muestra manifiestan estar dispuestos a colaborar en actividades que contribuyan a lograr cambios positivos para la institución.
- Solamente el 36% de los encuestados considera contar con la comprensión de su jefe si llegase a cometer errores al tratar de innovar en su trabajo para favorecer a la institución.

#### 9.2.5 Oportunidades de mejora identificadas con el análisis de clima organizacional:

- Falta de cooperación entre las diferentes dependencias de la institución cuando se solicita información, para el desempeño de las labores de otro departamento.
- No existen mecanismos para incentivar a los empleados para que estos propongan mejoras a su trabajo, que se traduzcan en mejoras de la institución. Poco apoyo a los empleados cuando estos tratan de innovar.
- Poco apoyo al personal por parte de la institución para el desarrollo personal y profesional de estos.
- 41.3% del personal insatisfecho con las prestaciones recibidas por parte del Hospital.

---

## **10. BENCHMARKING Y ANÁLISIS DE INDICADORES**

---

El Ministerio de Salud Pública, cuenta con una guía de indicadores que han sido seleccionados como prioritarios dentro del quehacer institucional. Estos indicadores son aplicados a los diferentes niveles de la estructura organizativa, incluyendo a los hospitales Nacionales, y son utilizados para la toma de decisiones; sin embargo, son solo un reflejo del desempeño operativo de las instituciones; es decir de los resultados obtenidos de la prestación de los servicios médicos, mas no de la forma en cómo se realiza la administración.

Es por ello que para medir el desempeño administrativo del Hospital Nacional Santa Teresa, se usarán también otro tipo de indicadores denominados indicadores de gestión, que junto con los resultados arrojados por los compromisos de gestión elaborados por la Dirección Regional de Salud Paracentral, permitirán evaluar el papel de la administración en el nosocomio, a través de la comparación de los resultados obtenidos con el estándar establecido para el indicador o a través de la realización de benchmarking con otros hospitales de notable desempeño administrativo, como el Hospital Santa Gertrudis de San Vicente.

### **10.1 CRITERIOS UTILIZADOS.**

- El Hospital Santa Gertrudis de San Vicente, es reconocido por la dirección regional de salud como el Hospital Nacional con el mejor desempeño administrativo de la región paracentral del país; por dicha razón este es el criterio principal utilizado para la elección de una institución con la que el HNST debe compararse.
- Es importante realizar la comparación con una institución que brinde los mismos servicios a la población; por lo que otra de las razones por la cual se escogió al Hospital Santa Gertrudis como parámetro de comparación, es que según el reglamento general de hospitales ambas son instituciones clasificadas como Hospitales de segundo nivel y prestan servicios de atención en especialidades básicas de la Medicina; Cirugía General, Gineco-obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y sus especialidades complementarias y servicios de apoyo que se prestan en las áreas de emergencia, atención ambulatoria y hospitalización
- Otro elemento importante a tomar en cuenta son los recursos que ambas instituciones administran. Según datos estadísticos y de capacidad instalada, tanto el HNST como el HNSG poseen similares recursos para la prestación del servicio de atención médica a la población, los cuales se definen a continuación:

<b>Cuadro I-40: Otros criterios que definen la comparación de ambos hospitales</b>		
<b>INDICADORES</b>	<b>HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA</b>	<b>HOSPITAL SANTA GERTRUDIS</b>
Presupuesto del Hospital	4,316,730	5,116,360
Porcentaje del presupuesto asignado al área administrativa.	19.03%	18.99%

<b>Cuadro I-40: Otros criterios que definen la comparación de ambos hospitales</b>		
<b>INDICADORES</b>	<b>HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA</b>	<b>HOSPITAL SANTA GERTRUDIS</b>
Cantidad de Personal	362	333
Estado de la planta física	En Reconstrucción por RHESSA	En Reconstrucción por RHESSA
Cobertura	319,878 habitantes	160,835 habitantes
Dotación de camas	137	139
Consultorios Médicos	9	14
Consultorios Odontológicos	1	1
Cantidad de quirófanos	5	3
Salas de Rx	2	2
Salas de Ultrasonografía	1	1
Clínicas de colposcopia	1	1
Cantidad de servicios de apoyo.	8	9
Cantidad de comités de apoyo	8	14

Fuente: Elaboración propia con datos del Boletín estadístico de indicadores en salud 2007, Presupuestos institucionales del 2008 y Sistema de información gerencial de cada institución.

Tal y como se puede apreciar en los ítems anteriores, ambos hospitales son bastante similares; ya que la comparación hace énfasis en la forma en que se administran los recursos hospitalarios, por lo que es factible que el hospital Santa Teresa tome como referencia al HNSG para mejorar los logros administrativos actuales e incluso superarlos.

## **10.2 COMPARACIÓN ENTRE AMBOS HOSPITALES.**

Los indicadores de gestión son unidades de medida gerencial que permiten medir y evaluar el desempeño de las organizaciones, frente a sus objetivos, actividades, metas, estrategias, responsabilidades con los grupos de referencia.

Para evaluar y conocer mejor el desempeño de la administración actual del Hospital Nacional Santa Teresa, se harán uso de los siguientes indicadores:

<b>Cuadro I-41: Indicadores para la evaluación de la administración a través del benchmarking</b>		
A. Indicadores de Producción, Cobertura y Distribución de Recursos	Producción: Índices de concentración:	Egresos, Consultas, rotación Egresos por 100/ habitantes por año, consultas por habitante por año.
	Distribución de Recursos:	Gasto per cápita. Presupuesto del hospital
B. Indicadores de Rendimiento	Recetas por egreso, Raciones por egreso, Kilo de ropa lavada por egreso.	
C. Indicadores de Costos Totales y Unitarios, Gastos Afines.	Costo unitario:	del egreso, día cama ocupada, de los servicios



<b>Cuadro I-41: Indicadores para la evaluación de la administración a través del benchmarking</b>		
D. Indicadores de Recursos Humanos	% de participación del costo de recursos humanos en el costo total del servicio. Cantidad de personal. % prestacional Promedio de antigüedad laboral	
E. Indicadores de Calidad	%Satisfacción del cliente	
F. Indicadores de Eficacia	Cumplimiento de metas	

Fuente: Elaboración propia

Estos indicadores serán comparados con su respectivo estándar o con los resultados obtenidos por el Hospital Santa Gertrudis; a fin de evaluar el desempeño del Hospital de Zacatecoluca.

<b>Cuadro I-42: Resultados de la evaluación de indicadores HNST y HNSG</b>		
<b>INDICADORES</b>	<b>HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA (año 2007)</b>	<b>HOSPITAL SANTA GERTRUDIS (año 2007)</b>
Cantidad de Egresos	13,340	14,297
Cantidad de Consultas	63,646	81,225
Ingresos generados por la institución.	\$ 38,080	\$368,630
Egresos por 100/ habitantes por año	4.17%	8.31%
Consultas al año por 100/ habitantes	19.9%	47.22%
Recetas por paciente atendido	3.78 recetas	3.08 recetas
Raciones por egreso	3.96 raciones	2.15 raciones
Costo unitario promedio del egreso	\$187.91	\$188.30
% de participación del costo de recursos humanos en el costo total.	76.4%	74.37%
%Satisfacción del cliente	Servicios de salud: 80% Alimentación: 44% Tiempo de espera: 76%	-

Fuente: Elaboración propia con datos del Boletín estadístico de indicadores en salud 2007, Presupuestos institucionales y Sistema de información gerencial de cada institución.

Como se puede observar en la tabla anterior, para el año 2007, la producción del Hospital Santa Gertrudis fue mayor que la del HNST tanto en hospitalización como en consultas, obteniendo así ingresos de hasta un 90% más, como producto de un mejor aprovechamiento de los recursos y una mayor rotación de pacientes; lo anterior se demuestra en los índices de raciones por egreso que fueron prácticamente el doble para el HNST (3.96) en relación a las raciones por egreso del Hospital de San Vicente (2.15). Los costos unitarios de los servicios de hospitalización son prácticamente iguales en ambos nosocomios.

Todos estos datos, permiten conocer de manera global cual es el desempeño del Hospital Santa Teresa en cuanto a la prestación de los servicios de salud; sin embargo también se necesita evaluar el desempeño del área administrativa del nosocomio, para lo cual se analizará la eficacia de la institución y de cada una de las unidades administrativas del

hospital, además de otros indicadores de desempeño de los servicios administrativos prestados a la institución.

La eficacia de una actividad puede definirse como la medida en que una actividad alcanza su propósito. Esto es equivalente a decir que la eficacia es el logro de los objetivos<sup>61</sup>. Para la determinación de este indicador, se hará uso de los resultados obtenidos de los compromisos de gestión de cada uno de los departamentos administrativos así:

$$\begin{array}{l} \text{\% de metas cumplidas} \\ \text{por departamento} \end{array} = \frac{\sum \text{resultados de compromisos del depto.}}{\text{total compromisos del depto.}} \quad \begin{array}{l} \text{RRHH: 96.8\%} \\ \text{CYM: 100\%} \\ \text{UACI: 100\%} \\ \text{UFI: 74.7\%} \end{array}$$

$$\begin{array}{l} \text{\% promedio de metas} \\ \text{cumplidas en la} \\ \text{institución} \end{array} = \frac{\sum \text{promde cump lim ineto de metas por depto.}}{\text{total depto ad min istrativos}} \quad 92.87\%$$

La meta de cumplimiento de metas para cada uno de estos departamentos es el 100%, se observa que el departamento con un menor desempeño fue la UFI con un 74.7%, esto es debido a que obtuvo 0% en el cumplimiento de uno de los compromisos referido al registro de los insumos médicos en el subsistema de contabilidad.

Otros resultados obtenidos del SIG durante el 2007, que permiten evaluar el desempeño del área administrativa de la institución son:

Cuadro I-43: Comparación de los servicios administrativos de los hospitales Santa Teresa-Santa Gertrudis							
Servicios	Unidad de producción	Volumen de producción			Costos Unitarios		
		HNST	Sn Vicente	Diferen	HNST	Sn Vicente	Diferen.
Capacitación	#CAPACITAC	13.00	164.00	151	3,524.78	323.73	3,201.05
	#PART	345.00	441.00	96	132.82	120.39	9.43
Almacén	ENTREG	8,165.00	3,529.00	4,636	5.83	11.48	5.65
Costurería	PIEZAS	12,914.00	13,433.00	519	4.11	1.94	2.17
Lavandería	LIBRAS	452,615.00	428,345.00	24,270	0.22	0.23	0.01
Reproduc.y dib	#ORDER	11,797.00	0.00		1.39	0.00	
	IMPRES	859,424.00	0.00		0.02	0.00	
Mantto.prevent	ORDPREV	190.00	3,758.00	3,568	2.06	4.19	2.13
Mantto.corret	ORDCOR	2,010.00	3,946.00	1,936	40.35	25.05	15.30
Transporte	KILOM	125,665.00	138,598	12,933	0.33	0.39	0.06
Permisos licen	AUSENC	1,441.00	2,308.00	867	181.58	184.32	2.74

\*Nota: en rojo se encuentran los resultados cuya diferencia es mayor a favor del hospital Santa Gertrudis de San Vicente.

Fuente: Elaboración con base en SIG del Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca<sup>62</sup> y SIG del Hospital Santa Gertrudis de San Vicente 2007<sup>63</sup>.

<sup>61</sup> Fuente: Jaramillo, Antillón J., "Principios de gerencia y Administración de servicios médicos y hospitales"

<sup>62</sup> Ver anexo I-16: SIG Hospital Nacional Santa Teresa.

<sup>63</sup> Ver anexo I-17: SIG Hospital nacional Santa Gertrudis.

A continuación se presentan las observaciones obtenidas de los resultados de los índices de la tabla anterior:

- Capacitaciones: El Hospital Santa Gertrudis realizó un total de 164 capacitaciones contra 13 efectuadas por el Hospital Santa Teresa para el periodo 2007, sin embargo el costo en estas capacitaciones fue un 90.81% más que lo invertido en Santa Gertrudis.
- En el servicio de costurería del hospital Santa Gertrudis, a pesar de tener mayor producción que el hospital Santa Teresa tiene menor costo de servicios y también menores costos unitarios por servicios. La posible causa de este elevado costo unitario en el HNST es porque se produce un desaprovechamiento de recursos esenciales<sup>64</sup>.
- El hospital Santa Gertrudis no cuenta con sección de reproducción por lo cual no tiene recursos ni producciones reportadas en el SIG (y por lo tanto no puede compararse con el hospital Santa Teresa).
- En el HNST solamente se realizaron 190 mantenimientos preventivos contra 3,758 hechos en el Hospital Santa Gertrudis. Estos solo representan el 5% del total de los realizados en el hospital Santa Gertrudis, esto es debido a la inexistencia de planes de mantenimiento preventivo en el Hospital Santa Teresa; lo cual se comprueba con los resultados de las encuestas y entrevistas hechas a las divisiones administrativas, médicas y de apoyo médico del nosocomio.
- En cuanto a los servicios de mantenimiento correctivo, se observa que el hospital Santa Gertrudis, a pesar de tener más órdenes y mayores costos de los mismos, tiene un menor costo unitario de cada mantenimiento correctivo (equivale al 62% del costo del mismo rubro en el hospital Santa Teresa).
- En el resto de los índices no han sido descritos ya que presentan un desempeño igual o inferior al obtenido por el Hospital Nacional Santa Teresa.

### **10.3 RESULTADOS DEL BENCHMARKING.**

En términos generales, se observa que el Hospital Nacional Santa Gertrudis de San Vicente presenta un mejor desempeño en relación al Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca a pesar de tener administraciones similares, esto como resultado de algunos esfuerzos adicionales realizados por el hospital de San Vicente para apoyar el proceso administrativo como los siguientes:

- Planeación: El Hospital de San Vicente, cuenta con 14 comités<sup>65</sup> de los cuales al menos 6 han sido creados para apoyar el desarrollo de las labores administrativas del nosocomio tal es el caso del comité de gestión, comité de organización y planificación, comité de Capacitación y Desarrollo, de Compras, comité del SIG etc., Mientras que el Hospital Santa Teresa por su parte, únicamente cuenta con 10 comités de los cuales solamente el comité del SIG, el comité de gestión y el de planificación han sido creado para apoyar estrictamente actividades relacionadas al área administrativa del Hospital.

---

<sup>64</sup> Conclusión obtenida del manual del SIG en tablas de análisis de posibles causas a problemas encontrados

<sup>65</sup> Ver anexo I-18: Comités Hospital Santa Gertrudis.

Por otra parte, el Hospital Santa Gertrudis, posee misión y visión institucionalizadas<sup>66</sup>, divulgadas y actualizadas, las cuales han sido elaboradas por el administrador del hospital con la ayuda de los jefes de las diferentes áreas del nosocomio y que son consideradas en la planificación de la institución.

También se elabora una planificación a largo plazo (planeación estratégica) y no solo de corto plazo como lo hace Zacatecoluca.

- Organización:

En la organización del Hospital Nacional Santa Gertrudis, también se observan otros esfuerzos para lograr un mejor desempeño administrativo como: la existencia de un organigrama actualizado, acorde a la estructura organizativa actual del nosocomio y que es del conocimiento del personal del Hospital.

Este organigrama<sup>67</sup> obedece a las necesidades detectadas en la institución y al consenso entre los representantes de los diferentes departamentos, el director de la institución y el administrador, este último es el responsable directo de cualquier modificación.

En cuanto a la documentación de los procesos y procedimientos, ambos nosocomios se encuentran en similares condiciones ya que ambos se basan en el Manual Administrativo del SIBASI, el cual no se apega 100% a la realidad de los Hospitales Nacionales. Sin embargo, para el departamento de Conservación y Mantenimiento del Hospital de San Vicente la situación es diferente, ya que ese departamento cuenta con su propio manual en el cual se establecen los principales procedimientos y formatos utilizados para realizar las principales funciones de mantenimiento.

- Dirección

Para la fase de dirección, donde se logra la realización efectiva de todo lo planeado, por medio de la autoridad de la administración; el hospital Santa Gertrudis, cuenta con un Director General que se encarga del ejercicio de la autoridad y la toma de decisiones en la institución; así como también se apoya en un Sub-director y un Administrador para llevar a cabo el quehacer administrativo y vigilar el cumplimiento adecuado de las ordenes emitidas.

Esto permite, al director no solamente reducir la carga de trabajo para concentrarse en la búsqueda de oportunidades para la institución, sino también ejercer un mejor control tanto en el área administrativa como en el área médica del Hospital, tratando de obtener el máximo rendimiento de los empleados.

- Control:

El control en ambos nosocomios se realiza de manera similar a través de los resultados de los compromisos de gestión y del SIG, los cuales son los mismos para ambas instituciones.

---

<sup>66</sup> Ver anexo I-19: Misión y Visión Hospital Santa Gertrudis

<sup>67</sup> Ver anexo I-20: Organigrama Hospital Nacional Santa Gertrudis.

Todos estos esfuerzos realizados en la administración del Hospital Santa Gertrudis han tenido sus efectos, produciendo: ingresos de fuentes propias durante el 2007 de \$368,630 contra los \$38,080 de Zacatecoluca, esto como producto de contratos con otras instituciones; una mayor rotación de pacientes lo que produce un mejor aprovechamiento de los recursos existentes, incrementando así la eficiencia de la institución. El HNST tiene un índice ocupacional del 80.97% siendo el estándar ideal 90%, esto indica la existencia de capacidad instalada ociosa que representa pérdidas para la institución ya que cada una de las camas en el hospital tienen en cierta forma una cantidad del presupuesto asignado que está siendo desaprovechado.

Por lo tanto, el Hospital Santa Teresa debe procurar buscar nuevas fuentes de financiamiento (por ejemplo los contratos con otras instituciones) que ayuden a la generación de mayores ingresos para el mejoramiento del nosocomio; pero esto solamente se logrará a través del aumento en la calidad y eficiencia de los servicios prestados a los pacientes.

El hospital Santa Gertrudis obtiene esos ingresos de fuentes como: contratos con Bienestar Magisterial, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Pensionados y otros ingresos por ventas de servicios. Mientras que Zacatecoluca solamente cuenta con algunos convenios con escuelas de enfermería, Universidades y con el ISSS por servicios de emergencias; estas fuentes resultan ser pocas en comparación a lo obtenido por San Vicente, y dado que se trata de instituciones de capacidad de atención semejante y que existe capacidad ociosa en el Hospital de Zacatecoluca, se observa la posibilidad de lograr resultados similares, a través de un mejor aprovechamiento de los recursos y de la realización de marketing para generar nuevos convenios.

#### **10.4 OPORTUNIDADES DE MEJORA ENCONTRADAS A PARTIR DEL BENCHMARKING**

- Pocos mantenimientos preventivos apenas un 5.05% de los efectuados por el Hospital Santa Gertrudis.
- Índice ocupacional 10.03% por debajo del estándar.
- Bajos ingresos propios 90% inferiores a los obtenidos por Santa Gertrudis.

## 11. SÍNTESIS DEL DIAGNÓSTICO

### 11.1 SÍNTESIS CUANTITATIVA.

A partir de la información obtenida de las diferentes herramientas de recolección y análisis utilizadas en la investigación de campo, se realizará la calificación general de la administración por medio de algunos indicadores globales y el grado de acoplamiento de la situación actual de la administración al modelo ideal planteado.

Para medir el grado de adecuación de la administración actual del hospital Nacional Santa Teresa con el modelo administrativo ideal planteado, se realizó un checklist con todos aquellos elementos deseables en la administración, señalándose aquellos que son cumplidos por la administración actual obteniéndose los siguientes resultados:

#### a) PLANEACIÓN

Componentes	Cumplimiento	
	Si	No
Misión (Institucionalizada y divulgada).		√
Visión (Institucionalizada y divulgada).		√
Objetivos (establecidos y divulgados)	√	
Metas	√	
Estrategias	√	
Políticas	√	
Presupuestos	√	
Plan estratégico		√
Plan táctico	√	
Plan operativo	√	
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>3</b>

$$Adecuación\_planeación = \frac{\text{Elementos cumplidos}}{\text{Elementos faltantes}} = 70\%$$

Este resultado, refleja un 70% de adecuación entre los requerimientos del modelo administrativo ideal y la situación actual de la fase de planeación de la administración del HNST.

#### b) ORGANIZACIÓN

Componentes	Cumplimiento	
	Si	No
Funciones bien definidas	√	
Definición de Puestos	√	
Estructura organizativa institucionalizada		√
Seguimiento de normativas y leyes	√	
Documentación de procesos y procedimientos institucionales actualizados.		√
Comunicación oportuna	√	
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>2</b>

$$Adecuación\_organización = \frac{Elementos\ cumplidos}{Elementos\ faltantes} = 66.67\%$$

Para la fase de organización se obtuvo un 66.67% de ajuste entre los requerimientos del modelo administrativo ideal y la situación actual de la institución.

#### c) DIRECCIÓN

Componentes	Cumplimiento	
	Si	No
Trabajo en equipo		√
Descentralización	√	
Participación de los empleados	√	
Reconocimiento a la autoridad	√	
Autoridad en las dependencias	√	
Mecanismos para la toma de decisiones	√	
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>1</b>

$$Adecuación\_dirección = \frac{Elementos\ cumplidos}{Elementos\ faltantes} = 83.33\%$$

Para la fase de dirección se obtuvo un 83.33% de ajuste entre los requerimientos del modelo administrativo ideal y la situación actual de la institución.

#### d) CONTROL

Componentes	Cumplimiento	
	Si	No
Estándares de cantidad administrativos		√
Estándares de calidad		√
Estándares de tiempo	√	
Estándares de costos		√
Evaluación del desempeño	√	
Medición de satisfacción de los clientes		√
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>4</b>

$$Adecuación\_control = \frac{Elementos\ cumplidos}{Elementos\ faltantes} = 33.33\%$$

Este resultado, refleja un 33.33% de adecuación entre los requerimientos del modelo administrativo ideal y la situación actual de la fase de dirección de la administración del HNST.

A partir de las calificaciones obtenidas para cada una de las fases del proceso administrativo se puede inferir un resultado global, que permita evaluar la administración del Hospital Nacional Santa Teresa, a través del cálculo del promedio de dichos datos.

El resultado obtenido para la institución, refleja un nivel de adecuación de la administración actual de un 63.33%, con respecto al modelo planteado como ideal en el presente estudio a partir de diferentes fuentes bibliográficas consultadas.

e) INDICADORES DE DESEMPEÑO:

Otros indicadores que permitirán evaluar la administración a partir de la información recopilada de la investigación son:

Nombre	Descripción	Resultado
Eficacia de la administración <sup>68</sup>	Cumplimiento de las metas de la administración	92.28%
Eficiencia administrativa	Eficiencia de los procedimientos, relación entre el tiempo efectivo sobre el total del tiempo invertido en el procedimiento.	52.9%
Satisfacción de los clientes internos <sup>69</sup>	Nivel promedio de satisfacción mostrada por las áreas médicas con respecto a los servicios ofrecidos por el área administrativa.	66.67%
Satisfacción de los clientes externos <sup>70</sup>	Nivel de satisfacción general mostrado por los clientes con los servicios de salud recibidos.	80%
Productividad <sup>71</sup>	Servicios prestados entre los costos incurridos para la prestación de ese servicio.	0.0053 egresos/dólar 0,0486 consultas/dólar
Índice de rotación de camas.	Permite conocer el nivel de aprovechamiento del recurso cama y de todos aquellos otros recursos asignados para el funcionamiento de la misma en la institución. Respecto al estándar (90%.) establecido por el MSPAS	80.1%
Satisfacción del personal <sup>72</sup>	Nivel de satisfacción que le proporciona su trabajo.	93.33%

Todos estos indicadores proporcionan una síntesis del desempeño actual de la administración del Hospital Santa Teresa, observándose debilidades principalmente en la fase de control del proceso administrativo; así como en los niveles de eficiencia de la institución (52.9% en los procedimientos y 80.1% en aprovechamiento del recurso cama).

Por otra parte sobresale un bajo grado de satisfacción de los clientes internos (áreas médicas) como producto de la baja calidad de los servicios proporcionados por las áreas administrativas, teniéndose quejas como: mala calidad en los productos adquiridos por la UACI, falta de insumos médicos por desabastecimiento del almacén, tardanza en el cumplimiento de las órdenes de mantenimiento, equipo obsoleto para esterilizaciones, etc.), lo cual dificulta la prestación de servicios de calidad a los pacientes del nosocomio.

Otro aspecto importante de mencionar, a la hora de calificar la administración, son los resultados obtenidos del estudio de clima laboral efectuados en las diferentes áreas del Hospital Santa Teresa; los cuales señalan como principal factor de insatisfacción de los empleados las prestaciones y beneficios recibidos por parte de la institución. Además se lograron identificar algunos problemas relacionados con la comunicación y cooperación entre dependencias; ya que se encontró que solamente el 60% de los encuestados considera recibir fácilmente la información que solicita de otras unidades para la realización de sus labores. Lo que viene a reafirmar algunas quejas relacionadas a la falta de integración recibidas en las entrevistas realizadas al área administrativa, como el caso

<sup>68</sup> Fuente: Promedio de los compromisos de gestión de las áreas administrativas.

<sup>69</sup> Fuente: promedio de secciones y departamentos de la división médica que no manifestaron quejas de los servicios prestados por los departamentos de la división administrativa.

<sup>70</sup> Fuente: Resultados de encuesta a pacientes.

<sup>71</sup> Fuente: SIG, 2007.

<sup>72</sup> Fuente: Medición del clima organizacional.



de la UFI que obtuvo 0% en el cumplimiento de uno de los compromisos de gestión del 2007, porque no contaba con la información que necesitaba de almacén para llevar a cabo su labor; además de la falta de un objetivo común para los diferentes departamentos de la institución que inspire la consecución de un mismo fin.

Cabe mencionar, que de acuerdo con la información recopilada el 98.6% de los encuestados manifiesta estar abierto a los cambios que favorezcan el buen funcionamiento de la institución, aunque estos cambios afecten la forma en la que actualmente realizan su trabajo.

Con la ayuda de la información anterior y de la obtenida de la investigación, se procede a la definición del problema principal de la Administración, el cual debe englobar las diferentes oportunidades de mejora detectadas y expresarlas de forma breve y clara.

### **11.2 SÍNTESIS CUALITATIVA.**

A partir de la información recolectada en la investigación de campo, se han detectado algunas oportunidades de mejora relacionadas con la administración por cada una de las divisiones del nosocomio, estas serán agrupadas a continuación, a fin de determinar el problema central que aqueja a la administración del HNST.

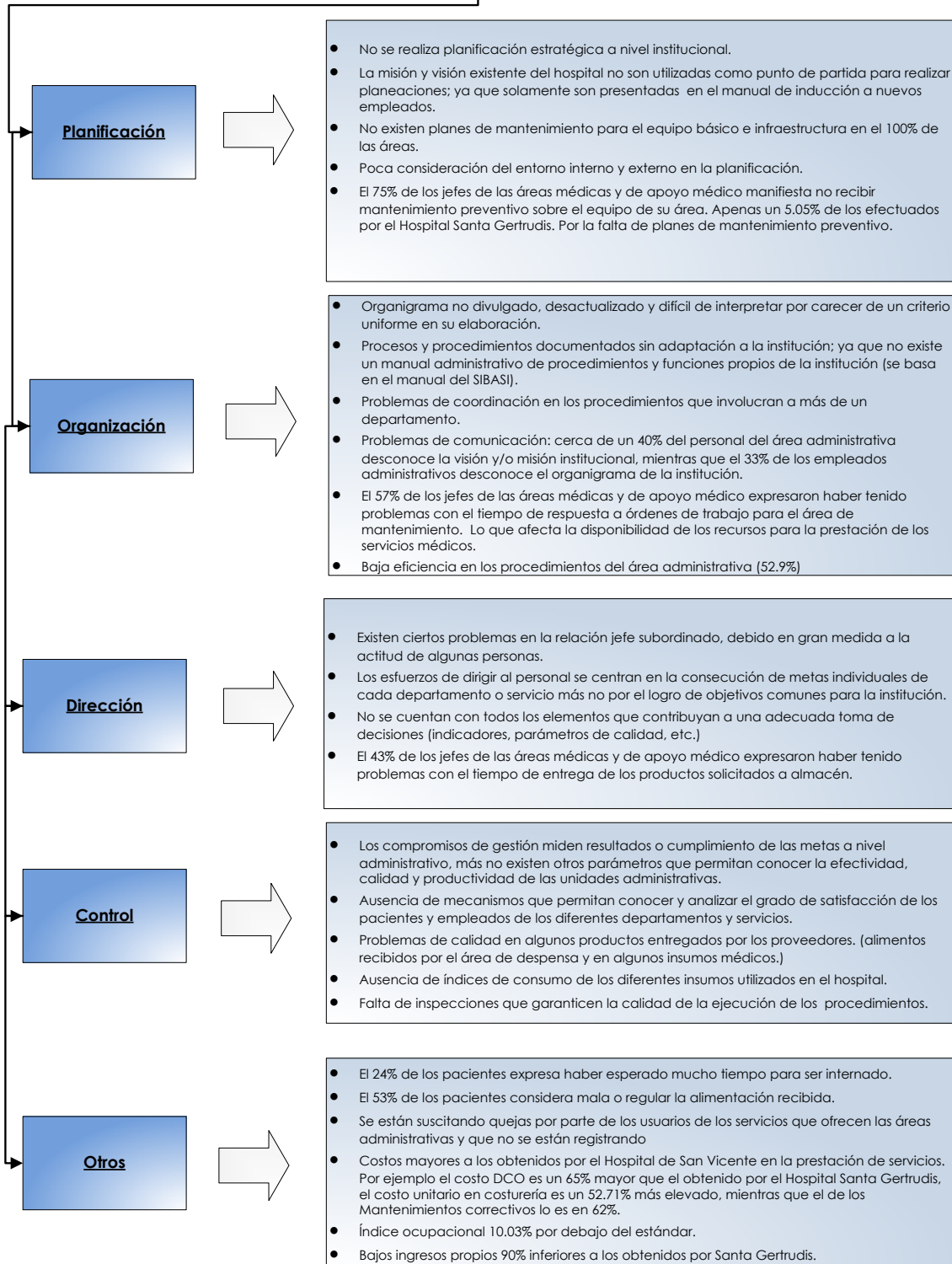
Para ello se hará uso del diagrama de afinidad, el cual es "un método de categorización en el que los usuarios clasifican varios conceptos en diversas categorías. Este método suele ser utilizado por un equipo para organizar una gran cantidad de datos de acuerdo con las relaciones naturales entre los mismos" (Hom, 1998).

En el diagrama de afinidad, los problemas identificados han sido clasificados en 5 categorías, 4 de las cuales están referidas a las fases del proceso administrativo, una quinta agrupa otra serie de problemas. Se agruparon de esa manera a fin de identificar más claramente la forma en que estos impactaban a la administración del Hospital Santa Teresa y así facilitar la definición general de la problemática central identificada.

Imagen I-44: Diagrama de afinidad de oportunidades de mejora de la administración del

HNST

¿Cuáles son los problemas administrativos que obstaculizan la prestación de servicios médicos de calidad en el HNST?



## **CAPÍTULO 3:**

# **DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA**

---

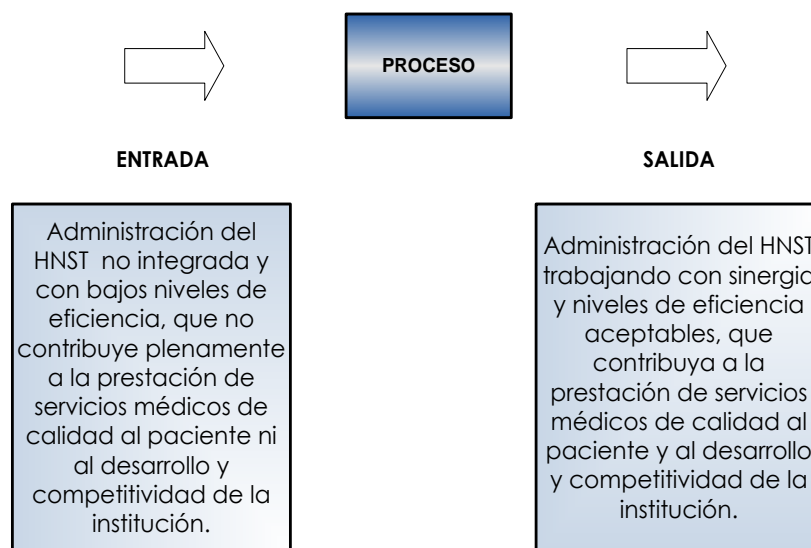
## **1. ANÁLISIS Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA:**

---

El análisis y definición del problema se hará siguiendo la metodología del marco lógico como se muestra a continuación:

### **1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA:**

A fin de analizar apropiadamente la situación actual de la Administración del Hospital Nacional Santa Teresa, es necesario identificar y definir el problema principal de la misma, con el propósito de establecer sus verdaderas causas y efectos. Para ello se hará uso del método de la caja negra que ayudará a definir claramente la situación actual y la situación deseada luego de la implementación del Sistema Administrativo para el nosocomio.



Fuente: Elaboración propia

**Formulación:** La administración actual del HNST, funciona a partir de la dirección y 4 departamentos administrativos que son: la Unidad Financiera Institucional, Unidad de Adquisiciones y contrataciones, Conservación y Mantenimiento y el Departamento de Recursos Humanos. Actualmente, estos departamentos se encuentran trabajando aisladamente uno del otro ya que la institución no cuenta con ningún objetivo o meta común que oriente el accionar de los mismos; esto limita sus posibilidades de desarrollo y reduce la eficiencia y eficacia, disminuyendo con esto la competitividad y la calidad de los servicios prestados por la institución.

Actualmente, la eficiencia y la eficacia de la administración del nosocomio ronda el 52.9% y 92.28% respectivamente lo cual resulta ser un porcentaje inferior al esperado para la institución. Por lo que se hace necesaria la implementación de un sistema administrativo que ayude a fusionar el trabajo realizado por las distintas unidades y

obtener así mejores resultados, logrando con esto un mayor aprovechamiento de los recursos disponibles y mejorar la calidad de los servicios prestados por la administración.

## **1.2 ANÁLISIS DE LA PROBLEMÁTICA<sup>73</sup>.**

**Situación Actual:** Administración del HNST no integrada y con bajos niveles de eficiencia, que no contribuye plenamente a la prestación de servicios médicos de calidad al paciente ni al desarrollo y competitividad de la institución.

### **Variables de Entrada**

- Programas y lineamientos del MSPAS y la dirección regional de salud.
- Nivel de capacitación del personal.
- Cobertura de los servicios de salud.
- Recurso financiero.
- Recursos materiales.
- Requerimientos de los departamentos y servicios del hospital.
- Necesidades de los pacientes.
- Políticas gubernamentales.
- Otras condiciones del ambiente externo.

**Situación Esperada:** Administración del HNST trabajando con sinergia y niveles de eficiencia aceptables, que contribuya a la prestación de servicios médicos de calidad al paciente y al desarrollo y competitividad de la institución.

### **Variables de Salida**

Eficiencia Administrativa.

Eficacia<sup>75</sup>

Índice de satisfacción integral.

### **Limitaciones de Salida**

Mayor al 70%<sup>74</sup>

Mayor que 90%

Mayor que 70%

### **Variables de solución:**

- Técnicas y metodologías utilizadas en la solución.
- Cantidad de procesos y procedimientos.
- Nivel de descentralización de las decisiones.
- Cantidad de controles definidos.
- Cantidad de planes y programas.
- Tipo de organización.
- Cantidad de recursos.

### **Restricciones:**

- El tiempo de desarrollo debe ser de 12 meses.

---

<sup>73</sup> Según proceso de diseño (E. Krick)

<sup>74</sup> Organización y Métodos. A. Guerra, Jorge, Consultor Organizacional y Director de Management en Salud. Boletín Electrónico Management en Salud. Buenos Aires, Argentina, 2005.

<sup>75</sup> Cumplimiento de objetivos, metas, compromisos de gestión, etc.

- Los costos aproximados de implementación de la propuesta no deben sobrepasar 10% del costo asignado al desarrollo institucional.
- Leyes, normativas, reglamentos y demás directrices bajo las cuales se rige el hospital

**Criterios:**

- Bajo costo de implementación.
- Grado de calidad de los servicios y productos a obtener.
- Preferencia de la contrate.
- Tiempo de la implementación.
- Grado de adecuación de la solución a las necesidades de la institución.
- Aprovechamiento del recurso humano actual.
- Flexibilidad.

**Utilización:**

5 años, con revisiones periódicas.

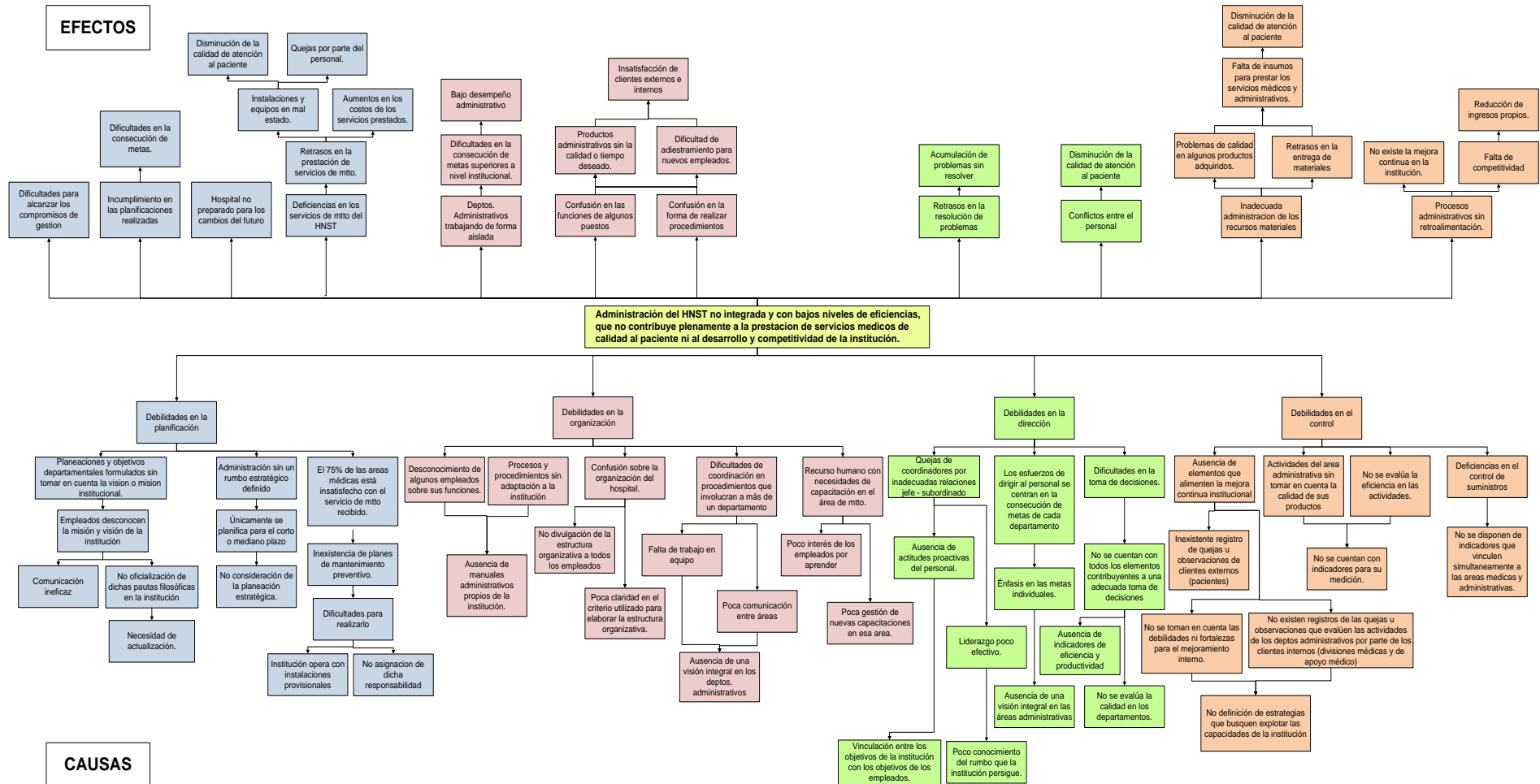
**1.3 ÁRBOL DE PROBLEMAS:**

Para ayudar a identificar las causas y efectos del problema que se ha establecido como el principal, se procede a la elaboración de un árbol de problemas, que representa un resumen de la problemática y facilita el análisis e identificación de posibles alternativas de solución basadas en diferentes enfoques administrativos para el sistema administrativo. (Ver Imagen)

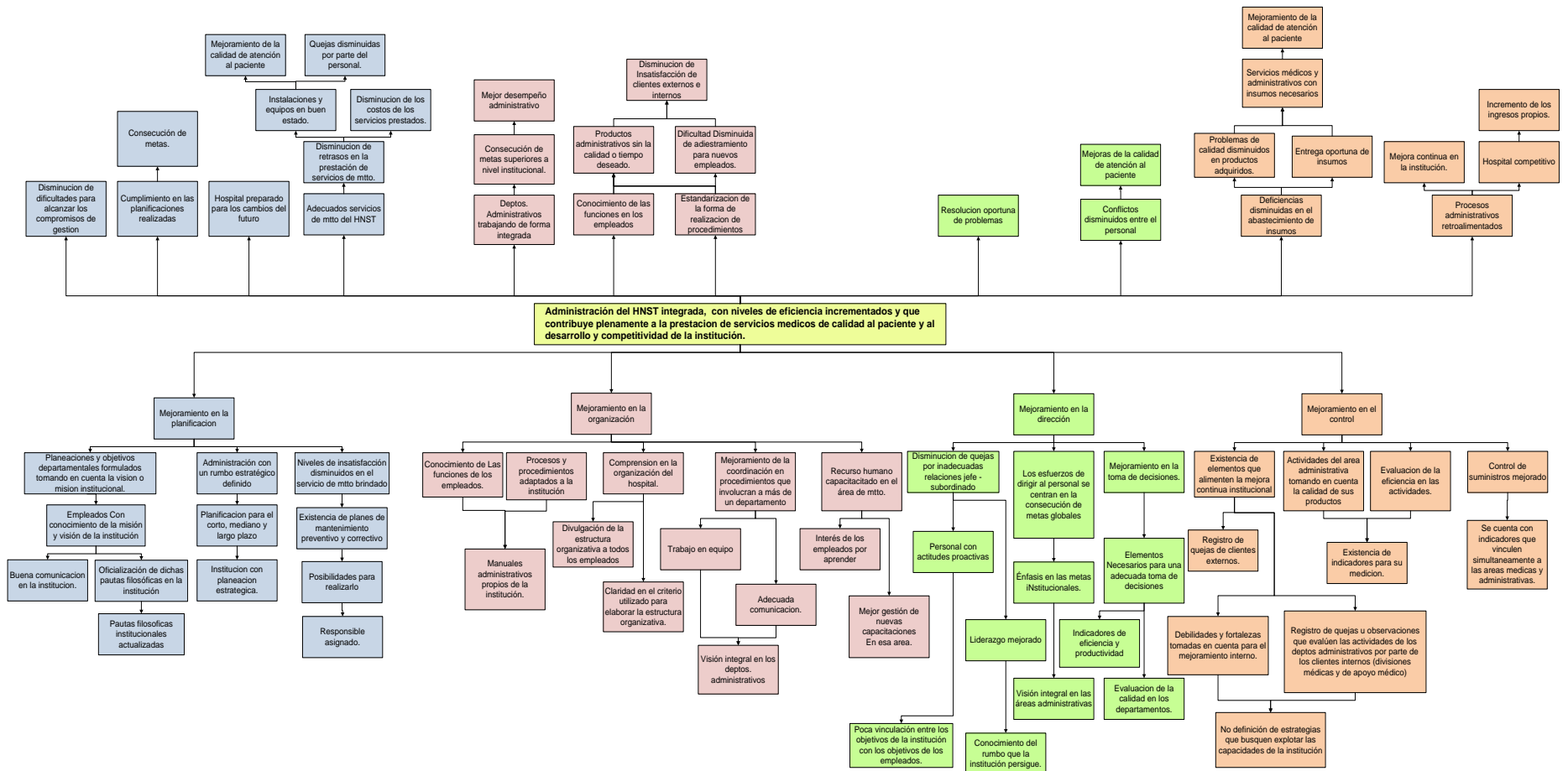
**1.4 ÁRBOL DE OBJETIVOS:**

Una vez elaborado el árbol de problemas se procede a cambiar todas las condiciones negativas del árbol de problemas a condiciones positivas, con el propósito de conocer los medios y fines que deberá contener la solución así como identificar el objetivo central o propósito del proyecto. (Ver imagen).

# Imagen D45: ÁRBOL DE PROBLEMAS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ADMINISTRACIÓN DEL HNST



# Imagen D46: ÁRBOL DE OBJETIVOS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ADMINISTRACIÓN DEL HNST





## **CAPÍTULO 4:**

# **BÚSQUEDA DE LA SOLUCIÓN**

---

## 1. DEFINICIÓN DE ALTERNATIVAS

---

### 1.1 ALTERNATIVA 1: SISTEMA ADMINISTRATIVO BAJO ENFOQUE POR PROCESOS

La implementación de un sistema administrativo bajo el enfoque orientado a procesos en el hospital nacional Santa Teresa se hace necesaria, ya que de acuerdo a la situación actual de la administración se debe lograr un encadenamiento y ordenamiento secuencial de los procedimientos, actividades y tareas para conseguir resultados que satisfagan plenamente los requerimientos de los clientes (pacientes y divisiones médicas). El enfoque orientado por procesos busca enmarcar a la institución de la manera siguiente:

Imagen I-47: Esquema enfoque orientado a procesos.



Fuente: Gestión por procesos, para mejorar la atención del usuario en los establecimientos de salud del sistema nacional de salud.

#### 1.1.1 Ventajas:

- Centrado en el cliente.
- Cambia/reemplaza procesos y estructuras ineficientes.
- Reduce la burocracia interna.
- Premia al mejoramiento del desempeño.

#### 1.1.2 Desventajas:

- A veces produce cambios demasiado rápidos y provoca inestabilidad.
- Medidas drásticas para reducir costos.
- Bajo grado de participación externa.
- Magnifica la importancia de lo micro mientras reduce la relevancia de lo macro.

#### 1.1.3 Requerimientos para la implementación:

- Identificar clientes de la administración del hospital y sus necesidades.
- Definir servicios/productos.
- Definir recursos
- Describir procesos
- Diagramar procesos (Mapa de procesos)
- Análisis de datos y mejoras de procesos

- Tiempo de implementación<sup>76</sup>: aproximadamente 6 meses.
- Costos: Los costos en los que incurrirá la institución con la implementación de la solución son: costos de capacitación (que puede ser realizada por el equipo consultor), insumos de oficina, horas hombre del personal involucrado, entre otras. Los cuales no representan una inversión significativa para el hospital.

## **1.2. ALTERNATIVA 2: SISTEMA ADMINISTRATIVO BAJO UN ENFOQUE DE CALIDAD**

Un sistema administrativo bajo un enfoque de calidad le permitirá al Hospital Nacional Santa Teresa evaluar y dirigir el desempeño institucional en términos de calidad y de satisfacción tanto de sus clientes internos y externos, de manera sistemática. Un enfoque de calidad conocido mundialmente y del que parten muchos otros sistemas de calidad (entre ellos el Sistema de gestión de la calidad para entidades públicas) es el planteado en la norma ISO 9000; el cual enmarcaría a la institución de la siguiente manera:

Imagen I-48: Modelo de un sistema de gestión de la calidad



Fuente: Norma técnica de calidad en la gestión pública NTCGP 1000, ICONTEC  
(Basado en la norma ISO 9000)

<sup>76</sup> Según: Gestión por procesos, para mejorar la atención del usuario en los establecimientos de salud del sistema nacional de salud en Perú.

### 1.2.1 Ventajas<sup>77</sup>:

- Permitirá facilitar la medición de la Eficiencia y efectividad en los departamentos administrativos.
- Establecerá mecanismos de comunicación con los clientes externos e internos.
- Es centrado en el cliente y sus demandas.
- Mejora procesos, productos y servicios.
- El proceso de mejoramiento es continuo.
- Forma equipos permanentes.
- Premia a la calidad.

### 1.1.2 Desventajas:

- Requiere mucho tiempo para su implementación.
- Requiere muchos recursos financieros para su implementación.
- El control del trabajador por el trabajador.
- A veces genera competencia negativa entre los equipos.

### 1.2.3 Requerimientos para la implementación:

- Identificar los procesos que inciden en el cumplimiento la razón de ser de la institución.
- Determinar la secuencia e interacción de estos procesos,
- Determinar los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces y eficientes,
- Asegurarse de la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos,
- Realizar el seguimiento, la medición y el análisis de estos procesos,
- Implementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos.
- Identificar y diseñar, los puntos de control sobre los riesgos de mayor probabilidad de ocurrencia o que generan un impacto considerable en la satisfacción de necesidades y expectativas de calidad de los clientes, en las materias y funciones que le competen a cada entidad.

- Tiempo de implementación aproximado de un sistema de calidad<sup>78</sup>

Las etapas de implementación y su duración dependen del tipo de empresa a certificar, sus procesos, y la complejidad de su organización. El tiempo y esfuerzo entregado por el personal de la empresa también afectan directamente la implementación. La duración puede ser entre uno a dos años aproximadamente.

<b>Etapas</b>	<b>Duración (aprox.)</b>
Sensibilización y Diagnostico	1 - 2 Semanas
Documentación	2 - 20 Semanas

<sup>77</sup> Según el Sistema de gestión de la calidad para entidades públicas (NTCGP1000 - ICONTEC)

<sup>78</sup> No se incluye la implementación del enfoque orientado a procesos (cuya duración aproximada de 6 meses)

<b>Cuadro I-44: tiempo de implementación aproximado de un sistema de calidad<sup>79</sup>.</b>	
<b>Etapa</b>	<b>Duración (aprox.)</b>
Implementación	2 – 10 Semanas
Curso de auditorías internas	1 - 4 Semanas
Auditorías Internas	2 - 6 Semanas
Acciones correctivas	2 - 8 Semanas
Revisión gerencial	2 - 4 Semanas
Pre-auditoría	2 - 5 días
Acciones Correctivas	2 - 8 Semanas
Auditoría de Certificación	2 - 5 días
Acciones Correctivas y certificación	2 - 8 Semanas

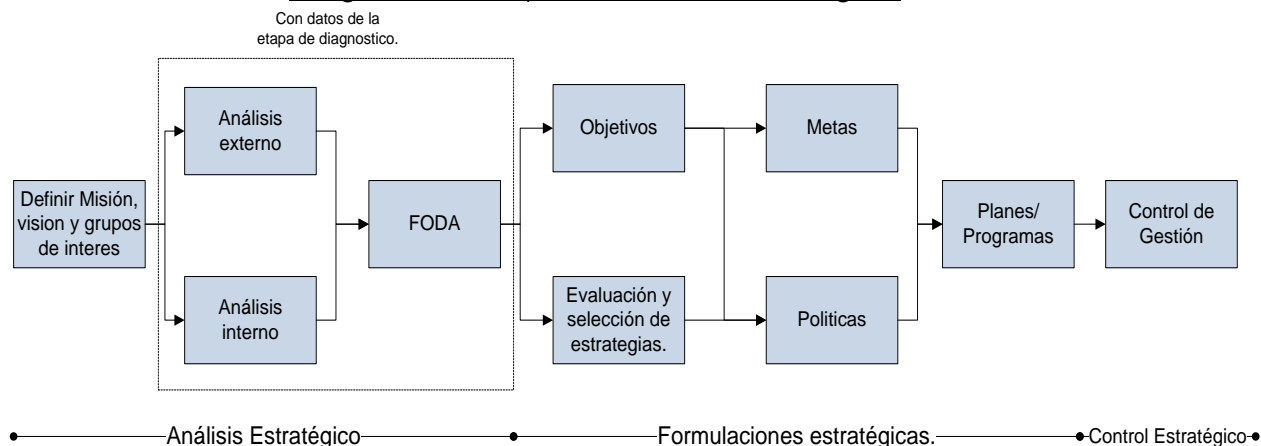
Fuente: Preguntas frecuentes sobre el Sistema de gestión de la calidad para entidades públicas (NTCGP1000 - ICONTEC)

- Costos de de asesoría para la implementación de un sistema de gestión de la calidad:  
Los costos de asesoría dependen del tamaño de la empresa y sus requerimientos. Los honorarios de asesoría son por hora y el valor de todo el proceso oscila los \$4,000 aproximadamente (Según preguntas frecuentes sobre el sistema de gestión de calidad para entidades públicas).

### **1.3. ALTERNATIVA 3: SISTEMA ADMINISTRATIVO BAJO ENFOQUE DE GESTIÓN ESTRATÉGICA**

Orientar a la administración del hospital nacional Santa Teresa bajo un enfoque de gestión estratégica permitirá el enrutamiento de los esfuerzos de la institución en pro de su desarrollo y crecimiento, acompañado de una proyección a largo plazo que le permitirá entre otras cosas el cumplimiento satisfactorio de los programas de los niveles superiores del Ministerio de Salud, la incorporación del hospital en escenarios favorables o desfavorables y contribuirá al establecimiento de objetivos superiores a largo plazo; integrando y dando un sentido de unidad institucional al comunicarlo a toda la estructura. También será la base para plantear un sistema administrativo efectivo a través del adecuado establecimiento de un sistema de seguimiento y control organizativo. Una aproximación del enfoque de dirección estratégica es la siguiente:

Imagen I-49: Enfoque de dirección estratégica.



Fuente: modulo de dirección estratégica de hospitales, Universitat de Barcelona.

### 1.3.1 Ventajas:

A nivel institucional:

- Definirá el rumbo estratégico del hospital y lo mantendrá proyectado hacia el futuro.
- Funcionamiento institucional más integrador y de mayor sinergia ya que todas las acciones de las divisiones contribuirán al cumplimiento de la misión y visión. Aportando así una visión global de la organización en sus relaciones internas.
- Integración de los planes de trabajo con los objetivos institucionales para orientar el trabajo a los aspectos verdaderamente importantes.
- Definición de una estrategia que explote mejor las capacidades de la institución en relación con las oportunidades externas para lograr ventajas competitivas sostenibles.
- Mayor grado de liderazgo en los coordinadores, ya que están al tanto del rumbo que la institución persigue.
- Comunicación eficaz con los responsables de todos los niveles de la organización para transmitir lo que la institución espera de ellos.
- Lograr mayor vinculación entre los objetivos de la institución y los de los empleados que laboran en esta, ya que tendrán definida la contribución de su puesto con el objetivo general.
- Capacidad de disponer de equipos directivos eficaces y de organigramas adecuados donde fluyan las decisiones.
- Convicción de que las decisiones se deben basar en lograr efectividad de las metas.
- Lograr una mayor certidumbre que atenuará el riesgo vinculado a los servicios de salud (Disminución de imprevistos y extras)
- Disponer de sistemas de control que sirvan simultáneamente a los intereses de las decisiones médico hospitalarias y de gestión.
- Existencia de sistemas de medición que estimulen al desarrollo e indicadores que se vinculen con el cumplimiento de los objetivos.
- Introducir la cultura de autoevaluación en la institución.
- Contribuirá a la mejora continua ya que se identificarán y desarrollarán las fortalezas y trabajar en la superación de las debilidades.
- Conocer las necesidades o grado de satisfacción que tiene la población frente a lo que el hospital produce (por medio del análisis interno y externo).
- La implementación de un enfoque estratégico en la administración del hospital producirá beneficios relacionados con la capacidad de realizar una administración más eficiente, reorientando recursos humanos y materiales, lo que permitiría aumentar la eficiencia y mejorar la calidad de los servicios prestados.

En las personas:

- Objetivos claros y definidos.
- Centrar el trabajo en lo importante (lo que contribuye a los objetivos).
- Generadores de cambio.
- Toma de decisiones de acuerdo con los valores de la organización.
- Medir el progreso, evaluar.
- Tomar en cuenta al cliente.
- Fomentar el riesgo. Aceptar los errores que sirven de experiencia para aprender.
- Orientarse a las oportunidades.

### **1.3.2 Desventajas:**

- Requiere mucho tiempo para obtener grandes resultados.
- Si no se toma en cuenta la cultura organizacional, corre el riesgo de generar apenas nuevos documentos pero no un Nuevo comportamiento organizacional.
- Generalmente no cambia los métodos de trabajo.

### **1.3.3 Requerimientos para la implementación:**

- Definición de la visión, misión y valores.
- Estudio con profundidad del entorno. Descripción de amenazas y oportunidades.
- Análisis detallado de la propia organización. Descripción de puntos débiles y puntos fuertes.
- Establecimiento de los objetivos prioritarios.
- Análisis de las estrategias adecuadas para llevar a cabo los objetivos.
- Establecimiento de controles.
- Definición de los planes de acción para la implementación de las estrategias escogidas.
- Evaluación de los resultados.
- Costos: Los costos en los que incurrirá la institución con la implementación de la solución son: costos de capacitación (que puede ser realizada por el equipo consultor), insumos de oficina, horas hombre del personal involucrado, entre otras. Los cuales no representan una inversión significativa para el hospital.

---

## **2. EVALUACIÓN DE ALTERNATIVAS.**

---

Para determinar la alternativa que se apegue a las necesidades del hospital Nacional Santa Teresa se utilizará una calificación ponderada, la cual se basa en los siguientes pasos:

- Definir los criterios a evaluar y asignar un peso entre 0.0 (no importante) hasta 1.0 (muy importante) a cada criterio, el peso otorgado expresa la importancia relativa del mismo, y el total de todos los pesos en su conjunto debe tener la suma de 1.0 (100%)
- Asignar una calificación de 1, 3 o 5 a cada criterio en orden de importancia, donde el 1 es irrelevante y el 5 se evalúa como muy importante.
- Efectuar la multiplicación del peso de cada factor para su calificación correspondiente, para determinar una calificación ponderada de cada criterio.
- Sumar las calificaciones ponderadas de cada alternativa para determinar la que más se acople a las necesidades y criterios de la institución.

### **2.1 ESPECIFICACIÓN DE CRITERIOS.**

En el siguiente cuadro se muestra la especificación de criterios, la asignación del peso otorgado a cada uno y la justificación del por qué es importante dicho criterio:

Cuadro I-45: Criterios de evaluación			
No.	Criterios	Peso	Justificación.
1	Costos de implementación.	20%	Desde el punto de vista de la contraparte, este es uno de los criterios más importantes ya que por ser una entidad pública, no cuenta con una fuente de ingresos propia que podría ser destinada a proyectos de mejora de gran envergadura a nivel institucional. Por lo que es importante tomar en cuenta el costo de la inversión que tendría que hacer la institución.
2	Calidad de los servicios y productos.	15%	Es necesario tomar en cuenta el impacto que la solución tendrá en el grado de satisfacción de los clientes externos e internos de los productos y servicios prestados por el hospital.
3	Preferencia de la contraparte.	10%	La preferencia de la dirección del hospital es importante y su elección se basa en los conocimientos médicos y administrativos que posee el director.
4	Tiempo de la implementación.	15%	El tiempo de implementación es un factor importante para tomar una decisión ya que una propuesta que necesite mucho tiempo, conllevará mayores costos y posiblemente mayor participación de los empleados, por lo que es necesario tomar en cuenta la que necesite un tiempo menor.
5	Grado de concordancia con los requerimientos de sistemas de gestión (de hospitales) sugeridos por el MSPAS.	25%	El ministerio de Salud otorga libertad a los hospitales para realizar su gestión <sup>80</sup> , es decir no sugiere un modelo administrativo específico a implementarse; pero hace hincapié en ciertos requerimientos que deberían incluirse para la administración del hospital, por lo que es importante tomar en cuenta aquella alternativa que se apege mejor a dichas recomendaciones.
6	Aprovechamiento del recurso humano actual.	15%	Se refiere al grado de aprovechamiento de los recursos actuales del hospital que puedan contribuir a lograr la implementación de la solución.

Fuente: Elaboración propia.

## **2.2 ESCALA DE PONDERACIÓN DE CRITERIOS.**

Con el propósito de obtener un proceso de evaluación mas objetivo, se asignará a cada criterio una escala de calificación, los cuales se especifican a continuación:

### **a) Costos de implementación<sup>81</sup>.**

PUNTUACION	SIGNIFICADO
5	La institución no incurrirá en costos significativos para implementar la propuesta.
3	Los costos aproximados de implementación de la propuesta sobrepasan al 5% del costo asignado al desarrollo institucional.
1	Los costos aproximados de implementación de la propuesta sobrepasan al 10% del costo asignado al desarrollo institucional.

Fuente: Elaboración propia.

### **b) Calidad de los servicios y productos.**

PUNTUACION	SIGNIFICADO
5	La calidad obtenida con la solución contribuirá a cumplir las expectativas actuales y potenciales de los clientes.
3	La calidad obtenida con la solución contribuirá a cumplir las expectativas

<sup>80</sup> Fuente: Reglamento General de Hospitales Artículo 1: Los hospitales tienen la función de desarrollar la función de desarrollar los procesos de planificación, organización, dirección y control de las acciones de salud y entrevista con el director del HNST.

<sup>81</sup> Costos asignados al desarrollo institucional en 2007 en el HNST: \$45,822.09



PUNTUACIÓN	SIGNIFICADO
	actuales de los clientes.
1	La propuesta no incide directamente en la calidad de los productos y servicios.

Fuente: Elaboración propia.

c) Preferencia de la contraparte<sup>82</sup>.

PUNTUACION	SIGNIFICADO
5	La contraparte muestra gran interés en la solución.
3	La contraparte muestra interés relativo en la solución.
1	La contraparte no se ve interesada en la solución.

Fuente: Elaboración propia.

d) Tiempo de la implementación<sup>83</sup>.

PUNTUACION	SIGNIFICADO
5	El tiempo de implementación es menor a seis meses.
3	El tiempo de implementación de la alternativa es mayor a seis meses y menor que un año.
1	El tiempo de implementación de la alternativa es mayor a un año.

Fuente: Elaboración propia.

e) Grado de concordancia con los requerimientos de sistemas de gestión (de hospitales) sugeridos por el MSPAS.

Los siguientes artículos (de diferentes leyes relacionadas con hospitales) denotan la importancia de ciertos elementos que deben tomarse en cuenta al tratar de implementar cualquier sistema administrativo a un hospital, dichos apartados se muestran a continuación:

Normas Técnicas de Control Interno del MSPAS:

- Artículo 8: Los titulares, directores y jefaturas del nivel superior, regional y local del MSPAS, deberán realizar las acciones que conduzcan a que todo el personal posea y mantenga el nivel de aptitud e idoneidad necesarios, para lograr óptimos estándares de calidad en el desarrollo de sus funciones, manteniendo debidamente actualizadas al menos las siguientes normativas: manuales de organización, manual de descriptor de puestos y otros que de acuerdo a la necesidad de la institución.
- Art. 9: los titulares, directores y jefaturas del nivel superior, regional y local del MSPAS, desarrollaran y mantendrán un estilo de gestión que permita administrar un nivel de riesgo orientado a niveles mínimos o aceptables, que promueva mejores procesos de control
- Art. 16: el titular del MSPAS; directores y jefes de unidad del nivel superior, regional y local y todas las estructuras organizativas del MSPAS, deberán identificar al menos una vez al año, previo a la elaboración del plan anual operativo, los riesgos internos como externos, que puedan afectar la consecución de los objetivos institucionales.
- Art. 64: el titular del MSPAS; directores y jefes de unidad del nivel superior, regional y local, funcionarios y demás empedados, serán los responsables del monitoreo sobre la marcha del Sistema Administrativo; vigilando que las actividades durante la ejecución de las operaciones se realicen de manera integrada...

<sup>82</sup> Basado en los conocimientos médicos y administrativos que posee el director de la institución.

<sup>83</sup> Tiempo aproximado con base a experiencias y estudios realizados anteriormente (ver apartado de definición de alternativas)

- Art. 65: el titular del MSPAS; directores y jefes de unidad del nivel superior, regional y local, de acuerdo a sus niveles, determinaran la efectividad del sistema de Control interno, al menos una vez al año; tomando en cuenta para determinar la efectividad del sistema, el cumplimiento de los planes estratégicos y operativos...

PUNTUACION	SIGNIFICADO
5	La propuesta cumple con al más del 75% de los requerimientos legales relacionados con el sistema de gestión hospitalario citados anteriormente.
3	La propuesta cumple con al menos el 50% de los requerimientos legales relacionados con el sistema de gestión hospitalario citados anteriormente.
1	La propuesta cumple únicamente con el 20% de los requerimientos legales relacionados con el sistema de gestión hospitalario citados anteriormente.

Fuente: Elaboración propia.

f) Aprovechamiento del recurso humano actual.

PUNTUACION	SIGNIFICADO
5	El personal interno puede desarrollar, evaluar y monitorear la solución propuesta.
3	Es necesaria la contratación de un capacitador para que el personal realice la metodología de la solución.
1	Es necesaria la contratación de capacitadores y auditores externos para implementar la solución.

Fuente: Elaboración propia.

## 2.3 EVALUACIÓN DE LAS ALTERNATIVAS

La calificación para cada uno de los criterios es la siguiente:

Cuadro I-46: Evaluación de alternativas.							
Criterio	Peso	Alternativa 1 Sistema Administrativo bajo enfoque por procesos		Alternativa 2 Sistema Administrativo bajo un enfoque de Calidad		Alternativa 3 Sistema Administrativo bajo enfoque de gestión estratégica	
		Valor	Total	Valor	Total	Valor	Total
Costos de implementación.	20%	5	1	1	0.2	5	1
Calidad de los servicios y productos.	15%	3	0.45	5	0.75	3	0.45
Preferencia de la contraparte	10%	3	0.3	3	0.3	5	0.5
Tiempo de la implementación.	15%	5	0.75	1	0.15	5	0.75
Grado de concordancia con los requerimientos de sistemas de gestión (de hospitales) sugeridos por el MSPAS.	25%	1	0.25	5	1.25	5	1.25
Aprovechamiento de los recursos actuales.	15%	3	0.45	1	0.15	3	0.45
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>3.2</b>		<b>2.8</b>		<b>4.4</b>	

Fuente: Elaboración propia.

## 2.4 SELECCIÓN DE ALTERNATIVA

De acuerdo a la evaluación realizada anteriormente se elige la alternativa: Sistema Administrativo del Hospital Nacional Santa Teresa bajo el enfoque de gestión estratégica. La conceptualización de dicha alternativa se muestra en la etapa siguiente.

## **CAPÍTULO 5:**

# **CONCEPTUALIZACIÓN DE LA SOLUCIÓN**

---

# **1. CONCEPTUACIÓN DE LA PROPUESTA DE SISTEMA ADMINISTRATIVO PARA EL HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA.**

---

## **1.1 DEFINICIÓN**

El Sistema administrativo del hospital Nacional Santa Teresa, se define como:

“El conjunto de procesos, procedimientos, normas, leyes, recursos, unidades administrativas, técnicas, etc. que interactúan entre sí a través de un enfoque de gestión estratégica, con el propósito de alcanzar los objetivos de la institución mediante una adecuada planificación, organización, dirección y control de los recursos”

## **1.2 OBJETIVO GENERAL DEL SISTEMA**

- Ordenar el quehacer administrativo de la institución de manera que todos los esfuerzos realizados contribuyan a un fin común superior orientado al desarrollo institucional.

## **1.3 ALCANCE DEL SISTEMA**

- El sistema administrativo se encargará de unificar a los objetivos y actividades llevadas a cabo por las diferentes áreas del HNST por medio de un enfoque estratégico.
- Se generaran procedimientos, guías y ejemplos de aplicación que encaminen a la institución al cumplimiento de sus objetivos estratégicos y al control de los mismos.
- El horizonte de planeación del sistema administrativo corresponde a 5 años.

## **1.4 LIMITACIONES DEL SISTEMA**

- Las propuestas generadas para el mejoramiento administrativo de la institución deberán tomar en cuenta aquellas leyes, normas y reglamentos que apliquen.
- La propuesta debe estar lista a implementarse antes que las nuevas instalaciones del hospital entren en funcionamiento.

## **1.5 ÁMBITO DE APLICACIÓN DEL SISTEMA**

El sistema propuesto, tendrá aplicabilidad en el Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca así como en los demás hospitales Nacionales de segundo nivel<sup>84</sup>; dado que comparten características comunes entre sí, tales como: nivel de complejidad de los servicios médicos ofrecidos; organización y capacidad instalada similares; se encuentran bajo las mismas disposiciones, reglamentos, leyes y normativas Estatales; dependen directamente de una región de salud que les supervisa, controla y provee de los medicamentos, etc. Dichas características constituyen algunas de las consideraciones más importantes e influyentes en el funcionamiento del sistema administrativo.

## **1.6 ESQUEMA GENERAL DEL SISTEMA**

Para tener una idea más clara sobre la composición y funcionamiento del Sistema Administrativo propuesto para el Hospital Nacional Santa Teresa, a continuación se muestra el esquema de la conceptualización del diseño; en donde se detallan sus elementos más importantes y la forma en que dichos elementos interactúan en cada una de las fases del proceso administrativo.

Cabe mencionar que el *proceso administrativo* es cíclico, dinámico e interactivo, por lo que cada una de las fases que lo componen pueden relacionarse unas con otras de acuerdo a las necesidades que se presenten.

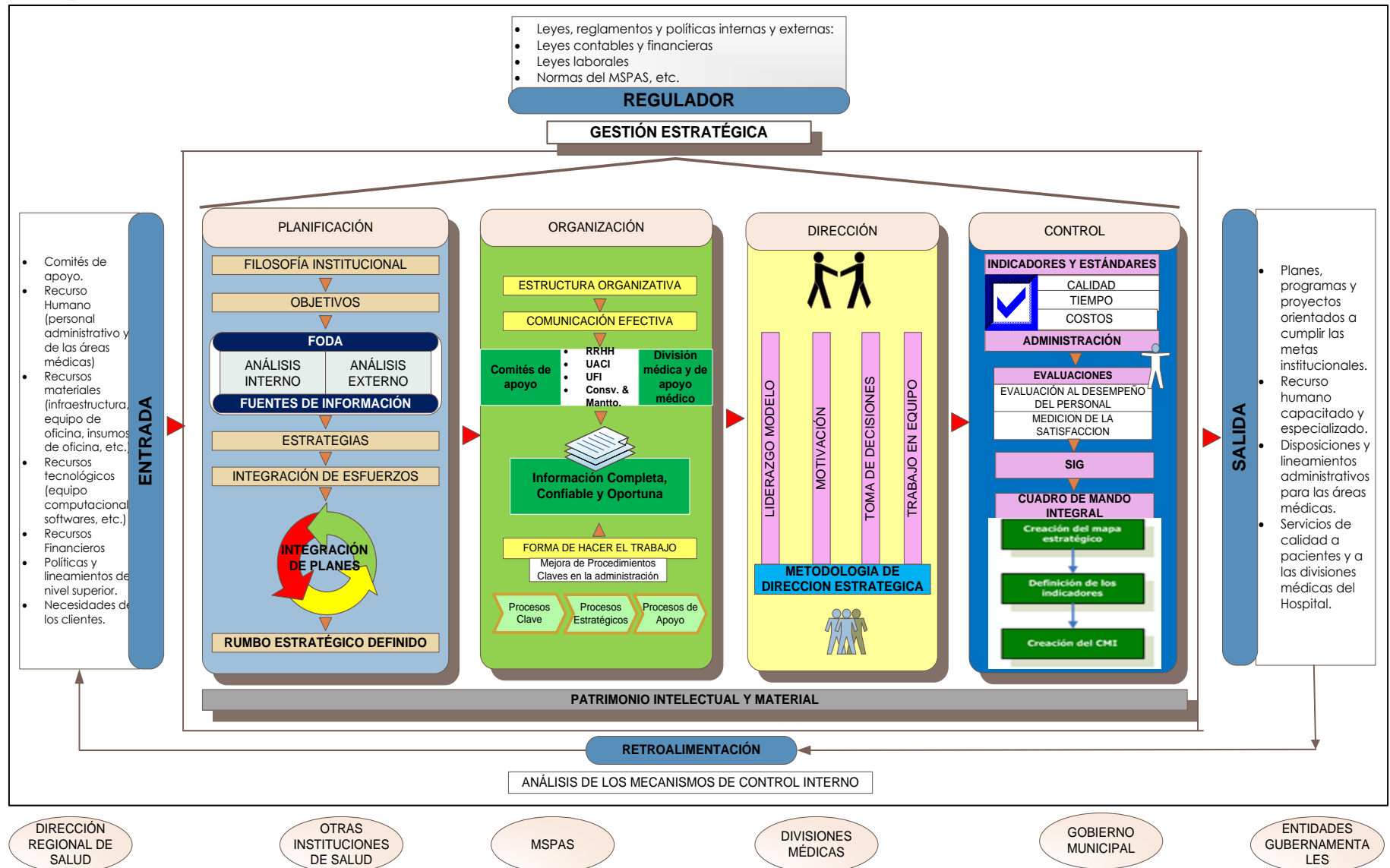
---

<sup>84</sup> Ver procedimiento de aplicación a otros hospitales en Anexo Di1.

PROVEEDORES

# Imagen I-50: Sistema Administrativo Hospital Nacional Santa Teresa

PACIENTES



La propuesta administrativa a desarrollar en el HNST, pretende dar un enfoque sistémico a la administración del nosocomio; con base a lo establecido por la escuela de análisis de sistemas y el proceso administrativo.

La propuesta consiste en el diseño de un sistema administrativo, conformado por 4 subsistemas asociados a las fases del proceso administrativo (planificación, organización, dirección y control). Cada uno de estos subsistemas está compuesto por una serie de elementos que al interactuar entre sí bajo un enfoque de gestión específico, harán posible la obtención de los productos deseados para la institución. Cabe aclarar, que la institución, ya cuenta con una estructura administrativa para su funcionamiento, pero que presenta ciertas debilidades; por lo que esta propuesta busca integrar los aspectos positivos que ya posee la estructura administrativa actual del Hospital, con algunos elementos de mejora (Ver Imagen I-50) que formarán parte de los productos para el sistema y que contribuirán a eficientizar y mejorar el funcionamiento de la administración y del resto del nosocomio.

El enfoque bajo el cual se enmarcará el sistema administrativo se denomina gestión estratégica, que a diferencia del sistema de gestión actualmente utilizado (operativo) se centra en el largo plazo, es proactivo, está orientado hacia el entorno, da una visión global a la institución y no se basa en decisiones repetitivas. Este enfoque, como su nombre lo indica, hace uso de una herramienta muy importante para su funcionamiento como lo es la Planificación Estratégica; la cual para el caso del HNST será reforzada, a través de algunas mejoras organizativas y el establecimiento del Cuadro De mando Integral, el cual es otra herramienta de gestión que permite traducir la estrategia en objetivos relacionados, medidos a través de indicadores y ligados a unos planes de acción para alinear el comportamiento de los miembros de la institución.

El Cuadro De mando también permitirá traducir la Visión de la Institución, expresada a través de su estrategia, en términos de objetivos específicos para su difusión a todos los niveles, estableciendo un sistema de medición y control del logro de dichos objetivos.

Otras de las escuelas administrativas influyentes en el sistema administrativo planteado son:

- a) La escuela situacional o contingente, la cual busca lograr un equilibrio entre el ambiente interno y externo para la toma de decisiones, tratando de obtener el mayor beneficio de sus circunstancias ambientales para garantizar el éxito de la institución. Haciendo hincapié en el hecho de que las decisiones tomadas por los administradores o líderes dependen de un conjunto de circunstancias (una contingencia o una situación) y que no existe una solución ideal para todas las circunstancias.
- b) La escuela burocrática: que se caracteriza por el uso de normas, reglas y procedimientos, y el concepto de racionalidad, para lograr la especialización, estructuración, predicción, estabilidad y democracia en la institución.

## **1.6 COMPONENTES DE LA PROPUESTA.**

### **1.6.1 Planeación:**

- Diseño de procedimientos y ejemplos de aplicación de la filosofía institucional (visión, misión, políticas y valores) que definirán el carácter duradero del hospital con visión de futuro.
- Diseño de procedimiento y ejemplo de aplicación para el establecimiento de los objetivos institucionales: que definirán las pautas generales de actuación del hospital que lo lleven a alcanzar su visión.
- Diseño de procedimiento y ejemplo de aplicación para realizar el análisis interno y externo y para el diseño de estrategias que contribuyan a cumplir los objetivos institucionales.
- Definición de procedimientos y ejemplos de aplicación para la definición de los planes estratégico, táctico, anual institucional y anual departamental: Dichos planes son necesarios para traducir las estrategias en acciones que transformen la forma en que se está llevando a cabo la administración de la institución.
- Establecimiento de funciones y organización del comité de gestión estratégica institucional.

#### Beneficiarios:

- División médica HNST, División de apoyo médico HNST, División administrativa HNST y usuarios externos.

### **1.6.2 Organización:**

- Metodología de análisis a los procedimientos clave en la administración.
- Documentación de procedimientos clave del área administrativa: La documentación permite la comunicación de los propósitos y el funcionamiento del sistema administrativo.
- Manual de organización del HNST.
- Organigrama apegado a las normativas y reglamentos que regulan la organización de los hospitales.

#### Beneficiarios:

- Documentación y mejoramiento del organigrama: División médica HNST, División de apoyo médico HNST y División administrativa.
- Mejoramiento de procedimientos clave: División administrativa HNST

### **1.6.3 Dirección:**

- Propuesta de modelos de liderazgo apropiados, para el impulso del sistema administrativo.
- Recomendaciones para la motivación del personal de la institución.
- Metodologías para la toma de decisiones.

#### Beneficiarios:

- Dirección hospitalaria y jefes de departamento.

#### **1.6.4 Control:**

- Guía y ejemplo de aplicación del Cuadro De mando integral en la institución: Consiste en el establecimiento de controles por medio del Cuadro De mando integral que permitan apreciar los avances de las estrategias de la institución.
- Propuesta de indicadores estratégicos para el HNST.
- Establecimiento de acciones estratégicas en la institución.

#### Beneficiarios:

- División médica HNST, División de apoyo médico HNST, División administrativa HNST y usuarios externos.



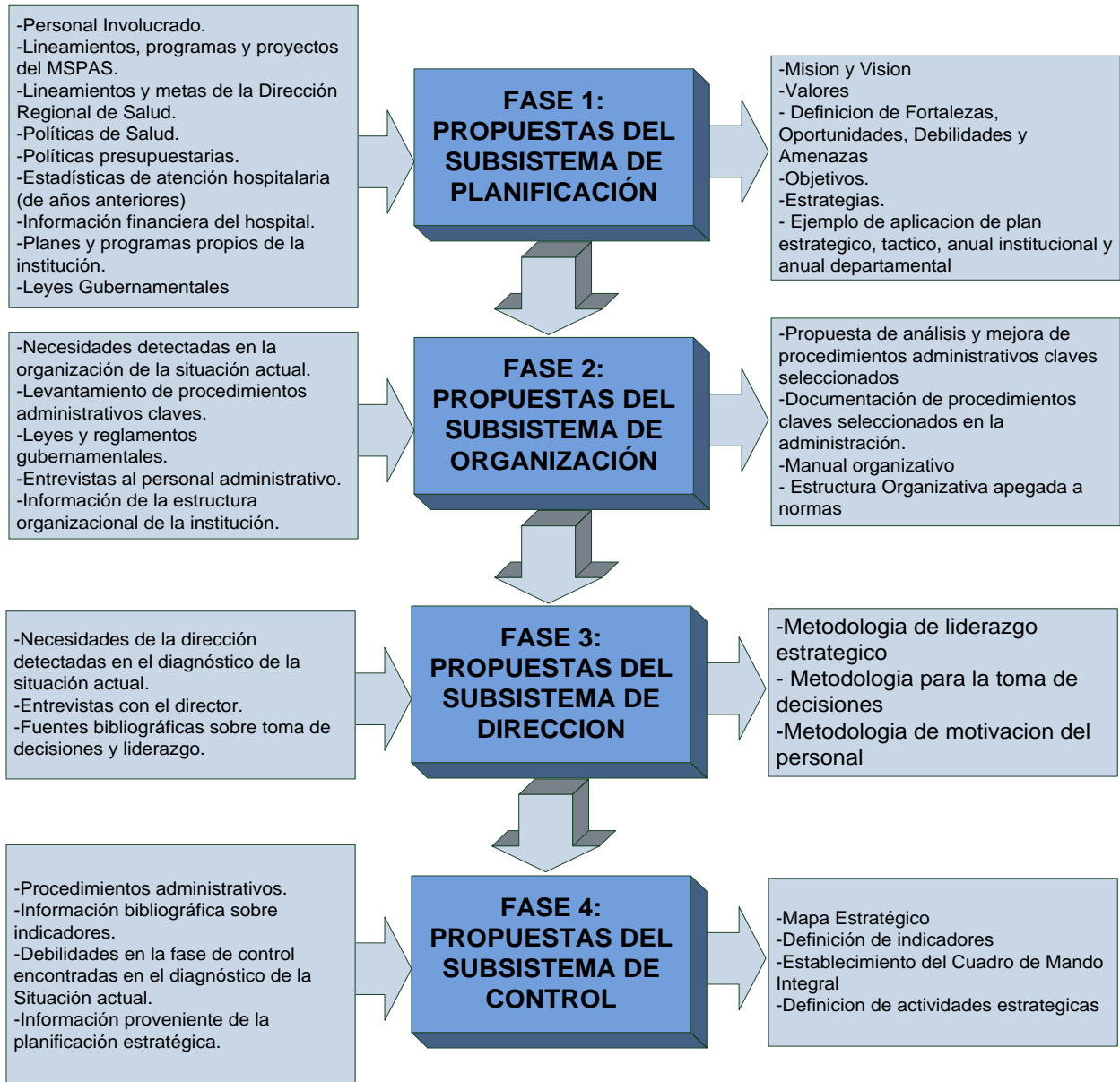
**ETAPA II:**

**DISEÑO DE  
LA SOLUCIÓN**

## 1. METODOLOGÍA DE LA ETAPA DE DISEÑO

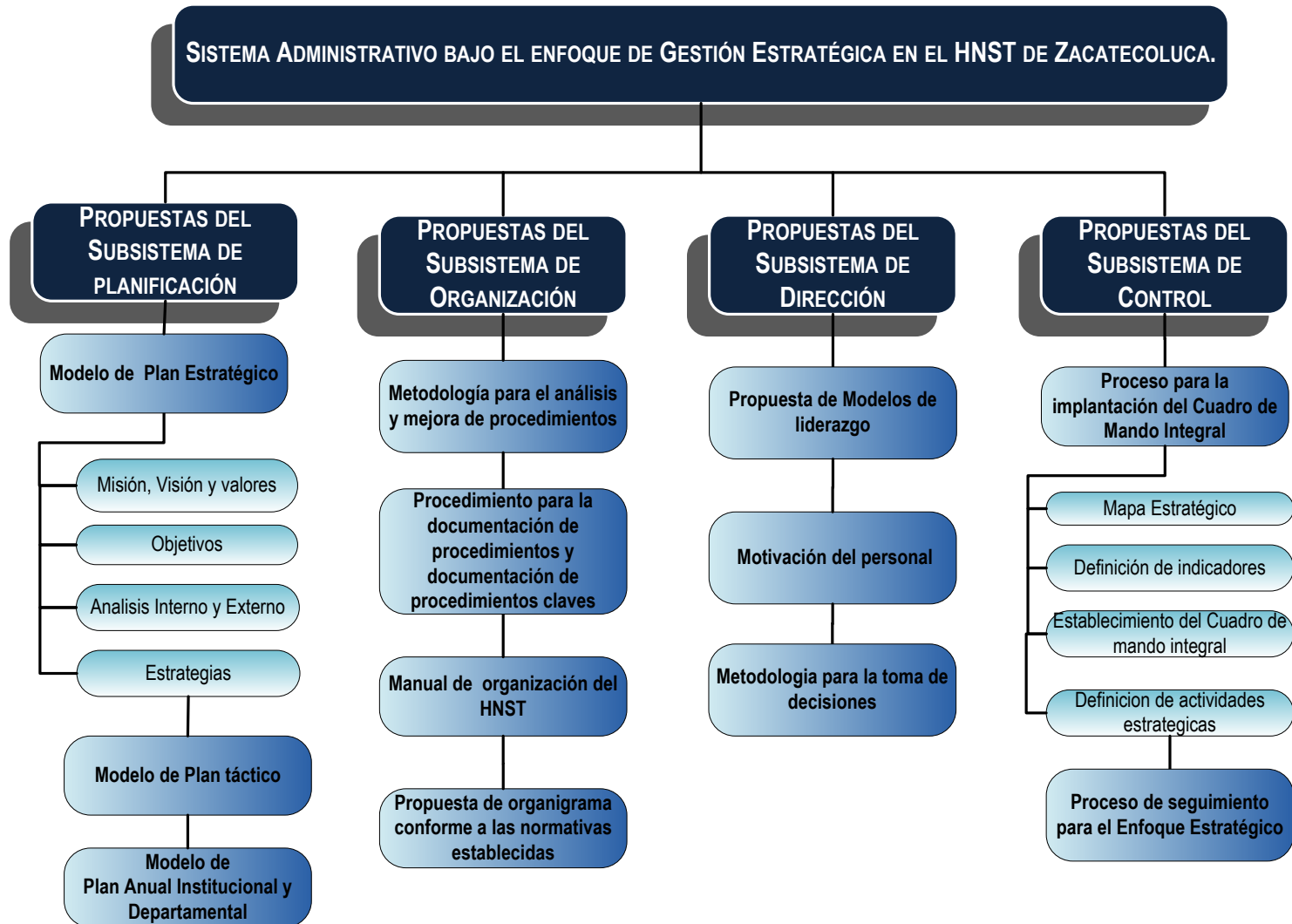
La metodología a utilizar en la elaboración del diseño de la solución, se ha dividido en 4 Capítulos, que corresponden a cada una de las etapas del proceso administrativo; para cada uno de ellos se detallan las diferentes insumos o fuentes de información a utilizar, así como los productos que se obtendrán, tal y como se muestra en la imagen II-1. Por otra parte, en la imagen II-2, se describen cada uno de los elementos que se desarrollarán por cada capítulo, que formarán parte del sistema administrativo propuesto.

Imagen II-1: Metodología de la etapa de diseño.



Fuente: Elaboración Propia.

Imagen II-2: Desglose de los elementos propuestos para el diseño del sistema administrativo del HNST.



Fuente: Elaboración Propia

# **CAPÍTULO 1 :**

## **PROPUESTAS DEL SUBSISTEMA DE PLANEACIÓN.**

---

## 1. PROCESO DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA EN EL HNST

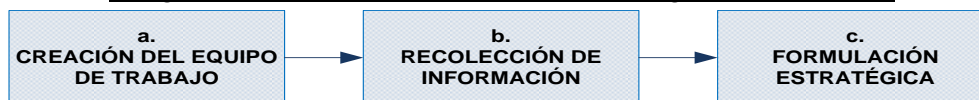
---

Una buena planeación estratégica parte de un adecuado conocimiento de la situación actual de la institución, ya que de lo contrario será muy difícil predecir el futuro. De hecho, se trata de diseñar la forma de trabajar para lograr las aspiraciones institucionales.

El proceso debe ser una responsabilidad del máximo nivel del Hospital; ya que exige el conocimiento de la propia organización y del entorno. Es recomendable que participen todos los miembros de la institución, que por sus conocimientos y opinión pueden aportar la información que se necesitará en todo el proceso. En cada etapa del proceso es necesario contar con una participación suficiente y una comunicación intensa de todas aquellas personas que directamente se verán afectadas en la implantación del plan, ya que finalmente se les pedirá que asuman y participen en la implementación del mismo.

El proceso de organización para la elaboración de un plan estratégico, se puede resumir en los siguientes pasos:

Imagen II-3: Proceso de Planeación estratégica para el HNST



Fuente: Elaboración propia.

- a. **Creación del equipo de trabajo.** Se definen los participantes en el proceso y se crea el grupo de trabajo de planificación, formado por todas aquellas personas que tienen responsabilidad sobre la organización y que creen en el proceso. Es necesario plantearse la necesidad de la incorporación de consultores externos para el acompañamiento al proceso, quienes pueden aportar la metodología y el conocimiento necesarios, lo que es difícil encontrar en las propias organizaciones.
- b. **Recolección de información.** Captación de toda la información sobre el entorno y sobre la organización. Información que debe ser fiable y extensa, ya que supondrá la base sobre la que el grupo de trabajo de planificación deberá basar el proceso.
- c. **Formulación estratégica.** La cual comprende los siguientes pasos:
  - Definición de la Filosofía Institucional: está constituida por la misión o propósito, la visión y los valores institucionales. El papel de la filosofía es guiar e inspirar a los miembros del nosocomio, por lo que no debe ser impuesta sino que debe permitir encontrar, atraer y retener a aquellos predispuestos a compartirla. Compartir la ideología no significa pensar igual en todo, significa principalmente, compartir las premisas fundamentales resumidas en la misión visión y valores institucionales.
  - Definición de Objetivos: Consiste en el establecimiento de los propósitos generales de la institución.
  - Análisis del entorno: Se refiere a la determinación de las oportunidades y amenazas, que puedan incidir en el desempeño institucional.

- Análisis interno: Consiste en la determinación de las fortalezas y debilidades de la institución, que contribuyan a la generación de estrategias.
- Definición de estrategias, objetivos y actividades estratégicas: surgen para dar respuesta a las necesidades detectadas durante el diagnóstico o análisis interno y externo.

A continuación, se muestra el desarrollo del proceso de Planificación estratégica anteriormente definido.

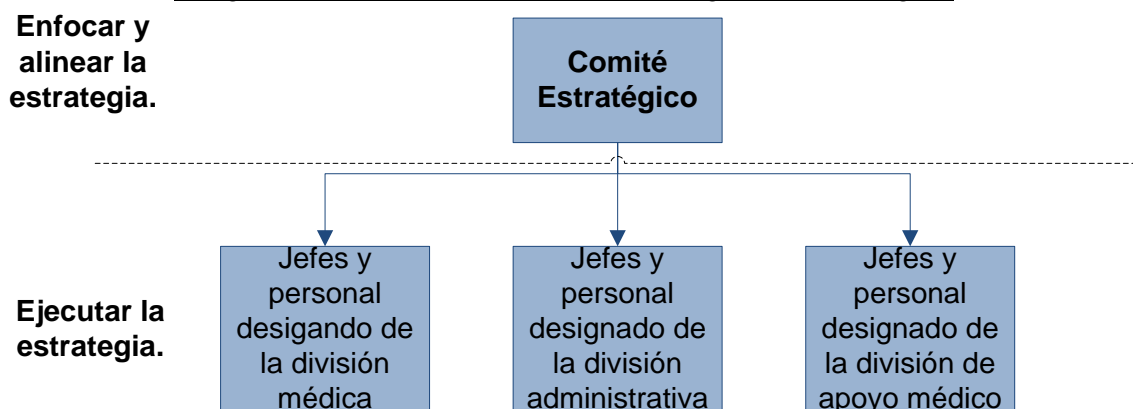
### **1.1. CREACIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO**

Para una exitosa aplicación del enfoque de gestión estratégico en el Hospital Nacional Santa Teresa, es importante contar con la colaboración de todos los miembros de la institución. Sin embargo, para guiar este proceso, es necesario establecer y definir una estructura que será la encargada de enfocar, ejecutar y alinear los recursos de la institución para el logro de las metas estratégicas y operativas.

Esta estructura deberá estar liderada, por un equipo de trabajo sinérgico y dinámico, conformado por personas capaces, convencidas con el proceso y conocedoras de la realidad institucional; para lo cual se crea el comité de gestión estratégico, cuya función principal es la de realizar la planeación estratégica y anual, además de evaluar los resultados de la misma al finalizar el periodo. Este comité de gestión, será el encargado de enfocar y alinear la estrategia; mientras que la ejecución de las mismas será responsabilidad de los jefes de departamento y personal designado.

A continuación se define la estructura que apoyará la aplicación del enfoque de gestión estratégica en el Hospital Nacional Santa Teresa.

Imagen II-4: Estructura de apoyo para la gestión estratégica



Fuente: Elaboración Propia

Para una mejor organización de la estructura establecida anteriormente, es necesario asignar funciones y responsabilidades a los miembros encargados tanto de enfocar y alinear la estrategia (Miembros del Comité estratégico), como de ejecutarla (Jefes y personal designado por cada división del hospital).

Cabe aclarar que a pesar que el comité de gestión estratégica ya ha sido conformado en la institución, es importante considerar la disponibilidad de este personal para participar del proyecto, ya que ellos serán los encargados de guiar y motivar al resto del personal de la institución durante el desarrollo de la planificación institucional, por lo que es necesario que exista un compromiso entre los miembros del comité existente para asegurar la implementación de la propuesta.

## COMITÉ ESTRATÉGICO

### 1.1.1 Perfil de los miembros del comité estratégico HNST:

- Poseer estudios universitarios o haberse desempeñado en su cargo por más de 5 años en la institución u otra de atención de salud gubernamental o privada.
- Liderazgo comprobado en su departamento
- Facilidad de toma de decisiones
- Capacidad de fijar metas y alcanzarlas.
- Manejo de paquetes de trabajo Microsoft Office, SIG, IEMA, internet y otros pertinentes
- Conocimientos de leyes según su puesto de trabajo, tales como: Normas Técnicas de Control Interno, Ley de Salud, Ley AFI, Código de Salud, Ley de Servicio Civil entre otras
- Poseer una visión amplia del área o división que representa.
- Ser promotores de cambio en la institución.
- Buenas relaciones interpersonales

### 1.1.2 Integrantes del comité estratégico.

Es necesario que en el comité estratégico estén representadas las 3 divisiones del hospital, haciendo imperativa la participación del director de la institución, jefe de residentes, los 4 jefes de las áreas médicas, los 4 coordinadores de las áreas administrativas y por aquellas jefaturas de la división de apoyo médico de incidencia institucional. Una propuesta de la nómina de los miembros del comité estratégico se muestra a continuación:

#### a) Dirección General:

- Director de la institución.

#### b) División Médica:

- Jefe de Medicina Interna.
- Jefe de Cirugía.
- Jefe de Pediatría.
- Jefe de Ginecología.
- Jefe de Residentes.

#### c) División de apoyo médico.

- Jefe de Enfermería.
- Jefe de consulta externa.
- Jefe de Rayos X.
- Jefe de Laboratorio.
- Jefe de Archivo.

#### d) División administrativa:

- Jefe de RRHH
- Jefe UFI
- Jefe de conservación y mantenimiento.
- Jefe UACI

### **1.1.3 Principales Funciones del comité estratégico:**

- Implantación del Sistema de gestión Estratégica.
- Garantizar la practicidad y efectividad del proceso de gestión estratégica.
- Definir, priorizar, actualizar y aprobar las estrategias, cuadros de mando, objetivos estratégicos, y validación de indicadores internos.
- Elaborar y dar seguimiento al Plan Estratégico Institucional y supervisar la realización de los planes tácticos y Operativos.
- Integrar comisiones para el cumplimiento de los objetivos.
- Velar por el cumplimiento de los acuerdos tomados por el comité.
- Apoyar la gestión de las diferentes dependencias, sin afectar su autonomía.
- Evaluar el impacto de los proyectos y planes estratégicos, tácticos y operativos.
- Aprobar acciones correctivas, sanciones y reconocimientos a los gestores y responsables de los planes estratégicos, tácticos y operativos.
- Control y seguimiento de acciones estratégicas.
- Diseño y coordinación de programas de formación en liderazgo y habilidades directivas.
- Realización de análisis de benchmarking.
- Recomendar a la dirección, la ejecución de acciones para la solución de problemas institucionales.
- Formular el Plan Anual Operativo del comité.
- Definir funciones de los integrantes del comité.
- Aprobar actas, de reuniones del comité.

### **1.1.4 Organización interna del comité estratégico**

Para garantizar el cumplimiento pleno de sus funciones, el comité de gestión estratégico deberá establecer un Directo/moderador y un(a) secretario(a) entre sus miembros; los cuales se encargarán de cumplir las siguientes funciones básicas dentro del comité:

#### a) Funciones del Director:

- Ser la máxima autoridad del comité.
- Coordinar el comité.
- Regular el tiempo de participación.
- Velar por que las sesiones se desarrollen en un ambiente de respeto y concertación.
- Convocar a las sesiones programadas y extraordinarias.
- Proveer los recursos para el comité.
- Elaborar los acuerdos finales.

#### b) Funciones Secretario(a):

- Proteger documentos y sello del comité.
- Preparar la agenda en coordinación con el moderador.
- Elaborar las actas al final de las sesiones.
- Divulgar los acuerdos finales al resto de los miembros del comité.



### c) Funciones de los Miembros del comité:

- Asistir a las reuniones programadas y extraordinarias.
- Cumplir los acuerdos.
- Presentar informes periódicos.
- Informar de los avances conseguidos por su departamento o división en el desarrollo de lo establecido en los acuerdos.
- Enviar puntos de agenda para la siguiente sesión al moderador.

### **1.1.5 Principales Funciones de los encargados de ejecutar la estrategia (Jefes intermedios del hospital y personal designado):**

- Alinear los recursos con el logro de las metas operativas que contribuyan al cumplimiento de las estrategias.
- Implementar los planes operativos a nivel departamental.
- Investigar las causas de incumplimiento de planes operativos.
- Sugerir acciones correctivas para eliminar las causas de incumplimiento de planes operativos.
- Formular y dar seguimiento a los indicadores y metas.

## **1.2. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN<sup>85</sup>:**

Esta etapa consiste en la captación de la información sobre el entorno y sobre la propia Institución. Es importante que la información sea fiable y extensa, ya que supondrá la base sobre la que el comité de gestión estratégico deberá basar el proceso.

Toda esta información ayudará al establecimiento de la situación actual institucional, permitiendo la identificación de problemas u oportunidades para iniciar el proceso de cambio para el Hospital Nacional Santa Teresa.

El desarrollo de esta fase fue realizada durante la etapa de diagnóstico de la Situación Actual; para lo cual se recomienda remitirse a la Etapa de diagnóstico de este estudio.

## **1.3. FORMULACIÓN ESTRATÉGICA<sup>86</sup>.**

Antes de desarrollar esta etapa del proceso de Planeación Estratégica, deberá efectuarse una Capacitación a los miembros del Comité de Gestión Estratégica, con el propósito de proporcionarles los conocimientos básicos para la guía, ejecución y seguimiento de la Planeación en la institución y también lograr un compromiso de parte de los mismos para garantizar el logro de las metas propuestas.

A continuación se sugieren los principales temas a abordar dentro de esta capacitación:

- Proceso Administrativo
- Planeación Estratégica
  - ✓ Elaboración de la filosofía institucional.
  - ✓ Identificación de las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas
  - ✓ Elaboración del FODA

---

<sup>85</sup> Fuente: Información obtenida del Diagnóstico de la situación del actual del HNST.

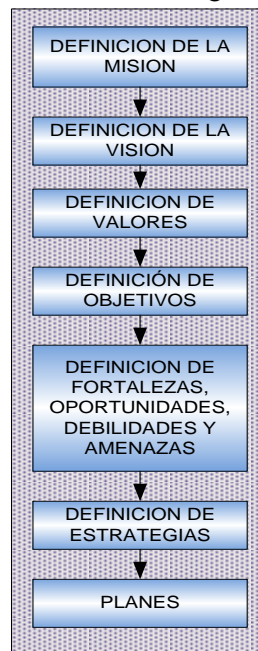
<sup>86</sup> Ver Anexo II-1 para leyes relacionadas a la planeación estratégica del hospital.

- ✓ Elaboración de Estrategias.
- ✓ Diseño de planes.
- Cuadro De Mando Integral.
  - ✓ Elaboración de indicadores.
  - ✓ Seguimiento y retroalimentación.

Una vez efectuada la capacitación, los miembros del comité estarán en la capacidad de continuar a la etapa de formulación estratégica, en donde el director de la institución podrá asumir el cargo de coordinador de la planeación, dada la preparación adicional con la que cuenta en este ámbito.

La fase de formulación estratégica, constituye el tercer paso para la elaboración de la planificación estratégica institucional, y comprende la definición de una serie de elementos como los que se muestran en la siguiente imagen:


Imagen II-5: Formulación estratégica. Enfoque Global.



Fuente: Jaume Raventós, "Master en Gestión de los Servicios de Salud"

A continuación, se describirán los procedimientos a seguir para la elaboración de cada uno de dichos elementos; así como ejemplos de aplicación de los mismos. Estos han sido consolidados en un manual para la elaboración de la planificación estratégica que se muestra a continuación:

### 1.3.1 PROCEDIMIENTO PARA LA DEFINICIÓN DE LA MISIÓN INSTITUCIONAL.

	HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA	
	MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL	
Nombre del procedimiento:	<b><u>DEFINICIÓN DE LA MISIÓN INSTITUCIONAL</u></b>	Hoja <b>1</b> de <b>7</b>
<b>Responsable:</b> Comité de Gestión Estratégica. <b>Producto:</b> Misión Institucional.		
<b><u>CONTENIDO:</u></b>		
<p>I. <b>Definición</b></p> <p>II. <b>Objetivo</b></p> <p>III. <b>Generalidades</b></p> <p>IV. <b>Características</b></p> <p>V. <b>Base Legal.</b></p> <p>VI. <b>Procedimiento.</b></p> <p>VII. <b>Anexos.</b></p>		
Fecha de Elaboración: Octubre 2008	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:



Nombre del procedimiento:

**DEFINICIÓN DE LA MISIÓN INSTITUCIONAL**

Hoja 2 de 7

**Responsable:** Comité de Gestión Estratégica. **Producto:** Misión Institucional.

**I. DEFINICIÓN**

La misión es la expresión conceptual del propósito o razón de ser de la institución, responde a las preguntas ¿Quiénes somos? y ¿Para qué existimos?

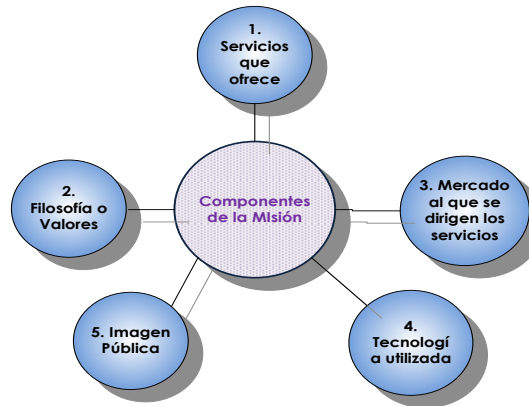
**II. OBJETIVO**

Definir claramente el propósito del Hospital Nacional Santa Teresa, para que todos los empleados conozcan la razón para la que trabajan, se identifiquen con la misma y así puedan enfocar sus esfuerzos hacia el logro de ese fin.

**III. GENERALIDADES**

Entre los principales componentes que debería contener la misión del HNST para describir el propósito y razón de ser de la institución están:

Imagen II-6: Componentes de la Misión Institucional



Fuente: Elaboración Propia

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



Nombre del procedimiento:	<b>DEFINICIÓN DE LA MISIÓN INSTITUCIONAL</b>	Hoja <b>3</b> de <b>7</b>
---------------------------	--	---------------------------

**Responsable:** Comité de Gestión Estratégica. **Producto:** Misión Institucional.

**IV. CARACTERÍSTICAS.**

De acuerdo con algunos autores, la misión institucional debe cumplir las siguientes características:

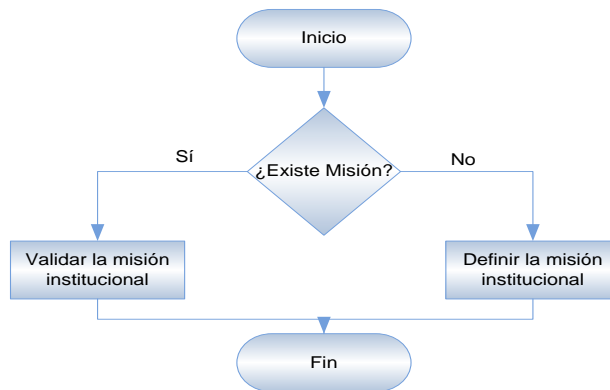
- Definir qué es la institución y lo que aspira ser.
- Ser lo suficientemente específica para excluir ciertas actividades y lo suficientemente amplia para permitir el crecimiento creativo.
- Distinguir a la institución de todas las demás.
- Servir como marco para evaluar las actividades presentes y futuras.
- Ser formulada en términos tan claros que se puedan entender en toda la empresa.
- Debe incentivar a todos los miembros de la institución el sentido de pertenencia.
- Ser dinámica, es decir que puede cambiar de acuerdo a las necesidades que presente la institución.

**V. BASE LEGAL**

NTCI MSPAS y NTCI CC Art. 14: Se deberán definir los objetivos y metas institucionales, considerando la visión y misión de la Organización y revisar periódicamente su cumplimiento.

**VI. PROCEDIMIENTO**

Imagen II-7: Diagrama de flujo para desarrollar la misión institucional.



Fuente: Elaboración Propia

Fecha de Elaboración: Octubre 2008	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:



Nombre del procedimiento:

**DEFINICIÓN DE LA MISIÓN INSTITUCIONAL**

Hoja 4 de 7

**Responsable:** Comité de Gestión Estratégica. **Producto:** Misión Institucional.

• **Definir la Misión Institucional**

Dado que el establecimiento de la misión institucional requiere la participación de un grupo representativo del personal, se recomienda su elaboración a través de un taller filosófico en el cual pueda obtenerse la opinión de todos los participantes. La metodología propuesta se describe a continuación:

RESPONSABLE	PASO	DESCRIPCIÓN
Coordinador de la Planeación	1	Una vez realizados los preparativos para el taller filosófico, reúne el comité de gestión estratégico.
	2	Entrega a los participantes un formulario con preguntas para la elaboración de la misión. (Ver anexo 1).
Miembros del comité de gestión estratégica.	3	Llena el formulario sin dejar ninguna pregunta en blanco. Contará con un tiempo entre 10 y 15 minutos para hacerlo.
	4	Pasa al frente del grupo y desagrega su propuesta de misión en los componentes más importantes.
	5	Una vez hayan sido colocadas todas las propuestas al frente del grupo, se procede a calificar cada una de las ideas en descartables, considerables o fundamentales, para ser o no parte de la misión. (Ver anexo 2)
	6	Se reúnen en grupos de 5 personas, para realizar una nueva misión con las ideas seleccionadas como considerables o fundamentales. Para lo cual contarán con un tiempo entre 30 a 45 minutos.
	7	Por grupos se presenta la propuesta.
Coordinador de la Planeación	8	Destaca todos los elementos comunes de las propuestas planteadas.
Miembros del comité de planeación.	9	Finalmente con las ideas comunes depuradas se formulará la misión con ayuda de todos y se aprobará.

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008


Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:

	HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA	
MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL		
Nombre del procedimiento:	<b><u>DEFINICIÓN DE LA MISIÓN INSTITUCIONAL</u></b>	Hoja <b>5</b> de <b>7</b>
<b>Responsable:</b> Comité de Gestión Estratégica. <b>Producto:</b> Misión Institucional.		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Validar la misión Institucional</b></li> </ul> <p>Si ya se cuenta con una misión, se hace necesario validarla antes de emplearla en la planificación estratégica institucional, para ello el comité de gestión estratégico deberá reunirse para contestar las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ¿Qué puedo cambiar?</li> <li>✓ ¿Qué debo de mantener?</li> <li>✓ ¿Qué es lo que debo eliminar?</li> </ul> <p>A partir de las respuestas a las preguntas anteriores, el coordinador deberá realizar las correcciones que se consideren necesarias.</p>		
Fecha de Elaboración: Octubre 2008	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:



Nombre del procedimiento:

**DEFINICIÓN DE LA MISIÓN INSTITUCIONAL**

Hoja 6 de 7

**Responsable:** Comité de Gestión Estratégica. **Producto:** Misión Institucional.

**VII. ANEXOS**

**Anexo 1: Formulario para la elaboración de la Misión.**

Formulario de preguntas para elaboración de la Misión institucional

Componentes	Preguntas a resolver		Declaración de la Misión
	Preguntas	Respuestas	
Identidad	¿Quiénes somos?		
Propósito	¿Para que existimos como institución?		
Productos	¿Cuáles son los servicios más relevantes que genera la institución?		
Beneficiarios Directos	¿Para quienes trabajamos?		
Principios	¿Cómo realizamos nuestras labores? ¿En que creemos como filosofía del hospital?		

Fuente: Fuente: Jaume Raventáus, "Master en Gestión de los Servicios de Salud"

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:





Nombre del procedimiento:

**DEFINICIÓN DE LA MISIÓN INSTITUCIONAL**

Hoja 7 de 7

**Responsable:** Comité de Gestión Estratégica. **Producto:** Misión Institucional.

**Anexo 2: Calificación de las ideas desagregadas de las misiones elaboradas por los participantes.**

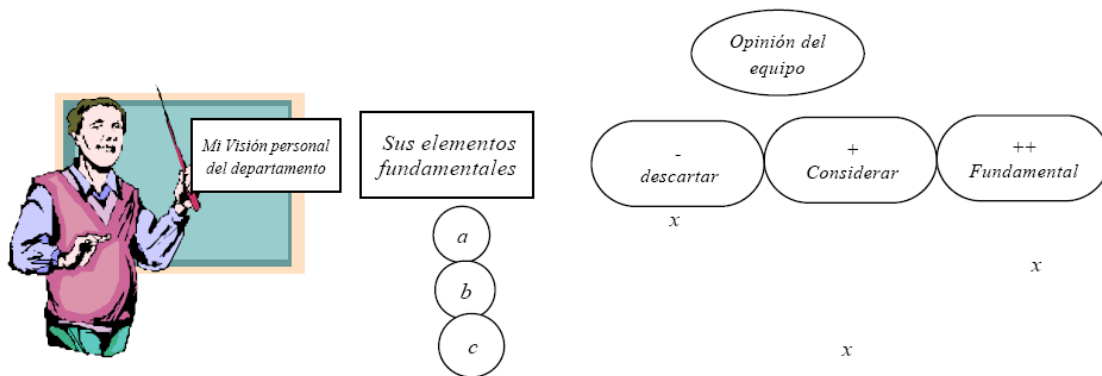
De acuerdo con el procedimiento de definición de la misión institucional, durante el desarrollo del taller, cada una de las misiones elaboradas por los diferentes participantes serán desagregadas en sus componentes principales; los cuales serán calificados a fin de seleccionar entre ellos las ideas principales que deberán ser consideradas dentro de la misión oficial.

Para la calificación de cada uno de las ideas se recomienda utilizar la siguiente escala. **Fundamentales (++)**: Son aquellas ideas que describen alguno de los componentes esenciales de la misión (servicio que ofrece la institución, mercado al que se dirigen los servicios, filosofía o valores de la institución, tecnología utilizada o imagen pública del hospital) y que contribuyen al cumplimiento de las características de la misión establecidas en el presente documento.

**Considerables (+)**: Son aquellas ideas que describen alguno de los componentes esenciales de la misión o que contribuyen al cumplimiento de las características de la misión establecidas en el presente documento

**Descartables (-)**: No agregan ningún valor al enunciado de la misión.

Imagen II-8: Ejemplificación de calificación de la misión institucional



Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:


Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:

### 1.3.2 PROCEDIMIENTO PARA LA DEFINICIÓN DE LA VISIÓN INSTITUCIONAL.

	HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA	
	MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL	
Nombre del procedimiento:	<b><u>DEFINICIÓN DE LA VISIÓN INSTITUCIONAL</u></b>	Hoja 1 de 6
<b>Responsable:</b> Comité de Gestión Estratégica.   <b>Producto:</b> Visión Institucional.		
<b><u>CONTENIDO:</u></b>		
<p>I. <b>Definición</b></p> <p>II. <b>Objetivo</b></p> <p>III. <b>Generalidades</b></p> <p>IV. <b>Características</b></p> <p>V. <b>Base Legal</b></p> <p>VI. <b>Procedimiento.</b></p> <p>VII. <b>Anexos.</b></p>		
Fecha de Elaboración: Octubre 2008	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:



Nombre del procedimiento:	<b>DEFINICIÓN DE LA VISIÓN INSTITUCIONAL</b>	Hoja <b>2</b> de <b>6</b>
<b>Responsable:</b> Comité de Planeación Estratégica.	<b>Producto:</b> Visión Institucional.	

**I. DEFINICIÓN**

La Visión es la capacidad de ver más allá -en tiempo y espacio- y por encima de los demás, lo que significa visualizar o ver con los ojos de la imaginación, en términos del resultado final que se pretende alcanzar. Es una imagen mental viva que presenta un estado futuro deseable; mientras más claridad y detalle contenga la visión, mejor podrá traducirse en una realidad. La visión responde a la pregunta ¿Qué queremos ser?

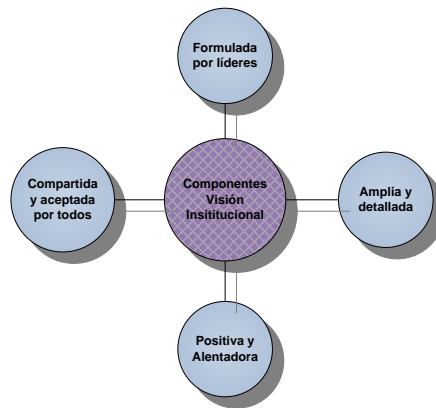
**II. OBJETIVO**

Definir el norte hacia donde se proyectará la institución como entidad preocupada por un mejoramiento continuo; es decir establecer un propósito a largo plazo que apoye el crecimiento, mejora y desarrollo del nosocomio.

**III. GENERALIDADES**

Algunos de los atributos que debe cumplir la visión institucional son:

Imagen II-9: Atributos de la Visión Institucional



Fuente: Elaboración Propia

Fecha de Elaboración: Octubre 2008	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:



Nombre del procedimiento:

**DEFINICIÓN DE LA VISIÓN INSTITUCIONAL**

Hoja 3 de 6

**Responsable:** Comité de Gestión Estratégica. **Producto:** Visión Institucional.

**IV. CARACTERÍSTICAS.**

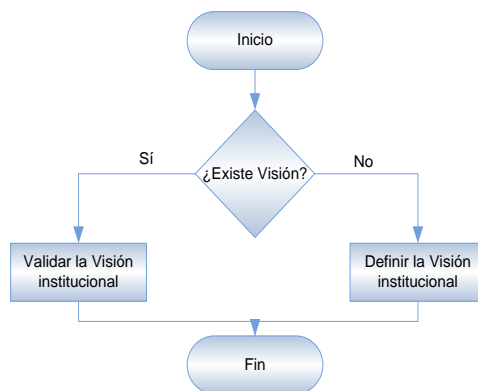
- Constituye una meta audaz, que requiere de una descripción vibrante, comprometedora, específica de lo que significaría alcanzarla; para crear una imagen que pueda ser llevada en la mente de las personas.
- Debe ser entendida por todos y por ello el lenguaje debe ser especialmente expresivo, sensible y gráfico, apropiado para los actores.
- Debe motivar y ser compartida por todos en la medida en que esto sea posible.
- Debe ser una situación esperada o deseada pero al mismo tiempo factible de ser alcanzada.
- Debe redactarse en primera persona plural (nosotros), dado que expresa una voluntad de movimiento donde todos en la empresa deben sentirse involucrados.
- Debe ser breve y descrita en un estimado de 5 líneas.

**V. BASE LEGAL**

NTCI MSPAS y NTCI CC Art. 14: Se deberán definir los objetivos y metas institucionales, considerando la visión y misión de la Organización y revisar periódicamente su cumplimiento.

**VI. PROCEDIMIENTO**

Imagen II-10: Diagrama de flujo para desarrollar la visión institucional.



Fuente: Elaboración Propia

Fecha de Elaboración: Octubre 2008	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:



Nombre del procedimiento:

**DEFINICIÓN DE LA VISIÓN INSTITUCIONAL**

Hoja 4 de 6

**Responsable:** Comité de Gestión Estratégica. **Producto:** Visión Institucional.

• **Definición de la Visión Institucional**

Dado que el establecimiento de la visión institucional requiere la participación de un grupo representativo del personal, se recomienda su elaboración a través de un taller filosófico en el cual pueda obtenerse la opinión de todos los participantes. La metodología propuesta se describe a continuación:

RESPONSABLE	PASO	DESCRIPCIÓN
Coordinador de la Planeación	1	Reúne el comité de gestión estratégico
	2	Entrega a los participantes un formulario con preguntas para la elaboración de la visión. (Ver anexo1)
Miembros del comité de planeación	3	Llena el formulario sin dejar ninguna pregunta en blanco. Contará con un tiempo entre 10 y 15 minutos para hacerlo.
	4	Pasa al frente del grupo y desagrega su propuesta de visión en los componentes más importantes, con ayuda del coordinador.
	5	Una vez hayan sido colocadas todas las propuestas al frente del grupo, se procede a calificar cada una de las ideas en descartables, considerables o fundamentales, para ser o no parte de la visión.
	6	Se reúnen en grupos de 5 personas, para realizar una nueva visión con las ideas seleccionadas como considerables o fundamentales. Para lo cual contarán con un tiempo entre 30 a 45 minutos.
	7	Por grupos se presenta la propuesta.
Coordinador de la Planeación	8	Destaca todos los elementos comunes de las propuestas planteadas.
Miembros del comité de planeación.	9	Finalmente con las ideas comunes depuradas se formulará la visión con ayuda de todos y se aprobará.

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008


Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:

	HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA	
MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL		
Nombre del procedimiento:	<b><u>DEFINICIÓN DE LA VISIÓN INSTITUCIONAL</u></b>	Hoja <b>5</b> de <b>6</b>
<b>Responsable:</b> Comité de Gestión Estratégica. <b>Producto:</b> Visión Institucional.		
<p> <b>• Validación de la visión Institucional</b> </p> <p>           Si ya se cuenta con la visión, se hace necesario validarla antes de emplearla en la planificación estratégica institucional, para ello se reunirá el comité de gestión estratégica para contestar las siguientes preguntas:         </p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ¿Qué puedo cambiar?</li> <li>✓ ¿Qué debo de mantener?</li> <li>✓ ¿Qué es lo que debo eliminar?</li> </ul> <p>           Una vez contestadas las preguntas anteriores, el coordinador de la planificación deberá realizar los cambios que se consideren necesarios.         </p>		
Fecha de Elaboración: Octubre 2008	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:



Nombre del procedimiento:

**DEFINICIÓN DE LA VISIÓN INSTITUCIONAL**

Hoja 6 de 6

**Responsable:** Comité de Gestión Estratégica. **Producto:** Visión Institucional.

**VII. ANEXOS**

**ANEXO 1**

Formulario de preguntas para elaboración de la Visión institucional

Componentes	Preguntas a resolver		Declaración de la Misión
	Preguntas	Respuestas	
Características de la entidad en relación a su entorno.	¿Cómo deseamos ser vistos por los usuarios, la sociedad y nosotros mismos en 5 años?		
Características de sus productos.	¿Cómo esperamos sean los servicios prestados por la institución?		
Características de la institución en relación a la organización interna.	¿Con qué tipo de personal esperamos contar? ¿Qué características nos deben identificar en un plazo de 5 años?		
Beneficiarios	¿Quiénes serán los beneficiarios?		

Fuente: Fuente: Jaime Raventáus, "Master en Gestión de los Servicios de Salud"

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:


Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:

### 1.3.3 PROCEDIMIENTO PARA LA DEFINICIÓN DE LOS VALORES INSTITUCIONALES.

	HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA	
	MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL	
Nombre del procedimiento:	<b><u>DEFINICIÓN DE LOS VALORES INSTITUCIONALES</u></b>	Hoja <b>1</b> de <b>7</b>
<b>Responsable:</b> Comité de Gestión Estratégica.   <b>Producto:</b> valores Institucionales.		
<b><u>CONTENIDO:</u></b>		
<p>I.      <b>Definición</b></p> <p>II.     <b>Objetivo</b></p> <p>III.    <b>Generalidades</b></p> <p>IV.     <b>Características</b></p> <p>V.      <b>Base Legal</b></p> <p>VI.     <b>Procedimiento.</b></p> <p>VII.    <b>Anexos.</b></p>		
Fecha de Elaboración: Octubre 2008	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:





Nombre del  
procedimiento:

**DEFINICIÓN DE LOS VALORES  
INSTITUCIONALES**

Hoja **2** de **7**

**Responsable:** Comité de Gestión Estratégica. **Producto:** valores Institucionales.

**I. DEFINICIÓN**

El aporte de diferentes investigadores permite definir los valores como *las creencias y principios morales que conforman la cultura organizacional y aportan significado a las normas de conducta de una organización*. Los valores son los cimientos de cualquier cultura organizacional, ellos proporcionan un sentido de dirección común para todos los miembros y establecen directrices para su compromiso diario, inspirando la razón de ser de cada institución.

Es importante procurar la concordancia y compatibilidad de los valores personales con los valores del Hospital Santa Teresa, ya que esto conlleva a una alta satisfacción personal con el trabajo y los objetivos de la institución.

**II. OBJETIVO**

- Lograr que los individuos se identifiquen con el Hospital Nacional Santa Teresa a través de la internalización de los valores institucionales de tal manera de obtener un mayor compromiso por parte de los diferentes trabajadores.
- Integrar los esfuerzos de cada uno de los empleados con los de la institución para el logro de mejores resultados.

**III. GENERALIDADES**

- Los valores proveen pautas amplias sobre cómo debe uno proceder mientras persigue su propósito.
- Contestan las preguntas "¿Según qué principios quiero vivir?" y "¿Cómo?".
- Son intereses, metas importantes compartidas por la mayoría de las personas de un grupo que suelen dar forma a la conducta colectiva y que con frecuencia persisten con el tiempo, incluso a pesar de que cambien los miembros.
- Son creados para actuar consistentemente de acuerdo con ellos, de lo contrario no pasan de ser buenas intenciones.

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



Nombre del procedimiento:

**DEFINICIÓN DE LOS VALORES INSTITUCIONALES**

Hoja 3 de 7

**Responsable:** Comité de Gestión Estratégica. **Producto:** valores Institucionales.

**IV. CARACTERÍSTICAS.**

- Son susceptibles a cambios por atenuarse con el tiempo o por no responder ante un contexto distinto.
- Deben ser claros, compartidos y aceptados por los miembros de la institución, para que exista un criterio unificado que compacte y fortalezca los intereses de todos. Cuando no existe una estrecha relación entre los valores personales y los institucionales, estos últimos se convierten en ideales o valores distanciados como los denominan algunos autores.
- A menudo se encuentran explícitos en la voluntad de los fundadores de las empresas, en las actas de constitución y en la formalización de la misión y visión de las organizaciones.

**V. BASE LEGAL**

NTCI MSPAS y NTCI CC Art. 7: La máxima autoridad, los demás niveles gerenciales y de jefatura deben mantener y demostrar integridad y valores éticos en el cumplimiento de sus deberes y obligaciones así como contribuir con su liderazgo y acciones a promoverlos en la organización, para su cumplimiento por parte de los demás servidores.

**VI. PROCEDIMIENTO**

Imagen II-11: Diagrama de flujo para desarrollar los valores institucionales.



Fuente: Elaboración Propia

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL

Nombre del procedimiento:

**DEFINICIÓN DE LOS VALORES INSTITUCIONALES**

Hoja 4 de 7

**Responsable:** Comité de Gestión Estratégica. **Producto:** valores Institucionales.

Para el establecimiento de los valores institucionales se requiere de la participación de un grupo representativo del personal, por lo que se recomienda su definición a través de un taller filosófico en el cual pueda obtenerse la opinión de todos los participantes. El procedimiento propuesto se describe a continuación:

RESPONSABLE	PASO	DESCRIPCIÓN
Coordinador de la Planeación	1	Reúne el comité de gestión estratégico
	2	Explica generalidades sobre los valores institucionales a los participantes.
	3	Entrega a los participantes un formulario con preguntas que ayudarán a la definición de los valores. (Ver anexo1)
Miembros del comité de planeación	4	Llena el formulario.
	5	Cada miembro, comparte con los asistentes sus respuestas.
Coordinador de la Planeación	6	Una vez hayan sido colocadas todas las propuestas al frente del grupo, se realiza una votación entre los asistentes para escoger los valores más representativos. Se recomienda no exceder los 5 valores.
Comité de Planeación	7	Comunica los valores seleccionados por el comité al resto del personal del hospital.
	8	Motiva al resto del personal a cumplir con los valores establecidos, a través de sus representantes; con el propósito de lograr que el personal se identifique con los valores institucionales y los adopte como propios.

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



Nombre del procedimiento:

**DEFINICIÓN DE LOS VALORES INSTITUCIONALES**

Hoja 7 de 7

**Responsable:** Comité de Gestión Estratégica. **Producto:** Valores Institucionales.

**VII. ANEXOS**

**ANEXO 1:**

**Dentro de las relaciones interpersonales y el quehacer institucional del Hospital Nacional Santa Teresa, ¿qué valores le gustaría fuesen fortalecidos por el nosocomio?**

Valores	Valor 1	Valor 2	Valor 3	Valor 4
<b>Preguntas</b>				
¿Cómo se debe practicar este valor con los clientes / usuarios?				
¿Cómo se debe practicar con los compañeros de trabajo?				
¿Cómo se debe practicar con el jefe y con los subalternos?				
¿Cómo se debe practicar con la organización?				

Fuente: Elaboración propia

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:


Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:

### 1.3.4 PROCEDIMIENTO PARA LA DEFINICIÓN DE LOS OBJETIVOS INSTITUCIONALES.

	HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA	
	MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL	
Nombre del procedimiento:	<b><u>DEFINICIÓN DE LOS OBJETIVOS INSTITUCIONALES</u></b>	Hoja 1 de 6
<b>Responsable:</b> Comité de Gestión Estratégica.		<b>Producto:</b> Definición de los objetivos.
<b><u>CONTENIDO:</u></b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>I. Definición</li> <li>II. Objetivo</li> <li>III. Generalidades</li> <li>IV. Características</li> <li>V. Base Legal</li> <li>VI. Procedimiento</li> <li>VII. Anexos.</li> </ul>		
Fecha de Elaboración: Octubre 2008	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL

Nombre del  
procedimiento:

**DEFINICIÓN DE LOS OBJETIVOS  
INSTITUCIONALES**

Hoja **2** de **6**

**Responsable:** Comité de Gestión Estratégica. **Producto:** Definición de los objetivos.

**I. DEFINICIÓN**

Los objetivos son enunciados escritos sobre resultados a ser alcanzados en un periodo determinado. Son los fines hacia los cuales está encaminada la actividad de la institución, los puntos finales de la planeación, y aun cuando no pueden aceptarse tal cual son, el establecerlos requiere de una considerable planeación.

**II. OBJETIVO**

- Servir de guía para la etapa de ejecución de la planeación en la institución; así como legitimar o justificar las actividades realizadas por el Hospital.
- Servir como estándares para la evaluación de las acciones y la eficacia; así como de unidad de medida para verificar la eficiencia y comparar la productividad de la institución.

**III. GENERALIDADES**

De acuerdo con Peter F. Drucker, uno de los escritores sobre administración más influyentes de esta época, existen ciertas áreas clave que deben ser consideradas por todo gerente para formular los objetivos de un sistema administrativo entre estas se encuentran:

- a. Posicionamiento respecto a instituciones similares: la dirección debe fijar objetivos indicando donde quisiera estar en relación con sus competidores.
- b. Innovación: la dirección debe fijar objetivos esbozando su compromiso con el desarrollo de nuevos métodos de operación, adquisición de nueva tecnología, etc. que permita mejorar la calidad de la atención brindada a los pacientes.
- c. Productividad: la dirección debe fijar objetivos esbozando los niveles de producción que deben o desean alcanzarse.
- d. Recursos físicos y financieros: la dirección debe fijar objetivos para el uso, la adquisición y el mantenimiento del capital y de los recursos monetarios.
- e. Responsabilidad pública: la dirección debe fijar objetivos para indicar las responsabilidades del Hospital con sus clientes y con la sociedad, y la medida en la cual la institución intenta comprometerse con esas responsabilidades.

Fecha de Elaboración: Octubre 2008	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:



Nombre del procedimiento:

**DEFINICIÓN DE LOS OBJETIVOS INSTITUCIONALES**

Hoja 3 de 6

**Responsable:** Comité de Planeación Estratégica.

**Producto:** Definición de objetivos.

**IV. CARACTERÍSTICAS.**

Los objetivos deben reunir las siguientes características:

- a. Claridad: un objetivo debe estar claramente definido, de tal forma que no revista ninguna duda en aquellos que son responsables de participar en su logro.
- b. Flexibilidad: los objetivos deben ser lo suficientemente flexibles para ser modificados cuando las circunstancias lo requieran. Dicho de otro modo, deben ser flexibles para aprovechar las condiciones del entorno.
- c. Realista: los objetivos deben ser factibles de lograrse.
- d. Coherente: un objetivo debe definirse, teniendo en cuenta que éste debe servir a la empresa. Los objetivos por áreas funcionales deben ser coherentes entre sí, es decir no deben contradecirse.
- e. Motivador: los objetivos deben definirse de tal forma que se constituyan en elemento motivador, en un reto para las personas responsables de su cumplimiento.
  - Deben ser deseables y confiables por los miembros de la organización.
  - Deben elaborarse con la participación del personal de la empresa (administración por objetivos).

**V. BASE LEGAL**

NTCI MSPAS y NTCI CC Art. 14: Se deberán definir los objetivos y metas institucionales, considerando la visión y misión de la Organización y revisar periódicamente su cumplimiento.

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL

Nombre del procedimiento:

**DEFINICIÓN DE LOS OBJETIVOS INSTITUCIONALES**

Hoja 4 de 6

**Responsable:** Comité de Gestión Estratégica. **Producto:** Objetivos Institucionales.

**VI. PROCEDIMIENTO**

RESPONSABLE	PASO	DESCRIPCIÓN
Coordinador de la Planeación Estratégica.	1	Reúne al comité de gestión estratégica.
Comité de gestión estratégica.	2	Identificar la existencia de cualquier tendencia del entorno ya sea financiera, de estructura, procesos o clientes, que pueda significativamente influir en la operación de la institución. Esto podrá realizarse a través de una lluvia de ideas y/o a partir de la información proveniente de la recolección de la información. (Ver anexo 1)
	3	Revisar la misión y visión institucional.
Coordinador de la Planeación Estratégica.	4	Entrega a cada participante un formato para elaborar los objetivos institucionales.
Comité de gestión estratégica.	5	Llena el formato para lo cual contará con 15 minutos.
	6	Comparten los objetivos elaborados con los demás participantes mientras el coordinador toma nota en una pizarra.
Coordinador de la Planeación Estratégica.	7	Consolidar los objetivos y revisar que cumplan con las características requeridas en el apartado anterior. Los objetivos seleccionados pueden fusionarse o combinarse, para no generar una gran cantidad de objetivos.
Comité de gestión estratégica.	8	Realizar una jerarquía de objetivos de la institución, de acuerdo a las prioridades de la misma.
Coordinador de la Planeación Estratégica	9	Documenta los objetivos elaborados y jerarquizados.

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:





HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL

Nombre del  
procedimiento:

**DEFINICIÓN DE LOS OBJETIVOS  
INSTITUCIONALES**

Hoja **5** de **6**

**Responsable:** Comité de Gestión Estratégica. **Producto:** Definición de los objetivos.

**I. ANEXOS:**

**ANEXO 1: METODOLOGÍA PARA REALIZAR LLUVIA DE IDEAS**

1. Escriba la pregunta en un rotafolio o pizarra.
2. Deje a los participantes pensar algunas ideas por algunos minutos antes de comenzar.
3. Escriba todas las ideas propuestas por los participantes.
4. Una vez generadas todas las ideas (por lo general toma entre 30 a 45 minutos), analice cada una para aclararlas y combinar las ideas afines de la lista.
5. Llegue a un acuerdo con respecto a las maneras de analizar las ideas y use la recopilación de datos, la votación, la creación de matrices o los gráficos de barra para elegir entre las distintas opciones. A menudo, los grupos utilizan las técnicas de votación primero para reducir la lista a alrededor de 6 a 10 ideas principales, para después usar otras técnicas para elegir de esta lista más corta.



**Recomendaciones**

- La lluvia de ideas es una técnica para generar ideas, pero cada una tiene que tener algún fundamento.
- El análisis o la crítica de las ideas durante la lluvia de ideas prolonga la duración del ejercicio y limita el flujo de ideas creativas. Deje el análisis de las ideas para el final.

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL

Nombre del  
procedimiento:

**DEFINICIÓN DE LOS OBJETIVOS  
INSTITUCIONALES**

Hoja 6 de 6

**Responsable:** Comité de Gestión Estratégica. **Producto:** Definición de los objetivos.

**ANEXO 2: FORMATO PARA LA ELABORACIÓN DE OBJETIVOS.**

**INDICACIONES:** Con sus palabras y de forma sencilla, elabore un objetivo para cada una de los criterios abajo expuestos. Recuerde comenzar cada oración con un verbo de acción en infinitivo, así como considerar la misión y visión institucional y las características claridad, flexibilidad, medible, realista, coherente y motivador en la formulación de sus objetivos.

<b>Posicionamiento respecto a otras instituciones similares.</b>	<b>Innovación</b>
<b>Productividad</b>	<b>Recursos físicos y financieros</b>
<b>Responsabilidad pública</b>	

**Descripción de los criterios:**

- Posicionamiento respecto a otras instituciones similares: ¿dónde quisiera estar en relación con sus competidores en los próximos 5 años?
- Innovación: ¿Qué compromisos me gustaría que la institución asumiera en cuanto al desarrollo de nuevos métodos de operación, adquisición de nueva tecnología, etc. que permita mejorar la calidad de la atención brindada a los pacientes?
- Productividad: ¿Qué niveles de producción desearía que la institución alcanzará en los próximos 5 años?
- Recursos físicos y financieros: ¿Qué mejoras desearía observar en el manejo de los recursos tanto físicos como financieros en la institución?
- Responsabilidad pública: ¿Qué acciones debe realizar la institución para elevar el grado de compromiso con sus usuarios?

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:


Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:

### 1.3.5 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS EXTERNO E INTERNO Y DEFINICIÓN DE ESTRATEGIAS

	HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA	
	MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL	
Nombre del procedimiento:	<b><u>ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS EXTERNO E INTERNO Y DEFINICIÓN DE ESTRATEGIAS</u></b>	Hoja 1 de 9
<b>Responsable:</b> Comité de Gestión Estratégica.		<b>Producto:</b> Análisis institucional y definición de estrategias.
<b><u>CONTENIDO:</u></b>		
<p>I. Definición</p> <p>II. Objetivo</p> <p>III. Generalidades.</p> <p>IV. Características.</p> <p>V. Base Legal</p> <p>VI. Procedimiento.</p> <p>VII. Anexos.</p>		
Fecha de Elaboración: Octubre 2008	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:



Nombre del procedimiento:

**ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS EXTERNO E INTERNO Y DEFINICIÓN DE ESTRATEGIAS**

Hoja 2 de 9

**Responsable:** Comité de Gestión Estratégica.

**Producto:** Análisis institucional y definición de estrategias.

**I. DEFINICIÓN**

Es el estudio de la situación competitiva de la institución, considerando el entorno en el que se desenvuelve y las características internas de la misma, a efectos de determinar sus Fortalezas , Oportunidades, Debilidades y Amenazas

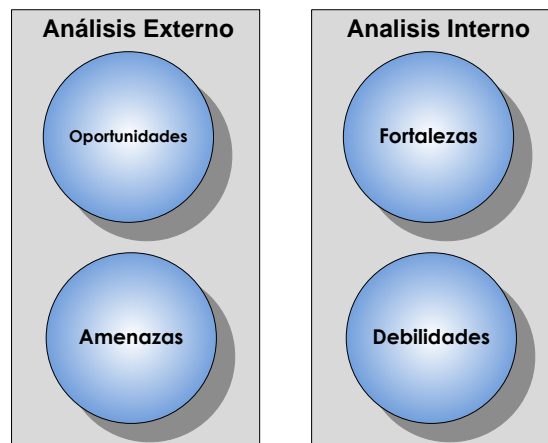
**II. OBJETIVO**

Establecer la situación actual del Hospital Nacional Santa Teresa, con el propósito de plantear estrategias que contrarresten las debilidades y amenazas y de la misma forma maximicen las fortalezas y oportunidades

**III. GENERALIDADES.**

Entre los principales elementos que componen el análisis interno y externo del Hospital Nacional Santa Teresa son los siguientes:

Imagen II-12: Componentes del análisis institucional.



Fuente: Elaboración Propia

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008


Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:

	<b>HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA</b>	
<b>MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL</b>		
Nombre del procedimiento:	<b><u>ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS EXTERNO E INTERNO Y DEFINICIÓN DE ESTRATEGIAS</u></b>	Hoja <b>3</b> de <b>9</b>
<b>Responsable:</b> Comité de Gestión Estratégica.		<b>Producto:</b> Análisis institucional y definición de estrategias.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalezas: son capacidades, recursos y ventajas propias de la institución que pueden ser utilizadas para alcanzar satisfactoriamente las metas.</li> <li>• Oportunidades: son todos aquellos aspectos externos a la institución que pueden suponer una ventaja competitiva para la misma.</li> <li>• Debilidades: son aspectos internos que limitan o reducen la capacidad de desarrollo efectivo de las estrategias.</li> <li>• Amenazas: son aquellos elementos del entorno que puede impedir la consecución de metas de la institución.</li> <li>• Estrategia: Es un gran enfoque para el desarrollo del Hospital en los próximos años y expresa la orientación que este tomará para su progreso.</li> <li>• Objetivos estratégicos: Cada estrategia básica se aplica a través de directrices de desarrollo. Tienen un mayor nivel de concreción.</li> <li>• Actividades: Acciones concretas que deben ser desarrolladas para alcanzar los objetivos estratégicos.</li> </ul> <p><b>IV. CARACTERÍSTICAS.</b> N/A</p> <p><b>V. BASE LEGAL.</b></p> <p>NTCI MSPAS y NTCI CC Art. 16: La máxima autoridad, los demás niveles gerenciales y de jefatura deben identificar los factores de riesgos relevantes, internos y externos, asociados al logro de los objetivos institucionales.</p>		
Fecha de Elaboración: Octubre 2008	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:



Nombre del  
procedimiento:

**ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS EXTERNO E  
INTERNO Y DEFINICIÓN DE ESTRATEGIAS**

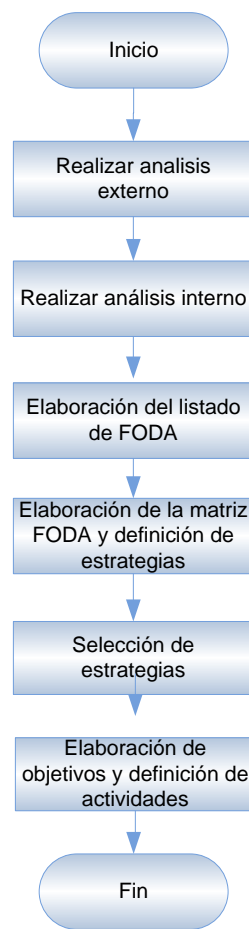
Hoja **4** de **9**

**Responsable:** Comité de Gestión Estratégica.

**Producto:** Análisis institucional y definición de estrategias.

## VI. PROCEDIMIENTO

Imagen II-13: Diagrama de flujo para desarrollar el procedimiento.



Fuente: Elaboración Propia

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL

Nombre del procedimiento:

**ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS EXTERNO E INTERNO Y DEFINICIÓN DE ESTRATEGIAS**

Hoja 5 de 9

**Responsable:** Comité de Gestión Estratégica.

**Producto:** Análisis institucional y definición de estrategias.

RESPONSABLE	PASO	DESCRIPCIÓN
Coordinador del comité	1	Realiza convocatoria a los miembros del comité y les encomienda la lectura y análisis de la guía para la realización del análisis externo e interno y definición de estrategias (ver anexo)
	2	Reúne el comité de gestión estratégico
	3	Amplia a los miembros del comité la información de la guía para la realización del análisis externo e interno y definición de estrategias.
	4	Entrega a los participantes hojas para la recopilación de fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades.
Miembros del comité de planeación	4	Realiza un listado de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas de la institución, tomando como base los elementos de la guía. Contarán con un tiempo entre 15 y 20 minutos para hacerlo.
	5	Cada miembro del comité coloca su listado enfrente de todos los miembros del grupo y lo lee en voz alta, para validar cada elemento.
	6	Una vez hayan sido colocadas todas las propuestas al frente del grupo, se procede a analizar las Oportunidades y Amenazas. Contestando las siguientes preguntas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué probabilidad hay que está Amenaza/Oportunidad ocurra en el futuro?</li> <li>- ¿Qué Impacto tendría para nuestra Institución que está Amenaza / Oportunidad ocurriese?</li> </ul> Se toman en cuenta para la matriz aquellas oportunidades y amenazas que resultaron de alto impacto y con alta probabilidad de ocurrencia
Coordinador del comité	7	Redacta las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas.
	9	Presenta la lista de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas en su respectiva matriz para proceder a la creación de estrategias.
Miembros del comité de p.	10	Generan estrategias para maximizar las oportunidades y fortalezas, y para minimizar las amenazas y debilidades.
Coordinador del comité	11	Presenta a los miembros del comité de planeación la matriz con sus respectivas estrategias para la selección y consolidación de estrategias.
Miembros del comité de planeación	12	Seleccionan y consolidan las estrategias a desarrollar
	13	Definen objetivos que permitan el cumplimiento de las estrategias.
	14	Establecimiento de actividades que permitan alcanzar los objetivos por estrategias trazados anteriormente.
Coordinador del comité	15	Asigna encargado de consolidar y presentar la información.

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008


Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:

	HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA	
MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL		
Nombre del procedimiento:	<b><u>ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS EXTERNO E INTERNO Y DEFINICIÓN DE ESTRATEGIAS</u></b>	Hoja 6 de 9
<b>Responsable:</b> Comité de Gestión Estratégica.		<b>Producto:</b> Análisis institucional y definición de estrategias.
<p><b>VII. ANEXO: GUÍA PARA LA REALIZACIÓN DEL ANÁLISIS EXTERNO E INTERNO Y DEFINICIÓN DE ESTRATEGIAS.</b></p> <p>Nota: Se recomienda la lectura y análisis de la siguiente guía para el desarrollo satisfactorio del taller.</p> <p><b>a) Objetivo:</b> Establecer la situación actual del Hospital Nacional Santa Teresa, con el propósito de plantear estrategias que contrarresten las debilidades y amenazas y de la misma forma maximicen las fortalezas y oportunidades</p> <p><b>b) Generalidades:</b> los principales elementos que componen el análisis interno y externo del Hospital Nacional Santa Teresa son los siguientes:</p> <p><b>c) Componentes del Análisis Institucional:</b></p> <p><b>Análisis Externo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Oportunidades</u>: son todos aquellos aspectos externos a la institución que pueden suponer una ventaja competitiva para la misma.</li> <li>• <u>Amenazas</u>: son aquellos elementos del entorno que puede impedir la consecución de metas de la institución.</li> </ul> <p><b>Análisis interno</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Fortalezas</u>: son capacidades, recursos y ventajas propias de la institución que pueden ser utilizadas para alcanzar satisfactoriamente las metas.</li> <li>• <u>Debilidades</u>: son aspectos internos que limitan o reducen la capacidad de desarrollo efectivo de las estrategias.</li> </ul>		
Fecha de Elaboración: Octubre 2008	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:



		HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA	
		MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL	
Nombre del procedimiento:		<b><u>ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS EXTERNO E INTERNO Y DEFINICIÓN DE ESTRATEGIAS</u></b>	Hoja <b>7</b> de <b>9</b>
<b>Responsable:</b> Comité de Gestión Estratégica.		<b>Producto:</b> Análisis institucional y definición de estrategias.	
<p><b>e) Aspectos a considerar para el análisis interno:</b></p> <p>Algunos elementos que deben considerarse para la realización del análisis interno son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Recursos Tangibles</u>: Instalaciones, distribución de espacios, grado de obsolescencia del equipo, comparación de gastos con el presupuesto asignado, entre otras.</li> <li>• <u>Recursos intangibles</u>: Formación, experiencia y capacidad profesional del Recurso Humano. También es necesario conocer la capacidad de trabajo en equipo y las relaciones entre empleados, es decir una valoración del clima laboral.</li> <li>• <u>Imagen De la institución</u>: Conocer la opinión de los usuarios o las valoraciones que ellos hacen de los servicios ofrecidos ayudarán a un mejor diagnóstico.</li> <li>• <u>Análisis de las actividades principales de la institución</u>: consiste en conocer el desempeño de las áreas médicas respecto a las metas establecidas por el nivel superior.</li> <li>• <u>Análisis de las actividades de apoyo</u>: Se estudia el desempeño de las aéreas administrativas y de apoyo médico respecto a las metas establecidas por los niveles superiores y otros que puedan ser considerados.</li> </ul> <p><b>f) Aspectos a considerar para el análisis externo:</b></p> <p>Algunos elementos que se deben considerar para la realización del análisis externo son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Entorno Social</u>: Tendencia demográfica del departamento, perfil epidemiológico, tasa de mortalidad del departamento, tasa de natalidad, percepción de los medios de comunicación de los servicios prestados por la institución, riesgos sociales del departamento, etc.</li> <li>• <u>Entorno Político</u>: Plan de Gobierno (aspectos relacionados con la salud), relaciones entre el gobierno local y el Gobierno de El Salvador, etc.</li> <li>• <u>Entorno Legal</u>: Leyes y polífticas estatales, leyes locales, polífticas, normas y procedimientos del ministerio de salud relacionados con el accionar hospitalario, etc.</li> <li>• <u>Entorno Económico</u>: Situación económica del país y del departamento, Políticas económicas y presupuesto asignado al MSPAS.</li> </ul>			
Fecha de Elaboración: Octubre 2008		Fecha de Revisión:	
Fecha de Aprobación:		Revisado por:	
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001		Aprobado por:	



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL

Nombre del procedimiento:

**ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS EXTERNO E INTERNO Y DEFINICIÓN DE ESTRATEGIAS**

Hoja 8 de 9

**Responsable:** Comité de Gestión Estratégica.

**Producto:** Análisis institucional y definición de estrategias.

Los elementos anteriores son necesarios para realizar un análisis del Diagnóstico Institucional, del cual resultarán un listado (ver imagen siguiente) de fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas que proceden del entorno y del interior de la institución.

Imagen II-14: Listado de Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas.

Lista de Fortalezas F1: F2: . . Fn:	Lista de Debilidades D1: D2: . . Dn
Lista de Oportunidades O1: O2: . . On:	Lista de Amenazas A1 A2 . . An

**g) Definición de Estrategias, objetivos por estrategia y actividades:**

Al tener determinadas las Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas, se procede ordenarlas por orden de importancia; lo cual será insumo para realizar la matriz de Elementos Internos y Externos (Ver imagen) y consecuentemente las estrategias.

Imagen II-15: Matriz de Elementos Externos e Internos y estrategias.

	<u>Fortalezas</u> F1: F2: . . Fn:	<u>Debilidades</u> D1: D2: . . Dn
<u>Oportunidades</u> O1: O2: . . On:	<u>Estrategias FO:</u> Estrategias para maximizar tanto las Fortalezas como las Oportunidades.	<u>Estrategias DO</u> Estrategias para minimizar las Debilidades y maximizar las Oportunidades.
<u>Amenazas</u> A1 A2 . . An	<u>Estrategias FA</u> Estrategias para maximizar las Fortalezas y minimizar las Amenazas.	<u>Estrategias DA</u> Estrategias para minimizar tanto las Amenazas como las Debilidades.

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008


Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:

	HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA	
MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL		
Nombre del procedimiento:	<b><u>ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS EXTERNO E INTERNO Y DEFINICIÓN DE ESTRATEGIAS</u></b>	Hoja 9 de 9
<b>Responsable:</b> Comité de Planeación Estratégica.	<b>Producto:</b> Análisis institucional y definición de estrategias.	
<p> <b>Las Estrategias FO (Fortalezas –vs- Oportunidades)</b>, a cualquier institución le agradecería estar siempre en la situación donde pudiera maximizar tanto sus fortalezas como sus oportunidades, es decir aplicar este tipo de estrategias. Tales instituciones podrían echar mano de sus fortalezas, utilizando recursos para aprovechar las oportunidades para sus productos y servicios.         </p> <p> <b>Las estrategias DO (Debilidades –vs- Oportunidades)</b>, intentan minimizar las debilidades y maximizar las oportunidades. La institución podría identificar oportunidades en el medio ambiente externo pero tener debilidades organizacionales que le eviten aprovechar dichas ventajas.         </p> <p> <b>Las estrategias FA (Fortalezas –vs- Amenazas)</b>, se basan en las fortalezas del hospital que pueden confrontarse con las amenazas del medio ambiente externo. Su objetivo es maximizar las primeras mientras se minimizan las segundas.         </p> <p> <b>Las estrategias DA (Debilidades –vs- Amenazas)</b>, buscan minimizar tanto las debilidades como las amenazas. Es importante mencionar que una institución que estuviera enfrentada sólo con amenazas externas y con debilidades internas, pudiera encontrarse en una situación totalmente precaria.         </p>		
Fecha de Elaboración: Octubre 2008	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:

---

## **2. APLICACIÓN DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA FORMULACIÓN ESTRATÉGICA**

---

### **2.1 DEFINICIÓN DE LA MISIÓN INSTITUCIONAL**

- Para la elaboración de la propuesta de misión del HNST, que ejemplifique la aplicación de la metodología, se realizó una prueba piloto en la que tuvieron que omitirse algunos pasos por razones de tiempo y recursos, realizándose una encuesta a los miembros del comité de gestión estratégica, donde estos calificaban una misión propuesta a partir de las preguntas contenidas dentro del formulario recomendado para el taller filosófico.
- Posteriormente, a partir de las observaciones obtenidas, se seleccionaron aquellos elementos más frecuentes y relevantes de acuerdo a la opinión de los encuestados, obteniéndose los siguientes resultados:
  - ✓ **¿Quiénes somos?** Un Hospital General de Segundo Nivel.
  - ✓ **¿Para qué existimos?** Para salvaguardar la salud de la población, a través de la prestación de servicios de salud.
  - ✓ **¿Cuáles son los servicios más relevantes que genera la institución?**  
Servicios de salud en las especialidades básicas de Medicina, Cirugía, Gineco-obstetricia, Pediatría y sus especialidades complementarias y servicios de apoyo.  
Servicios de docencia médica.
  - ✓ **¿Para quienes trabajamos?** Para todo aquel que lo necesite, sin importar su condición económica, sexo o raza.
  - ✓ **¿Cómo realizamos nuestras labores? o ¿En qué creemos como filosofía del hospital?** en brindar un servicio con calidad, calidez, equidad y con ética profesional.
- Finalmente partir de los resultados obtenidos en el punto anterior, se procedió a la definición de la propuesta de misión institucional, la cual se muestra a continuación:

*“Somos un Hospital General de Segundo Nivel, interesado en la provisión de servicios de salud con calidad y calidez a la población, en las especialidades básicas de Medicina, Cirugía, Gineco-obstetricia, Pediatría y sus especialidades complementarias y servicios de apoyo. Enlazados con el primer nivel de atención, a través del sistema de referencia y retorno y comprometidos con la satisfacción de los usuarios, el ejercicio de la docencia médica, la ética profesional y equidad en la atención”.*

## **2.2 DEFINICIÓN DE LA VISIÓN INSTITUCIONAL**

- Para la elaboración de la propuesta de visión del HNST, que ejemplifique la aplicación de la metodología, se realizó una prueba piloto en la que tuvieron que omitirse algunos pasos por razones de tiempo y recursos, realizándose una encuesta a los miembros del comité de gestión estratégica, donde estos calificaban una visión propuesta a partir de las preguntas contenidas dentro del formulario recomendado para el taller filosófico.
- Posteriormente, a partir de las observaciones obtenidas, se seleccionaron aquellos elementos más frecuentes y relevantes de acuerdo a la opinión de los encuestados, obteniéndose los siguientes resultados:
  - ✓ **¿Cómo deseamos ser vistos por los usuarios, la sociedad y nosotros mismos?** Como una institución competitiva y reconocida a nivel nacional, con un alto nivel tecnológico y trabajando con sinergia para el logro de los objetivos.
  - ✓ **¿Cómo esperamos sean los servicios prestados por la institución?** eficaces y de excelente calidad.
  - ✓ **¿Qué características nos deben identificar en un plazo de 5 años?** Eficiencia, calidad y competencia **¿Con qué tipo de personal esperamos contar?** Personal capacitado, satisfecho y con sentido humano.
  - ✓ **¿Cuáles serán los beneficiarios?** Los beneficiarios serán los usuarios así como el personal del HNST.
- Finalmente partir de los resultados obtenidos en el punto anterior, se procedió a la definición de la propuesta de visión institucional, la cual se muestra a continuación:

“Llegar a ser un Hospital de segundo Nivel competitivo y reconocido a nivel nacional por su eficacia y la excelente calidad en sus servicios, contando con personal altamente capacitado, infraestructura y equipo de alto nivel tecnológico y elevados índices de satisfacción en sus clientes”.

## **2.3 DEFINICIÓN DE LOS VALORES INSTITUCIONALES**

- Para la definición de los valores institucionales propuestos para HNST, que ejemplifiquen la aplicación de la metodología, se realizó una prueba piloto en la que tuvieron que omitirse algunos pasos por razones de tiempo y recursos, realizándose una encuesta a los miembros del comité de gestión estratégica, a partir de las preguntas contenidas dentro del formulario recomendado para la definición de los valores en el taller filosófico.
- A partir de los resultados obtenidos, se elaboró un listado de valores de entre los cuales se escogieron cinco de los más frecuentes y representativos, dentro de cada una de las encuestas.
- Una vez seleccionados se procedió a describirlos a partir de las respuestas dadas a las preguntas por cada uno de los encuestados. Obteniéndose los siguientes valores propuestos:

#### CALIDAD

Me esforzaré por realizar nuestro trabajo con la mayor eficiencia, eficacia, competencia, y responsabilidad, procurando siempre mantener la equidad, continuidad y seguridad en la prestación del servicio para todos los usuarios.

#### CALIDEZ

En mi trato a los usuarios prevalecerá siempre la amabilidad, empatía, humildad y respeto hacia la dignidad de las personas.

#### ÉTICA PROFESIONAL

Mi conducta se regirá siempre bajo el cumplimiento de las normas morales y religiosas, necesarias para alcanzar mis fines.

#### TRABAJO EN EQUIPO

Procuraré en mis relaciones laborales prevalezca la comunicación, armonía, compañerismo, respeto y colaboración para el logro de los objetivos de la institución.

### **2.4 DEFINICIÓN DE LOS OBJETIVOS INSTITUCIONALES**

Para la definición de los objetivos institucionales, se siguió el procedimiento propuesto en páginas anteriores. A continuación se muestra la aplicación de dicho procedimiento:

- Identificación de tendencias del entorno: Se realizó a partir de la información recolectada a través de las diferentes encuestas y entrevistas realizadas al personal del comité de gestión estratégica durante el diagnóstico.
- Revisión de la misión y visión: Se consideraron la misión y visión propuestas en este documento.
- Completar formato: Se elaboraron una serie de objetivos tomando como base los criterios establecidas en el formato diseñado para la definición de los objetivos así como las características establecidas en el presente documento. Estos fueron:
  - Posicionamiento respecto a otras instituciones similares.
  - Innovación
  - Productividad
  - Recursos físicos y financieros
  - Responsabilidad pública
- Consolidar objetivos: Una vez definidos, se procedió a consolidar los objetivos elaborados a partir de la opinión de los miembros del comité. Los objetivos propuestos se muestran a continuación:
  - Proporcionar servicios de salud con calidad y calidez a la población del Departamento de la Paz y a todo aquel que lo necesite.
  - Incrementar la eficiencia en el manejo de los recursos financieros para ayudar al adecuado funcionamiento de la institución.
  - Promover el desarrollo y satisfacción del personal de la institución en el desarrollo de sus labores.
  - Lograr un óptimo desempeño institucional a través del mejoramiento de los procesos deficientes y desarrollo de nuevos métodos de operación.

- Incrementar la competitividad de la institución a través del mejoramiento de los principales indicadores de desempeño tales como eficacia, eficiencia y productividad.

## **2.5 ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS INTERNO Y EXTERNO Y DEFINICIÓN DE ESTRATEGIAS.**

- **Realización del análisis interno y externo:**

Análisis interno:

Este análisis se efectuó a partir de la información obtenida de la opinión de los empleados del Hospital, recopilada a través de las diferentes encuestas y entrevistas realizadas durante el desarrollo del diagnóstico de la situación actual.

Análisis externo:

Para el análisis del entorno, se consideraron aspectos del entorno social, económico, político, legal, etc. a fin de identificar posibles elementos que pudiesen incidir en la operatividad de la institución.

- **Elaboración del listado de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas**

El análisis FODA propuesto, fue elaborado en coordinación con la dirección, a partir del análisis interno y externo realizado. A continuación se detallan, las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas propuestas:

- **Elaboración de la Matriz FODA**

	<p><b>FORTALEZAS</b></p> <p>F1 Ubicación de fácil acceso.  F2 Personal con experiencia.  F3 Buena comunicación con los usuarios.  F4 Credibilidad del personal.  F5 Generación de ingresos propios.  F6 Experiencia en el control de servicios.  F7 Convenios con otras instituciones.  F8 Capacitación continua.  F9 Empleados dispuestos a mejoras.  F10 Beneficios proyecto RHESSA  F11 Autonomía financiera en ciertas áreas.</p>	<p><b>DEBILIDADES</b></p> <p>D1 No existe planeación estratégica.  D2 Unidades trabajando aisladamente.  D3 Dificultades en la comunicación entre áreas.  D4 Empleados sin apoyo de su superior.  D5 Organigrama no adecuado.  D6 Procedimientos sin adaptación.  D7 Personal administrativo sin funciones claras.  D8 Conflictos entre empleados.  D9 Baja eficiencia en áreas administrativas.  D10 No medición de satisfacción de clientes.  D11 No existen controles internos de la gestión.  D12 Problemas de calidad con proveedores.  D13 Desagrado a la comida preparada.  D14 Bajo nivel tecnológico.  D15 Falta de plan de docencia hospitalaria.  D16 Hospital escuela no rentable</p>
<p><b>OPORTUNIDADES</b></p> <p>O1 Perfil epidemiológico con tendencia constate.  O2 Población de la Paz con escasas opciones de servicios de salud.  O3 Políticas, programas y proyectos del nivel superior de Salud.  O4 Recepción de los beneficios del proyecto RHESSA.  O5 Posibilidades de ampliación de convenios con otras instituciones.  O6 Impulso del MSPASS a los Programas de Calidad.  O7 Actualización de los datos demográficos del Departamento.  O8 Interés de las Instituciones formadoras de profesionales en el mejoramiento del HNST.  O9 Descentralización de la consulta externa.  O10 Cambios en la forma habitual de administración en algunos países de L.A.</p>	<p><b>ESTRATEGIAS FO (MAXI – MAXI)</b></p> <p>1 Atraer nuevos usuarios no exonerados del pago de servicio. (O2, O4, O5, O7, O9, F1, F2, F3, F4, F7, F8, F10)  2 Consolidar la confianza de los usuarios en los servicios prestados por el Hospital. (O3, O4, O6, F2, F3, F4, F8)  3 Implementar cambios administrativos en la institución. (O3, O6, O8, O10, O4, F8, F9, F10)</p>	<p><b>ESTRATEGIAS DO (MINI – MAXI)</b></p> <p>1 Elaborar una filosofía y un plan estratégico institucional. (O1, O3, O6, O7, O10, D1, D2)  2 Gestionar donaciones de diferentes organizaciones o entidades. (O3, O6, O4, D10, D12, D13, D16)  3 Impulsar la capacitación de los empleados tanto administrativos como operativos. (O4, O5, D7, D9, D17)  4 Crear mecanismos de medición de la satisfacción de los clientes externos e internos del Hospital. (O6, O10, D10, D12, D13, D14)  5 Favorecer la implementación de mecanismos que permitan incrementar la eficiencia y la productividad. (O4, O5, O8, D7, D9, D11)</p>



<b>AMENAZAS</b>	<b>ESTRATEGIAS FA (MAXI-MINI).</b>	<b>ESTRATEGIAS DA (MINI-MINI)</b>
<p>A1 Incremento en los gastos por el aumento en la inflación (7.52%).</p> <p>A2 Incremento en las principales fuentes energéticas para el Hospital.</p> <p>A3 Entorno sociopolítico inestable.</p> <p>A4 Cambios en la administración.</p> <p>A5 Poca participación de otras instituciones ajenas al MSPAS en el mejoramiento de los hospitales Nacionales.</p> <p>A6 Desapego de las asignaciones presupuestarias a las necesidades de la institución.</p> <p>A7 Se presentan carencias y necesidades similares en la mayoría de los planteles de segundo nivel relacionadas con aspectos administrativos.</p> <p>A8 Poco conocimiento de la población en general de todos los servicios que presta el hospital.</p> <p>A9 Prejuicios de la población en lo referente a la calidad de los servicios de salud prestados por las instituciones públicas.</p>	<p>1 Creación de un programa que permita recopilar las opiniones y medir el nivel de satisfacción de los usuarios del hospital, con el propósito de llevar a cabo el proceso de mejora continua en la institución. Mediante la realización y análisis de cuestionarios que midan los aspectos anteriormente mencionados. (A9, F1, F2, F3, F4)</p> <p>2 Comunicar a la población los diferentes servicios médicos que el hospital presta, mediante charlas o un directorio general ubicado en el acceso a la institución. (A8, F1, F3, F7, F10)</p> <p>3 Creación de un programa orientado a una mejor gestión de recursos en la institución. Mediante Capacitaciones al personal en temas relacionados a la optimización de los recursos energéticos y materiales de la institución, y por medio de la creación y comunicación al personal de políticas de austeridad que disminuyan los gastos en lo que a bienes de uso y consumo se refiere. (A1, A2, A6, F2, F6, F8, F9)</p> <p>4 Ampliación de vínculos con instituciones académicas, presentando las necesidades u oportunidades de mejora del hospital en lo que a aspectos administrativos se refiere para que estudiantes puedan proponer mejoras como parte de su servicio social. (Por ejemplo: actualización de manuales administrativos, actualización de inventario de expedientes, entre otras.) (A5, A7, F1, F2, F9)</p>	<p>1 Renegociar el aporte económico por alumno que las instituciones educativas de nivel técnico o superior dan al hospital. O en su defecto, presentar la oferta a otras instituciones que podrían dar un aporte económico mayor. (D15, D18, A1, A2, A6)</p> <p>2 Promover en los miembros del hospital la importancia que presenta para la institución su participación activa en la implementación del enfoque estratégico y así lograr la integración de los objetivos individuales de las diferentes áreas con el objetivo general de la institución. (D1, D2, A3, A4)</p> <p>3 Realizar actividades que permitan mejorar las relaciones de los empleados del hospital y que contribuyan a poner en práctica el trabajo en equipo. (D3, D4, D8, A9)</p> <p>4 Creación de indicadores internos que permitan monitorear el desempeño administrativo del hospital. (D10, D11, D12, D14, A6, A7, A9)</p>

- **Selección de estrategias.**

A partir de las estrategias anteriores, se realizó una selección de aquellas más importantes y con mayor incidencia para la institución, a través de la combinación y revisión de las mismas.

- **Elaboración de objetivos y definición de estrategias<sup>87</sup>.**

Cada una de las estrategias seleccionadas ha sido dividida en objetivos específicos; los cuales ayudarán al cumplimiento de las mismas; mientras que cada uno de estos objetivos ha sido dividido a su vez en actividades que habrán de realizarse, para garantizar el logro de dichos objetivos.

A continuación se presentan las estrategias propuestas para el Hospital Nacional Santa Teresa.

Estrategia 1: Incrementar los ingresos financieros hospitalarios.

O1. Generar nuevos convenios y fortalecer los existentes con instituciones públicas o privadas que requieran servicios médicos.

A1. Presentar oferta de servicios a otras instituciones.

A2. Comunicar a la población los diferentes servicios médicos que el hospital presta.

A3. Renegociar el aporte económico por alumno que las instituciones educativas de nivel técnico o superior dan al hospital.

O2. Gestionar donaciones o contribuciones con diferentes entidades tanto nacionales como internacionales.

A1. Generar proyectos de mejora para la institución.

A1. Realizar alianzas estratégicas con otras instituciones, que puedan brindar algún aporte al nosocomio.

Estrategia 2: Consolidar la confianza de los usuarios en los servicios prestados por el Hospital.

O1: Servir con calidad y calidez a los usuarios.

A1. Medir la satisfacción de los clientes externos del Hospital a través de la realización de encuestas y sondeos.

A2. Crear una oficina de atención al usuario.

A3. Capacitar a los empleados sobre cómo tratar a los usuarios.

A4. Garantizar la mejora continua de los servicios prestados actualmente.

O2: Poner en funcionamiento la nueva infraestructura física-tecnológica para la atención de los usuarios.

A1. Asignación de responsables a los nuevos servicios.

---

<sup>87</sup> Donde O: Objetivo Estratégico, A: Actividad.

O3: Gestionar la continuidad en la modernización del equipo e infraestructura de la institución.

- A1. Generar proyectos que contribuyan a la modernización de las instalaciones y adquisición de nueva tecnología, favoreciendo así la atención a los usuarios.
- A2. Gestionar los fondos necesarios.

O3: Mejorar los procesos institucionales encaminados a la optimización de la atención a los usuarios.

- A1. Documentación y/o actualización de los procedimientos administrativos y médicos del Hospital.
- A2. Crear vínculos con Universidades, para que alumnos de carreras de ingeniería o administración, participen en el mejoramiento y actualización de procedimientos administrativos.
- A3. Establecer medios de monitoreo y control para los procedimientos.

Estrategia 3: Implementar cambios en la institución que contribuyan a mejorar sus procesos y aprovechar los recursos nuevos y existentes.

O1: Elaborar un plan estratégico institucional.

- A1. Involucrar a los empleados en el proceso para captar su interés y lograr su apoyo.
- A2. Elaborar una misión, visión y valores institucionales.
- A3. Crear un manual para la elaboración del plan estratégico.
- A4. Elaborar un diagnóstico institucional.
- A5. Elaborar las estrategias más apropiadas.
- A6. Controlar el plan.

O2: Establecer mecanismos de control que permitan la optimización de los recursos.

- A1. Creación de indicadores internos que permitan monitorear el grado de aprovechamiento de los recursos.

O3: Reducir los gastos y optimizar los recursos.

- A1. Capacitar al personal en temas relacionados a la optimización de los recursos energéticos y materiales de la institución.
- A2. Crear y comunicar al personal políticas de austeridad que disminuyan los gastos en lo que a bienes de uso y consumo se refiere.

Estrategia 4: Impulsar el desarrollo del capital humano de la institución en las diferentes áreas.

O1: Capacitar técnicamente a los empleados de la división médica y administrativa, con la finalidad de contar con una planilla mejor preparada.

- A1. A1. Elaborar un plan de docencia y capacitaciones para el personal de la institución.
- A2. Realizar capacitaciones al personal.

- A3. Controlar de las capacitaciones recibidas.
- A4. Creación de un catálogo de bibliografía de consulta interna para el personal.

O2: Crear mecanismos que favorezcan al clima organizacional del Hospital.

- A1. Mejorar el sistema de incentivos (no económicos) al personal.
- A2. Llevar a cabo jornadas motivacionales.
- A3. Organizar convivios en el personal que mejoren las relaciones humanas, cooperación y el trabajo en equipo.
- A4. Desarrollar políticas de reconocimiento al trabajo bien hecho.
- A5. Comunicar los planes y objetivos del Hospital, fomentar un estilo de gestión basado en la participación.

Estrategia 5: Promover la integración de las diferentes áreas del hospital.

O1: Mejorar los canales de comunicación en la institución.

- A1. Elaborar manuales administrativos y médicos.
- A2. Elaborar el plan anual institucional.
- A3. Realizar reuniones mensuales en los diferentes departamentos.
- A4. Impulsar y propiciar el trabajo en equipo y la creación de grupos interdisciplinarios para la resolución de problemas.

O2: Lograr un nivel aceptable de satisfacción de los clientes internos.

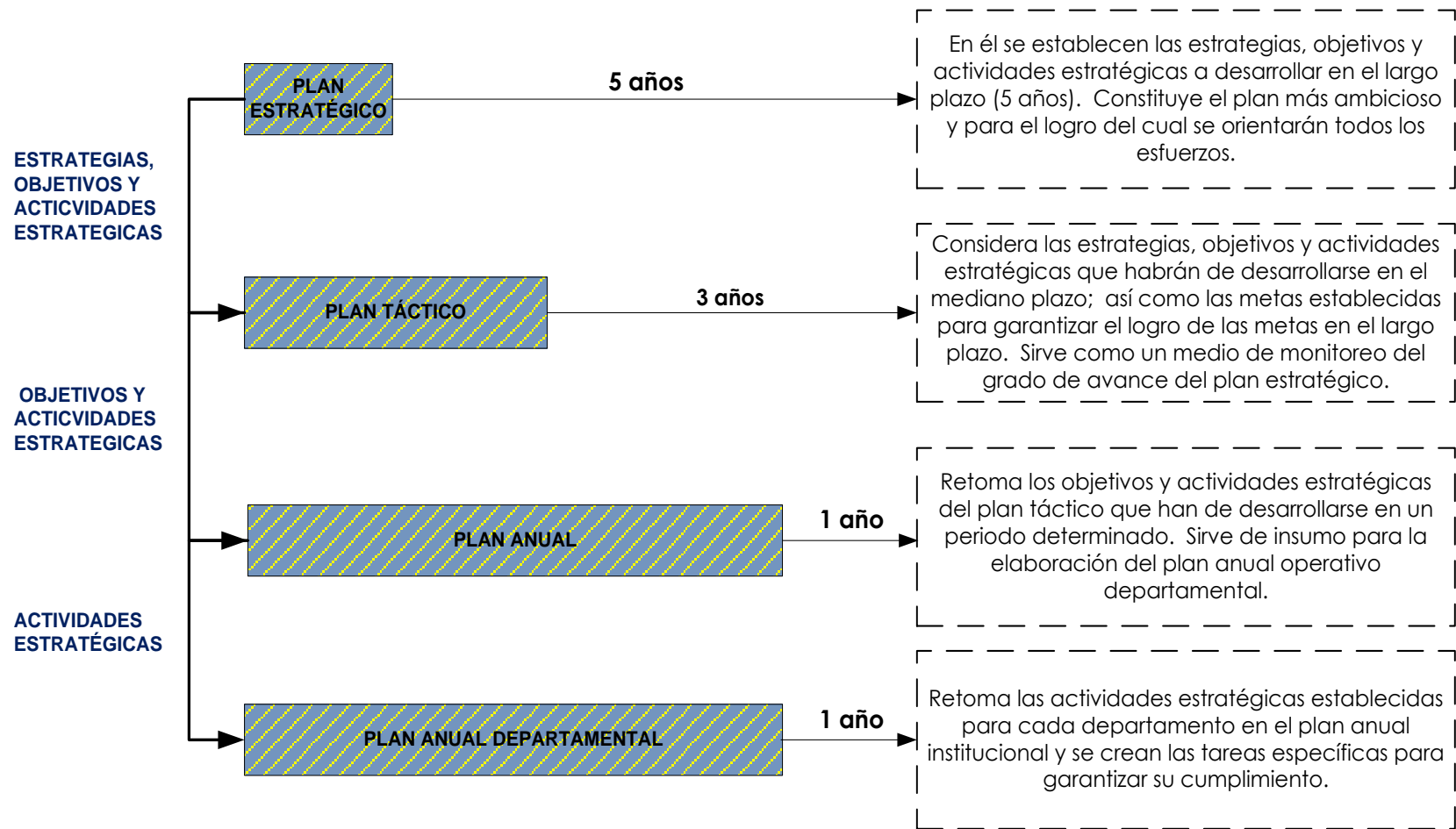
- A1. Crear mecanismos de medición y conocimiento de la satisfacción de los clientes internos del Hospital.

Una vez definidas las estrategias, objetivos y actividades estratégicas, estas se deberán consolidar en un plan estratégico institucional, el cual se usará como un medio de difusión para todos los miembros del nosocomio y además servirá como insumo para la elaboración de los planes de corto y mediano plazo que permitirán articular los diferentes esfuerzos realizados por los diferentes niveles de la institución en función de un fin común superior orientado al desarrollo y mejoramiento del hospital.

Cabe mencionar, que los planes de mediano y corto plazo, constituyen una herramienta muy importante para la consecución del plan estratégico; ya que es a través de ellos que se generan metas de más corto plazo que permitan dar seguimiento a las metas y objetivos de largo plazo perseguidos.

La siguiente figura muestra la relación entre dichos planes:


Imagen II-16: Relación entre los planes institucionales




Fuente: Elaboración Propia

### 3. PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL

#### 3.1 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL

	HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA	
MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL		
Nombre del procedimiento:	<b><u>ELABORACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL.</u></b>	Hoja <b>1</b> de <b>8</b>
<b>Responsable:</b> Comité de Gestión Estratégica		<b>Producto:</b> Plan Estratégico Institucional.
<b><u>CONTENIDO:</u></b>		
I. <b>Definición</b>		
II. <b>Objetivo</b>		
III. <b>Generalidades</b>		
IV. <b>Características</b>		
V. <b>Base Legal</b>		
VI. <b>Procedimiento.</b>		
VII. <b>Anexos.</b>		
Fecha de Elaboración: Octubre 2008	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:

	HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA	
MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL		
Nombre del procedimiento:	<b><u>ELABORACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL.</u></b>	Hoja <b>2</b> de <b>8</b>
<b>Responsable:</b> Comité de Gestión Estratégica   <b>Producto:</b> Plan Estratégico Institucional.		
<p><b>I. Definición:</b></p> <p>Es un plan de alto nivel y de largo plazo que define los objetivos de la institución y establece las líneas generales para alcanzarlos.</p> <p><b>II. Objetivo</b></p> <p>Elaborar el Plan Estratégico a fin de orientar las acciones del hospital para el cumplimiento de los objetivos institucionales planteados.</p> <p><b>III. Generalidades</b></p> <p>N/A</p> <p><b>IV. Características</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es un instrumento elaborado sobre la base de una perspectiva temporal que abarque un período de cinco 5 años</li> <li>• Surgir del consenso institucional para lograr el compromiso proactivo de todos los integrantes de la organización.</li> <li>• Flexibilidad, ya que debe ser ajustado siempre que sea necesario hacerlo.</li> </ul> <p><b>V. Base Legal.</b></p> <p>Art. 14.- NTCI CC: Se deberán definir los objetivos y metas institucionales, considerando la visión y misión de la Organización y revisar periódicamente su cumplimiento.</p> <p>Art. 15.- NTCI CC: La valoración de los riesgos, como componente del sistema de control interno, debe estar sustentada en un sistema de planificación participativo y de divulgación de los planes, para lograr un compromiso para el cumplimiento de los mismos.</p>		
Fecha de Elaboración: Octubre 2008	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:



Nombre del procedimiento:

**ELABORACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL.**

Hoja **3** de **8**

**Responsable:** Comité de Gestión Estratégica | **Producto:** Plan Estratégico Institucional.

**VI. Procedimiento.**

RESPONSABLE	PASO	DESCRIPCIÓN
Coordinador del comité estratégico	1	Convoca al comité estratégico para la realización del plan estratégico.
Miembros del comité estratégico	2	Reciben lineamientos y guías para la realización de la planeación estratégica.
Miembros del comité estratégico	3	Definen la misión de la institución
	4	Definen la visión institucional
	5	Establecen los valores del hospital
	6	Realizan los objetivos institucionales
	7	Elaboran el análisis interno y externo del hospital
	8	Definen estrategias.
	9	Diseño de objetivos estratégicos
	10	Definición de actividades para alcanzar los objetivos estratégicos
Coordinador del comité estratégico o miembro asignado	11	Consolidación de la información
Secretaría de la dirección	12	Digitalización del documento
Coordinador del comité estratégico	13	Analiza el documento, si no hay observaciones envía copia a los miembros del comité para someterlo a revisión.
Miembros del comité estratégico	14	Recibe el documento, realizan observaciones y modificaciones.
Coordinador del comité estratégico	15	Aprueba el plan estratégico institucional
Miembros del comité estratégico	16	Coordinan divulgación del plan al personal.

Nota: Para los pasos 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10 referirse a su procedimiento correspondiente

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:





HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL

Nombre del  
procedimiento:

**ELABORACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO  
INSTITUCIONAL.**

Hoja **4** de **8**

**Responsable:** Comité de Gestión Estratégica | **Producto:** Plan Estratégico Institucional.

## VII. Anexos.

### **Guía para la elaboración del plan estratégico institucional**

**Objetivo de la Guía:** identificar los elementos necesarios para la satisfactoria elaboración del Plan estratégico del Hospital Nacional Santa Teresa.

#### **Consideraciones técnicas a tomar en cuenta para elaborar el plan estratégico:**

- El plan estratégico es elaborado por el comité de planeación institucional
- El Plan Estratégico tiene que ser revisado y actualizado en el mes de diciembre de cada año.
- El Plan Estratégico requiere la recolección de información cuantitativa y cualitativa, por lo que es necesario la revisión de diversos documentos.
- El Plan Estratégico tiene que ser elaborado en formato digital, es importante utilizar el siguiente formato:
  - Documento de Word
  - Tipo de letra: Arial
  - Tamaño de letra: 12
  - La numeración se ubica en el pie de página, al centro de la misma.
  - Espacio de interlineado: 1 1/2
  - Márgenes superior e inferior: 2.5 cm
  - Márgenes izquierdo y derecho: 3 cm
  - Encabezado con el nombre del documento
  - Tamaño de papel: Carta
  - Impresión: Papel bond base 20
  - Tablas: El contenido de las tablas y cuadros tiene que tener tamaño de fuente 10

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008


Fecha de Revisión:


Fecha de Aprobación:


Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:

	HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA	
MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL		
Nombre del procedimiento:	<b><u>ELABORACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL</u></b>	Hoja <b>5</b> de <b>8</b>
<b>Responsable:</b> Comité de Gestión Estratégica <b>Producto:</b> Plan Estratégico Institucional.		
<b>Contenido del Plan Estratégico.</b>		
<p><b>a) Portada:</b>          En la portada deben considerarse los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Logos oficiales del Escudo de El Salvador y del Ministerio de Salud.</li> <li>• Nombre de la Institución.</li> <li>• Nombre del documento.</li> <li>• Imagen o fotografía de algo representativo al hospital.</li> <li>• Fecha en la cual se elaboró el plan estratégico</li> </ul>		
<p><b>b) Presentación:</b>          Es la parte en la cual los miembros del comité estratégico hacen una presentación del documento a los miembros de la institución y a cualquier persona que de una u otra forma está relacionada con el documento.          La presentación debe ser firmada y sellada por el Médico Director de la institución.</p>		
<p><b>c) Índice:</b>          Es un listado de los componentes que conforman el Plan estratégico con sus respectivos títulos y subtítulos debidamente numerados.          Es importante recalcar que la numeración inicia a partir de la Introducción del Plan hasta la página de anexos.</p>		
<p><b>d) Introducción:</b>          Es la descripción resumida de las partes del plan estratégico, acompañado de una reseña breve y del proceso que se siguió en la elaboración del Plan en el Hospital.          Se recomienda que se utilice por lo menos una página para la elaboración de la introducción.</p>		
Fecha de Elaboración: Octubre 2008	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:

	HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA	
MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL		
Nombre del procedimiento:	<b><u>ELABORACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL</u></b>	Hoja <b>6</b> de <b>8</b>
<b>Responsable:</b> Comité de Gestión Estratégica <b>Producto:</b> Plan Estratégico Institucional.		
<p><b>e) Objetivo General y Específicos:</b></p> <p>Para la elaboración de los objetivos es necesario tomar en cuenta los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deben comenzar con un verbo terminado en ar, er, ir, es decir en el modo infinitivo.</li> <li>• Deben tener un “qué” y un “para qué”.</li> <li>• Deben redactarse con claridad, de manera que se entienda lo que se quiere lograr.</li> </ul> <p>Se pide que en este apartado como requisito mínimo se elabore un objetivo general y 3 objetivos específicos que complementen al general.</p> <p><b>f) Generalidades de la institución:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre del Establecimiento: Se refiere al nombre del Establecimiento de Atención Hospitalaria.</li> <li>• Nombre del Director: Se coloca el nombre del Médico Director de la institución.</li> <li>• Ubicación: Se refiere a la dirección exacta donde se ubica el hospital.</li> <li>• Breve reseña histórica de la institución.</li> <li>• Nivel de complejidad: Se menciona la clasificación del centro hospitalario de acuerdo al reglamento general de hospitales del MSPAS.</li> <li>• Descripción de la infraestructura: Se hace una breve descripción de la parte física del edificio, del sistema de construcción, cuántos ambientes tiene (Consultorios, Áreas hospitalarias, laboratorios, entre otros), área construida en metros cuadrados y área total del terreno, así como el año de construcción.</li> <li>• Servicios que presta: Es un listado de la oferta de servicios que brinda el hospital a la población.</li> <li>• Recurso humano: Se enlista la cantidad de personal existente por cada una de las divisiones del hospital y el organigrama de la institución.</li> <li>• Producción de los principales servicios del hospital: Se tabula y grafica el desempeño que el hospital ha tenido en los últimos 5 años en lo que se refiere a producción de los principales servicios prestados.</li> </ul>		
Fecha de Elaboración: Octubre 2008	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:

	HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA	
MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL		
Nombre del procedimiento:	<b><u>ELABORACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL</u></b>	Hoja <b>7</b> de <b>8</b>
<b>Responsable:</b> Comité de Gestión Estratégica <b>Producto:</b> Plan Estratégico Institucional.		
<p><b>g) Filosofía Institucional:</b>          La filosofía institucional está compuesta por todos aquellos elementos que guían e inspiran a los miembros de la institución. La filosofía institucional está constituida por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Misión Institucional: La misión es la expresión conceptual del propósito o razón de ser de la institución, responde a las preguntas ¿Quiénes somos? y ¿Para qué existimos.</li> <li>• Visión institucional: Es una imagen mental que presenta un estado futuro deseable. La visión responde a la pregunta ¿Qué queremos ser?</li> <li>• Valores Institucionales: Son las creencias y principios morales que conforman la cultura organizacional y aportan significado a las normas de conducta de una organización.</li> <li>• Objetivos Institucionales: Son enunciados escritos sobre resultados a ser alcanzados en un periodo determinado.</li> </ul> <p><b>h) Diagnóstico Institucional:</b>          Es el estudio de la situación competitiva de la institución, considerando el entorno en el que se desenvuelve y las características internas de la misma, a efectos de determinar sus Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas. En el diagnóstico institucional es necesario listar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalezas.</li> <li>• Oportunidades.</li> <li>• Debilidades.</li> <li>• Amenazas.</li> </ul>		
Fecha de Elaboración: Octubre 2008	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:



Nombre del procedimiento:

**ELABORACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL**

Hoja 8 de 8

**Responsable:** Comité de Gestión Estratégica | **Producto:** Plan Estratégico Institucional.

**i) Estrategias, objetivos estratégicos y actividades por estrategia:**

Aquí se lista el consolidado de estrategias creadas para maximizar las oportunidades y fortalezas de la institución y minimizar las amenazas y debilidades. Es importante clasificar las estrategias en cualquiera de los 4 enfoques de la planeación (Estructura, Procesos, Ámbito Financiero y Atención al cliente).

También se listan los principales objetivos de cada estrategia y las actividades/planes/programas que se llevaran a cabo para lograr dichos objetivos.

**j) Matriz estratégica:**

Es un resumen de las diferentes líneas de acción que la institución seguirá para el cumplimiento de los objetivos planteados. A continuación se presenta el modelo a utilizar.

Imagen II-17: Ejemplo de matriz estratégica.

Estrategia	Objetivos estratégicos	Acciones estratégicas	Responsable	Años del plan				
				1	2	3	4	5

**k) Conclusiones:**

Son aspectos importantes a considerar de lo enunciado en el cuerpo del plan estratégico.

**l) Anexos:**

Se coloca información que respalde lo especificado en el cuerpo del plan estratégico, pueden ser datos demográficos, guías o metodologías, fundamentación teórica utilizada, etc.

Fecha de Elaboración: Octubre 2008	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:

### 3.2 EJEMPLO DE APLICACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO DEL HNST.



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA



**PLAN ESTRATÉGICO**

DICIEMBRE 2008

## **I. ÍNDICE**

---

- Introducción
- Objetivos del Plan
- Generalidades de la institución
- Misión Institucional
- Visión Institucional
- Valores Institucionales
- Objetivos Institucionales
- Diagnostico institucional
- Matriz estratégica

## **II. INTRODUCCIÓN**

---

El presente plan estratégico, es un instrumento creado para definir las metas a largo plazo que el Hospital Nacional Santa Teresa se ha trazado, y está orientado a dar respuesta a las necesidades del personal y de los usuarios que son la razón de ser de la institución. Razón por la cual fue necesario plantear estrategias orientadas al cumplimiento de los objetivos establecidos.

Para el desarrollo del presente plan es imprescindible el compromiso de los profesionales de este hospital, que sin duda son su capital más valioso. Por lo que es importante tomar conciencia de las metas y acciones que se presentan en dicho plan.

## **III. OBJETIVOS**

---

### **Objetivo General:**

- Contar con una herramienta de planificación básica y funcional que contribuya al desarrollo de la institución.

### **Objetivos específicos:**

- Involucrar al personal de la institución como elementos claves en el logro de las metas y estrategias planteadas.
- Ser utilizado como documento base para la elaboración del plan táctico institucional, a fin de integrar los esfuerzos en los diferentes niveles del hospital.
- Ser un elemento que contribuya al establecimiento de mecanismos de comunicación efectiva en la institución.

#### **IV. GENERALIDADES DE LA INSTITUCIÓN**

---

Nombre de la institución:

Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca.

Clasificación:

Según el reglamento general de hospitales está catalogado como una institución de segundo nivel de atención por la complejidad de los servicios que brinda.

Director General:

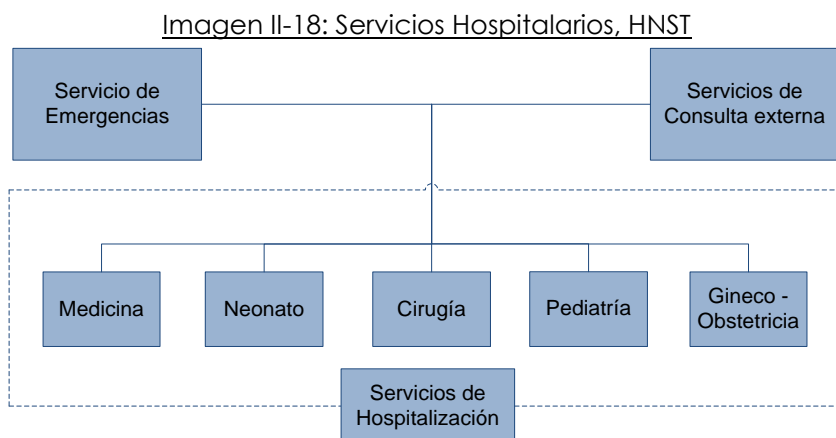
Dr. Boanerges Valencia.

Breve reseña historia:

El Hospital Nacional Santa Teresa nace a iniciativa de la señora Teresa de Alfaro en el año de 1904 donando un terreno donde se construyó el primer centro de atención médica llamado "puesto de sanidad" contando con servicios de consulta general y cuatro camas de hospitalización. Actualmente es el principal centro de atención en Salud Pública del Departamento de La Paz.

Servicios Hospitalarios:

El detalle de los servicios de hospitalización que presta la institución se presenta en la siguiente imagen:



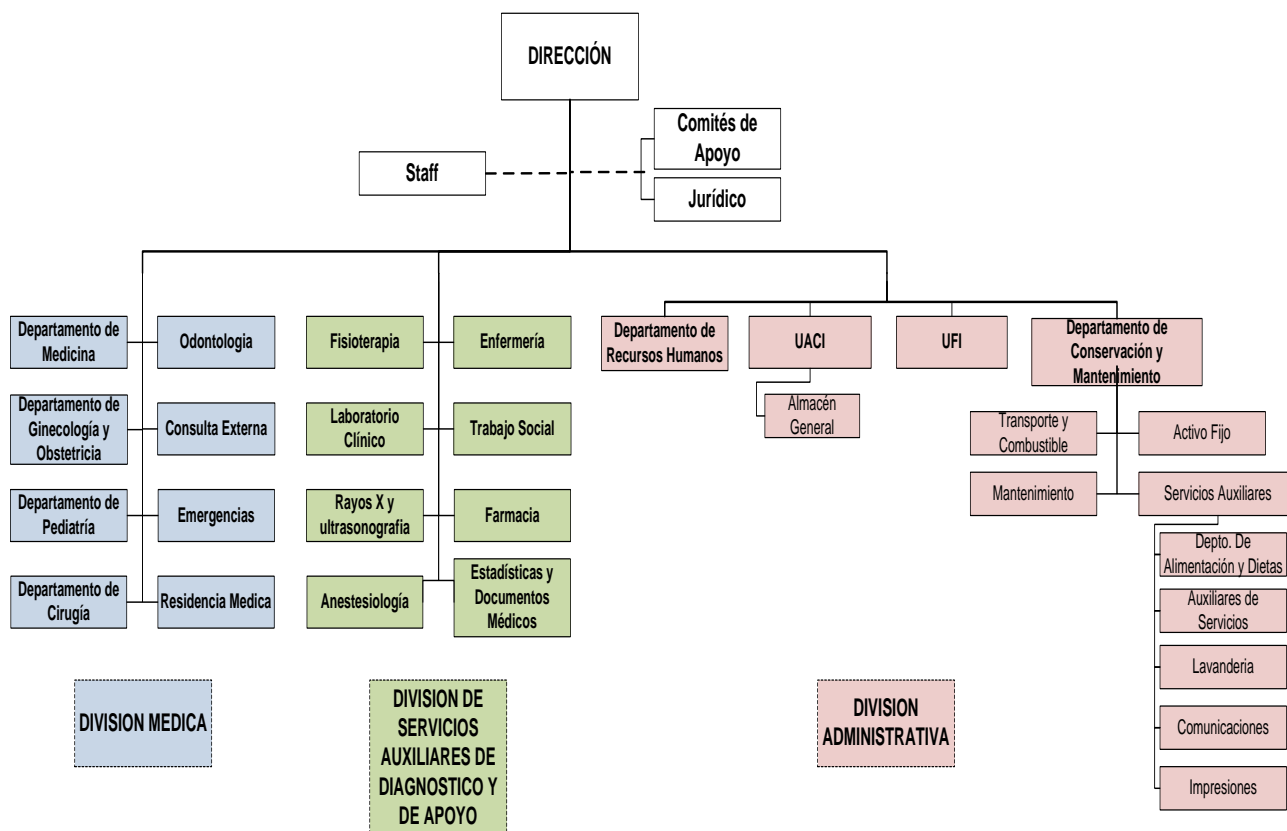
Fuente: Elaboración Propia

Recurso humano:

Cuenta con 265 empleados en el área de atención hospitalaria, 97 en el área administrativa, 58 de ellas laborando como personal de obra o de servicio, haciendo un total de 362 empleados; los cuales están distribuidos según la siguiente organización.



Imagen II-19: Estructura Organizativa, HNST



Fuente: Elaboración Propia

Producción anual por tipo de servicio Hospitalario:

A continuación se muestra un recuento de los casos atendidos en cada una de las especialidades en los últimos 5 años:

CUADRO II-1: EGRESOS TOTALES					
AÑO	MEDICINA	CIRUGÍA	NEONATO	PEDIATRÍA	GINECO-OBSTETRICIA
2003	2858	1938	1117	2084	4113
2004	2969	2061	818	2766	4307
2005	2716	2246	795	3237	4429
2006	2831	2138	639	2445	4256
2007	3121	2221	754	2675	4566

Fuente: Unidad Estadística Institucional Hospital Santa Teresa.

CUADRO II-2: TOTAL CONSULTAS EXTERNAS Y EMERGENCIAS ATENDIDAS		
AÑO	CONSULTA EXTERNA	EMERGENCIA
2003	50.649	23.655
2004	44.057	27.149
2005	36.777	33.157
2006	37.629	28.335
2007	37.726	25.920

Fuente: Unidad Estadística Institucional Hospital Santa Teresa.

## **V. MISIÓN**

---

*“Somos un Hospital General de Segundo Nivel, interesado en la provisión de servicios de salud con calidad y calidez a la población, en las especialidades básicas de Medicina, Cirugía, Gineco-obstetricia, Pediatría y sus especialidades complementarias y servicios de apoyo. Enlazados con el primer nivel de atención, a través del sistema de referencia y retorno y comprometidos con la satisfacción de los usuarios, el ejercicio de la docencia médica, la ética profesional y equidad en la atención”.*

## **VI. VISIÓN**

---

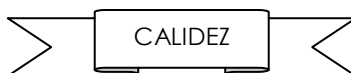
“Llegar a ser un Hospital de segundo Nivel competitivo y reconocido a nivel nacional por su eficacia y la excelente calidad en sus servicios, contando con personal altamente capacitado, infraestructura y equipo de alto nivel tecnológico y elevados índices de satisfacción en sus clientes”.

## **VII. VALORES**

---



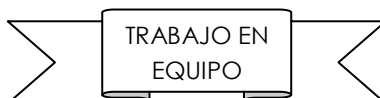
Me esforzaré por realizar nuestro trabajo con la mayor eficiencia, eficacia, competencia, y responsabilidad, procurando siempre mantener la equidad, continuidad y seguridad en la prestación del servicio para todos los usuarios.



En mi trato a los usuarios prevalecerá siempre la amabilidad, empatía, humildad y respeto hacia la dignidad de las personas.



Mi conducta se regirá siempre bajo el cumplimiento de las normas morales y religiosas, necesarias para alcanzar mis fines.



Procuraré en mis relaciones laborales prevalezca la comunicación, armonía, compañerismo, respeto y colaboración para el logro de los objetivos de la institución.

## **VIII. OBJETIVOS INSTITUCIONALES**

---

- Proporcionar servicios de salud con calidad y calidez a la población del Departamento de la Paz y a todo aquel que lo necesite.
- Incrementar la eficiencia en el manejo de los recursos financieros para ayudar al adecuado funcionamiento de la institución.
- Promover el desarrollo y satisfacción del personal de la institución en el desarrollo de sus labores.
- Lograr un óptimo desempeño institucional a través del mejoramiento de los procesos deficientes y desarrollo de nuevos métodos de operación.
- Incrementar la competitividad de la institución a través del mejoramiento de los principales indicadores de desempeño tales como eficacia, eficiencia y productividad.

## **IX. DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL**

---

### OPORTUNIDADES

- O1. Perfil epidemiológico de la población en el departamento de La Paz sin grandes variaciones en los últimos 5 años, lo que permite la realización de pronósticos más acertados en los planes desarrollados por la institución.
- O2. Población de Zacatecoluca con escasas opciones de servicios de salud, accesibles económicamente, en las especialidades de medicina, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría.
- O3. Creación de políticas, programas y proyectos del nivel central que fomentan las mejoras institucionales tanto en infraestructura, administración y atención médica; tales como los programas para el mejoramiento de la calidad de atención al usuario, proyectos de modernización y mejoramiento de la infraestructura.
- O4. Próxima recepción de beneficios del Proyecto RHESSA en el HNST:
  - a. Construcción de 2 nuevos edificios y rehabilitación de 5 más
  - b. Modernización de equipo médico: Equipo de laparoscopia, Equipo de endoscopia, Red del sistema informático, Central telefónica
  - c. 65 camas más (18 censables y 47 no censables).
- O5. Posibilidad de ampliación de convenios entre el hospital nacional y otras instituciones, para la prestación de servicios de salud, a partir de las mejoras en su infraestructura.
- O6. Impulso del Ministerio de Salud al mejoramiento de la Calidad de los Servicios, a través del Programa Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud en El Salvador.
- O7. Datos demográficos del departamento recientemente actualizados, por el censo 2007.
- O8. Interés de instituciones formadoras de profesionales en promover la generación de propuestas para la mejora de la eficiencia Hospitalaria.
- O9. Descentralización de la consulta externa a las unidades de salud; es decir, que estas serán responsabilidad del primer nivel de atención.

- O10. Cambios en la forma de administración hospitalaria habitual en algunos países de Latinoamérica como: Colombia, México, etc.

#### AMENAZAS

- A1. Incremento de los gastos en bienes de uso y consumo debido al aumento en la inflación promedio del país respecto al 2007: 7.52%
- A2. Incremento en el precio de las principales fuentes de energía del hospital: combustibles, energía eléctrica, etc.
- A3. Entorno sociopolítico inestable por la proximidad de las elecciones.
- A4. Cambios en la administración del nosocomio, a partir del nuevo gobierno.
- A5. Poca participación de entidades externas al Ministerio de Salud en lo referente a estudios o propuestas de mejora para la institución.
- A6. Asignación presupuestaria proveniente del Gobierno Central no apegada a las necesidades del hospital.
- A7. Se presentan carencias y necesidades similares en la mayoría de los planteles de segundo nivel relacionadas con aspectos administrativos.
- A8. Poco conocimiento de la población en general de todos los servicios que presta el hospital.
- A9. Prejuicios de la población en lo referente a la calidad de los servicios de salud prestados por las instituciones públicas.

#### FORTALEZAS

- F1. Ubicado en lugar de fácil acceso en el municipio de Zacatecoluca
- F2. Existencia de mano de obra calificada y con experiencia.
- F3. Buena comunicación y confianza entre el paciente y el personal médico en el área de hospitalización.
- F4. Credibilidad en los profesionales de la Institución por parte de los pacientes internados.
- F5. Cuenta con capacidad de poder generar ingresos propios.
- F6. Experiencia en el control de servicios subcontratados (seguridad y limpieza).
- F7. Cuenta con convenios con otras instituciones, para la venta de servicios de salud.
- F8. Continua capacitación mediante jornadas y seminarios (especialmente en el área de enfermería)
- F9. Empleados dispuestos a implementar cambios en la institución para mejora de la misma.

#### DEBILIDADES

- D1. No se cuenta con planeación estratégica institucional.
- D2. Unidades del HNST, trabajando aisladamente para la consecución de los objetivos institucionales.
- D3. El 40% de los empleados manifiesta tener dificultades cuando requiere información de otras áreas.
- D4. Cerca del 43% de los empleados manifiesta no recibir la ayuda o apoyo necesario de su superior.

- D5. Organigrama no divulgado, con necesidades de actualización y sin un criterio uniforme en su elaboración.
- D6. Procedimientos documentados sin adaptación a la institución; ya que no existe un manual administrativo propio (se utiliza el manual del SIBASI).
- D7. El 33% del personal administrativo no tiene claras sus funciones y/o responsabilidades
- D8. El 30% de los empleados manifiesta la existencia de conflictos en su área.
- D9. Baja eficiencia en los procedimientos administrativos: 52.9%
- D10. Ausencia de mecanismos que permitan conocer y analizar el grado de satisfacción de los pacientes y empleados de los diferentes departamentos y servicios.
- D11. No existen controles de la gestión administrativa hospitalaria (eficiencia, efectividad, etc.)
- D12. Problemas de calidad en algunos productos entregados por los proveedores. (alimentos recibidos por el área de despensa y en algunos insumos médicos.)
- D13. Tiempos de espera superiores a 2 horas para el internamiento
- D14. El 44% de los pacientes internados manifiestan desagrado a la comida preparada.
- D15. Bajo nivel tecnológico. Existencia de equipo obsoleto en algunas de las áreas médicas.
- D16. No se cuenta con un plan de docencia hospitalaria, para regular la capacitación de los empleados.
- D17. Los Ingresos generados a partir de los servicios de docencia ofrecidos a los estudiantes de medicina no son significativos, en relación a los gastos que la prestación del servicio conlleva

**X. MATRIZ ESTRATÉGICA.**

**MATRIZ ESTRATÉGICA HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA DE ZACATECOLUCA**

Estrategia	Objetivos estratégicos	Acciones estratégicas	Responsable	AÑOS DEL PLAN				
				1	2	3	4	5
Consolidar la confianza de los usuarios en los servicios prestados por el Hospital.	Servir con calidad y calidez a los usuarios.	Medir el nivel de satisfacción de los clientes externos del Hospital a través de la realización de encuestas y sondeos.	Comité de Gestión estratégico	X	X	X	X	X
		Crear una oficina de atención al usuario.	Departamento de RRHH.	X	X			
		Capacitar a los empleados sobre cómo tratar a los usuarios.	Departamento de RRHH.	X		X		X
		Garantizar la mejora continua de los servicios prestados actualmente.	Jefes y encargados de las áreas médicas y administrativas	X	X	X	X	X
	Poner en funcionamiento la nueva infraestructura física-tecnológica para la atención de los usuarios.	Asignación de responsables a los nuevos servicios.	Dirección, Jefes y encargados de las áreas médicas y administrativas	X	X	X	X	X
	Gestionar la continuidad en la modernización del equipo e infraestructura de la institución.	Generar proyectos que contribuyan a la modernización de las instalaciones y adquisición de nueva tecnología, favoreciendo así la atención de los usuarios.	Comité de Gestión		X	X	X	X
		Gestionar los fondos necesarios a través de la generación de vínculos con entidades externas.	Comité de Gestión		X	X	X	X
	Mejorar los procesos institucionales encaminados a la optimización de la atención a los usuarios.	Documentación y/o actualización de los procedimientos de los administrativos y médicos del Hospital.	Jefes y encargados de las áreas médicas y administrativas	X				
		Crear vínculos con universidades para que alumnos de las carreras de ingeniería o administración de empresas propongan mejoras a los procesos en la institución, a la actualización del inventario de expedientes, entre otras.	Comité de Gestión	X	X	X	X	X
		Establecer medios de monitoreo y control para los procedimientos.	Jefes y encargados de las áreas médicas y administrativas	X				

**MATRIZ ESTRATÉGICA HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA DE ZACATECOLUCA**

Estrategia	Objetivos estratégicos	Acciones estratégicas	Responsable	AÑOS DEL PLAN				
				1	2	3	4	5
Incrementar los ingresos financieros hospitalarios.	Generar nuevos convenios y fortalecer los existentes con instituciones públicas o privadas que requieran servicios médicos.	Presentar oferta de servicios a otras instituciones.	Dirección general	X	X			
		Comunicar a la población los diferentes servicios médicos que el hospital presta.	Comité de Gestión		X	X	X	X
		Renegociar el aporte económico por alumno que las instituciones educativas de nivel técnico o superior dan al hospital.	Dirección general	X				
	Gestionar donaciones o contribuciones con diferentes entidades tanto nacionales como internacionales	Generar proyectos de mejora para la institución.	Comité de Gestión y jefaturas.	X	X	X	X	X
		Realizar alianzas estratégicas con otras instituciones, que puedan brindar algún aporte al nosocomio.	Comité de Gestión.	X	X	X	X	X

**MATRIZ ESTRATÉGICA HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA DE ZACATECOLUCA**

Estrategia	Objetivos estratégicos	Acciones estratégicas	Responsable	AÑOS DEL PLAN				
				1	2	3	4	5
Implementar cambios en la institución que contribuyan a mejorar sus procesos y aprovechar los recursos nuevos y existentes.	Elaborar un plan estratégico institucional.	Involucrar a los empleados en el proceso para captar su interés y lograr su apoyo.	Comité estratégico.	X				
		Elaborar una misión, visión y valores institucionales.		X				
		Crear un manual para la elaboración del plan estratégico.		X				
		Elaborar un diagnóstico institucional.		X				
		Elaborar las estrategias más apropiadas.		X				
		Controlar el plan.		X	X	X	X	X
	Establecer mecanismos de control que permitan la optimización de los recursos.	Creación de indicadores internos que permitan monitorear el grado de aprovechamiento de los recursos.	Jefes y encargados de las áreas medicas y administrativas	X				
	Reducción de gastos y optimización de recursos	Capacitar al personal en temas relacionados a la optimización de los recursos energéticos y materiales de la institución.	Departamento de RRHH		X		X	
		Crear y comunicar al personal políticas de austeridad que disminuyan los gastos en lo que a bienes de uso y consumo se refiere.	Dirección y Jefes de Departamento s.	X				



**MATRIZ ESTRATÉGICA HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA DE ZACATECOLUCA**


Estrategia	Objetivos estratégicos	Acciones estratégicas	Responsable	AÑOS DEL PLAN				
				1	2	3	4	5
Impulsar el desarrollo del capital humano de la institución en las diferentes áreas.	Capacitar técnicamente a los empleados de la división médica y administrativa, con la finalidad de contar con una planilla mejor preparada.	Elaborar un plan de docencia y capacitaciones para el personal de la institución.	Departamento de RRHH	X	X	X	X	X
		Realizar capacitaciones al personal.	Departamento de RRHH	X	X	X	X	X
		Controlar las capacitaciones recibidas.	Departamento de RRHH	X	X	X	X	X
		Creación de un catalogo de bibliografía de consulta interna para el personal	Departamento de RRHH	X	X	X	X	X
	Crear mecanismos que favorezcan al clima organizacional del Hospital.	Mejorar el sistema de incentivos (no económicos) al personal.	Comité de Gestión.	X				
		Llevar a cabo jornadas motivacionales.	Comité de gestión.	X	X	X	X	X
		Organizar convivios para el personal que mejoren las relaciones humanas, cooperación y trabajo en equipo.	Departamento de RRHH		X			
		Desarrollar políticas de reconocimiento del trabajo bien hecho.	Comité de Gestión y Jefes	X	X	X	X	X
		Comunicar los planes, objetivos del hospital, y fomentar un estilo de gestión participativa.	Comité de Gestión y Jefes	X	X	X	X	X


**MATRIZ ESTRATÉGICA HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA DE ZACATECOLUCA**

Estrategia	Objetivos estratégicos	Acciones estratégicas	Responsable	AÑOS DEL PLAN				
				1	2	3	4	5
Promover la integración de las diferentes áreas del hospital.	Mejorar los canales de comunicación en la institución.	Elaborar manuales administrativos y médicos.	Jefes y encargados de las áreas medicas y administrativas	X	X	X	X	X
		Elaborar el plan anual institucional.	Comité de Gestión.	X				
		Realizar reuniones mensuales en los diferentes departamentos.	Jefes y encargados de las áreas medicas y administrativas	X	X	X	X	X
		Impulsar y propiciar el trabajo en equipo y la creación de grupos interdisciplinarios para la resolución de problemas.	Comité de Gestión	X	X	X	X	X
	Lograr un nivel aceptable de satisfacción de los clientes internos.	Crear mecanismos de medición de la satisfacción de los clientes internos del Hospital (Buzón de sugerencias internas)	Comité de Gestión.	X				

## 4. PLAN TÁCTICO INSTITUCIONAL

### 4.1 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN TÁCTICO INSTITUCIONAL

	HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA	
	MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DEL PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL	
Nombre del procedimiento:	<b><u>ELABORACIÓN DEL PLAN TÁCTICO INSTITUCIONAL.</u></b>	Hoja 1 de 7
<b>Responsable:</b> Comité de Gestión Estratégica		<b>Producto:</b> Plan Táctico Institucional.
<b><u>CONTENIDO:</u></b>		
I. <b>Definición</b>		
II. <b>Objetivo</b>		
III. <b>Generalidades</b>		
IV. <b>Características</b>		
V. <b>Base Legal</b>		
VI. <b>Procedimiento.</b>		
VII. <b>Anexos.</b>		
Fecha de Elaboración: Octubre 2008	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:

	HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA	
MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DEL PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL		
Nombre del procedimiento:	<b><u>ELABORACIÓN DEL PLAN TÁCTICO INSTITUCIONAL.</u></b>	Hoja <b>2</b> de <b>7</b>
<b>Responsable:</b> Comité de Gestión Estratégica   <b>Producto:</b> Plan Táctico Institucional.		
<p><b>I. Definición:</b></p> <p>Es un plan de mediano plazo que define las estrategias, objetivos y acciones tácticas a desarrollar en un periodo comprendido entre 1 y 5 años. Para el caso del HNST, el plan táctico tendrá una duración de 3 años.</p> <p><b>II. Objetivo</b></p> <p>Contar con una herramienta de planificación que permita generar metas de mediano plazo y con ello asegurar la consecución de los objetivos de largo plazo establecidos en el plan estratégico.</p> <p><b>III. Generalidades</b></p> <p>N/A</p> <p><b>IV. Características</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es un instrumento elaborado para apoyar el cumplimiento del plan estratégico institucional.</li> <li>• Tiene un horizonte de planeación de 3 años.</li> <li>• Flexibilidad, ya que debe ser ajustado siempre que sea necesario hacerlo.</li> </ul> <p><b>X. Base Legal.</b></p> <p>Art. 14.- NTCI CC: Se deberán definir los objetivos y metas institucionales, considerando la visión y misión de la Organización y revisar periódicamente su cumplimiento.</p>		
Fecha de Elaboración: Octubre 2008	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DEL PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL

Nombre del procedimiento:

**ELABORACIÓN DEL PLAN TÁCTICO INSTITUCIONAL.**

Hoja 3 de 7

**Responsable:** Comité de Gestión Estratégica | **Producto:** Plan Táctico Institucional.

**VIII. Procedimiento.**

RESPONSABLE	PASO	DESCRIPCIÓN
Coordinador del comité estratégico	1	Convocar al comité estratégico para la realización del plan táctico institucional.
Miembros del comité estratégico	2	Recibir guías y lineamientos para la realización del plan táctico institucional.
	3	Si existe un plan táctico previo, analizar la gestión del periodo anterior, a fin de identificar los problemas o factores que han incidido negativa o positivamente en la obtención de los resultados. (De no existir un plan táctico previo, pasar al paso 6)
	4	Analizar las causas por las cuales no se lograron cumplir algunas metas (Si aplica).
	5	Formular un breve resumen de los factores o situaciones críticas que pueden ser tomadas en cuenta para evitar el incumplimiento de dichas metas.
	6	Revisar: lineamientos del nivel central y regional, perfiles epidemiológicos y endémicos del departamento de La Paz, con el propósito de establecer las metas asistenciales de la institución.
	7	Revisar el plan estratégico e identificar las líneas estratégicas a desarrollar durante el siguiente periodo. Analizar las líneas estratégicas (Del plan estratégico) para establecer las metas a cumplir durante el siguiente periodo en la institución.
	8	Establecer las metas del área asistencial de la institución para el siguiente periodo.
	9	Establecer las metas de los servicios de apoyo y administrativas.
	10	Programar las acciones que permitan alcanzar las metas propuestas.
	11	Determinar los recursos humanos, materiales y financieros a utilizar.
Secretaria de la dirección.	12	Elaborar el plan táctico institucional, de acuerdo con lo establecido en la guía para la elaboración del plan táctico institucional.
Coordinador del comité estratégico	13	Comunicar el plan a los jefes de la institución.

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DEL PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL

Nombre del procedimiento:

**ELABORACIÓN DEL PLAN TÁCTICO INSTITUCIONAL.**

Hoja 4 de 7

**Responsable:** Comité de Gestión Estratégica

**Producto:** Plan Táctico Institucional.

**IX. Anexos.**

**Guía para la elaboración del plan táctico institucional**

**Objetivo de la Guía:** Identificar los elementos necesarios para la satisfactoria elaboración del Plan Táctico del Hospital Nacional Santa Teresa.

**Consideraciones técnicas a tomar en cuenta para elaborar el plan táctico:**

- El plan táctico es elaborado por el comité de planeación institucional
- El Plan táctico requiere la recolección de información cuantitativa y cualitativa, por lo que es necesario la revisión de diversos documentos.
- El Plan táctico tiene que ser elaborado en formato digital, para lo cual es importante utilizar el siguiente formato:
  - Documento de Word
  - Tipo de letra: Arial
  - Tamaño de letra: 12
  - La numeración se ubica en el pie de página, al centro de la misma.
  - Espacio de interlineado: 1 1/2
  - Márgenes superior e inferior: 2.5 cm
  - Márgenes izquierdo y derecho: 3 cm
  - Encabezado con el nombre del documento
  - Tamaño de papel: Carta
  - Impresión: Papel bond base 20
  - Tablas: El contenido de las tablas y cuadros tiene que tener tamaño de fuente 10

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008


Fecha de Revisión:


Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:

	HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA	
MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DEL PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL		
Nombre del procedimiento:	<b><u>ELABORACIÓN DEL PLAN TÁCTICO INSTITUCIONAL.</u></b>	Hoja <b>5</b> de <b>7</b>
<b>Responsable:</b> Comité de Gestión Estratégica <b>Producto:</b> Plan Táctico Institucional.		
<b>Contenido del Plan Táctico.</b>		
<p><b>a) Portada:</b>          En la portada deben considerarse los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Logos oficiales del Escudo de El Salvador y del Ministerio de Salud.</li> <li>• Nombre de la Institución.</li> <li>• Nombre del documento.</li> <li>• Imagen o fotografía de algo representativo al hospital.</li> <li>• Fecha en la cual se elaboró el plan estratégico</li> </ul>		
<p><b>b) Índice:</b>          Es un listado de los componentes que conforman el Plan táctico con sus respectivos títulos y subtítulos debidamente numerados.          Es importante recalcar que la numeración inicia a partir de la Introducción del Plan hasta la página de anexos.</p>		
<p><b>c) Introducción:</b>          Es la descripción resumida de las partes del plan táctico, acompañado de una reseña breve y del proceso que se siguió en la elaboración del Plan en el hospital.</p>		
<p><b>d) Objetivo General y Específicos:</b>          Para la elaboración de los objetivos del plan es necesario tomar en cuenta los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deben comenzar con un verbo terminado en ar, er, ir, es decir en el modo infinitivo.</li> <li>• Deben tener un “qué” y un “para qué”.</li> </ul> <p>Deben redactarse con claridad, de manera que se entienda lo que se quiere lograr.</p> <p>Se pide que en este apartado como requisito mínimo se elabore un objetivo general y 3 objetivos específicos que complementen al general.</p>		
Fecha de Elaboración: Octubre 2008	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:

	HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA	
MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DEL PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL		
Nombre del procedimiento:	<b><u>ELABORACIÓN DEL PLAN TÁCTICO INSTITUCIONAL.</u></b>	Hoja <b>6</b> de <b>7</b>
<b>Responsable:</b> Comité de Gestión Estratégica <b>Producto:</b> Plan Táctico Institucional.		
<p><b>e) Generalidades de la institución:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre del Establecimiento: Se refiere al nombre del Establecimiento de Atención Hospitalaria.</li> <li>• Nombre del Director: Se coloca el nombre del Médico Director de la institución.</li> <li>• Ubicación: Se refiere a la dirección exacta donde se ubica el hospital.</li> <li>• Breve reseña histórica de la institución.</li> <li>• Nivel de complejidad: Se menciona la clasificación del centro hospitalario de acuerdo al reglamento general de hospitales del MSPAS.</li> <li>• Descripción de la infraestructura: Se hace una breve descripción de la parte física del edificio, del sistema de construcción, cuántos ambientes tiene (Consultorios, Áreas hospitalarias, laboratorios, entre otros), área construida en metros cuadrados y área total del terreno, así como el año de construcción.</li> <li>• Servicios que presta: Es un listado de la oferta de servicios que brinda el hospital a la población.</li> <li>• Recurso humano: Se enlista la cantidad de personal existente por cada una de las divisiones del hospital y el organigrama de la institución.</li> <li>• Producción de los principales servicios del hospital: Se tabula y grafica el desempeño que el hospital ha tenido en los últimos 5 años en lo que se refiere a producción de los principales servicios prestados.</li> </ul> <p><b>f) Filosofía Institucional:</b></p> <p>La filosofía institucional está compuesta por todos aquellos elementos que guían e inspiran a los miembros de la institución. La filosofía institucional está constituida por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Misión Institucional: La misión es la expresión conceptual del propósito o razón de ser de la institución, responde a las preguntas ¿Quiénes somos? y ¿Para qué existimos.</li> <li>• Visión institucional: Es una imagen mental que presenta un estado futuro deseable. La visión responde a la pregunta ¿Qué queremos ser?</li> <li>• Valores Institucionales: Son las creencias y principios morales que conforman la cultura organizacional y aportan significado a las normas de conducta de una organización.</li> <li>• Objetivos Institucionales: Son enunciados escritos sobre resultados a ser alcanzados en un periodo determinado.</li> </ul>		
Fecha de Elaboración: Octubre 2008	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:





Nombre del procedimiento:

**ELABORACIÓN DEL PLAN TÁCTICO INSTITUCIONAL.**

Hoja 7 de 7

**Responsable:** Comité de Gestión Estratégica | **Producto:** Plan Táctico Institucional.

**g) Estrategias, objetivos estratégicos y actividades tácticas:**

Aquí se lista el consolidado de estrategias, objetivos estratégicos y actividades tácticas, correspondientes al periodo de planeación táctica, de acuerdo con el plan estratégico.

**h) Matriz estratégica:**

Es un resumen de las diferentes líneas de acción que la institución seguirá para el cumplimiento de los objetivos planteados. A continuación se presenta el modelo a utilizar.

Imagen II-20: Ejemplo de matriz táctica.

Estrategia	Objetivos estratégicos	Acciones tácticas	Responsable	Años del plan		
				1	2	3

**i) Conclusiones:**

Son aspectos importantes a considerar de lo enunciado en el cuerpo del plan táctico.

**j) Anexos:**

Se coloca información que respalde lo especificado en el cuerpo del plan táctico, pueden ser datos demográficos, guías o metodologías, fundamentación teórica utilizada, etc.

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:

#### 4.2 EJEMPLO DE APLICACIÓN DEL PLAN TÁCTICO DEL HNST.



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA



**PLAN TÁCTICO**

DICIEMBRE 2008

## **I. ÍNDICE**

---

- Introducción
- Objetivos del Plan
- Generalidades de la institución
- Misión Institucional
- Visión Institucional
- Valores Institucionales
- Objetivos Institucionales
- Matriz estratégica

## **II. INTRODUCCIÓN**

---

El presente plan táctico, es un instrumento creado para precisar las metas a mediano plazo que el Hospital Nacional Santa Teresa, ha establecido en su plan estratégico. Este plan servirá como una forma de garantizar el cumplimiento de las metas y objetivos de largo plazo que la institución se haya trazado, al reducir el riesgo de cualquier cambio en la administración durante el desarrollo del plan que pudiese obstaculizar su cumplimiento.

Para el desarrollo del presente plan es imprescindible el compromiso de los profesionales de este hospital, que sin duda son su capital más valioso. Por lo que es importante tomar conciencia de las metas y acciones que se presentan en dicho plan.

## **III. OBJETIVOS**

---

### **Objetivo General:**

- Generar objetivos y metas de mediano plazo, que permitan no sólo reducir el riesgo al planear, si no también garantizar el suministro de los recursos necesarios; con el propósito de asegurar el cumplimiento del plan estratégico institucional.

### **Objetivos específicos:**

- Involucrar al personal de la institución como elementos claves en el logro de las metas y estrategias planteadas.
- Ser utilizado como documento base por las demás áreas y departamentos de la institución para la elaboración de los planes anuales departamentales.
- Ser un elemento que contribuya al establecimiento de mecanismos de comunicación efectiva en la institución.

#### **IV. GENERALIDADES DE LA INSTITUCIÓN**

---

Nombre de la institución:

Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca.

Clasificación:

Según el reglamento general de hospitales está catalogado como una institución de segundo nivel de atención por la complejidad de los servicios que brinda.

Director General:

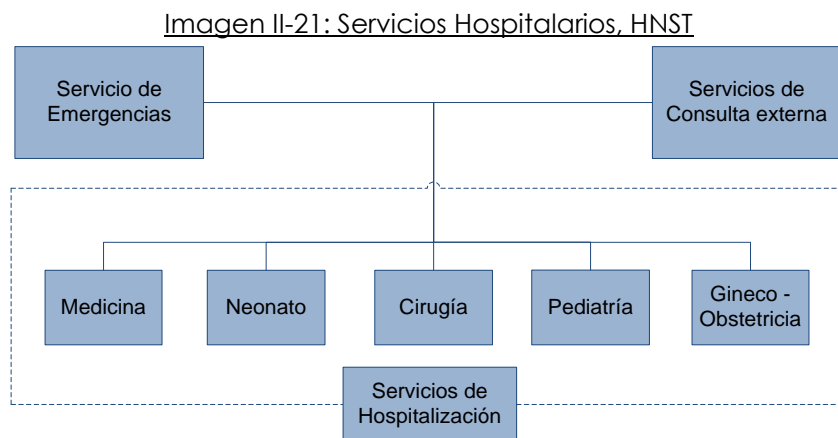
Dr. Boanerges Valencia.

Breve reseña historia:

El Hospital Nacional Santa Teresa nace a iniciativa de la señora Teresa de Alfaro en el año de 1904 donando un terreno donde se construyó el primer centro de atención médica llamado "puesto de sanidad" contando con servicios de consulta general y cuatro camas de hospitalización. Actualmente es el principal centro de atención en Salud Pública del Departamento de La Paz.

Servicios Hospitalarios:

El detalle de los servicios de hospitalización que presta la institución se presenta en la siguiente imagen:



Fuente: Elaboración Propia

Recurso humano:

Cuenta con 265 empleados en el área de atención hospitalaria, 97 en el área administrativa, 58 de ellas laborando como personal de obra o de servicio, haciendo un total de 362 empleados; los cuales están distribuidos según la siguiente organización.

Producción anual por tipo de servicio Hospitalario:

Ver mismo apartado del plan estratégico

## **V. MISIÓN**

---

*“Somos un Hospital General de Segundo Nivel, interesado en la provisión de servicios de salud con calidad y calidez a la población, en las especialidades básicas de Medicina, Cirugía, Gineco-obstetricia, Pediatría y sus especialidades complementarias y servicios de apoyo. Enlazados con el primer nivel de atención, a través del sistema de referencia y retorno y comprometidos con la satisfacción de los usuarios, el ejercicio de la docencia médica, la ética profesional y equidad en la atención”.*

## **VI. VISIÓN**

---

“Llegar a ser un Hospital de segundo Nivel competitivo y reconocido a nivel nacional por su eficacia y la excelente calidad en sus servicios, contando con personal altamente capacitado, infraestructura y equipo de alto nivel tecnológico y elevados índices de satisfacción en sus clientes”.

## **VII. VALORES**

---



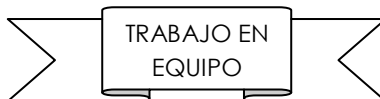
Me esforzaré por realizar nuestro trabajo con la mayor eficiencia, eficacia, competencia, y responsabilidad, procurando siempre mantener la equidad, continuidad y seguridad en la prestación del servicio para todos los usuarios.



En mi trato a los usuarios prevalecerá siempre la amabilidad, empatía, humildad y respeto hacia la dignidad de las personas.



Mi conducta se regirá siempre bajo el cumplimiento de las normas morales y religiosas, necesarias para alcanzar mis fines.



Procuraré en mis relaciones laborales prevalezca la comunicación, armonía, compañerismo, respeto y colaboración para el logro de los objetivos de la institución.

## **VIII. OBJETIVOS INSTITUCIONALES**

---

- Proporcionar servicios de salud con calidad y calidez a la población del Departamento de la Paz y a todo aquel que lo necesite.
- Incrementar la eficiencia en el manejo de los recursos financieros para ayudar al adecuado funcionamiento de la institución.
- Promover el desarrollo y satisfacción del personal de la institución en el desarrollo de sus labores.
- Lograr un óptimo desempeño institucional a través del mejoramiento de los procesos deficientes y desarrollo de nuevos métodos de operación.
- Incrementar la competitividad de la institución a través del mejoramiento de los principales indicadores de desempeño tales como eficacia, eficiencia y productividad.

**IX. MATRIZ TÁCTICA.**

**MATRIZ TÁCTICA HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA DE ZACATECOLUCA**

Estrategia	Objetivos estratégicos	Acciones estratégicas	Responsable	ANOS DEL PLAN		
				1	2	3
Consolidar la confianza de los usuarios en los servicios prestados por el Hospital.	Servir con calidad y calidez a los usuarios.	Medir el nivel de satisfacción de los clientes externos del Hospital a través de la realización de encuestas y sondeos.	Comité de Gestión estratégico	X	X	X
		Crear una oficina de atención al usuario.	Departamento de RRHH.	X	X	
		Capacitar a los empleados sobre cómo tratar a los usuarios.	Departamento de RRHH.	X		X
		Garantizar la mejora continua de los servicios prestados actualmente.	Jefes y encargados de las áreas medicas y administrativas	X	X	X
	Poner en funcionamiento la nueva infraestructura física-tecnológica para la atención de los usuarios.	Asignación de responsables a los nuevos servicios.	Dirección, Jefes y encargados de las áreas medicas y administrativas	X	X	X
	Gestionar la continuidad en la modernización del equipo e infraestructura de la institución.	Generar proyectos que contribuyan a la modernización de las instalaciones y adquisición de nueva tecnología, favoreciendo así la atención de los usuarios.	Comité de Gestión		X	X
		Gestionar los fondos necesarios a través de la generación de vínculos con entidades externas.	Comité de Gestión		X	X
	Mejorar los procesos institucionales a encaminados a la optimización de la atención a los usuarios.	Documentación y/o actualización de los procedimientos administrativos y médicos del Hospital.	Jefes y encargados de las áreas medicas y administrativas	X		
		Crear vínculos con universidades para que alumnos de las carreras de ingeniería o administración de empresas propongan mejoras a los procesos en la institución, a la actualización del inventario de expedientes, entre otras.	Comité de Gestión	X	X	X
		Establecer medios de monitoreo y control para los procedimientos.	Jefes y encargados de las áreas medicas y administrativas	X		

**MATRIZ TÁCTICA HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA DE ZACATECOLUCA**

Estrategia	Objetivos estratégicos	Acciones estratégicas	Responsable	AÑOS DEL PLAN		
				1	2	3
Incrementar los ingresos financieros hospitalarios.	Generar nuevos convenios y fortalecer los existentes con instituciones públicas o privadas que requieran servicios médicos.	Presentar oferta de servicios a otras instituciones.	Dirección general	X	X	
		Comunicar a la población los diferentes servicios médicos que el hospital presta.	Comité de Gestión		X	X
		Renegociar el aporte económico por alumno que las instituciones educativas de nivel técnico o superior dan al hospital.	Dirección general	X		
	Gestionar donaciones o contribuciones con diferentes entidades tanto nacionales como internacionales	Generar proyectos de mejora para la institución.	Comité de Gestión y jefaturas.	X	X	X
		Realizar alianzas estratégicas con otras instituciones, que puedan brindar algún aporte al nosocomio.	Comité de Gestión.	X	X	X



**MATRIZ TÁCTICA HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA DE ZACATECOLUCA**

Estrategia	Objetivos estratégicos	Acciones estratégicas	Responsable	ANOS DEL PLAN			
				1	2	3	
Implementar cambios en la institución que contribuyan a mejorar sus procesos y aprovechar los recursos nuevos y existentes.	Elaborar un plan estratégico institucional.	Involucrar a los empleados en el proceso para captar su interés y lograr su apoyo.	Comité estratégico.	X			
		Elaborar una misión, visión y valores institucionales.		X			
		Crear un manual para la elaboración del plan estratégico.		X			
		Elaborar un diagnóstico institucional.		X			
		Elaborar las estrategias más apropiadas.		X			
		Controlar el plan.		X	X	X	
	Reducción de gastos y optimización de recursos	Establecer mecanismos de control que permitan la optimización de los recursos.	Creación de indicadores internos que permitan monitorear el grado de aprovechamiento de los recursos.	Jefes y encargados de las áreas medicas y administrativas	X		
			Capacitar al personal en temas relacionados a la optimización de los recursos energéticos y materiales de la institución.	Departamento de RRHH		X	
			Crear y comunicar al personal políticas de austeridad que disminuyan los gastos en lo que a bienes de uso y consumo se refiere.	Dirección y Jefes de Departamentos.	X		

### MATRIZ TÁCTICA HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA DE ZACATECOLUCA


Estrategia	Objetivos estratégicos	Acciones estratégicas	Responsable	AÑOS DEL PLAN		
				1	2	3
Impulsar el desarrollo del capital humano de la institución en las diferentes áreas.	Capacitar técnicamente a los empleados de la división médica y administrativa, con la finalidad de contar con una planilla mejor preparada.	Elaborar un plan de docencia y capacitaciones para el personal de la institución.	Departamento de RRHH	X	X	X
		Realizar capacitaciones al personal.	Departamento de RRHH	X	X	X
		Controlar las capacitaciones recibidas.	Departamento de RRHH	X	X	X
		Creación de un catalogo de bibliografía de consulta interna para el personal	Departamento de RRHH	X	X	X
	Crear mecanismos que favorezcan al clima organizacional del Hospital.	Mejorar el sistema de incentivos (no económicos) al personal.	Comité de Gestión y Departamento de RRHH.	X		
		Llevar a cabo jornadas motivacionales.	Comité de gestión.	X	X	X
		Organizar convivios para el personal que mejoren las relaciones humanas, cooperación y trabajo en equipo.	Departamento de RRHH		X	
		Desarrollar políticas de reconocimiento del trabajo bien hecho.	Comité de Gestión y Jefes	X	X	X
		Comunicar los planes, objetivos del hospital, y fomentar un estilo de gestión participativa.	Comité de Gestión y Jefes	X	X	X

### MATRIZ TÁCTICA HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA DE ZACATECOLUCA

Estrategia	Objetivos estratégicos	Acciones estratégicas	Responsable	AÑOS DEL PLAN		
				1	2	3
Promover la integración de las diferentes áreas del hospital.	Mejorar los canales de comunicación en la institución.	Elaborar manuales administrativos y médicos.	Jefes y encargados de las áreas medicas y administrativas	X	X	X
		Elaborar el plan anual institucional.	Comité de Gestión.	X		
		Realizar reuniones mensuales en los diferentes departamentos.	Jefes y encargados de las áreas medicas y administrativas	X	X	X
		Impulsar y propiciar el trabajo en equipo y la creación de grupos interdisciplinarios para la resolución de problemas.	Comité de Gestión	X	X	X
	Lograr un nivel aceptable de satisfacción de los clientes internos.	Crear mecanismos de medición de la satisfacción de los clientes internos del Hospital (Buzón de sugerencias internas)	Comité de Gestión.	X		

## 5. PLAN ANUAL INSTITUCIONAL.

### 5,1 MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN ANUAL INSTITUCIONAL

	HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA	
MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL		
Nombre del procedimiento:	<b><u>ELABORACIÓN DEL PLAN ANUAL INSTITUCIONAL</u></b>	Hoja 1 de 7
<b>Responsable:</b> Comité de Gestión Estratégica.   <b>Producto:</b> Plan Anual Institucional		
<b><u>CONTENIDO:</u></b>		
I. Definición		
II. Objetivo		
III. Generalidades		
IV. Características		
V. Base Legal		
VI. Procedimiento.		
VII. Anexos.		
Fecha de Elaboración: Octubre 2008	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL

Nombre del  
procedimiento:

**ELABORACIÓN DEL PLAN ANUAL  
INSTITUCIONAL**

Hoja **2** de **7**

**Responsable:** Comité de Gestión Estratégica. **Producto:** Plan Anual Institucional

**I. Definición:**

Es el instrumento formulado en concordancia con el plan estratégico, en donde se concretizan los objetivos de la institución, a través de la definición de metas y acciones que deberán ejecutarse durante el período definido; se precisan los recursos necesarios para obtener los resultados esperados y se identifican los responsables de programas.

**II. Objetivo**

Diseñar una herramienta que permita alinear los programas, proyectos y recursos del hospital hacia el cumplimiento del plan estratégico institucional.

**III. Generalidades**

N/A

**IV. Características**

- Es un instrumento elaborado para apoyar el cumplimiento del plan estratégico institucional.
- Tiene un alcance limitado a un año.
- Es responsabilidad del comité estratégico de la institución.
- Debe ser flexible, ya que debe ser ajustado siempre que sea necesario hacerlo.

**V. Base Legal.**

Art. 14.- NTCI CC: Se deberán definir los objetivos y metas institucionales, considerando la visión y misión de la Organización y revisar periódicamente su cumplimiento.

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL

Nombre del procedimiento:

**ELABORACIÓN DEL PLAN ANUAL INSTITUCIONAL**

Hoja **3** de **7**

**Responsable:** Comité de Gestión Estratégica. | **Producto:** Plan Anual Institucional

**VI. Procedimiento.**

RESPONSABLE	PASO	DESCRIPCIÓN
Coordinador del comité estratégico	1	Convocar al comité estratégico para la realización del plan anual institucional.
Miembros del comité estratégico	2	Recibir lineamientos y guías para la realización del plan anual institucional.
	3	Analizar la gestión del año anterior, a fin de identificar los problemas o factores que han incidido negativa o positivamente en la obtención de los resultados
	4	Analizar las causas por las cuales no se lograron cumplir algunas metas (Si aplica).
	5	Formular un breve resumen de los factores o situaciones críticas que pueden ser tomadas en cuenta para evitar el incumplimiento de dichas metas.
	6	Revisar: lineamientos del nivel central y regional, perfiles epidemiológicos y endémicos del departamento de La Paz, con el propósito de establecer las metas asistenciales de la institución.
	7	Revisar el plan estratégico e identificar las líneas estratégicas a desarrollar durante el siguiente periodo. Analizar las líneas estratégicas (Del plan estratégico) para establecer las metas anuales a cumplir durante dicho periodo en la institución.
	8	Establecer las metas del área asistencial de la institución para el siguiente año.
	9	Establecer las metas de los servicios de apoyo y administrativas.
	10	Programar las acciones que permitan alcanzar las metas propuestas.
	11	Determinar los recursos humanos, materiales y financieros a utilizar.
Secretaria de la dirección.	12	Elaborar el plan anual institucional, de acuerdo con lo establecido en la guía para la elaboración del plan anual institucional.
Coordinador del comité estratégico	13	Comunicar el plan a los jefes de la institución.

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008


Fecha de Revisión:


Fecha de Aprobación:


Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:

	HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA	
MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL		
Nombre del procedimiento:	<b><u>ELABORACIÓN DEL PLAN ANUAL INSTITUCIONAL</u></b>	Hoja <b>4</b> de <b>7</b>
<b>Responsable:</b> Comité de Gestión Estratégica.   <b>Producto:</b> Plan Anual Institucional		
<p><b>VII. Anexos.</b></p> <p style="text-align: center;"><b><u>Guía para la elaboración del plan anual institucional.</u></b></p> <p><b>Objetivo de la Guía:</b> Identificar los elementos necesarios para la exitosa elaboración del plan anual institucional.</p> <p><b>Consideraciones técnicas a tomar en cuenta para elaborar el plan estratégico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El plan anual institucional será elaborado por el comité estratégico del HNST.</li> <li>• El Plan anual institucional estará formado por dos partes que son:           <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Marco estratégico de la institución: Contiene una descripción de las estrategias, objetivos y actividades de la institución que se implementarán durante el siguiente periodo, de acuerdo a lo establecido en el plan estratégico.</li> <li>b) Programación anual del siguiente periodo: Contiene los aspectos específicos del Plan. Para su desarrollo los miembros del comité estratégico, identificarán para cada línea estratégica los objetivos y metas tomados del Plan Estratégico de la institución, con esta referencia, se programarán actividades y se asignaran los recursos a utilizar.</li> </ul> </li> </ul>		
Fecha de Elaboración: Octubre 2008	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:

	HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA	
MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL		
Nombre del procedimiento:	<b><u>ELABORACIÓN DEL PLAN ANUAL INSTITUCIONAL</u></b>	Hoja <b>5</b> de <b>7</b>
<b>Responsable:</b> Comité de Gestión Estratégica.   <b>Producto:</b> Plan Anual Institucional		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El Plan Anual Institucional debe ser elaborado en formato digital, es importante utilizar el siguiente formato:           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Documento de Word</li> <li>○ Tipo de letra: Arial</li> <li>○ Tamaño de letra: 12</li> <li>○ La numeración se ubica en el pie de página, al centro de la misma.</li> <li>○ Espacio de interlineado: 1 1/2</li> <li>○ Márgenes superior e inferior: 2.5 cm</li> <li>○ Márgenes izquierdo y derecho: 3 cm</li> <li>○ Encabezado con el nombre del documento</li> <li>○ Tamaño de papel: Carta</li> <li>○ Impresión: Papel bond base 20</li> <li>○ Tablas: El contenido de las tablas y cuadros tiene que tener tamaño de fuente 10</li> </ul> </li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Contenido del Plan Anual Institucional.</b></p> <p><b>a) Portada:</b>            En la portada deben considerarse los siguientes elementos:           <ul style="list-style-type: none"> <li>• Logos oficiales del Escudo de El Salvador y del Ministerio de Salud.</li> <li>• Nombre de la Institución.</li> <li>• Nombre del documento.</li> <li>• Imagen o fotografía de algo representativo al hospital.</li> <li>• Fecha en la cual se elaboró el plan anual institucional</li> </ul> </p> <p><b>b) Índice:</b>            Es un listado de los componentes que conforman el Plan Anual Institucional con sus respectivos títulos y subtítulos debidamente numerados.</p> <p><b>c) Introducción:</b>            En este apartado se hace una breve reseña del documento, acompañado de una descripción del proceso que se siguió para su elaboración.</p>		
Fecha de Elaboración: Octubre 2008	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:

	HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA	
	MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL	
Nombre del procedimiento:	<b><u>ELABORACIÓN DEL PLAN ANUAL INSTITUCIONAL</u></b>	Hoja <b>6</b> de <b>7</b>
<b>Responsable:</b> Comité de Gestión Estratégica.   <b>Producto:</b> Plan Anual Institucional		
<p><b>e) Objetivo General y Específicos:</b>          Para la elaboración de los objetivos del documento es necesario tomar en cuenta los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deben comenzar con un verbo terminado en ar, er, ir, es decir en el modo infinitivo.</li> <li>• Deben tener un “qué” y un “para qué”.</li> <li>• Deben redactarse con claridad, de manera que se entienda lo que se quiere lograr.</li> </ul> <p>Se pide que en este apartado como requisito mínimo se elabore un objetivo general y 3 objetivos específicos que complementen al general.</p>		
<p><b>f) Generalidades de la institución:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios que presta el hospital: Es un listado de la oferta de servicios que brinda el hospital a la población.</li> <li>• Producción de los principales servicios del hospital: Se tabula y grafica el desempeño que el hospital ha tenido en los últimos 5 años en lo que se refiere a producción de los principales servicios prestados.</li> </ul>		
<p><b>g) Filosofía Institucional:</b></p> <p>La filosofía institucional está constituida por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Misión Institucional: La misión es la expresión conceptual del propósito o razón de ser de la institución, responde a las preguntas ¿Quiénes somos? y ¿Para qué existimos.</li> <li>• Visión institucional: Es una imagen mental que presenta un estado futuro deseable. La visión responde a la pregunta ¿Qué queremos ser?</li> <li>• Valores Institucionales: Son las creencias y principios morales que conforman la cultura organizacional y aportan significado a las normas de conducta de una organización.</li> <li>• Objetivos Institucionales: Son enunciados escritos sobre resultados a ser alcanzados en un periodo determinado.</li> </ul>		
Fecha de Elaboración: Octubre 2008	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:





HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL

Nombre del procedimiento:

**ELABORACIÓN DEL PLAN ANUAL INSTITUCIONAL**

Hoja 7 de 7

**Responsable:** Comité de Gestión Estratégica. **Producto:** Plan Anual Institucional

**h) Programaciones:**

La programación de las actividades de la institución, deberán obedecer a las líneas estratégicas y actividades establecidas en la planeación estratégica para ese periodo; a fin de enfocar los esfuerzos hacia el logro de los objetivos estratégicos correspondientes. Estas programaciones deberán seguir un formato común como el que se muestra a continuación en la imagen que facilite el análisis e interpretación de los resultados globales obtenidos por la institución y sus diferentes divisiones.

Imagen II-22: Ejemplo de matriz anual de planeación institucional.

**HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA DE ZACATECOLUCA**

**PLAN ANUAL INSTITUCIONAL AÑO: \_\_\_\_\_.**

Línea Estratégica: \_\_\_\_\_

Objetivo estratégico.	Actividad (Acciones Tácticas)	Responsables de la ejecución.	Mes que debe iniciar y concluir	Meta Anual

Fuente: Elaboración propia.

También se elaborará un cronograma de actividades, que agrupe las actividades siguientes: programación anual de reuniones mensuales de jefes, Programación anual de reuniones mensuales con el comité estratégico, fechas para la elaboración del presupuesto, Programa de educación continua, Calendario de evaluaciones mensuales y semestrales, entre otras.

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:

**5.2 EJEMPLO DE APLICACIÓN DEL PLAN ANUAL INSTITUCIONAL.**



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA



**PLAN ANUAL INSTITUCIONAL**

DICIEMBRE 2008

## **I. ÍNDICE**

---

- Introducción
- Objetivos del Plan
- Generalidades de la institución
- Filosofía Institucional
- Programación de los servicios hospitalarios y de apoyo en la institución.
- Matriz anual de planeamiento.

## **II. INTRODUCCIÓN**

---

El presente plan anual institucional, ha sido elaborado con el fin de contar con una herramienta útil, que contribuya a coordinar y evaluar las actividades del Hospital Nacional Santa Teresa a fin de garantizar el adecuado seguimiento a las estrategias y objetivos establecidos por el plan estratégico correspondientes al siguiente año.

Además pretende programar las diferentes actividades a realizar, para así asegurar su realización y ordenar su cumplimiento.

## **III. OBJETIVOS**

---

### **Objetivo General:**

- Contar con una herramienta de planificación de las actividades, que permita asegurar el cumplimiento y control de las mismas.

### **Objetivos específicos:**

- Definir actividades específicas para el logro de las metas anuales establecidas.
- Programar las actividades de la institución para asegurar su realización.
- Dar seguimiento a los planes y estrategias establecidos en el plan estratégico institucional, a fin de obtener los resultados esperados.
- Ser un elemento que contribuya al establecimiento de mecanismos de comunicación efectiva en la institución.

## **IV. GENERALIDADES DE LA INSTITUCIÓN**

---

Ver ejemplo en el mismo apartado del plan estratégico.

## **V. FILOSOFÍA INSTITUCIONAL.**

---

Ver ejemplo en el mismo apartado del plan estratégico.

## VI. PROGRAMACIÓN DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS Y DE APOYO EN LA INSTITUCIÓN.

A continuación se presentan las metas hospitalarias y de prestación de servicios médicos que el hospital debe cumplir para el siguiente año. Dichos elementos son necesarios para determinar el presupuesto de la institución.

Imagen II-23: Estimación de los recursos necesarios para los servicios ambulatorios.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL DIRECCION DE PLANIFICACION DE SERVICIOS DE SALUD ANALISIS DE OFERTA-DEMANDA PARA ACTIVIDADES DE SERVICIO AMBULATORIOS PL1A									
2008									
HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA DEPARTAMENTO: LA PAZ									
ACTIVIDAD	SUJETO PROGRAMATIVO	UNIVERSO	COBERTURA	CANTIDAD	CONCENTRACION	META ANUAL	RENDIMIENTO	TOTAL HORAS NECESARIAS	TOTAL HORAS NECESARIAS
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
Consulta	Especializada	31,651	100%	31,651	1	31,651	4 x hora	7913	7913
Consulta	Emergencia	316,510	100%	316,510	1	15,825	2 x hora	7912	7912

Fuente: Dirección HNST

Imagen II-24: Programación de los recursos hospitalarios

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL DIRECCION DE PLANIFICACION DE SERVICIOS DE SALUD ANALISIS DE OFERTA-DEMANDA PARA ACTIVIDADES DE SERVICIO AMBULATORIOS PL2												
HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA 2008 DEPARTAMENTO: LA PAZ												
AÑO: 2008												
ACTIVIDADES A PROGRAMAR	CAPACIDAD FISICA INSTALADA						RECURSOS HUMANOS DISPONIBLES					META PROG.
	TIPO DE RECURSOS	NUMERO DE RECURSOS	No. HORAS	(3) X No. HORAS	TOTAL (4) NORMA/18	TOTAL (5) X No DIAS	TIPO DE RECURSOS	No. RECURSOS	DISPONIB HORAS DIA	RENDIMIENTO DIARIO	META SEGÚN RECURSO	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
Cirugía mayor electiva	Quirófanos	3	6	18	9	2169	Cirujano	15	29	7	1687	1855
Cirugía mayor emergencia	Quirófano	1	18	18	7	2555	Cirujano	1	18	7	2555	2555
Partos a atender	Sala de partos	3	24	72	22	8212	Médico, Enfermera Auxiliar	1	24	7	2555	2810
Examen de Laboratorio	Peine	8	8	64	320	77,120	Técnicos Lab	11.5	80.5	50.3	12,122	13,334
Anestesia General	Aparatos de anestesia	3	8	24	9	2169	Anestesta	3	8	9	2169	2385
Sesiones de Fisioterapia	Cubículo o canapé	4	8	32	96	23,136	Fisioterapista	3	18	54	13,014	20,160
Estudios Radiológicos	Aparato RX	2	24	48	192	70,080	Técnico RX	2	24	96	35,040	34,972

Fuente: Dirección HNST

Imagen II-25: Programación Anual de los servicios de apoyo.

PROGRAMACION ANUAL OPERATIVA 2008 HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA SERVICIOS DE APOYO	
SERVICIO	PROGRAMA DA
COLPOSCOPIA	783
ENDOSCOPIA	202
COLONOSCOPIA	9
CITOLOGIA	550
CAMBIOS DE SONDAS	827
PLANIFICACION FAMILIAR	629
TERAPIA RESPIRATORIA	3,535
VACUNACION HUMANA	5,728
BCG	2,253
ULCERAS Y HERIDAS	12,828
CURACIONES	71,361
PEQUEÑA CIRUGIA	2,028
INYECCIONES	109,790
ELECTROCARDIOGRAMAS	2,794
FARMACIA (recetas)	390,000
ARSENAL	332,928
ODONTOLOGIA	8,294
CONTROL DE TB	35
TRABAJO SOCIAL	11,285
ALIMENTACION Y DIETAS	59,870
LAVANDERIA	416,464
ROPERIA	12,854
DOCUMENTOS MEDICOS	57,961
MANTENIMIENTO CORRECTIVO (ordenes cumplidas)	1,650
TRANSPORTE (kilómetros)	132,633
REPRODUCCION Y DIBUJO	816,000
COMUNICACIONES	23,000
ALMACEN	9,202

Fuente: Dirección HNST

## VII. MATRIZ ANUAL DE PLANEACIÓN.

**Línea Estratégica:** Consolidar la confianza de los usuarios en los servicios prestados por el Hospital.

<b>HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA, MATRIZ ANUAL DE PLANEACIÓN, AÑO: 2009.</b>			
<b>Objetivos estratégicos</b>	<b>Acciones estratégicas</b>	<b>Responsable</b>	<b>Fecha</b>
Servir con calidad y calidez a los usuarios.	Medir el nivel de satisfacción de los clientes externos del Hospital a través de la realización de encuestas y sondeos.	Comité de Gestión estratégico	
	Crear una oficina de atención al usuario.	Departamento de RRHH.	
	Capacitar a los empleados sobre cómo tratar a los usuarios.	Departamento de RRHH.	
	Garantizar la mejora continua de los servicios prestados actualmente.	Jefes y encargados de las áreas medicas y administrativas	
Poner en funcionamiento la nueva infraestructura física-tecnológica para la atención de los usuarios.	Asignación de responsables a los nuevos servicios.	Dirección, Jefes y encargados de las áreas medicas y administrativas	
Mejorar los procesos institucionales a encaminados a la optimización de la atención a los usuarios.	Documentación y/o actualización de los procedimientos administrativos y médicos del Hospital.	Jefes y encargados de las áreas medicas y administrativas	
	Crear vínculos con universidades para que alumnos de las carreras de ingeniería o administración de empresas propongan mejoras a los procesos en la institución, a la actualización del inventario de expedientes, entre otras.	Comité de Gestión	
	Establecer medios de monitoreo y control para los procedimientos.	Jefes y encargados de las áreas medicas y administrativas	

Fuente: Elaboración propia

**Línea Estratégica:** Incrementar los ingresos financieros hospitalarios

<b>HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA, MATRIZ ANUAL DE PLANEACIÓN, AÑO: 2009.</b>			
<b>Objetivos estratégicos</b>	<b>Acciones estratégicas</b>	<b>Responsable</b>	<b>Fecha</b>
Generar nuevos convenios y fortalecer los existentes con instituciones públicas o privadas que requieran servicios médicos.	Presentar oferta de servicios a otras instituciones.	Dirección general	
	Comunicar a la población los diferentes servicios médicos que el hospital presta.	Comité de Gestión	
	Renegociar el aporte económico por alumno que las instituciones educativas de nivel técnico o superior dan al hospital.	Dirección general	
Gestionar donaciones o contribuciones con diferentes entidades tanto nacionales como internacionales	Generar proyectos de mejora para la institución.	Comité de Gestión y jefaturas.	
	Realizar alianzas estratégicas con otras instituciones, que puedan brindar algún aporte al nosocomio.	Comité de Gestión.	

**Línea Estratégica:** Implementar cambios en la institución que contribuyan a mejorar sus procesos y aprovechar los recursos nuevos y existentes

<b>HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA, MATRIZ ANUAL DE PLANEACIÓN, AÑO: 2009.</b>			
<b>Objetivos estratégicos</b>	<b>Acciones estratégicas</b>	<b>Responsable</b>	<b>Fecha</b>
Elaborar un plan estratégico institucional.	Involucrar a los empleados en el proceso para captar su interés y lograr su apoyo.	Comité estratégico.	
	Elaborar una misión, visión y valores institucionales.		
	Crear un manual para la elaboración del plan estratégico.		
	Elaborar un diagnóstico institucional.		
	Elaborar las estrategias más apropiadas.		
	Controlar el plan.		
Establecer mecanismos de control que permitan la optimización de los recursos.	Creación de indicadores internos que permitan monitorear el grado de aprovechamiento de los recursos.	Jefes y encargados de las áreas médicas y administrativas	
Reducción de gastos y optimización de recursos	Crear y comunicar al personal políticas de austeridad que disminuyan los gastos en lo que a bienes de uso y consumo se refiere.	Dirección y Jefes de Departamentos.	

**Línea Estratégica:** Impulsar el desarrollo del capital humano de la institución en las diferentes áreas

<b>HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA, MATRIZ ANUAL DE PLANEACIÓN, AÑO: 2009.</b>			
<b>Objetivos estratégicos</b>	<b>Acciones estratégicas</b>	<b>Responsable</b>	<b>Fecha</b>
Capacitar técnicamente a los empleados de la división médica y administrativa, con la finalidad de contar con una planilla mejor preparada.	Elaborar un plan de docencia y capacitaciones para el personal de la institución.	Departamento de RRHH	
	Realizar capacitaciones al personal.	Departamento de RRHH	
	Controlar las capacitaciones recibidas.	Departamento de RRHH	
	Creación de un catalogo de bibliografía de consulta interna para el personal	Departamento de RRHH	
Crear mecanismos que favorezcan al clima organizacional del Hospital.	Mejorar el sistema de incentivos (no económicos) al personal.	Comité de Gestión.	
	Llevar a cabo jornadas motivacionales.	Comité de gestión.	
	Organizar convivios para el personal que mejoren las relaciones humanas, cooperación y trabajo en equipo.	Departamento de RRHH	
	Desarrollar políticas de reconocimiento del trabajo bien hecho.	Comité de Gestión y Jefes	
	Comunicar los planes, objetivos del hospital, y fomentar un estilo de gestión participativa.	Comité de Gestión y Jefes	

**Línea Estratégica:** Promover la integración de las diferentes áreas del hospital

<b>HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA, MATRIZ ANUAL DE PLANEACIÓN, AÑO: 2009.</b>			
<b>Objetivos estratégicos</b>	<b>Acciones estratégicas</b>	<b>Responsable</b>	<b>Fecha</b>
Mejorar los canales de comunicación en la institución.	Elaborar manuales administrativos y médicos.	Jefes y encargados de las áreas medicas y administrativas	
	Elaborar el plan anual institucional.	Comité de Gestión.	
	Realizar reuniones mensuales en los diferentes departamentos.	Jefes y encargados de las áreas medicas y administrativas	
	Impulsar y propiciar el trabajo en equipo y la creación de grupos interdisciplinarios para la resolución de problemas.	Comité de Gestión	
Lograr la satisfacción de los clientes internos.	Crear mecanismos de medición de la satisfacción de los clientes internos del Hospital (Buzón de sugerencias internas)	Comité de Gestión.	

### **VIII. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES ANUALES**

A continuación se presenta el formato a seguir para la realización de las programaciones del departamento, entre estas se encuentran:

- Programación anual de reuniones mensuales de jefes
- Programación anual de reuniones mensuales de los diferentes comités
- Fechas para la elaboración del presupuesto
- Programa de educación continúa en la institución.
- Calendario de evaluaciones mensuales y semestrales, entre otras.

Imagen II-26: Programación Anual Institucional, Año 2009


<b>ACTIVIDAD</b>	<b>ENE</b>	<b>FEB</b>	<b>MAR</b>	<b>ABR</b>	<b>MAY</b>	<b>JUN</b>	<b>JUL</b>	<b>AGO</b>	<b>SEP</b>	<b>OCT</b>	<b>NOV</b>	<b>DIC</b>


Fuente: Elaboración propia



## 6. PLAN OPERATIVO DEPARTAMENTAL.

### 6.1 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN OPERATIVO DEPARTAMENTAL

	HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA	
MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL		
Nombre del procedimiento:	<b><u>ELABORACIÓN DEL PLAN OPERATIVO DEPARTAMENTAL</u></b>	Hoja <b>1</b> de <b>8</b>
<b>Responsable:</b> Jefe Departamental o Enfermera Jefe de servicio.		<b>Producto:</b> Plan Operativo Departamental.
 <b><u>CONTENIDO:</u></b>  <b>I. Definición</b>  <b>II. Objetivo</b>  <b>III. Generalidades</b>  <b>IV. Características</b>  <b>V. Base Legal</b>  <b>VI. Procedimiento.</b>  <b>VII. Anexos.</b>		
Fecha de Elaboración: Octubre 2008	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:

	HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA	
MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL		
Nombre del procedimiento:	<b><u>ELABORACIÓN DEL PLAN ANUAL OPERATIVO DEPARTAMENTAL</u></b>	Hoja <b>2</b> de <b>8</b>
<b>Responsable:</b> Jefe Departamental o Enfermera Jefe de servicio.		<b>Producto:</b> Plan Operativo Departamental.
<p><b>I. Definición:</b></p> <p>El Plan Anual Operativo es una herramienta de planificación que sirve para dar un ordenamiento lógico a las acciones que se proponen realizar los diferentes departamentos y servicios del HNST. El desarrollo de esta herramienta permitirá optimizar el uso de los recursos disponibles y el cumplimiento de objetivos y metas trazados; además contribuye al cumplimiento de la Misión y a alcanzar el Escenario Futuro del Hospital Nacional Santa Teresa.</p> <p>En resumen, su función principal es orientar los procesos de trabajo, contribuyendo, de manera efectiva al fortalecimiento institucional y a elevar el ordenamiento, la calidad y la transparencia de los servicios; contribuyendo a la ejecución del Plan Estratégico institucional.</p> <p><b>II. Objetivo</b></p> <p>Contar con una herramienta que permita organizar y alinear las acciones de los diferentes departamentos y servicios del hospital hacia el cumplimiento del plan estratégico institucional.</p> <p><b>III. Generalidades</b></p> <p>N/A</p> <p><b>IV. Características</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es un instrumento elaborado para apoyar el cumplimiento del plan estratégico institucional.</li> <li>• Tiene un alcance limitado a un año y al departamento o servicio para el cual es elaborado.</li> <li>• Es elaborado por el jefe del departamento o servicio, sin embargo su ejecución será obligación de los diferentes miembros de la unidad o departamento.</li> <li>• Flexibilidad, ya que debe ser ajustado siempre que sea necesario hacerlo.</li> </ul>		
Fecha de Elaboración: Octubre 2008	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL

Nombre del procedimiento:	<b>ELABORACIÓN DEL PLAN OPERATIVO DEPARTAMENTAL</b>	Hoja <b>3</b> de <b>8</b>
<b>Responsable:</b> Jefe Departamental o Enfermera Jefe de servicio.		<b>Producto:</b> Plan Operativo Departamental.

**V. Base Legal.**


Art. 43 y Art. 61 Reglamento General de Hospitales.

Art. 16.- NTCI CC: La máxima autoridad, los demás niveles gerenciales y de jefatura deben identificar los factores de riesgos relevantes, internos y externos, asociados al logro de los objetivos institucionales.

**VI. Procedimiento.**

RESPONSABLE	PASO	DESCRIPCIÓN
Representante del comité estratégico	1	Comunica a los jefes de departamento o servicios las metas y disposiciones para el siguiente año.
Jefe de departamento o servicio	2	Recibe lineamientos, plan anual institucional y guías para la realización de la planeación operacional.
	3	Revisa resultados del año anterior.
	4	Priorizar las acciones rutinarias que desarrolla cada dependencia, tomando en cuenta su importancia, factibilidad y recursos disponibles.
	5	Elaborar un análisis de congruencia entre las acciones rutinarias y las líneas estratégicas para establecer su correspondencia.
	6	Verificar los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros con que cuentan, para programar las acciones que permitan alcanzar las metas propuestas.
	7	Programar actividades, determinar su alcance y reorientar el gasto y el uso de los recursos de que dispone la unidad ejecutora.
	8	Elabora plan anual operativo, de acuerdo con lo establecido en la guía para la elaboración del plan anual operativo departamental.
	10	Comunica el plan a los miembros del departamento o servicio.

Fecha de Elaboración: Octubre 2008	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:

	HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA	
MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL		
Nombre del procedimiento:	<b><u>ELABORACIÓN DEL PLAN OPERATIVO DEPARTAMENTAL</u></b>	Hoja <b>4</b> de <b>8</b>
<b>Responsable:</b> Jefe Departamental o Enfermera Jefe de servicio.		<b>Producto:</b> Plan Operativo Departamental.
<p><b>VII. Anexos.</b></p> <p style="text-align: center;"><b><u>Guía para la elaboración del plan operativo departamental</u></b></p> <p><b>Objetivo de la Guía:</b>          Orientar la definición de los objetivos y metas, así como, las actividades generales y específicas correspondientes en cada una de las unidades del Hospital, partiendo de las áreas y ejes del Plan Estratégico institucional a fin de lograr estandarizar este proceso.</p> <p><b>Consideraciones técnicas a tomar en cuenta para elaborar el plan operativo departamental:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El plan operativo departamental será elaborado por el jefe de departamento o servicio.</li> <li>• El Plan operativo departamental estará formado por dos partes que son:             <ul style="list-style-type: none"> <li>c) Marco estratégico de la unidad:                Contiene una descripción de la misión, visión, políticas y objetivos del departamento o servicio.</li> <li>d) Programación operativa del siguiente periodo:                Contiene los aspectos específicos del Plan. Para su desarrollo los jefes de unidad encargados de la planificación, identificarán para cada línea estratégica los objetivos, indicadores y metas tomados del Plan Estratégico de la institución, con esta referencia, se programarán actividades y se designan responsables para siguiente año.</li> </ul> </li> </ul>		
Fecha de Elaboración: Octubre 2008	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:



Nombre del procedimiento:	<b><u>ELABORACIÓN DEL PLAN OPERATIVO DEPARTAMENTAL.</u></b>	Hoja <b>5</b> de <b>8</b>
<b>Responsable:</b> Jefe Departamental o Enfermera Jefe de servicio.	<b>Producto:</b> Plan Operativo Departamental.	

- El Plan Operativo Departamental tiene que ser elaborado en formato digital, es importante utilizar el siguiente formato:
  - Documento de Word
  - Tipo de letra: Arial
  - Tamaño de letra: 12
  - La numeración se ubica en el pie de página, al centro de la misma.
  - Espacio de interlineado: 1 1/2
  - Márgenes superior e inferior: 2.5 cm
  - Márgenes izquierdo y derecho: 3 cm
  - Encabezado con el nombre del documento
  - Tamaño de papel: Carta
  - Impresión: Papel bond base 20
  - Tablas: El contenido de las tablas y cuadros tiene que tener tamaño de fuente 10

**Contenido del Plan Anual Operativo Departamental.**

**b) Portada:**

En la portada deben considerarse los siguientes elementos:

- Logos oficiales del Escudo de El Salvador y del Ministerio de Salud.
- Nombre de la Institución y del Departamento y/o Servicio.
- Nombre del documento.
- Fecha en la cual se elaboró el plan


**d) Índice:**

Es un listado de los componentes que conforman el Plan operativo departamental con sus respectivos títulos y subtítulos debidamente numerados.

**e) Introducción:**

En esta apartado se hace una breve reseña del documento, acompañado de una descripción del proceso que se siguió en la elaboración del Plan; para que el lector se familiarice con la idea central del mismo.

Fecha de Elaboración: Octubre 2008	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:

	HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA	
MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL		
Nombre del procedimiento:	<b><u>ELABORACIÓN DEL PLAN OPERATIVO DEPARTAMENTAL.</u></b>	Hoja <b>6</b> de <b>8</b>
<b>Responsable:</b> Jefe Departamental o Enfermera Jefe de servicio.		<b>Producto:</b> Plan Estratégico Institucional.
<p><b>e) Objetivo General y Específicos:</b>          Definen el propósito del plan. Además deben comenzar con un verbo de acción terminado en ar, er, o ir; es decir, en modo infinitivo.</p> <p>Se pide que en este apartado como requisito mínimo se elabore un objetivo general y 3 objetivos específicos que complementen al general.</p> <p><b>f) Organigrama del área.</b>          En este apartado se muestra el organigrama del departamento o servicio, y la distribución del personal en el área para tener una mayor claridad de la estructura y cantidad de recursos con los que se cuenta.</p> <p><b>g) Filosofía del departamento:</b>          La filosofía está compuesta por todos aquellos elementos que guían e inspiran a los miembros del departamento. La filosofía está constituida por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Misión departamental: La misión es la expresión conceptual del propósito o razón de ser del departamento, responde a las preguntas ¿Quiénes somos? y ¿Para qué existimos.</li> <li>• Visión departamental: Es una imagen mental que presenta un estado futuro deseable. La visión responde a la pregunta ¿Qué queremos ser?</li> <li>• Valores: Son las creencias y principios morales que conforman la cultura organizacional y aportan significado a las normas de conducta de una organización.</li> <li>• Objetivos departamentales: Son los enunciados que contienen los propósitos con los cuales se realizan las actividades; específica y concretamente en función de alcanzar el escenario futuro deseado. Éstos deben ser claros, precisos y factibles de cumplirse.</li> </ul>		
Fecha de Elaboración: Octubre 2008	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL

Nombre del procedimiento:	<b><u>ELABORACIÓN DEL PLAN OPERATIVO DEPARTAMENTAL.</u></b>	Hoja <b>7</b> de <b>8</b>
<b>Responsable:</b> Jefe Departamental o Enfermera Jefe de servicio.		<b>Producto:</b> Plan Estratégico Institucional.

**h) Programaciones:**

La programación de las actividades de los diferentes departamentos que conforman la institución, deberá obedecer a las líneas estratégicas y actividades establecidas en la planeación estratégica para cada una de las dependencias. Estas actividades tácticas serán divididas en tareas propias del departamento o servicio a fin de enfocar los esfuerzos hacia los objetivos institucionales trazados. Estas programaciones deberán seguir un formato común como el que se muestra a continuación en la imagen que facilite el análisis e interpretación de los resultados globales obtenidos por las diferentes divisiones.

Imagen II-27: Ejemplo de matriz departamental de planeación.

**HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA DE ZACATECOLUCA**

**PLAN ANUAL OPERATIVO AÑO: \_\_\_\_\_.**

Línea Estratégica: \_\_\_\_\_

Objetivo Estratégico: \_\_\_\_\_

Actividad (Acciones Tácticas)	Tareas Específicas	Meta Anual	Resultado Esperado con la intervención	Indicador de Medición	Fecha		Responsable de la ejecución
					Inicio	Fin	

Como parte de esta sección, también se elaborará un cronograma de actividades, que agrupe las actividades siguientes: Programación anual de vacaciones, Programación anual de reuniones mensuales de jefes, Programación anual de reuniones mensuales con el personal del área, Programa de educación continua, Calendario anual de realización de kardex, Calendario de evaluaciones mensuales y semestrales, Programación de pedidos a almacén, Asignaciones especiales al personal y Programación de revisión de equipo en el área (para solicitar mantenimiento).

Fecha de Elaboración: Octubre 2008	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:

## 6.2 EJEMPLO DE APLICACIÓN DEL PLAN OPERATIVO DEPARTAMENTAL



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA  
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS



# PLAN ANUAL OPERATIVO

DICIEMBRE 2008



## **I. ÍNDICE**

---

- Introducción
- Objetivos del Plan
- Organigrama del departamento de Recursos Humanos
- Misión del Departamento de Recursos Humanos
- Visión del Departamento de Recursos Humanos
- Plan de acción u operativo
- Programaciones

## **II. INTRODUCCIÓN**

---

El presente plan anual operativo, ha sido elaborado con el fin de contar con una herramienta útil, que contribuya a coordinar y evaluar las actividades del departamento de Recursos Humanos a fin de garantizar el adecuado seguimiento a las estrategias y objetivos establecidos por el plan estratégico institucional para dicho departamento.

Además pretende programar las diferentes actividades a realizar, para así asegurar su realización y ordenar su cumplimiento.

## **III. OBJETIVOS**

---

### **Objetivo General:**

- Contar con una herramienta de planificación de las actividades, que permita asegurar el cumplimiento y control de las mismas, así como ordenar el quehacer departamental y lograr la satisfacción de los usuarios.

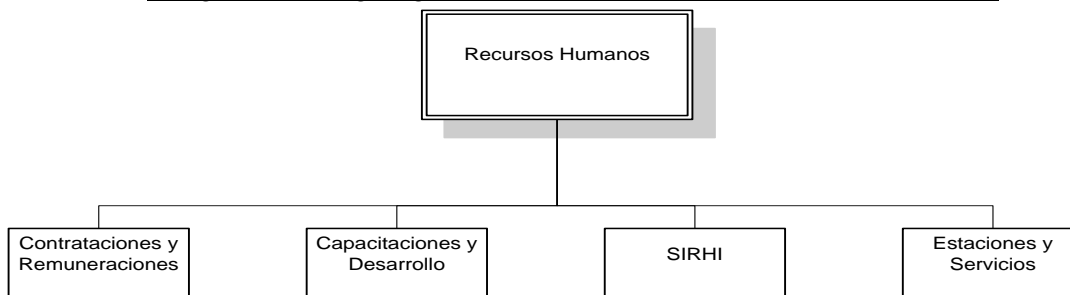
### **Objetivos específicos:**

- Definir actividades específicas para el logro de las metas establecidas.
- Programar las actividades del departamento para asegurar su realización.
- Dar seguimiento a los planes y estrategias establecidos en el plan estratégico institucional, a fin de obtener los resultados esperados.

#### **IV. ORGANIGRAMA DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS**

---

Imagen II-28: Organigrama Departamento de Recursos Humanos.



Fuente: Elaboración Propia

#### **Distribución del personal:**

- Jefe RRHH: 1 persona
- Técnico de Capacitaciones y Desarrollo: 1 persona
- Técnico de SIRHI: 1 persona
- Técnico de Estaciones y Servicios: 1 persona

#### **V. MISIÓN**

---

“Procurar la provisión, mantención, orientación y desarrollo del recursos humano, en el ámbito individual y grupal, con el fin de optimizar la calidad de la vida laboral de la organización, y la humanización de la atención del usuario interno”.

#### **VI. VISIÓN**

---

“Contribuir con las estrategias de las distintas áreas de la organización a través de la integración, motivación, compromiso y desarrollo del factor humano, y de un servicio de administración y asesoramiento eficientes”.

#### **VII. VALORES**

---

- Calidad
- Calidez
- Ética Profesional
- Trabajo en Equipo.

#### **VIII. OBJETIVO DEPARTAMENTO**

---

Dotar al hospital del recurso humano adecuado para atender sus necesidades y garantizar su administración eficiente y eficaz.

## IX. PLAN DE ACCIÓN U OPERATIVO

Línea Estratégica: Consolidar la confianza de los usuarios en los servicios prestados por el Hospital.

Objetivo Estratégico: Velar por la prestación de servicios con calidad y calidez a los usuarios del Hospital.

HNST, DEPTO. DE RRHH, MATRIZ DE PLANEACIÓN DEPARTAMENTAL, AÑO 2009							
Actividad (Acciones Tácticas)	Tareas Específicas	Meta Anual	Resultado Esperado con la intervención	Indicador de Medición	Fecha		Responsable de la ejecución
					Inicio	Fin	
Medir el nivel de satisfacción de clientes externos del Hospital.	Realizar cuestionario para la medición de la satisfacción del cliente	100%	Conocimiento de las necesidades y expectativas del usuario.	Cuestionario realizado			Técnico de Recursos Humanos
	Realizar encuesta de satisfacción a los usuarios	100%	Pacientes encuestados	Encuesta realizada			Técnico de Recursos Humanos
	Crear índices de medición de la satisfacción de los usuarios	100%	Usuarios satisfechos	Índices creados			Técnico de Recursos Humanos
Crear una oficina de atención al usuario.	Contratar o reubicar nuevo personal.	100%	Personal disponible para la atención al cliente.	Personal contratado o reubicado.			Técnico de Recursos Humanos.
Capacitar a los empleados sobre el trato a los usuarios.	Gestionar capacitaciones al personal sobre atención al cliente,	100%	Recursos para la realización de la capacitación	Capacitaciones efectuadas			Técnico de Recursos Humanos
	Programar capacitaciones.	100%	Personal capacitado	Capacitaciones efectuadas			Técnico de Recursos Humanos

**HNST, DEPTO. DE RRHH, MATRIZ DE PLANEACIÓN DEPARTAMENTAL, AÑO 2009**

Actividad (Acciones Tácticas)	Tareas Específicas	Meta Anual	Resultado Esperado con la intervención	Indicador de Medición	Fecha		Responsable de la ejecución
					Inicio	Fin	
Garantizar la mejora continua de los servicios prestados actualmente	Implementar procesos en el hospital de la dirección y administración financiera; Recursos humanos, financiero, adquisiciones y contrataciones, conservación y mantenimiento	12	Continuidad de los procesos.	Cantidad de procesos implementados			Jefe y Técnicos de Recursos Humanos
	Mantener actualizada la base de datos del sistema de información de Recursos humanos (SIRHI) del hospital.	100%	Información actualizada para la toma de decisiones.	% de recursos humanos con datos actualizados en el SIRHI del hospital.			Técnico SIRHI
	Actualizar y mantener expedientes del recurso humano del hospital.	100%	Personal satisfecho.	% de expedientes actualizados del recurso humano del hospital.			Técnico SIRHI.
	Actualizar tarjeta de Registro de personal del hospital	100%	Personal satisfecho	% de tarjeta de vida laboral actualizada del recurso			Técnico SIRHI.
	Evaluar el desempeño del personal cada 6 meses,	100%	Insumos para aplicación del escalafón.	% de eval. al desempeño del recurso humano realizada semestralmente			Técnicos Recursos Humanos

Fuente: Elaboración propia

Línea Estratégica: Consolidar la confianza de los usuarios en los servicios prestados por el Hospital.

Objetivo Estratégico: Mejorar los procesos institucionales encaminados a la optimización en la atención a los usuarios.

HNST, DEPTO. DE RRHH, MATRIZ DE PLANEACIÓN DEPARTAMENTAL, AÑO 2009							
Actividad (Acciones Tácticas)	Tareas Específicas	Meta Anual	Resultado Esperado con la intervención	Indicador de Medición	Fecha		Responsable de la ejecución
					Inicio	Fin	
Documentación y/o actualización de los procedimientos administrativos y médicos del Hospital.	Elaborar manuales del área.	100%	Empoderamiento de los empleados.	Manual elaborado			Técnico de Recursos Humanos
Establecer medios de monitoreo y control para los procedimientos.	Elaborar los indicadores del departamento	100%	Calidad en los procedimientos.	Indicadores elaborados			Técnico de Recursos Humanos

Fuente: Elaboración propia

Línea Estratégica: Implementar cambios en la institución que contribuyan a mejorar su rendimiento y aprovechar los recursos nuevos y existentes

Objetivo Estratégico: Establecer mecanismos de control que permitan la optimización de los recursos.

HNST, DEPTO. DE RRHH, MATRIZ DE PLANEACIÓN DEPARTAMENTAL, AÑO 2009							
Actividad (Acciones Tácticas)	Tareas Específicas	Meta Anual	Resultado Esperado con la intervención	Indicador de Medición	Fecha		Responsable de la ejecución
					Inicio	Fin	
Creación de indicadores internos que permitan monitorear el grado de aprovechamiento de los recursos.	Identificar los puntos críticos de control en los procedimientos realizados en los departamentos.	100%	Control Efectivo de los procedimientos	Puntos críticos identificados			Técnicos de Recursos Humanos
	Determinar indicadores de eficiencia para el departamento.	100%	Mejora en la eficiencia del departamento	% de eficiencia departamental			Técnicos de Recursos Humanos
Capacitar al personal en temas relacionados a la optimización de los recursos energéticos y materiales de la institución.	Realizar capacitaciones	100%	Reducción del gasto en los recursos de la institución.	% de reducción del gasto			Técnicos de Recursos Humanos
	Medir efectividad de las capacitaciones.	80%	Reducción del gasto en los recursos de la institución.	% de efectividad			Técnicos de Recursos Humanos

Línea Estratégica: Implementar cambios en la institución que contribuyan a mejorar su rendimiento y aprovechar los recursos nuevos y existentes

Objetivo Estratégico: Elaborar el plan estratégico institucional.

HNST, DEPTO. DE RRHH, MATRIZ DE PLANEACIÓN DEPARTAMENTAL, AÑO 2009							
Actividad (Acciones Tácticas)	Tareas Específicas	Meta Anual	Resultado Esperado con la intervención	Indicador de Medición	Fecha		Responsable de la ejecución
Involucrar a los empleados en el proceso, para captar su interés y lograr su apoyo.	Reunir al personal del departamento para que este manifieste sus deseos e inquietudes respecto al trabajo del departamento.	100%	Identificación de necesidades para el departamento involucramiento de los empleados	Necesidades identificadas			Jefe de Recursos Humanos
	Capacitar al personal en el proceso de planificación estratégica.	100%	Personal concientizado y dispuesto a colaborar.	Capacitación realizada			Técnico de Recursos Humanos.
Elaborar la filosofía de la institución.	Participar en los talleres para la elaboración de la filosofía institucional.	100%	Involucramiento del personal	Taller realizado			Jefe de Recursos Humanos
	Divulgar la filosofía institucional.	100%	Personal informado e involucrado	Filosofía divulgado			Jefe de Recursos Humanos
	Alinear la filosofía del departamento a la institucional.	100%	Sinergia institucional	Filosofía del departamento actualizada			Jefe de Recursos Humanos
	Divulgar la filosofía del departamento a sus miembros.	100%	Personal informado Compromiso del personal	Filosofía publicada			Jefe de Recursos Humanos
Elaborar plan operativo	Elaboración de los diferentes planes administrativos.	100%	Planificación de las actividades	Planes elaborados			Jefe de Recursos Humanos
	Programar los pedidos de insumos necesarios al almacén general	12	Abastecimiento del Departamento	Pedido realizados			Jefe de Recursos Humanos
	Elaboración del presupuesto del departamento.	100%	Recursos para el funcionamiento del departamento	Presupuesto elaborado a tiempo.			Jefe de Recursos Humanos

Línea Estratégica: Impulsar el desarrollo del capital humano de la institución en las diferentes áreas.

Objetivo Estratégico: Capacitar técnicamente a los empleados de la división médica, de apoyo médico y administrativa, con la finalidad de contar con una planilla mejor preparada.

HNST, DEPTO. DE RRHH, MATRIZ DE PLANEACIÓN DEPARTAMENTAL, AÑO 2009							
Actividad (Acciones Tácticas)	Tareas Específicas	Meta Anual	Resultado Esperado con la intervención	Indicador de Medición	Fecha		Responsable de la ejecución
					Inicio	Fin	
Elaborar un plan de docencia y capacitaciones para el personal de la institución.	Encuestar a los empleados del hospital respecto a las necesidades de capacitación de cada área.	100%	Capacitaciones efectivas	Programa elaborado			Técnico de Recursos Humanos
	Realizar el programa de capacitaciones y desarrollo para el personal.	100%	Capacitación del personal.	Programa elaborado			Jefe de Recursos Humanos y Técnico de Recursos Humanos
Realizar capacitaciones al personal.	Efectuar jornadas de capacitación para los empleados.	100%	Personal capacitado	Capacitaciones realizadas			Técnico de Recursos Humanos
Controlar las capacitaciones impartidas	Realizar evaluaciones para medir la efectividad de las capacitaciones.	100%	Capacitaciones de buena calidad.	Evaluaciones realizadas			Técnico de Recursos Humanos
Crear catálogo bibliográfico.	Recolectar bibliografía	50%	Fuentes de consulta para el personal.	Fuentes bibliográficas recolectadas			Técnico de Recursos Humanos
	Gestionar las instalaciones físicas para su almacenamiento.	50%	Fuentes de consulta para el personal.	Grado de avance en la Gestión de las instalaciones.			Jefe de Recursos Humanos
	Elaborar catálogo de consulta.	25%	Fuentes de consulta para el personal.	Grado de avance en la elaboración del catálogo.			Técnico de Recursos Humanos

Línea Estratégica: Impulsar el desarrollo del capital humano de la institución en las diferentes áreas.

Objetivo Estratégico: Crear mecanismos que favorezcan el clima organizacional.

HNST, DEPTO. DE RRHH, MATRIZ DE PLANEACIÓN DEPARTAMENTAL, AÑO 2009							
Actividad (Acciones Tácticas)	Tareas Específicas	Meta Anual	Resultado Esperado con la intervención	Indicador de Medición	Fecha		Responsable de la ejecución
					Inicio	Fin	
Mejorar el sistema de incentivos (no económicos) al personal.	Desarrollar actividades recreativas para el personal.	1	Motivación y esparcimiento del personal	Cantidad de actividades recreativas realizadas			Técnico de Recursos Humanos.
	Gestionar recursos para dar presentes a todos los empleados al finalizar el año.	100%	Motivación del personal	% de empleados favorecidos.			Técnico de Recursos Humanos.
	Elaborar una cartelera de cumpleaños para la institución.	100%	Motivación del personal	Cartelera elaborada.			Técnico de Recursos Humanos.
Organizar convivios para el personal.	Realizar convivio para el día del Hospital.	1	Motivación del personal	Convivio efectuado			Técnico de Recursos Humanos
	Realizar convivio navideño.	1					
Comunicar los planes y objetivos del hospital, fomentar un estilo de gestión participativo.	Elaborar y publicar un programa de los planes a desarrollar por la institución y el departamento durante el siguiente año.	100%	Personal informado	Plan elaborado y publicado			Jefe de Recursos Humanos

Fuente: Elaboración propia



Línea Estratégica: Promover la integración de las diferentes áreas del hospital.

Objetivo Estratégico: Mejorar los canales de comunicación en la institución.

HNST, DEPTO. DE RRHH, MATRIZ DE PLANEACIÓN DEPARTAMENTAL, AÑO 2009							
Actividad (Acciones Tácticas)	Tareas Específicas	Meta Anual	Resultado Esperado con la intervención	Indicador de Medición	Fecha		Responsable de la ejecución
					Inicio	Fin	
Elaborar manuales administrativos y médicos.	Capacitar al personal del departamento sobre la forma de elaborar manuales para el departamento a través de una guía.	100%	Personal capacitado	Guía elaborada			Jefe de Recursos Humanos
	Elaborar manuales del departamento	100%	Documentación y estandarización de los procedimientos	Manuales elaborados			Técnicos de Recursos Humanos
Realizar reuniones mensuales	Realizar reuniones mensuales con el personal del departamento para monitorear los avances y dificultades.	100%	Comunicación efectiva.	%de reuniones realizadas en el año.			Jefe de Recursos Humanos

Fuente: Elaboración propia

Línea Estratégica: Promover la integración de las diferentes áreas del hospital.

Objetivo Estratégico: Conocer el nivel de satisfacción de los clientes internos.

HNST, DEPTO. DE RRHH, MATRIZ DE PLANEACIÓN DEPARTAMENTAL, AÑO 2009							
Actividad (Acciones Tácticas)	Tareas Específicas	Meta Anual	Resultado Esperado con la intervención	Indicador de Medición	Fecha		Responsable de la ejecución
					Inicio	Fin	
Crear mecanismo de medición de la satisfacción de los clientes internos.	Realizar una encuesta para medir la satisfacción de los usuarios internos respecto a los servicios recibidos.	100%	Información para la toma de decisiones	Encuesta efectuada			Técnico de Recursos Humanos
	Crear índices para medir satisfacción del cliente interno.	100%	Clientes internos satisfechos	Índices creados			Técnico de Recursos Humanos

Fuente: Elaboración propia

## **X. PROGRAMACIONES**

A continuación se presenta el formato a seguir para la realización de las programaciones del departamento, entre estas se encuentran:

- Programación anual de vacaciones,
- Programación anual de reuniones mensuales de jefes,
- Programación anual de reuniones mensuales con el personal del área,
- Programa de educación continua,
- Calendario de evaluaciones mensuales y semestrales,
- Programación de pedidos a almacén,
- Asignaciones especiales al personal
- Programación de revisión de equipo en el área, etc.

Imagen II-29: Formato sugerido para Programaciones anuales

ACTIVIDAD	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC

Fuente: Elaboración propia

## 7. RECURSOS ETAPA DE PLANEACIÓN.

### 7.1 RECURSOS PARA EL ESTABLECIMIENTO DE LA PLANEACIÓN

#### 7.1.1 ACTIVIDAD: CAPACITACIÓN INICIAL

Cuadro II-3: Costos de Capacitación inicial		
Tema	Tiempo de duración (hrs)	No. De Participantes
Proceso Administrativo	16*	15
Planeación Estratégica		
Cuadro De Mando Integral		

*\*Esta cantidad deberá aplicarse a cada uno de los miembros del comité de gestión estratégica.*

Fuente: Elaboración Propia

#### 7.1.2 ACTIVIDAD: TALLER FILOSÓFICO

Cuadro II-4: Recursos Materiales para taller filosófico	
Descripción	Cantidad
Papelería	15 formularios para misión 15 formularios para visión 15 formularios para valores 3 libretas post it
Utilería	15 lapiceros, 3 plumones, tirro, etc.
Equipo	1 Cañon retroproyector 1 Laptop
Local	1 pizarra 15 sillas
Refrigerios	15
Horas-hombre*	8 hrs.

*\*Esta cantidad deberá aplicarse a cada uno de los miembros del comité de gestión estratégica.*

Fuente: Elaboración Propia

### 7.1.3 ACTIVIDAD: DEFINICIÓN DE OBJETIVOS INSTITUCIONALES

Cuadro II-5: Recursos Materiales para definición de objetivos	
Descripción	Cantidad
Equipo	1 cañón 1 laptop
Papelería	15 copias de formato para hacer objetivos.
Horas-hombre*	2 hrs.

\*Esta cantidad deberá aplicarse a cada uno de los miembros del comité de gestión estratégica.

Fuente: Elaboración Propia

### 7.1.4 ACTIVIDAD: TALLER DE ANÁLISIS INSTITUCIONAL Y DETERMINACIÓN DE ESTRATEGIAS

Cuadro II-6: Recursos Materiales para taller de análisis institucional	
Descripción	Cantidad
Papelería	15 copias de la guía para la realización del análisis. 15 pliegos de cartulina o papel bond.
Utilería	Plumones, cinta adhesiva, etc.
Refrigerios	16 refrigerios
Equipo	1 cañón 1 laptop. 1 puntero.
Horas-hombre*	8 hrs.

\*Esta cantidad deberá aplicarse a cada uno de los miembros del comité de gestión estratégica.

Fuente: Elaboración Propia

### 7.1.5 ACTIVIDAD: ELABORACIÓN DE LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

Cuadro II-7: Recursos Materiales para Elaboración del plan estratégico	
Descripción	Cantidad
Equipo	Ordenador e impresor
Papelería	50 Hojas de papel bond tamaño carta

Fuente: Elaboración Propia

Cuadro II-8: Recurso horas hombre para elaboración de plan estratégico	
Cargo	Horas
Director	1
Secretaria	2

Fuente: Elaboración Propia

### 7.1.6 ELABORACIÓN DEL PLAN TÁCTICO INSTITUCIONAL

Cuadro II-9: Recursos Materiales para plan táctico institucional	
Descripción	Cantidad
Equipo	1 Ordenador e impresor 1 laptop 1 cañón
Papelería	50 Hojas de papel bond tamaño carta 15 copias de guías para la planificación institucional
Horas-hombre*	2 hrs.

\*Esta cantidad deberá aplicarse a cada uno de los miembros del comité de gestión estratégica.

Fuente: Elaboración Propia

### 7.1.7 ELABORACIÓN DEL PLAN ANUAL INSTITUCIONAL

Cuadro II-10: Recursos Materiales para plan institucional	
Descripción	Cantidad
Equipo	1 Ordenador e impresor 1 laptop 1 cañón
Papelería	50 Hojas de papel bond tamaño carta 15 copias de guías para la planificación institucional
Horas-hombre*	2 hrs.

\*Esta cantidad deberá aplicarse a cada uno de los miembros del comité de gestión estratégica.

Fuente: Elaboración Propia

### 7.1.8 ACTIVIDAD: ELABORACIÓN PLAN DEPARTAMENTAL

Cuadro II-11: Recursos Materiales para plan departamental	
Descripción	Cantidad
Equipo	1 Ordenador e impresor
Papelería	Papel bond

Fuente: Elaboración Propia

Cuadro II-12: Recurso horas hombre para elaboración de plan departamental	
Cargo	Horas
Jefe de Departamento o Servicio	8

Fuente: Elaboración Propia

## 7.2 RECURSOS PARA LAS ACTIVIDADES ESTRATÉGICAS

A continuación se presentan los recursos que han sido considerados como los mínimos necesarios para el desarrollo de las diferentes actividades o iniciativas estratégicas propuestas para el HNST y de esta manera poder gozar de los beneficios de la implementación del sistema administrativo.

Es importante mencionar que no todos los recursos especificados a continuación, son necesarios financieramente, ya que la institución cuenta con algunos de ellos. La simbología ocupada para detallar estos recursos es la siguiente:

\*: Indica que la institución cuenta con este recurso

\*\* : Indica que la institución cuenta con este servicio, pero que no varía el costo con respecto al uso que se le dé, es decir, ya que el costo es fijo.

Cuadro II-13: Recursos para el desarrollo de las actividades estratégicas.		
RECURSOS PROGRAMA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS		
Objetivo estratégico: Servir con calidad y calidez a los usuarios.		
Actividad Estratégica	Medir el nivel de satisfacción de los clientes externos del Hospital a través de la realización de encuestas y sondeos.	Años de la estrategia: 5
Materiales de oficina:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Papel bond tamaño carta: 200 hojas (para encuestas y análisis)</li> <li>Tinta Negra: 0.21 cartuchos<sup>88</sup></li> </ul>	

<sup>88</sup> Rendimiento basado en prueba ISO /IEC 24711 para cartucho de tinta negra marca HP, lo cual se usará como referencia de aquí en adelante (850 pág./cartucho)

<b>Cuadro II-13: Recursos para el desarrollo de las actividades estratégicas.</b>		
<b>RECURSOS PROGRAMA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS</b>		
<b>Objetivo estratégico: Servir con calidad y calidez a los usuarios.</b>		
Insumos y servicios	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consumo de Energía Eléctrica 8 Hrs. En computadora.</li> </ul>	
Horas-hombre	<ul style="list-style-type: none"> <li>Técnico de RRHH (encargado de Prestaciones y servicios): 40 hrs<sup>89</sup></li> </ul>	
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Crear una oficina de atención al usuario (esta oficina se encontrara ubicada en la recepción del hospital, ya tiene un espacio asonado para ello)</b>	<b>Años de la estrategia: 2</b>
Instalación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oficina de atención al usuario*</li> </ul>	
Mobiliario y Equipo de Oficinas:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sillas*:5</li> <li>Escritorio*</li> <li>1 Computadora*</li> <li>1 Oasis *</li> <li>1 Buzón de sugerencias y/o reclamos</li> <li>1 Basurero*</li> <li>1 Teléfono*</li> </ul>	
Materiales de oficina:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Papel bond tamaño carta: 300 (200 para quejas y/o sugerencias de los usuarios y 100 para atención de usuarios)/año.</li> <li>Tinta Negra: 2 cartuchos/año</li> <li>Lapicero: 6 unidades</li> </ul>	
Insumos y servicios	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consumo de Energía Eléctrica :1920<sup>90</sup> hrs en computadora</li> <li>Consumo de agua para beber: 48 garrafones</li> </ul>	
Agua para beber	<ul style="list-style-type: none"> <li>48 garrafones/año</li> </ul>	
Horas-hombre	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 encargado(a) de atención al usuario: 1920 hrs* (una empleada será reubicada para este puesto, o se necesita contratar personal extra)</li> </ul>	
<b>Actividad estratégica</b>	<b>Capacitar a los empleados sobre cómo tratar a los usuarios.</b>	<b>Años de la estrategia: 3</b>
Estudio previo capacitación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consumo de Energía Eléctrica:6 hrs en computadora</li> <li>Internet.</li> <li>Horas hombre: 24 hrs.</li> </ul>	
Materiales de oficina	<ul style="list-style-type: none"> <li>Papel bond tamaño carta: 266<sup>91</sup></li> <li>Tinta Negra: 0,31 cartuchos</li> </ul>	
Consumo de energía eléctrica	<ul style="list-style-type: none"> <li>14 hrs en laptop, 14 hrs en cañón proyector</li> </ul>	
Agua para beber	<ul style="list-style-type: none"> <li>3 garrafones</li> </ul>	
Horas-hombre	<ul style="list-style-type: none"> <li>2 capacitador Técnicos de RRHH: 22 hrs (7 jornadas de capacitación de 2 hrs y 8 hrs para análisis de resultados y otros trámites).</li> <li>Asistentes<sup>92</sup>: 532 hrs</li> </ul>	
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Garantizar la continuidad de los servicios prestados actualmente.</b>	<b>5 años</b>
Recursos para la operatividad del hospital	Aquí se consideran todos los recursos que el hospital consume como parte de su funcionamiento y que forman parte del presupuesto que actualmente se le asigna. Por lo que no constituyen ningún costo adicional para la institución.	

<sup>89</sup> Solamente 8 horas serán realizadas por responsable de indicador, el resto serán realizadas por estudiantes en horas sociales.

<sup>90</sup> Calculo equivalente a que la persona trabaje 40 hrs semanales

<sup>91</sup> Cantidad de personal de la división médica y empleado de la oficina de atención al usuario.

<sup>92</sup> Calculo realizado para los 265 empleados del área médica y apoyo médico y la persona encargada del puesto de atención al usuario, con un promedio de 4 hrs por capacitación.

<b>RECURSOS</b>		
<b>Objetivo estratégico: Poner en funcionamiento la nueva infraestructura física-tecnológica</b>		
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Asignación de responsables a los nuevos servicios.</b>	<b>Años de la estrategia: 5</b>
Materiales de oficina:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Papel bond tamaño carta: 5 hojas (1 hojas para control de cada nueva asignación, 5 en promedio por año)</li> </ul>	
Insumos y servicios auxiliares	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consumo de Energía Eléctrica: 0.5 hrs en computadora</li> </ul>	
Horas-hombre	<ul style="list-style-type: none"> <li>8 hrs. (para la recopilación de la información y elaboración de programa de responsabilidades)</li> </ul>	

<b>RECURSOS PROGRAMA DE MODERNIZACIÓN INSTITUCIONAL</b>		
<b>Objetivo estratégico: Gestionar la continuidad de la modernización del equipo e infraestructura en la institución</b>		
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Creación de vínculos con entidades externas<sup>93</sup>.</b>	<b>Años de la estrategia: 4</b>
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Llevar un directorio de entidades externas.</b>	<b>Años de la estrategia: 4</b>
Insumos y servicios auxiliares:	Levantamiento de inventario de entidades <ul style="list-style-type: none"> <li>Consumo de Energía Eléctrica: 2 hrs en computador</li> </ul>	
Horas-hombre	Secretaria de la dirección: 2 hrs/mes Director o representante: 8 hrs/semana.	
<b>Objetivo estratégico: Gestionar donaciones o contribuciones con diferentes entidades tanto nacionales como internacionales</b>		
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Generar proyectos de mejora para la institución.</b>	<b>Años de la estrategia: 5</b>
Materiales de oficina:	Estudio previo de proyectos: <ul style="list-style-type: none"> <li>Papel bond tamaño carta: 30 en diseño por proyecto</li> <li>Tinta Negra: 0.04 cartuchos</li> </ul>	
Insumos y servicios auxiliares	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consumo de Energía Eléctrica: 16 hrs en computadora/proyecto.</li> <li>Servicio de internet**</li> </ul>	
Horas hombre	<ul style="list-style-type: none"> <li>16 hrs/proyecto.</li> </ul>	
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Realizar alianzas estratégicas con otras instituciones, que puedan brindar algún aporte al nosocomio.</b>	<b>Años de la estrategia: 5</b>
Insumos y servicios auxiliares	<ul style="list-style-type: none"> <li>Servicio telefónico: 1 hr</li> <li>Servicio de internet**: 0.5 hr</li> </ul>	
Horas-hombre	<ul style="list-style-type: none"> <li>Director del hospital: 8 hrs/mes en reuniones con otras instituciones, 1 hr en llamadas telefónicas a otras instituciones.</li> </ul>	

<sup>93</sup> Las tareas de vinculación se realizaran de forma conjunta con la actividad estratégica 9 y 13, por lo que los recursos a utilizar serán los que se usarán en la actividad estratégica 9. (no tan numeradas las estrategias)

<b>RECURSOS PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES</b>		
<b>Objetivo estratégico: Mejorar los procesos institucionales encaminados a la optimización de la atención a los usuarios.</b>		
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Documentar, actualizar y/o mejorar los procedimientos administrativos y médicos del Hospital.</b>	<b>Años de la estrategia: 1</b>
Materiales de oficina:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Papel bond tamaño carta: 3000<sup>94</sup></li> <li>• Tinta Negra: 3.53 cartuchos</li> <li>• Lápices: 3 unidades</li> <li>• Borradores: 3 unidades</li> </ul>	
Insumos y servicios auxiliares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consumo de Energía Eléctrica<sup>95</sup>: 150 hrs en computadora</li> </ul>	
Horas hombre <sup>96</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Horas-hombre trabajadas jefes de departamento: 205.2 hrs</li> <li>• Horas-hombre trabajadas encargados de levantar procedimientos: 800.4</li> </ul>	
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Crear vínculos con universidades para que alumnos de las carreras de ingeniería o administración de empresas propongan mejoras a los procesos en la institución<sup>97</sup>.</b>	<b>Años de la estrategia: 5</b>
Horas hombre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Director o representante: 40 hrs/año (reunión con representantes de las universidades)</li> </ul>	
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Establecer medios de monitoreo y control para los procedimientos.</b>	<b>Años de la estrategia: 1</b>
Materiales de oficina:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Papel bond tamaño carta: 588<sup>98</sup></li> <li>• Tinta Negra: 0.69 cartuchos</li> <li>• Lápices: 6 unidades</li> </ul>	
Insumos y servicios auxiliares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consumo de Energía Eléctrica: 12.25 hrs en computadora Personal:</li> </ul>	
Horas-hombre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jefe de Archivo<sup>99</sup>: 12.25 hrs</li> </ul>	

<b>RECURSOS PROYECTO DE GENERACIÓN DE CONVENIOS</b>		
<b>Objetivo estratégico: Generar y fortalecer nuevos convenios con instituciones públicas o privadas que requieran servicios médicos</b>		
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Presentar oferta de servicios a otras instituciones.</b>	<b>Años de la estrategia: 2</b>
Materiales de oficina:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Papel bond tamaño carta: 60 hojas para presentación de oferta de la institución</li> <li>• Tinta Negra: 0.07 cartuchos</li> </ul>	
Insumos y servicios auxiliares:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consumo de Energía Eléctrica: 8 hrs en computadora</li> <li>• Servicio telefónico: 2 hrs/mes</li> <li>• Servicio de internet**</li> </ul>	
Horas-hombre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Director hospital: 20 hrs/año en reuniones con otras instituciones, 2 hrs en llamadas telefónicas a otras instituciones.</li> </ul>	
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Comunicar a la población los diferentes servicios</b>	<b>Años de la</b>

<sup>94</sup> Cálculo realizado en base a requerimientos de levantamiento, análisis, mejora y documentación de procedimientos determinados en apartado de Organización del presente estudio. De igual forma se procedió con las horas hombres y los otros materiales e insumos auxiliares.

<sup>95</sup> Resulta de multiplicar las 2.5 hrs de consumo eléctrico para documentar los 60 procedimientos.

<sup>96</sup> El personal recomendado para esta actividad son estudiantes en horas sociales.

<sup>97</sup> Las tareas de vinculación se realizaran de forma conjunta con la actividad estratégica 9: Realizar alianzas estratégicas con otras instituciones, que puedan brindar algún aporte al nosocomio. La actividad estratégica se centrara en realizar proyectos conjuntos con las instituciones.

<sup>98</sup> Cálculo obtenido para monitorear 49 procedimientos que se realizan mensualmente

<sup>99</sup> Cálculo obtenido de asignar 0.25 hr por cada uno de los 49 procedimientos



	<b>médicos que el hospital presta.</b>	<b>estrategia: 4</b>
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> <li>Banner publicitario 2x1 m con oferta de servicio</li> <li>Pedestal para banner</li> <li>1000 Hojas volantes con ofertas de servicio.</li> </ul>	
Horas-hombre	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jefe de RRHH: 5 hrs en colocación de propaganda y cotización de los servicios publicitarios.</li> </ul>	
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Renegociar el aporte económico por alumno que las instituciones educativas de nivel técnico o superior dan al hospital.</b>	<b>Años de la estrategia: 1</b>
Materiales de oficina:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Papel bond tamaño carta: 30 (para varios)</li> <li>Tinta Negra: 0.02 cartuchos</li> </ul>	
Insumos y servicios auxiliares	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consumo de Energía Eléctrica: 6 hrs en computadora para elaborar la nueva oferta de precios.</li> <li>Servicio de internet**</li> <li>Servicio telefónico: 1 hr</li> </ul>	
Horas-hombre	<ul style="list-style-type: none"> <li>Director del hospital: 8 hrs en reuniones con otras instituciones, 1 hr en llamadas telefónicas a otras instituciones.</li> </ul>	

<b>RECURSOS PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS Y REDUCCIÓN DE GASTOS INSTITUCIONALES</b>		
<b>Objetivo estratégico: Reducción de gastos y optimización de recursos</b>		
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Capacitar al personal en temas relacionados a la optimización de los recursos energéticos y materiales de la institución.</b>	<b>Años de la estrategia: 2</b>
Insumos y servicios auxiliares:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consumo de Energía Eléctrica: 2 hrs en computadora</li> </ul>	
Materiales de oficina:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Papel bond tamaño carta: 37 (una para cada departamento)</li> <li>Tinta Negra: 0.04 cartuchos</li> </ul>	
Horas-hombre	<ul style="list-style-type: none"> <li>capacitador Jefe de Mantenimiento: 9 hrs (impartir charla y recopilar la información a tratar)</li> <li>Asistentes<sup>100</sup>: 37 hrs</li> </ul>	
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Crear y comunicar al personal políticas de austeridad que disminuyan los gastos en lo que a bienes de uso y consumo se refiere.</b>	<b>Años de la estrategia: 1</b>
Materiales de oficina:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Papel bond tamaño carta: 37 (una para cada departamento)</li> <li>Tinta Negra: 0.04 cartuchos</li> </ul>	
Horas-hombre	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jefe de departamentos: 0.5 hr/depto. (18.5 hr)</li> </ul>	
<b>Objetivo estratégico: Establecer mecanismos de control que permitan la optimización de los recursos y la reducción de gastos.</b>		
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Creación de indicadores internos que permitan monitorear el grado de aprovechamiento de los recursos.</b>	<b>Años de la estrategia: 1</b>
Materiales de oficina:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Papel bond tamaño carta: 252<sup>101</sup></li> <li>Tinta Negra: 0.3 cartuchos</li> <li>Lápices: 6 unidades</li> </ul>	
Insumos y servicios auxiliares	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consumo de Energía Eléctrica: 36 hrs en computadora</li> </ul>	
Horas-hombre	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comité de Gestión Estratégica 8 hrs.</li> </ul>	

<sup>100</sup> Cálculo realizado para los 36 departamentos del HNST.

<sup>101</sup> Cálculo obtenido a partir de usar 3 hojas por cada uno de los 7 indicadores de aprovechamiento de recursos al año

<b>RECURSOS PLAN ESTRATÉGICO</b>	
<b>Objetivo estratégico: Elaborar un plan estratégico institucional<sup>102</sup></b>	
<b>Actividad Estratégica</b>	Involucrar a los empleados en la elaboración del plan para captar su interés y lograr su apoyo. Años de la estrategia: 1
<b>Actividad Estratégica</b>	Elaborar una misión, visión y valores institucionales. Años de la estrategia: 1
<b>Actividad Estratégica</b>	Crear un manual para la elaboración del plan estratégico. Años de la estrategia: 1
<b>Actividad Estratégica</b>	Elaborar un diagnóstico institucional. Años de la estrategia: 1
<b>Actividad Estratégica</b>	Elaborar las estrategias más apropiadas. Años de la estrategia: 1
<b>Actividad Estratégica</b>	Controlar el plan. Años de la estrategia: 5

<b>RECURSOS PLAN DE FORMACIÓN CONTINUA DEL PERSONAL<sup>103</sup></b>	
<b>Objetivo estratégico: Capacitar técnicamente a los empleados</b>	
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Elaborar un plan de docencia y capacitaciones</b>
Materiales de oficina:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Encuestas al personal sobre necesidades de capacitación. 380 copias</li> <li>Papel bond tamaño carta: 1 resma</li> <li>Tinta Negra: 0.45 cartuchos</li> </ul>
Insumos y servicios auxiliares	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consumo de Energía Eléctrica: 8 hrs en computadora</li> </ul>
Horas-hombre	<ul style="list-style-type: none"> <li>Técnico RRHH (encargado de Capacitaciones y desarrollo): 16 hrs</li> </ul>
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Controlar las capacitaciones recibidas</b>
Materiales de oficina	Páginas de papel bond tamaño carta: 200 (encuestas sobre efectividad de las capacitaciones realizadas)
Horas hombre	Técnico de RRHH: 32 hrs.
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Creación de un catálogo de bibliografía de consulta interna para el personal. Años de la estrategia: 5</b>
Instalación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cubículo responsable*</li> <li>Archivo de secretaría de la dirección</li> </ul>
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> <li>Papel bond tamaño carta: 25 hojas para impresión del catálogo.</li> <li>Boletas para préstamos: 200</li> <li>Tinta Negra: 0.26 cartuchos</li> </ul>
Horas hombre	Secretaría de la dirección: 40 hrs

<b>RECURSOS PROGRAMA DE SATISFACCIÓN DE EMPLEADOS</b>		
<b>Objetivo estratégico: Crear mecanismos que favorezcan el clima organizacional</b>		
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Llevar a cabo jornadas motivacionales.</b>	<b>Años de la estrategia: 1</b>
Insumos y servicios auxiliares:	Estudio previo capacitación: <ul style="list-style-type: none"> <li>Consumo de Energía Eléctrica: 1 hrs en computadora</li> <li>Consumo servicio de internet**: 0.5 hr</li> </ul>	
Insumos y servicios auxiliares	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consumo de Energía Eléctrica: 20<sup>104</sup> hrs en computadora y 20 hrs en cañón proyector</li> <li>Consumo de agua para beber: 4 garrafones</li> </ul>	
Horas-hombre	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asistentes<sup>105</sup>: 64 hrs</li> </ul>	
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Desarrollar políticas de reconocimiento al</b>	<b>Años de la</b>

<sup>102</sup> Los recursos para estas actividades estratégicas ya fueron tomados en cuenta en los apartados de planeación y control del diseño del sistema administrativo.

<sup>103</sup> Ver programación de capacitaciones y recursos para los planes en Anexo II-2

<sup>104</sup> Son 5 jornadas de 4 hrs cada una, con un estimado de 30 participantes (sin contar con jefes o el motivador) por capacitación

<sup>105</sup> Ver apartado taller de motivación

	<b>trabajo bien hecho. Años de la estrategia: 5</b>	<b>estrategia: 5</b>
Instalación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubículo de responsable*</li> </ul>	
Mobiliario y Equipo de Oficinas:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Silla*</li> <li>• Escritorio*</li> <li>• Computadora*</li> <li>• Impresor*</li> </ul>	
Materiales de oficina:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Papel bond tamaño carta: 36<sup>106</sup> impresiones de fotografías</li> <li>• Papel para diplomas: 36 impresiones.</li> <li>• Tinta negra: 0.06 cartuchos.</li> <li>• Tinta color: 0.06 cartuchos</li> </ul>	
Horas-hombre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnico RRHH (encargado de Prestaciones y servicios): 2 hrs</li> </ul>	
<b>Objetivo estratégico: Lograr la satisfacción de los clientes internos.</b>		
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Creación de un buzón de sugerencias internas<sup>107</sup>. Años de la estrategia: 1</b>	
Instalación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubículo de responsable*</li> </ul>	
Mobiliario y Equipo de Oficinas:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Silla*</li> <li>• Escritorio*</li> <li>• Computadora*</li> <li>• Impresor*</li> </ul>	
Materiales de oficina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Papel bond tamaño carta: 121 pág. (3 formatos por pág.)</li> <li>• Tinta Negra: 0.14 cartuchos</li> <li>• Lapicero: 6 unidades</li> </ul>	
Insumos y servicios auxiliares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consumo de Energía Eléctrica: 1 hrs en computadora</li> </ul>	
Horas hombre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnico RRHH (encargado de Prestaciones y servicios): 10<sup>108</sup> hrs</li> </ul>	

<b>RECURSOS PROGRAMA DE INTEGRACIÓN DE LAS ÁREAS DEL HOSPITAL</b>		
<b>Objetivo estratégico: Mejorar los canales de comunicación</b>		
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Impulsar y propiciar el trabajo en equipo y la creación de grupos interdisciplinarios para la resolución de problemas.</b>	<b>Años de la estrategia: 5</b>
Horas hombre	Charla previa a los jefes de departamentos <sup>109</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>• capacitador Jefe de RRHH: 0.5 hrs</li> <li>• capacitados: 18 hrs<sup>110</sup></li> </ul>	

<sup>106</sup> Reconocimiento a 1 empleado del mes por división en el año

<sup>107</sup> El Técnico RRHH (encargado de Prestaciones y servicios) realizara un recorrido departamento por departamento para recoger las quejas más comunes o sugerencias más interesantes del personal

<sup>108</sup> Calculo realizado en base a visita a los 36 departamentos con un tiempo de 0.25 hr a cada uno y una hora de tabulaciones

<sup>109</sup> Se realizara una charla previa con los jefes de departamentos, para concientizar sobre la importancia de conservar del trabajo en equipos interdepartamentales e interdisciplinarios.

<sup>110</sup> Calculo obtenido del tiempo invertido por los 36 jefes de departamentos en la charla de 0.5 hr

## **CAPÍTULO 2 :**

# **PROPUESTAS DEL SUBSISTEMA DE ORGANIZACIÓN.**

---

## **1. MEJORA DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS CLAVES**

### **SELECCIONADOS**

---

Como parte de las mejoras propuestas a la estructura organizativa actual y que contribuirán a la formación del sistema administrativo, se establecen como prioridades la documentación y mejora de los procesos de la división administrativa, lo cual ayudará a mejorar la eficiencia y eficacia de la administración a través de la estandarización y comunicación apropiada. Para ello, se ha desarrollado una metodología, que podrá ser utilizada por los diferentes departamentos administrativos como instrumento para la mejora de los procedimientos.

A continuación se presenta una guía elaborada para orientar el desarrollo de una mejora de procedimientos.

#### **1.1 GUÍA PARA LA REALIZACIÓN DE UN ESTUDIO DE MEJORA DE PROCEDIMIENTOS<sup>111</sup>**

##### **Objetivo de la guía:**

Proporcionar a los empleados administrativos del HNST, un instrumento para el levantamiento y análisis de los procedimientos de la institución.

##### **Resultados esperados:**

- Procedimientos administrativos levantados y mejorados.

##### **1.1.1 Fases de la metodología:**

- Fase 1: Preparación
- Fase 2: Diagnostico de la situación actual
- Fase 3: Rediseño
- Fase 4: Implementación

A continuación se describe cada una de las fases de la mejora de procedimientos.

##### **FASE 1: PREPARACIÓN:**

**Objetivo:** Establecer las condiciones que permitan y faciliten el desarrollo del proyecto de mejora de los procedimientos.

##### **Resultados:**

- Autorización de la cúpula de la institución.
- Listado de departamentos que participarán y recursos involucrados.
- Definición del equipo responsable
- Comunicación del proyecto de mejora de procedimientos.

---

<sup>111</sup> Fuente: Alegría Carlos. Herramientas para la Organización y Dirección de Unidades Administrativas. BCR

**Pasos:**

1. Generar un compromiso de la Dirección y Jefaturas del Hospital, para la iniciar el proyecto durante las reuniones del comité de gestión.
2. Identificar los departamentos que participarán del proyecto y establecer el personal involucrado. Si no se cuenta con personal idóneo, buscar ayuda con instituciones educativas superiores u otras instituciones que puedan ayudar.
3. Formar equipo para el análisis de los procedimientos o establecer el responsable.
4. Capacitar al equipo para que ayuden en el análisis y documentación<sup>112</sup>.
5. Medir globalmente la satisfacción de los clientes internos y externos del proceso seleccionado.
6. Divulgar el proyecto.

**Perfil del analista de procedimientos:**

Para realizar un adecuado levantamiento y análisis de procedimientos en el Hospital Santa Teresa se debe establecer un equipo o responsable que cumpla con ciertos requisitos mínimos, los cuales se muestran a continuación:

Grado académico:

- Licenciatura en administración de empresas, ingeniería industrial o carrera afín.

Conocimientos requeridos:

- Microsoft Office (Excel y Word)
- Experiencia laboral o académica en técnicas para la documentación y análisis de procedimientos.

Características del analista de procedimientos:

- Capacidad de análisis e integración.
- Facilidad para establecer contactos interpersonales.
- Fluidez verbal y capacidad de comunicación.
- Capacidad de adaptarse a diferentes tipos de entorno.
- Habilidad para el trabajo en equipo
- Habilidad para realizar exposiciones en público.

**FASE 2: DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL**

**Objetivo:** Conocer el proceso o procedimiento e identificar oportunidades de mejora.

**Resultados:**

- Evaluación del entorno del procedimiento.
- Diagrama de proceso.
- Demanda de los clientes.
- Generación de alternativa(s).

---

<sup>112</sup> Esta capacitación será llevada a cabo junto con la capacitación de las herramientas para la toma de decisiones y servirá para comprender la técnica, más no a practicarla.

**Pasos:**

**1. Revisar y analizar el entorno del procedimiento.**

Consiste en identificar la influencia o relación existente entre el procedimiento y algunos elementos externos a este como: normativas, instituciones externas, etc.

**2. Documentar los procedimientos a mejorar.**

Si estos ya se encuentran documentados en algún manual ya existente, solamente se retoman los pasos ahí establecidos para ser corroborados con el dueño del procedimiento y continuar con el siguiente paso.

En caso contrario, deberá levantarse el procedimiento, preguntando al responsable de su realización sobre la secuencia de pasos a seguir para el desempeño de esa labor. Para lo cual el analista puede apoyarse del siguiente formato:

Imagen II-30: Formato Levantamiento de procedimientos.

HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA DE ZACATECOLUCA			
Formulario para levantamiento de procedimientos			
Nombre del procedimiento		Departamento Responsable	
Cliente(s) del procedimiento:	Productos:	Necesidades o requerimientos	
Nº	Actividad	Responsable	Formato ocupado

Fuente: Elaboración propia

El formato anterior se llena de la siguiente manera:

- **Nombre del procedimiento:** es el nombre del procedimiento a levantar
- **Departamento Responsable:** es el departamento al cual corresponde llevar a cabo dicho procedimiento
- **Cliente(s) del procedimiento:** personas, departamentos o instituciones que reciben el producto del procedimiento.
- **Producto:** resultado final o intermedio obtenido al llevar a cabo el procedimiento. Es el objetivo final el obtener este producto con la mejor calidad posible.
- **Necesidades o requerimientos:** necesidades o requerimientos explícitos o implícitos (tiempo, cantidad, especificaciones, costo, etc.) que deben de cumplir los productos del procedimiento y que determinan la calidad del mismo.
- **Nº:** es el número correlativo de una actividad realizada como parte del procedimiento
- **Actividad:** descripción de la actividad que se lleva a cabo en el procedimiento (tiempos, cantidades, distancias, etc.)
- **Responsable:** es la persona(s) que lleva(n) a cabo la actividad descrita
- **Formato ocupado:** denomina el formato ocupado en la actividad (solo necesario cuando se ocupe un formato dentro de una actividad)

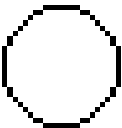
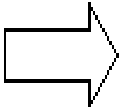
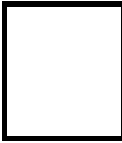
Para facilitar el llenado del formato anterior, es necesario tener en cuenta algunas preguntas útiles, que pueden ayudar tanto a la documentación como la diagramación de un procedimiento. Estas preguntas son:

- ¿Qué es lo primero que ocurre?
- ¿Qué es lo siguiente que ocurre?
- ¿Qué es lo último que ocurre?
- ¿Cómo el servicio o material llega al proceso?
- ¿Quién toma las decisiones?
- ¿A dónde va el producto o servicio de esta operación?
- ¿Qué revisiones/verificaciones se realizan en el producto en cada parte del proceso?
- ¿Qué pasa si la revisión /verificación no cumple con los requisitos?
- ¿Con cuanto tiempo se está realizando?
- ¿Dónde se está realizando el procedimiento?
- ¿Qué se está realizando en este paso del procedimiento?

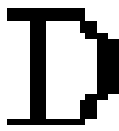
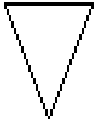

**NOTA:** Al documentar el procedimiento es necesario el definir "como se está realizando actualmente" y no el "como debe ser realizado".

### 3. Analizar los procesos/procedimientos

Para analizar un procedimiento primero es necesario clasificar cada actividad levantada en uno de los 6 tipos básicos de actividades para un procedimiento. Dichos tipos básicos de actividades pueden ser representadas con los siguientes símbolos (Ver Tabla siguiente) de acuerdo con la norma ASME (American Society of Mechanical Engineers) para análisis de procedimientos.

Cuadro II-14: Simbología ASME		
Símbolo	Nombre	Descripción
	Operación	Se entiende como <u>Operación</u> cualquier actividad que modifique esencialmente la naturaleza informativa del documento que estudiemos. Dicha modificación podrá suponer un aumento, sustitución o disminución de información. En caso de dudas en la aplicación de símbolos, por simple exclusión, consideraremos como operación cualquier suceso habido que no pueda ser claramente asociado a uno de los restantes símbolos.
	Transporte	Corresponderá utilizar el símbolo de <u>transporte</u> cuando el documento pase de una persona a otra, o de un servicio o puesto de trabajo a otro distinto. Constituye, pues, un recorrido o desplazamiento físico de alguna actuación tangible.
	Inspección	La aplicación del símbolo de <u>inspección</u> resulta bastante facilitada si la consideramos como toda una serie de actividades que van desde la más simple revisión hasta la más estricta fiscalización, pasando por cualquier actuación que implique comprobación, verificación, confrontación o control alguno. Una inspección será siempre consecuencia de una actuación previa. Algo tiene que ser hecho en un momento dado para necesitar ser revisado con posterioridad.



Cuadro II-14: Simbología ASME		
Símbolo	Nombre	Descripción
	Demora	Las <u>esperas</u> , demoras, son períodos de inactividad, correspondientes a aquellos momentos de preparación previos a la realización de operaciones, transportes, inspecciones y archivos. Tomar la palabra demora como sinónimo de retraso suele constituir una equivocación habitual. Se considerarán, pues, como esperas aquellos momentos de inactividad cuya existencia depende en gran parte de los participantes habituales en el proceso estudiado.
	Almacenamiento	Los <u>almacenamientos</u> indican el depósito de un objeto bajo vigilancia en un almacén donde se lo recibe o entrega mediante alguna forma de autorización o donde se guarda con fines de referencia.
	Reproceso	Los <u>reprocesos</u> indican cuando una o varias actividades ya han sido realizadas y se repiten de nuevo en el proceso debido a que se llevo a cabo en forma incorrecta







Fuente: elaboración propia

Para realizar el análisis de procedimientos se recomienda utilizar la Norma ASME por las siguientes razones:

- Permite lograr un mayor grado de profundidad en el análisis ya que facilita la identificación de las actividades no productivas y las razones de la misma; para así mejorarlos.
- Entre los procedimientos analizados existen algunos estrictamente operativos, como los del área de mantenimiento y de almacén. Por lo que otra nomenclatura que analice procedimientos administrativos (como la ANSI) no sería de mucha utilidad.

A continuación se muestra el formato recomendado para el levantamiento y análisis de los procedimientos a analizar:

Imagen II-31: Formato Análisis de procedimientos

NOMBRE DEL DEPARTAMENTO:					ESTADO: ACTUAL <input checked="" type="checkbox"/> PROPUESTO <input type="checkbox"/>				
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:									
ANALISTA(S):					FECHA DE ANÁLISIS:				
Nº	Actividad	Responsable	Dist.						
Totales									
Eficiencia: %			Tiempo total: hrs			Dist. Total: mt			

Fuente: Elaboración Propia

Para utilizar el formato anterior se procede de la siguiente manera:

- **Nombre del Departamento:** es el departamento al cual corresponde llevar a cabo dicho procedimiento
- **Nombre del procedimiento:** es el nombre del procedimiento a analizar.
- **Estado:** muestra si el procedimiento es actual o propuesto.
- **Analista(s):** persona(s) encargada(s) de analizar el procedimiento.
- **Fecha de análisis:** fecha en que se ha realizado el análisis del procedimiento.

- **Nº:** es el número correlativo de una actividad realizada como parte del procedimiento
- **Actividad:** descripción de la actividad que se lleva a cabo en el procedimiento (tiempos, cantidades, distancias, etc.)
- **Responsable:** es la persona(s) que lleva(n) a cabo la actividad descrita
- **Dist.:** se coloca la distancia recorrida en las actividades que sean transporte
- **Símbolos:** al catalogar una actividad de acuerdo a un tipo, se coloca la duración de dicha actividad bajo la columna del tipo de actividad correspondiente.

Las unidades de medida sugeridas para cada columna son las siguientes:

- Distancia en metros
- Tiempo unitario de las operaciones en horas (o fracción de hora).
- Tiempo unitario de los transportes en horas(o fracción de hora).
- Tiempo unitario de las inspecciones en horas(o fracción de hora).
- Tiempo de espera en horas(o fracción de hora).
- Tiempos de almacenamiento o archivado en horas(o fracción de hora).
- Tiempos de reprocesos en horas(o fracción de hora).
- **Totales:** al finalizar de levantar el procedimiento se procede a sumar los tiempos y las distancias obtenidas y colocarlas en la fila "totales", bajo su respectivo tipo.
- **Tiempo total:** se suma el total de tiempos obtenidos en cada uno de los tipos de actividades, el resultado obtenido debe ser expresado en horas.
- **Dist. Total:** se suma el total de distancias recorridas durante el procedimiento y el resultado obtenido debe ser expresado en metros.
- **Eficiencia:** se coloca la eficiencia obtenida en el procedimiento, expresada en %.

Una vez recolectada y clasificada la información anterior, se procede al cálculo de la eficiencia de los procedimientos, a fin de identificar la necesidad o no de mejorarlos. Para ello, se ha elaborado el siguiente apartado:

#### Determinación de la eficiencia de los procedimientos

El tiempo que se dedica a un trabajo puede dividirse en dos componentes: actividades productivas y no productivas. Por lo tanto se trata de determinar cuáles son dichas actividades dentro de los procedimientos; entendiéndose por actividades productivas a aquellas actividades que agregan valor, y las no productivas las que no lo hacen como por ejemplo: demoras, reprocesos, transportes, inspecciones innecesarias, y los costos incurridos en dichas actividades.

En forma ideal, todos los procesos contienen sólo actividades productivas y cero improductivas. De manera realista, eso es difícil de alcanzar. En lugar de eso, es preciso aumentar al máximo las productivas y reducir al mínimo las improductivas en el proceso.

La Eficiencia del trabajo se calculará dividiendo el tiempo de las actividades productivas (operaciones en el análisis de procedimientos) entre el tiempo total de un proceso.

Matemáticamente, se expresa de la siguiente manera:

$$\%Eficiencia = \left( \frac{\text{tiempo actividades productivas}}{\text{tiempo total del procedimiento}} \right) \times 100$$

Una forma práctica de calcular la Eficiencia de un proceso, consiste en expresarlos en una unidad de tiempo, tal como: minutos, horas, días, semanas, meses, etc.

Para finalizar el análisis, se identifican las fuentes de problemas u oportunidades de mejora a partir del análisis de cada actividad del procedimiento con base a una serie de preguntas:

1. ¿QUE se hace?: en donde se describirá el paso del procedimiento
2. ¿POR QUÉ razón se hace?: en donde se evaluará la necesidad de realizar el paso, por medio de su aporte de valor al producto final del procedimiento y a la calidad del mismo.
3. ¿DÓNDE debe realizarse?: que se describirá por medio del procedimiento y del responsable de la actividad
4. ¿CUÁNDO debe realizarse?: se evaluará el tiempo requerido para la realización de las actividades. La otra forma de evaluación será en base a la secuencia de los pasos por medio de la idoneidad de la misma.
5. ¿QUIÉN debe desempeñar la labor?: se evaluará la persona que realiza la labor, en base a sus funciones y de que tan crítica es la actividad.
6. ¿CÓMO se está realizando?: como consecuencia de los anteriores análisis, se evaluará posteriormente si pueden realizarse cambios en las actividades que puedan eliminar, combinar, sustituir, simplificar o mejorar la forma en que se realizan las actividades.

#### **4. Identificar los requerimientos de los clientes internos y externos.**

Se debe conocer lo que el cliente espera del proceso, que información espera recibir, en que forma la espera, un listado de datos, en tablas, gráficos, en que unidades, etc. Cuando la espera, con qué frecuencia, cuánto tiempo puede esperar la información, el tiempo en el que desearía tenerla, la importancia que tiene para el cliente, el soporte que desea tener, los posibles casos especiales que se pueden presentar y sus respectivas necesidades, etc.

#### **5. Conceptualizar las alternativas de nuevos procedimientos.**

Si es más de una es necesario evaluar y seleccionar la alternativa preferida.

Para establecer las alternativas, deberán tenerse en consideración los siguientes criterios:

- Se deben disminuir o eliminar las actividades que no agreguen valor para el cliente (transportes, demoras, almacenajes, reprocesos e inspecciones innecesarias)
- Se deben de combinar, simplificar, reducir o mejorar la forma en que se realizan las actividades sin disminuir la calidad del producto del procedimiento
- Se deben optimizar las actividades que generan valor agregado al cliente y al hospital, por medio de la reducción de su costo y su tiempo de procesamiento
- Se deben eliminar las actividades repetitivas
- Se debe de disminuir la burocracia (entendida como los formalismos de autorización dentro de un procedimiento)
- Mejorar el control sobre los productos y el procedimiento
- Disminuir costos

Para la presentación de los cambios realizados de manera ordenada, de tal manera que facilite la comparación con otras alternativas, se propone la utilización del siguiente formato:

Imagen II-32: Formato Resumen de cambios realizados

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:						
RESULTADOS OBTENIDOS						
PROCEDIMIENTO	○	□	⇒	▽	<b>D</b>	<b>R</b>
TIEMPO ACTUAL						
TIEMPO PROPUESTO						
Procedimiento actual	Procedimiento propuesto				Requerimientos de propuesta	

Fuente: Elaboración Propia

- **Nombre del procedimiento:** es el nombre del procedimiento analizado y mejorado
- **Símbolos:** se colocan las sumatorias de los tiempos de cada tipo de actividad obtenidas tanto en la situación actual como la propuesta.
- **Procedimiento actual:** se coloca el número correlativo del paso a mejorar en el proceso actual y se escribe el paso.
- **Procedimiento propuesto:** se escribe el cambio a realizar en el paso del procedimiento actual, mediante los verbos: eliminar, reducir, combinar, etc. Y luego se escribe en qué consiste el cambio (nuevo formato, compra de equipo, etc.) y el beneficiario del cambio. De ser necesario se justifican los cambios con una pequeña justificación.
- **Requerimientos de propuesta:** se especifican los recursos humanos, materiales, monetarios u otros que son indispensables para llevar a cabo las propuestas.

### FASE 3: REDISEÑO

#### Objetivo:

Proponer nuevas formas de hacer los procedimientos.

#### Resultados:

- Hojas de análisis de los procedimientos.
- Tiempos y recursos asociados a cada procedimiento.
- Nuevos procedimientos.

#### Pasos:

1. Documentar los procedimientos rediseñados. (Ver manual para elaborar manuales)
2. Evaluar el impacto de los procedimientos rediseñados.
3. Establecer indicadores para el monitoreo del procedimiento.

## **FASE 4: IMPLEMENTACIÓN**

### **Objetivo:**

Ejecutar los nuevos procedimientos rediseñados.

### **Resultados:**

- Planes de implantación.
- Diagramas Gantt
- Informes de progreso.

### **Pasos:**

1. Planificar la implementación.
2. Aprobación de la prueba piloto.
3. Adiestramiento del nuevo proceso.
4. Realizar prueba piloto.
5. Evaluar prueba piloto.
6. Ajustar el procedimiento.
7. Implementación global de los procesos/procedimientos rediseñados.

## **1.2 EJEMPLO DE APLICACIÓN DE LA GUÍA PARA LA MEJORA DE PROCEDIMIENTOS DEL HNST.**

Para demostrar de manera general, la aplicabilidad de la metodología propuesta, se han desarrollado algunos ejemplos, tomando como objetos de análisis los procedimientos administrativos claves; los cuales una vez mejorados serán posteriormente documentados en un manual.

### **Fase1: Preparación**

Una vez obtenida la autorización de la dirección de la institución, se procedió a la delimitación de los procedimientos a analizar.

La selección de los procedimientos a analizar y mejorar, se realizó durante la etapa de diagnóstico. (Ver análisis de procedimiento de etapa de diagnóstico del presente estudio)

### **FASE 2: Diagnóstico de la Situación Actual**

La mejora de procedimientos se realizará con base al análisis de las tareas de los procedimientos analizados en el diagnóstico realizado en el presente estudio, desestimando mejoras en distribución de espacios, distribución de volumen de trabajo, puestos de trabajo o estudio de tiempos y movimientos; debido a que estos análisis dependen de instalaciones de trabajo fijos, mientras que en el hospital se trabaja en instalaciones provisionales, por lo que la mejora en las tareas es la forma de mejora de

procedimientos más adecuada en base a la realidad institucional y que pueden seguir siendo viables incluso en nuevas instalaciones<sup>113</sup>.

A continuación se presentan las propuestas de mejora de los procedimientos administrativos seleccionados. Se muestran las cartas de procedimientos propuestas a documentar, seguidas de un cuadro resumen de las oportunidades de mejora detectadas, de las mejoras obtenidas con las propuestas y los requerimientos de las propuestas de mejora. Se presentaran los procedimientos propuestos para el departamento de Recursos Humanos, Conservación y Mantenimiento y para finalizar los procedimientos del departamento de Adquisiciones y Contrataciones institucionales.

A continuación se presentan las mejoras propuestas a los procedimientos administrativos seleccionados. Para ello, se utilizará el formato establecido para el análisis de procedimientos en la guía antes descrita, además de un cuadro resumen de las oportunidades de mejora encontradas, las mejoras obtenidas y los requerimientos de las propuestas de mejora.

### PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

DEPARTAMENTO: RECURSOS HUMANOS

ESTADO: ACTUAL

PROPUESTO

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN EXTERNA

ANALISTAS: DB01005, PL02001, TG03001

FECHA DE REALIZACIÓN DE MEJORAS: NOV. 2008





Nº	Actividad	Responsable	Dist.	○	□	⇒	▽	D	R
1	Elabora requisición de recurso humano para cubrir una vacante	Jefe de dependencia solicitante		0.17					
2	Remisión de solicitud	Unidad solicitante	35			0.08			
3	Recibe y margina requerimiento de la dependencia solicitante	Jefe del Departamento de RRHH		0.17					
4	Recibe y analiza el requerimiento de la dependencia solicitante, con información contenida en el manual descriptivo de clases e identifica recurso en el banco de candidatos	Técnico de RRHH (Encargado de Contrataciones y Remuneraciones)		0.17					
5	Verifica la existencia y tipo de financiamiento de la vacante	Técnico de RRHH (Encargado de Contrataciones y Remuneraciones)		0.17					
6	Comunica sobre la información verificada para atender el requerimiento a Jefe del Departamento de RRHH	Técnico de RRHH (Encargado de Contrataciones y Remuneraciones)		0.17					
7	Recibe y analiza el tipo de recurso humano requerido, para determinar el proceso de	Jefe del Departamento de RRHH		0.17					

<sup>113</sup> Fuente: Lazzaro, Víctor .Sistemas y procedimientos, 2da Edición Editorial Diana, Mexico.1982

## NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN EXTERNA

ANALISTAS: DB01005, PL02001, TG03001





FECHA DE REALIZACIÓN DE MEJORAS: NOV. 2008

Nº	Actividad	Responsable	Dist.					<b>D</b>	<b>R</b>
	selección: promoción interna ó selección externa								
8	Conforma y convoca a comisión de selección de personal, para determinar los criterios de selección (comisión conformada por técnico de RRHH, Jefe del Departamento de RRHH y jefe solicitante.	Jefe del Departamento de RRHH		0.5					
9	Definir fechas de ejecución	Comisión de selección de personal		0.17					
10	Obtiene currículos de candidatos (inventario de recursos humanos o banco de candidatos) y presentación a la comisión de selección.	Técnico de RRHH (Encargado de Contrataciones y Remuneraciones)		0.17					
11	Analizar currículos y selecciona los candidatos que cumplen con perfil solicitado	Técnico de RRHH (Contrataciones y Remuneraciones)		0.17					
12	Convoca a evaluaciones a los candidatos que cumplen con el perfil del puesto	Técnico de RRHH (Encargado de Contrataciones y Remuneraciones)		0.17					
13	Realiza y evalúa entrevista con candidatos elegibles	Técnico de RRHH (Encargado de Contrataciones y Remuneraciones)		1					
14	Realiza y califica las evaluaciones psicológicas de los candidatos	Técnico de RRHH (Encargado de Contrataciones y Remuneraciones)		2					
15	Verifica telefónicamente las referencias laborales y personales de los candidatos elegibles	Técnico de RRHH (Encargado de Contrataciones y Remuneraciones)		0.5					
16	Incorpora resultados de evaluaciones e información de referencias en el Cuadro De resultado de evaluaciones	Técnico de RRHH (Encargado de Contrataciones y Remuneraciones)		0.33					
17	Convoca a entrevista y pruebas técnicas a candidatos elegibles	Técnico de RRHH (Encargado de Contrataciones y Remuneraciones)		0.17					
18	Realiza y evalúa entrevista de candidatos elegibles y envía informe	Jefe inmediato del área de la vacante		1					
19	Pasa y evalúa pruebas técnicas, teórica y/o práctica	Jefe inmediato del área de la vacante		1.75					
20	Traslado de resultados	Unidad solicitante	25			0.17			
21	Recibe resultados de entrevista y pruebas del jefe inmediato de la	Técnico de RRHH (Encargado de Contrataciones y		0.17					

## NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN EXTERNA

ANALISTAS: DB01005, PL02001, TG03001

FECHA DE REALIZACIÓN DE MEJORAS: NOV. 2008





Nº	Actividad	Responsable	Dist.					<b>D</b>	<b>R</b>
	vacante.	Remuneraciones)							
22	Recibe resultados de entrevista e incorpora resultados al Cuadro De resultados de evaluaciones	Técnico de RRHH (Encargado de Contrataciones y Remuneraciones)		0.33					
23	Remite Cuadro De resultados de evaluaciones y expedientes de los candidatos elegibles	Técnico de RRHH (Encargado de Contrataciones y Remuneraciones)	2			0.02			
24	Recibe Cuadro De resultados de evaluaciones y expedientes de los candidatos elegibles	Jefe del Departamento de RRHH		0.08					
25	Elabora acta de resultado de selección de recursos	Jefe del Departamento de RRHH		0.17					
26	Convoca a comisión de selección de personal para revisar los candidatos elegibles	Jefe del Departamento de RRHH		0.5					
27	Revisa los resultado de las evaluaciones de los candidatos elegibles con sus respectivos expedientes y propone al candidato mejor evaluado	Comisión de selección personal		0.5					
28	Firma acta de resultados selección de recurso al director del hospital.	Comisión de selección personal		0.17					
29	Remisión de resultados	Comisión de selección personal	10			0.04			
30	Selecciona candidato, gira instrucciones y entrega documentación al Jefe del Departamento de RRHH para inicio de trámites de nombramiento o contratación.	Director del hospital		0.17					
31	Entrega documentación al Jefe del Departamento de RRHH.	Director del hospital	10			0.04			
32	Recibe documentación e instrucciones para inicio de trámites de nombramiento o contratación y margina a Técnico de RRHH (Contrataciones y Remuneraciones) para que elabore propuesta.	Jefe del Departamento de RRHH		0.08					
33	Entrega expedientes de candidatos que no fueron	Jefe del	5			0.08			







## NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN EXTERNA

ANALISTAS: DB01005, PL02001, TG03001

FECHA DE REALIZACIÓN DE MEJORAS: NOV. 2008

Nº	Actividad	Responsable	Dist.					D	R
	seleccionados a Técnico de RRHH (Contrataciones y Remuneraciones) para archivar en banco de candidatos elegibles	Departamento de RRHH							
34	Recibe y archiva en el banco de candidatos elegibles documentos de candidatos elegibles no seleccionados	Técnico de RRHH (Encargado de Contrataciones y Remuneraciones)					0.17		
35	Contacta e informa a recurso seleccionado para que se realice la exámenes médicos, entregue documentación pendiente y constancia en exámenes médicos	Técnico de RRHH (Encargado de Contrataciones y Remuneraciones)		0.17					
36	En caso que aspirante mejor calificado no acepte vacante; se llamará al segundo candidato mejor evaluado	Técnico de RRHH (Encargado de Contrataciones y Remuneraciones)		0.08					
Total			87	11,37	0	0,43	0,17	0	0
<b>EFICIENCIA:</b>			<b>95.0%</b>	<b>TIEMPO TOTAL: 11.97 HR</b>		<b>DIST. TOTAL:</b>		<b>87 M.</b>	

- Cambios propuestos:

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN EXTERNA						
RESULTADOS OBTENIDOS						
PROCEDIMIENTO					D	R
ACTUAL	10.87	0	0.6	0.17	1.25	0.08
PROPUESTO	11.37	0	0.43	0.17	0	0

Procedimiento actual	Cambio propuesto	Requerimientos de propuesta
<u>Paso 8:</u> Instrucción al técnico de recurso humanos para que inicie el proceso de selección	Eliminar la instrucción previa al técnico de RRHH (0.08 hrs) por parte del Jefe de RRHH por medio de la <u>estandarización de los procedimientos.</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contar con procedimientos estandarizados por medio de manuales administrativos.</li> </ul>
<u>Paso 10:</u> Adecuar ponderación de los factores de acuerdo a los criterios de selección, según puesto (pruebas psicológica y	Eliminar demora de ponderación de criterios (0.33) por parte de la Comisión de selección de personal; <u>estandarizando la ponderación de los criterios de selección en las pruebas psicológica y técnica, análisis curricular y entrevista; tanto para los puestos médicos como administrativos.</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estandarización de ponderación de criterios de selección de personal. Si se estandariza la ponderación, ya no se repite esta actividad cada vez que se realiza el</li> </ul>

Procedimiento actual	Cambio propuesto	Requerimientos de propuesta
técnicas, análisis curricular y entrevista)		<p>procedimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiempo estimado de la actividad: 0.45 hora.</li> <li>• Recursos: 10 hojas de papel bond</li> </ul>
<p><u>Paso 13:</u> Solicitar al jefe inmediato del área de la vacante, elaborar evaluaciones técnicas y/o prácticas para la vacante</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eliminar tiempo de elaboración de pruebas (0.25 hora de demora) por parte de los jefes de los diferentes departamentos.</li> <li>• Eliminar tiempo para solicitar las pruebas (0.17) por parte del Técnico de RRHH (Encargado de Contrataciones y Remuneraciones).</li> </ul> <p><u>Se eliminan los tiempos estandarizando y compilando las evaluaciones técnicas y/o prácticas para cada tipo de puesto en los diferentes departamentos del hospital.</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contar con un manual de pruebas técnicas por cada departamento.</li> <li>• Recursos a utilizar: 362 hojas de pruebas (una por cada plaza del HNST)</li> <li>• Tiempo de elaboración de manual por departamento: 25 horas (aproxim.)</li> <li>• Encargados: jefe de cada departamento de cada división del HNST</li> </ul>
<p><u>Pasos 15,17,19,20 y 21:</u> Se realiza y califica la evaluaciones psicológica, teórica y/o práctica antes de la verificación telefónica y de las entrevistas con el técnico de RRHH</p>	<p><u>Realizar entrevista con técnico de RRHH (Encargado de Contrataciones y Remuneraciones) antes de las pruebas psicológicas y técnicas<sup>114</sup>; garantizando que solo se examine técnicamente a los aspirantes calificados para la vacante.</u></p> <p>Con la propuesta el 100% de aspirantes que no son aptos para la vacante ya no continúan en el procedimiento de reclutamiento. Según estimados 1 de cada 7 aspirantes no reúne el perfil necesario para alguna plaza. Cada año el hospital contrata personas para un promedio de 3 vacantes, por 3 personas entrevistadas por vacantes.</p> <p>Es decir que se puede evitar el realizar las pruebas técnicas a una persona, ahorrándose 1 hr del jefe de la vacante y 0.17 hr del Técnico de RRHH (Encargado de Contrataciones y Remuneraciones).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar la entrevista con el técnico de RRHH (Encargado de Contrataciones y Remuneraciones) antes de la prueba psicológica y la entrevista con el jefe de la vacante.</li> </ul>
<p><u>Pasos 16,18,22,23 y 24:</u> Realización de pruebas técnicas antes de cualquier entrevista previa o verificación</p>	<p><u>Cambio esperado:</u> Eliminar el traslado de resultados de entrevista (0.17 hr) por parte del Jefe de la vacante a RRHH al <u>realizar entrevista y pasar pruebas técnicas en una misma convocatoria.</u></p> <p>Al realizar las pruebas técnicas y la entrevista en una solo convocatoria, el jefe de la vacante</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contar con las pruebas técnicas estandarizadas</li> </ul>

<sup>114</sup> Fuente: proceso general de reclutamiento y selección de personal. Curso de Recursos Humanos. Almería Business School Escuela de Negocios





Procedimiento actual	Cambio propuesto	Requerimientos de propuesta
telefónica del aspirante (pasos del 15 al 24)	traslada una sola vez los resultados.	
Paso 30: Comisión de selección revisa el resultado de las evaluaciones de los candidatos elegibles con sus respectivos expedientes	Comisión de selección propone para su contratación al candidato mejor evaluado al director institucional.  La decisión de contratar al aspirante recae solamente en el director de la institución y no en las personas que conocieron y evaluaron de primera mano a los aspirantes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluación consensuada por parte de la comisión, de la información obtenida en las entrevistas y pruebas.</li> </ul>

DEPARTAMENTO: RECURSOS HUMANOS ESTADO: ACTUAL  PROPUESTO

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA DE RECURSOS HUMANOS (SIRHI)

ANALISTAS: DB01005, PL02001, TG03001 FECHA DE REALIZACIÓN DE MEJORAS: NOV. 2008

Nº	Actividad	Responsable	Dist	○	□	⇒	▽	D	R
1	Saca copias de refrenda y ley de salario para Jefe de RRHH y Técnico de RRHH (Encargado del SIRHI)	Técnico de RRHH (Encargado de Remuneraciones y Contrataciones)	50	1.59		0.17			
2	Remitir, al inicio de año, datos de la nueva refrenda y Ley de Salarios al Técnico de RRHH (Encargado del SIRHI), para su ingreso.	Técnico de RRHH (Encargado de Remuneraciones y Contrataciones)	5			0.08			
3	Remitir copias de Acuerdos y de Resoluciones de licencias y acciones de personal al Técnico de RRHH (Encargado del SIRHI).	Técnico de RRHH (Encargado de Remuneraciones y Contrataciones)	5			0.08			
4	Recibir e ingresar datos de refrenda, imprimir y remitir a Técnico de RRHH (Encargado de Prestaciones) para su archivado.	Técnico de RRHH (Encargado del SIRHI)		20				8	
5	Recibir copias de Acuerdos y de Resoluciones de licencias y acciones de personal y actualizar la base de datos.	Técnico de RRHH (Encargado de Prestaciones)		1					
6	Imprimir una vez al año, Hoja de Actualización de Datos del personal al Técnico de RRHH (Encargado de prestaciones).	Técnico de RRHH (Encargado de Remuneraciones y Contrataciones)		1					
7	Remitir hoja de	Técnico de RRHH	5			0.08			

Nº	Actividad	Responsable	Dist					D	R
	actualización de datos de personal	(Encargado de Remuneraciones y Contrataciones)							
8	Recibir la Hoja de Actualización de Datos completada del Técnico de RRHH (Encargado de Remuneraciones y Contrataciones) e ingresar la información en el Sistema.	Técnico de RRHH (Encargado del SIRHI)		4				4	
9	Verificar y detectar a través de los reportes, los empleados con datos faltantes, posteriormente a la actualización de los datos e informar al Jefe del Departamento de RRHH.	Técnico de RRHH (Encargado del SIRHI)			2				
10	Recibir reporte de los empleados con datos faltantes, y elaborar memorándum solicitando la información.	Jefe del Departamento de RRHH		0.5					
11	Remitir requerimiento de información a los jefes de departamento	Jefe del Departamento de RRHH	50			0.25			
12	Recibir solicitud de actualización de datos faltantes, remitirla a los empleados bajo su cargo, para su debida recolección	Jefes de los departamentos		8					
13	Devolver al Jefe del Departamento de RRHH las actualizaciones	Jefes de los departamentos	25			0.25			
14	Recibir información y remitir al Técnico de RRHH (Encargado del SIRHI), para su ingreso al Sistema.	Jefe del Departamento de RRHH		1					
15	Recibir información, ingresar al sistema y validar los datos a través de reportes.	Técnico de RRHH (Encargado del SIRHI)		12	12				
16	Generar el Inventario de Recursos Humanos, conforme a los datos que se poseen en el Sistema, a Jefe del Departamento de RRHH.	Técnico de RRHH (Encargado del SIRHI)		8					
17	Remitir Inventario de Recursos Humanos	Técnico de RRHH (Encargado del SIRHI)	5			0.08			
18	Recibir y validar Inventario de Recursos Humanos.	Jefe del Departamento de RRHH			1				
Total			145	57,09	15	0,99	0	12	0

Nº	Actividad	Responsable	Dist					<b>D</b>	<b>R</b>
EFICIENCIA:			67.1 %	TIEMPO TOTAL: 85.08 HR			DIST. TOTAL: 145 M.		

• Cambios propuestos:

Nombre del procedimiento: Administración del Sistema de Recursos Humanos (SIRHI)						
RESULTADOS OBTENIDOS						
PROCEDIMIENTO					<b>D</b>	<b>R</b>
ACTUAL	57.09	15	1.49	0	103.25	0
PROPUESTO	57,09	15	0,99	0	12	0





Procedimiento actual	Cambios propuestos	Requerimientos de propuesta
<p><u>Paso 3:</u> Formato de solicitud de licencias con campos sin llenar que desperdician el espacio del papel</p>	<p><u>Cambio esperado:</u> ahorrar el 50% del gasto de papelería en impresión de formato de solicitud de licencias por medio de la mejora del formato de solicitud de licencias de personal.</p> <p>Para el año 2007 se realizaron 1441 solicitudes de licencias, con la mejora del formato se hubiera ahorrado 720 hojas de papel bond.</p> <p>Al reacomodar los campos del formato, se logra minimizarlo y obtener más formatos por página.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Colocación de formatos de solicitud en una hoja tamaño carta en forma horizontal para su impresión.</li> </ul>
<p><u>Paso 4:</u> Ingresar datos de refrenda</p>	<p><u>Cambio esperado:</u> disminuir el tiempo de espera en el ingreso de los datos en 52 horas por parte del Técnico de RRHH (Encargado del SIRHI) con estudiantes realizando servicios sociales asignados al departamento de RRHH ayudando al ingreso de datos de refrenda.</p> <p>Existe una acumulación de las refrendas, generadas por las esperas en el ingreso de los datos.</p> <p>No existen restricciones legales en este aspecto al no ser datos de dominio exclusivo del hospital.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contar con 2 estudiantes en servicios sociales para ayudar durante 1 semana en el ingreso de los datos.</li> <li>Contar con 2 computadoras para poder ingresar datos al SIRHI</li> <li>Capacitación a los estudiantes para el ingreso de los datos por parte del técnico de RRHH (Encargado del SIRHI) en 1 hora</li> <li>Supervisión continua a estudiantes en el ingreso de los datos</li> </ul>
<p><u>Paso 8:</u> Ingresar datos actualizados de personal al SIRHI</p>	<p><u>Cambio esperado:</u> disminuir el tiempo de espera en el ingreso de los datos en 24 horas por parte del Técnico de RRHH (Encargado del SIRHI) con estudiantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contar con 2 estudiantes en servicios sociales para trabajar durante 1 día.</li> <li>Contar con 2</li> </ul>

Procedimiento actual	Cambios propuestos	Requerimientos de propuesta
	<p>realizando servicios sociales asignados al departamento de RRHH ayudando al ingreso de la actualización de datos.</p> <p>Existe una acumulación de actualizaciones de datos, generadas por las esperas en el ingreso de los datos.</p> <p>No existen restricciones legales en este aspecto al no ser datos de dominio exclusivo del hospital.</p>	<p>computadoras que puedan ingresar datos al SIRHI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación a los estudiantes para el ingreso de los datos por parte del técnico de RRHH (Encargado del SIRHI) en 1 hora</li> <li>• Supervisión continua a estudiantes en el ingreso de los datos.</li> </ul>
<p><b>Paso 11:</b> Obtener firma del Director para autorizar la recolección de la información faltante en el SIRHI de los empleados</p>	<p><u>Cambio esperado:</u> eliminar el tiempo de espera por la firma del director (0.25 hr), así como también la disminución de los tiempos de transporte (0.5 hr) por parte del jefe de RRHH <u>estandarizando los memorándums</u> dirigidos a todos los jefes del departamento, solicitando información faltante de datos de empleados; también <u>aplicando la firma de aprobación digital</u> del director del hospital y Jefe de Departamento de RRHH.</p> <p>Si se estandariza el memorándum y se utilizan las firmas digitales, ya no se repite esta actividad cada vez que se realiza el procedimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Digitalización de firma del director del hospital y Jefe de RRHH.</li> <li>• Estandarización de formato de solicitud de actualización de datos.</li> <li>• Tiempo estimado para la actividad: 0.75 horas</li> <li>• Participantes: Jefe de RRHH y director institucional</li> </ul>
<p><b>Paso 14:</b> Jefe de RRHH recibe información actualizada y la remite al Técnico de RRHH (Encargado del SIRHI), para su ingreso al Sistema</p>	<p><u>Cambio esperado:</u> eliminar la recepción de la información (1 hr) y la espera de 7 horas llevada a cabo por el jefe de RRHH, <u>remitiendo la información directamente</u> al Técnico de RRHH (Encargado del SIRHI) al finalizar el día por parte los Jefes de Departamentos.</p> <p>El jefe de RRHH no agrega valor a la información que traslada al técnico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir controles bajo los cuales se realizara la recepción de la información con los Jefes de los departamentos (hora, lugar, cantidad de datos, etc.) en el procedimiento documentado</li> <li>• Tiempo de actividad: 0.25 horas</li> <li>• Encargado: Jefe de RRHH</li> </ul>
<p><b>Paso 15:</b> Solicitar mensualmente al Técnico de RRHH (Encargado del SIRHI), el Inventario de Recursos Humanos con todos los datos necesarios.</p>	<p><u>Cambio esperado:</u> eliminar demora de un día (8horas) por parte del jefe de RRHH, <u>al realizar la impresión del Inventario</u> de Recursos Humanos al contar con todos los datos.</p> <p>Al no ser el jefe de RRHH el que reúne la información, el técnico de RRHH puede imprimir el inventario cuando tenga toda la información requerida, ya que la impresión se hace cada vez que se realiza el procedimiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificación anual de fechas de entrega de Inventario de RRHH.</li> <li>• Encargado: técnico de RRHH (Encargado del SIRHI) y Jefe de RRHH</li> <li>• Tiempo estimado de actividad: 1 horas.</li> <li>• Recursos: 5 hojas de papel bond tamaño carta</li> </ul>

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CAPACITACIÓN Y DESARROLLO

ANALISTAS: DB01005, PL02001, TG03001

FECHA DE REALIZACIÓN DE MEJORAS: NOV. 2008

Nº	Actividad	Responsable	Dist.					<b>D</b>	<b>R</b>
1	Cumple lineamientos generales para detectar necesidades de capacitación	Técnico de RRHH (Encargado de Capacitaciones y Desarrollo)		0.17					
2	Reproduce memorándum dirigido a todos los jefes de departamento	Técnico de RRHH (Encargado de Capacitaciones y Desarrollo)	50	1.59		0.17			
3	Envío de memorándums	Técnico de RRHH (Encargado de Capacitaciones y Desarrollo)	75			0.5			
4	Reciben memorandos y lineamientos remitido por el director del hospital	Jefes de Departamento		0.08					
5	Identifican las necesidades de capacitación del recurso humano	Jefes de Departamento		0.5					
6	Remiten al coordinador del departamento de recursos humanos la necesidad de capacitación	Jefes de Departamento	75			0.5			
7	Recibe las necesidades de capacitación	Jefe de Departamento de RRHH		0.08					
8	Recolecta y consolida las necesidades de capacitación de los diferentes departamentos	Jefe de Departamento de RRHH		2				6	
9	Elabora plan de capacitación	Jefe de Departamento de RRHH		24					
10	Elabora perfil de capacitación	Técnico de RRHH (Encargado de Capacitaciones y Desarrollo)		8					
11	Gestiona apoyo técnico-financiera a través de organismos nacionales e internacionales para la ejecución del plan de capacitación	Técnico de RRHH (Encargado de Capacitaciones y Desarrollo)		8				16	
12	Elabora y envía invitaciones a jefes de áreas	Técnico de RRHH (Encargado de Capacitaciones y Desarrollo)		0.5					
13	Envío de invitaciones	Técnico de RRHH (Encargado de Capacitaciones y Desarrollo)	75			0.5			
14	Desarrolla la capacitación	Técnico de RRHH		8					

DEPARTAMENTO: RECURSOS HUMANOS

ESTADO: ACTUAL

PROPUESTO

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CAPACITACIÓN Y DESARROLLO

ANALISTAS: DB01005, PL02001, TG03001

FECHA DE REALIZACIÓN DE MEJORAS: NOV. 2008

Nº	Actividad	Responsable	Dist.	○	□	⇒	▽	D	R
		(Encargado de Capacitaciones y Desarrollo)							
15	Informa resultados del evento	Técnico de RRHH (Encargado de Capacitaciones y Desarrollo)		4					
Total			275	56,92	0	1,67	0	22	0
Eficiencia: 70.6 %			Tiempo total: 80.59 hr			Dist. Total: 275 mt			

• **Cambios propuestos:**

Nombre del procedimiento: Capacitación y desarrollo						
RESULTADOS OBTENIDOS						
PROCEDIMIENTO	○	□	⇒	▽	D	R
ACTUAL	57.09	0	1.92	0	34	0.25
PROPUESTO	56,92	0	1,67	0	22	0

Procedimiento actual	Procedimiento propuesto	Requerimientos de propuesta
<p><u>Paso 1:</u> Instrucción previa al Técnico de RRHH para que inicie el proceso de atención de necesidades de capacitación</p>	<p><u>Cambio esperado:</u> eliminar la instrucción previa (0.08) por parte del jefe de RRHH por medio de la estandarización de los procedimientos evitando un reproceso en cada ocasión que se inicie un proceso de capacitación. La estandarización evita un reproceso en cada ocasión que se inicie un procedimiento de capacitación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contar con procedimientos estandarizados por medio de manuales administrativos.</li> </ul>
<p><u>Paso 3:</u> Elabora memorándum dirigido a todos los jefes del departamento, solicitando las necesidades de capacitación</p>	<p><u>Cambio esperado:</u> eliminar tiempos de reproceso de elaboración de memorándums (0.17) por parte del Técnico de RRHH (Encargado de Capacitaciones y Desarrollo) y de los tiempos de aprobación por parte del jefe de RRHH (0.08) y del director institucional (0.34); estandarizando los memorándums dirigidos a todos los jefes del departamento, solicitando las necesidades de capacitación; junto con la utilización de una firma digital del director de la institución y del jefe del departamento de Recursos Humanos.  La estandarización del memorándum y la firma digitalizada, evita un reproceso en cada ocasión que se efectúe un procedimiento de capacitación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Digitalización de firma del director del hospital y Jefe de RRHH.</li> <li>• Estandarización de formatos de solicitud de necesidades de capacitación.</li> <li>• Tiempo estimado para la actividad: 0.75 horas</li> <li>• Participantes: Jefe de RRHH, director institucional</li> </ul>



Procedimiento actual	Procedimiento propuesto	Requerimientos de propuesta
<p><u>Paso 10:</u> Identifican las necesidades de capacitación del recurso humano por medio de un formato que tiene campos sin utilidad para la detección de necesidades de capacitación</p>	<p><u>Cambio esperado:</u> Mejorar el formato de detección de necesidades de capacitación, obteniendo 5 formatos por cada página tamaño carta. El ahorro en papelería es de 18 pág. en impresiones (se imprimían 91 pág. ahora se imprimirían 73 pág.)</p> <p>Esto se logra por medio de la minimización del formato y de la correcta colocación para su impresión. Anteriormente se obtenían 4 copias por hoja tamaño carta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Colocación de formatos de solicitud en una hoja tamaño carta en forma vertical para su impresión.</li> </ul>
<p><u>Paso 20:</u> Informa resultados del evento</p>	<p><u>Cambio esperado:</u> eliminar el tiempo de espera en la elaboración de documento de evaluación de capacitaciones (12 horas) por parte del Técnico de RRHH (Encargado de Capacitaciones y Desarrollo) <u>estableciendo criterios estandarizados para evaluación de capacitaciones.</u></p> <p>Se tiene dicha demora por investigar como evaluar las capacitaciones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Establecimiento y ponderación de criterios de evaluación de las capacitaciones</li> <li>Tiempo estimado para la actividad: 1 hora</li> <li>Participantes: Jefe de Departamento de RRHH y técnico de RRHH (encargado de contrataciones y remuneraciones)</li> <li>Recursos: 5 páginas papel bond tamaño carta</li> </ul>

DEPARTAMENTO: RECURSOS HUMANOS





ESTADO: ACTUAL

PROPUESTO

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ACTUALIZACIÓN Y APERTURA DE EXPEDIENTES Y TARJETAS DE REGISTROS DE MOVIMIENTOS DE PERSONAL

ANALISTAS: DB01005, PL02001, TG03001

FECHA DE REALIZACIÓN DE MEJORAS: NOV. 2008

Nº	Actividad	Responsable	Dist.					<b>D</b>	<b>R</b>
1	Recibir y marginar, documentación de los movimientos y de la Refrenda de Nombramiento del personal, al Técnico de RRHH (Encargado de prestaciones).	Jefe del Departamento de RRHH		2					
2	Recibir, revisar, clasificar y archivar en los respectivos expedientes la documentación marginada (atestados, Evaluaciones al Desempeño y notas).	Técnico de RRHH (Encargado de prestaciones)		3					
3	Actualizar la Tarjeta de Registro del empleado en caso de nombramiento, refrenda y movimientos de Personal, además Foliar y archivar los documentos en expediente, en orden cronológico.	Técnico de RRHH (Encargado de prestaciones)		0.5					
4	Actualizar listado de cesados, si el movimiento de personal es renuncia o cese en el cargo y colocar el Expediente y Tarjeta de Registro, en el archivo de	Técnico de RRHH (Encargado de		0.33					

DEPARTAMENTO: RECURSOS HUMANOS

ESTADO: ACTUAL

PROPUESTO





**NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:** ACTUALIZACIÓN Y APERTURA DE EXPEDIENTES Y TARJETAS DE REGISTROS DE MOVIMIENTOS DE PERSONAL

**ANALISTAS:** DB01005, PL02001, TG03001

**FECHA DE REALIZACIÓN DE MEJORAS:** NOV. 2008

Nº	Actividad	Responsable	Dist.	○	□	⇒	▽	D	R
	cesados.	prestaciones)							
5	Crear expediente, archivar y foliar toda la documentación y generar nueva Tarjeta de Registro de Movimientos de Personal, a empleado de nuevo ingreso.	Técnico de RRHH (Encargado de prestaciones)		0.5					
6	Generar, imprimir el listado de empleados activos y la Hoja de Actualización de Datos	Técnico de RRHH (Encargado del SIRHI)		0.75					
7	Remitir listado al Técnico de RRHH (Encargado de prestaciones)	Técnico de RRHH (Encargado del SIRHI)	5			0.08			
8	Recibir listado de empleados activos, confrontar las Tarjetas y Expedientes Físicos y depurar las inconsistencias.	Técnico de RRHH (Encargado de prestaciones)			0.5				
9	Recibir Hoja de Actualización de Datos, a los Jefes de departamento, para su actualización a través de memorándum firmado por el Jefe del Departamento de RRHH.	Técnico de RRHH (Encargado de prestaciones)		1.5					
10	Remitir Hoja de Actualización de Datos	Técnico de RRHH (Encargado de prestaciones)	75			0.5			
11	Recibir Hoja de Actualización de Datos, marginal a sus empleados para su actualización	Jefes de departamentos		8					
12	Remitir hoja de actualización a Técnico de Recursos Humanos (Encargado del SIRHI) para su ingreso al sistema.	Jefes de departamentos	75			0.5			
13	Recibir las Hojas de Actualización de Datos, ingresar los datos en el Sistema y remitir a Técnico de RRHH (Encargado de prestaciones) para que lo anexe al Expediente.	Técnico de Recursos Humanos (Encargado del SIRHI)		5				3	
Total			155	21,58	0,5	1,08	0	3	0
Eficiencia: 82.5 %			Tiempo total: 26.16 hr			Dist. Total: 155 mt			

- **Cambios propuestos:**

Nombre del procedimiento: Actualización y Apertura de Expedientes y Tarjetas de Registros de movimientos de Personal						
RESULTADOS OBTENIDOS						
PROCEDIMIENTO					<b>D</b>	<b>R</b>
ACTUAL	22,08	1	1,08	0	20	0
PROPUESTO	21,58	0,5	1,08	0	3	0
Procedimiento actual	Procedimiento propuesto				Requerimientos de propuesta	
<p><u>Paso 6:</u> Solicitar, por lo menos una vez al año al Técnico de Recursos Humanos (Encargado del SIRHI), listado de empleados Activos y Hoja de Actualización de Datos, para actualizar el archivo de expedientes</p>	<p><u>Cambio esperado:</u> eliminar la demora (0.5 horas) del proceso para el Técnico de RRHH (Encargado de prestaciones) <del>planificando anualmente la impresión del listado de empleados Activos y Hoja de Actualización de Datos.</del></p> <p>La impresión siempre es llevada a cabo que se realiza este procedimiento. Esta actividad no depende de otra.</p>				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificación anual de impresión de listado de empleados.</li> <li>• Encargado: técnico de RRHH (Encargado de prestaciones) y Jefe de RRHH</li> <li>• Tiempo estimado de actividad: 0.25 horas.</li> <li>• Recursos: 5 hojas de papel bond</li> </ul>	
<p><u>Pasos 14,16 y 17:</u> Recibir y marginar Hoja de Actualización de Datos, al Técnico de Recursos Humanos (Encargado del SIRHI) para su ingreso al sistema.</p> <p>Revisar que oficinas no han enviado las Hojas de Actualización de Datos y reportar Jefe del Departamento de RRHH para su seguimiento.</p> <p>Recibir reporte y dar seguimiento, hasta dar por concluida su actualización.</p>	<p><u>Cambio esperado:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eliminar la recepción por parte del Jefe de RRHH de las hojas de actualización de datos (0.5 hr).</li> <li>• Disminuir las esperas del técnico de RRHH (Encargado del SIRHI) en 16 hrs.</li> <li>• Eliminar la inspección de información faltante por parte del Técnico de RRHH (Encargado de prestaciones) (0.5 hrs)</li> <li>• Eliminar el seguimiento por parte del Jefe de RRHH de los datos faltantes (0.5 hrs)</li> </ul> <p>Esto se logra <del>encargando al técnico de RRHH (Encargado del SIRHI) de recibir las hojas de actualización de datos y de ingresar al sistema el 100% de las hojas de los departamentos y monitorear la entrega de hojas por medio de controles de recepción.</del></p> <p>Se logra disminuir la cantidad de personas en el proceso, al hacer responsable directo de la información al técnico de RRHH.</p>				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar a las 4 horas de llevar a cabo la actividad de recepción e ingreso de hojas de actualización de datos, que el 75% de los departamentos (de los 37 existentes en el hospital) hayan entregado sus hojas.</li> <li>• Llamar telefónicamente al resto de departamentos para pedir hojas de actualización de datos.</li> </ul>	

**PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTO DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO**

**DEPARTAMENTO:** CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO





**ESTADO:** ACTUAL

**PROPUESTO**





**NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:** SERVICIOS DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y OTRAS INSTALACIONES (PARA EQUIPO BÁSICO E INSTALACIONES)

**ANALISTAS:** DB01005, PL02001, TG03001

**FECHA DE REALIZACIÓN DE MEJORAS:** NOV. 2008

Nº	Actividad	Responsable	Dist.					<b>D</b>	<b>R</b>
1	Emite solicitud de servicios de mantenimiento	Unidad solicitante		0.17					
2	Procesa solicitud y emite orden de trabajo a técnico	Jefe de conservación y mantenimiento		0.2					
3	Asigna al técnico respectivo la orden de trabajo	Jefe de conservación y mantenimiento		0.08					
4	Se traslada al departamento con problemas	Técnico de mantenimiento o empresa subcontratada	25			0.17			
5	Realiza inspección, identifica el problema y determina necesidades	Técnico de mantenimiento			0.25				
6	Regresa a puesto de técnicos de mantenimiento	Técnico de mantenimiento	25			0.17			
7	Si hay repuestos en bodega hace vale de salida y toma repuesto	Técnico de mantenimiento		0.25					
8	Si no hay repuestos en bodega, gestiona la adquisición de repuestos, insumos o compra de servicios por medio de caja chica.	Encargado de bodega						2	
9	Ejecuta la orden de trabajo y revisa funcionamiento	Técnico de mantenimiento		2					
10	Elabora reporte de trabajo realizado	Técnico de mantenimiento		0.08					
11	Revisión de informe	Jefe de conservación y mantenimiento		0.17					
12	Consolidado mensual de informes de mantenimiento correctivo	Jefe de conservación y mantenimiento		1					
Total			50	3,95	0,25	0,34	0	2	0
<b>Eficiencia: 60.4%</b>			<b>Tiempo total: 6.54 hr</b>			<b>Dist. Total: 50 mt</b>			

• **Cambios propuestos:**

<b>Nombre del procedimiento: Servicios de mantenimiento correctivo y otras instalaciones (para equipo básico e instalaciones)</b>						
<b>RESULTADOS OBTENIDOS</b>						
PROCEDIMIENTO					<b>D</b>	<b>R</b>
ACTUAL	5.92	0,25	0.34	0	40	0
PROPUESTO	3,95	0,25	0.34	0	2	0

Procedimiento actual	Procedimiento propuesto	Requerimientos de propuesta
<p><u>Paso 1:</u> Formato de solicitud de mantenimiento correctivo con campos sin llenar que desperdician el espacio del papel</p>	<p><u>Cambio esperado:</u> obtener 4 copias por cada página tamaño carta, <u>mejorando el formato de solicitud de mantenimiento correctivo.</u></p> <p>Anteriormente se obtenían 3 copias por hoja tamaño carta.</p> <p>En 2007 hubieron 2010 ordenes, con un rendimiento de 3 formularios por hoja contra los 4 formularios por hoja de la propuesta, se tendría un ahorro de 670-502.5 hojas=167 hojas de papel al año</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocación de 4 formatos de solicitud en una hoja tamaño carta forma vertical para su impresión.</li> </ul>
<p><u>Paso 1:</u> Los departamentos solicitantes emiten 3 formatos de solicitud de servicios de mantenimiento</p>	<p><u>Cambio esperado:</u> <u>emitir solo 2 formularios por solicitud de mantenimiento</u>, una para el técnico y otra para la unidad solicitante. La solicitud para el jefe se elimina al llenar el formato de control de mantenimientos al momento de recibir las solicitudes</p> <p>En 2007 hubieron 2010 ordenes, con un rendimiento de 4 formularios por hoja, se tiene un <u>ahorro</u> de 502.5 hojas=1 resma de papel al no utilizar el tercer formulario.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingresar datos de mantenimiento correctivo en formato consolidado al momento de procesar solicitud y asignar a un técnico.</li> <li>• Aumento de 1 minuto en el procesamiento solicitud por parte del Jefe de conservación y mantenimiento</li> </ul>
<p><u>Paso 7:</u> Formato de solicitud de material con campos sin llenar que desperdician el espacio del papel</p>	<p><u>Cambio esperado:</u> obtener 6 copias por cada página tamaño carta al <u>mejorar el formato de solicitud de material.</u></p> <p>Anteriormente se obtenían 3 copias por hoja tamaño carta.</p> <p>En 2007 el 32% de las 2010 órdenes utilizaron este formato, con un rendimiento de 3 formularios por hoja se usaron 670 hojas de papel bond. Con la propuesta se obtienen 6 formularios por hoja usando 335 páginas. Se tendría un ahorro de 670-335 hojas=335 hojas de papel bond al año</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocación de formatos de solicitud en una hoja tamaño carta 2 columnas de 3 formatos en forma vertical para su impresión.</li> </ul>
<p><u>Paso 8:</u> En los mantenimientos del año 2007, en un 1.2% (23 mantenimientos) se realizaron compras por libre gestión y en un 0.4% (8 mantenimientos) por medio de licitación pública ya que son compras de equipo</p>	<p><u>Cambio esperado:</u> disminuir en 38 horas el tiempo de adquisición de repuestos que involucra al encargado de bodega de mantenimiento, Jefe de mantenimiento, Jefe UACI, técnico de compras por libre gestión o técnico de compras por licitación</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecimiento de Condiciones en contratos de las empresas a cargo del servicio de mantenimiento correctivo biomédico en</li> </ul>

Procedimiento actual	Procedimiento propuesto	Requerimientos de propuesta
<p>biomédico cuyos montos requerían proceder bajo esos tipos de compra.</p>	<p>pública y al director del hospital.</p> <p><u>Se disminuyen las 38 horas realizando las compras de la siguiente manera:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para los mantenimientos correctivos de equipo básico e instalaciones por medio de compras por caja chica (rigiéndose por las políticas internas de caja chica)</li> <li>• Para los mantenimientos correctivos de equipo biomédico por medio de libre gestión o licitación pública con la empresa subcontratada para dicho servicio u otras (de acuerdo al monto de inversión).</li> </ul>	<p>donde estipule la forma de actuar en la compra de repuestos</p>
<p><u>Paso 8:</u> En los mantenimientos correctivos del año 2007 se tuvo la siguiente distribución de probabilidades: 60% no necesitaron repuestos 40% necesitan la utilización de repuestos</p> <p>De los mantenimientos que requerían repuestos: 79% existían en bodega 22% no existían en bodega (15% caja chica, 3% libre gestión y 1% licitación pública 1% no se han realizado</p> <p>Del año 2007 el 8.8% del total de los mantenimientos correctivos (177) no tenían repuestos y dichos repuestos corresponden a compras de caja chica de repuestos de fontanería, albañilería y abarroterías y que se repiten</p>	<p><u>Cambio esperado:</u> reducir el tiempo de compra de repuestos en 2 horas en el 90% de los mantenimientos correctivos que necesiten repuestos por compras de caja chica al <u>tener inventarios de repuestos básicos en bodegas de mantenimiento</u></p> <p>Es necesario el establecer un inventario de repuestos de mantenimiento en función de los montos de los repuestos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecimiento de políticas de inventario de repuestos de Mantenimiento</li> <li>• Inventario de repuestos para mantenimiento</li> <li>• Inversión en inventario. Aprobada por el director institucional, según sustento técnico.</li> <li>• Tiempo estimado de actividad: 3 horas (jefe depto.)</li> <li>• Recursos: 25 hojas de papel bond</li> </ul>
<p><u>Paso 8:</u> Hospital encargado de la búsqueda de cotización de repuestos para el proceso de compra por libre gestión.</p>	<p><u>Cambio esperado:</u> disminuir en 24 horas las compras por libre gestión que involucra al encargado de bodega de mantenimiento, Jefe de mantenimiento, Jefe UACI, técnico de compras por libre gestión o técnico de compras por licitación pública y al director del hospital (No se incluyen las compras por licitación pública).</p> <p><u>La disminución se da realizando las compras de repuestos de equipo</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empresa subcontratada con rápida respuesta a los problemas y buen inventario de repuestos</li> <li>• Rápida respuesta de los procesos de compras por libre gestión.</li> </ul>

Procedimiento actual	Procedimiento propuesto	Requerimientos de propuesta
	<p>biomédico por medio de las empresas subcontratadas por libre gestión (según lo establezca la LACAP) y no con personal del hospital.</p> <p>La disminución se da, ya que las empresas de mantenimiento cuentan con inventarios de repuestos, compran al por mayor o saben donde realizar las compras mas económicas.</p>	

DEPARTAMENTO: CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO

ESTADO: ACTUAL





PROPUESTO

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: SERVICIOS DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y OTRAS INSTALACIONES

(SERVICIO SUBCONTRATADO POR EL HOSPITAL PARA EQUIPO BIOMÉDICO)

ANALISTAS: DB01005, PL02001, TG03001

FECHA DE REALIZACIÓN DE MEJORAS: NOV. 2008

Nº	Actividad	Responsable	Dist.					D	R
1	Emite solicitud de servicios de mantenimiento	Unidad solicitante		0.17					
2	Procesa solicitud	Jefe de conservación y mantenimiento		0.2					
3	Llama por teléfono a empresa subcontratada	Jefe de conservación y mantenimiento		0.17					
4	Empresa subcontratada se traslada al hospital	Empresa subcontratada	57000			2		2	
5	Asigna al técnico a acompañar a la empresa subcontratada	Jefe de conservación y mantenimiento		0.08					
6	Se trasladan al departamento con problemas	Técnico de mantenimiento junto empresa subcontratada	25			0.17			
7	Realiza inspección, identifica el problema y determina necesidades	Técnico de mantenimiento			0.25				
8	Se traslada donde Jefe de conservación y mantenimiento e informa de necesidad de repuesto	Técnico de mantenimiento	25			0.17			
9	Autoriza a técnico de mantenimiento biomédico a utilizar repuestos de bodega	Jefe de conservación y mantenimiento		0.02					
10	Si hay repuestos en bodega hace vale de salida y toma repuesto	Técnico de mantenimiento		0.25					
11	Si no hay repuestos en bodega, gestiona la adquisición de repuestos, insumos o compra de servicios por medio de compras por libre gestión	Encargado de bodega						16	

DEPARTAMENTO: CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO

ESTADO: ACTUAL

PROPUESTO

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: SERVICIOS DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y OTRAS INSTALACIONES

(SERVICIO SUBCONTRATADO POR EL HOSPITAL PARA EQUIPO BIOMÉDICO)

ANALISTAS: DB01005, PL02001, TG03001

FECHA DE REALIZACIÓN DE MEJORAS: NOV. 2008

Nº	Actividad	Responsable	Dist.	○	□	⇒	▽	D	R
	por medio de la empresa subcontratada.								
12	Empresa subcontratada se traslada al hospital	Empresa subcontratada	57000			2			
13	Ejecuta la orden de trabajo y revisa funcionamiento	Técnico de mantenimiento		2					
14	Elabora reporte de trabajo realizado	Técnico de mantenimiento		0.08					
15	Revisión de informe	Jefe de conservación y mantenimiento		0.17					
16	Consolidado mensual de informes de mantenimiento correctivo	Jefe de conservación y mantenimiento		1					
Total			114050	4,14	0,25	4,34	0	18	0
Eficiencia: 15.5%			Tiempo total: 26.73 hr			Dist. Total: 57050 mt			

DEPARTAMENTO: CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO

ESTADO: ACTUAL

PROPUESTO

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: SERVICIOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO PLANIFICADO

ANALISTAS: DB01005, PL02001, TG03001

FECHA DE REALIZACIÓN DE MEJORAS: NOV. 2008

Nº	Actividad	Responsable	Dist.	○	□	⇒	▽	D	R
1	Actualiza los equipos o instalaciones que están bajo el programa de mantenimiento preventivo	Jefe de conservación y mantenimiento		0.5					
2	Elaborar programa de mantenimiento preventivo	Jefe de conservación y mantenimiento		3					
3	Comunica programas de mantenimiento a empresas subcontratadas por medio de correos electrónicos	Jefe de conservación y mantenimiento		0.25					
4	Asignación de mantenimientos preventivos a cada técnico y su programación	Jefe de conservación y mantenimiento		0.25					
5	Determina y prepara los insumos necesarios	Técnico de mantenimiento		0.5					
6	Se traslada al departamento con mantenimiento programado	Técnico de mantenimiento	25			0.17			
7	Ejecuta las rutinas de mantenimiento	Técnico de mantenimiento		1					



DEPARTAMENTO: CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO

ESTADO: ACTUAL

PROPUESTO

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: SERVICIOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO PLANIFICADO

ANALISTAS: DB01005, PL02001, TG03001

FECHA DE REALIZACIÓN DE MEJORAS: NOV. 2008

Nº	Actividad	Responsable	Dist.	○	□	⇒	▽	D	R
	preventivo según formulario								
8	Técnico de equipo biomédico acompaña a personal de empresa subcontratada a realizar mantenimiento preventivo	Técnico de mantenimiento biomédico		2					
9	Elaboración de informe de mantenimiento dado	Técnico de mantenimiento		0.17					
10	Revisión de mantenimientos proporcionados	Jefe de conservación y mantenimiento			1.5				
11	Consolidado mensual de informes de mantenimiento preventivo para el SIG	Jefe de conservación y mantenimiento		1					
Total			25	8.67	1.5	0,17	0	0	0
Eficiencia: 83.9 %			Tiempo total: 10.34 hr			Dist. Total: 25 mt			

• Cambios propuestos:

Nombre del procedimiento: Servicios de mantenimiento preventivo planificado						
RESULTADOS OBTENIDOS						
PROCEDIMIENTO	○	□	⇒	▽	D	R
ACTUAL	7.92	2.50	0,17	0	0	0
PROPUESTO	8.67	1.5	0,17	0	0	0

Procedimiento actual	Procedimiento propuesto	Requerimientos de propuesta
<p><b>Paso 1:</b> Define los equipos o instalaciones que están bajo el programa de mantenimiento preventivo</p>	<p><u>Cambio esperado:</u> eliminar el tiempo de planificación de mantenimientos preventivos (0.5 hrs) por parte del Jefe de Mantenimiento; <u>actualizando los equipos bajo mantenimiento preventivo en base a datos de años anteriores.</u></p> <p>Al tener control sobre los equipos comprados y los obsoletos o arruinados, se puede actualizar los inventarios de años anteriores</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Archivar los inventarios de equipos con mantenimiento preventivo de 3 años anteriores.</li> <li>Controlar los equipos obsoletos y arruinados para evitar tomarlos en cuenta.</li> <li>Desarrollar formulario para control de equipos obsoletos y arruinados</li> <li>Encargado de actividad: Jefe de Mantenimiento</li> <li>Tiempo estimado de actividad: 2 horas.</li> <li>Recursos: 5 hojas de papel bond</li> </ul>
<p><b>Paso 3:</b> Técnicos de mantenimiento biomédico solo conocen el funcionamiento del equipo cuyo</p>	<p><u>Cambio esperado:</u> contar con 3 técnicos de mantenimiento biomédico más capacitados y competentes en pequeñas reparaciones para el equipo biomédico de mantenimientos correctivos y preventivos subcontratados al <u>acompañar a empresa</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los contratos de servicios de mantenimiento preventivo y correctivo deben incluir cláusulas en donde se estipule el acompañamiento por parte del personal del hospital. Ya se realizan contratos de este tipo</li> </ul>

Procedimiento actual	Procedimiento propuesto	Requerimientos de propuesta
mantenimiento preventivo y correctivo no es subcontratado.	<p><del>subcontratada a realizar mantenimientos preventivos.</del></p> <p>Se realiza con el fin que estos técnicos puedan realizar pequeñas reparaciones en dichos equipos en el mediano plazo sin ayuda de la empresa subcontratada, reduciendo costos por el servicio de mantenimiento correctivo.</p>	<p>pero no se realiza el acompañamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Proporcionar manuales de equipo biomédico a los técnicos (generalmente vienen con el equipo)</li> </ul>
<p>Pasos 8 y 9: Revisión de mantenimientos proporcionados por parte de técnicos del hospital</p> <p>Verifica cumplimiento de contrato por parte de servicios subcontratados</p>	<p><del>Cambio esperado: realizar 1 inspección general</del> por parte del Jefe de Conservación y Mantenimiento para revisar mantenimientos preventivos del mes, eliminando la inspección de 1 hr.</p> <p>Actualmente se realizan revisiones del servicio del hospital y de las empresas subcontratadas, pudiendo hacerlas al mismo tiempo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programar la revisión de equipos con mantenimientos preventivos del hospital y subcontratados.</li> <li>Participantes: Jefe de Conservación y Mantenimiento</li> <li>Tiempo estimado de actividad: 1 hora</li> <li>Recursos: 2 páginas de papel bond tamaño carta</li> </ul>

DEPARTAMENTO: CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO

ESTADO: ACTUAL

PROPUESTO





NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CONTROL DE SERVICIOS DE LIMPIEZA

ANALISTAS: DB01005, PL02001, TG03001

FECHA DE REALIZACIÓN DE MEJORAS: NOVIEMBRE 2008

Nº	Actividad	Responsable	Dist.	○	□	⇒	▽	D	R
1	Elabora programación de servicios de limpieza	Jefe Auxiliares de Servicio		1					
2	Comunica la programación a los Auxiliares de servicio	Jefe Auxiliares de Servicio		0.25					
3	Realización del servicio de limpieza	Auxiliares de servicios		8					
4	Inspecciones diarias de servicio de limpieza	Jefe de Servicios generales			0.5				
5	Elaboración de reporte mensual de servicio de limpieza	Jefe de Servicios generales		1					
Total			0	10.25	0.5	0	0	0	0
Eficiencia: 95.3 %			Tiempo total: 10.75 hr			Dist. Total: 0 mt			

- Cambios propuestos:

Nombre del procedimiento: Control de servicios de limpieza						
RESULTADOS OBTENIDOS						
PROCEDIMIENTO					<b>D</b>	<b>R</b>
ACTUAL	0.33	0	0.5	0	0	0
PROPUESTO	10.25	0.5	0	0	0	0
Procedimiento actual	Procedimiento propuesto		Requerimientos de propuesta			
<p><u>Paso 1:</u> No se estipula una planeación de los servicios de limpieza, cada auxiliar de servicio sabe sus funciones y la distribución es de forma oral.</p>	<p><u>Cambio esperado:</u> elaborar <del>plan mensual del servicio de limpieza</del> que especifique: cantidad y tipo de empleados a realizar ciertas tareas, fecha para realizar los trabajos.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de limpieza, con copia para jefe de servicios auxiliares y jefe de servicios generales.</li> <li>• Participante: Jefe de Servicios auxiliares.</li> <li>• Duración estimada de actividad: 0.75 hora</li> <li>• Recursos: 5 páginas papel bond</li> <li>• Comunicación de la planificación de limpieza por medio de reunión con auxiliares de servicio.</li> </ul>			
<p><u>Paso 1:</u> Se visitan las diferentes unidades u servicios del HNST</p>	<p><u>Cambio esperado:</u> elaborar <del>plan mensual de inspecciones diarias de la limpieza.</del></p> <p>No se tiene una rutina específica de inspección, ni controles adecuados a monitorear.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de control de limpieza.</li> <li>• Formatos para control de los servicios de limpieza (baños, locales, ventanas, etc.)</li> <li>• Tiempo estimado para la elaboración de plan y formatos: 0.5 hrs por parte del Jefe de servicios generales</li> <li>• Recursos: 3 páginas papel bond</li> </ul>			

DEPARTAMENTO: UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES

ESTADO: ACTUAL





INSTITUCIONAL

PROPUESTO

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS

ANALISTAS: DB01005, PL02001, TG03001

FECHA DE REALIZACIÓN DE MEJORAS: NOV. 2008

Nº	Actividad	Responsable	Dist.					<b>D</b>	<b>R</b>
1	Recibe órdenes de compra o contratos por parte de Jefe UACI	Jefe Almacén		0.08					
2	Acondicionamiento de local para recepción de insumos o medicamentos	Encargado de bodega		0.5					
3	Recepción, clasificación y Revisión de suministros y medicamentos según contrato u orden de compra	Jefe Almacén			0.33				
4	Rotulación de medicamentos e insumos	Encargado de bodega		0.25					
5	Elaboración de acta de recepción; firma factura, sella	Jefe Almacén		0.42					

**DEPARTAMENTO:** UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES  
**INSTITUCIONAL**

**ESTADO:** ACTUAL

**PROPUESTO**

**NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:** ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS

**ANALISTAS:** DB01005, PL02001, TG03001

**FECHA DE REALIZACIÓN DE MEJORAS:** NOV. 2008

Nº	Actividad	Responsable	Dist.	○	□	⇒	▽	D	R
	de recibido y la entrega								
6	Almacenamiento en el lugar determinado	Encargado de bodega	5			0.5			
7	Actualiza kárdex por medio de la factura	Kardista		0.17					
8	Actualiza el sistema mecanizado de inventarios	Digitador		0.08					
9	Archiva documentos	Kardista		0.08					
Total			5	1.58	0.33	0.5	0	0	0
Eficiencia: 65.5 %			Tiempo total: 2.41 hr			Dist. Total: 5 mt			

• **Cambios propuestos:**

Nombre del procedimiento: Almacenamiento de medicamentos e insumos						
RESULTADOS OBTENIDOS						
PROCEDIMIENTO	○	□	⇒	▽	D	R
ACTUAL	1.58	0.33	2	0	0	0
PROPUESTO	1.58	0.33	0.5	0	0	0
Procedimiento actual	Procedimiento propuesto			Requerimientos de propuesta		
<u>Paso 3:</u> Rotulación de medicamentos sin controles visuales.	<u>Cambio generado:</u> Rotular medicamentos con <del>rótulos de colores</del> , diferentes cada 2 meses para ayudar tanto en el almacenaje como en la selección para la distribución de los insumos.  Los controles visuales constituyen una parte fundamental del manejo de inventarios			<ul style="list-style-type: none"> <li>Rótulos de 6 diferentes colores.</li> <li>Aumento en costo de rótulos de \$10.00</li> </ul>		
<u>Paso 6:</u> La forma actual de transporte de insumos es por medio de carga manual	<u>Cambio esperado:</u> reducir 75% del tiempo ocupado en transporte de los insumos dentro del almacén por parte del encargado de bodega (1.5 hrs) <del>utilizando carretillas para el traslado</del> .  El traslado manual consume más tiempo, involucra riesgo de los productos almacenados y posibles lesiones en el encargado de almacenamiento.			<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilización de 2 carretillas similares a las del transporte de desechos biomédicos, que se pueden utilizar tanto para el recibo como para la distribución de insumos.</li> </ul>		

DEPARTAMENTO: UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES





Estado: actual  propuesto

INSTITUCIONAL





NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: DISTRIBUCIÓN DE SUMINISTROS MÉDICOS

ANALISTAS: DB01005, PL02001, TG03001

FECHA DE REALIZACIÓN DE MEJORAS: NOV. 2008

Nº	Actividad	Responsable	Dist.					<b>D</b>	<b>R</b>
1	Elabora calendario anual de distribución de suministros	Jefe Almacén		20					
2	Aprobación e impresión de calendarios anuales	Jefe Almacén	65	1.59		0.67			
3	Envío de copias con fechas a cada unidad	Jefe Almacén	150			2			
4	Elaboración de solicitud de suministros y pedido telefónico a almacén de insumos	Unidad solicitante		0.2					
5	Preparación de suministros	Encargado de bodega		1					
6	Envío de solicitud al director para su aprobación	Unidad solicitante	40			0.17			
7	Aprobación de solicitud de suministros por medio de firma	Director institucional		0.08					
8	Traslado de solicitud a almacén	Unidad solicitante	25			0.13			
9	Recepción de solicitud de suministros y entrega de los mismos	Jefe Almacén		0.25					
10	Se traslada a Digitador la solicitud para el descargo del sistema mecanizado de inventario	Digitador	1			0.02			
11	Descargo de inventario	Digitador		0.08					
12	Firma de recibido y presta equipo de carga si el pedido es pesado, voluminoso o frágil	Unidad solicitante		0.02					
13	Descarga de kárdex los insumos pedidos	Kardista		0.17					
14	Archiva documentos	Kardista		0.08					
Total			281	23.47	0	2.99	0	0	0
Eficiencia: 93.4 %			Tiempo total: 26.46 hr			Dist. Total: 281 mt			

• **Cambios propuestos:**

Nombre del procedimiento: Distribución de suministros médicos						
RESULTADOS OBTENIDOS						
PROCEDIMIENTO					<b>D</b>	<b>R</b>
ACTUAL	22.35	0	3.25	0	1.05	0
PROPUESTO	23.47	0	2.99	0	0	0

Procedimiento actual	Procedimiento propuesto	Requerimientos de propuesta
Paso 4: Elaboración	<u>Cambio esperado:</u> • Eliminar 1 hr en la espera por parte de la unidad	• Realizar llamada en el instante de

Procedimiento actual	Procedimiento propuesto	Requerimientos de propuesta
de solicitud de suministros	<p>solicitante.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Eliminar los transportes (0.26 hr) por parte de la unidad solicitante entre la preparación y entrega de los insumos.</li> <li>Eliminar la llamada a la unidad solicitante para recoger pedido por parte de jefe de almacén (0.05).</li> </ul> <p>Esto se logra llamando al almacén al momento de elaborar la solicitud de insumos para agilizar el proceso por medio de llevar a cabo las actividades de aprobación y la preparación de insumos en paralelo.</p> <p>Las solicitudes son hechas en base a la programación de distribución de suministros en un 95%, por lo que no existe problema en realizar el proceso de esta manera.</p>	<p>realizar la solicitud de insumo, para llevar el proceso de preparación y el de aprobación de pedido en paralelo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pedido sea acorde a planificación de distribución de suministros</li> </ul>
Paso 15: Transporte de pedido de forma manual por parte de la unidad solicitante	<p><u>Cambio esperado: Préstamo de equipo de transporte a la unidad solicitante.</u></p> <p>Actualmente las entregas no incluyen ningún mecanismo de transporte que facilite la manipulación del pedido, lo que genera incomodidad en el solicitante y un riesgo para el insumo que por su naturaleza son frágiles o numerosos por lo que su transporte se convierte en complicado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Equipo de transporte de insumos.</li> <li>Que la unidad que lo preste lo devuelva una vez finalizado su abastecimiento.</li> </ul>

### 1.2.1 Resumen de beneficios alcanzados

El siguiente cuadro muestra un resumen de las mejoras generadas a partir de las propuestas en cada uno de los procedimientos analizados:

Cuadro II-15: Resumen de beneficios con análisis de procedimientos		
Procedimiento	Beneficios	
	Cuantitativas	Cualitativas
Reclutamiento y Selección Externa	<p>Eficiencia actual: 83.8 Eficiencia con propuesta: 95.0 <b>Mejora: 11.2%</b></p> <p>Disminución de una hora en el procedimiento. Frecuencia: 3 veces al año <b>Disminución total: 3 hrs/año</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estandarización del procedimiento</li> <li>Estandarización de la ponderación de los criterios de selección de personal en el reclutamiento externo.</li> <li>Estandarizar evaluaciones técnicas y/o prácticas para cada puesto en los diferentes departamentos del hospital</li> <li>Comisión de selección propone a candidato mejor evaluado para facilitar la selección al director del hospital.</li> </ul>
Administración del Sistema de Recursos Humanos (SIRHI)	<p>Eficiencia actual: 32.1 Eficiencia con propuesta: 67.1 <b>Mejora: 35.0%</b></p> <p><b>Disminución total de 91.75 horas en el procedimiento.</b></p> <p><b>Ahorro en papelería: 720 páginas de papel bond al año</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mejoramiento de formulario</li> <li>Utilización de 2 estudiantes en servicio social que ayuden a los técnicos de RRHH encargados de Prestaciones y Remuneraciones y Contrataciones, a la introducción de datos al SIRHI.</li> <li>Estandarización de memorándums dirigidos a todos los jefes del departamento, solicitando información faltante de datos de empleados.</li> <li>Digitalización de firma de director del hospital y del jefe de RRHH</li> <li>Planificar anualmente las fechas de entrega de Inventario de RRHH</li> </ul>

Cuadro II-15: Resumen de beneficios con análisis de procedimientos		
Procedimiento	Beneficios	
	Cuantitativas	Cualitativas
Capacitación y desarrollo	Eficiencia actual: 61.2 Eficiencia con propuesta: 70.6 <b>Mejora: 9.4%</b>  Disminución de 12.67 horas en el procedimiento. Frecuencia: 13 (año 2007) <b>Disminución total: 164.71 hrs/año</b>  <b>Ahorro en papelería: 18 páginas por cada vez que se realiza el procedimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estandarización de procedimientos</li> <li>• Digitalización de firma de director del hospital y del jefe de RRHH</li> <li>• Mejora de formato</li> <li>• Estandarización de memorándums dirigidos a todos los jefes del departamento, solicitando las necesidades de capacitación</li> <li>• Establecimiento de criterios para evaluación de capacitaciones</li> </ul>
Actualización y Apertura de Expedientes y Tarjetas de Registros y Movimientos de Personal	Eficiencia actual: 50 Eficiencia con propuesta: 82.5 <b>Mejora: 32.5%</b>  <b>Disminución total de 18 horas/año en el procedimiento.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificar anualmente la impresión del listado de empleados Activos y Hoja de Actualización de Datos</li> <li>• Establecimiento de control diario de entrega de datos por departamento</li> </ul>
Servicios de Mantenimiento Correctivo y otras instalaciones	Eficiencia actual: 12.7 Eficiencia con propuesta: 60.4 <b>Mejora: 47.7%</b>  <b>Disminución total: 1.97 hrs/año</b>  <b>Ahorro en papelería: 1004 páginas de papel bond al año</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejora de formularios</li> <li>• Subcontratación de servicios de mantenimiento correctivo equipo bioquímico</li> <li>• Establecimiento de inventario de repuestos de mantenimientos básicos e infraestructura</li> </ul>
Servicios de mantenimiento preventivo planificado (MPP)	Eficiencia actual: 74.8 Eficiencia con propuesta: 80.0 <b>Mejora: 5.2%</b>  Disminución de 0.25 horas en el procedimiento. Frecuencia: 12/año 2007 <b>Disminución total: 3 hrs/año</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control de equipo obsoleto y/o arruinados</li> <li>• Subcontratación de servicios de mantenimiento preventivo equipo bioquímico</li> <li>• Contar con base de datos actualizada de equipos bajo mantenimiento preventivo por parte del hospital.</li> <li>• Técnicos de mantenimiento biomédicos más capacitados</li> </ul>
Control de servicios de limpieza	Eficiencia actual: 37.5 Eficiencia con propuesta: 95.3 <b>Mejora: 57.8%</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reestructuración del servicio de limpieza.</li> <li>• Elaboración de plan mensual de limpieza</li> <li>• Realización de inspecciones diarias de limpieza</li> </ul>
Almacenamiento de medicamentos insumos	Eficiencia actual: 40.4 Eficiencia con propuesta: 65.5 <b>Mejora: 25.1%</b>  Disminución de una y media hora en el procedimiento. Frecuencia: 3 veces/mes <b>Disminución total: 54 hrs/año</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rotulación de medicamentos por medio de stickers de colores que faciliten control visual.</li> <li>• Utilización de equipo de transporte para medicamentos. (Ver Anexo II-7 del proyecto)</li> </ul>
Distribución de suministros médicos	Eficiencia actual: 83.9 Eficiencia con propuesta: 88.7 <b>Mejora: 4.8%</b>  Disminución de 0.19 horas en el procedimiento. Frecuencia: 22 veces/mes <b>Disminución total: 50.16 hrs/año</b>  Entrega de pedidos al instante de entregar solicitud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparación de medicamentos de forma paralela al pedido.</li> <li>• Préstamo a unidades solicitantes de equipo de transporte para traslado de medicamentos. (Ver anexos Di10 del proyecto)</li> </ul>

Fuente: elaboración propia

La eficiencia promedio obtenida de los procedimientos mejorados: 78.3%; mientras que anteriormente se tenía una eficiencia de 52.9%, generando una mejora general de 25.4%.

Este modelo de análisis puede ser llevado a cabo por los miembros del hospital con ayuda de estudiantes de ingeniería industrial o carreras afines en servicio social, en cada uno de los procesos de todos los departamentos del hospital antes de documentar los mismos o cuando se estén pensando hacer mejoras en los actuales.

### **FASE 3: REDISEÑO**

Como parte del rediseño de los procedimientos estos deben documentarse considerando los cambios realizados, de tal manera que puedan ser comunicados al personal interesado. Para ello, se recomienda la elaboración de un manual de procedimientos el cual puede entenderse como *un instrumento de información en el que se consignan metódicamente las operaciones y recursos que deben seguirse y utilizarse para la realización de las funciones de una o varias dependencias.*

Con este manual se pretende especificar ciertos detalles de las actividades que normalmente se ejecutan en el hospital con el fin de unificar criterios al interior de los diferentes departamentos, recuperar la información de la forma más adecuada asegurando su calidad y agilizar la circulación de la información para que esta llegue oportunamente a los departamentos que la requieren.

Para apoyar la realización de este manual, que constituirá un elemento importante en la formalización del sistema administrativo propuesto. Se ha elaborado una metodología para la documentación de los procedimientos administrativos que el personal podrá seguir para la documentación del resto de procedimientos de sus departamentos.

En el siguiente apartado, se documentarán algunos de los principales procedimientos administrativos que formarán parte del manual de procedimientos para la división administrativa del Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca, siendo este el inicio para que la institución continúe con la documentación de procedimientos por su propia cuenta

### **FASE 4: IMPLEMENTACIÓN**

La implementación de los nuevos procedimientos propuestos será responsabilidad de la institución.

A continuación se detalla el proceso definido para la documentación de procedimientos en el HNST, seguido de esto, se presentan los procedimientos documentados por parte del grupo de tesis.





HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Nombre del  
Procedimiento:

**PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR  
PROCEDIMIENTOS.**

Hoja 1 de 12

**Responsable:** Departamentos administrativos del HNST

**Producto:** Procedimientos documentados.

### CONTENIDO

- I. **Objetivo**
- II. **Ámbito de aplicación**
- III. **Generalidades**
- IV. **Base Legal**
- V. **Procedimiento**
- VI. **Definiciones**
- VII. **Flujograma de procedimiento**
- VIII. **Anexos**
- IX. **Recursos**

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

<b>Nombre del Procedimiento:</b>	<b>PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR PROCEDIMIENTOS.</b>	Hoja 2 de 12
<b>Responsable:</b> Departamentos administrativos del HNST	<b>Producto:</b> Procedimientos documentados.	

### I. Objetivo

Este procedimiento tiene por objetivo definir el sistema de elaboración de los procedimientos de carácter administrativo utilizados en los departamentos de Recursos Humanos, Financiero, Adquisiciones y Contrataciones y Conservación y Mantenimiento, dentro del sistema administrativo del Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca.

### II. Ámbito de aplicación

Esta metodología aplica para la elaboración de procedimientos de toda la gestión administrativa hospitalaria incluidos dentro del sistema administrativo hospitalario.

Este procedimiento deberá aplicarse para la elaboración de procedimientos en las siguientes áreas:

- Departamento de Recursos Humanos
- Departamento Financiero Institucional
- Departamento de Adquisiciones y Contrataciones Institucional
- Departamento de Conservación y Mantenimiento

### III. Generalidades

El procedimiento describe con claridad las actividades, documentos, participantes que interactúan dentro de la elaboración de procedimientos en todos los departamentos del Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca, asegurando que las características sean estándares en cada uno de los mismos y que de esta manera ayuden al nosocomio a desarrollar sus actividades administrativas en forma uniforme, generando resultados de mejor calidad.

### IV. Base legal

- Normas Técnicas de Control Interno del MSPAS, Capítulo III Normas relativas a las actividades de control, Art. 27
- Reglamento General de Hospitales, Título VII Disposiciones Generales, Art. 120

Fecha de Elaboración: Octubre 2008	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

<b>Nombre del Procedimiento:</b>	<b>PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR PROCEDIMIENTOS.</b>	Hoja <b>3</b> de <b>12</b>
<b>Responsable:</b> Departamentos administrativos del HNST	<b>Producto:</b> Procedimientos documentados.	

**V. Procedimiento**

<b>Responsable</b>	<b>Paso</b>	<b>Actividad</b>
Encargado de documentación de procedimiento	1	Realiza análisis de procedimientos de acuerdo a la metodología establecida en la guía para la mejora de procedimientos.
	2	Documenta el procedimiento mejorado teniendo en cuenta los requisitos a cumplir en la elaboración de los procedimientos, establecidos en el presente procedimiento. (Ver anexo1)
	3	Completa el encabezado del procedimiento de acuerdo a las instrucciones establecidas en el Anexo2.
	4	Establece previamente a la descripción del procedimiento: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contenido</li> <li>• Objetivo</li> <li>• Ámbito de aplicación</li> <li>• Generalidades</li> <li>• Base legal</li> <li>• Definiciones propias del procedimiento (si existiesen)</li> </ul>
	5	Describe pormenorizadamente las actividades y conceptos del procedimiento, su secuencia lógica y los involucrados en la ejecución de los mismos. Utilizar formato en anexo 3
	6	Elabora flujograma del procedimiento. Para mayor información en la elaboración de flujogramas, remitirse a Anexo 4 del procedimiento.
	7	Establece los formularios, especificaciones, tiempo total del procedimiento, márgenes de variabilidad y otros según la necesidad, para que el personal realice eficientemente lo documentado.
	8	Traslada procedimiento documentado al Jefe de departamento para su revisión.

Fecha de Elaboración: Octubre 2008	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Nombre del procedimiento:

**PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR PROCEDIMIENTOS.**

Hoja 4 de 12

**Responsable:** Departamentos administrativos del HNST

**Producto:** Procedimientos documentados.

Responsable	Paso	Actividad
Jefe de Departamento.	9	Revisa procedimiento y remite a Encargado de documentación de procedimiento si existieran correcciones.
Encargado de documentación del procedimiento	10	Realiza correcciones
	11	Traslada procedimiento documentado al Jefe de departamento para su aprobación.
Jefe de Departamento.	12	Aprueba procedimiento
	13	Remite copia a director institucional, para tener un manual completo de los procedimientos realizados en la institución.
	14	Publica procedimiento e Instruye al personal para que utilice el procedimiento según documento.

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005,  
PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Nombre del  
procedimiento:

**PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR  
PROCEDIMIENTOS.**

Hoja **5** de **12**

**Responsable:** Departamentos administrativos  
del HNST

**Producto:** Procedimientos documentados.

### VI. Definiciones.

- **Objetivos:** Fin o propósito de una actividad determinada.
- **Ámbito de aplicación:** Espacio comprendido dentro de los límites determinados para aplicar el procedimiento.
- **Generalidades:** Descripción del entorno en el cual se presenta el procedimiento, de los productos del procedimiento y características especiales del procedimiento.
- **Procedimiento:** Método, operación o serie de operaciones con que se pretende obtener un resultado. Consta de una enumeración ordenada de pasos a seguir en la consecución de una actividad que ha sido previamente determinada y especificada, así como la identificación de la persona encargada de llevar a cabo dicha actividad.
- **Cliente:** Se refiere al receptor o beneficiario del servicio final del proceso.
- **Anexos:** Son todos aquellos documentos o informes que proporcionen datos o información adicional para facilitar la comprensión del procedimiento, que por su formato o el carácter de la información, no pueden incluirse en ninguno de los numerales de los procedimientos, ej.: formatos, tablas, gráficos, dibujos, etc.).

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Nombre del procedimiento:

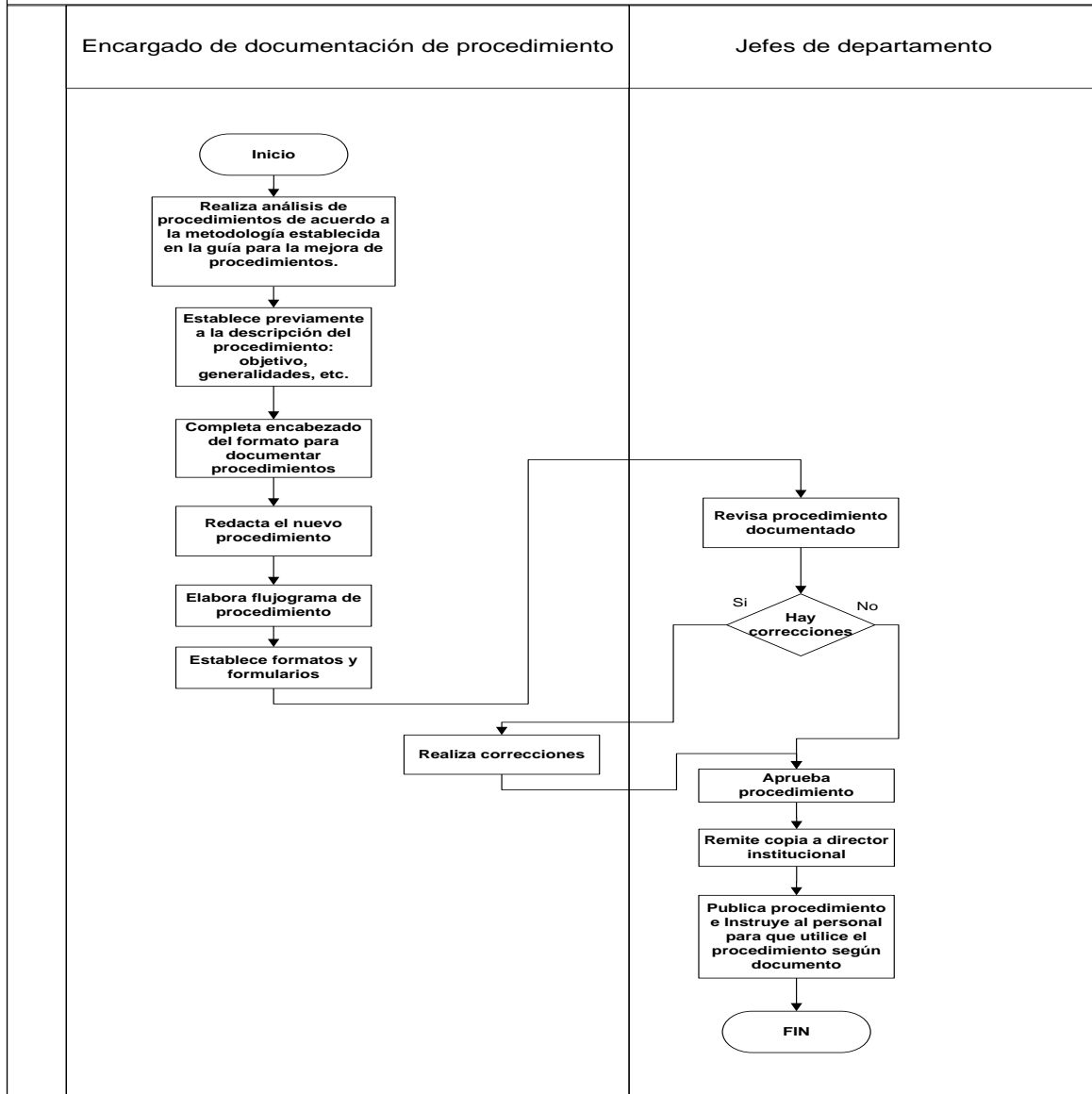
**PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR PROCEDIMIENTOS.**

Hoja 6 de 12

**Responsable:** Departamentos administrativos del HNST

**Producto:** Procedimientos documentados.

## VII. Flujograma de procedimiento: Procedimiento para elaborar procedimientos



Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008


Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:

		HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA	
		<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
Nombre del procedimiento:	<b><u>PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR PROCEDIMIENTOS.</u></b>		Hoja <b>7</b> de <b>12</b>
<b>Responsable:</b> Departamentos administrativos del HNST		<b>Producto:</b> Procedimientos documentados.	
<p><b>VII. Anexos.</b></p> <p style="text-align: center;">ANEXO 1 <b><u>COMPONENTES DE LOS PROCEDIMIENTOS</u></b></p> <p>Los diferentes apartados que componen un procedimiento son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Encabezado: identifica al procedimiento y en donde irán ubicados los demás datos pertenecientes al procedimiento, como lo son: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Departamento: corresponde al departamento al cual pertenece el procedimiento documentado.</li> <li>○ Nombre del procedimiento: es la denominación bajo la cual se conocerá al procedimiento.</li> <li>○ Hoja: indica el número de página con respecto al total del procedimiento</li> </ul> </li> <li>• Pie de página: se utilizará para establecer información de creación y aprobación de un procedimiento. Entre los datos que contendrá se contemplan los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>Fecha de elaboración</u>: se refiere al día, mes y año en que se realiza la documentación del procedimiento.</li> <li>○ <u>Elaborado por</u>: se refiere al(a los) nombre(s), cargo(s) y firma(s) de la(s) persona(s) encargada(s) de levantar y documentar el procedimiento.</li> <li>○ <u>Fecha de revisión</u>: se refiere al día, mes y año en que se realiza la revisión del procedimiento documentado.</li> <li>○ <u>Revisado por</u>: se refiere al nombre, cargo y firma de la persona encargada de revisar el procedimiento documentado (pasos, orden de los pasos, encargados, etc.)</li> <li>○ <u>Fecha de aprobación</u>: se refiere al día, mes y año en que se realiza la aprobación del procedimiento documentado, el cual deberá ser ejecutado de la forma en que se ha documentado.</li> <li>○ <u>Aprobado por</u>: se refiere al nombre, cargo y firma de la persona encargada de autorizar la ejecución del procedimiento de la forma en que se ha documentado.</li> </ul> </li> <li>• Contenido: describe pormenorizadamente las actividades y conceptos de un procedimiento, su secuencia lógica y los involucrados en la ejecución de los mismos.</li> </ul>			
Fecha de Elaboración: Octubre 2008	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:	
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:	



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Nombre del  
procedimiento:

**PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR  
PROCEDIMIENTOS.**

Hoja **8** de **12**

**Responsable:** Departamentos administrativos  
del HNST

**Producto:** Procedimientos documentados.

### ANEXO 2

#### **CONTENIDO DEL PROCEDIMIENTO**

- I. Objetivo
- II. Ámbito de aplicación
- III. Generalidades
- IV. Base Legal
- V. Procedimiento
- VI. Definiciones
- VII. Anexos
- VIII. Requerimientos del procedimiento

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:





# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Nombre del procedimiento:

**PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR PROCEDIMIENTOS.**

Hoja **9** de **12**

**Responsable:** Departamentos administrativos del HNST

**Producto:** Procedimientos documentados.

## ANEXO 3

Imagen II-33: Formato de documentación de procedimiento

Responsable (1)	Paso (2)	Actividad (3)

**1. Responsable:**

Identifica a la persona encargada de llevar a cabo cada actividad.

**2. Paso:**

Indica la secuencia correlativa de los pasos a seguir en el procedimiento.

**3. Actividad:**

Describe la actividad a realizar en cada paso del procedimiento.

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Nombre del procedimiento:	<b><u>PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR PROCEDIMIENTOS.</u></b>	Hoja <b>10</b> de <b>12</b>
---------------------------	---	-----------------------------

**Responsable:** Departamentos administrativos del HNST  
**Producto:** Procedimientos documentados.

### ANEXO 4<sup>115</sup>

Un Flujograma es la representación gráfica de un hecho, una situación, un movimiento, una relación o un fenómeno cualquiera por medio de símbolos convencionales, generalmente enlazados por líneas de interconexión.

Los diagramas de procedimientos nos permiten presentar, en un limitado espacio, la información referente a una operación o proceso.

Diagramación con simbología ANSI (de flujo)


Para la elaboración de los diagramas de flujo se utiliza la simbología ANSI (Análisis de Sistemas), que permite representar con mayor claridad las operaciones del proceso. Asimismo, cada persona, puesto o unidad administrativa que tiene relación con el procedimiento, se representa por medio de columnas verticales. Las formas de representación, en la mayoría de los casos, se ajustan a lo siguiente:

SÍMBOLO	DESCRIPCION
	Operación: muestra las principales fases del procedimiento y se emplea cuando se realiza una acción que agrega valor al producto del procedimiento. Se escribirá adentro del símbolo una breve descripción de lo que sucede en este paso.
	Formato impreso. Representa formas impresas, documentos, reportes, listados, etc., y se indica dentro del símbolo el nombre del formato.
	Decisión. Se emplea cuando en la actividad se requiere preguntar si algo procede o no, identificando dos o más alternativas de solución. Para fines de mayor claridad y entendimiento, se describirá brevemente en el centro del símbolo la decisión a realizar.
	Archivo. Se utiliza cuando un documento o material por algún motivo debe guardarse durante un periodo de tiempo indefinido, para después utilizarlo en otra actividad; significa espera y se aplica cuando el uso del documento o material se conecta con otra operación
	Inicio o final del proceso. Señala el principio o terminación de un procedimiento. Cuando se utilice para indicar el principio del proceso se anotará la palabra INICIO, y cuando se termine se escribirá la palabra FIN.
	Conector de hoja en un mismo procedimiento. Este símbolo se utiliza con la finalidad de evitar las hojas de gran tamaño, el cual muestra al finalizar la hoja, hacia dónde va; dentro del símbolo se anotará el número "1" para el primer conector y se continuará de manera sucesiva.
	Conector dentro de hoja de procedimientos. Es utilizado para señalar que un procedimiento se continuara en la misma hoja, que por razones de espacio no puede ser de forma continua. Dentro del símbolo se anotará la letra "A" para el primer conector y se continuará con la secuencia de las letras del alfabeto.

Fecha de Elaboración: Octubre 2008	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
---------------------------------------	--------------------	----------------------

Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:
--	---------------	---------------

<sup>115</sup> Fuente: Manuales administrativos. Hernández Juárez, Jorge M.

	HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA	
<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		
Nombre del procedimiento:	<b><u>PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR PROCEDIMIENTOS.</u></b>	Hoja 11 de 12
<b>Responsable:</b> Departamentos administrativos del HNST	<b>Producto:</b> Procedimientos documentados.	
<p>ANEXO 5</p> <p><b>Consideraciones técnicas a tomar en cuenta para elaborar procedimientos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los procedimientos deben ser revisados y actualizados cada año (por mejoras en el procedimiento, por cambios institucionales, cambios los requerimientos, etc.) en el mes de diciembre de cada año.</li> <li>• El Plan Estratégico requiere la recolección de información cuantitativa y cualitativa, por lo que es necesario la revisión de diversos documentos.</li> <li>• El Plan Estratégico tiene que ser elaborado en formato digital, es importante utilizar el siguiente formato:           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Documento de Word</li> <li>○ Tipo de letra: Arial</li> <li>○ Tamaño de letra: 10</li> <li>○ Espacio de interlineado: 1</li> <li>○ Márgenes superior e inferior: 2.5 cm</li> <li>○ Márgenes izquierdo y derecho: 3 cm</li> <li>○ Tamaño de papel: Carta</li> <li>○ Impresión: Papel bond base 20</li> <li>○ Tablas: El contenido de las tablas y cuadros tiene que tener tamaño de fuente 10</li> </ul> </li> </ul>		
Fecha de Elaboración: Octubre 2008	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Nombre del procedimiento:

**PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR PROCEDIMIENTOS.**

Hoja **12** de **12**

**Responsable:** Departamentos administrativos del HNST

**Producto:** Procedimientos documentados.

### IX. Recursos:

Horas hombre por procedimiento

CARGO	HORAS/PROC.
Jefe Depto.	2,34
Encargado procedimiento	1,75
Encargado de documentar	6,00

Material	Insumo	Cant.	Costo	Costo total	
Materiales	Formularios para levantamiento de procedimientos	3			
	Formulario para toma de tiempos	3			
	Cartas de procedimientos	6			
	Formulario resumen de propuestas de mejora	1			
	Portada de procedimiento	2			
	Contenido de procedimiento	10			
	Formato de procedimiento documentado	15			
	Tabla para anotar	1			
	Hojas papel bond extra	10			
	Cronometro	1			
	Lápiz	1			
	Borrador	1			
	Computadora	1			

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:

---

## 2. DOCUMENTACIÓN DE PROCEDIMIENTOS CLAVES.

---



HOSPITAL NACIONAL  
SANTA TERESA.

# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

### ÍNDICE

Hoja 1 de 1

#### Contenido

PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTO DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO

PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTO DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES

PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTO FINANCIERO INSTITUCIONAL

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005,  
PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Recursos Humanos

Hoja 1 de 9

Nombre del procedimiento: RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN EXTERNA

### CONTENIDO

- I. Objetivo
- II. Ámbito de aplicación
- III. Generalidades
- IV. Base Legal
- V. Procedimiento
- VI. Flujograma de procedimiento
- VII. Anexos

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Recursos Humanos

Hoja 2 de 9

Nombre del procedimiento: **RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN EXTERNA**

### I. Objetivo

Identificar e ingresar a candidatos externos como empleados a la institución, que sean idóneos para ocupar las vacantes y que logren aportar sus conocimientos a la institución y mejoren al mismo tiempo el funcionamiento normal de las actividades.

### II. Ámbito de aplicación

El presente documento es aplicado en el Departamento de Recursos Humanos del Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca y repercute en todos los departamentos administrativos y médicos que necesiten contar con un elemento humano para suplir una plaza.

### III. Generalidades

El procedimiento describe las acciones a ejecutar para la autorización de la contratación de personal externo al nosocomio y que se considere técnicamente necesario contar con el mismo; así como también indica las actividades básicas para dicha selección de personal.

### IV. Base legal

- Ley del Servicio Civil, Capítulo V, Selección de personal, Art. 20 al 24, 28
- Normas Técnicas de Control Interno del MSPAS, Capítulo III Normas relativas a las actividades de control, Art. 47
- Reglamento General de Hospitales, Título II De la Organización, Capítulo III Servicios del Hospital, Art. 75

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**Departamento: Recursos Humanos**

Hoja **3** de **9**

**Nombre del procedimiento: RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN EXTERNA**

<b>Responsable</b>	<b>Paso</b>	<b>Actividad</b>
Jefe de dependencia solicitante	1	Elabora y remite requisición de recurso humano para cubrir una vacante. Formato a utilizar en ANEXO 1 del procedimiento.
Jefe del Departamento de RRHH	2	Recibe y margina requerimiento de la dependencia solicitante
Técnico de RRHH (Encargado de Contrataciones y Remuneraciones)	3	Recibe y analiza el requerimiento de la dependencia solicitante, con información contenida en el manual descriptivo de clases e identifica recurso en el banco de candidatos
	4	Verifica la existencia y tipo de financiamiento de la vacante
	5	Comunica sobre la información verificada para atender el requerimiento a Jefe del Departamento de RRHH
Jefe del Departamento de RRHH	6	Recibe y analiza el tipo de recurso humano requerido, para determinar el proceso de selección: promoción interna ó selección externa
	7	Conforma y convoca a comisión de selección de personal, para determinar los criterios de selección (comisión conformada por técnico de RRHH, Jefe del Departamento de RRHH y jefe solicitante)
Comisión de selección de personal	8	Definir fechas de ejecución
Técnico de RRHH (Encargado de Contrataciones y Remuneraciones)	9	Obtiene currículos de candidatos (inventario de recursos humanos o banco de candidatos) y presentación a la comisión de selección
	10	Analizar currículos y selecciona los candidatos que cumplen con perfil solicitado.

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Recursos Humanos

Hoja 4 de 9

Nombre del procedimiento: **RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN EXTERNA**

Responsable	Paso	Actividad
Técnico de RRHH (Encargado de Contrataciones y Remuneraciones)	11	Realiza y califica las evaluaciones psicológicas de los candidatos.
	12	Realiza y evalúa entrevista con candidatos elegibles
	13	Verifica telefónicamente las referencias laborales y personales de los candidatos elegibles
	14	Incorpora resultados de entrevista y evaluación psicológica e información de referencias en el Cuadro De resultado de evaluaciones
	15	Convoca a entrevista a candidatos elegibles
Jefe de dependencia solicitante	16	Realiza y evalúa entrevista de candidatos elegibles y envía informe
	17	Pasa y evalúa pruebas técnicas, teóricas y/o prácticas. Remite resultados.
Técnico de RRHH (Encargado de Contrataciones y Remuneraciones)	18	Recibe resultados de pruebas del jefe inmediato de la vacante
	19	Incorpora resultados de evaluaciones del jefe inmediato de la vacante en el Cuadro De resultado de evaluaciones
	20	Remite Cuadro De resultados de evaluaciones y los expedientes de los candidatos elegibles
Jefe del Departamento de RRHH	21	Recibe Cuadro De resultados de evaluaciones y los expedientes de los candidatos elegibles
	22	Elabora acta de resultado de selección de recursos
	23	Convoca a comisión de selección de personal para revisar los candidatos elegibles.

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

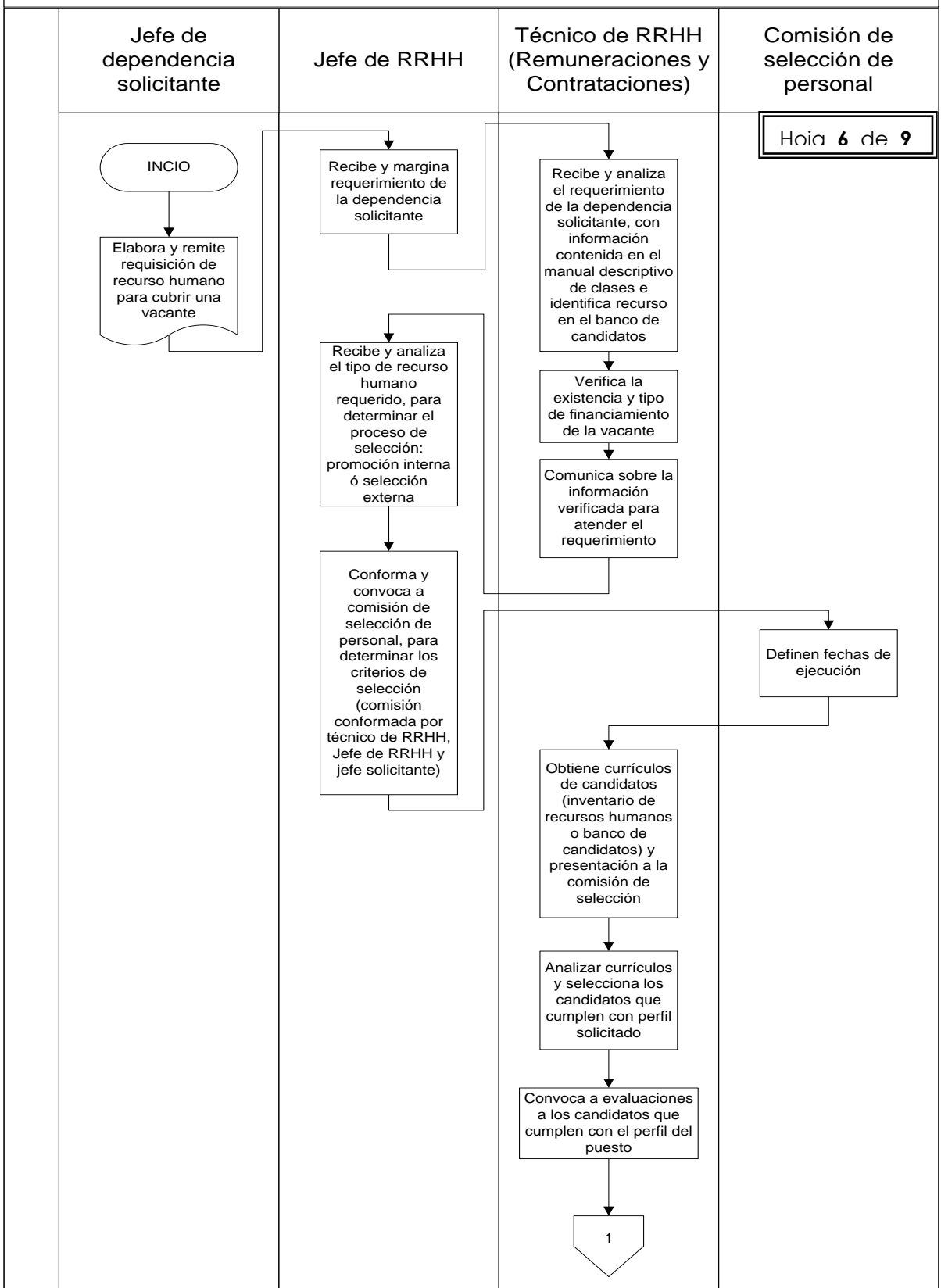
Departamento: Recursos Humanos

Hoja 5 de 9

Nombre del procedimiento: Reclutamiento y Selección Externa

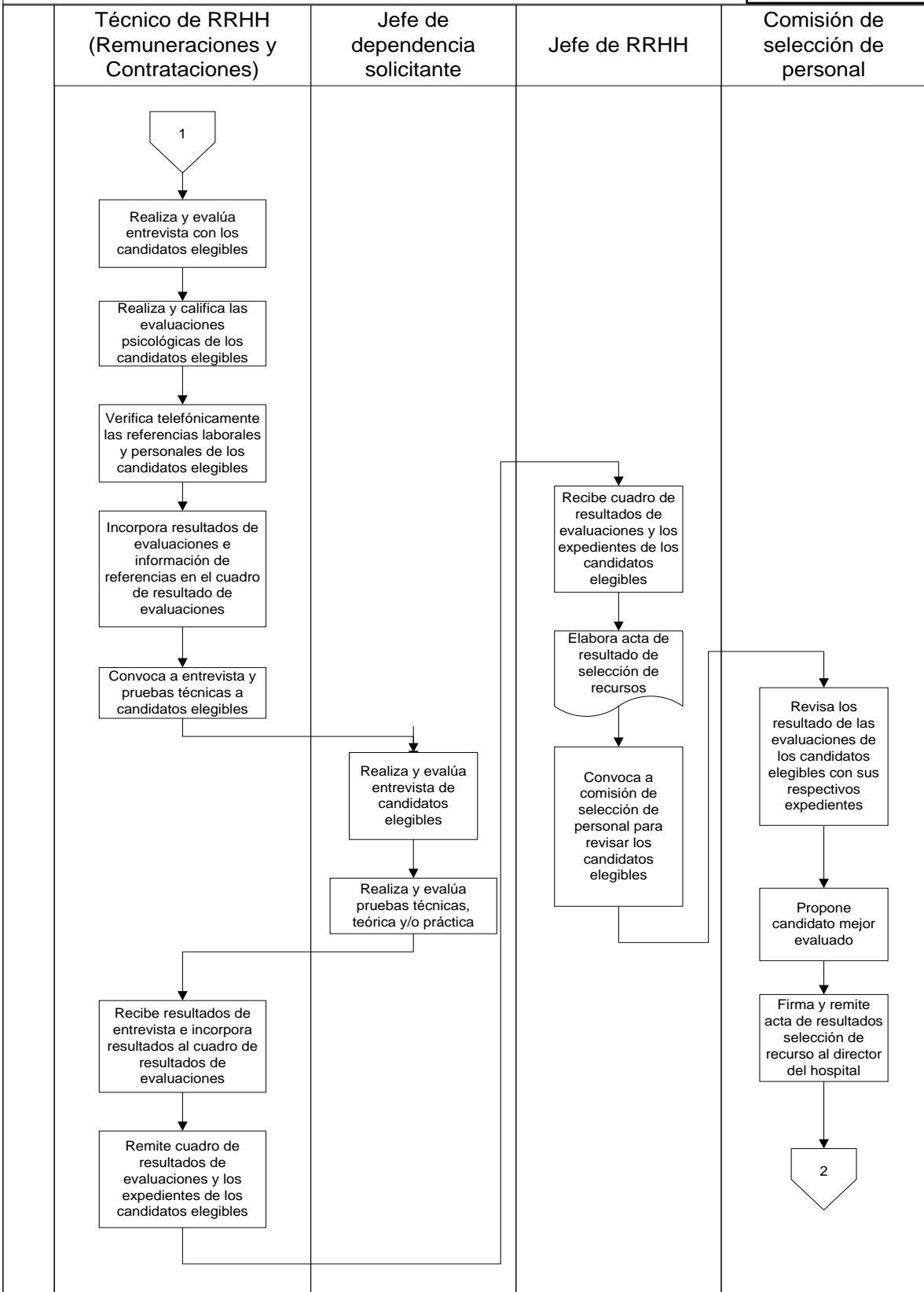
Responsable	Paso	Actividad
Comisión de selección personal	24	Revisa los resultado de las evaluaciones de los candidatos elegibles con sus respectivos expedientes y propone al candidato mejor evaluado
	25	Firma y remite acta de resultados selección de recurso al director del hospital
Director hospital	26	Selecciona candidato, gira instrucciones y entrega documentación al Jefe del Departamento de RRHH para inicio de trámites de nombramiento o contratación
Jefe del Departamento de RRHH	27	Recibe documentación e instrucciones para inicio de trámites de nombramiento o contratación y margina a Técnico de RRHH (Contrataciones y Remuneraciones) para que elabore propuesta
	28	Entrega expedientes de candidatos que no fueron seleccionados a Técnico de RRHH (Contrataciones y Remuneraciones) para archivar en banco de candidatos elegibles
	29	Recibe y archiva en el banco de candidatos elegibles documentos de candidatos elegibles no seleccionados
	30	Técnico de RRHH (Encargado de Contrataciones y Remuneraciones)
	31	Contacta e informa a recurso seleccionado para que se realice la exámenes médicos, entregue documentación pendiente y constancia en exámenes médicos
	32	En caso que aspirante mejor calificado no acepte vacante; se llamará al segundo candidato mejor evaluado.
Fecha de Elaboración: Octubre 2008		Fecha de Revisión:
Fecha de Aprobación:		Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001
Revisado por:		Aprobado por:

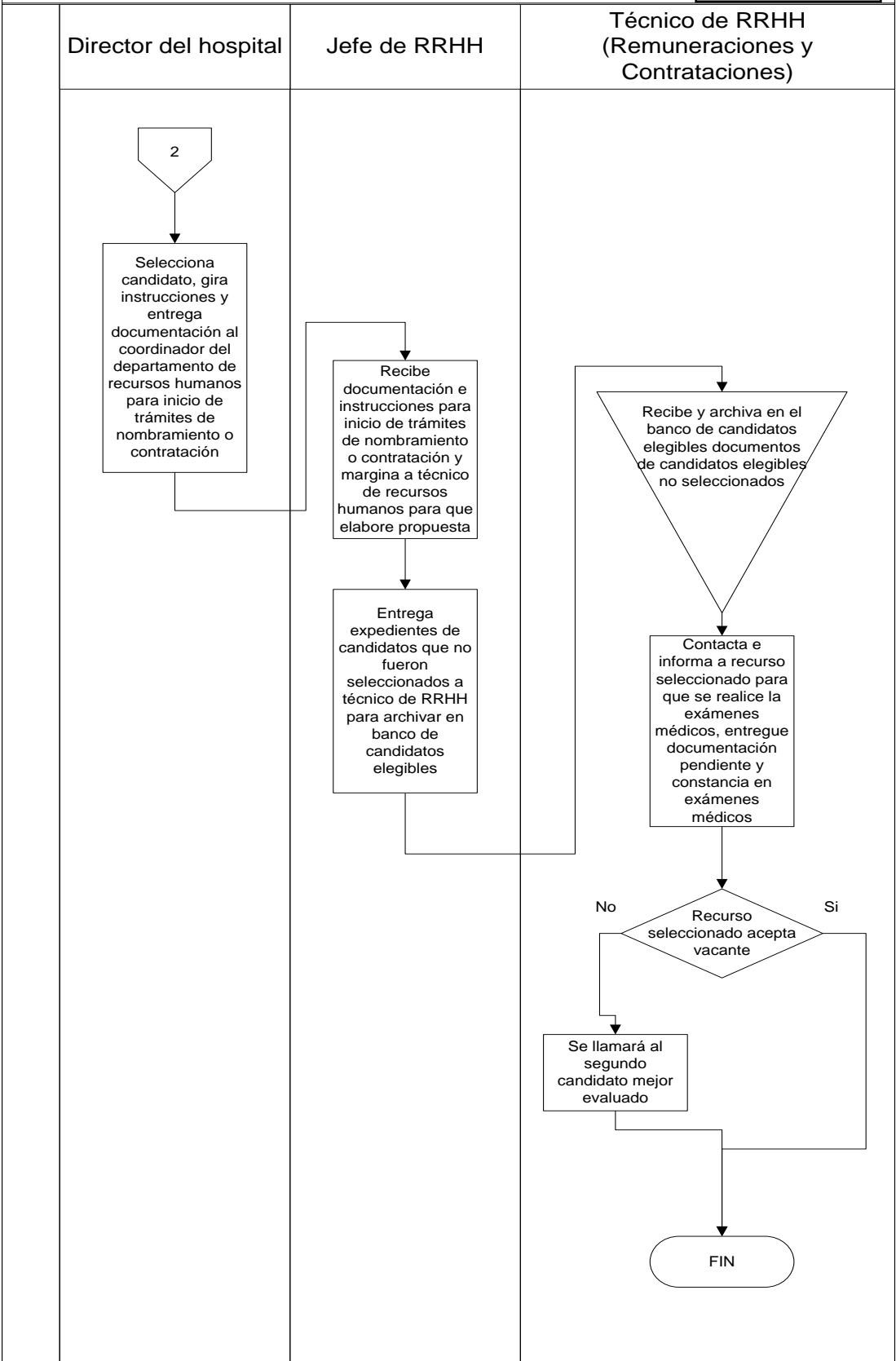
**VI. Flujograma de procedimiento: Reclutamiento y selección externa**



Hoia 6 de 9

Reclutamiento y selección externa







HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Recursos Humanos

Hoja 9 de 9

Nombre del procedimiento: RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN EXTERNA

### VII. Anexos

#### ANEXO 1

HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA DE ZACATECOLUCA			
Requisición de personal			
Departamento		Plaza solicitada	
Plaza nueva <input type="checkbox"/>		Fecha de entrega de requisición	
Plaza vacante <input type="checkbox"/>		Fecha esperada para incorporar nuevo personal	
Nombre de Jefe de departamento	Firma y sello de departamento:	Sello de Recursos Humanos	

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Recursos Humanos

Hoja 1 de 11

Nombre del procedimiento: **ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA DE RECURSOS HUMANOS (SIRHI)**

### CONTENIDO

- I. **Objetivo**
- II. **Ámbito de aplicación**
- III. **Generalidades**
- IV. **Base Legal**
- V. **Procedimiento**
- VI. **Flujograma de procedimiento**
- VI. **Anexos**

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:





HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Recursos Humanos

Hoja 2 de 11

Nombre del procedimiento: **ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA DE RECURSOS HUMANOS (SIRHI)**

### I. Objetivo

Mantener actualizadas las bases de datos del SIRHI, en todos sus módulos.

### II. Ámbito de aplicación

Este procedimiento es llevado a cabo por el Departamento de Recursos Humanos y tiene aplicación para cada departamento del Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca, como parte de la administración de la información de cada empleado del nosocomio.

### III. Generalidades

El procedimiento incluye todas las actividades concernientes a los diversos movimientos de personal en cada uno de los empleados administrativos y médicos del Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca

### IV. Base legal

- Ley del Servicio Civil:
  - Capítulo VI Promociones, permutas y traslado, Art. 33, 34, 36 al 40.
  - Capítulo VIII Despido y destitución, Art. 52 al 58
- Normas Técnicas de Control Interno del MSPAS, Capítulo III Normas relativas a las actividades de control, Art. 48, 49, 51
- Reglamento General de Hospitales, Título II De la Organización, Capítulo III Servicios del Hospital, Art. 75

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**Departamento: Recursos Humanos**

Hoja **3** de **11**

**Nombre del procedimiento: ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA DE RECURSOS HUMANOS (SIRHI)**

<b>Responsable</b>	<b>Paso</b>	<b>Actividad</b>
Técnico de RRHH (Encargado de Remuneraciones y Contrataciones)	1	Saca copias de refrenda y ley de salario para Jefe de RRHH y Técnico de RRHH (Encargado del SIRHI)
	2	Remitir, al inicio de año, datos de la nueva refrenda y Ley de Salarios al Técnico de RRHH (Encargado del SIRHI), para su ingreso.
	3	Remitir copias de Acuerdos y de Resoluciones de licencias y acciones de personal al Técnico de RRHH (Encargado del SIRHI). Formato a utilizar en ANEXO 1 del procedimiento.
	4	Recibir e ingresar datos de refrenda, imprimir y remitir a Técnico de RRHH (Encargado de Prestaciones) para su archivado. Esta actividad será realizada con la ayuda de estudiantes en servicios sociales, con previa inducción, que prestaran su servicio por 1 semana, dotándoles de 1 computadora a cada uno durante ese periodo para agilizar la introducción.
Técnico de RRHH (Encargado de Prestaciones)	5	Recibir copias de Acuerdos y de Resoluciones de licencias y acciones de personal y actualizar la base de datos.
Técnico de RRHH (Encargado de Remuneraciones y Contrataciones)	6	Imprimir una vez al año, Hoja de Actualización de Datos del personal al Técnico de RRHH (Encargado de SIRHI)
	7	Remitir hoja de actualización de datos de personal
Técnico de RRHH (Encargado del SIRHI)	8	Recibir la Hoja de Actualización de Datos completada del Técnico de RRHH (Encargado de Remuneraciones y Contrataciones) e ingresar la información en el Sistema. Esta actividad será realizada con la ayuda de estudiantes en servicios sociales, con previa inducción, que prestaran su servicio por 1 día, dotándoles de 1 computadora a cada uno durante ese periodo para agilizar la introducción.

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**Departamento: Recursos Humanos**

Hoja **4** de **11**

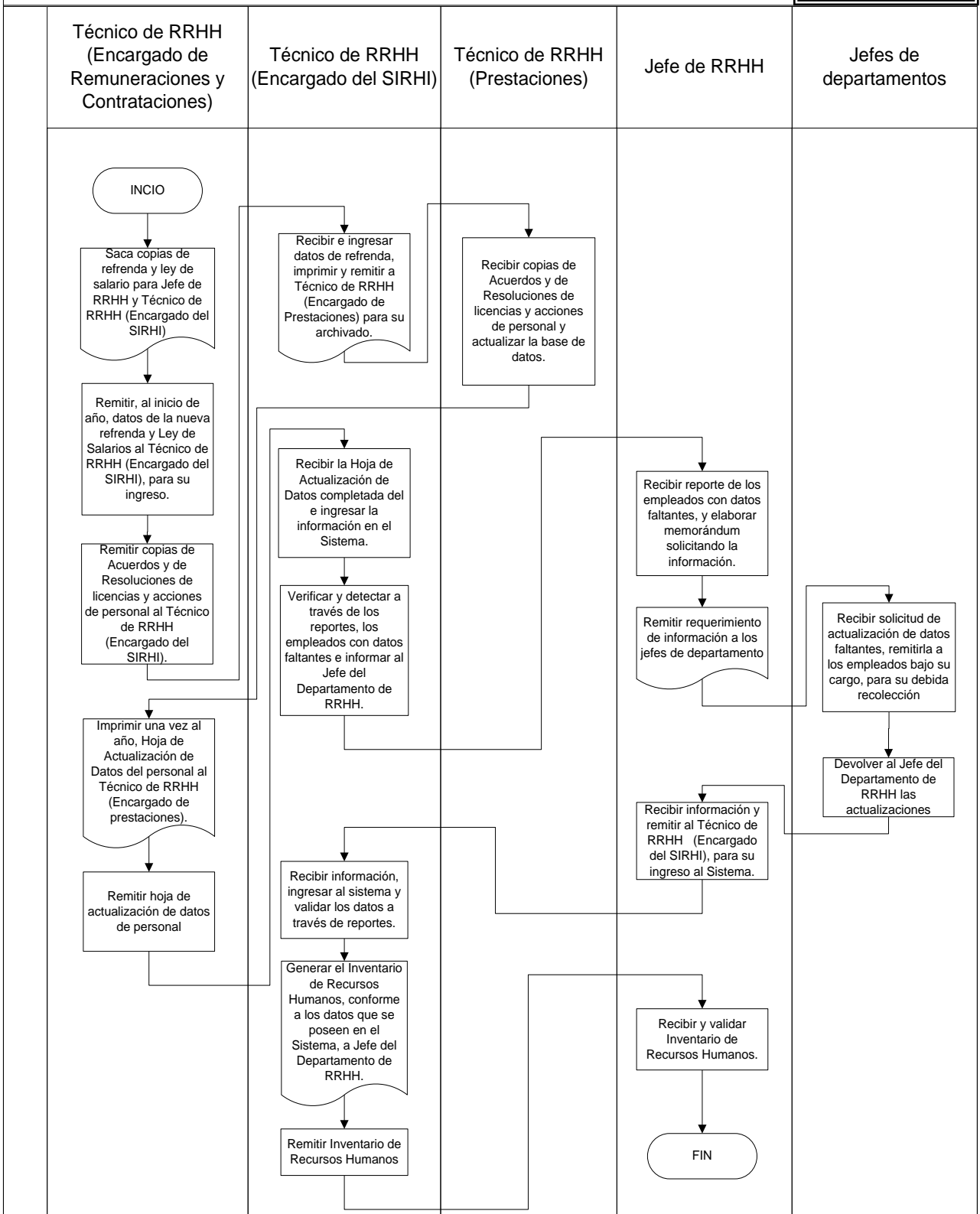
**Nombre del procedimiento: Administración del Sistema de Recursos Humanos (SIRHI)**

<b>Responsable</b>	<b>Paso</b>	<b>Actividad</b>
Técnico de RRHH (Encargado del SIRHI)	9	Verificar y detectar a través de los reportes, los empleados con datos faltantes, posteriormente a la actualización de los datos e informar al Jefe del Departamento de RRHH. Formato a utilizar en ANEXO 2, 3 y 4 del procedimiento.
Jefe del Departamento de RRHH	10	Recibir reporte de los empleados con datos faltantes, y enviar memorándum solicitando la información. Formato a utilizar en ANEXO 5 del procedimiento
Jefes de los departamentos	11	Recibir solicitud de actualización de datos faltantes, remitirla a los empleados bajo su cargo, para su debida recolección. Remitirlo al Jefe del Departamento de RRHH.
Jefe del Departamento de RRHH	12	Recibir información y remitir al Técnico de RRHH (Encargado del SIRHI), para su ingreso al Sistema.
Técnico de RRHH (Encargado del SIRHI)	13	Recibir información, ingresar al sistema y validar los datos a través de reportes.
	14	Generar y remitir el Inventario de Recursos Humanos, conforme a los datos que se poseen en el Sistema, a Jefe del Departamento de RRHH. Formato a utilizar en ANEXO 6 del procedimiento.
Jefe del Departamento de RRHH	15	Recibir y validar Inventario de Recursos Humanos.

Fecha de Elaboración: Octubre 2008	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:

**VI. Flujoograma de procedimiento: Administración del Sistema de Recursos Humanos (SIRHI)**

Hoja 5 de 11





# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Recursos Humanos

Hoja 6 de 11

Nombre del procedimiento: **ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA DE RECURSOS HUMANOS (SIRHI)**

## VII. Anexos

### ANEXO 1

SOLICITUD DE LICENCIAS											
<b>NOMBRE DEL EMPLEADO:</b> _____  <b>CARGO:</b> _____  <b>DEPENDENCIA:</b> _____	<b>INPEP:</b> _____  <b>AFP:</b> _____  <b>NUP:</b> _____										
<b>MOTIVO:</b>  <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">Enfermedad con sueldo <input type="radio"/></td> <td style="width: 50%;">Enfermedad sin sueldo <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Enfermedad pariente <input type="radio"/></td> <td>Misión oficial <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Alumbramiento <input type="radio"/></td> <td>Personal sin sueldo <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Duelo pariente cercano <input type="radio"/></td> <td>Personal con sueldo <input type="radio"/></td> </tr> </table>	Enfermedad con sueldo <input type="radio"/>	Enfermedad sin sueldo <input type="radio"/>	Enfermedad pariente <input type="radio"/>	Misión oficial <input type="radio"/>	Alumbramiento <input type="radio"/>	Personal sin sueldo <input type="radio"/>	Duelo pariente cercano <input type="radio"/>	Personal con sueldo <input type="radio"/>	<b>FECHA DE ELABORACIÓN:</b> _____  <b>PERIÓDO DE LA LICENCIA:</b> <b>DESDE:</b> _____ <b>HASTA:</b> _____  <b>FORMA DE PAGO</b>  <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">LEY DE SALARIOS</td> <td style="text-align: center;">CONTRATO</td> </tr> </table>	LEY DE SALARIOS	CONTRATO
Enfermedad con sueldo <input type="radio"/>	Enfermedad sin sueldo <input type="radio"/>										
Enfermedad pariente <input type="radio"/>	Misión oficial <input type="radio"/>										
Alumbramiento <input type="radio"/>	Personal sin sueldo <input type="radio"/>										
Duelo pariente cercano <input type="radio"/>	Personal con sueldo <input type="radio"/>										
LEY DE SALARIOS	CONTRATO										
<b>OTROS:</b> _____ _____ _____	<b>HORARIO DE TRABAJO:</b> _____										
<b>OBSERVACIONES Y/O ANEXOS:</b> _____ _____ _____											
<b>F I R M A S</b>											
<b>SUPERIOR</b>	<b>EMPLEADO</b>	<b>NOMBRE Y FIRMA</b>   <b>DIRECTOR</b> _____									

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Recursos Humanos

Hoja 7 de 11

Nombre del procedimiento: **ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA DE RECURSOS HUMANOS (SIRHI)**

## ANEXO 2



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL**



**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PARACENTRAL**

Nombre de la dependencia: \_\_\_\_\_

### LISTADO DE PLAZAS VACANTES

Fecha de elaboración: \_\_\_\_\_

U.P. LT.	F.P	PART.	SUB No.	Nombre de la Plaza	Unidad Organizativa

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Recursos Humanos

Hoja 8 de 11

Nombre del procedimiento: **ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA DE RECURSOS HUMANOS (SIRHI)**

## ANEXO 3



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL**



**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PARACENTRAL**

Nombre de la dependencia: \_\_\_\_\_

### INFORME DE PLAZAS

Fecha de elaboración: \_\_\_\_\_

Responsable de Elaboración: \_\_\_\_\_

### LEY DE SALARIOS

LINEA DE TRABAJO	OCUPADAS	VACANTES	TOTAL POR LINEA
02-01			
02-02			
02-03			
SUBTOTALES			
TOTAL GENERAL			

### CONTRATOS

LINEA DE TRABAJO	OCUPADAS	VACANTES	TOTAL POR LINEA
02-01			
02-02			
02-03			
SUBTOTALES			
TOTAL GENERAL			

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Recursos Humanos

Hoja 9 de 11

Nombre del procedimiento: **ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA DE RECURSOS HUMANOS (SIRHI)**

## ANEXO 4



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL**  
**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PARACENTRAL**



Nombre de la dependencia: \_\_\_\_\_

### INFORME DE DATOS FALTANTES

Fecha de elaboración: \_\_\_\_\_

Elaborado por: \_\_\_\_\_

NOMBRE EMPLEADO	DETALLE DE INFORMACIÓN FALTANTE	DEPENDENCIA	OBSERVACIONES

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:





HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Recursos Humanos

Hoja 10 de 11

Nombre del procedimiento: **ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA DE RECURSOS HUMANOS (SIRHI)**

### ANEXO 5



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y  
ASISTENCIA SOCIAL  
HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA  
DE ZACATECOLUCA  
DEPARTAMENTO DE RECURSOS  
HUMANOS



PARA: Jefes de los diferentes departamentos del Hospital Nacional Santa Teresa

DE: Profesión y nombre  
Director Hospital Nacional Santa Teresa.

FECHA: \_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_

Por medio de la presente solicito su colaboración para remitir la información faltante del personal que se detalla anexa a la presente, a más tardar el día \_\_\_\_\_ del mes de de 20\_\_\_\_. La información en referencia servirá para mantener actualizado el Sistema de Información de Recursos Humanos (SIRHI), de este hospital por parte del departamento de Recursos Humanos.

Sin otro particular,

Atentamente

Lic. Turcios  
Jefe departamento de RRHH

Sello departamento  
de RRHH

Firma y sello de director hospital

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Recursos Humanos

Hoja 11 de 11

Nombre del procedimiento: **ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA DE RECURSOS HUMANOS (SIRHI)**

## ANEXO 6



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL**



**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PARACENTRAL**

**FORMATO DE INVENTARIO DE RECURSOS HUMANOS CON DATOS BÁSICOS**

Fecha de elaboración: \_\_\_\_\_

Responsable de elaboración: \_\_\_\_\_

No.	Apellidos y nombres	Plaza	Part.	Subno.	F.P.	Salario	Función	Fecha ingreso	Ubicación

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Recursos Humanos

Hoja 1 de 7

Nombre del procedimiento: CAPACITACIÓN Y DESARROLLO

### CONTENIDO

- I. Objetivo
- II. Ámbito de aplicación
- III. Generalidades
- IV. Base Legal
- V. Procedimiento
- VI. Flujograma de procedimiento
- VII. Anexos

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Recursos Humanos

Hoja 2 de 7

Nombre del procedimiento: CAPACITACIÓN Y DESARROLLO

### I. Objetivo

Definir las etapas de gestión, coordinación y ejecución de los procesos de captación institucional, orientado a atender necesidades reales del personal en sus puestos de trabajo para desarrollar sus fortalezas o disminuir sus debilidades, para un eficiente desempeño de sus labores.

### II. Ámbito de aplicación

El presente documento es aplicado en el Departamento de Recursos Humanos del Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca y repercute en todos los departamentos administrativos y médicos.

### III. Generalidades

El procedimiento describe las acciones a ejecutar para la autorización de la detección de necesidades de capacitación y del plan de capacitación; así como para la evaluación de contenidos de eventos de capacitación a impartir y la supervisión de los mismos.

### IV. Base legal

- Normas Técnicas de Control Interno del MSPAS, Capítulo III Normas relativas a las actividades de control, Art. 50
- Normas Técnicas de Control Interno del MSPAS, Capítulo I Normas relativas al ambiente de control, Art. 12
- Normas Técnicas de Control Interno del MSPAS, Capítulo III Normas relativas a las actividades de control, Art. 47
- Código de Salud, Sección cincuenta y ocho: Formación y Adiestramiento de Personal. Art. 271 al Art. 273
- Ley de Servicio Civil, Capítulo V Derechos, Deberes y Prohibiciones. Art. 29
- Reglamento General de Hospitales, Título VII Disposiciones Generales, Art. 127

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Recursos Humanos

Hoja 3 de 7

Nombre del procedimiento: CAPACITACIÓN Y DESARROLLO

Responsable	Paso	Actividad
Técnico de RRHH (Encargado de Capacitaciones y Desarrollo)	1	Cumple lineamientos generales para detectar necesidades de capacitación
	2	Reproduce y envía memorándum estándar dirigido a todos los jefes de departamento solicitando las necesidades de capacitación. Formato a utilizar en ANEXO 1 del procedimiento
Jefes de Departamento	3	Reciben memorandos y lineamientos remitido por el director del hospital
	4	Identifican y remiten las necesidades de capacitación del recurso humano. Formato a utilizar en ANEXO 2 del procedimiento
Jefe de Departamento de RRHH	5	Recibe las necesidades de capacitación
	6	Recolecta y consolida las necesidades de capacitación de los diferentes departamentos
	7	Elabora plan de capacitación
Técnico de RRHH (Encargado de Capacitaciones y Desarrollo)	8	Elabora perfil de capacitación
	9	Gestiona apoyo técnico-financiera a través de organismos nacionales e internacionales para la ejecución del plan de capacitación
	10	Elabora y envía invitaciones para capacitaciones a jefes de áreas
	11	Desarrolla la capacitación
	12	Informa resultados del evento. Formato a utilizar en ANEXO 3 del procedimiento.

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

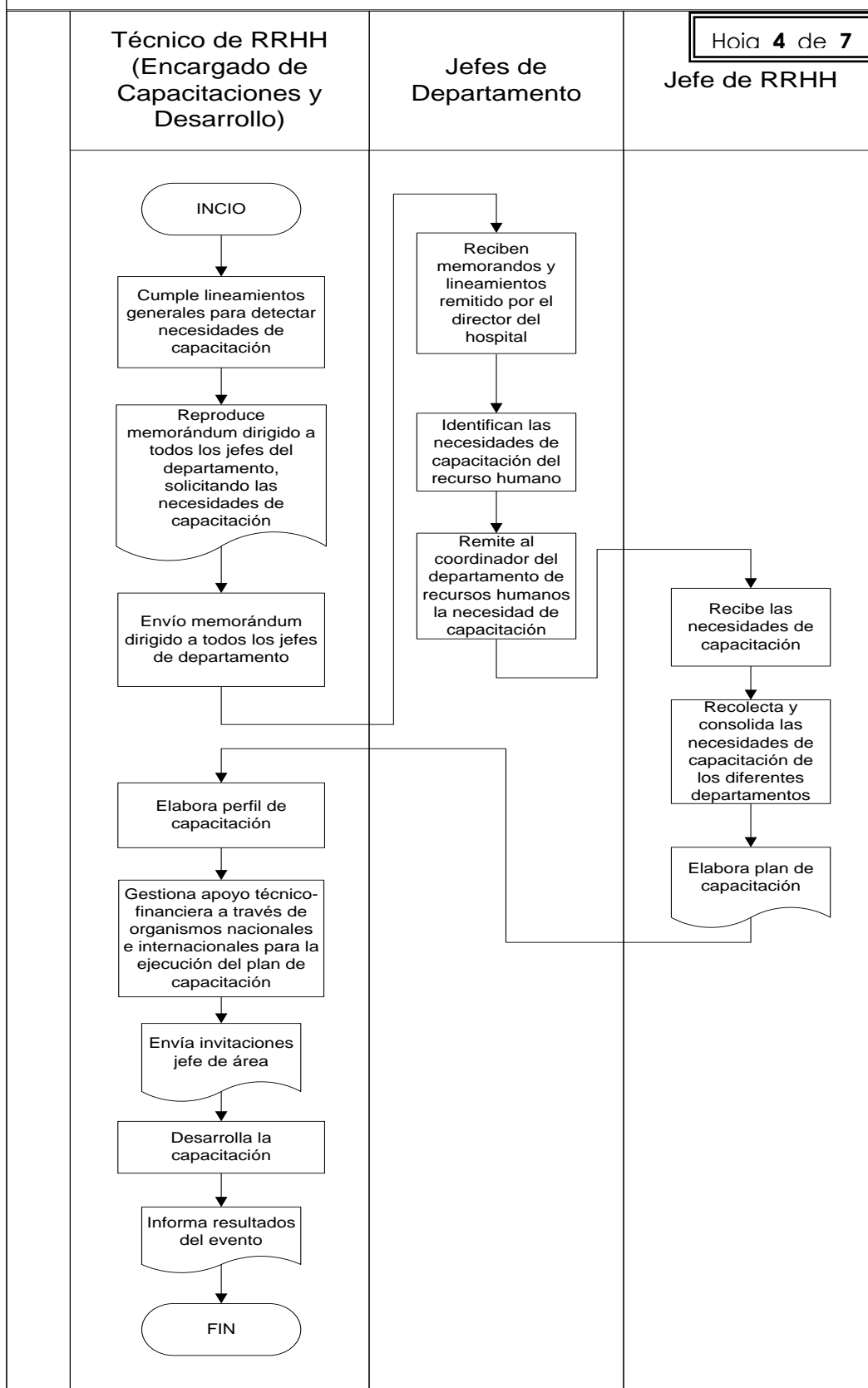
Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:

## VI. Flujoograma de procedimiento: Capacitación y Desarrollo





HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Recursos Humanos

Hoja 5 de 6

Nombre del procedimiento: CAPACITACIÓN Y DESARROLLO

## VII. Anexos

### ANEXO 1



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA DE ZACATECOLUCA  
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS



Por medio del presente comunicado, se les hace de su conocimiento a los jefes de departamento que se da por iniciado el proceso de detección de necesidades de capacitación del personal de los diferentes departamentos médicos y administrativos del Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca al día \_\_\_\_\_ del mes de de 20\_\_.

Se les solicita utilizar los formatos proporcionados para dicho propósito y concientizar al personal bajo su cargo la importancia del proceso y de los beneficios obtenidos del mismo. La información solicitada corresponde a las necesidades de fortalecer debilidades en el desempeño de actividades y potenciar las habilidades de los mismos.

El periodo para recepción de necesidades de capacitación expira el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Se les agradece de antemano su colaboración.

\_\_\_\_\_  
Lic. Turcios  
Jefe departamento de RRHH

\_\_\_\_\_  
Sello departamento  
de RRHH

\_\_\_\_\_  
Firma y sello de director hospital

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Recursos Humanos

Hoja 6 de 7

Nombre del procedimiento: CAPACITACIÓN Y DESARROLLO

### ANEXO 2



**MINISTERIO DE SALUD**  
Nosotros llevamos SALUD

AÑO  
2009/2014



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
FICHA INDIVIDUAL PARA LA DETECCIÓN DE  
NECESIDADES DE CAPACITACION

DEPENDENCIA:

NOMBRE DEL EMPLEADO:

CARGO:

FORTALEZAS:

DEBILIDADES:

TEMA SUGERIDO PARA  
CAPACITACIÓN (FORTALECER  
CONOCIMIENTOS, HABILIDADES,  
DESTREZAS O DEBILIDADES)

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:





HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**Departamento: Recursos Humanos**

Hoja 7 de 7

**Nombre del procedimiento: CAPACITACIÓN Y DESARROLLO**

ANEXO 3

HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA DE ZACATECOLUCA DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS				Formulario para evaluación de capacitaciones		Año 20____	
Departamento(s) involucrado(s) en la capacitación			Perfil de participantes:				
Temática de la capacitación							
Periodo de la capacitación							
Evaluación de capacitaciones				Evaluación de resultados posterior a la capacitación			
Nº	Indicador	Resultado	Meta	Nº	Indicador	Resultado	Meta
	Cantidad de capacitaciones				Beneficio/costo (quejas de clientes, tiempo de atención de pacientes, etc.)		
	Costo				Solución de problemas (hrs extra, quejas, desperdicios, tiempos improductivos, etc.)		
	Participantes				Mejora continua (tiempos de procedimientos, gerencia estratégica, etc.)		
Observaciones: _____							

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Recursos Humanos

Hoja 1 de 9

Nombre del procedimiento: **ACTUALIZACIÓN Y APERTURA DE EXPEDIENTES Y TARJETAS DE REGISTROS DE MOVIMIENTOS DE PERSONAL.**

### CONTENIDO

- I. Objetivo
- II. Ámbito de aplicación
- III. Generalidades
- IV. Base Legal
- V. Procedimiento
- VI. Flujograma de procedimiento
- VII. Anexos

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Recursos Humanos

Hoja 2 de 9

Nombre del procedimiento: **ACTUALIZACIÓN Y APERTURA DE EXPEDIENTES Y TARJETAS DE REGISTROS DE MOVIMIENTOS DE PERSONAL**

### I. Objetivo

Mantener actualizada la información en los expedientes del personal del Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca y registrar los nombramientos, licencias y acciones de personal en la Tarjeta de Empleados.

### II. Ámbito de aplicación

El presente procedimiento es llevado a cabo por el Departamento de Recursos Humanos y es aplicable a todos los departamentos administrativos y médicos del Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca en los cuales se tiene que controlar los movimientos de personal de los empleados.

### III. Generalidades

Las actividades descritas en el procedimiento corresponden a las actividades realizadas entre los diversos departamentos del HNST y el Departamento del Recursos Humanos, entre los cuales deben de actualizar la información y los movimientos de personal de cada empleado destacado en el nosocomio

### IV. Base legal

- Ley del Servicio Civil:
  - Capítulo VI Promociones, permutas y traslado, Art. 33, 34, 36 al 40.
  - Capítulo VIII Despido y destitución, Art. 52 al 58
- Normas Técnicas de Control Interno del MSPAS, Capítulo III Normas relativas a las actividades de control, Art. 48, 49
- Reglamento General de Hospitales, Título II De la Organización, Capítulo III Servicios del Hospital, Art. 75

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Recursos Humanos

Hoja 3 de 9

**Nombre del procedimiento: ACTUALIZACIÓN Y APERTURA DE EXPEDIENTES Y TARJETAS DE REGISTROS DE MOVIMIENTOS DE PERSONAL.**

Responsable	Paso	Actividad
Jefe del Departamento de RRHH	1	Recibir y marginar, documentación de los movimientos y de la Refrenda de Nombramiento del personal, al Técnico de RRHH (Encargado de prestaciones).
Técnico de RRHH (Encargado de prestaciones)	2	Recibir, revisar, clasificar y archivar en los respectivos expedientes la documentación marginada (atestados, Evaluaciones al Desempeño y notas).
	3	Actualizar la Tarjeta de Registro del empleado en caso de nombramiento, refrenda y movimientos de Personal, además Foliar y archivar los documentos en expediente, en orden cronológico. Formato a utilizar en ANEXO 1 del procedimiento.
	4	Actualizar listado de cesados, si el movimiento de personal es renuncia o cese en el cargo, Formato a utilizar en ANEXO 2 del procedimiento, y colocar el Expediente y Tarjeta de Registro, en el archivo de cesados.
	5	Crear expediente, archivar y foliar toda la documentación y generar nueva Tarjeta de Registro de Movimientos de Personal, a empleado de nuevo ingreso.
Técnico de RRHH (Encargado del SIRHI)	6	Generar, imprimir y remitir el listado de empleados activos (Formato a utilizar en ANEXO 3 del procedimiento), y la Hoja de Actualización de Datos, Formato a utilizar en ANEXO 4 del procedimiento
Técnico de RRHH (Encargado de prestaciones)	7	Recibir listado de empleados activos, confrontar las Tarjetas y Expedientes Físicos y depurar las inconsistencias.
	8	Recibir Hoja de Actualización de Datos
	9	Remitir Hoja de Actualización de Datos a los Jefes de departamento, para su actualización a través de memorándum firmado por el Jefe del Departamento de RRHH.
Fecha de Elaboración: Octubre 2008		Fecha de Revisión:
Fecha de Aprobación:		Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001
Revisado por:		Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Recursos Humanos

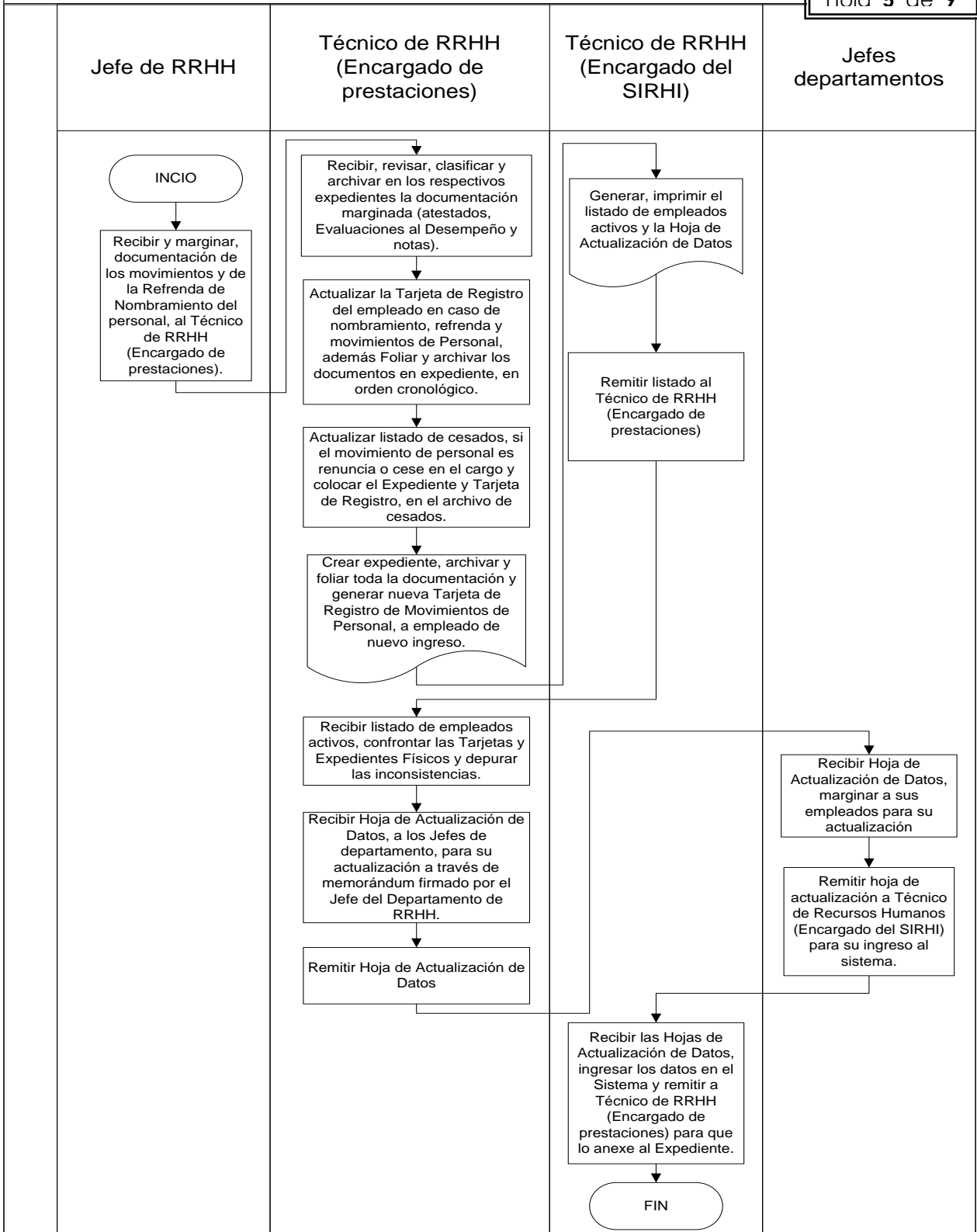
Hoja 4 de 9

Nombre del procedimiento: **ACTUALIZACIÓN Y APERTURA DE EXPEDIENTES Y TARJETAS DE REGISTROS DE MOVIMIENTOS DE PERSONAL**

Responsable	Paso	Actividad
Jefes de departamentos	10	Recibir Hoja de Actualización de Datos, marginar a sus empleados para su actualización
	11	Remitir hoja de actualización a Jefe del Departamento de RRHH
Jefe del Departamento de RRHH	12	Recibir y marginar Hoja de Actualización de Datos, al Técnico de Recursos Humanos (Encargado del SIRHI) para su ingreso al sistema.
Técnico de Recursos Humanos (Encargado del SIRHI)	13	<p>Recibir las Hojas de Actualización de Datos, ingresar los datos en el Sistema y remitir a Técnico de RRHH (Encargado de prestaciones) hasta que todos los departamentos hayan entregado sus respectivas hojas de actualización de datos para que lo anexe al Expediente.</p> <p>Se debe controlar la entrega de las hojas cada día, para el segundo día se debe de tener el 75% de las mismas, si no es el caso el Técnico de Recursos Humanos (Encargado del SIRHI) debe realizar gestiones telefónicas para conseguir el 100% de las hojas para el tercer día o realizar alguna acción que garantice haber ingresado al SIRHI el 100% de los datos.</p>
Fecha de Elaboración: Octubre 2008	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:

**VI. Flujograma de procedimiento: Actualización y Apertura de Expedientes y Tarjetas de Registros de movimientos de Personal**

Hoja 5 de 9





HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Recursos Humanos

Hoja 6 de 9

Nombre del procedimiento: **ACTUALIZACIÓN Y APERTURA DE EXPEDIENTES Y TARJETAS DE REGISTROS DE MOVIMIENTOS DE PERSONAL.**

### VII. Anexos

#### ANEXO 1

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PARACENTRAL  
TARJETA DE REGISTRO PERSONAL**

FOTO

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

Nombramiento y cese		Unidad presupuestaria	Nombre de la plaza	Partida y subnúmero	Sueldo mensual	Detalle del movimiento	Período	Licencias o acciones de personal		
Acuerdo o resolución								Acuerdo o resolución		
NO.	Fecha	Línea de trabajo					Motivo	NO.	Fecha	

#### ABREVIATURAS UTILIZADAS PARA LOS MOTIVOS

Enfermedad	Enf.	Misión oficial	Bec.	Con goce de sueldo	M/O
Maternidad	Mat.	Becas	C/S	Motivo personal	M/P
Duelo	Do.	Sin sueldo	S/S	Enfermedad pariente	E/P
Modificación nombre	M/N	Vacaciones	Vac.	Prorroga licencia	P/L
Organismo internacional	O/I	Cargo público	C/P	Rectificación acuerdo	R/A
Cargo en organismo electoral	COE	Suspensión disciplinaria	S/D	Delegación deportiva, cultura o científica	DD, Dcul., Dcien.

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Recursos Humanos

Hoja 7 de 9

Nombre del procedimiento: ACTUALIZACIÓN Y APERTURA DE EXPEDIENTES Y TARJETAS DE REGISTROS DE MOVIMIENTOS DE PERSONAL.

### ANEXO 2

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PARACENTRAL  
LISTADO DE PERSONAL CESADO**

N° NIT	Apellidos	Apellidos de casada	Nombres	Fecha de cese	Dependencia en donde ceso
Total empleados cesados					

### ANEXO 3

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PARACENTRAL  
LISTADO DE PERSONAL ACTIVO**

N° Expediente	Apellidos	Nombres	Unidad organizativa

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:





HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Recursos Humanos

Hoja 8 de 9

Nombre del procedimiento: **ACTUALIZACIÓN Y APERTURA DE EXPEDIENTES Y TARJETAS DE REGISTROS DE MOVIMIENTOS DE PERSONAL.**

## ANEXO 4



### MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PARACENTRAL HOJA DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS



#### 1.- DATOS DEL EMPLEADO O FUNCIONARIO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO DE CASADA
-----------------	------------------	--------------------

NOMBRES:

DIRECCIÓN COMPLETA:

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ TIPO DE SANGRE \_\_\_\_\_  
No. JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROF. MÉDICA (SI APLICA) \_\_\_\_\_

#### 2.- GRUPO FAMILIAR (QUE NO HAYA DECLARADO ANTERIORMENTE)

PARENTESCO	APELLIDOS	NOMBRES	FECHA NACIMIENTO

Fecha de Elaboración: Octubre 2008	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
---------------------------------------	--------------------	----------------------

Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:
--	---------------	---------------



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Recursos Humanos

Hoja 9 de 9

Nombre del procedimiento: **ACTUALIZACIÓN Y APERTURA DE EXPEDIENTES Y TARJETAS DE REGISTROS DE MOVIMIENTOS DE PERSONAL.**

### 3.- EDUCACIÓN (Llenar sólo si ha habido cambios en los últimos que declaro)

BACHILLERATO	Año de finalización: _____ Opción: _____
CARRERA CORTA Y/O DIPLOMADO	Diploma Obtenido: _____ Centro Educativo: _____ Duración: _____ Año de Finalización: _____
UNIVERSITARIOS	Carrera: _____ Universidad: _____ Año de finalización: _____ Sí no ha finalizado: % de avance _____
POST-GRADOS, MAESTRIAS Y DOCTORADO	Nombre de la Especialidad: _____ Centro Educativo: _____ Año: _____ País: _____ Becado: Sí _____ No _____ Nombre de la Especialidad: _____ Centro Educativo: _____ Año: _____ País: _____ Becado: Sí _____ No _____
OTROS CURSOS (MAS DE 20 HORAS)	Nombre del Curso: _____ Lugar donde lo recibió: _____ Duración: _____ Fecha: _____ País: _____

En caso de emergencia avisar a: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

NOTA ANTES DE FIRMAR EL DOCUMENTO LÉALO CUIDADOSAMENTE

LUGAR Y FECHA: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

Fecha de Elaboración: Octubre 2008	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: **Conservación y Mantenimiento**

Hoja 1 de 9

Nombre del procedimiento: **SERVICIOS DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y OTRAS  
INSTALACIONES**

### CONTENIDO

- I. **Objetivo**
- II. **Ámbito de aplicación**
- III. **Generalidades**
- IV. **Base Legal**
- V. **Procedimiento**
- VI. **Flujograma de procedimiento**
- VII. **Anexos**

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: **Conservación y Mantenimiento**

Hoja **2** de **9**

Nombre del procedimiento: **SERVICIOS DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y OTRAS INSTALACIONES.**

### I. Objetivo

Mantener en óptimas condiciones el mobiliario, equipo básico y biomédico, así como las instalaciones del Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca, a través del mantenimiento correctivo oportuno de las fallas surgidas de forma repentina que alteren el funcionamiento normal de las actividades tanto administrativas como médicas.

### II. Ámbito de aplicación

El procedimiento es llevado a cabo por el Departamento de Conservación y Mantenimiento y aplica para todos los departamentos médicos y administrativos del Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca.

### III. Generalidades

El mantenimiento correctivo de los activos productivos es clave para las actividades, tanto médicas como administrativas, para que los empleados y funcionarios del nosocomio realicen normalmente sus actividades con mobiliario, equipo e instalaciones en óptimas condiciones.

### IV. Base legal

- Normas Técnicas de Control Interno del MSPAS, Capítulo III Normas relativas a las actividades de control, Art. 28, 34, 54
- Reglamento General de Hospitales, Título II De la Organización, Capítulo III Servicios del Hospital, Art. 80, 81

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: **Conservación y Mantenimiento**

Hoja **3** de **9**

Nombre del procedimiento: **SERVICIOS DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y OTRAS INSTALACIONES**

Responsable	Paso	Actividad
Unidad solicitante	1	Emite solicitud de servicios de mantenimiento. Formato a utilizar en ANEXO 1 del procedimiento.
Jefe de conservación y mantenimiento	2	Procesa solicitud y anota en formulario en ANEXO 2 del procedimiento: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si solicitud de servicio es de equipo básico o de instalaciones, emite orden de trabajo a técnico y anota datos de solicitud de servicios en consolidado mensual.</li> <li>• Si la solicitud es de equipo biomédico, llama por teléfono a empresa subcontratada encargada del equipo</li> </ul>
	3	Asignación de técnico: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si solicitud de servicio es de equipo básico o de instalaciones, asigna al técnico respectivo la orden de trabajo.</li> <li>• Si la solicitud es de equipo biomédico, asigna a técnico que acompañara a técnicos de la empresa subcontratada.</li> </ul>
Técnico de mantenimiento (o personal de empresa subcontratada)	4	Se traslada al departamento con problemas
	5	Realiza inspección, identifica el problema y determina necesidades
	6	Si solución requiere repuesto: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si es de equipo básico o de instalaciones, técnico regresa a puesto de técnicos de mantenimiento</li> <li>• Si es de equipo biomédico, empresa subcontratada informa a Jefe de Conservación y mantenimiento la necesidad del repuesto. Si hay en bodega autoriza a técnico de mantenimiento que acompaña a la empresa subcontratada a utilizar dicho repuesto.</li> </ul>
Encargado de bodega	7	Si hay repuestos en bodega hace vale de salida y toma repuesto. Formato a utilizar en ANEXO 3 del procedimiento.
	8	Entrega repuesto requerido
Fecha de Elaboración: Octubre 2008		Fecha de Revisión:
Fecha de Aprobación:		Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001		Revisado por:
Aprobado por:		Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: **Conservación y Mantenimiento**

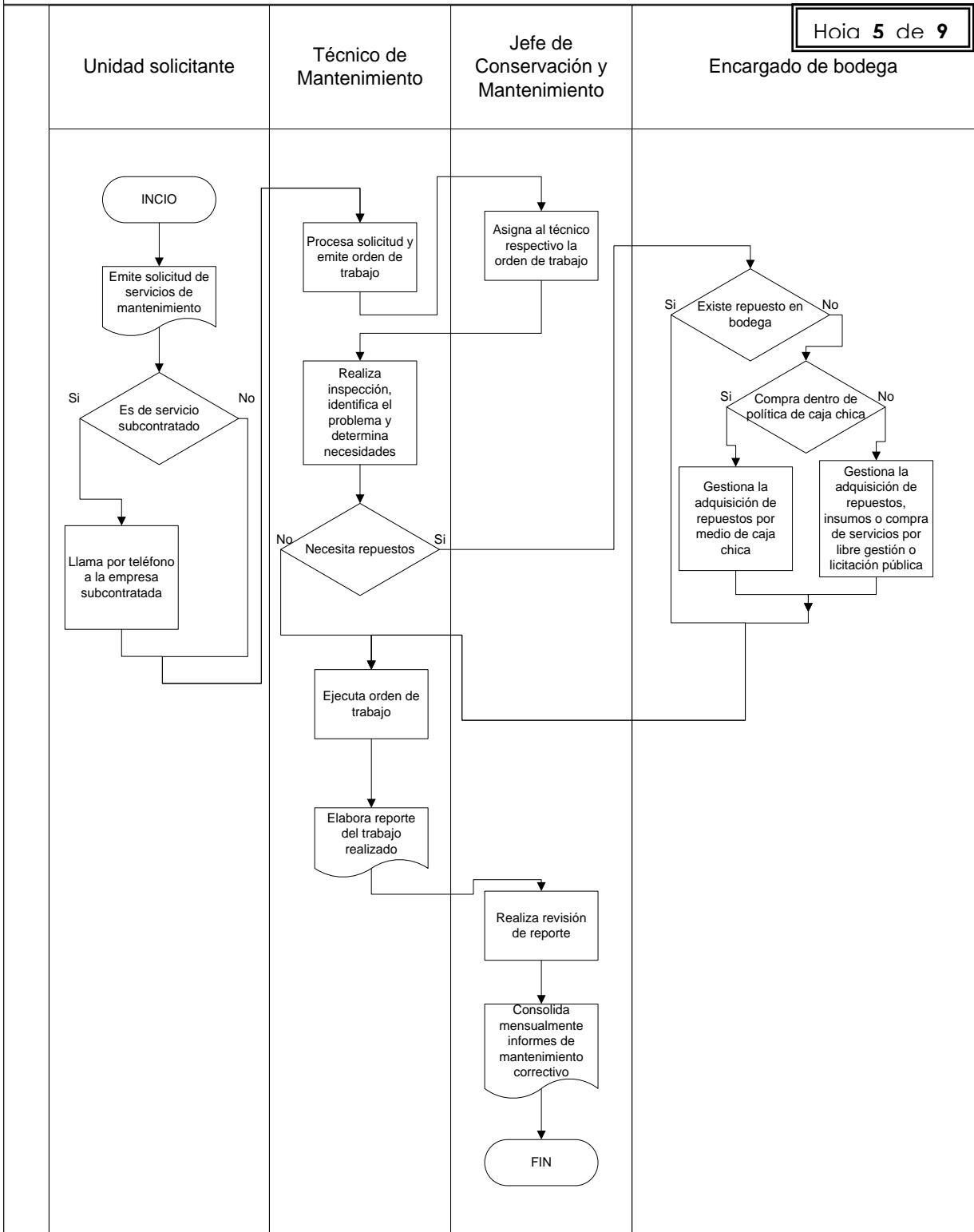
Hoja **4** de **9**

Nombre del procedimiento: **SERVICIOS DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y OTRAS INSTALACIONES**

Responsable	Paso	Actividad
Jefe de conservación y mantenimiento	9	Si no hay repuestos en bodega: <ul style="list-style-type: none"><li>• Si es de equipo básico o de instalaciones, busca y gestiona la adquisición de repuestos, insumos o compra de servicios por medio de caja chica si el monto es inferior a \$60.00. si son compras mayores a \$60.00 e inferiores a 80 salarios mínimos urbanos (\$193.20) realiza compras por libre gestión; si el monto es inferior a 80 salarios mínimos, compra por medio de licitación pública.</li><li>• Si es de equipo biomédico, la empresa subcontratada proporciona cotización de repuesto. Si se aprueba por libre gestión, proporciona repuesto.</li></ul>
Técnico de mantenimiento o empresa subcontratada	10	Ejecuta la orden de trabajo al contar con el repuesto necesitado. Revisa funcionamiento de equipo.
	11	Elabora reporte de trabajo realizado. Formato a utilizar en ANEXO 4 del procedimiento.
Jefe de conservación y mantenimiento	12	Revisa informe del mantenimiento correctivo realizado.
	13	Consolida mensualmente los informes de mantenimiento correctivo y los traslada al departamento de Archivo para su introducción en el SIG. Formato utilizado en ANEXO 5 del procedimiento.
Fecha de Elaboración: Octubre 2008		Fecha de Revisión:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001		Aprobado por:

**VI. Flujoograma de procedimiento: Servicios de Mantenimiento Correctivo y otras instalaciones**

**Hoia 5 de 9**





HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: **Conservación y Mantenimiento**


Hoja **6** de **9**

Nombre del procedimiento: **SERVICIOS DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y OTRAS INSTALACIONES**

### VII. Anexos

#### ANEXO 1

Formato de solicitud de mantenimiento correctivo

SOLICITUD DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO		MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA		
FECHA:	HR RECIBIDA:	DEPENDENCIA:		SELLO DEPEN.
DESCRIPCION DE FALLA:				
RECIBIDO (Nombre y firma):			ENCARGADO DEP. (Nombre y firma)	

#### ANEXO 2

Formato para procesamiento de solicitud y consolidado mensual de mantenimientos correctivos

HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO						Año 20____
CONDOLIDADO MENSUAL DE MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS						Mes:_____
Nº	Dependencia	Fecha	Hora	Técnico asignado	Falla	Empresa subcontratada

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:





HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: **Conservación y Mantenimiento**

Hoja **7** de **9**

Nombre del procedimiento: **SERVICIOS DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y OTRAS  
INSTALACIONES**

### ANEXO 3

Formulario para solicitud de material a bodega de Mantenimiento

FECHA:

\_\_/\_\_/\_\_

HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA  
DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO  
SOLICITUD DE MATERIAL

DEPENDENCIA DONDE SE UTILIZARA MATERIAL:

CANT.	DESCRIPCION

Solicita:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma

Autoriza:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

Departamento: **Conservación y Mantenimiento**

Hoja **8** de **9**

Nombre del procedimiento: **SERVICIOS DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y OTRAS INSTALACIONES**

**ANEXO 4**

**ORDEN DE TRABAJO**

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA  
DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO



MPP <input type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	Equipo:	
Servicio Solicitante:	Nombre de solicitante/Tel.	Fecha:
Servicio: Interno <input type="checkbox"/> Externo <input type="checkbox"/>	Empresa _____	Técnico Responsable:

MANO DE OBRA					INFORMACIÓN TÉCNICA	
Fecha	Nombre Técnico	Cantidad Hr	Costo/hr (\$)	Total (\$)	Fallas Detectadas	Medidas Aplicadas
					1. Envejecimiento	o 1. Pr. Funcionamiento
					2. Desgaste	o 2. Pr. Seguridad
					3. Operación indebida	o 3. Reparación
					5. Construcción	o 4. MPP
					6. Batería	o 5. Supervisión
					7. Mala instalación	o 6. Modificación
					8. Accesorios	o 7. Calibración
					9. Uso	o 8. Asesoría técnica
					A. Desconocido	o 9. Protección radiológica
					B. MPP por usuario	o 10. Fabricación
					C. Cambio interno	o 11. Montaje/Desmontaje
						o 12. Inspección tec. de ingreso
					D. Sin falla	o 13. Descarte
TOTAL						

MATERIALES					
Cant.	Descripción	UM	Cantidad.	P Unitario (\$)	Valor (\$)
Para agregar más cantidad de materiales ver reverso					TOTAL

<b>INFORME Y OBSERVACIONES DEL TÉCNICO</b>		<b>RECEPCIÓN DEL TRABAJO</b>	
		NOMBRE Y FIRMA DEL ENCARGADO:	
		SELLO DEL SERVICIO:	
FIRMA DE TECNICO	REVISADO POR JEFE		

Fecha de Elaboración: Octubre 2008      Fecha de Revisión:      Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001      Revisado por:      Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Conservación y Mantenimiento

Hoja 9 de 9

Nombre del procedimiento: **SERVICIOS DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y OTRAS INSTALACIONES**

### ANEXO 5

HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA DE ZACATECOLUCA  
DEPARTAMENTO DE CONSERVACION Y MANTENIMIENTO

INFORME CONSOLIDADO  
DE MANTENIMIENTOS  
CORRECTIVOS

Año 20\_\_\_\_  
Mes:\_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO	CANTIDAD DE MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS			
	MOBILIARIO	EQUIPO BÁSICO	BIOMÉDICO	TOTAL
Dirección hospitalaria				
Recursos Humanos				
UFI				
UACI				
Conservación y mtto.				
Lavandería				
Cocina				
Almacén				
Impresiones				
Comunicación				
Emergencia				
Sala residentes				
Med. Y cir. M.				
Med. Y cir. H.				
Pediatría				
Puerperio				
Arsenal				
Laboratorio				
Sala de operaciones				
Enfermería				
Farmacia				
Morgue				
Archivo				
Trabajo social				
Fisioterapia				
Rayos X				
Ulceras y hernias				

Observaciones: \_\_\_\_\_

### CANTIDAD DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS

TÉCNICO	REALIZADOS	TÉCNICO	REALIZADOS
Técnico 1		Técnico equipo biomédico 1	
Técnico 2		Técnico equipo biomédico 2	
Técnico 3		Técnico equipo biomédico 3	
Técnico 4			
Técnico 5			

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: **Conservación y Mantenimiento**

Hoja 1 de 7

Nombre del procedimiento: **SERVICIOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO PLANIFICADO**

### CONTENIDO

- I. **Objetivo**
- II. **Ámbito de aplicación**
- III. **Generalidades**
- IV. **Base Legal**
- V. **Procedimiento**
- VI. **Flujograma de procedimiento**
- VII. **Anexos**

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: **Conservación y Mantenimiento**

Hoja **2** de **7**

Nombre del procedimiento: **SERVICIOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO PLANIFICADO.**

### I. Objetivo

Mantener en óptimas condiciones el mobiliario, equipo básico y biomédico, así como las instalaciones del Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca, a través del mantenimiento preventivo planificado evitando de esta forma fallas repentinas que alteren el funcionamiento normal de las actividades tanto administrativas como médicas.

### II. Ámbito de aplicación

El procedimiento es llevado a cabo por el Departamento de Conservación y Mantenimiento y aplica para todos los departamentos médicos y administrativos del Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca.

### III. Generalidades

El mantenimiento preventivo de los activos productivos es clave para las actividades, tanto médicas como administrativas, para que los empleados y funcionarios del nosocomio realicen normalmente sus actividades con mobiliario, equipo e instalaciones en óptimas condiciones sin presentar fallos repentinos.

### IV. Base legal

- Normas Técnicas de Control Interno del MSPAS, Capítulo III Normas relativas a las actividades de control, Art. 28, 34, 54
- Reglamento General de Hospitales, Título II De la Organización, Capítulo III Servicios del Hospital, Art. 80, 81

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Conservación y Mantenimiento

Hoja 3 de 7

Nombre del procedimiento: **SERVICIOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO PLANIFICADO**

Responsable	Paso	Actividad																
Jefe de conservación y mantenimiento	1	Actualiza los equipos o instalaciones que estarán bajo el programa de mantenimiento preventivo en los últimos 15 días del mes de Diciembre. Utiliza datos de años anteriores para establecer los equipos a los que se seguirá dando los servicios.																
	2	<p>Elaborar programa de mantenimiento preventivo para servicios prestados por la institución en los siguientes equipos:</p> <table border="0"> <tr> <td>Equipo básico:</td> <td>Instalaciones:</td> </tr> <tr> <td>• Energía eléctrica</td> <td>• Paredes</td> </tr> <tr> <td>• Equipo de lavandería</td> <td>• Puertas</td> </tr> <tr> <td>• Equipo de cocina</td> <td>• Ventanas</td> </tr> <tr> <td>• Ventiladores</td> <td>• Canaletas</td> </tr> <tr> <td>• Camas</td> <td>• Luminarias</td> </tr> <tr> <td></td> <td>• Fontanería</td> </tr> <tr> <td></td> <td>• Baños</td> </tr> </table> <p>Especificando:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Fecha de mantenimiento</li> <li>Hora de mantenimiento</li> <li>Duración del mantenimiento</li> </ol> <p>Así también elabora los programas de mantenimiento para el equipo biomédico, que serán subcontratados; de igual manera que los equipos básicos de Aires acondicionados y calderas. Formato a utilizar en ANEXO 1 del procedimiento.</p>	Equipo básico:	Instalaciones:	• Energía eléctrica	• Paredes	• Equipo de lavandería	• Puertas	• Equipo de cocina	• Ventanas	• Ventiladores	• Canaletas	• Camas	• Luminarias		• Fontanería		• Baños
	Equipo básico:	Instalaciones:																
• Energía eléctrica	• Paredes																	
• Equipo de lavandería	• Puertas																	
• Equipo de cocina	• Ventanas																	
• Ventiladores	• Canaletas																	
• Camas	• Luminarias																	
	• Fontanería																	
	• Baños																	
3	<p>Comunica programas de mantenimiento a empresas subcontratadas por medio de correos electrónicos especificando:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Equipos a dar mantenimiento</li> <li>Ubicación de equipos</li> <li>Fecha de mantenimiento</li> <li>Hora de mantenimiento</li> <li>Duración esperada del mantenimiento</li> <li>Técnico de mantenimiento de equipo biomédico que acompañara a empresa subcontratada durante el mantenimiento.</li> </ol>																	

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: **Conservación y Mantenimiento**

Hoja **4** de **7**

Nombre del procedimiento: **SERVICIOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO PLANIFICADO.**

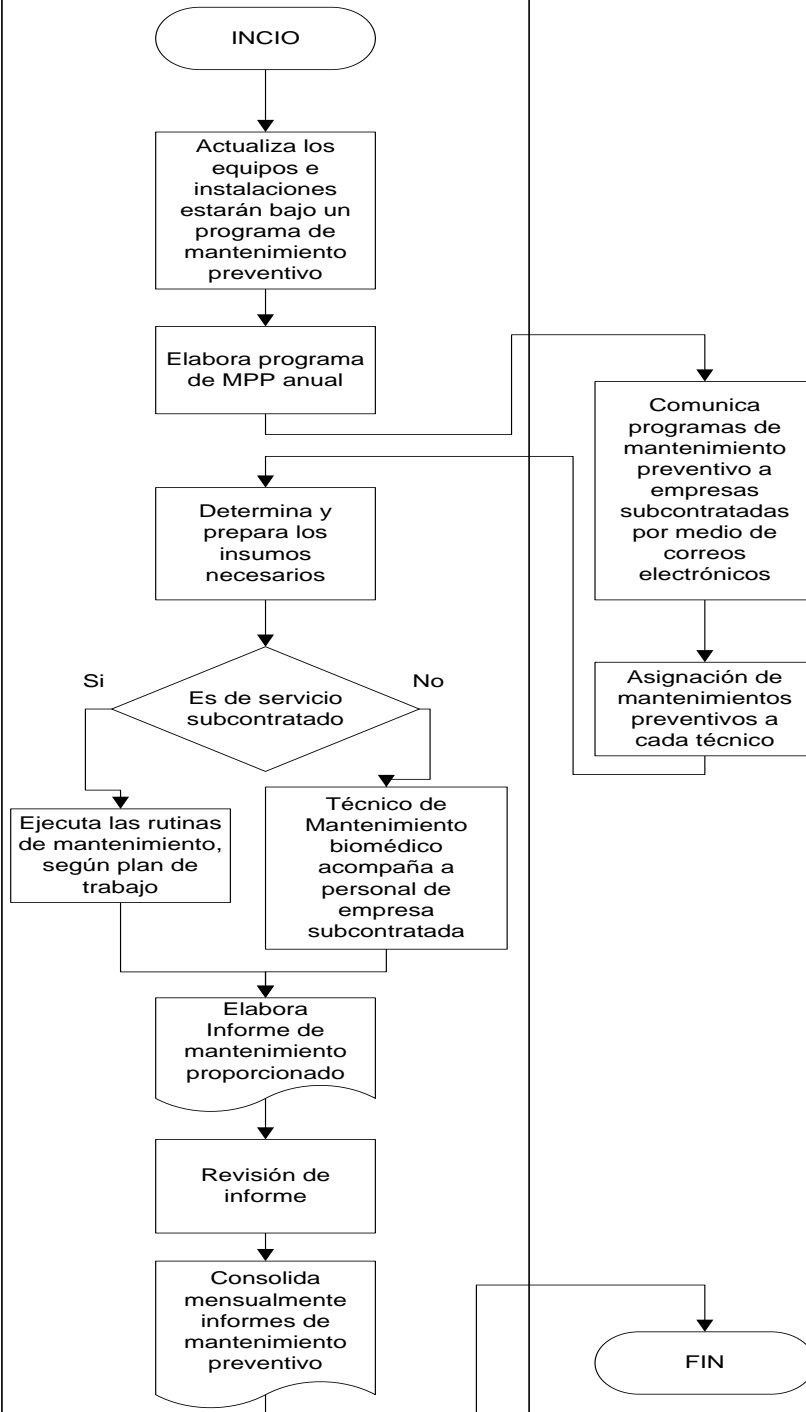
Responsable	Paso	Actividad
Jefe de conservación y mantenimiento	4	Asignación de mantenimientos preventivos a cada técnico y su programación
Técnico de mantenimiento	5	Determina y prepara los insumos necesarios de acuerdo a formularios de mantenimiento preventivo por equipo
	6	Se traslada al departamento con mantenimiento programado
	7	Ejecuta las rutinas de mantenimiento preventivo según formulario
	8	Técnico de equipo biomédico acompaña a personal de empresa subcontratada a realizar mantenimiento preventivo
	9	Elaboración de informe de mantenimiento dado, donde se especifique siempre: <ul style="list-style-type: none"><li>• Departamento en donde se realizó la corrección</li><li>• Horas en las que se realizó el mantenimiento</li><li>• Falla detectada</li><li>• Repuestos utilizados</li></ul>
Jefe de conservación y mantenimiento	10	Revisión de informes de mantenimiento preventivo realizados por personal de la institución.
	11	Verifica cumplimiento de contrato por parte de servicios subcontratados, por medio de revisión de reportes de mantenimiento preventivo y correctivos.
	12	Consolidado mensual de informes de mantenimiento preventivo para el SIG, haciéndoselos llegar al Jefe de archivo 5 días antes que finalice el mes. Formato a utilizar en ANEXO 2 del procedimiento.
Fecha de Elaboración: Octubre 2008		Fecha de Revisión:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001		Aprobado por:

## VI. Flujoograma de procedimiento: Servicios de mantenimiento preventivo planificado (MPP)

Hoja 5 de 7

Jefe de Conservación y Mantenimiento

Técnico de mantenimiento







HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Conservación y Mantenimiento

Hoja 6 de 7

Nombre del procedimiento: Servicios de mantenimiento preventivo planificado

### VII. Anexos

#### ANEXO 1

HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA DE ZACATECOLUCA  
DEPARTAMENTO DE CONSERVACION Y MANTENIMIENTO  
PLAN MENSUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO PLANIFICADO

Año 20\_\_\_\_  
Mes: \_\_\_\_\_

Equipo básico	Frec.	Técnico	Instalaciones	Frec	Técnico	Subcontratados	Frec.	Técnico
Energía eléctrica			Paredes			Aire acondicionado		
Equipo de lavandería			Puertas			Calderas		
Equipo de cocina			Ventanas			Equipo biomédico		
Ventiladores			Canaletas			Equipo biomédico		
Camas			Luminarias			Equipo biomédico		
			Fontanería			Equipo biomédico		
			Baños			Equipo biomédico		

#### CALENDARIO MENSUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO PLANIFICADO

Lunes	1	Martes	2	Miércoles	3	Jueves	4	Viernes	5	Sábado	6	Domingo	7		
Lunes	8	Martes	9	Miércoles	10	Jueves	11	Viernes	12	Sábado	13	Domingo	14		
Lunes	15	Martes	16	Miércoles	17	Jueves	18	Viernes	19	Sábado	20	Domingo	21		
Lunes	22	Martes	23	Miércoles	24	Jueves	25	Viernes	26	Sábado	27	Domingo	28		
Lunes	29	Martes	30	Miércoles	31										
								_____ Jefe de Mantenimiento			_____ Director hospital				

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Conservación y Mantenimiento

Hoja 7 de 7

Nombre del procedimiento: Servicios de mantenimiento preventivo planificado

### ANEXO 2

HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA DE ZACATECOLUCA DEPARTAMENTO DE CONSERVACION Y MANTENIMIENTO		INFORME CONSOLIDADO DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS		Año 20____ Mes:_____		
DEPARTAMENTO	CANTIDAD DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS					
	MOBILIARIO		EQUIPO BÁSICO		BIOMÉDICO	
	Program.	Realizados	Program.	Realizados	Program.	Realizados
Dirección hospitalaria						
Recursos Humanos						
UFI						
UACI						
Conservación y mtto.						
Lavandería						
Cocina						
Almacén						
Impresiones						
Comunicación						
Emergencia						
Sala residentes						
Med. Y cir. M.						
Med. Y cir. H.						
Pediatría						
Puerperio						
Arsenal						
Laboratorio						
Sala de operaciones						
Enfermería						
Farmacia						
Morgue						
Archivo						
Trabajo social						
Fisioterapia						
Rayos X						
Ulceras y hernias						
Total mantenimientos preventivos programados		Total mantenimientos preventivos realizados		Observaciones:		
CANTIDAD DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS						
Técnico	Program.	Realizados	Técnico	Program.	Realizados	
Técnico 1			Técnico equipo biomédico 1			
Técnico 2			Técnico equipo biomédico 2			
Técnico 3			Técnico equipo biomédico 3			
Técnico 4						
Técnico 5						
Técnico 6						

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: **Conservación y Mantenimiento**

Hoja 1 de 10

Nombre del procedimiento: **PLANIFICACIÓN Y CONTROL DE LOS SERVICIOS DE ALIMENTACIÓN Y DIETAS**

### CONTENIDO

- I. **Objetivo**
- II. **Ámbito de aplicación**
- III. **Generalidades**
- IV. **Base Legal**
- V. **Procedimiento**
- VI. **Flujograma de procedimiento**
- VII. **Anexos**

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Conservación y Mantenimiento

Hoja 2 de 10

Nombre del procedimiento: **PLANIFICACIÓN Y CONTROL DE LOS SERVICIOS DE ALIMENTACIÓN Y DIETAS**

### I. Objetivo

Planificar, ejecutar y controlar los servicios de alimentación y dietas para los pacientes ingresados y los empleados del Hospital Nacional Santa Teresa, que garanticen las condiciones de inocuidad, estandarización y satisfacción con el servicio proporcionado.

### II. Ámbito de aplicación

El departamento de Alimentación y Dietas es el encargado de llevar a cabo el presente documento, y su aplicación es en todos aquellos pacientes ingresados en el Hospital Nacional Santa Teresa, así como también de aquellos empleados del nosocomio con derecho a alimentación.

### III. Generalidades

El procedimiento indica las actividades de planificación de dietas, compras, elaboración de alimentos y control del servicio de alimentación y de la opinión de los pacientes con respecto a los alimentos preparados en el nosocomio, que garanticen una mejor curación a través de una dieta que ayude a dichos propósitos.

### IV. Base legal

- Normas Técnicas de Control Interno del MSPAS, Capítulo III Normas relativas a las actividades de control, Art. 28, 32, 34, 54
- Reglamento General de Hospitales, Título II De la Organización, Capítulo III Servicios del Hospital, Art. 66

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**Departamento: Conservación y Mantenimiento**

Hoja **3** de **10**

**Nombre del procedimiento: PLANIFICACIÓN Y CONTROL DE LOS SERVICIOS DE ALIMENTACIÓN Y DIETAS**

Responsable	Paso	Actividad
Jefe de Alimentación y dietas	1	<p>Planifica en los últimos 5 días del mes, de los menús para el próximo mes. La planificación se realiza conforme a un menú base mensual aprobado por el Jefe de Servicios Generales, el cual será acoplado para cada mes. Formato utilizado en ANEXO 1 y 2 del procedimiento</p> <p>Este menú base deberá contener:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diversidad de Dietas duras, blandas y líquidas</li> <li>• Diversidad de platos para diabéticos, hiposódicos e hipocalóricos (otros de ser necesario)</li> <li>• Contenido calórico de cada plato</li> <li>• Recetario de cada menú, con las cantidades de insumos a utilizar por plato</li> <li>• Procedimiento de preparación de cada menú</li> <li>• Distribución de platos en un mes de 31 días.</li> </ul>
	2	<p>Determina los requerimientos mensuales de productos no perecederos (aceites, harinas, etc.) y los pide al almacén del hospital.</p>
	3	<p>Recibe los productos no perecederos y les introduce en el kárdex de la bodega de alimentos. Se almacenan los productos de tal forma que no afecte su calidad.</p>
Jefes de Departamentos	4	<p>Envían solicitudes de alimentación para el personal de la institución de forma semanal, los días viernes después del mediodía. El personal que tiene derecho a alimentación son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Internos</li> <li>• Médicos</li> <li>• Motorista SIBASI</li> <li>• Enfermeras (cuyos turnos abarquen horario de 7:00 a.m. a 5:00 p.m.)</li> <li>• Técnico de conservación y mantenimiento (encargado de oxígeno)</li> <li>• Personal de limpieza perteneciente al hospital</li> <li>• Jefes de laboratorio, rayos X, fisioterapia, farmacia y anestesiología</li> </ul>
Fecha de Elaboración: Octubre 2008		Fecha de Revisión:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001		Revisado por:
		Fecha de Aprobación:
		Aprobado por:



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**Departamento: Conservación y Mantenimiento**

Hoja **4** de **10**

**Nombre del procedimiento: PLANIFICACIÓN Y CONTROL DE LOS SERVICIOS DE ALIMENTACIÓN Y DIETAS**

Responsable	Paso	Actividad
Jefe de Alimentación y dietas	5	Determina los requerimientos semanales de productos perecederos (verduras, carnes, lácteos, etc.) y coordina las entregas con los proveedores (día, hora, cantidad, calidad)
	6	Recibe los productos perecederos y les introduce en el kárdex de la bodega de alimentos. Se almacenan los productos de tal forma que no afecte su calidad.
Unidad solicitante	7	Entrega entre 9-10 a.m. las solicitudes de dieta correspondientes a almuerzo, cena y desayuno de los pacientes ingresados en el hospital. Formato a utilizar en ANEXO 3 del procedimiento.
Jefe de Alimentación y dietas	8	Determina los requerimientos diarios de insumos para elaborar los diversos platillos. Formato a utilizar en ANEXO 4 del procedim.
	9	Llena boleta de descargo de kárdex de alimentos
Cocineras	10	Elaboran los alimentos de acuerdo al menú semanal y según lo establecido en el recetario de alimentos. Se empezaran a elaborar los alimentos en los siguientes horarios: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desayuno: 6:00 a.m.</li> <li>• Almuerzo: 11:00 a.m.</li> <li>• Cena: 3:00 p.m.</li> </ul>
Unidad solicitante	11	Si existiese algún paciente extra al cual se le debe de proporcionar alimentos en la cena o desayuno, se debe de notificar a Jefe de Alimentación y Dietas y/o a cocineras a más tardar 15 minutos después de iniciar la elaboración de los alimentos, anotando dicho plato extra en la boleta de requerimiento de alimentación.
Cocineras	12	Distribuyen alimentos en cada unidad solicitante, según requerimiento.
Auxiliares de servicio	13	Recogen las vajillas 30 minutos después de finalizada la hora de comida y la devuelven a la cocina.

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: **Conservación y Mantenimiento**

Hoja **5** de **10**

Nombre del procedimiento: **PLANIFICACIÓN Y CONTROL DE LOS SERVICIOS DE ALIMENTACIÓN Y DIETAS**

Responsable	Paso	Actividad
Cocineras	14	Lavan utensilios de cocina y vajillas.
Jefe de Alimentación y dietas	15	Realiza control de la opinión de los pacientes una vez por semana respecto a la comida que se proporciona; pudiendo utilizar para este fin, personal de horas sociales o de trabajo social de enfermería.
	16	Realiza control semanal del estado de los insumos en la bodega de alimentos
	17	Realiza inspecciones semanalmente de la forma de elaborar los alimentos por parte de las cocineras y del cumplimiento de las recetas para la elaboración de alimentos.
	18	Reporta resultados en el SIG y de los controles de calidad.

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

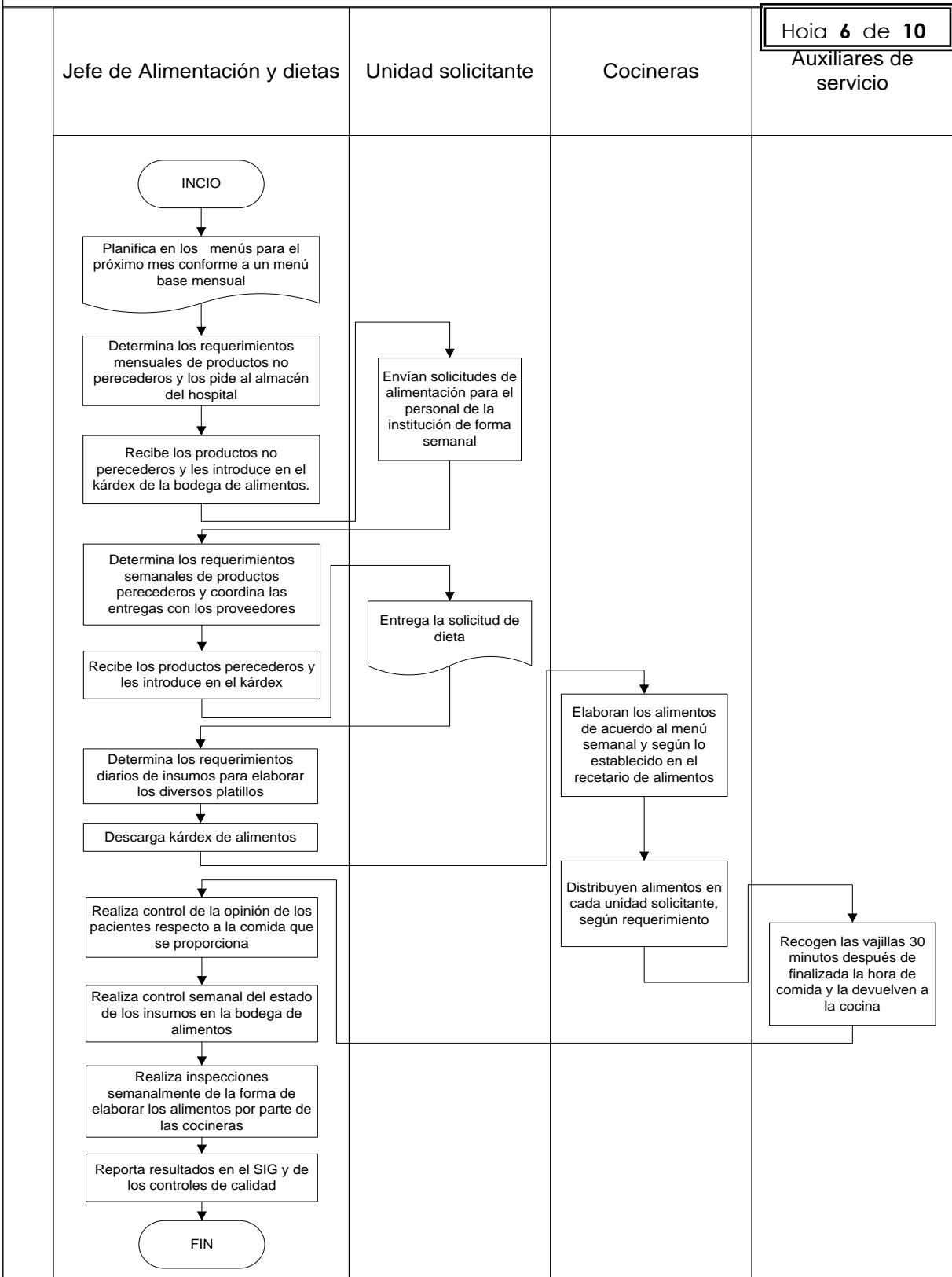
Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:

**VI. Flujoograma de procedimiento: Planificación y control de los servicios de alimentación y dietas**

**Hoja 6 de 10**







HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: **Conservación y Mantenimiento**

Hoja 7 de 10

Nombre del procedimiento: **PLANIFICACIÓN Y CONTROL DE LOS SERVICIOS DE ALIMENTACIÓN Y DIETAS**

### VII. Anexos

#### ANEXO 1

HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA DE ZACATECOLUCA DEPARTAMENTO DE ALIMENTACION Y DIETAS PLAN MENSUAL DE ALIMENTACION										Año 20 ____ Mes: _____			
MENU MENSUAL DE DIETAS NORMALES													
Lunes	1	Martes	2	Miércoles	3	Jueves	4	Viernes	5	Sábado	6	Domingo	7
Lunes	8	Martes	9	Miércoles	10	Jueves	11	Viernes	12	Sábado	13	Domingo	14
Lunes	15	Martes	16	Miércoles	17	Jueves	18	Viernes	19	Sábado	20	Domingo	21
Lunes	22	Martes	23	Miércoles	24	Jueves	25	Viernes	26	Sábado	27	Domingo	28
Lunes	29	Martes	30	Miércoles	31								
						_____			_____				
						Jefe de Serv. Grales.			Jefe Alimentación y dietas				
MENU MENSUAL DE DIETAS DIABETICOS													
Lunes	1	Martes	2	Miércoles	3	Jueves	4	Viernes	5	Sábado	6	Domingo	7
Lunes	8	Martes	9	Miércoles	10	Jueves	11	Viernes	12	Sábado	13	Domingo	14
Lunes	15	Martes	16	Miércoles	17	Jueves	18	Viernes	19	Sábado	20	Domingo	21
Lunes	22	Martes	23	Miércoles	24	Jueves	25	Viernes	26	Sábado	27	Domingo	28
Lunes	29	Martes	30	Miércoles	31								
						_____			_____				
						Jefe de Serv. Grales.			Jefe Alimentación y dietas				

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: **Conservación y Mantenimiento**

Hoja **8** de **10**

Nombre del procedimiento: **planificación y control de los servicios de alimentación y dietas**

#### ANEXO 2

DEPARTAMENTO DE ALIMENTACION Y DIETAS		RECETARIO DE PLATILLOS DEL HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA DE ZACATECOLUCA		Aprobado por:	
Tipo de menú	Normal <input type="checkbox"/> Diabético <input type="checkbox"/> Hiposódico <input type="checkbox"/> Hipocalórico <input type="checkbox"/> Blanda <input type="checkbox"/> Liquida <input type="checkbox"/> Otr <input type="checkbox"/>				
Platillo				Contenido calórico	
Ingredientes	Cant. (1 plato)	Ingredientes	Cant. (1 plato)	Utensilios necesarios	
Procedimiento de elaboración de platillos:					
<ol style="list-style-type: none"> <li>1.</li> <li>2.</li> <li>3.</li> <li>4.</li> </ol>					
Fecha de Elaboración: Octubre 2008		Fecha de Revisión:		Fecha de Aprobación:	
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001		Revisado por:		Aprobado por:	



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Conservación y Mantenimiento

Hoja 9 de 10

Nombre del procedimiento: **PLANIFICACIÓN Y CONTROL DE LOS SERVICIOS DE ALIMENTACIÓN Y DIETAS**

### ANEXO 3



HOSPITAL NACIONAL  
SANTA TERESA DE  
ZACATECOLUCA  
DEPARTAMENTO DE  
ALIMENTACION Y DIETAS



DEPARTAMENTO		INGRESADOS		FECHA			
DIETAS	Normal	Diabético	Hiposódico	Hipocalórico	Blanda	Líquida	Otra
REQUERIMIENTOS							
REQ. EXTRA							
<p>_____</p> <p>Jefe departamento</p>			<p>Observaciones:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>				

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Conservación y Mantenimiento

Hoja 10 de 10

Nombre del procedimiento: **PLANIFICACIÓN Y CONTROL DE LOS SERVICIOS DE ALIMENTACIÓN Y DIETAS**

### ANEXO 4

Solicitud diaria de insumos de bodega Departamento de Alimentación y Dietas		Vale #:	Fecha: _/_/
TIPO DIETA	MENU	CANT.	
Dietas:			
Normales			
Diabéticos			
Hiposódicas			
Hipocalóricas			
Blanda			
Líquida			
Otras			

#### INGREDIENTES

Producto	UM	Solicit.	Despach.	Producto	UM	Solicit.	Despach.
Carne de res limpia	Lbs.			Plátano	Ud.		
Carne de res molida	Lbs.			Cebollas	Ud.		
Pescado fresco	Lbs.			Tomate	Ud.		
Lonja de pescado	Lbs.			Chile verde	Ud.		
Queso duro	Lbs.			Papas	Ud.		
Queso fresco	Lbs.			Repollo	Ud.		
Crema	Botella			Canela	Oz.		
Requesón	Lbs.			Limones	Ud.		
Arroz blanco	Lbs.			Huevos	Ud.		
Frijol rojo	Lbs.			Aceite	Gal		
Harina de trigo	Lbs.			Azúcar	Lbs.		
Harina de maíz	Lbs.			Café	Lbs.		
Harina de nixtamasa	Lbs.			Tortillas	Ud.		
Maicena	Cajitas			Pan francés	Ud.		
Consomé de pollo	Frasco			Sal refinada	Lbs.		
Consomé de res	Frasco			Sopas en sobre	Ud.		

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: **Conservación y Mantenimiento**

Hoja 1 de 9

Nombre del procedimiento: **CONTROL DE SERVICIOS DE LIMPIEZA**

### CONTENIDO

- I. **Objetivo**
- II. **Ámbito de aplicación**
- III. **Generalidades**
- IV. **Base Legal**
- V. **Procedimiento**
- VI. **Flujograma de procedimiento**
- VII. **Anexos**

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: **Conservación y Mantenimiento**

Hoja **2** de **9**

Nombre del procedimiento: **CONTROL DE SERVICIOS DE LIMPIEZA**

### I. Objetivo

Mantener en óptimas condiciones el orden y limpieza las instalaciones del nosocomio, a través de la aplicación de mecanismos de supervisión sobre las actividades desarrolladas por el personal contratado para dichas actividades, así como del personal propio del Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca.

### II. Ámbito de aplicación

La aplicación de este procedimiento será efectiva, siempre que haya que ejercer funciones de ejecución y supervisión en las actividades de limpieza. Será desarrollado dentro de todas las instalaciones pertenecientes al Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca, tanto administrativas como médicas.

### III. Generalidades

La supervisión de las actividades de limpieza que efectiva el personal de servicio de la institución, así como el personal contratado de empresas privadas, verificando la calidad del servicio de se presta, que sea ágil, eficaz y oportuno, atendiendo los requerimientos de los usuarios.

### IV. Base legal

- Normas Técnicas de Control Interno del MSPAS, Capítulo III Normas relativas a las actividades de control, Art. 28, 32
- Reglamento General de Hospitales, Título II De la Organización, Capítulo III Servicios del Hospital, Art. 85

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**Departamento: Conservación y Mantenimiento**

Hoja **3** de **9**

**Nombre del procedimiento: CONTROL DE SERVICIOS DE LIMPIEZA**

<b>Responsable</b>	<b>Paso</b>	<b>Actividad</b>
Jefe Auxiliares de Servicio	1	<p>Elabora en la última semana del mes, la planificación de los servicios de limpieza para el siguiente mes (incluyendo personal subcontratado como institucional en los turnos diurnos y nocturnos). Formato a utilizar en ANEXO 1 Y 2 del procedimiento.</p> <p>La planificación debe especificar la persona encargada y la frecuencia con la que realizara el servicio, :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lavado de sanitarios y lavamanos: cada 2 días</li> <li>• Limpieza general de ventanas: semanalmente</li> <li>• Limpieza de muebles: semanalmente</li> <li>• Limpieza general de instalaciones: diaria</li> <li>• Traslado de desperdicios: diaria</li> <li>• Traslado de vajillas de alimentación y dietas: 3 veces al día, 30 min después de la finalización de la hora de comida (8:30 a.m., 1:00 p.m. y 6:00 p.m.)</li> </ul>
	2	Comunica la programación para el siguiente mes al personal por medio de una reunión con los mismos el último día del mes.
Auxiliares de servicios	3	Realizan el servicio de limpieza de acuerdo a la planificación establecida
Jefe de Servicios generales o Jefe de Conservación y Mantenimiento	4	<p>Realiza 2 inspecciones programadas diarias en todo el hospital para verificar el cumplimiento de la programación de la siguiente manera (Formato a utilizar en ANEXO 3 y 4 del procedimiento):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lavado de sanitarios y lavamanos: inspección de hoja de control de limpieza e inspección visual.</li> <li>• Limpieza general de ventanas: semanalmente por medio de inspección visual</li> <li>• Limpieza de muebles: semanalmente por medio de inspección visual</li> <li>• Limpieza general de instalaciones: inspección visual</li> <li>• Traslado de desperdicios: inspección visual</li> <li>• Traslado de vajillas de alimentación y dietas: inspección visual y quejas por parte de Alimentación y Dietas</li> </ul>
Fecha de Elaboración: Octubre 2008		Fecha de Revisión:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001		Revisado por:
		Fecha de Aprobación:
		Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: **Conservación y Mantenimiento**

Hoja **4** de **9**

Nombre del procedimiento: **CONTROL DE SERVICIOS DE LIMPIEZA**

Responsable	Paso	Actividad
Jefe de Servicios generales	5	Realiza medidas de amonestación por faltas detectadas en el servicio de limpieza.  Las faltas se amonestaran de la siguiente forma: <ul style="list-style-type: none"><li>• 1 falta: observación hacia el trabajo realizado</li><li>• 2 faltas: amonestación verbal</li><li>• 3 faltas: amonestación escrita</li></ul>
	6	Realiza reporte mensual de cumplimiento de actividades al Jefe de Conservación y Mantenimiento.

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

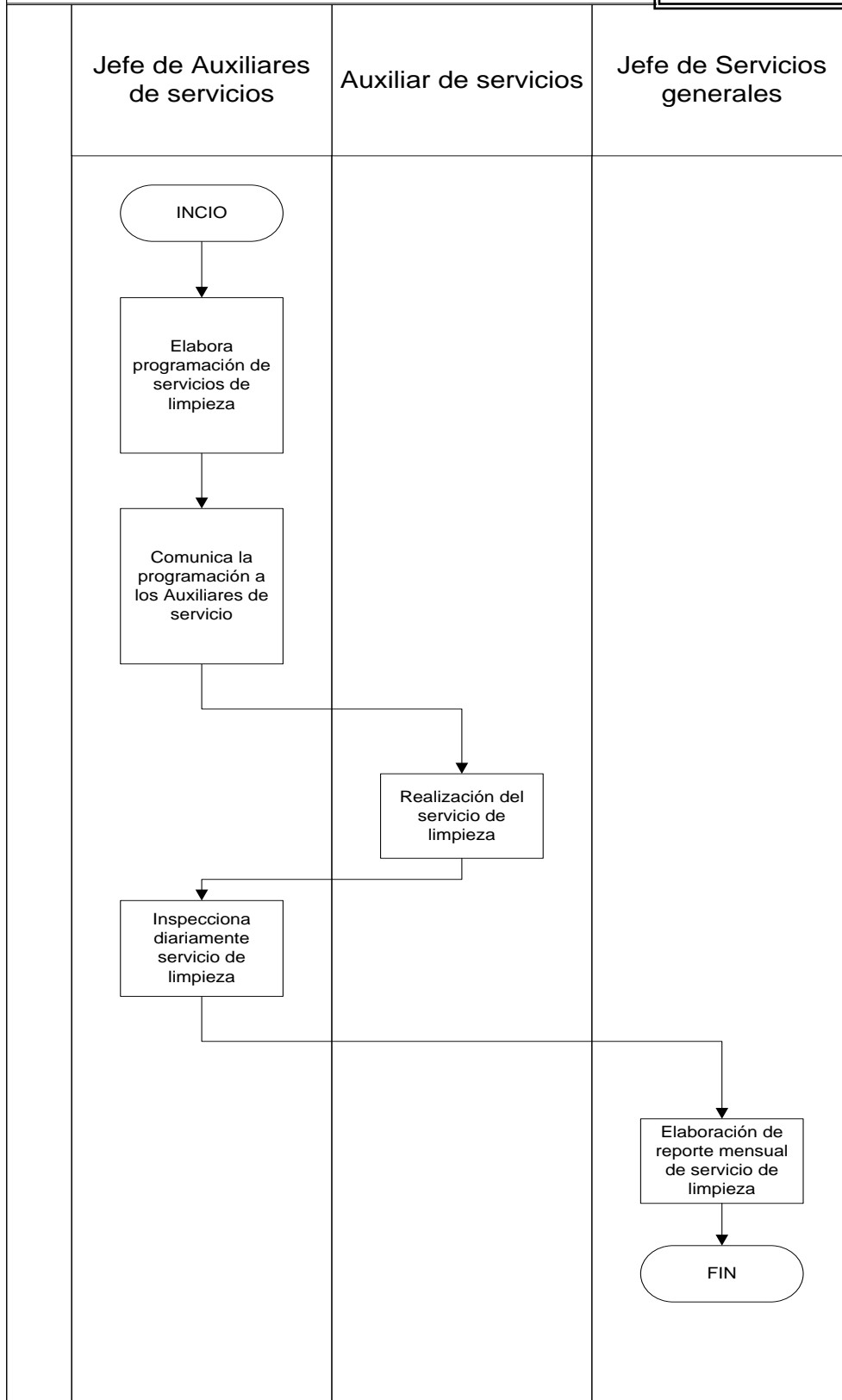
Revisado por:

Aprobado por:



**VI. Flujograma de procedimiento: Control de servicios de limpieza**

Hoja 5 de 9





HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Conservación y Mantenimiento

Hoja 6 de 9

Nombre del procedimiento: Control de servicios de limpieza

### VII. Anexos

#### ANEXO 1

HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA DE ZACATECOLUCA DEPARTAMENTO DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO				PLANIFICACION DE SERVICIOS DE LIMPIEZA		Año 20____ Mes:_____							
ASIGNACION DE RESPONSABILIDADES													
Sanitarios		Ventanas			Mobiliario								
Auxiliar de serv.	Zona asignada	Auxiliar de serv.	Zona asignada	Auxiliar de serv.	Zona asignada	Auxiliar de serv.	Zona asignada						
Limpieza general		Traslado de desperdicios			Traslado de vajillas								
Auxiliar de serv.	Zona asignada	Auxiliar de serv.	Zona asignada	Auxiliar de serv.	Zona asignada	Auxiliar de serv.	Zona asignada						
PLANIFICACION MENSUAL DE SERVICIO DE LIMPIEZA													
Lunes	1	Martes	2	Miércoles	3	Jueves	4	Viernes	5	Sábado	6	Domingo	7
Lunes	8	Martes	9	Miércoles	10	Jueves	11	Viernes	12	Sábado	13	Domingo	14
Lunes	15	Martes	16	Miércoles	17	Jueves	18	Viernes	19	Sábado	20	Domingo	21
Lunes	22	Martes	23	Miércoles	24	Jueves	25	Viernes	26	Sábado	27	Domingo	28
Lunes	29	Martes	30	Miércoles	31								
						_____		_____					
						Jefe de Serv. Grales.		Jefe Auxiliares de Servicio					

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Conservación y Mantenimiento

Hoja 7 de 9

Nombre del procedimiento: CONTROL DE SERVICIOS DE LIMPIEZA

## ANEXO 2



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
REGION PARACENTRAL DE SALUD  
PLANIFICACION DE SERVICIO DE LIMPIEZA



AREA	ENCARGADOS	TAREAS A REALIZAR				
		Infraestruc.	Ventanas	Muebles	Sanitarios	Vajilla
EMERGENCIA						
MEDIC. Y CIRUG. MUJERES/GINEC.						
MEDIC. Y CIRUG. HOMBRES						
PEDIATRIA						
PUERPERIO/PARTOS						
ARSENAL/ RX/ULTRA/FISIOT./ULC . Y HERN.						
SALA DE OPERACIONES/ CONS. ESP. Y LAB.						
RES. MED./ENFERMERIA/F ARMACIA						
ALMACEN/ COCINA/ARCHIVO/T. SOCIAL						
PATIOS/MORGUE/BA SURA						
OF. ADMIVAS./ UFI/ IMPRESIONES/TELEFO NIA						
CONSERV. Y MTTTO./SERV GRALES /LAVAN.						

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Conservación y Mantenimiento

Hoja 8 de 9

Nombre del procedimiento: CONTROL DE SERVICIOS DE LIMPIEZA.

### ANEXO 3



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y  
ASISTENCIA SOCIAL  
REGION PARACENTRAL DE SALUD  
CONTROL DE SERVICIO DE LIMPIEZA  
HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA



DEPENDENCIA: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL EMPLEADO	MONITOREO		SITUACION ENCONTRADA	FIRMA INSPECTOR
	FECHA	HORA		

Fecha de Elaboración: Octubre 2008	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: **Conservación y Mantenimiento**

Hoja **9** de **9**

Nombre del procedimiento: **CONTROL DE SERVICIOS DE LIMPIEZA**

### ANEXO 4

HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA DE ZACATECOLUCA DEPARTAMENTO DE CONSERVACION Y MANTENIMIENTO CALENDARIO MENSUAL DE INSPECCION DE SERVICIO DE LIMPIEZA					Año 20____ Mes: _____								
Inspección	Frecuencia	Inspección	Frecuencia	Inspección	Frecuencia								
Sanitarios	C/2 días	Mobiliario	Semanal	T. desperdicios	C/2 días								
Ventanas	Semanal	Limpieza general	Diaria	Vajillas	Diaria								
Lunes	1	Martes	2	Miércoles	3	Jueves	4	Viernes	5	Sábado	6	Domingo	7
Lunes	8	Martes	9	Miércoles	10	Jueves	11	Viernes	12	Sábado	13	Domingo	14
Lunes	15	Martes	16	Miércoles	17	Jueves	18	Viernes	19	Sábado	20	Domingo	21
Lunes	22	Martes	23	Miércoles	24	Jueves	25	Viernes	26	Sábado	27	Domingo	28
Lunes	29	Martes	30	Miércoles	31								
							_____ Jefe de Serv. Grales.			_____ Jefe Auxiliares de Servicio			

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Adquisiciones y Contrataciones

Hoja 1 de 7

Nombre del procedimiento: ADQUISICIÓN POR LIBRE GESTIÓN PARA INSTITUCIONES DEL GOBIERNO CENTRAL.

### CONTENIDO

- I. Objetivo
- II. Ámbito de aplicación
- III. Generalidades
- IV. Base Legal
- V. Procedimiento
- VI. Flujograma de procedimiento
- VII. Anexos

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Adquisiciones y Contrataciones

Hoja 2 de 7

Nombre del procedimiento: **ADQUISICIÓN POR LIBRE GESTIÓN PARA INSTITUCIONES DEL GOBIERNO CENTRAL.**

### I. Objetivo

Describir las acciones necesarias para adquirir los bienes y/o servicios que la institución requiere con la calidad debida y al precio más conveniente, mediante el proceso de libre gestión, de acuerdo a lo establecido en la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública.

### II. Ámbito de aplicación

Este procedimiento es llevado a cabo por la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI), que tiene como responsabilidad el gestionar y controlar la adquisición de bienes y/o servicios que requieren las diferentes unidades administrativas y médicas del Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca, cuyos montos de inversión no sobrepasen los 80 salarios mínimos urbanos y no puedan ser realizados por medio de caja chica.

### III. Generalidades

El procedimiento se utiliza para la gestión y compra o contratación de los bienes y/o servicios que requieran los diferentes departamentos administrativos y médicos del Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca, que no fueron incluidos dentro de la programación anual de compras y que sean necesarios para continuar con el normal funcionamiento y prestación adecuada de servicios de salud a la población.

### IV. Base legal

- Ley LACAP:
  - Título II Unidades normativas y ejecutoras, Capítulo IV Ejecutores de las contrataciones y sus responsabilidades, Art. 17 al 20
  - Título III Generalidades de las contrataciones, Capítulo I, II, III, IV, V
  - Título IV Disposiciones especiales sobre formas de contratación, Capítulo IV Libre gestión, Art. 68, 69, 70
  - Título V De los contratos en general, Capítulos I, II, III, IV, V
  - Título VI De los contratos, Capítulos I, II, III, IV, V

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Adquisiciones y Contrataciones

Hoja 3 de 7

**Nombre del procedimiento: ADQUISICIÓN POR LIBRE GESTIÓN PARA INSTITUCIONES DEL GOBIERNO CENTRAL.**

Responsable	Paso	Actividad
Unidad Solicitante	1	Verifica existencia de bienes en el almacén.
	2	Elabora condiciones y especificaciones técnicas de obra, bien o servicio y traslada a Jefe UACI con la autorización respectiva. Formato a utilizar en ANEXO 1 del procedimiento.
	3	Entrega las condiciones y especificaciones técnicas de la obra, bien o servicio
Jefe UACI	4	Revisa la asignación presupuestaria anual de la Unidad para determinar si se puede realizar la obra o adquirir el bien o servicio
Asistente de Libre Gestión	5	Abre expediente (según art. 12 literal h), verifica monto de adquisición, consulta banco de datos institucional de ofertantes y contratistas y procede según Art. 40 literal "c"
	6	Si la Adquisición o ejecución no excede al equivalente a 10 salarios mínimos urbanos; Selecciona ofertantes que cumplan requisitos
	7	Si la Adquisición o ejecución es superior al equivalente a 10 salarios mínimos urbanos e inferior a ochenta; Selecciona como mínimo 3 ofertantes que cumplan requisitos
	8	Si la Adquisición o ejecución de la obra es de ofertante único o marca específica; Selecciona ofertante que cumple requisitos
	9	Solicita cotización de bienes y/o servicios a adquirir y entrega especificaciones técnicas y condiciones de la obra a ejecutar a ofertantes
	10	Recibe cotización ofertantes y elabora cuadro comparativo de ofertas y traslada con expediente al titular o responsable.
Director del hospital	11	Revisa cotización o cuadro comparativo de ofertas y expediente, adjudica y devuelve a jefe UACI

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:





HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Adquisiciones y Contrataciones

Hoja 4 de 7

Nombre del procedimiento: **ADQUISICIÓN POR LIBRE GESTIÓN PARA INSTITUCIONES DEL GOBIERNO CENTRAL.**

Responsable	Paso	Actividad
Jefe UACI	12	Recibe documentos, elabora y firma orden de compra de bienes y servicios (según art. 79), y obtiene firma de persona designada para el inicio de la obra, y distribuye copias de orden de compra ofertante adjudicatario, UFI, expediente y las que considere necesaria
Ofertante adjudicatario o empresa	13	Recibe y procede de la siguiente manera. Si es un contrato por bienes o servicios; Prepara y entrega suministros o proporciona servicio y presenta factura personas designada
	14	Si se trata de obras, inicia conforme a orden y entrega obra o avance de la misma, con visto bueno del supervisor o administrador del contrato y le presenta factura
Jefe UACI	15	Verifica cumplimiento de las condiciones y especificaciones técnicas con Jefe de unidad solicitante, elabora y firma acta de recepción de bienes, servicios, obra o avance de la misma (según art. 12, literal j) y obtiene firma de ofertante adjudicatario en acta
Asistente de Libre Gestión	16	Anexa acta más copia de factura de recepción a expediente y distribuye copias a quien considere necesario

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

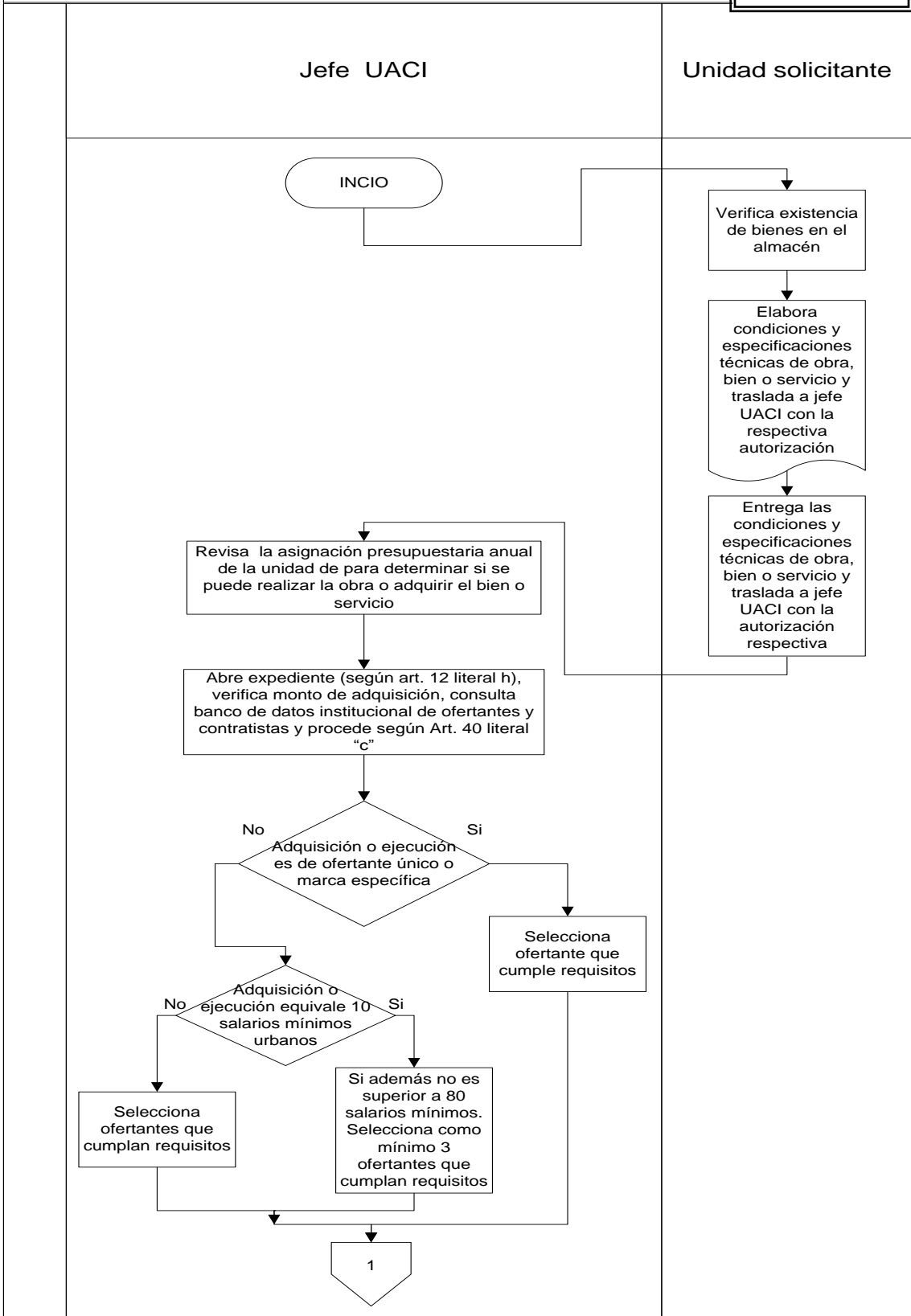
Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001

Revisado por:

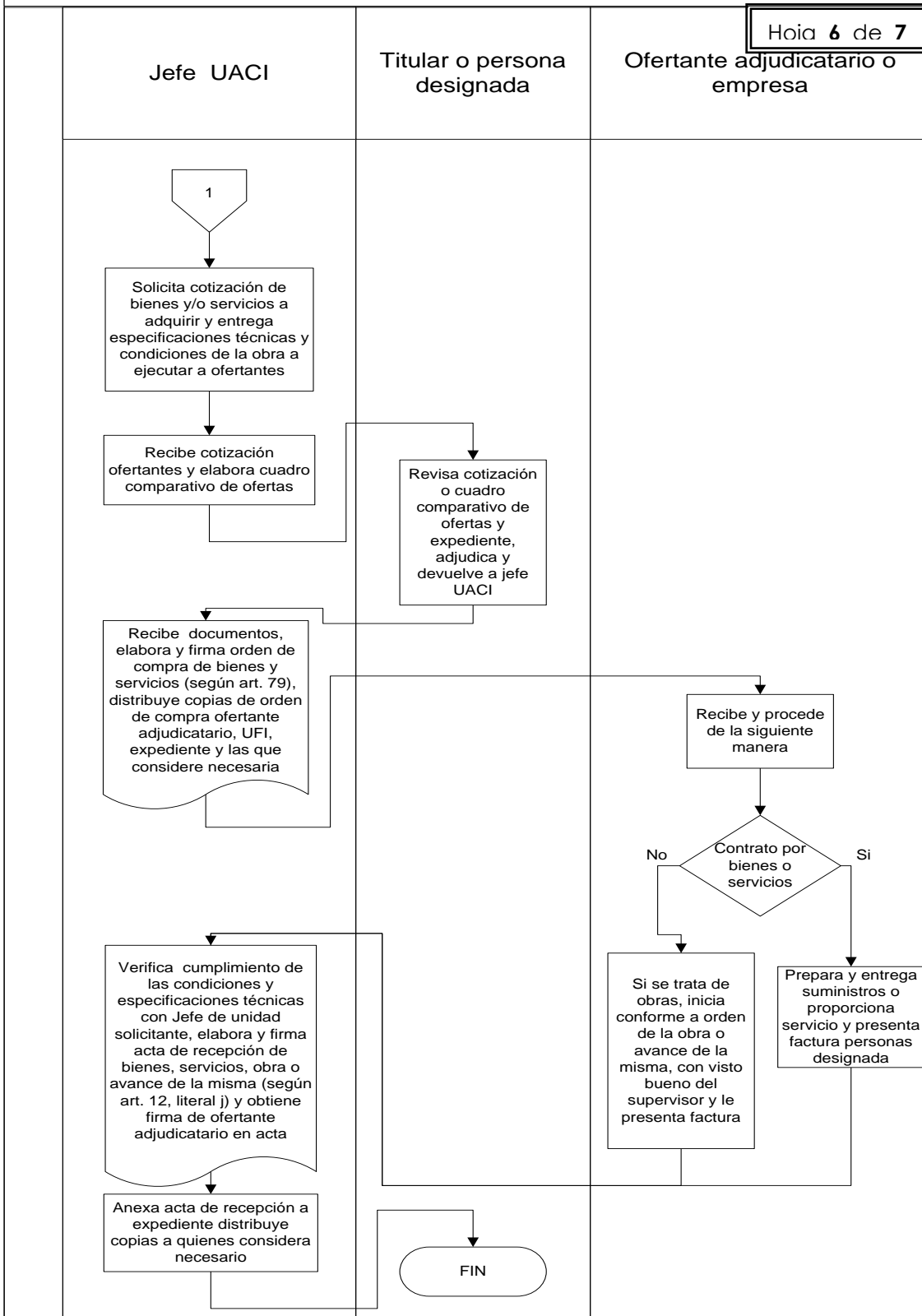
Aprobado por:

**VI. Flujograma de procedimiento: Adquisición por libre gestión para instituciones del gobierno central**



Adquisición por libre gestión para instituciones del gobierno central

Hoja 6 de 7





HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Adquisiciones y Contrataciones

Hoja 7 de 7

Nombre del procedimiento: **ADQUISICIÓN POR LIBRE GESTIÓN PARA INSTITUCIONES DEL GOBIERNO CENTRAL.**

### VII. Anexos

#### ANEXO 1

HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA DE ZACATECOLUCA  
UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL  
SOLICITUD DE COMPRA

Recibido por:  
Firma y sello

SOLICITUD N°  FECHA

DEPARTAMENTO

PLAZOS DE ENTREGA (en días calendario)

FORMAS DE ENTREGA

PERIODO DE UTILIZACION

CLASE DE SUMINISTRO O BIEN

FINANCIAMIENTO  MONTO

Ren gló n	DESCRIPCION, ESPECIFICACIONES TECNICAS	U/M	CANT.	Montos estimados presupuestados	
				Unitarios	Totales

SOLICITA:

Vo. Bo. AREA TECNICA

AUTORIZA:

FIRMA Y SELLO:  
NOMBRE:

FIRMA Y SELLO:  
NOMBRE:

FIRMA:  
SELLO

CARGO:

CARGO:

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Adquisiciones y Contrataciones

Hoja 1 de 12

Nombre del procedimiento: licitación o concurso público y licitación concurso público por invitación para instituciones del gobierno central.

### CONTENIDO

- I. Objetivo
- II. Ámbito de aplicación
- III. Generalidades
- IV. Base Legal
- V. Procedimiento
- VI. Flujograma de procedimiento

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Adquisiciones y Contrataciones

Hoja 2 de 12

Nombre del procedimiento: **LICITACIÓN O CONCURSO PÚBLICO Y LICITACIÓN CONCURSO PÚBLICO POR INVITACIÓN PARA INSTITUCIONES DEL GOBIERNO CENTRAL.**

### I. Objetivo

Describir las acciones necesarias para adquirir o contratar los bienes y/o servicios que la institución requiere con la calidad debida y al precio más conveniente, mediante los procesos de licitación pública, de acuerdo a lo establecido en la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública.

### II. Ámbito de aplicación

Este procedimiento es llevado a cabo por la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI), que tiene como responsabilidad la planificación, gestión y control de las adquisiciones de bienes y/o servicios que requieren las diferentes unidades administrativas y médicas del Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca, cuyos montos de inversión sobrepasen los 80 salarios mínimos urbanos.

### III. Generalidades

El procedimiento se utiliza para la planificación, gestión y compra o contratación de los bienes y/o servicios que requieran los diferentes departamentos administrativos y médicos del Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca, necesarios para que el nosocomio pueda prestar adecuados de servicios de salud a la población.

### IV. Base legal

- LACAP:
  - Título II Unidades normativas y ejecutoras, Capítulo IV Ejecutores de las contrataciones y sus responsabilidades, Art. 17 al 20
  - Título III Generalidades de las contrataciones, Capítulo I, II, III, IV, V
  - Título IV Disposiciones especiales sobre forma de contratación, Capítulo II, III
  - Título V De los contratos en general, Capítulos I, II, III, IV, V
  - Título VI De los contratos, Capítulos I, II, III, IV, V
- Reglamento General de Hospitales, Título VII Disposiciones Generales, Art. 136
- Manual de procesos para la ejecución presupuestaria
  - Programación de la Ejecución Presupuestaria
  - Procedimiento para el registro del compromiso presupuestario
  - Pago de obligaciones

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Adquisiciones y Contrataciones

Hoja 3 de 12

**Nombre del procedimiento: LICITACIÓN O CONCURSO PÚBLICO Y LICITACIÓN CONCURSO PÚBLICO POR INVITACIÓN PARA INSTITUCIONES DEL GOBIERNO CENTRAL.**

Responsable	Paso	Actividad
Jefe UACI	1	Verifica programación anual de las adquisiciones y contrataciones y solicita especificaciones.
Jefe unidad solicitante	2	Elabora condiciones y especificaciones técnicas de la obra, bien o servicios y traslada jefe UACI.
Jefe UACI	3	Recibe condiciones y especificaciones técnicas verifica asignación presupuestaria con la UFI.
	4	Abre expediente (según art. 12, literal H), elabora bases de licitación o concurso (según art. 12, literal f) con jefe de unidad solicitante o personal idóneo.
	5	Traslada bases de licitación o concurso y expediente a Director del hospital.
Director del hospital	6	Revisa, aprueba bases de licitación o concurso (según art. 18) y traslada con expediente a Jefe UACI.
Jefe UACI	7	Recibe bases de licitación o concurso aprobadas.
	8	Si la licitación o concurso público es por invitación, consulta banco de datos institucional de ofertantes y contratistas y elabora lista corta de cómo mínimo cuatro ofertantes, y en casos especiales se selección hasta un mínimo de 2 con su respectiva justificación y traslada expediente a titular.
Director del hospital	9	Revisa, razona, aprueba lista corta según art. 66 y devuelve a jefe UACI con expediente.
Jefe UACI	10	Elabora, forma y envía nota de invitación a ofertantes seleccionados y obtiene firma de recibido en copia de nota, la cual se anexará al expediente según art. 66 y 67.
	11	Redacta convocatoria para medios de prensa escrita de circulación de la república (según art. 47) y gestiona publicación.

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Adquisiciones y Contrataciones

Hoja 4 de 12

**Nombre del procedimiento: LICITACIÓN O CONCURSO PÚBLICO Y LICITACIÓN CONCURSO PÚBLICO POR INVITACIÓN PARA INSTITUCIONES DEL GOBIERNO CENTRAL.**

Responsable	Paso	Actividad
Jefe UACI	12	Obtiene reproducción de base de licitación o concurso, recorta y anexa publicación de convocatoria y original de bases de licitación o concurso a expediente, hasta el retiro de bases
Ofertante Proveedor o empresa	13	Cancela derechos de base de licitación o concurso, retira bases según convocatoria (art. 49), se anota en Registro para retiro de bases de licitación/concurso y firma
Jefe UACI	14	Presenta oferta según bases de licitación o concurso y forma Registro de presentación de ofertas (según art. 52)
	15	Realiza acto de apertura pública de ofertas según bases de licitación o concurso y verifica que presenten garantía de mantenimiento de oferta (según art. 53)
	16	Elabora acta de apertura de ofertas en la que hace constar las ofertas recibidas, garantías de mantenimiento de oferta, y otros (según art. 53, inciso 2), obtiene firma de ofertantes o representantes y entrega copias de acta.
	17	Convoca a los miembros de la comisión de evaluación de ofertas (Art. 20), entregándoles ofertas y expedientes para su evaluación
Comisión evaluadora de ofertas con el Jefe UACI.	18	Analizan ofertas, evalúan aspectos técnicos y económico-financieros (según art. 55) y emiten informe de evaluación de ofertas con su recomendación (según art. 56, inciso 1)
Miembros de la Comisión de Evaluación de Ofertas	19	Elaboran y firman Acta de recomendación (según art. 56, inciso 3) y envían al Director del Hospital.
Jefe UACI	20	Elabora Informe, el cual se firma por la Comisión de Miembros de Evaluación de ofertas para luego ser autorizado por el director del Hospital.
Fecha de Elaboración: Octubre 2008	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:





HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Adquisiciones y Contrataciones

Hoja 5 de 12

**Nombre del procedimiento: LICITACIÓN O CONCURSO PÚBLICO Y LICITACIÓN CONCURSO PÚBLICO POR INVITACIÓN PARA INSTITUCIONES DEL GOBIERNO CENTRAL.**

Responsable	Paso	Actividad
Director del hospital	21	Revisa informe, acta y expediente, adjudica (según art. 18) conforme a recomendación de Comisión, envía informe y expediente a Jefe UACI
Jefe UACI	22	Recibe informe, acta y expediente, anexa documento a expediente, elabora resolución de adjudicación (según art. 56 inciso 4) y luego traslada al titular.
Director del hospital	23	Revisa expediente y resolución de adjudicación y la firma
Jefe UACI	24	Notifica resolución de adjudicación (a más tardar entre 72 horas hábiles) a ofertantes participantes y ofertantes adjudicatarios, elabora acta de notificación en reverso de resolución adjudicación y obtiene firma de recibido (según art. 57 y 74)
	25	Notifica en los medios de prensa escrita de mayor circulación de la república, las empresas ganadoras en la resolución (según art. 57, inciso 2)
	26	Elabora y verifica formato de contrato: a) Si se trata de contratos sobre adquisiciones de bienes muebles sujetos a licitación. Elabora contrato y nota de remisión, obtiene firma del titular en nota de visto bueno y convoca a ofertante adjudicatario para firma del mismo. b) Si se trata del resto de contratos comunica al titular, convoca a ofertante adjudicatario para firma de contrato conforme a las bases de la licitación o concurso y continúa según Art. 18, inciso 4º.
Ofertante adjudicatario	27	Suscriben contrato mediante una reunión con el Jefe UACI, en la que los ofertantes firman el contrato
Jefe UACI	28	Envía contrato al área jurídica, quien revisa el cumplimiento de aspectos legales de los contratantes como acta de constitución de la empresa, entre otros.
Fecha de Elaboración: Octubre 2008		Fecha de Revisión:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001		Revisado por:
		Fecha de Aprobación:
		Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Adquisiciones y Contrataciones

Hoja 6 de 12

**Nombre del procedimiento: LICITACIÓN O CONCURSO PÚBLICO Y LICITACIÓN CONCURSO PÚBLICO POR INVITACIÓN PARA INSTITUCIONES DEL GOBIERNO CENTRAL.**

Responsable	Paso	Actividad
Director del hospital	29	Verifica autenticación del notario
Jefe UACI	30	Recibe contrato firmado por el director del Hospital
Ofertante adjudicatario; Director del hospital	31	Firman contrato en un plazo máximo de 8 días hábiles, posteriores a la notificación de las resolución de adjudicación meta miembro (según art. 81)
Contratante	32	Revisa y firma hoja de control de recepción de contrato
Jefe UACI	33	Elabora y obtiene firma de persona designada, entrega copia del contrato y orden de inicio de obra a ofertante adjudicatario, anexa contrato original a expediente y devuelve garantía de mantenimiento de oferta a ofertantes no ganadores (según art. 80, inciso 3º)
Ofertante adjudicatario	34	Recibe copia de contrato y orden de inicio, presenta garantía(s) solicitada(s)
	35	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si es un contrato de bienes y/o servicios; prepara y entrega los suministros o proporciona servicio, según cláusulas del contrato, presenta factura a persona designada.</li> <li>• Si se trata de obra, inicia conforme a orden y entrega obra o avance de la misma, de acuerdo a cláusulas del contrato, previo visto bueno de supervisor, presenta factura a persona designada.</li> </ul>
Administrador del contrato	36	Verifica bienes, prestación de servicios, obra o avance de la misma con persona designada por unidad solicitante y comprueba cumplimiento de cláusulas de contrato
Jefe almacén ó Administrador del contrato	37	Presenta garantía de buena calidad según art. 37.
Fecha de Elaboración: Octubre 2008		Fecha de Revisión:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001		Revisado por:
		Fecha de Aprobación:
		Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Adquisiciones y Contrataciones

Hoja 7 de 12

Nombre del procedimiento: **LICITACIÓN O CONCURSO PÚBLICO Y LICITACIÓN CONCURSO PÚBLICO POR INVITACIÓN PARA INSTITUCIONES DEL GOBIERNO CENTRAL.**

Responsable	Paso	Actividad
Ofertante	38	Entrega garantía de oferta cuando se realiza la primera entrega
	39	Presenta garantía de buena calidad según art. 37.
Asistente de licitación UACI	40	Controla el cumplimiento del contrato y si hay incumplimiento se aplica multa
Asistente de licitación UACI; Jefe UACI	41	Si hay incumplimiento del contrato, se elaboran informe para ser remitido al área jurídica para que apliquen las multas correspondientes
Jefe UACI	42	Se verifica si se ha aplicado el porcentaje de multa correcto de acuerdo a la ley LACAP art. 85

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

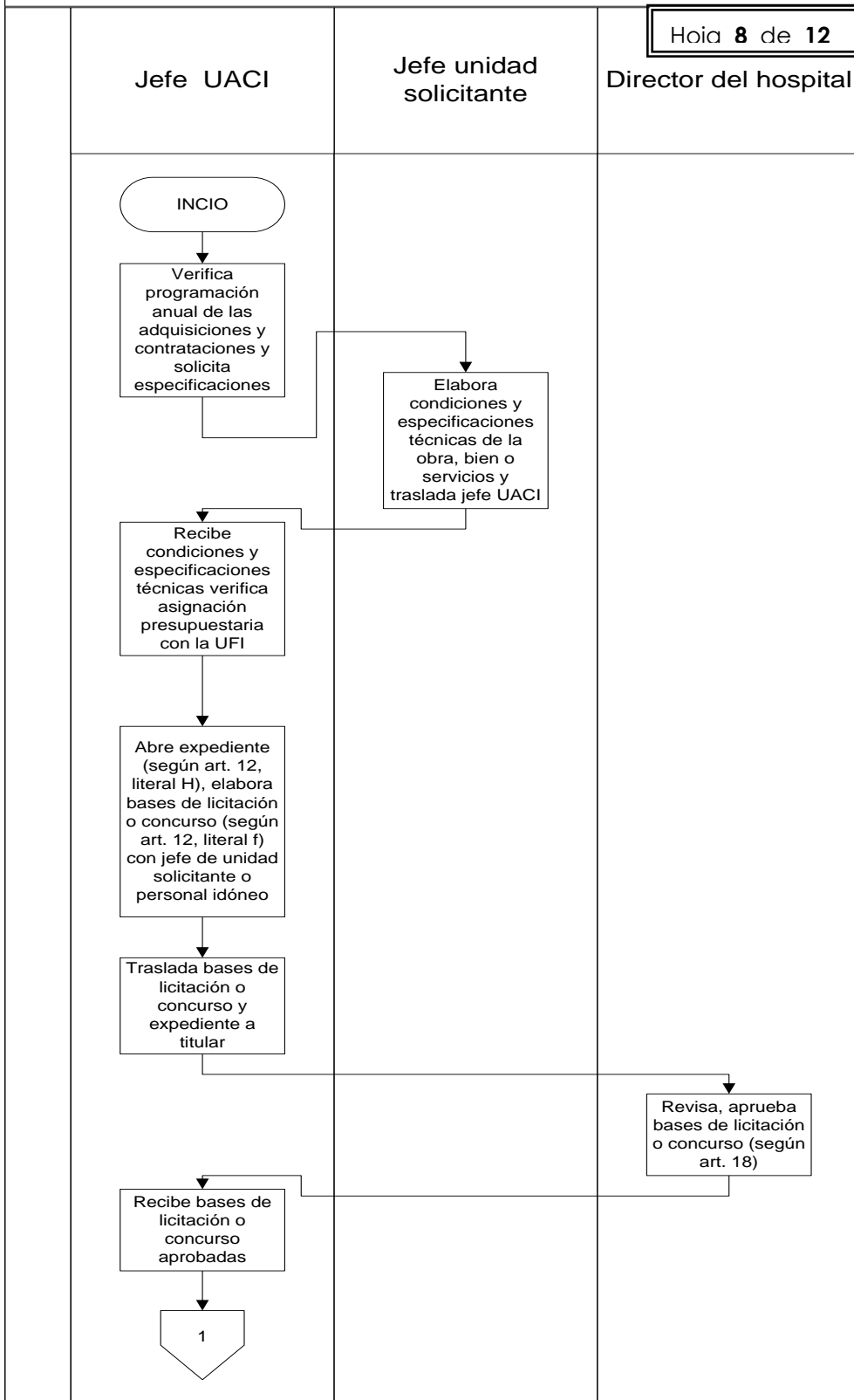
Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

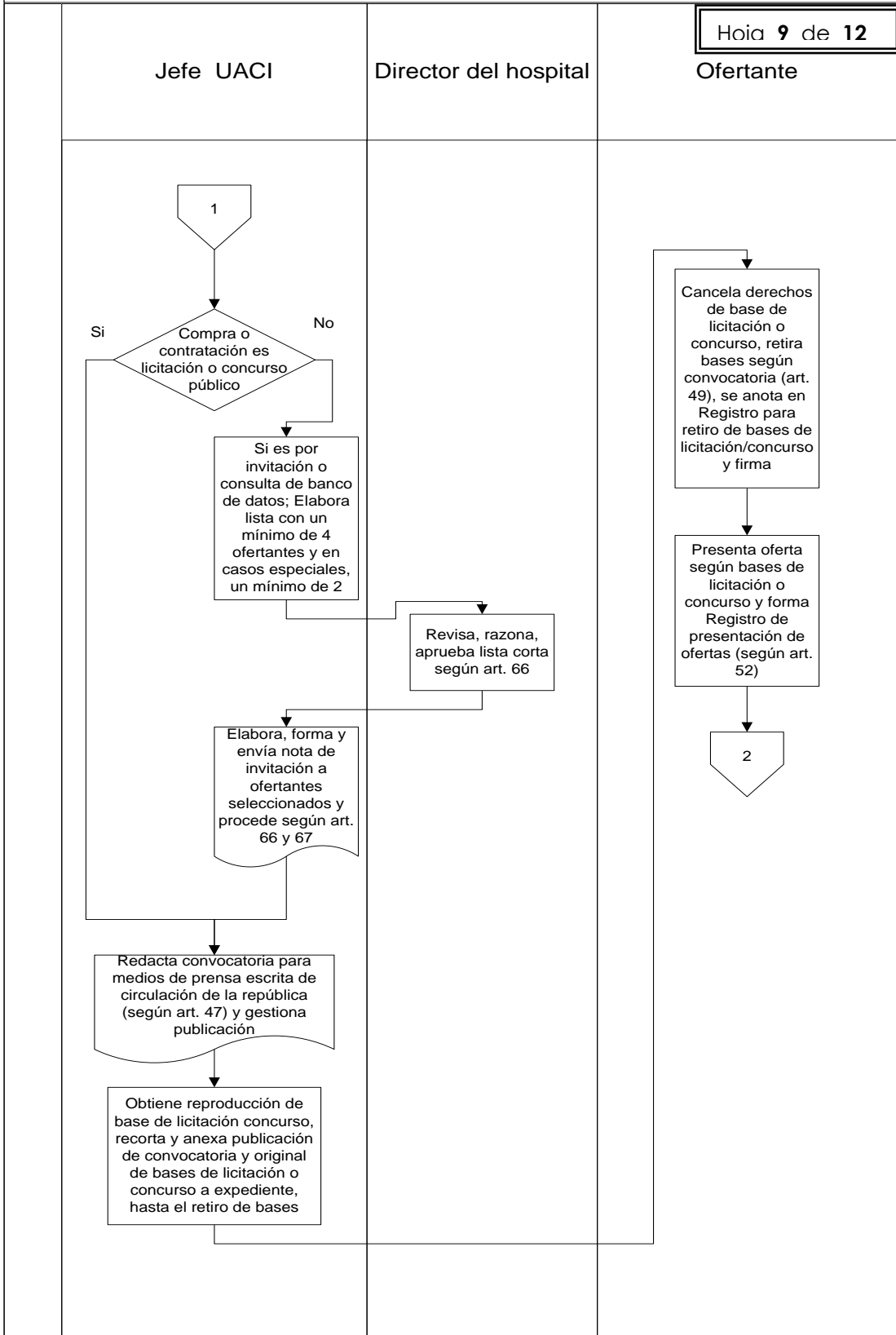
Aprobado por:

**VI. Flujograma de procedimiento: Licitación o concurso público y licitación concurso público por invitación para instituciones del gobierno central**

Hoja 8 de 12



Licitación o concurso público y licitación concurso público por invitación para instituciones del gobierno central



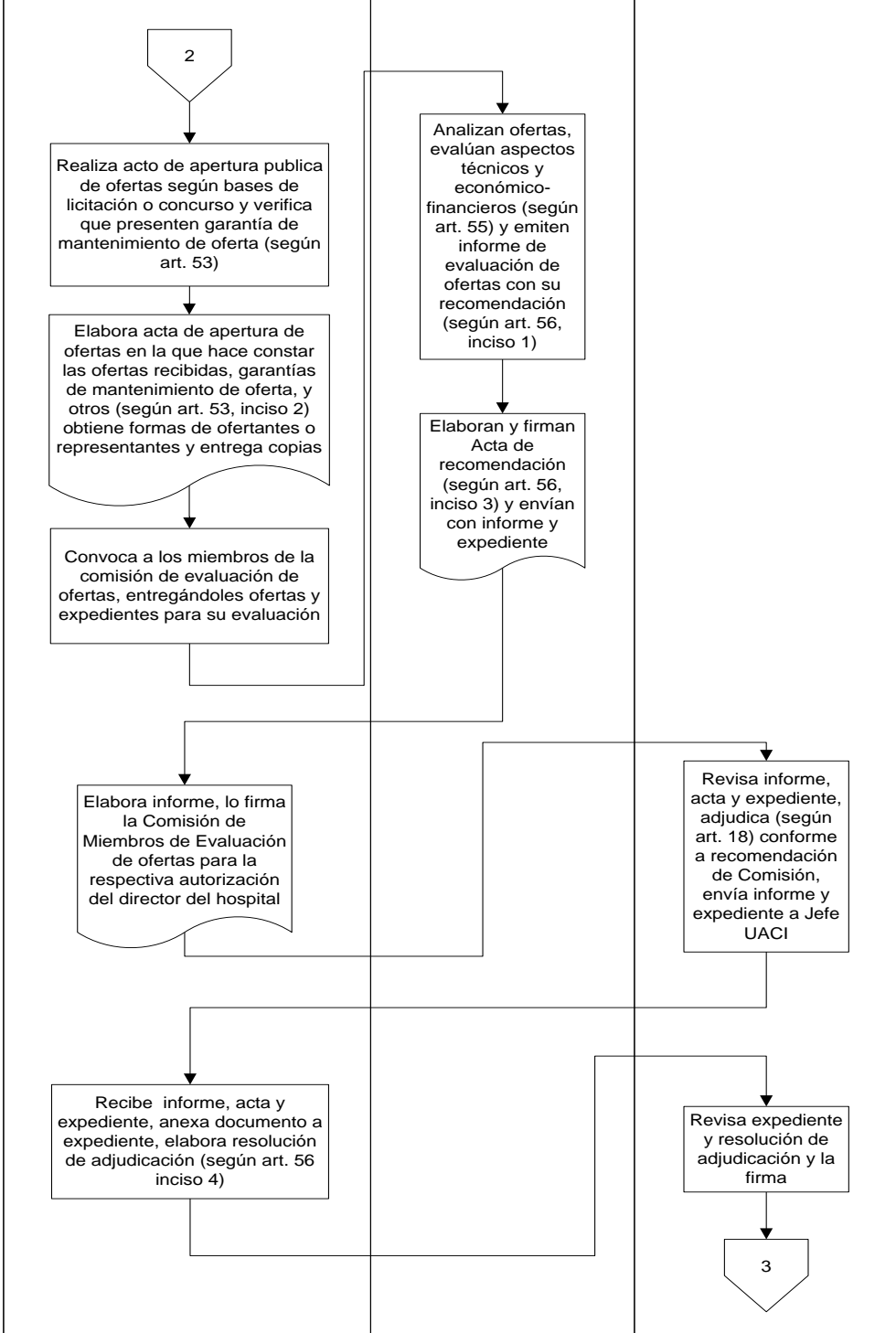
Licitación o concurso público y licitación concurso público por invitación para instituciones del gobierno central

Hoja 10 de 12

Jefe UACI

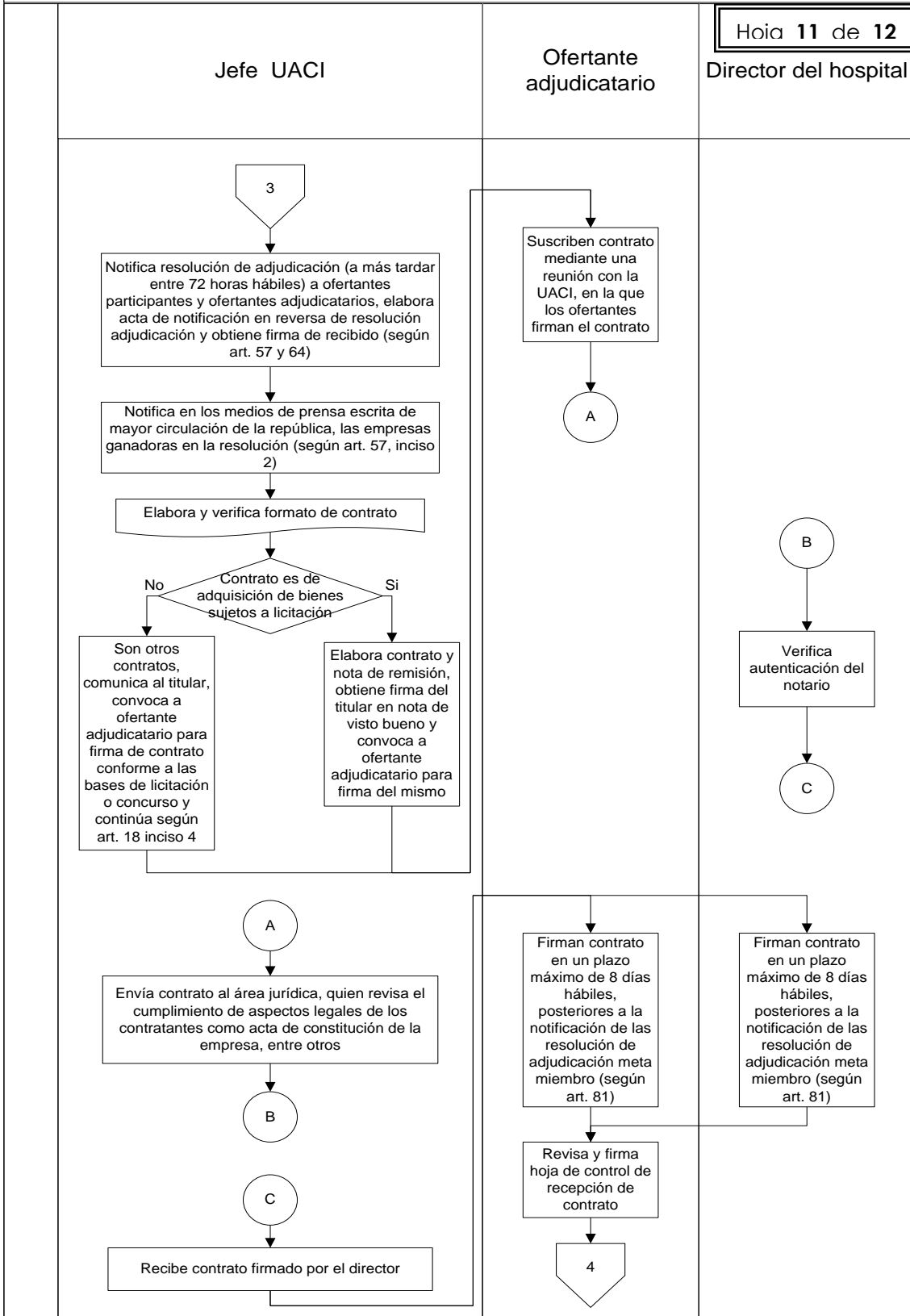
Miembros de la Comisión de Evaluación de Ofertas

Director del hospital

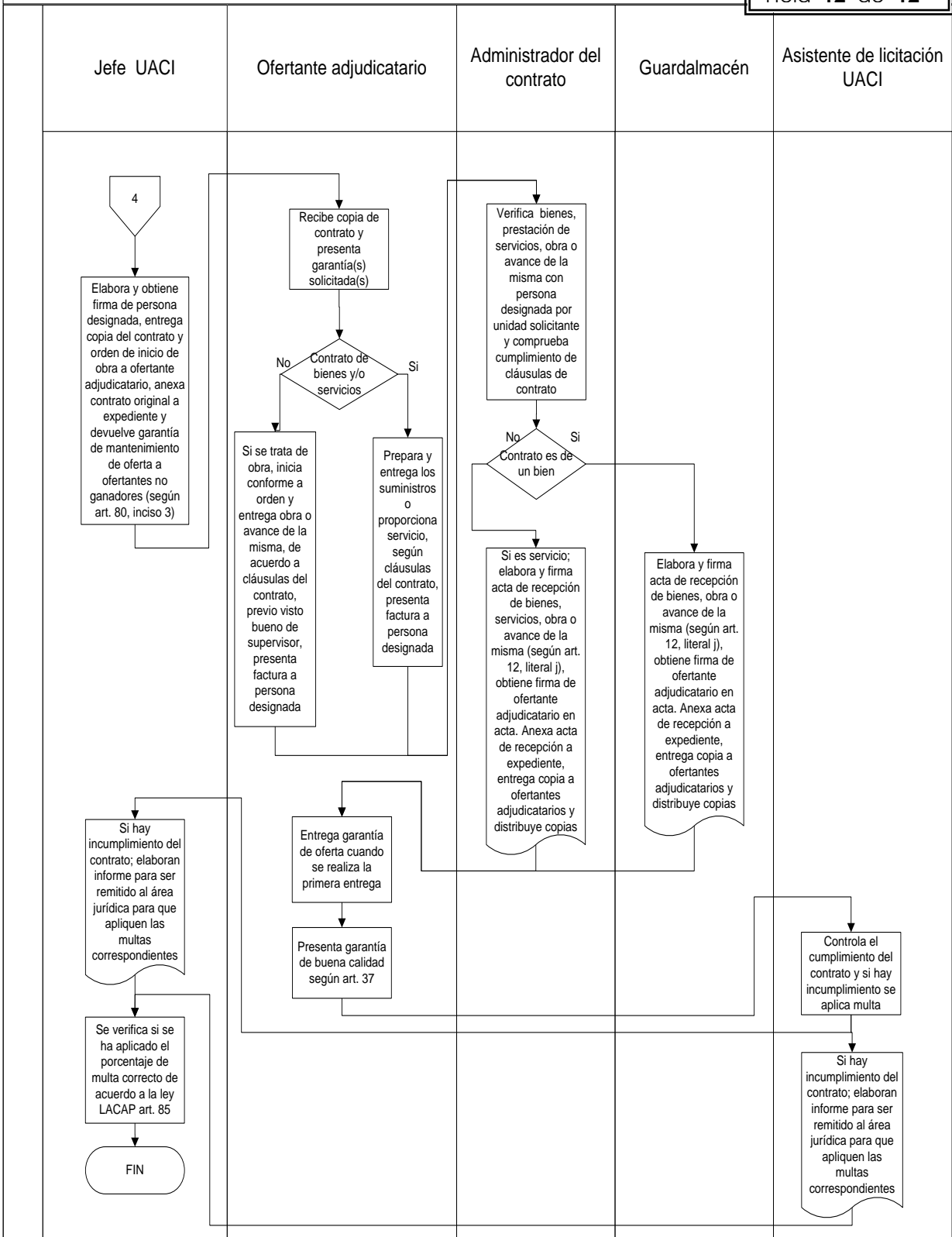


Licitación o concurso público y licitación concurso público por invitación para instituciones del gobierno central

Hoja 11 de 12



Licitación o concurso público y licitación concurso público por invitación para instituciones del gobierno central







HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Adquisiciones y Contrataciones

Hoja 1 de 4

Nombre del procedimiento: ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS

### CONTENIDO

- I. Objetivo
- II. Ámbito de aplicación
- III. Generalidades
- IV. Base Legal
- V. Procedimiento
- VI. Flujograma de procedimiento

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: **Adquisiciones y Contrataciones**

Hoja **2** de **4**

Nombre del procedimiento: **ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS**

### **I. Objetivo**

Almacenar los diversos insumos médicos, administrativos y medicamentos que utilizaran los diversos departamentos del Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca en la realización de las diversas actividades planificadas, garantizando la calidad, cantidad y disponibilidad de los insumos almacenados.

### **II. Ámbito de aplicación**

Es responsabilidad del Almacén, el realizar el procedimiento de almacenamiento de tal manera que garantice la calidad de los medicamentos que se requieran en los diferentes departamentos del área médica del Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca.

### **III. Generalidades**

El procedimiento describe las actividades que involucran la recepción, preparación del local, clasificación de medicamentos, etc. que logren garantizar las condiciones adecuadas de almacenamiento de los medicamentos y que se encuentren en óptimas condiciones para cuando lo requieran los diferentes departamentos médicos del nosocomio.

### **IV. Base legal**

- Normas Técnicas de Control Interno del MSPAS, Capítulo III Normas relativas a las actividades de control, Art. 33

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Adquisiciones y Contrataciones

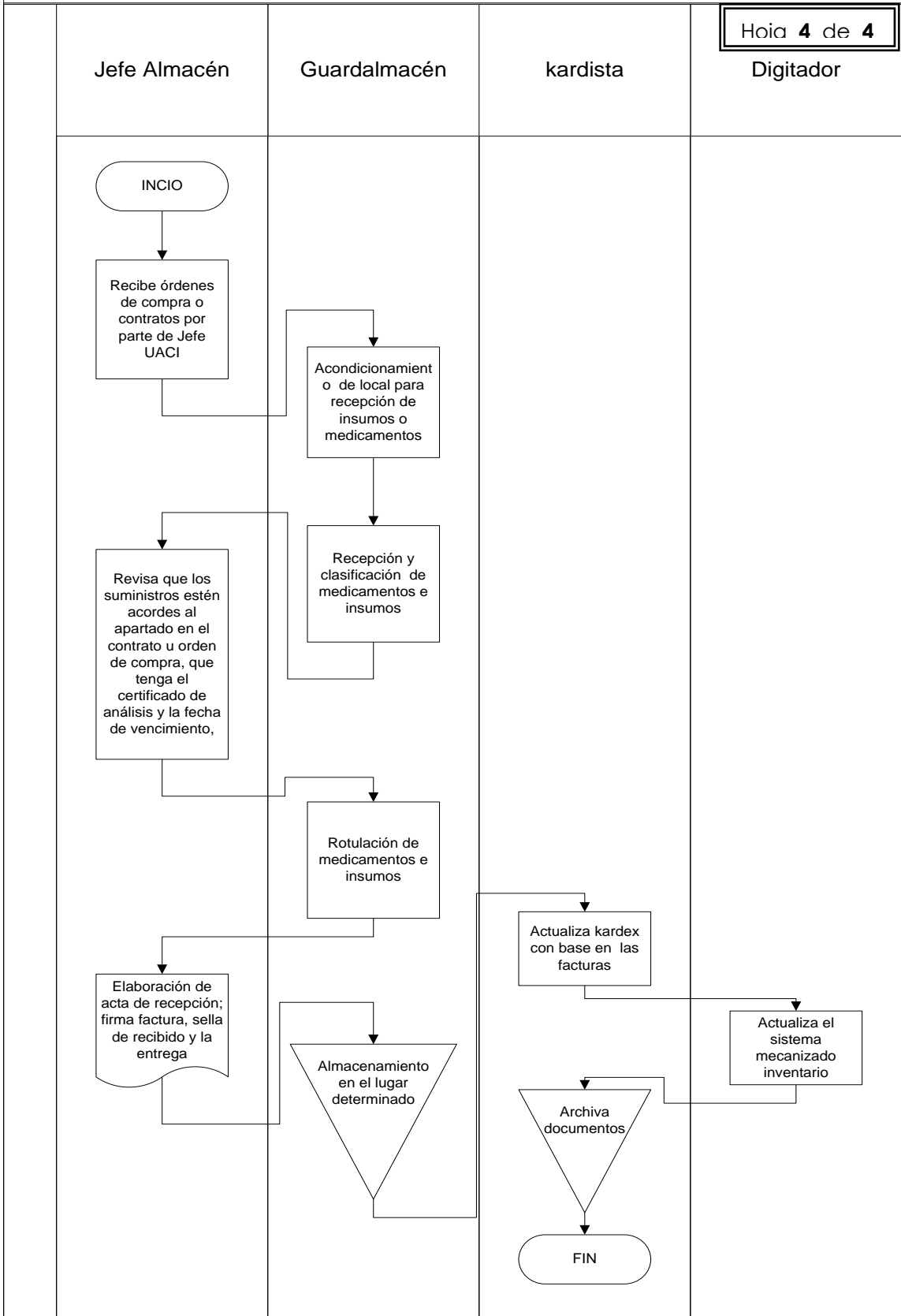
Hoja 3 de 4

Nombre del procedimiento: ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS.

Responsable	Paso	Actividad
Jefe Almacén	1	Recibe órdenes de compra o contratos por parte de Jefe UACI
Encargado de bodega	2	Acondicionamiento de local para recepción de insumos o medicamentos
Jefe Almacén	3	Recepción, clasificación y Revisión de suministros y medicamentos según contrato u orden de compra
Encargado de bode	4	Rotulación de medicamentos e insumos, utilizando rótulos de colores por mes de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"><li>• Enero-Marzo: Rojo</li><li>• Abril-Junio: Azul</li><li>• Julio-Septiembre: Amarillo</li><li>• Octubre-Diciembre: Verde</li></ul>
Jefe Almacén	5	Elaboración de acta de recepción; firma factura, sella de recibido y la entrega
Encargado de bodega	6	Almacenamiento en el lugar determinado de productos recibidos, utilizando carretillas para transportar cargas que excedan las 25 lb. Se transporta todo el producto que sea posible ubicar en dichas carretillas.
Kardista	7	Actualiza kárdex por medio de la factura
Digitador	8	Actualiza el sistema mecanizado de inventarios
Kardista	9	Archiva documentos
Fecha de Elaboración: Octubre 2008		Fecha de Revisión:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001		Aprobado por:

**VI. Flujograma de procedimiento: Almacenamiento de medicamentos insumos**

Hoia 4 de 4





HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Adquisiciones y Contrataciones

Hoja 1 de 6

Nombre del procedimiento: DESCARGO Y DESTRUCCIÓN DE SUMINISTROS MÉDICOS

### CONTENIDO

- I. Objetivo
- II. Ámbito de aplicación
- III. Generalidades
- IV. Base Legal
- V. Procedimiento
- VI. Flujograma de procedimiento
- VII. Anexos

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Adquisiciones y Contrataciones

Hoja 2 de 6

Nombre del procedimiento: DESCARGO Y DESTRUCCIÓN DE SUMINISTROS MÉDICOS.

### I. Objetivo

Garantizar la utilización de medicamentos e insumos médicos en adecuadas condiciones de uso para la atención de los pacientes del Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca por medio de acciones de control y destrucción de insumos médicos y medicamentos caducados.

### II. Ámbito de aplicación

Es responsabilidad del Almacén, el realizar el procedimiento de descargo y destrucción de medicamentos de tal manera que garantice la calidad de los medicamentos que necesiten los pacientes del Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca.

### III. Generalidades

Las actividades de destrucción de suministros médicos tienen una importancia sustancial dentro del nosocomio, al garantizar la calidad de los medicamentos que ofrecen, administrando de forma eficaz los recursos estatales y coordinando de mejor manera las acciones con entidades externas al nosocomio especializadas en la destrucción de medicamentos caducados

### IV. Base legal

- Normas Técnicas de Control Interno del MSPAS, Capítulo III Normas relativas a las actividades de control, Art. 33

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: **Adquisiciones y Contrataciones**

Hoja **3** de **6**

Nombre del procedimiento: **DESCARGO Y DESTRUCCIÓN DE SUMINISTROS MÉDICOS**

Responsable	Paso	Actividad
Jefe Almacén	1	Elabora listado de productos a vencer cada 3 meses con el sistema de semáforo, en el cual los medicamentos que caduquen en 3 meses estarán en estado rojo; los que caduquen en 6 meses en amarillo. Formato a utilizar en ANEXO 1 del procedimiento.
	2	Se comunica los medicamentos próximos a caducar a los diferentes servicios del hospital y a los hospitales de la red nacional por medio de correos electrónicos.
Encargado de bodega	3	Prepara espacio para aislamiento de medicamentos
	4	Aísla el medicamento caducado por medio de carretillas y se realiza un pesaje previo de los medicamentos caducados
Jefe Almacén	5	Traslada el listado de productos caducados a la UACI por medio de correo electrónico
	6	Traslada listado de medicamentos caducados al MSPAS por medio de fax
Ministro de Salud Pública	7	Aprobación de destrucción de medicamentos
Jefe Almacén	8	Recibe aprobación de destrucción de medicamentos
	9	Tramitación con MIDES la destrucción de los medicamentos caducados
Encargado de bodega y MIDES	10	Pesaje de medicamentos

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: **Adquisiciones y Contrataciones**

Hoja **4** de **6**

Nombre del procedimiento: **DESCARGO Y DESTRUCCIÓN DE SUMINISTROS MÉDICOS.**

<b>Responsable</b>	<b>Paso</b>	<b>Actividad</b>
Director institucional, representante jurídico, encargado de farmacia, médico asesor, jefe almacén, encargado de bodega	11	Realizan acta de destrucción de medicamentos
Digitador	12	Descargo del sistema mecanizado de inventario
Kardista	13	Descargo de kárdex
Encargado de bodega	14	Entrega de medicamentos caducados a MIDES para su destrucción.
Kardista	15	Archiva documentos

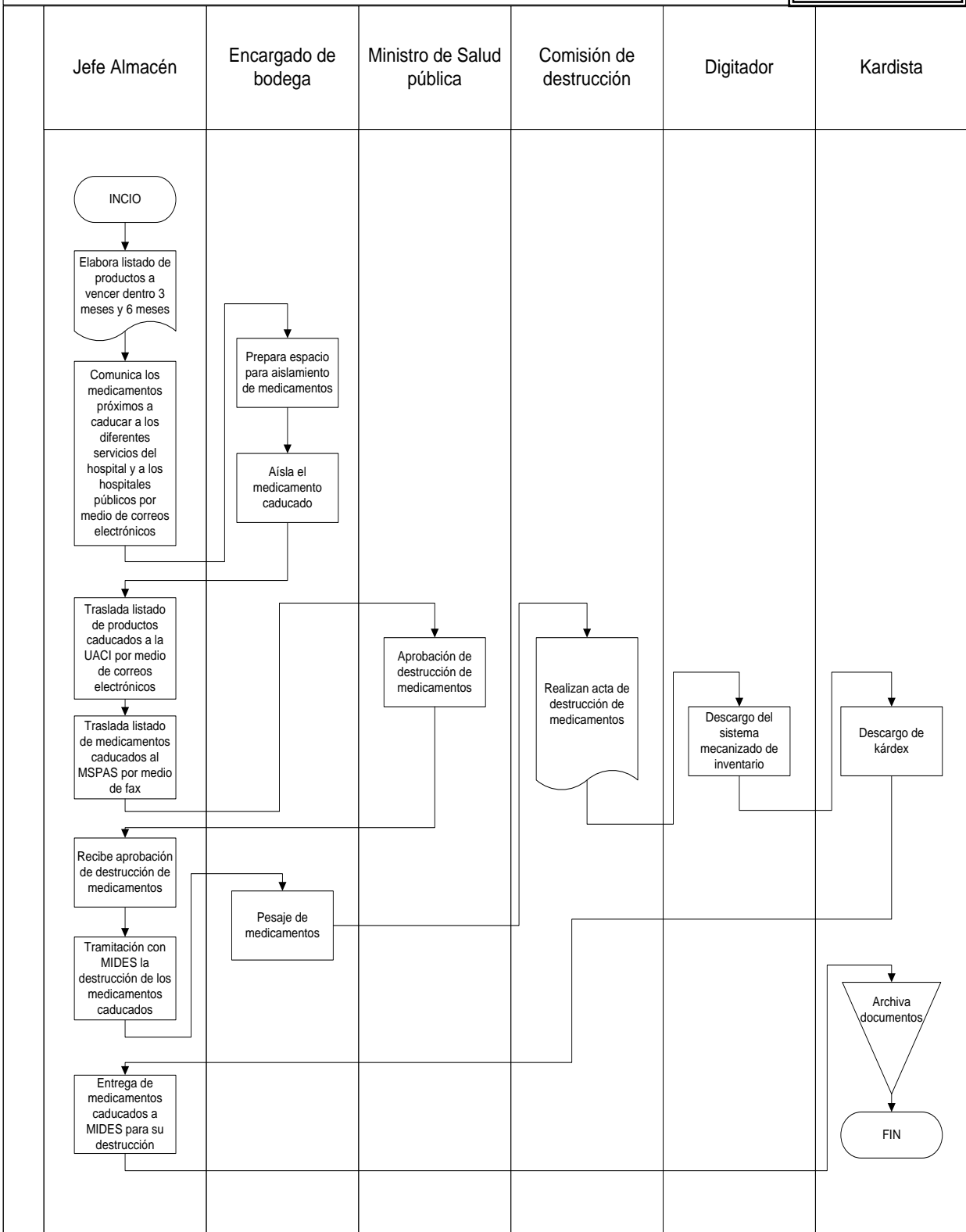
Fecha de Elaboración: Octubre 2008	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
---------------------------------------	--------------------	----------------------

Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:
--	---------------	---------------



VI. Flujograma de procedimiento: Descargo y destrucción de suministros médicos

Hoja 5 de 6





HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Departamento: Adquisiciones y Contrataciones

Hoja 6 de 6

Nombre del procedimiento: **DESCARGO Y DESTRUCCIÓN DE SUMINISTROS MÉDICOS**

## VII. Anexos

### ANEXO 1

 <p><b>MINISTERIO DE SALUD</b> Pasajito Nosotras llevamos SALUD</p>	<p>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA DE ZACATECOLUCA ALMACEN INSTITUCIONAL LISTADO DE PRODUCTOS PERECEDEROS</p>	 <p><b>EL SALVADOR</b> un gobierno con sentido humano</p>
--	--	--

Listado de productos percederos en 3 meses				
CANT.	CODIGO	UM	NOMBRE DEL ARTICULO	NUMERO DE LOTE

Listado de productos percederos en 6 meses				
CANT.	CODIGO	UM	NOMBRE DEL ARTICULO	NUMERO DE LOTE

\_\_\_\_\_  
Firma y sello Jefe UACI

\_\_\_\_\_  
Firma y sello Jefe UACI

\_\_\_\_\_  
Firma y sello Jefe UACI

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Adquisiciones y Contrataciones

Hoja 1 de 5

Nombre del procedimiento: DISTRIBUCIÓN DE SUMINISTROS MÉDICOS.

### CONTENIDO

- I. Objetivo
- II. Ámbito de aplicación
- III. Generalidades
- IV. Base Legal
- V. Procedimiento
- VI. Flujograma de procedimiento
- VII. Anexos

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: **Adquisiciones y Contrataciones**

Hoja **2** de **5**

Nombre del procedimiento: **DISTRIBUCIÓN DE SUMINISTROS MÉDICOS**

### I. Objetivo

Proporcionar a los diferentes departamentos del Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca los diversos suministros médicos, administrativos y/o medicamentos que requieran para su normal funcionamiento a partir de las existencias en el almacén institucional.

### II. Ámbito de aplicación

Es responsabilidad del Almacén, el realizar el procedimiento de distribución de medicamentos de tal manera que garantice la calidad, oportunidad y cantidades requeridas de los medicamentos y suministros médicos en los diferentes departamentos del área médica del Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca para garantizar una atención eficaz del paciente.

### III. Generalidades

El presente procedimiento describe las acciones a realizar para el pedido y la distribución de los suministros médicos y medicamentos que soliciten los diversos departamentos del Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca

### IV. Base legal

- Normas Técnicas de Control Interno del MSPAS, Capítulo III Normas relativas a las actividades de control, Art. 33
- Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública, Título VI de los contratos Capítulo II Contrato de suministro, Art. 119 al Art. 122

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: **Adquisiciones y Contrataciones**

Hoja **3** de **5**

Nombre del procedimiento: **DISTRIBUCIÓN DE SUMINISTROS MÉDICOS.**

Responsable	Paso	Actividad
Jefe Almacén	1	Elabora calendario anual de distribución de suministros
	2	Impresión de calendarios anuales y envío de copias a los diferentes departamentos del hospital.
Unidad solicitante	3	Elaboración de solicitud de suministros y pedido telefónico a almacén de insumos
Encargado de bodega	4	Preparación preliminar de insumos según pedidos
Unidad solicitante	5	Envío de solicitud al director para su aprobación
Director institucional	6	Aprobación de solicitud de suministros por medio de firma
Unidad solicitante	7	Traslado de solicitud a almacén
Jefe Almacén	8	Recepción de solicitud de suministros y entrega de los mismos
Encargado de bodega	9	Preparación final de suministros según autorización del director del hospital
Digitador	10	Se traslada a Digitador la solicitud para el descargo del sistema mecanizado de inventario
	11	Descargo de inventario
Unidad solicitante	12	Firma de recibido y presta carretilla de carga si los insumos pedidos son pesados, voluminosos o frágiles. Devuelve después de transportar insumos. Formato a utilizar en ANEXO 1 del procedimiento.
Kardista	13	Descarga de kárdex los insumos pedidos.
	14	Archiva documentos.

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

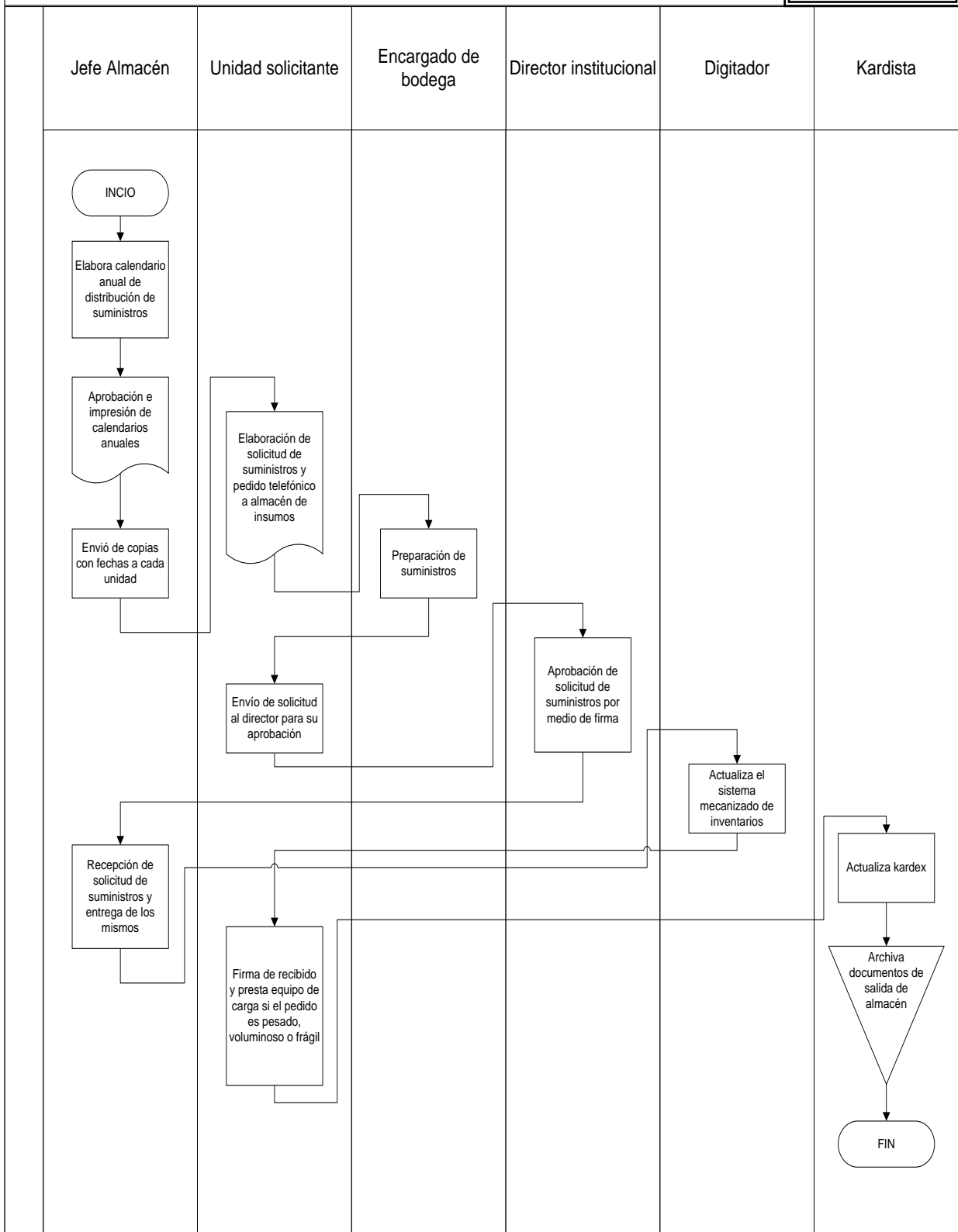
Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:

VI. Flujograma de procedimiento: Distribución de suministros médicos

Hoja 4 de 5





HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: **Adquisiciones y Contrataciones**

Hoja **5** de **5**

Nombre del procedimiento: **DISTRIBUCIÓN DE SUMINISTROS MÉDICOS**

### VII. Anexos

#### ANEXO 1

Hospital Nacional Santa Teresa Formulario para la distribución de suministros médicos	Departamento solicitante: _____ _____	Firma y sello del solicitante: _____	Fecha: _/_/___
--	---	---	-------------------

Código	UM	Nombre del articulo	Número de lote	Fecha de vencim.	cantidad solicitada	Cantidad despachada

Fecha de Elaboración: Octubre 2008	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Finanzas Institucionales

Hoja 1 de 5

Nombre del procedimiento: FORMULACIÓN DEL PRESUPUESTO INSTITUCIONAL.

### CONTENIDO

- I. Objetivo
- II. Ámbito de aplicación
- III. Generalidades
- IV. Base Legal
- V. Procedimiento
- VI. Flujograma de procedimiento
- VII. Anexos

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS****Departamento: Finanzas Institucionales**

Hoja 2 de 5

**Nombre del procedimiento: FORMULACIÓN DEL PRESUPUESTO INSTITUCIONAL.****I. Objetivo**

Elaborar el presupuesto institucional, el cual sirve como instrumento de gestión financiera al Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca para proporcionar los diferentes servicios médicos a la población del departamento de la Paz, así como también generar los diferentes servicios administrativos que ayudan a proporcionar los servicios médicos.

**II. Ámbito de aplicación**

Las actividades para la elaboración del Presupuesto institucional se efectúan en la Unidad Financiera Institucional (UFI) y tiene aplicación a todas las operaciones financieras expresadas por cada uno de los departamentos médicos y administrativos del Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca para la provisión de servicios médicos.

**III. Generalidades**

Las actividades que se realizan para la elaboración del Presupuesto institucional permiten visualizar las necesidades de financiamiento, por parte del Gobierno de El Salvador y de ingresos propios, para lograr la adecuada prestación de servicios de salud a la población del departamento de La Paz y otros objetivos que tenga el nosocomio.

**IV. Base legal**

- Ley AFI:
  - Título III del Subsistema de Presupuesto Público, Capítulo I: Generalidades, Art 20, 21, 25 al Art. 27
  - Título III del Subsistema de Presupuesto Público, Capítulo III: del proceso presupuestario
  - Sección I: de la formulación del presupuesto
  - Sección II: de la aprobación del presupuesto
  - Sección III: de la ejecución del presupuesto
  - Título III del Subsistema de Presupuesto Público, Capítulo IV del régimen presupuestario de las empresas públicas no financieras, Art. 51 al Art. 59
  - Título III del Subsistema de Presupuesto Público, Capítulo II Política Presupuestaria, Art. 28 al Art. 30
- Normas Técnicas de Control Interno del MSPAS, Capítulo III Normas relativas a las actividades de control, Art. 36 al Art. 44
- Reglamento General de Hospitales, Título VII Disposiciones Generales, Art. 137
- Política Presupuestaria que emite el Ministerio de Hacienda

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Finanzas Institucionales

Hoja 3 de 5

Nombre del procedimiento: Formulación del presupuesto institucional

Responsable	Paso	Actividad
Comisión de presupuesto institucional	1	Emite lineamientos internos para la elaboración del presupuesto
Jefe UFI	2	Envía formatos para la realización del presupuesto a cada área del hospital. Formato a utilizar en ANEXO 1 del procedimiento.
Jefes de áreas	3	Elaboración del presupuesto por áreas
Comisión de presupuesto institucional	4	Consolida presupuestos por áreas
Director institucional	5	Elabora políticas y objetivos institucionales
Jefe UFI	6	Asigna techos a las diferentes líneas de presupuesto
Técnico de presupuesto	7	Distribuye ingresos por mes
	8	Distribuye metas de producción del hospital
Jefe UFI	9	Distribuye por específicos de gastos
Técnico DGP	10	Suma valores en el sistema
Técnico de presupuesto	11	Consolida e imprime planes
Jefe UFI	12	Revisa planes y presenta a DGP
Técnico DGP	13	Revisa información
Jefe UFI	14	Envía proyecto de presupuesto a MSPAS

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

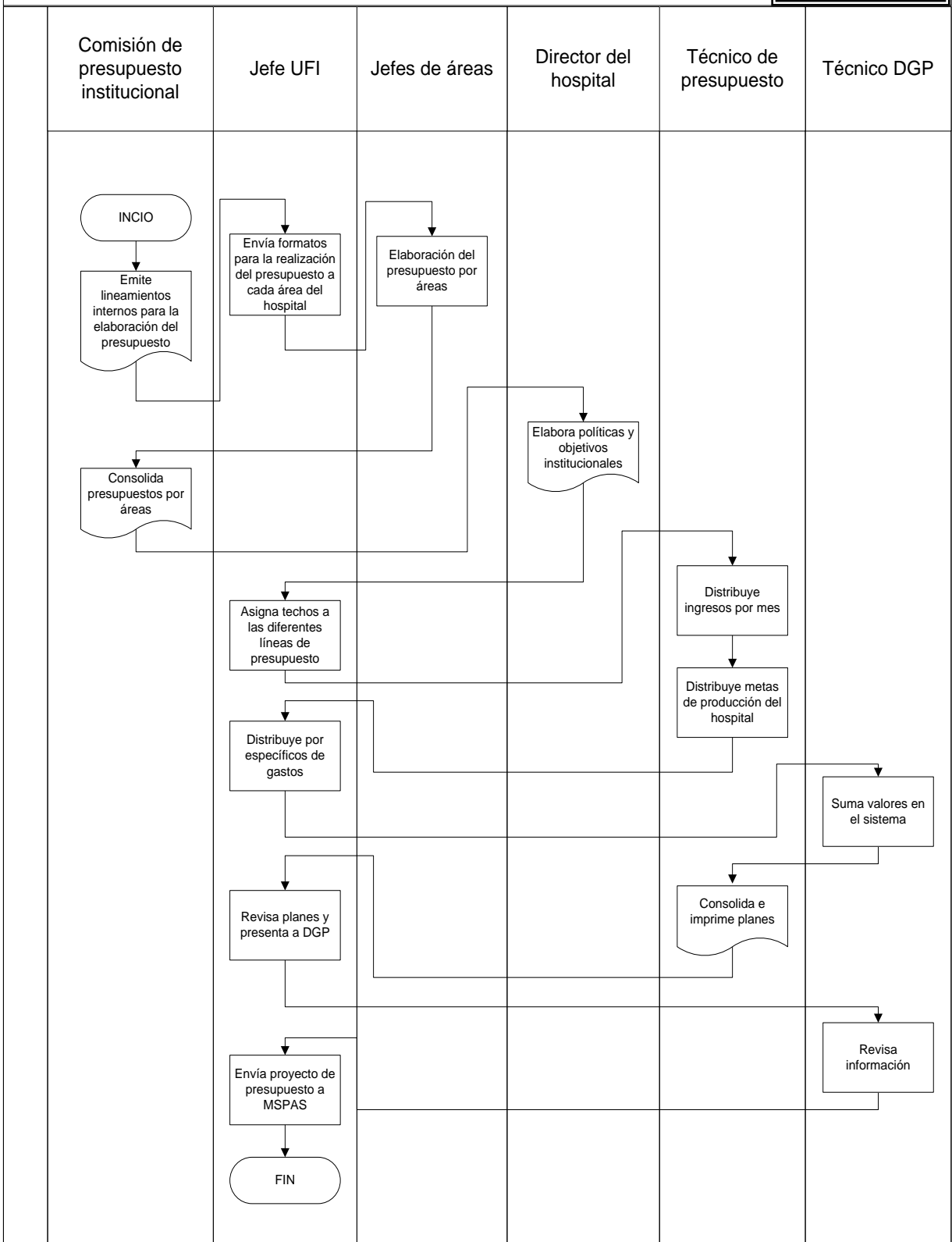
Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001,  
TG03001

Revisado por:

Aprobado por:

**VI. Flujograma de procedimiento: Formulación del presupuesto institucional**





HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento: Finanzas Institucionales

Hoja 5 de 5

Nombre del procedimiento: Formulación del presupuesto institucional

### VII. Anexos

#### ANEXO 1

HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA DE ZACATECOLUCA  
UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL  
FORMATO PRESUPUESTARIO

Año  
20\_\_

DEPARTAMENTO  
OBJETIVO GENERAL  
OBJETIVO ESPECIFICO  
METAS  
POLITICAS


Especifico	Descripción del bien o servicio	UM	1 Existencias	2 Consumo anual	3=2+1 Saldo	4=3*10% Demanda incremental	5=3+4 Cantidad solicitada	6 Precio unit.	7 Monto total
	Total								

Sello	Nombre: _____	Firma.
	Cargo: _____	

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:

---

### **3. ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL PROPUESTO**

---

#### **3.1 PROCESO PARA LA ELABORACIÓN DE ORGANIGRAMAS:**

Se conocen cinco pasos básicos que se han de seguir en el procedimiento para la elaboración de los organigramas:

1. Autorización y apoyo de los niveles superiores.
2. Acopio de la información.
3. Clasificación y registro de la información.
4. Análisis de la información.
5. Diseño del organigrama.

##### **3.1.1 Autorización y Apoyo de los Niveles Superiores.**

La autorización puede traducirse en el apoyo por parte de los niveles superiores, que la unidad que realice el acopio de la información básica necesita, para contar con la colaboración de las demás dependencias para el diseño del organigrama.

También está referida a la congruencia entre la estructura y las disposiciones legales que rigen el funcionamiento de la institución.

##### **3.1.2 Recopilación de la Información:**

Deberá especificarse la información básica que se requiere y seguidamente establecerse los medios para su acopio, identificando sus fuentes.

##### Información Básica:

Los datos que se han de reunir están en función directa de las áreas que se desea representar, así como del contenido específico del organigrama.

Determinando lo anterior, se realizará el acopio de la información correspondiente a:

- Los órganos que integran dicha (s) área (s).
- El nivel jerárquico que ocupan en la estructura orgánica.
- Las relaciones que guardan entre ellos.
- La naturaleza de estas relaciones.
- Las funciones que realizan y,
- Los puestos y el número de plazas que los integran.

##### Fuentes de Información:

Para elaborar el organigrama institucional, se tendrán como principales fuentes:

- Los archivos y centros de documentación, que concentren la información requerida (leyes, reglamentos, manuales administrativos, etc.).
- Los funcionarios y empleados responsables de la instancia de estudio.

##### Métodos de Recolección:

A continuación se señalan los principales métodos para reunir la información básica ya descrita:

- **Investigación Documental:**

La investigación proveniente de este método, es producto de la consulta bibliográfica, así como leyes y normativas. Para el caso particular del HNST, las principales fuentes de consulta son las leyes y reglamentos que citan las atribuciones y obligaciones de la Institución, el Plan Operativo Anual, que establece el compromiso de metas y programas a cumplir, así como los manuales administrativos que hacen referencia a las funciones y procedimientos a desarrollar por el objeto de estudio, etc.

- **Investigación de Campo:**

Se lleva a cabo mediante la entrevista con funcionarios de los distintos niveles de la institución, aplicando cuestionarios, o bien, a través de entrevistas que permitan obtener la información requerida.

La investigación de campo, permite también verificar la información documental o complementaria con datos proporcionados por los titulares de las diversas unidades.

**3.1.3 Clasificación y Registro de la Información:**

Este paso es de vital importancia ya que se organiza, clasifica y selecciona la información recopilada, de forma tal que los posteriores pasos encuentren dicha observación adecuadamente presentada y concentrada.

**3.1.4 Análisis de la Información:**

La información que ha sido recopilada, clasificada y registrada, deberá someterse a un análisis para detectar, entre otros aspectos, posibles faltantes y contradicciones en la misma.

Antes de dar una interpretación personal aclaratoria, deberá buscarse la confirmación de los datos que así lo requieran, por parte de los responsables de las áreas sometidas a estudio. Una vez que la información haya sido analizada, interpretada y confirmada, se procederá al diseño del organigrama.

**3.1.5 Diseño del Organigrama:**

Los elementos gráficos que se utilizan para representar a las unidades que componen la estructura orgánica, así como las relaciones existentes entre ellos, son:

- Figuras para representar los órganos.
- Líneas de conexión para indicar las relaciones existentes entre ellos.
- El elemento gráfico esencial en el diseño del organigrama son las líneas de conexión, ya que representan las relaciones entre los órganos y la naturaleza de éstas.

Es importante tener siempre en cuenta que no existen normas rígidas en la elaboración de organigramas, puesto que el propósito, el contenido y el ámbito de cada organigrama, influyen de manera significativa en la representación gráfica que se haga.

### 3.2 APLICACIÓN DEL PROCESO PARA LA ELABORACIÓN DE ORGANIGRAMAS

#### 3.2.1 Autorización y Apoyo de los Niveles Superiores.

Para la elaboración del organigrama del Hospital Nacional Santa Teresa, además del apoyo proporcionado por la dirección para la recopilación de la información necesaria, se realizaron algunas consideraciones a partir de ciertas leyes y normativas tales como: el código de salud, reglamento general de hospitales y normas técnicas de control interno de la corte de cuentas.

#### 3.2.2 Recopilación de la Información:

##### Información Básica:

- **Constitución del Hospital Nacional Santa Teresa**

El HNST está conformado por 3 divisiones que son:

División médica	Medicina	Medicina Interna Neumología Cardiología Dermatología Odontología	
	Cirugía	Cirugía General Cirugía Pediátrica Ortopedia y Trauma Urología Cirugía Vasculat Cirugía endoscópica Neurocirugía Oftalmología	
	Ginecología y Obstetricia	Obstetricia de Medio Riesgo Obstetricia de Bajo Riesgo Ginecología Detección Cáncer Útero Planificación Familiar Control Prenatal Alto riesgo Colposcopia Crioterapia	
	Pediatría	Neonatología Pediatria Médica Pediatria Quirúrgica Crecimiento y Desarrollo	
División de apoyo médico	Radiología		
	Laboratorio clínico		
	Fisioterapia		
	Centro Quirúrgico		
	Farmacia		
	Anestesia y Terapia Respiratoria		
	Trabajo social		
División Administrativa	Estadísticas y Documentos Médicos		
	Dirección		
	Recursos Humanos		
	Financiero Contable		
	Adquisiciones y Contrataciones		
	Almacén		
	Conservación	y	Alimentación y Dietas
	Mantenimiento		Lavandería y Ropería
			Transporte
			Mantenimiento
		Servicios Generales	

- **El nivel jerárquico que ocupan en la estructura orgánica.**

**Nivel directivo:** Conformado por la Dirección.

**Mandos medios:**

a) Área médica: Jefes de cada una de las 4 especialidades médicas ofrecida por la institución y Jefe de Residentes.

b) Área de apoyo médico: Jefes de los departamentos de apoyo y diagnóstico.

c) Área Administrativa: Jefes de departamento.

**Nivel operativo:** constituido por los subalternos de las diferentes jefaturas arriba mencionadas.

*Artículos asociados<sup>116</sup>:*

- Reglamento General de Hospitales

Art. 20. El Personal Médico trabajará conforme a la distribución en las diferentes áreas de acuerdo a planes discutidos y aprobados con anterioridad por los jefes correspondientes...

Art. 43. Los Jefes de los Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento serán los encargados de planificar, organizar, dirigir, coordinar, supervisar y evaluar las actividades técnico administrativas y docentes del servicio a su cargo.

Art. 61. Los Jefes de los Servicios Técnicos de Apoyo Médico serán los encargados de planificar, organizar, dirigir, coordinar, supervisar y evaluar las actividades técnico-administrativas y docentes del Servicio a su cargo.

- Ley LACAP

Art. 9. Cada institución de la Administración Pública establecerá una Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional, que podrá abreviarse UACI...

Art. 10. La UACI estará a cargo de un Jefe, independientemente de la denominación de la plaza dentro de la estructura organizacional de cada institución,

- Ley AFI

Art. 16. Cada entidad e institución mencionada en el Artículo 2 de esta Ley establecerá una unidad financiera institucional responsable de su gestión financiera...

- **Relaciones que guardan entre ellos.**

Las relaciones existentes entre las diferentes dependencias del Hospital, pueden explicarse a partir de los siguientes artículos del Reglamento General de Hospitales:

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.

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

Art. 23. Del Área de Cirugía dependerá el Centro Quirúrgico constituido por Salas de Operaciones, Salas de Recuperación, Central de Equipos y Esterilización.

---

<sup>116</sup> Para mayor información de normativas o base legal del organigrama referirse a Anexo II-3



Art. 24. El Área de Ginecología y Obstetricia estará destinada a la atención del aparato reproductor femenino y lo relacionado con el embarazo. Constará de los servicios de Ginecología, Obstetricia, Perinatología y otros, según la complejidad del Hospital.

Art. 42. Los Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento estarán constituidos de acuerdo al nivel de desarrollo y complejidad del Hospital y dependerán de la jefatura correspondiente. Estos Servicios podrán ser:

- Laboratorio clínico
- Banco de sangre
- Anatomía Patológica
- Radiodiagnóstico
- Medicina nuclear
- Medicina física y de rehabilitación

Art. 60. Los Servicios Técnicos de Apoyo Médico estarán constituidos de acuerdo al nivel de desarrollo y complejidad del Hospital y dependerán de la Jefatura correspondiente. Estos Servicios podrán ser:

- Enfermería
- Farmacia
- Servicio social
- Alimentación y Dietética
- Estadística y Documentos Médicos.

Art. 72. El Área Administrativa es la responsable de la gestión administrativa institucional; para tal fin cuenta con las siguientes dependencias:

- a) Recursos Humanos;
- b) Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional;
- c) Conservación y Mantenimiento Integral; y,
- d) Otras que sean necesarias.

Art. 78. Conservación y Mantenimiento Integral es el responsable de asegurar el buen funcionamiento de los bienes muebles e inmuebles necesarios para la provisión de los servicios de salud en el Hospital. Está constituido por las siguientes áreas:

- a) Mantenimiento
- b) Lavandería y costurería
- c) Limpieza
- d) Transporte
- e) Vigilancia
- f) Portería
- g) Telefonía; y
- h) Otras, de acuerdo a su complejidad.

Ley AFI

Art. 30 La Unidad Financiera Institucional, como responsable de las operaciones financieras, será estructurada como unidad de segundo nivel organizacional, dependerá del Titular de la institución....

Art. 31 Corresponde al Jefe de la UFI la dirección, coordinación, integración y supervisión de las actividades de presupuesto, tesorería, contabilidad gubernamental y crédito público que realicen los niveles de gestión institucional...

- **Funciones que realizan**

Las funciones de los diferentes puestos del hospital, fueron consultadas en el manual administrativo del SIBASI, así como en normativas como el Reglamento General de Hospitales, y las normas técnicas de control interno de la corte de Cuentas.

### 3.2.3 Clasificación y Registro de la Información:

A partir de la información recopilada en el apartado anterior, se realiza una clasificación y ordenamiento de los datos, para tener una idea más clara de la constitución de la estructura organizativa de la Institución. Para ello, se ha elaborado la siguiente tabla, en la que se detalla para cada una de las divisiones del hospital las áreas o departamentos que las componen así como las dependencias o servicios que pertenecen a cada una de ellas. También se señalan las leyes asociadas en las cuales se respaldan las relaciones existentes entre las diferentes unidades y las funciones de las mismas.

<b>Cuadro II-16: Clasificación y Registro de la Información para elaborar organigrama</b>			
<b>División</b>	<b>Area o Departamento</b>	<b>Servicio</b>	<b>Leyes asociadas</b>
División médica	Medicina	Medicina Interna Neumología Cardiología Dermatología Odontología	Art.21 Reglamento General de Hospitales.
	Cirugía	Cirugía General Cirugía Pediátrica Ortopedia y Trauma Urología Cirugía Vascular Cirugía endoscópica Neurocirugía Oftalmología Central de Equipos y esterilizaciones Sala de operaciones.	Art.22 y 23 Reglamento General de Hospitales
	Ginecología y Obstetricia	Obstetricia de Medio Riesgo Obstetricia de Bajo Riesgo Ginecología Detección Cáncer Útero Planificación Familiar Control Prenatal Alto riesgo Colposcopia Crioterapia	Art.24 Reglamento General de Hospitales
	Pediatría	Neonatología Pediatria Médica Pediatria Quirúrgica Crecimiento y Desarrollo	
	Residentes		

División de apoyo médico	Radiología	Servicios auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento.	Art.42 Reglamento General de Hospitales
	Laboratorio clínico		
	Fisioterapia		
	Enfermería	Servicios Técnicos d apoyo médico.	Art.60 Reglamento General de Hospitales
	Farmacia		
Trabajo social			
Estadísticas y Documentos Médicos			
División	Departamento	Dependencias	Leyes
División Administrativa	Dirección		Art. 10 y 11 NTCl Corte de cuentas.
	Recursos Humanos		
	Financiero Contable		Art. 16, 30, 31 en adelante, Ley AFI.
	Adquisiciones y Contrataciones	Almacén	Art. 7 y 8 Ley LACAP
	Conservación y mantenimiento integral	Limpieza Transporte Vigilancia Limpieza Comunicaciones Lavandería	Art.78 Reglamento General de Hospitales

### 3.2.4 Análisis de la Información:

Con base en la información recogida, se observó la ausencia de un criterio uniforme en la elaboración del organigrama actual del hospital, así como la presencia de algunas dependencias en divisiones diferentes, a las que pertenecen según la normativa. Por otra parte se observa que en el reglamento general de Hospitales se estipulan la necesidad de los cargos de administrador y subdirector de las instituciones; sin embargo, no quedan claras sus funciones y dado que el hospital no cuenta con dichos cargos no serán tomados en cuenta.

### 3.2.5 Diseño del Organigrama:

Una vez considerados los aspectos anteriores, se diseñó una propuesta de organigrama para el Hospital Nacional Santa Teresa. Entre los principales cambios realizados a la estructura se tienen:

- Unificación del criterio bajo el cual ha sido elaborado el organigrama para facilitar su comprensión. **El criterio utilizado** fue el cumplimiento de las leyes y reglamentos y se ha utilizado una estructura de tipo funcional.
- Se organizaron los servicios y áreas de la división médica y apoyo médico dentro de los departamentos correspondientes de acuerdo con lo establecido en el reglamento general de hospitales, la ley AFI y LACAP; tal y como se mostró en el cuadro anterior.
- Es importante mencionar que los cambios propuestos, no afectan las funciones ni la estructuración de la institución, dado que estos son únicamente de forma y solo tratan de ser un reflejo más claro de la realidad del nosocomio.

La estructura organizativa propuesta se muestra en el siguiente apartado en el manual de organización.

---

## 4. MANUAL DE ORGANIZACIÓN

---



HOSPITAL NACIONAL  
SANTA TERESA.

# MANUAL DE ORGANIZACIÓN



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE ORGANIZACIÓN

### INTRODUCCIÓN

Hoja 1 de 11

El manual de organización del Hospital Nacional Santa Teresa es un instrumento que contiene información de la estructura organizativa del nosocomio, también muestra las dependencias y las relaciones interfuncionales existentes entre las diferentes áreas. Es en él donde se dan a conocer aspectos como la misión, visión, los objetivos, políticas y otros elementos relacionados con la filosofía institucional

El siguiente documento tiene el propósito de presentar la información anteriormente descrita de forma clara, permitiendo que tanto el personal interno como personas del entorno conozcan aspectos importantes de la institución.

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005,  
PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



**VISIÓN Y MISIÓN**

**VISIÓN**

“Llegar a ser un Hospital de segundo Nivel competitivo y reconocido a nivel nacional por su eficacia y la excelente calidad en sus servicios, contando con personal altamente capacitado, infraestructura y equipo de alto nivel tecnológico y elevados índices de satisfacción en sus clientes”.

**MISIÓN**

“Somos un Hospital General de Segundo Nivel, interesado en la provisión de servicios de salud con calidad y calidez a la población, en las especialidades básicas de Medicina, Cirugía, Gineco-obstetricia, Pediatría y sus especialidades complementarias y servicios de apoyo. Enlazados con el primer nivel de atención, a través del sistema de referencia y retorno y comprometidos con la satisfacción de los usuarios, el ejercicio de la docencia médica, la ética profesional y equidad en la atención”.

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005,  
PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



**VALORES**

Hoja **3** de **11**

**CALIDAD**

Me esforzaré por realizar nuestro trabajo con la mayor eficiencia, eficacia, competencia, y responsabilidad, procurando siempre mantener la equidad, continuidad y seguridad en la prestación del servicio para todos los usuarios.

**CALIDEZ**

En mi trato a los usuarios prevalecerá siempre la amabilidad, empatía, humildad y respeto hacia la dignidad de las personas.

**ÉTICA PROFESIONAL**

Mi conducta se regirá siempre bajo el cumplimiento de las normas morales y religiosas, necesarias para alcanzar mis fines.

**TRABAJO EN EQUIPO**

Procuraré en mis relaciones laborales prevalezca la comunicación, armonía, compañerismo, respeto y colaboración para el logro de los objetivos de la institución.

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005,  
PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

## MANUAL DE ORGANIZACIÓN

### OBJETIVOS INSTITUCIONALES

Hoja 4 de 11

- Proporcionar servicios de salud con calidad y calidez a la población del Departamento de la Paz y a todo aquel que lo necesite.
- Incrementar la eficiencia en el manejo de los recursos financieros para ayudar al adecuado funcionamiento de la institución.
- Promover el desarrollo y satisfacción del personal de la institución en el desarrollo de sus labores.
- Lograr un óptimo desempeño institucional a través del mejoramiento de los procesos deficientes y desarrollo de nuevos métodos de operación.
- Incrementar la competitividad de la institución a través del mejoramiento de los principales indicadores de desempeño tales como eficacia, eficiencia y productividad.

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005,  
PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:





**ESTRATEGIAS**

- Estrategia 1: Incrementar ingresos hospitalarios a través de la venta de servicios a otras instituciones.
- Estrategia 2: Consolidar la confianza de los usuarios en los servicios prestados por el Hospital.
- Estrategia 3: Implementar cambios en la institución que contribuyan a mejorar su rendimiento y aprovechar los recursos nuevos y existentes.
- Estrategia 4: Impulsar el desarrollo del capital humano de la institución en las diferentes áreas.
- Estrategia 5: Promover la integración de las diferentes áreas del hospital.

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005,  
PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:



# HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

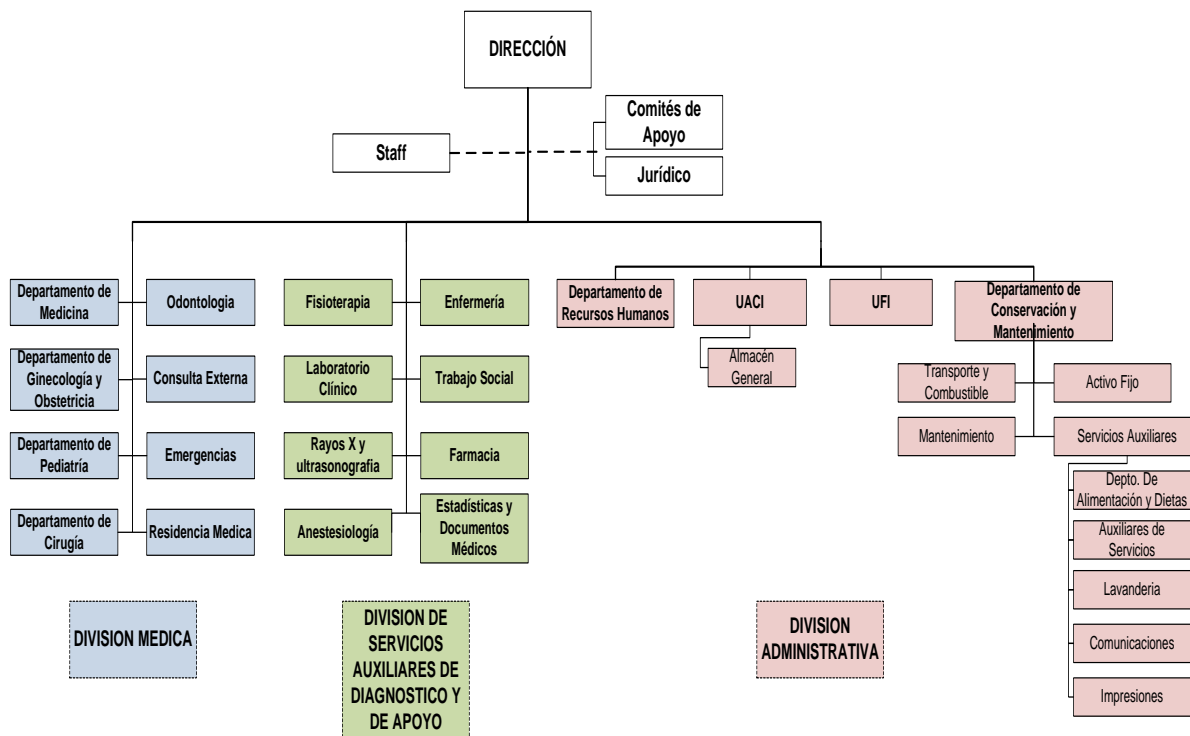
## MANUAL DE ORGANIZACIÓN

### ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

Hoja 6 de 11

El organigrama del Hospital Nacional Santa Teresa se muestra en la siguiente imagen:

Imagen II-34: Organigrama HNST



fuentes: elaboración propia

Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005,  
PL02001, TG03001

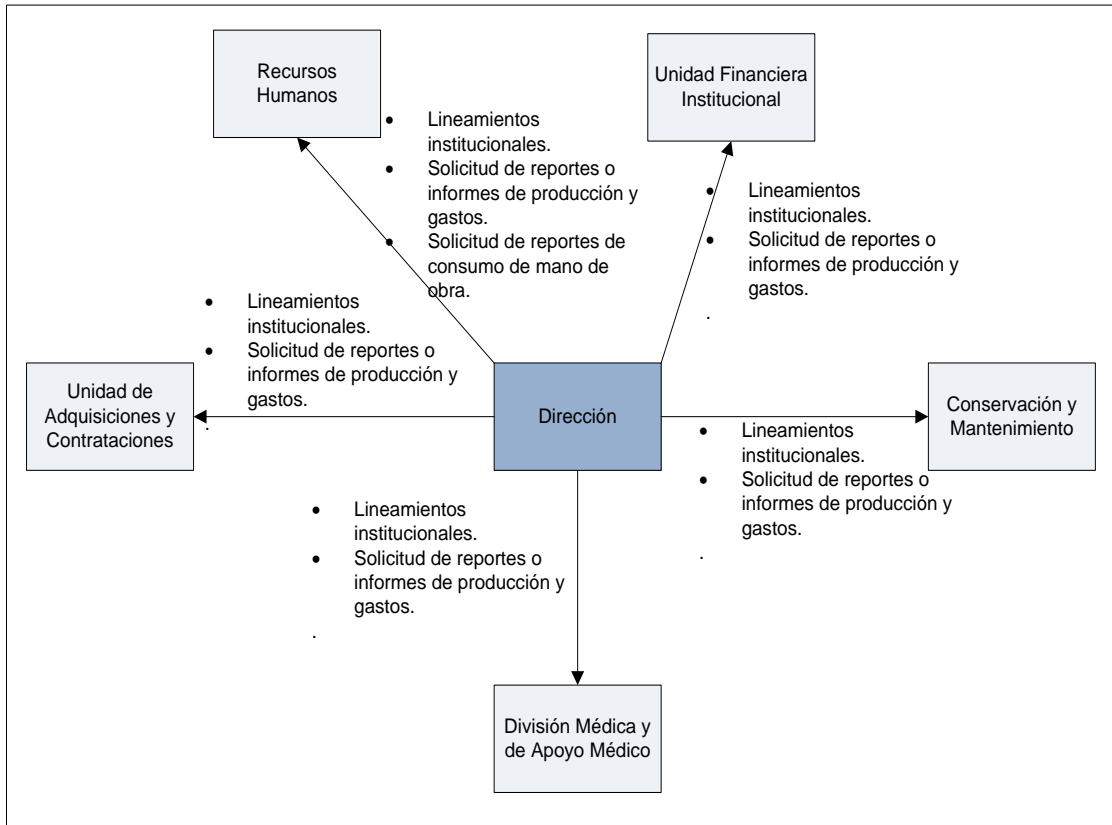
Revisado por:

Aprobado por:



**RELACIONES FUNCIONALES Y DE COMUNICACIÓN ENTRE  
LOS DEPARTAMENTOS ADMINISTRATIVOS DEL HNST.**

Imagen II-35: Relaciones de la Dirección Hospitalaria.



Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005,  
PL02001, TG03001

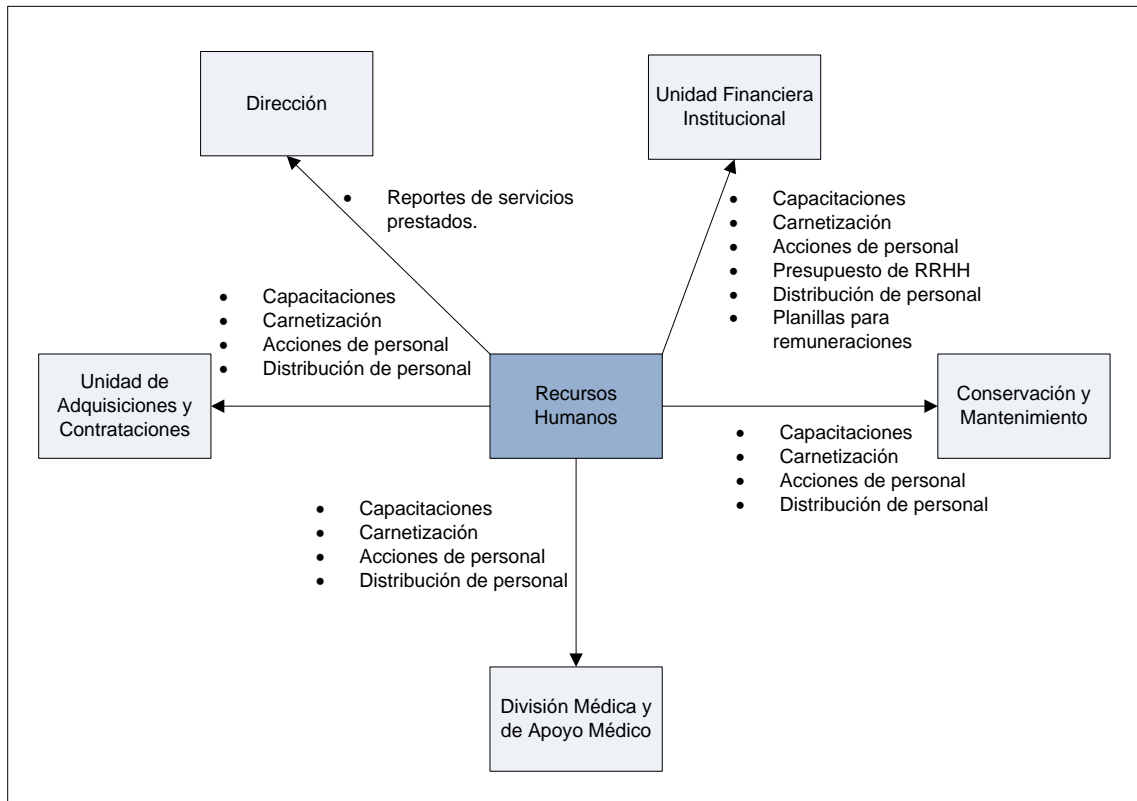
Revisado por:

Aprobado por:



**RELACIONES FUNCIONALES Y DE COMUNICACIÓN ENTRE  
LOS DEPARTAMENTOS ADMINISTRATIVOS DEL HNST.**

Imagen II-36: Relaciones del Departamento de Recursos Humanos.



Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005,  
PL02001, TG03001

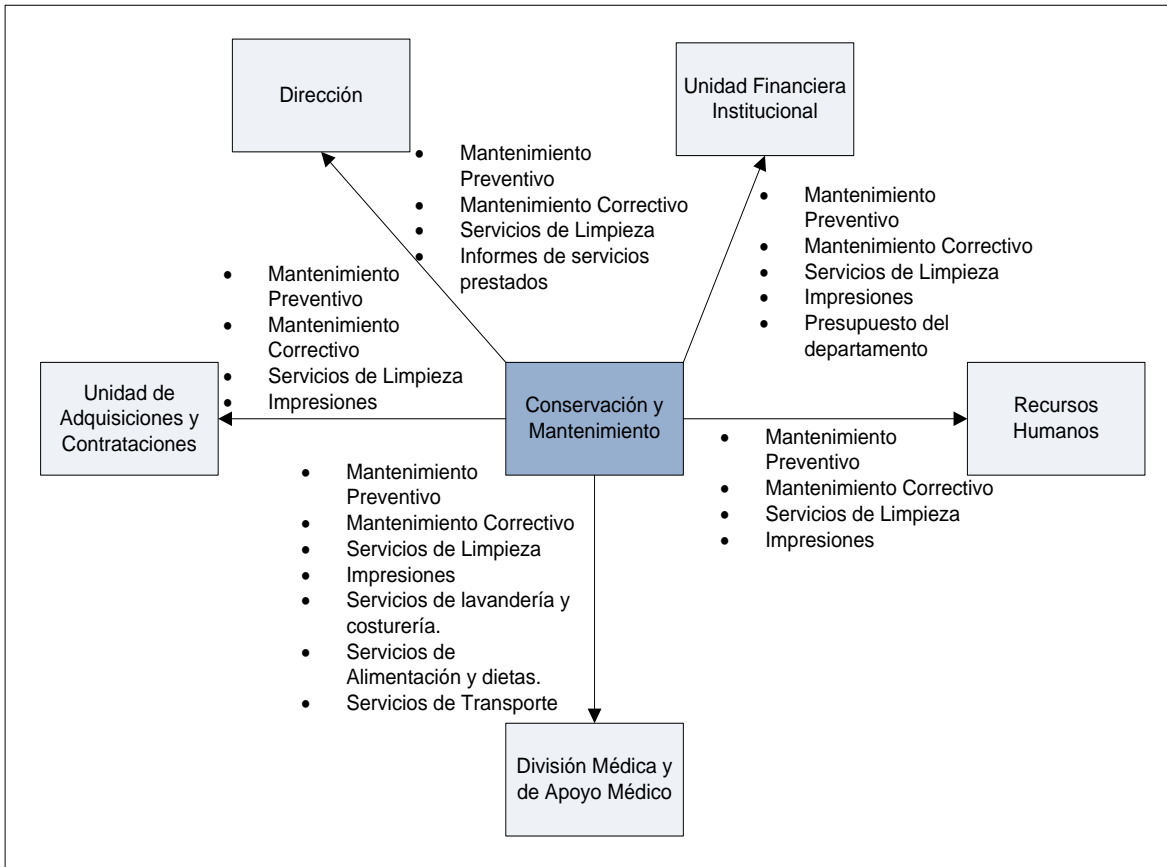
Revisado por:

Aprobado por:



**RELACIONES FUNCIONALES Y DE COMUNICACIÓN ENTRE  
LOS DEPARTAMENTOS ADMINISTRATIVOS DEL HNST.**

Imagen II-37: Relaciones del Departamento de Conservación y Mantenimiento.



Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005,  
PL02001, TG03001

Revisado por:

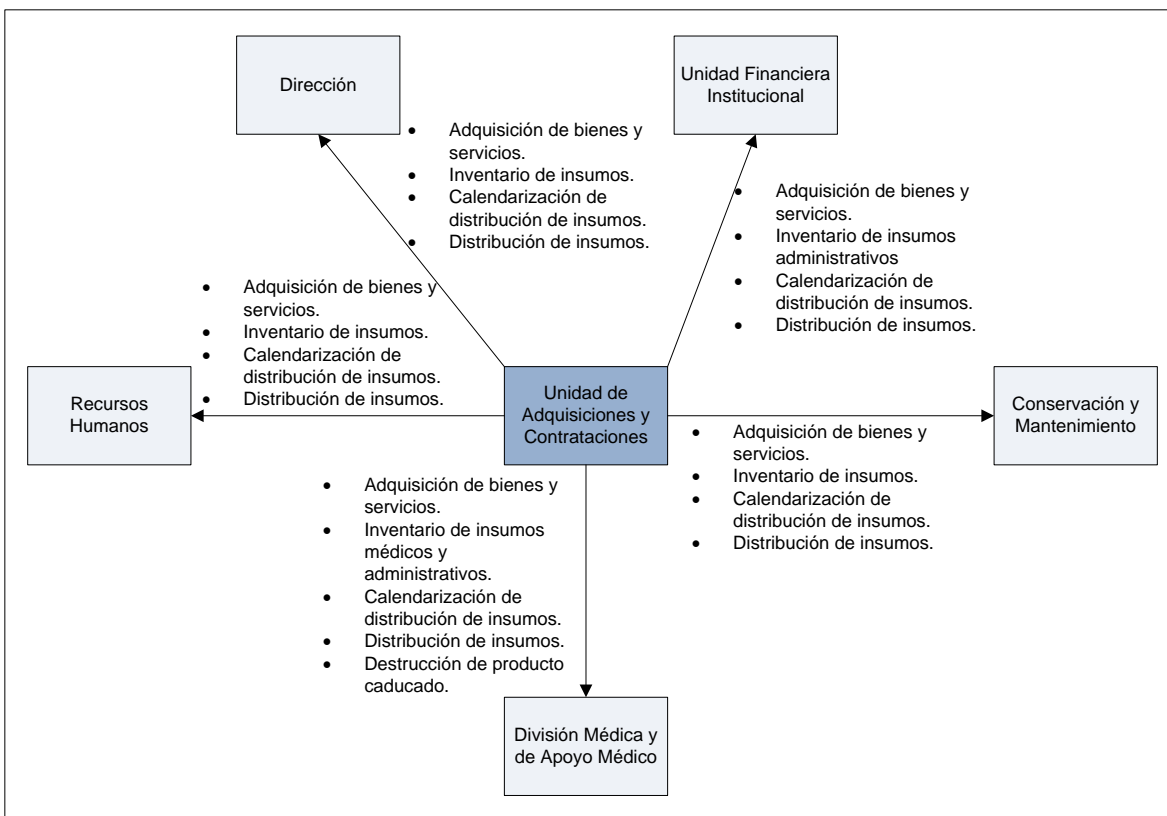
Aprobado por:



**RELACIONES FUNCIONALES Y DE COMUNICACIÓN ENTRE  
LOS DEPARTAMENTOS ADMINISTRATIVOS DEL HNST.**

Hoja 10 de 11

Imagen II-38: Relaciones del Unidad de Adquisiciones y Contrataciones.



Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005,  
PL02001, TG03001

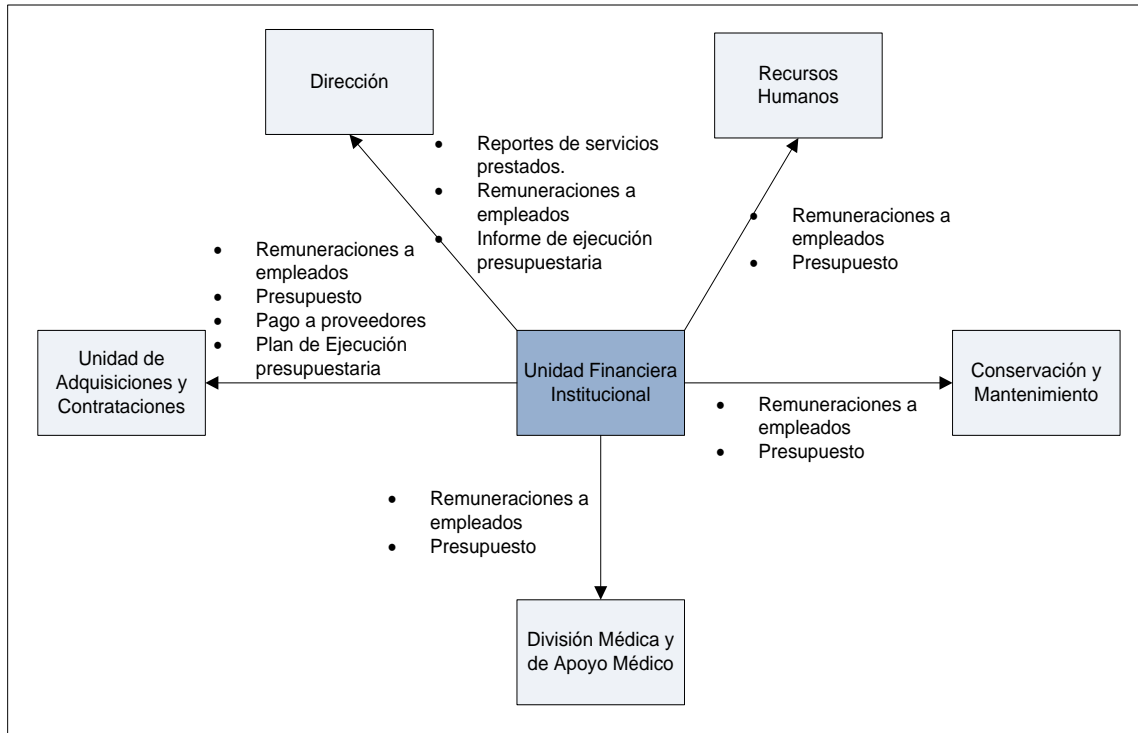
Revisado por:

Aprobado por:



**RELACIONES FUNCIONALES Y DE COMUNICACIÓN ENTRE  
LOS DEPARTAMENTOS ADMINISTRATIVOS DEL HNST.**

Imagen II-39: Relaciones del Unidad Financiera Institucional.



Fecha de Elaboración:  
Octubre 2008

Fecha de Revisión:

Fecha de Aprobación:

Elaborado por: DB01005,  
PL02001, TG03001

Revisado por:

Aprobado por:

## 5. RECURSOS ETAPA DE ORGANIZACIÓN.

### **ACTIVIDAD: MEJORA Y DOCUMENTACIÓN DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS**

<b>Cuadro II-17: Recursos Materiales para documentación de procedimientos división administrativa</b>	
<b>Descripción</b>	<b>Cantidad</b>
Equipo	4 Ordenador e impresor 4 cronometro 4 tabla anotaciones 4 lápices 4 borrador
Papelería	270 páginas de papel bond 81 Formularios para levantamiento de procedimientos 81 Formulario para toma de tiempos 162 Cartas de procedimientos 27 Formulario resumen de propuestas de mejora 67 Portada de procedimiento* 400 Contenido de procedimiento* 600 Formato de procedimiento documentado* 5 empastados para manuales de procedimientos

\* Se incluye recurso para 1 copia de los procedimientos ya levantados

Fuente: Elaboración Propia

<b>Cuadro II-18: Recursos Humanos para la documentación de procedimientos de la división administrativa.</b>	
<b>CARGO</b>	<b>HORAS</b>
Jefe de RRHH	39,78
Jefe de UACI	2,34
Jefe de UFI	9,36
Jefe Conservación y Mantenimiento	11,7
Encargado de procedimiento	47,25
Encargado de documentación y análisis	162

Fuente: Elaboración Propia

### **ACTIVIDAD: PROPUESTA DE MEJORA DE 9 PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS ANALIZADOS**

<b>Cuadro II-19: Recursos Materiales para mejora de procedimientos división administrativa</b>	
<b>Descripción</b>	<b>Cantidad</b>
Equipo	2 computadoras Nuevo Inventario de repuestos para mantenimientos. 2 carretillas para transporte
Papelería	10 hojas de criterios de selección ponderados 362 hojas de manual de pruebas técnicas de selección 5 hojas para plan de fechas de entrega de inventario de RRHH 5 hojas para ponderación de evaluación de capacitaciones 5 hojas para plan anual de impresión de listado de empleados 25 hojas para inventario y políticas de inventario de bodega de mantenimiento 5 hojas para plan de mantenimiento preventivo 2 hojas para plan de inspección de mantenimientos preventivos 10 hojas para plan de limpieza 3 hojas para plan de inspección del servicio de limpieza Nuevos rótulos de colores para almacén

Fuente: Elaboración Propia



<b>Cuadro II-20: Recurso horas hombre para mejora de procedimientos división administrativa</b>			
<b>Cargo</b>	<b>Horas</b>	<b>Cargo</b>	<b>Horas</b>
Jefe de RRHH	4.75	Estudiantes en servicio social	96
Técnico de RRHH (encargado de Contrataciones y Remuneraciones)	1.75	Jefe de Conservación y Mantenimiento	4
Técnico de RRHH (encargado del SIRHI)	3	Jefe de servicios generales	0.5
Técnico de RRHH (encargado de prestaciones)	0.25	Jefe de servicios auxiliares	0.75
Jefe UACI	1	Director del hospital	1.5
Jefe medicina	1	Jefe fisioterapia	1
Jefe gineco-obstetricia	1	Jefe enfermeras	1
Jefe pediatría	1	Jefe laboratorio clínico	1
Jefe cirugía	1	Jefe trabajo social	1
Jefe odontología	1	Jefe rayos X	1
Jefe consulta externa	1	Jefe de archivo medico	1
Jefe emergencias	1	Jefe anestesiología	1
Jefe almacén	1	Jefe transporte	1
Jefe alimentación y dietas	1	Jefe lavandería	1

Fuente: Elaboración Propia

### **ACTIVIDAD: DOCUMENTACIÓN DE MANUAL DE ORGANIZACIÓN**

<b>Cuadro II-21: Recursos Materiales para documentación de procedimientos división administrativa</b>	
<b>Descripción</b>	<b>Cantidad</b>
Papelería	324 páginas de papel bond (27 juegos de manual de organización) 28 empastados para manual de organización.

## **CAPÍTULO 3 :**

# **PROPUESTAS DEL SUBSISTEMA DE DIRECCIÓN.**

En este capítulo se desarrollarán las iniciativas establecidas en la definición del sistema administrativo y que están relacionadas con la fase de Dirección. Las cuales tienen el propósito de contribuir directamente con la puesta en marcha de todos los lineamientos de las etapas de Planeación y Organización, y procurar las formas de conductas más deseables en los miembros de la institución.

---

## **1. LIDERAZGO DEL SISTEMA ADMINISTRATIVO PARA EL HNST**

---

### **1.1 GENERALIDADES DEL LIDERAZGO**

Aunque para muchas personas "**administración**" y "**liderazgo**" son sinónimos, debe hacerse una distinción entre ambos términos. El liderazgo es un aspecto importante de cualquier sistema administrativo. La capacidad para ejercer un liderazgo efectivo es una de las claves para que cualquier modelo administrativo sea eficaz, ejerciendo todas las funciones que corresponden a su papel a fin de combinar recursos humanos y materiales en el cumplimiento de objetivos.

El Liderazgo se puede definir como la iniciativa y el mantenimiento de la estructura organizacional en interacción. El líder desempeña parte activa en el desarrollo y el mantenimiento del desempeño efectivo del grupo para lograr objetivos institucionales.

#### **1.1.1 Características de un líder**

Entre las cualidades básicas que todo líder debe poseer se encuentran las siguientes:

- **Visionario:** el líder se caracteriza por su visión a largo plazo, por adelantarse a los acontecimientos, por anticipar los problemas y detectar oportunidades mucho antes que los demás.
- **Persona de acción:** el líder no sólo fija unos objetivos exigentes sino que lucha por alcanzarlos, sin rendirse, con enorme persistencia, lo que en última instancia constituye la clave de su éxito.
- **Brillante:** el líder sobresale sobre el resto del equipo, bien por su inteligencia, bien por su espíritu combativo, bien por la claridad de sus planteamientos, etc., o probablemente por una combinación de todo lo anterior.
- **Coraje:** el líder no se amilana ante las dificultades; las metas que propone son difíciles (aunque no imposibles), hay que salvar muchos obstáculos, hay que convencer a mucha gente, pero el líder no se desalienta, está tan convencido de la importancia de las mismas que luchará por ellas, superando aquellos obstáculos que vayan surgiendo.
- **Contagia entusiasmo:** el líder consigue entusiasmar a su equipo; ellos perciben que las metas que persigue el líder son positivas tanto para la empresa como para los empleados.
- **Gran comunicador:** otra cualidad que caracteriza al líder son sus dotes de buen comunicador, habilidad que le va a permitir "vender" su visión, dar a conocer sus planes de manera sugerente.

- **Capacidad de mando:** el líder debe basar su liderazgo en el arte de la convicción, pero también tiene que ser capaz de utilizar su autoridad cuando sea necesario.
- **Honestidad:** unos elevados valores éticos son fundamentales para que el liderazgo se mantenga en el tiempo y no se trate de un simple "bum" pasajero.
- **Cumplidor:** el líder tiene que ser una persona de palabra: lo que promete lo cumple. Es la única forma de que el equipo tenga una confianza ciega en él.
- **Coherente:** el líder tiene que vivir aquello que predica. Además, el mensaje del líder debe ser coherente en el tiempo.

### 1.1.2 Tipos de liderazgo en una organización<sup>117</sup>

- a) Liderazgo de Laissezfaire  
Significa, literalmente, "dejar actuar". La conducta del líder en tales situaciones implica poca dirección de tareas, el permite la completa libertad grupal o individual en la toma de decisiones y no evaluar o regular el desempeño de los subordinados. Rienda libre algunas veces se utiliza como sinónimo de laissez-faire. Esta clase de liderazgo sugiere una ausencia de liderazgo.
- b) Liderazgo autocrático  
Implican un alto grado de dirección del líder y participación mínima o nula en la planeación y control por parte de los subordinados.
- c) Liderazgo burocrático  
La conducta del líder se caracteriza por un alto gado de confianza en las reglas y los reglamentos y por el uso de procedimientos a los que los líderes y los subordinados se someten. Aunque no se examina en detalle este tipo de liderazgo, implica un fuerte elemento de liderazgo autocrático y estructura inicial y se mencionará de nuevo en este contexto.
- d) Democrático  
Por lo general democrático implica un alto grado de participación grupal en la toma de decisiones y con frecuencia implica un alto grado de apoyo del líder. Los términos centrado en el empleado, igualitario, consultativo y participativo con frecuencia se usan también más o menos simultáneamente con liderazgo democrático. Así democrático es un término bastante ambiguo y se debe examinar la conducta real para determinar qué es lo que significa en un caso particular.
- e) Liderazgo situacional o contingencial  
Esta teoría sostiene que los individuos se convierten en líderes no sólo por sus atributos de personalidad, sino también por varios factores situacionales y por las interacciones entre líderes y miembros de los grupos. Se basa en la teoría de los seguidores, en el sentido de que los individuos tienden a seguir a aquellos en quienes perciben (ya sea acertada o desacertadamente) el ofrecimiento de medios para el cumplimiento de sus deseos personales. Así pues, el líder es la persona que identifica esos deseos y hace lo necesario (o emprende de los programas) para satisfacerlos.

Con los tipos de liderazgo y sus principales características identificadas, se procede a definir aquellos tipos que más se apeguen a las necesidades del HNST.

---

<sup>117</sup> Fuente: Patrones de liderazgo y Ambiente organizacional. Autoridad y Gerencia. Instituto Centroamericano de Administración Pública. 1997

## 1.2 SELECCIÓN DEL TIPO DE LIDERAZGO PARA EL HNST

A continuación se muestra una comparación entre los diferentes estilos de liderazgo y sus características, para luego establecer una propuesta de liderazgo para los líderes del sistema administrativo del HNST

<b>Cuadro II-22: Características de los diferentes tipos de liderazgo</b>				
<b>Tipo</b>	<b>Nivel de control de la Gerencia.</b>	<b>Nivel de profesionalidad o de experiencia de subordinados requerido</b>	<b>Papel de la Gerencia.</b>	<b>Principal Característica</b>
Laissezfaire	Bajo	Alto	Neutral	Dejar hacer
Autocrático	Alto	Bajo	Dictatorial	Control total
Burocrático	Alto	Medio o bajo	Metódico	Seguir las reglas
Democrático	Medio	Medio o alto	Concertador	Votación
Situacional	Alto Medio Bajo nulo	Bajo Bajo Medio Alto	Director Coordinador Colaborador Neutral	Actuar según el escenario

Fuente: elaboración propia

### a) Características deseadas de los líderes del sistema administrativo:

A continuación se presentan las características deseadas de los diferentes tipos de liderazgo según nivel de mando, así se podrá determinar cuál debe fomentarse para cada nivel y encontrar de esta forma los temas a fortalecer para dichos mandos por medio de capacitaciones.

<b>Cuadro II-23: Características deseadas en los jefes en el HNST</b>				
<b>Tipo</b>	<b>Nivel de control de la Gerencia.</b>	<b>Nivel de profesionalidad o experiencia de subordinados requerido</b>	<b>Papel de la Gerencia.</b>	<b>Relación con subordinados.</b>
Estratégico	Medio	Alto	Coordinador	Media
Mandos medios	Alto	Alto-Medio	Concertador-Director	Alta
Mandos operativos	Alto	Medio o bajo	Metódico-Director-Colaborador	Alta

Fuente: elaboración propia

En base a los 2 cuadros anteriores, es necesario realizar una evaluación que determine el tipo de liderazgo más apropiado para el Sistema Administrativo propuesto.

### b) Criterios de evaluación del tipo de liderazgo y asignación de pesos a cada criterio.

<b>Cuadro II-24: Criterios de evaluación del tipo de liderazgo</b>			
<b>N°</b>	<b>CRITERIOS</b>	<b>PESO</b>	<b>JUSTIFICACIÓN</b>
1	Nivel de control	35%	Un aspecto importante a considerar, ya que los controles son imprescindibles en la consecución de objetivos.
2	Nivel de experiencia requerida en los subordinados	25%	Es relativamente importante ya que el estilo de liderazgo es exitoso o no si los subordinados están preparados en los conocimientos necesarios
3	Característica principal del tipo de liderazgo	30%	Es importante ya que está relacionada con la forma en que el gerente desea obtener los resultados globales
4	Grado de amistad con los subordinados	10%	No es muy importante ya que no influye en los resultados finales, pero si en la motivación de los empleados.

Fuente: elaboración propia

d) Evaluación del tipo de liderazgo

Rango de calificación:

Cuadro II-25: Rango de calificación del tipo de liderazgo	
Grado de apego a las necesidades de la institución	PUNTAJE
Mucha	3
Media	2
Poca	1

Fuente: elaboración propia

Evaluación:

Cuadro II-26: Evaluación tipo de liderazgo para el nivel estratégico.									
TIPO DE LIDERAZGO	Nivel de control (35%)		Experiencia de subordinados (25%)		Papel de la gerencia (30%)		Amistad con subordinados (10%)		TOTAL
	Calific	Total	Calific	Total	Calific	Total	Calific	Total	
Laissezfaire	2	0.7	1	0.25	2	0.6	3	0.3	1.85
Autocrático	2	0.7	3	0.75	1	0.3	1	0.1	1.85
Burocrático	2	0.7	3	0.75	2	0.6	1	0.1	2.15
<b>Democrático</b>	<b>3</b>	<b>1.05</b>	<b>2</b>	<b>0.5</b>	<b>3</b>	<b>0.9</b>	<b>3</b>	<b>0.3</b>	<b>2.75</b>
Situacional	2	0.7	2	0.5	2	0.6	2	0.2	2

Fuente: elaboración propia

Cuadro II-27: Evaluación tipo de liderazgo para las jefaturas medias									
TIPO DE LIDERAZGO	Nivel de control (35%)		Experiencia de subordinados (25%)		Papel de la gerencia (30%)		Amistad con subordinados (10%)		TOTAL
	Calific	Total	Calific	Total	Calific	Total	Calific	Total	
Laissezfaire	1	0.35	2	0.5	2	0.6	3	0.3	1.75
Autocrático	3	1.05	2	0.5	2	0.6	1	0.1	2.25
Burocrático	3	1.05	3	0.75	2	0.6	2	0.2	2.6
Democrático	2	0.7	2	0.5	3	0.9	3	0.3	2.4
<b>Situacional</b>	<b>2</b>	<b>0.7</b>	<b>3</b>	<b>0.75</b>	<b>3</b>	<b>0.9</b>	<b>3</b>	<b>0.3</b>	<b>2.65</b>

Fuente: elaboración propia

Cuadro II-28: Evaluación tipo de liderazgo para las jefaturas operativas									
TIPO DE LIDERAZGO	Nivel de control (35%)		Experiencia de subordinados (25%)		Papel de la gerencia (30%)		Amistad con subordinados (10%)		TOTAL
	Calific	Total	Calific	Total	Calific	Total	Calific	Total	
Laissezfaire	1	0.35	1	0.25	2	0.6	3	0.3	1.5
Autocrático	3	1.05	2	0.5	2	0.6	1	0.1	2.25
<b>Burocrático</b>	<b>3</b>	<b>1.05</b>	<b>3</b>	<b>0.75</b>	<b>3</b>	<b>0.9</b>	<b>2</b>	<b>0.2</b>	<b>2.9</b>
Democrático	2	0.7	3	0.75	2	0.6	3	0.3	2.35
<b>Situacional</b>	<b>3</b>	<b>1.05</b>	<b>3</b>	<b>0.75</b>	<b>3</b>	<b>0.9</b>	<b>2</b>	<b>0.2</b>	<b>2.9</b>

Fuente: elaboración propia

e) Selección del tipo de liderazgo a utilizar

Cuadro II-29: Selección de liderazgo para HNST		
Nivel	Liderazgo	Justificación
<p>Estratégico</p> <p>Líderes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Director del hospital</li> <li>• Jefe de residentes</li> </ul>	Democrático	<p>Es necesario el desempeñar un liderazgo democrático en la alta dirección hospitalaria debido a que la responsabilidad de dirigir el rumbo hospitalario es tarea de todos, es decir, debe ser el encargado de juntar las opiniones, deseos y expectativas de los empleados junto con las características propias del nosocomio y a partir de ahí dirigir el accionar de la institución.</p> <p>Este modelo se sustenta en el proceder de la institución bajo la gestión estratégica del sistema administrativo. Este tipo de liderazgo no prohíbe que el líder tome decisiones de forma autoritaria, según el caso.</p>
<p>Mandos medios</p> <p>Líderes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jefes UFI, UACI, RRHH y Conservación y Mto.</li> <li>• Jefes Medicina, Cirugía, Pediatría y Gineco-obstetricia</li> </ul>	Situacional	<p>Los mandos medios deben seguir un patrón de liderazgo situacional, ya que su enfoque es de integrar acciones y resolver problemas entre los niveles estratégico y operativo, lo cual sugiere una gran gama de escenarios diferentes.</p>
<p>Mandos operativos</p> <p>Líderes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jefes Almacén, Alimentación y dietas, lavandería, Transporte, Servicios Generales</li> <li>• Jefe laboratorio, archivo clínico, trabajo social, rayos X, farmacia, fisioterapia y anestesiología, Jefe enfermería</li> </ul>	Burocrático-situacional	<p>Los mandos operativos deben tener un fuerte enfoque de liderazgo burocrático, ya que es en este nivel donde se desarrollan las actividades hospitalarias y donde se presta el servicio al paciente y hacia las áreas médicas y de apoyo médico, siendo la forma de asegurar estas actividades por medio del seguimiento de patrones preestablecidos.</p> <p>Además, debe tener en segunda instancia un liderazgo situacional para la resolución de problemas, ya que es en este nivel de mando donde se necesita asertividad en la toma de decisiones y es por ello que se necesita un líder tipo situacional para este propósito.</p>

Fuente: elaboración propia

Habiendo determinado y descrito cual es el tipo de liderazgo que mejor se acopla a los diferentes niveles de la institución, es necesario establecer temáticas a tratar con los actuales niveles de mando estratégico, medio y operativo que logren cumplir con las necesidades de la institución.

## 1.3 PROPUESTAS DE CAPACITACIÓN HNST: LIDERAZGO

### 1.3.1 Propuesta de taller para fomentar el liderazgo mandos estratégicos

<b>Cuadro II-30: Taller de liderazgo mandos estratégicos</b>	
<b>TEMA:</b> Diplomado en RRHH: "Desarrollo y Comportamiento organizacional"	<b>Duración:</b> 24 horas (8 horas por 3 día)
<b>OBJETIVOS:</b> Conocer y practicar los principios, cualidades, habilidades y hábitos requeridos para ejercer un liderazgo efectivo a nivel gerencial.	
<b>Objetivos Específicos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrar, dirigir y mantener equipos de trabajo Interdisciplinarios y multidisciplinarios en ambientes cambiantes y multiculturales.</li> <li>• Desarrollar, administrar e implementar sistemas en las organizaciones.</li> <li>• Establecer adecuadas relaciones humanas en su entorno laboral y social.</li> </ul>	
<b>Participantes:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Director institucional</li> <li>• Jefe departamento RRHH</li> </ul>	

Fuente: Seminarios Abiertos FEPADE, Recursos Humanos

#### Temática propuesta:

- Introducción
- El individuo:
  - a. Tipología de la personalidad
  - b. Motivación de las personas
- El grupo:
  - a. Equipos de trabajo
  - b. Comunicación productiva
  - c. Liderazgo situacional
- El sistema de la organización

#### Ponente:

- Seminarios Abiertos FEPADE

### 1.3.2 Propuesta de taller para fomentar el liderazgo mandos medios y operativos

<b>Cuadro II-31: Taller de liderazgo mandos medios y operativos</b>	
<b>TEMA:</b> El Liderazgo	<b>Duración:</b> 4 horas (4 horas durante un día)
<b>OBJETIVOS:</b> Que los participantes identifiquen las características y destrezas que debe presentar el liderazgo de la organización para la aplicación efectiva del Sistema Administrativo	
<b>Objetivos Específicos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprender el sentido de liderazgo para ejercerlo con responsabilidad y espíritu de servicio.</li> <li>• Profundizar en las necesidades que tenemos de los otros como un medio de crecimiento y superación personal para poder iniciar un proceso personal de liderazgo.</li> <li>• Conocer mejor lo que significa el concepto de liderazgo y sus repercusiones en entorno de trabajo y en la empresa.</li> </ul>	
<b>Participantes:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jefes departamentos administrativos: UACI, UFI, Conservación y Mtto, Servicios Generales</li> <li>• Jefe laboratorio, archivo clínico, trabajo social, rayos X, farmacia, fisioterapia y anestesiología, Jefe enfermería</li> </ul>	

Fuente: Coaching Ontológico, Administración de personal. Santos, José Alberto. Universidad de El Salvador 2003



Temática propuesta<sup>118</sup>:

- El liderazgo, conceptos generales
- El liderazgo como cualidad y función
- Poder y características de un líder
- Liderazgo situacional y burocrático

Ponente:

- Jefe de Recursos Humanos.

---

## **2. MOTIVACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL SISTEMA ADMINISTRATIVO** <sup>119</sup>

---

### **2.1 GENERALIDADES**

#### **2.1.1 ¿Qué es la motivación laboral?**

La motivación laboral podría definirse como los estímulos que recibe la persona que lo guían a desempeñarse de mejor manera en su trabajo, los estímulos pueden venir de cualquier parte no necesariamente deben de ser siempre de su trabajo sino que también pueden ser de su familia o amigos.

Numerosos factores tienen influencia en la motivación individual para trabajar. Los factores pueden asignarse a las siguientes categorías:

- Características individuales (actitudes, necesidades, percepciones, expectativas, valores, aspiraciones, características demográficas y sociales)
- Características del trabajo (habilidades requeridas, características interesantes, autonomía y otros)
- Características organizacionales, Ej.: las características de la situación laboral en la que la persona está (socios, administradores, condiciones laborales, políticas de pago, cultura organizacional)
- Medio ambiente social más amplio (desarrollo socio-económico, estándar material general, sistemas de valores, entre otros).

#### **a) Importancia de la motivación en los sistemas administrativos:**

Una fuerza de trabajo motivada es vital para cualquier organización que quiera tener buenos resultados. De allí que motivar a los demás se haya convertido en una habilidad y necesidad esencial para cualquier gerente.

---

<sup>118</sup> Se recomienda que para la preparación de la capacitación se tome como base la teoría proporcionada en este documento y la que se recibió en la capacitación de FEPADE

<sup>119</sup> Fuente: Motivación para el trabajo y tareas de administración de las compañías en transición. Msc. Lesko, Lidija. Facultad de Economía, Universidad de Mostar. Bosnia Herzegovina

### b) ¿Cómo motivar?

Desde mediados del siglo XX se ha venido estudiando el tema de la motivación en las organizaciones, y varias teorías han surgido al respecto. En su mayoría, sostienen que dada la oportunidad, y el estímulo correcto, la gente trabaja bien y en forma positiva.

A continuación se presentan las teorías más importantes con respecto a la motivación.

## **2.1.2 Teorías de la motivación**

### a) Teoría X y Teoría Y

Douglas McGregor definió dos estilos de liderazgo, conocidos como "Teoría X" y "Teoría Y". Los gerentes "Teoría-X" piensan que sus subordinados responden principalmente a la "zanahoria" de premios y al "látigo" disciplinario. Los gerentes "Teoría-Y", por su parte, piensan que el trabajo mismo es la principal fuente de satisfacción, y se esforzarán siempre por dar lo mejor de sí.

### b) Jerarquías de Maslow

Una de las teorías de motivación más conocidas es la de Abraham Maslow, conocida como la pirámide de Maslow. Según esta, el ser humano tiene cinco áreas de necesidades:

- Fisiológicas: calor, refugio, comida, sexo
- Seguridad: sentido de seguridad, ausencia de miedo
- Necesidades sociales: interactuar con otras personas, tener amigos
- Estima: ser apreciado por otras personas
- Auto-actualización: ganar, lograr, alcanzar su potencial

Estas necesidades funcionan en orden. Una vez que se satisfacen las necesidades fisiológicas, en la base de la pirámide, cobran importancia las del siguiente nivel. A medida que se hacen importantes las del siguiente nivel, las del nivel inferior pierden importancia como estímulo.

### c) Teoría motivacional de Herzberg

Otra importante teoría es la de Herzberg, que habla de dos factores: "higiene" y "motivadores".

Los de "higiene" son necesidades básicas en el trabajo, que no motivan, pero si no se cubren, ocurre insatisfacción. Estos factores son:

- Salario y beneficios: incluye salario, beneficios extra, bonos, vacaciones, etc.
- Condiciones de trabajo: horario de trabajo, espacio de trabajo, equipo y herramientas de apoyo
- Políticas organizacionales: reglas y regulaciones, formales o informales, que gobiernan la relación entre empleado y organización
- Status: rango, autoridad, aceptación y relaciones con los demás
- Seguridad laboral: la confianza de tener su empleo seguro en la empresa

- Supervisión y autonomía: el grado de control que el empleado tiene sobre el contenido y la ejecución de su trabajo
- Vida de oficina: nivel y tipo de relaciones interpersonales del individuo en su ambiente de trabajo
- Vida personal: el tiempo que pasa la persona con su familia, amigos e intereses

Por otro lado, los "motivadores", son aquellos factores que realmente impulsan a la persona hacia el logro. Son los que un gerente debería proveer para mantener una fuerza de trabajo satisfecha. Los motivadores son:

- Logro: lograr cosas es fundamental para el ser humano. Alcanzar o exceder objetivos planteados es una motivación muy poderosa, y trae gran satisfacción.
- Reconocimiento: reconocer los logros es un gran motivador, porque aumenta la auto-estima. Para muchos, el reconocimiento es un premio.
- Interés en el trabajo: un trabajo que provea placer y satisfacción es mucho más motivante que uno que no lo haga. Siempre que sea posible, el trabajo debe estar relacionado con los intereses de la persona.
- Responsabilidad: la oportunidad de ejercer autoridad es muy motivador, y aumenta la auto-estima.
- Mejora: ser promovido, progresar y crecientes premios son importantes. Pero quizás lo más importante es sentir que se puede mejorar. Es importante ser honesto con las posibilidades de ascenso, y el tiempo en que esto puede ocurrir.

## **2.2 ELEMENTOS A ADOPTAR PARA MOTIVAR A LOS TRABAJADORES DEL HNST.**

Habiendo descrito los elementos más importantes de la motivación, se hace necesario establecer metodologías y talleres a impartir que permitan mantener un buen porcentaje de empleados motivados; los cuales se detallan a continuación:

### **2.2.1 Procedimiento para detectar necesidades de motivación (Basada en la teoría de Maslow)**

1. Identificar los sujetos a motivar.
2. Estudiar sus hábitos y su conducta ante las demás personas y tratar de indagar con las personas allegadas a él como es en su vida familiar, amistades, etc.
3. Con el estudio de su conducta ya se puede dar un diagnóstico de cómo es su personalidad y se ven cuáles son sus necesidades al ver cómo se comporta en lo personal y con las demás personas, además de que se identifica en cuál de los niveles de la pirámide se encuentra el individuo en cuestión.
4. Al tener ya caracterizado al sujeto se prosigue a elegir el estímulo adecuado para que mejore su rendimiento los estímulos pueden ser: aumento de salario, más vacaciones, prestaciones extras, regalos de la institución, ayuda a su familia, cambio de turnos a uno menos pesado, mandarlo a capacitaciones, etc.
5. Darle seguimiento al comportamiento de la persona para ver como esté respondiendo al estímulo y saber si es necesario cambiarlo o seguir adelante con él.

## 2.2.2 Propuesta de capacitación HNST: Motivación

Cuadro II-32: Contenido capacitación de motivación	
TEMA: Motivación laboral	Duración: 4 horas (4 horas durante 1 día)
OBJETIVOS: Fomentar la práctica de la motivación al personal del HNST en los mandos medios de los departamentos administrativos y médicos.	
Objetivos Específicos	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Conocer y aprender teoría motivacional</li><li>• Conocer diferentes formas de motivación al personal</li></ul>	
Participantes:	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Jefes departamentos administrativos: UFI, UACI, Conservación y Mantenimiento y servicios generales, jefe lavandería, jefe servicios auxiliares, jefe alimentación y dietas, jefe almacén</li><li>• Jefes Medicina, Cirugía, Pediatría y Gineco-obstetricia</li><li>• Jefe residentes, jefe enfermeras, jefe de consulta externa, jefe de archivo</li></ul>	

Fuente: elaboración propia

### Temática propuesta:

1. Motivación, generalidades
2. Metodología para motivar al personal
3. Motivación no monetaria al personal.

### Ponente:

- Jefe de Recursos Humanos<sup>120</sup>

## 2.2.3 Recomendaciones para motivar al personal del HNST

Son muchas las recomendaciones que se pueden hacer para motivar al personal del HNST y mejorar el clima organizacional actual en cada uno de los principios básicos del mismo, aun cuando puedan estar restringidas aquellos motivadores de tipo remunerado. Entre las propuestas se encuentran:

### Recomendaciones de identidad:

- Generar una Visión, una proyección temporal de la Organización atrayente, retadora, con capacidad de ilusionar y estimular.
- Realizar una Planificación Estratégica, acorde a la Misión, coherente y en la que se involucre a todo el personal.
- Fomentar la conciencia del servicio brindado. Lograr que la persona sea consciente de que origina un servicio valioso y valorado. Se debe realizar cada vez que se hable al grupo o se llame la atención si no se están cumpliendo las metas.
- Determinar al empleado del mes, brindando reconocimiento público al mismo por medio de murales o comunicados por medio del altavoz

---

<sup>120</sup> Se recomienda que para la preparación de la capacitación se tome como base la teoría proporcionada en este documento y la que se recibió en la capacitación de FEPADE de liderazgo, que incluye el tema de motivación.

- Reconocer al final del año a los empleados más destacados con regalos por parte del hospital.
- Fomentar la seguridad de los empleados en la continuidad de sus cargos. Evitar despedir empleados de forma anual.
- Garantizar que los empleados se identifiquen con su puesto de trabajo, según sus estudios, conocimientos o preferencias. Dialogar con los empleados cuáles son sus aspiraciones laborales y tratar de ayudarles a conseguirlas. Rotar al personal anualmente si estos no se sienten a gusto en el mismo o les resulta tedioso el mismo.

#### Recomendaciones de responsabilidad:

- Fomentar las responsabilidades en cada uno de los puestos de trabajo, lo que aumentará el prestigio de su profesión y su puesto de trabajo.
- Ofrecer retroalimentación verbal de manera precisa y oportuna acerca de las tareas realizadas. A nadie le gusta permanecer a oscuras con respecto a su propio desempeño. De hecho un juicio de rendimiento negativo puede ser preferible a ninguno.

#### Recomendaciones de estructura:

- Apoyarse más en la autoridad moral que en el poder formal. Evitar solo girar órdenes por lo que dicen los manuales, sino que tratar de cambiar la rutina y los retos.
- Involucrar a todos los empleados en la mejora de los procedimientos y elaboración de manuales administrativos.
- Fomentar condiciones laborales atractivas que retengan a los empleados más productivos. Preguntar de forma general en las reuniones de grupo, como se puede mejorar el espacio físico o la forma de realizar las tareas.
- Tratar a todos igual es un craso error, pues todos somos diferentes, y a nadie le gusta sentirse tratado de forma "clónica", queremos sentirnos únicos. Para ello hay que conocer y dedicar tiempo al individuo y tratarlos según sus cualidades y aptitudes.

#### Recomendaciones de cooperación:

- Procurar que los trabajadores dispongan los recursos que precisan para realizar sus labores. Se deben gestionar los recursos por medio de estudios técnicos que soporten dichas necesidades.
- Facilitar el desarrollo humano y profesional de las personas. Siempre es bueno y prudente rodearse de personas de valía que estén dispuestas a mejorar, y es a estas a quienes, principalmente se debe facilitar y proporcionar oportunidades de aprendizaje y de mejora de habilidades promoviendo más y mejores capacitaciones.
- Impulsar el espíritu de equipo, estableciendo las condiciones en las que las colaboraciones sucedan con facilidad y naturalidad. Cambiar los métodos de trabajo individualistas y procurar que se trabaje en parejas u otros similares.
- Evitar el aislacionismo y la introversión en el personal haciéndolos participes a todos en las reuniones de grupo. Los individuos trabajan mejor cuando se sienten bien con sus compañeros, con los mandos, los clientes y los proveedores. El grupo de trabajo, que comienza siendo un medio para un fin, se convierte con el paso del tiempo en un fin en sí mismo; la persona va a trabajar también porque es importante para ella estar en

compañía de sus colegas, compartiendo lo que hacen, disfrutando de su mismo estatus, teniendo sus mismos intereses, actitudes y obligaciones.

- Celebrar los éxitos juntos. Realizar reuniones entre el grupo de trabajo fuera de horas de trabajo, para fomentar el compañerismo y la comunicación.

#### Recomendaciones de recompensa:

- Conseguir compaginar vida familiar y laboral. Mostrar interés real y lograr una aproximación entre las metas personales y las de la Organización. Se debe de mejorar los horarios de trabajo al personal médico.
- Estipular horas compensatorias al personal involucrado en mejoras institucionales o departamentales.
- Dar facilidades al personal del área médica para tomar días de vacaciones, siempre y cuando su desempeño con respecto a periodos anteriores haya mejorado.
- Tratar de capacitar a la totalidad de empleados. No mandar a las mismas personas a las capacitaciones.
- Dar facilidades a sus empleados para realización de estudios académicos.

#### Recomendaciones de conflictos:

- Involucrar a todos los trabajadores del departamento en la definición y resolución de problemas, y en la toma de soluciones.
- Evitar las críticas destructivas entre compañeros o hacia los subordinados.
- Dialogar con los empleados en la resolución de problemas personales sin pasar a mayores instancias

#### Recomendaciones de desafío:

- Alentar y estimular la creatividad y la innovación de las personas. Se deben de crear equipos interdisciplinarios para la resolución de problemas y de mejora institucional.
- Involucrar a los empleados en criterios éticos, de responsabilidad social y medioambiental que estimulen su participación con el entorno, creando un ambiente de confianza y respeto.
- Estimular al personal a seguir estudios académicos superiores o de posgrado.

#### Beneficios de la motivación:

- Lograr implementar el sistema administrativo en el HNST, por medio del involucramiento en el proceso<sup>121</sup> y mejorar el clima organizacional en recompensa y comunicación; que fueron los apartados peor evaluados en la institución.

#### Recursos:

Debido a que las propuestas son cambios en el comportamiento de los líderes del nosocomio hacia los empleados en las actividades diarias, no se requieren mayores recursos que la capacitación en el tema.

---

<sup>121</sup> La productividad no se mejora con la motivación adecuada, sino con la planificación y la mejora de procedimientos. Pero la motivación ayuda a implementar las mismas. Fuente: Motivación y satisfacción laboral. La experiencia de una empresa productiva. Dra. Cruz Cordero, Teresa. Cuba

---

## **3. TOMA DE DECISIONES DEL SISTEMA ADMINISTRATIVO PARA EL HNST**

---

### **3.1 GENERALIDADES**

Como parte importante del papel de la dirección dentro del Sistema Administrativo, se encuentra la toma de decisiones en todos sus niveles. Es por tanto necesario conocer el proceso de toma de decisiones y definir perfiles del tomador de decisiones, así como agrupar diversas herramientas que ayuden a sustentar las diversas decisiones a tomar en cada nivel de la organización.

#### **3.1.1 Definición de decisión:**

Una decisión es un juicio o selección entre dos o más alternativas, que ocurre en numerosas y diversas situaciones de la vida (y por supuesto, en la gerencia).

#### **3.1.2 Tipos de decisiones:**

- De rutina: las mismas circunstancias recurrentes llevan a seleccionar un curso de acción ya conocido
- De emergencia: ante situaciones sin precedentes, se toman decisiones en el momento, a medida que transcurren los eventos. Pueden tomar la mayor parte del tiempo de un gerente.
- Estratégicas: decidir sobre metas y objetivos, y convertirlos en planes específicos. Es el tipo de decisión más exigente, y son las tareas más importantes de un gerente.
- Operativas: son necesarias para la operación de la organización, e incluye resolver situaciones de "gente" (como contratar, motivar, despedir, etc.), por lo que requiere de un manejo muy sensible

### **3.2 ESTILOS DE TOMA DE DECISIÓN**<sup>122</sup>

Los estilos de decisión difieren de dos maneras fundamentales: cómo se utiliza la información y cómo se crean alternativas. Cuando se trata del uso de la información, algunas personas prefieren ponderar grandes cantidades de datos antes de tomar cualquier decisión. En la literatura de gestión, se denomina a estas personas "maximizadores".

Los maximizadores no descansan hasta estar seguros de que han encontrado la mejor respuesta posible. El resultado es una decisión bien informada, pero podría tener un costo en términos de tiempo y eficiencia.

Otros ejecutivos sólo buscan los datos clave; son capaces de formular hipótesis rápidamente y de ponerlas a prueba sobre la marcha. En este caso, la literatura toma prestado un término del economista del comportamiento Herbert Simón: los "satisfactores" están listos para actuar tan pronto como poseen la información suficiente para satisfacer sus requerimientos.

---

<sup>122</sup> Fuente: Los estilos de tomas de decisiones. Horacio O. Cairo y Asosc.

En cuanto a la creación de alternativas, quienes toman decisiones con un "foco único" creen firmemente en seguir un solo curso de acción, mientras que sus contrapartes con un "foco múltiple" generan listas de alternativas posibles y podrían emprender varios cursos de acción a la vez. Las personas con un foco único concentran su energía en hacer que las cosas resulten como ellos creen que deberían ser; las con un foco múltiple, en adaptarse a las circunstancias.

Utilizando las dos dimensiones de uso de la información y foco, se ha creado una matriz que identifica cuatro estilos de toma de decisiones:

Imagen II-40: Estilos de toma de decisiones

## CUATRO ESTILOS DE TOMA DE DECISIONES

		USO DE LA INFORMACION	
		Satisfactor (menos información)	Maximizador (más información)
CANTIDAD DE ALTERNATIVAS	Foco único (única alternativa)	<p><b>DECISIVO</b></p> <p>Este estilo de decisión es directo, eficiente, rápido y firme. Se valora la acción. Una vez fijado el plan, se apegan a él. Al tratar con las personas valora la honestidad, la claridad, la lealtad y la brevedad.</p> <p>En público, este estilo enfocado a la acción se manifiesta como orientado a la tarea.</p>	<p><b>JERÁRQUICO</b></p> <p>Las personas que aplican este estilo altamente analítico y enfocado esperan que sus decisiones, una vez tomadas, sean finales y resistan la prueba del tiempo.</p> <p>En público, este estilo complejo se manifiesta como altamente intelectual.</p>
	Foco múltiple (muchas alternativas)	<p><b>FLEXIBLE</b></p> <p>Este estilo se basa en la velocidad y la adaptabilidad. Los ejecutivos toman decisiones rápidamente y cambiar de curso con igual rapidez para mantener el ritmo de situaciones inmediatas y cambiantes.</p> <p>Este estilo valora la información justa.</p> <p>En público, este estilo flexible se manifiesta altamente social y receptivo.</p>	<p><b>INTEGRADOR</b></p> <p>En la modalidad integradora, las personas enmarcan los problemas de manera amplia, utilizando los aportes de muchas fuentes, y toman decisiones que involucran múltiples cursos de acción que podrían evolucionar con el tiempo, a medida que cambian las circunstancias.</p> <p>En público, este estilo creativo se manifiesta como altamente participativo.</p>

Fuente: Los estilos de tomas de decisiones. Horacio O. Cairo y Asoc. Licencia Creative Commons. Abril 2007



### **3.3 ESTILOS DE LOS EJECUTIVOS EN LA TOMA DE DECISIONES EN EL HNST.**

Hay ciertas tendencias de toma de decisiones entre cada nivel jerárquico en una institución, siendo necesario establecer aquellos estilos más acordes al nivel jerárquico. Es importante señalar, que los estilos de los altos ejecutivos son el opuesto exacto de los estilos de los ejecutivos en niveles inferiores como se demuestra a continuación:

**3.3.1 Altos ejecutivos:** utiliza los siguientes estilos de decisión:

- El estilo integrador, al que tanto recurren los altos ejecutivos, casi no existe entre los ejecutivos de rango más bajo.
- El estilo flexible, dinámico de foco múltiple es adoptado por muchos altos ejecutivos, pero es el menos frecuente entre los supervisores.

**3.3.2 Supervisores o jefes de departamento:** utiliza los siguientes estilos de decisión:

- El estilo decisivo, que combina el uso de mínima información con una única alternativa, predomina entre los supervisores de primer nivel pero es casi inexistente entre los altos ejecutivos.
- El estilo jerárquico (mucho información, una alternativa) es el segundo más utilizado entre los supervisores de la primera línea; su uso decae a lo largo de la carrera de un ejecutivo.

### **3.4 METODOLOGÍA PARA DE LA TOMA DE DECISIONES**

En base al proceso solucionador de problemas<sup>123</sup> (o proceso de diseño), se planteara una guía básica para la resolución de diferentes problemas con un énfasis en la resolución de problemas de índole administrativa. Se selecciona esta metodología ya que es un procedimiento sistemático y ordenado a seguir para definir una situación indeseable para luego identificar y contrarrestar la causa de la misma.

Esta metodología está compuesta de 7 pasos que son:

1. Identificación del problema
2. Formulación del Problema.
3. Análisis del Problema.
4. Búsqueda de Soluciones.
5. Decisión
6. Especificación e implantación
7. Seguimiento, evaluación y rediseño

Es necesario aclarar que a pesar de ser una metodología sistemática, el seguimiento exacto de cada paso se verá afectado por: el tiempo en que debe realizarse la decisión y el tipo de problema que se presente (si es de nivel estratégico, mando medio u operativo). Es decir que en cada problema se puede profundizar más o menos en algún paso o en todos, pero independientemente del problema siempre se realizará cada paso.

---

<sup>123</sup> Fuente: Ingeniería de Métodos, Krick, Edward. LIMUSA

### 3.4.1 identificación del problema

El primer paso antes de cualquier intervención de mejora generalmente consiste en identificar el problema que requiere ser abordado. Un problema siempre surge en una situación más o menos compleja, de una necesidad diaria o de un esfuerzo por querer realizar un cambio a la realidad institucional, para buscar un futuro deseado.

Este procedimiento se debe iniciar a finales de año, en la reunión en la que se realice cada planificación anual institucional. Se debe de listar problemas observados en los controles institucionales o estratégicos, así como también ideas nuevas que puedan ser compatibles con las estratégicas ya sea a nivel institucional o departamental.

Se debe de contar con algún marco teórico, estadísticas hospitalarias o departamentales y/o antecedentes del problema o situación a abordar, que demuestren la importancia de llevar a cabo el proceso solucionador de problemas de forma completa. Aquí se pueden incluir estudios realizados en otros hospitales y países con temas similares, etc.

### 3.4.2 Formulación de problemas

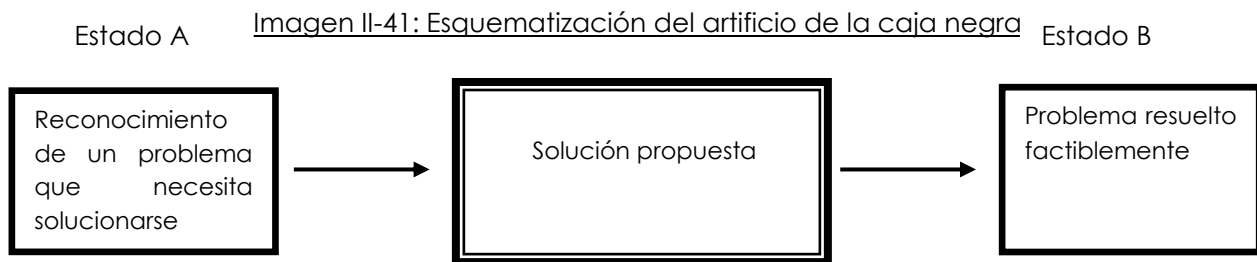
Es la definición amplia, sin detalles del problema en cuestión, esta definición suele llevarse a cabo con esquemas sin mucha información, para poder tener un panorama general de la situación. A continuación se especifican 1 artificio y 1 herramienta que pueden ser utilizadas por la institución para la formulación del problema.

#### a) Diagrama de Estado actual, proceso y Situación Esperada (Artificio de la caja Negra).

Es un método de formulación diagramática y visual que teniendo como elemento central un bloque sin información, es estudiado desde el punto de vista de las entradas que recibe y las salidas o respuestas que produce.

La esquematización se realiza en 3 bloques, el primero es el denominado estado A de la situación, en donde se establece la situación actual, el problema visible; el segundo, la caja negra, en donde no se estipula la forma de solucionar el problema pero que aun no se conoce. Para finalizar se encuentra el estado B o estado sin problema, en donde se especifica la situación ideal a alcanzar.

Esquemáticamente se representa de la siguiente manera:



Fuente: Ingeniería de Métodos, Krick, Edward. LIMUSA

Para la formulación del problema es necesario tener en cuenta:

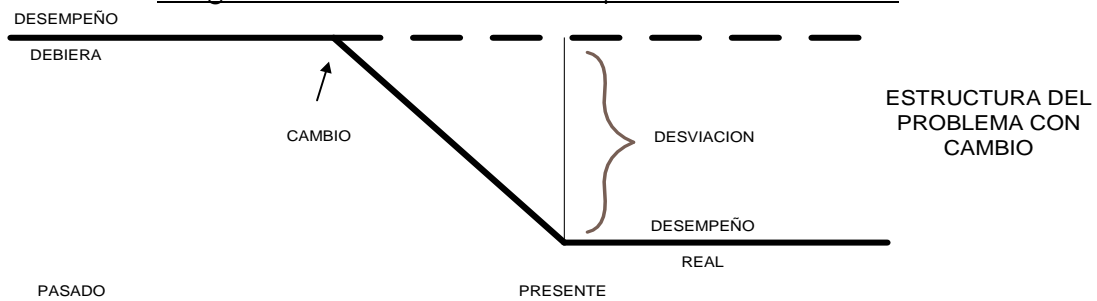
- No se sabe que hay en la caja negra, ni tampoco es de interés.
- No hay reglas firmes y rápidas para la formulación de problemas.
- Cuando se ataca un problema, es de esperar que, desde el primer momento, se escoja cuidadosamente el problema que se intenta resolver.
- Se debe luchar por lograr una visión amplia y ordenada de cada problema antes de interesarse por las soluciones posibles y adentrarse en cualquier tipo de detalles.
- Después de hacerlo, se puede y debe definir el problema al detalle.

b) Estructuración de problemas.

Kepner y Tregoe proporcionan una herramienta más sencilla de esquematización de problemas, denominada "estructura del problema". Esta herramienta ayuda a plantear las condiciones (el PRESENTE) que no se están cumpliendo o nunca se han cumplido (a causa de algunas desviaciones) que garantizan el normal desempeño de las funciones (el DEBIERA) dentro de una organización. Tiene una mayor aplicación práctica ya que compara los estados pasado y presente de una situación para encontrar un problema y encaminar la solución.

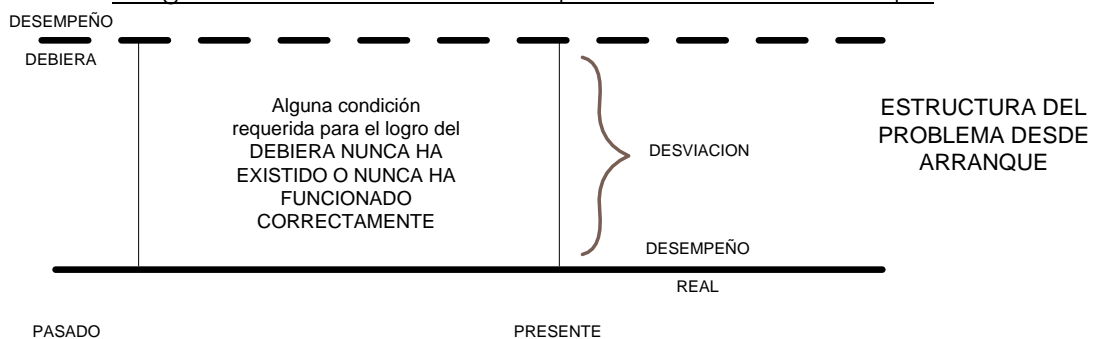
Las formas de esquematización son las siguientes:

Imagen II-42: Estructuración de un problema con cambio



Fuente: El nuevo directivo racional, Análisis de problemas y toma de decisiones. Kepner-Tregoe. Mc Graw-Hill

Imagen II-43: Estructuración de un problema desde el arranque



Fuente: El nuevo directivo racional, Análisis de problemas y toma de decisiones. Kepner-Tregoe. Mc Graw-Hill

### 3.4.3 Análisis del problema

Es la definición detallada del problema en función de especificaciones, restricciones, criterios, etc., que servirán para tener un mayor criterio para el diseño de una o varias alternativas de solución.

Antes de empezar a definir detalladamente el problema, es necesario llevar a cabo un relevamiento de información, en donde se recogen los elementos que permitirán deducir si es correcto el diagnóstico de la situación que se arrije y si son acertadas las recomendaciones o sugerencias de solución que se propongan.

La búsqueda de información debe ser acorde al tipo de problema y al impacto que genera este problema en la institución, como ya se estudio previamente, por lo que se debe tener un equilibrio entre la búsqueda y la calidad de información requerida; debe evitarse aceptar declaraciones de tipo general que pueden llevar a falsas interpretaciones y tener en cuenta la importancia de obtener la información de fuentes originales y autorizadas.

#### Herramientas para el análisis del problema

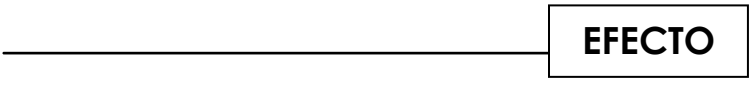
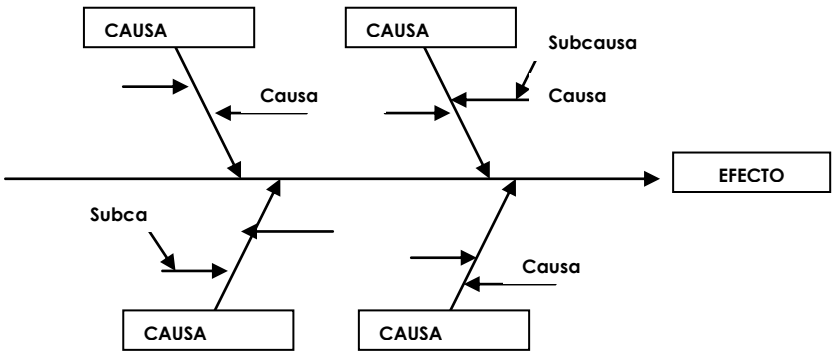
A continuación se definirán las herramientas necesarias a ocupar, según cada nivel de mando; se debe notar que a medida se descende de nivel de mando, las herramientas varían ya que se tiene un mayor enfoque a la resolución de problemas operativos, mientras que en los niveles superiores se trabaja en problemas a nivel institucional.

#### *a) Herramientas cualitativas para mandos estratégicos y medios.*

<b>Cuadro II-33: Herramientas cualitativas para el análisis de problemas</b>	
<b>Técnica: Lluvia de Ideas</b>	
<b>Concepto</b>	<b>Metodología</b>
Técnica que consiste en dar oportunidad, a todos los miembros de un grupo reunido, de opinar o sugerir sobre un determinado asunto que se estudia, ya sea un problema, un plan de mejoramiento u otra cosa, y así se aprovecha la capacidad creativa de los participantes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Nombrar a un moderador del ejercicio.</li> <li>-Cada miembro del equipo tiene derecho a emitir una sola idea por cada turno de emisión de ideas.</li> <li>-No se deben repetir las ideas.</li> <li>-No se critican las ideas.</li> <li>-El ejercicio termina cuando ya no existan nuevas ideas.</li> </ul>
<b>Técnica: Diagrama de afinidad</b>	
<b>Concepto</b>	<b>Metodología</b>
Es una forma de organizar la información reunida en sesiones de lluvia de ideas. Está diseñado para reunir ideas sobre áreas que se encuentran en un estado de desorganización. Como resultado, cada grupo se une alrededor de un tema o concepto clave.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Nombrar a un moderador del ejercicio.</li> <li>-Establecer el problema</li> <li>-Hacer lluvia de ideas</li> <li>-Transferir las ideas a post it o pequeños papeles y pegarlos al frente del grupo</li> <li>-Reunir los post its en grupos similares de acuerdo al criterio del grupo</li> <li>-Crear un título para cada agrupación</li> <li>-Pasar en limpio los títulos y las ideas agrupadas</li> </ul>

Técnica: 5 porqués	
Concepto	Metodología
<p>Es una técnica sistemática de preguntas utilizadas para buscar las causas principales de un problema. La técnica requiere que el equipo se pregunte ¿Por qué? Al menos 5 veces acerca de las causas del problema. Una vez sea difícil de responder al ¿Por qué? De una causa en específico, la causa más probable habrá sido identificada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Realizar una sesión de lluvia de ideas</li> <li>-Agrupar las causas en problemas afines</li> <li>-Una vez que las causas probables hayan sido identificadas, empezar a preguntar ¿Por qué es así? O ¿por qué está pasando?</li> <li>-Continuar preguntando ¿Por qué? Al menos 5 veces. Esto reta al equipo a buscar a fondo y no conformarse con causas ya probadas y ciertas</li> <li>-Habrá ocasiones en las que se podrá ir más allá de las 5 veces preguntando ¿por qué? Para poder obtener las causas principales</li> <li>-Durante este tiempo se debe tener cuidado de NO empezar a preguntar ¿Quién?. Se debe recordar que el equipo está interesado en el proceso y no en las personas involucradas.</li> </ul>

Fuente: Herramientas de la calidad de la Sociedad Latinoamericana de la calidad

Cuadro II-33: Herramientas cualitativas para el análisis de problemas	
Técnica: Diagrama Causa – Efecto (espina de pescado)	
Concepto	Metodología
<p>Es una técnica gráfica ampliamente utilizada, que permite apreciar con claridad las relaciones entre un tema o problema y las posibles causas que pueden estar contribuyendo para que él ocurra.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ponerse de acuerdo en la definición del efecto o problema</li> <li>-Trazar una flecha y escribir el “efecto” del lado derecho, como el que sigue a continuación:</li> </ul> <div style="text-align: right; margin: 10px 0;">  </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Identificar las causas principales a través de flechas secundarias que terminan en la flecha principal</li> <li>-Identificar las causas secundarias a través de flechas que terminan en las flechas secundarias, así como las causas terciarias que afectan a las secundarias</li> </ul> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">  </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Asignar la importancia de cada factor</li> <li>-Definir los principales conjuntos de probables causas: materiales, equipos, métodos de trabajo, mano de obra, medio ambiente (4 M's)</li> <li>-Marcar los factores importantes que tienen incidencia significativa sobre el problema</li> <li>-Registrar cualquier información que pueda ser de utilidad</li> </ul>

**Técnica: Clima Laboral**

Se suele hacer mediante encuestas aplicadas a los trabajadores de la organización, o de algún área dentro de ella en la que se quiera medir propiedades propias del ambiente de trabajo (estructura, responsabilidad, recompensa, desafío, relaciones, cooperación, conflictos, etc.).

Aunque existen distintos instrumentos, metodologías y encuestas para medir el clima organizacional, casi todos coinciden en la necesidad de medir las propiedades o variables en dos partes: una, el clima organizacional existente en la actualidad, y otra, el clima organizacional como debería ser. La brecha entre ambas mediciones es de gran utilidad para diagnosticar problemas organizacionales, que pudieran ser posteriormente explorados y corregidos.

Para mayor información con respecto a esta técnica referirse a numeral 5, capítulo 3 del diagnóstico del presente estudio.

Fuente: Herramientas de la calidad de la Sociedad Latinoamericana de la calidad

**Cuadro II-33: Herramientas cualitativas para el análisis de problemas**

**Técnica: Análisis de campo de fuerzas.**

<b>Concepto</b>	<b>Metodología</b>
Es una herramienta que es utilizada para ayudar a facilitar el cambio. Este análisis ve el cambio como fuerzas diferentes que compiten entre sí. Existen 2 fuerzas con las que se trabajan; estas son, <u>las fuerzas impulsoras</u> , las cuales facilitan el cambio y <u>las fuerzas restringentes</u> , las cuales evitan que el cambio ocurra. Esta herramienta se enfoca en la identificación de estas fuerzas y en relacionarlas con el cambio potencial.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Definir el cambio deseado</li> <li>-Hacer una lluvia de ideas de las fuerzas impulsoras</li> <li>-Hacer una lluvia de ideas de las fuerzas restringentes</li> <li>-Clasificar en orden de prioridad las fuerzas impulsoras</li> <li>-Enumerar las acciones a tomar para potenciar las fuerzas impulsoras y sobrellevar las restringentes</li> </ul>

**Técnica: Diagrama de interrelaciones**

<b>Concepto</b>	<b>Metodología</b>
Presenta las relaciones entre los factores/problemas. Toma la idea principal o problema y presenta la conexión entre los ítems relacionados. Al utilizarlo se demuestra que cada ítem puede ser conectado con más de un ítem diferente a la vez. Permite el pensamiento multidireccional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Reunir al equipo apropiado</li> <li>-Determinar el problema o el asunto clave a solucionar</li> <li>-Utilizar una herramienta de generación de ideas como la lluvia de ideas para producir ideas</li> <li>-Reunir ideas o tarjetas o notas post it y colocarlas en la superficie de trabajo (generalmente 2 hojas pegadas) en un patrón circular. Marcar con una letra o número cada tarjeta o post it</li> <li>-Buscar relaciones entre cada una y todas las ideas.</li> <li>-Determinar que otras tarjetas/post its están</li> </ul>

	<p>influenciadas por esta tarjeta. Dibujar flechas que salgan de la tarjeta/post i que influencia a otras y flechas hacia las tarjetas que estén influenciadas por otras tarjetas.</p> <p>-Evitar las flechas de doble vía. Hacer una determinación en cuanto a que ítem es una mayor influencia.</p> <p>-Debajo de cada tarjeta/post it, totalizar todas las flechas que entran y salen de cada tarjeta. Luego se podrán identificar las causas/impulsos principales (flechas salientes con más frecuencia) y los efectos/resultados claves (flechas entrantes más frecuentes).</p> <p>-Identificar las tarjetas/post its que so causas o efectos mayores al utilizar casillas dobles o en negrita.</p> <p>-Por consecuencia, identificar las tarjetas/post its que solo tienen pocas flechas hacia dentro o afuera pero todavía pueden ser un ítem o causa clave.</p>
--	---

Fuente: Herramientas de la calidad de la Sociedad Latinoamericana de la calidad

b) Herramientas cuantitativas para mandos estratégicos y medios

<b>Cuadro II-34: Herramientas cuantitativas para el análisis de problemas</b>	
<b>Técnica: Diagrama de Pareto</b>	
<b>Concepto</b>	<b>Metodología</b>
<p>Gráfico de barras, cuyas barras verticales están ordenadas de mayor a menor importancia, estas barras representan datos específicos correspondientes a un problema determinado, la barra más alta está del lado izquierdo y la más pequeña, según va disminuyendo de tamaño, se encuentra hacia la derecha.</p> <p>Ayuda a dirigir mayor atención y esfuerzo a problemas realmente importantes, o bien determina las principales causas que contribuyen a un problema determinado y así convertir las cosas difíciles en sencillas (se ocupa el principio 80-20; de la siguiente manera, el 80% de los efectos están causados por el 20% de los problemas vitales).</p>	<p>-Realizar una sesión de lluvia de ideas</p> <p>-Agrupar las causas en problemas afines</p> <p>-Una vez que las causas probables hayan sido identificadas, empezar a preguntar ¿Por qué es así? O ¿por qué está pasando?</p> <p>-Continuar preguntando ¿Por qué? Al menos 5 veces. Esto reta al equipo a buscar a fondo y no conformarse con causas ya probadas y ciertas</p> <p>-Habrán ocasiones en las que se podrá ir más allá de las 5 veces preguntando ¿por qué? Para poder obtener las causas principales</p> <p>-Durante este tiempo se debe tener cuidado de NO empezar a preguntar ¿Quién?. Se debe recordar que el equipo está interesado en el proceso y no en las personas involucradas.</p>

<b>Técnica: Histograma</b>	
<b>Concepto</b>	<b>Metodología</b>
<p>Es un gráfico de barras verticales que representa la distribución de un conjunto de datos. Un histograma es un tipo especial de grafica de barras que despliega la variabilidad dentro de un proceso. Los patrones inusuales o sospechosos pueden indicar que un proceso necesita investigación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Después de recolectar datos, contar el número de puntos de datos (n) en la muestra.</li> <li>-Determinar el rango R, para todo el conjunto de datos al restar el valor menor de los datos al mayor</li> <li>-Determinar el número de intervalos, denotados como K (utilizar criterios estadísticos)</li> <li>-Determinar la extensión del intervalo W, la fórmula para ello es <math>W=R/K</math>.</li> <li>-Construir los intervalos determinando el límite del intervalo o los puntos finales.</li> <li>-Construir una tabla de frecuencias basadas en los valores obtenidos.</li> <li>-Trazar y marcar los ejes horizontal y vertical.</li> <li>-Dibujar las barras para representar el número de puntos de datos en cada intervalo. La altura de las barras deberá ser igual al número de puntos de datos en ese intervalo, según se mide en el eje vertical.</li> <li>-Poner título y fecha a la grafica. Indicar el número total de puntos de datos y mostrar los valores nominales y límites. Identificar y clasificar el patrón de variación; desarrollar una explicación lógica y perteneciente del patrón. No olvidar la confirmación de las teorías por medio de la reunión de datos adicionales y de la observación</li> </ul>

Fuente: Herramientas de la calidad de la Sociedad Latinoamericana de la calidad

<b>Cuadro II-34: Herramientas cuantitativas para el análisis de problemas</b>	
<b>Técnica: Grafico de radar (Telaraña)</b>	
<b>Concepto</b>	<b>Metodología</b>
<p>Es una herramienta muy útil para mostrar visualmente la diferencia entre el estado actual y el estado ideal; es la misma herramienta utilizada en el análisis del clima organizacional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Reunir datos a representar</li> <li>-Definir las categorías de calificación (entre 5 a 10)</li> <li>-Construir la grafica:</li> <li>-Dibujar un circulo con tantos radios como categorías existan</li> <li>-Escribir cada título al final de cada radio alrededor del perímetro del circulo</li> <li>-Numerar los radios de 0 (mas bajo) hasta 10 (mas alto) empezando con el cero en el centro del circulo y terminando con el 10 en el perímetro.</li> <li>-Calificar todas las categorías.</li> <li>-Cada miembro del equipo puede calificar en donde se siente que la organización o el equipo se encuentra en la actualidad en cierto aspecto.</li> <li>-El equipo puede desarrollar un puntaje para el equipo calculando un promedio de los puntajes individuales.</li> <li>-Definir la calificación del equipo para cada categoría</li> <li>Interpretar y utilizar los resultados para mejorar</li> <li>-Indicar la fecha en la grafica de radar</li> </ul>



<b>Técnica: Diagrama de dispersión</b>	
<b>Concepto</b>	<b>Metodología</b>
Representación gráfica del grado de relación entre dos variables cuantitativas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Elegir las 2 variables a recolectar</li> <li>-Recolectar información con respecto a las 2 variables estudiadas (se determina una muestra representativa de forma estadística)</li> <li>-Determinar los valores máximo y mínimo para cada una de las variables</li> <li>-Decidir cuál es la variable independiente y graficar los datos en el eje X</li> <li>-Trazar y rotular los ejes horizontal y vertical.</li> <li>-Marcar en el grafico los pares ordenados obtenidos</li> <li>-Rotular el grafico</li> <li>-Interpretar grafico: se puede utilizar el grafico para ver las relaciones de causa efecto entre las variables; se observan los tipos de correlación (agrupamiento de los datos) que existe: fuerte (agrupamiento marcado en torno a líneas), débil (agrupamiento apenas visible en torno a una línea), compleja (agrupamientos exponenciales o potenciales) o si no presenta correlación.</li> </ul>

Fuente: Herramientas de la calidad de la Sociedad Latinoamericana de la calidad

<b>Cuadro II-34: Herramientas cuantitativas para el análisis de problemas</b>	
<b>Análisis de Beneficio - Costo</b>	
<b>Concepto</b>	<b>Metodología</b>
<p>Es el proceso de colocar cifras en dólares en los diferentes costos y beneficios de una actividad. Al utilizarlo, podemos estimular el impacto financiero acumulado de lo que queremos lograr.</p> <p>Se debe utilizar el análisis de costo/beneficio al comparar los costos y beneficios de las diferentes decisiones. Un análisis de costo/beneficio por si solo puede no ser una guía clara para tomar una buena decisión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Llevar a cabo una lluvia de ideas o reunir datos provenientes de factores importantes relacionados con cada una de sus decisiones.</li> <li>-Determinar los costos relacionados con cada factor. Algunos costos, como la mano de obra serán exactos, mientras que otros deberán ser estimados.</li> <li>-Sumar los costos totales para cada decisión propuesta</li> <li>-Determinar los beneficios en dólares para cada decisión</li> <li>-Poner las cifras de los costos y beneficios totales en la forma de una relación donde los beneficios son el numerador y los costos son el denominador</li> </ul> $\frac{B}{C} = \frac{\text{beneficios}}{\text{costos} (\$)}$ <ul style="list-style-type: none"> <li>-Comparar las relaciones beneficios a costos para las diferentes decisiones propuestas. La mejor solución, en términos financieros es aquella con la relación más alta beneficios a costos</li> </ul>

### Otras Herramientas cuantitativas.

- Análisis financieros (balance general, etc.)
- SIG
- Compromisos de gestión
- Indicadores de estrategias
- Presupuesto institucional y por departamento.
- Informes técnicos propios de los mandos medios y niveles operativos. con los que se clasifico cada actividad por medio de líneas secuenciales.

Es importante mencionar que todas estas herramientas también pueden servir para identificar los problemas, es decir, el paso 1 del procedimiento para la resolución de problemas; estas herramientas son de mayor utilidad en esta etapa, ya que las estadísticas y antecedentes obtenidas de ellas, pueden dar mayor soporte a las decisiones a tomar.

Fuente: Herramientas de la calidad de la Sociedad Latinoamericana de la calidad

### c) Herramientas de análisis para los niveles operativo.

Las herramientas mencionadas a continuación, deben ser utilizadas en el HNST con ayuda de estudiantes de carreras de Ing. Industrial o administración de empresas en servicios sociales, ya que requieren un nivel técnico avanzado para su utilización y no existen personas capacitadas en el hospital para su utilización.

Para los niveles operativos se recomienda una mayor utilización de estadísticas de producción, tiempos, calidad obtenida en el servicio, quejas de clientes internos y/o externos, demoras, recursos utilizados, etc. para el análisis de problemas.

### **Cuadro II-35: Herramientas para el análisis para los niveles operativos**

#### **Análisis de Inventarios**

Consiste en modelos matemáticos que describe el comportamiento del sistema de inventarios, para minimizar los costos asociados a un esquema de inventario para satisfacer una demanda.

Estos modelos matemáticos implican la explicación de 2 decisiones básicas: cuanto ordenar y cuando ordenar (no necesariamente a un proveedor externo al hospital, sino también a personas dentro de un mismo procedimiento).

Usos para la institución: manejo de inventarios de departamentos médicos, manejo de inventarios de repuestos, manejo de inventarios de inventarios de alimentos, en farmacia, etc.

#### **Análisis de cargas de trabajo<sup>124</sup>**

Es el conjunto de técnicas que pueden aplicarse para la medición de trabajos administrativos o tiempos de trabajo en oficinas, y determina la cantidad de personal necesario para la eficiente realización de las tareas derivadas de las funciones asignadas a cada institución.

Usos: Aprobación de nuevas plazas, redistribución de funciones y puestos.

Fuente: elaboración propia

<sup>124</sup> Fuente: Guía medición de cargas de trabajo para entidades públicas. Departamento administrativo de la función pública. Colombia. 2002

Siguiendo con la metodología para la resolución de problemas, para definir detalladamente un problema se debe tener la siguiente información acerca del problema una vez se tenga ya la recolección de datos con las herramientas antes descritas:

- *Variables de entrada*: características o atributos cuantitativos dinámicos del estado A susceptible a ser medida y que expresa la magnitud del problema.
- *Variables de Salida*: características o atributos cuantitativos dinámicos del estado B susceptible a ser medida y que expresa el funcionamiento ideal del objeto de estudio.
- *Variables de Solución*: características o atributos cuantitativos de las diferentes maneras en que pueden diferir las soluciones que se dan a un problema.
- *Restricciones*: características de una solución previamente fijada por una decisión, por la naturaleza, por la ley o por cualquiera otra fuente que tenga que respetar el solucionador de problemas.
- *Criterios*: durante el análisis se deben identificar los criterios que se deben usar para seleccionar la mejor solución.
- *Limitaciones*: a menudo hay límites en el grado en que pueden variar la entrada, salida, criterios y la solución.

Al finalizar de definir la información básica del problema, se puede redactar en prosa el problema.

Una forma de hacerlo es como sugiere Kepner y Tregoe en el libro "el nuevo directivo racional", en donde la problemática se redacta la condición que sugiere un problema y la describe en las dimensiones de identidad (¿Qué es el problema?, ¿Quién ocasiona la falla?), ubicación (¿Dónde se da el problema?), tiempo (¿desde cuándo se da el problema?, ¿Cuándo ocurre el problema?) y magnitud (¿Qué ocasiona el problema?, ¿Quiénes están afectados?, ¿Qué tanto afecta el problema?); identificando cual es la diferencia con respecto al funcionamiento normal o ideal sin problema

#### **3.4.4 Búsqueda de soluciones**

Después de definir y analizar el problema, se deben centrar todos los esfuerzos en realizar una búsqueda real y eficaz (por inventiva, investigación, etc.) para encontrar soluciones.

Las soluciones tienden a parecerse mucho a la manera actual de resolver el problema, porque la solución ya conocida de un problema tiene gran fuerza de atracción. Después de que la gente ha vivido con cierta solución algún tiempo y se ha acostumbrado a ella, sus ideas parecen ir sobre rieles en esa dirección.

Por lo general, la forma de proceder en esta etapa es la siguiente:

- Primero lleve al máximo el número y la variedad de soluciones que pueda aplicar, ampliando el espacio de solución tanto como resulte práctico.
- En seguida aproveche al máximo ese espacio de soluciones expandido; en su interior haga eficazmente la búsqueda.

### **Herramientas para búsqueda de alternativas**

Las herramientas usualmente utilizadas para la búsqueda de las alternativas, en cualquier nivel de mando (estratégico, mandos medios u operativos) son:

#### Métodos sistemáticos:

- **Árbol de alternativas**<sup>125</sup>: no es un proceso concreto sino un medio para obtener información pertinente sobre las diferentes alternativas con el fin de tomar una decisión bien informada de cuál alternativa es la más apropiada para contribuir a resolver el problema de desarrollo. Esta técnica es similar al causa y efecto, solo que convierte todas condiciones negativas o problemas en objetivos a cumplir. Se puede partir de un 5 por qué para la realización de esta herramienta.

#### Métodos aleatorios:

- **Lluvia de ideas**: Técnica que consiste en dar oportunidad, a todos los miembros de un grupo reunido, de opinar o sugerir sobre un determinado asunto que se estudia. Para esta etapa en específico, se trata de reunir la mayor cantidad de ideas para la solución de un problema.
- **Benchmarking**: es el proceso continuo y sistemático de evaluar los productos, servicios o procesos de otras instituciones de salud que son reconocidas por ser representativas de las mejores prácticas para efectos de mejora organizacional.

### **3.4.5 Fase de decisión**

Debido a que la alternativa ideal satisface perfectamente todas condiciones que se establecen como satisfactorias sin traer consigo nuevas dificultades, son muy pocas las alternativas de las buscadas las que llegan a satisfacer todos los requerimientos. Es por lo tanto que deben evaluarse cada una de las alternativas contra los objetivos o expectativas que se tengan del estado B o situación sin problema.

#### El procedimiento a seguir es el siguiente:

- **Definir los criterios de selección**: son aquellos criterios imprescindibles que debe cumplir una alternativa para lograr una decisión exitosa. Deben ser cuantificables
- **Ponderar los criterios y determinar cómo se calificaran las alternativas según el grado de cumplimiento del criterio.**
- **Evaluar las alternativas contra los criterios.**
- **Determinar la mejor alternativa**
- **Considerar las consecuencias adversas de la alternativa seleccionada**: se examina la probabilidad de fracaso de la alternativa, se evalúa el impacto y frecuencia de posibles consecuencias adversas de la alternativa.

#### Herramienta para la toma de decisión: Matriz de relación

Es un Gráfico de filas y columnas que permite priorizar alternativas de solución, en función de la ponderación de criterios que afectan a dichas alternativas.

---

<sup>125</sup> Fuente: Planificación de proyectos orientada a objetivos (ZOPP). GTZ. 1998

Procedimiento

1. Reunir grupo de personas involucradas en la toma de decisión.
2. Definir las alternativas que van a ser jerarquizadas
3. Definir los criterios de evaluación (en la medida de lo posible buscar variables cuantitativas)
4. Definir el peso de cada uno de los criterios (en la medida de lo posible en base a criterios técnicos)
5. Construir la matriz como la siguiente

Imagen II-44: Matriz de relación.

SOLUCIONES	CRITERIOS				TOTAL
	10	40	20	30	
Alternativa 1	3	2	1	1	
Alternativa 2	3	2	3	2	
Alternativa 3	3	1	3	1	

6. Definir la escala de cada criterio (en la medida de lo posible en base a criterios técnicos)
7. Cada participante del grupo valora cada alternativa con respecto a cada criterio (usando la escala definida anteriormente)
8. Multiplicar el valor obtenido en el lado izquierdo de las casillas, por el peso de cada criterio y anotarlo a la derecha de cada casilla
9. Sumar todas las casillas del lado derecho y anotar el resultado en la casilla Total
10. Ordenar las alternativas de mayor a menor

**3.4.6 Especificaciones e implantación**

Es la documentación completa de la solución seleccionada. Se comienza con el diseño general conteniendo los lineamientos básicos de solución. Dicho diseño incluye las recomendaciones de modificaciones agregados o eliminaciones que se sugieren para cambiar la realidad actual.

En la especificación deben ir detallados los siguientes ítems:

- Portada
- Introducción y antecedentes del problema
- Efectos del problema
- Beneficios de la propuesta
- Diseño general de la solución
- Diseño detallado de la solución (recursos, procedimientos, tiempos, etc.)
- Plan de implantación (fechas, recursos a utilizar)

- Plan de control de la propuesta (puntos de control, encargado de control, fuente de control)
- Inversión y costos de la propuesta, presupuesto de implantación

Este documento debe ser detallado de la siguiente manera:

- Documento total: 10-15 páginas
- Documento de Word
- Tipo de letra: Arial
- Tamaño de letra: 10
- La numeración se ubica en el pie de página, al centro de la misma.
- Espacio de interlineado: 1 1/2
- Márgenes superior e inferior: 2.5 cm
- Márgenes izquierdo y derecho: 3 cm
- Encabezado con el nombre del documento
- Tamaño de papel: Carta
- Impresión: Papel bond base 20
- Tablas: El contenido de las tablas y cuadros tiene que tener tamaño de fuente 10

Para finalizar, no se pueden realizar más de 3 proyectos (a cualquier nivel, departamental o institucional) de resolución de problemas en un año, incluyendo proyectos que estén en rediseño, ya que los esfuerzos de una organización, a cualquier nivel, no deben de estar dispersos en múltiples objetivos, además que no se garantiza que se cumpla la planificación anual de trabajo de la institución.

Cada documento debe ser entregado al comité de gestión estratégica en las reuniones mensuales del mismo, siendo la decisión de realizar o no la propuesta responsabilidad del comité, llevada a cabo directamente por su director. Si no se aprueba el proyecto, este se mejora, se paraliza o se desestima, de acuerdo a la importancia del mismo; esta decisión también recaerá en el comité.

Si se aprueba el proyecto se designara un responsable dentro del comité para llevar a cabo la propuesta y otra persona encargada del control de la misma. La implantación se llevara a cabo según lo estipulado en el documento y lo aprobado por el comité.

Las fuentes de financiamiento para el proyecto deben ser determinadas por el comité, a partir de análisis financieros, el presupuesto del proyecto y de la importancia que tenga el proyecto según se estime. No se recomienda iniciar ningún proyecto si no se asegura contar con el financiamiento estipulado, ni el recurso humano para llevarlo a cabo.

### **3.4.7 Seguimiento, evaluación y rediseño**

El seguimiento es una actividad continua que provee información sobre el progreso del proyecto, mediante la comparación de avances periódicos y metas predefinidas. Con un enfoque orientado hacia el desempeño, proporciona elementos para la acción correctiva y establece vínculos de responsabilidad entre los ejecutores y sus resultados, sin entrar a examinar de manera detallada la causalidad entre las intervenciones y sus

efectos. Debe existir una colaboración mutua entre el encargado del proyecto y el encargado de controlarlo.

Dependiendo del proyecto, se realizarán controles el primer trimestre después de haber iniciado el proyecto, semestralmente y al final del año. En este control se debe verificar:

- Cumplimiento de fechas de implementación
- Cumplimiento de las especificaciones del diseño
- Gastos realizados

Entregando un informe de una página al comité en donde se especifique lo anterior, así como las acciones correctivas y/o preventivas a llevar a cabo para garantizar el cumplimiento del proyecto.

El comité evaluará el estado del proyecto, si amerita seguir dará el visto bueno y si no, girará órdenes de detener y congelar los fondos para el mismo.

Si es necesario rediseñar el proyecto, se debe de detener el actual y presentar de nueva cuenta el proyecto rediseñado al comité como si fuera un proyecto nuevo.

Habiéndose establecido la metodología general propuesta para la resolución de problemas, es necesario establecer temáticas a tratar con los actuales niveles de mando estratégico, medio y operativo que logren alcanzar un mejor dominio de cada una de las herramientas propuestas, así como también el lograr que piensen según la misma metodología.

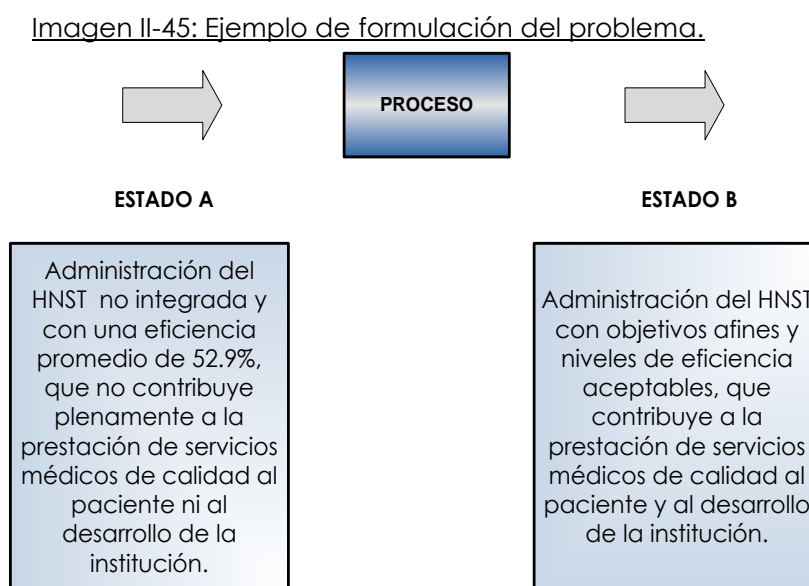
Todas y cada una de las siguientes capacitaciones son propuestas y recomendaciones, por lo que se sugiere tomarlas en cuenta. En el apartado 3.6 se detallan dichas capacitaciones.

### **3.5 EJEMPLO DE APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA PARA LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN EL HNST.**

Con base a la metodología planteada anteriormente, a continuación se presenta un ejemplo aplicado al Hospital Nacional Santa Teresa; el cual será una valiosa referencia para los principales mandos de la institución cuando sea requerido resolver problemas. La situación analizada está referida a los diferentes problemas administrativos encontrados en la institución.

#### **3.5.1 Paso 1 y 2: Identificación y Formulación del problema.**

A fin de analizar apropiadamente la situación actual de la Administración del Hospital Nacional Santa Teresa, es necesario identificar y definir el problema principal; para ello se hará uso del artificio de la caja negra que ayudará a definir claramente la situación actual.



Fuente: Elaboración propia

#### **3.5.2 Paso 3: Análisis del problema.**

Para el análisis del problema planteado anteriormente se utilizó la tormenta de ideas, encuestas y entrevistas que permitieron recopilar información de los diferentes protagonistas en la administración del hospital.

A continuación se presenta el análisis de la problemática planteada anteriormente utilizando el diagrama de causa – efecto (o Ishikawa), para luego determinar aquellas causas sobre las que se definirán soluciones.

Situación Actual: Administración del HNST no integrada y con una eficiencia promedio de 52.9%, que no contribuye plenamente a la prestación de servicios médicos de calidad al paciente ni al desarrollo de la institución.



### Variables de Entrada

- Programas y lineamientos del MSPAS y la dirección regional de salud.
- Recurso financiero.
- Recursos materiales.
- Requerimientos de los departamentos y servicios del hospital.
- Necesidades de los pacientes.
- Políticas gubernamentales.
- Otras condiciones del ambiente externo.

Situación Esperada: Administración del HNST con objetivos afines y niveles de eficiencia aceptables, que contribuye a la prestación de servicios médicos de calidad al paciente y al desarrollo de la institución.

### Variables de Salida

Eficiencia Administrativa.

Eficacia<sup>126</sup>

Índice del personal y de usuarios.

### Limitaciones de Salida

Mayor al 75%

Mayor que 95%

Mayor que 75%

### Variables de solución:

- Técnicas y metodologías utilizadas en la solución.
- Cantidad de procesos y procedimientos.
- Cantidad de controles definidos.
- Cantidad de planes y programas.
- Tipo de organización.

### Restricciones:

- Los costos aproximados de implementación de la propuesta no deben sobrepasar 10% del costo asignado al desarrollo institucional.
- Leyes, normativas, reglamentos y demás directrices bajo las cuales se rige el hospital

### Criterios:

- Costos de implementación.
- Grado de calidad de los servicios y productos a obtener.
- Preferencia de la contrate.
- Tiempo de la implementación.
- Grado de adecuación de la solución a las necesidades de la institución.
- Aprovechamiento del recurso humano actual.

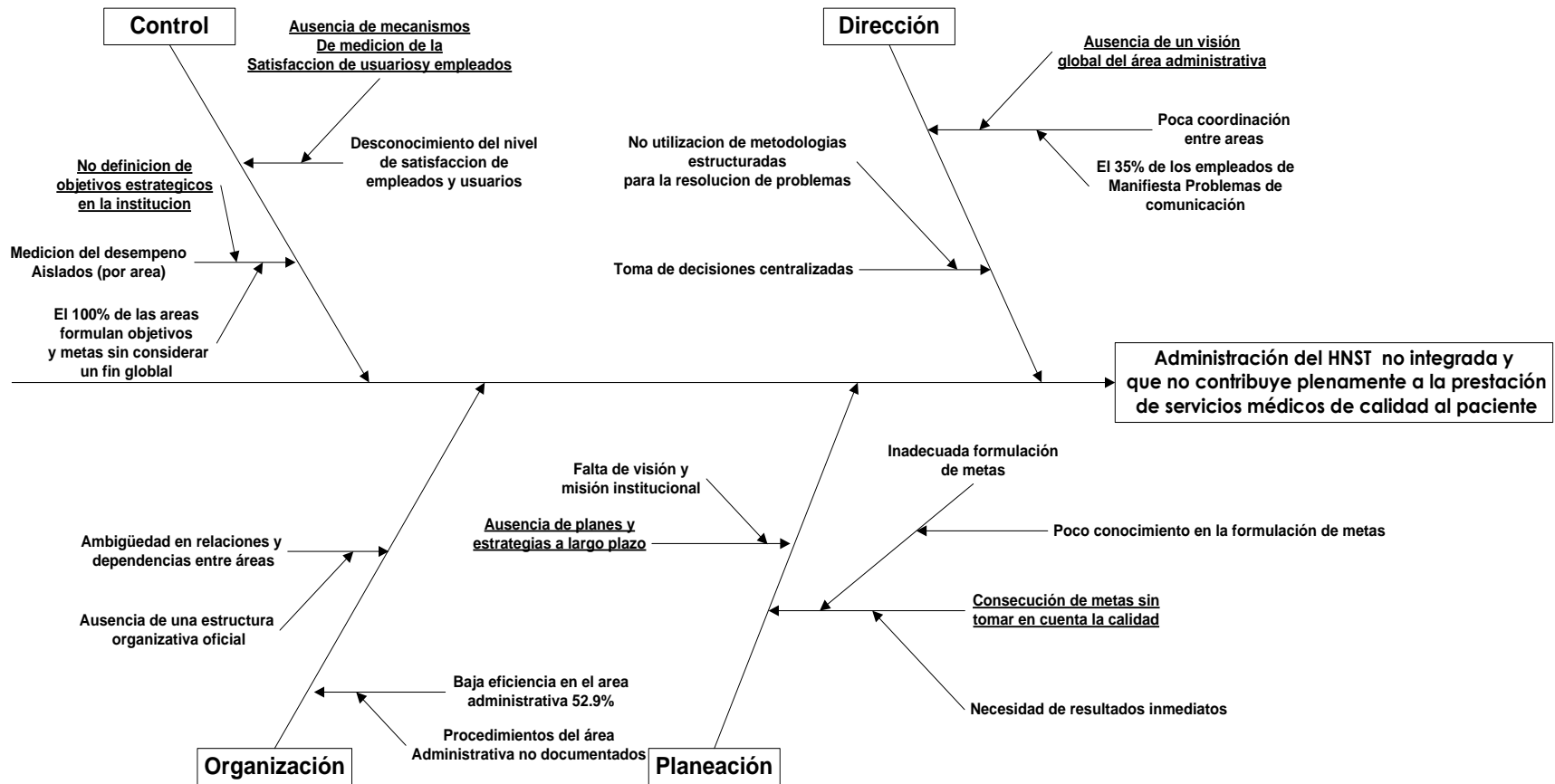
### Utilización:

5 años, con revisiones periódicas.

---

<sup>126</sup> Cumplimiento de objetivos, metas, compromisos de gestión, etc.

Imagen II-46: Ejemplo de análisis del problema por medio del diagrama causa – efecto.



Fuente: Elaboración propia

### 3.5.3 Paso 4: Búsqueda de soluciones

Luego de determinar las causas que están originando la problemática en la administración del hospital, se plantean una serie de alternativas que podrían darle solución a dichas oportunidades de mejora.

#### ALTERNATIVA 1: SISTEMA ADMINISTRATIVO BAJO ENFOQUE POR PROCESOS

La implementación de un sistema administrativo bajo el enfoque orientado a procesos en el hospital nacional Santa Teresa se hace necesaria, ya que de acuerdo a la situación actual de la administración se debe lograr un encadenamiento y ordenamiento secuencial de los procedimientos, actividades y tareas para conseguir resultados que satisfagan plenamente los requerimientos de los clientes (pacientes y divisiones médicas).

#### Ventajas:

- Centrado en el cliente.
- Cambia/reemplaza procesos y estructuras ineficientes.
- Reduce la burocracia interna.
- Premia al mejoramiento del desempeño.

#### Desventajas:

- A veces produce cambios demasiado rápidos y provoca inestabilidad.
- Medidas drásticas para reducir costos.
- Bajo grado de participación externa.
- Magnifica la importancia de lo micro mientras reduce la relevancia de lo macro.

#### Requerimientos preliminares para la implementación:

- Identificar clientes de la administración del hospital y sus necesidades.
- Definir servicios/productos.
- Definir recursos
- Describir procesos
- Diagramar procesos (Mapa de procesos)
- Análisis de datos y mejoras de procesos
- Tiempo de implementación<sup>127</sup>: aproximadamente 6 meses.
- Costos: Los costos en los que incurrirá la institución con la implementación de la solución son: costos de capacitación (que puede ser realizada por el equipo consultor), insumos de oficina, horas hombre del personal involucrado, entre otras. Los cuales no representan una inversión significativa para el hospital.

---

<sup>127</sup> Según: Gestión por procesos, para mejorar la atención del usuario en los establecimientos de salud del sistema nacional de salud en Perú.

## ALTERNATIVA 2: SISTEMA ADMINISTRATIVO BAJO UN ENFOQUE DE CALIDAD

Un sistema administrativo bajo un enfoque de calidad le permitirá al Hospital Nacional Santa Teresa evaluar y dirigir el desempeño institucional en términos de calidad y de satisfacción tanto de sus clientes internos y externos, de manera sistemática.

### Ventajas<sup>128</sup>:

- Permitirá facilitar la medición de la Eficiencia y efectividad en los departamentos administrativos.
- Establecerá mecanismos de comunicación con los clientes externos e internos.
- Es centrado en el cliente y sus demandas.
- Mejora procesos, productos y servicios.
- El proceso de mejoramiento es continuo.
- Forma equipos permanentes.

### Desventajas:

- Requiere mucho tiempo para su implementación.
- Requiere muchos recursos financieros para su implementación.
- A veces genera competencia negativa entre los equipos.

### Requerimientos para la implementación:

- Identificar los procesos que inciden en el cumplimiento la razón de ser de la institución.
- Determinar los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces y eficientes,
- Asegurarse de la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos,
- Realizar el seguimiento, la medición y el análisis de estos procesos,
- Implementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos.
- Costos de de asesoría para la implementación de un sistema de gestión de la calidad:

Los costos de asesoría dependen del tamaño de la empresa y sus requerimientos. Los honorarios de asesoría son por hora y el valor de todo el proceso oscila los \$4,000 aproximadamente (Fuente de información: preguntas frecuentes sobre el sistema de gestión de calidad para entidades públicas).

- Tiempo de implementación aproximado de un sistema de calidad<sup>129</sup>

Las etapas de implementación y su duración dependen del tipo de empresa a certificar, sus procesos, y la complejidad de su organización. El tiempo y esfuerzo entregado por el personal de la empresa también afectan directamente la implementación. La duración puede ser entre uno a dos años aproximadamente.

---

<sup>128</sup> Según el Sistema de gestión de la calidad para entidades públicas (NTCGP1000 - ICONTEC)

<sup>129</sup> No se incluye la implementación del enfoque orientado a procesos (cuya duración aproximada de 6 meses)

### ALTERNATIVA 3: SISTEMA ADMINISTRATIVO BAJO ENFOQUE DE GESTIÓN ESTRATÉGICA

Orientar a la administración del hospital nacional Santa Teresa bajo un enfoque de gestión estratégica permitirá el enrutamiento de los esfuerzos de la institución en pro de su desarrollo y crecimiento; acompañado de una proyección a largo plazo y de un sistema de seguimiento y control organizativo.

#### Ventajas:

- Definirá el rumbo estratégico del hospital y lo mantendrá proyectado hacia el futuro.
- Funcionamiento institucional más integrador y de mayor sinergia ya que todas las acciones de las divisiones contribuirán al cumplimiento de la misión y visión. Aportando así una visión global de la organización en sus relaciones internas.
- Integración de los planes de trabajo con los objetivos institucionales para orientar el trabajo a los aspectos verdaderamente importantes.
- Definición de una estrategia que explote mejor las capacidades de la institución en relación con las oportunidades externas para lograr ventajas competitivas sostenibles.
- Mayor grado de liderazgo en los coordinadores, ya que están al tanto del rumbo que la institución persigue.
- Comunicación eficaz con los responsables de todos los niveles de la organización para transmitir lo que la institución espera de ellos.
- Lograr mayor vinculación entre los objetivos de la institución y los de los empleados que laboran en esta, ya que tendrán definida la contribución de su puesto con el objetivo general.
- Capacidad de disponer de equipos directivos eficaces y de organigramas adecuados donde fluyan las decisiones.
- Convicción de que las decisiones se deben basar en lograr efectividad de las metas.
- Lograr una mayor certidumbre que atenuará el riesgo vinculado a los servicios de salud (Disminución de imprevistos y extras)
- Disponer de sistemas de control que sirvan simultáneamente a los intereses de las decisiones médico hospitalarias y de gestión.
- Existencia de sistemas de medición que estimulen al desarrollo e indicadores que se vinculen con el cumplimiento de los objetivos.
- Introducir la cultura de autoevaluación en la institución.
- Contribuirá a la mejora continua ya que se identificarán y desarrollarán las fortalezas y trabajar en la superación de las debilidades.
- Conocer las necesidades o grado de satisfacción que tiene la población frente a lo que el hospital produce (por medio del análisis interno y externo).
- La implementación de un enfoque estratégico en la administración del hospital producirá beneficios relacionados con la capacidad de realizar una administración más eficiente, reorientando recursos humanos y materiales, lo que permitiría aumentar la eficiencia y mejorar la calidad de los servicios prestados.

### Desventajas:

- Requiere mucho tiempo para obtener grandes resultados.
- Si no se toma en cuenta la cultura organizacional, corre el riesgo de generar apenas nuevos documentos pero no un Nuevo comportamiento organizacional.
- Generalmente no cambia los métodos de trabajo.

### Requerimientos preliminares para la implementación:

- Definición de la visión, misión y valores.
- Estudio con profundidad del entorno. Descripción de amenazas y oportunidades.
- Establecimiento de los objetivos prioritarios.
- Análisis de las estrategias adecuadas para llevar a cabo los objetivos.
- Establecimiento de controles.
- Definición de los planes de acción para la implementación de las estrategias escogidas.
- Costos: Los costos en los que incurrirá la institución con la implementación de la solución son: costos de capacitación (que puede ser realizada por el equipo consultor), insumos de oficina, horas hombre del personal involucrado, entre otras. Los cuales no representan una inversión significativa para el hospital.

### **3.5.4 Paso 5: Fase de decisión**

La ponderación y definición de criterios es una fase importante para la adecuada toma de decisiones, en el siguiente cuadro se plantea dicha calificación.

<b>Cuadro II-36: Ejemplo de aplicación de Evaluación de alternativas.</b>							
<b>Criterio</b>	<b>Peso</b>	<b>Alternativa 1 Sistema Administrativo bajo enfoque por procesos</b>		<b>Alternativa 2 Sistema Administrativo bajo un enfoque de Calidad</b>		<b>Alternativa 3 Sistema Administrativo bajo enfoque de gestión estratégica</b>	
		<b>Valor</b>	<b>Total</b>	<b>Valor</b>	<b>Total</b>	<b>Valor</b>	<b>Total</b>
Costos de implementación.	20%	5	1	1	0.2	5	1
Calidad de los servicios y productos.	15%	3	0.45	5	0.75	3	0.45
Preferencia de la contraparte	10%	3	0.3	3	0.3	5	0.5
Tiempo de la implementación.	15%	5	0.75	1	0.15	5	0.75
Grado de concordancia con los requerimientos de sistemas de gestión (de hospitales) sugeridos por el MSPAS.	25%	1	0.25	5	1.25	5	1.25
Aprovechamiento de los recursos actuales.	15%	3	0.45	1	0.15	3	0.45
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>3.2</b>		<b>2.8</b>		<b>4.4</b>	

### SELECCIÓN DE ALTERNATIVA:

De acuerdo a la evaluación realizada anteriormente se elige la alternativa: Sistema Administrativo del Hospital Nacional Santa Teresa bajo el enfoque de gestión estratégica.


### 3.5.5 Paso 6: Especificación e implantación

Como ejemplo de la documentación de un procedimiento de toma de decisión institucional, se plantea el presente estudio que desarrolla el tema Propuesta de un Sistema Administrativo del Hospital Nacional Santa Teresa bajo el enfoque de gestión estratégica, que contiene los siguientes apartados:

- Portada
- Introducción y
- Diagnostico general de la institución en planeación, organización, dirección y control
- Diseño detallado de la solución (recursos, procedimientos, tiempos, etc.)
- Beneficios de la propuesta
- Plan de implantación (fechas, recursos a utilizar)
- Plan de control de la propuesta (puntos de control, encargado de control, fuente de control)
- Inversión y costos de la propuesta, presupuesto de implantación

### 3.5.6 Paso 7: Seguimiento, evaluación y rediseño


A continuación se especifican los formatos para el control del proyecto "Propuesta de un Sistema Administrativo del Hospital Nacional Santa Teresa bajo el enfoque de gestión estratégica", que serán los mismos a utilizar en el seguimiento de los proyectos de mejora.

 <b>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL</b> <b>Hospital Nacional Santa Teresa, Zacatecoluca</b> 									
Fecha	08/12/08			Departamento	UFI				
Nombre responsable	Lic. Carla de Pineda			Cargo	Jefe de Residentes				
Nombre del indicador	Cumplimiento de fechas de implementación			Formula	(días de implementación/ total días programados para implementación) *100				
Resultado del indicador	105%	Meta	100%	Sistema de Semáforo	V	A	R		
					100	86-99/ 101-110	0-85/ 110 o mas		
Observaciones:							Firma:		
<u>No se logro terminar el proyecto en las horas estipuladas debido a retrasos en la obtención de los fondos para las compras por medio del procedimiento por libre gestión del equipo computacional requerido en fecha 11-10-09. El comité de gestión fue notificado en su momento; pudiendo implementar según lo diseñado.</u>									



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL**  
**Hospital Nacional Santa Teresa, Zacatecoluca**




Fecha	28/06/08		Departamento	UFI			
Nombre responsable	Dr. Boanerges Valencia		Cargo	Jefe UFI			
Nombre del indicador	Cumplimiento de las especificaciones del diseño		Formula	(total invertido en proyecto/ total presupuestado) *100			
Resultado del indicador	100%	Meta	100%	Sistema de Semáforo	V	A	R
					100	96-99/ 101-110	0-95/ 110 o mas
Observaciones: Se ha logrado implementar el proyecto de Propuesta de un Sistema Administrativo para el Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca con éxito en todas sus especificaciones. Se recomienda hacer un seguimiento mas exhaustivo de los beneficios obtenidos con el proyecto.						Firma: 	



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL**  
**Hospital Nacional Santa Teresa, Zacatecoluca**



Fecha	28/06/08		Departamento	UFI			
Nombre responsable	Lic. Reina Isabel Coca Ramírez		Cargo	Jefe UFI			
Nombre del indicador	Ejecución de Gastos de proyecto		Formula	(total invertido en proyecto/ total presupuestado) *100			
Resultado del indicador	75%	Meta	100%	Sistema de Semáforo	V	A	R
					100	76-99/ 101-110	0-75/ 110 o mas
Observaciones: No se ha alcanzado la cifra estipulada para la realización del proyecto, debido a la utilización de recursos sobrantes del proyecto de mejora de unidades de salud del FOSALUD, por el MSPAS en el año 2008.						Firma: 	



### 3.6 PROPUESTAS DE CAPACITACIÓN HNST: TOMA DE DECISIONES

#### 3.6.1 Propuesta de talleres de toma de decisiones a nivel estratégico y mandos medios.

<b>TEMA: Toma de decisiones a nivel estratégico</b>	<b>Duración: 16 horas (4 hrs diarias durante 4 días)</b>
<b>OBJETIVOS:</b> Conocer y utilizar el proceso solucionador de problemas como la metodología sistemática adecuada para la resolución de problemas de índole estratégica.  Objetivos Específicos <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer y aprender la metodología del proceso solucionador de problemas</li> <li>• Conocer y utilizar las diferentes herramientas involucradas en cada paso del proceso solucionador de problemas</li> <li>• Utilizar el proceso solucionador de problemas en ejemplos prácticos</li> </ul>	
<b>Participantes:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Director institucional</li> <li>• Jefes departamentos administrativos: UFI, UACI, RRHH, Conservación y Mantenimiento</li> <li>• Jefes Medicina, Cirugía, Pediatría y Gineco-obstetricia</li> <li>• Jefe residentes</li> </ul>	

Temática propuesta	
1. Proceso solucionador de problemas, generalidades 2. Artificio de la caja negra 3. Lluvia de ideas para evaluación de problemas 4. Diagrama de afinidad 5. 5 por que`s 6. Diagrama causa-efecto 7. Análisis del campo de fuerzas 8. Diagrama de dispersión 9. Diagrama de interrelaciones	10. árbol de alternativas 11. Diagrama de Pareto 12. lluvia de ideas para resolución de problemas 13. benchmarking 14. Matriz de relación 15. Ejemplo práctico de proceso solucionador de problemas 16. Conclusiones

Ponencia:

Estudiantes Ing. Ind. En trabajo de graduación

## 4. RECURSOS ETAPA DE DIRECCIÓN.

### ACTIVIDAD: CAPACITACIÓN LIDERAZGO MANDOS ESTRATÉGICOS

<b>Cuadro II-37: Costos de Capacitación liderazgo mandos estratégicos</b>				
Tema	Tiempo de duración (hrs)	Precio/participante	No. De Participantes	Total
Diplomado en RRHH: "Desarrollo y Comportamiento organizacional"	24	\$275.00	2	\$540.00

Fuente: Elaboración Propia

<b>Cuadro II-38: Recurso horas hombre para capacitación liderazgo mandos estratégicos</b>			
Cargo	Horas de Capacitación	Cargo	Horas de Capacitación
Jefe RRHH	24	Director institucional	24

Fuente: Elaboración Propia

### ACTIVIDAD: CAPACITACIÓN LIDERAZGO MANDOS MEDIOS Y OPERATIVOS

<b>Cuadro II-39: Recursos Materiales para capacitación liderazgo mandos medios y operativos</b>	
Descripción	Cantidad
Papelería	13 Hojas para temática liderazgo, conceptos generales 13 Hojas para temática liderazgo como cualidad y función 13 Hojas para temática Poder y características de un líder
Utilería	13 lapiceros, 3 plumones, tirro, etc.
Equipo	1 Cañón proyector 1 Laptop 2 mesas 8 personas
Local	1 pizarra 16 sillas 2 mesas para 8 personas
Refrigerios	13 1 garrafón de agua

Fuente: Elaboración Propia

<b>Cuadro II-40: Recurso horas hombre para capacitación liderazgo mandos medios y operativos</b>			
Cargo	Horas de Capacitación	Cargo	Horas de Capacitación
Jefe de rayos X	4	Jefe lavandería	4
Jefe de farmacia	4	Jefe servicios auxiliares	4
Jefe de fisioterapia	4	Jefe de Archivo	4
Jefe de anestesiología	4	Jefe laboratorio	4
Jefe almacén	4	Jefe de trabajo social	4
Jefe de enfermería	4	Jefe transporte	4
Jefe RRHH	4	Jefe alimentación y dietas	4

Fuente: Elaboración Propia

### **ACTIVIDAD: DETECCIÓN DE NECESIDADES DE MOTIVACIÓN**

<b>Cuadro II-41: Recursos Materiales para detección de necesidades de motivación</b>	
<b>Descripción</b>	<b>Cantidad</b>
Papelería	1 planilla de empleados 181 hojas de hábitos de empleados 181 hojas de análisis de personalidad 1 hoja de planilla con estímulos brindados 1 Hoja de seguimiento
Equipo	1 Computadora

Fuente: Elaboración Propia

<b>Cuadro II-42: Recurso horas hombre para detección de necesidades de motivación</b>	
<b>Cargo</b>	<b>Horas a invertir</b>
Técnico de RRHH (encargado de prestaciones)	24
Jefe de RRHH	1

Fuente: Elaboración Propia

### **ACTIVIDAD: CAPACITACIÓN MOTIVACIÓN**

<b>Cuadro II-43: Recursos Materiales para capacitación de motivación</b>	
<b>Descripción</b>	<b>Cantidad</b>
Papelería	15 hojas de generalidades motivación 15 hojas de práctica para motivar
Utilería	15 lapiceros, 3 plumones, firro, etc.
Equipo	1 Cañón proyector 1 Laptop
Local	1 pizarra 16 sillas 2 mesas para 8 personas
Refrigerios	16 1 garrafón de agua

Fuente: Elaboración Propia

<b>Cuadro II-44: Recurso horas hombre para capacitación de motivación</b>			
<b>Cargo</b>	<b>Horas de Capacitación</b>	<b>Cargo</b>	<b>Horas de Capacitación</b>
Jefe de Medicina Interna	4	Jefe lavandería	4
Jefe de cirugía	4	Jefe servicios auxiliares	4
Jefe de Ginecología	4	Jefe de Archivo	4
Jefe de Pediatría	4	Jefe UFI	4
Jefe de Residentes	4	Jefe de Conservación y Mantenimiento	4
Jefe de enfermería	4	Jefe UACI	4
Jefe de Consulta Externa	4	Jefe alimentación y dietas	4
Jefe almacén	4	Jefe RRHH	4

Fuente: Elaboración Propia

**ACTIVIDAD: CAPACITACIÓN TOMA DE DECISIONES MANDOS ESTRATÉGICOS Y MEDIOS**

<b>Cuadro II-45: Recursos Materiales para capacitación toma de decisiones mandos estratégicos y medios</b>	
<b>Descripción</b>	<b>Cantidad</b>
Papelería	50 hojas de generalidades proceso solucionador de problemas 70 hojas de generalidades de técnicas varias a presentar
Utilería	10 lapiceros, 3 plumones, tirro, etc.
Equipo	1 Cañón proyector 1 Laptop
Local	1 pizarra 13 sillas 2 mesas para 8 personas
Refrigerios	13 1 garrafón de agua

Fuente: Elaboración Propia

<b>Cuadro II-46: Recurso horas hombre para capacitación inicial</b>			
<b>Cargo</b>	<b>Horas de Capacitación</b>	<b>Cargo</b>	<b>Horas de Capacitación</b>
Director General	4	Jefe de Residentes	4
Jefe de Medicina Interna	4	Jefe de RRHH	4
Jefe de cirugía	4	Jefe UFI	4
Jefe de Ginecología	4	Jefe de Conservación y Mtto	4
Jefe de Pediatría	4	Jefe UACI	4

Fuente: Elaboración Propia

**ACTIVIDAD: PROYECTOS PROCESO SOLUCIONADOR DE PROBLEMAS**

<b>Cuadro II-47: Recursos Materiales para diseño y seguimiento de proyectos solucionadores de problemas</b>	
<b>Descripción</b>	<b>Cantidad</b>
Papelería	50 hojas para diseño de proyectos 10 hojas para el seguimiento de los proyectos
Utilería	6 lapiceros
Equipo	6 computadoras
Local	Puestos de trabajo

Fuente: Elaboración Propia

<b>Cuadro II-48: Recurso horas hombre para diseño y seguimiento de proyectos solucionadores de problemas</b>			
<b>Cargo</b>	<b>Horas</b>	<b>Cargo</b>	<b>Horas</b>
Encargado del diseño de proyectos	24	Jefe de Residentes (seguimiento de proyectos)	5

Fuente: Elaboración Propia

## **CAPÍTULO 4 :**

# **PROPUESTAS DEL SUBSISTEMA DE CONTROL.**

## 1. CUADRO DE MANDO INTEGRAL

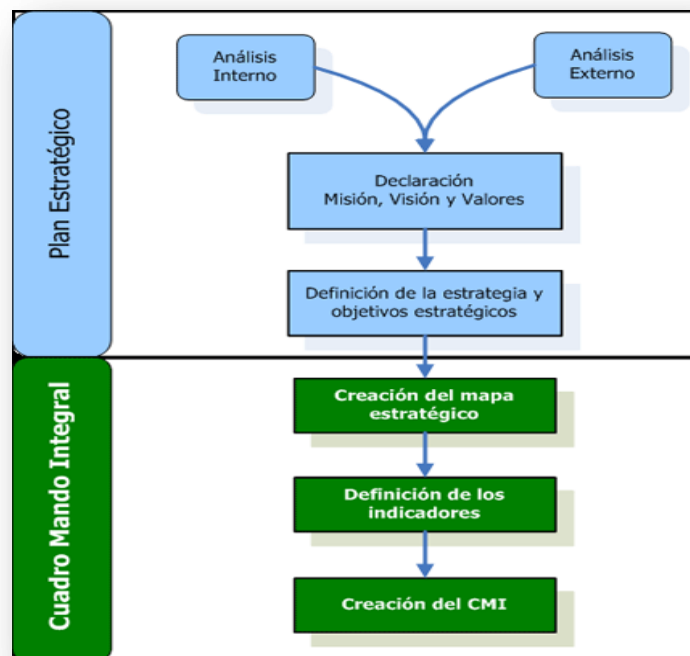
El Cuadro De mando integral, será utilizado como una herramienta de control, para el sistema administrativo propuesto; esta herramienta tratará de reforzar los diferentes mecanismos de control con lo que ya cuenta la institución y tendrá como principal función el velar por el cumplimiento del plan estratégico del Hospital Nacional Santa Teresa.

El Cuadro De mando Integral o balanced scored card, puede definirse como una herramienta de control empresarial, que permite establecer y monitorizar los objetivos e iniciativas necesarias para cumplir con la estrategia establecida por el Hospital. Muestra continuamente cuándo la institución y sus empleados alcanzan los resultados definidos por el plan estratégico.

El proceso para la creación del Cuadro De mando Integral (CMI), parte de una primera etapa en donde se define el Plan estratégico de la institución, ya que será utilizado para asegurar la efectividad de la estrategia en su momento de llevarla a la práctica y así llegar hasta la visión.

Antes de comenzar la metodología de Cuadro De mando integral, es importante que la alta dirección este enterada de la metodología y recursos a utilizar; y este consiente de la necesidad de implementarlo. Los pasos a seguir para la confección, **creación y desarrollo del Cuadro De Mando Integral (CMI)**, debe de seguir las siguientes etapas:

Imagen II-47: Etapas para la confección, creación y desarrollo del CMI.



Fuente: Creación y diseño del CMI, [www.webandmacros.com](http://www.webandmacros.com)

A continuación se detalla una guía para la elaboración o diseño del Cuadro De Mando Integral en el HNST.

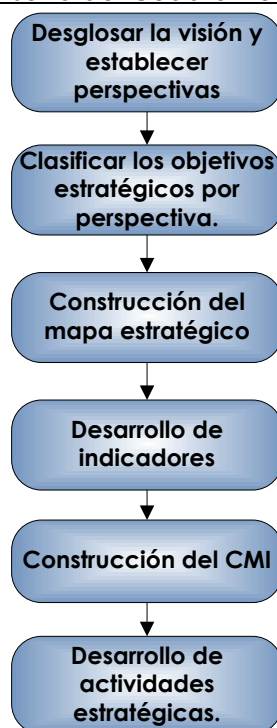
## **1.1 PROPUESTA DE GUÍA PARA DESARROLLO DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL.**

En esta sección se presenta el desarrollo del proceso para la elaboración del Cuadro De Mando Integral, diseñado a partir de diferentes bases teóricas así como algunos casos prácticos en empresas públicas y privadas. Este proceso será desarrollado a través de una guía, la cual ha sido elaborada de forma práctica y sencilla para que la institución pueda aplicarla fácilmente.

### **1.1.1 Fases de la guía para generar el Cuadro De Mando Integral.**

Dado que en el primer apartado de este documento, denominado “Diseño del proceso de Planeación para el HNST”, se detalló el desarrollo de la primera etapa necesaria para la elaboración del Cuadro De Mando Integral correspondiente al diseño del plan estratégico; el proceso en esta guía, será abordado desde su segunda etapa destinada exclusivamente al diseño del Cuadro De mando integral. (Ver Fig siguiente)

Imagen II-48: Diseño del Cuadro De Mando Integral



Fuete: Elaboración Propia

Cada una de las etapas arriba mencionadas será desarrollada a continuación:

### 1.1.2 Fase 1: Desglosar la visión y establecer perspectivas

Objetivo:

Determinar las perspectivas más adecuadas para el desarrollo del CMI en la institución; de acuerdo con la visión que se desea alcanzar.

Resultado:

Perspectivas de análisis definidas.

Pasos:

1. Desglosar la visión en perspectivas.
2. Dividir la visión en partes esenciales y colocarlas en el formato Siguiente
3. La determinación de las perspectivas deberá realizarse, considerando los siguientes criterios:
  - a) El nombre y número de perspectivas se determinará considerando la naturaleza de la institución y su visión.
  - b) Para establecer una nueva perspectiva, esta debe pertenecer a la visión de la institución, revestir impacto en la misma y tener clara relación con las demás perspectivas.

Las perspectivas comúnmente utilizadas en la mayoría de empresas son: Finanzas, Clientes, Procesos Internos y Estructura (Personal, infraestructura, tecnología, etc.). Si la visión no tiene ninguna relación con estas, se pueden crear otras perspectivas como: seguridad ocupacional, investigación y desarrollo, desarrollo espiritual, bienestar social, etc.

Imagen II-49: Formato Desglose de la visión

VISIÓN: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Desglose	Perspectiva			
	Usuario	Financiero	Proceso	Estructura
Llegar a ser un Hospital de segundo Nivel competitivo...	x	x	x	x
... y reconocido a nivel nacional por su eficiencia...	x	x	x	

Fuente: Elaboración Propia



### 1.1.3 Fase 2: Clasificar los objetivos estratégicos por perspectiva.

Objetivo:

Ordenar los objetivos estratégicos en función de las perspectivas establecidas, a fin de contribuir a la elaboración del mapa estratégico.

Resultado:

Objetivos estratégicos clasificados.

Pasos:

1. Listar los objetivos estratégicos establecidos en el plan anual estratégico.
2. Comité estratégico vota para seleccionar la perspectiva a la que mejor se apega cada uno de los objetivo.
3. Llenar el formato para la clasificación de objetivos.

Imagen II-50: Formato Clasificación de objetivos estratégicos

Perspectiva	Objetivo Estratégico
Usuarios	
Financiera	
Procesos	
Estructura	

Fuente: Elaboración propia

### 1.1.4 Fase 3: Construcción de mapa estratégico.

El mapa estratégico es representación visual de las relaciones de causa y efecto existente entre los objetivos en que se basa la estrategia. Al construir el mapa se debe hacer de tal forma que sea capaz de explicar los resultados que se van a lograr y como se lograrán. El mapa debe representar los vínculos entre los distintos temas en cada una de las perspectivas seleccionadas.

Objetivo:

Representar gráficamente las relaciones de causa y efecto entre los componentes de la estrategia a fin de mostrar la secuencia que explique los resultados que desean alcanzarse.

Resultado:

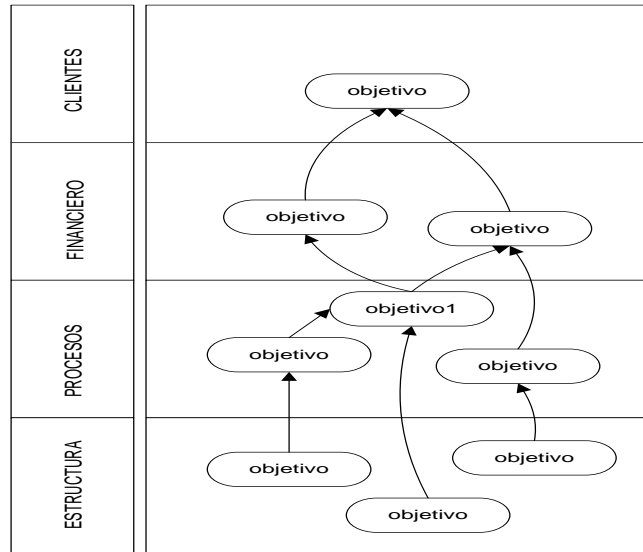
Mapa estratégico.

Pasos:

1. Ordenar gráficamente las perspectivas y los objetivos estratégicos a partir de la clasificación hecha con anterioridad. El orden se hace de manera vertical con respecto a las perspectivas y estas se colocan según la relación causa-efecto que tenga con otras perspectivas, se clasifican en orden de prioridad, colocando la perspectiva más importante para la institución en la parte superior del mapa estratégico. (Ver imagen siguiente)

- Finalmente con la ayuda de los miembros del comité de gestión estratégica, se establecen las relaciones causa – efecto entre los diferentes objetivos. Las relaciones se establecen de abajo hacia arriba mediante flechas. Un objetivo estratégico puede estar relacionado con más de un objetivo y pueden pertenecer a diferentes perspectivas.

Imagen II-51: Mapa Estratégico



Fuente: Elaboración propia

#### 1.1.5 Fase 4: Desarrollo de los Indicadores

##### Objetivos

Definir las indicadores necesarios y más adecuados para el monitoreo de los objetivos y actividades estratégicas.

##### Resultados

- Metodología para la definición de los indicadores para los objetivos y actividades estratégicas.
- Formatos a utilizar para la definición de los indicadores

##### Pasos:

##### **-Determinar Indicadores para los objetivos y actividades estratégicas**

Los indicadores son elementos del sistema de control de gestión, que proporcionan información significativa sobre aspectos críticos o claves de una organización mediante la relación de 2 o más datos.

Los indicadores se deben entender como expresiones cuantitativas del comportamiento o desempeño de toda la organización o de algunas partes de la misma, cuya magnitud al ser comparada con algún nivel de referencia, señala una desviación sobre la cual se

toman acciones correctivas o proactivas según sea el caso. Dentro del Cuadro De Mando Integral, muestran como se medirá el éxito en lograr la estrategia.

El proceso a seguir para definir los indicadores dentro del Cuadro De mando, es el siguiente:

a) Aclarar cuál es el objetivo buscado:

Una vez definidos los objetivos estratégicos, el siguiente paso es hacer una definición sobre lo que el objetivo significa, esta aclaración evitara problemas en el futuro, partiendo de que muchos objetivos pueden tener un significado totalmente para cada persona. Por lo general es un ejercicio no documentado, pero realizado con las personas que formularon los objetivos; es decir el comité de gestión estratégico.

b) Hallar las variables críticas del objetivo buscado:

Luego de aclarado el objetivo, el siguiente paso es identificar cuáles son las variables con las que nos damos cuenta que estamos logrando el objetivo. De igual manera es a menudo un ejercicio no documentado pero previo a la definición de los indicadores.

Las variables a medir pueden ser:

- Tiempo
- Eficiencia
- Producción de servicios
- Quejas
- Rendimiento de insumos
- Costos
- Resultados de encuestas o entrevistas

c) Definir los indicadores adecuados para cada variable<sup>130</sup>

Cada una de las variables que se identifiquen para un objetivo se convierte en un indicador<sup>131</sup>. El Cuadro De mando integral para el sector público, tiene indicadores para los objetivos estratégicos que reflejan las siguientes características:

- Se centran en indicadores de gran impacto
- Están pensados para que sean fáciles y económicos de utilizar
- Son equilibrados
- Están orientados hacia el cliente
- Son interdepartamentales
- Delegan poder en la organización de aprovisionamiento para que se realicen mejoras
- Proporcionan un método para comparar la calidad del servicio con el objetivo de convertirse en los mejores de su clase
- Ayudan además a implementar las estrategias.

---

<sup>130</sup> Fuente: Cuadro De Mando integral, Nuevo modelo para el diseño de indicadores y control de gestión de las entidades públicas. Bogotá, Colombia. 2001

<sup>131</sup> Para mayor información de la definición de indicadores ver Anexo II-4

**-Elaborar una ficha de identificación para cada indicador**

Una vez definidos cada indicador (es) para cada objetivo y actividad estratégica, es necesario documentar los mismos. Para ello se recomienda la utilización de un formato como este:

<b>Cuadro II-49: Ficha de indicadores de objetivos estratégicos</b>	
NOMBRE DEL INDICADOR	
FORMULA	
INTERPRETACION	
UNIDAD DE MEDIDA	
META	
FRECUENCIA	

Fuente: Elaboración Propia

Las partes que componen la ficha de indicadores son:

- Nombre del indicador: es la denominación bajo la cual se conocerá al indicador
- Fórmula: es la expresión matemática que relaciona las variables que componen el indicador, de donde se abastecerá de datos para reflejar un resultado. Puede darse el caso que el indicador puede estar compuesto de tan solo una variable.
- Interpretación: descripción breve del significado del resultado obtenido en el indicador
- Unidad de medida: es la unidad de medida mediante la cual se representa el resultado de la formula; este puede ser un numero, un porcentaje o unidades monetarias.
- Meta: es el estado al que se aspira que llegue el indicador.
- Frecuencia: indica la periodicidad con la cual se estará monitoreando el indicador

**- Llenar cuadro resumen de indicadores de objetivos estratégicos**

Una vez, bien definidos los indicadores a emplear, se procede a completar el formato resumen de los indicadores estratégicos a utilizar, a fin de dejar bien definidos cada uno de los objetivos con sus respectivos índices de control. A continuación se muestra el formato sugerido para esta fase en la elaboración del CMI, así como un ejemplo de llenado:

<b>Cuadro II-50: Resumen de indicadores de objetivos estratégicos</b>									
<b>PERSPECTIVA: USUARIOS</b>									
<b>Objetivo estratégico</b>	<b>Indicador</b>	<b>U/M</b>	<b>Línea base</b>	<b>Meta</b>	<b>Fuente de información</b>	<b>Responsable</b>	<b>Estado</b>		
							<b>V</b>	<b>A</b>	<b>R</b>

Fuente: Elaboración Propia

Las partes que componen el cuadro resumen de indicadores son:

- Perspectiva: corresponde a la identificación de la perspectiva (Financiera, clientes, etc.) a la cual pertenecen los objetivos estratégicos y sus indicadores
- Objetivo estratégico: es la casilla en donde se colocarán los diversos objetivos estratégicos de la correspondiente perspectiva. Servirá para delimitar el conjunto de indicadores propios para dicho objetivo.
- Indicador: es la denominación bajo la cual se estableció el indicador

- Unidad de medida: es la unidad de medida mediante la cual se representa el resultado de la formula; este puede ser un numero, un porcentaje o unidades monetarias.
- Línea base: es el estado actual que refleja un indicador en particular.
- Meta: es el estado al que se aspira que llegue el indicador. Existen metas para corto plazo(CP) y para el largo plazo (LP)
- Fuente de información: es el nombre del documento o instrumento en el cual se verificara el resultado del objetivo.
- Responsable: es el puesto que desempeña el encargado de recolectar los datos para alimentar las variables de la formula y de analizar los resultados de las actividades estratégicas.
- Sistema de semáforo: sistema de control utilizado para medir el estado del indicador con respecto a la consecución de las meta, por medio de la utilización de colores.

El sistema funciona de la siguiente manera:

- R (Color rojo): peligro, el indicador esta al 70% del logro de la meta
- A (Color amarillo): precaución, el indicador se encuentra entre el 70% y el 90% del logro de la meta
- V (Color verde): excelente, el indicador se encuentra al 90% del logro de la meta.

Es necesario agregar, que se pueden hacer excepciones a esta regla según el indicador y definir su propio sistema de semáforo de acuerdo a criterios propios.

#### **- Obtener la aprobación de los indicadores por el comité de gestión**

Una vez establecidos y documentados los indicadores, es necesario la aprobación de los mismos por parte del comité de gestión, para poder oficializarlos como parte del control de las estrategias y poder comunicarlos al personal.

#### **1.1.6 Fase 5: Construcción del Cuadro De Mando Integral (CMI)**

##### Objetivo:

Definir el Cuadro De Mando Integral para el Hospital Nacional Santa Teresa.

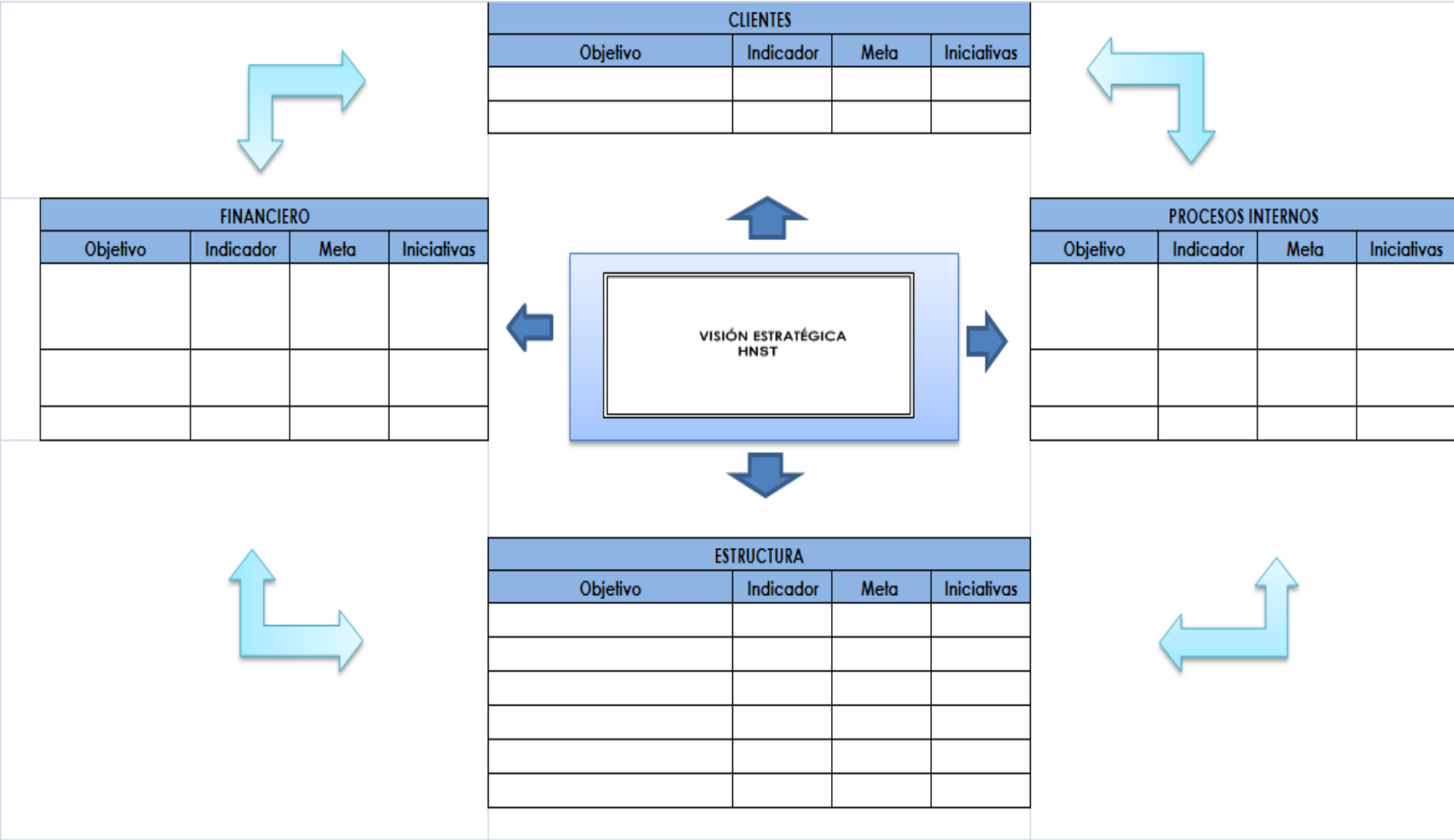
##### Resultado:

- Cuadro De Mando Integral para el control de las estrategias.

##### Pasos:

1. Recopilar la información establecida en las fases previas.
2. Completar el formato siguiente con la información solicitada.

Imagen II-52: Cuadro De Mando Integral



Fuente: Elaboración Propia

### 1.1.7 Fase 6: Desarrollo de actividades estratégicas

Las acciones estratégicas son todas aquellas acciones (actividades, programas, planes, etc.) que deben ejecutarse para lograr los objetivos estratégicos.

#### Objetivo:

Establecer los cursos de acción que han de ayudar al cumplimiento de los objetivos estratégicos.

#### Resultado:

- Acciones estratégicas a realizar.
- Meta esperada y Responsable.
- Presupuesto de acciones estratégicas (el cual debe ser elaborado durante la planificación estratégica; analizado, modificado y aprobado por el comité)

#### Pasos:

1. Listar las acciones estratégicas establecidas en el plan estratégico por cada uno de los objetivos.
2. Establecer un indicador para monitorear su cumplimiento. Estos indicadores podrán ser establecidos a partir del consenso de los miembros del comité estratégico.
3. Establecer la meta que desea alcanzarse, a partir del consenso de los miembros e información proveniente datos estadísticos si existiesen.
4. Identificar un responsable para cada una de las acciones definidas.
5. Completar el formato siguiente

Imagen II-53: Formato Matriz de Acciones Estratégicas.

Perspectiva				
Objetivo Estratégico				
Actividades	Indicador	Fórmula	Meta	Responsable

Fuente: Elaboración propia.

Las partes que componen el cuadro resumen de indicadores son:

- Perspectiva: corresponde a la identificación de la perspectiva (Financiera, clientes, etc.) a la cual pertenecen los objetivos estratégicos y sus indicadores
- Objetivo estratégico: es la casilla en donde se colocarán los diversos objetivos estratégicos de la correspondiente perspectiva. Servirá para delimitar el conjunto de indicadores propios para dicho objetivo.
- Actividad: corresponde a la casilla donde se colocarán las diversas actividades deben llevarse a cabo para alcanzar el objetivo estratégico.
- Indicador: es la denominación bajo la cual se estableció el indicador
- Fórmula: es la expresión matemática que relaciona las variables que componen el indicador, de donde se abastecerá de datos para reflejar un resultado. Puede darse el caso que el indicador puede estar compuesto de tan solo una variable.
- Responsable: es el puesto que desempeña el encargado de recolectar los datos para alimentar las variables de la formula.

## 1.2 EJEMPLO DE APLICACIÓN DE LA GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DEL CMI

### 1.2.1 Fase 1: Desglosar la visión y establecer perspectivas

#### Visión HNST:

“Llegar a ser un Hospital de segundo Nivel competitivo y reconocido a nivel nacional por su eficiencia y la excelente calidad en sus servicios, contando con personal altamente capacitado, infraestructura y equipo de alto nivel tecnológico y elevados índices de satisfacción en sus clientes”.

<b>Cuadro II-51: Ejemplo de desglose de visión</b>				
Desglose	Perspectiva			
	Usuario	Financiero	Procesos	Estructura
Llegar a ser un Hospital de segundo Nivel competitivo...	x	x	x	x
... y reconocido a nivel nacional por su eficiencia...	x	x	x	
.. y la excelente calidad en sus servicios...	x		x	
...contando con personal altamente capacitado...				x
... infraestructura y equipo de alto nivel tecnológico...				x
... y elevados índices de satisfacción en sus clientes.	x			x

Fuente: Elaboración Propia

### 1.2.2 Fase 2: Clasificar los objetivos estratégicos por perspectiva.

<b>Cuadro II-52: Ejemplo de clasificación de objetivos estratégicos.</b>	
Perspectiva	Objetivo Estratégico
Usuarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Servir con calidad y calidez a los usuarios.</li> </ul>
Financiera	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Generar y fortalecer convenios con instituciones públicas o privadas que requieran servicios médicos.</li> <li>- Gestionar donaciones o contribuciones con diferentes entidades tanto nacionales como internacionales.</li> <li>- Reducción de gastos y optimización de recursos.</li> </ul>
Procesos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejorar los procesos institucionales</li> <li>- Elaborar un plan estratégico institucional.</li> <li>- Establecer mecanismos de control que permitan la optimización de los recursos.</li> </ul>
Estructura	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poner en funcionamiento la nueva infraestructura física-tecnológica para la atención de los usuarios.</li> <li>- Gestionar la continuidad de la modernización del equipo e infraestructura de la institución.</li> <li>- Capacitar técnicamente a los empleados de la división médica y administrativa, con la finalidad de contar con una planilla mejor preparada.</li> <li>- Crear mecanismos que favorezcan al clima organizacional del Hospital</li> <li>- Mejorar los canales de comunicación en la institución</li> <li>- Lograr la satisfacción de los clientes internos.</li> </ul>

Fuente: Elaboración Propia

Estos objetivos estratégicos están en relación directa con el objetivo general de la propuesta del Sistema Administrativo y por ende del proyecto de graduación; ya que busca que todos los esfuerzos a corto y largo plazo que se realizan, contribuyan al desarrollo institucional para mejorar la atención al paciente, por medio del manejo adecuado de los recursos del nosocomio.

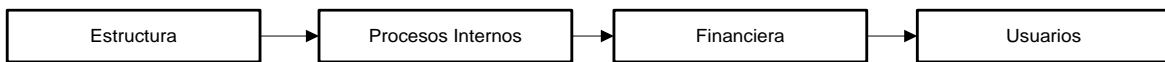


### 1.2.3 Fase 3: Construcción de Mapa Estratégico

Para la construcción del mapa estratégico se establecen relaciones causa-efecto entre las perspectivas y objetivos estratégicos; en donde se observa claramente la relación que existe entre ellos y la importancia de alcanzarlos para el cumplimiento del objetivo último de la institución.

Primero se mostrará como elaborar las relaciones causa –efecto para las perspectivas. Para el caso del Hospital Nacional Santa Teresa, por tratarse de una institución pública tiene como objetivo principal a los clientes o usuarios y no la rentabilidad financiera como en el caso de las empresas privadas. Por lo que la perspectiva superior será usuarios o clientes. Una vez establecido el principal interés o efecto último, se procede a la determinación hacia atrás de la principal causa o perspectiva que apoya al logro del fin superior.

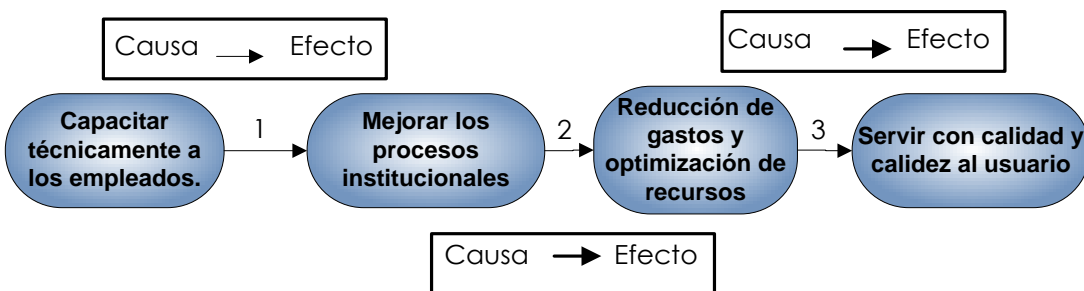
Imagen II-54: Ejemplo de relación causa-efecto para las perspectivas



Fuente: Elaboración propia

Ahora que ya se conoce el orden de las perspectivas se colocan los objetivos estratégicos previamente clasificados y se procede a la determinación de las relaciones entre ellos. A continuación se muestra un ejemplo de relación causa efecto, que podrá tomarse como base para la elaboración del resto.

Imagen II-55: Ejemplo relaciones causa-efecto del mapa estratégico



Fuente: Elaboración Propia

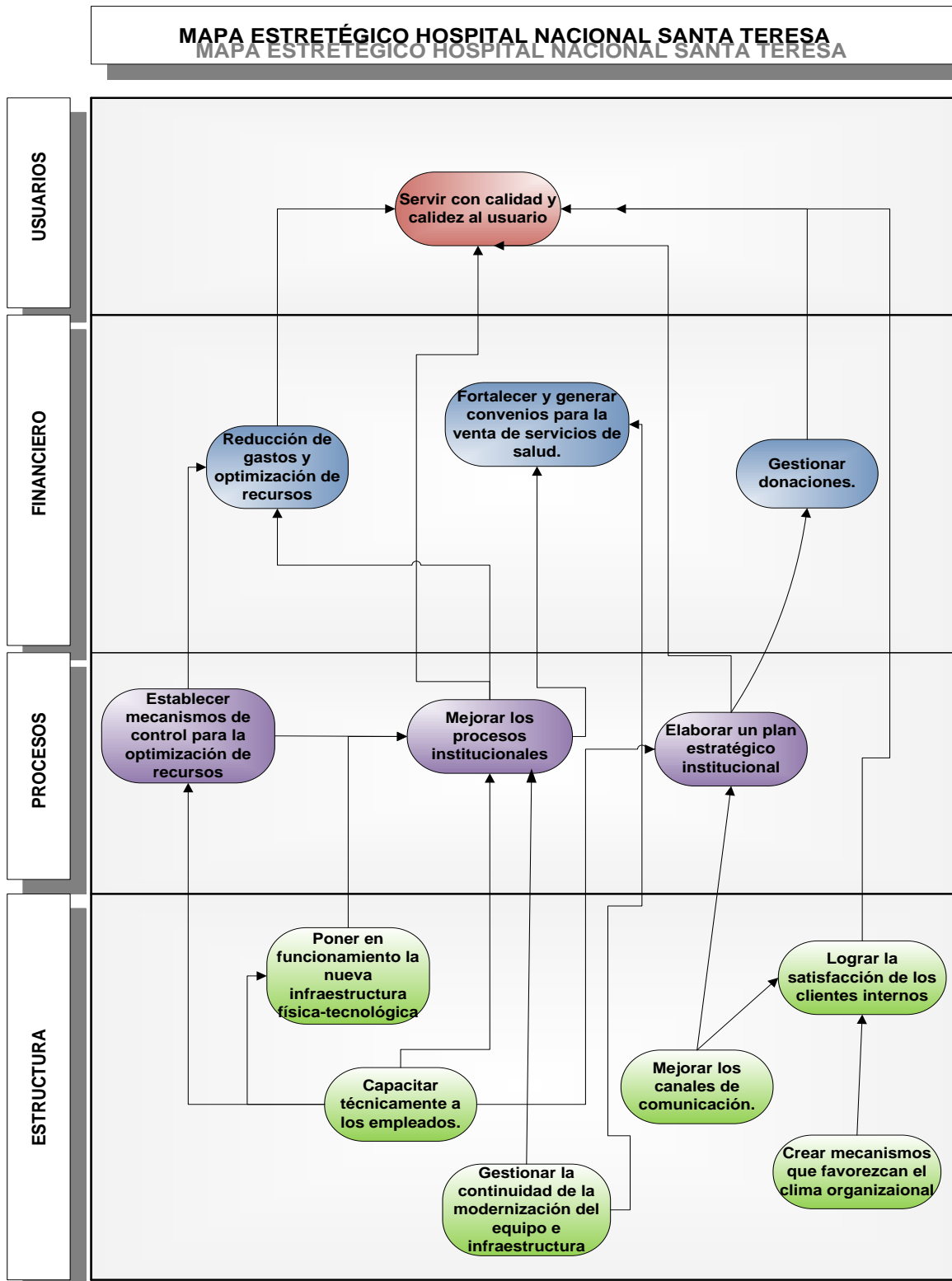
#### Explicación

Relación 1: Para lograr la satisfacción de los usuarios, el hospital necesita contar con los recursos necesarios para la prestación del servicio y dado que estos son limitados debe procurarse la optimización y reducción del gasto.

Relación 2: La reducción del gasto y optimización de los recursos se logrará al hacer los procesos institucionales más eficientes (mejora de procesos).

Relación 3: Un elemento importante para lograr una mejora de procesos es capacitar al personal, ya que este es el encargado de ejecutarlos por lo que de su preparación depende la destreza y eficiencia para realizarlos.

Imagen II-56: Mapa Estratégico Hospital Nacional Santa Teresa.



Fuente: Elaboración Propia

#### 1.2.4 Fase 4: Desarrollo de Indicadores

-Determinar indicadores para los objetivos estratégicos.

Para cada objetivo estratégico, se identificaron las variables que indican claramente el cumplimiento o incumplimiento de los mismos.

-Elaborar la ficha de identificación para cada indicador.

Para cada objetivo estratégico establecido en el ejemplo de aplicación del plan estratégico del HNST, se han establecido una serie de indicadores para medir el grado en que se logra ver el impacto de las actividades estratégicas en la búsqueda de una mejora para los usuarios, en materia financiera, procesos o de la estructura como tal del HNST.

Cuadro II-53: Indicadores Estratégicos Perspectiva Usuarios		
Indicador: Índice de satisfacción de usuarios		
<b>Fórmula</b>	Índice de satisfacción= [(satisfacción hospitalización+ satisfacción urgencias+ satisfacción consultas)/3] *100	
<b>Interpretación</b>	Indica la calificación subjetiva que asignan los pacientes a la atención recibida en los servicios de emergencia, consulta externa especializada y hospitalización por parte del Hospital Nacional Santa Teresa	
<b>Unidad</b>	Porcentaje	
<b>Meta</b>	<b>CP</b>	75%
	<b>LP</b>	75%
<b>Frecuencia</b>	Anual	
Indicador: Número total de quejas recibidas		
<b>Fórmula</b>	Sumatoria de quejas escritas o expresadas que son vertidas por los usuarios del Hospital Nacional Santa Teresa	
<b>Interpretación</b>	Indica el número de quejas recibidas que los pacientes presentan de los diferentes servicios por parte del Hospital Nacional Santa Teresa	
<b>Unidad</b>	Nº de quejas <sup>132</sup>	
<b>Meta</b>	<b>CP</b>	50
	<b>LP</b>	50
<b>Frecuencia</b>	Anuales	

Cuadro II-54: Indicadores Estratégicos Perspectiva Procesos		
Indicador: Plan anual estratégico implantado		
<b>Fórmula</b>	Plan implantado= $\frac{\text{actividades implantadas}}{\text{Total de actividades}}$ * 100	
<b>Interpretación</b>	Es el porcentaje de actividades pertenecientes al plan estratégico que han sido realizadas a partir de lo programado.	
<b>Unidad</b>	Porcentaje	
<b>Meta</b>	<b>CP</b>	100%
	<b>LP</b>	100%
<b>Frecuencia</b>	Anual	

<sup>132</sup> Numero de referencia para un hospital gubernamental (Fundación Hospital Alcorcón) de tercer nivel para una población de 220,000 personas en Madrid, España en donde se ocupo la técnica QFD para análisis de quejas de pacientes.

<b>Indicador: Eficiencia áreas médicas</b>		
<b>Fórmula</b>	$\text{Eficiencia} = \frac{\text{Sumatoria producción anual del servicio}}{\text{Producción esperada}} * 100$ <p style="text-align: center;">N° total del servicios médicos del HNST</p> Servicios: Emergencias, Partos, Consultas externas, Cirugías mayores Egresos hospitalarios	
<b>Interpretación</b>	Es el porcentaje promedio de la utilización que hace el hospital de la capacidad instalada en las áreas médicas.	
<b>Unidad</b>	Porcentaje	
<b>Meta</b>	<b>CP</b>	95%
	<b>LP</b>	95%
<b>Frecuencia</b>	Anual	
<b>Indicador: Efic. de los procedimientos médicos, de apoyo médico y administrativos</b>		
<b>Fórmula</b>	$\text{Eficiencia} = \left[ \frac{\text{Efic. Proc. Médicos} + \text{Efic. Proc. de Apoyo Médico} + \text{Efic. Proc. Administrativos}}{3} \right] * 100$	
<b>Interpretación</b>	Porcentaje de actividades productivas que en promedio se tienen en los procedimientos médicos, de apoyo médico y administrativos del Hospital Nacional Santa Teresa	
<b>Unidad</b>	Porcentaje	
<b>Meta</b>	<b>CP</b>	70%
	<b>LP</b>	70%
<b>Frecuencia</b>	Anual	

Fuente: Elaboración Propia

<b>Cuadro II-55: Indicadores Estratégicos Perspectiva Financiera</b>		
<b>Indicador: Gastos en bienes de uso y consumo</b>		
<b>Fórmula</b>	$\frac{(\text{Gastos en bienes de uso consumo presente año} - \text{Gastos en bienes de uso consumo año anterior})}{\text{Gasto en bienes de uso y consumo del año anterior}}$	
<b>Interpretación</b>	Permite identificar el incremento o disminución del gasto entre dos periodos. Y de esta forma evaluar el uso racional de los recursos.	
<b>Unidad</b>	%	
<b>Meta</b>	<b>CP</b>	1.5%↓
	<b>LP</b>	-
<b>Frecuencia</b>	Anual	
<b>Indicador: Gastos en servicios básicos</b>		
<b>Fórmula</b>	$\frac{(\text{Gastos en servicios básicos presente año} - \text{Gastos en servicios básicos año anterior})}{\text{Gasto en servicios básicos del año anterior}}$	
<b>Interpretación</b>	Permite identificar el incremento o disminución del gasto los servicios básicos. Y de esta forma evaluar el uso racional que el personal hace de los recursos.	
<b>Unidad</b>	%	
<b>Meta</b>	<b>CP</b>	1%↓
	<b>LP</b>	-
<b>Frecuencia</b>	Anual	
<b>Indicador: % Incremento en los ingresos propios.</b>		
<b>Formula</b>	$\frac{\text{Total Ingresos propios periodo actual}}{\text{Total Ingresos propios periodo anterior}} * 100$	
<b>Interpretación</b>	Indica el esfuerzo realizado por la institución para la obtención de fondos para la realización de mejoras no contempladas en el presupuesto asignado por el gobierno.	
<b>Unidad</b>	%	
<b>Meta</b>	<b>CP</b>	2%
	<b>LP</b>	4%
<b>Frecuencia</b>	Anual	

<b>Cuadro II-56: Indicadores Estratégicos Perspectiva Estructura</b>		
<b>Indicador: Sistemas nuevos operando en la institución.</b>		
<b>Fórmula</b>	$\% = \frac{\# \text{ de Sistemas nuevos funcionando correctamente}}{\# \text{ total de sistemas}} * 100$	
<b>Interpretación</b>	Verifica si los equipos nuevos adquiridos a partir del proyecto RHESSA están siendo utilizados para la atención de los pacientes.	
<b>Unidad</b>	Porcentaje	
<b>Meta</b>	<b>CP</b>	100%
	<b>LP</b>	100%
<b>Frecuencia</b>	Anual	
<b>Indicador: Cantidad de proyectos de modernización de la institución.</b>		
<b>Fórmula</b>	Cantidad de proyectos de mejoramiento institucional.	
<b>Interpretación</b>	Mide el número de proyectos generados por la institución para la modernización de equipo y/o infraestructura.	
<b>Unidad</b>	# de proyectos de modernización.	
<b>Meta</b>	<b>CP</b>	3
	<b>LP</b>	5
<b>Frecuencia</b>	Anual	
<b>Indicador: Cantidad de capacitaciones impartidas</b>		
<b>Fórmula</b>	Cantidad de capacitaciones impartidas anualmente	
<b>Interpretación</b>	Mide el número de capacitaciones impartidas al personal del HNST por parte del departamento de RRHH	
<b>Unidad</b>	# de capacitación.	
<b>Meta</b>	<b>CP</b>	12
	<b>LP</b>	12
<b>Frecuencia</b>	Anual	
<b>Indicador: Porcentaje del personal que participa en programas de capacitación</b>		
<b>Formula</b>	$\% = \frac{\# \text{ empleados participantes en programas de capacitación}}{\text{total de empleados del HNST}} * 100$	
<b>Interpretación</b>	Mide el porcentaje de empleados que han recibido capacitación (ya sea dentro de su departamento o al exterior de la institución)	
<b>Unidad</b>	Porcentaje	
<b>Meta</b>	<b>CP</b>	75%
	<b>LP</b>	90%
<b>Frecuencia</b>	Anual	
<b>Indicador: Índice de satisfacción de los empleados</b>		
<b>Formula</b>	Promedio de las calificaciones obtenidas en los factores de clima laboral.	
<b>Interpretación</b>	Mide el nivel de satisfacción de los empleados en el trabajo, como resultado de la encuesta de clima laboral.	
<b>Unidad</b>	Porcentaje	
<b>Meta</b>	<b>CP</b>	75%
	<b>LP</b>	80%
<b>Frecuencia</b>	Anual	
<b>Indicador: Departamentos o servicios utilizando el formato de plan anual operativo propuesto</b>		
<b>Formula</b>	$\# \text{ de planes operativos departamentales utilizando el formato propuesto} / \text{total planes operativos} * 100$	
<b>Interpretación</b>	Mide el porcentaje de departamentos del HNST que ocupan el formato de planeación propuesto	
<b>Unidad</b>	Porcentaje	
<b>Meta</b>	<b>CP</b>	100%
	<b>LP</b>	100%
<b>Frecuencia</b>	Anual	

<b>Indicador: Eficacia en los reportes</b>		
<b>Formula</b>	(# reportes sin errores/ # reportes utilizados) *100	
<b>Interpretación</b>	Mide el porcentaje de reportes con errores en la institución.	
<b>Unidad</b>	Porcentaje	
<b>Meta</b>	<b>CP</b>	70%
	<b>LP</b>	80%
<b>Frecuencia</b>	Trimestral y Anual	
<b>Indicador: Cantidad de quejas entre áreas del hospital</b>		
<b>Formula</b>	# de quejas internas.	
<b>Interpretación</b>	Indica la eficacia y oportunidad de la comunicación para el desempeño de sus labores.	
<b>Unidad</b>	# de quejas	
<b>Meta</b>	<b>CP</b>	15
	<b>LP</b>	12
<b>Frecuencia</b>	Anual.	

Fuente: Elaboración Propia.

- Llenar el formato descripción de indicadores estratégicos.

A continuación se presenta la descripción de los indicadores estratégicos del Hospital Nacional Santa Teresa por perspectiva, además de las metas establecidas para cada indicador y los estándares para el monitoreo de los mismos.

Es importante aclarar que el establecimiento de las metas o valores que se desean alcanzar al final de cada período de evaluación, han sido establecidos con base en *resultados históricos, benchmarking y/o los deseos manifestados por la contraparte, para tener una base real de concreción del valor.*

**CUADRO II-57: DESCRIPCIÓN DE INDICADORES ESTRATÉGICOS.**

INDICADORES ESTRATÉGICOS PERSPECTIVA: USUARIOS										
OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADOR	U/M	LINEA BASE	META ANUAL	FUENTE DE INFORMACIÓN	RESPONSABLE	Monitoreo			PERIODICIDAD
							V	A	R	
Servir con calidad y calidez a los usuarios <sup>133</sup>	Índice de satisfacción de usuarios	Porcentaje	72% <sup>134</sup>	75%	Encuestas a pacientes	Jefe de RRHH	80-100	60-80	0-60	Anual
	Número total de quejas recibidas	Nº de quejas	N/A	50	Quejas escritas, registros de quejas.		75-100	50-75	00-50	Anual

INDICADORES ESTRATÉGICOS PERSPECTIVA: FINANZAS										
OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADOR	U/M	LINEA BASE	META ANUAL	FUENTE DE INFORMACIÓN	RESPONSABLE	Monitoreo			PERIODICIDAD
							V	A	R	
Reducción de gastos y optimización de los recursos.	Gasto en bienes de uso y consumo	\$	593,501.77	1.5%	Ejecución Presupuestaria y plan anual de adquisiciones	UACI	1,35	1,2-1,34	0-1,19	Anual
	Gasto en servicios básicos.	\$	118,986.86	1%	Ejecución Presupuestaria	UACI	0,90	0,80-0,89	0-0,79	Anual
Gestionar donaciones y Generar y Fortalecer convenios para la venta de servicios	% de incremento en los ingresos propios	Porcentaje	0	4%	Presupuesto institucional.	UFI	2,5-4	1-2,5	0-1	Anual

Fuente: Elaboración Propia

<sup>133</sup> Utilización de cuestionarios SERVQHOS para la determinación de la satisfacción de paciente. Para mayor información ver Anexo II-5

<sup>134</sup> Fuente: Resultados de encuesta a pacientes (Aplicando el error máximo esperado del 10%)

INDICADORES ESTRATEGICOS PERSPECTIVA: PROCESOS										
OBJETIVO ESTRATEGICO	INDICADOR	U/M	LINEA BASE	META ANUAL	FUENTE DE INFORMACION	RESPONSABLE	Monitoreo			PERIODICIDAD
							V	A	R	
Elaborar un plan estratégico institucional	Plan anual estratégico implantado	Porcentaje	0	100%	Plan estratégico institucional	Director del hospital	100	85-100	50	Anual
Establecer mecanismos de control que permitan la optimización de los recursos	Eficiencia áreas médicas	Porcentaje	86.5% <sup>135</sup>	95%	SIG	Jefe Residentes	95-100	75-95	0-75	Anual
Mejorar los procesos institucionales a encaminados a la optimización de la atención a los usuarios	Eficiencia de los procedimientos médicos, de apoyo médico y administrativos	Porcentaje	52.9% <sup>136</sup>	70% <sup>137</sup>	Manuales de procedimientos	Jefe Residentes	85-100	70-85	0-70	Anual

INDICADORES ESTRATEGICOS PERSPECTIVA: ESTRUCTURA.										
OBJETIVO ESTRATEGICO	INDICADOR	U/M	LINEA BASE	META	FUENTE DE INFORMACION	RESPONSABLE	Monitoreo			PERIODICIDAD
							V	A	R	
Poner en funcionamiento la nueva infraestructura física-tecnológica.	Sistemas nuevos operando en la institución.	Porcentaje	0	100%	Planes de mantenimiento preventivo	Jefe de Conservación y Mantenimiento	100%	75-100	0-50%	Anual
Gestionar la continuidad de la modernización del equipo e infraestructura en la institución.	Cantidad de proyectos de modernización de la institución.	# de proyectos de modernizac.	1	5 <sup>138</sup> anuales	Dirección HNST	Jefe de Residentes	5	3-4	0-2	Anual
Capacitar técnicamente a los empleados.	Cantidad de capacitaciones impartidas.	# de capacitac.	10	12 anuales	Departamento de RRHH y diferentes áreas del hospital	Jefe de RRHH	12	8-11	0-7	Anual
	Porcentaje del personal que participa en programas de capacitación <sup>139</sup> .	Porcentaje	N/S	90%	Jefes de área y depts.	Jefe de RRHH	90-100%	65-89	0-64	Anual

<sup>135</sup> Eficiencia obtenida en base a datos de la producción del HNST del 2007

<sup>136</sup> Obtenido del diagnostico realizado para el presente estudio

<sup>137</sup> Fuente del estándar: Organización y Métodos. A. Guerra, Jorge, Consultor Organizacional y Director de Management en Salud. Boletín Electrónico Management en Salud. Buenos Aires, Argentina, 2005

<sup>138</sup> Tomando como referencia el número de proyectos que el Hospital Saldaña (Modelo Nacional en la gestión de nuevos proyectos) realiza.

<sup>139</sup> Participando en programas de capacitación institucional y/o departamental.



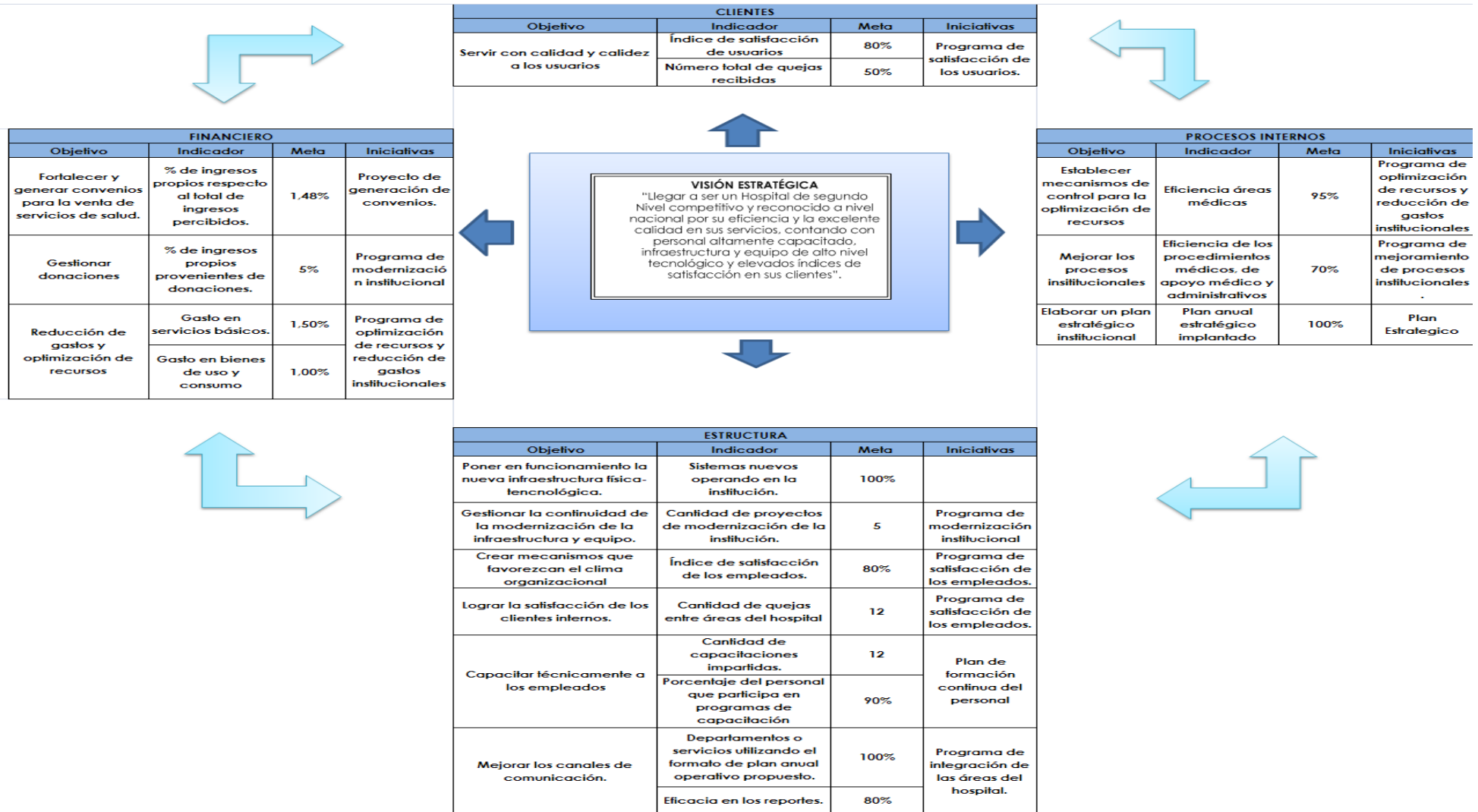
PERSPECTIVA: ESTRUCTURA.										
OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADOR	U/M	LINEA BASE	META	FUENTE DE INFORMACIÓN	RESPONSABLE	Monitoreo			PERIODICIDAD
							V	A	R	
Crear mecanismos que favorezcan el clima organizacional.	Índice de satisfacción de los empleados.	Porcentaje	78.27%	80.00% <sup>140</sup>	Encuesta de clima Laboral	Jefe RRHH	80-100%	60-79%	0-59%	Anual
Mejorar los canales de comunicación.	Departamentos o servicios utilizando el formato de plan anual operativo propuesto.	Porcentaje	0	100% anual	Plan anual departamental.	Jefe RRHH	100%	75-99%	0-74%	Anual
	Eficacia en los reportes.	Porcentaje	N/S	80% anual	Jefes de área y departamentos	Jefe RRHH	80-100%	50-79%	0-49%	Trimestral
Lograr la satisfacción de los clientes internos.	Cantidad de quejas entre áreas del hospital <sup>141</sup>	# de quejas	N/S	12 anuales	Buzón de sugerencias interno.	Jefe de RRHH	0-1	2-7	8-12	Mensual

Fuente: Elaboración Propia

<sup>140</sup> Estándar aceptado según Great Place to Work Institute Central América

<sup>141</sup> El Monitoreo es mensual

### 1.2.5 Fase 5: Construcción del Cuadro De Mando Integral



Fuente: Elaboración Propia

1.2.6 Fase 6: Desarrollo de actividades estratégicas

Cuadro II-58: Acciones estratégicas perspectiva usuarios					
Objetivo Estratégico: Servir con calidad y calidez a los usuarios.					
Iniciativa estratégica	Actividades	Indicador	Fórmula	Meta	Responsable
Programa de satisfacción de los usuarios	Medir el nivel de satisfacción de los clientes externos del Hospital a través de la realización de encuestas y sondeos.	Satisfacción pacientes hospitalizados	Satisfacción=promedio(personas que contestaron mejor o mucho mejor/total de personas entrevistadas)	75%	Técnico de RRHH (encargado de Prestaciones y servicios)
		Satisfacción pacientes consulta externa especializada	Satisfacción=promedio (personas que contestaron bueno, muy bueno, mejor o mucho mejor/total de personas entrevistadas)	75%	
		Satisfacción pacientes emergencia	Satisfacción=promedio (sumatoria de notas por pregunta /total de personas entrevistadas)	75%	
	Crear una oficina de atención al usuario.	Nº de quejas atendidas	Sumatoria de quejas atendidas en oficina de atención al usuario	5	Técnico de RRHH (encargado de Prestaciones y servicios)
		Nº de quejas escritas	Sumatoria de quejas escritas recibidas	2	
		Nº de personas atendidas al día	Número de personas que son atendidas en oficina de atención al usuario	40	
	Capacitar a los empleados sobre cómo tratar a los usuarios.	Eficacia en capacitaciones programadas	Eficacia=(Nº de capacitaciones brindadas)/(Nº de capacitaciones planeadas) *100	75%	Técnico de RRHH (encargado de Capacitaciones y Desarrollo)
		% de temas abordados para capacitaciones	%=(Nº de temas abordados para capacitaciones/Nº temas abordados para capacitaciones programados) *100	100%	
	Garantizar la mejora continua de los servicios prestados actualmente.	Tasa de Reingresos a Emergencia < de 24 horas por misma patología	TRE= (Nº de Reingresos a Emergencia Menores de 24 Horas)/ (Nº de Egresos de Emergencia) *100	0	Jefe de Residentes
		Tasa de Reingresos a hospitalización < de 7 días por misma patología	TRH= (Nº de Reingresos a hospitalización Menores de 7 días)/ (Nº de Egresos de hospitalización) *100	0	
		Tasa de Infecciones Intrahospitalarias	III= (Nº de pacientes con Infecciones Intrahospitalarias)/ (Nº de Egresos en el mismo periodo) *100	0	
		Antigüedad media de equipamiento tecnológico	AM= Sumatoria de años de antigüedad de los equipos biomédicos del hospital/Nº total de equipos biomédicos del hospital	0	

<b>Cuadro II-59: Acciones estratégicas perspectiva financiera</b>					
<b>Objetivo Estratégico: Generar y fortalecer nuevos convenios con instituciones públicas o privadas que requieran servicios médicos</b>					
<b>Iniciativas Estratégica</b>	<b>Actividades</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fórmula</b>	<b>Meta</b>	<b>Responsable</b>
Proyecto de generación de convenios	Presentar oferta de servicios a otras instituciones.	Cantidad de ofertas presentadas.	#de ofertas realizadas.	3	Director institucional
	Comunicar a la población los diferentes servicios médicos que el hospital presta.	Esfuerzos de promoción realizados.	#campañas de promoción realizadas.	2	Jefe de RRHH
	Renegociar el aporte económico por alumno que las instituciones educativas de nivel técnico o superior dan al hospital.	Tasa de incremento de los ingresos de docencia.	Ingresos de docencia 2009/ingresos de docencia 2008	2	Director institucional
<b>Objetivo Estratégico: Gestionar donaciones o contribuciones con diferentes entidades tanto nacionales como internacionales</b>					
<b>Iniciativas Estratégica</b>	<b>Actividades</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fórmula</b>	<b>Meta</b>	<b>Responsable</b>
Programa de modernización institucional	Generar proyectos de mejora para la institución.	Cantidad de proyectos financiados por instituciones externas.	# de proyectos generados por financiados por instituciones externas.	2	Jefe de Residentes
	Realizar alianzas estratégicas con otras instituciones, que puedan brindar algún aporte al nosocomio.	Número de alianzas nuevas realizadas.	# de alianzas realizadas.	2	Director institucional
<b>Objetivo Estratégico: Reducción de gastos y optimización de recursos.</b>					
<b>Iniciativas Estratégica</b>	<b>Actividades</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fórmula</b>	<b>Meta</b>	<b>Responsable</b>
Programa de optimización de recursos y reducción de gastos institucionales.	Capacitar al personal en temas relacionados a la optimización de los recursos energéticos y materiales de la institución.	Capacitación efectuada.	# de Capacitaciones efectuadas.	1	Técnico de RRHH (encargado de Capacitación y desarrollo)
	Crear y comunicar al personal políticas de austeridad que disminuyan los gastos en lo que a bienes de uso y consumo se refiere.	Políticas creadas.	(Políticas funcionando /políticas creadas)*100	100%	Técnico de presupuesto
		% de unidades que conocen las políticas.	Unidades que conocen las políticas/total de unidades en la institución x 100	100%	
Reducción en el presupuesto por departamentos		Presupuesto próximo año/presupuesto año pasado)*100	5%		

**Cuadro II-60: Acciones estratégicas perspectiva procesos**

<b>Objetivo Estratégico:</b> Mejorar los procesos institucionales a encaminados a la optimización de la atención a los usuarios.					
	<b>Actividades</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fórmula</b>	<b>Meta</b>	<b>Responsable</b>
Programa de mejoramiento de procesos institucionales.	Documentación y/o actualización o mejora de los procedimientos administrativos y médicos del Hospital.	% de procedimientos administrativos documentados y/o actualizados o mejorados	$\% = (N^{\circ} \text{ de procedimientos administrativos documentados y/o actualizados o mejorados}) / (N^{\circ} \text{ total de documentos administrativos})$	100%	Técnico de RRHH (encargado de Capacitación y desarrollo)
		% de procedimientos médicos documentados y/o actualizados o mejorados	$\% = (N^{\circ} \text{ de procedimientos médicos documentados y/o actualizados o mejorados}) / (N^{\circ} \text{ total de documentos médicos})$	100%	Jefe de Medicina Interna
		% de procedimientos de apoyo médico documentados y/o actualizados o mejorados	$\% = (N^{\circ} \text{ de procedimientos de apoyo médico documentados y/o actualizados o mejorados}) / (N^{\circ} \text{ total de documentos de apoyo médico})$	100%	Jefe de Enfermería
	Crear vínculos con universidades para que alumnos de las carreras de ingeniería industrial o administración de empresas realicen proyectos de mejoras a los procedimientos en la institución (por ej.: a la actualización del inventario de expedientes, entre otras).	Estudios realizados a nivel institucional	Sumatoria de todos los proyectos o estudios realizados a nivel institucional	1	Jefe de RRHH
		% de departamentos administrativos con estudios de mejora	$\% = (\text{total de departamentos administrativos con estudios de mejora}) / N^{\circ} \text{ total de departamentos administrativos}$	25%	Técnico de RRHH (encargado de Capacitación y desarrollo)
		% de departamentos médicos y apoyo médico con estudios de mejora	$\% = (\text{total de departamentos médicos con estudios de mejora}) / N^{\circ} \text{ total de departamentos médicos}$	25%	Jefe de Enfermería
		# de instituciones contactadas	# de instituciones contactadas	25%	Director institucional
	Establecer medios de monitoreo y control para los procedimientos.	Costo del procedimiento	Sumatoria de costos por los recursos (humanos, equipo, instalaciones, materiales administrativos o médicos, otros) involucrados en cada procedimiento	Reducir en 5%	Jefe Archivo
		Eficiencia del procedimiento	$\text{Eficiencia} = (\text{sumatoria de tiempos de actividades productivas}) / (\text{tiempo total de las actividades del procedimiento})$	Aumentar en 10%	
		% de Tiempo de retraso	$\% = (\text{sumatoria de tiempos de retraso del procedimiento}) / (\text{tiempo total del procedimiento})$	5%	

Cuadro II-60: Acciones estratégicas perspectiva procesos					
Objetivo Estratégico: Establecer mecanismos de control que permitan la optimización de los recursos y la reducción de gastos.					
Iniciativas estratégicas	Actividades	Indicador	Fórmula	Meta	Responsable
Programa de optimización de recursos y reducción de gastos institucionales	Creación de indicadores internos que permitan monitorear el grado de aprovechamiento de los recursos.	Productividad personal	$RHM = \frac{(\text{N}^\circ \text{ de consultas médicas})}{(\text{Total de hrs médicas efectivas})} * 100$	90%	Técnico de RRHH (encargado del SIRHI)
		Cumplimiento de hora-médico	$CHM = \frac{(\text{N}^\circ \text{ de horas médico efectivas de atención del hospital, servicio o especialidad en un período})}{(\text{N}^\circ \text{ de horas médico programadas del Hospital, servicio o especialidad en el mismo período})} * 100$	90%	
		Productividad de locales médicos	$RLM = \frac{(\text{producción del local})}{(\text{Total de hrs disponibles del local})} * 100$	85%	Jefe de enfermería
		Rendimiento de camas	$RC = \frac{(\text{Total de Egresos})}{(\text{N}^\circ \text{ de Camas (Promedio)})}$	0.75	
		Rendimiento de equipo	$RE = \frac{(\text{producción del equipo})}{(\text{Total de hrs disponibles del equipo})}$	0.75	
Objetivo: Definición de Planeación Estratégica Institucional					
Iniciativas estratégicas	Actividades	Indicador	Fórmula	Meta	Responsable
Plan Estratégico	Involucrar a los empleados en la elaboración del plan para captar su interés y lograr su apoyo.	% de empleados involucrados	$\% = \frac{(\text{N}^\circ \text{ de empleados involucrados en elaborar plan estratégico})}{(\text{N}^\circ \text{ total de empleados del hospital})} * 100$	100%	Técnico de RRHH (encargado del SIRHI)
	Elaborar una misión, visión y valores institucionales.	% de definiciones filosóficas elaboradas	$\% = \frac{(\text{definiciones filosóficas elaboradas})}{(\text{total definiciones filosóficas})} * 100$	100%	Director institucional
		% de retraso en elaboración de definiciones filosóficas	$\% = \frac{(\text{sumatoria de tiempos de retraso})}{(\text{total de tiempo necesario para elaboración de definiciones filosóficas})} * 100$	0%	
	Crear un manual para la elaboración del plan estratégico.	% de procedimientos para elaborar plan estratégico levantados	$\% = \frac{(\text{procedimientos para elaborar plan estratégico})}{(\text{total procedimientos para elaborar plan estratégico})} * 100$	100%	Estudiantes Ing. Ind. En proyecto de tesis
	Elaborar un diagnóstico institucional.	Matriz FODA elaborada	N/A	1	Director institucional
	Elaborar las estrategias más apropiadas.	% de perspectivas con estrategias	$\% = \frac{(\text{perspectivas con estrategias})}{(\text{total de perspectivas})} * 100$	100%	
	Controlar el plan.	% de objetivos estratégicos con indicadores	$\% = \frac{(\text{N}^\circ \text{ de objetivos estratégicos con indicadores})}{(\text{N}^\circ \text{ total de objetivos estratégicos})} * 100$	100%	
% de actividades estratégicas con indicadores		$\% = \frac{(\text{N}^\circ \text{ de actividades estratégicas con indicadores})}{(\text{N}^\circ \text{ total de actividades estratégicas})} * 100$	100%		

<b>Cuadro II-61: Acciones estratégicas perspectiva estructura</b>					
<b>Objetivo Estratégico: Poner en funcionamiento la nueva infraestructura física-tecnológica</b>					
<b>Iniciativa Estratégica</b>	<b>Actividades</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fórmula</b>	<b>Meta</b>	<b>Responsable</b>
	Asignación de responsables a los nuevos servicios.	Nuevos servicios hospitalarios con responsable asignado	# servicios nuevos con responsable/ total servicios nuevos *100	1	Director institucional
<b>Objetivo Estratégico: Gestionar la continuidad de la modernización del equipo e infraestructura en la institución</b>					
<b>Iniciativa Estratégica</b>	<b>Actividades</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fórmula</b>	<b>Meta</b>	<b>Responsable</b>
Programa de modernización institucional	Creación de vínculos con entidades externas.	Cantidad de entidades externas con las que el hospital tiene relación	# de entidades con las que el hospital tiene relación	5	Director institucional
	Llevar un directorio de entidades externas.	Directorio de entidades externas actualizado	% de entidades con datos actualizados	100%	Secretaría de dirección hospitalaria
<b>Objetivo Estratégico: Capacitar técnicamente a los empleados</b>					
<b>Iniciativa Estratégica</b>	<b>Actividades</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fórmula</b>	<b>Meta</b>	<b>Responsable</b>
Plan de formación continua del personal	Dar continuidad al plan de Formación Continua	Impacto de las capacitaciones <sup>142</sup>	Promedio (impacto cualitativos+ impacto indicadores cuantitativos)	80%	Técnico RRHH (encargado de Capacitaciones y desarrollo)
	Creación de un catalogo de bibliografía de consulta interna para el personal	Catalogo de bibliografía de consulta actualizado	Revisión de Catalogo de bibliografía de consulta	1	Técnico RRHH (encargado de Capacitaciones y desarrollo)
<b>Objetivo Estratégico: Crear mecanismos que favorezcan el clima organizacional</b>					
<b>Iniciativa Estratégica</b>	<b>Actividades</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fórmula</b>	<b>Meta</b>	<b>Responsable</b>
Programa de satisfacción de los empleados	Fomentar la estabilidad en los puestos de trabajo.	Índice de rotación del personal.	(cant. de empleados nuevos – cant. de empleados que salen)/ total de empleados *100	5%	Técnico RRHH (encargado del SIRHI)
	Establecer una política de promoción interna.	Índice de promoción del personal	Cantidad de jefaturas nuevas / Total Jefaturas *100	5%	Técnico RRHH (encargado del SIRHI)
	Llevar a cabo jornadas motivacionales	% de personal motivado	Cantidad de personal con nota satisfactoria en el factor motivación del clima laboral / total personal *100	50%	Técnico RRHH (encargado de Capacitaciones y desarrollo)
	Establecer reconocimientos no remunerados del trabajo bien hecho.	Numero de reconocimientos al personal	# de personal reconocido anualmente / total de personal.	10%	Técnico RRHH (encargado de Prestaciones y servicios)

<sup>142</sup> Se utilizará el mismo instrumento utilizado en el procedimiento de capacitación y desarrollo de RRHH. Ver Anexo II-6.

<b>Objetivo Estratégico: Mejorar los canales de comunicación</b>					
<b>Iniciativa Estratégica</b>	<b>Actividades</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fórmula</b>	<b>Meta</b>	<b>Responsable</b>
Programa de integración de las áreas del hospital.	Impulsar y propiciar el trabajo en equipo y la creación de grupos interdisciplinarios para la resolución de problemas.	% de grupos institucionales interdisciplinarios	# de grupos institucionales interdisciplinarios/ total de grupos institucionales *100	50%	Jefe de RRHH
	Integración de los sistemas departamentales que en la actualidad funcionan aisladamente.	% de sistemas hospitalarios trabajando de forma aislada	# de sistemas hospitalarios trabajando de forma aislada/total sistemas hospitalarios *100	0%	Jefe de Residentes
	Desarrollo de capacitaciones de ayuda para la edición y redacción de informes.	Cantidad de jefes capacitados en la edición y redacción de informes	# de jefes capacitados en redacción de informes / total de jefes * 100	100%	Jefe de RRHH
<b>Objetivo Estratégico: Lograr la satisfacción de los clientes internos.</b>					
<b>Iniciativa Estratégica</b>	<b>Actividades</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fórmula</b>	<b>Meta</b>	<b>Responsable</b>
Programa de satisfacción de los empleados	Creación de un buzón de sugerencias internas.	Quejas del personal	# de quejas del personal	15	Técnico RRHH (encargado de Prestaciones y servicios)
		Sugerencias del personal	# de sugerencias del personal	10	

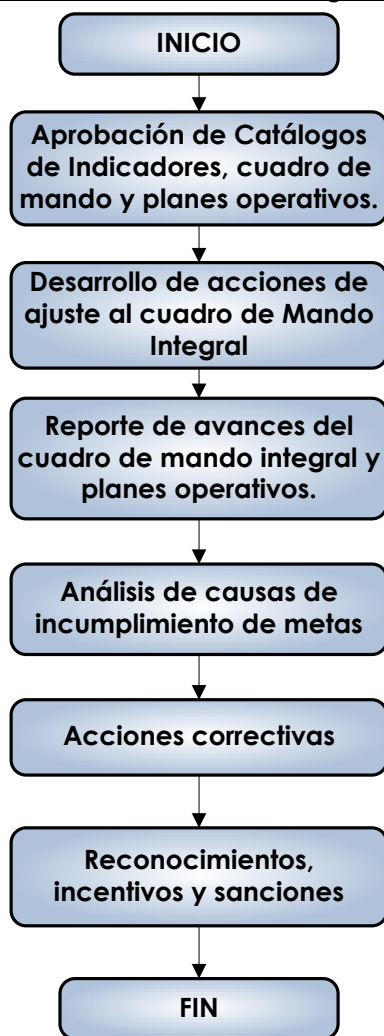
## **2. PROCESO DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA GESTIÓN ESTRATÉGICA**

Como una forma de controlar y dar seguimiento al sistema administrativo del HNST, se ha diseñado un proceso de control para la gestión estratégica, con el cual se pretende dotar de retroalimentación al sistema para realizar los cambios y mejoras necesarios en el momento oportuno, a fin de alcanzar las metas propuestas.

A continuación, se presentan los pasos a seguir para realizar el control de la gestión estratégica



Imagen II-57: Proceso de control de la gestión estratégica



Fuente: FEPADE, Herramientas para la Planeación Estratégica.

## **2.1 APROBACIÓN DE LOS CATÁLOGOS DE INDICADORES CMI**

Los indicadores establecidos para el monitoreo y seguimiento del Cuadro De mando integral de la institución, deben ser aprobados por el director del comité de gestión estratégica, a fin de garantizar su validez y eficacia.

Estos indicadores deberán ser documentados y compilados en un manual o catálogo por el/la secretario(a) del comité de gestión a más tardar 3 días después de establecidos los indicadores; el catalogo deberá ser accesible para todos los empleados; especialmente por aquellos encargados del monitoreo de los planes o el Cuadro De mando integral, cada miembro del comité contara con un catalogo.

## **2.2 DESARROLLO DE ACCIONES DE AJUSTE AL CUADRO DE MANDO INTEGRAL (CMI)**

Antes de poner en marcha el Cuadro De mando Integral de la institución, así como los diferentes planes operativos, es necesario que tanto el comité de gestión estratégica como los jefes de departamento o servicio, verifique que el Cuadro De mando Integral y los planes operativos, respectivamente, contengan los siguientes elementos:

- Indicadores claves de desempeño. y
- Metas factibles de realizarse. Para lo que deberán considerarse los siguientes aspectos: magnitud de las metas, tiempos y recursos asignados.
- Financiamiento: si no existen los fondos para llevar a cabo las estrategias no se puede continuar con las mismas.

Otro elemento importante a considerar previo a la ejecución del CMI y de los planes operacionales es la distribución de las cargas laborales asignadas, las cuales deben estar completamente balanceadas entre los diferentes actores del proceso; caso contrario este podría convertirse en un factor que contribuya al incumplimiento de las metas establecidas.

- Si en algún caso no se pueden determinar las "metas" de los indicadores claves se recomienda monitorear que se cumpla con las fechas propuestas.
- También se recomienda el establecimiento de un responsable o dueño de cada indicador que reporte los avances del CMI y los planes operativos.

## **2.3 REPORTE DE AVANCE DE CMI**

El reporte de avance se dará de la siguiente manera:

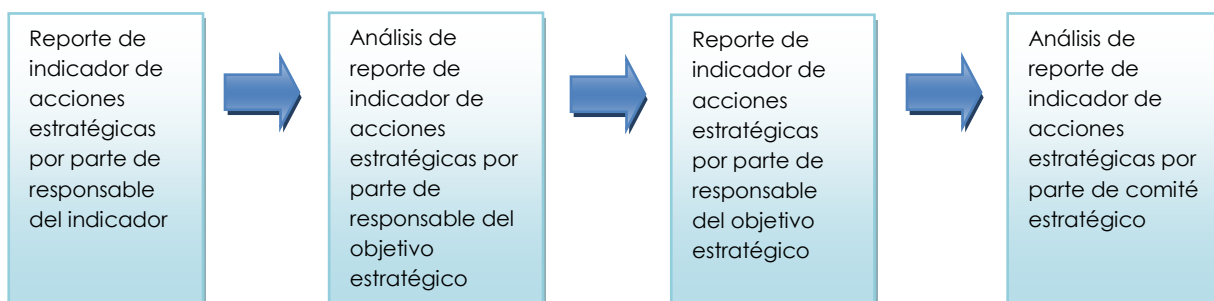
- Actividades estratégicas: trimestralmente (tiempo elaboración: 0.5 hr, tiempo de revisión: 0.17 hr)
  - Se debe entregar 1 hoja (por cada indicador), en la que se especifiquen los siguientes datos:
    - Encabezado (nombre del hospital, MSPAS, etc.)
    - Fecha
    - Nombre del responsable
    - Departamento
    - Cargo
    - Nombre de la actividad estratégica
    - Objetivo estratégico al que pertenece
    - Nombre del indicador
    - Formula
    - Resultado del indicador
    - Meta
    - Las causas por las que no se ha cumplido la meta (si es el caso)
    - Firma del responsable
- Objetivos estratégicos: semestralmente (tiempo elaboración: 0.75 hr, tiempo de revisión: 0.25 hr)
  - Se deben entregar 2 hojas (por cada indicador), en las que se especifique lo siguiente:

- Encabezado (nombre del hospital, MSPAS, etc.)
- Fecha
- Nombre del responsable
- Cargo
- Departamento
- Nombre del objetivo estratégico
- Nombre del indicador
- Formula
- Resultado del indicador
- Meta
- Sistema de semáforo
- Las causas por las que no se ha cumplido la meta (si es el caso)
- Propuestas para solventar la situación
- En la segunda hoja; Resultado de los indicadores de las actividades estratégicas que pertenecen a dicho objetivo estratégico
- Causas de incumplimiento (si es el caso) y las acciones llevadas a cabo para solventarlas.
- Firma del responsable

El procedimiento para el reporte de avances del CMI se realizara de la siguiente manera:

1. Todos responsables de recopilar datos de los indicadores de las actividades estratégicas, deberán entregar los reportes del CMI a los responsables de los indicadores de los objetivos estratégicos, entre los últimos 15 y los últimos 10 días hábiles del trimestre evaluado.
2. Los reportes de los indicadores de actividades estratégicas, serán revisados en un plazo de 2 días posteriores a la recepción del reporte. El responsable del análisis deberán retroalimentar al encargado del indicador de la actividad estratégica, la conformidad o no conformidad del desarrollo de la actividad, y si lo amerita, reunirse para analizar las causas del incumplimiento de metas y determinar las acciones preventivas o correctivas a realizar.
3. Los responsables de recopilar datos de los indicadores de los objetivos estratégicos, deberán tener listos los reportes del CMI para presentar al comité de gestión, entre los últimos 8 y los últimos 3 días hábiles del semestre evaluado y proporcionárselos al secretario(a) del comité para su recopilación.
4. Se presentarán los resultados al comité de gestión estratégica para definición de acciones correctivas o preventivas para cada objetivo estratégico.

Imagen II-58: Esquema de reportes de avances del CMI.



A continuación se muestra un ejemplo aplicado de la metodología:




1. Reporte de indicador de actividad estratégica:



 <b>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL</b> <b>Hospital Nacional Santa Teresa, Zacatecoluca</b>		 <b>MINISTERIO DE SALUD</b> <small>Pa'Sanito</small> <small>Nuestros llevamos SALUD</small>	
Fecha	15/06/08	Departamento	Dirección institucional
Nombre responsable	Boanerges Valencia	Cargo	Director institucional
Nombre de la actividad estratégica	Asignación de responsables a los nuevos servicios.		
Objetivo estratégico al que pertenece	Poner en funcionamiento la nueva infraestructura física-tecnológica.		
Nombre del indicador	Nuevos servicios hospitalarios con responsable asignado	Formula	(# servicios nuevos con responsable/ total servicios nuevos *100)
Resultado del indicador	1	Meta	1
Observaciones: <u>El servicio nuevo con el que cuenta el HNST a partir del 1° de Enero de 2008 es el de ortopedia, bajo el cargo del Dr. Claudio López, contando con equipos de ortopedia básica como cama ortopédica, artroscopio, medidor de densidad ósea. No se cuenta con enfermeras o ayudantes asignados al servicio.</u>			Firma: 

2. Análisis de indicador:

El responsable del objetivo estratégico es el Jefe de Conservación y Mantenimiento, el cual se da por enterado del nuevo servicio, y se encarga de darle el debido seguimiento e implementar algunos mantenimientos preventivos y proporcionar mantenimientos correctivos.

3. Reporte de indicador de objetivo estratégico:

		<b>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL</b> <b>Hospital Nacional Santa Teresa, Zacatecoluca</b>					
Fecha	28/06/08	Departamento	Conservación y Mto				
Nombre responsable	Afrodicio Hernández	Cargo	Jefe de Conservación y Mantenimiento				
Objetivo estratégico al que pertenece	Poner en funcionamiento la nueva infraestructura física-tecnológica.						
Nombre del indicador	Sistemas nuevos operando en la institución.	Formula	(# servicios nuevos con responsable/ total servicios nuevos) *100				
Resultado del indicador	75%	Meta	100%	Semáforo	V	A	R
					100%	75-99	0-50
Observaciones: <u>El servicio de ortopedia no pudo funcionar durante el primer trimestre del año, debido a que los equipos destinados para atención, no se remitieron al hospital sino hasta abril de 2008, como parte de los retrasos del proyecto RHESSA. Se encuentro en etapa amarilla.</u>						Firma: 	

		<b>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL</b> <b>Hospital Nacional Santa Teresa, Zacatecoluca</b>					
Resultados de indicadores de actividades estratégicas							
Nombre de la actividad estratégica	Nombre del indicador	Resultado del indicador	Meta	Observación			
Asignación de responsables a los nuevos servicios.	Nuevos servicios hospitalarios con responsable asignado	1	1	Se logro cumplir con la meta			

En los demás casos que se tengan más indicadores de actividades estratégicas, solo se agregaran abajo del que aparece en este formato.

4. Análisis de reporte de indicadores de objetivos estratégicos

El comité de gestión llego a la conclusión que el indicador no se cumplió debido a factores externos a los responsables, por lo cual no será problema para solventar en adelante para el presente servicio.

## 2.4 ANÁLISIS DE CAUSAS DE INCUMPLIMIENTO DE METAS Y DETERMINACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS

Para la realización del análisis de causas del incumplimiento de metas y su posterior identificación de las acciones correctivas pertinentes, se ha elaborado un procedimiento a seguir, para facilitar el desarrollo de estas actividades.

### **Objetivo:**

Establecer un método para la elaboración e implantación de Acciones Correctivas y Preventivas eficaces, para eliminar las causas reales y potenciales de incumplimiento de metas, detectadas en los reportes de avance.

### **Ámbito de aplicación**

Este procedimiento es aplicable a todas las Divisiones, Departamentos, y Servicios del HNST.

### **Generalidades**

Este procedimiento describe los pasos necesarios a seguir para el control de los incumplimientos de los objetivos y metas establecidas en el CMI a fin de investigar las causas que la originaron o puedan originarla, y así establecer una Acción Correctiva o Preventiva para solventarlas o prevenirlas.

En cuanto a los incumplimientos detectados a través de los reportes de avance, de no haberse resuelto en el plazo previsto por los responsables de cada Departamento o servicio correspondiente se deberá reunir a los involucrados para revisar las causas de dicho incumplimiento, establecer nueva fecha de compromiso, nuevas acciones, etc.

Una vez revisadas las causas, y de comprobarse negligencia u obstrucción al proceso, el Comité de Gestión Estratégico, deducirá responsabilidades y tomará las medidas disciplinarias correspondientes con base al Art. 41 de la Ley de Servicio Civil.

<b>Cuadro II-62: Procedimiento para el análisis de causas de incumplimiento de metas y determinación de acciones correctivas</b>		
<b>Responsable</b>	<b>No.</b>	<b>Descripción</b>
Comité de gestión	1	Hacen observaciones del desempeño del indicador y giran acciones preventivas o correctivas, según sea el caso, para mejorar los resultados obtenidos
Analista de indicador	2	Realiza notificación de los incumplimientos o no conformidades reales o potenciales provenientes de la revisión de los reportes de avance.
	3	Efectúa corrección de los incumplimientos y observaciones en coordinación con el personal responsable.
Analista de indicador y responsable de indicador	4	Investigan las posibles causas de los incumplimientos o fallos reales o potenciales, para esta investigación podría apoyarse con la técnica del Diagrama Causa-Efecto o espina de Pescado (ver formato 1), u otra que estime conveniente.
Analista de indicador	5	Registra la causa que originó o podría originar los incumplimientos en la hoja de acciones correctivas. (Ver formato No.2)

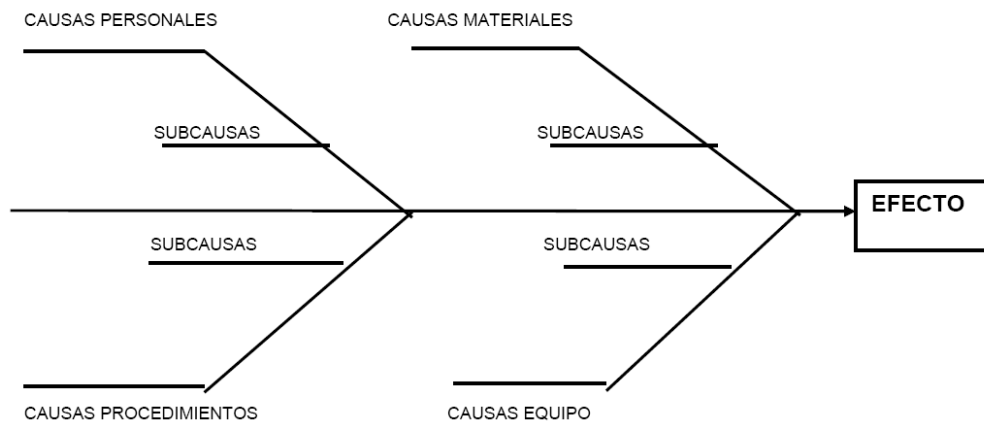
Analista de indicador	6	Determinan las acciones correctivas o preventivas, para eliminar las causas seleccionadas, teniendo en cuenta lo siguiente: Las ideas presentadas por el personal involucrado. Las experiencias anteriores. Consultas realizadas a otras áreas. La acción debe estar orientada a eliminar las causas del incumplimiento. Y selecciona las acciones correctivas o preventivas adecuadas, registrándolas y detallándolas en la "hoja de acciones correctivas y preventivas." (ver anexo 2)
	7	Coloca nombre, firma y fecha de preparación e implantación de la acción correctiva o preventiva, asimismo la fecha para corregir las causas del incumplimiento y envía original al comité de gestión estratégico, para su aceptación y seguimiento.

**Notas:**

1. Al primer seguimiento si el fallo o incumplimiento real o potencial no ha sido solventado se procederá de la siguiente manera:
  - a) Si la Acción Correctiva no depende del responsable del indicador y se han hecho las gestiones pertinentes se solicitará nueva acción y fecha de compromiso al responsable del indicador donde se ha realizado la gestión.
  - b) Si por diversos motivos no se ha tomado la acción correctiva se solicita nuevamente al responsable del indicador otra acción y fecha de compromiso.
2. Se realiza segundo seguimiento en el cual deben estar solventadas las fallas e incumplimientos; si no se han superado ya no se solicitará nuevo compromiso sino que se enviará nota a la Dirección General; para que dictamine las sanciones respectivas.
3. Posteriormente se realiza el tercer seguimiento en el cual se verificará que las acciones correctivas hayan sido implantadas adecuadamente y proceder al cierre de los incumplimientos.

**Formatos:**

Imagen II-59: Formato 1: Modelo de diagrama causa y efecto



Fuente: Elaboración Propia

Imagen II-60: Formato 2: Hoja de Acciones Correctivas o Preventivas

HOJAS DE ACCIONES CORRECTIVAS O PREVENTIVAS						Fecha de emisión:	
AREA RESPONSABLE DEL INCUMPLIMIENTO:							
ORIGEN DEL INCUMPLIMIENTO REAL O POTENCIAL:							
DESCRIPCIÓN DEL FALLO O INCUMPLIMIENTO.				REAL:		POTENCIAL:	
CAUSA DEL FALLO O INCUMPLIMIENTO:							
DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN				CORRECTIVA		PREVENTIVA	
FECHA COMPROMISO PARA CORREGIR EL INCUMPLIMIENTO O FALLO.							
FIRMA ENCARGADO DEL ÁREA				FIRMA REPRESENTANTE COMITÉ DE GESTIÓN			
SEGUIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS		PRIMER SEGUIMIENTO		SEGUIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS		TERCER SEGUIMIENTO	
SITUACIÓN SOLVENTADA	SÍ		NO	SITUACIÓN SOLVENTADA	SÍ		NO
En caso de no haber solventado la situación, describa la nueva acción a tomar				En caso de no haber solventado la situación, describa la nueva acción a tomar			
NUEVA FECHA COMPROMETIDA:				NUEVA FECHA COMPROMETIDA:			
NOMBRE		FIRMA		NOMBRE		FIRMA	
SEGUIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS		SEGUNDO SEGUIMIENTO		OBSERVACIONES:			
SITUACIÓN SOLVENTADA	SÍ		NO	PRIMER SEGUIMIENTO:			
En caso de no haber solventado la situación, describa la nueva acción a tomar				SEGUNDO SEGUIMIENTO:			
NUEVA FECHA COMPROMETIDA:				TERCER SEGUIMIENTO:			
NOMBRE		FIRMA					

Fuente: Elaboración Propia

## **2.5 RECONOCIMIENTO, INCENTIVOS Y SANCIONES**

El director de la institución apoyado en el comité de gestión estratégico deberá dinamizar el proceso de ejecución estratégica a través de la administración efectiva y oportuna de Reconocimientos, Incentivos y Sanciones.

Para ello se recomienda considerar lo siguiente:

- La ejecución del CMI y los Planes Operativos deberá estar anclada y alineada al proceso de evaluación del desempeño.
- Se deben realizar reconocimientos por escrito, reconocimientos públicos y/o (de ser posible) reconocimientos monetarios para estimular y motivar el logro de las metas.
- También se deberá proceder a realizar las sanciones pertinentes conforme los reglamentos internos en caso de no cumplir.
- Las acciones desarrolladas deberán ser monitoreadas y archivadas por el Departamento de Recursos Humanos.



### **3. RECURSOS PARA LA FASE DE CONTROL**

#### **ACTIVIDAD: CAPACITACIÓN CUADRO DE MANDO INTEGRAL**

Esta capacitación ha sido planificada para realizarse juntamente con la capacitación de la Planeación Estratégica, por lo que los recursos necesarios se detallaron en el apartado Recursos para la fase de Planeación.

#### **ACTIVIDAD: ELABORACIÓN DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL**

La elaboración del Cuadro De mando integral, estará a cargo del comité de gestión estratégica; quienes con la guía del director y a partir de la capacitación recibida, asumirán esta responsabilidad. Para ello, se hace necesaria la realización de un taller para el cual se necesitará los siguientes recursos:

#### **ACTIVIDAD: ELABORACIÓN DE CUADRO DE MANDO INTEGRAL**

<b>Cuadro II-63: Recursos Materiales para taller elaboración CMI</b>	
<b>Descripción</b>	<b>Cantidad</b>
Papelería	15 folletos conteniendo la guía para la elaboración de la planeación estratégica.
Equipo	1 Cañón retroproyector 1 Laptop
Refrigerios	15

Fuente: Elaboración propia

<b>Cuadro II-64: Recurso horas hombre para elaboración CMI</b>			
<b>Cargo</b>	<b>Horas</b>	<b>Cargo</b>	<b>Horas</b>
Director General	8	Jefe de Rayos x	8
Jefe de Medicina Interna	8	Jefe de Laboratorio	8
Jefe de cirugía	8	Jefe de Archivo	8
Jefe de Ginecología	8	Jefe de RRHH	8
Jefe de Pediatría	8	Jefe UFI	8
Jefe de Residentes	8	Jefe de Conservación y Mantenimiento	8
Jefe de enfermería	8	Jefe UACI	8
Jefe de Consulta Externa	8		

Fuente: Elaboración propia

#### **ACTIVIDAD: ELABORACIÓN DE CATALOGO DE INDICADORES**

<b>Cuadro II-65: Recursos Materiales para elaboración de catalogo de indicadores</b>	
<b>Descripción</b>	<b>Cantidad</b>
Papelería	195 páginas para 15 catálogos de indicadores
Equipo	1 impresor 1 Computador

Fuente: Elaboración propia

<b>Cuadro II-66: Recurso horas hombre para elaboración de catalogo de indicadores</b>	
<b>Cargo</b>	<b>Horas</b>
Secretario(a) del comité de gestión estratégica (Jefe de Residentes)	4

Fuente: Elaboración propia

**ACTIVIDAD: SEGUIMIENTO Y CONTROL DE INDICADORES CMI**

<b>Cuadro II-67: Recursos Materiales para seguimiento y control de indicadores CMI al año</b>	
<b>Descripción</b>	<b>Cantidad</b>
Papelería	120 hojas de reportes de indicadores actividades estratégicas por año 52 hojas de reportes de indicadores objetivos estratégicos por año
Equipo	14 Computadores

Fuente: Elaboración propia

<b>Cuadro II-68: Recurso horas hombre para seguimiento y control de indicadores CMI al año</b>			
<b>Elaboración de reportes indicadores actividades estratégicas</b>			
<b>Cargo</b>	<b>Horas</b>	<b>Cargo</b>	<b>Horas</b>
Jefe de RRHH	2	Estudiantes en servicio social	0.5
Técnico de RRHH (encargado de Capacitación y desarrollo)	4	Director del hospital	6
Técnico de RRHH (encargado del SIRHI)	2.5	Jefe enfermeras	2.5
Técnico de RRHH (encargado de prestaciones y servicios)	4.5	Jefe de archivo medico	2.5
Jefe Residentes	3.5	Técnico Presupuestario	1.5
Jefe medicina	0.5		
<b>Revisión de reportes indicadores actividades estratégicas</b>			
Jefe de RRHH	3.91	Jefe UACI	0.68
Director del hospital	1.36	Jefe de Conservación y Mantenimiento	0.17
Jefe Residentes	3.23	Jefe UFI	0.85
<b>Elaboración de reportes indicadores objetivos estratégicos</b>			
Jefe de RRHH	6	Jefe UACI	1.5
Director del hospital	0.75	Jefe de Conservación y Mantenimiento	0.75
Jefe Residentes	2.25	Jefe UFI	1.5
<b>Revisión de reportes indicadores objetivos estratégicos</b>			
Jefe de RRHH	0.25	Jefe Residentes	1.5
Jefe UACI	0.25	Jefe UFI	0.5
Jefe enfermeras	0.25	Jefe de archivo medico	1
Director del hospital	0.25		

Fuente: Elaboración propia

---

---

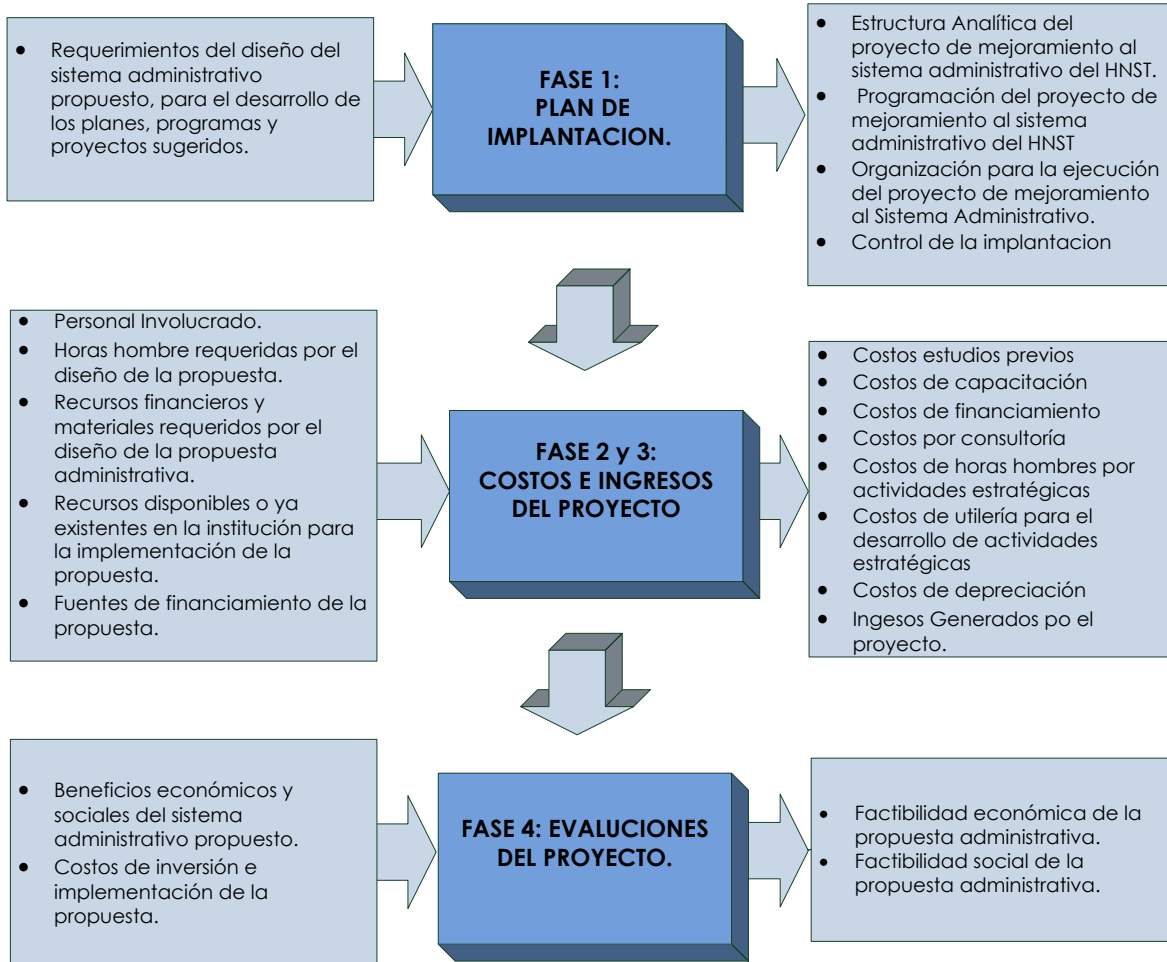
# ETAPA III:

## **COSTEO Y EVALUACIONES DEL PROYECTO**



## METODOLOGÍA DE LA ETAPA ECONÓMICA.

Imagen III-1: Metodología de la Etapa económica



Fuente: Elaboración Propia

# **CAPÍTULO 1 :**

## **PLAN DE IMPLANTACIÓN**

## 1. PLAN DE IMPLANTACIÓN.<sup>143</sup>

El diseño del plan de implantación es de vital importancia ya que se detallan las actividades para planear, organizar y controlar la implantación del sistema administrativo en el Hospital Nacional Santa Teresa bajo un enfoque estratégico, estableciendo un conjunto de actividades que permitan ponerlo en funcionamiento en la institución. Es por ello que en los apartados siguientes se muestra el desarrollo de dicho plan.

### 1.1 PLANIFICACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN.

#### 1.1.1 Objetivo.

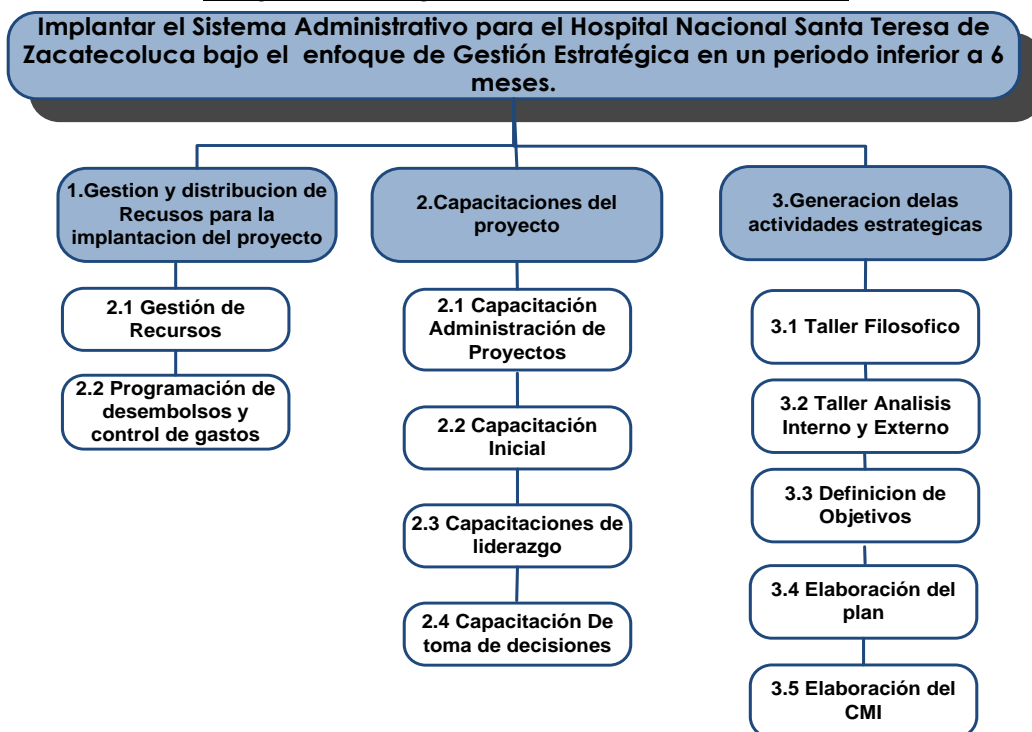
Implantar el Sistema Administrativo para el Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca bajo el enfoque de Gestión Estratégica en un periodo inferior a 6 meses.

#### 1.1.2 Desglose Analítico de la implantación.

Para el desarrollo del plan de implantación es necesario identificar todas aquellas actividades que conduzcan a la puesta en marcha del proyecto. Dichas actividades han sido divididas en 3 módulos o paquetes de trabajo: Modulo de Gestión y distribución de recursos para la implantación del proyecto, Modulo de Capacitación y el modulo de generación de las actividades estratégicas.

A continuación se muestra el desglose de dichos paquetes de trabajo:

Imagen III-2: Desglose de la fase de implantación.



Fuente: Elaboración Propia

<sup>143</sup> Ver anexo III-1: Procedimiento de aplicación del sistema administrativo a otras instituciones del segundo nivel de atención.

Como se puede apreciar en el desglose analítico, se considerará que el proyecto ha sido implantado cuando la institución pueda empezar a llevar a cabo las actividades estratégicas bajo una adecuada planificación, una estructura organizativa ordenada capaz de dirigir el cambio y que controle el grado en que se alcance la meta trazada.

En otras palabras, la implantación trata de gestionar la realización de las inversiones en los subsistemas (de planificación, organización, dirección y control) propuestas en el diseño del Sistema Administrativo bajo el enfoque de gestión estratégica para el Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca; el cual garantizará que todo el accionar administrativo gire en torno a su misión, visión y valores institucionales por medio de sus estrategias.

### **1.1.3 Descripción de los paquetes de trabajo.**

#### a) Subsistema de gestión y distribución de recursos para la implantación del proyecto.

*Objetivo:*

Gestionar los recursos financieros, humanos y materiales necesarios para lograr una adecuada implantación del proyecto de mejoramiento administrativo, a través de la programación y control de los mismos.

*Descripción:*

Este paquete de trabajo se encarga de la gestión, programación, y asignación de recursos a las diferentes actividades de la implantación del proyecto. Además se llevará a cabo el seguimiento de los desembolsos que surjan dentro del periodo de ejecución de la implantación del proyecto.

#### b) Subsistema de capacitaciones del proyecto.

*Objetivo:*

Capacitar al personal del hospital en cada evento diseñado o sugerido, con el propósito de contar con un grupo de profesionales competente para echar a andar el sistema administrativo en el Hospital Nacional Santa Teresa y que al mismo tiempo puedan guiar a todos los demás empleados del nosocomio a un mismo fin.

*Descripción:*

Este paquete de trabajo consiste en capacitar al personal del nosocomio en cada uno de los eventos estipulados en los subsistemas de planeación, organización, dirección y control, para que se conviertan en los responsables de involucrar a todo el personal en cada una de las actividades estratégicas que permitirán mejorar el hospital.

#### c) Subsistema de Generación de las actividades estratégicas.

*Objetivo:*

Establecer y controlar los planes y líneas estratégicas que permitan enmarcar al hospital en una atmosfera de mejoramiento institucional.

*Descripción:*

En este paquete de trabajo se llevan a cabo todas aquellas actividades necesarias para la creación y control del plan estratégico institucional. Es a partir de la finalización de este paquete de trabajo que la institución podrá empezar a realizar las mejoras al sistema administrativo y así concretizar todas aquellas actividades que permitan obtener los beneficios del proyecto.

**1.1.4 Actividades por paquete de trabajo.**

a) Subsistema de gestión y distribución de recursos para la implantación del proyecto.

- *Gestión de recursos:*
  - Identificar los recursos necesarios para la implantación del proyecto.
  - Elaborar programa de desembolsos y control de gastos.
- *Programación de desembolsos y control de gastos:*
  - Gestión de Contrataciones y Adquisiciones para implantación.
  - Contratación de capacitador y capacitaciones externas
  - Seguimiento y control de gastos

b) Subsistema de capacitaciones del comité encargado del proyecto.

- *Capacitación de Administración de Proyectos*
- *Capacitación Inicial*
  - Programación de capacitación inicial
  - Convocatoria a miembros del comité de gestión estratégica
  - Contratación de local para capacitación inicial
  - Realización de la capacitación inicial
- *Capacitación de liderazgo estratégico*
  - Realización de la capacitación
- *Capacitación de liderazgo de mandos medios y operativos*
  - Gestión de recursos para la capacitación
  - Convocatoria a participantes
  - Realización de la capacitación
- *Capacitación de toma de decisiones*
  - Gestión de recursos para la capacitación
  - Convocatoria a participantes
  - Realización de la capacitación

c) Subsistema de Generación de las actividades estratégicas.

- Taller filosófico.
- Taller de Análisis Interno y Externo.
- Definición de Objetivos.
- Elaboración de plan estratégico.
- Taller de elaboración del Cuadro de Mando Integral
- Elaboración de catalogo de indicadores estratégicos



### 1.1.5 Desglose de actividades en tareas.

Para realizar el desglose de actividades, es necesario establecer ciertos criterios básicos de programación:

- Se tendrá una disposición de tiempo de 2 hrs por encargado de la actividad al día (de las 8 hrs de la jornada) para realizar actividades de implantación del sistema administrativo junto con las actividades rutinarias
- Si alguna actividad termina antes de finalizar las 2 hrs diarias, el tiempo restante será utilizado para las actividades habituales.
- Se dará una holgura de 0.25 hrs por cada hora estipulada en la actividad. Las capacitaciones o talleres no tienen holgura.
- Las holguras se sumarán a la duración de las tareas
- Las capacitaciones y talleres, al estar incluidas dentro del plan de capacitaciones y planificación institucional respectivamente, se deberán realizar en jornadas completas de 8 hrs o 4 hrs por día, según lo especifique la capacitación.
- La duración real en días (calendario) de las actividades viene determinada al dividir la duración (en horas) de cada actividad entre las 2 hrs disponibles al día para implantación.
- La programación de las actividades puede no ser en forma consecutiva. Por ejemplo, se realizarán las capacitaciones del subsistema de dirección en días posteriores a la definición del Cuadro de Mando Integral
- La programación de la implantación del proyecto, está sujeta a la aprobación del Gerente de la implantación

A continuación, se presenta el desglose de las tareas (junto con su descripción y su duración) a realizar para cada una de las actividades especificadas anteriormente:

#### Actividad 1: Capacitación de Administración de Proyectos: 4 hrs. (Realizada en 1 día)

Todas las tareas que son listadas para esta actividad, serán realizadas por parte de los estudiantes del grupo de tesis, solamente la aprobación del material por parte del director del hospital. Para ésta actividad no se especificarán por lo tanto tiempos, solo para la realización de la capacitación con los principales encargados de llevar a cabo las mismas:

Programación de capacitación de Administración del proyecto.

- Convocatoria a participantes.
- Selección de local para capacitación inicial: a realizarse en sala de juntas del director del hospital.
- Adquisición de utilería y otros recursos para capacitación
- Realización de la capacitación de Administración del proyecto: a continuación se muestra el perfil de la capacitación: (4 horas)
- Holgura de actividad: 0 hrs

<b>Cuadro III-1: Capacitación Administración de Proyectos</b>	
<b>TEMA: Administración de Proyectos</b>	<b>Duración: 4 horas</b>
<b>OBJETIVOS:</b> Enseñar a administrar la implantación de proyectos al personal del HNST, para que estos puedan llevar a cabo la administración del proyecto del Sistema Administrativo.	
<b>Objetivos Específicos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer y aprender la metodología de la administración de proyectos</li> <li>• Conocer y utilizar las diferentes funciones del personal en la administración de proyectos</li> <li>• Conocer la Administración de Proyectos para la implantación del Sistema Administrativo en el HNST</li> </ul>	
<b>Participantes:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Director institucional</li> <li>• Jefes departamentos administrativos: UFI, UACI y RRHH</li> </ul> <b>Ponentes:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudiantes de ingeniería industrial en trabajo de graduación.</li> </ul>	
<b>Temática propuesta:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Teoría general de Administración de Proyectos</li> <li>• Desglose analítico de implantación de proyectos</li> <li>• Programación de actividades</li> <li>• Organización de la implantación</li> <li>• Control e indicadores</li> </ul>	
<b>Recursos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copias de la Administración del proyecto para el Sistema administrativo en HNST: 5 copias (15 hojas por copia y será un resumen que diseñará el grupo de tesis a partir de la Administración del proyecto a implantar en el HNST)</li> <li>• Hojas de generalidades de Administración de proyectos: 4 juegos (2 hojas por juego y que serán diseñadas por el grupo de tesis a partir de la información contenida en el presente estudio)</li> </ul>	
<b>Fecha tentativa de inicio de capacitación: 1 Junio 2009</b>  La fecha tentativa de inicio, se debe a la necesidad de planificar estratégicamente el rumbo hospitalario para 5 años, conforme a los planes para el ramo de salud del plan de gobierno del nuevo presidente.  Además, en este periodo se conocerá si habrán cambios de personal en la institución, en especial de aquellos q intervengan directamente en la formación del comité estratégico y de la organización de implantación del proyecto.	

Fuente: elaboración propia

*Actividad 2: Identificar los recursos necesarios para la implantación del proyecto: 4 hrs (Realizada en 2 días)*

- Determinación de actividades necesarias a realizar en la implantación del proyecto: 1.5 hrs.  
 Nota: A pesar que ya se sugieren algunas actividades de implantación en el presente estudio, se deben de someter a la aprobación de la institución e incluir aquellas nuevas provenientes de su propia planeación estratégica (ya que las que aparecen en el estudio son propuestas sujetas a cambios por parte del comité de gestión).
- Asignación de recursos a las actividades: 2 hrs.

De igual manera, se someterán a aprobación los recursos propuestos en el estudio y además se identificarán aquellos necesarios para otras actividades que surjan dentro del comité.

- Impresión de documento: 0.5 Hr  
Consiste en imprimir un documento donde se especificarán todos los recursos a utilizar en la implantación del proyecto.
- Holgura de actividad: 1 hr

Actividad 3: Elaborar programa de desembolsos y control de gastos: 8 hrs (Realizada en 4 días)

- Elaboración de Presupuesto de Administración de proyecto: 1 hr  
Con los recursos aprobados, se procederá a elaborar la cuantificación monetaria de aquellos recursos a comprar (La cual se realizará utilizando el procedimiento de libre gestión debido al bajo monto de inversión menor a 80 salarios mínimos urbanos y que no son compras planificadas a inicio de año, según lo estipulado en la ley LACAP)
- Elaborar programa de desembolsos: 4 hrs.  
En base a los recursos asignados a las actividades de implantación identificadas y presupuestadas, se elaborarán cronogramas de desembolsos monetarios para las diferentes actividades del proyecto.
- Revisión del programa de desembolsos y de formatos de control e impresión : 1 hr  
Se revisará cuales serán los desembolsos a realizar por la institución, los recursos con que ya se cuenta y que deberán ser reorientados al proyecto y luego se imprimirá un documento en que se especifique los recursos necesarios, las necesidades de compra, calendario de desembolsos y la aprobación por parte del Jefe UFI.
- Holgura de actividad: 2 hrs

Actividad 4: Gestión de Contrataciones y Adquisiciones para implantación<sup>144</sup>: 40 hrs-hombre. (Realizada en 20 días)

- Investigación de capacitadores y Negociación con capacitador para capacitación inicial: 6 hrs  
Con el techo presupuestario asignado para la capacitación inicial, se procederá a indagar en cada uno de los institutos y consultores externos que manejen la temática del cuadro de mando integral y planeación estratégica. Para así negociar los precios, fechas y tópicos a impartir, con el propósito de dejar todo pactado hasta el día de la capacitación.  
Se necesitará traslado hacia San salvador para realizar esta actividad, en donde se han considerado 2 viajes.
- Inicio de trámites de aprobación de fondos para contratación de ponente de capacitación inicial: 8 hrs
- Investigación de capacitaciones de liderazgo estratégico dentro de monto aprobado: 2 hrs.  
Se han considerado 2 viajes hacia San Salvador para realizar la actividad.

---

<sup>144</sup> Para conocer los pasos a seguir en las compras y contrataciones por medio de libre gestión, se debe remitir a Manual de Procedimientos propuesto en el diseño presente estudio y buscar documentación para procedimientos de adquisiciones y contrataciones por libre gestión.

- Inicio de trámites de aprobación de fondos para pago de capacitación de liderazgo: 8 hrs  
A pesar que la capacitación no puede ser sino hasta dentro de 2 o 3 meses, se necesita inscribir a los participantes lo antes posible en el curso ideal para no correr el riesgo de quedar sin cupo.
- Investigación de opciones de local (por medio de llamadas telefónicas, internet, etc.)y Negociación con encargado de local: 4 hrs
- Inicio de Trámites de contratación de servicios de alquiler por libre gestión: 8 hrs
- Espera de aprobación de fondos: no debe exceder los 10 días laborales para la aprobación de la contratación desde el inicio del procedimiento de acuerdo a la ley LACAP para trámites de contratación por medio de libre gestión
- Aprobación de utilización de útiles de oficina en actividades de implantación del proyecto: 4 hrs.  
Consiste en la aprobación para utilizar útiles de oficina designados a actividades diversas para ser utilizados en la implantación. Esta tarea es necesaria debido a que al principio del año no se planificó la ejecución del proyecto, pero se pueden redireccionar recursos que estaban destinados a la mejora institucional por medio de reasignaciones presupuestarias
- Holgura de actividad: 10 hrs

Actividad 5: Contratación de capacitador para capacitación inicial:

- Contrato de los servicios profesionales de capacitación del proyecto.  
La duración de esta actividad se contempla dentro de los tiempos y costos de la actividad anterior, por lo que solo tendrá asignado el desembolso monetario correspondiente al pago de la capacitación inicial; no teniendo por lo tanto tiempo de realización de la actividad ni holguras de tiempo.
- Holgura de actividad: 0 hrs

Actividad 6: Seguimiento y control de gastos: ésta actividad será llevada a cabo durante el proyecto por parte del encargado de la ejecución presupuestaria; por lo cual no involucrará recursos monetarios ni de tiempo.

Holgura de actividad: 0 hrs

Actividad 7: Programación de capacitación inicial: 8 hrs (Realizada en 4 días)

- Búsqueda y contratación de local para capacitación inicial: 5 hrs
- Calendarización de capacitación: 2 hrs
- Impresión de folletería: 1 hr  
Consiste en la impresión de las 15 programaciones para que los miembros del comité de gestión estratégica consideren dentro de su planeación mensual la asistencia a dicha capacitación.
- Holgura de actividad: 2 hr

Actividad 8: Convocatoria a miembros del comité de gestión estratégica: 2 hrs (Realizada en 1 día)

- Impresión de memorandos para la asistencia a la capacitación: 1 hr  
Se imprimirán las 15 invitaciones para cada uno de los miembros del comité de gestión estratégica, para que participen del proceso de formulación estratégica

para el HNST. Se aprovechará el mismo para sugerir la lectura de información referente al tema de la capacitación.

- Envío de memorandos: 1.0 hr
- Holgura de actividad: 0.5 hr

Actividad 9: Contratación de local para capacitación inicial:

- Contrato de los servicios de alquiler de local.  
La duración de esta actividad se contempla dentro de los tiempos y costos de la actividad 4, por lo que solo tendrá asignado el desembolso monetario correspondiente al pago del alquiler del local para la capacitación inicial; no teniendo por lo tanto tiempo de realización de la actividad ni holguras de tiempo.
- Holgura de actividad: 0 hrs

Actividad 10: Realización de la capacitación inicial: 16 hrs (Realizada en 2 días)

Las tareas y tiempos de esta actividad han sido definidas en el subsistema de planeación. La actividad consiste en asistir a recibir una capacitación concerniente a la planeación estratégica y el cuadro de mando integral, para poder lograr enfocar al hospital hacia el futuro por medio de la ejecución de estrategias. Participarán los 15 miembros del comité de gestión estratégica.

Holgura de actividad: 0 hrs

Actividad 11: Taller filosófico: 8 hrs (Realizada en 1 día)

Las tareas y tiempos de esta actividad han sido definidas en el subsistema de planeación. En ella se realiza la formulación de la misión, visión y valores institucionales para el HNST y es realizada por cada uno de los 15 miembros del comité de gestión estratégica.

Holgura de actividad: 0 hrs

Actividad 12: Taller de Análisis Interno y Externo: 8 hrs (Realizada en 1 día)

Las tareas y tiempos de esta actividad han sido definidas en el subsistema de planeación. Consiste en realizar un diagnóstico sobre las características propias de la institución y de cómo aprovechar o contrarrestar los efectos de la economía, la política, el medio ambiente, etc. en la atención de salud a la población de La Paz.

Holgura de actividad: 0 hrs

Actividad 13: Definición de Objetivos: 2 hrs (Realizada en 1 día)

Las tareas y tiempos de esta actividad han sido definidas en el subsistema de planeación. En base a la misión y visión, se trazarán líneas de accionar institucional que logren aprovechar o contrarrestar la influencia del entorno del hospital utilizando sus recursos actuales y futuros.

Holgura de actividad: 0.5 hr

Actividad 14: Elaboración, revisión y aprobación del plan estratégico: 16 hrs (Realizada en 2 días)

Las tareas y tiempos de esta actividad han sido definidas en el subsistema de planeación. Consiste en la elaboración de estrategias para la utilización de los recursos hospitalarios en

torno a los clientes, procesos, finanzas e infraestructura y personal. Las cuales serán oficializadas en el plan estratégico.

Holgura de actividad: 4 hr

Actividad 15: Taller de elaboración del Cuadro de Mando Integral: 8 hrs (Realizada en 1 día)

Las tareas y tiempos de esta actividad han sido definidas en el subsistema de control. En torno a las estrategias ya definidas, se diseñarán mecanismos de control para verificar el cumplimiento de las mismas y al mismo tiempo las acciones correctivas o preventivas a realizar según el escenario que se presente.

Holgura de actividad: 0 hrs

Actividad 16: Elaboración de catalogo de indicadores estratégicos: 4 hrs (Realizada en 2 días)

Las tareas y tiempos de esta actividad han sido definidas en el subsistema de control. Consiste en la documentación de los indicadores para el control de las estrategias.

Holgura de actividad: 1 hr

Actividad 17: Capacitación de liderazgo estratégico: 24 hrs (Realizada en 3 días)

Las tareas y tiempos de esta actividad han sido definidas en el subsistema de dirección. Consiste en preparar al personal del comité estratégico para ejercer su autoridad y características personales en función de la consecución de las estrategias, el crecimiento personal y grupal y la satisfacción de los clientes internos y externos.

Holgura de actividad: 0 hrs

Actividad 18: Capacitación de liderazgo de mandos medios y operativos: 4 hrs (Realizada en 1 día)

Las tareas y tiempos de esta actividad han sido definidas en el subsistema de dirección. Consiste en preparar al personal para ejercer su autoridad y características personales en función de la consecución de las estrategias, el crecimiento personal y grupal y la satisfacción de los clientes internos y externos.

Holgura de actividad: 0 hrs

Actividad 19: Capacitación de toma de decisiones: 4 hrs (Realizada en 1 día)

Las tareas y tiempos de esta actividad han sido definidas en el subsistema de dirección. Consiste en preparar al personal para reaccionar de forma asertiva cuando no se este cumpliendo lo planeado, por medio del aprendizaje de herramientas y procedimientos que facilitarán conocer el problema y tratarlo de mejor manera a fin conseguir los resultados buscados o inclusive aprovechar las oportunidades de mejora.

Holgura de actividad: 0 hrs

Nota:

- Al finalizar la actividad 14, el subsistema de planeación se encontraría completamente implantado; al finalizar la actividad 16, el subsistema de control se encontraría completamente implantado; al finalizar la actividad 19, el subsistema de dirección se encontraría completamente implantado.

- Al finalizar las 19 actividades, el proyecto Sistema Administrativo bajo enfoque estratégico, quedará completamente implantado y listo para realizar las actividades estratégicas con las que se espera obtener todos los beneficios especificados en el diseño del estudio.

Para la realización de cada una de estas actividades es necesario especificar el monto total y tiempo necesarios, por lo que en el siguiente apartado se muestran dichos recursos.

### 1.1.6 Actividades y Recursos Necesarios para la implantación.

Cuadro III-2: Actividades de implantación y recursos necesarios.			
No	Actividad	Costo <sup>145</sup> (\$)	Responsables
1	Capacitación de Administración del proyecto.	\$154.75	Grupo de trabajo de tesis
2	Identificar los recursos necesarios para la implantación del proyecto	\$511.56	Gerente de implantación
3	Elaborar programa de desembolsos y control de gastos.	\$62.60	Jefe UFI
4	Gestión de Contrataciones y Adquisiciones para implantación	\$402.08 <sup>146</sup>	Dirección, Jefe UFI
5	Contratación de capacitador para capacitación inicial	\$2625.002	Jefe RRHH, Dirección, Jefe UACI
6	Seguimiento y control de gastos	-	JEFE UFI
7	Programación de capacitación inicial.	\$61.80	JEFE RRHH
8	Convocatoria a miembros del comité de gestión estratégica.	\$32.12	Dirección
9	Contratación de local para capacitación inicial.	\$1282	Jefe UACI
10	Realización de la capacitación inicial.	\$2034.24	Capacitador
11	Taller filosófico.	\$1153,13	Gerente de implantación
12	Taller de Análisis Interno y Externo.	\$1145,07	Gerente de implantación
13	Definición de Objetivos.	\$255,18	Gerente de implantación
14	Elaboración del plan estratégico	\$813.59	Gerente de implantación
15	Taller de elaboración del Cuadro de Mando Integral	\$1,089.32	Gerente de implantación
16	Elaboración de catalogo de indicadores estratégicos	\$61.57	Secretaria de la dirección
17	Capacitación de liderazgo estratégico	\$1,099.84	JEFE RRHH

<sup>145</sup>El detalle de los costos de implantación se presentan en el capítulo siguiente e Incluyen el recurso horas hombre empleado en cada actividad.

<sup>146</sup> Los costos corresponden a 40 horas de salario del personal asignado a ésta actividad.

Cuadro III-2: Actividades de implantación y recursos necesarios.			
No	Actividad	Costo <sup>145</sup> (\$)	Responsables
18	Capacitación de liderazgo de mandos medios y operativos	\$346.25	JEFE RRHH
19	Capacitación de toma de decisiones	\$371.61	JEFE RRHH

Fuente: Elaboración Propia

### 1.1.7 Programación de actividades de implantación.

Cuadro III-3: Programación de actividades de implantación.					
No	Actividad	Duración esperada (horas)	Holgura (horas) <sup>147</sup>	Días calendario <sup>148</sup>	Dependencia
1	Capacitación de Administración del proyecto.	4 hrs.	0	1	-
2	Identificar los recursos necesarios para la implantación del proyecto	4 hrs.	1 hr.	3	1
3	Elaborar programa de desembolsos y control de gastos.	8 hrs.	2 hrs.	5	2
4	Gestión de Contrataciones y Adquisiciones para implantación	40 hrs.	10 hrs.	25	3
5	Contratación de capacitador para capacitación inicial	-	0	-	4
6	Seguimiento y control de gastos	Se realiza durante toda la implantación, según necesidades.			-
7	Programación de capacitación inicial.	8 hrs.	2 hrs.	5	4,5
8	Convocatoria a miembros del comité de gestión estratégica.	2 hrs.	0.5 hr.	1	7
9	Contratación de local para capacitación inicial.	-	0	-	4,7
10	Realización de la capacitación inicial.	16 hrs.	0	2	8,9
11	Taller filosófico.	8 hrs.	0	1	10
12	Taller de Análisis Interno y Externo.	8 hrs.	0	1	11
13	Definición de Objetivos.	2 hrs.	0.5 hrs.	1	12

<sup>147</sup> Las capacitaciones y talleres serán realizados en jornadas de cuatro u ocho horas por día y no poseen holgura.

<sup>148</sup> La duración real en días (calendario) de las actividades viene determinada al dividir la duración (en horas) de cada actividad entre las 2 hrs al día disponibles por el personal para las actividades de implantación. Es necesario aclarar que las duraciones expresadas en día-calendario toman en cuenta la holgura de cada actividad.

Nota: Los tiempos de las actividades 5 y 9 son tomados en cuenta en la actividad 4.



Cuadro III-3: Programación de actividades de implantación.					
No	Actividad	Duración esperada (horas)	Holgura (horas) <sup>147</sup>	Días calendario <sup>148</sup>	Dependencia
14	Elaboración del plan estratégico	16 hrs.	4 hrs.	3	13
15	Taller de elaboración del Cuadro de Mando Integral	8 hrs.	0	1	14
16	Elaboración de catálogo de indicadores estratégicos	4 hrs.	1 hr.	3	15
17	Capacitación de liderazgo estratégico	24 hrs.	0	3	5,16
18	Capacitación de liderazgo de mandos medios y operativos	4 hrs.	0	1	17
19	Capacitación de toma de decisiones	4 hrs.	0	1	18

Fuente: Elaboración Propia

Nota: \* Depende de la aprobación por libre gestión.

Imagen III-3: Programación de actividades de implantación.

Id.	Actividad	Comienzo	Fin	Duración	jun 2009				jul 2009				ago 2009				sep 2009				oct 2009				nov 2009			
					31/5	7/6	14/6	21/6	28/6	5/7	12/7	19/7	26/7	2/8	9/8	16/8	23/8	30/8	6/9	13/9	20/9	27/9	4/10	11/10	18/10	25/10	1/11	8/11
1	Actividad 1	01/06/2009	01/06/2009	1d																								
2	Actividad 2	02/06/2009	04/06/2009	3d	■																							
3	Actividad 3	08/06/2009	12/06/2009	5d	■																							
4	Actividad 4	15/06/2009	17/07/2009	25d	■																							
5	Actividad 5	20/07/2009	20/07/2009	0d	◇																							
6	Actividad 6	01/06/2009	13/11/2009	120d	ACTIVIDAD REALIZADA DURANTE TODA LA IMPLANTACION. CUANDO FUERE NECESARIO																							
7	Actividad 7	21/07/2009	27/07/2009	5d	■																							
8	Actividad 8	28/07/2009	28/07/2009	1d																								
9	Actividad 9	29/07/2009	29/07/2009	0d	◇																							
10	Actividad 10	30/07/2009	31/07/2009	2d	■																							
11	Actividad 11	03/08/2009	03/08/2009	1d																								
12	Actividad 12	04/08/2009	04/08/2009	1d																								
13	Actividad 13	05/08/2009	05/08/2009	1d																								
14	Actividad 14	06/08/2009	10/08/2009	3d	■																							
15	Actividad 15	11/08/2009	11/08/2009	1d																								
16	Actividad 16	12/08/2009	14/08/2009	3d	■																							
17	Actividad 17	16/09/2009	18/09/2009	3d	■																							
18	Actividad 18	13/10/2009	13/10/2009	1d																								
19	Actividad 19	13/11/2009	13/11/2009	1d																								

Fuente: Elaboración Propia

Duración total: 165 días calendario.

### 1.1.8 Políticas para la implantación.

- Se llevará un control de las erogaciones durante toda la implantación.
- Las reprogramaciones extra de dinero deberán ser autorizadas por el jefe UFI y la dirección del hospital.
- Las reprogramaciones de tiempo y dinero deben justificarse
- Las actividades de capacitación serán parte de las capacitaciones anuales a las que tienen derecho los jefes del hospital.
- Otras que sean definidas por el comité de gestión.

## **1.2 ORGANIZACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN.**

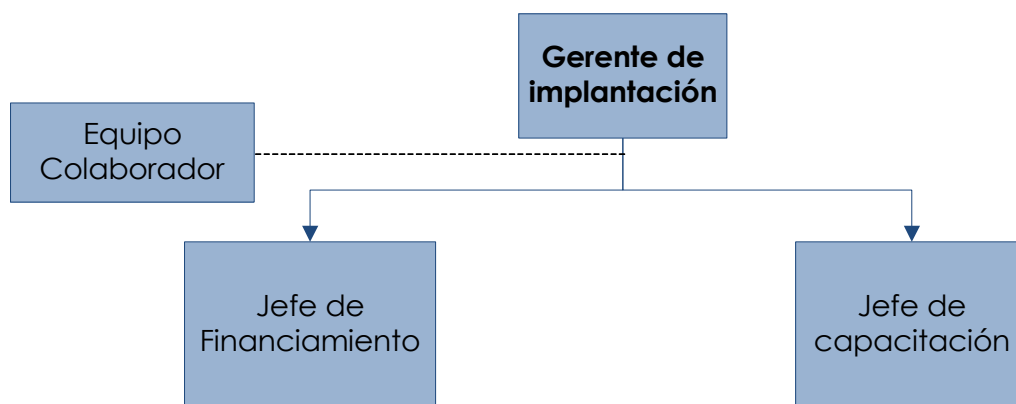
### 1.2.1 Estructura organizativa de la implantación.

Para la realización de la fase de implantación del proyecto de mejoramiento al sistema administrativo del Hospital Nacional Santa Teresa, será necesario definir una estructura organizativa temporal (hasta que se finalice la implantación) que esté a cargo de la ejecución de cada una de las actividades de implantación del sistema administrativo.

Recayendo esta responsabilidad en los miembros del comité estratégico (y otro personal que se especifique), en conjunto con el equipo de trabajo de graduación como colaborador, se tendrá esta organización trabajando en forma simultánea con el comité de gestión y de donde saldrán estas personas.

A continuación se define el equipo responsable de implantar las mejoras al sistema administrativo en el Hospital Nacional Santa Teresa.

Imagen III-4: Estructura organizativa para la implantación.



Fuente: Elaboración Propia

## 1.2.2 Perfiles de puestos

A continuación se establecen los requisitos mínimos que deben de tener las personas encargadas de llevar a cabo la implantación del proyecto. Los cargos descritos corresponden al organigrama de la implantación y a pesar que ya se tienen las personas idóneas, es necesario que en caso ya no siguieran estos empleados con la institución por posibles cambios políticos, se busquen dentro del nosocomio personas que logren satisfacer de mejor manera el perfil.

Cuadro III-4: Perfiles de puestos en la organización de la implantación		
Cargo	Requisitos	
Gerente de implantación	<p><u>Graduado Universitario de Carrera:</u> Ingeniero (a) Industrial o Carreras Afines. Maestría deseable.</p> <p><u>Experiencia mínima:</u> 2 años en administración de proyectos de inversión pública.</p> <p><u>Sexo:</u> Masculino o Femenino.</p> <p><u>Conocimientos:</u> manejo de paquetes de Office y de administración de proyectos.</p> <p><u>Edad:</u> mayor de 35 años.</p> <p><u>Tiempo de trabajo en el nosocomio:</u> 2 años</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Conocimientos de reglamento general de hospitales, ley de salud, AFI, LACAP y del servicio civil.</li> <li>-Haber formado parte del comité estratégico durante 2 años</li> <li>-Buenas relaciones interpersonales.</li> <li>-Liderazgo e iniciativa para la toma de decisiones.</li> <li>-Disponibilidad a trabajar horarios flexibles</li> <li>-Dispuesto a trabajar bajo presión</li> <li>-Puntual, ordenado y con buena presentación.</li> <li>-Vivir en el departamento de La Paz y/o los alrededores.</li> <li>-Elocuencia al hablar.</li> </ul>
Jefe de capacitación	<p><u>Graduado Universitario de Carrera:</u> Psicólogo, Ingeniero (a) Industrial o Carreras Afines.</p> <p><u>Experiencia mínima:</u> 1 año en administración de proyectos de inversión pública.</p> <p><u>Sexo:</u> Masculino o Femenino.</p> <p><u>Conocimientos:</u> capacitación de personal, manejo de paquetes de Office y de programación de proyectos.</p> <p><u>Edad:</u> mayor de 25 años.</p> <p><u>Tiempo de trabajo en el nosocomio:</u> 1 año</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Conocimientos de ley AFI, LACAP y del servicio civil.</li> <li>-Buenas relaciones interpersonales.</li> <li>-Liderazgo e iniciativa para la toma de decisiones.</li> <li>-Disponibilidad a trabajar horarios flexibles</li> <li>-Dispuesto a trabajar bajo presión</li> <li>-Puntual, ordenado y con buena presentación.</li> <li>-Vivir en el departamento de La Paz y/o los alrededores.</li> <li>-Elocuencia al hablar</li> </ul>
Jefe Financiero	<p><u>Graduado Universitario de Carrera:</u> Economista, Administrador de Empresas, Ingeniero (a) Industrial o Carreras Afines.</p> <p><u>Experiencia mínima:</u> de 1 año en administración de proyectos de inversión pública.</p> <p><u>Sexo:</u> Masculino o Femenino.</p> <p><u>Conocimientos:</u> conocimientos de contabilidad gubernamental, manejo de paquetes de Office y de</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Conocimientos de ley LACAP</li> <li>-Buenas relaciones interpersonales.</li> <li>-Liderazgo e iniciativa para la toma de decisiones.</li> <li>-Disponibilidad a trabajar horarios flexibles</li> <li>-Dispuesto a trabajar bajo presión</li> <li>-Puntual, ordenado y con buena presentación.</li> <li>-Vivir en el departamento de La Paz y/o</li> </ul>

Cuadro III-4: Perfiles de puestos en la organización de la implantación		
Cargo	Requisitos	
	programación de proyectos. <u>Edad:</u> mayor de 30 años. <u>Tiempo de trabajo en el nosocomio:</u> 1 año	los alrededores. -Elocuencia al hablar.

Fuente: elaboración propia

### 1.2.3 Nomina de personas clave en la implantación y funciones.

A continuación se presenta la nomina de personas clave dentro del comité estratégico y que dirigirá la implantación del proyecto, en donde ya se han designado personas a ciertos cargos según cumplan los requisitos previamente establecidos.

Cuadro III-5: Nomina de personas clave en la implantación.		
Nombre	Cargo	Funciones en la implantación.
Dr. Boanerges Valencia	Director Hospitalario/ Gerente de implantación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Velar por la adecuada implantación del proyecto de mejoramiento al sistema administrativo.</li> <li>• Toma de decisiones con respecto al curso del proyecto, inversiones, contrataciones, etc.</li> <li>• Asigna responsables y establece las líneas de autoridad</li> <li>• Gestionar fondos para el proyecto.</li> <li>• Aprobar los desembolsos para el proyecto.</li> <li>• Controlar y moderar los talleres filosóficos, de objetivos y de elaboración de plan estratégico.</li> <li>• Presentar informes de eficiencia en la programación de la implantación al comité de gestión estratégica.</li> <li>• Negociación directa con capacitadores.</li> <li>• Autoriza cláusulas de contratos de personal, servicios y compras.</li> <li>• Aprueba los controles para la evaluación del proyecto</li> <li>• Efectúa la retroalimentación a subordinados.</li> <li>• Encargado de la implantación del subsistema de control</li> <li>• Ajusta la planificación de la implantación del proyecto de acuerdo a los resultados obtenidos de los controles aplicados.</li> <li>• Revisa y hace ajustes a los reportes presentados por sus subordinados.</li> </ul>
Lic. Reina Isabel Coca Ramírez	Jefe UFI/Jefe Financiero	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestionar fondos para el proyecto.</li> <li>• Aprobar los desembolsos para el proyecto.</li> <li>• Asignar recursos financieros a las diferentes actividades.</li> <li>• Controlar y dar seguimiento a los desembolsos.</li> <li>• Presentar informe de eficiencia de la ejecución presupuestaria.</li> </ul>
Lic. Manuel Turcios.	Jefe RRHH/Jefe de capacitaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinación de insumos para los diversos talleres y capacitaciones</li> <li>• Aprueba la calendarización de desembolsos y remite a superiores</li> <li>• Programación de la capacitación inicial, implantación del subsistema de dirección y control.</li> </ul>

Cuadro III-5: Nomina de personas clave en la implantación.		
Nombre	Cargo	Funciones en la implantación.
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevistar y sugerir la contratación del capacitador.</li> <li>• Presentar informe de capacitación inicial.</li> <li>• Proveer a la implantación del proyecto de la papelería y demás recursos utilitarios necesarios.</li> <li>• Entrevista y sugiere la contratación de los servicios de profesionales que se requieran.</li> <li>• Ejecutar acciones de promoción y divulgación del proyecto.</li> <li>• Evaluación de casos de permisos y autorización de los mismos.</li> </ul>
Lic. Teresa Romero.	Jefe UACI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contactar y evaluar a los proveedores y capacitador.</li> <li>• Realizar las diferentes adquisiciones y contrataciones necesarias para la implantación del proyecto.</li> <li>• Proveer al proyecto de todos los insumos materiales necesarios para la implantación.</li> <li>• Presentar informe de adquisiciones.</li> </ul>
Jefes de las diferentes divisiones miembros del comité.	Comité de Gestión.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar, revisar y aprobar el Plan Estratégico Institucional.</li> <li>• Formulación de otras políticas para la implantación.</li> <li>• Dar a conocer a las unidades subordinadas el plan estratégico.</li> </ul>

Fuente: elaboración propia

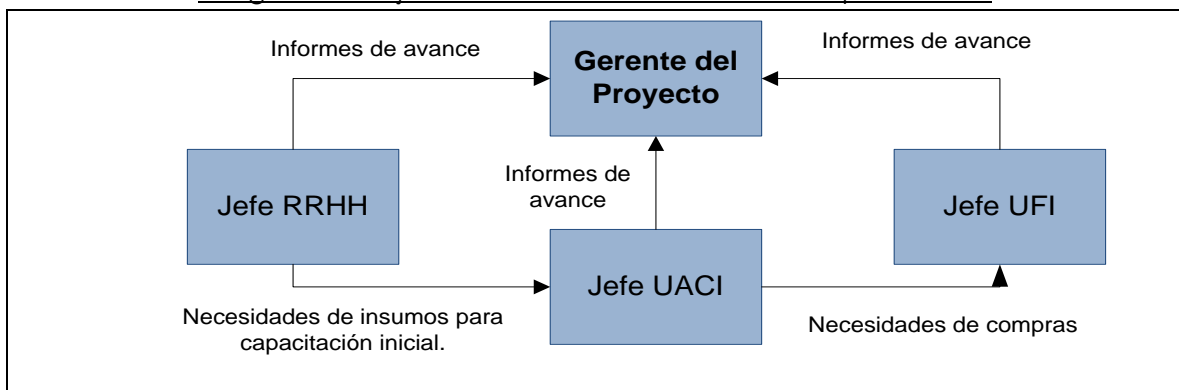
### **1.3 CONTROL DE LA IMPLANTACIÓN.**

#### **1.3.1 Flujo de información.**

La información que fluirá en el proyecto se referirá a compras, tiempos, desembolsos y la participación del recurso humano en las diferentes actividades.

El flujo de Información de la fase de implantación debe darse de la siguiente manera:

Imagen III-5: Flujo de información de la fase de implantación.



Fuente: Elaboración Propia

### 1.3.2 Indicadores de la fase de implantación.

Para un adecuado control de la implantación del proyecto es necesaria la utilización de indicadores que midan la efectividad de las diferentes actividades. A continuación se presentan dicha información.

<b>Cuadro III-6: Ficha del Indicador de eficacia en los tiempos de cada actividad.</b>	
<b>NOMBRE DEL INDICADOR:</b> Eficacia en los tiempos de cada actividad.	<b>ENCARGADO:</b> Encargados de las actividades de la implantación
<b>OBJETIVO:</b> Monitorea las variaciones de tiempo real en las actividades realizadas respecto al tiempo programado	
<b>METODOLOGÍA:</b> Se calcula mediante la razón de los tiempos programados de realización de las actividades y los tiempos reales.	
<b>UNIDAD:</b> %	<b>FRECUENCIA:</b> Quincenalmente.
<b>FORMULA:</b> $ETA: (TP/TR)*100\%$ Donde: TR: Tiempo real, es el tiempo en el cual se están ejecutando realmente las actividades. TP: Tiempo programado, es el establecido previamente en la programación de las actividades. ETA: Eficacia en los tiempos de cada actividad	
<b>RANGO DE VARIACIÓN ACEPTABLE:</b> $90\% \leq ETA \leq 110\%$	
<b>INTERPRETACIÓN:</b> Cuando el valor del indicador aumenta debe entenderse que se está teniendo un buen uso de los tiempos de la actividad; es decir que se está siendo muy efectivo en el cumplimiento de los tiempos. Cuando el indicador disminuye su valor debe entenderse que se está teniendo un inadecuado manejo de los tiempos asignados.	
<b>LINEAMIENTOS A CONSIDERAR:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si el indicador se encuentra dentro del rango de variación aceptable, bastará con prestar un poco más de atención a las fluctuaciones para tratar de nivelar el proyecto con el tiempo que se había programado es decir <math>ETA=100\%</math>.</li> <li>• Si el indicador <math>ETA &gt; 110\%</math>, debe de revisarse si el avance no está afectando los requerimientos del proyecto y las actividades posteriores, para establecer acciones correctivas.</li> <li>• Si el indicador <math>ETA &lt; 90\%</math>, significa que el proyecto está sufriendo retrasos y que hay peligro de afectar actividades y con ello retrasar el proyecto.</li> </ul>	

Fuente: Elaboración Propia

<b>Cuadro III-7: Ficha del Indicador de eficacia en la ejecución presupuestaria del proyecto.</b>	
<b>NOMBRE DEL INDICADOR:</b> Eficacia en la Ejecución Presupuestaria del proyecto.	<b>ENCARGADO:</b> Jefe Financiero
<b>OBJETIVO:</b> Monitorea como se administra el recurso financiero asignado a cada actividad, es decir, permite conocer si los gastos están sucediendo conforme a lo planeado	
<b>METODOLOGÍA:</b> Se determina a través de la relación entre el gasto programado y el gasto real para cada actividad.	
<b>UNIDAD:</b> %	<b>FRECUENCIA:</b> Al finalizar cada actividad.
<b>FORMULA:</b> $EEP: (GR/GP)*100\%$ Donde: GR: Gasto real, refleja los gastos incurridos en cada actividad. GP: Gasto programado, indica el monto que se había programado previamente para cada actividad. EEP: Eficacia en la ejecución Presupuestaria	
<b>RANGO DE VARIACIÓN ACEPTABLE:</b> $90\% \leq EEP \leq 105\%$	
<b>INTERPRETACIÓN:</b> Si el indicador aumenta por encima de 100% significa que se está dando un mal manejo al recurso económico del proyecto ya que los gastos reales están excediendo los programados; en caso contrario se puede decir que se está cumpliendo con lo planeado y/o superando las expectativas.	
<b>LINEAMIENTOS A CONSIDERAR:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si el indicador se posiciona dentro del rango de variación aceptable, debe ponerse especial atención a las fluctuaciones para tratar de nivelar el proyecto a 100%.</li> <li>• Si el indicador <math>EEP &gt; 105\%</math>, deben verificarse las razones por las que los gastos están siendo superiores a los programados, además de tratar de tener ahorros en algunas actividades posteriores, para que el presupuesto alcance para el proyecto completo.</li> <li>• Si el indicador <math>EEP &lt; 90\%</math>, quiere decir que se está gastando menos de lo programado, esto podría ser positivo ya que representa más capital para el proyecto, sin embargo debe analizarse a que se debe esta disparidad con lo programado ya que podría significar una mala planeación o que se está sacrificando la calidad por los costos, entre otras.</li> </ul>	

Fuente: Elaboración Propia



Cuadro III-8: Ficha del Indicador de efectividad en la programación de la implantación.	
<b>NOMBRE DEL INDICADOR:</b> Efectividad en la programación de la implantación.	<b>ENCARGADO:</b> Gerente de la implantación
<b>OBJETIVO:</b> Este indicador permite conocer el grado en que el proyecto ha sufrido desviaciones respecto a la planificación inicial y de esta manera decidir que cursos de acción tomar para garantizar que la implantación se realice según lo previsto.	
<b>METODOLOGÍA:</b> Se calcula comparando las actividades previamente planificadas, contra aquellas que no han sido programadas pero que surgieron en la ejecución del proyecto.	
<b>UNIDAD:</b> %	<b>FRECUENCIA:</b> Mensualmente.
<b>FORMULA:</b> $EPI: (ANPR/APR)*100\%$ Donde: EPI: Efectividad en La programación de La implantación. APR: Actividades programadas realizadas para la implantación ANPR: Actividades programadas realizadas para la implantación + Actividades no programadas realizadas.	
<b>ESTÁNDAR ESPERADO:</b> DP = 100%	
<b>INTERPRETACIÓN:</b> Si el indicador EPI es mayor al 100%, se está teniendo un alto desvío con lo planificado, por lo que es necesario indagar el porqué de dichas actividades extras.	

Fuente: Elaboración Propia

### 1.3.3 Informes.

A continuación se presenta un diseño genérico del contenido del informe de indicadores del proyecto que cada jefe responsable entregará al gerente del proyecto según la periodicidad especificada anteriormente.

a) Carátula.

b) Presentación

c) Contenido:

- Indicadores.

Actividad	Indicador	Interpretación

- Análisis de resultados.

d) Conclusiones y Recomendaciones.

## **CAPÍTULO 2 :**

# **COSTEO DEL PROYECTO**

---

## 1. SISTEMA DE COSTEO.

---

### 1.1 GENERALIDADES

El objetivo del sistema de contabilidad de costos o sistema de costeo es acumular los costos del proyecto. La información del costo será usada por los analistas para establecer la viabilidad de la propuesta. Por otra parte, el sistema de costeo permitirá mejorar el control proporcionando información sobre los costos incurridos por cada actividad del proyecto.

Existen una gran diversidad de sistemas de costeo utilizados en la actualidad, sin embargo es necesario escoger aquel que se apegue mejor a nuestras necesidades; para ello se detallan algunas de las principales características, ventajas y desventajas que presentan algunos de los sistemas de costeo más comunes, a fin de elegir el más adecuado. Entre estos están:

<b>Cuadro III-9: Sistemas de costeo comúnmente utilizados.</b>	
<b>SISTEMA DE COSTEO POR ÓRDENES DE TRABAJO</b>	
<b>Características</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Acumula los costos por lote u orden de trabajo; siendo el objeto de costos un grupo o lote de productos homogéneos o iguales, con las características que el cliente desea.</li><li>• Producción bajo pedidos específicos.</li><li>• No se produce normalmente el mismo artículo.</li><li>• Se utiliza cuando el tiempo requerido para fabricar una unidad de producto es relativamente largo y cuando el precio de venta depende estrechamente del costo de producción.</li><li>• Puede adoptarse cuando se puede identificar claramente cada trabajo a lo largo de todo el proceso desde que se emite la orden de fabricación hasta que concluye la producción.</li></ul>
<b>Ventajas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Posibilidad de localizar los trabajos lucrativos y los que no lo son.</li><li>• Uso de los costos como base para presupuestar trabajos o producción en el futuro.</li><li>• Uso de los costos como base para controlar la eficiencia en las operaciones. Esto se hace ordinariamente comparando los costos reales con las estimaciones o presupuestos previos, cuando los precios se cotizan al cliente con anticipación.</li></ul>
<b>Desventajas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cuando los CIF reales se asignan a los productos fabricados, los costos indirectos por unidad pueden fluctuar en un período corto de hasta quince días por las siguientes razones:</li><li>• Variación de la eficiencia con que se emplean los factores de los CIF, ejemplo en un período dado puede emplearse una cantidad excesiva de suministros o mano de obra indirecta debido a una supervisión más eficiente.</li><li>• Variación de los niveles de actividad de la fábrica, los costos por unidad aumentan o disminuyen como consecuencia de las fluctuaciones de la producción.</li><li>• La existencia de los costos extraordinarios causados por actividades desarrolladas durante el proceso. Ejemplo, reparaciones excesivas de maquinaria o fábrica.</li></ul>

<b>SISTEMA DE COSTEO POR PROCESOS</b>	
<b>Características</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los costos son acumulados para cada departamento o proceso en la fábrica.</li> <li>• Producción continua y homogénea</li> </ul>
<b>Ventajas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Costos unitarios uniformes, calculados al finalizar el período.</li> <li>• El cierre de período de costos no implica la suspensión o terminación de la producción, la misma prosigue por sus etapas.</li> </ul>
<b>Desventajas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Costos promedios.</li> <li>• Cuando dos o más procesos se ejecutan en un departamento, puede ser conveniente dividir la unidad departamental en centros de costos.</li> </ul>
<b>SISTEMA DE COSTEO ABSORBENTE</b>	
<b>Características</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A las unidades de costo, le son asignados tanto los costos fijos como los variables.</li> <li>• Los Costos Fijos son distribuidos entre las unidades producidas llevándose a resultados únicamente el Costo Fijo de las unidades vendidas; el Costo Fijo de las unidades no vendidas permanecen en inventarios.</li> </ul>
<b>Ventajas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La valuación de los inventarios de producción en proceso y de producción terminada es superior al de costeo directo.</li> <li>• La fijación de los precios se determina con base a costos de producción y costos de operación fijos y variables. El costeo absorbente o tradicional es universal o sea utilizable en todos los casos.</li> <li>• Es el sistema aceptado por la profesión contable y el fisco.</li> </ul>
<b>Desventajas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los registros contables al integrar costos fijos y costos variables, dificulta el establecimiento de la combinación óptima de costo-volumen-utilidad.</li> <li>• Dificulta el suministro de presupuestos confiables de costos fijos y costos variables.</li> </ul>
<b>SISTEMA DE COSTEO BASADO EN ACTIVIDADES (ABC)</b>	
<b>Características</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se basa en el principio de que la actividad, es la causa que determina la incurrencia en costos y de que los productos o servicios consumen actividades.</li> <li>• Esta orientado al control de la gestión.</li> <li>• Conviene aplicar este tipo de costeo cuando: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los costes indirectos configuran una parte importante de los costos totales.</li> <li>- Existe una gran variedad de procesos de producción, en las que además, los volúmenes de producción varían sensiblemente.</li> <li>- Existe un nivel alto de coincidencia de procesos o actividades entre los productos.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Ventajas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ofrece la forma más rápida, eficaz y económica de reducir los costos, porque se obtiene suficiente información para comprender cuáles son los verdaderos inductores de los costos y actuar sobre éstos.</li> <li>• Puede utilizarse en cualquier tipo de empresa u organización de producción o servicios.</li> <li>• El análisis de inductores de costos facilita una nueva perspectiva para el examen del comportamiento de los costos y el análisis posterior que se requiere a efectos de planificación y presupuestos.</li> <li>• Permite relacionar los costos con sus causas, lo cual es de gran ayuda para gestionar mejor los costos.</li> </ul>
<b>Desventajas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La selección de los inductores de costos puede ser un proceso difícil y complejo.</li> <li>• Determinados costos indirectos de administración, comercialización y dirección son de difícil imputación a las actividades.</li> <li>• Abandona el análisis de costos por áreas de responsabilidad.</li> <li>• Se basa en información histórica.</li> </ul>

SISTEMA DE COSTEO VARIABLE (O DIRECTO)	
<b>Características</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considera y acumula sólo los costos variables como parte de los costos de los productos elaborados, por cuanto los costos fijos sólo representan la capacidad para producir y vender independientemente que se fabrique.</li> <li>• Sólo incluye el gasto indirecto de producción variable en el costo de producción.</li> <li>• Sólo incluye el gasto indirecto de producción variable en el costo de producción</li> </ul>
<b>Ventajas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No existen fluctuaciones en el Costo Unitario.</li> <li>• Puede ser útil en toma de decisiones, elección de alternativas, planeación de utilidades a corto plazo.</li> <li>• Permite comparación de unidades y valores.</li> <li>• Se facilita la obtención del Punto de Equilibrio, pues los datos contables proporcionan los elementos.</li> <li>• Se aprecia claramente la relación entre las utilidades y los principales factores que las afectan como volumen, costos, combinación de productos.</li> </ul>
<b>Desventajas</b>	<p>Resulta ser un "Costo Incompleto" por lo tanto, las repercusiones son múltiples, entre las que destacan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La valuación de los inventarios es inferior a la tradicional, igualmente respecto a la utilidad y a la pérdida, donde la primera es menor y la segunda mayor.</li> <li>• Viola el Principio de Contabilidad del "Periodo Contable", ya que no refleja los Costos Fijos al nivel de producción realizado en un lapso determinado; ni su costo de producción de lo vendido es correcto e igualmente la utilidad o pérdida.</li> <li>• Resultados en negocios estacionales son engañosos. En tiempo de bajas ventas los costos fijos. se traducen en pérdida y en meses de ventas altas existe una desproporcionada utilidad.</li> <li>• El precio se determina con Costos de Fabricación, de Distribución, Administración y Financieros Variables, cuestión falsa.</li> <li>• No es precisa la separación de los Costos en Fijos y Variables</li> <li>• No es aplicable empresas con gran diversidad de productos.</li> </ul>

Fuente: Elaboración Propia

## **1.2 SELECCIÓN DEL SISTEMA DE COSTEO**

Con base en las características y ventajas ofrecidas por los diferentes sistemas de costeo presentados anteriormente, se seleccionó el sistema de costeo por actividades (ABC) como el más idóneo por las siguientes razones:

- Se trata de un sistema de costeo orientado al control de la gestión.
- Puede utilizarse en cualquier tipo de empresa u organización de producción o servicios.
- A diferencia de los sistemas tradicionales de costos que basan el proceso del "costeo" en el producto, porque se presupone que cada elemento del producto consume los recursos en proporción al volumen producido. El costeo por actividades asigna los costos basado en las actividades o número de acontecimientos o transacciones que ocurren durante todo el proceso de desarrollo del producto o servicio. Y dado que este no se trata de un proyecto de fabricación, no estamos hablando de productos sino más bien de actividades que generan valor a un producto único (un sistema administrativo).
- Facilita la clasificación de los costos; puesto que la propuesta administrativa ya ha sido dividida en actividades para las cuales se establecieron una serie de recursos necesarios para su realización. Es decir, existe un nivel alto de coincidencia de entre los procesos definidos para el desarrollo de las propuestas y las actividades o centros de costo.
- Necesidad de conocer montos de costos e inversión, así como beneficios económicos, etc. por actividades del proyecto.
- Actividades a realizar son mutuamente excluyentes como partes del proyecto: (Administración del proyecto y las 4 fases del proceso administrativo)

### **1.2.1 GENERALIDADES DEL SISTEMA DE COSTEO ABC<sup>149</sup>**

En los últimos años y con bastante aceptación, se ha tenido en cuenta un nuevo método para la definición de los costos de los productos y servicios, el cual se basa en la cuantificación de las actividades productivas, operativas y administrativas necesarias en la elaboración y venta de los mismos, representando por ello una alternativa aplicable a operaciones no solamente productivas sino de índole administrativa o de apoyo.

El ABC (siglas en inglés de "Activity Based Costing" o "Costeo Basado en Actividades") se desarrolló a mediados de la década de los 80, por Cooper Robin y Kaplan Robert, como herramienta práctica para resolver un problema que se le presenta a la mayoría de las empresas actuales. Los sistemas de contabilidad de costos tradicionales se desarrollaron principalmente para cumplir la función de valoración de inventarios (para satisfacer las normas de "objetividad, verificabilidad y materialidad"), para incidencias externas tales como acreedores e inversionistas. Sin embargo, estos sistemas tradicionales tienen muchos defectos, especialmente cuando se les utiliza con fines de gestión interna.

Los sistemas tradicionales de costos basan el proceso del "costeo" en el producto. Los costos se remiten al producto porque se presupone que cada elemento del producto consume los recursos en proporción al volumen producido. Por lo tanto, los atributos de

---

<sup>149</sup> Fuente: Organización estructural para los procesos de planificación, acumulación y cálculo del costo en un sistema de costeo ABC. Vergara Reina, Rolando. Cuba

volumen del producto, tales como el número de horas de personal, cantidad invertida en materiales, se utilizan como "direccionadores" para asignar costos indirectos.

Estos direccionadores de volumen, sin embargo, no tienen en cuenta la diversidad de productos en forma de tamaño o complejidad. Por lo tanto, el modelo de costeo ABC es un modelo que se basa en la agrupación en centros de costos que conforman una secuencia de valor de los productos y servicios de la actividad productiva de la empresa.

El ABC es una metodología que surge con la finalidad de mejorar la asignación de recursos a cualquier objeto de costo (producto, servicio, cliente, mercado, dependencia, proveedor, etc.), y tiene como objetivo medir el desempeño de las actividades que se ejecutan en una empresa y la adecuada asignación de costos a los productos o servicios a través del consumo de las actividades; lo cual permite mayor exactitud en la asignación de los costos y permite la visión de la empresa por actividad. El ABC pone de manifiesto la necesidad de gestionar las actividades, en lugar de gestionar los costos.

El ABC centra sus esfuerzos en el razonamiento de gerenciar en forma adecuada las actividades que causan costos y que se relacionan a través de su consumo con el costo de los productos (o servicios o proyectos). Se entenderá por actividad a "lo que hace una empresa, su negocio, es decir las formas en que transforma sus recursos (materiales, mano de obra, tecnología) en salidas para satisfacer a sus clientes".

Las actividades se relacionan en conjuntos que forman el total de los procesos administrativos (para el presente proyecto, en fases del proceso administrativo), los que son ordenados de forma secuencial y simultánea, para así obtener los diferentes estados de costo que se acumulan y el valor que agregan a cada proceso. Lo más importante para la agrupación, es conocer la generación de los costos para obtener el mayor beneficio posible de ellos, minimizando todos los factores que no añadan valor al producto, servicio o proyecto.

Una vez implantado el ABC la entidad también puede aplicar una serie de metodologías, cuyo insumo fundamental son los resultados arrojados por el sistema de costos, algunas de estas herramientas son:

- Presupuestación basada en actividades
- Balanced scorecard
- Cadena de valor
- Auditoría de procesos

#### 1.2.1.1 Fundamentos del método ABC

- No son los productos sino las actividades las que causan los costos.
- Son los productos o servicios los que consumen las actividades

#### 1.2.1.2 Los objetivos fundamentales del Costeo Basado en Actividades son:

- Medir los costos de los recursos utilizados al desarrollar las actividades en un negocio o entidad.

- Describir y aplicar su desarrollo conceptual mostrando sus alcances en la contabilidad gerencial.
- Ser una medida de desempeño, que permita mejorar los objetivos de satisfacción y eliminar el desperdicio en actividades operativas.
- Proporcionar herramientas para la planeación del negocio, determinación de utilidades, control y reducción de costos y toma de decisiones estratégicas.

### **1.3 RESPALDO LEGAL DEL SISTEMA DE COSTEO UTILIZADO.**

El Sistema de costeo utilizado debe estar en armonía con las leyes y reglamentos de contabilidad gubernamental, por lo que a continuación se describen las partidas presupuestarias involucradas en los desembolsos del proyecto.

<b>PARTIDA</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
Remuneraciones personal permanente	Incluye el devengamiento de los gastos por servicios recibidos del personal permanente civil o militar del sector público, tales como sueldos, salarios por jornal, aguinaldos, dietas y otros gastos de igual naturaleza.
Servicios profesionales pagados por anticipado	Incluye los desembolsos por contratos de servicios profesionales especializados pagados anticipadamente cuya aplicación a gastos de gestión se realizará en periodos posteriores, tales como: servicios médicos, de contabilidad y auditoría, <b>de capacitación</b> , desarrollos informáticos, estudios e investigaciones, consultorías y estudios e investigaciones diversas.
Insumos de oficina, productos de papel e impresos	Incluye el devengamiento de los gastos por la adquisición de productos de papel y cartón, libros, textos, útiles de enseñanza y publicaciones, tales como formularios, planillas, folletos, cartapacios, lápices, bolígrafos, engrapadoras, perforadoras y otros de igual naturaleza.
Pasajes y viáticos	Incluye el devengamiento de los gastos en concepto de pasajes al interior, exterior, viáticos por comisión interna y externa otorgados al personal por servicios fuera del lugar de trabajos ya sean dentro del territorio nacional o extranjero.
Servicios comerciales	Incluye el devengamiento de los gastos por servicios comerciales recibidos, tales como, transporte de bienes, almacenamiento, servicios de publicidad, vigilancia, limpieza y fumigaciones, lavandería y planchado, de laboratorio, <b>alimentación</b> , educativos, portuarios, aeroportuarios y ferroviarios, impresiones, publicaciones y reproducciones.
Maquinaria, equipo y mobiliario diverso	Incluye los recursos invertidos en maquinaria, equipo y accesorios destinados a las actividades administrativas y /o productivas de la institución, tales como: mobiliario para equipo de computación, equipamientos informáticos, repuestos y accesorios indispensables para prolongar la vida útil del bien u otros no especificados anteriormente.

Fuente: Catalogo y tratamiento general de cuentas del sector público, Dirección General de Contabilidad Gubernamental, Ministerio de Hacienda.



## 1.4 ANÁLISIS DE COSTOS INCREMENTALES O DIFERENCIALES<sup>150</sup>

Se da esta clasificación a todos aquellos costos que sirven para la toma de decisiones debido a un cambio en las actividades empresariales.

Un costo diferencial<sup>151</sup> se determina por la diferencia que se presenta entre los costos de cursos alternativos de acción mutuamente excluyentes en la empresa o institución, sobre una base de elemento por elemento. Si el costo aumenta de una alternativa a otra, se denomina costo incremental; si el costo disminuye de una alternativa a otra, se denomina costo decremental.

Estos costos, denominados diferenciales, expresan el incremento o disminución de los costos totales que implicaría el desarrollo de cada una de las propuestas, en términos comparativos respecto a una situación tomada como base y que usualmente es la vigente. En consecuencia, son los costos diferenciales los que en definitiva deberán utilizarse para tomar una decisión que involucre algún incremento o decrecimiento en los resultados económicos esperados de cada curso de acción que se estudie.

Los costos contrarios a los diferenciales son los sumergidos, aquellos que, independientemente del curso de acción que se elija, no se verán alterados; es decir, van a permanecer inmutables ante cualquier cambio.

Existen 2 tipos de costos diferenciales:

- *Costos decrementales*: Cuando los costos diferenciales son generados por disminuciones o reducciones del volumen de actividades empresariales, reciben el nombre de costos decrementales.
- *Costos incrementales*: Son aquellos en que se incurre cuando las variaciones de los costos son ocasionadas por un aumento de las actividades u operaciones de la empresa.

Es importante mencionar que sólo son relevantes aquellas partidas de costos que son diferentes entre cada alternativa estudiada y una situación base de comparación. En la toma de decisión se deberá tomar en consideración sólo el efecto neto, es decir, la variación neta de costos resultantes de la comparación.

Debido a que el proyecto: "Propuesta de un Sistema Administrativo para el Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca"; es una propuesta para mejorar la forma actual de realizar la administración hospitalaria por medio de una serie de acciones en torno a las 4 fases del proceso administrativo; se determinará el costo total del proyecto (como producto único) y el costo para las actividades de planificación, organización, dirección y control propuestas en el presente estudio (además de incluir el costo de la administración

---

<sup>150</sup> Fuente: Contabilidad de Costos I, un enfoque administrativo y de gerencia. Backer, Morton y Jacobson. McGraw Hill

<sup>151</sup> Se conocen también como relevantes (porque sirven para la toma de decisiones) o marginales (se emplea el término como el valor que significa el producir una unidad adicional a cualquier volumen determinado de producción)

del proyecto), con un enfoque incremental. Es decir, que se detallarán cada uno de los rubros en los que se consumen recursos para toda la propuesta, pero solo se utilizarán para la toma de decisión aquellos que incrementen los costos operativos actuales de la institución.

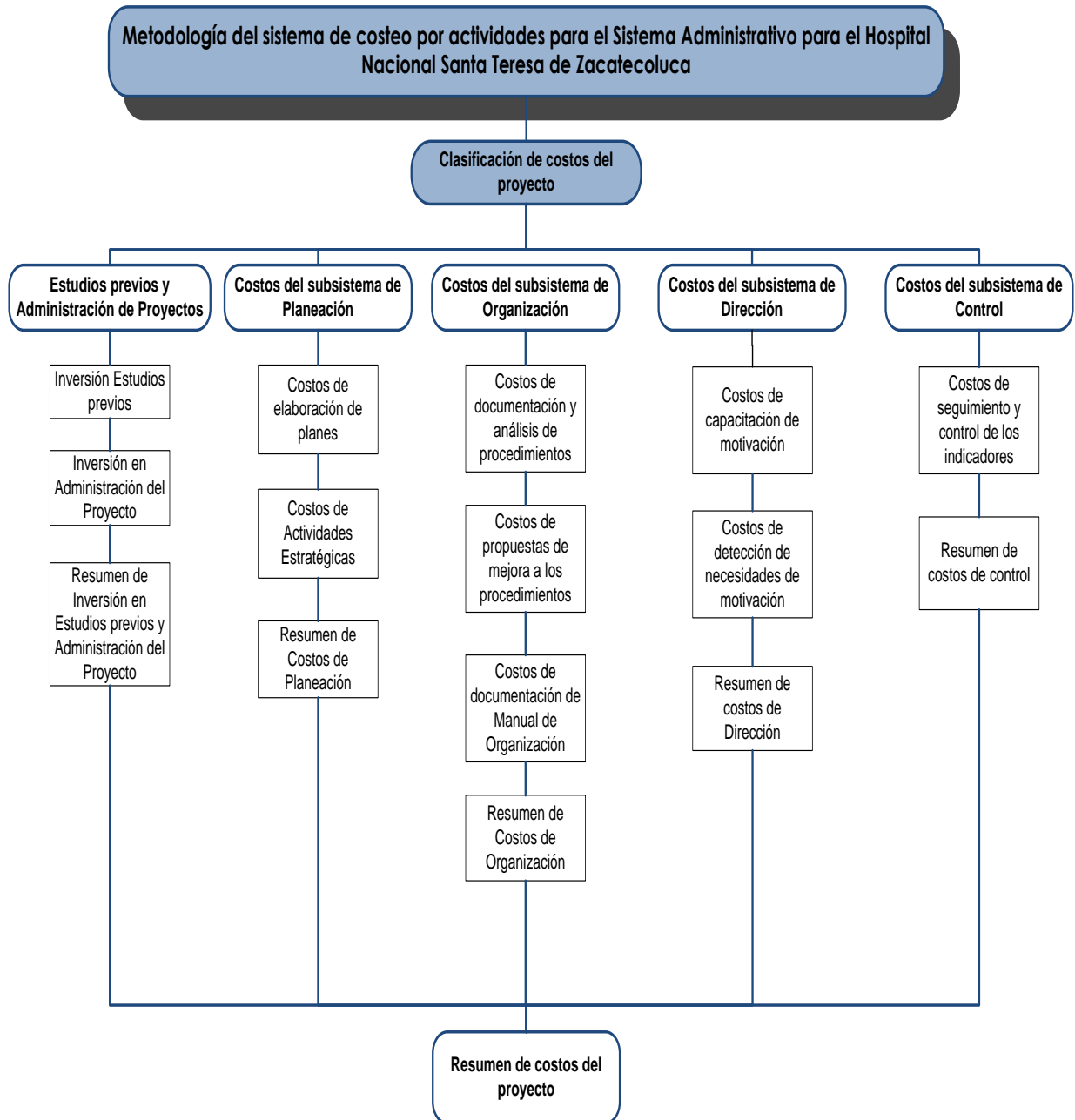
Para finalizar, se tendrán tablas resumen de los costos e inversiones<sup>152</sup> a llevar a cabo para el proyecto y se utilizará el enfoque de costos incrementales para obtener un flujo de los desembolsos monetarios en el quinquenio que se desarrolle la propuesta.

A continuación se presenta la metodología del costeo para el proyecto, para luego continuar con la recopilación de la inversión y la estructura de costos (por actividades) para la propuesta de Sistema Administrativo del HNST.

---

<sup>152</sup> Definiciones y tasa de inflación a utilizar en el estudio, se analizarán en ANEXO III-2.

Imagen III-6: Metodología del costeo por actividades



Fuente: elaboración propia

## 2. DETERMINACIÓN DE LOS COSTOS DEL PROYECTO

Como se mencionó con antelación, el sistema de costeo a seleccionado es el costeo por actividades o ABC; por lo que continuación se detallan las diferentes actividades necesarias para el desarrollo de la propuesta con sus respectivos costos, a fin de determinar los costos en los que se incurrirá con el proyecto.

### 2.1 COSTOS DE ESTUDIOS PREVIOS Y ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO.

#### 2.1.1 ESTUDIOS PREVIOS<sup>153</sup>

Este rubro involucra los costos de realizar el diagnóstico de la situación actual y diseño de solución para la Propuesta de un Sistema Administrativo para el HNST.

<b>Cuadro III-10: Costos de Estudios Previos</b>	
<b>RUBROS</b>	<b>PRECIO</b>
Actividad 1: DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL	1527,50
Actividad 2: DISEÑO DE LA SOLUCIÓN	2055,50
<b>TOTAL</b>	<b>3583,00</b>

Fuente: elaboración propia

#### 2.1.2 ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO

Se requiere de un personal capacitado para su administración del proyecto, que desarrolle todas aquellas actividades necesarias, para el buen funcionamiento de la propuesta. Para ello se necesita una buena organización que las ejecute en forma adecuada, por lo cual en este rubro se consideran los salarios de este personal y demás recursos para ello.

##### a) Costos de Actividad 1: Capacitación en Administración del proyecto.

Costo salarios<sup>154</sup>:

<b>Cuadro III-11: Costo Salarios Actividad 1</b>			
<b>Cargo</b>	<b>Sueldo/hora</b>	<b>Horas</b>	<b>COSTO TOTAL</b>
Director General	15.46	4	61.84
Jefe RRHH	7.45	4	29.80
Jefe UFI	7.45	4	29.80
Jefe UACI	7.45	4	29.80
		<b>TOTAL</b>	<b>151.24</b>

Fuente: elaboración propia

<sup>153</sup> Ver detalle en ANEXO III-3.

<sup>154</sup> Todos los costos de salarios ocupados para el costeo corresponden al año de 2008 y utilizando un promedio de 170 horas laborales/mes. Fuente: Ministerio de Hacienda. Ver ANEXO III-4.

Costos de insumos:

Cuadro III-12: Costos de insumos Actividad 1				
RUBRO	ITEM	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	INVERSIÓN
INSUMOS	Resma Papel bond t/carta	4.50	0.17	0.75
	Tinta negra	22.90	0.10	2.24
<b>TOTAL</b>				<b>2.99</b>

Fuente: elaboración propia

Resumen de costos de la actividad 1:

Cuadro III-13: Resumen de Costos Actividad 1	
RUBRO	COSTO
SALARIOS	151.24
INSUMOS	2.99
<b>TOTAL</b>	<b>\$154.23</b>

Fuente: elaboración propia

**b) Costos de Actividad 2: Identificar los recursos necesarios para la implantación del proyecto.**

Costo salarios:

Cuadro III-14: Costo Salarios Actividad 2							
Cargo	Sueldo /hora	Horas	COSTO TOTAL	Cargo	Sueldo /hora	Horas	COSTO TOTAL
Director General	15.46	4	61.84	Jefe de Rayos x	5.25	4	21.00
Jefe de Medicina Interna	7.73	4	30.92	Jefe de Laboratorio	8.04	4	32.16
Jefe de cirugía	7.73	4	30.92	Jefe de Archivo	5.94	4	23.76
Jefe de Ginecología	7.73	4	30.92	Jefe de RRHH	7.45	4	29.80
Jefe de Pediatría	7.73	4	30.92	Jefe UFI	7.45	4	29.80
Jefe de Residentes	15.46	4	61.84	Jefe de Conservación y Mtto	7.45	4	29.80
Jefe de enfermería	8.54	4	34.16	Jefe UACI	7.45	4	29.80
Jefe de Consulta Externa	7.73	4	30.92			<b>TOTAL</b>	<b>508.56</b>

Fuente: elaboración propia

Costos de insumos:

Cuadro III-15: Costo de Insumos Actividad 2			
ÍTEM	PRECIO (US\$)	CANTIDAD	TOTAL (US\$)
Impresiones	0.08	25	2.00
Anillado	1.00	1	1.00

Fuente: elaboración propia

Resumen de costos de la actividad 2:

<b>Cuadro III-16: Resumen de Costos Actividad 2</b>	
<b>RUBRO</b>	<b>COSTO</b>
SALARIOS	508.56
INSUMOS	3.00
<b>TOTAL</b>	<b>\$511.56</b>

Fuente: elaboración propia

**c) Costos de Actividad 3: Elaborar programa de desembolsos y control de gastos.**

Costo salarios:

<b>Cuadro III-17: Costo Salarios Actividad 3</b>			
<b>Cargo</b>	<b>Sueldo/hora</b>	<b>Horas</b>	<b>COSTO TOTAL</b>
Jefe UFI	7.45	8	59.60
		<b>TOTAL</b>	<b>59.60</b>

Fuente: elaboración propia

Costos de insumos:

<b>Cuadro III-18: Costos insumos Actividad 3</b>			
<b>ÍTEM</b>	<b>PRECIO (US\$)</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>TOTAL (US\$)</b>
Impresiones	0.08	25	2.00
Anillado	1.00	1	1.00

Fuente: elaboración propia

Resumen de costos de la actividad 3:

<b>Cuadro III-19: Resumen de Costos Actividad 3</b>	
<b>RUBRO</b>	<b>COSTO</b>
SALARIOS	59.60
INSUMOS	3.00
<b>TOTAL</b>	<b>\$62.60</b>

Fuente: elaboración propia

**d) Costos de Actividad 4: Gestión de Contrataciones y Adquisiciones para implantación**

Costo salarios:

<b>Cuadro III-20: Costo Salarios Actividad 4</b>			
<b>Cargo</b>	<b>Sueldo/hora</b>	<b>Horas</b>	<b>COSTO TOTAL</b>
Director General	15.46	8	123.68
Jefe UFI	7.45	32	238.40
		<b>TOTAL</b>	<b>362.08</b>

Fuente: elaboración propia

Costos por viáticos<sup>155</sup>: \$40.00

<sup>155</sup> Corresponde al pago de \$10.00/persona por cada viaje que hagan hacia San Salvador

Resumen de costos de la actividad 4:

<b>Cuadro III-21: Resumen de Costos Actividad 4</b>	
<b>RUBRO</b>	<b>COSTO</b>
SALARIOS	362.08
VIÁTICOS	40.00
<b>TOTAL</b>	<b>\$402.08</b>

Fuente: elaboración propia

**e) Costos de Actividad 5: Contratación de capacitador y capacitaciones externas.**

Costos de capacitación:

<b>Cuadro III-22: Costos de Contratación del capacitador.<sup>156</sup></b>				
<b>Rubro</b>	<b>Duración (hrs)</b>	<b>Precio/persona US\$</b>	<b>Número participantes</b>	<b>TOTAL US\$</b>
Capacitación Planeación estratégica y Cuadro de Mando Integral	16	175,00	15	<b>2625,00</b>

Fuente: elaboración propia

Resumen de costos de la actividad 5:

<b>Cuadro III-23: Resumen de costos Actividad 5</b>	
<b>RUBRO</b>	<b>COSTO</b>
CAPACITACIÓN	2625,00
<b>TOTAL</b>	<b>\$2625.00</b>

Fuente: elaboración propia

**f) Costos de Actividad 7: Programación de capacitación inicial.**

Costo salarios:

<b>Cuadro III-24: Costo Salarios Actividad 7</b>			
<b>Cargo</b>	<b>Sueldo/hora</b>	<b>Horas</b>	<b>COSTO TOTAL</b>
Jefe RRHH	7.45	8	59.60
		<b>TOTAL</b>	<b>59.60</b>

Fuente: elaboración propia

Costos de insumos:

<b>Cuadro III-25: Costos Insumos Actividad 7</b>			
<b>ÍTEM</b>	<b>PRECIO (US\$)</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>TOTAL (US\$)</b>
Impresiones	0.08	15	1.20
Anillado	1.00	1	1.00

Fuente: elaboración propia

<sup>156</sup> Fuente: Ing. Hernán Pineda, Consultor independiente. Precio No incluye costo de local.

Resumen de costos de la actividad 7:

<b>Cuadro III-26: Resumen de Costos: Actividad 7</b>	
<b>RUBRO</b>	<b>COSTO</b>
SALARIOS	59.60
INSUMOS	2.20
<b>TOTAL</b>	<b>\$61.80</b>

Fuente: elaboración propia

**g) Costos de Actividad 8: Convocatoria a miembros del comité de gestión estratégica.**

Costo salarios:

<b>Cuadro III-27: Costo Salarios Actividad 8</b>			
<b>Cargo</b>	<b>Sueldo/hora</b>	<b>Horas</b>	<b>COSTO TOTAL</b>
Jefe RRHH	15.46	2	30.92
		<b>TOTAL</b>	<b>30.92</b>

Fuente: elaboración propia

Costos de insumos:

<b>Cuadro III-28: Costo Insumos Actividad 8</b>			
<b>ÍTEM</b>	<b>PRECIO (US\$)</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>TOTAL (US\$)</b>
Impresiones	0.08	15	1.20

Fuente: elaboración propia

Resumen de costos de la actividad 8:

<b>Cuadro III-29: Resumen de Costos Actividad 8</b>	
<b>RUBRO</b>	<b>COSTO</b>
SALARIOS	30.92
INSUMOS	1.20
<b>TOTAL</b>	<b>\$32.12</b>

Fuente: elaboración propia

**h) Costos de Actividad 9: Contratación de local para capacitación inicial.**

Costos de local y alimentación:

<b>Cuadro III-30: Costos de local y alimentación Actividad 9</b>			
<b>RUBRO</b>	<b>PRECIO UNITARIO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>INVERSIÓN US(\$)</b>
LOCAL Y ALIMENTACIÓN <sup>157</sup>	8,00	16,00	128,00
		<b>TOTAL</b>	<b>128.00</b>

Fuente: elaboración propia

<sup>157</sup> Incluye un tiempo de comida y un coffee break para 16 personas en Centro de Capacitaciones María Auxiliadora de Zacatecoluca. Costo unitario por persona: \$8.00. Este local será utilizado para los demás talleres.



Resumen de costos de la actividad 9:

<b>Cuadro III-31: Resumen de costos Actividad 9</b>	
<b>RUBRO</b>	<b>COSTO</b>
Local y Alimentación	128,00
<b>TOTAL</b>	<b>\$128.00</b>

Fuente: elaboración propia

**i) Costos de Actividad 10: Realización de la capacitación inicial.**

En esta actividad se brindarán los conocimientos básicos necesarios al personal sobre la Planificación Estratégica y Cuadro de Mando Integral para echar a andar la propuesta.

Costo salarios:

<b>Cuadro III-32: Detalle de salarios Actividad 10</b>							
<b>Cargo</b>	<b>Sueldo/hora</b>	<b>Horas capacitac.</b>	<b>COSTO TOTAL</b>	<b>Cargo</b>	<b>Sueldo/hora</b>	<b>Horas de capacitac.</b>	<b>COSTO TOTAL</b>
Director General	15,46	16	247,36	Jefe de Rayos x	5,25	16	84,00
Jefe de Medicina Interna	7,73	16	123,68	Jefe de Laboratorio	8,04	16	128,64
Jefe de cirugía	7,73	16	123,68	Jefe de Archivo	5,94	16	95,04
Jefe de Ginecología	7,73	16	123,68	Jefe de RRHH	7,45	16	119,20
Jefe de Pediatría	7,73	16	123,68	Jefe UFI	7,45	16	119,20
Jefe de Residentes	15,46	16	247,36	Jefe de Conservación y Mtto	7,45	16	119,20
Jefe de enfermería	8,54	16	136,64	Jefe UACI	7,45	16	119,20
Jefe de Consulta Externa	7,73	16	123,68			<b>TOTAL</b>	<b>2034,24</b>

Fuente: elaboración propia

Resumen de costos de la actividad 10:

<b>Cuadro III-33: Resumen de Costos Actividad 10</b>	
<b>RUBRO</b>	<b>COSTO</b>
SALARIOS	2034.24
<b>TOTAL</b>	<b>\$2034.24</b>

Fuente: elaboración propia

**j) Costos de Actividad 11: Taller Filosófico.**

Comprende la elaboración de la misión, visión y valores institucionales.

Costo salarios:

Cuadro III-34: Detalle de salarios Actividad 11							
Cargo	Sueldo/hora	Horas	COSTO TOTAL	Cargo	Sueldo/hora	Horas	COSTO TOTAL
Director General	15,46	8	123,68	Jefe de Rayos x	5,25	8	42,00
Jefe de Medicina Interna	7,73	8	61,84	Jefe de Laboratorio	8,04	8	64,32
Jefe de cirugía	7,73	8	61,84	Jefe de Archivo	5,94	8	47,52
Jefe de Ginecología	7,73	8	61,84	Jefe de RRHH	7,45	8	59,60
Jefe de Pediatría	7,73	8	61,84	Jefe UFI	7,45	8	59,60
Jefe de Residentes	15,46	8	123,68	Jefe de Conservación y Mtto	7,45	8	59,60
Jefe de enfermería	8,54	8	68,32	Jefe UACI	7,45	8	59,60
Jefe de Consulta Externa	7,73	8	61,84			TOTAL	1017,12

Fuente: elaboración propia

Costos de insumos<sup>158</sup>, local y alimentación:

Cuadro III-35: Costos de insumos, alimentación y local para Actividad 11				
RUBRO	ITEM	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	INVERSIÓN US(\$)
INSUMOS	Formatos	0,02	45,00	0,90
	Paquete Libretas Post it 3x3	7,50	1,00	7,50
	Plumones	1,25	2,00	2,50
	Paquete Folders/25 uds.	2,50	0,60	1,50
	Caja Lapiceros/12 und.	1,15	1,25	1,44
	Tirro	1,50	1,00	1,50
	Resma de papel bond	4,50	0,15	0,68
LOCAL Y ALIMENTACIÓN <sup>159</sup>		8,00	15,00	120,00
<b>TOTAL</b>				<b>136,01</b>

Fuente: elaboración propia

<sup>158</sup> Todos los costos de Insumos ocupados para el costeo fueron obtenidos en tiendas Office Depot por ser la referencia principal del rubro. Costos sin descuentos ni promoción por temporada.

<sup>159</sup> Incluye un tiempo de comida y un coffee break para 15 personas en Centro de Capacitaciones María Auxiliadora de Zacatecoluca. Costo unitario por persona: \$8.00.

Resumen de costos de la actividad 11:

<b>Cuadro III-36: Resumen de Costos Actividad 11</b>	
<b>RUBRO</b>	<b>COSTO</b>
SALARIOS	1017,12
INSUMOS	16,01
LOCAL Y ALIMENTACIÓN	120,00
<b>TOTAL</b>	<b>\$1153,13</b>

Fuente: elaboración propia

**k) Costos de Actividad 12: Taller de Análisis Interno y Externo.**

Costo salarios:

<b>Cuadro III-37: Detalle de salarios Actividad 12</b>							
<b>Cargo</b>	<b>Sueldo/hora</b>	<b>Horas</b>	<b>COSTO TOTAL</b>	<b>Cargo</b>	<b>Sueldo/hora</b>	<b>Horas</b>	<b>COSTO TOTAL</b>
Director General	15,46	8	123,68	Jefe de Rayos x	5,25	8	42,00
Jefe de Medicina Interna	7,73	8	61,84	Jefe de Laboratorio	8,04	8	64,32
Jefe de cirugía	7,73	8	61,84	Jefe de Archivo	5,94	8	47,52
Jefe de Ginecología	7,73	8	61,84	Jefe de RRHH	7,45	8	59,60
Jefe de Pediatría	7,73	8	61,84	Jefe UFI	7,45	8	59,60
Jefe de Residentes	15,46	8	123,68	Jefe de Conservación y Mtto	7,45	8	59,60
Jefe de enfermería	8,54	8	68,32	Jefe UACI	7,45	8	59,60
Jefe de Consulta Externa	7,73	8	61,84			TOTAL	1017,12

Fuente: elaboración propia

Costos de insumos, local y alimentación:

<b>Cuadro III-38: Costos de insumos, local y alimentación Actividad 12</b>				
<b>RUBRO</b>	<b>ITEM</b>	<b>PRECIO UNITARIO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>INVERSIÓN</b>
INSUMOS	Formatos	0,02	45	0,9
	Caja de Plumones	1,50	2	3
	Paquete de fólder tamaño carta/25 uds.	2,50	0,60	1,5
	Resma de papel bond	4,50	0,15	0,68
	Caja de lapiceros/12 uds.	1,50	1,25	1,88
LOCAL Y ALIMENTACIÓN <sup>160</sup>		8,00	15	120,00
			<b>TOTAL</b>	<b>127,95</b>

Fuente: elaboración propia

<sup>160</sup> Incluye un tiempo de comida y un coffee break para 15 personas en Centro de Capacitaciones María Auxiliadora de Zacatecoluca. Costo unitario por persona: \$8.00.

Resumen de costos de la actividad 12:

<b>Cuadro III-39: Resumen de costos Actividad 12</b>	
<b>RUBRO</b>	<b>COSTO</b>
SALARIOS	1017,12
INSUMOS	7,97
LOCAL Y ALIMENTACIÓN	120,00
<b>TOTAL</b>	<b>\$1145,09</b>

Fuente: elaboración propia

**I) Costos de Actividad 13: Definición de Objetivos.**

Costo salarios:

<b>Cuadro III-40: Detalle de salarios Actividad 13</b>							
<b>Cargo</b>	<b>Sueldo/hora</b>	<b>Horas</b>	<b>COSTO TOTAL</b>	<b>Cargo</b>	<b>Sueldo/hora</b>	<b>Horas</b>	<b>COSTO TOTAL</b>
Director General	15,46	2	30,92	Jefe de Rayos x	5,25	2	10,50
Jefe de Medicina Interna	7,73	2	15,46	Jefe de Laboratorio	8,04	2	16,08
Jefe de cirugía	7,73	2	15,46	Jefe de Archivo	5,94	2	11,88
Jefe de Ginecología	7,73	2	15,46	Jefe de RRHH	7,45	2	14,90
Jefe de Pediatría	7,73	2	15,46	Jefe UFI	7,45	2	14,90
Jefe de Residentes	15,46	2	30,92	Jefe de Conservación y Mto	7,45	2	14,90
Jefe de enfermería	8,54	2	17,08	Jefe UACI	7,45	2	14,90
Jefe de Consulta Externa	7,73	2	15,46			<b>TOTAL</b>	<b>254,28</b>

Fuente: elaboración propia

Resumen de costos de la actividad 13:

<b>Cuadro III-41: Resumen de costos Actividad 13</b>	
<b>RUBRO</b>	<b>COSTO</b>
SALARIOS	254,28
INSUMOS <sup>161</sup>	0,9
<b>TOTAL</b>	<b>\$255,18</b>

Fuente: elaboración propia

<sup>161</sup> Resulta del costo de impresión (\$0.02) de 45 páginas a utilizar, ya que se proporcionaran 3 páginas a cada miembro del comité.

**m) Costos de Actividad 14: Elaboración, revisión y aprobación del plan estratégico.**

Esta constituye una de las actividades más importantes de la etapa de implantación y de la propuesta; ya que constituye la elaboración del plan estratégico para el HNST.

Costo salarios:

<b>Cuadro III-42: Detalle de salarios Actividad 14</b>							
<b>Cargo</b>	<b>Sueldo/hora</b>	<b>Horas</b>	<b>COSTO TOTAL</b>	<b>Cargo</b>	<b>Sueldo/hora</b>	<b>Horas</b>	<b>COSTO TOTAL</b>
Director General	15,46	6	92,76	Jefe de Rayos x	5,25	6	31,50
Jefe de Medicina Interna	7,73	6	46,38	Jefe de Laboratorio	8,04	6	48,24
Jefe de cirugía	7,73	6	46,38	Jefe de Archivo	5,94	6	35,64
Jefe de Ginecología	7,73	6	46,38	Jefe de RRHH	7,45	6	44,70
Jefe de Pediatría	7,73	6	46,38	Jefe UFI	7,45	6	44,70
Jefe de Residentes	15,46	6	92,76	Jefe de Conservación y Mtto	7,45	6	44,70
Jefe de enfermería	8,54	6	51,24	Jefe UACI	7,45	6	44,70
Jefe de Consulta Externa	7,73	6	46,38	Secretaria dirección	5,25	8	42,00
<b>TOTAL</b>							<b>804,84</b>

Fuente: elaboración propia

Costos de insumos:

<b>Cuadro III-43: Costos de insumos Actividad 14</b>				
<b>RUBRO</b>	<b>ITEM</b>	<b>PRECIO UNITARIO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>INVERSIÓN</b>
INSUMOS	Guías para la elaboración de planes	0,02	240	4,80
	Paquete de fóliders	2,50	0,8	2,00
	Resma de papel bond	4,50	0,35	1,58
	Consumo energía eléctrica (KW/H) <sup>162</sup>	0.14	6	0.37 <sup>163</sup>
<b>TOTAL</b>				<b>8.75</b>

Fuente: elaboración propia

Resumen de costos de la actividad 14:

<b>Cuadro III-44: Resumen de Costos Actividad 14</b>	
<b>RUBRO</b>	<b>COSTO</b>
SALARIOS	804,84
INSUMOS	8.75
<b>TOTAL</b>	<b>\$813.59</b>

Fuente: elaboración propia

<sup>162</sup> cargo por consumo Kw/h para gran demanda, mediana tensión de la compañía DELSUR S.A. de C.V. según la SIGET en su sitio web asciende a \$ 0.137543.

<sup>163</sup> Cálculo para consumo de energía eléctrica=precio Kwh\*hrs uso\*0.45 (0.45=450 watts de uso para una computadora promedio)

**n) Costos de actividad 15: Taller para la elaboración del Cuadro de Mando Integral (CMI)**

Costo salarios:

<b>Cuadro III-45: Detalle de salarios Actividad 15</b>							
<b>Cargo</b>	<b>Sueldo/hora</b>	<b>Horas capacitac.</b>	<b>COSTO TOTAL</b>	<b>Cargo</b>	<b>Sueldo/hora</b>	<b>Horas de capacitac.</b>	<b>COSTO TOTAL</b>
Director General	15,46	8	123,68	Jefe de Rayos x	5,25	8	42,00
Jefe de Medicina Interna	7,73	8	61,84	Jefe de Laboratorio	8,04	8	64,32
Jefe de cirugía	7,73	8	61,84	Jefe de Archivo	5,94	8	47,52
Jefe de Ginecología	7,73	8	61,84	Jefe de RRHH	7,45	8	59,60
Jefe de Pediatría	7,73	8	61,84	Jefe UFI	7,45	8	59,60
Jefe de Residentes	15,46	8	123,68	Jefe de Conservación y Mto	7,45	8	59,60
Jefe de enfermería	8,54	8	68,32	Jefe UACI	7,45	8	59,60
Jefe de Consulta Externa	7,73	8	61,84			<b>TOTAL</b>	<b>1017,12</b>

Fuente: elaboración propia

Costos de insumos:

<b>Cuadro III-46: Costos de Insumos Actividad 15</b>				
<b>RUBRO</b>	<b>ITEM</b>	<b>PRECIO UNITARIO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>INVERSIÓN</b>
INSUMOS	Fotocopias Material de apoyo	0,02	120	2,4
	Paquete de fóliders	2,50	0,52	1,3
	resma de papel bond	4,50	1	4,5
	Caja de lapiceros/12 uds.	1,50	1	1,5
	Consumo de Energía Eléctrica laptop	0,14	8	0,50
	Almuerzos	3,00	15	45
	coffe break	1,00	15	15
	Garrafa de agua para beber	2	1	2
			<b>TOTAL</b>	<b>72.2</b>

Resumen de costos de la actividad 15:

<b>Cuadro III-47: Resumen de Costos Actividad 15</b>	
<b>RUBRO</b>	<b>COSTO TOTAL</b>
SALARIOS	1017,12
INSUMOS Y ALIMENTACIÓN	72.2
<b>TOTAL</b>	<b>\$1089,32</b>

Fuente: elaboración propia

**o) Costos de actividad 16: Elaboración de catálogos de indicadores**

Costo salarios:

<b>Cuadro III-48: Detalle de salarios Actividad 16</b>			
<b>CARGO</b>	<b>SUELDO/HORA</b>	<b>HORAS DE TRABAJO</b>	<b>COSTO TOTAL</b>
Secretario comité de gestión	8,48	4	33,92
<b>TOTAL</b>			<b>\$33,92</b>

Fuente: elaboración propia

Costos de insumos:

<b>Cuadro III-49: Costos de insumos Actividad 16</b>				
<b>RUBRO</b>	<b>ITEM</b>	<b>PRECIO UNITARIO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>COSTO</b>
INSUMOS	Resma de papel bond	4,50	1	4,5
	Tinta negra	22,90	1	22,9
	Consumo de Energía Eléctrica laptop	0.14	4	0.25
<b>TOTAL</b>				<b>\$27,65</b>

Fuente: elaboración propia

Resumen de costos actividad 16:

<b>Cuadro III-50: Resumen de costos Actividad 16</b>	
<b>RUBRO</b>	<b>COSTO TOTAL</b>
SALARIOS	33,92
INSUMOS	27,65
<b>TOTAL</b>	<b>\$61,57</b>

Fuente: elaboración propia

**p) Costos de actividad 17: Capacitación de liderazgo estratégico**

Como su nombre lo indica, se muestran a continuación el costo de aquellos recursos necesarios para la realización de la capacitación de liderazgo estratégico en el HNST.

Costo salarios:

<b>Cuadro III-51: Detalle de salarios Actividad 17</b>			
<b>Cargo</b>	<b>Sueldo/hora</b>	<b>Horas capacitación</b>	<b>COSTO TOTAL</b>
Director General	15,46	24	371,04
Jefe de RRHH	7,45	24	178,8
<b>TOTAL</b>			<b>\$549,84</b>

Fuente: elaboración propia

Costos de Capacitación de Liderazgo estratégico:

<b>Cuadro III-52: Costos de Capacitación Actividad 17</b>				
<b>RUBRO</b>	<b>DURACIÓN</b>	<b>PRECIO POR PERSONA US\$</b>	<b>NÚMERO DE PERSONAS</b>	<b>TOTAL US\$</b>
Diplomado en RRHH: "Desarrollo y Comportamiento organizacional"	3 días	275,00	2	<b>\$550,00</b>

Fuente: elaboración propia

Resumen de costos actividad 17:

<b>Cuadro III-53: Resumen de Costos Actividad 17</b>	
<b>RUBRO</b>	<b>INVERSIÓN</b>
SALARIOS	549,84
CAPACITACIÓN	550,00
<b>TOTAL</b>	<b>\$1099,84</b>

Fuente: elaboración propia

**q) Costos de actividad 18: Capacitación de liderazgo para mandos medios.**

En este apartado se desglosan los costos necesarios para la realización de la capacitación de liderazgo para los mandos medios.

Costo salarios:

<b>Cuadro III-54: Detalle de salarios Actividad 18</b>							
<b>CARGO</b>	<b>Sueldo/hora</b>	<b>Horas capacitac.</b>	<b>COSTO TOTAL</b>	<b>Cargo</b>	<b>Sueldo/hora</b>	<b>Horas de capacitac.</b>	<b>COSTO TOTAL</b>
Jefe de rayos X	5,25	4	21,00	Jefe lavandería	5,25	4	21,00
Jefe de farmacia	5,94	4	23,76	Jefe servicios auxiliares	3,27	4	13,08
Jefe de fisioterapia	5,25	4	21,00	Jefe de Archivo	5,94	4	23,76
Jefe de anestesiología	5,09	4	20,36	Jefe laboratorio	8,04	4	32,16
Jefe almacén	5,25	4	21,00	Jefe de trabajo social	5,56	4	22,24
Jefe de enfermería	8,54	4	34,16	Jefe transporte	3,73	4	14,92
Jefe RRHH	7,45	4	29,80	Jefe alimentación y dietas	5,25	4	21,00
						<b>TOTAL</b>	<b>319,24</b>



Costos de insumos y alimentación:

<b>Cuadro III-55: Costos de insumos y alimentación Actividad 18</b>				
<b>RUBRO</b>	<b>ITEM</b>	<b>PRECIO UNITARIO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>COSTO</b>
INSUMOS	Fotocopias Material de apoyo	0,02	39	0,78
	Paquete de fóliders/25 uds.	2,50	0,6	1,5
	Papel bond	4,5	0,15	0,66
	1 Caja de lapiceros	1,15	1,33	1,53
	Plumón de pizarra	1,25	1	1,25
	Consumo de Energía Eléctrica laptop	0.14	4	0.25
	Consumo de Energía Eléctrica proyector	0.14	4	0.28
	Coffee break	1,25	15	18,75
	agua para beber	2	1	2
<b>TOTAL</b>				<b>27.01</b>

Fuente: elaboración propia

Resumen de costos actividad 18:

<b>Cuadro III-56: Resumen de Costos Actividad 18</b>	
<b>RUBRO</b>	<b>COSTO TOTAL</b>
SALARIOS	319,24
INSUMOS	27.01
<b>TOTAL</b>	<b>\$346,25</b>

Fuente: elaboración propia

**r) Costos de actividad 19: capacitación para la toma de decisiones**

Los costos para la capacitación para la toma de decisiones para los principales jefes de la institución se muestran a continuación:

Costo salarios:

<b>Cuadro III-57: Detalle de salarios Actividad 19</b>							
<b>Cargo</b>	<b>Sueldo/hora</b>	<b>Horas capacitac.</b>	<b>COSTO TOTAL</b>	<b>Cargo</b>	<b>Sueldo/hora</b>	<b>Horas de capacitac.</b>	<b>COSTO TOTAL</b>
Director General	15,46	4	61,84	Jefe de RRHH	7,45	4	29,8
Jefe de Medicina Interna	7,73	4	30,92	Jefe de Conservación y Mtto	7,45	4	29,8
Jefe de cirugía	7,73	4	30,92	Jefe UFI	7,45	4	29,8
Jefe de Ginecología	7,73	4	30,92	Jefe de Residentes	15,46	4	61,84
Jefe de Pediatría	7,73	4	30,92	Jefe UACI	7,45	4	29,8
<b>TOTAL</b>							<b>\$366,56</b>

Fuente: elaboración propia

Costos de insumos:

<b>Cuadro III-58: Costos de insumos Actividad 19</b>				
<b>RUBRO</b>	<b>ITEM</b>	<b>PRECIO UNITARIO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>INVERSIÓN</b>
INSUMOS	Fotocopias Material de apoyo	0,02	120	2,40
	Paquete de fóliders	2,50	0,6	1,50
	Resma papel bond	4,50	0,2	0,90
	Consumo de Energía Eléctrica laptop	0.14	4.5	0.28
			<b>TOTAL</b>	<b>\$5,05</b>

Fuente: elaboración propia

Resumen de costos actividad 19:

<b>Cuadro III-59: Resumen de Costos Actividad 19</b>	
<b>RUBRO</b>	<b>COSTO TOTAL</b>
SALARIOS	366,56
INSUMOS	5,05
<b>TOTAL</b>	<b>\$371,61</b>

Fuente: elaboración propia

### **2.1.3 RESUMEN DE INVERSIÓN EN ESTUDIOS PREVIOS Y ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO**

Las siguientes tablas, reúnen los diferentes costos incurridos en la fase de administración del proyecto y estudios previos, que pueden clasificarse como costos de inversión del proyecto; dado que se realizan solamente una vez durante la vida del proyecto y que corresponden a actividades catalogadas como necesarias para echar a andar la propuesta.

Consolidado por actividad:

<b>CUADRO III-60: INVERSIÓN TOTAL DE ESTUDIOS PREVIOS Y ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO POR ACTIV.</b>			
<b>ESTUDIOS PREVIOS</b>			
<b>ACTIVIDAD</b>		<b>COSTO</b>	
Diagnóstico		\$1,527.50	
Diseño		\$2,055.50	
<b>SUBTOTAL</b>		<b>\$3583.00</b>	
<b>ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO.</b>			
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>COSTO</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>COSTO</b>
Costos Actividad 1	\$154.23	Costos Actividad 11	\$1153.13
Costos Actividad 2	\$511.56	Costos Actividad 12	\$1145.09
Costos Actividad 3	\$62.60	Costos Actividad 13	\$255.18
Costos Actividad 4	\$402.08	Costos Actividad 14	\$813.59
Costos Actividad 5	\$2625.00	Costos Actividad 15	\$1089.32
Costos Actividad 7	\$61.80	Costos Actividad 16	\$61.57
Costos Actividad 8	\$32.12	Costos Actividad 17	\$1099.84
Costos Actividad 9	\$128.00	Costos Actividad 18	\$346.25
Costos Actividad 10	\$2034.24	Costos Actividad 19	\$371.61
<b>SUBTOTAL</b>		<b>\$12,347.21</b>	
<b>TOTAL</b>		<b>\$15,930.21</b>	

Fuente: elaboración propia

Consolidado por rubro:

<b>Cuadro III-61: INVERSIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS y ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO POR RUBROS.</b>	
<b>ESTUDIOS PREVIOS</b>	
<b>RUBRO</b>	<b>COSTO</b>
DIAGNÓSTICO	\$ 1527.50
DISEÑO	\$ 2055.50
<b>SUBTOTAL</b>	<b>\$ 3583.00</b>
<b>ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO.</b>	
<b>RUBRO</b>	<b>COSTO</b>
SALARIOS	\$ 8,586.28
INSUMOS	\$ 177.93
CONTRATACIÓN DE LOCAL	\$ 368.00
VIÁTICOS	\$ 40.00
SERVICIOS DE CAPACITACIÓN	\$ 3,175.00
<b>SUBTOTAL</b>	<b>\$ 12,347.21</b>
<b>TOTAL</b>	<b>\$15,930.21</b>

Fuente: elaboración propia

## 2.2 COSTOS DEL SUBSISTEMA DE PLANIFICACIÓN.

Este apartado recoge todos los costos relacionados al desarrollo de las actividades concernientes al subsistema de planificación del Hospital Nacional Santa Teresa.

Estas se subdividen en:

- Costos para la elaboración de planes.
- Costos para el desarrollo de actividades estratégicas.

Es importante aclarar que dichos costos son realizados en cada uno de los 5 años del periodo de planeación, por lo que es necesario aplicar la tasa de inflación proyectada. (Ver anexo III-2)

### 2.2.1 COSTOS PARA LA ELABORACIÓN DE PLANES.

Esta actividad se realizará anualmente por el comité de gestión del Hospital y tiene el propósito de la elaboración de los planes institucionales.

Costo SALARIOS:

<b>Cuadro III-62: Detalle de SALARIOS para la elaboración de planes</b>							
<b>Cargo</b>	<b>Sueldo/hora</b>	<b>Horas</b>	<b>COSTO TOTAL</b>	<b>Cargo</b>	<b>Sueldo/hora</b>	<b>Horas</b>	<b>COSTO TOTAL</b>
Director General	15,46	6	92,76	Jefe de Rayos x	5,25	6	31,50
Jefe de Medicina Interna	7,73	6	46,38	Jefe de Laboratorio	8,04	6	48,24
Jefe de cirugía	7,73	6	46,38	Jefe de Archivo	5,94	6	35,64
Jefe de Ginecología	7,73	6	46,38	Jefe de RRHH	7,45	6	44,70
Jefe de Pediatría	7,73	6	46,38	Jefe UFI	7,45	6	44,70
Jefe de Residentes	15,46	6	92,76	Jefe de Conservación y Mto	7,45	6	44,70
Jefe de enfermería	8,54	6	51,24	Jefe UACI	7,45	6	44,70
Jefe de Consulta Externa	7,73	6	46,38	Secretaria dirección	5,25	8	42,00
<b>TOTAL</b>							<b>804,84</b>

Fuente: elaboración propia

### Costos de insumos:

Cuadro III-63: Costos de insumos para la elaboración de planes.				
RUBRO	ITEM	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	INVERSIÓN
INSUMOS	Guías para la elaboración de planes	0,02	240	4,80
	Paquete de fóliders	2,50	0,8	2,00
	Resma de papel bond	4,50	0,35	1,58
	Consumo energía eléctrica (KW/H) <sup>164</sup>	0.14	6	0.37 <sup>165</sup>
<b>TOTAL</b>			<b>8.75</b>	

Fuente: elaboración propia

### Resumen de costos para la elaboración de planes para el año 1.

Cuadro III-64: Resumen de Costos para la elaboración de planes, año 1	
RUBRO	COSTO
SALARIOS	804,84
INSUMOS	8.75
<b>TOTAL</b>	<b>\$813.59</b>

Fuente: elaboración propia

### Resumen de costos para la elaboración de planes para los 5 años del periodo de planeación<sup>166</sup>:

Cuadro III-65: Resumen de Costos para la elaboración de planes, 5 años.					
RUBRO	COSTO ANO 1	COSTO ANO 2	COSTO ANO 3	COSTO ANO 4	COSTO ANO 5
SALARIOS	\$804.84	\$804.84	\$804.84	\$804.84	\$804.84
INSUMOS	\$8.75	\$9.19	\$9.67	\$10.18	\$10.72
<b>TOTAL</b>	<b>\$813.59</b>	<b>\$814.03</b>	<b>\$814.51</b>	<b>\$815.02</b>	<b>\$815.56</b>

Fuente: elaboración propia

## 2.2.2 COSTOS DE ACTIVIDADES ESTRATÉGICAS

En este apartado se detallan los costos correspondientes al desarrollo de las actividades estratégicas contenidas en el plan estratégico de la institución. El costeo de estas actividades se ha agrupado por objetivo estratégico, para facilitar su identificación y comprensión.

<sup>164</sup> cargo por consumo Kw/h para gran demanda, mediana tensión de la compañía DELSUR S.A. de C.V. según la SIGET en su sitio web asciende a \$ 0.137543.

<sup>165</sup> Cálculo para consumo de energía eléctrica=precio Kwh\*hrs uso\*0.45 (0.45=450 watts de uso para una computadora promedio)

<sup>166</sup> Al rubro de insumos le ha sido aplicada la inflación correspondiente a la proyección que se muestra en anexo III-2.

Objetivo estratégico: Servir con calidad y calidez a los usuarios

<b>Cuadro III-66: Costos de Servir con calidad y calidez a los usuarios</b>			
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Medir el nivel de satisfacción de los clientes externos del Hospital a través de la realización de encuestas y sondeos.</b>		
ITEM	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	COSTO TOTAL
Resma Papel bond tamaño carta	4.5	0.4	1.80
Cartuchos Tinta Negra	22.9	0.21	4.81
Salario Técnico de RRHH (encargado de Prestaciones y servicios)	5.1	8	40.80
Consumo de Energía Eléctrica (KW/H)	0.14	8	0.5
TOTAL			47.90
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Acondicionamiento de una oficina de atención al usuario</b>		
ITEM	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	COSTO TOTAL
Resma Papel bond tamaño carta	4.5	0.6	2.70
Cartuchos Tinta Negra	22.9	0.35	8.02
Lapicero	1.15	0.5	0.58
Consumo de Energía Eléctrica computadora(KW/H)	0.14	1920	118.84
Consumo de agua para beber <sup>167</sup>	2	48	96.00
TOTAL			226.13
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Capacitar a los empleados sobre cómo tratar a los usuarios</b>		
ITEM	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	COSTO TOTAL
Resma Papel bond tamaño carta	4.5	0.53	2.39
Cartuchos Tinta Negra	22.9	0.31	7.10
Salarios preparación de capacitación Técnico de RRHH (encargado de Capacitaciones y Desarrollo)	5.1	24	122.40
Salarios Técnico de RRHH (encargado de Capacitaciones y Desarrollo)	5.1	22	112.20
Salarios 265 empleados división médica	5.12	532	2723.84
Consumo de Energía Eléctrica computadora preparación de capacitación(KW/H)	0.14	6	0.37
Consumo de Energía Eléctrica laptop(KW/H)	0.14	14	0.87
Consumo de Energía Eléctrica proyector(KW/H) <sup>168</sup>	0.14	14	0.96
Consumo de agua para beber	2	3	6.00
TOTAL			2976.13

Fuente: elaboración propia

<sup>167</sup> Fuente: Industrias La Constancia, Embotelladora Cristal. Datos para garrafón de 5 gal.

<sup>168</sup> Consumo energético de proyector: 500 watts

Objetivo estratégico: Poner en funcionamiento la nueva infraestructura física-tecnológica

<b>Cuadro III-67: Costos de Poner en funcionamiento la nueva infraestructura física-tecnológica</b>			
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Asignación de responsables a los nuevos servicios</b>		
ITEM	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	COSTO TOTAL
Resma Papel bond tamaño carta	4.5	0.01	0.05
Salarios Director del hospital	15.46	8	123.68
Consumo de Energía Eléctrica computadora preparación de capacitación(KW/H)	0.14	0.5	0.03
<b>TOTAL</b>			<b>123.76</b>

Fuente: elaboración propia

Objetivo estratégico: Gestionar la continuidad de la modernización del equipo e infraestructura en la institución

<b>Cuadro III-68: Costos de Gestionar la continuidad de la modernización en la institución</b>			
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Llevar un directorio de entidades externas</b>		
ITEM	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	COSTO TOTAL
Salarios Secretaria de la dirección	4.35	12	52.20
Consumo de Energía Eléctrica computadora(KW/H)	0.14	12	0.74
<b>TOTAL</b>			<b>52.94</b>
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Generar proyectos de mejora para la institución</b>		
ITEM	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	COSTO TOTAL
Resma Papel bond tamaño carta	4.5	0.12	0.54
Cartuchos Tinta Negra	22.9	0.07	1.60
Salarios Jefe de Residentes	15.46	32	494.72
Consumo de Energía Eléctrica computadora(KW/H)	0.14	16	0.99
<b>TOTAL</b>			<b>497.85</b>
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Realizar alianzas estratégicas con otras instituciones, que puedan brindar algún aporte al nosocomio</b>		
ITEM	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	COSTO TOTAL
Salarios Director del hospital	15.46	9	139.14
Consumo de Energía Eléctrica computadora(KW/H)	0.14	1	0.06
Servicio telefónico (minutos) <sup>169</sup>	2.7	1	2.70
<b>TOTAL</b>			<b>141.90</b>

Fuente: elaboración propia

<sup>169</sup> Costo/min. Llamadas nacionales (Zacatecoluca-San Salvador): \$0.045, fuente: TELECOM

Objetivo estratégico: Mejorar los procesos institucionales encaminados a la optimización de la atención a los usuarios.

<b>Cuadro III-69: Costos de Mejorar los procesos institucionales encaminados a la optimización de la atención a los usuarios</b>			
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Crear vínculos con universidades para que alumnos de las carreras de ingeniería o administración de empresas propongan mejoras a los procesos en la institución</b>		
<b>ITEM</b>	<b>PRECIO UNITARIO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>COSTO TOTAL</b>
Salarios Director del hospital	15.46	40	618.40
<b>TOTAL</b>			<b>618.40</b>
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Establecer medios de monitoreo y control para los procedimientos</b>		
<b>ITEM</b>	<b>PRECIO UNITARIO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>COSTO TOTAL</b>
Resma Papel bond tamaño carta	4.5	1.18	5.29
Cartuchos Tinta Negra	22.9	0.69	15.80
Lápices (ud)	0.25	6	1.50
Salarios Jefe de Archivo	5.94	12.25	72.77
Consumo de Energía Eléctrica computadora(KW/H)	0.14	12.25	0.76
<b>TOTAL</b>			<b>96.12</b>

Fuente: elaboración propia

Objetivo estratégico: Generar y fortalecer nuevos convenios con instituciones públicas o privadas que requieran servicios médicos

<b>Cuadro III-70: Costos de Generar y fortalecer nuevos convenios con instituciones públicas o privadas que requieran servicios médicos</b>			
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Presentar oferta de servicios a otras instituciones</b>		
<b>ITEM</b>	<b>PRECIO UNITARIO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>COSTO TOTAL</b>
Resma Papel bond tamaño carta	4.5	0.12	0.54
Cartuchos Tinta Negra	22.9	0.07	1.60
Salarios Director hospital	15.46	22	340.12
Consumo de Energía Eléctrica (KW/H)	0.14	8	0.50
Servicio telefónico (minutos)	2.7	2	5.40
<b>TOTAL</b>			<b>348.16</b>
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Comunicar a la población los diferentes servicios médicos que el hospital presta</b>		
<b>ITEM</b>	<b>PRECIO UNITARIO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>COSTO TOTAL</b>
Volantes con oferta de servicio <sup>170</sup>	0.02	1000	20.00
Salarios Técnico de mantenimiento (básico) para fabricar Pedestal para banner	3.9	2	7.80
Salarios Jefe RRHH	7.45	5	37.25
Banner publicitario <sup>171</sup>	16.95	1	16.95
<b>TOTAL</b>			<b>82.00</b>

<sup>170</sup> Fuente: SIG HNST, costo de impresión con datos del año 2007

<sup>171</sup> Fuente: Marielos Arteaga. Encargada de Ventas de compañía: Banner Express



<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Renegociar el aporte económico por alumno que las instituciones educativas de nivel técnico o superior dan al hospital</b>		
ITEM	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	COSTO TOTAL
Resma Papel bond tamaño carta	4.5	0.06	0.27
Cartuchos Tinta Negra	22.9	0.02	0.46
Consumo de Energía Eléctrica (KW/H)	0.14	6	0.37
Servicio telefónico (minutos)	2.7	1	2.70
Salarios Director del hospital	15.46	9	139.14
TOTAL			142.94

Fuente: elaboración propia

Objetivo estratégico: Reducción de gastos y optimización de recursos

<b>Cuadro III-71: Costos de Reducción de gastos y optimización de recursos</b>			
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Capacitar al personal en temas relacionados a la optimización de los recursos energéticos y materiales de la institución</b>		
ITEM	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	COSTO TOTAL
Resma Papel bond tamaño carta	4.5	0.07	0.33
Cartuchos Tinta Negra	22.9	0.04	0.92
Consumo de Energía Eléctrica (KW/H)	0.14	2	0.12
Salarios Jefe de Mantenimiento	7.45	9	67.05
Salarios jefes de departamentos	6.62	36	238.32
TOTAL			306.74
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Crear y comunicar al personal políticas de austeridad que disminuyan los gastos en lo que a bienes de uso y consumo se refiere</b>		
ITEM	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	COSTO TOTAL
Resma Papel bond tamaño carta	4.5	0.07	0.33
Cartuchos Tinta Negra	22.9	0.04	0.92
Salarios Jefe de Mantenimiento	7.45	18.5	137.83
Salarios jefes de departamentos	6.62	18.5	122.47
TOTAL			261.54

Fuente: elaboración propia

Objetivo estratégico: Establecer mecanismos de control que permitan la optimización de los recursos y la reducción de gastos

<b>Cuadro III-72: Costos de Establecer mecanismos de control que permitan la optimización de los recursos y la reducción de gastos</b>			
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Creación de indicadores internos que permitan monitorear el grado de aprovechamiento de los recursos</b>		
ITEM	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	COSTO TOTAL
Resma Papel bond tamaño carta	4.5	0.50	2.27
Cartuchos Tinta Negra	22.9	0.3	6.87
Consumo de Energía Eléctrica (KW/H)	0.14	8	0.50
Salarios Jefe UACI	7.45	8	59.60
TOTAL			69.23

Fuente: elaboración propia

Objetivo estratégico: Capacitar técnicamente a los empleados

<b>Cuadro III-73: Costos de Capacitar técnicamente a los empleados</b>			
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Elaborar un plan de docencia y capacitaciones</b>		
ITEM	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	COSTO TOTAL
Resma Papel bond tamaño carta	4.5	0.76	3.42
Cartuchos Tinta Negra	22.9	0.45	10.31
Consumo de Energía Eléctrica (KW/H)	0.14	8	0.50
Salarios Técnico RRHH (encargado de Capacitaciones y desarrollo)	5.1	16	81.60
TOTAL			95.82
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Controlar las capacitaciones recibidas</b>		
ITEM	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	COSTO TOTAL
Salarios Técnico RRHH (encargado de Capacitaciones y desarrollo)	5.1	32	163.20
TOTAL			163.20
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Creación de un catálogo de bibliografía de consulta interna para el personal</b>		
ITEM	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	COSTO TOTAL
Archiveros 4 cajones metálico	369	2	738.00
Resma Papel bond tamaño carta	4.5	0.05	0.23
Pliegos de cartulina	0.35	10	3.50
Cartuchos Tinta Negra	22.9	0.26	5.95
Consumo de Energía Eléctrica (KW/H)	0.14	40	2.48
Salarios Secretaría de la dirección	4.35	24	104.40
TOTAL			854.55

Fuente: elaboración propia

Objetivo estratégico: Crear mecanismos que favorezcan el clima organizacional

<b>Cuadro III-74: Costos de Crear mecanismos que favorezcan el clima organizacional</b>			
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Desarrollar políticas de reconocimiento al trabajo bien hecho. Años de la estrategia</b>		
ITEM	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	COSTO TOTAL
Resma Papel bond tamaño carta	4.5	0.07	0.32
Papel para diploma	0.35	36	12.60
Cartuchos Tinta Negra	22.9	0.06	1.37
Cartuchos Tinta color	23.4	0.06	1.40
Salarios Técnico RRHH (encargado de Prestaciones y servicios)	5.1	2	10.20
TOTAL			25.90

Fuente: elaboración propia

Objetivo estratégico: Lograr la satisfacción de los clientes internos

<b>Cuadro III-75: Costos de Lograr la satisfacción de los clientes internos</b>			
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Creación de un buzón de sugerencias internas</b>		
ITEM	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	COSTO TOTAL
Resma Papel bond tamaño carta	4.5	0.24	1.09
Cartuchos Tinta Negra	22.9	0.14	3.21
Lapicero	1.15	0.5	0.58
Salarios Técnico RRHH (encargado de Prestaciones y servicios)	5.1	9	45.90
Consumo de Energía Eléctrica (KW/H)	0.14	1	0.06
<b>TOTAL</b>			<b>50.83</b>

Fuente: elaboración propia

Objetivo estratégico: Mejorar los canales de comunicación

<b>Cuadro III-76: Costos de Mejorar los canales de comunicación</b>			
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Impulsar y propiciar el trabajo en equipo y la creación de grupos interdisciplinarios para la resolución de problemas</b>		
ITEM	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	COSTO TOTAL
Salarios Jefe RRHH	7.45	0.5	3.73
Salarios jefes departamentos	6.62	18	119.16
<b>TOTAL</b>			<b>122.89</b>

Fuente: elaboración propia

A continuación se muestra el resumen de los costos de cada una de las actividades estratégicas por año.

Resumen de costos para el desarrollo de las actividades estratégicas<sup>172</sup>

<b>Cuadro III-77: Resumen de costos de actividades estratégicas por año.</b>	
<b>Resumen de Costos año 1</b>	
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Monto</b>
Medir el nivel de satisfacción de los clientes externos del Hospital a través de la realización de encuestas y sondeos.	\$47.90
Crear una oficina de atención al usuario	\$226.13
Capacitar a los empleados sobre cómo tratar a los usuarios	\$2,976.13
Asignación de responsables a los nuevos servicios	\$123.76
Crear vínculos con universidades para que alumnos de las carreras de ingeniería o administración de empresas propongan mejoras a los procesos en la institución	\$618.40
Establecer medios de monitoreo y control para los procedimientos	\$96.12
Presentar oferta de servicios a otras instituciones	\$348.16
Renegociar el aporte económico por alumno que las instituciones educativas de nivel técnico o superior dan al hospital	\$142.94

<sup>172</sup> La distribución de los costos, fue realizada en base a la matriz estratégica de plan estratégico institucional y a partir del año 2 ha sido aplicada la inflación proyectada.

<b>Cuadro III-77: Resumen de costos de actividades estratégicas por año.</b>	
<b>Resumen de Costos año 1</b>	
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Monto</b>
Crear y comunicar al personal políticas de austeridad que disminuyan los gastos en lo que a bienes de uso y consumo se refiere	\$261.54
Creación de indicadores internos que permitan monitorear el grado de aprovechamiento de los recursos	\$69.23
Elaborar un plan de docencia y capacitaciones	\$95.82
Controlar las capacitaciones recibidas	\$163.20
Creación de un catálogo de bibliografía de consulta interna para el personal	\$854.55
Desarrollar políticas de reconocimiento al trabajo bien hecho. Años de la estrategia	\$25.90
Creación de un buzón de sugerencias internas	\$50.83
Impulsar y propiciar el trabajo en equipo y la creación de grupos interdisciplinarios para la resolución de problemas	\$122.89
<b>TOTAL</b>	<b>\$6,223.51</b>

<b>Resumen de Costos año 2</b>	
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Monto</b>
Medir el nivel de satisfacción de los clientes externos del Hospital a través de la realización de encuestas y sondeos.	\$48.27
Crear una oficina de atención al usuario	\$237.68
Asignación de responsables a los nuevos servicios	\$123.76
Llevar un directorio de entidades externas	\$52.98
Generar proyectos de mejora para la institución	\$498.01
Realizar alianzas estratégicas con otras instituciones, que puedan brindar algún aporte al nosocomio	\$142.04
Crear vínculos con universidades para que alumnos de las carreras de ingeniería o administración de empresas propongan mejoras a los procesos en la institución	\$618.40
Presentar oferta de servicios a otras instituciones	\$348.57
Comunicar a la población los diferentes servicios médicos que el hospital presta	\$83.89
Capacitar al personal en temas relacionados a la optimización de los recursos energéticos y materiales de la institución	\$306.81
Elaborar un plan de docencia y capacitaciones	\$96.55
Controlar las capacitaciones recibidas	\$163.20
Creación de un catálogo de bibliografía de consulta interna para el personal	\$892.89
Desarrollar políticas de reconocimiento al trabajo bien hecho. Años de la estrategia	\$26.70
Impulsar y propiciar el trabajo en equipo y la creación de grupos interdisciplinarios para la resolución de problemas	\$122.89
<b>TOTAL</b>	<b>\$3,762.64</b>

<b>Resumen de Costos año 3</b>	
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Monto</b>
Medir el nivel de satisfacción de los clientes externos del Hospital a través de la realización de encuestas y sondeos.	\$48.66
Capacitar a los empleados sobre cómo tratar a los usuarios	\$2,978.01
Asignación de responsables a los nuevos servicios	\$123.76
Llevar un directorio de entidades externas	\$53.02
Generar proyectos de mejora para la institución	\$498.19
Realizar alianzas estratégicas con otras instituciones, que puedan brindar algún aporte al nosocomio	\$142.20
Crear vínculos con universidades para que alumnos de las carreras de ingeniería o administración de empresas propongan mejoras a los procesos en la institución	\$618.40
Comunicar a la población los diferentes servicios médicos que el hospital presta	\$85.93
Elaborar un plan de docencia y capacitaciones	\$97.33
Controlar las capacitaciones recibidas	\$163.20
Creación de un catálogo de bibliografía de consulta interna para el personal	\$934.28
Desarrollar políticas de reconocimiento al trabajo bien hecho. Años de la estrategia	\$27.57
Impulsar y propiciar el trabajo en equipo y la creación de grupos interdisciplinarios para la resolución de problemas	\$122.89
<b>TOTAL</b>	<b>\$5,893.44</b>

<b>Resumen de Costos año 4</b>	
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Monto</b>
Medir el nivel de satisfacción de los clientes externos del Hospital a través de la realización de encuestas y sondeos.	\$49.08
Asignación de responsables a los nuevos servicios	\$123.77
Llevar un directorio de entidades externas	\$53.07
Generar proyectos de mejora para la institución	\$498.37
Realizar alianzas estratégicas con otras instituciones, que puedan brindar algún aporte al nosocomio	\$142.36
Crear vínculos con universidades para que alumnos de las carreras de ingeniería o administración de empresas propongan mejoras a los procesos en la institución	\$618.40
Comunicar a la población los diferentes servicios médicos que el hospital presta	\$88.13
Capacitar al personal en temas relacionados a la optimización de los recursos energéticos y materiales de la institución	\$306.97
Elaborar un plan de docencia y capacitaciones	\$98.18
Controlar las capacitaciones recibidas	\$163.20
Creación de un catálogo de bibliografía de consulta interna para el personal	\$979.02
Desarrollar políticas de reconocimiento al trabajo bien hecho. Años de la estrategia	\$28.51
Impulsar y propiciar el trabajo en equipo y la creación de grupos interdisciplinarios para la resolución de problemas	\$122.89
<b>TOTAL</b>	<b>\$3,271.94</b>

<b>Resumen de Costos año 5</b>	
<b>Actividad Estratégica</b>	<b>Monto</b>
Medir el nivel de satisfacción de los clientes externos del Hospital a través de la realización de encuestas y sondeos.	\$49.54
Capacitar a los empleados sobre cómo tratar a los usuarios	\$2,980.21
Asignación de responsables a los nuevos servicios	\$123.77
Llevar un directorio de entidades externas	\$53.11
Generar proyectos de mejora para la institución	\$498.58
Realizar alianzas estratégicas con otras instituciones, que puedan brindar algún aporte al nosocomio	\$142.54
Crear vínculos con universidades para que alumnos de las carreras de ingeniería o administración de empresas propongan mejoras a los procesos en la institución	\$618.40
Comunicar a la población los diferentes servicios médicos que el hospital presta	\$90.51
Elaborar un plan de docencia y capacitaciones	\$99.10
Controlar las capacitaciones recibidas	\$163.20
Creación de un catálogo de bibliografía de consulta interna para el personal	\$1,027.38
Desarrollar políticas de reconocimiento al trabajo bien hecho. Años de la estrategia	\$29.52
Impulsar y propiciar el trabajo en equipo y la creación de grupos interdisciplinarios para la resolución de problemas	\$122.89
<b>TOTAL</b>	<b>\$5,998.75</b>

Fuente: elaboración propia

*Resumen de costos para el desarrollo de las actividades estratégicas<sup>173</sup>:*

<b>Cuadro III-78: Resumen de Costos para el desarrollo de las actividades estratégicas por año.</b>						
<b>RUBRO</b>	<b>COSTO ANO 1</b>	<b>COSTO ANO 2</b>	<b>COSTO ANO 3</b>	<b>COSTO ANO 4</b>	<b>COSTO AÑO 5</b>	<b>TOTAL</b>
ACTIVIDADES ESTRATÉGICAS	\$6,223.51	\$3,762.64	\$5,893.44	\$3,271.94	\$5,998.75	<b>\$25,150.28</b>

Fuente: elaboración propia

**2.2.3 RESUMEN DE COSTOS DEL SUBSISTEMA DE PLANEACIÓN A REALIZARSE EN LOS AÑOS 1,2,3,4,5.**

A continuación se muestran los costos de aquellas actividades del subsistema de planeación que se desarrollarán durante los cinco años del proyecto. Es necesario aclarar que han sido aplicadas las respectivas tasas de inflación.

<sup>173</sup> A los costos les ha sido aplicada la inflación correspondiente a la proyección que se muestra en anexo III-2.

<b>Cuadro III-79: Resumen de Costos del subsistema de planeación a realizarse en los años 1,2,3,4,5.</b>						
<b>RUBRO</b>	<b>COSTO ANO 1</b>	<b>COSTO ANO 2</b>	<b>COSTO ANO 3</b>	<b>COSTO ANO 4</b>	<b>COSTO AÑO 5</b>	<b>TOTAL</b>
ELABORACIÓN DE PLANES	\$813.59	\$814.03	\$814.51	\$815.02	\$815.56	<b>\$4,072.71</b>
ACTIVIDADES ESTRATÉGICAS	\$6,223.51	\$3,762.64	\$5,893.44	\$3,271.94	\$5,998.75	<b>\$25,150.28</b>
<b>TOTAL</b>	<b>\$7,037.10</b>	<b>\$4,576.67</b>	<b>\$6,707.95</b>	<b>\$4,086.96</b>	<b>\$6,814.31</b>	<b>\$29,222.99</b>

Fuente: elaboración propia

## **2.3 COSTOS DEL SUBSISTEMA DE ORGANIZACIÓN.**

Este apartado comprende las actividades a desarrollar en el subsistema de organización.

### **2.3.1 COSTOS DE ACTIVIDAD 1: DOCUMENTACIÓN Y ANÁLISIS DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS**

Se refiere a los costos necesarios para la documentación y análisis de los procedimientos administrativos de la institución.

Costo SALARIOS:

<b>Cuadro III-80: Detalle de SALARIOS para Documentación y Análisis de procedimientos administrativos</b>			
<b>CARGO</b>	<b>HORAS</b>	<b>COSTO/HORA (US\$)</b>	<b>INVERSIÓN TOTAL (US\$)</b>
Jefe de RRHH	39,78	7,45	296,36
Jefe de UACI	2,34	7,45	17,43
Jefe de UFI	9,36	7,45	69,73
Jefe Conservación y Mantenimiento	11,7	7,45	87,17
Encargado de procedimiento	47,25	5,01	236,72
Encargado de documentación y análisis	162	3,53	571,86
		<b>TOTAL</b>	<b>1279,27</b>

Fuente: elaboración propia

Costos de insumos.

<b>Cuadro III-81: Costos de insumos para la Documentación y Análisis de procedimientos administrativos</b>				
<b>RECURSOS</b>	<b>ÍTEM</b>	<b>PRECIO UNITARIO (US\$)</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>INVERSIÓN TOTAL (US\$)</b>
INSUMOS	Fotocopias	0,02	1337	26,74
	Resma de papel bond	4,5	0,54	2,43
	Tabla de anotaciones con clip	1,9	3	5,7
	lápices	0,15	3	0,45
	tinta negra	22,9	0,4	9,16
	borrador	0,5	3	1,5
	encuadernados	1,5	5	7,5
		<b>TOTAL</b>		<b>53,48</b>

Fuente: elaboración propia

Resumen de costos:

<b>Cuadro III-82: Resumen de Costos de Documentación y Análisis de procedimientos administrativos</b>	
<b>RUBRO</b>	<b>INVERSIÓN US\$</b>
SALARIOS	1279,27
INSUMOS	53,48
<b>TOTAL</b>	<b>\$1332,75</b>

Fuente: elaboración propia

### 2.3.2 COSTOS DE ACTIVIDAD 2: PROPUESTAS DE MEJORA A LOS PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

En este apartado se detalla el costo de insumos y equipo necesarios para el desarrollo de las mejoras sugeridas en los procedimientos claves.

Costos de Insumos y equipo:

<b>Cuadro III-83: costos de Insumos y Equipo Propuestas de mejora a los procedimientos administrativos</b>					
<b>RUBRO</b>	<b>ÍTEM</b>	<b>PRECIO (US\$)</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>COSTO TOTAL (US\$)</b>	<b>TOTAL</b>
INSUMOS	Tinta negra	22,90	1	22,90	225,40
	Fotocopias	0,02	10	0,20	
	Hojas bond de colores	4,90	40	196,00	
	Resma de papel bond	4,50	1,4	6,30	
EQUIPO	Computadoras	336,00	2	672,00	1024,00
	Carretillas para transporte	176,00	2	352,00	

Fuente: elaboración propia

Resumen de costos:

<b>Cuadro III-84: Resumen de Costos Propuestas de mejora a los procedimientos administrativos<sup>174</sup></b>	
<b>RUBRO</b>	<b>COSTO TOTAL US\$</b>
EQUIPO	1024,00
INSUMOS	225,40
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 1249,40</b>

Fuente: elaboración propia

### 2.3.3 COSTOS DE ACTIVIDAD 3: DOCUMENTACIÓN DEL MANUAL DE ORGANIZACIÓN

La documentación del manual de organización consiste en la impresión del ejemplar de manual de organización diseñado.

---

<sup>174</sup> Los costos de horas hombre han sido considerados en los costos de "Documentación y análisis de los procedimientos"



Costos de Insumos:

<b>Cuadro III-85: Costos de insumos para la Documentación del Manual de Organización<sup>175</sup></b>				
<b>RUBRO</b>	<b>ÍTEM</b>	<b>COSTO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>INVERSIÓN TOTAL</b>
INSUMOS	Resma de papel bond tamaño carta	4,5	1	4,5
	Empastados	5	28	140
	Cartuchos tinta negra	22,9	1	22,9
			<b>TOTAL</b>	<b>\$167,40</b>

Fuente: elaboración propia

Resumen de costos:

<b>Cuadro III-86: Resumen de Costos de documentación del manual de organización</b>	
<b>RUBRO</b>	<b>COSTO TOTAL US\$</b>
INSUMOS	167.40
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 167.40</b>

Fuente: elaboración propia

### **2.3.4 RESUMEN DE COSTOS DEL SUBSISTEMA DE ORGANIZACIÓN A REALIZARSE EN EL AÑO 1:**

En este apartado se resumen los costos del subsistema de organización para la propuesta, es importante aclarar que estos costos serán realizados en el primer año.

Resumen de costos por actividad:

<b>Cuadro III-87a: RESUMEN DE COSTOS POR ACTIVIDAD PARA EL SUBSISTEMA DE ORGANIZACIÓN</b>	
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>COSTO</b>
ACTIVIDAD 1: DOCUMENTACIÓN Y ANÁLISIS DE PROCEDIMIENTOS	1332,75
ACTIVIDAD 2: PROPUESTA DE MEJORA A LOS PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS	1249,40
ACTIVIDAD 3: DOCUMENTACIÓN DEL MANUAL DE ORGANIZACIÓN	167,4
<b>TOTAL</b>	<b>\$2749,55</b>

Fuente: elaboración propia

Resumen de costos por rubro:

<b>Cuadro III-87b: RESUMEN DE COSTOS POR RUBRO PARA EL SUBSISTEMA DE ORGANIZACIÓN</b>	
<b>RUBRO</b>	<b>COSTO (US\$)</b>
INSUMOS	446.28
EQUIPO	1024
SALARIOS	1279.27
<b>TOTAL</b>	<b>\$2749.55</b>

Fuente: elaboración propia

<sup>175</sup> Los costos de horas hombre no han sido considerados dado que se han destinado como responsables de esta actividad a estudiantes en horas sociales; los cuales no reciben ningún tipo de remuneración

## 2.4 COSTOS DEL SUBSISTEMA DE DIRECCIÓN.

El costeo de las actividades del subsistema de dirección se muestra a continuación.

### 2.4.3 COSTOS DE ACTIVIDAD 3: TALLER DE MOTIVACIÓN LABORAL

Los costos de la propuesta orientada a mejorar los niveles de motivación del Hospital se detallan a continuación:

Costo SALARIOS:

<b>Cuadro III-88: Detalle de SALARIOS para Taller de Motivación laboral</b>							
<b>CARGO</b>	<b>Sueldo/hora</b>	<b>Horas capacitac.</b>	<b>COSTO TOTAL</b>	<b>Cargo</b>	<b>Sueldo/hora</b>	<b>Horas de capacitac.</b>	<b>COSTO TOTAL</b>
Jefe de Medicina Interna	7,73	4	30,92	Jefe lavandería	5,25	4	21,00
Jefe de cirugía	7,73	4	30,92	Jefe servicios auxiliares	3,27	4	13,08
Jefe de Ginecología	7,73	4	30,92	Jefe de Archivo	5,94	4	23,76
Jefe de Pediatría	7,73	4	30,92	Jefe UFI	7,45	4	29,80
Jefe de Residentes	15,46	4	61,84	Jefe de Conservación y Mtto	5,56	4	22,24
Jefe de enfermería	8,54	4	34,16	Jefe UACI	3,73	4	14,92
Jefe RRHH	7,45	4	29,80	Jefe de almacén	5,25	4	21,00
Jefe de Consulta Externa	7,73	4	30,92	Jefe alimentación y dietas	5,25	4	21,00
<b>TOTAL</b>							<b>\$447,20</b>

Fuente: elaboración propia

Costos de insumos y alimentación:

<b>Cuadro III-89: Costos de Insumos y Alimentación para Taller de Motivación laboral</b>				
<b>RUBRO</b>	<b>ITEM</b>	<b>PRECIO UNITARIO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>COSTO</b>
INSUMOS	Paquete de fólder/25 uds.	2,50	0,6	1,50
	Resma Papel bond t/carta	4,50	0,16	0,72
	Fotocopias Material de apoyo	0,02	30	0,60
	1 Caja de lapiceros	1,15	1,33	1,53
	Plumón de pizarra	1,25	1	1,25
	Consumo de Energía Eléctrica laptop	0,14	4,5	0,28
	Consumo de Energía Eléctrica proyector	0,14	4	0,28
ALIMENTAC	Coffee break	1,25	16	20,00
	agua para beber	1,89	1	1,89
<b>TOTAL</b>				<b>28.04</b>

Fuente: elaboración propia

Resumen de costos:

<b>Cuadro III-90: Resumen de Costos de Taller de Motivación laboral</b>	
<b>RUBRO</b>	<b>COSTO TOTAL</b>
SALARIOS	447,20
INSUMOS	6,15
REFRIGERIOS	21,89
<b>TOTAL</b>	<b>\$475,24</b>

Fuente: elaboración propia

#### **2.4.4 COSTOS DE ACTIVIDAD 4: DETECCIÓN DE NECESIDADES DE MOTIVACIÓN.**

Para lograr buenos niveles de motivación en el Hospital es necesaria la detección previa de aquellos factores que los empleados consideren como motivadores.

Costo SALARIOS:

<b>Cuadro III-91: Detalle de SALARIOS para Detección de necesidades de Motivación</b>			
<b>CARGO</b>	<b>SUELDO/HORA</b>	<b>HORAS</b>	<b>COSTO TOTAL</b>
Técnico RRHH (Encargado de Capacitaciones)	5,33	24	127,92
Jefe de RRHH	7,45	1	7,45
		<b>TOTAL</b>	<b>\$135,37</b>

Fuente: elaboración propia

Costos de insumos:

<b>Cuadro III-92: Costos de insumos para la Detección de necesidades de Motivación</b>				
<b>RUBRO</b>	<b>ITEM</b>	<b>PRECIO UNITARIO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>COSTO</b>
INSUMOS	Fotocopias Material de apoyo	0,02	365	<b>\$7,3</b>

Fuente: elaboración propia

Resumen de costos:

<b>Cuadro III-93: Resumen de Costos Detección de necesidades de Motivación</b>	
<b>RUBRO</b>	<b>COSTO TOTAL</b>
SALARIOS	135,37
INSUMOS	7,30
<b>TOTAL</b>	<b>\$142,67</b>

Fuente: elaboración propia

#### **2.4.7 RESUMEN DE COSTOS DEL SUBSISTEMA DE DIRECCIÓN.**

A continuación se muestran los costos de aquellas actividades del subsistema de dirección que se desarrollarán en el proyecto, vale aclarar que estas actividad se realizarán en el segundo año.

<b>Cuadro III-94: RESUMEN DE COSTOS POR ACTIVIDAD PARA EL SUBSISTEMA DE DIRECCIÓN, AÑO 2</b>	
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>COSTO</b>
ACTIVIDAD 3: TALLER DE MOTIVACIÓN	475.24
ACTIVIDAD 4: DETECCIÓN DE NECESIDADES DE MOTIVACIÓN	142,67
<b>TOTAL</b>	<b>\$617.91</b>

Fuente: elaboración propia

Es necesario aclarar que se aplicará al rubro de insumos y alimentación, la tasa de inflación proyectada, quedando los costos de la siguiente manera:

<b>Cuadro III-95: RESUMEN DE COSTOS POR RUBRO PARA EL SUBSISTEMA DE DIRECCIÓN, AÑO 2 (CON INFLACIÓN)</b>		
<b>RUBRO</b>	<b>COSTO (US\$)</b>	<b>COSTOS AÑO 2 (US\$)</b>
INSUMOS	13.45	14.14
SERVICIO DE ALIMENTACIÓN	21.89	23.01
SALARIOS	582.57	582.57
<b>TOTAL</b>	<b>\$617.91</b>	<b>619.72</b>

Fuente: elaboración propia

## **2.5 COSTOS DEL SUBSISTEMA DE CONTROL**

A continuación se describen las diferentes actividades de costos del proyecto, pertenecientes a la fase de control.

### **2.5.3 COSTOS DE ACTIVIDAD 3: SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LOS INDICADORES**

*Costos de INSUMOS:*

<b>Cuadro III-96: Costos de insumos para el Seguimiento y Control de los Indicadores</b>				
<b>RUBRO</b>	<b>ITEM</b>	<b>PRECIO UNITARIO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>COSTO</b>
INSUMOS	Resma de papel bond	4,50	1	4,5

Fuente: elaboración propia

*Costo SALARIOS:*

<b>Cuadro III-97: Detalle de SALARIOS para Elaboración de Reportes de Indicadores Actividades Estratégicas</b>							
<b>CARGO</b>	<b>Sueldo/hora</b>	<b>Horas capacitac.</b>	<b>COSTO TOTAL</b>	<b>Cargo</b>	<b>Sueldo/hora</b>	<b>Horas de capacitac.</b>	<b>COSTO TOTAL</b>
Jefe de RRHH	7,45	2	14,9	Estudiantes en servicio social	0	0,5	0
Técnico de RRHH (encargado de Capacitación y desarrollo)	5,33	4	21,32	Director del hospital	15,46	6	92,76

<b>Cuadro III-97: Detalle de SALARIOS para Elaboración de Reportes de Indicadores Actividades Estratégicas</b>							
<b>CARGO</b>	<b>Sueldo/hora</b>	<b>Horas capacitac.</b>	<b>COSTO TOTAL</b>	<b>Cargo</b>	<b>Sueldo/hora</b>	<b>Horas de capacitac.</b>	<b>COSTO TOTAL</b>
Técnico de RRHH (encargado del SIRHI)	5,33	2,5	13,33	Jefe enfermeras	8,54	2,5	21,35
Técnico de RRHH (encargado de prestaciones y servicios)	5,33	4,5	23,99	Jefe de archivo medico	5,94	2,5	14,85
Jefe Residentes	15,46	3,5	54,11	Técnico Presupuesto	5,94	1,5	8,91
Jefe medicina	7,73	0,5	3,87			<b>TOTAL</b>	<b>269,38</b>

Fuente: elaboración propia

<b>Cuadro III-98: Detalle de SALARIOS Revisión de Reportes Indicadores de Actividades Estratégicas</b>			
<b>CARGO</b>	<b>SUELDO/HORA</b>	<b>HORAS</b>	<b>COSTO TOTAL</b>
Jefe de RRHH	7,45	3,91	29,13
Director del hospital	15,46	1,36	21,03
Jefe Residentes	15,46	3,23	49,94
Jefe UACI	7,45	0,68	5,07
Jefe de Conservación y Mtto	7,45	0,17	1,27
Jefe UFI	7,45	0,85	6,33
		<b>TOTAL</b>	<b>112,76</b>

Fuente: elaboración propia

<b>Cuadro III-99: Detalle de SALARIOS para Elaboración de Reportes de Indicadores para objetivos Estratégicos</b>			
<b>CARGO</b>	<b>SUELDO/HORA</b>	<b>HORAS</b>	<b>COSTO TOTAL</b>
Jefe de RRHH	7,45	6	44,70
Director del hospital	15,46	0,75	11,60
Jefe Residentes	15,46	2,25	34,79
Jefe UACI	7,45	1,5	11,18
Jefe de Conservación y Mtto	7,45	0,75	5,59
Jefe UFI	7,45	1,5	11,18
		<b>TOTAL</b>	<b>119,02</b>

Fuente: elaboración propia

<b>Cuadro III-100: Detalle de SALARIOS para Revisión de Reportes de Indicadores para objetivos Estratégicos</b>			
<b>CARGO</b>	<b>SUELDO/HORA</b>	<b>HORAS</b>	<b>COSTO</b>
Jefe de RRHH	7,45	0,25	1,86
Jefe UACI	7,45	0,25	1,86
Jefe enfermeras	8,54	0,25	2,14
Director del hospital	15,46	0,25	3,87
Jefe Residentes	15,46	1,50	23,19
Jefe UFI	7,45	0,50	3,73
Jefe de archivo medico	5,94	1,00	5,94
		<b>TOTAL</b>	<b>42,58</b>

Fuente: elaboración propia

<b>Cuadro III-101: Resumen de Costos de SALARIOS para el seguimiento y control de indicadores</b>	
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>COSTO TOTAL</b>
SALARIOS de reportes indicadores de actividades estratégicas	269,38
SALARIOS de revisión de reportes de indicadores actividades estratégicas	112,76
SALARIOS elaboración de reportes de indicadores obj. estratégicos	119,02
SALARIOS de revisión de reportes de indicadores obj. estratégicos	42,58
<b>Total</b>	<b>\$543.74</b>

Fuente: elaboración propia

Resumen de costos:

<b>Cuadro III-102: Resumen de Costos de Seguimiento y Control de los Indicadores</b>	
<b>Rubro</b>	<b>COSTO TOTAL</b>
Costos de SALARIOS	543.74
Insumos	4.50
<b>Total</b>	<b>548,23</b>

Fuente: elaboración propia

**2.5.5 RESUMEN DE COSTOS DEL SUBSISTEMA DE CONTROL A REALIZARSE EN EL AÑO 1,2,3,4,5:**

A continuación se muestran los costos de aquellas actividades del subsistema de control que se desarrollarán durante los cinco años del periodo de planeación.

Costos subsistema de control año 1:

<b>Cuadro III-103: RESUMEN DE COSTOS POR ACTIVIDAD PARA EL SUBSISTEMA DE CONTROL</b>	
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>COSTO US\$</b>
ACTIVIDAD 3: SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LOS INDICADORES	548,23
<b>TOTAL</b>	<b>\$548.23</b>

Fuente: elaboración propia

<b>Cuadro III-104: RESUMEN DE COSTOS POR RUBRO PARA EL SUBSISTEMA DE CONTROL</b>	
<b>RUBRO</b>	<b>COSTO (US\$)</b>
INSUMOS	4.50
SALARIOS	543.73
<b>TOTAL</b>	<b>\$548.23</b>

Fuente: elaboración propia

Resumen de costos subsistema de control año 1,2,3,4,5:

Para el cálculo del costo del subsistema de control en los años restantes se aplicará al rubro de INSUMOS la tasa de inflación proyectada, quedando los costos de la siguiente manera:

<b>CUADRO III-105: RESUMEN DE COSTOS DEL SUBSISTEMA DE CONTROL PARA LOS AÑOS 1,2,3,4,5 (CON INFLACIÓN APLICADA)</b>						
<b>RUBRO</b>	<b>COSTO AÑO 1</b>	<b>COSTO AÑO 2</b>	<b>COSTO AÑO 3</b>	<b>COSTO AÑO 4</b>	<b>COSTO AÑO 5</b>	<b>TOTAL</b>
INSUMOS	4.50	4.73	4.97	5.24	5.51	<b>24.96</b>
SALARIOS	543.73	543.73	543.73	543.73	543.73	<b>2718.64</b>
<b>TOTAL (US\$)</b>	<b>548.23</b>	<b>548.46</b>	<b>548.70</b>	<b>548.96</b>	<b>549.24</b>	<b>2743.60</b>

Fuente: elaboración propia

### **3. RESUMEN GENERAL DE COSTOS DEL PROYECTO**

#### **3.1 INVERSIÓN INICIAL DEL PROYECTO**

La palabra inversión se refiere a la cuantificación monetaria de todos los recursos (humano, equipo, materiales) necesarios para poner en marcha el proyecto. Pueden definirse como el conjunto de bienes de la Institución que no son objeto de comercialización y que se adquieren una vez durante la etapa de implantación del proyecto siendo utilizadas la mayoría de las veces a lo largo de su vida útil.

A continuación se presenta el resumen de las inversiones necesarias para implementar el Sistema Administrativo en el Hospital Nacional Santa Teresa. Se han clasificadas las inversiones de acuerdo a las actividades del sistema de costeo.

<b>Cuadro III-106: INVERSIONES DEL PROYECTO</b>	
<b>RUBRO</b>	<b>MONTO</b>
ESTUDIOS PREVIOS	\$ 3583.00
ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO	\$ 12,347.21
<b>TOTAL</b>	<b>\$15,930.21</b>

Fuente: elaboración propia

### **3.2 RESUMEN DE COSTOS POR AÑO.**

Se presentan de igual manera los costos para cada año del periodo de planeación estratégica (5 años) que estipula el Sistema Administrativo. Los costos para cada año han sido clasificados de acuerdo a las actividades del sistema de costo y ha sido aplicada la respectiva tasa de inflación proyectada a cada año.

<b>Cuadro III-107: COSTOS AÑO 1</b>	
<b>RUBRO</b>	<b>MONTO</b>
SUBSISTEMA DE PLANEACIÓN ACTIVIDADES ESTRATÉGICAS	\$813.59 \$6,223.51
SUBSISTEMA DE ORGANIZACIÓN	\$2749.55
SUBSISTEMA DE DIRECCIÓN	\$0.00
SUBSISTEMA DE CONTROL	\$548.23
<b>TOTAL</b>	<b>\$10,334.87</b>

Fuente: elaboración propia

<b>Cuadro III-108: COSTOS AÑO 2</b>	
<b>RUBRO</b>	<b>MONTO</b>
SUBSISTEMA DE PLANEACIÓN. ACTIVIDADES ESTRATÉGICAS	\$814.03 \$3,762.64
SUBSISTEMA DE ORGANIZACIÓN	\$0.00
SUBSISTEMA DE DIRECCIÓN	\$619.72
SUBSISTEMA DE CONTROL	\$548.46
<b>TOTAL</b>	<b>\$5,744.85</b>

Fuente: elaboración propia

<b>Cuadro III-109: COSTOS AÑO 3</b>	
<b>RUBRO</b>	<b>MONTO</b>
SUBSISTEMA DE PLANEACIÓN ACTIVIDADES ESTRATÉGICAS	\$814.51 \$5,893.44
SUBSISTEMA DE ORGANIZACIÓN	\$0.00
SUBSISTEMA DE DIRECCIÓN	\$0.00
SUBSISTEMA DE CONTROL	\$548.70
<b>TOTAL</b>	<b>\$7,256.65</b>

Fuente: elaboración propia



<b>Cuadro III-110: COSTOS AÑO 4</b>	
<b>RUBRO</b>	<b>MONTO</b>
SUBSISTEMA DE PLANEACIÓN	\$815.02
ACTIVIDADES ESTRATÉGICAS	\$3,271.94
SUBSISTEMA DE ORGANIZACIÓN	\$0.00
SUBSISTEMA DE DIRECCIÓN	\$0.00
SUBSISTEMA DE CONTROL	\$548.96
<b>TOTAL</b>	<b>\$4,635.92</b>

Fuente: elaboración propia

<b>Cuadro III-111: COSTOS AÑO 5</b>	
<b>RUBRO</b>	<b>MONTO</b>
SUBSISTEMA DE PLANEACIÓN	\$815.56
ACTIVIDADES ESTRATÉGICAS	\$5,998.75
SUBSISTEMA DE ORGANIZACIÓN	\$0.00
SUBSISTEMA DE DIRECCIÓN	\$0.00
SUBSISTEMA DE CONTROL	\$549.24
<b>TOTAL</b>	<b>\$7,363.55</b>

Fuente: elaboración propia

#### **4. RESUMEN DE COSTOS APLICANDO EL ANÁLISIS INCREMENTAL**

A partir de los costos obtenidos del Resumen General, se puede hacer un análisis de costos incrementales en los cuales incurriría el Hospital Nacional Santa Teresa, al implementar el Sistema Administrativo.

Para calcular estos costos incrementales no se tomarán en cuenta todos aquellos costos que no representarán gastos para la institución, tanto en Insumos, personal<sup>176</sup>, horas extra, etc. Estos serán los datos que se utilizarán para los diversos análisis económicos del estudio.

##### **4.1 INVERSIÓN INICIAL DEL PROYECTO APLICANDO EL ANÁLISIS INCREMENTAL.**

<b>Cuadro III-112: INVERSIÓN EN EL SISTEMA ADMINISTRATIVO</b>	
<b>RUBRO</b>	<b>MONTO</b>
ESTUDIOS PREVIOS	\$ 0.00
ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO	\$3,760.93
<b>INVERSIÓN INICIAL</b>	<b>\$3,760.93</b>

Fuente: elaboración propia

<sup>176</sup> La justificación de los costos que no se utilizarán se encuentra en ANEXO III-5.

#### **4.2 RESUMEN DE COSTOS POR AÑO APLICANDO EL ANÁLISIS INCREMENTAL.**

A Continuación se presentan los costos reales para cada año del periodo de planeación estratégica (5 años) que estipula el Sistema Administrativo. Los costos para cada año han sido clasificados de acuerdo a las actividades del sistema de costeo y ha sido aplicada la respectiva tasa de inflación proyectada a cada año.

<b>Cuadro III-113: COSTOS AÑO 1</b>	
<b>RUBRO</b>	<b>MONTO</b>
SUBSISTEMA DE PLANEACIÓN	\$8.75
ACTIVIDADES ESTRATÉGICAS	\$1082.08
SUBSISTEMA DE ORGANIZACIÓN	\$1470.28
SUBSISTEMA DE DIRECCIÓN	\$0.00
SUBSISTEMA DE CONTROL	\$4.50
<b>TOTAL</b>	<b>\$2,565.61</b>

Fuente: elaboración propia

<b>Cuadro III-114: COSTOS AÑO 2</b>	
<b>RUBRO</b>	<b>MONTO</b>
SUBSISTEMA DE PLANEACIÓN	\$9.19
ACTIVIDADES ESTRATÉGICAS	\$1119.81
SUBSISTEMA DE ORGANIZACIÓN	\$0.00
SUBSISTEMA DE DIRECCIÓN	\$37.15
SUBSISTEMA DE CONTROL	\$4.73
<b>TOTAL</b>	<b>\$1,170.88</b>

Fuente: elaboración propia

<b>Cuadro III-115: COSTOS AÑO 3</b>	
<b>RUBRO</b>	<b>MONTO</b>
SUBSISTEMA DE PLANEACIÓN	\$9.67
ACTIVIDADES ESTRATÉGICAS	\$935.69
SUBSISTEMA DE ORGANIZACIÓN	\$0.00
SUBSISTEMA DE DIRECCIÓN	\$0.00
SUBSISTEMA DE CONTROL	\$4.97
<b>TOTAL</b>	<b>\$950.33</b>

Fuente: elaboración propia

<b>Cuadro III-116: COSTOS AÑO 4</b>	
<b>RUBRO</b>	<b>MONTO</b>
SUBSISTEMA DE PLANEACIÓN	\$10.18
ACTIVIDADES ESTRATÉGICAS	\$963.67
SUBSISTEMA DE ORGANIZACIÓN	\$0.00
SUBSISTEMA DE DIRECCIÓN	\$0.00
SUBSISTEMA DE CONTROL	\$5.24
<b>TOTAL</b>	<b>\$979.09</b>

Fuente: elaboración propia

<b>Cuadro III-117: COSTOS AÑO 5</b>	
<b>RUBRO</b>	<b>MONTO</b>
SUBSISTEMA DE PLANEACIÓN	\$10.72
ACTIVIDADES ESTRATÉGICAS	\$1031.80
SUBSISTEMA DE ORGANIZACIÓN	\$0.00
SUBSISTEMA DE DIRECCIÓN	\$0.00
SUBSISTEMA DE CONTROL	\$5.51
<b>TOTAL</b>	<b>\$1,048.03</b>

Fuente: elaboración propia

<b>Cuadro III-118: RESUMEN DE COSTOS TOTALES DEL PROYECTO</b>	
<b>RUBRO</b>	<b>MONTO</b>
INVERSIÓN INICIAL	\$3,760.93
IMPREVISTOS INVERSIÓN INICIAL	\$376.09
<b>TOTAL INVERSIÓN INICIAL</b>	<b>\$4,137.02</b>
COSTOS AÑO 1	\$2,565.61
IMPREVISTOS AÑO 1	\$256.56
<b>TOTAL AÑO 1</b>	<b>\$2,822.17</b>
COSTOS AÑO 2	\$1,170.88
IMPREVISTOS AÑO 2	\$117.09
<b>TOTAL AÑO 2</b>	<b>\$1,287.97</b>
COSTOS AÑO 3	\$950.33
IMPREVISTOS AÑO 3	\$95.03
<b>TOTAL AÑO 3</b>	<b>\$1,045.36</b>
COSTOS AÑO 4	\$979.09
IMPREVISTOS AÑO 4	\$97.91
<b>TOTAL AÑO 4</b>	<b>\$1,077.00</b>
COSTOS AÑO 5	\$1,048.03
IMPREVISTOS AÑO 5	\$104.80
<b>TOTAL AÑO 5</b>	<b>\$1,152.83</b>
<b>TOTAL</b>	<b>\$11,522.36</b>

Fuente: elaboración propia

En el resumen de los costos del proyecto se incluye el rubro de imprevistos, el cual será de 10.00%<sup>177</sup>. Este rubro de imprevistos tiene como finalidad afrontar las variaciones de lo planificado o para posibles contingencias a cubrir durante la etapa de implantación del proyecto, es decir que sirven para solventar costos no previstos.

Según la fuente de información, los imprevistos deberían de cubrir al menos el porcentaje de inflación promedio para el ciclo de vida del proyecto (La inflación calculada promedio para los próximos 5 años es del 5.18%), por lo que se valida el porcentaje de imprevistos utilizado.

Como se planteó anteriormente, estos datos servirán para realizar los diversos análisis económicos, desde un punto de vista incremental.

A continuación se presenta la programación de desembolsos del proyecto.

---

<sup>177</sup> Porcentaje de imprevistos para proyectos de inversión pública. Fuente: Lic. José Lino Trujillo, Subdirector de Dirección General de Tesorería. Ministerio de Hacienda.

## 5. PROGRAMACIÓN DE DESEMBOLSOS

<b>CUADRO III-119: PROGRAMACION DE DESEMBOLSOS DEL PROYECTO.</b>																				
<b>Actividad</b>	<b>ANO 1</b>				<b>ANO 2</b>				<b>ANO 3</b>				<b>ANO 4</b>				<b>ANO 5</b>			
	<b>1f</b>	<b>2f</b>	<b>3f</b>	<b>4f</b>	<b>1f</b>	<b>2f</b>	<b>3f</b>	<b>4f</b>	<b>1f</b>	<b>2f</b>	<b>3f</b>	<b>4f</b>	<b>1f</b>	<b>2f</b>	<b>3f</b>	<b>4f</b>	<b>1f</b>	<b>2f</b>	<b>3f</b>	<b>4f</b>
Elaboración de planes.	\$8.75				\$9.19				\$9.67				\$10.18				\$10.72			
Actividades estratégicas.	\$1082.08				\$1119.81				\$935.69				\$963.67				\$1031.80			
Documentación y análisis de procedimientos.	\$53.48																			
Mejoras a los procedimientos administrativos		\$1249.40																		
Documentación del manual de organización		\$167.4																		
Detección de necesidades de motivación					\$7.67															
Taller de motivación					\$29.48															
Seguimiento de indicadores.	\$4.50				\$4.73				\$4.97				\$5.24				\$5.51			
<b>Total trimestral</b>	337,25	1,687,32	270,52	270,52	331,02	279,95	279,95	279,95	248,56	233,92	233,92	233,92	256,34	240,92	240,92	240,92	274,18	257,95	257,95	257,95
<b>Total por año</b>	<b>\$2,565.61</b>				<b>\$1,170.88</b>				<b>\$950.33</b>				<b>\$979.09</b>				<b>\$1,048.03</b>			

Fuente: elaboración propia

## **CAPÍTULO 3 :**

# **BENEFICIOS DEL PROYECTO**

## 1. AHORROS GENERADOS POR EL PROYECTO

A partir de los diferentes beneficios esperados por la implementación del sistema administrativo bajo el enfoque de gestión estratégica en el Hospital Nacional Santa Teresa, se han generado los ahorros del proyecto, traducidos en términos económicos para su posterior evaluación.

A continuación se presentan los diferentes ahorros esperados, con la implementación de la propuesta administrativa en el nosocomio.

### 1.1 AHORROS ASOCIADOS A LA MEJORA DE PROCEDIMIENTOS

En este apartado se detallarán los diferentes beneficios obtenidos como resultado las mejoras de procedimientos propuestas en la etapa de diseño.

Estas mejoras traducidas en ahorros de horas hombre y materiales, los cuales producirán ahorros para la institución como los que se detallan a continuación:

<b>Cuadro III-120: Ahorros provenientes de ahorros producidos por la mejora de procedimientos.</b>									
Procedimiento	Reclutamiento y selección externa								
Ahorros de salarios					Ahorro en materiales				
Cargo	Tiempo (hrs)	Sueldo/hora	Frec. Proc.	Ahorro	Item	Cant.	Costo	Frec. Proc.	Ahorro
Jefe de RRHH	0.41	7.35	3	9.04					
Técnico de RRHH (Encargado de prestaciones)	0.33	5.1	3	5.05					
Jefe solicitante	0.26	6.62	3	5.16					
<b>Total</b>				<b>19.26</b>	<b>Total</b>				<b>0,00</b>
Procedimiento	Administración del Sistema de Recursos Humanos (SIRHI)								
Ahorros de salarios					Ahorro en materiales				
Cargo	Tiempo (hrs)	Sueldo/hora	Frec. Proc.	Ahorro	Item	Cant.	Costo	Frec. Proc.	Ahorro
Jefe de RRHH	1.5	7.35	1	11.03	Papel bond	1.44	4.5	1	6.48
Director	0.25	12.01	1	3.00					
Técnico de RRHH (Encargado del SIRHI)	76	5.1	1	387.60					
<b>Total</b>				<b>401.63</b>	<b>Total</b>				<b>6.48</b>

**Cuadro III-120: Ahorros provenientes de ahorros producidos por la mejora de procedimientos.**

Procedimiento									
<b>Capacitación y desarrollo</b>									
Ahorros de salarios					Ahorro en materiales				
Cargo	Tiempo (hrs)	Sueldo/hora	Frec. Proc.	Ahorro	Item	Cant.	Costo	Frec. Proc.	Ahorro
Jefe de RRHH	0.16	7.35	13	15.29	Papel bond	0.04	4.5	13	2.11
Técnico de RRHH (Encargado de Capacitaciones y Desarrollo)	12.17	5.1	13	806.87					
Director	0.34	12.01	13	53.08					
<b>Total</b>				<b>875.25</b>	<b>Total</b>				<b>2.11</b>
Procedimiento									
<b>Actualización y Apertura de Expedientes y Tarjetas de Registros de movimientos de Personal</b>									
Ahorros de salarios					Ahorro en materiales				
Cargo	Tiempo (hrs)	Sueldo/hora	Frec. Proc.	Ahorro	Item	Cant.	Costo	Frec. Proc.	Ahorro
Jefe de RRHH	1	7.35	1	7.35					
Técnico de RRHH (Encargado de prestaciones)	1	5.1	1	5.10					
<b>Total</b>				<b>12.45</b>	<b>Total</b>				<b>0,00</b>
Procedimiento									
<b>Servicios de mantenimiento correctivo y otras instalaciones (para equipo básico e instalaciones)</b>									
Ahorros de salarios					Ahorro en materiales				
Cargo	Tiempo (hrs)	Sueldo/hora	Frec. Proc.	Ahorro	Item	Cant.	Costo	Frec. Proc.	Ahorro
Jefe de mantenimiento	1.97	7.35	1	14.48	Papel bond	2.01	4.5	1	9.05
<b>Total</b>				<b>14.48</b>	<b>Total</b>				<b>9.05</b>
Procedimiento									
<b>Servicios de mantenimiento preventivo planificado</b>									
Ahorros de salarios					Ahorro en materiales				
Cargo	Tiempo (hrs)	Sueldo/hora	Frec. Proc.	Ahorro	Item	Cant.	Costo	Frec. Proc.	Ahorro
Jefe de Mantenimiento.	0.25	7.35	12	22.05					
<b>Total</b>				<b>22.05</b>	<b>Total</b>				<b>0,00</b>



Cuadro III-120: Ahorros provenientes de ahorros producidos por la mejora de procedimientos.									
Procedimiento	Almacenamiento de medicamentos e insumos								
Ahorros de salarios					Ahorro en materiales				
Cargo	Tiempo (hrs)	Sueldo/hora	Frec. Proc.	Ahorro	Item	Cant.	Costo	Frec. Proc.	Ahorro
Encargado de bodega.	1.5	3.96	36	213.88					
<b>Total</b>				<b>213.88</b>	<b>Total</b>				<b>0,00</b>
Procedimiento	Distribución de suministros médicos								
Ahorros de salarios					Ahorro en materiales				
Cargo	Tiempo (hrs)	Sueldo/hora	Frec. Proc.	Ahorro	Item	Cant.	Costo	Frec. Proc.	Ahorro
Jefe unidad solicitante	0.12	6.62	22	17.48					
Jefe Almacén	0.05	5.26	22	5.79					
<b>Total</b>				<b>17.48</b>	<b>Total</b>				<b>0,00</b>
<b>MONTO TOTAL AHORROS SALARIOS</b>				<b>1576.48</b>	<b>MONTO TOTAL AHORROS MATERIALES</b>				<b>17.63</b>
<b>AHORRO TOTAL MEJORA DE PROCEDIMIENTOS</b>					<b>\$1,594.11</b>				

Como puede observarse en la tabla anterior, con la implementación de las mejoras propuestas a los procedimientos administrativos, se obtendría un ingreso anual de \$1576,48 en concepto de ahorro de horas hombre, además de un ingreso anual de \$17,63 en concepto de ahorro de materiales, para un total anual de **\$1594,11**.

## 1.2 RESUMEN DE AHORROS GENERADOS POR EL PROYECTO.

Cuadro III-121: Resumen de ahorros generados por el proyecto					
Año del proceso de planeac.	1	2	3	4	5
Ahorros Generados por la Mejora de Procedimientos	\$1594.11	\$1594.11	\$1594.11	\$1594.11	\$1594.11
<b>Total</b>	<b>\$1594.11</b>	<b>\$1594.11</b>	<b>\$1594.11</b>	<b>\$1594.11</b>	<b>\$1594.11</b>

## 2. FLUJO DE EFECTIVO DEL PROYECTO.

### 2.1 GENERALIDADES

#### **2.1.1 Definición:**

Es el análisis financiero básico que muestra el efectivo generado y utilizado en las actividades generadas por el proyecto. Es decir, que muestra las entradas y salidas de dinero en la institución para un periodo determinado.

#### **2.1.2 Importancia:**

La información acerca del flujo de efectivo en el proyecto es útil porque suministra a la institución las bases para evaluar la capacidad que tiene el proyecto para generar efectivo y equivalentes al efectivo.

### 2.2 FLUJO DE EFECTIVO DEL PROYECTO.

#### **2.2.1 Ahorros del proyecto.**

Cuadro III-122: Ahorros generados por el proyecto					
Año del periodo de planeac.	1	2	3	4	5
Ahorros totales del proyecto por año.	\$1594.11	\$1594.11	\$1594.11	\$1594.11	\$1594.11

#### **2.2.2 Egresos del proyecto.**

Cuadro III-123: Egresos del proyecto					
Año del periodo de planeac.	1	2	3	4	5
Egresos totales del proyecto por año.	\$2,822.17	\$1,287.97	\$1,045.36	\$1,077.00	\$1,152.83

#### **2.2.3 Flujo de Efectivo del Proyecto.**

Cuadro III-124: Flujo de Efectivo					
Año del periodo de planeac.	1	2	3	4	5
Ahorros totales del proyecto por año.	\$1594.11	\$1594.11	\$1594.11	\$1594.11	\$1594.11
Egresos totales del proyecto por año.	\$2,822.17	\$1,287.97	\$1,045.36	\$1,077.00	\$1,152.83
<b>Total</b>	<b>(\$1,228.06)</b>	<b>\$306.14</b>	<b>\$548.75</b>	<b>\$517.11</b>	<b>\$441.28</b>

---

## **3. FUENTES DE FINANCIAMIENTO**

---

### **3.1 FONDOS PRESUPUESTALES**

El monto de la inversión inicial para realizar el proyecto "Propuesta de un Sistema Administrativo para el Hospital Nacional Santa Teresa" es de \$3,760.93, el cual puede ser cubierto a través de recursos propios, obtenidos del presupuesto anual asignado a la institución. Ya que anualmente se estipula un monto que ronda los \$45,822.00, para actividades de capacitación; el cual a su vez puede ser también utilizado en actividades de desarrollo institucional.

El monto necesario para el proyecto se asignará a las siguientes partidas presupuestarias de la institución:

- Servicios profesionales pagados por anticipado.
- Insumos de oficina, productos de papel e impresos.
- Pasajes y viáticos.
- Servicios comerciales.
- Maquinaria, equipo y mobiliario diverso.

Sin embargo, se sugieren buscar otras opciones de financiamiento o de apoyo al proyecto, a través de instituciones de formación profesional para la capacitación del personal y la gestión de donaciones para la realización de otros proyectos que surjan a partir del desarrollo del plan estratégico.

### **3.2 OTRAS POSIBLES FUENTES PARA FINANCIAR EL PROYECTO.**

#### **3.2.1 FINANCIAMIENTO DE CAPACITACIONES A TRAVÉS DE INSTITUCIONES DE FORMACIÓN PROFESIONAL.**

Para cubrir algunas capacitaciones externas el Hospital, puede negociar algún tipo de financiamiento del Instituto Salvadoreño de Formación Profesional (INSAFORP) para que cubra un porcentaje del costo de las mismas.

Para solicitar esta ayuda brindada por dicha institución deberán seguirse los siguientes pasos:

- Ingresar al sitio web de ISAFORP a la dirección: <http://www.insaforp.org.sv>.
- Ir al enlace "Solicite capacitación para su empresa" y descargue y complete el formato para registro de empresa. (Ver anexo III-6)
- Luego descargue y complete el formato para cursos abiertos o cerrados (según sea el caso). (Ver anexo III-7)
- Presente la información en las oficinas de INSAFORP para que el proyecto sea analizado y espere respuesta.

### 3.2.2 DONACIONES DE DIFERENTES ENTIDADES.

En cuanto, al financiamiento para el desarrollo de algunas estrategias estipuladas en el plan estratégico como es el caso de "Gestionar la continuidad de la Modernización del equipo e infraestructura de la institución" así como, "Generar proyectos de mejora institucional", entre otras., se deberá buscar el apoyo de entidades públicas, privadas o no gubernamentales tanto nacionales como internacionales, que brinden este tipo de colaboración a instituciones de servicio público como el Hospital Santa Teresa. Algunas de estas entidades pueden ser:

- Embajadas (Japón, Canadá, Taiwán, España, etc.)
- Universidades (de Montreal, de Alberta, de El Salvador, etc.)
- ONG's y Agrupaciones Benéficas (Agrupación Benéfica de Cónyuges de Diplomáticos, Club de Leones, Corazones amigos, MED-SHARE, etc.)
- Empresas Privada
- Instituciones gubernamentales (Secretaría Nacional de la Familia, Ministerio de Obras Públicas, etc.)
- Donaciones de personas naturales.

Para solicitar apoyo a estas entidades, deben de seguirse diferentes procesos, que varían de una institución a otra; por lo que se ha escogido a una de ellas para ejemplificar dicho proceso.

La entidad seleccionada es MED-SHARE Internacional, la cual es una organización sin fines de lucro con sede en Atlanta, con un impacto ambiental y humanitario de alcance internacional. Se encarga de recoger suministros médicos de sobra y el equipo usado de hospitales, de fabricantes y de distribuidores de los E.E.U.U. Estos materiales donados son procesados y puestos a la disposición los hospitales y las clínicas necesitadas en dos maneras:

- 1) A través de envíos directos de los suministros o equipos a las instituciones solicitantes y
- 2) A través del abastecimiento de artículos médicos comúnmente necesarios a misiones médicas destinadas a servir a personas o poblaciones necesitadas.

Para requerir cualquiera de los servicios ofrecidos por MED-SHARE, el solicitante, deberá seguir los siguientes pasos:

- Visitar el sitio en internet de la organización [www.medshare.org](http://www.medshare.org).
- Llenar con los datos requeridos, la solicitud de equipo o suministros que ahí aparece.
- Descargar y llenar el acuerdo del destinatario, con el cual el Hospital se compromete a utilizar los bienes a recibir a favor de la población necesitada.
- Enviar el acuerdo al correo electrónico [bgunter@medshare.org](mailto:bgunter@medshare.org).
- Esperar la resolución de la organización.

## **CAPÍTULO 4 :**

# **EVALUACIONES DEL PROYECTO**

---

## 1. GENERALIDADES DE LAS EVALUACIONES

---

Debido a los grandes riesgos en que se incurre al realizar una inversión; hoy en día se han diseñado una serie de técnicas que ayudan a realizar un pronóstico con base a información cierta y actual de los factores que influirán al proyecto del que se trate, con el fin de evaluar los resultados para tomar una decisión.

La evaluación de proyectos consiste en comparar los costos con los beneficios que estos generan, para así decidir sobre la conveniencia de llevarlos a cabo.

La importancia de evaluar un proyecto radica en el hecho de establecer si el proyecto en mención primeramente es viable (si existen las condiciones comerciales, técnicas y de infraestructura para concretar el proyecto) y en segundo lugar para establecer si es rentable o no, si va a generar ganancias o pérdidas para quienes promuevan dicha inversión.

Existen al menos cuatro puntos de vista diferentes desde los cuales se pueden analizar los proyectos (el del banquero que lo financia, el del propietario, el de la oficina presupuestal del gobierno y el del país), sin embargo, el análisis de proyectos de instituciones públicas exige en esencia responder únicamente a dos preguntas: ¿qué pasa con el bienestar o la riqueza del dueño o promotor del proyecto? y ¿qué pasa con el bienestar o riqueza de la sociedad en su conjunto?

Por lo que la evaluación para el proyecto en análisis puede ser realizada desde dos ópticas diferentes:

- La evaluación privada:

Que a su vez tiene dos enfoques: la evaluación económica, que asume que todo el proyecto se lleva a cabo con capital propio y, por lo tanto, no toma en cuenta el problema financiero; y la evaluación financiera, que diferencia el capital propio del prestado y no será utilizada en el presente estudio.

- La evaluación social

Para la evaluación social interesa el flujo de recursos reales (de los bienes y servicios) utilizados y producidos por el proyecto.

Los costos y beneficios sociales podrán ser distintos de los contemplados por la evaluación privada económica.

La siguiente figura, muestra los diferentes escenarios que pueden presentarse como resultado de las evaluaciones antes mencionadas.

Imagen III-7: Rentabilidad privada y social de los proyectos

	<b>RENTABILIDAD SOCIAL POSITIVA</b>	<b>RENTABILIDAD SOCIAL NEGATIVA</b>
<b>RENTABILIDAD PRIVADA POSITIVA</b>	<b>A</b>	<b>B</b>
<b>RENTABILIDAD PRIVADA NEGATIVA</b>	<b>C</b>	<b>D</b>

Fuente: Gala, Javier; La evaluación social del proyecto.

Si ambas evaluaciones coinciden en decirnos que con la realización de un proyecto mejora la riqueza del dueño y mejora la riqueza de la sociedad, entonces estamos en un contexto ideal (Ver imagen anterior, zona A) en donde el resultado es ganar-ganar. El caso contrario ocurre, cuando se prevé que la realización de un proyecto va a empobrecer tanto al dueño como al país en su conjunto, ya que no se llevaría a cabo (Ver imagen anterior, zona D).

Sin embargo, es frecuente que, debido a distorsiones en los mercados de bienes y servicios, ambas respuestas pueden ser contradictorias. Como ocurre en los cuadrantes B y C; por lo que la adopción o rechazo de la alternativa dependerá de los intereses y exigencias de la contraparte y los financiadores del proyecto.

En el caso del Hospital Santa Teresa, podrá decirse que el proyecto es rentable si favorecen sobre todo, la mejora del bienestar social.

Para evaluar la rentabilidad de la implantación del sistema administrativo bajo el enfoque de gestión estratégica en el Hospital Nacional Santa Teresa, se hará uso de la evaluación económica y social de proyectos como se muestra a continuación.

---

## **2. EVALUACIÓN ECONÓMICA**

---

El objetivo fundamental de la evaluación económica es cuantificar y analizar la inversión para demostrar si llevar a cabo el proyecto resultará beneficioso para la institución a lo largo del tiempo (en los métodos de evaluación se toma en cuenta el valor del dinero a través del tiempo). Para realizarlo es necesario tomar en cuenta los valores monetarios en los que se incurrirá y una proyección de los ingresos que generará el desarrollo de las inversiones, ordenando y sistematizando la información para su posterior análisis.

La evaluación económica del proyecto, comprenderá el cálculo de los siguientes elementos:

## **2.1 DETERMINACIÓN DEL COSTO DE CAPITAL (TASA MÍNIMA ATRACTIVA DE RENDIMIENTO, (TMAR):**

Para poder invertir en un proyecto, es necesario dar a conocer las posibilidades de éxito o fracaso de éste, lo cual se verifica mediante la Tasa Mínima Atractiva (TMAR) para el proyecto, que representa una medida de rentabilidad mínima que se le exigirá al mismo.

En los análisis del sector público la TMAR es también conocida como tasa de actualización social. Y dado que los proyectos públicos no persiguen fines lucrativos, se selecciona una tasa de actualización social que refleje únicamente la tasa gubernamental vigente de obtención de préstamos (Ej. Letras del Tesoro -LETES)<sup>178</sup>.

Para la evaluación de la propuesta de sistema administrativo para el Hospital Nacional Santa Teresa, se utilizará una TMAR de 7.5% anual; la cual ha sido obtenida, a partir de datos proporcionados por la subdirección general de Tesorería del Ministerio de Hacienda y que corresponde a la tasa de rendimiento utilizada para proyectos públicos en nuestro país.

$$\text{TMAR} = 7.5\%$$

## **2.2 VALOR ACTUAL NETO (VAN)**

Se refiere al valor obtenido en el presente por el proyecto y no es más que la comparación de la inversión inicial contra las entradas y salidas de efectivo que acontecen durante la vida del proyecto.

La fórmula utilizada para su cálculo es la siguiente:

$$\text{VAN} = - P + \frac{\text{FNE1}}{(1+1)^1} + \frac{\text{FNE2}}{(1+1)^2} + \frac{\text{FNE3}}{(1+1)^3} + \frac{\text{FNE4}}{(1+1)^4} + \frac{\text{FNE5}}{(1+1)^5}$$

Donde:

-P = Inversión total inicial en el año 0.

FNE = Flujo neto de efectivo para el año correspondiente, obtenido de los estados de resultados.

I = Tasa de interés igual a la TMAR previamente calculada

---

<sup>178</sup> Fuente: Según los lineamientos generales de la Política de Endeudamiento Público 2004-2009 del Ministerio de Hacienda de El Salvador, este % debe ser suficiente para solventar la inflación del país y con base a estadísticas de endeudamiento, la tasa de retorno oscila entre 6 y 8% en el 36% de los proyectos (la mayoría de los realizados) por lo que las LETES, constituyen una buena referencia. La tasa promedio asignada a la última oferta de Letras del Tesoro es igual al 7.5% según la Bolsa de Valores de El Salvador (BVES).



- En la aplicación de la fórmula anterior se pueden presentar tres situaciones:
- a. Si el VAN es positivo, los ingresos están sobre la tasa de rechazo ( $VAN > 0$ ) el proyecto se acepta.
- b. Si el VAN es cero, los ingresos serán igual a la tasa de rechazo. Por lo tanto un proyecto con un VAN positivo o igual a cero, puede considerarse aceptable, (VAN = 0.)
- c. Si el VAN es negativo, los ingresos están por debajo de la tasa de rechazo y el proyecto debe de rechazarse.  $VAN < 0$ .

Cálculo:

Para calcular la VAN del proyecto en estudio, se utilizarán los siguientes datos:

**Inversión inicial:** \$4,137.02

**Tasa Mínima Atractiva de Rendimiento:** 7,5%

Flujo de Efectivo	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
	(\$1,228.06)	\$306.14	\$548.75	\$517.11	\$441.28

A partir de los datos anteriores, se procederá al cálculo del Valor Actual Neto del proyecto, aplicando la fórmula antes mencionada, así:

$$VAN = -\$4,137.02 + \frac{-\$1,228.06}{(1+0.075)^1} + \frac{\$306.14}{(1+0.075)^2} + \frac{\$548.75}{(1+0.075)^3} + \frac{\$517.11}{(1+0.075)^4} + \frac{\$441.28}{(1+0.075)^5}$$

$$VAN = -\$3,963.86$$

El resultado obtenido para la VAN, es menor que cero e igual a - \$3,963.86 por lo tanto el proyecto debería de rechazarse ya que los costos de inversión del mismo, son mayores que los beneficios económicos generados por este a lo largo de su vida. Sin embargo; dado que este se trata de un proyecto público y sin fines de lucro, no es extraño encontrarse con esta situación; siendo los beneficios sociales mucho más importantes que los privados.

### **2.3 TASA INTERNA DE RETORNO**

La Tasa Interna de Retorno evalúa el proyecto en función de una única tasa de rendimiento por periodo con la cual la totalidad de los beneficios son exactamente iguales a los desembolsos expresados en moneda actual.

Fórmula:

Para determinar la tasa interna de retorno del proyecto, se utiliza la siguiente fórmula:

$$0 = -P + \sum_{a=1}^n \frac{FNE_a}{(i+1)^n}$$

- P: Inversión Inicial  
 FNE<sub>a</sub>: Flujo Neto de Efectivo del año a (a = 1,2,3...)  
 i: Tasa Interna de retorno.  
 n: Años en análisis del proyecto

Criterios:

El análisis del resultado de la fórmula anterior se realiza tomando como base lo siguiente:

- Si TIR ≥ TMAR , entonces el proyecto se acepta
- Si TIR < TMAR , entonces el proyecto se rechaza

A continuación se procede a calcular la TIR para el proyecto:

$$0 = -\$4,137.02 + \frac{-\$1,228.06}{(1+i)^1} + \frac{\$306.14}{(1+i)^2} + \frac{\$548.75}{(1+i)^3} + \frac{\$517.11}{(1+i)^4} + \frac{\$441.28}{(1+i)^5}$$

**i = -26.60%**

El valor obtenido para la Tasa Interna de Retorno del Proyecto (-26.60%), es mucho menor que la TMAR establecida para el mismo (7.5%), por lo que el proyecto se Rechaza desde el punto de vista económico; ya que la tasa de recuperación de la inversión es negativa.

## 2.4 RELACIÓN BENEFICIO/COSTO

La razón beneficio/costo se considera el método de análisis fundamental para proyectos del sector público, el cual tiene como objetivo establecer si a una institución le conviene ejecutar un proyecto comparando los beneficios que generará en los ciudadanos contra los costos de implantarlo.

La relación costo beneficio toma los ingresos y egresos presentes netos, para determinar cuáles son los beneficios por cada unidad monetaria que se sacrifica en el proyecto. El cálculo de la Relación Beneficio-Costo se hace de la siguiente manera:

- Convertir todos los beneficios positivos, negativos y costos identificados a unidades comunes en dólares. La unidad puede ser valor presente, valor anual o valor futuro equivalente, pero todos deben estar expresados en las mismas unidades.
- Una vez que tanto el numerador como el denominador están expresados en las mismas unidades, puede aplicarse la siguiente fórmula:

$$B / C = \frac{\textit{Beneficios}}{\textit{Costos}}$$

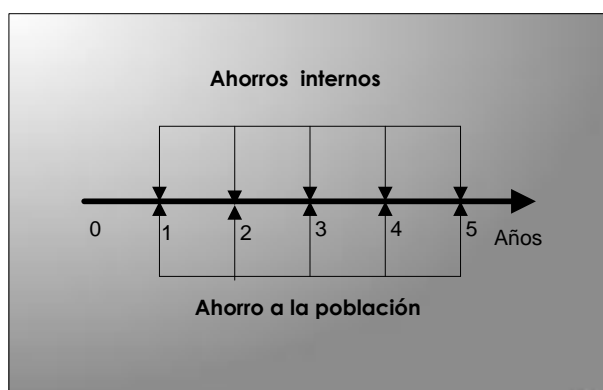
- Criterio de decisión:
  - Si la Relación B/C > 1            Se Acepta
  - Si la Relación B/C = 1            Se Acepta pero con un bajo nivel de certeza.
  - Si la Relación B/C < 1            Se Rechaza

### Cálculo:

El cálculo del B/C del proyecto en estudio por el método de VP, se muestra a continuación:

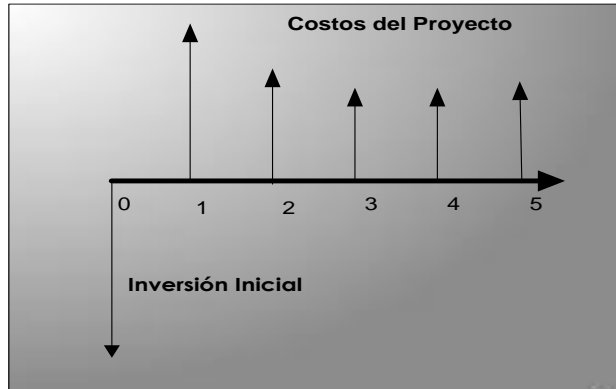
### BENEFICIOS DEL PROYECTO

Año del periodo de planeacion	1	2	3	4	5
Ahorros internos	(\$1,228.06)	\$306.14	\$548.75	\$517.11	\$441.28
Ahorros a la población.	\$6,207.00	\$6,207.00	\$6,207.00	\$6,207.00	\$6,207.00
Total al presente	\$7.256,85	\$6.750,55	\$6.279,59	\$5.841,48	\$5.433,93
<b>TOTAL BENEFICIOS PRESENTES</b>					\$31.562,39



### COSTOS DEL PROYECTO

Año del periodo de planeacion	0	1	2	3	4	5
Inversión inicial	\$4.137,02	-	-	-	-	-
Costos del Proyecto	-	\$2.822,17	\$1.287,97	\$1.045,36	\$1.077,00	\$1.152,83
Total al presente	\$4.137,02	\$2.625,27	\$1.114,52	\$841,47	\$806,46	\$803,01
<b>TOTAL COSTOS PRESENTES</b>						\$10.327,76



$$B / C = \frac{\$31.562,39}{\$10.327,76} = 3.06$$

Lo anterior significa que cada dólar invertido en la Propuesta de Sistema Administrativo para el HNST, genera un beneficio de \$2.06. Este resultado incluye los beneficios sociales del proyecto, por lo que resulta ser una mejor medida de la viabilidad para los proyectos públicos.

Por otra parte, se observa que el resultado es mayor que uno, por lo tanto el proyecto se Acepta.

---

### **3. ANÁLISIS DE SENSIBILIDAD**

---

El análisis de sensibilidad es una técnica de simulación de escenarios, mediante los cuales se busca observar los cambios en los resultados del modelo, obtenidos con base en variaciones de sus principales variables.

La importancia del análisis de sensibilidad se manifiesta en el hecho de que los valores de las variables que se utilizan para llevar a cabo la evaluación económica del proyecto, pueden tener desviaciones con efectos de consideración en la medición de los resultados del proyecto.

Para la evaluación del proyecto se han diseñado algunos posibles escenarios que podrían afectar la viabilidad del mismo. Entre estos posibles escenarios, así como sus probables consecuencias se pueden mencionar:

#### **3.1 ESCENARIO 1: AUMENTO EN LOS INGRESOS PROPIOS POR DONACIONES Y VENTA DE SERVICIOS.**

Para la implementación del sistema de gestión estratégica y el desarrollo de algunas de las líneas estratégicas establecidas dentro del plan institucional, el Hospital Nacional Santa Teresa deberá hacer uso de recursos provenientes de fuentes de ingreso propias; ya que el presupuesto proveniente de fondos del Gobierno son escasos y ya han sido destinados para un uso específico con anticipación.

Es por ello que la gestión de fondos propios a través de la venta de servicios (por medio de convenios con otras instituciones) y la solicitud de donaciones, constituye una variable importante para llevar a cabo el proyecto en el nosocomio. Por lo que ha sido seleccionada como una variable crítica para la realización del análisis de sensibilidad del proyecto.

El escenario a analizar es el incremento en los ingresos propios por parte del Hospital Santa Teresa en un 4% anual. Este porcentaje, representa una aspiración para la institución a partir de los resultados obtenidos por el Hospital de neumología y medicina familiar Dr. José Antonio Saldaña en este rubro de ingresos, tras la aplicación del enfoque de gestión estratégica en la institución. El Hospital Saldaña anualmente ha experimentado un incremento promedio en los ingresos propios provenientes de donaciones y ventas de servicio de 6.76%<sup>179</sup> aproximadamente, de los cuales se espera alcanzar un 4% para el Hospital Santa Teresa.

---

<sup>179</sup> Fuente: Presupuesto Hospital Saldaña.

A continuación, se muestra el impacto que esta situación traería en el desarrollo del proyecto.

<b>Cuadro III-125: Proyección ingresos propios HNST.</b>					
<b>Año del periodo de planeac.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Beneficios Generados por la Mejora de Procedimientos</b>	\$1.594,11	\$1.594,11	\$1.594,11	\$1.594,11	\$1.594,11
<b>Incremento en 4% de los Ingresos Generados por la gestión de convenios y donaciones.</b>	\$8.684,60	\$8.858,29	\$9.035,46	\$9.216,17	\$9.584,81
<b>Total</b>	\$10.278,71	\$10.452,40	\$10.629,57	\$10.810,28	\$11.178,92

<b>Cuadro III- 126: Flujo de efectivo del proyecto</b>					
<b>Año.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Beneficios totales del proyecto por año.</b>	\$10.278,71	\$10.452,40	\$10.629,57	\$10.810,28	\$11.178,92
<b>Egresos totales del proyecto por año.</b>	\$2.822,17	\$1.287,97	\$1045,36	\$1077,00	\$1.152,83
<b>Total</b>	\$7.456,54	\$9.164,43	\$9.584,21	\$9.733,28	\$10.026,09

TIR	194.56%	Se Acepta
VAN	\$32,716.53	Se Acepta
B/C	6.60	Se Acepta

Como puede observarse en el flujo de efectivo anterior, de alcanzar la meta propuesta en generación de ingresos propios, el Hospital Santa Teresa contaría con hasta 10 mil dólares adicionales para la realización de proyectos y actividades de mejora a favor de la institución y de los usuarios. Es por ello, que dentro del plan estratégico se contempla como estrategia la obtención de donaciones y generación de convenios, como una forma de contar con los recursos necesarios para ejecutar proyectos de desarrollo institucional.

Los valores obtenidos de las evaluaciones realizadas reflejan que bajo estas condiciones el proyecto no solamente resulta viable para la institución, desde el punto de vista social sino también privado (económico).

### **3.2 ESCENARIO 2: INCREMENTO SUSTANCIAL NO PLANEADO DE LA INFLACIÓN**

Al cabo de varios años de crecimiento vigoroso, la economía mundial afronta serios desafíos para que tal prosperidad continúe. Factores tales como la recesión económica en los Estados Unidos de América, el despliegue de la crisis financiera, la caída del valor del dólar de Estados Unidos con respecto a las monedas de mayor circulación, la persistencia de grandes desequilibrios mundiales y los altos precios del petróleo, contribuyen a poner en riesgo al crecimiento global en los próximos años, sobre todo en países menos desarrollados.

En este contexto, la economía nacional podría sufrir un incremento en la inflación lo que se traduciría en un aumento de los costos del proyecto; lo cual podría llevar a la institución a incurrir en pérdidas o costos mayores de lo esperados en relación a los beneficios recibidos por el proyecto. Es por ello, que considerando esta posibilidad se tomará como escenario de análisis, el incremento en la inflación a un 7,26% anual, valor que corresponde al último valor de inflación más alto percibido en los últimos 5 años de acuerdo con el BCR.

A continuación, se muestra el impacto que esta situación traería para el desarrollo del proyecto.

<b>Cuadro III-127: Egresos del proyecto</b>					
<b>Año.</b>	1	2	3	4	5
<b>Ahorros totales del proyecto por año.</b>	\$1.594,11	\$1.594,11	\$1.594,11	\$1.594,11	\$1.594,11
<b>Egresos totales del proyecto por año.</b>	\$3.027,06	\$1.381,48	\$1.121,25	\$1.155,19	\$1236,52
<b>Total</b>	<b>(\$1.432,95)</b>	\$212,63	\$472,86	\$438,92	\$357,58

TIR	-31.32%	Se rechaza
VAN	-\$4,327.63	Se Rechaza
B/C	2,85	Se Acepta

Como puede observarse en la tabla anterior; si el proyecto se ve afectado con tasas de inflación de hasta el 7,26%, produce más costos que beneficios económicos a la institución, por lo que no resulta viable desde el punto de vista económico; sin embargo sigue percibiéndose un valor mayor que uno para el beneficio/costo; lo cual indica que aún bajo esas condiciones el proyecto está generando beneficios sociales que justifican la realización de la propuesta.

### **3.3 RESUMEN ANÁLISIS DE SENSIBILIDAD**

<b>Cuadro III-128: Resumen análisis de sensibilidad</b>				
<b>ESCENARIO</b>	<b>VAN</b>	<b>TIR</b>	<b>B/C</b>	<b>Conclusión</b>
ESCENARIO 1: Incremento de los ingresos propios en un 4%. Respecto al año anterior.	\$32,716.53	194.56%	6.60	Se Acepta
ESCENARIO 2: Incremento sustancial no programado de la inflación. (7,26%)	-\$4,327.63	-31.32%	2.85	Se Acepta

Tal y como puede observarse en la tabla anterior, el escenario en el cual se contempla un incremento sustancial en la inflación, resulta ser desfavorable para el proyecto desde el punto de vista económico ya que la VAN se vuelve negativa, por lo que el proyecto no debería de aceptarse; sin embargo se observa una razón Beneficio/costo mayor que uno debido a los beneficios sociales que se obtienen del proyecto. Y dado que se trata de un proyecto sin fines de lucro este resultado podría considerarse como suficiente para aceptar el proyecto.

El primer escenario por el contrario, es completamente favorable para la institución y los usuarios, dado que se generan ahorros y/o beneficios 2 veces mayores que los generados por el proyecto en las condiciones actuales; por lo que la gestión de ingresos propios deberá ser considerado un aspecto clave para el desarrollo de mejoras del HNST.

---

## **4. EVALUACIÓN SOCIAL.**

---

### **4.1 GENERALIDADES.**

El beneficio social creado por un proyecto, puede definirse como: la mejora del nivel de desarrollo social (nivel de bienestar social o condiciones de vida) de los beneficiarios; que sea directamente atribuible al proyecto de forma mediata o inmediata.

Las diferentes mejoras recibidas por los beneficiarios pueden clasificarse en cuatro grupos de bienes o componentes del beneficio social que son:

- Bienes materiales individuales de tipo económico; por ejemplo: ingresos, condiciones de vida, etc.
- Bienes inmateriales individuales, por ejemplo: desarrollo general, nivel profesional, autoestima, valores.
- Bienes materiales colectivos de tipo ecológico; por ejemplo: calidad del medio ambiente, higiene, eliminación de basuras, etc.
- Bienes inmateriales colectivos de tipo sociocultural, por ejemplo: relaciones familiares, sentido comunitario, paz, seguridad, etc.

Estos elementos también forman parte los componentes internos del beneficio social alcanzado por un proyecto.



Es importante mencionar que, los beneficios y costos sociales son a menudo intangibles, por lo que no se pueden cuantificar monetariamente, sin embargo deben de considerarse cualitativamente en la evaluación del proyecto, considerando los efectos que la implementación del proyecto que se estudia puede tener sobre el bienestar de la comunidad.

En general, la determinación de los costos y beneficios deben traducirse en el bien comunitario consumado, en el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes o en la solución práctica a una problemática.

A continuación se describen los beneficios sociales, que se espera obtener con la implantación del Sistema Administrativo bajo el enfoque de Gestión Estratégica en el Hospital Nacional Santa Teresa<sup>180</sup>:

#### **4.2 MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Y CALIDEZ EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN BRINDADOS POR LA INSTITUCIÓN.**

Por muchos años los servicios de salud pública de nuestro país, han sido considerados por la población en general como de mala calidad, por la burocracia existente en los procesos, por la falta de insumos para la atención y por el mal trato que se recibe por parte del personal; por lo que con el proyecto propuesta de un sistema administrativo para el Hospital Nacional Santa Teresa, se persigue como principal objetivo el lograr cambiar ese paradigma a través del mejoramiento de la calidad y calidez de los servicios prestados; ya que es esta la razón de ser primordial de cualquier institución de salud de servicio público.

Para lograrlo se realizarán una serie de actividades como:

- Capacitar técnicamente al personal.
- Mejoramiento de procedimientos administrativos (con lo que se espera obtener un incremento aproximado del 25% en la eficiencia).
- Continuar con la modernización del equipo médico y administrativo.
- Crear una oficina atención al usuario
- Así como mecanismos de control para medir la satisfacción de los mismos.

Todo esto con la finalidad de lograr un mejoramiento en la calidad del servicio tanto en el tiempo, como en la cantidad y precio requeridos por el cliente, que en su mayoría son personas con un ingreso promedio de \$326.76<sup>181</sup> que no pueden costear servicios privados

---

<sup>180</sup> Algunos de estos beneficios sociales coinciden con los sugeridos en la Guía para la preparación y presentación de estudios de evaluación socioeconómica de proyectos de salud. Centro de estudios para la preparación y evaluación socioeconómica, 2004.

<sup>181</sup> Fuente: DIGESTYC, Características de los Hogares 2006.

de salud y a los que el Gobierno está en la responsabilidad de atender de acuerdo con los artículos 65 y 66 de la constitución de la República.

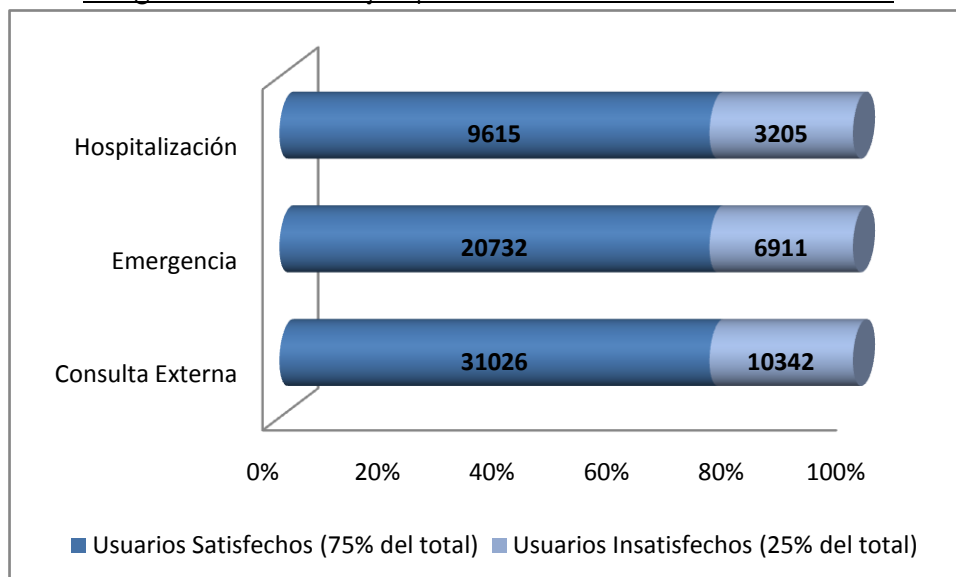
El otro aspecto a mejorar es la calidez en el trato recibido por los pacientes, por lo que el sistema propuesto también hace énfasis en la motivación, satisfacción y capacitación del personal, como una forma de lograr que los empleados sean más empáticos, afectuosos, solidarios y equitativos con los usuarios.

Para medir el impacto de este beneficio en los usuarios del Hospital Santa Teresa, se presenta el porcentaje (%) promedio de usuarios satisfechos en la institución al aplicar la meta de satisfacción propuesta (90% de los pacientes satisfechos)

<b>CUADRO III-129: Porcentaje de usuarios satisfechos</b>		
<b>Área</b>	<b>Promedio (2004-2008)</b>	<b>Usuarios Satisfechos (90% del total)</b>
Consulta Externa	41368	37231
Emergencia	27643	24878
Hospitalización	12820	11538

Fuente: Elaboración propia

Imagen III-8: Porcentaje aproximado de usuarios satisfechos.<sup>182</sup>



Fuente: Elaboración propia

<sup>182</sup> Con base al promedio (Últimos 5 años) de la producción de cada una de las áreas hospitalarios

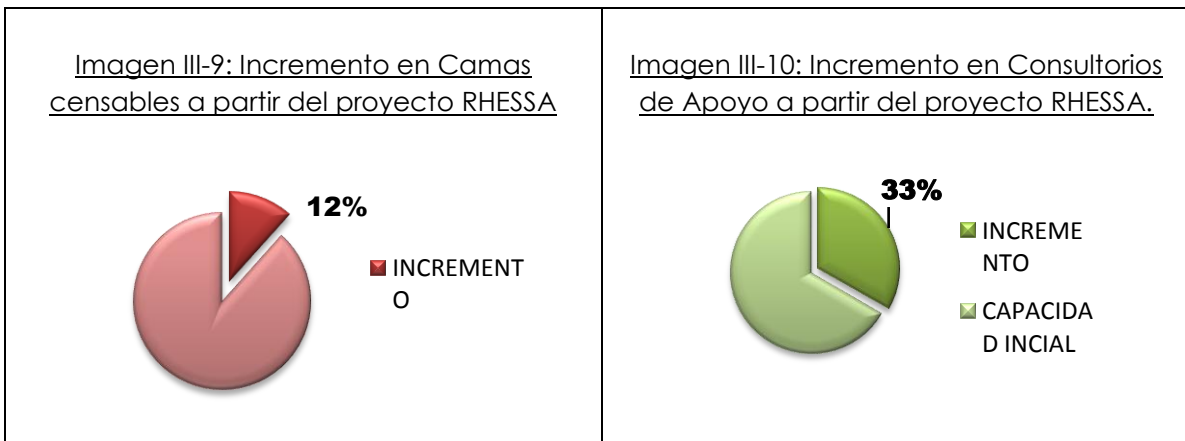
### **4.3 DESARROLLO HUMANO Y PROFESIONAL DEL PERSONAL.**

Una de los principales beneficios que traerá la aplicación de la planeación estratégica y el CMI a la administración del Hospital Nacional Santa Teresa, es el desarrollo humano y personal de los empleados de la institución; a través del interés puesto en la formación tanto humana como técnica-profesional de los mismos para apoyar el logro de las metas propuestas y la búsqueda de nuevos mecanismos de motivación y reconocimiento que contribuyan a lograr una mayor satisfacción laboral.

Con la ejecución de las diferentes propuestas de incentivo y formación del personal se logrará un incremento del 13% de la satisfacción del personal; lo cual se verá traducido en mejores trabajadores, mayor eficiencia y calidad de los servicios.

### **4.4 INCREMENTO DE LA CANTIDAD DE BENEFICIARIOS DEL SERVICIO.**

El sistema propuesto, velará por la puesta en marcha y adecuado funcionamiento de los nuevos recursos adquiridos a partir del proyecto RHESSA, con lo que se tendrá un aumento en la capacidad de atención de un 12% en hospitalización (Ver Imagen siguiente.) y un 33% en atención ambulatoria (Ver Imagen siguiente).



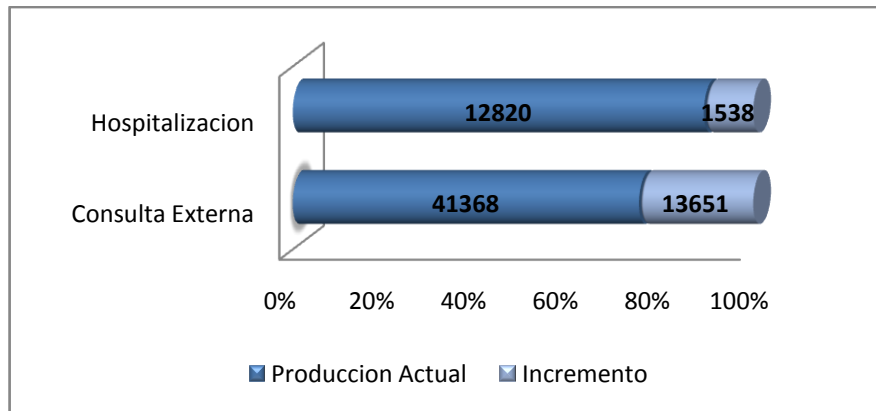
Fuente: Elaboración propia

Además. el sistema administrativo propuesto, a través del mejoramiento de los procesos administrativos, la reducción de gastos y el incremento de la eficiencia (como resultado de una mayor capacitación de sus empleados), permitirá a la institución optimizar sus recursos y contar con los insumos necesarios para brindar más y mejores servicios a sus usuarios; lo que se verá reflejado en la disminución de la tasa de mortalidad, incremento en la cantidad de pacientes atendidos, mayor satisfacción de los clientes, etc.

<b>Cuadro III-130: Incremento en la capacidad instalada con los nuevos servicios.</b>		
<b>Área</b>	<b>Promedio (2004-2008)</b>	<b>Proyección Nuevos Servicios</b>
Consulta Externa	41368	13651
Hospitalización	12820	1538

Fuente: Elaboración propia

Imagen III-11: Incremento en la capacidad instalada con los nuevos servicios.



Fuente: Elaboración propia

#### **4.5 AHORRO EN EL GASTO DE LA POBLACIÓN**

Este beneficio está íntimamente relacionado con los 2 anteriores (Calidad en la atención y el seguimiento a los nuevos sistemas) ya que pretende lograrse a través de la modernización del equipo, el aumento de la capacidad instalada del hospital, así como el mejoramiento de la eficiencia y la gestión de nuevos recursos.

Este beneficio consiste en reducir el gasto de la población a partir de la reducción de la tasa de usuarios que a menudo prefiere acudir a otras unidades de salud aledañas o incluso a servicios pagados de salud, como clínicas privadas de bajo costo, en su búsqueda por servicios de mejor calidad que les ofrezcan tiempos de espera más bajos y atención oportuna, que no encuentran en el Hospital Santa Teresa.

El ahorro en dichos usuarios de consulta externa se da de la siguiente manera:

<b>Cuadro III-131: Ahorro en tiempo a los usuarios de consulta externa.</b>				
<b>Producción anual consulta externa.</b>	<b>% de personas que prefieren consultorios privados de bajo costo o unidades de salud aledañas al hospital por diferentes causas.<sup>183</sup></b>	<b>Total de personas que anualmente se avocan a otros servicios de salud.</b>	<b>Costo promedio (por persona) para acceder a dichos servicios de salud desde Zacatecoluca<sup>184</sup>.</b>	<b>Ahorro aproximado anual.</b>
41368	5%	2069	\$3.00	\$6207.00

#### **4.6 MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN DEL DEPARTAMENTO.**

El sistema administrativo propuesto para el Hospital Nacional Santa Teresa, traerá consigo una serie de mejoras institucionales, que tendrán repercusiones importantes en la población de responsabilidad a la que atiende, ya que se trata del único hospital de especialidades de la zona y que sirve de referencia para un total de 24 unidades de salud (Ver tabla siguiente) que atienden un total de 214,583<sup>185</sup> habitantes; por lo que al efectuarse algunas mejoras internas al mismo en términos de infraestructura, equipo y procesos, estas se verán traducidas en mejores servicios para brindar a la comunidad, lo que conllevará al incremento del bienestar social y la calidad de vida de los habitantes de la zona.

<b>Cuadro III-132: Establecimientos de salud Departamento de La Paz</b>	
Hospitales	1
Unidades de Salud	24
Casas de Salud	12
Clínicas	1
Centros Rurales de Salud y Nutrición	10

Fuente: MSPAS, 2007.

La calidad de vida, es un concepto que integra el bienestar físico, mental, ambiental y social percibido por cada individuo y cada grupo de la sociedad (urbano, rural). Define el grado de satisfacción de las necesidades de las personas o de los grupos sociales; siendo la Salud una de las necesidades básicas de los seres humanos; de ahí la importancia del proyecto propuesto.

<sup>183</sup> Fuente: Encuesta realizada por personal de enfermería de Unidad de Salud Periférica de Zacatecoluca en 2007. Las principales causas son la inadecuada atención recibida y los grandes tiempos de espera en el hospital.

<sup>184</sup> Los consultorios privados de bajo costo están ubicados en San Juan Nonualco.

<sup>185</sup> Fuente: Población del Departamento de La Paz, Censo 2007

## 5. RESULTADOS DEL PROYECTO

En este apartado se resumen los resultados de las evaluaciones y los diferentes cambios esperados a partir de la implementación del proyecto en el Hospital Nacional Santa Teresa. Para ello se realiza una comparación tanto cualitativa como cuantitativa de la situación actual versus la situación propuesta para la institución.

### 5.1. COMPARACIÓN CUANTITATIVA

Una manera de medir la efectividad de la propuesta es a través de la determinación del grado de adecuación de la misma con el sistema administrativo planteado como ideal; para ello se realizó un checklist con todos aquellos elementos deseables en la administración, señalándose aquellos que son cumplidos por la administración actual y los que se cumplirían con la propuesta, obteniéndose los siguientes resultados:

#### a) PLANEACIÓN

<b>Cuadro III-133: Comparación fase de planeación</b>				
<b>Componentes</b>	<b>Situación Actual</b>		<b>Situación Propuesta</b>	
	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
Misión (Institucionalizada y divulgada).		√	√	
Visión (Institucionalizada y divulgada).		√	√	
Objetivos (establecidos y divulgados)	√		√	
Metas	√		√	
Estrategias	√		√	
Políticas	√		√	
Presupuestos	√		√	
Plan estratégico		√	√	
Plan táctico	√		√	
Plan operativo	√		√	
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>0</b>

$$Adecuación\_planeación\_Situación\_Actual = \frac{Elementos\ cumplidos}{Elementos\ faltantes} = 70\%$$

$$Adecuación\_planeación\_Situación\_Propuesta = \frac{Elementos\ cumplidos}{Elementos\ faltantes} = 100\%$$

#### b) ORGANIZACIÓN

<b>Cuadro III-134: Comparación fase de organización</b>				
<b>Componentes</b>	<b>Situación Actual</b>		<b>Situación Propuesta</b>	
	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
Funciones bien definidas	√		√	
Definición de Puestos	√		√	
Estructura organizativa institucionalizada		√	√	
Seguimiento de normativas y leyes	√		√	

Cuadro III-134: Comparación fase de organización				
Componentes	Situación Actual		Situación Propuesta	
	Si	No	Si	No
Documentación de procesos y procedimientos institucionales claves		√	√	
Comunicación oportuna	√		√	
Total	4	2	6	0

$$Adecuación\_organizacion\_Situacion\_Actual = \frac{Elementos\ cumplidos}{Elementos\ faltantes} = 66.67\%$$

$$Adecuación\_organizacion\_Situacion\_Propuesta = \frac{Elementos\ cumplidos}{Elementos\ faltantes} = 100\%$$

### c) DIRECCIÓN

Cuadro III-135: Comparación fase de dirección				
Componentes	Situación Actual		Situación Propuesta	
	Si	No	Si	No
Trabajo en equipo		√	√	
Descentralización	√		√	
Participación de los empleados	√		√	
Reconocimiento a la autoridad	√		√	
Autoridad en las dependencias	√		√	
Mecanismos para la toma de decisiones		√	√	
Total	4	2	6	0

$$Adecuación\_direccion\_SA = \frac{Elementos\ cumplidos}{Elementos\ faltantes} = 66.67\%$$

$$Adecuación\_direccion\_SP = \frac{Elementos\ cumplidos}{Elementos\ faltantes} = 100\%$$

### d) CONTROL

Cuadro III-136: Comparación fase de control				
Componentes	Situación Actual		Situación Propuesta	
	Si	No	Si	No
Indicadores estratégicos		√	√	
Estándares de calidad		√	√	
Estándares de tiempo	√		√	
Estándares de costos	√		√	
Evaluación del desempeño	√		√	
Medición de satisfacción de los usuarios.		√	√	
Total	3	3	6	0

$$Adecuación\_control\_SA = \frac{Elementos\ cumplidos}{Elementos\ faltantes} = 50\%$$

$$Adecuación\_control\_SP = \frac{Elementos\ cumplidos}{Elementos\ faltantes} = 100\%$$

e) INDICADORES DE DESEMPEÑO:

Otros indicadores que permitirán evaluar la viabilidad de la nueva administración a partir de los cambios propuestos son:

<b>Cuadro III-137: Comparación de los indicadores de desempeño</b>			
<b>Nombre</b>	<b>Descripción</b>	<b>Situación Actual</b>	<b>Meta recomendada o requerida</b>
Eficacia de la administración	Cumplimiento de las metas de la administración.	92.28% <sup>186</sup>	100%
Eficiencia administrativa	Eficiencia de los procedimientos claves, relación entre el tiempo efectivo sobre el total del tiempo invertido en el procedimiento.	52.9%	70% <sup>187</sup>
Satisfacción de los clientes internos	Nivel promedio de satisfacción mostrada por las áreas médicas con respecto a los servicios ofrecidos por el área administrativa.	66.67% <sup>188</sup>	75% <sup>189</sup>
Satisfacción de los clientes externos	Nivel de satisfacción general mostrado por los clientes con los servicios de salud recibidos.	72% <sup>190</sup>	90% <sup>191</sup>
Satisfacción del personal	Cuantifica el nivel de satisfacción promedio de los empleados (clima laboral)	78.27%	80% <sup>192</sup>

Fuente: Elaboración propia

F) MEJORAS EN PROCEDIMIENTOS

En este apartado se muestran las estimaciones de los ahorros totales en horas hombre y materiales que existirían en la institución con los cambios propuestos en los procedimientos administrativos claves.

<b>Cuadro III-138: Estimaciones de ahorros en materiales y horas hombre</b>	
<b>Horas Hombre/Año</b>	<b>Materiales</b>
Aproximadamente 310.17 horas hombre al año	3.5 resmas de papel al año

Fuente: Análisis y propuestas de mejora a los procedimientos clave administrativos.

<sup>186</sup> Fuente: Promedio de los compromisos de gestión cumplidos en las áreas administrativas.

<sup>187</sup> Fuente del dato: Organización y Métodos. A. Guerra, Jorge, Consultor Organizacional y Director de Management en Salud. Boletín Electrónico Management en Salud. Buenos Aires, Argentina, 2005.

<sup>188</sup> Fuente: promedio de secciones y departamentos de la división médica que no manifestaron quejas de los servicios prestados por los departamentos de la división administrativa.

<sup>189</sup> Nivel alcanzado en empresas certificadas, según estudio realizado por KPMG, Panamá: <http://tinyurl.com/9vzl9g>

<sup>190</sup> Fuente: Resultados de encuesta a pacientes (Aplicando el error máximo esperado)

<sup>191</sup> Indicador de satisfacción de los pacientes fijado, para los hospitales Cubanos.

<sup>192</sup> Clima Organizacional (promedio) obtenido en el Hospital Nacional Saldaña luego del primer periodo de planificación estratégica.



## 5.2. COMPARACIÓN CUALITATIVA

<b>CUADRO III-139: PRINCIPALES BENEFICIOS CUALITATIVOS.</b>		
<b>Fase Planeación</b>		
<b>Situación Actual</b>	<b>Acciones propuestas</b>	<b>Situación Esperada</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Institución no preparada ante las condiciones o cambios adversos.</li> <li>•Poca consideración del ambiente externo en la planificación.</li> <li>•Desconocimiento de las fortalezas y oportunidades de la institución.</li> <li>•Administración enfocada en el corto plazo. El 100% de los planes realizados en la institución son de corto plazo.</li> <li>•Falta de estandarización en los planes institucionales.</li> <li>•Poca claridad en el establecimiento de las responsabilidades individuales.</li> <li>•Ausencia de una visión global en la institución.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Elaboración de un análisis interno y externo.</li> <li>•Elaboración de un plan estratégico.</li> <li>•Definición de procedimientos para la elaboración de los diferentes planes institucionales.</li> <li>•Desarrollo de planes operativos.</li> <li>•Definición de una filosofía institucional que ayude a integrar el pensamiento del hospital.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Reducción al mínimo de los efectos de condiciones de cambio adversos, mediante el desarrollo del pensamiento previsor.</li> <li>•Mejor aprovechamiento de las oportunidades.</li> <li>•Estandarización de planes.</li> <li>•Delimitación y claridad en el establecimiento de las responsabilidades individuales.</li> <li>•Mayor eficacia en el cumplimiento de objetivos departamentales.</li> <li>•Visión global de la institución</li> <li>•Incremento de la eficacia en el cumplimiento de los objetivos institucionales.</li> </ul>
<b>Fase Organización</b>		
<b>Situación Actual</b>	<b>Acciones propuestas</b>	<b>Situación Esperada</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Inexistencia de una metodología de análisis de procedimientos.</li> <li>•Baja eficiencia en los procedimientos clave de la administración. (52.9%)</li> <li>•Problemas de coordinación en la realización de procedimientos que involucran a más de un departamento.</li> <li>•Necesidades de mejoramiento en la comunicación. Por ejemplo: El 40% del personal administrativo no conoce la misión y/o visión del hospital y el 33% no conoce el organigrama.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentación de procedimientos administrativos.</li> <li>• Creación de una metodología para el análisis de los procedimientos.</li> <li>• Creación de manuales administrativos.</li> <li>• Elaboración y difusión de los planes institucionales a todos los empleados.</li> <li>• Programación de reuniones periódicas.</li> <li>• Lograr una mayor participación de los empleados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miembros de la institución con una metodología para la mejora de procedimientos</li> <li>• Niveles de eficiencia incrementados en un 25%, mediante la aplicación de la metodología de análisis de los procedimientos administrativos</li> <li>• Empleados informados.</li> <li>• Estandarización de procedimientos.</li> <li>• Clarificación de los responsables.</li> <li>• Mejoramiento de los canales de comunicación en la institución.</li> <li>• Incremento en la motivación y sentido de pertenencia del personal.</li> </ul>

Fase Dirección		
Situación Actual	Acciones propuestas	Situación Esperada
<ul style="list-style-type: none"> <li>•18% de los empleados manifiesta necesitar más apoyo de su jefe para la realización óptima de su trabajo.</li> <li>•Los empleados cuentan con pocos espacios para la innovación de sus tareas. (Sólo el 36% de los empleados considera contar con la comprensión de sus jefes inmediatos, si cometiera algún error tratando de innovar a favor de la institución).</li> <li>•Necesidades de mejoramiento en la coordinación y control de las actividades.</li> <li>•Toma de decisiones basada en la experiencia.</li> <li>•Poca satisfacción de los empleados con las prestaciones recibidas. (58.6%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Aplicación de modelos de liderazgo apropiados.</li> <li>•Aplicación de metodologías para reforzar la toma de decisiones.</li> <li>•Implementación de mecanismos de motivación para el personal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Mayor eficacia en el cumplimiento de metas</li> <li>•Toma de decisiones eficaces, dado que permite tomar decisiones más informadas.</li> <li>•80% del personal satisfecho, motivado y comprometido con su trabajo. El compromiso del empleado también se da cuando el jefe aplica técnicas de liderazgo positivo.</li> <li>•Es parte fundamental del éxito de la institución, al impulsar al personal a la consecución de los objetivos estratégicos.</li> </ul>
Fase Control		
Situación Actual	Acciones propuestos	Situación Esperada
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Mecanismos de control administrativos reducidos al cumplimiento de los compromisos de gestión.</li> <li>•Ausencia de mecanismos que permitan conocer el grado de satisfacción de los pacientes y empleados de los diferentes departamentos y servicios del hospital.</li> <li>•Problemas de calidad en algunos productos adquiridos por la institución.</li> <li>•Enfoque no integrador entre las diferentes áreas de la institución.</li> <li>•Controles en la institución sobre metas a corto plazo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Definición de indicadores.</li> <li>•Definición del proceso para la implantación del Cuadro De mando Integral.</li> <li>•Elaboración de mapa estratégico.</li> <li>•Establecimiento de un proceso de seguimiento al enfoque de gestión estratégico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Conocimiento del nivel de satisfacción del usuario y quejas</li> <li>•Mejoramiento del sistema de control actual, permitiendo controlar el desempeño global de la institución en función de obtención de la visión y no solamente de las unidades o departamentos aisladamente.</li> <li>•Una vez el CMI está en marcha, se puede utilizar para comunicar los planes de la institución, aunar los esfuerzos en una sola dirección y evitar la dispersión. En este caso, el CMI actúa como un sistema de control por excepción.</li> <li>•Permitirá detectar de forma automática desviaciones en el plan estratégico u operativo, e incluso indagar en los datos operativos de la institución hasta descubrir la causa original que dio lugar a esas desviaciones.</li> </ul>

### **5.3 RESULTADO DE LAS EVALUACIONES ECONÓMICAS**

Para evaluar la factibilidad económica de que el proyecto “Propuesta de un Sistema Administrativo para el HNST” se lleve a cabo, se utilizaron algunas técnicas como el valor actual neto (VAN), Tasa Interna de retorno y Análisis Beneficio/Costo, obteniéndose los siguientes resultados:

VAN	-\$3,963.83	Se rechaza
TIR	-26.60%	Se rechaza
B/C	3.01	Se acepta

Con base en los resultados obtenidos de estas evaluaciones, se concluye que el proyecto es factible desde el punto de vista social más no desde el punto de vista privado, ya que los resultados generados por las evaluaciones reflejan una relación de mayores costos económicos que beneficios para la institución.

### **5.4 RESULTADOS SOCIALES**

Dado que este se trata de un proyecto público que no persigue fines de lucro, los resultados sociales del mismo juegan un papel muy importante; ya que son los que verdaderamente permitirán evaluar la factibilidad del proyecto. Entre los principales beneficios sociales generados por la propuesta están:

Mejoramiento de la Calidad y Calidez de los servicios de Atención brindados por la institución.	Incremento en el Nivel de satisfacción de los usuarios a un 90%.
Desarrollo humano y profesional del personal.	Incremento de la Satisfacción laboral a un 80%.
Incremento en los beneficiarios del servicio.	Capacidad de atención a 13,651 pacientes más en el área de consulta externa y 1,538 en hospitalización.
Ahorro en el gasto en salud de la población.	Aproximadamente \$6,207.00/anuales, al preferir servicios gratuitos de salud.
Mejoramiento de la calidad de vida de la población de la Paz.	Al poder acceder a más y mejores servicios de salud en el único hospital Nacional de referencia de la zona.

Todos estos beneficios, tendrán impacto en aproximadamente 214,583 personas, que corresponden al total de habitantes del Departamento de la Paz, que están bajo la responsabilidad del Hospital Nacional Santa Teresa. Y que además cuentan con ingresos mensuales promedio de \$326.76, cantidad que resulta insuficiente para cubrir servicios privados de salud por lo que el Hospital Santa Teresa se convierte en su mejor opción al momento de requerir atención médico-hospitalaria.

---

## CONCLUSIONES

---

- Las nuevas tendencias administrativas aplicadas en el sector salud a nivel internacional, están orientadas a lograr una transformación de los hospitales públicos en empresas competitivas, mediante el mejoramiento de la calidad e indicadores de desempeño, así como la orientación de los servicios a la satisfacción de los usuarios. Por lo que se hace necesaria la aplicación de metodologías (como las presentadas) específicas que permitan el desarrollo de dichas instituciones.
  
- El Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca, es una institución que actualmente (2009) se encuentra en transición, debido a los trabajos de reconstrucción, rehabilitación y modernización por medio del proyecto RHESSA, los cuales están por finalizar, trayendo consigo una serie de cambios como un incremento en los recursos a administrar (cerca de 50 plazas nuevas, 2 edificios nuevos y 5 rehabilitados). Por lo que es necesario contar con un sistema administrativo que planifique, organice, dirija y controle adecuadamente tanto los recursos actuales como los futuros de la institución y así lograr niveles adecuados de satisfacción al paciente.
  
- En el diagnóstico realizado al hospital se encontró que el 72% de los pacientes están satisfechos con el servicio recibido, calificándolo como bueno. Sin embargo, se identificaron algunas quejas relacionadas con la calidad de la alimentación (53%), tiempo de espera (24%) y la atención a los pacientes internos (10%).
  
- Otro elemento importante a recalcar del diagnóstico realizado es que la problemática principal detectada en la administración se resume en la falta de integración de la institución con respecto a un fin común y una baja eficiencia (52.9%) en los procedimientos administrativos, lo que no contribuye plenamente a la prestación de servicios de calidad al paciente, ni al desarrollo y competitividad de la institución.
  
- La alternativa que mejor satisface las necesidades de la administración identificadas en el diagnóstico realizado, es el diseño de un sistema administrativo basado en un enfoque de gestión estratégica, que permitiría lograr un funcionamiento institucional integrador y de mayor sinergia alrededor de la misión y visión de la institución.

- Es importante recalcar que el éxito de la propuesta radica en el proceso utilizado para la implantación de la misma. Lo cual implicaría la coordinación de cada una de las áreas para la consecución de los objetivos estratégicos del hospital.
- Una vez establecido el diseño del sistema administrativo se prosiguió a realizar la evaluación económica-social, mediante la utilización de métodos como el análisis costo-beneficio, cálculo del valor actual neto y la tasa interna de retorno. Con ello se ha logrado establecer que la "Propuesta de un Sistema Administrativo para el Hospital Nacional Santa Teresa" es económica y socialmente factible.
- Con la aplicación de las propuestas establecidas para la institución se lograrán beneficios como la adecuación de la planeación, organización, dirección y control cuya situación actual es del 63.4% en promedio; a un 100% de la situación definida como ideal. Lo que generará: un incremento en 25.4% de la eficiencia administrativa, la satisfacción en un 90% de los clientes internos y externos, una satisfacción del personal de un 80%, una reducción al mínimo de los efectos de cambio adversos mediante el desarrollo del pensamiento previsor. También se alcanzará la integración de las áreas a través del establecimiento de una visión global.
- De igual forma se logrará el desarrollo del capital humano de la institución, tanto profesional como personalmente, no solamente por la formación en temática acorde a las necesidades de los usuarios, sino también porque se tomarán en cuenta los factores que los empleados consideran como motivadores.
- Para finalizar, se espera que la aplicación de la propuesta ayude a mejorar la calidad de vida de los usuarios del nosocomio, lo cual beneficiará a una población con un ingreso promedio de \$326.76 por familia, población que no puede costear servicios de salud privados.
- Es por las razones mencionadas anteriormente que se hace necesaria la implementación de un sistema administrativo con enfoque de gestión estratégica para el Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca, ya que no solo generará beneficios a la población, sino que al mismo tiempo generará beneficios a la institución, que la hacen una alternativa sostenible en el tiempo y viable bajo las condiciones actuales.

---

## **RECOMENDACIONES**

---

- Es importante señalar que a pesar que la alternativa de solución para la problemática del hospital Santa Teresa es un Sistema administrativo bajo el enfoque de gestión estratégica, no se debe de descartar la utilización o implementación de alguna característica de las alternativas no seleccionadas. Estas características pueden incorporarse tanto como estrategias o como proyectos a futuro dentro de la mejora continua de la institución.
- Se recomienda que el nosocomio mantenga relaciones con otros hospitales que vayan más allá de los préstamos de insumos; sino que también se generen contactos para la discusión de modelos de gestión, proyectos impulsados e inclusive la formulación de estrategias conjuntas como la subcontratación de servicios o la ejecución de proyectos.
- Un aspecto importante del ambiente externo a considerar por el Hospital Nacional Santa Teresa al momento de planear, es tomar en cuenta el nuevo plan de gobierno que entrará en vigor a partir del 1ro de junio de 2009.
- El éxito de cualquier plan estratégico depende en gran medida de la colaboración y compromiso del personal, por lo que es necesario lograr una comunicación efectiva e involucrar al personal en el proceso, antes de implementarlo. Con esto se disminuirá la resistencia al cambio por parte de los empleados y se asegurará el funcionamiento de la gestión estratégica.
- Para garantizar el mejoramiento y documentación de la totalidad de los procedimientos administrativos institucionales se recomienda gestionar la colaboración de estudiantes de ingeniería industrial, administración de empresas o carreras afines. Para ello el departamento de recursos humanos del hospital deberá ponerse en contacto con los departamentos o responsables designados en las universidades seleccionadas.

- Las capacitaciones de motivación, liderazgo y toma de decisiones son solamente las bases para el fortalecimiento del proceso de dirección institucional; sin embargo también se necesita fortalecer áreas como el trabajo en equipo, la resolución de problemas jefe-subordinado, etc. que forman parte importante de una gestión estratégica como tal.
- Es importante retomar algunos indicadores estratégicos del cuadro de mando integral y transformarlos en indicadores operativos de la institución. También se debe evaluar cuáles son importantes para monitorear la satisfacción de los pacientes y personal del hospital.
- A pesar que la principal fuente de financiamiento para implementar la propuesta son los fondos presupuestales, es necesario que se realicen gestiones con las otras fuentes de financiamiento propuestas.
- Los beneficios económicos y sociales provenientes de la propuesta, solo pueden ser logrados mediante el seguimiento estricto de la misma, así como también por el total compromiso por parte de los empleados

---

## FUENTES DE INFORMACIÓN

---

### Referencias Bibliográficas:

- Backer.  
"Contabilidad de costos I, un enfoque administrativo y de gerencia."  
Mc Graw-Hill,
  
- Jaramillo, Antillón.  
"Principios de gerencia y Administración de servicios médicos y hospitales"  
Editorial Universidad de Costa Rica, 2002.
  
- Kaplan, Robert.  
"Cuadro de Mando Integral"  
Ediciones Gestión 2000 S.A., 2002
  
- Kepner-Tregoe.  
"El nuevo directivo racional, Análisis de problemas y toma de decisiones".  
Mc Graw-Hill, 1995
  
- Krick, Edward.  
"Ingeniería de Métodos",  
LIMUSA, 1985
  
- Lazzaro, Victor.  
"Sistemas y procedimientos"  
Editorial Diana, 1982
  
- Organización Panamericana de la Salud.  
"La Garantía de la Calidad. Acreditación de Hospitales para América Latina y El Caribe"  
Federación Latinoamericana de Hospitales, 1989.
  
- Paganini, J.M.  
"Calidad y Eficiencia de la Atención Hospitalaria"  
Organización Panamericana de la Salud, 1993.
  
- Pineault, Raynald  
"La Planificación Sanitaria. Conceptos, métodos y estrategias"  
Editorial Masson, 1995.
  
- Taha Mandy, "Investigación de operaciones"  
Prentice Hill, 1998



### Tesis y Otros estudios:

- Alegría, Carlos. "Herramientas para la Organización y Dirección de Unidades Administrativas". BCR, 2006.
- Ardón, Melvin, Cea Verónica & Saravia Dolores, "Diagnóstico y propuesta de Organización y de Procedimientos Administrativos del Instituto Salvadoreño de Desarrollo Municipal". Universidad de El Salvador, 1998.
- Asociación Colombiana de Administradores Públicos. "Cuadro de Mando integral, Nuevo modelo para el diseño de indicadores y control de gestión de las entidades públicas". Bogotá, Colombia. 2001
- C. Gadze, Jorge. "Herramientas de la calidad de la Sociedad Latinoamericana de la calidad". Jornadas 200-PMI Chapter.
- Carrillo, Jorge, "Propuesta de aplicación de un sistema de planeamiento de gestión basado en el Cuadro de Mando Integral para mejorar la competitividad de empresas manufactureras, de servicios y de comercio en El Salvador". Tesis Facultad de Ingeniería y Arquitectura, Universidad de El Salvador, Mayo 2003.
- Departamento administrativo de la función pública. "Guía medición de cargas de trabajo para entidades públicas". Colombia. 2002
- Granado de la Orden, Susana, "Metodología para evaluar la satisfacción de los pacientes de un hospital público". Tesis doctoral, Universidad autónoma de Madrid, 2008
- Grupo Kaizen S.A., "Cuadro de Mando Integral". San José, Costa Rica
- Guerra, Jorge, "Organización y Métodos", Buenos Aires, Argentina, 2005
- Horacio O. Cairo y Asoc. "Los estilos de tomas de decisiones". Argentina. Abril 2007
- Instituto Centroamericano de Administración Pública. "Patrones de liderazgo y Ambiente organizacional. Autoridad y Gerencia". 1997
- Jaume Raventáus, "Master en Gestión de los Servicios de Salud". Barcelona, España
- Secretaria Técnica de Planificación, Dirección General de Cooperación Técnica Internacional, "Formulación de la Misión y Visión", Paraguay

### Leyes, Políticas o reglamentos:

- Código de Salud.
- Ley de la Administración Financiera, Ministerio de Hacienda.
- Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública.
- Ley del Servicio Civil.
- Normas Técnicas de Control Interno del MSPAS y de la Corte de cuentas.
- Política presupuestaria, Ministerio de Hacienda, El Salvador, 2008.
- Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Noviembre 2007.
- Reglamento para elaborar el presupuesto por áreas de gestión, Ministerio de Hacienda, El Salvador.

### Entrevistas:

- Ing. Hernán Arturo Pineda  
Jefe de Planificación y Control de la Calidad. Dirección General de Tesorería.  
Ministerio de Hacienda.
- Lic. Ernesto Cabrera.  
Jefe de Servicios Generales, Hospital Nacional Santa Teresa.
- Dra. Morena Chiquillo.  
Catedrática Maestría en Gestión Hospitalaria, UES.
- Licda. Reina Isabel Coca Ramírez.  
Jefa Unidad Financiera Institucional, Hospital Nacional Santa Teresa.
- Licda. Marta María Coreas.  
Coordinadora del área administrativa, Región de Salud Paracentral, San Vicente.
- Lic. Afrodisio Hernández.  
Jefe Unidad de Conservación y Mantenimiento, Hospital Nacional Santa Teresa.
- Dr. Edwin Montoya  
Director general. Hospital de neumología y medicina familiar Dr. José Antonio Saldaña.
- Licda. Reina Elizabeth de Pineda.  
Jefa Unidad de Estadística, Hospital Nacional Santa Teresa.
- Licda. Teresa Romero.  
Jefa Unidad de Adquisiciones y contrataciones Institucional, Hospital Nacional Santa Teresa.
- Lic. Alex Saldivar  
Administrador, Hospital Nacional Santa Gertrudis de San Vicente.

- Lic. Manuel Turcios.  
Jefe Unidad de Recursos Humanos, Hospital Nacional Santa Teresa.
- Dr. Boanerges Valencia.  
Director General, Hospital Nacional Santa Teresa.

Información en línea:

- ICONTEC, Norma técnica de calidad en la gestión pública NTCGP 1000:  
[http://www.icontec.org/BancoConocimiento/C/certificacion\\_ntc\\_gp\\_1000/certificacion\\_ntc\\_gp\\_1000.asp?CodIdioma=ESP](http://www.icontec.org/BancoConocimiento/C/certificacion_ntc_gp_1000/certificacion_ntc_gp_1000.asp?CodIdioma=ESP)
- Información programación lineal:  
<http://www.programacionlineal.net>
- Organigramas y Tipos de organigramas:  
[http://www.elprisma.com/apuntes/administracion\\_de\\_empresas/organigramas/default.asp](http://www.elprisma.com/apuntes/administracion_de_empresas/organigramas/default.asp)
- Publicaciones MSPAS:  
<http://www.mspas.gob.sv/publicaciones.asp>
- Proyecto RHRESSA:  
<http://www.prhessa.gob.sv/descripcion.html>

---

## GLOSARIO

---

### *A*

**Administración:** proceso que consiste en las actividades de planeación, organización, dirección y control para alcanzar los objetivos establecidos utilizando seres humanos y otros recursos.

### *B*

**Calidad:** grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos (definición de ISO9000). Aquellas características del producto que responden a las necesidades y expectativas explícitas del cliente.

**Calidez:** Relación muy respetuosa donde se dignifica a la persona, respetando sus modos de vivir, pensar y el ritmo de cada participante y en la que también se considera sus sentimientos, emociones, pensamientos y necesidades.

**Ciente externo:** Usuario o colectivo al que va dirigido el proceso de servicio y por el cual se justifica la existencia de la organización.

**Ciente externo:** Persona de la organización, ya sea empleado, voluntario o colaborador a la que se dirigen las actividades de los procesos de otras personas o grupos de la propia organización.

**Cama censable:** Se denomina así a la cama en servicio que se ubica exclusivamente en el área de hospitalización, estén o no ocupadas y destinadas a ofrecer los servicios de atención médica necesaria para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación inicial del paciente hasta su egreso hospitalario.

**Cama no censable:** Denominada también cama en tránsito, es aquella que se destina a servicios auxiliares de hospitalización, generalmente para pacientes de corta estancia y que por razones médicas o administrativas, se ubicará después en una cama censable.

**Competitividad:** capacidad de una organización pública o privada, lucrativa o no, de mantener sistemáticamente ventajas comparativas que le permitan alcanzar, sostener y mejorar una determinada posición en el entorno socioeconómico.

**Control:** Verificar si todas las etapas marchan de conformidad con el plan trazado, las instrucciones dadas y los principios establecidos.

**Costo:** recursos que se sacrifican para garantizar el buen y continuo funcionamiento del proyecto.

**Cuadro de Mando Integral:** Es un sistema de gestión estratégico que permite comunicar y alinear a la organización con su estrategia, traduciéndola en objetivos relacionados y medidos por medio de indicadores financieros y no financieros para construir un futuro promisorio, cumpliendo con la misión empresarial.

**Cultura organizacional:** Conjunto de creencias y valores compartidos por los miembros de la organización, la cultura existe a un alto nivel de abstracción y se caracteriza porque condicionan el comportamiento de la organización, haciendo racional muchas actitudes que unen a la gente, condicionando su modo de pensar, sentir y actuar.



**Dirección:** Es aquel elemento de la administración en el que se logra la realización efectiva de todo lo planeado, por medio de la autoridad del administrador, ejercida a base de decisiones, delegando dicha autoridad y vigilando simultáneamente que se cumplan en forma adecuada todas las órdenes emitidas.



**Efectividad:** logros obtenidos con respecto de los resultados programados en el tiempo y con los costos más razonables posibles. Supone hacer lo correcto con gran exactitud y sin ningún desperdicio de tiempo ni dinero.

**Eficacia:** capacidad de realizar las actividades planificadas y de lograr los resultados planificados.

**Eficiencia:** Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados. Uso racional de los recursos con que se cuenta para alcanzar un objetivo predeterminado.

**Egreso:** Erogación o salida de recursos financieros, motivada por el compromiso de liquidación de algún bien o servicio recibido o por algún otro concepto. Desembolsos o salidas de dinero, aún cuando no constituyan gastos que afecten las pérdidas o ganancias.

**Estrategia:** Es el modelo o plan de acciones defensivas u ofensivas que permiten a una empresa mantener una su posición competitiva, mejorarla para obtener un mejor rendimiento del capital, que integra los principales objetivos, políticas y sucesión de acciones de una organización en un todo coherente.



**Factibilidad:** Posibilidad de llevar a cabo un plan, proyecto o iniciativa a partir de variables técnicas, legales, económicas, financieras, de mercado, ambientales, etc.

**Flujograma:** Expresión grafica, elaborada con signos internacionalmente reconocidos, de un proceso o subproceso.



**Gasto:** Es toda aquella erogación que llevan a cabo los entes económicos para adquirir los medios necesarios en la realización de sus actividades de producción de bienes o servicios, ya sean públicos o privados.

**Gestión:** Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización. Es el proceso mediante el cual se obtiene, despliega o utiliza una variedad de recursos básicos para apoyar los objetivos de la organización.

**Gestión estratégica:** Es una herramienta de gestión que permite traducir la estrategia en objetivos relacionados, medidos a través de indicadores y ligados a unos planes de acción para alinear el comportamiento de los miembros de la institución.



**Indicador:** Expresiones cuantitativas del comportamiento o desempeño de toda la organización o de algunas partes de la misma, cuya magnitud al ser comparada con algún nivel de referencia, señala una desviación sobre la cual se toman acciones correctivas o proactivas según sea el caso.

**Ingreso:** Cualquier partida u operación que afecte los resultados de una empresa aumentando las utilidades o disminuyendo las pérdidas. No debe utilizarse como sinónimo de entradas en efectivo, ya que éstas se refieren exclusivamente al dinero en efectivo o su equivalente que se recibe en una empresa sin que se afecten sus resultados.

**Ingreso per cápita mensual:** Monto total de las entradas monetarias percibidas en dinero o especie por una persona.

**Inversión:** son los recursos que se requieren en la fase inicial del proyecto (tanto los tangibles y los intangibles) necesarios para iniciar las operaciones, que se adquieren de una vez durante la etapa de implementación del proyecto, siendo utilizadas la mayoría de veces a lo largo de su vida útil, ya que aumentan la capacidad de prestación de servicios.

**Inversión pública:** gasto de recursos de origen público destinado a incrementar, mejorar o reponer la capacidad del país a través de una institución para la prestación de servicios o producción de bienes, que lo hacen buscando principalmente "el bien público", que se considera que es útil, benéfico y provechoso para la comunidad.



**Mapa estratégico:** Representación visual de las relaciones de causa y efecto existente entre los objetivos en que se basa la estrategia. El mapa debe representar los vínculos entre los distintos temas en cada una de las perspectivas seleccionadas.

**Misión:** Es la expresión conceptual del propósito o razón de ser de la institución, responde a las preguntas ¿Quiénes somos? y ¿Para qué existimos?

**Modelo:** conjunto de valores, creencias y normas de conducta que condicionan la actuación y modo de pensar de todos los componentes de un grupo social determinado.



**Organización:** Es la estructuración de las relaciones que deben existir entre las funciones, niveles y actividades de los elementos materiales y humanos de un organismo social, con el fin de lograr la máxima eficiencia dentro de los planes y objetivos señalados.



**Perspectiva:** Agrupación de objetivos organizacionales que deben de tenerse en cuenta para la construcción del Cuadro de Mando Integral. Son las diversas dimensiones que se plantean para analizar el desempeño de una organización.

**Planeación:** Diseñar un futuro deseado e identificar las formas para lograrlo

**Política presupuestaria:** La política presupuestaria determinará las orientaciones, prioridades, estimación de la disponibilidad global de recursos, techos financieros y variables básicas para la asignación de recursos; asimismo contendrá las normas, métodos y procedimientos para la elaboración de los proyectos de presupuesto en cada entidad.

**Procedimiento:** forma especificada para llevar a cabo una actividad o un conjunto de actividades mutuamente relacionadas, que utilizan recursos para transformar entradas en salidas

**Procedimientos clave:** Son aquellos procedimientos extraídos de los procesos relevantes que inciden de manera significativa en los objetivos estratégicos y son críticos para el éxito del negocio.

**Productividad:** relación entre la producción obtenida por un sistema de producción o servicios y los recursos utilizados para obtenerla. También puede ser definida como la relación entre los resultados y el tiempo utilizado para obtenerlos, también utilizado como eficiencia.



**Salud integral:** estado de bienestar ideal, solamente alcanzado cuando hay un equilibrio entre los factores físicos, biológicos, emocionales, mentales, espirituales y sociales, que permiten un adecuado crecimiento y desarrollo en todos los ámbitos de la vida.

**SIBASI:** Sistemas Básicos de Salud Integral, como elementos organizativos del Primer Nivel de Atención, al cual se le ha delegado la provisión de los servicios de salud en coordinación con el Segundo y Tercer Nivel de Atención, dependerán jerárquicamente de la Dirección Regional correspondiente.

**Sistema:** es un conjunto de diversos elementos interactuantes y relacionados entre sí y con el entorno, para lograr un objetivo común

**Sistema de gestión:** Sistema para establecer la política y los objetivos y para lograr dichos objetivos.

**Sistema de costeo:** Conjunto organizado de criterios y procedimientos para clasificar, acumular y asignar costes a productos, actividades, centros de coste, centros de beneficios, departamentos, etc., con el objetivo de procurar la información necesaria para la planificación, gestión y control de las actividades.

## *T*

**Teoría:** es un sistema lógico compuesto de observaciones, axiomas y postulados, que tienen como objetivo declarar bajo qué condiciones se desarrollarán ciertos supuestos, tomando como contexto una explicación del medio idóneo para que se desarrollen las predicciones. A raíz de estas, se pueden especular, deducir y/o postular mediante ciertas reglas o razonamientos, otros posibles hechos.

**Tecnología:** Aplicación Sistemática de las Ciencias y de otros Conocimientos organizados a la solución de problemas prácticos dentro de un contexto cultural determinado

## *U*

**Unidades de Salud:** Las Unidades de Salud son los establecimientos del Primer Nivel de Atención en salud que dependerán del Coordinador del SIBASI; y mediante un equipo multidisciplinario permanente, son responsables de las siguientes funciones: proveer servicios integrales de salud, continuos, de prevención de la enfermedad y de promoción, curación y rehabilitación de la salud a la población.

## *V*

**Valores:** Son creencias y principios morales que conforman la cultura organizacional y aportan significado a las normas de conducta de una organización

**Viabilidad:** Nivel de conveniencia y éxito de un proyecto de satisfacer las necesidades que generaron el proyecto y que sea sostenible en el tiempo.

**Visión:** Es una imagen mental viva que presenta un estado futuro deseable, responde a la pregunta ¿Qué queremos ser?



## ANEXOS DIAGNOSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL

### ANEXO I-1: ALGUNAS TEORÍAS ADMINISTRATIVAS

PERIODO	TEORIA	REPRESENTANTE	DESCRIPCION	PRINCIPIOS
1903	Administración científica	Frederick W. Taylor y los esposos Gilbreth	Se debe al intento de aplicar los métodos de la ciencia a los problemas de la administración, con el fin de alcanzar elevada eficiencia industrial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los empleados deben ser dispuestos científicamente en los puestos de trabajo donde los materiales y las condiciones laborales sean seleccionados con criterios científicos, para que así las normas sean cumplidas.</li> <li>• Los empleados deben ser entrenados científicamente para perfeccionar sus aptitudes.</li> <li>• La racionalización del trabajo a nivel operacional</li> </ul>
1906	Burocracia	Max Weber	Forma de organización basada en la división especializada del trabajo, existe una única estructura de poder que es jerárquica, las normas impersonales y la racionalidad, que garantiza la máxima eficiencia posible en el logro de sus objetivos. Este tipo de organizaciones requiere de un importante y bien desarrollado staff de apoyo para atender las necesidades del núcleo de operaciones <sup>193</sup> . Así los hospitales disponen de áreas de: Estadística, Compras, Depósitos, Lavandería, Alimentación, Mantenimiento, entre otras unidades de apoyo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normas preestablecidas por escrito.</li> <li>• Comunicaciones establecidas formalmente.</li> <li>• División sistemática del trabajo.</li> <li>• Impersonalidad de las relaciones (cargos).</li> <li>• Rutinas y procedimientos estandarizados</li> <li>• La burocracia profesional hace hincapié en la autoridad de tipo profesional y en el poder de los conocimientos científicos y técnicos.</li> <li>• Las burocracias profesionales contratan profesionales debidamente capacitados para su núcleo de operaciones, otorgándoles importante control sobre su propio trabajo. Así los profesionales trabajan en forma bastante independiente entre sí pero muy unidos a sus clientes (como los médicos y sus pacientes).</li> <li>• La coordinación entre los profesionales se da de manera automática a través de sus habilidades y conocimientos</li> <li>• Estas características de la organización profesional son aplicables a un hospital y afectan el funcionamiento del mismo.</li> </ul>
1916	Teoría Clásica	Henri Fayol.	Hace énfasis en la estructura que la organización debería poseer para ser eficiente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toda empresa puede ser dividida en seis grupos: Funciones técnicas, financieras, comerciales, de seguridad, contables y administrativas.</li> <li>• Se define el acto de administrar como planear, organizar, dirigir, coordinar y controlar</li> </ul>
1947	Estructuralista	Weber, Etzioni	Enfoca su atención hacia la organización	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se distingue de otras escuelas por que trata de combinar la</li> </ul>

<sup>193</sup> Fuente: Características de las organizaciones de salud que implican un desafío para la gestión de los servicios de salud. Revista de la Asociación Médica Argentina. Lic. Rubilar, Amanda Noemí

PERIODO	TEORIA	REPRESENTANTE	DESCRIPCION	PRINCIPIOS
			desde el punto de vista de su estructura de su funcionamiento y de los medios que utiliza para lograr sus objetivos.	<p>estructura formal con aspectos del comportamiento humano y la conexión de la organización con todo el sistema social.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis de los objetivos organizacionales.</li> </ul>
1951	Enfoque de sistemas o escuela de análisis de sistemas	Ludwing Von Bertalanffy	Considera a las empresas como unidades que están en constante movimiento y que se interrelacionan con el medio ambiente partiendo de la base que todo entero pertenece a uno mayor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los sistemas existen dentro de sistemas.</li> <li>• Los sistemas son abiertos y se caracterizan por un proceso de intercambio infinito con su ambiente, Integrado por otros sistemas.</li> <li>• Y las funciones de un sistema dependen de su estructura.</li> </ul>
1954	Teoría Neoclásica	Drucker, O'Donnel	Se inspira en los criterios clásicos ya a partir de ellos y su actualización se ha desarrollado este al cual se le ha adicionado nuevas herramientas teóricas y científicas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le asigna una gran relevancia a los aspectos prácticos de la administración.</li> <li>• Se le asigna alta jerarquía a los conceptos clásicos de: estructura, autoridad, responsabilidad, departamentalización.</li> <li>• Desarrolla y pone al día de los principios clásicos formulados por Fayol.</li> <li>• Incorpora otros enfoques teóricos que se consideran de importancia, por ejemplo: la organización informal, la dinámica de grupos, la comunicación interpersonal, el liderazgo, la apertura hacia la dirección democrática.</li> </ul>
1957	Del comportamiento	Hebert Alexander Simon	Analiza a las personas y a su comportamiento en forma individual y grupal, basándose en que la motivación mejora la productividad de la empresa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todo se puede lograr por medio de la influencia sobre las personas.</li> <li>• Los gerentes deben emplear las mejores prácticas de las relaciones humanas, capacitación, comunicación y las relaciones humanas.</li> <li>• Enfatiza sobre las formas de manejar los conflictos organizacionales.</li> <li>• Se interesa sobre las necesidades y motivaciones de los individuos, en el uso de autoridad y en las relaciones informales que existen dentro del ambiente de trabajo.</li> </ul>
1972	Situacional o contingente	Chandler, Skinner, Burns	Asume que no hay una respuesta universal a todas las inquietudes porque las organizaciones, las personas y las situaciones varían y cambian constantemente. Conjuga el planteamiento de la escuela de análisis de sistemas con conceptos comportamentales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• depende de situaciones y circunstancias diversas</li> <li>• no hay "una única mejor manera" de administrar en una situación dada y que hay variables situacionales de ambientes internos y externos que impactan en la práctica administrativa</li> <li>• pone de relieve las relaciones lógicas del tipo causa-efecto</li> <li>• tiene mucho en cuenta el diseño de la organización, dado los cambios continuos su estructura debe ser flexible y adaptable al ambiente.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia, con base en documentos en la web.

## **ANEXO I-2: LEY ORGÁNICA DE LA ADMINISTRACIÓN FINANCIERA DEL ESTADO**

### **Capítulo III: Unidades Financieras Institucionales**

#### Formación de la Unidad Financiera Institucional

ARTÍCULO 16.- Cada entidad e institución mencionada en el Artículo 2 de esta Ley establecerá una unidad financiera institucional responsable de su gestión financiera, que incluye la realización de todas las actividades relacionadas a las áreas de presupuesto, tesorería y contabilidad gubernamental, de acuerdo a lo dispuesto por la presente Ley. Esta unidad será organizada según las necesidades y características de cada entidad e institución y dependerá directamente del Titular de la institución correspondiente.

#### Responsabilidades de las Unidades

ARTÍCULO 17.- Las unidades financieras institucionales velarán por el cumplimiento de las políticas, lineamientos y disposiciones normativas que sean establecidos por el Ministro, en especial, estas unidades deberán:

- a. Difundir y supervisar el cumplimiento de las políticas y disposiciones normativas referentes al SAFI, en las entidades y organismos que conforman la institución;
- b. Asesorar a las entidades en la aplicación de las normas y procedimientos que emita el órgano rector del SAFI;
- c. Constituir el enlace con las direcciones generales de los subsistemas del SAFI y las entidades y organismos de la institución, en cuanto a las actividades técnicas, flujos y registros de información y otros aspectos que se deriven en la ejecución de la gestión financiera;
- d. Cumplir con todas las demás responsabilidades que se establezcan en el reglamento de la presente Ley y en las normas técnicas que emita el Ministro de Hacienda por medio de las direcciones generales de los subsistemas de presupuesto, tesorería, inversión y crédito público y contabilidad gubernamental.

#### Envío de Información al Ministerio de Hacienda

ARTÍCULO 18.- El jefe de la unidad financiera institucional tiene la obligación de presentar toda la información financiera que requieran las direcciones generales responsables de los subsistemas establecidos.

Inciso 2º Derogado

#### Documentos y Registros

ARTÍCULO 19.- Las unidades financieras institucionales conservarán, en forma debidamente ordenada, todos los documentos, registros, comunicaciones y cualesquiera otros documentos pertinentes a la actividad financiera y que respalde las rendiciones de cuentas e información contable, para los efectos de revisión por las unidades de auditoría interna respectivas y para el cumplimiento de las funciones fiscalizadoras de la Corte de Cuentas de la República. Todos los documentos relativos a una transacción específica serán archivados juntos o correctamente referenciados. La documentación deberá permanecer archivada como mínimo por un período de cinco años y los registros contables durante diez años. Los archivos de documentación financiera son de propiedad de cada entidad o institución y no podrán ser removidos de las oficinas correspondientes, sino con orden escrita de la autoridad competente.

**Sección I:**  
**De la Formulación del Presupuesto**

Inicio del Proceso

ARTÍCULO 32.- El Proceso de elaboración del proyecto de presupuesto se iniciará anualmente, con la aprobación por el Consejo de Ministros de la política presupuestaria.

Elaboración y Remisión de Proyectos Institucionales

ARTÍCULO 33.- Las entidades e instituciones del sector público, sujetas a esta Ley, deberán elaborar sus proyectos de presupuesto tomando en cuenta la política presupuestaria, los lineamientos presupuestarios emitidos por el Ministerio de Hacienda a través de la Dirección General del Presupuesto y los resultados físicos y financieros del último año cerrado contablemente. El Titular, el Presidente o el encargado de cada institución señalada en el Artículo 2 de esta Ley, será el responsable de la remisión del proyecto de presupuesto al Ministerio de Hacienda, debidamente integrado, en los plazos y formas que establezca el Ministerio de Hacienda a través de la Dirección General del Presupuesto, para su respectiva consideración y aprobación. El incumplimiento de lo preceptuado en el Inciso anterior faculta al Ministro de Hacienda a efectuar los ajustes pertinentes al presupuesto vigente y a considerarlo como proyecto de la institución infractora.

Compromisos cuyo Plazo Excede del Ejercicio Financiero Fiscal

ARTÍCULO 34.- Cuando en los proyectos de presupuesto se incluyan créditos para contratar obras, adquirir bienes y servicios o elaborar estudios, cuyo plazo de ejecución exceda el ejercicio financiero fiscal, se deberá incluir información sobre los recursos invertidos en años anteriores, los que se invertirán en el futuro y el monto total del gasto, así como los respectivos cronogramas de ejecución física. En los proyectos de presupuesto, deberán consignarse las asignaciones necesarias para cubrir los compromisos derivados de dichos contratos que deban cumplirse dentro de cada ejercicio financiero fiscal. Los estudios de preinversión y los proyectos de inversión, para poder incluirse en los proyectos de presupuesto, deberán cumplir con las normas y procedimientos estipulados por la Dirección General de Inversión y Crédito Público.

**Sección III:**  
**De La Ejecución Del Presupuesto**

Ejecución

ARTÍCULO 39.- La ejecución presupuestaria es la etapa en la cual se aplica el conjunto de normas y procedimientos técnicos, legales y administrativos para movilizar los recursos presupuestados en función de los objetivos y metas establecidos en el presupuesto aprobado. Para este fin, deberá realizarse la programación de la ejecución presupuestaria que compatibilice los flujos de ingresos, egresos y financiamiento con el avance físico y financiero del presupuesto.

Momentos de la Ejecución

ARTÍCULO 40.- La ejecución presupuestaria se deberá realizar con base a los siguientes momentos presupuestarios: Crédito, Compromiso y Devengado, los cuales serán definidos y normados en el reglamento respectivo.

Responsabilidad Institucional

ARTÍCULO 41.- Las entidades e instituciones que forman parte del SAFI están obligadas a realizar y presentar a la Dirección General del Presupuesto la programación de la ejecución física y financiera de sus presupuestos, siguiendo las normas, métodos y procedimientos que determine la

reglamentación de esta Ley y los manuales técnicos correspondientes. Las acciones administrativas para una correcta aplicación de la ejecución presupuestaria, y para los registros de la ejecución física y financiera, serán de responsabilidad de los titulares de cada institución.

**TÍTULO IV**  
**Del Subsistema de Tesorería**  
**Capítulo I:**  
**Generalidades**

Descripción

ARTÍCULO 60.- El Subsistema de Tesorería comprende todos los procesos de percepción, depósito, erogación, transferencia y registro de los recursos financieros del tesoro público; recursos que, puestos a disposición de las entidades y organismos del sector público, se utilizan para la cancelación de obligaciones contraídas con aplicación al Presupuesto General del Estado.

Objetivo

ARTÍCULO 61.- El objetivo del subsistema de tesorería, es mantener la liquidez necesaria para cumplir oportunamente con los compromisos financieros de la ejecución del Presupuesto General del Estado, a través de la programación financiera adecuada.

Característica

ARTÍCULO 62.- La característica del subsistema de tesorería es la centralización de la recaudación de los recursos del tesoro público en un solo fondo, a la orden de la Dirección General de Tesorería; y la descentralización de los pagos, a nivel de cada una de las entidades e instituciones del sector público que forman parte del Presupuesto General del Estado.

## **ANEXO I-3: REGLAMENTO DE LA LEY ORGÁNICA DE ADMINISTRACIÓN FINANCIERA DEL ESTADO**

### **SECCIÓN III: DE LA EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA**

#### **Programación de la Ejecución Presupuestaria.**

**Art. 52.-** Todas las instituciones comprendidas en el ámbito de la Ley, deberán elaborar la Programación de la Ejecución Presupuestaria (PEP), tomando como base las metas y propósitos definidos en el Plan de Trabajo; así como sus respectivos programas de compras, calendarización de pagos de obras, proyectos de inversión y deuda pública.

La Programación de la Ejecución Presupuestaria constituye un requisito previo e indispensable para dar inicio a la movilización de los recursos en cada ejercicio financiero fiscal; por lo tanto, deberá ser presentada a la Dirección General, con carácter obligatorio en los plazos y formas que ésta determine.

Se exceptúan de esta disposición, las Empresas Públicas no Financieras a que se refiere el Artículo 69 del presente Reglamento.

#### **Aprobación de Créditos Presupuestarios.**

**Art. 53.-** La Dirección General aprobará el uso de los créditos presupuestarios consignados en el Presupuesto General del Estado y Presupuestos Especiales de las Instituciones Descentralizadas y todas aquellas instituciones que reciban recursos del Fondo General, mediante el instrumento o documento legal que considere apropiado definir, dentro de la normativa correspondiente al proceso de ejecución.

#### **Niveles de Responsabilidad.**

**Art. 58.-** Las entidades e instituciones que forman parte del SAFI están obligadas de conformidad al Art. 41 de la ley, a realizar y presentar a la Dirección General la Programación de la Ejecución Presupuestaria, la cual deberá efectuarse en los siguientes niveles de responsabilidad:

##### **a) Nivel Global**

Corresponde al Ministerio de Hacienda y comprende grandes agregados, tales como: la estimación de los ingresos, la integración de las necesidades de recursos financieros (egresos) y las estimaciones del uso del financiamiento de corto y largo plazo de todo el Sector Público.

##### **b) Nivel Institucional**

Este nivel estará a cargo de los titulares de las instituciones que conforman el presupuesto votado en la Ley de Presupuesto y constituye la parte gerencial en la que se transforman las normas, orientaciones y autorizaciones en acciones concretas para movilizar los recursos humanos, materiales y financieros, a fin de alcanzar los objetivos y metas consideradas en el Plan de Trabajo.

##### **c) Nivel Operativo**

Estará a cargo de los responsables de cada una de las Unidades Operativas definidas en el Plan de Trabajo y es donde se relaciona directamente los resultados físicos y financieros previstos y por lo tanto constituye el nivel de seguimiento básico de todo el proceso de ejecución presupuestaria, por lo que la información a obtenerse debe ser completa, veraz y oportuna.

Las funciones de cada nivel se establecerán en los Documentos Técnicos correspondientes.

#### **Cierre del Movimiento Contable.**

**Art. 194.-** Las Unidades Contables al término de cada mes, tendrán la obligación de efectuar el cierre mensual de sus operaciones, y prepararán la información financiero contable, que deberán enviar a la DGCG dentro de los diez días del siguiente mes.

#### **Informes Contables Institucionales.**

**Art. 195.-** La Unidad Contable semestralmente como mínimo, tendrá la obligación de presentar a la Autoridad Superior, a través de las Unidades Financieras Institucionales, estados contables destinados a informar sobre la marcha económica financiera y presupuestaria de la institución o fondo. Los informes deberán incluir notas explicativas que permitan una adecuada interpretación de los mismos.

Al 31 de diciembre de cada año, el estado de situación financiera deberá estar respaldado por inventarios de las cuentas contables que registren saldos. Ninguna cuenta podrá presentarse por montos globales, siendo obligatorio explicitar su composición. La Dirección General se reserva el derecho de verificar las cifras consignadas en los inventarios, sin perjuicio de las facultades de la Corte de Cuentas de la República.

#### **CAPÍTULO IV: DE LAS UNIDADES Y SISTEMAS CONTABLES** **De las Unidades Contables Institucionales.**

**Art. 196.-** En las Instituciones del Sector Público, las actividades relacionadas con la contabilidad gubernamental, serán realizadas por las Unidades Contables Institucionales, las cuales formarán parte de las Unidades Financieras Institucionales.

En lo referente a los Ramos del Órgano Ejecutivo del cual dependa un número significativo de instituciones o fondos obligados a llevar registros contables, podrán cuando la estructura organizacional lo permita y con autorización del Ministerio de Hacienda, previo informe de la Dirección General, establecer sistemas contables destinados a la consolidación del conjunto de recursos y obligaciones de carácter económico-financiero que administra globalmente dicha Secretaría de Estado.

#### **Funciones de las Unidades Contables Institucionales.**

**Art. 197.-** Las Unidades Contables tendrán entre sus funciones:

- a) Diseñar el sistema de contabilidad de acuerdo con los requerimientos internos y dentro del marco general que se establezca para el Subsistema de Contabilidad Gubernamental;
- b) Someter a la aprobación de la Dirección General sus planes de cuentas y las modificaciones, antes de entrar en vigencia;
- c) Registrar diaria y cronológicamente, todas las transacciones que modifiquen la composición de los recursos y obligaciones de la institución o fondo; y en los casos que proceda, mantener registros contables destinados a centralizar y consolidar los movimientos contables de las entidades dependientes del Ramo;
- d) Preparar los informes que se proporcionarán a las autoridades competentes, los cuales deben contener información suficiente, fidedigna y oportuna, en la forma y contenido que éstas requieran, dentro de las disponibilidades ciertas de datos, que coadyuvarán al desarrollo de la gestión financiera institucional;
- e) Establecer los mecanismos de control interno que aseguren el resguardo del patrimonio estatal y la confiabilidad e integridad de la información, dentro de las políticas a que se refiere el Art. 105, literal g) de la Ley, y sin perjuicio de las facultades de la Corte de Cuentas de la República;
- f) Comprobar que la documentación que respalda las operaciones contables cumpla con los requisitos exigibles en el orden legal y técnico;
- g) Preparar informes del movimiento contable en la forma, contenido y plazos que establezca la Dirección General;
- h) Proporcionar toda información que requiera la Dirección General para el cumplimiento de sus funciones; e,
- i) Proveer la información requerida de la ejecución presupuestaria a los Subsistemas del SAFI.

Las funciones antes señaladas, serán incorporadas posteriormente en la reglamentación de la organización y funcionamiento de las Unidades Financieras Institucionales.

#### **Responsabilidad de las Unidades Contables.**

**Art. 198.-** Las Unidades Contables de las Instituciones y Fondos legalmente creados, obligados a llevar contabilidad, deberán cumplir con las normas y requerimientos que se establezcan para el Subsistema de Contabilidad Gubernamental.

#### **Autorización del funcionamiento de Unidades Contables.**

**Art. 199.-** El Ministerio de Hacienda podrá autorizar como Unidad Contable para captar, registrar e informar los hechos económicos del Sector Público, a toda institución o fondo que hayan sido

creados por Ley en forma permanente. No obstante, si las circunstancias lo ameritan, podrá también hacerlo con aquellas entidades de carácter transitorio o que se incorporen a la Ley de Presupuesto como Unidad Primaria, por el período que en cada caso corresponda.

La Dirección General al momento de ser cursada la autorización para el funcionamiento de una Unidad Contable, deberá hacer llegar a la institución o fondo los antecedentes que tendrán obligación de acatar en materia de contabilidad, a partir de la fecha establecida para el inicio de sus actividades.

#### **Descentralización de Registros Contables.**

**Art. 200.-** Las Unidades Contables podrán descentralizar internamente la contabilidad, en la medida que se logre mayor eficiencia en el manejo financiero y siempre que no se produzcan duplicaciones en el registro de las transacciones, debiendo contar con autorización previa de la Dirección General.

#### **Concentración Geográfica de Unidades Contables.**

**Art. 201.-** El Ministerio de Hacienda podrá autorizar que determinadas Instituciones o Fondos, ubicados en una misma jurisdicción territorial y, que administren recursos financieros de escasa relevancia, puedan concentrar sus sistemas contables en un solo lugar geográfico y estar a cargo de un mismo Contador. Lo anterior, es sin perjuicio que se mantengan registros separados con el movimiento de cada Institución o Fondo.

### **CAPÍTULO V: DE LOS FUNCIONARIOS DE LA UNIDAD CONTABLE Y DE LA FORMACIÓN EN CONTABILIDAD GUBERNAMENTAL**

#### **Idoneidad para el Desempeño del Cargo.**

**Art. 202.-** El funcionario a cargo de la Unidad Contable Institucional, deberá poseer como requisito mínimo título en Contabilidad o formación técnica contable equivalente. Para el desempeño de las funciones de consolidación de todo el Ramo, se requerirá que el funcionario posea título universitario en Contaduría Pública, formación universitaria equivalente o ser Contador Público Certificado.

#### **Condición Previa al Nombramiento.**

**Art. 203.-** Los funcionarios señalados en el artículo anterior, deberán tener aprobado, previo a su nombramiento un curso de especialización en contabilidad gubernamental, dictado por la Dirección General en coordinación con la Unidad del Ministerio de Hacienda, responsable de la capacitación.



## **ANEXO I-4: REGLAMENTO GENERAL DE HOSPITALES DEL MSPAS**

Nombre: **REGLAMENTO GENERAL DE HOSPITALES DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL**

Materia: **Derecho Ambiental y Salud** Categoría: **Reglamento**

Origen: **MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL** Estado: **Vigente**

Naturaleza : **Decreto Ejecutivo**

Nº: **55** Fecha: **10/06/1996**

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

Reformas: **(5) D. E. Nº 102, del 05 de Noviembre del 2007, publicado en el D.O. Nº 216, Tomo 377, del 20 de Noviembre del 2007.**

Comentarios:

---

Contenido;

DECRETO Nº 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 Nº 200 del día 5 de septiembre del año antes citado; y,

III. Que dicho Reglamento no se ajusta a la realidad actual, por lo que se considera imprescindible 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:

### **REGLAMENTO GENERAL DE HOSPITALES DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL.**

#### **TITULO I**

#### **CAPITULO I**

Objeto y Ámbito de aplicación. (1)

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 resolutoria y al nivel de complejidad institucional. El Hospital tiene las funciones siguientes: (1)

- a) Proveer servicios de salud permanentes e integrales de tipo ambulatorio, emergencia e internamiento en las especialidades médicas según su complejidad; (1)
- b) Proveer servicios de salud en forma eficiente, equitativa, con calidad, calidez, contando con la participación de la población y diferentes sectores sociales; (1)
- c) Proponer y apoyar técnicamente la formulación, evaluación y supervisión de normas, guías y protocolos de atención médica; (1)
- d) Desarrollar la provisión y gestión de los servicios de salud en función de los compromisos, acuerdos, convenios y contratos; (1)
- e) Desarrollar coordinadamente con los establecimientos del primer nivel de atención que forman parte de la Región del SIBASI respectivo los procesos de planificación organización, ejecución y control de las acciones de salud; (1)

- f) Establecer e implementar planes de desarrollo de los recursos humanos; (1)
- g) Desarrollar procesos de investigación médica de acuerdo a criterios legales, éticos, epidemiológicos y de interés nacional; (1)
- h) Coordinar con los diferentes hospitales nacionales el sistema de referencia y referencia de retorno, apoyo e intercambio de recursos, capacitaciones y soporte técnico; (1)
- i) Ejercer una gestión administrativa y financiera eficiente y transparente; y, (1)
- j) Las demás establecidas por otros cuerpos normativos. (1)

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

a) Hospital Nacional General

Es el establecimiento de segundo nivel para la atención de pacientes en especialidades básicas de la Medicina; Cirugía General, Gineco-obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y sus especialidades complementarias y servicios de apoyo que se prestan en las áreas de emergencia, atención ambulatoria y hospitalización. (1) (2)

Dentro de esta clasificación se encuentran los hospitales siguientes:

- Hospital Nacional "Dr. Francisco Menéndez", Ahuachapán. (1) (2)
- Hospital Nacional de Chalchuapa, Santa Ana. (1) (2)
- Hospital Nacional "Arturo Morales", Metapán, Santa Ana. (1) (2)
- Hospital Nacional "Dr. Jorge Mazzini Villacorta", Sonsonate. (1) (2)
- Hospital Nacional "San Rafael", Santa Tecla, La Libertad. (1) (2) (5)
- Hospital Nacional "Dr. Luis Edmundo Vásquez", Chalatenango. (1) (2)
- Hospital Nacional de Nueva Concepción, Chalatenango. (1) (2)
- Hospital Nacional "Dr. Juan José Fernández", Zacamil, Mejicanos, San Salvador. (1) (2)
- Hospital Nacional "Enfermera Angélica Vidal de Najarro", San Bartolo, San Salvador. (1) (2)
- Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fatima", Cojutepeque, Cuscatlán. (1) (2)
- Hospital Nacional de Suchitoto, Cuscatlán. (1) (2)
- Hospital Nacional de Ilobasco, Cabañas. (1) (2)
- Hospital Nacional de Sensuntepeque, Cabañas. (1) (2)
- Hospital Nacional "Santa Teresa", Zacatecoluca, La Paz. (1) (2)
- Hospital Nacional "Santa Gertrudis", San Vicente. (1) (2)
- Hospital Nacional "San Pedro", Usulután. (1) (2)
- Hospital Nacional "Dr. Jorge Arturo Mena", Santiago de María, Usulután. (1) (2)
- Hospital Nacional de Jiquilisco, Usulután. (1) (2)
- Hospital Nacional de Nueva Guadalupe, San Miguel. (1) (2)
- Hospital Nacional "Monseñor Oscar Arnulfo Romero y Galdámez", Ciudad Barrios, San Miguel. (1) (2)
- Hospital Nacional "Dr. Héctor Antonio Hernández Flores", San Francisco Gotera, Morazán. (1) (2)
- Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, La Unión.- . (1) (2)(5)
- Hospital Nacional de La Unión, La Unión. (5)
- Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez", Soyapango, San Salvador. (1) (2)
- Hospital Nacional de Neumología y Medicina Familiar, "Dr. José Antonio Saldaña"; San Salvador. (1) (2)

Se incluyen en esta clasificación los dos últimos hospitales, no obstante de proveer servicios especializados en las áreas de Psiquiatría y Neumología, respectivamente. (1) (2)

b) Hospital Nacional de Zona. (1)

Es el establecimiento de segundo nivel con áreas de resolución de tercer nivel para pacientes que ameriten atención médico-quirúrgica en los servicios de emergencia, atención ambulatoria y hospitalización; además, brindan las atenciones especializadas a los pacientes referidos por las regiones del SIBASI correspondientes de su área geográfica de responsabilidad. (1)

Dentro de esta clasificación se encuentran los hospitales siguientes: (1)

- Hospital Nacional "San Juan de Dios", Santa Ana. (1)
- Hospital Nacional "San Juan de Dios", San Miguel. (1)
- c) Hospital Nacional Especializado de Referencia. (1)

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. (1)

Dentro de esta clasificación se encuentran los hospitales siguientes: (1)

- Hospital Nacional "Rosales", San Salvador. (1)
- Hospital Nacional de Niños "Benjamín Bloom", San Salvador. (1)
- Hospital Nacional de Maternidad "Dr. Raúl Argüello Escolán", San Salvador. (1)
- Hospital Nacional de Especialidades, San Salvador. (1)

Art. 3. Los Hospitales desarrollarán sus actividades según lineamientos emanados por la autoridad competente enmarcados dentro de la Red Nacional de Salud.

Art. 4. En caso de urgencia o emergencia médico-quirúrgico; los Hospitales darán atención oportuna a los pacientes que lo ameriten.

Art. 5. Todos los pacientes que demandan servicio serán atendidos en forma oportuna, con dignidad y respeto, sin ninguna discriminación, incluyendo los pacientes referidos de otros establecimientos de salud, por médico, personas afines a la medicina o por otras personas que estén relacionadas con programas de salud.

Art. 6. Constituye el patrimonio de cada uno de los Hospitales: (1)

- a) Los bienes muebles; (1)
- b) Las rentas, fondos específicos y las asignaciones presupuestarias que el Gobierno establezca para su inversión y funcionamiento; (1)
- c) Los derechos y cuotas que por venta de servicio y recuperación de costos reciban; (1)
- d) Las donaciones, herencia y legados que reciban; y, (1)
- e) Los bienes que adquieran a cualquier título. (1)

Los Inmuebles de los hospitales nacionales, las unidades de salud, las casas de salud y centros rurales de nutrición, son propiedad del Estado y de El Salvador, en el Ramo de Salud Pública y Asistencia Social. (1)

## **TITULO II DE LA ORGANIZACION CAPITULO I**

De la Dirección y Administración.

Art. 7. Cada hospital estará a cargo y bajo la responsabilidad de un Director nombrado por el Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud Pública y Asistencia Social. (1) (4)

Cada hospital tiene carácter de persona jurídica, su representante legal es el Director quien está facultado para representarlo judicial y extrajudicialmente. (4)

Art. 8. (1) (2) DEROGADO

Art. 9. Para ser Director de un Hospital se requiere lo siguiente:

- a) Ser salvadoreño;
- b) Doctor en Medicina legalmente autorizado o administrador de empresas;
- c) Haber realizado estudios en cualquiera de las siguientes áreas: Administración Hospitalaria, Maestría en Salud Pública, Gerencia de Servicio en Salud y tener Experiencia de trabajo en el área hospitalaria los últimos dos años; y,
- d) Estar en el ejercicio de los derechos de ciudadano y haberlo estado en los últimos cinco años. (1)

Art. 10. La Dirección contará con un Consejo Asesor constituido por el Director quién lo presidirá, el Subdirector, el Administrador, los responsables de las divisiones o departamentos según sea el caso.

Estos funcionarios serán nombrados por el Órgano Ejecutivo a propuesta del Director, permaneciendo en sus cargos mientras duren sus funciones.

Art. 11. El Director del Hospital, previa notificación a la instancia correspondiente, podrá delegar su autoridad y responsabilidad cuando sea necesario así:

- a) En el Subdirector Médico, quién ejercerá plenamente las funciones por el tiempo que dure la ausencia del Director;
- b) Si tal cargo no existe o en ausencia del Subdirector, podrá delegar en el Jefe de una División, Departamento, Servicio Médico, Administrador o en el Jefe de Residentes.

Art. 12. El Subdirector será nombrado por el Órgano Ejecutivo en el ramo de Salud Pública a propuesta del Director del Hospital.

Art. 13. Para ser Subdirector del Centro Hospitalario se requieren los mismos requisitos que se exigen para el Director.

Art. 14. El Administrador o Jefe de División Administrativa será nombrado por el Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud Pública, a propuesta del Director.

## **CAPITULO II**

### **Organismos Colaboradores y Asesores.**

Art. 15. El Consejo Asesor tendrá las siguientes atribuciones y deberes:

- a) Asesorar al Director en los asuntos técnicos que dicho funcionario someta a su consideración.
- b) Cumplir con el Reglamento Interno del Hospital, colaborar en su divulgación y cumplimiento.
- c) Asistir a las reuniones convocadas por el Director, éstas deberán realizarse por lo menos una vez al mes.
- d) Colaborar con la Dirección para que se cumplan las medidas disciplinarias para el buen funcionamiento del establecimiento.
- e) Consignar en Acta lo tratado en cada reunión.

Art. 16. Según la complejidad del hospital se organizarán los Comités: Médico, Técnico-Administrativo, Farmacoterapéutico, Auditoría y Desempeño Médico, Infecciones Nosocomiales, Epidemiología, Lactancia Materna, Docencia e investigación, Comité del Sistema de Información Gerencial y otros que se consideren necesarios, coordinados por la Dirección del Hospital.

La Organización y función de cada comité será definida en el Reglamento Interno correspondiente.

## **CAPITULO III**

### **Servicios del hospital**

Art. 17. El hospital clasifica los servicios médicos de la siguiente forma:

- a) Emergencia; (1)
- b) Atención Ambulatoria; y (1)
- c) Hospitalización. (1)

Servicios Médico - Odontológicos

Art. 18. DEROGADO. (1)

Art. 19. DEROGADO (1)

Art. 20. El Personal Médico trabajará conforme a la distribución en las diferentes áreas de acuerdo a planes discutidos y aprobados con anterioridad por los jefes correspondientes, estableciendo las horas médico, haciendo uso racional de los recursos disponibles para dar atención satisfactoria a la población demandante.

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.

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.

Art. 23. Del Area de Cirugía dependerá el Centro Quirúrgico constituido por Salas de Operaciones, Salas de Recuperación, Central de Equipos y Esterilización.

Art. 24. El Area de Ginecología y Obstetricia estará destinada a la atención del aparato reproductor femenino y lo relacionado con el embarazo. Constará de los servicios de Ginecología, Obstetricia, Perinatología y otros, según la complejidad del Hospital. (1)

Art. 25. DEROGADO (1).

Art. 26. El Area de Pediatría estará organizada para dar atención a personas menores de dieciocho años de edad. (1)

Art. 27. El Area de Odontología desarrollará los programas preventivos, curativos y de rehabilitación oral según la capacidad instalada del hospital.

De las Areas de Atención Médica

Art. 28. DEROGADO (1)

Atención Ambulatoria

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. 31. La Atención Ambulatoria estará orientada a proporcionar atención integral al paciente, familia y comunidad.

Art. 32. La Atención Médica se proveerá de acuerdo con la capacidad, complejidad y los recursos disponibles en el Hospital. (1)

Art. 33. El horario de atención se establecerá en base a la distribución racional de los recursos disponibles.

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. (1)

Emergencia

Art. 37. La Emergencia es una Área del Hospital que cuenta con los ambientes indispensables y dispondrá de los elementos básicos requeridos para proporcionar una atención médica inmediata y satisfactoria, deberá constituir una unidad funcional técnica administrativa coordinada e integrada con los demás servicios del establecimiento y dirigida por un jefe médico o coordinador.

Art. 38. El Servicio de Emergencia tiene por objeto la atención inmediata del paciente que presente cualquier condición del estado de salud que ponga en riesgo la vida. (1)

Art. 39. La priorización de las emergencias estará a cargo del personal médico responsable.

Art. 40. Las emergencias serán atendidas por los médicos y por personal a fin a la medicina.

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.

Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento.

Art. 42. Los Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento estarán constituidos de acuerdo al nivel de desarrollo y complejidad del Hospital y dependerán de la jefatura correspondiente.

Estos Servicios podrán ser:

- a) Laboratorio clínico
- b) Banco de sangre
- c) Anatomía Patológica
- d) Radiodiagnóstico
- f) Medicina nuclear
- g) Medicina física y de rehabilitación

Art. 43. Los Jefes de los Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento serán los encargados de planificar, organizar, dirigir, coordinar, supervisar y evaluar las actividades técnico administrativas y docentes del servicio a su cargo.

Laboratorio Clínico.

Art. 44. Laboratorio Clínico es el encargado de realizar los exámenes de los productos orgánicos: sangre, secreciones, exudados, trasudados, etc., que fueren requeridos por los servicios clínicos del Hospital y no será permitido practicar exámenes de carácter particular, excepto cuando se trate de venta de servicios por parte del hospital.

Art. 45. El Laboratorio Clínico deberá cubrir las necesidades del establecimiento durante las 24 horas del día y todos los días del año, para ello se deberán elaborar programas de turnos, por el jefe correspondiente.

Art. 46. El Laboratorio Clínico de acuerdo a la complejidad, capacidad y recursos podrá contar fundamentalmente con las secciones siguientes:

- a) Hematología
- b) Bioquímica
- c) Microbiología
- d) Parasitología
- e) Uroanálisis
- f) Química Clínica
- g) Inmunología e inmunohematología
- h) Preparación, esterilización de materiales, reactivos y otros.

Art. 47. Los informes de los resultados de los análisis del laboratorio deberán hacerse dentro del menor tiempo posible, por escrito en el formulario respectivo.

Art. 48. Los exámenes que sean de carácter urgente, el médico responsable lo autorizará como tal y el laboratorio deberá procesarlo con la urgencia del caso.

Banco de Sangre

Art. 49. El Banco de Sangre funcionará como dependencia anexa al laboratorio clínico. Cuando la organización de la Institución así lo requiera, con el objeto de utilizar el recurso físico, material y de personal en forma racional.

Tendrá a su cargo la recolección, clasificación, almacenamiento y aplicación de la sangre y sus derivados.

La sangre y sus productos obtenida de los donantes son propiedad del Hospital y su empleo se sujetará a las normas del mismo.

Art. 50. Las solicitudes de sangre o sus derivados para administración a los pacientes, deberán ser llenadas por el Médico responsable utilizando el formulario establecido e indicando la urgencia del caso.

Art. 51. El Banco de Sangre para proceder a la extracción de sangre de los donantes, lo hará previo análisis clínico y según normas establecidas.

Art. 52. Para aplicar la transfusión sanguínea a los pacientes se hará previo análisis clínico de la sangre del mismo y según normas establecidas.

Anatomía Patológica

Art. 53. El personal del Servicio de Anatomía Patológica según su capacidad instalada tendrá las siguientes funciones cuando las necesidades lo demanden:

- a) Efectuar autopsias a los fallecidos en el establecimiento.
- b) Practicar autopsias y otros exámenes solicitados por los Tribunales que conformen el Órgano Judicial, de acuerdo a los convenios que se establezcan.
- c) Colaborar en los trabajos de investigación científica y de finalidad docente.
- d) Realizar los exámenes histopatológicos que se le requieran.
- e) Asumir la responsabilidad de la realización periódica de las Conferencias Anatomoclínicas.
- f) Desempeñar otras funciones que le encomienden las autoridades del Centro Hospitalario compatibles con su especialidad.

Art. 54. Los informes de autopsias y biopsias deberán consignarse por escrito y serán anexados al expediente clínico.

#### Radiodiagnóstico

Art. 55. El personal del Servicio Radiodiagnóstico tendrá como función la realización, análisis, control e informe del trabajo efectuado, según su capacidad instalada.

Art. 56. DEROGADO (1)

#### Medicina Nuclear

Art. 57. El personal del Servicio de Medicina Nuclear es el encargado de la realización, procesamiento, interpretación y control de los estudios respectivos, en relación con la aplicación de sustancias radioactivas.

Art. 58. El personal que trabaje en los servicios de Radiodiagnósticos y Medicina Nuclear deberán cumplir con las medidas de protección establecidas en el Reglamento respectivo y las disposiciones para el uso del material radioactivo aprobadas por la Organización Internacional de la energía atómica.

#### Medicina Física y Rehabilitación

Art. 59. El personal del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación será el encargado de proporcionar la atención requerida para el tratamiento del paciente de secuelas físicas y mentales. Servicios Técnicos de Apoyo Médico.

Art. 60. Los Servicios Técnicos de Apoyo Médico estarán constituidos de acuerdo al nivel de desarrollo y complejidad del Hospital y dependerán de la Jefatura correspondiente.

Estos Servicios podrán ser:

- a) Enfermería
- b) Farmacia
- c) Servicio social
- d) Alimentación y Dietética
- e) Estadística y Documentos Médicos.

Art. 61. Los Jefes de los Servicios Técnicos de Apoyo Médico serán los encargados de planificar, organizar, dirigir, coordinar, supervisar y evaluar las actividades técnico-administrativas y docentes del Servicio a su cargo.

#### Enfermería

Art. 62. El Departamento de Enfermería es responsable de los ciudadanos de enfermería a los pacientes; emitir lineamientos de trabajo, realización de acciones para el fomento, protección, recuperación y rehabilitación de salud de los pacientes.(1)

Art. 63. El Departamento de Enfermería de acuerdo a la complejidad del Hospital estará clasificado en las siguientes categorías:

- a) Jefe del Departamento de Enfermería
- b) Subjefe del Departamento de Enfermería
- c) Supervisora Hospitalaria
- d) Jefe de la Unidad Hospitalaria
- e) Enfermera Hospitalaria
- f) Auxiliar de Enfermería Hospitalaria
- g) Ayudante de Enfermería

#### Farmacia

Art. 64. La Farmacia tiene como funciones principales, la centralización de los medicamentos, el establecimiento de sistemas de control y de distribución de los mismos cuando sean prescritos por el personal autorizado del Hospital manteniendo informado al personal correspondiente sobre existencias y necesidades.

#### Servicio Social

Art. 65. El Servicio Social es responsable de la atención a los problemas médico-sociales del paciente, orientación a la familia sobre la situación del mismo y la promoción de los servicios que ofrece el hospital y otras actividades que se le encomienden.

#### Alimentación y Dietas

Art. 66. El Servicio de Alimentación y Dietas, es el responsable de proporcionar la alimentación y educación nutricional a los pacientes del hospital, de acuerdo a las normas establecidas por el Ministerio. (1)

Art. 67. El Lactario es una dependencia del Departamento de Alimentación y Dietas, responsable de la elaboración conservación y distribución de las fórmulas lácteas.

Art. 68. DEROGADO (1)

Estadística y Documentos Médicos

Art. 69. El Departamento de Estadística y Documentos Médicos es el responsable de la recolección, tabulación, procesamiento y análisis de la información de las actividades relacionadas con la atención de los pacientes y de la custodia de expedientes clínicos de pacientes y otros documentos estadísticos.

Art. 70. El Departamento de Estadística y Documentos Médicos, de acuerdo al desarrollo y complejidad del Hospital podrá conformar las secciones siguientes.

- a) Admisión
- b) Archivo
- c) Evaluación Técnica
- e) Recolección y Procesamiento de datos.

Servicios Administrativos

Art. 71. DEROGADO (1)

Art. 72. El Area Administrativa es la responsable de la gestión administrativa institucional; para tal fin cuenta con las siguientes dependencias: (1)

- a) Recursos Humanos; (1)
- b) Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional; (1)
- c) Conservación y Mantenimiento Integral; y, (1)
- d) Otras que sean necesarias. (1)

Art. 73. La Unidad Financiera Institucional depende del Director del Hospital y comprende de las siguientes áreas: (1)

- a) Presupuesto; (1)
- b) Tesorería; y (1)
- c) Contabilidad. (1)

Tesorería

Art. 74. DEROGADO (1)

Recursos Humanos

Art. 75. La Sección de Recursos Humanos será responsable del reclutamiento, selección, desarrollo, conservación, traslado y alojamiento del personal, manteniendo un registro actualizado en base a los datos de nombramientos, licencias, permisos y vacaciones del personal del Hospital.

Suministros y Almacén

Art. 76. DEROGADO (1)

Art. 77. DEROGADO (1)

Conservación y Mantenimiento Integral.

Art. 78. Conservación y Mantenimiento Integral es el responsable de asegurar el buen funcionamiento de los bienes muebles e inmuebles necesarios para la provisión de los servicios de salud en el Hospital.

Esta constituido por las siguientes áreas:

- a) Mantenimiento (1)
- b) Lavandería y costurería (1)
- c) Limpieza (1)
- d) Transporte (1)
- e) Vigilancia (1)
- f) Portería (1)
- g) Telefonía; y (1)
- h) Otras, de acuerdo a su complejidad. (1)



Art. 79. DEROGADO (1)

#### Mantenimiento

Art. 80. El Servicio de Mantenimiento es el responsable de proporcionar mantenimiento preventivo y correctivo de la planta física, áreas circundantes, instalaciones, mobiliario, equipo y otros.

Art. 81. El Servicio de Mantenimiento de acuerdo a la complejidad del Hospital podrá contar con las siguientes unidades de trabajo:

- a) Equipo Médico
- b) Equipo Básico
- c) Planta Física
- d) Mobiliario

#### Lavandería y Costurería

Art. 82. Lavandería es el Servicio que proporciona ropa limpia y planchada para pacientes y al personal según lo establecido en el Reglamento Interno del Hospital.

Art. 83. La Costurería es el Servicio que confecciona la ropa que se utiliza en el Hospital en Áreas Específicas y repara las piezas que se deterioran y puedan ser recuperables.

Art. 84. Según la complejidad del Hospital el Servicio de Lavandería y Costurería podrá contar con las siguientes Áreas:

- 1.- Recepción de ropa sucia
- 2.- Lavado y Planchado
- 3.- Confección y remiendos
- 4.- Almacenamiento
- 5.- Entrega de ropa
- 6.- Control.

#### Limpieza

Art. 85. El Servicio de Limpieza es responsable de mantener en condiciones óptimas de aseo y orden todas las Areas del Hospital.

Estará conformado por áreas o secciones, dependiendo de la complejidad del Hospital.

#### Transporte

Art. 86. El Servicio de Transporte es el responsable del traslado de pacientes, personal y suministros.

Art. 87. Los vehículos utilizados para el transporte de alimentos de consumo del Hospital, no deberán ser utilizados para el traslado de cadáveres, materiales contaminantes o sustancias tóxicas.

#### Vigilancia

Art. 88. El Servicio de Vigilancia del Hospital tendrá como función la vigilancia, el orden, disciplina y custodia de las pertenencias del Hospital.

## TITULO IV

### CAPITULO I

#### De los Profesionales de la salud.

Art. 89. Los Servicios de Atención Médica estarán bajo la responsabilidad de profesionales de la medicina y personal afin, debidamente autorizado por las autoridades competentes.

Art. 90. Los Médicos de los Hospitales serán nombrados por las autoridades competentes, a propuesta del Director del Hospital.

Art. 91. Los Médicos de los Hospitales estarán clasificados en las siguientes categorías:

- a) Médico Director
- b) Médico Sub-Director
- c) Médicos Jefes de Divisiones
- d) Médicos Jefes de Departamento
- e) Médicos Jefe de Servicio
- f) Médicos Especialistas I

- g) Médicos Especialistas II
- h) Médicos Generales
- i) Médicos Ad honorem
- j) Médicos Residentes

Art. 92. El Médico Director del Hospital es la máxima autoridad responsable del buen funcionamiento de la Institución.

Art. 93. El Médico Sub-Director del Hospital es la autoridad que sustituye al Director de la Institución y asumirá la responsabilidad de la Dirección en ausencia de éste.

Art. 94. El Médico Jefe de la División o Departamento es el responsable del buen funcionamiento del área asignada, quien dependerá del Director en ausencia del Jefe Inmediato.

Art. 95. El Médico Jefe del Servicio es el responsable del buen funcionamiento del servicio asignado y dependerá del Departamento respectivo.

Art. 96. Los Médicos Especialistas y Generales serán los profesionales cuyos servicios se utilizarán conforme a las necesidades del establecimiento de salud.

Art. 97. Los Médicos Ad-Honorem serán los que ofrezcan sus servicios profesionales en forma gratuita, quienes deberán cumplir con las responsabilidades que la Dirección tenga a bien asignarle, apegándose al Reglamento Interno de Establecimiento. Serán Autorizados por el Director del Hospital en colaboración con el Comité Médico.

Art. 98. Los Médicos Residentes son los responsables de dar atención médica permanente y continua, cumpliendo con las funciones que le asigne el jefe del Departamento o Servicio respectivo y dependerán del Médico Jefe de Residentes.

Art. 99. Los Médicos Residentes estarán clasificados en dos categorías:

- a) Médicos Residentes Becarios.
- b) Médicos Residentes Ad-Honorem.

Art. 100. Los Médicos Residentes se jerarquizarán de la siguiente manera:

- a) Jefe de Residentes
- b) Médicos Residentes en Subespecialidad
- c) Residente III
- d) Residente II
- e) Residente I.

Art. 101. Para optar los cargos mencionados en el artículo anterior deberán cumplir con los requisitos establecidos en el Manual Descriptivo de Clases y participar en un concurso de oposición convocado por el Director del Hospital.

Art. 102. El Número de Médicos Residentes Ad-honorem será determinado por el Comité Médico Asesor y aprobado por el Director del Hospital, quien deberá informarlo a la Dirección Departamental de Salud respectiva y la Sub-Dirección General de Hospitales.

Estos profesionales tendrán derecho a optar a una plaza remunerada y en todo caso deberán otorgarse la acreditación respectiva.

Art. 103. Los Médicos Residentes mientras ejerzan sus cargos no podrán tener Clínica Privada, ni aceptar honorarios de pacientes que hayan sido atendidos en la Institución, (incluyendo pensionados); y otros cargos dentro o fuera del Hospital, excepto la Docencia en horarios compatibles con el desempeño de sus funciones.

Art. 104. Para el ingreso del personal médico al Hospital se requiere:

- a) Ser salvadoreño o residente
- b) Ser Médico debidamente autorizado para el ejercicio profesional
- c) Ser de solvencia moral reconocida
- d) Someterse a un proceso de selección

Art. 105. En ausencia del Médico Jefe de Residentes lo sustituirá, el Médico que la autoridad superior designe.

Art. 106. Los Médicos Extranjeros que deseen colaborar en los Servicios Médicos de un Hospital deberán contar con la autorización respectiva.

## **CAPITULO II**

### **De los Estudiantes de Ciencias Médicas en Servicio Social**

Art. 107. Los Estudiantes de Medicina que realizarán su servicio social en los Hospitales del Ministerio cumplirán con este reglamento, con el Reglamento del Servicio Social de los Estudiantes de Ciencias Médicas y con las disposiciones internas de cada Centro Hospitalario.

Art. 108. Los Estudiantes de Medicina podrán realizar su Servicio Social, en cualquiera de los Hospitales del Ministerio, excepto en Hospitales Especializados.

Art. 109. Los Estudiantes de Medicina y otros que reciban docencia en los Centros Hospitalarios deberán cumplir con este Reglamento y con las disposiciones establecidas en cada Hospital.

## **TITULO V (3) DEROGADO DE LA REGIÓN DEL SISTEMA BÁSICO DE SALUD INTEGRAL (1)**

Art. 110. (1) (3)DEROGADO

Art. 110 - A (3)DEROGADO

Art. 110 - B (3)(DEROGADO)

Art. 110 - C. (3) DEROGADO

Art. 110 - D. (3) DEROGADO

Art. 110 - E. (3) DEROGADO

Art. 110 - F. (3) DEROGADO

## **TITULO VI**

### **CAPITULO I**

#### **De los Usuarios de los Servicios**

Art. 111. Los Usuarios de los Servicios del Hospital se clasifican en:

- a) Ambulatorios: Son los atendidos en los consultorios externos, emergencias o en la comunidad
- b) Hospitalizados: Son los que requieren ser internados para recibir tratamiento.

Art. 112. Los Usuarios de los Servicios del Hospital aportarán cuota de recuperación de costos establecidos en base a la evaluación socio-económica.

Art. 113. Los Usuarios de los Servicios del Hospital tendrán los siguientes deberes:

- a) Proporcionar la información necesaria para facilitar su atención integral.
- b) Respetar las opiniones y creencias religiosas de los demás pacientes.
- c) Atender las indicaciones que le dé el personal de Hospital de acuerdo a las normas establecidas.
- d) Cumplir con las normas disciplinarias establecidas en el Reglamento del Hospital.
- e) Respetar las pertenencias de los demás pacientes, de otras personas y de la Institución.
- f) Respetar al personal de la Institución.

Art. 114. Los Usuarios de los Servicios del Hospital tendrán los siguientes derechos:

- a) Recibir un trato digno y respetuoso
- b) Conocer su diagnóstico, los beneficios y eventuales riesgos de su tratamiento
- c) Ser escuchado y comprendido como persona.
- d) Estar seguro que sus problemas no serán divulgados.
- e) Recibir un servicio de la máxima calidad posible.
- f) Aceptar o rechazar los tratamientos indicados por el personal médico en aquellas patologías que no impliquen riesgos para tercera persona.
- g) Que les respeten sus creencias y opiniones de cualquier clase, siempre que no implique una responsabilidad legal para el personal del Hospital.

- h) Solicitar la salida del Hospital cuando el paciente o sus familiares así lo deseen dejando constancia firmada de su petición, sin restringirle la oportunidad de nuevos ingresos.
- i) Que se le avise a los familiares por cualquiera de las necesidades del paciente y en caso de fallecimiento.
- j) Recibir orientación acerca de sus deberes y derechos que tiene en el Hospital.
- k) Recibir visitas de sus familiares según horarios establecidos, si no está contra indicado.
- l) Solicitar asistencia espiritual cuando desee.

Art. 115. Los Usuarios de los Servicios del Hospital en condiciones mentales normales deberán autorizar por escrito la realización de tratamientos especiales o quirúrgicos y en caso de menores de edad o inconscientes, será autorizado por la persona responsable y evaluado por Acta Notarial legalizada.

Art. 116. A los Usuarios del Hospital se les extenderá las constancias o certificaciones que soliciten relacionados con los servicios recibidos.

Art. 117. La atención a los usuarios será proporcionada por el personal del Hospital y no será permitida la intervención del personal ajeno al Hospital, sin previo permiso de la dirección.

Art. 118. Los visitantes de los pacientes cumplirán con las indicaciones que reciban del personal de la Institución de acuerdo a normas establecidas.

## **TITULO VII**

### **DISPOSICIONES GENERALES**

Art. 119. DEROGADO (1)

Art. 120. Las Divisiones, Departamentos Unidades y Servicios deberán contar con los manuales Técnico-Administrativos necesarios para el normal funcionamiento y serán autorizados por el Director del Hospital.

Art. 121. Se prohíbe el arrendamiento o préstamos de objeto, instrumentos o equipo Hospitalario, salvo casos especiales con la autorización escrita del Director a quien asuma sus funciones.

Art. 122. Los vehículos automotores serán para el uso exclusivo de los servicios afines al paciente y no para uso particular.

Art. 123. El Director del Hospital estará autorizado para admitir estudiantes de medicina y ciencias afines para que realicen práctica clínica de acuerdo a los convenios establecidos con el Ministerio. El número de estudiantes estará sujeto a la capacidad instalada del Hospital, y establecerán condiciones de pago, compra de material y equipo que deterioren o pierdan.

Art. 124. EL Director podrá aceptar ofrecimiento voluntario para la instalación de equipo y maquinaria a instancias privadas, sin adquirir compromisos a futuro.

Art. 125. Las Autoridades de la Institución no admitirán personas para que realicen prácticas con promesa de empleo.

Art. 126. El Hospital deberá tener una biblioteca que esté al servicio del personal, estableciendo mecanismos para la adquisición de nueva bibliografía y sistemas de control; así como editar boletines, revistas y otros en el campo de la medicina.

Art. 127. El Director y los Jefes de Divisiones, Departamentos, Servicios o Unidades deberá elaborar y desarrollar programas de capacitación para el personal a su cargo según necesidades.

Art. 128. Cada Jefatura deberá establecer y mantener un programa de control del estado de salud de su personal.

Art. 129. El personal cumplirá con este Reglamento, con las disposiciones internas del Hospital y con las leyes vigentes, así como las siguientes obligaciones:

- a) Guardar absoluta discreción sobre los datos o información relacionados con los pacientes o cualquiera otra situación referente a su trabajo o de la institución.
- b) Guardar las consideraciones necesarias con los pacientes, personal y público en general.
- c) Cumplir con las medidas de seguridad establecidas en relación al manejo y cuidado de los pacientes; evitando accidentes, complicaciones patológicas y otras que pongan en riesgo la vida del paciente y del personal.
- d) Cumplir con las normas y principios de asepsia establecidas.

Art. 130. El personal del Hospital gozará de las vacaciones, asuetos y licencias que establezca la Ley de Asuetos, Vacaciones y Licencias de los Empleados Públicos.

Art. 131. El personal del Hospital deberá ser evaluado en el desempeño de su trabajo de acuerdo al sistema establecido.

Art. 132. Las obligaciones, derechos, responsabilidades, requisitos y dependencia jerárquica a cumplir por los funcionarios y empleados públicos de las diferentes dependencias de los Hospitales y Regiones SIBASI son los prescritos en las leyes, reglamentos, instructivos y otras disposiciones legales relacionadas con la materia. (1)

Art. 133. Dependiendo de la magnitud, complejidad o necesidad del Hospital, los diferentes servicios, podrán estar bajo la jefatura de una división o departamento.

Art. 134. La propiedad y uso de los documentos y expedientes clínicos será exclusividad del Hospital, excepto cuando sean solicitados por autoridad competente.

Art. 135. DEROGADO (1)

Art. 136. El Ministerio, a través del Hospital y la Región del SIBASI podrán contratar bienes y servicios de acuerdo a lo establecido en la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública. (1)

Art. 137. El Hospital y la Región SIBASI, podrán aceptar la colaboración de todo tipo de recursos por parte de personas naturales, jurídicas, instituciones autónomas, públicas o privadas, nacionales e internacionales, siempre que no constituyan compromisos financieros no previstos. (1)

Art. 138. En todo lo que no estuviere previsto en el presente Reglamento, se aplicará el Código de Salud y demás disposiciones legales relacionadas. (1)

Disposición Transitoria.

Art. 139. (1) (3) DEROGADO

Art. 139 - A. (1) (2) (3) DEROGADO

Art. 140. Derógase el Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, aprobado por Decreto Ejecutivo N° 73, de fecha 9 de agosto de 1963, publicado en el Diario Oficial de fecha 5 de septiembre del mismo año, y sus reformas así como las disposiciones contenidas en los Reglamentos Internos de los Hospitales, en los que se apoyan al presente Reglamento.

Art. 141. El presente Decreto entrará en vigencia ocho días después de su publicación en el Diario Oficial.

## **ANEXO I-5: LEY DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

Nombre: **LEY DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

Materia: **Derecho Administrativo** Categoría: **Derecho Administrativo**

Origen: **ORGANO LEGISLATIVO** Estado: **VIGENTE**

Naturaleza : **Decreto Legislativo**

Nº: **868** Fecha: **05/04/2000**

D. Oficial: **88** Tomo: **347** Publicación DO: **05/15/2000**

Reformas: **(7) D.L. Nº 909, del 14 de diciembre del 2005, publicado en el D.O. Nº 8, Tomo 370, del 12 de enero del 2006.**

Comentarios: **La presente Ley tiene por objeto regular las adquisiciones y contrataciones de obras, bienes y servicios, que deben celebrar las instituciones de la Administración Pública para el cumplimiento de sus fines; entendiéndose para los alcances y efectos de ésta, que la regulación comprende además los procesos enunciados en esta Ley.**

### **CAPÍTULO II UNIDADES DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONALES (UACI)**

Establecimiento de la UACI

Art. 9.- Cada institución de la Administración Pública establecerá una Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional, que podrá abreviarse UACI, responsable de la descentralización operativa y de realizar todas las actividades relacionadas con la gestión de adquisiciones y contrataciones de obras, bienes y servicios. Esta unidad será organizada según las necesidades y características de cada entidad e institución, y dependerá directamente de la institución correspondiente.

Dependiendo de la estructura organizacional de la institución, del volumen de operaciones u otras características propias, la UACI podrá desconcentrar su operatividad a fin de facilitar la adquisición y contratación de obras, bienes y servicios.

Las Municipalidades podrán asociarse para crear una UACI, la cual tendrá las funciones y responsabilidades de las municipalidades que la conformen. Podrán estar conformadas por empleados o por miembros de los Consejos Municipales, así como por miembros de las Asociaciones Comunales, debidamente registradas en las municipalidades. (2)

En el caso de las delegaciones diplomáticas y consulados y con la finalidad de garantizar la desconcentración a que se refiere el inciso primero de este artículo, no será necesaria la creación de dichas unidades.(2)

Del Jefe de la UACI

Art. 10.- La UACI estará a cargo de un Jefe, independientemente de la denominación de la plaza dentro de la estructura organizacional de cada institución, quien deberá reunir los requisitos siguientes:

- a) Ser salvadoreño por nacimiento;
- b) Idoneidad para el cargo y preferentemente poseer título universitario; (2)
- c) Ser de moralidad notoria y no tener conflicto de intereses con el cargo;
- d) Obtener el finiquito de sus cuentas si hubiese administrado o manejado fondos públicos;
- e) Hallarse libre de reclamaciones de toda clase, caso de haber sido contratista de obras públicas costeadas con fondos del Estado o del Municipio;
- f) Hallarse solvente con la Hacienda Pública y con el Municipio; y,
- g) No tener pendientes contratos o concesiones con el Estado, para explotación de riquezas nacionales o de servicios públicos, así como los que hayan aceptado ser representantes o apoderados administrativos de aquéllos, o de sociedades extranjeras que se hallen en los mismos casos.

## Relación UACI – UFI

Art. 11.- La UACI tendrá una relación integrada e interrelacionada con la Unidad Financiera Institucional UFI, del Sistema de Administración Financiera Integrado SAFI, establecido en la Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado en lo relacionado a adquisiciones y contrataciones de obras, bienes y servicios, especialmente en lo referente al crédito, presupuesto y disponibilidad financiera.

### Atribuciones de la UACI

Art. 12.- Corresponde a la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional:

- a) El cumplimiento de las políticas, lineamientos y disposiciones técnicas que sean establecidas por la UNAC, y ejecutar todos los procesos de adquisiciones y contrataciones objeto de esta Ley;
- b) Constituir el enlace entre la UNAC y las dependencias de la institución, en cuanto a las actividades técnicas, flujos y registros de información y otros aspectos que se deriven de la gestión de adquisiciones y contrataciones;
- c) Elaborar en coordinación con la Unidad Financiera Institucional UFI, la programación anual de las compras, las adquisiciones y contrataciones de obras, bienes y servicios. Esta programación anual deberá ser compatible con la política anual de adquisiciones y contrataciones de la Administración Pública, el plan de trabajo institucional, el presupuesto y la programación de la ejecución presupuestaria del ejercicio presupuestaria, previo a la iniciación de todo proceso de concurso o licitación para la contratación de obras, bienes y servicios;
- d) Verificar la asignación presupuestaria, previo a la iniciación de todo proceso de concurso o licitación para la contratación de obras, bienes y servicios;
- e) LITERAL DEROGADO;(2)
- f) Adecuar conjuntamente con la unidad solicitante, las bases de licitación o de concurso, de acuerdo a los manuales guías proporcionados por la UNAC, según el tipo de contratación a realizar;
- g) Realizar la recepción y apertura de ofertas y levantar el acta respectiva;
- h) Ejecutar el proceso de adquisición y contratación de obras, bienes y servicios, así como llevar el expediente respectivo de cada una;
- i) Solicitar la asesoría de peritos o técnicos idóneos, cuando así lo requiera la naturaleza de la adquisición y contratación;
- j) Levantar acta de la recepción total o parcial de las adquisiciones o contrataciones de obras, bienes y servicios, conjuntamente con la dependencia solicitante cuando el caso lo requiera, de conformidad a lo establecido en el Reglamento de esta Ley;
- k) Llevar el control y la actualización del banco de datos institucional de ofertantes y contratistas;
- l) Mantener actualizado el registro de contratistas, especialmente cuando las obras, bienes o servicios no se ajusten a lo contratado o el contratista incurra en cualquier infracción, con base a evaluaciones de cumplimiento de los contratos, debiendo informar por escrito al titular de la institución;
- m) Calificar a los potenciales ofertantes nacionales o extranjeros, así como, revisar y actualizar la calificación, al menos una vez al año;
- n) Informar periódicamente al titular de la institución de las contrataciones que se realicen;
- o) Prestar a la comisión de evaluación de ofertas la asistencia que precise para el cumplimiento de sus funciones;
- p) Supervisar, vigilar y establecer controles de inventarios, de conformidad a los mecanismos establecidos en el Reglamento de esta Ley;
- q) Proporcionar a la UNAC pronta y oportunamente toda la información requerida por ésta; y,
- r) Cumplir y hacer cumplir todas las demás responsabilidades que se establezcan en esta Ley y su Reglamento.

El cumplimiento de estas atribuciones será responsabilidad del Jefe de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional.

### Banco de Información

Art. 13.- La UACI deberá establecer y mantener actualizado un Banco de Información, que contenga información básica de los ofertantes de adquisiciones y contrataciones, según su competencia, así como de sus antecedentes en el cumplimiento de contratos.

Esta información deberá clasificarse por especialización y categorías. Las categorías se establecerán según la capacidad técnica, financiera, competencia, cumplimiento, tecnología y otros.

A estos registros corresponderán entre otras, la siguiente información:

- a) Consultores,
- b) Suministrantes de Bienes;
- c) Prestadores de Servicios; y
- d) Contratistas de Obras.

No obstante lo dispuesto en los incisos anteriores, para participar en las licitaciones o en los concursos no será indispensable que el ofertante se encuentre registrado en el banco de datos correspondiente.

Registro por Incumplimiento de Ofertantes y Contratistas

Art. 14.- Toda institución por medio de la UACI deberá llevar un registro de ofertantes y contratistas, a efecto de incorporar información relacionada con el incumplimiento y demás situaciones que fueren de interés, para futuras contrataciones o exclusiones.

Registro de Contrataciones

Art. 15.- La UACI llevará un registro de todas las contrataciones realizadas en los últimos diez años, que permita la evaluación y fiscalización de parte de los organismos y autoridades competentes.

#### **CAPÍTULO IV EJECUTORES DE LAS CONTRATACIONES Y SUS RESPONSABILIDADES**

Seguimiento y Responsabilidad

Art. 19.- El titular de la institución o la persona designada por éste, está en la obligación de dar seguimiento a la actuación de los subalternos y será responsable por la negligencia en que incurriere en la observancia de esta obligación. Si hubiere indicio de la comisión de algún delito por parte de los subalternos en el cumplimiento de sus funciones, deberá comunicarse de inmediato a la autoridad competente para no incurrir en responsabilidad por la omisión del aviso correspondiente. El Titular será responsable solidariamente por la actuación de sus subalternos en el incumplimiento de las obligaciones establecidas en esta Ley; asimismo, en su caso deberá iniciar los procedimientos e imponer las sanciones que la misma establece, sin perjuicio de deducir la responsabilidad penal si la hubiere.

Los subalternos que tuvieren a su cargo los actos preparatorios de las adquisiciones y contrataciones, así como lo relacionado con la vigilancia de su ejecución y liquidación, responderán personalmente por las infracciones o delitos que ellos cometieren, en ocasión de los actos regulados en esta Ley.

Asimismo, los subalternos estarán obligados a denunciar pronta y oportunamente ante la Fiscalía General de la República, las infracciones o delitos de que tuvieren conocimiento, inclusive los cometidos por cualquiera de sus superiores en cumplimiento de esta Ley.

Para lo cual se le garantizará estabilidad en su empleo, no pudiendo por esta causa ser destituido o trasladado ni suprimida su plaza en la partida presupuestaria correspondiente; la Corte de Cuentas de la República verificará el cumplimiento de lo anterior.



## **ANEXO I-6: PLAN DE TRABAJO: SALUD Y CALIDAD**

- Profundización de la modernización del sistema de salud, por medio de la descentralización de servicios de salud a través de los SIBASIS, que busca integrar los esfuerzos iniciando desde los promotores rurales, pasando por las unidades o casas de salud, hasta llegar a los hospitales en un área geográfica determinada bajo un modelo de atención integral.
- Impulso al proceso de reforma integral del sector salud a partir de la Propuesta de Reforma que está siendo analizada en forma concertada con los diferentes integrantes de las mesas de discusión.
- Ampliación de cobertura a las áreas rurales del país, mediante programas de extensión de servicios comunitarios con participación de la ciudadanía y los estudiantes de medicina.
- Promoción de programas de calidad en todos los establecimientos de salud, enfatizando: trato cordial, horario de atención, infraestructura, equipamiento, dotación de medicamentos, comunicaciones, sistemas de información, etc.
- Disminución la mortalidad infantil y materna mediante los Programas Nacionales de oportuna y adecuada atención para que el embarazo, parto, puerperio y atención del recién nacido sea una cadena continua de eventos inseparables y normados que incluya el control prenatal efectivo, atención del mayor número de partos en las dependencias del sistema nacional de salud, el control post parto y la atención inmediata del recién nacido.
- Ampliación de los programas de atención integral al Adolescente, con particular énfasis en prevención de sus enfermedades, prácticas de vida saludable, prevención de accidentes, salud mental y uso productivo del tiempo libre.
- Ampliación de los programas de atención integral al Adulto Mayor, con concentración especial en las principales enfermedades que les afectan.
- Ampliación de la estrategia de atención integral en Nutrición con especial atención en los niños de 0 a 5 años, de forma coordinada con la comunidad, autoridades locales y nacionales; así como con los Ministerio de Educación, Agricultura y Ganadería, Universidades e Institutos Técnicos.
- Promoción del Programa de Promoción de la Lactancia Materna exclusiva como la forma más inteligente, segura y nutricional más completa de alimentos a niños y niñas en los primeros años de vida.
- Ampliación del Programa Nacional de Inmunizaciones hasta lograr coberturas útiles y prevención de discapacidades y muertes prematuras.
- Trabajo comunitario conjunto para impulsar esfuerzos de Saneamiento Básico enfocado en disminuir sensiblemente enfermedades como: la Diarrea, Infecciones Respiratorias Agudas, Neumonías, Parasitismo Intestinal, Tifoidea, Hepatitis y otras.
- Movilización de todos los recursos necesarios para que en cada rincón de El Salvador, niños, adolescentes y adultos conozcan y tomen conciencia de las mejores estrategias para prevenir enfermedades como el VIH/SIDA, Dengue, Diarrea, Tuberculosis, Neumonías, evitando así que más salvadoreños se sigan contagiando de estas enfermedades
- Atención especial para que personas que actualmente se encuentran viviendo con VIH/SIDA reciban una atención en salud de calidad.

- Fortalecimiento de la estrategia de detección temprana y de atención personalizada para el tratamiento de la Tuberculosis y la Malaria, a nivel de todos los establecimientos de salud del país y de las comunidades.
- Ampliación a nivel nacional de las experiencias exitosas logradas en la prevención del Cáncer del Útero y de la Mama en coordinación con entidades nacionales e internacionales, así como fortalecimiento de la capacidad de tratamiento digno a personas sufriendo estas enfermedades.
- Integración en una misma instalación de los servicios prestados por el ISSS y el Ministerio de Salud, mediante la firma de convenios de gestión entre ambos entes, evitando así duplicación de esfuerzos, expandiendo la cobertura y promoviendo la equidad.
- Expansión de la cobertura de los servicios del ISSS, estudiando la posibilidad de atención a nuevos sectores de la población.
- Implementación de un programa de medicinas genéricas que permita a la población tener acceso a medicinas de calidad y a bajos precios.

## **ANEXO I-7: PROYECTO “RECONSTRUCCIÓN DE HOSPITALES Y EXTENSIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD” RHESSA<sup>194</sup>**

### **Antecedentes**

El proyecto surge a partir de la necesidad surgida en el año 2001 cuando El Salvador sufrió el efecto de dos terremotos en los que murieron 1,260 personas, se destruyeron 7 hospitales de segundo nivel; y 113 de los 361 establecimientos de salud, fueron destruidos o gravemente dañados. En total, el 55% de la capacidad de entrega de servicios de salud fue afectada.

El proyecto tiene un valor total de US \$ 169.4 millones de los cuales US \$ 142.6 millones son aportados por el Banco Internacional para la Reconstrucción y Fomento (BIRF); y US \$ 26.8 millones son aportados por el GOES en concepto de contrapartida.

Componentes del proyecto RHESSA

El proyecto ha sido organizado en cuatro componentes principales de inversión que son (no aplican todos los componentes a cada hospital o red de servicios de salud):

*Componente I: Reconstrucción de emergencia de la red hospitalaria del MSPAS en áreas afectadas por los terremotos (Costo del componente: US\$127 millones).*

Bajo este componente se realizan los estudios de viabilidad e ingeniería, los diseños arquitectónicos, y las obras de construcción y rehabilitación tendientes a recuperar física y funcionalmente las instalaciones hospitalarias dañadas por los terremotos. Además, se provee el equipo necesario para el funcionamiento eficiente de la red hospitalaria del país.

### **BENEFICIOS:**

- 7 Hospitales reconstruidos y rehabilitados.
- Instalaciones hospitalarias funcionales y mejor equipadas
- Gestión hospitalaria más eficiente.
- Mayor capacidad resolutive en 2º y 3º nivel de atención.

A continuación se muestran los hospitales que se verán beneficiados por el proyecto RHESSA y las acciones que serán llevadas a cabo en los mismos.

Hospitales del sector público beneficiados por proyecto RHESSA

<b>HOSPITAL</b>	<b>GRADO DE DAÑOS</b>	<b>ACCIÓN RECOMENDADA</b>	<b>POBLACIÓN BENEFICIADA</b>
San Juan de Dios (San Miguel)	Medio	Rehabilitación reforzamiento estructural Y	425.492
San Rafael (La Libertad)	Alto	Rehabilitación reconstrucción Y	866.586

<sup>194</sup> Información obtenida del sitio oficial de PRHESSA: <http://www.prhessa.gob.sv/descripcion.html>

HOSPITAL	GRADO DE DAÑOS	ACCIÓN RECOMENDADA	POBLACIÓN BENEFICIADA
Santa Teresa (Zacatecoluca)	Medio-alto	Rehabilitación reforzamiento estructural Y	319,878
San Pedro (Usulután)	Medio	Rehabilitación reconstrucción Y	228.600
Santa Gertrudis (San Vicente)	Medio-alto	Reconstrucción reubicación Y	185.628
Cojutepeque (Cuscatlán)	Medio-alto	Reconstrucción reubicación Y	188.078
Maternidad (San Salvador)	Medio-alto	Estudio de Factibilidad	Población a nivel nacional

Fuente: Manual de operaciones para la ejecución del proyecto RHESSA

Componente II: Extensión de la cobertura de servicios de salud y nutrición en áreas afectadas por los terremotos y extremadamente pobres.

Se extenderá la cobertura de servicios de salud a través del fortalecimiento del MSPAS para llevar servicios de salud a las áreas afectadas por los terremotos de la zona paracentral del país (equipo, medicinas esenciales y requerimientos médicos) y se fortalecerá la capacidad del MSPAS para planificar la extensión de cobertura, la administración de contratos, los compromisos de gestión, seguimiento y evaluación de desempeño.

BENEFICIOS:

- Servicios Esenciales de Salud y Nutrición (SESYN) implementados en comunidades de 99 municipios.
- Acceso efectivo a la red de servicios del MSPAS, entrando por el nivel comunitario y viajando en la red mediante sistema de referencia y retorno.
- Mayor capacidad resolutive en el 1º nivel de atención. (en la Paz se verán beneficiados 15 municipios)

Componente III: Fortalecimiento de la capacidad institucional del MSPAS para la formación de políticas, programas nacionales prioritarios, y soporte de los sistemas de salud.

Es precisamente en este componente donde se fortalece el desempeño del ministerio como ente rector del sector salud. Por medio de una mejora institucional, se incrementa la capacidad de formular e implementar políticas, metas sanitarias y programas de salud pública acordes con el perfil epidemiológico nacional.

Componente IV: Manejo, seguimiento y evaluación del proyecto

Este componente apoya el manejo de los Componentes II y III, e incluye la implementación de un sistema de seguimiento para la supervisión de los componentes. También ayuda a realizar una evaluación del proyecto como un todo (incluyendo el Componente I) mediante evaluaciones de proceso y de impacto.

**ANEXO I-8: REQUERIMIENTOS DE INFORMACIÓN.**

REQUERIMIENTOS DE INFORMACION EN LA ADMINISTRACION				
FASE	REQUERIMIENTOS		RESPONSABLE	FORMA DE RECOPIACIÓN
Planeación:				
	Principios de la planeación:			
	Flexibilidad:	¿Existe un análisis de la situación institucional?, ¿se han podido adaptar a los cambios del entorno?, ¿existen planes contra amenazas?	Director.	Entrevista
	Unidad:	¿Los objetivos generales de las áreas medica, administrativa y de apoyo médico contribuyen al objetivo general del hospital? ¿Los objetivos específicos del área contribuyen al objetivo general del área?	Director. jefes de áreas	Entrevista Entrevista
	Precisión:	¿La planeación se basa en datos reales, precisos y exactos y no en subjetividades?, ¿se cuenta con los datos necesarios para realizar la planeación institucional?, ¿existen estadísticas actualizadas en el hospital?, ¿Cuál es el proceso realizado para formular la planeación del hospital?, ¿Cuándo se realiza la planeación del hospital?	Director.	Entrevista
		¿La planeación se basa en datos reales, precisos y exactos y no en subjetividades?, ¿se cuenta con los datos necesarios para realizar la planeación del área y sus unidades (medica, apoyo médico y administrativa)?, ¿existen estadísticas actualizadas en cada área?, ¿Cuál es el proceso realizado para formular la planeación del área (medica, de apoyo médico o administrativos)?, ¿Cuándo se realiza la planeación del área (medica, de apoyo médico o administrativos)?, ¿Qué personas realizan actividades de planeación en el hospital?	Jefes de áreas	Entrevista
Componentes:				
	Misión:	¿existe misión institucional definida?, ¿se puede cumplir la misión?, ¿se considera las necesidades de los pacientes?, ¿Cómo se comunica la misión, visión, objetivos, metas, estrategias y políticas institucionales?	Director.	Entrevista
		¿Cuál es el nivel de conocimiento de la misión, visión, objetivos (institucionales y/o de su área de trabajo), metas (institucionales y/o de su área de trabajo), estrategias y políticas institucionales?	Jefes de áreas, personal médico, administrativo y de apoyo medico	Entrevista
	Visión:	¿Existe una visión institucional definida?, ¿Cuál es el periodo de la visión del hospital?, ¿se puede cumplir la visión?, ¿se está cumpliendo la visión?	Director.	Entrevista
	Objetivos:	¿Existen objetivos institucionales definidos?, ¿se cumplen los objetivos?, sino se cumplen, ¿desde cuándo no se cumplen?, ¿Por qué razón no se cumplen?	Director.	Entrevista
		¿Se cumplen los objetivos del área (medica, de apoyo médico o administrativos)?, sino se cumplen, ¿desde cuándo no se cumplen?, ¿Por qué razón no se cumplen?, ¿Cuál es el plazo para el cumplimiento de los objetivos?	Jefes de áreas	Entrevista
	Metas:	¿Cuáles son las metas institucionales existentes?, ¿Cuáles son las metas por área (medica, de apoyo médico o administrativos) existentes?, ¿se han cumplido estas metas con anterioridad?, sino se cumplen, ¿desde cuándo no se cumplen?, ¿Por qué razón no se cumplen?, ¿Cuál es el plazo de cumplimiento de las metas?	Director y jefes de áreas.	Entrevista

**REQUERIMIENTOS DE INFORMACION EN LA ADMINISTRACION**

FASE		REQUERIMIENTOS	RESPONSABLE	FORMA DE RECOPIACION
		¿Cuál es el nivel de conocimiento de las metas?, ¿conoce el avance del cumplimiento de las metas?	Personal encargado de la administración.	Entrevista
	Estrategias:	¿Existen estrategias institucionales?, ¿Cuáles son las estrategias?, ¿se cumplen las estrategias?	Director.	Entrevista
		¿Cuál es el nivel de conocimiento de las estrategias?	Personal encargado de la administración.	Entrevista
	Políticas:	¿Cuáles son las políticas institucionales existentes?	Director.	Entrevista
		¿Cuál es el nivel de conocimiento de las políticas?	Personal encargado de la administración.	Entrevista
	Presupuestos:	¿Cuál es la distribución por rubros de gasto y por áreas del hospital?, ¿Cuáles son las tendencias históricas de dichos presupuestos?, ¿Cómo se formula el presupuesto del hospital?, ¿Cuál es la base de asignación del presupuesto institucional y por áreas?	Jefe unidad financiera institucional	Datos estadísticos
	Procedimientos:	¿cuántos y cuáles son los procedimientos existen para la dirección y las áreas del hospital (medico, administrativo y de apoyo médico)?; ¿Cuántos y cuáles son los productos de cada procedimiento?, ¿Quiénes ocupan los productos?, ¿están satisfechos con los productos?, ¿Cuáles son los requerimientos de los productos?, ¿el paciente percibe el beneficio de los productos administrativos?, ¿pueden mejorarse, simplificarse, eliminarse, combinarse los procedimientos?, ¿cuántos y cuáles son los pasos que tienen?, ¿cuál es el costo de cada procedimiento?, ¿cuánto es el personal total utilizado?, ¿se cumplen los procedimientos?, ¿Cuáles son las leyes, normas, reglamentos que rigen los procedimientos?, ¿existen manuales de procedimientos?	Director, Jefes de área y Personal encargado de la administración.	Entrevista, manuales y documentos existentes
	Organización:			
	Principios:			
	Especialización:	¿Cuáles son las funciones que desempeña cada empleado?, ¿desempeña todas sus funciones según lo estipulado?, ¿existen manuales de funciones?, ¿la organización está regida por alguna ley?, ¿Por qué no existe el puesto de jefe del área administrativa?,	Director, Jefes de área y Personal encargado de la administración.	Entrevista, manuales existentes, leyes, reglamentos, etc.
	unidad de mando:	¿se conocen las líneas de jerarquía (autoridad-subordinación)?	Jefes de área y Personal encargado de la administración.	Entrevista, manuales existentes
	Comunicación:			
	Vertical:			
	Ascendente:	¿Cómo se comunican con su superior?, ¿Cuánto utilizan este medio?, ¿Cuál es el costo de cada sistema de comunicación?, ¿cuántas mejoras han sido realizadas por la información obtenida de estos medios?, ¿cuál es el estímulo por mejoras sugeridas?, ¿hay medios para conocer las quejas del personal?, ¿se solucionan dichas quejas?	Jefes de área y Personal encargado de la administración.	Entrevista, manuales existentes

**REQUERIMIENTOS DE INFORMACION EN LA ADMINISTRACION**

FASE		REQUERIMIENTOS	RESPONSABLE	FORMA DE RECOPIILACION
	Descendentes:	¿Con cuántos manuales cuenta el hospital?, si faltan manuales, ¿por que faltan dichos manuales?, ¿están los manuales disponibles al personal?, ¿de qué otra forma comunican los lineamientos a los subordinados?	Director, Jefes de área y Personal encargado de la administración.	Entrevista, manuales existentes
	Horizontal:	¿Cómo se realiza la comunicación entre las áreas (medica, de apoyo médico o administrativos), ¿es tardada dicha comunicación?, si es tardada, ¿afecta al paciente?, ¿Cuánto tiempo dura el retraso?,	Jefes de áreas	Entrevista
<b>Dirección:</b>				
	Relaciones jefe-subordinado:	¿Cuál es la forma de resolución de conflictos laborales?, ¿Cómo se promociona el trabajo en equipo?	Jefes de áreas	Entrevista
	Toma de decisiones:	¿Cuáles son las decisiones que toman según su puesto que afecten a los procedimientos?, ¿tiene retrasos para la toma de decisiones?, ¿Por qué se dan los retrasos en la toma de decisiones?	Jefes de áreas	Entrevista
<b>Control:</b>				
<b>Componentes:</b>				
	Definición de estándares e indicadores:	¿Cuáles son los indicadores y estándares utilizados para el funcionamiento del hospital?, ¿existen controles para los cambios en el entorno del hospital?, ¿Cuál es la importancia del indicador?, ¿tiene estándar establecido cada indicador?	Director.	Entrevista
		¿Cuáles son los indicadores y estándares utilizados para el funcionamiento del área (medica, de apoyo médico o administrativos)?, ¿Cuál es la importancia del indicador?, ¿tiene estándar establecido cada indicador?	Jefes de áreas	Entrevista, manuales y documentos existentes
	Evaluación o medición del desempeño actual:	¿Cuál es el procedimiento de toma de datos de los indicadores (institucionales y de las áreas administrativa, medica y apoyo médico)?, ¿Cuáles son los formatos utilizados para la recopilación de datos de los indicadores (institucionales y de las áreas administrativa, medica y apoyo médico)?, ¿con que frecuencia se toman los datos de cada indicador (institucionales y de las áreas administrativa, medica y apoyo médico)?,	Jefes de áreas	Entrevista, manuales y documentos existentes
	Comparación:	¿Cuáles son los medios de comunicación de resultados de indicadores (institucionales y de las áreas administrativa, medica y apoyo médico)?, ¿con que frecuencia se comunican los resultados de los indicadores (institucionales y de las áreas administrativa, medica y apoyo médico)?, ¿a quienes se les comunica los resultados de los indicadores (institucionales y de las áreas administrativa, medica y apoyo médico)?, ¿se utilizan los resultados de los indicadores de años anteriores para la planeación (institucionales y de las áreas administrativa, medica y apoyo médico)?	Jefes de áreas	Entrevista
	Acciones correctivas:	¿se realizan todas las acciones correctivas necesarias?, si no se realizan todas ¿Cuáles se realizan y por qué?, ¿Cuál es el plazo para realizar las acciones correctivas determinadas?, ¿existen acciones preventivas?	Jefes de áreas	Entrevista

### **ANEXO I-9: CUESTIONARIO DIRIGIDO A PACIENTES:**

La presente encuesta tiene el objetivo de conocer el grado de satisfacción de los servicios ofrecidos por el Hospital Santa Teresa y así poder ofrecer mejores servicios en el futuro, de antemano gracias por su cooperación.

Hora y fecha: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

1) ¿Qué tipo de atención ha recibido?

Neonato     Medicina     Pediatría     Cirugía     Gineco-Obstetricia

2) ¿Cuánto tiempo esperó para realizar su ingreso (en minutos)?

0-10     10-20     10-30     30-40     40 o más

3) ¿Considera este tiempo de espera adecuado?

Si     No

4) ¿Cuántos días ha estado ingresado en el Hospital? \_\_\_\_\_ días

5) Usted considera el tiempo que ha estado ingresado.

Excesivo     Adecuado     Insuficiente

6) Si le realizaron algún tipo de cirugía, ¿Su operación se realizó de acuerdo al tiempo programado por el médico? (si no ha sido operado vaya a la pregunta 8)

Si     No

7) Si su respuesta es negativa, diga por qué.

---

8) ¿Ha recibido los medicamentos necesarios para su tratamiento durante su estancia en el hospital?

Todos     La mayoría (1 medicamento comprado)     Algunos (2 o mas tipos de medicamentos comprados)     Ninguno

9) ¿Ha estado informado acerca de la evolución de su enfermedad?

Si     No     No completamente

10) ¿Considera que los médicos y enfermeras que lo/a atendieron estaban lo suficientemente capacitados para atenderle?

Si     No     Puede mejorarse

11) ¿Qué impresión le ha causado la comida del hospital?

Muy Buena     Buena     Regular     Mala     Muy Mala

12) ¿Cómo calificaría la limpieza y presentación de los servicios sanitarios e instalaciones en general del hospital?

Muy Buena     Buena     Regular     Mala     Muy Mala

13) ¿Cómo calificaría el estado de las camas o de los equipos con los cuales recibió servicios en el hospital?

Muy Buena     Buena     Regular     Mala     Muy Mala



14) ¿Cómo calificaría el estado de la vestimenta que utilizo y de la ropa de cama proporcionada por parte del hospital?

Muy Buena     Buena     Regular     Mala     Muy Mala

15) Le trataron con respeto y cortesía los empleados siguientes (señale en los cuales recibió servicio) y explique su respuesta de ser necesario:

Servicio	SI	NO	No lo atendió	Explique
Personal de laboratorio				
Personal Médico				
Personal de Enfermería				
Rayos X				
Personal de farmacia				
Fisioterapista				
Trabajador social				
Personal de seguridad				
Otro _____				

16) De los siguientes servicios ofrecidos por el Hospital Nacional Santa Teresa, califique según su opinión aquellos que ha utilizado y justifique su respuesta de ser necesario.

Servicio	MB	B	R	M	MM	Explique
Lab. Clínico						
Rayos X						
Terapia Respiratoria						
Odontología						
Ginecología						
Farmacia						
Fisioterapia						
Otro _____						

17) ¿En términos generales cómo calificaría la calidad de la atención prestada al paciente en el Hospital Nacional Santa Teresa?

Muy Buena     Buena     Regular     Mala     Muy Mala

18) ¿Alguna vez no se le ha prestado la atención solicitada por falta de recursos en el hospital como medicamentos, material para curaciones u otros insumos médicos?

Si     No

19) Si su respuesta fue afirmativa, Explique:

---

20) ¿Qué aspectos considera pueden mejorarse dentro de la atención hospitalaria? Sugerencias:

---



---

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

## ANEXO I-10: ENCUESTA CLIMA ORGANIZACIONAL

<p>1. ¿Qué grado de responsabilidad siente que su jefe <u>deposita en usted</u> cuando le asigna una tarea?</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho                      <input type="checkbox"/> Poco  <input type="checkbox"/> Suficiente                <input type="checkbox"/> Muy Poco</p>	<p>2. ¿Cuál es el grado de responsabilidad con que <u>usted asume</u> su trabajo en general?</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho                      <input type="checkbox"/> Poco  <input type="checkbox"/> Suficiente                <input type="checkbox"/> Muy Poco</p>
<p>3. ¿Recibe usted instrucciones precisas de su jefe inmediato sobre como ejecutar las tareas que se le asignan?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí                                <input type="checkbox"/> No</p>	<p>4. ¿En que medida usted cree que puede ejercer su iniciativa cuando ejecuta las tareas que se le asignan?</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho                      <input type="checkbox"/> Poco  <input type="checkbox"/> Suficiente                <input type="checkbox"/> Muy Poco</p>
<p>5. ¿Con que claridad establece su jefe inmediato los resultados que espera de usted cuando le asignan un trabajo?</p> <p><input type="checkbox"/> Mucha                        <input type="checkbox"/> Poca  <input type="checkbox"/> Suficiente                <input type="checkbox"/> Muy Poca</p>	<p>6. ¿Con qué frecuencia toma usted decisiones que impliquen cambios en la forma que usualmente realiza sus tareas?</p> <p><input type="checkbox"/> Mucha                        <input type="checkbox"/> Poco  <input type="checkbox"/> Suficiente                <input type="checkbox"/> Muy Poco</p>
<p>7. ¿Existen procedimientos establecidos que deba seguir para realizar las tareas propias de su puesto de trabajo?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí                                <input type="checkbox"/> No</p>	<p>8. ¿En qué medida respeta usted los procedimientos establecidos para desarrollar su trabajo?</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho                      <input type="checkbox"/> Poco  <input type="checkbox"/> Suficiente                <input type="checkbox"/> Muy Poco</p>
<p>9. ¿Recibe usted algún tipo de supervisión cuando realiza su trabajo?</p> <p><input type="checkbox"/> Mucha                        <input type="checkbox"/> Poca  <input type="checkbox"/> Suficiente                <input type="checkbox"/> Muy Poca</p>	<p>10. ¿Cuál es el grado de apoyo que recibe de su jefe inmediato cuando necesita orientación en su trabajo?</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho                      <input type="checkbox"/> Poco  <input type="checkbox"/> Suficiente                <input type="checkbox"/> Muy Poco</p>
<p>11. En el HNST se le alienta a hacer sugerencias para mejorar su trabajo y el de la institución en general</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho                      <input type="checkbox"/> Poco  <input type="checkbox"/> Suficiente                <input type="checkbox"/> Muy Poco</p>	<p>12. ¿En que grado los jefes participan en el trabajo, hombro a hombro con sus subalternos?</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho                      <input type="checkbox"/> Poco  <input type="checkbox"/> Suficiente                <input type="checkbox"/> Muy Poco</p>
<p>13. ¿Cómo calificaría el trato que recibe de su jefe inmediato?</p> <p><input type="checkbox"/> Muy Bueno                    <input type="checkbox"/> Malo  <input type="checkbox"/> Bueno                        <input type="checkbox"/> Muy Malo</p>	<p>14. ¿Cómo calificaría usted su relación laboral con sus compañeros de trabajo?</p> <p><input type="checkbox"/> Muy Buena                    <input type="checkbox"/> Mala  <input type="checkbox"/> Buena                        <input type="checkbox"/> Muy Mala</p>
<p>15. ¿Cómo calificaría usted su relación laboral con su jefe inmediato?</p> <p><input type="checkbox"/> Muy Buena                    <input type="checkbox"/> Mala  <input type="checkbox"/> Buena                        <input type="checkbox"/> Muy Mala</p>	<p>16. Cada vez que necesito información de otras dependencias la obtengo fácilmente.</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho                      <input type="checkbox"/> Poco  <input type="checkbox"/> Suficiente                <input type="checkbox"/> Muy Poco</p>
<p>17. ¿Cuánto orgullo le merece trabajar para el HNST?</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho                      <input type="checkbox"/> Poco  <input type="checkbox"/> Suficiente                <input type="checkbox"/> Muy Poco</p>	<p>18. En que medida la Institución apoya a su personal para desarrollarse personal y profesionalmente</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho                      <input type="checkbox"/> Poco  <input type="checkbox"/> Suficiente                <input type="checkbox"/> Muy Poco</p>
<p>19. ¿Conoce usted la misión de su unidad dentro del HNST?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí                                <input type="checkbox"/> No</p>	<p>20. ¿Qué nivel de satisfacción le proporciona su trabajo?</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho                      <input type="checkbox"/> Poco  <input type="checkbox"/> Suficiente                <input type="checkbox"/> Muy Poco</p>
<p>21. ¿En términos generales como calificaría usted el nivel de satisfacción laboral de sus compañeros de trabajo en la unidad, departamento o sección en que trabajan?</p> <p><input type="checkbox"/> Muy Bueno                    <input type="checkbox"/> Malo  <input type="checkbox"/> Bueno                        <input type="checkbox"/> Muy Malo</p>	<p>22. La Institución se preocupa de otorgar beneficios y prestaciones que son un derecho de Ley para el empleado</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho                      <input type="checkbox"/> Poco  <input type="checkbox"/> Suficiente                <input type="checkbox"/> Muy Poco</p>

<p>23. ¿Está usted satisfecho con las prestaciones y beneficios que se le otorgan por parte de la Institución?</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho                      <input type="checkbox"/> Poco  <input type="checkbox"/> Suficiente                <input type="checkbox"/> Muy Poco</p>	<p>24. Conozco los valores que se deben practicar en la Institución</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho                      <input type="checkbox"/> Poco  <input type="checkbox"/> Suficiente                <input type="checkbox"/> Muy Poco</p>
<p>25. ¿Con qué frecuencia se presentan conflictos entre sus compañeros de unidad, departamento o sección?</p> <p><input type="checkbox"/> Frecuentemente              <input type="checkbox"/> Rara vez  <input type="checkbox"/> Ocasionalmente              <input type="checkbox"/> Nunca</p>	<p>26. ¿Cuándo se presenta algún problema, cuál es la actitud que asumen sus superiores?</p> <p><input type="checkbox"/> Los enfrentan directamente  <input type="checkbox"/> Solo tratan de enterarse  <input type="checkbox"/> Tienden a ignorarlos  <input type="checkbox"/> Otros.</p>
<p>27. ¿Cómo calificaría las opiniones de sus compañeros de trabajo cuando se trata de resolver los conflictos que se generan?</p> <p><input type="checkbox"/> Muy Buenas                  <input type="checkbox"/> Malas  <input type="checkbox"/> Buenas                        <input type="checkbox"/> Muy Malas</p>	<p>28. ¿Ha identificado aspectos en la forma de hacer su trabajo que podrían mejorarse?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí                                <input type="checkbox"/> No</p>
<p>29. ¿Estaría dispuesto a colaborar en actividades que contribuyan al mejoramiento en la institución? (Aunque estos cambios modifiquen la forma en que realiza el trabajo actualmente)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí                                <input type="checkbox"/> No</p>	<p>30. ¿Cree que su jefe inmediato estaría dispuesto a aceptar que cometa algunos errores cuando trata de innovar o crear nuevas formas de hacer su trabajo?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí                                <input type="checkbox"/> No</p>

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!!!**

### **ANEXO I-11 : VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICOS DE EL SALVADOR**

Donde consultó	Usuarios (Absolutos)	Como califica el servicio recibido...				
		Malo (%)	Regular (%)	Bueno (%)	Muy bueno (%)	Excelente (%)
MSPAS	289.180	12,2	34,7	50,8	1,3	1,0
ISSS	51.652	8,2	30,2	57,6	3,7	0,3

Fuente: Caracterización de la Exclusión Social en Salud. El Salvador, OPS, 2004.

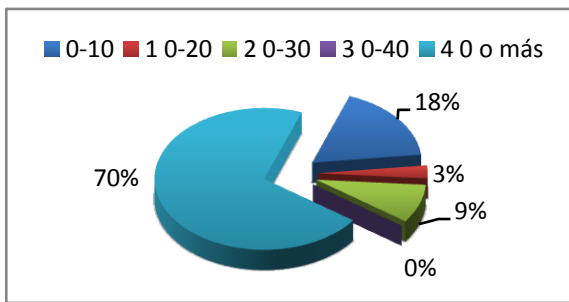
### **ANEXO I-12: CARACTERÍSTICAS DE LA INFORMACIÓN DEL SIG**

DESCRIPTORES	ZONA CENTRO	ZONA NORTE	Z. OCCIDENTE	ZONA ORIENTE	ZONA SUR
<i>Áreas que generan información</i>	Programas preventivos, atención de morbilidad, servicios de apoyo y servicios finales				
<i>Información generada por el subsistema</i>	Producción de morbilidad y programas preventivos, rendimiento del recurso humano y costos.				
<i>Información de cuadros de resultado</i>	Se dispone de los cuadros de resultados I,II,III y IV en forma mensual solamente en Zona Centro. El resto de departamentales los tienen en forma bimestral o trimestral.				
<i>Tipo de Información resultante</i>					
PRODUCCION	Producción de servicios finales y de apoyo	Producción de servicios finales y de apoyo	Producción global de todos los servicios	Producción de servicios finales y de apoyo	Producción global de todos los servicios
RENDIMIENTO	Productividad del recurso humano según horas contratadas	Ajustes de rendimiento del recurso humano y rendimiento por servicios	Productividad del recurso humano según horas contratadas	Productividad del recurso humano según horas contratadas	Productividad del recurso humano según horas contratadas
RECURSOS HUMANOS	Horas utilizadas por recurso humano	Horas contratadas por categoría de personal	Horas utilizadas por recurso humano	Horas contratadas por categoría de personal	Horas contratadas por categoría de personal
COSTOS	Costos por servicio y costos directos e indirectos	Gasto de salario y medicamentos y costos directos e indirectos	Costos por servicio	Costos por servicio y costos directos e indirectos	Costos por servicio y gastos unitarios por servicio

Fuente: Factores Asociados a la utilización del Sistema de Información Gerencial, Enero - Diciembre 2000.

**ANEXO I-13: RESULTADOS ENCUESTA A PACIENTES**

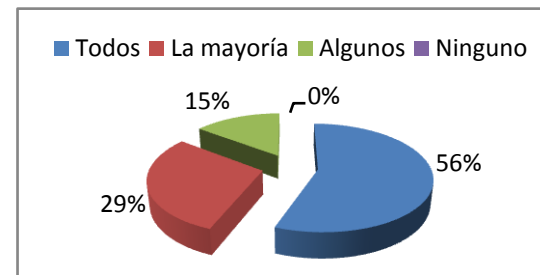
Tiempo de espera para el ingreso



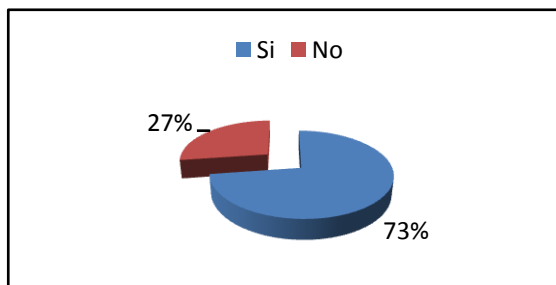
Aceptación del tiempo de espera



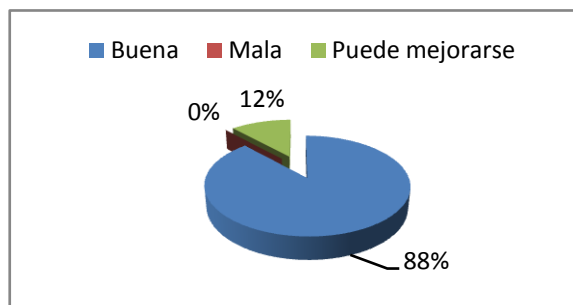
Grado de satisfacción de la demanda de medicamentos<sup>195</sup>



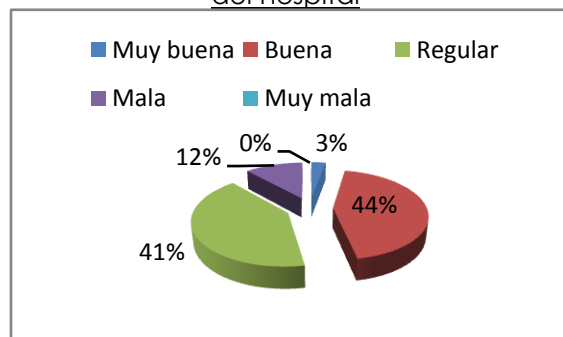
Nivel de información al paciente



Calificación de la atención brindada por médicos y enfermeras

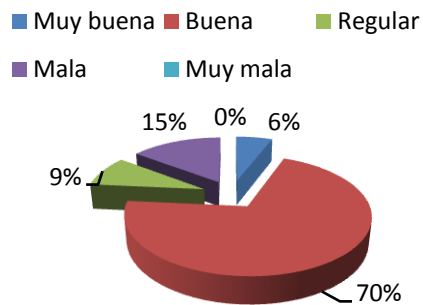


Calificación del servicio de alimentación del hospital

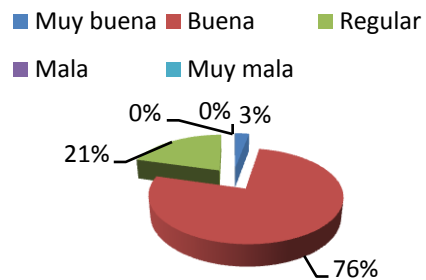


<sup>195</sup> La mayoría: 1 tipo de medicamento comprado por el paciente, Algunos: 2 o más tipos de medicamentos

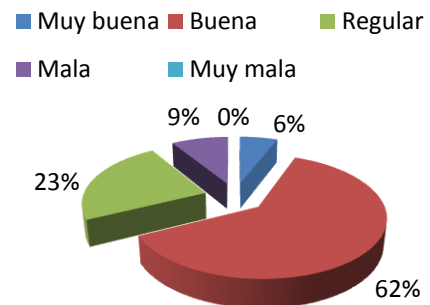
Calificación de la limpieza y presentación del hospital



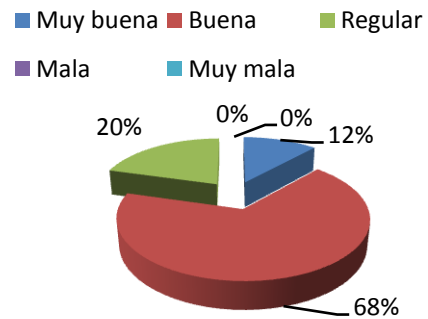
Calificación del estado de camas y/o equipos del hospital



Calificación de los servicios de costurería y lavandería del hospital



Calificación general de los servicios de salud del hospital



## ANEXO I-14: Datos de criterios de selección de procedimientos

### Resumen de calificación de criterios de selección de procedimientos a analizar

A continuación se presenta un cuadro resumen obtenido de las diversas entrevistas y encuestas llevadas a cabo en el HNST como parte del diagnóstico. Este cuadro ayuda a asignar una calificación en base a 2 criterios a cada procedimiento para determinar si es o no analizado.

Primero se presentan los criterios y la escala de calificación:

#### Quejas sobre los procedimientos.

PUNTUACION	SIGNIFICADO
5	25% o más de los departamentos del HNST se han quejado del procedimiento
3	Entre 6 y 24% de los departamentos del HNST se han quejado del procedimiento
1	Hasta 5% de los departamentos del HNST se han quejado del procedimiento

Fuente: Diagnóstico realizado a los principales procedimientos del área administrativa.

#### e) Frecuencia del procedimiento.

PUNTUACION	SIGNIFICADO
5	Se realiza diaria o semanalmente
3	Se realiza mensualmente o no tiene periodo específico para realizar el procedimiento
1	Se realiza con una frecuencia mayor a la mensual

Fuente: Responsables de cada procedimiento y jefes del área administrativa

A continuación se muestra un cuadro en donde primero se muestra el resultado del criterio y luego la calificación, ya sea 1,3 o 5 según sea el resultado.

N°	PROCEDIMIENTOS	Criterio	Calif.	Criterio	Calif.
		#Quejas		Frec.	
<b>PROCEDIMIENTOS RECURSOS HUMANOS</b>					
1	Elaboración de refrenda de nombramiento	3	3	Indef.	3
2	Reclutamiento y Selección Interna	1	1	Indef.	3
3	Reclutamiento y Selección Externa	2	1	Indef.	3
4	Nombramiento y Contratación de Personal	1	1	Indef.	3
5	Inducción al Personal de Nuevo Ingreso o Traslado a Un Nuevo Cargo	0	1	Indef.	3
6	Elaboración del presupuesto de Recursos Humanos	0	1	Anual	1
7	Servicio social de las carreras de salud	15	5	Anual	1
8	Evaluación al desempeño	2	1	Anual	1
9	Gestión para la Adquisición y Posterior Entrega de Telas al Personal	3	3	Anual	1
10	Gestión para La Adquisición y Entrega de Fianzas para Los Funcionarios y Empleados	0	1	Indef.	3
11	Servicio y Prestaciones al personal	2	1	Diario	5
12	Emisión de Constancias de Sueldo o de Tiempo de Servicio y Certificación de Tarjetas de Registro	0	1	Indef.	3
13	Administración del Sistema de Recursos Humanos (SIRHI)	12	5	Diario	5
14	Control de asistencia de los empleados	4	3	Diario	5

N°	PROCEDIMIENTOS	Criterio	Calif.	Criterio	Calif.
		#Quejas		Frec.	
15	Emisión de planilla de de Remuneraciones	0	1	Indef.	3
16	Capacitación y desarrollo	8	3	Indef.	3
17	Licencias y Acciones de Personal	2	1	Indef.	3
18	Actualización y Apertura de Expedientes y Tarjetas de Registros de movimientos de Personal	10	5	Diario	5
19	Carnetización a Empleados	1	1	Anual	1
20	Aplicación del Sistema de Incentivos por Mérito Personal	0	1	Anual	1
21	Conformación de la Comisión de Servicio Civil	3	3	Anual	1
<b>PROCEDIMIENTOS CONSERVACION Y MANTENIMIENTO</b>					
1	Manejo y control de combustible	9	3	Diario	5
2	Manejo y control de patrimonio	0	1	Anual	1
3	Control y supervisión de los servicios de limpieza	11	5		5
4	Control de los servicios de impresiones	6	3	Diario	5
5	Manejo y control de los equipos de transporte	0	1	Diario	5
6	Servicios de mantenimiento preventivo planificado (MPP)	2	1	Diario	5
7	Servicios de Mantenimiento Correctivo y otras instalaciones	32	5	Diario	5
8	Gestión de los recursos	0	1	Anual	1
<b>PROCEDIMIENTOS ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES</b>					
1	Adquisición por libre gestión para instituciones del gobierno central	0	1	Diario	5
2	Almacenamiento de medicamentos insumos	17	5	Diario	5
3	Distribución de suministros médicos	2	1	Diario	5
4	Descargo y destrucción de suministros médicos	18	5	Indef.	3
5	Contratación directa para instituciones de gobierno central	0	1	Mensual	3
6	Licitación o concurso público y licitación concurso público por invitación para instituciones del gobierno central	1	1	Mensual	3
<b>PROCEDIMIENTOS FINANCIEROS INSTITUCIONALES</b>					
1	Formulación del presupuesto institucional	5	3	Anual	1
2	Programación de la ejecución presupuestaria y flujo de efectivo	0	1	Anual	1
3	Modificaciones presupuestarias	8	3	Indef.	3
4	Pago de compromisos de remuneraciones y bienes y servicios	0	1	Semanal	5
5	Procesos contables	0	1	Diario	5



## **ANEXO I-15: ANÁLISIS DE LAS ENCUESTAS CLIMA ORGANIZACIONAL**

### **Instrucciones Para poner el puntaje**

Las percepciones y respuestas que abarcan el Clima Organizacional, se originan en una gran variedad de factores. Unos abarcan factores de liderazgo y prácticas de dirección. Otros están relacionados con el sistema formal y la estructura de la organización (sistemas de comunicación, relaciones de dependencia, remuneraciones, etc.). Y los que se refieren a las consecuencias del comportamiento en el trabajo (sistemas de incentivo, apoyo social, interacción con los demás miembros, etc.)

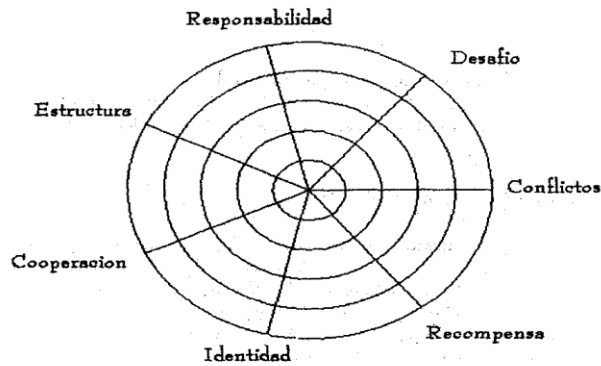
Cada dimensión se evalúa independientemente de las otras y en cada respuesta se toman los dos valores desde la izquierda como positivos y los valores de la derecha como negativos, a excepción de la dicotomía, para luego ser promediados por categoría.

Los porcentajes se calculan dividiendo los puntajes negativos entre el total de puntos. Posteriormente se analizan por separado por separado las dimensiones para un diagnóstico parcial, detallando en él las debilidades o fortalezas encontradas.

Para la elaboración del perfil se transfieren los puntajes obtenidos en las diferentes dimensiones, graficando los promedios negativos de cada una de ellas. Para cada categoría, se establecieron las siguientes preguntas.

Responsabilidad	1 – 6
Estructura	7-9
Cooperación	10-16
Identidad	17-21, 24
Recompensa	22, 23
Conflictos	24-26
Desafío	27-30

Para completar su perfil, trace una recta que representa las diferentes dimensiones. Cada marca representa 20 puntos o el 20%, así al trazar el puntaje en la hoja de perfil se producirá algún tipo de figura de siete lados. Esta figura identifica los cuadrantes más enfatizados por el clima organizacional.



Este cuestionario fue elaborado por Litwin y Stinger, ahora perteneciente al departamento de Conducta Organizacional de la Universidad de Michigan. El instrumento proporciona siete dimensiones de clima organizacional. Estas se trazan transfiriendo los puntajes de cada una de ellas a la hoja de perfil que contiene las 7 matrices. Al graficarlo se obtiene el perfil de clima organizacional.

El instrumento ha sido administrado en más de 500 organizaciones, incluyendo escuelas de estudios superiores, bancos, organizaciones de cuidado de la salud, asociaciones profesionales y empresas manufactureras. La ventaja de este instrumento es que sirve como espejo, en el cual los entrevistados pueden reflejar su comportamiento hacia la organización.

La investigación pasada, en la cual se empleó el cuestionario sugiere que el instrumento es internamente confiable y está muy asociado con distintos tipos de ejecutoria organizacional (Ver Litwin & Stinger, 1994, para un estudio de la relación entre clima organizacional y eficiencia usando este instrumento). Se puede medir el grado en que una organización enfatiza un determinado conjunto de valores o características, así como el grado en el cual es congruente una variedad de dimensiones de la organización (por ejemplo tipos de supervisión: autoritaria, participativa, etc., relaciones de dependencia, promociones, sistemas de incentivo, apoyo social, interacción con los demás miembros, etc.). Contrario a las suposiciones comunes de la investigación de clima es más importante que la fortaleza y la congruencia del clima al predecir la eficiencia organizacional (Litwin & Stinger, 1994).

**Ejemplo de análisis de las preguntas de la encuesta de Clima Organizacional**

1. ¿Qué grado de responsabilidad siente que su jefe deposita en usted cuando le asigna una tarea?

<b>Valor favorable</b>	Mucho	70
	Suficiente	
<b>Valor Desfavorable</b>	Poco	5

**ANEXO I-16: SIG HOSPITAL SANTA TERESA DE ZACATECOLUCA**

**Establecimiento : 0308001 H.ZACATECOLU**

**Periodo : 01-2007 al 12-2007**

**Cuadro #1. Producción, Rendimientos y Costos**

Servicios	Unidad de producción	Volumen de producción	Costo		Indice ocupacional	Estancia promedio	Indice rotación	Interv. Sustituc.	Dotación de camas
			Servicio	Unitario					
H.MED.INT.MUJ.1	EGRESO	1,618.00	295,518.61	182.64	76.00	3.77	73.55	1.19	22.00
	DCO	6,103.00		48.42					
H.MED.INT.HOM.1	EGRESO	1,503.00	240,291.72	159.87	83.69	3.05	100.20	0.59	15.00
	DCO	4,582.00		52.44					
H.CIRUGIA MUJ.1	EGRESO	957.00	302,402.08	315.99	64.99	3.22	73.62	1.74	13.00
	DCO	3,084.00		98.06					
H.CIRUGIA HOM.1	EGRESO	1,264.00	319,590.15	252.84	65.80	3.61	66.53	1.88	19.00
	DCO	4,563.00		70.04					
H.GINECOLOGIA	EGRESO	2,001.00	276,479.62	138.17	86.32	2.36	133.40	0.37	15.00
	DCO	4,726.00		58.50					
H.OBSTETRICIA	EGRESO	2,568.00	521,699.72	203.15	75.03	2.13	128.40	0.71	20.00
	DCO	5,477.00		95.25					
H.PEDIATRIA	EGRESO	2,675.00	414,189.79	154.84	100.50	3.43	107.00	(0.02)	25.00
	DCO	9,171.00		45.16					
H.NEONATOLOGIA	EGRESO	754.00	136,609.24	181.18	95.27	3.69	94.25	0.18	8.00
	DCO	2,782.00		49.10					
Subtotal	EGRESO	13,340.00	2,506,780.92	187.91	80.97	3.04	97.37	0.71	137.00
	DCO	40,488.00		61.91					
CONS.ESP.M.GRAL.	CONSUL	9,852.00	223,196.78	22.65					
CONS. SUBESP.M.I.	CONSUL	7,819.00	106,608.33	13.63					
CONS.ESP.CIR.GRAL.	CONSUL	4,251.00	100,999.49	23.76					
CONS.SUBESP.CIR.	CONSUL	5,067.00	90,131.24	17.79					
CONS.ESP.GINEC.	CONSUL	4,496.00	92,794.28	20.64					
CONS.SUBESP.GINEC.	CONSUL	728.00	17,371.88	23.86					
CONS.ESP.OBST.	CONSUL	672.00	9,416.87	14.01					
CONS.ESPEC.PED.	CONSUL	4,841.00	68,996.70	14.25					
CONS.EMERGENCIA	CONSUL	25,920.00	599,440.75	23.13					
Subtotal	CONSUL	63,646.00	1,308,956.32	20.57					
C.ODONT.INFANT.	CONSUL	874.00	7,443.12	8.52					
C.ODONT.ADOLEC.	CONSUL	1,923.00	16,565.03	8.61					
C.ODONT.MATER.	CONSUL	4.00	40.23	10.06					

Servicios	Unidad de producción	Volumen de producción	Costo		Índice ocupacional	Estancia promedio	Índice rotación	Interv. Sustituc.	Dotación de camas
			Servicio	Unitario					
C.ODON.ADUL.MUJ.	CONSUL	1,074.00	9,125.15	8.50					
C.ODON.ADUL.HOM.	CONSUL	547.00	5,545.54	10.14					
C.ODON.ADUL.MAY.	CONSUL	202.00	2,823.94	13.98					
C.ODON.MAXILOFAC.	CONSUL	0.00	0.00	0.00					
Subtotal	CONSUL	4,624.00	41,543.01	8.98					
ATENC.NUTRIC.	ATENC	0.00	0.00	0.00					
Subtotal	ATENC	0.00	0.00						
CTROL.INFANTIL	CTROL.	0.00	0.00	0.00					
CTRL.ADOLESC.	CTROL.	0.00	0.00	0.00					
CTRL.PRENATAL	CTROL.	0.00	0.00	0.00					
CTRL.PF.ADOLESC.	CTROL.	0.00	0.00	0.00					
CTRL.PF.ADULTO	CTROL.	0.00	0.00	0.00					
Subtotal	CTROL.	0.00	0.00						
REFERIDOS A	PACIEN	1,505.00	18,652.01	12.39					
REFERIDOS DE	PACIEN	5,152.00	96,792.78	18.79					
Subtotal	PACIEN	6,657.00	115,444.80	17.34					
Produccion propia		0.00	8,396.10	0.00					
Apoyo otros Establec		0.00	4,483.71	0.00					
Subtotal		0.00	12,879.81						
Total			3,985,604.86						
Apoyo									
CTRO. QUIR. GRAL.	INT.MY	827.00	168,637.09	203.91					
	PROCED	850.00		198.40					
CTRO. QUIR. OBST.	INT.MY	1,536.00	81,778.26	53.24					
	PROCED	1,739.00		47.03					
CTRO. QUIR. EMERG	INT.MY	493.00	79,466.53	161.19					
	PROCED	581.00		136.78					
CIRUG. AMBULAT.	INT.MY	72.00	11,415.06	158.54					
	PROCED	70.00		163.07					
PEQUEÑA CIRUG.	INT.MEN	5,453.00	43,815.53	8.04					
ANESTESIA	ANESGE	4,255.00	149,593.81	35.16					
SALA DE PARTOS	PARTOS	2,768.00	242,441.90	87.59					
	TRANSF	3,065.00		79.10					
PROCEDIMIENTOS	PROCED	2,930.00	5,778.16	1.97					
	PCTE	2,929.00		1.97					
TERAP. RESPIRAT	ATENC.	11,869.00	2,848.58	0.24					
	PCTE	5,847.00		0.49					

Servicios	Unidad de producción	Volumen de producción	Costo		Indice ocupacional	Estancia promedio	Indice rotación	Interv. Sustituc.	Dotación de camas
			Servicio	Unitario					
FISIOTERAPIA	SESION	21,967.00	39,150.60	1.78					
	PCTE	5,646.00		6.93					
ULCERAS/HERIDAS	CURACI	12,508.00	29,193.97	2.33					
	PCTE	6,769.00		4.31					
CURACIONES	CURACI	3,827.00	3,334.10	0.87					
INYECTABLES	INYECC	50,524.00	24,627.70	0.49					
FARMACIA GRAL.	RECET	291,003.00	86,303.80	0.30					
BANCO DE SANGRE	TRANSF	1,632.00	43,039.23	26.37					
	EXAMEN	30,405.00		1.42					
ENDOSCOPIA	EXAMEN	200.00	3,909.94	19.55					
CITOLOGIA	MUEST	435.00	3,150.32	7.24					
LABORAT.CLINICO	EXAMEN	245,751.00	216,021.01	0.88					
ELECTROCARDIOG.	EXAMEN	1,588.00	2,910.15	1.83					
ULTRASONOGRAFIA	EXAMEN	2,075.00	20,704.50	9.98					
N.S.T.	EXAMEN	522.00	1,046.16	2.00					
RADIOLOGIA	ESTUDIO	23,858.00	113,227.69	4.75					
	PLACAS	35,005.00		3.23					
INTERCONSULTA	INTERC	524.00	842.08	1.61					
CTRL.INFEC.NOSO	SUPERV	164.00	1,790.79	10.92					
	#INFEC	49.00		36.55					
VACUNA HUMANA	VACUNA	5,761.00	12,772.86	2.22					
TRABAJO SOCIAL	PCTE	14,359.00	28,652.05	2.00					
	ATENC	14,359.00		2.00					
ALIMENT. Y DIETAS	RACION 1	52,880.00	191,541.88	3.62					
	RACION 2	16,403.00		11.68					
CTRAL.EQ.ESTER.	PAQUET	210,843.00	126,266.78	0.60					
DOCENCIA	SESION	1,608.00	2,254.82	1.40					
	#PART	57.00		39.56					
CAPACITACION	#CAPACIT	13.00	45,822.09	3,524.78					
	#PART	345.00		132.82					
EDUC.EN SALUD	SESION	0.00	0.00	0.00					
TRANF.MEDIC.	#TRANS	442.00	425.23	0.96					
DOCUMENT.MED	#EXPED	58,148.00	111,431.59	1.92					
ALMACEN	ENTREG	8,165.00	47,589.73	5.83					
COSTURERIA	PIEZAS	12,914.00	53,050.69	4.11					
LAVANDERIA	LIBRAS	452,615.00	99,862.41	0.22					
REPRODUC.Y DIB	#ORDER	11,797.00	16,371.29	1.39					
	IMPRES	859,424.00		0.02					

Servicios	Unidad de producción	Volumen de producción	Costo		Índice ocupacional	Estancia promedio	Índice rotación	Interv. Sustituc.	Dotación de camas
			Servicio	Unitario					
MANTTO. PREVENT	ORDPREV	190.00	391.01	2.06					
MANTTO. CORRET	ORDCOR	2,010.00	81,094.69	40.35					
TRANSPORTE	KILOM	125,665.00	41,062.52	0.33					
PERMISOS LICEN	AUSENC	1,441.00	261,651.20	181.58					
DIRECC.Y ADMON	#Servs.	6,383.31	568,187.38	89.01					

Fuente: Departamento de Estadísticas HNST.

**ANEXO I-17: SIG HOSPITAL NACIONAL SANTA GERTRUDIS**

Establecimiento : 0310001 H.SAN VICENT

Periodo : 01-2007 al 12-2007

**Cuadro #1. Producción, Rendimientos y Costos**

Servicios	Unidad de producción	Volumen de producción	Costo		Indice ocupacional	Estancia promedio	Indice rotación	Interv. Sustituc.	Dotación de camas
			Servicio	Unitario					
H.MED.INT.MUJ.1	EGRESO	2,157.00	320,158.59	148.43	93.59	2.69	126.88	0.18	17.00
	DCO	5,807.00		55.13					
H.MED.INT.HOM.1	EGRESO	1,913.00	299,026.45	156.31	88.15	2.69	119.56	0.36	16.00
	DCO	5,148.00		58.09					
H.PENSIONADO	EGRESO	1,848.00	275,302.49	148.97	64.98	2.31	102.67	1.25	18.00
	DCO	4,269.00		64.49					
H.CIRUGIA MUJ.1	EGRESO	621.00	224,580.37	361.64	66.52	3.91	62.10	1.97	10.00
	DCO	2,428.00		92.50					
H.CIRUGIA HOM.1	EGRESO	946.00	281,793.83	297.88	63.22	3.90	59.13	2.27	16.00
	DCO	3,692.00		76.33					
H.GINECOLOGIA	EGRESO	847.00	158,807.53	187.49	73.66	2.22	121.00	0.79	7.00
	DCO	1,882.00		84.38					
H.OBSTETRICIA	EGRESO	2,886.00	638,808.93	221.35	72.73	2.21	120.25	0.83	24.00
	DCO	6,371.00		100.27					
H.PEDIATRIA	EGRESO	3,079.00	493,609.29	160.31	88.05	3.24	99.32	0.44	31.00
	DCO	9,963.00		49.54					
Subtotal	EGRESO	14,297.00	2,692,087.48	188.30	77.97	2.77	102.86	0.78	139.00
	DCO	39,560.00		68.05					
CONS.ESP.M.GRAL.	CONSUL	38,144.00	598,739.65	15.70					
CONS. SUBESP.M.I.	CONSUL	6,200.00	310,465.89	50.08					
CONS.ESP.CIR.GRAL.	CONSUL	2,345.00	58,727.11	25.04					
CONS.SUBESP.CIR.	CONSUL	7,205.00	134,344.99	18.65					
CONS.ESP.GINEC.	CONSUL	2,664.00	52,102.94	19.56					
CONS.SUBESP.GINEC.	CONSUL	2,158.00	32,583.92	15.10					
CONS.ESP.OBST.	CONSUL	1,338.00	29,584.92	22.11					
CONS.ESPEC.PED.	CONSUL	1,658.00	45,048.71	27.17					
CONS.EMERGENCIA	CONSUL	19,513.00	497,023.65	25.47					
Subtotal	CONSUL	81,225.00	1,758,621.80	21.65					
C.ODONT.INFANT.	CONSUL	607.00	6,853.42	11.29					
C.ODONT.ADOLEC.	CONSUL	756.00	6,073.24	8.03					
C.ODONT.MATER.	CONSUL	644.00	6,849.75	10.64					

	Unidad de producción	Volumen de producción	Costo		Indice ocupacional	Estancia promedio	Indice rotación	Interv. Sustituc.	Dotación de camas
			Servicio	Unitario					
C. ODON. ADUL. MUJ.	CONSUL	1,018.00	6,232.00	6.12					
C. ODON. ADUL. HOM.	CONSUL	556.00	3,722.69	6.70					
C. ODON. ADUL. MAY.	CONSUL	168.00	6,230.47	37.09					
Subtotal	CONSUL	3,749.00	35,961.58	9.59					
ATENC. NUTRIC.	ATENC	1,340.00	19,872.27	14.83					
Subtotal	ATENC	1,340.00	19,872.27	14.83					
CTROL. INFANTIL	CTROL.	3,588.00	40,458.37	11.28					
CTRL. ADOLESC.	CTROL.	1,253.00	16,581.35	13.23					
CTRL. PRENATAL	CTROL.	3,013.00	39,847.54	13.23					
CTRL. PF. ADOLESC.	CTROL.	179.00	10,748.51	60.05					
CTRL. PF. ADULTO	CTROL.	1,207.00	23,367.25	19.36					
Subtotal	CTROL.	9,240.00	131,003.03	14.18					
REFERIDOS A	PACIEN	589.00	21,823.45	37.05					
REFERIDOS DE	PACIEN	21,967.00	111,882.09	5.09					
Subtotal	PACIEN	22,556.00	133,705.54	5.93					
Producción propia		0.00	576.30	0.00					
Apoyo otros Establec		0.00	28,910.32	0.00					
Subtotal		0.00	29,486.62						
Total			4,800,738.31						
Apoyo									
CTRO. QUIR. GRAL.	INT. MY	2,458.00	301,309.61	122.58					
	PROCED	0.00		0.00					
PEQUENA CIRUG.	INT. MEN	2,343.00	46,206.03	19.72					
ANESTESIA	ANESGE	2,708.00	138,528.99	51.16					
SALA DE PARTOS	PARTOS	2,071.00	119,225.90	57.57					
	TRANSF	2,071.00		57.57					
PROCEDIMIENTOS	PROCED	0.00	0.00	0.00					
	PCTE	0.00		0.00					
FISIOTERAPIA	SESION	20,858.00	22,470.57	1.08					
	PCTE	5,549.00		4.05					
CURACIONES	CURACI	0.00	0.00	0.00					
INYECTABLES	INYECC	0.00	0.00	0.00					
FARMACIA GRAL.	RECET	293,781.00	85,972.45	0.29					
BANCO DE SANGRE	TRANSF	1,095.00	51,572.72	47.10					
	EXAMEN	20,115.00		2.56					
CITOTECNOLOGIA	EXAMEN	44,758.00	87,552.01	1.96					
CITOLOGIA	MUEST	17,251.00	27,777.36	1.61					



SERVICIOS	Unidad de producción	Volumen de producción	Costo		Indice ocupacional	Estancia promedio	Indice rotación	Interv. Sustituc.	Dotación de camas
			Servicio	Unitario					
LABORAT. CLINICO	EXAMEN	195,948.00	238,078.89	1.22					
ELECTROCARDIOG.	EXAMEN	0.00	0.00	0.00					
ULTRASONOGRAFIA	EXAMEN	5,192.00	43,139.96	8.31					
RADIOLOGIA	ESTUDIO	14,790.00	105,203.01	7.11					
	PLACAS	22,681.00		4.64					
VACUNA HUMANA	VACUNA	11,133.00	44,103.36	3.96					
TRABAJO SOCIAL	PCTE	24,084.00	47,903.44	1.99					
	ATENC	24,084.00		1.99					
ALIMENT. Y DIETAS	RACION 1	30,693.00	215,731.40	7.03					
	RACION 2	17,926.00		12.03					
CTRAL.EQ. ESTER.	PAQUET	79,748.00	125,404.89	1.57					
DOCENCIA	SESION	105.00	17,328.37	165.03					
	#PART	346.00		50.08					
CAPACITACION	#CAPACIT	164.00	53,091.11	323.73					
	#PART	441.00		120.39					
DOCUMENT.MED	#EXPED	111,442.00	148,550.05	1.33					
ALMACEN	ENTREG	3,529.00	40,504.12	11.48					
COSTURERIA	PIEZAS	13,433.00	26,101.42	1.94					
LAVANDERIA	LIBRAS	428,345.00	97,397.05	0.23					
REPRODUC.Y DIB	#ORDER	0.00	0.00	0.00					
	IMPRES	0.00		0.00					
MANTTO. PREVENT	ORDPREV	3,758.00	15,757.09	4.19					
MANTTO. CORRET	ORDCOR	3,946.00	98,849.36	25.05					
TRANSPORTE	KILOM	138,598.00	54,666.26	0.39					
PERMISOS LICEN	AUSENC	2,308.00	425,404.35	184.32					
DIRECC.Y ADMON	#Servs.	9,249.00	926,683.44	100.19					

Fuente : Administración Hospital Nacional Santa Teresa

## **ANEXO I-18: COMITÉS DE APOYO HOSPITAL SANTA GERTRUDIS DE SAN VICENTE**

<b>No.</b>	<b>Comités de Apoyo Hospital Santa Gertrudis</b>
1	Comité de gestión
2	Comité de Organización y Planificación.
3	Comité de Calidad
4	Comité Higiene y Seguridad Ocupacional
5	Comité Nosocomial
6	Comité de Capacitación y Desarrollo
7	Comité de Emergencias y desastres.
8	Comité de SIG
9	Comité de Compras
10	Comité Farmacoterapéutico.
11	Comité de Lactancia Materna.
12	Comité de VIH/SIDA.
13	Comité de Vigilancia de la Salud Materna Perinatal.
14	Comité de Reanimación y Transporte Neonatal.

Fuente: Administración Hospital Santa Gertrudis

## **ANEXO I-19: MISIÓN Y VISIÓN DEL HOSPITAL SANTA GERTRUDIS**

### **Misión**

Somos una institución que brinda servicios en las áreas de Promoción, Prevención Curación y Rehabilitación de la Salud, garantizando a las comunidades del área geográfica de influencia de San Vicente la cobertura de atención oportuna e integral en salud con calidez, equidad y corresponsabilidad social.

### **Visión**

Ser un sistema de Salud líder de la Región, que da respuestas a todos los problemas de la salud de la población, a través de personal idóneo, infraestructura moderna, tecnología de punta, acciones estratégicas y trabajo en equipo, brindando servicios eficientes, efectivos y de calidad.

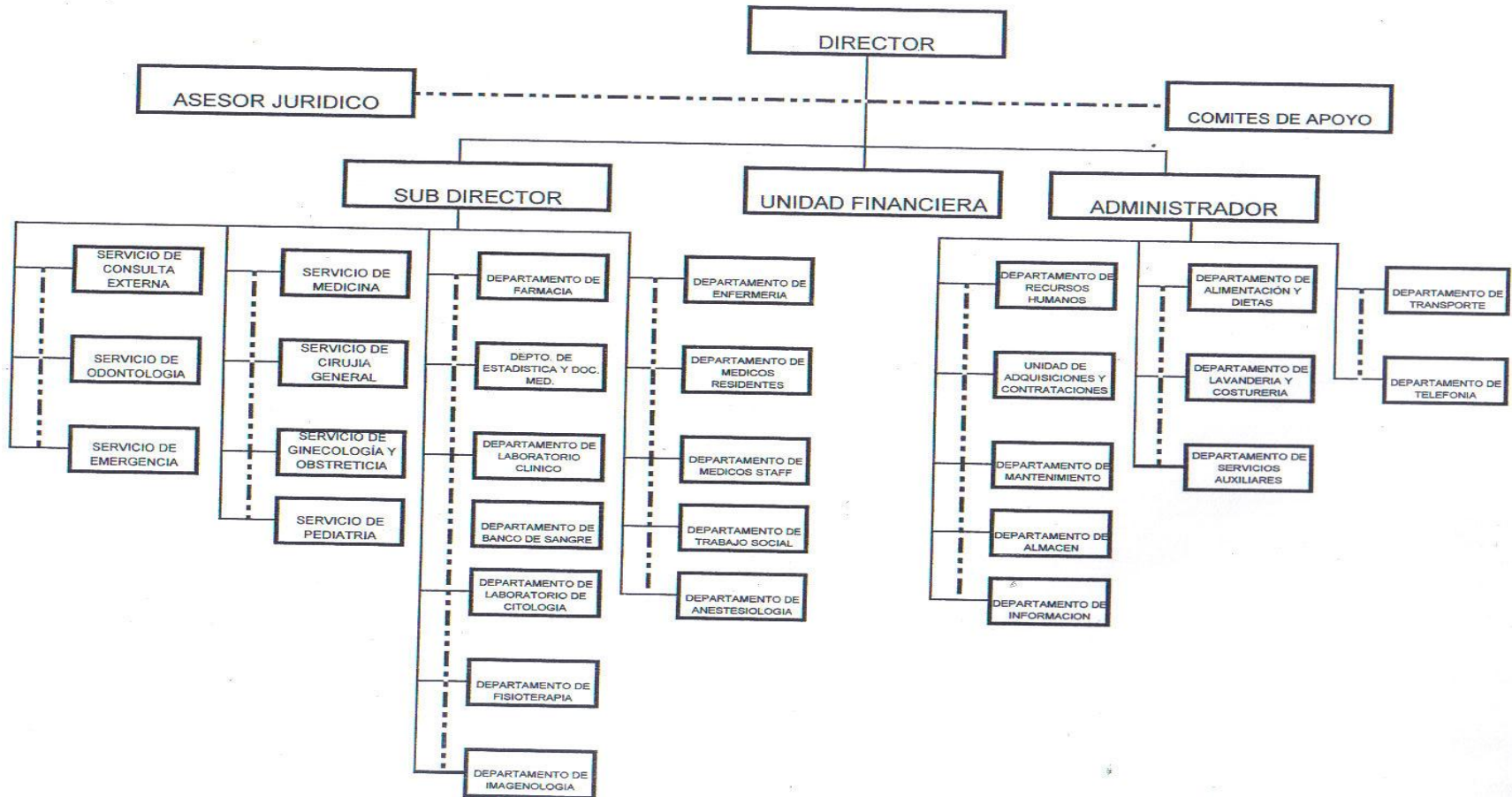
# ANEXO I-20: ORGANIGRAMA HOSPITAL SANTA GERTRUDIS



MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
HOSPITAL NACIONAL "SANTA GERTRUDIS"



## ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL



---

## **ANEXOS DISEÑO DE LA SOLUCIÓN**

---

### **ANEXO II-1 LEYES RELACIONADAS A LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA DEL HOSPITAL**

#### **NORMAS TÉCNICAS DE CONTROL INTERNO DEL MSPAS**

##### **Capítulo I**

##### **Normas relativas al ambiente de control**

Integridad y valores éticos

Art. 7.- Los titulares, directores y jefaturas del nivel superior, regional y local del MSPAS, deberán mantener, promover, demostrar y vigilar la observancia de la integridad y valores éticos en el cumplimiento de sus deberes y obligaciones con responsabilidad, lealtad, compromiso y transparencia, de conformidad a las leyes pertinentes.

##### **Capítulo II**

##### **Normas relativas a la valoración de riesgos**

Objetivos institucionales

Art. 14.- El titular del MSPAS, a través de la Dirección de Planificación, deberá elaborar su Plan Estratégico Quinquenal, el cual contendrá las políticas y objetivos estratégicos del MSPAS; así mismo esta Dirección emitirá los lineamientos para la elaboración del Plan Anual de Trabajo e integrará los planes de cada una de las dependencias del Nivel Superior en un Plan Anual Operativo Institucional, que contendrá los objetivos, metas, logros e indicadores; realizando el seguimiento trimestral y una evaluación anual del plan. El Plan Estratégico Quinquenal, deberá estar en concordancia con la misión, visión y valores del MSPAS.

Planificación participativa

Art. 15: los planes operativos del MSPAS, deberán elaborarse con la participación del personal según corresponda y serán divulgados a todo el personal para su cumplimiento, lo cual servirá de base para que cada una de las dependencias del nivel superior, regional y local y todas las jefaturas de la estructura organizativa del MSPAS, valoren los riesgos que incidirán en el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.

Identificación de riesgos

Art. 16: el titular del MSPAS; directores y jefes de unidad del nivel superior, regional y local y todas las estructuras organizativas del MSPAS, deberán identificar al menos una vez al año, previo a la elaboración del plan anual operativo, los riesgos internos como externos, que puedan afectar la consecución de los objetivos institucionales.

**REGLAMENTO GENERAL DE HOSPITALES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA**  
**SOCIAL**

**Título II**  
**De la Organización**

**Capítulo III**  
**Servicios del hospital**

Art. 43. Los Jefes de los Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento serán los encargados de planificar, organizar, dirigir, coordinar, supervisar y evaluar las actividades técnico administrativas y docentes del servicio a su cargo.

Art. 61. Los Jefes de los Servicios Técnicos de Apoyo Médico serán los encargados de planificar, organizar, dirigir, coordinar, supervisar y evaluar las actividades técnico-administrativas y docentes del Servicio a su cargo.

## ANEXO II-2: PROGRAMA DE CAPACITACIONES

Tipo de Capacitación	Temática sobre la que se capacitará	Objetivo	Personal participante	Duración esperada (Hrs)	Programación					Fecha estimada
					1	2	3	4	5	
Externa	Capacitación sobre el Proceso Administrativo e Introducción a la Planeación Estratégica y el Cuadro de Mando Integral.	Proporcionar a los miembros del comité de gestión estratégica institucional, los conocimientos básicos necesarios para empezar el proceso de planificación estratégica en el Hospital Santa Teresa; de tal manera que puedan servir de guías para el resto del personal.	Miembros del Comité de gestión estratégica.	16						jul-09
Interna	Taller Filosófico	Involucrar al personal en la elaboración de la filosofía institucional.	Miembros del Comité de gestión estratégica.	8						jul-09
Interna	Taller para el análisis interno y externo.	Involucrar al personal en la elaboración del análisis interno y externo de la institución; a fin de contar con la información en la cantidad y calidad requerida.	Miembros del Comité de gestión estratégica.	8						jul-09
Interna	Taller para la elaboración del CMI	Diseñar el CMI de la institución contando con la cantidad y calidad de la información requerida, a través de la participación del personal en su elaboración.	Miembros del Comité de gestión estratégica.	8						jul-09
Externa	Diplomado de Liderazgo para mandos estratégicos.	Capacitar representantes de los mandos estratégicos de la institución, para que estos capaciten a los mandos intermedios.	Dirección y Jefe de Recursos Humanos.	24						sep-09
Interna	Taller de liderazgo para mandos medios.	Capacitar a los mandos medios de la institución, para garantizar el éxito del sistema propuesto a través del ejercicio de un liderazgo más efectivo.	Jefes departamentos administrativos y de la división de apoyo médico.	4						oct-09

Tipo de Capacitación	Temática sobre la que se capacitará	Objetivo	Personal participante	Duración esperada (Hrs)	Programación					Fecha estimada
					1	2	3	4	5	
Interna	Taller de motivación.	Lograr motivar al personal, a fin de lograr una mayor participación y compromiso con su trabajo.	Jefes departamentos administrativos y de la división médica, jefes de enfermeras.	4						mar-10
Interna	Charla sobre atención y trato a los usuarios.	Mejorar el trato brindado a los usuarios, con el propósito de mejorar la calidad de los servicios ofrecidos por el Hospital Santa Teresa.	Personal de la división médica y apoyo médico.	2						feb-10
Interna	Capacitación sobre toma de decisiones	Conocer y utilizar el proceso solucionador de problemas como la metodología sistemática adecuada para la resolución de problemas de índole estratégica	Personal de la división administrativa, médica.	16						nov-09
Interna	Charlas sobre optimización de recursos energéticos y materiales.	Reducir el gasto en los insumos a través de un uso racional de los mismos.	Jefe de departamentos	1						may-10/mar-12

## **ANEXO II-3: LEYES RELACIONADAS A LA ORGANIZACIÓN DEL HOSPITAL**

### **REGLAMENTO GENERAL DE HOSPITALES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA**

#### **SOCIAL.**

#### **TITULO II DE LA ORGANIZACION**

#### **CAPITULO III Servicios del hospital**

Art. 20. El Personal Médico trabajará conforme a la distribución en las diferentes áreas de acuerdo a planes discutidos y aprobados con anterioridad por los jefes correspondientes, estableciendo las horas médico, haciendo uso racional de los recursos disponibles para dar atención satisfactoria a la población demandante.

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.

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.

Art. 23. Del Área de Cirugía dependerá el Centro Quirúrgico constituido por Salas de Operaciones, Salas de Recuperación, Central de Equipos y Esterilización.

Art. 24. El Área de Ginecología y Obstetricia estará destinada a la atención del aparato reproductor femenino y lo relacionado con el embarazo. Constará de los servicios de Ginecología, Obstetricia,

Art. 42. Los Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento estarán constituidos de acuerdo al nivel de desarrollo y complejidad del Hospital y dependerán de la jefatura correspondiente.

Estos Servicios podrán ser:

- a) Laboratorio clínico
- b) Banco de sangre
- c) Anatomía Patológica
- d) Radiodiagnóstico
- f) Medicina nuclear
- g) Medicina física y de rehabilitación

Art. 43. Los Jefes de los Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento serán los encargados de planificar, organizar, dirigir, coordinar, supervisar y evaluar las actividades técnico administrativas y docentes del servicio a su cargo.  
Laboratorio Clínico.

Art. 60. Los Servicios Técnicos de Apoyo Médico estarán constituidos de acuerdo al nivel de desarrollo y complejidad del Hospital y dependerán de la Jefatura correspondiente.

Estos Servicios podrán ser:

- a) Enfermería
- b) Farmacia
- c) Servicio social
- d) Alimentación y Dietética
- e) Estadística y Documentos Médicos.



Art. 61. Los Jefes de los Servicios Técnicos de Apoyo Médico serán los encargados de planificar, organizar, dirigir, coordinar, supervisar y evaluar las actividades técnico-administrativas y docentes del Servicio a su cargo.

Art. 72. El Área Administrativa es la responsable de la gestión administrativa institucional; para tal fin cuenta con las siguientes dependencias: (1)

- a) Recursos Humanos; (1)
- b) Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional; (1)
- c) Conservación y Mantenimiento Integral; y, (1)

Art. 78. Conservación y Mantenimiento Integral es el responsable de asegurar el buen funcionamiento de los bienes muebles e inmuebles necesarios para la provisión de los servicios de salud en el Hospital.

Está constituido por las siguientes áreas:

- a) Mantenimiento (1)
- b) Lavandería y costurería (1)
- c) Limpieza (1)
- d) Transporte (1)
- e) Vigilancia (1)
- f) Portería (1)
- g) Telefonía; y (1)
- h) Otras, de acuerdo a su complejidad. (1)

## **LEY DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

### **Capítulo II**

#### **Unidades de Adquisiciones y Contrataciones Institucionales (UACI)**

Establecimiento de la UACI

Art. 9.- Cada institución de la Administración Pública establecerá una Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional, que podrá abreviarse UACI, responsable de la descentralización operativa y de realizar todas las actividades relacionadas con la gestión de adquisiciones y contrataciones de obras, bienes y servicios. Esta unidad será organizada según las necesidades y características de cada entidad e institución, y dependerá directamente de la institución correspondiente.

Del Jefe de la UACI

Art. 10.- La UACI estará a cargo de un Jefe, independientemente de la denominación de la plaza dentro de la estructura organizacional de cada institución, quien deberá reunir los requisitos siguientes:

- a) Ser salvadoreño por nacimiento;
- b) Idoneidad para el cargo y preferentemente poseer título universitario; (2)
- c) Ser de moralidad notoria y no tener conflicto de intereses con el cargo;
- d) Obtener el finiquito de sus cuentas si hubiese administrado o manejado fondos públicos;
- e) Hallarse libre de reclamaciones de toda clase, caso de haber sido contratista de obras públicas costeadas con fondos del Estado o del Municipio;
- f) Hallarse solvente con la Hacienda Pública y con el Municipio; y,
- g) No tener pendientes contratos o concesiones con el Estado, para explotación de riquezas nacionales o de servicios públicos, así como los que hayan aceptado ser representantes o apoderados administrativos de aquéllos, o de sociedades extranjeras que se hallen en los mismos casos.

# **LEY ORGÁNICA DE LA ADMINISTRACIÓN FINANCIERA DEL ESTADO**

## **Capítulo III: Unidades Financieras Institucionales**

### Formación de la Unidad Financiera Institucional

Art. 16.- Cada entidad e institución mencionada en el Artículo 2 de esta Ley establecerá una unidad financiera institucional responsable de su gestión financiera, que incluye la realización de todas las actividades relacionadas a las áreas de presupuesto, tesorería y contabilidad gubernamental, de acuerdo a lo dispuesto por la presente Ley. Esta unidad será organizada según las necesidades y características de cada entidad e institución y dependerá directamente del Titular de la institución correspondiente.

### Responsabilidades de las Unidades

Art. 17.- Las unidades financieras institucionales velarán por el cumplimiento de las políticas, lineamientos y disposiciones normativas que sean establecidos por el Ministro, en especial, estas unidades deberán:

- e. Difundir y supervisar el cumplimiento de las políticas y disposiciones normativas referentes al SAFI, en las entidades y organismos que conforman la institución;
- f. Asesorar a las entidades en la aplicación de las normas y procedimientos que emita el órgano rector del SAFI;
- g. Constituir el enlace con las direcciones generales de los subsistemas del SAFI y las entidades y organismos de la institución, en cuanto a las actividades técnicas, flujos y registros de información y otros aspectos que se deriven en la ejecución de la gestión financiera;
- h. Cumplir con todas las demás responsabilidades que se establezcan en el reglamento de la presente Ley y en las normas técnicas que emita el Ministro de Hacienda por medio de las direcciones generales de los subsistemas de presupuesto, tesorería, inversión y crédito público y contabilidad gubernamental.

## **Capítulo II: Política Presupuestaria**

### Cumplimiento de la Política Presupuestaria

Art. 30.- El cumplimiento de la política presupuestaria en cada institución será responsabilidad de su más alta autoridad.

El incumplimiento de la política presupuestaria faculta al Ministerio de Hacienda a efectuar las medidas correctivas que sean necesarias para que los presupuestos institucionales se ajusten a lo prescrito en dicha política.

## **Capítulo III: Del Proceso Presupuestario**

### Etapas del Proceso

Art. 31.- El proceso presupuestario comprende las etapas de Formulación, Aprobación, Ejecución, Seguimiento y Evaluación del Presupuesto; fases que se realizan en los ejercicios fiscales previo y vigente.

## **ANEXO II-4: GENERALIDADES DE LOS INDICADORES DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL<sup>196</sup>**

### **Tipos de indicadores**

Indicadores de resultado:

- Dicen cómo vamos (nos indican cómo nos fue en el pasado)
- Reflejan resultados de decisiones pasadas
- No son claros para el personal de base
- Nadie se siente responsable por el resultado

Indicadores de desempeño (de proceso o inductores)

- Dicen como lo hacemos (Son evaluados hoy permitiendo determinar si los objetivos serán cumplidos mañana)
- Muestran pasos a seguir día a día
- Más accesibles a gente de línea
- Personal se siente responsable de las variaciones

Indicadores compuestos:

- Combinación de varios indicadores

Indicadores de tipo coincidente:

- Indicador económico
- Varían en función de las tendencias del mercado
- Muestran el estado de la economía

### **Formas de expresar un indicador**

- Razones: expresan la relación entre 2 datos, entendiéndose como la relación entre un numerador y un denominador, que deben estar expresados en unidades de medida de igual naturaleza. Cuando estas unidades de medida son diferentes el resultado se conoce como tasas.
- Porcentaje: presentan el valor relativo de una cifra o parte con respecto al otro al cual se le atribuye el valor de 100.
- Promedio: existen diferentes conceptos de promedio y no puede utilizarse de manera indiscriminada para todos los casos, los más usuales son la media aritmética, la mediana y la moda.
  - La media: se obtiene sumando un conjunto de valores y dividiendo su resultado por la cantidad de elementos sumados.
  - Mediana: es el valor que ocupa la posición central cuando estos datos se ordenan del más bajo al más alto.
  - La moda: es el valor que se presenta con mayor número de veces en una muestra estadística.
- Número índice: expresa los cambios relativos de una variable, por medio del uso de números reales. Proporciona un método simple para comparar cambios que presenta una variable a través de un periodo.

---

<sup>196</sup> Fuente: Cuadro de Mando Integral. Grupo Kaizen S.A. San José, Costa Rica

## Características de los indicadores

El acrónimo en inglés SMART (Specific, Measurable, Actionable, Relevance, Timely), sirve para definir algunas de las características que deben tener los indicadores.

S: Específicos

- Dirigidos a su área (al objetivo que se busca, sin ambigüedades)

M: Medibles

- Precisos y completos (datos accesibles, confiables y completos)

A: Acción

- Indica cómo actuar (orientados a la acción)

R: Relevantes

- Resultados significativos (información sobre lo que es importante)

T: Tiempo

- Oportunos (en el momento que los necesita)

Los indicadores deben servir para fijar objetivos realistas mediante un proceso fácil y no complicado.

Además, es necesario buscar un equilibrio entre los indicadores de resultado y los indicadores de actuación (proceso-desempeño). Aunque los cuadros de mando de un nivel inferior, raramente están vinculados en un sentido formal, matemático, a los de nivel superior, se intenta que los vínculos existentes sean lógicamente persuasivos.

## ANEXO II-5: ENCUESTAS PARA SATISFACCIÓN DE PACIENTES

Fuente: Metodología para evaluar la satisfacción de los pacientes de un hospital público. Granada de la Orden, Susana. Universidad autónoma de Madrid, Facultad de medicina, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. 2008

### HERRAMIENTA: CUESTIONARIOS SERVQHOS

El SERVQHOS es una adaptación al ámbito hospitalario de la encuesta SERVQUAL, un reconocido instrumento para medir la calidad asistencial percibida en el ámbito empresarial.

El **SERVQHOS** es un instrumento resumido de escala múltiple (encuesta), con un alto nivel de fiabilidad y validez que las empresas de salud pueden ocupar para comprender mejor las expectativas y percepciones que tienen los pacientes respecto al servicio recibido. Es una medida de calidad percibida y, por tanto, no de la calidad técnica que ofrece el hospital.

A través del análisis de la experiencia en el uso del servicio, las necesidades y expectativas de los clientes se identifican una serie de criterios que facilitasen un contexto general de la empresa, en base a unos indicadores medibles, centrándolos en base a 10 criterios:

- Elementos tangibles: imagen de las instalaciones, equipos, personal, folletería de información, comunicaciones.
- Fiabilidad: ejecutar el servicio eficazmente, capacidad de hacer el servicio bien en un primer momento
- Capacidad de respuesta: capacidad de reacción frente a una demanda del cliente, ofrecer un servicio rápido
- Profesionalidad: habilidad y conocimiento
- Cortesía: respeto y amabilidad
- Credibilidad: veracidad y confianza en el servicio que se presta
- Seguridad: falta de riesgos
- Accesibilidad: conocimiento del estado del paciente
- Comunicación: publicidad, marketing
- Comprensión del cliente: conocer al paciente.

Calculo de la satisfacción del paciente

Hospitalización:

$$\text{Promedio [satisfacción por pregunta]} = \frac{(\text{numero de personas que contestaron mejor o mucho mejor})}{\text{total de personas entrevistadas}}$$

Emergencias:

$$\text{Promedio [satisfacción por pregunta]} = \frac{(\text{numero de personas que contestaron bueno ,muy bueno ,mejor o mucho mejor})}{\text{total de personas entrevistadas}}$$

$$\text{Consulta externa especializada: Promedio [nota por pregunta]} = \frac{(\text{sumatoria de notas por pregunta})}{\text{total de personas entrevistadas}}$$

## Encuesta de satisfacción de pacientes hospitalizados

Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca

Servicio recibido:

Fecha:

hora:

<b>¿LA CALIDAD DEL SERVICIO EN EL HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA HA SIDO RESPECTO A LO QUE USTED ESPERABA?</b>	<b>Mucho peor</b>	<b>Peor</b>	<b>Igual</b>	<b>Mejor</b>	<b>Mucho mejor</b>
La tecnología de los equipos médicos para los diagnósticos y tratamientos	1	2	3	4	5
La apariencia (limpieza) del local	1	2	3	4	5
Las condiciones de las instalaciones del hospital	1	2	3	4	5
La comida dentro del hospital	1	2	3	4	5
El estado en que están las habitaciones del hospital (dan una apariencia agradable)	1	2	3	4	5
La información que los médicos proporcionan	1	2	3	4	5
El tiempo de espera para ser atendido por un médico	1	2	3	4	5
La facilidad para realizar los trámites administrativos	1	2	3	4	5
El interés del personal por solucionar problemas de los pacientes	1	2	3	4	5
El hospital proporciona todos los medicamentos para el tratamiento	1	2	3	4	5
La rapidez con que consigues lo que necesitas	1	2	3	4	5
La disposición del personal para ayudarte cuando lo necesitas	1	2	3	4	5
La confianza (seguridad) que el personal transmite a los pacientes	1	2	3	4	5
La amabilidad (cortesía) del personal en su trato con la gente	1	2	3	4	5
La condición de la vestimenta proporcionada en el hospital	1	2	3	4	5
El trato personalizado que se da a los pacientes	1	2	3	4	5
La capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes	1	2	3	4	5
La información que los médicos dan a los familiares	1	2	3	4	5
El interés del personal de enfermería por los pacientes	1	2	3	4	5

## Encuesta de satisfacción con los servicios hospitalarios de emergencia

### Acceso y admisión

1. ¿Cómo calificaría el trato del personal que le atendió durante el proceso de admisión?  
Muy bueno [ ] Bueno [ ] Regular [ ] Malo [ ] Muy malo [ ]

### Información y trato

2. ¿Cómo valora la amabilidad y respeto con que lo trataron los médicos?  
Muy bueno [ ] Bueno [ ] Regular [ ] Malo [ ] Muy malo [ ]
3. ¿Cómo valora la profesionalidad de los médicos que le atendieron?  
Muy bueno [ ] Bueno [ ] Regular [ ] Malo [ ] Muy malo [ ]
4. ¿Cómo valora, en general, la información que le dieron los médicos en la urgencia sobre su problema de salud?  
Muy bueno [ ] Bueno [ ] Regular [ ] Malo [ ] Muy malo [ ]
5. ¿Cómo valora la amabilidad y respeto con que le trato el personal de enfermería?  
Muy bueno [ ] Bueno [ ] Regular [ ] Malo [ ] Muy malo [ ]
6. ¿Cómo valora la profesionalidad del personal de enfermería que le atendió?  
Muy bueno [ ] Bueno [ ] Regular [ ] Malo [ ] Muy malo [ ]
7. ¿Cómo valora la capacidad de tranquilizarle y el apoyo ofrecido por el personal sanitario?  
Muy bueno [ ] Bueno [ ] Regular [ ] Malo [ ] Muy malo [ ]

### Instalaciones

8. ¿Cómo valora el confort de la sala de urgencias donde le atendieron?  
Muy bueno [ ] Bueno [ ] Regular [ ] Malo [ ] Muy malo [ ]

### Valoración global

9. ¿Cómo valora la organización y coordinación del equipo que le atendió?  
Muy bueno [ ] Bueno [ ] Regular [ ] Malo [ ] Muy malo [ ]
10. ¿Cómo valora la atención recibida por los informadores?  
Muy bueno [ ] Bueno [ ] Regular [ ] Malo [ ] Muy malo [ ]
11. En general, ¿Cómo calificaría su estancia en el hospital?  
Mucho mejor de lo que esperaba [ ] Algo peor de lo que me esperaba [ ]  
Algo mejor de lo que esperaba [ ] Mucho peor de lo que me esperaba [ ]  
Lo que me esperaba [ ]

## Encuesta de satisfacción del usuario de consultas externas especializadas

Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca

Servicio recibido:

Fecha:

hora:

Por favor puntué de 1 a 10 las siguientes preguntas, siendo el 10 la respuesta mejor valorada y el 1 la respuesta peor valorada

1. El tiempo que pasó desde que pidió la cita hasta la fecha de consulta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Los tramites que tuve que hacer para la cita	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. El tiempo de espera para la consulta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. La comodidad de la sala de espera	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. El trato por parte del personal de enfermería	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. El trato por parte del personal médico	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. El cuidado con su intimidad durante la consulta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. La duración de la consulta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. La información clínica recibida sobre su problema de salud	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. La claridad con que le explicaron el tratamiento y pautas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. La facilidad de los tramites que ha tenido que hacer si ha necesitado volver a hacer	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. La cantidad de medicamentos recibidos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10



## **ANEXO II-6: EVALUACIÓN DE CAPACITACIONES.**

Evaluar la efectividad de la capacitación en cuanto a su impacto en los resultados globales de la empresa es una tarea complicada porque supone la posibilidad de poder aislar el efecto de la capacitación-formación de otras acciones que inciden en los resultados. Es un ejercicio que quizás en modelos teóricos y apoyándose en supuestos es posible de realizar con precisión, en la práctica resulta en una aproximación que siempre deja un espacio para dudas. No obstante, en la medida que la capacitación adquiere más importancia en la estrategia del hospital y se transforme en una variable significativa de inversión, implícitamente se está reconociendo que debe haber una relación directa con los beneficios esperados a nivel global de la organización. Por esa razón, las organizaciones y sus directivos insisten en monitorear la efectividad de la capacitación.

La evaluación de la efectividad de la capacitación en los resultados globales de la organización se puede realizar en 4 momentos, donde la relación capacitación-resultado se va diluyendo de manera progresiva. El 1º es la evaluación de la suma de los desempeños individuales (cuántas personas mejoraron su desempeño), especialmente los relacionados con las temáticas de la capacitación. El 2º es la evaluación de algunos indicadores claves de la gestión de recursos humanos, como son el grado de rotación del personal, el clima laboral, la comunicación. El 3º es la evaluación de procesos claves de satisfacción del cliente y la mejora. El 4º es la evaluación de los resultados económicos – financieros de la organización.

Todo método para obtener información para la evaluación tiene ventajas y limitaciones, por lo que al considerar cada método de evaluación, es necesario sopesar sus ventajas y limitaciones cuando se trate de medir cada elemento de un programa de capacitación. Algunos métodos para evaluar el impacto son los siguientes

- Comparación con los logros de la investigación educacional y la psicología del aprendizaje: comparar técnica de capacitación contra aprendizaje de la misma
- Comparación con las exigencias de la actuación en el trabajo: comparación de las capacitaciones conforme a las exigencias de los puestos de trabajo.
- Observación de la instrucción: observar la capacitación, evaluando al capacitador y a los capacitados, su interacción, el interés, el tema, etc.
- Pruebas escritas de logros de aprendizaje
- Cuestionario para los participantes: opinión de los mismos acerca de la capacitación.
- Cuestionario para los supervisores: determinar nuevas necesidades de capacitación
- Entrevista del participante entrenado: expresa el punto su vista sobre la capacitación.
- Observación de la realización del trabajo.
- Estudio de registros e informes: observar el desempeño de los no capacitados con los que si.
- Análisis de problemas y accidentes: estadísticas sobre problemas post capacitación.
- Investigación de grupos pareados: comprar los resultados de la capacitación en grupos específicos como los graduados o no graduados.

Un formato para la evaluación de las capacitaciones, en base a algunas de las técnicas anteriores es el siguiente:

HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA DE ZACATECOLUCA DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS				Formulario para evaluación de capacitaciones			Año 20____		
Temática de la capacitación							Perfil de participantes:		
Resultados esperados									
Periodo de la capacitación									
Evaluación de capacitaciones									
Evaluación de resultados posterior a la capacitación <sup>197</sup>									
Nº	Indicador	Resultado	Meta	Diferencia	Nº	Indicador	Resultado	Meta	Diferencia
1	Cantidad de Participantes				1	Promedio en la mejora individual de los participantes en temática de la capacitación			
						Promedio en la mejora de los capacitados con respecto a los no capacitados			
2	Costo de la capacitación				2	Mejora promedio en los procedimientos que involucran al personal capacitado			
					3	Mejora de Indicadores institucionales <sup>198</sup> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Costos</li> <li>• Quejas</li> <li>• Calidad de servicio, etc.</li> </ul>			
Observaciones:									
_____									
_____									
_____									
_____									

<sup>197</sup> Indicadores del Aseguramiento del aprendizaje continuo en la organización, Gestión de calidad en la formación, Normas ISO9000:2000. Su medición puede variar entre 3 meses a 1 año, según el tipo de resultado que se busque.

<sup>198</sup> Los indicadores institucionales están en directa relación con la capacitación y que son específicos a largo plazo (1 año), solo se muestran algunos ejemplos

**ANEXO II-7**  
**EJEMPLO DE VIÑETA PARA ALMACÉN DE MEDICAMENTOS**

NOMBRE COMERCIAL:
NOMBRE GENÉRICO:
CANTIDAD:
LOTE:
FECHA DE VENCIMIENTO:

<b>Control visual de inventarios para apoyo al método PEPS</b>	
<b>COLOR</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
Rojo	Medicamentos o insumos que entren al almacén entre el mes de Enero a Marzo.
Azul	Medicamentos o insumos que entren al almacén entre el mes de Abril a Junio.
Amarillo	Medicamentos o insumos que entren al almacén entre el mes de Julio a Septiembre.
Verde	Medicamentos o insumos que entren al almacén entre el mes de Octubre a Diciembre.

**CARRO CON 1 MANIJA PARED DE REJILLA**




<b>ESPECIFICACIONES</b>			
Cant.	Superficie de carga (mm)	Medidas totales (LxAxH)	Precio (US\$)
1	850 x 500	930 x 510 x 1070	215.73

- **Capacidad:** 600 kg
- **Ruedas:** 2 ruedas fijas y 2 orientables con freno, caucho macizo, cojinetes de rodillos, 200Ø x 50 mm
- **Acero:** lacado al horno color azul, RAL 5010
- **Madera:** Plancha de DM con revestimiento plástico
- **Altura carga:** 270 mm

**ANEXOS ETAPA ECONÓMICA Y EVALUACIONES.**

**ANEXO III-1: PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DEL SISTEMA ADMINISTRATIVO  
PROPUESTO A LOS HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL.**

	MANUAL PARA LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA ADMINISTRATIVO BAJO EL ENFOQUE DE GESTIÓN ESTRATÉGICA EN HOSPITALES NACIONALES DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	
Nombre del procedimiento:	<b><u>APLICACIÓN DEL SISTEMA ADMINISTRATIVO BAJO EL ENFOQUE DE GESTIÓN ESTRATÉGICA A OTROS HOSPITALES</u></b>	Hoja 1 de 7
<b>Responsable:</b> Comité de gestión estratégico del hospital.	<b>Producto:</b> Procedimiento para aplicación del sistema administrativo a otros hospitales.	
<b><u>CONTENIDO:</u></b>		
<p>VIII. Definición</p> <p>IX. Objetivo</p> <p>X. Generalidades</p> <p>XI. Características</p> <p>XII. Base Legal.</p> <p>XIII. Procedimiento.</p> <p>XIV. Anexos.</p>		
Fecha de Elaboración: Enero 2009	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:



MANUAL PARA LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA ADMINISTRATIVO BAJO EL ENFOQUE DE GESTIÓN ESTRATÉGICA EN HOSPITALES NACIONALES DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Nombre del procedimiento:	<b><u>APLICACIÓN DEL SISTEMA ADMINISTRATIVO</u></b> <b><u>BAJO EL ENFOQUE DE GESTIÓN</u></b> <b><u>ESTRATÉGICA A OTROS HOSPITALES</u></b>	Hoja <b>2</b> de <b>7</b>
<b>Responsable:</b> Comité de gestión estratégico del hospital.	<b>Producto:</b> Procedimiento para aplicación del sistema administrativo a otros hospitales.	
<b>VIII. DEFINICIÓN</b> N/A		
<b>IX. OBJETIVO</b> Definir la secuencia de pasos a seguir, para la implementación del sistema administrativo propuesto a los hospitales de segundo y tercer nivel del país.		
<b>X. GENERALIDADES</b> El sistema propuesto, podrá tener aplicabilidad en el Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca así como en los demás hospitales Nacionales de segundo nivel; dado el conjunto de características que comparten, que los vuelve muy similares entre sí. Entre estas características se encuentran: nivel de complejidad de los servicios médicos ofrecidos; organización similares según las leyes; bajo las mismas disposiciones, reglamentos, leyes y normativas Estatales; dependen directamente de una región de salud que les supervisa, controla y provee de los medicamentos, etc.  Dichas características constituyen algunas de las consideraciones más importantes e influyentes en el funcionamiento del sistema administrativo; por lo cual se ha creado el presente procedimiento, con el que se pretende lograr que cualquiera de los hospitales de segundo nivel del país que desee implantar el enfoque de gestión estratégica en su administración, pueda tomar como referencia los procedimientos, metodologías y consideraciones planteadas en este documento.		
<b>XI. CARACTERÍSTICAS.</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Flexibilidad: ya que deberá ajustarse a las necesidades y recursos de cada institución.</li><li>• Sencillez: para que pueda ser comprendido fácilmente por los interesados.</li></ul>		
Fecha de Elaboración: Enero 2009	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:



**MANUAL PARA LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA ADMINISTRATIVO BAJO EL ENFOQUE DE GESTIÓN ESTRATÉGICA EN HOSPITALES NACIONALES DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

Nombre del procedimiento:	<b><u>APLICACIÓN DEL SISTEMA ADMINISTRATIVO BAJO EL ENFOQUE DE GESTIÓN ESTRATÉGICA A OTROS HOSPITALES</u></b>	Hoja <b>3</b> de <b>7</b>
---------------------------	---	---------------------------

**Responsable:** Comité de gestión estratégico del hospital. **Producto:** Procedimiento para aplicación del sistema administrativo a otros hospitales.

**XII. BASE LEGAL**

NTCI CC y MSPAS Art. 9: La máxima autoridad, los demás niveles gerenciales y de jefatura deben desarrollar y mantener un estilo de gestión que le permita administrar un nivel de riesgo, orientado a la medición del desempeño y que promueva una actitud positiva hacia mejores procesos de control.

**XIII. PROCEDIMIENTO**

RESPONSABLE	PASO	DESCRIPCIÓN
Dirección	1	Identificar problemas a nivel institucional, evaluar su impacto y la importancia de solucionarlos. Si los problemas pueden solucionarse por medio de pequeños estudios, se solucionan sin que se llegue a la cúpula hospitalaria. Si los problemas tienen una envergadura institucional se procede a llevarlo a la cúpula hospitalaria
	2	Realizar un diagnóstico de la situación actual de la institución tanto a nivel administrativo como de las áreas asistenciales. Este paso consiste en la identificación de las necesidades y de la realidad institucional en torno a la administración hospitalaria. Los pasos son los siguientes: a) Verificar si existe planeación anual operativa, planeación táctica y/o planeación estratégica; si existe, verificar si se cumple. b) Analizar si existe planificación de recursos humanos, monetarios, materiales, etc. para el año y/o para periodos estratégicos; si existen verificar si son confiables dichas planificaciones. c) Verificar si el organigrama cumple con las normativas legales. d) Cuantificar la eficiencia, costos, recursos y oportunidades de mejora de los procedimientos; por medio del análisis de procedimientos e) Analizar los manuales de organización, funciones y procedimientos, formatos, comunicaciones, etc.

Fecha de Elaboración: Enero 2009	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:



MANUAL PARA LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA ADMINISTRATIVO BAJO EL ENFOQUE DE GESTIÓN ESTRATÉGICA EN HOSPITALES NACIONALES DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Nombre del procedimiento:	<b><u>APLICACIÓN DEL SISTEMA ADMINISTRATIVO BAJO EL ENFOQUE DE GESTIÓN ESTRATÉGICA A OTROS HOSPITALES</u></b>	Hoja <b>4</b> de <b>7</b>
<b>Responsable:</b> Comité de gestión estratégico del hospital.	<b>Producto:</b> Procedimiento para aplicación del sistema administrativo a otros hospitales.	

RESPONSABLE	PASO	DESCRIPCIÓN
Dirección		f) Analizar el liderazgo, las relaciones interpersonales, la forma de la toma de decisiones, la forma de motivar, etc., por medio de encuestas al personal g) Analizar las formas de control, las frecuencias, las medidas correctivas y preventivas, etc. h) Conocer la opinión, quejas y sugerencias de los pacientes con respecto al servicio i) Conocer la opinión, quejas y sugerencias de los departamentos médicos y de apoyo médico con respecto a los servicios que les prestan los departamentos administrativos. j) Comparar el rendimiento institucional con respecto a otras instituciones de salud similares (benchmarking) k) Realizar un estudio del clima organizacional Para mayor información de la realización de estas tareas, referirse al capítulo II del diagnóstico realizado en este estudio.
	3	Comparar los resultados de los elementos investigados con los encontrados en la conceptualización del sistema administrativo de este estudio, a fin de realizar un diagnóstico institucional. (Ver anexo 1 del procedimiento).
	4	Si respondió no al 50% o más de los ítems del anexo, es imperativo implementar la propuesta de sistema administrativo bajo el enfoque de gestión estratégica. Si no respondió que si al 100%, se debe evaluar en base al diagnóstico y las características propias del nosocomio, la implementación del sistema administrativo o la implementación de otras propuestas de administración hospitalaria (gestión por procesos, sistema de gestión de la calidad, etc.) o inclusive la realización de pequeños proyectos de mejora.

Fecha de Elaboración: Enero 2009	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:



MANUAL PARA LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA ADMINISTRATIVO BAJO EL ENFOQUE DE GESTIÓN ESTRATÉGICA EN HOSPITALES NACIONALES DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Nombre del procedimiento:	<b>APLICACIÓN DEL SISTEMA ADMINISTRATIVO BAJO EL ENFOQUE DE GESTIÓN ESTRATÉGICA A OTROS HOSPITALES</b>	Hoja <b>5</b> de <b>7</b>
<b>Responsable:</b> Comité de gestión estratégico del hospital.		<b>Producto:</b> Procedimiento para aplicación del sistema administrativo a otros hospitales.

RESPONSABLE	PASO	DESCRIPCIÓN
Miembros del equipo de trabajo	5	Si se implementase el sistema administrativo se recomienda leer el marco teórico de este estudio y conformar un equipo multidisciplinario y representativo de las diferentes unidades que conforman el hospital. (Ver procedimiento para la conformación del equipo de trabajo en el capítulo I, apartado 1.1 del diseño del estudio)
	6	Diseñar un proyecto institucional de sistema administrativo a implementar en la institución.
	7	Diseñar un plan de implantación del sistema administrativo o de las partes del sistema administrativo necesarias.
	8	Determinar el costo de implementar es sistema administrativo y proyectar los beneficios con el estudio.
	9	Comunicar proyecto a instancias superiores (regional de salud) y al personal del hospital e incluso pacientes; todo ello con el propósito de lograr ayuda y comprensión de todos los sectores involucrados en el proyecto
	10	Recibir capacitación para la elaboración de la planeación estratégica (si se puede, se debe recibir formación en Cuadro de Mando Integral).
	11	Elaborar la formulación estratégica (misión, visión, valores, objetivos institucionales, estrategias, etc.) según las características del nosocomio o modifican las que se tengan a partir de las necesidades identificadas en el diagnostico con respecto al modelo ideal. (Ver procedimiento en el capítulo I, apartado 2 del diseño del estudio)

Fecha de Elaboración: Enero 2009	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:





MANUAL PARA LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA ADMINISTRATIVO BAJO EL ENFOQUE DE GESTIÓN ESTRATÉGICA EN HOSPITALES NACIONALES DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Nombre del procedimiento:	<b>APLICACIÓN DEL SISTEMA ADMINISTRATIVO BAJO EL ENFOQUE DE GESTIÓN ESTRATÉGICA A OTROS HOSPITALES</b>	Hoja <b>6</b> de <b>7</b>
<b>Responsable:</b> Comité de gestión estratégico del hospital.		<b>Producto:</b> Procedimiento para aplicación del sistema administrativo a otros hospitales.

RESPONSABLE	PASO	DESCRIPCIÓN
Miembros del equipo de trabajo	12	Elaboran el plan estratégico institucional y estandarizar los planes anuales que se tengan, posteriormente los comunican. (Ver procedimiento en el capítulo I, apartado 3 y 5 del diseño del estudio)  En general, se deben establecer estrategias en torno a los clientes, financieros, procesos y estructura institucional
	13	Elaboran el plan táctico institucional y lo comunican. (Ver procedimiento en el capítulo I, apartado 4 del diseño del estudio)
Jefes de departamento o sección.	14	Elaboran plan anual departamental. (Ver procedimiento en el capítulo I, apartado 6 del diseño del estudio)
Miembros del equipo de trabajo	15	Reciben capacitación (si esta no ha sido recibida) y elaboran el Cuadro de Mando Integral conforme al Plan Estratégico diseñado. (Ver procedimiento en el capítulo IV, apartado 1 del diseño del estudio)
	12	Implantan acciones en torno a la organización, dirección y control del sistema administrativo.
Jefes de departamento o sección.	16	Desarrollan las actividades estratégicas obtenidas en el plan estratégico institucional
Miembros del equipo de trabajo	17	Comunican logros a la población y a autoridades superiores de salud.
	18	Realizan nuevos proyectos de mejora institucional, ya sea mantener el sistema administrativo funcionando o buscando nuevos desafíos en la administración hospitalaria.

Fecha de Elaboración: Enero 2009	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:



**MANUAL PARA LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA ADMINISTRATIVO BAJO EL ENFOQUE DE GESTIÓN ESTRATÉGICA EN HOSPITALES NACIONALES DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

Nombre del procedimiento:	<b>APLICACIÓN DEL SISTEMA ADMINISTRATIVO BAJO EL ENFOQUE DE GESTIÓN ESTRATÉGICA A OTROS HOSPITALES</b>	Hoja <b>7</b> de <b>7</b>
<b>Responsable:</b> Comité de gestión estratégico del hospital.	<b>Producto:</b> Procedimiento para aplicación del sistema administrativo a otros hospitales.	

**I. ANEXOS**  
ELEMENTOS A VERIFICAR PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ADMINISTRACIÓN

PLANIFICACIÓN			
Componentes	Si	No	En proceso
Misión (Institucionalizada y divulgada).			
Visión (Institucionalizada y divulgada).			
Objetivos (establecidos y divulgados)			
Metas			
Estrategias			
Políticas			
Presupuestos			
Plan estratégico			
Plan táctico			
Plan operativo			
ORGANIZACIÓN			
Componentes	Si	No	En proceso
Funciones bien definidas			
Definición de Puestos			
Estructura organizativa institucionalizada			
Seguimiento de normativas y leyes			
Documentación de procesos y procedimientos institucionales claves			
Comunicación oportuna			

Fecha de Elaboración: Enero 2009	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:



MANUAL PARA LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA ADMINISTRATIVO BAJO EL ENFOQUE DE GESTIÓN ESTRATÉGICA EN HOSPITALES NACIONALES DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Nombre del procedimiento:	<b>APLICACIÓN DEL SISTEMA ADMINISTRATIVO BAJO EL ENFOQUE DE GESTIÓN ESTRATÉGICA A OTROS HOSPITALES</b>	Hoja <b>7</b> de <b>7</b>
<b>Responsable:</b> Comité de gestión estratégico del hospital.	<b>Producto:</b> Procedimiento para aplicación del sistema administrativo a otros hospitales.	

**I. ANEXOS**  
ELEMENTOS A VERIFICAR PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ADMINISTRACIÓN

DIRECCIÓN			
Componentes	Si	No	En proceso
Trabajo en equipo			
Descentralización			
Participación de los empleados			
Reconocimiento a la autoridad			
Autoridad en las dependencias			
Mecanismos para la toma de decisiones			
CONTROL			
Componentes	Si	No	En proceso
Indicadores estratégicos			
Estándares de calidad			
Estándares de tiempo			
Estándares de costos			
Evaluación del desempeño			
Medición de satisfacción de los usuarios			

Fecha de Elaboración: Enero 2009	Fecha de Revisión:	Fecha de Aprobación:
Elaborado por: DB01005, PL02001, TG03001	Revisado por:	Aprobado por:

### **ANEXO III-2: Tasa de inflación del proyecto**

Para efectos de pronóstico de costos en el proyecto así como para realizar evaluaciones de tipo económico, se necesita obtener una proyección de la tasa de inflación que ha mostrado el país y que sirva para inferir el comportamiento de los precios de diversos insumos a través del periodo de duración del Sistema Administrativo.

Las proyecciones<sup>199</sup>, se suelen basar en lo que ha ocurrido en el pasado; la técnica más importante para hacer inferencias sobre el futuro con base en lo ocurrido en el pasado, es el **análisis de series de tiempo**. Se llama *Serie de Tiempo* a un conjunto de mediciones de cierto fenómeno o experimento registradas secuencialmente en el tiempo, para el caso, se necesita proyectar el comportamiento de la tasa de inflación del país.

Los pasos a seguir para la proyección de datos son los siguientes:

1. Conseguir los datos de la inflación (mensual) de los últimos 5 años en el BCR
  2. Analizar estadísticamente los datos, obteniendo una ecuación de la tendencia de los datos
  3. Proyectar datos en base a la ecuación de tendencia obtenida.
- 
1. Para proyectar la tasa de inflación del país se han analizado los valores mostrados mensualmente a partir los últimos 5 años en el país (2004-2008). Las razones por las cuales se tomo dicho periodo de tiempo son:
    - Todas las tasas se comportan de manera similar
    - Cubre un periodo de tiempo igual al de la duración de la propuesta (5 años)
    - Abarca un periodo con un cambio presidencial, similar al que se vivirá cuando se implemente la propuesta
    - El valor promedio (5.01) tiene una tendencia similar al obtenido en dic. de 08 (5.5)

A continuación se presentan los datos de la inflación periodo 2004-2008:

Año	2004	2005	2006	2007	2008	
Enero	2.4	5.7	3.3	5.6	4.7	
Febrero	2.6	5.3	3.8	4.8	5.8	
Marzo	3	4.8	4	5.1	6	
Abril	3.9	4.4	4.2	4.4	6.8	
Mayo	4.8	4.4	3.6	3.9	8.4	
Junio	4.6	4.3	4.4	3.7	9	
Julio	5.3	4.1	5.6	3.2	9.6	
Agosto	5.2	4.2	4.7	3.6	9.9	
Septiembre	5.4	4.4	4.2	4.3	8.7	
Octubre	5.5	5.9	1.9	5.4	7.4	
Noviembre	5.4	4.6	3.9	6.2	5.3	
Diciembre	5.4	4.3	4.9	4.9	5.5	<b>Promedio quinquenal</b>
Promedio anual	4.46	4.70	4.04	4.59	7.26	<b>5.01</b>

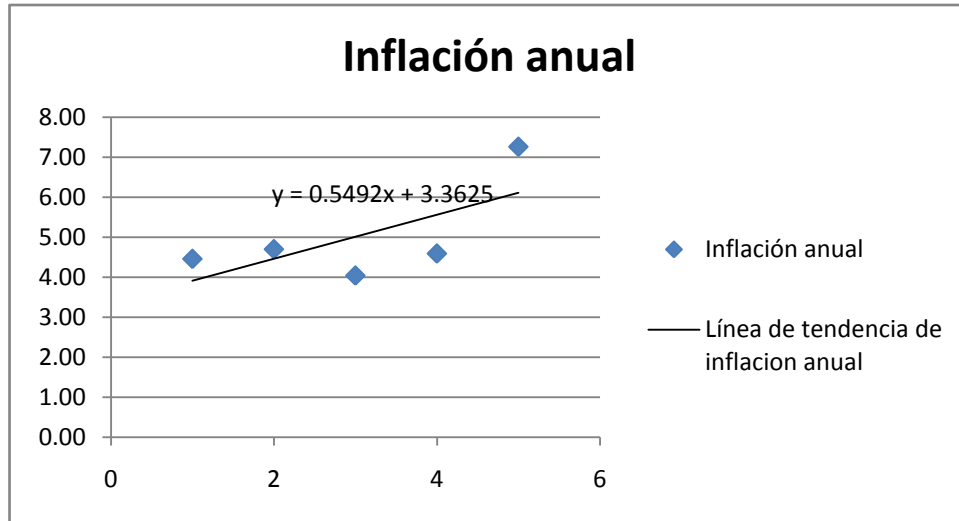
Fuente: INFLACIÓN: ÍNDICE DE PRECIOS AL CONSUMIDOR<sup>200</sup>, BCR

<sup>199</sup> Fuente: Lic. Mayuly Ferrufino. Representante de Cámara de Comercio Americana de El Salvador

<sup>200</sup> Estadísticas de inflación anual de precios del BCR. Relación del mes en estudio con respecto al mismo mes del año anterior (punto a punto)

2. El primer paso en el análisis de series de tiempo, consiste en graficar la serie. Esto permite detectar las componentes esenciales de la serie.

Gráfica de inflación periodo 2004-2008



Fuente: Elaboración propia

El gráfico muestra que la tendencia predominante anualmente es de tipo comportamiento lineal o secular influenciados por una variación irregular (de acuerdo a lo observado en los puntos alejados de la tendencia central en los datos mensuales). Esta variación irregular es una variabilidad aleatoria en una serie de tiempo ocasionada por factores imprevistos y no ocurientes en unos puntos del grafico. Al analizar una serie de tiempo es necesario, entonces, tener en consideración el comportamiento de cada uno de estos componentes. Para ello el criterio más lógico a seguir es eliminar los datos que no se encuentran dentro de un rango de  $\pm\sigma$  (desviación estándar) a partir de la media aritmética, considerando que son estas mediciones las que serian razonables encontrar en un modelo matemático correcto.

La tabla de datos queda de la siguiente manera al eliminar los datos que no corresponden al rango especificado:

Año	2004	2005	2006	2007	2008
Enero		5.7		5.6	4.7
Febrero		5.3	3.8	4.8	5.8
Marzo		4.8	4	5.1	6
Abril	3.9	4.4	4.2	4.4	
Mayo	4.8	4.4	3.6	3.9	
Junio	4.6	4.3	4.4	3.7	
Julio	5.3	4.1	5.6	3.2	
Agosto	5.2	4.2	4.7	3.6	
Septiembre	5.4	4.4	4.2	4.3	
Octubre	5.5	5.9		5.4	

Noviembre	5.4	4.6	3.9	6.2	5.3
Diciembre	5.4	4.3	4.9	4.9	5.5
Promedio anual	5.06	4.70	4.33	4.59	5.46

Fuente: Elaboración propia

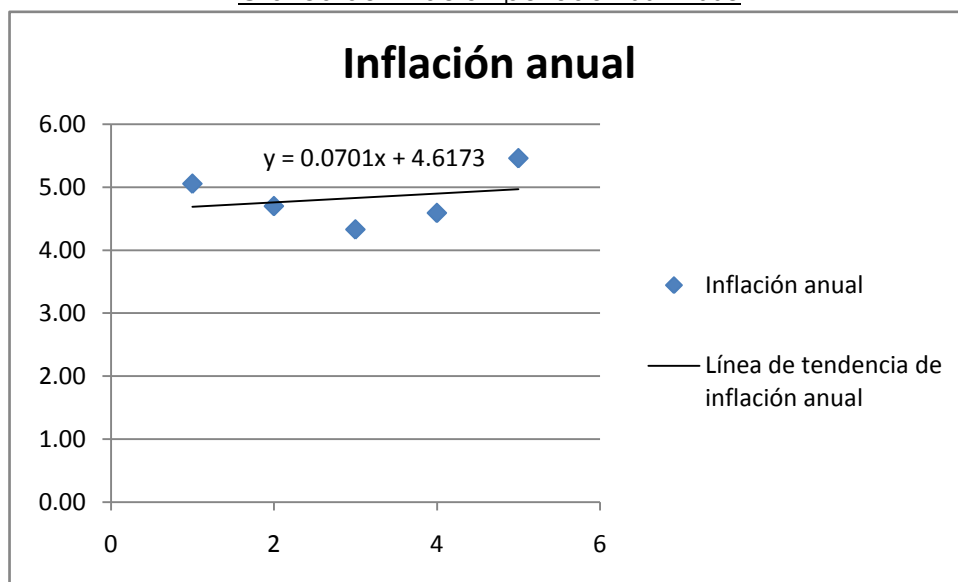
Estos datos fueron eliminados por fenómenos tales como:

- Principio del alza del precio del petróleo desde 2003 (para encontrar una similar hay que remontarse hasta 1973 y 1979 con las crisis del petróleo o más recientemente pero sin la misma escala la invasión de Iraq en 2003).
- La crisis económica mundial 2008 debido al colapso de la burbuja inmobiliaria en USA (para encontrar una similar hay que remontarse hasta 1929 con la gran depresión).

Todos estos son fenómenos económicos no cíclicos o predecibles, y que su efecto se hizo notable en nuestro país en determinados meses, alterando la tendencia normal de la inflación.

De la misma forma, se procede a graficar los datos obtenidos para determinar la ecuación de la tendencia que sirva para proyectar la tasa de inflación en condiciones normales. La grafica queda de la siguiente manera:

Gráfica de inflación periodo 2004-2008



Fuente: Elaboración propia

Siendo la fórmula para el cálculo de la tendencia es la siguiente:

$$Tasa\ de\ inflación(t) = tendencia\ de\ inflación * t + b$$

Siendo la ecuación resultante para proyectar la tasa de inflación la siguiente<sup>201</sup>:

$$Tasa\ de\ inflación(t) = 0.0701 * t + 4.6173$$

Por lo que las proyecciones de inflación para los próximos 5 años y que se utilizaran a través del costeo y evaluación del proyecto, quedan de la siguiente manera:

Año	Tasa de inflación
2009	5.04
2010	5.11
2011	5.18
2012	5.25
2013	5.32

Fuente: elaboración propia

---

<sup>201</sup> Se utiliza la estimación de mínimos cuadrados para obtener resultados más aproximados a la realidad de los datos.

**ANEXO III-3: DETALLE DE COSTOS DE ESTUDIOS PREVIOS**

<b>ESTUDIO DE DIAGNÓSTICO</b>			
<b>RUBRO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>COSTOS/UNIDAD</b>	<b>COSTO TOTAL</b>
Resmas de papel	5	4,50	22,50
Tinta negra	8	18,00	144,00
Tinta colores	5	22,00	110,00
Fotocopias	300	0,02	6,00
Plan de Internet y teléfono	1	20,00	20,00
Gastos de electricidad	-	-	10,00
Transporte	-	-	15,00
Servicio de consultoría	3	400,00	1200,00
		<b>TOTAL</b>	<b>1527,50</b>

<b>DISEÑO DE LA PROPUESTA</b>			
<b>RUBRO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>COSTOS</b>	<b>COSTO TOTAL</b>
Resmas de papel	5	4,50	22,50
Tinta negra	8	18,00	144,00
Tinta colores	2	22,00	44,00
Plan de Internet y teléfono	1	20,00	20,00
Gastos de electricidad	-	-	10,00
Transporte	-	-	15,00
Servicio de consultoria	3	600,00	1800,00
		<b>TOTAL</b>	<b>2055,50</b>



## ANEXO III-4: PLANILLA DE SALARIOS HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA

### UP: 01 Dirección y Administración Institucional

LT: 01 Dirección Superior y Administración

Código : 2008-3212-3-01-01-21-1

Partida	Detalle de Plazas	No. de Plazas	Sueldo Mensual Básico	Sueldo Máximo con Escalafón
1	Director Médico Hospital Regional y Departamental .....	1	1,211.43	2,628.80
2	Jefe División Administrativa (Hospital Regional y Departamental) .....	1	774.86	1,681.45
3	Colaborador Técnico I .....	1	655.43	1,422.28
4	Jefe Departamento Servicios Generales (Hospital Regional y Departamental) .....	1	584.00	1,267.28
5	Jefe Departamento de Recursos Humanos (Hospital Regional y Departamental) .....	1	584.00	1,267.28
6	Jefe de Departamento Financiero Contable (Hospital Regional y Departamental) .....	1	584.00	1,267.28
7	Técnico en Mantenimiento III .....	1	417.72	906.45
8	Guardalmacén I (con fianza, Centros y Hospitales) .....	1	412.00	894.04
9	Jefe Sección Auxiliares de Servicio (Hospital) .....	1	412.00	894.04
10	Secretaria III .....	1	405.72	880.41
11	Contador de Hospitales .....	1	399.43	866.76
12	Auxiliar Administrativo II .....	1	399.43	866.76
13	Auxiliar de Pagaduría .....	1	369.72	802.29
14	Secretaria II .....	2	340.58	739.06
15	Auxiliar de Almacén II .....	1	310.29	673.33
16	Obrero de Mantenimiento II .....	5	305.15	662.18
17	Motorista II .....	4	292.58	634.90
18	Portero Vigilante .....	3	286.29	621.25
19	Telefonista-Commutador .....	4	286.29	621.25
20	Impresor .....	2	274.86	596.45
21	Ordenanza .....	1	269.15	584.06
22	Auxiliar de Servicio .....	1	256.58	556.78

### UP: 02 Servicios Integrales en Salud

LT: 01 Atención Ambulatoria

Código : 2008-3212-3-02-01-21-1

1	Médico Residente I (Becario) .....	10	969.15	2,103.06
2	Odontólogo (8 horas diarias) .....	1	969.15	2,103.06
3	Enfermera Subjefe Departamento de Enfermería (Hospital) .....	1	657.15	1,426.02
4	Médico Especialista I (4 horas diarias) .....	1	605.72	1,314.41
5	Médico Especialista II (4 horas diarias) .....	2	605.72	1,314.41
6	Enfermera Supervisora Hospitalaria .....	1	597.72	1,297.05
7	Profesional en Laboratorio Clínico (Segundo Nivel) .....	2	570.00	1,236.90
8	Enfermera Jefe de Unidad Hospitalaria .....	3	532.00	1,154.44
9	Enfermera Hospitalaria .....	2	502.29	1,089.97
10	Jefe Sección de Estadística y Documentos Médicos (Hospital) .....	1	465.72	1,010.61
11	Jefe de Farmacia .....	1	465.72	1,010.61
12	Jefe de Trabajo Social .....	1	436.00	946.12
13	Laboratorista .....	4	430.00	933.10
14	Auxiliar de Enfermería Hospitalaria .....	13	425.15	922.58
15	Practicante Interno .....	10	414.24	414.24

<u>Partida</u>	<u>Detalle de Plazas</u>	<u>No. de Plazas</u>	<u>Sueldo Mensual Básico</u>	<u>Sueldo Máximo con Escalafón</u>
16	Jefe de Radiología .....	1	412.00	894.04
17	Jefe del Servicio de Fisioterapia .....	1	412.00	894.04
18	Fisioterapeuta .....	1	399.43	866.76
19	Radiotecnólogo .....	1	399.43	866.76
20	Técnico en Anestesia .....	2	399.43	866.76
21	Técnico en Radiología .....	3	399.43	866.76
22	Técnico en Farmacia .....	4	310.29	673.33
23	Auxiliar de Estadística (Hospital) .....	5	305.15	662.18
24	Médico Especialista I (2 horas diarias) .....	2	302.86	657.21
25	Médico Especialista II (2 horas diarias) .....	2	302.86	657.21
26	Ayudante de Enfermería .....	4	298.29	647.29
27	Asistente Dental .....	1	286.29	621.25
28	Lavandera y Planchadora (Hospital) .....	1	256.58	556.78
29	Auxiliar de Servicio .....	8	256.58	556.78
30	Médico Consulta General (2 horas diarias) .....	1	242.29	525.77
31	Médico de Consulta General (2 horas diarias) .....	3	242.29	525.77

## LT: 02 Atención Hospitalaria

Código : 2008-3212-3-02-02-21-1

32	Jefe de Residentes .....	1	1,211.43	2,628.80
33	Médico Especialista II .....	1	1,211.43	2,628.80
34	Médico Residente II (Becario) .....	5	969.15	2,103.06
35	Enfermera Jefe Departamento de Enfermería (Hospital Regional y Departamental) .....	1	669.15	1,452.06
36	Jefe de Laboratorio Clínico (Segundo Nivel) .....	1	630.00	1,367.10
37	Médico Especialista II (4 horas diarias) .....	1	605.72	1,314.41
38	Enfermera Supervisora Hospitalaria .....	3	597.72	1,297.05
39	Profesional en Laboratorio Clínico (Segundo Nivel) .....	2	570.00	1,236.90
40	Enfermera Jefe de Unidad Hospitalaria .....	7	532.00	1,154.44
41	Enfermera Hospitalaria .....	17	502.29	1,089.97
42	Laboratorista .....	2	430.00	933.10
43	Auxiliar de Enfermería Hospitalaria .....	42	425.15	922.58
44	Subjefe de Farmacia .....	1	423.43	918.84
45	Practicante Interno .....	20	414.24	414.24
46	Jefe de Cocina .....	1	412.00	894.04
47	Subjefe Sección de Estadística y Documentos Médicos (Hospital) .....	1	412.00	894.04
48	Tecnólogo en Anestesia .....	1	399.43	866.76
49	Técnico en Anestesia .....	3	399.43	866.76
50	Técnico en Arsenal y Central de Esterilización .....	2	399.43	866.76
51	Técnico en Radiología .....	1	399.43	866.76
52	Secretaria II .....	1	340.58	739.06
53	Auxiliar de Estadística (Hospital) .....	1	305.15	662.18
54	Médico Especialista I (2 horas diarias) .....	1	302.86	657.21
55	Médico Especialista II (2 horas diarias) .....	3	302.86	657.21
56	Médico Jefe de Servicio (2 horas diarias) .....	5	302.86	657.21
57	Ayudante de Enfermería .....	17	298.29	647.29
58	Ayudante de Laboratorio .....	1	298.29	647.29
59	Secretaria I .....	4	298.29	647.29
60	Auxiliar de Farmacia .....	1	294.29	638.61
61	Encargado de Despensa .....	2	286.29	621.25
62	Costurera (Hospital) .....	4	269.15	584.06
63	Auxiliar de Servicio .....	16	256.58	556.78
64	Cocinero .....	8	256.58	556.78
65	Lavandera y Planchadora (Hospital) .....	6	256.58	556.78
66	Médico de Consulta General (2 horas diarias) .....	3	242.29	525.77
67	Capellán (tiempo parcial) .....	1	161.15	349.70

## **ANEXO III-5: COSTOS SUPRIMIDOS EN EL ANÁLISIS INCREMENTAL**

### **1. COSTOS HORAS-HOMBRE**

Los costos de horas-hombre asignados a actividades como capacitaciones, talleres, proyectos y actividades propias de las estrategias del Sistema Administrativo; han sido suprimidos por completo de los costos incrementales, debido a que se prevé que estas actividades sean cubiertas en su totalidad en horas laborales (lunes a viernes de 7:30 a 3:30 a.m.), por lo que se trata de un costo fijo (salarios) de la institución y no representará un desembolso propio del proyecto. A continuación se detallan algunas justificaciones que respaldan esta decisión:

#### Horas- hombre Capacitaciones:

Existen un total de 9 capacitaciones y talleres necesarios para implementar el Sistema Administrativo (1 de las cuales es para el año 2). Se recomienda todas estas capacitaciones sean tomadas en cuenta en el plan anual de capacitaciones del departamento de RRHH.

El departamento de RRHH planifica un promedio de 15 capacitaciones por año, tanto internas como externas, para el personal administrativo y jefes de departamentos médicos (las capacitaciones para el personal de enfermería no son gestionadas por parte del departamento de RRHH), las cuales son necesarias como parte del desarrollo institucional que se lleva a cabo. Según datos del SIG, para el año 2007, se realizaron 13 capacitaciones<sup>202</sup>. Es decir, que se pueden incluir dichas capacitaciones dentro del plan, por lo cual no se incurriría en costos incrementales al estar estipulados de esta forma.

#### Costos para proyectos y actividades relacionadas a las estrategias del Sistema Administrativo:

Para el caso de estos costos, se debe determinar la holgura que tiene el personal dentro de su horario normal de trabajo para llevar a cabo dichas actividades. Por lo tanto se realizara un estudio de muestreo de trabajo, el cual debe determinar el grado de ocupación del personal y la factibilidad que lleven a cabo otras actividades que no tienen en la actualidad.

Se finalizará sumando los tiempos que se utilizaran en la realización de los proyectos y actividades estratégicas, se dividirá entre el número de personas que las llevan a cabo y se verá la proporción que representan

---

<sup>202</sup> No se cuenta con datos para 2008, debido a que este se tiene en el primer trimestre del año.

## **Muestreo de trabajo**

El muestreo de trabajo es una técnica que se utiliza para investigar las proporciones del tiempo total dedicada a las diversas actividades que componen una tarea, actividades o trabajo. Los resultados del muestreo sirven para determinar tolerancias o márgenes aplicables al trabajo, para evaluar la necesidad de aumentar los recursos con los que se realizan las tareas.

Para el presente caso, se evaluará el nivel de ocupación que tiene el personal de la muestra para llevar a cabo sus actividades diarias, que determinará la capacidad que tendrían los mismos para desarrollar las actividades del Sistema Administrativo dentro del horario regular de trabajo.

*Ventajas del método de muestreo sobre toma de tiempos:*

- No requiere observación continua por parte de un analista durante un período de tiempo largo.
- El tiempo de trabajo de oficina disminuye.
- El total de horas-trabajo a desarrollar por el analista es generalmente mucho menor.
- Para puestos administrativos no es posible clasificar sus actividades cotidianas ni asignarles tiempos tipo.
- El estudio puede interrumpirse en cualquier momento sin que ello afecte los resultados.
- Como la observación es instantánea, es poco probable que el empleado modifique su patrón de trabajo cuando sabe que está siendo observado.
- No se necesita ningún equipo para medir tiempos.

## **Tipo de Muestra: estratificada**

De acuerdo con este método, la población (personal del HNST) se divide en estratos basados en características consideradas relevantes para el sujeto bajo estudio. El estrato específico hacia el cual se dirigirá el estudio son los jefes de departamentos de la división administrativa, el director del hospital y la jefe de residentes; ya que son estos los que participan tanto en las actividades de planeación, organización, dirección, y control en mayor proporción que el resto del comité estratégico e incluso que el resto de personal y son los encargados de ejecutar y monitorear el 100% de los objetivos estratégicos propuestos por el Sistema Administrativo.

El muestreo de trabajo fue realizado durante los días 26 (estudio preliminar) y 28 (estudio final) de Enero de 2009, a las siguientes personas:

- Director institucional
- Jefe RRHH
- Jefe UFI
- Jefe de Residentes
- Jefe UACI
- Jefe Mtto

Siendo las actividades a evaluar las siguientes:

## **Identificación y descripción de los elementos**

### Actividades Productivas

- Actividades administrativas

Cuando el empleado se encuentre realizando actividades propias de su función como leer, escribir, revisar papeles, trabajar en la computadora, otras actividades de oficina.

- Atención al cliente

Atendiendo a clientes internos o externos con respecto a temas relacionados a las actividades del hospital.

- Dando indicaciones

El jefe se encuentra dando indicaciones de cómo resolver un problema a sus subordinados o dando recomendaciones de cómo realizar una tarea.

### Actividades no Productivas

- Platicando

Cuando el empleado este hablando con otro y se detenga en su tarea, y sea una distracción para el otro.

- Tomar agua

Tomar la botella con agua; para mermar el cansancio, además de levantarse de su puesto y llenar su botella con agua.

- Ir al Servicio

Cuando la persona no se encuentra en su puesto de trabajo; por satisfacer necesidades personales.

- Comiendo

Cuando la persona se encuentre tomando algún alimento en el momento en que trabaja.

- Ausencia

No se encuentra en su puesto de trabajo, por diferentes motivos ajenos a su trabajo.

- Otros

Se considera inactividad cuando estén con cualquier tipo de actividad como: jugando en la computadora, navegando en internet, viendo correos electrónicos no relacionados al trabajo, hablando por teléfono, esté cambiando la radio, leyendo el periódico, etc.

### Nivel de confianza

En el estudio aplicado al HNST se utilizará un nivel de confianza  $k = 1$ , debido a que éste es un nivel aceptable para fines prácticos del estudio y representa la probabilidad de  $\sigma=95.45$ ; es decir que la probabilidad de validez para cualquier observación que se realice será de 95.45% y la probabilidad de las observaciones no aceptadas de 4.55%, entonces el nivel de observaciones validas será el área comprendida entre  $\pm \sigma$ .

### Error

El riesgo que se correrá de que la muestra elegida no sea representativa en este estudio será del 5% debido a las circunstancias prácticas del estudio y que es un nivel máximo aceptable, ello significa que existe un 95.45% de probabilidades de que el conjunto muestral represente adecuadamente al universo del cual ha sido extraído.

### P Preliminar

Para el P preliminar cada analista realizó sus observaciones enfocándose en las 6 personas, para luego hacer el estudio más preciso sobre todas las personas.

Tabla de observaciones preliminar						
Observación	Director	Residentes	UFI	UACI	RRHH	MTTO
1	0	0	0	1	1	0
2	1	1	1	0	0	1
3	0	0	1	0	1	1
4	1	0	1	1	0	0
5	1	0	0	1	1	1
6	1	1	1	0	1	1
7	1	1	1	0	0	0
8	0	1	1	1	1	1
9	1	1	0	1	1	1
10	1	1	1	0	0	0
11	1	1	0	1	1	0
12	0	1	1	1	1	1
13	1	0	1	0	1	1
14	0	1	0	1	0	0
15	1	0	1	0	1	1
16	1	1	1	1	1	1
17	1	1	1	1	0	0
18	1	1	0	0	1	0
19	0	1	0	1	1	1
20	1	0	0	0	0	0
ACTIVO	14	13	12	11	13	11
INACTIVO	6	7	8	9	7	9

Fuente: elaboración propia

Se obtiene la probabilidad preliminar de encontrar al empleado en actividades productivas de la siguiente manera:

$$Pp = \frac{\Sigma \text{ activos}}{\Sigma \text{ inactivos}}$$

$$Pp = \frac{82}{120} = 0.683$$

### Tamaño de la muestra

En base a los datos preliminares de P, se determinará el número total de observaciones a realizar con la siguiente fórmula:

$$N = \frac{k^2}{e^2} * \frac{(1-p)}{p}$$

Siendo:

K= nivel de confianza

E= % de error

P= probabilidad de éxito, de encontrar a la persona activa

Teniendo como resultado:

$$N = \frac{(2)^2}{(0.05)^2} * \frac{(1-0.683)}{0.683} = 370.7 \text{ observaciones} = 371$$

Por lo que, al contar con 120 observaciones, solo se necesitará realizar 251 observaciones más, durante un periodo a determinar con la siguiente ecuación:

$$n = \frac{\text{minutos en el hospital}}{2 * \text{tiempo de recorrido al puesto de observación}}$$

Existen en total 3 puntos de observación, uno para la dirección, RRHH y UACI que se encuentran en el mismo local, otro para la UFI y el último para el Jefe de Residentes. El tiempo promedio de traslado hacia los locales desde la cafetería del personal (donde se establecerá el grupo de tesis) es de 45 seg es decir, 0.75 min.

Por lo tanto se tendrán que realizar:

$$n = \frac{420}{2 * 0.75} = 280 \text{ observaciones por día}$$

Teniendo que realizar el estudio en:

$$\text{días} = \frac{\text{total de observaciones}}{\text{observaciones por día}} = \frac{251}{280} = 0.89 \text{ días} \cong 1 \text{ día de observaciones}$$

Por lo tanto se realizarán 21 observaciones en la mañana y 21 en la tarde en cada una de las personas en observación. El muestreo se realizará de forma aleatoria.

A continuación se presentan los resultados finales:

Tabla de observaciones final						
Observación	Director	Residentes	UFI	UACI	RRHH	MTTO
ACTIVO	52	49	47	49	50	44
INACTIVO	8	11	13	11	10	16

Fuente: elaboración propia

Se obtiene la probabilidad final de encontrar al empleado en actividades productivas de la siguiente manera:

$$P = \frac{\Sigma \text{activos}}{\Sigma \text{inactivos}}$$

$$P = \frac{291}{372} = 0.782$$

Para medir la exactitud del resultado y validar el mismo, se procede a introducir los datos en la fórmula de error muestral, si este es similar al ocupado en la prueba, se considera que los resultados son confiables para el estudio.

$$e = \frac{k}{p} * \sqrt{\frac{p(1-p)}{n}}$$

$$e = \frac{1}{0.782} * \sqrt{\frac{0.782(1-0.782)}{372}} = 2.5567 * \sqrt{0.00046} = 2.5567 * 0.0213$$

$$e = 0.054$$

El error admisible para el estudio fue de 5% y como se puede comprobar el resultado es de 5.4% demostrando que los datos obtenidos a través del muestreo nos dan una prueba confiable de los resultados del estudio.

Es decir, que los principales jefes del área administrativa tienen una disponibilidad de tiempo aproximada de  $1-0.782=0.218$  o de 21.8% del tiempo en el día, lo suficiente para poder llevar a cabo las diversas actividades del sistema administrativo de la propuesta.

Con los datos de holgura, se pueden comparar los requerimientos de tiempo de la propuesta y determinar si se necesitará recurrir a horas extra o contratación de nuevo personal para llevar a cabo dichas actividades.

A continuación se desglosan algunas actividades que ya se llevan a cabo, pero en las cuales se genera cambios para mejorarlas:

- Elaboración de planes: los planes por departamento e institucional se realizan en la actualidad, pero se realizan cambios con respecto al formato y la información a considerar en ellos. Este tiempo se considera similar al de la propuesta, por lo está cubierto (en total son 98 horas entre 16 personas anualmente).
- Personal encargado de atención al usuario: la persona encargada del puesto de atención del usuario



Se continúa con los requerimientos que deberán ser cubiertos con la holgura mostrada por el personal:

En total para el primer año los requerimientos de tiempo para proyectos menores y actividades propias del Sistema administrativo son de 730 hrs, llevadas a cabo por 15 empleados. Estas 730 hrs son muy inferiores a las 5040 hrs de holgura (21.8% según el muestreo del trabajo administrativo) que tendrían todos estos empleados en promedio al año, por lo que se puede asumir que los costos de horas hombre pueden ser solventados con el personal actual de la institución.

Existen 532 horas hombre más, pero que forman parte de las actividades estratégicas en forma de capacitaciones para los 265 empleados de las divisiones médicas y de apoyo médico, lo cual constituye un porcentaje despreciable de su tiempo al año (2 hrs al año)

## **2. COSTOS ESTUDIOS PREVIOS**

Los costos por estudios previos fueron suprimidos por completo de los costos incrementales, debido a que estos son cubiertos en su totalidad por parte del grupo de tesis como parte de la proyección social que tiene la Universidad de El Salvador en sus trabajos de graduación.

Por lo tanto, la institución no corrió con ningún costo asignable a estudios previos, por lo que se descarta como un costo incremental para el proyecto.

**ANEXO III-6: FORMATO DE REGISTRO DE EMPRESA (INSAFORP)**

NOMBRE DE LA EMPRESA:   SIGLAS   
(Razón Social)

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA:   
 MUNICIPIO  DEPARTAMENTO

TELEFONO  -  -  FAX:  -  -

NUMERO PATRONAL:  TIENE MAS DE UN NUMERO PATRONAL? SI  NO

N.I.T. DE LA EMPRESA:  -  -  -

APORTACIÓN MENSUAL AL INSAFORP:  SECTOR PRODUCTIVO AL QUE PERTENECE:   
(Según último recibo de ISSS) \$

ACTIVIDAD ECONOMICA (De acuerdo a clasificación ISSS)

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA:

1° APELLIDO 2° APELLIDO NOMBRE(S)

NÚMERO DE TRABAJADORES EN LA EMPRESA:			
GERENTES:	<input type="text"/>	MANDOS MEDIOS:	<input type="text"/>
TECNICOS	<input type="text"/>	ADMINISTRATIVOS	<input type="text"/>
OPERATIVOS	<input type="text"/>		
Masculinos	<input type="text"/>	Femeninos	<input type="text"/>
		TOTAL	<input type="text"/>

TAMAÑO DE LA EMPRESA SEGUN EL NUMERO DE TRABAJADORES   
(Clasificación: Micro 1-9; Pequeña 10-50; Mediana 51-99; Grande 100 en adelante)

NOMBRE DEL ENCARGADO DE CAPACITACIONES AUTORIZADO POR GERENTE GENERAL, ANTE EL INSAFORP.

1° APELLIDO 2° APELLIDO NOMBRE(S) TITULO

CARGO:

e-m@il:

FIRMA DEL ENCARGADO CAPACITACION

SELLO

## ANEXO III-7: FORMATO PARA CURSOS CERRADOS (INSAFORP)



### SOLICITUD DE APOYO PARA CAPACITACION

#### CURSOS CERRADOS

#### I. DATOS GENERALES

FECHA DE ELABORACION

--	--	--

NOMBRE DE LA EMPRESA (Razón Social)

SIGLAS

--	--

N.I.T. DE LA EMPRESA

--	--	--	--

TELÉFONO

FAX

e - mail

--	--	--

ACTIVIDAD ECONÓMICA ( De acuerdo a clasificación ISSS)

--

TAMAÑO DE EMPRESA ( De acuerdo al número de trabajadores)

Micro (9 ó menos)

Mediana (50 a 99)

Pequeña (10 a 49)

Grande (100 ó más)

Monto aportación mensual al INSAFORP

\$	
----	--

(Anexar fotocopia del comprobante de pago al ISSS donde se refleja la cotización al INSAFORP del mes recién pasado)

Nombre del Responsable de la Capacitación dentro de la empresa:

1er apellido	2do. Apellido	Nombres

#### II. SOBRE LA CAPACITACION SOLICITADA

NOMBRE DE LA CAPACITACION:

--

LA CAPACITACION ESTA RELACIONADA CON:

Actividad indirecta o Soporte al giro del negocio

Actividad principal o Directa al giro del negocio

AREA EN LA QUE SE CLASIFICA LA CAPACITACION (elijá una)

Idiomas

Alta Gerencia y Ejecutivos

Tecnologías, técnicas y sus aplicaciones

Gerencia y mandos medios

Ciencias de la computación

Recursos Humanos

Mercadeo

Finanzas, Contabilidad y Auditoría

Exportaciones e importaciones

Administración de Operaciones

Administración Bancaria

Desarrollo emocional humano aplicado

Humanismo (Arquitectura, Diseño, Historia, Artes Gráficas y Literatura)

Asistencia administrativa y secretarial

Desarrollo de instructores, docentes y supervisores



Fecha de Recepción en INSAFORP:

--

#### RESERVADO PARA EL INSAFORP

No. de solicitud de la empresa

--

#### ASPECTOS GENERALES

1. La solicitud se enmarca en el contexto de la Formación Profesional  SI  NO

2. El grupo meta está formado por trabajadores activos de la empresa  SI  NO

3. La empresa está solvente con la entrega de documentos para pago de proveedores de eventos anteriores  SI  NO

4. Aportación anual estimada al INSAFORP

\$	
----	--

5. Monto de apoyo a capacitaciones de la empresa en el año en curso

\$	
----	--

6. La empresa ha colaborado con INSAFORP para evaluar el impacto de las capacitaciones  SI  NO

7. La empresa se compromete a:

a) Cumplir con el seguimiento de la capacitación  SI  NO

b) Efectuar evaluación de impacto.  SI  NO

c) Mostrar evidencias cuando el INSAFORP lo Requiera  SI  NO

#### CRITERIOS DE ANÁLISIS DE LA CAPACITACION SOLICITADA

1. La capacitación es pertinente con la actividad económica de la empresa  SI  NO

2. La capacitación contribuye a:

a) Mejorar la competitividad de la empresa

b) Mejorar la productividad de la empresa

c) Fomentar la atracción de inversiones

d) La promoción de exportaciones

e) Los Tratados de Libre Comercio

f) Un proyecto estratégico

g) Promoción de empleo

**DISTRIBUCIÓN DE PARTICIPANTES**

No. Del Grupo	Nivel de los Participantes										Total por Sexo		Total
	Gerentes o Directores		Mandos Medios Administ		Mandos Medios Técnicos		Personal Administ		Personal Operativo		M	F	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F			

**Nota: Anexar listado con los nombres y cargos de los participantes (GAE - ANEXO 2) JUSTIFICACIÓN TÉCNICA DE LA CAPACITACION SOLICITADA VINCULADA CON MEJORAR LA PRODUCTIVIDAD Y/O COMPETITIVIDAD DE LA EMPRESA:**

a) Explicar el origen de la solicitud( la problemática a resolver vinculado a la productividad):

b) Explicar cómo se fortalecerán las competencias laborales requeridas de los participantes propuestos

c) Explicar cómo se aplicarán en sus puestos de trabajo las competencias laborales requeridas de los participantes propuestos

**Nota: no procede la justificación si no completa los tres literales anteriores.**

**CUENTA LA EMPRESA CON UN PLAN DE CAPACITACION**

Si  No

**ORIGEN DE LA SOLICITUD:**

Incluida en un plan de capacitación de la empresa: Si  No  Acción Correctiva, generada a partir de un Diagnóstico Si  No

**DESCRIBA EL IMPACTO (RESULTADOS) DE LA CAPACITACION EN LA PRODUCTIVIDAD / RENTABILIDAD DE LA EMPRESA**

RESULTADOS	PLAZO

**III. CONTROL Y MONITOREO DE LA CAPACITACION**

**DESCRIBA EL TIPO DE MONITOREO QUE EFECTUARÁ A LA CAPACITACION**

a) Durante la ejecución de la capacitación:

b) Al final(Evaluación de Reacción):

c) Posterior a la capacitación:( en los puestos de trabajo):

3. Área de incidencia de la capacitación solicitada(Marcar solo una)

\*Área administrativa  
 Complementación   
 Actualización   
 Especialización

\*Área técnica  
 Complementación   
 Actualización   
 Especialización

\*Transversal

4. La capacitación es pertinente con el puesto, funciones o responsabilidades de los participantes (según listado anexo)  SI  NO

5. La justificación técnica:  
 a) Explica el origen de la solicitado  SI  NO

b) Indica como se fortalecerán las competencias laborales de los participantes propuestos.  SI  NO

c) Es coherente con el grupo meta  SI  NO

d) Es coherente con los objetivos y los contenidos propuestos  SI  NO

6. Describe el impacto (resultados) a obtener y el plazo  SI  NO

**CONTROL Y MONITOREO**

1. El control y monitoreo a aplicar a la capacitación permitirá verificar el cumplimiento de las especificaciones técnicas de la solicitud, posterior a la capacitación, en los puestos de trabajo.  SI  NO

1. La Empresa se compromete a proporcionar los aspectos logísticos de la capacitación(local, alimentación, etc.)  SI  NO

2. La solicitud está firmada por la Gerencia General o Superior de la Empresa  SI  NO

**IV. LUGAR Y FECHA TENTATIVA DE REALIZACIÓN DE LA CAPACITACION**

Fecha tentativa de inicio   
Fecha tentativa de finalización   
**DURACIÓN DE CADA GRUPO**  Horas  
**HORARIO TENTATIVO:**

**UBICACIÓN DE LA CAPACITACION**

Departamento y Municipio donde se realizará la capacitación  
  
Lugar y dirección tentativa donde se realizará la capacitación

**V. NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL GERENTE GENERAL O SUPERIOR DE LA EMPRESA.**

**NOMBRE DEL GERENTE GENERAL O SUPERIOR DE LA EMPRESA.**  

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1er apellido	2do. Apellido	Nombres

  
**CARGO**  
  
**FIRMA**

*Sello*

**PROPUESTA DE LA GERENCIA DE FORMACION CONTINUA**

ESTA GERENCIA PROPONE:

Apoyar la capacitación   
No apoyar la capacitación

No. grupos solicitados   
No. grupos que se recomienda apoyar

FIRMA

Otras observaciones: