



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**MAESTRÍA EN GESTIÓN HOSPITALARIA**

**GESTIÓN POR PROCESOS EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN QUE SE BRINDA A  
LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL NACIONAL  
“NUESTRA SEÑORA DE FÁTIMA” COJUTEPEQUE, FEBRERO A JULIO 2017**

**TESIS DE GRADO PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRO EN GESTION  
HOSPITALARIA**

**PRESENTADO POR:**

**Dra. Aracely Margarita Argueta de García**

**Dra. Mirna Yolanda Gutiérrez Avalos**

**ASESORA:**

**Dra. Mgh. Ana Guadalupe Martínez de Martínez**

**San Salvador, Julio 2017**

## **Autoridades Universitarias**

Lcdo. ROGER ARMANDO ARIAS

RECTOR UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

Dra. Msp MARITZA MERCEDES BONILLA DIMAS

DECANA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Licda. Msp REINA ARACELI PADILLA MENDOZA

COORDINADORA DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

## **JURADO CALIFICADOR**

LCDA. Msp REINA ARACELI PADILLA MENDOZA

LCDA. Msp MARGARITA ELIZABETH GARCIA

DRA. Mgh ANA GUADALUPE MARTINEZ DE MARTINEZ

## **AGRADECIMIENTOS**

A DIOS TODOPODEROSO: por brindarme la oportunidad de estudiar, y proponerme nuevos retos, por regalarme sabiduría y perseverancia para alcanzar este sueño, por su ayuda y amor infinito.

A MI FAMILIA Y AMIGOS: por su comprensión ante el tiempo sacrificado de no compartir con ustedes durante mi período de formación, por su cariño y apoyo.

A MIS MAESTROS: por brindarme sus conocimientos y orientación durante el desarrollo de la Maestría, especialmente a Lcda. Cecilia Méndez por su apoyo.

A MI ASESORA: por su paciencia e impulso constante durante la elaboración de la tesis, gracias Dra. Ana Guadalupe Martínez de Martínez.

A MI JEFATURA: por la oportunidad de poder superarme y permitir la realización de esta investigación en el hospital.

A MI QUERIDA COMPAÑERA DE TESIS: por su perseverancia, por su ayuda y cooperación durante toda la Maestría

**Mirna**

## **AGRADECIMIENTOS**

A DIOS TODOPODEROSO: por permitir finalizar mis estudios y ser el centro de mi vida y darme la fortaleza necesaria en cada momento de dificultad. .

A MI FAMILIA: Especialmente a mi madre por el apoyo en cada momento y mis amados hijos Fernando y Antonio que fueron el motor que me impulsaba a seguir adelante.

A MI AMIGA DE TESIS: quien ha sido la pieza fundamental para la finalización de esta tesis y agradecida con Dios por haberme permitido trabajar con un gran ser humano.

A MIS MAESTROS: por brindarme todos sus conocimientos para mi formación profesional y en especial a Lcda. Cecilia Méndez por su apoyo.

A MI ASESORA: Dra. Ana Guadalupe Martínez de Martínez, quien día a día permaneció pendiente de nosotros y guiándonos en este proceso.

A MI JEFATURA: por la oportunidad de poder superarme y permitir la realización de esta investigación en el hospital.

**Aracely**

## DEDICATORIA

A MIS QUERIDOS PADRES: Miriam y Oswaldo, a mis amados hijos Fernando y Antonio.

**Aracely**

A MIS QUERIDOS PADRES: Demetrio (aunque ya no está con nosotros, su ejemplo de superación siempre está presente en mi vida) y Yolanda por su apoyo incondicional en todos mis proyectos, por brindarme su comprensión y amor.

**Mirna**

## RESUMEN

**Título:** Gestión por Procesos en la Calidad de Atención que se brinda a los usuarios del servicio de Medicina del Hospital Nacional “Nuestra Señora de Fátima”  
Cojutepeque, febrero a julio 2017

**Propósito del estudio:** Elaborar una Propuesta Técnica aplicable a la gestión por procesos para su implementación.

**Materiales y Métodos:** Evaluación de tipo observacional, descriptiva, transversal y de campo con enfoque cuantitativo.

**Resultados:** Las encuestas dirigidas al personal del Servicio de Medicina Interna, expusieron la necesidad de implementar la gestión por procesos en dicha área. Las mesas de trabajo aportaron diversidad de opiniones de jefaturas y recursos operativos involucrados en los procesos actuales. Las encuestas dirigidas al usuario externo demostraron que es necesario brindar atención en base a procesos, se centran en subproductos y no en resultados finales, centrados en el paciente. El trabajo actual se organiza de la manera tradicional, centrado en un orden jerárquico y con resultados definidos según funciones. No hay un manejo interdisciplinario centrado en el paciente, con un enfoque prioritario a su satisfacción.

**Conclusiones:** Es aplicable la gestión por procesos en el funcionamiento del Servicio de Medicina Interna del Hospital Nuestra Señora de Fátima, tomando en consideración el costo efectividad, corregir debilidades operativas, técnicas-administrativas, adquisición de equipo informático e inversión en capacitación técnica que incluya concientización sobre la importancia de su implementación.

**Recomendaciones:** Aplicar una propuesta técnica estandarizada, acorde con la necesidad institucional de mejorar la productividad del servicio, que proporcione al usuario una mejor calidad de atención.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>CAPITULO</b>	<b>PÁGINA</b>
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. OBJETIVOS .....	3
III. MARCO TEÓRICO.....	4
IV. DISEÑO METODOLÓGICO.....	77
V. RESULTADOS.....	85
VI. DISCUSIÓN .....	102
VII. CONCLUSIONES .....	110
VIII. RECOMENDACIONES.....	112
IX. BIBLIOGRAFÍA.....	127
ANEXOS	

## I. INTRODUCCIÓN

El modelo de gerencia del Servicio de Medicina del Hospital Nacional “Nuestra Señora de Fátima” Cojutepeque, era una mezcla entre la gestión tradicional y la gestión funcional; se centraba únicamente en la práctica clínica, lo que generaba dificultades en el funcionamiento del servicio de hospitalización, había falta de empoderamiento de las jefaturas en el rubro de planificación y distribución de los recursos. En el servicio se contaba con actividades rutinarias que habían sido adaptadas para el proceso de atención, pero no tenían procesos de atención claros y unificados.

En El Salvador no existe antecedente alguno sobre mejora de funcionamiento de un servicio a través de la implementación de la gestión por procesos; sin embargo, en estudios internacionales se ha demostrado que incrementaba la eficiencia y reducía los costos de funcionamiento.

El Hospital Nacional Nuestra Señora de Fátima ubicado en el municipio de Cojutepeque, Departamento de Cuscatlán, es un hospital de segundo nivel, departamental, con oferta de servicio en las 4 especialidades básicas y 6 subespecialidades (Neonatología, Cirugía Pediátrica, Ortopedia, Otorrinolaringología, Urología y Dermatología), su dotación de camas es de 120 (90 censables y 30 no censables). El servicio de Hospitalización de Medicina Interna, cuenta con una dotación de 16 camas censables, organizado en 3 cubículos (mujeres, hombres y mixto) y dos áreas de aislamiento de pacientes, para la atención de la población de la RISS de Cuscatlán, que según datos de Proyecciones de DYGESTIC 2016, es de 262,963 habitantes.

Entre los indicadores de eficiencia hospitalaria del 2016 se tuvieron los siguientes resultados: porcentaje de ocupación de 114%, el índice de rotación de 7 pacientes, su intervalo de sustitución -0.64, es decir que los usuarios esperarían un promedio de 15 horas para obtener una cama para el ingreso, promedio de días estancia de 4.9 días.

En el 2016 la encuesta de satisfacción de usuarios externos de hospitalización reporto que únicamente el 38% de los usuarios estaba satisfecho con la atención que se le brindo, lo que pone de manifiesto que existe un problema en la calidad de la prestación de los servicios de salud.

La implementación de un modelo de gestión basado en procesos en el servicio de Medicina Interna, permitirá organizar adecuadamente las diferentes actividades del servicio, así como optimizar los recursos disponibles, reorientación de los recursos económicos, tomar decisiones oportunas y lograr la satisfacción del usuario. A la vez de acuerdo a los resultados obtenidos, se pueda estandarizar e implementar la gestión por procesos en todos los servicios del Hospital “Nuestra Señora de Fátima” de Cojutepeque, logrando que la institución se vuelva eficiente buscando la certificación de los procesos de atención a través de entidades certificadoras de calidad.

Por lo que se vuelve necesario dar respuesta a la siguiente interrogante:

¿La gestión por procesos garantiza la calidad de atención de los usuarios del Servicio de Medicina del Hospital Nacional “Nuestra Señora de Fátima” Cojutepeque?

## II. OBJETIVOS

### **General:**

Analizar la gestión por procesos en la calidad de atención que se brinda a los usuarios del Servicio de Medicina del Hospital Nacional “Nuestra Señora de Fátima” Cojutepeque, febrero a julio 2017

### **Específicos:**

1. Identificar los factores directos e indirectos que favorecen o dificultan la atención por procesos en el Servicio de Medicina.
2. Analizar los procesos estratégicos, claves y de apoyo necesarios para operativizar la gestión por procesos en el hospital.
3. Identificar el nivel de satisfacción del usuario en la atención recibida en el servicio.

### III. MARCO TEÓRICO

#### 3.1 Generalidades

Los hospitales en El Salvador están categorizados de acuerdo a los siguientes criterios: Perfil epidemiológico del área, Conjunto de prestaciones que ofrece, Ubicación geográfica, Población a atender, Equipamiento médico e industrial, Prestación de servicios de especialización, Tecnificación del recurso humano, Docencia e Investigación para los Hospitales Escuela. (MINSAL, 2012)

En enero de 1887 por iniciativa del General Manuel Carrascosa se inició como Casa de Salud llamada SAN RAFAEL, construida en terreno donado por el presbítero ROSENDO ALVARENGA. El 1° de enero de 1958 se construye el CENTRO DE SALUD DE COJUTEPEQUE; y mediante el Reglamento General de Hospitales, pasa a funcionar como HOSPITAL NACIONAL GENERAL DE COJUTEPEQUE, a partir de junio de 1996. A finales del año 2002 se realiza la fusión del primer y segundo nivel de atención conformando EL SISTEMA BÁSICO DE SALUD INTEGRAL (SIBASI COJUTEPEQUE) y en el mismo año, por el sistema de regionalización del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Hospital Nacional de Cojutepeque pasa a tener autonomía en su administración.

Se reinaugura el 14 de Diciembre de 2007 y se traslada a su nuevo edificio, situado en la Finca Nacional antes propiedad del Ministerio de Defensa, en el Barrio El Calvario, y el antiguo local se transforma en la Unidad de Salud Periférica, que resuelve los problemas de salud del primer nivel de atención.

El Hospital General asume la atención de segundo nivel, con el internamiento en las cuatro áreas básicas de especialidad médica y una subespecialidad. Se constituye como un centro de atención médico especializado y de referencia, de toda la red de establecimientos del SIBASI Cuscatlán conformado por este hospital, 1 hospital básico (Suchitoto) y 15 Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) Intermedias, 27 UCSF básicas y 1 UCSF Especializada (San Pedro Perulapán), en total son 43 establecimientos de salud que brindan atención de primer nivel y solo 6 de estos establecimientos tienen atención con horario FOSALUD.

El hospital cuenta con 90 camas distribuidas en seis áreas de internamiento

hospitalario: Pediatría, Neonatología, Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia y Bienestar Magisterial, así también brinda atención de consulta externa especializada en 11 especialidades, además de consulta general.

Además se cuenta con una Clínica de Atención Integral para pacientes con VIH-SIDA y Tuberculosis y un consultorio de Odontología. Se brinda servicio de atención de 24 horas en Emergencia, así como de Laboratorio Clínico, Radiología e imágenes, anestesiología, farmacia y estadística y documentos médicos.

El Hospital Nacional de Cojutepeque se encuentra ubicado en la Antigua Carretera Panamericana, Km 33 ½, Cojutepeque, está construido en un terreno urbano de topografía quebrada, de forma rectangular con construcciones de sistema mixto, con todos los servicios públicos tales como: Agua Potable, Alcantarillado, Aguas Lluvias, Tendido Eléctrico, Teléfono; su extensión superficial es de 33,723.56 mt<sup>2</sup>. que consta de varias edificaciones modulares según el siguiente detalle:

a) Edificio A de dos niveles, donde funcionan en la planta baja con un área de (583.38 m<sup>2</sup>) construcción mixto; donde se encuentran oficinas Administrativas, UACI, UFI, Recursos Humanos, Dirección, Subdirección, Administración, Auditorium, salas de reuniones, Jefaturas de Enfermería, Informática.

En el Segundo nivel funcionan los servicios de Consulta externa, Consultorio de Odontología, Trabajo Social.

b) Edificio B de dos niveles, en el primer nivel funcionan en la planta baja con un área de (1088.64) mt<sup>2</sup> construcción mixto; contando con las áreas de Rayos X, Equipo Biomédico, Emergencia, Observación, Terapia Respiratoria, Rehidratación Oral, máxima urgencia adulto, máxima pediátrica y sala séptica, Clínica de Terapia Antirretroviral (Clínica TAR), Consultorio de salud mental.

En el Segundo Nivel con un área (1088.64) mt<sup>2</sup> funcionan los servicios de hospitalización de Gineco-obstetricia y Pediatría, así como el albergue de madres lactantes, oficinas de la División Médico Quirúrgica, oficina de Epidemiología e Infecciones Asociadas a la atención sanitaria, oficinas de jefe médico y enfermería de Pediatría y Gineco-Obstetricia.

c) Edificio C de dos niveles, en la planta baja con área de (1088.64) m<sup>2</sup> están las áreas de Farmacia, Descanso Médicos Residentes, Servicio de Bienestar Magisterial, Laboratorio Clínico, área de Estadística e Información en salud y capilla. En la planta alta se cuenta con los servicios de hospitalización de medicina y cirugía, cuarto de anestesiistas, bodega de insumos médicos y oficinas de jefe médico y enfermera de Medicina y Cirugía.

d) Edificio D de dos niveles, planta baja con un área de (622.08) m<sup>2</sup> se encuentran las áreas de los quirófanos generales, sala de recuperación y Central de esterilización, en la planta alta están las áreas de Centro Obstétrico, Neonatología, quirófano y sala de partos, esta área de (622.08) m<sup>2</sup>.

e) Edificio E de un solo nivel con un área de (788.40) m<sup>2</sup> donde se encuentran las áreas de alimentación y dieta (cocina y comedor), bodegas de alimentos (cuarto frío), lavandería, servicios generales, transporte, saneamiento ambiental, Mantenimiento, reproducciones, cuarto de calderas, planta de emergencia, subestación de energía, central de gases médicos y morgue.

En Mayo de 2015 se inaugura un nuevo edificio para brindar atención de Medicina Física y Rehabilitación, con una construcción de 250 m<sup>2</sup>.

Otras infraestructuras: área de almacenamiento temporal para desechos peligrosos y desechos comunes es de (41.99) m<sup>2</sup>, además cuenta con la infraestructura de bombas de agua con un área de (63.35) m<sup>2</sup>, y la cisterna con una capacidad de (520) metros cúbicos de agua.

Las rutas de buses que pasan enfrente del hospital son 110, 111, 112, 113 (bus y microbús), 116 (vía Cojutepeque), 301, 304 (vía Cojutepeque), 501 y 502.

De acuerdo a los lineamientos técnicos para categorización y prestación de servicios hospitalarios, es una institución de segundo nivel de atención, tipo departamental.

La población de responsabilidad programática comprende la del Departamento de Cuscatlán (excepto municipio de Suchitoto y San Bartolomé Perulapía), municipio de San Emigdio y Santa Cruz Analquito, ambos del Departamento de La Paz, según se describe en el cuadro siguiente:

Tabla 1

Población de responsabilidad programática

<b>Población de responsabilidad programática 2012-2016</b>				
<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
231,480	253,437	256,558	259,742	266,232

Fuente: Sistema de Monitoreo y Evaluación de Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" 2017

Tabla 2

Atenciones curativas y preventivas 2010-2015

<b>Atenciones curativas y preventivas brindadas en la red de establecimientos del Sistema Nacional de Salud. 2010-2015</b>			
<b>Año</b>	<b>Total</b>	<b>MINSAL</b>	<b>Hospital de Cojutepeque</b>
2010	19,172,298	13,386,359	89,515
2011	19,636,453	13,291,495	82,757
2012	19,918,673	13,290,578	86,693
2013	20,493,540	12,889,843	87,504
2014	19,912,938	13,450,020	81,884
2015	19,852,054	12,966,105	82,327
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se estima que el HNNSF atiende el 0.7% de las atenciones a nivel nacional a cargo del MINSAL.</li> <li>- La cantidad de atenciones brindadas por el HNNSF en 2016, según ESDOMED fue de 83,631.</li> </ul>			

Fuente: Informe de Labores 2015-2016 MINSAL

### **3.1.1 Misión**

Somos una instancia prestadora de servicios de salud, que garantiza a los habitantes la cobertura de servicios oportunos e integrales, con equidad, calidad y calidez, en corresponsabilidad con la comunidad, cuidado al medio ambiente; incluyendo todos los sectores y actores sociales, para contribuir a lograr una mejor calidad de vida.

### **3.1.2 Visión**

Instancia prestadora de servicios de salud regional, fortalecida con subespecialidades medicas brindando de manera eficiente, efectiva y garantizando a los habitantes servicios integrales de salud en armonía con el ambiente, con equidad, calidad y calidez, para la conservación y restablecimiento de la salud, estimulando para ello la corresponsabilidad y la contraloría social.

### **3.1.3 Dirección General y Representación Legal.**

La instancia rectora para el funcionamiento efectivo del Hospital es la Dirección.

#### **3.1.3.1 Director:**

El Hospital Nacional Nuestra Señora de Fátima está a cargo y bajo la responsabilidad de un Director, tal como lo dictamina el artículo 7 del Reglamento General de Hospitales, nombrado por el Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud Pública y Asistencia Social.

Según el artículo 8, tiene carácter de persona Jurídica y el Director está facultado para representarlo judicialmente y extrajudicialmente.<sup>1</sup>

Las dependencias que integran la Dirección de acuerdo al Manual de Organización y Funciones son: <sup>2</sup> Subdirección, b) División Médica Quirúrgica, c) División

---

<sup>1</sup> Ministerio de Salud. Reglamento General de Hospitales. El Salvador

<sup>2</sup> Ministerio de Salud. Manual de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" Cojutepeque. Diciembre 2012. Página 3 y 8

Administrativa, d) Departamento de Enfermería, e) Unidad Financiera Institucional, f) Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional, g) Unidad de Recursos Humanos y h) Unidad de Gestión Ambiental.

#### **3.1.3.2 Subdirección Médica:**

En la práctica, se encarga de coordinar el trabajo de las Unidades Asesoras, las cuales pertenecen al Segundo Nivel de Autoridad, en el Orden Jerárquico de la estructura Administrativa. La delegación de la autoridad del Director hacia el Subdirector se ejecuta tal como lo establece el artículo 11 del Reglamento.

Está conformada por la División de Servicios Diagnósticos y de Apoyo, el cual cuenta con las siguientes áreas: Fisioterapia, Trabajo Social, Laboratorio Clínico, Radiología e Imágenes, Estadística y Documentos Médicos y Farmacia.<sup>2</sup>

#### **3.1.3.3 Unidades Asesoras:**

El artículo 15, contemplado en el capítulo II del Reglamento General de Hospitales, se refiere a los organismos colaboradores y asesores de la dirección de los hospitales. En este se señala como principal colaborador de la Dirección al Consejo Estratégico al cual se le encomienda una serie de funciones que se relacionan con el desempeño del Hospital.

#### **3.1.3.4 Unidad de Asesoría Jurídica:**

Ante las demandas a que está sujeta la Dirección, ya sea por reclamos y procesos justos o arbitrarios de los usuarios, empleados y de otras personas; y, dada la complejidad del Hospital, donde, para el cumplimiento de su misión es necesario tomar decisiones con respaldo jurídico; la participación del ente asesor se ha convertido en elemento de gran importancia. Algunas decisiones, por ley deben respaldarse con análisis jurídico, tal es el caso las adquisiciones y las contrataciones (el artículo 5 de la LACAP).

El Hospital cuenta con 3 divisiones y cinco unidades operativas, además se suman los comités institucionales con participación multidisciplinaria de diferentes áreas.

### **3.1.4 Política Gerencial.**

El Reglamento General de Hospitales, reformado en Noviembre del 2006, establece la política bajo la cual el Hospital Nacional Nuestra Señora de Fátima desarrolla su actividad económica principal.

El mismo, en su primer artículo detalla las funciones que le corresponden, las cuales encierran la política gerencial.

En los apartados posteriores a este se describe como estará estructurada su gerencia, considerando las siguientes políticas:

- a) Provisión de servicios médico hospitalarios de forma permanente e integral.
- b) Atención equitativa y con calidad, en forma participativa, en interacción con la comunidad y con los sectores sociales de El Salvador.
- c) Atención médica definida mediante normas, guías y protocolos de atención, de manera que dichos servicios puedan ser fácilmente formulados, ejecutados, supervisados y evaluados.
- d) Desarrollo de la provisión y gestión de los servicios de salud en función de compromisos establecidos en nuestro reglamento, en cumplimiento con acuerdos, convenios y contratos previamente establecidos.
- e) Desarrollo del trabajo de segundo nivel en coordinación con los proceso de atención que se ejecutan en los establecimientos de primero y segundo nivel.
- f) Desarrollo continuo el esfuerzo Humano.
- g) Fomento de la investigación científica en armonía con los aspectos legales, éticos, epidemiológicos y sociales, principalmente.
- h) Impulso a nivel nacional del sistema de referencia y contra referencia a fin de optimizar los recursos asignados al Hospital.
- i) Forjar una Gestión administrativa y financiera transparente.

j) Consolidar el trabajo en equipo y contribuir en el desarrollo del Sistema Nacional de Salud mediante el apoyo e intercambio de acciones que optimicen el recurso humano y mejoren la capacidad instalada de la red hospitalaria.

### **3.2. Gestión por Procesos**

Los establecimientos de salud, en nuestro país, están organizados por servicios afines, que dependen de un departamento y estos a su vez de subdirecciones o direcciones, de acuerdo a la complejidad de cada establecimiento.

Cada servicio asistencial realiza funciones específicas, que están normadas en manuales de organización.

Existe un divorcio entre el área administrativa y la asistencial, lo que conlleva a que los procesos se vuelvan burocráticos, cada área realiza sus funciones centrados en los intereses de la institución y sus trabajadores, no así en las necesidades del usuario. “Tradicionalmente las estructuras organizativas se han desarrollado a partir de las técnicas de Tylor (Siglo XIX), centradas en la definición y evaluación de los puestos de trabajo, enmarcados en un organigrama jerárquico”.<sup>3</sup>

**3.2.1 Definición de proceso:** desde una perspectiva organizacional se define como “el conjunto de actividades secuenciales que realizan una transformación de una serie de entradas -inputs- (material, mano de obra, capital, información, etc.) en los resultados -outputs- deseados (bienes y/o servicios) añadiendo valor”.

En el medio se entiende por proceso el “conjunto de actuaciones, decisiones, actividades y tareas que se encadenan de forma secuencial y ordenada para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos del paciente/población al que va dirigido”.

En otras palabras, un proceso no es más que la sucesión de pasos y decisiones que se siguen para realizar una determinada actividad o tarea que, cuando se trabaja

---

<sup>3</sup> Sescam. Gestión por procesos. Servicios de Calidad de la Atención Sanitaria. Toledo 2002, página 3, 5-6, 7-8, 13-16.

desde el enfoque de gestión de la Calidad Total, deben ir orientados a satisfacer una necesidad de nuestros clientes internos o externos.<sup>4</sup>

**Otras definiciones de proceso:** viene del latín processus, que significa avance y progreso. Un proceso es un conjunto de actividades de trabajo, interrelacionadas que se caracterizan por requerir ciertos insumos (input: productos o servicios obtenidos de otros proveedores) y áreas particulares que implican valor añadido, con miras a obtener resultados (outputs). Otra posible definición: gestión de todas las actividades de la empresa que generan un valor añadido; o bien, conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados (Norma ISSO 2000:9000).<sup>5</sup> Proceso no es lo mismo que procedimiento.



*Figura 1.*Diagrama de Gestión por procesos

Un procedimiento es el conjunto de reglas e instrucciones que determinan la manera de proceder o de obrar para conseguir un resultado.

Un proceso define qué es lo que se hace, y un procedimiento, cómo hacerlo. No todas las actividades que se realizan son procesos. Para determinar si una actividad realizada por una organización es un proceso o subproceso, debe cumplir los siguientes criterios:

- a) La actividad tiene una misión o propósito claro.
- b) La actividad contiene entradas y salidas, se pueden identificar los clientes, proveedores y producto final.

---

<sup>4</sup> Euskalit. Fundación Vasca para la Excelencia. Calidad Total: Principios y Modelos de Gestión. Certificación ISO. País Vasco. 2011. 18 pp.

<sup>5</sup> Beltrán Sanz, Carmona & Carrasco. Guía para una Gestión basada en procesos. Andalucía. 2002. Pág 14

- c) La actividad debe ser susceptible de descomponerse en operaciones o tareas.
  - d) La actividad puede ser estabilizada mediante la aplicación de la metodología de gestión por procesos (tiempo, recursos, costes).
  - e) Se puede asignar la responsabilidad del proceso a una persona.
- (...) Un proceso comprende una serie de actividades realizadas por diferentes departamentos o servicios de la Institución Sanitaria, que añaden valor y que ofrecen un servicio a su cliente, este cliente podrá ser tanto un "cliente interno" (otro servicio) como un "cliente externo" (paciente/acompañante).

### **3.2.2 Definición de gestión por procesos:**

La gestión por procesos (Business Process Management) es una forma de organización diferente de la clásica organización funcional, y en el que prima la visión del cliente sobre las actividades de la organización.

Los procesos así definidos son gestionados de modo estructurado y sobre su mejora se basa la de la propia organización.

La gestión de procesos aporta una visión y unas herramientas con las que se puede mejorar y rediseñar el flujo de trabajo para hacerlo más eficiente y adaptado a las necesidades de los clientes.

No hay que olvidar que los procesos lo realizan personas y los productos los reciben personas, y por tanto, hay que tener en cuenta en todo momento las relaciones entre proveedores y clientes.<sup>3</sup>

La gestión por procesos constituye una importante herramienta de administración que opera; fundamentada en un enfoque sistémico, prevalece el trabajo en equipo como un conjunto integrado de actividades y los recursos persiguen un objetivo común, en el que la calidad es el estándar obligado de trabajo.

Por lo que las organizaciones necesitan gestionar sus actividades y recursos con la finalidad de orientarlos hacia la consecución de buenos resultados, lo que conlleva a su vez a la necesidad de adoptar herramientas y metodologías que permitan a las organizaciones configurar su Sistema de Gestión que ayude a una organización a establecer las metodologías, las responsabilidades, los recursos, las actividades que

le permitan una gestión orientada hacia la obtención de los objetivos establecidos y lograr la satisfacción del usuario.

### **3.2.3 Objetivo e importancia de la gestión por procesos:**

El objetivo central de la gestión por procesos es mejorar y rediseñar el flujo de trabajo para hacerlo más eficiente y adaptado a las necesidades de los clientes.

La gestión por procesos es importante porque hace predominar el proceso, orientado al cliente, sobre la función, centrada en la propia organización; propone organizaciones menos complejas y más planas desde la perspectiva de la estructura jerárquica; organizaciones en las que, sin embargo, se torna necesaria una mayor coordinación en las actuaciones y una cultura de mejora continua claramente establecida, cuyos elementos clave para garantizar la prosperidad, e incluso la supervivencia de la empresa, son la cooperación y la orientación al cliente.

Es por ello que la gestión por procesos es una disciplina de origen empresarial, que constituye uno de los ocho principios de calidad total o excelencia, cuyo objetivo es mejorar la efectividad de los procesos a través de su gestión sistemática, esto, mediante acciones de analizar, modelar, automatizar, integrar, monitorizar y optimizar, bajo una arquitectura interoperable.

De esta manera se considera que a través de la gestión por procesos se mejoraría la calidad de atención y la optimización de recursos, a la vez que se daría cumplimiento a la proyección de reingeniería administrativa del Ministerio de Salud.

#### **Elementos que aporta la gestión por procesos.**

En el ámbito de las organizaciones sanitarias los ***elementos que aporta la gestión por procesos*** se resumen en los siguientes aspectos:<sup>6</sup>

**a) *Enfoque centrado en el usuario.*** La gestión por procesos centra las actuaciones en el usuario, teniendo en cuenta desde el principio sus necesidades y expectativas,

---

<sup>6</sup> Lennerts, K.; Abel, J. Step-by-step process analysis for hospital facility management. An insight into the OPIK research project. Karlsruhe, Alemania. 2005. 12 pp

fijando los atributos sobre las necesidades y expectativas del cliente, calidad de requerimientos, calidad de especificaciones y calidad del proceso a realizar.

**b) “Procesos” frente a “procedimientos”** para delimitar adecuadamente el alcance del sistema de gestión.

El proceso establece una relación sobre qué es lo que debe realizarse, mientras que el procedimiento se centra en cómo debe realizarse, señalando que, entre otros aspectos, esencialmente el procedimiento permite que se realice una actividad, mientras que el proceso permite centrarse en el resultado y proporciona la información adecuada a las distintas fases individuales y responsabilidad final del proceso.

**c) Realizar un análisis de barreras y limitaciones de la gestión funcional de la organización** para orientarse hacia la competitividad, identificando las áreas/procesos críticos de la empresa que ofrecen un valor añadido.

**d) Innovación y sinergia, y flexibilidad** para responder ágilmente al entorno mediante la mejora continua estructurada.

**e) Definir la identificación, descripción y secuencia de procesos**, resaltando la necesidad de la productividad organizativa global frente a la individual, donde cada departamento o servicio añada su valor a la contribución final, que es el resultado.

**f) Asignación de responsabilidades**, indicadores y mecanismos estructurados de medición y control de todo el flujo del proceso.

**g) Evaluar los puntos críticos del** proceso, bajo una metodología correcta, y utilizando la mejora continua para reducir la variabilidad general.

**h) Implicación de los profesionales en la gestión clínica**, convirtiéndolos en los motores del cambio y en los protagonistas de las aportaciones para la mejora permanente y la integración de innovaciones.

**i) Incorporación de la metodología de la medicina basada en la evidencia** en la definición de las actividades que deben incorporarse en los procesos.

**j) Disminución, en la medida de lo posible, de la variabilidad de la práctica clínica**, al establecer indicaciones médicas o quirúrgicas en todo el proceso subsiguiente a través de vías clínicas.

**k) Incorporación de un sistema de información** integrado que permita evaluar las intervenciones para la mejora continua.

**l) Finalmente, la gestión de procesos integrados**, al abordar la organización sanitaria de manera horizontal, favorece la continuidad de la asistencia y la Coordinación entre niveles asistenciales y departamentos.

**Ventajas de la gestión por procesos.** En las Instituciones Sanitarias convergen numerosos tipos de actividad como pueden ser la actividad asistencial de primer nivel o especializada, la hostelería, la actividad económico administrativa, la ingeniería, el mantenimiento y toda una serie de actividades de apoyo a servicio que son imprescindibles y de muy diversas características.

Debido a esta gran diversidad y a la complejidad inherente a todos los procesos que se ejecutan en las Instituciones Sanitarias, existen altas probabilidades de incurrir en errores y desaprovechar recursos tanto humanos como materiales. Una gestión por procesos estructurada, con los recursos y coordinación adecuados, permite optimizar de forma significativa la utilización de los recursos y mejorar la calidad asistencial.

**Dificultades de la gestión por procesos.**

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

A continuación se describe las principales diferencia entre los tipos de gestión, de acuerdo a Sescam<sup>3</sup>

Tabla 3:

**Diferencias entre la gestión tradicional y la gestión por procesos**

<b>Gestión tradicional</b>	<b>Gestión por procesos</b>
Se centra sólo en procesos de práctica clínica	Se incorpora la gestión clínica basada en la evidencia
Hay variabilidad	Contempla procesos de gestión:

<b>Gestión tradicional</b>	<b>Gestión por procesos</b>
	soporte y logísticos
No contempla procesos de gestión	Contempla la integración asistencial entre niveles de atención
No contempla la continuidad asistencial. La responsabilidad es compartida por varios profesionales	La responsabilidad es única: Coordinador del proceso
Prevalece la organización vertical	Convive la organización vertical con la horizontal
Evalúa la eficacia de la práctica clínica del proceso	Se somete el proceso a estabilización y control lo que permite evaluar la efectividad y la eficiencia
Mejoras de carácter reactivo ocasional y a veces gradual de los procesos	Mejoras de carácter proactivo permanente gradual y radical
Aprendizaje esporádico dentro de la misma organización	Aprendizaje sistemático dentro y fuera de la organización y sector. Benchmarking.

(Mora Martínez JR)

Tabla 4

#### **Diferencias entre la gestión funcional y la gestión por procesos**

<b>Gestión funcional</b>	<b>Gestión por procesos</b>
Organización por departamentos o áreas	Organización orientada a los procesos
Los departamentos condicionan la ejecución de las actividades	Los procesos de valor añadido condicionan la ejecución de las actividades
Autoridad basada en jefes departamentales	Autoridad basada en los responsables del proceso.
Principio de jerarquía y de control	Principio de autonomía y de autocontrol
Orientación interna de las actividades hacia el jefe o departamento	Orientación externa hacia el cliente interno o externo.
Principios de burocracia, formalismo y centralización en la toma de decisiones	Principios de eficiencia, flexibilidad y descentralización en la toma de decisiones
Ejercicio del mando por control basado en la vigilancia	Ejercicio del mando por excepción basado en el apoyo o la supervisión
Principio de eficiencia: ser más productivo	Principio de eficacia: ser más competitivos
Cómo hacer mejor lo que venimos haciendo	Para quién lo hacemos y qué debemos hacer
Las mejoras tienen un ámbito limitado: el departamento	Las mejoras tienen un ámbito transfuncional y generalizado: el

Gestión funcional	Gestión por procesos
	proceso

Badía A. Bellido S. Técnicas para la gestión de la calidad. Ed Tecnos

De acuerdo a la literatura consultada, la gestión por procesos se puede agrupar en diferentes tipos de procesos, los cuales se describen a continuación:

### 3.2.4 Tipos de proceso

Los procesos de la Institución Sanitaria los podemos agrupar en clave, estratégicos y de soporte. **Los procesos clave** son aquellos que afectan de modo directo la prestación del servicio asistencial y por tanto a la satisfacción del cliente externo (paciente). Algunos ejemplos de procesos clave son: hospitalización en Planta, Atención en Urgencias, Hospitalización Post-quirúrgica, Intervención Quirúrgica, etc.

**Los procesos estratégicos** son aquellos que permiten desarrollar e implantar la estrategia de la Institución Sanitaria. Algunos ejemplos son: Sistema de Dirección, Planificación Estratégica, Marketing (centros privados), Desarrollo de Alianzas Estratégicas, Gestión de las relaciones con el Cliente, Autoevaluación, etc. Los **procesos de soporte** son todos aquellos que permiten la operación de la Institución Sanitaria y que sin embargo no son considerados clave por la misma.

En general son los procesos de gestión (pago de nóminas, facturación, contabilidad, etc.) y algunos otros como los procesos de auditorías internas, gestión de los sistemas de información, mantenimiento, etc., son considerados como de soporte.<sup>3</sup>

Los procesos también se pueden ser clasificados según Sescam<sup>3</sup>:

- a) Procesos multidepartamentales. Sus actividades se realizan integrando varios departamentos, servicios o unidades. Lógicamente, son los más complejos.
- b) Proceso departamental o unifuncional. Aquel llevado a cabo por un solo departamento.

*Propietario del proceso.* Para poder gestionar los procesos de la institución sanitaria de modo eficiente es necesario determinar quién es el propietario de dicho proceso. El propietario (Processowner) asume la responsabilidad global de la gestión del proceso y de su mejora continua.

Por ello debe tener la suficiente autoridad para poder implantar los cambios en el proceso que conduzcan a la mejora de sus resultados. El propietario podrá contar con la colaboración de un equipo de mejora del proceso.

Dicho equipo deberá estar formado por personas directamente implicadas en el proceso pertenecientes a todos los departamentos o servicios afectados.

Las funciones del propietario del proceso son:

- a) Asumir la responsabilidad sobre el proceso y asegurar su eficacia y eficiencia de manera continua.
- b) Mantener la relación con el resto de procesos y establecer requerimientos adecuados.
- c) Asegurar que el proceso está debidamente documentado y que la información se distribuye a todas las personas afectadas.

Controlar y medir los resultados con el objetivo de mejorar el proceso de forma continua.<sup>3</sup>

Ciclo de hardware o ciclo de gestión.

La evaluación continuada posibilita la mejora continua de la organización. Los propietarios controlan los procesos teniendo en cuenta que las personas enfocan sus actividades hacia los clientes, el propietario detecta áreas de oportunidad y aplica las acciones en consonancia con la misión de la organización.

*Revisiones y otros sistemas.* Además de las revisiones periódicas a las que se ven sometidos los procesos por el propietario de los mismos y sus colaboradores, es conveniente que la alta dirección de la institución sanitaria lleve a cabo revisiones del funcionamiento de los procesos clave. Estas revisiones deben ser periódicas y sus resultados deben tenerse en cuenta en la formulación de la política y estrategia. La metodología para la mejora de procesos está orientada a reducir/eliminar defectos y a reducir el tiempo de ejecución de proceso, conocido como tiempo ciclo. La gestión de procesos según el enfoque anterior es compatible con la implantación de sistemas de Gestión de la Calidad, tales como el propuesto por las normas ISO 9001:2000.

La gestión de procesos de la Institución Sanitaria también podrá beneficiarse del uso de otros sistemas estandarizados tales como sistemas de gestión medioambiental tipo ISO 14000, o los sistemas de gestión de riesgos laborales.<sup>3</sup>

### **3.2.5 Análisis de los procesos**

Para realizar el análisis de los procesos en una organización, es conveniente seguir los siguientes pasos:

#### **3.2.5.1. Reunión de todos los jefes o directores funcionales para:**

- a) Identificar y definir los procesos.
- b) Designar a los propietarios de los procesos.
- c) Redactar y hacer los diagramas de los procesos de primer nivel (no más de cinco o seis).
- d) Redactar y hacer los diagramas de los procesos de segundo nivel.

#### **3.2.5.2. Puesta en práctica de las responsabilidades y de los procesos escritos y diagramados.**

- a) Entregar diagramas a todos los trabajadores implicados en un proceso
- b) Concienciar acerca de la importancia de los errores sobre el cliente interno.
- c) Explicar por qué se organizan los procesos y cuál es su repercusión en el cliente externo.

#### **3.2.5.3. Últimas correcciones por desajustes observados entre lo representado y la práctica operativa.**

- a) Reeditar los procesos corregidos.
- b) Mantener un archivo de casos atípicos o excepcionales.

### **3.2.6 Reingeniería o rediseño de procesos**

En el entorno sanitario actual, se han introducido tres fuerzas emergentes muy potentes: los clientes, la competencia y el cambio tecnológico. Los clientes demandan cada vez mejores resultados y un trato individualizado. La competencia se

ha introducido al separar las funciones de provisión y financiación de servicios sanitarios. Por último, el cambio tecnológico es un fenómeno permanente que afecta a todo el sector servicios. Estas y otras fuerzas obligan a mejorar constantemente los procesos de una organización.

La reingeniería de procesos se definió en 1990, en el libro “Reengineering the Corporation”, de Michael Hammer. Se trata de realizar una revisión fundamental y rediseñar de forma radical los procesos, con el objetivo de obtener grandes mejoras del rendimiento. Este cambio radical, implica modificaciones en la cultura y en la estructura de la organización. Este cambio debe ser liderado por la Dirección, han de realizarlo los profesionales directamente implicados, y debe ser asumido por toda la organización.

El trabajo debe organizarse según las exigencias de los clientes y del mercado, para proporcionar un producto de alta calidad a un precio equitativo, con un servicio excelente, aprovechando al máximo el potencial tecnológico actual.

Sin embargo, los hospitales suelen ser organizaciones rígidas y burocratizadas, con poca capacidad de reacción frente a los cambios del mercado, organizadas de forma relativamente ineficaz.

**La Modernización de un proceso**, consiste en:

- a) Eliminación de la burocracia.
- b) Eliminar duplicidades.
- c) Analizar el valor añadido al cliente.
- d) Simplificar los procesos.
- e) Reducir el tiempo de ciclo del proceso.
- f) Revisión de las actividades de control.
- g) Prueba de errores.
- h) Promover la eficiencia de los recursos.

### **Objetivos globales de la reingeniería en un hospital**

La reforma de los sistemas sanitarios y de los hospitales busca cumplir tres grandes objetivos: controlar el crecimiento del gasto sanitario, mejorar la calidad de los servicios e incorporar las preferencias de los ciudadanos.

### **3.2.7 Características de la organización por procesos**

#### **3.2.7.1 Cultura de las organizaciones**

Las organizaciones no son máquinas, sino comunidades, mini sociedades con su propia manera de hacer las cosas, con sus hábitos y jerga, con su propia cultura. Dentro de la gran variedad de culturas y organizaciones, se pueden definir cuatro estilos fundamentales.

a) La Organización centralista. La organización es como una tela de araña, con el poder en el centro. Cuando más cerca del centro, más influencia.

Son organizaciones demasiado dependientes de su líder.

b) La organización jerárquica. Es la más usual, con niveles dependientes unos de otros. Los servicios se vuelven demasiado estancos, la información no fluye correctamente.

Estas organizaciones pueden funcionar bien, pero no afrontan los cambios con flexibilidad.

c) La organización orientada a las tareas. Funciona basada en grupos de trabajo centrados en una tarea, o proyecto. El trabajo en equipo es flexible, pero puede ser costoso.

d) La organización orientada a las personas. Estas organizaciones, las más escasas, dan mayor importancia al individuo.

#### **3.2.7.2. Orientación al cliente**

Los clientes de una empresa u organización son los intermediarios, aseguradores, empleados, proveedores, organismos gubernamentales, además de los clientes finales. Todos ellos son los “stakeholders” o implicados en las decisiones de la empresa.

#### **Necesidades y expectativas**

La organización se debe centrar en el cliente. Para ello, hay que conocer sus necesidades y expectativas. Las necesidades son carencias objetivas, y las expectativas se relacionan con la forma en que el cliente espera que sean

satisfechas las necesidades. Se trata de saber qué necesita el cliente de un proceso, cómo y cuándo lo necesita. Por ello, el primer paso de la reingeniería de procesos es adoptar la filosofía de asistencia centrada en el paciente, o PFC (patient focused care).

Las estructuras y los procesos del hospital deben diseñarse y adaptarse de acuerdo a las necesidades de los pacientes, en la medida en que esto resulte posible. Para ello, hay que considerar tres aspectos básicos: la definición de los procesos a desarrollar, su organización y gestión, y la constitución y organización de los equipos humanos responsables de dichos procesos.

Las actividades para lograr una asistencia centrada en los pacientes son:

- a) Estructurar los servicios para satisfacer las necesidades de los clientes y profesionales.
- b) Agrupar a los clientes según características comunes y tipo de recursos compartidos.
- c) Descentralizar los servicios siempre que resulte posible.
- d) Flexibilizar las tareas y adaptarlas a las necesidades de los pacientes.
- e) Simplificar los procesos y estructuras lo máximo posible.
- f) Dotar a los profesionales de la responsabilidad y capacidad efectivos para la toma descentralizada de decisiones.
- g) Mantener un modelo de asistencia global y continuada.

#### *Calidad de requerimientos.*

Es necesario ajustar las posibilidades del proveedor para satisfacer las necesidades del cliente, redefiniendo las expectativas si fuera necesario.

En principio, las expectativas de los clientes podrían ser infinitas, de manera que no podrían ser satisfechas.

Por ello, es necesario alcanzar un acuerdo, idealmente por consenso, entre las necesidades y expectativas del cliente y las posibilidades del proveedor.

#### *Calidad de especificaciones.*

Una vez que se han definido los requerimientos, estos deben trasladarse al lenguaje propio del proveedor, para especificar claramente las propiedades y características técnicas de lo que debe ser entregado al cliente.

*Calidad del proceso.*

A partir de las especificaciones del producto o servicio, sólo queda determinar el procedimiento necesario para realizarlo, asegurándose de que las personas que ejecuten el proceso tengan la formación y los recursos necesarios para ello.

### **3.2.7.3. Innovación y flexibilidad**

La organización debe ser capaz de adaptarse a los cambios externos, y para ello es necesario que tenga capacidad de innovar.

Las organizaciones suelen responder tarde a los cambios externos, sobre todo si están basadas en organigramas, ya que realizar cambios jerárquicos es complicado. En cambio, reorganizar las actividades basándose en procesos es más sencillo.

### **3.2.8 Metodología de la gestión por procesos:**

Todo el mundo está de acuerdo en que es necesario mejorar la sociedad, pero solemos ser reacios cuando los cambios afectan a nuestro entorno.

Los cambios ejercidos en los procesos en una empresa necesitan ser coordinados con los cambios en la estructura, sistemas y personas, ya que estos factores están interconectados.

Las tareas son los procesos y las actividades realizadas. Los sistemas son conjuntos complejos de procesos, formas de hacer las cosas.

La gestión de procesos aporta las herramientas necesarias para la evaluación de indicadores y estándares de calidad, al facilitar el diseño del proceso de acuerdo con el entorno y los recursos disponibles, normalizando la actuación y la transferencia de información de todo el equipo que participa en el mismo (facultativos, enfermería, personal no asistencial, etc.) permitiendo mejorar la eficiencia, efectividad y calidad del servicio.

Al mismo tiempo, facilita la introducción de forma dinámica de la experiencia de otros clínicos, integrando en nuestro contexto experiencia, conocimientos, habilidades y lo que es más importante: sentido común.

En la actualidad con la introducción en la asistencia sanitaria de los modelos de gestión empresarial, podemos hablar de gestión por procesos y de los procesos de las organizaciones sanitarias.

La gestión por procesos se enmarca en el ámbito del concepto de calidad total, entendida esta como una “estrategia de gestión de toda la empresa, a través de la cual se satisfacen las necesidades y expectativas de los clientes, de los empleados, de los accionistas y de la sociedad en general, por medio de la utilización eficiente de todos los recursos de que dispone: personas, materiales, tecnologías, sistemas productivos, etc.”.

En este marco, la gestión de los procesos orientados al cliente constituye de acuerdo con este marco de referencia una de las piezas claves para el funcionamiento de una organización excelente, con la máxima eficacia y eficiencia.<sup>7</sup>

De todos los modelos de gestión de calidad total, los más utilizados en nuestro ámbito son, por un lado, las Normas ISO y, por otro, el Modelo de la Fundación Europea para la Gestión de Calidad (European Foundation for Quality Management – EFQM) financiado por la Unión Europea, surge en 1991 para introducir la gestión de calidad total e incrementar la competitividad en el entorno europeo.

Este último está en continua revisión, habiéndose realizado dos actualizaciones importantes desde entonces, en 1999 y en 2004.

“El Modelo EFQM de Excelencia es un marco de trabajo no prescriptivo que reconoce que la excelencia de una organización se puede lograr de manera sostenida mediante distintos enfoques”.

Está formado por 9 criterios, a través de los que enuncia que “los Resultados excelentes con respecto al Rendimiento de la organización, a los Clientes, la Personas y la Sociedad se logran mediante un liderazgo que dirija e impulse la

---

<sup>7</sup> Cardoen, B.; Demeulemeester, E. Operating room planning and scheduling: A literature review. Department of Decisions Sciences and Information Management. Bélgica. 2008. 44 pp.

Política y Estrategia, las Personas de la organización, las Alianzas y Recursos y los Procesos.

Estos 9 criterios o cajas se detallan en 32 subcriterios, los cuales a su vez se desarrollan en dos centenares de áreas a abordar al realizar la evaluación de cualquier tipo de organización.

Estas áreas no son prescriptivas pero aclaran el significado del subcriterio. Los nueve criterios que lo componen tienen una ponderación que se recoge en los porcentajes del esquema.

En el centro de la representación gráfica del modelo, y sirviendo de enlace entre los criterios agente y los resultados, el criterio 5 “Procesos” tiene un gran peso específico (14%), siendo la gestión por procesos uno de los ejes fundamentales del modelo.

Lo primero será conocer la estrategia que tiene la organización para alcanzar la misión o razón fundamental de su existencia; en su defecto tendremos que utilizar líneas estratégicas, objetivos o incluso normativas que orienten la marcha de la organización. Esta estrategia permite identificar con claridad cuáles son los procesos clave (los que justifican la razón de ser del centro/servicio/unidad y se realizan en tiempo real con el cliente) y los procesos de soporte que facilitan el funcionamiento.<sup>8</sup>

La reingeniería de procesos asistenciales se desarrolla en tres grandes etapas: descubrir, rediseñar e implantar.

*Etapas.*  
Etapa cero. Alineación.

Es necesario definir qué se entiende por misión de la organización. La misión es el punto de referencia acerca del cual todos los procesos se alinean, facilitando así una actuación enfocada hacia un objetivo común.

La misión define qué tipo de organización somos o debemos ser.

*Primera etapa. Descubrir.*

Debe establecerse la figura de un coordinador del proyecto de reingeniería, idealmente un profesional con experiencia asistencial y buen conocimiento de la institución.

---

<sup>8</sup> Martínez, F.; Ospina, H. Procesos, Guía didáctica y módulo. Fundación Universitaria Luis Amigo. Colombia. 2008. 202 pp.

El objetivo de esta etapa es realizar un estudio en profundidad de cómo el hospital proporciona sus servicios a los pacientes. Para ello, deben obtenerse indicadores clave de efectividad y coste, y compararlos con otros centros similares y con los mejores (benchmarking).

En esta etapa se identifican los grupos de pacientes susceptibles de recibir una atención homogénea. Además, se evalúa la actitud del personal ante el cambio propuesto, los grupos que lo apoyan y las resistencias.

Se debe tener en cuenta también la información existente sobre las opiniones y expectativas de los clientes.

Los objetivos marcados deben ser cuantificables. Otro aspecto clave es desarrollar un sistema de información que permita comunicar los resultados a toda la organización. La implantación de los cambios debe ser transparente.

#### *Segunda etapa. Rediseñar.*

Se compone de los siguientes pasos:

- a) Visión global inicial del proceso que debe rediseñarse. Responde a la pregunta, ¿dónde podemos innovar?
- b) Características clave del proceso, ¿cómo va a funcionar? Análisis de diagramas de flujo, rendimiento, organización y recursos tecnológicos.
- c) Medidas de actividad y rendimiento, ¿qué tal va a funcionar? Medidas de coste, calidad, tiempo y capacidad de respuesta.
- d) Factores críticos de éxito: ¿qué cosas tiene que funcionar necesariamente bien para que el cambio sea un éxito? Evaluación de los aspectos humanos, tecnológicos y de resultados finales a largo plazo.
- e) Obstáculos potenciales al proceso de implantación del proceso rediseñado. ¿Por qué razones podrían funcionar mal las cosas? Asignación de recursos, cambio de cultura de la organización, cambios técnicos.

#### *Tercera etapa. Realizar.*

Para realizar las propuestas de mejora y cambios, se debe considerar que siempre existe resistencia al cambio, agravada por factores como una cultura de la organización muy asentada, falta de legitimidad, etc. Por ello, se requiere un buen

programa de comunicación, participación e implicación de los profesionales en el proceso, y una mezcla de generosidad y firmeza en la negociación.

En esta etapa se contemplan los siguientes aspectos:

- a) Desarrollo efectivo e implantación de las operaciones y tareas diarias propuestas.
- b) Auditoria de la calidad alcanzada.
- c) Medidas de actividad y rendimiento que deben ser evaluadas periódicamente. Indicadores de proceso, resultado, costes, satisfacción del cliente.
- d) Flexibilidad para introducir medidas de mejora continua.<sup>3</sup>

Con todo ello es posible establecer el mapa de procesos, en el que estarán reflejados todos los procesos del centro o la Unidad, Servicio o Departamento. El mapa no es más que una representación gráfica de la organización, como un zoom que nos permite observar los procesos que tienen lugar en ella. Por ello es importante que el mapa de procesos incluya un detalle de las relaciones entre los procesos identificados y cómo se incardinan para facilitar la consecución de los objetivos y la misión.

Una organización se interrelaciona externamente con clientes, personas, proveedores, accionistas y sociedad. El nivel más alto de diseño corresponde a la concepción de la organización como una única caja IDEF0 (nivel A0). Un proceso general puede descomponerse en una secuencia de procesos, y así sucesivamente hasta llegar a los procedimientos.

Se denominará e identificará cada uno de los procesos así como a sus responsables. Se habla de “responsable” o “propietario de un proceso”, para referirse a la persona con capacidad de liderazgo, conocimiento extenso del proceso y con capacidad autónoma de toma de decisiones, que asegura el buen desarrollo y la mejora continua del mismo, coordinando los distintos estamentos, procurando su mejora y facilitando la participación de los profesionales.

A partir de aquí, una vez comprobada la idoneidad del mapa de procesos, se despliega en cascada, describiendo objetivos, actividades de cada uno de los procesos y de sus subprocesos.

A su vez, se irá estableciendo las relaciones entre procesos y subprocessos, lo que, paulatinamente puede ir acompañado de la definición de las instrucciones de trabajo para las personas que intervienen en ellos.

Los procesos deben describirse de forma que quede suficientemente claro qué pasos deben darse para realizarlo satisfactoriamente.

En algunos casos puede ser interesante la descripción del procedimiento, es decir, una explicación fase por fase de las actividades que componen el proceso, lo cual supone la elaboración de un diagrama de flujo.

La denominada, “arquitectura de procesos”, permite describir el conjunto de actividades y sus relaciones desde un nivel general (arquitectura 0 de procesos del Servicio hasta un nivel de mayor detalle especificando instrucciones de trabajo o tareas específicas que deben realizarse – arquitectura de procesos nivel 3.

Todo proceso incluye una sucesión de actividades que, necesariamente, tienen cada una de ellas alguna actividad precedente y lógicamente tendrán otra a continuación hasta su final.

Al espacio comprendido entre los límites establecidos para cada proceso, se le denomina “ámbito del proceso”.

Los procesos, a su vez, se subdividen en subprocessos cuando por su complejidad es aconsejable subdividir el conjunto de actividades que los integran para una mejor comprensión.

En el caso concreto de las empresas del sector servicios, donde en general, coincide que el producto se consume en el momento en el que se produce, se actúa sobre el propio cliente al que se considera como “sustrato” (entrada) a transformar en producto con valor añadido al término del proceso de prestación de un servicio (salida).

Por ello, el producto obtenido en el sector servicios se fundamenta en el mismo cliente, al que se ha aportado el valor añadido con una prestación de servicio determinada. Así mismo, la información puede ser una entrada al proceso, siendo en

este caso la salida una información actualizada o que aporte un mayor valor añadido.<sup>9</sup>

En el sector sanitario los procesos clave se centran en la atención al paciente; la mejora del proceso necesita la implicación de todos los profesionales y la toma autónoma de decisión, consensado entre los mismos la evidencia científica a través de documentos prácticos de uso (guías, vías de práctica clínica), y todo esto desarrollado dentro de un sistema integrado.

La definición del proceso la lleva a cabo el propietario o el equipo de proceso, una vez analizadas y delimitadas las características del problema de salud, que no solamente se ha de situar en la fase de prevención secundaria, sino que dependiendo de la población atendida o del proceso a estudio pueden contemplarse aspectos de la prevención primaria, con lo que tendríamos que, por ejemplo, adecuar las actuaciones entre organizaciones (Hospital y Centros de Atención Primaria, por ejemplo).

En procesos asistenciales de patologías crónicas o de atención primaria es interesante la descripción integral del proceso para asegurar la continuidad de cuidados a través

del mismo entre niveles asistenciales (atención primaria, especializada, socio sanitario, etc.).

La gestión por procesos facilita la coordinación y la sinergia entre los diferentes procesos que se dan en una organización y es una base sólida para organizar el empowerment, la asunción de responsabilidad por parte de los profesionales en el ámbito de actuación de su proceso y su trabajo diario.

En las organizaciones sanitarias se aprecia de forma clara la visión sistémica que define este tipo de gestión: un conjunto de personas, servicios u organizaciones (proveedores) que solicitan que se lleven a cabo una serie de actividades (procesos) para una serie de personas o servicios que reciben los resultados (clientes).

---

<sup>9</sup> Harders, M.; Malangoni, M.; Weight, S. Improving operating room efficiency through process redesign. Surgery 2006; 140:509-16. USA. 2006

Además, la gran variedad de profesionales y la complejidad de las interrelaciones que se llevan a cabo en el mismo, hace que este sistema de gestión sea especialmente adecuado y contenga un mayor potencial de mejora en nuestra organización.<sup>10</sup>

Al utilizar la gestión por procesos en una organización debe describirse de forma clara su misión (para qué y por qué existe y para quién se realiza el proceso), concretando, a continuación, entradas y salidas, e identificando clientes internos, proveedores del mismo y clientes externos, destinatarios de los servicios, etc.

Se puede medir la cantidad y la calidad de lo producido, el tiempo desde la entrada hasta la salida y el coste invertido en añadir valor; y, por último, ha de poder asignarse la responsabilidad del cumplimiento de la misión del proceso a su propietario del proceso.

Las actuaciones de los procesos, o subprocesos, poseen sus características propias, pero no deben ser considerados como entidades individuales, unas influyen en otras, y el concepto de "consecución lógica" de los subprocesos no sólo debe ser entendida en el marco temporal, también según cada actividad, de forma que no necesariamente se van a desarrollar todos ellos, y puede que alguno deba repetirse. La representación gráfica de los procesos facilita su comprensión y a veces supone una base sólida para la mejora de circuitos o su coordinación.

Se pueden utilizar diferentes metodologías para ello como el IDEF, Qualigraf o diagramas de flujo.

La documentación es una parte esencial de cualquier Sistema de Calidad y la magnitud

de la misma puede variar en dependencia del tamaño de la organización, tipo de actividad, complejidad e interacción de los procesos y la competencia del personal.

La elaboración de la documentación no debe ser un fin en sí, sino una actividad que añade valor.

---

<sup>10</sup> Paneque, P. Gestión por procesos en el sistema sanitario público de Andalucía. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. España. 2002. 27 pp.

### 3.2.9 Los Diagramas de Procesos. <sup>11</sup>

Consisten en la representación esquemática, paso a paso, de los detalles de un proceso. Incluye las entradas al proceso (inputs) y sus salidas (outputs), así como el conjunto de actividades y tareas en el desarrollo del mismo. Sirve para:

- a) Visualizar globalmente el proceso, los niveles de actuación asistencial (Atención Primaria, Atención Especializada, Urgencias o Emergencias), los profesionales implicados (médicos, enfermeras, personal no sanitario), y los recursos necesarios para obtener el resultado esperado.
- b) Identificar rápidamente funciones, responsabilidades y competencias de los participantes.
- c) Ligar las vías críticas con las organizativas, es decir, el 'qué' y el 'cómo', en relación con las tareas a realizar.
- d) Identificar puntos donde se puede medir la efectividad y eficiencia del proceso.

Un diagrama de procesos facilita la concepción de la organización como un sistema. Existen una serie de símbolos estándar que representan diversas acciones en el mapa. Estos símbolos están normalizados por la American National Standards Institute (ANSI).

En cuanto a las líneas, las continuas indican flujos físicos de información o materiales, las discontinuas a base de puntos, flujos temporales o informales, y las discontinuas a base de trazos, transferencias electrónicas de información.

Diagramas de bloque.

Emplean únicamente rectángulos y flechas, realizan una simple descripción de un proceso fraccionado en varios rectángulos o bloques.

Diagramas de despliegue.

Representan el flujo de información y materiales que existe entre distintas unidades de organización (departamentos, secciones, delegaciones) para la realización de un

---

<sup>11</sup> Hernández, A.; Medina, A. Criterios para la elaboración de mapas de procesos. Particularidades para los servicios hospitalarios. Cuba. 2009. 7 pp.

proceso. Expone todas las acciones o tareas a través de su representación lineal por todas las áreas o departamentos.

En este tipo de diagrama se puede incluir una variable de tiempo de proceso.

Diagramas de flujos de datos.

Mediante símbolos específicos, líneas y flechas, representan el flujo completo de datos o información que se genera entorno a dos o más unidades.

Diagrama de red.

Ilustran las conexiones y flujos de abastecimiento que existen entre los distintos componentes de un sistema de red. Se aplican en redes informáticas, energéticas, etc.

Diagrama de análisis.

Sirven para analizar la efectividad de un proceso, registrando todas las variables que se han producido (retrasos, consumos, costes, duración).

### **El lenguaje IDEF 0.**

La metodología IDEF (Integration Definition for Function Modeling) aporta una capacidad de representación gráfica de los procesos. Permite trabajar con un proceso de forma aislada. Fue publicado en 1993 por el National Institute of Standards and Technology de EE.UU.

Tiene sus orígenes en el método de modelado SADT (Structured Analysis and Design Technique) desarrollado por Ross utilizado en 1973 por la US Air Force.

Esta metodología distingue diversos niveles en la arquitectura de los procesos, siendo los utilizados con más frecuencia: 1º proceso; 2º subproceso (nos dice que se hace); 3º actividades; y 4º tareas (nos dice como se hace).

Los procesos se representan mediante cajas, y las interrelaciones entre los objetos, por flechas. En estas cajas se presentan los requerimientos del proveedor a la izquierda, el servicio facilitado al cliente por la derecha, las limitaciones, normas o estrategias en la parte superior y los recursos necesarios en la parte inferior.

Este sistema de representación gráfica permite la representación de modelos complejos, asegura una gran integración de los mismos y permite detectar circuitos que no aportan valor añadido.

Sin embargo, esta metodología es orientativa, cada organización la adapta a su entorno en función principalmente de los recursos que va a destinar y cómo esté organizada.

Por lo tanto, la metodología IDEF tiene en cuenta dos elementos, las guías y los recursos. Las guías son las normas de funcionamiento y los recursos, lo que se necesita para realizarlo.

En el caso de los centros sanitarios, los procesos se refieren tanto a los procesos clínicos como a otro tipo de procesos de gestión.

Se han establecido cinco niveles de representación gráfica, desde el 0 hasta el 4, pasando progresivamente de una visión global de los procesos (nivel 0) hasta las tareas específicas a realizar en un proceso concreto (nivel 4). Para los niveles 0, 1 y 2, se ha seguido de forma simplificada la estructura de representación gráfica por niveles que propone la metodología IDEF.

El nivel 3 permite representar gráficamente las actividades y tareas a través de diagramas de flujo. Por último, el nivel 4 plantea el esquema de desarrollo de una vía crítica.

#### *Arquitectura nivel 0.*

Se trata de una representación global, ya definida, de los procesos que desarrolla la organización en su conjunto. Sería, por tanto, una representación única para todos los procesos integrados dentro del Sistema Sanitario Público de Andalucía: un esquema global del proceso de atención sanitaria a través de los diferentes proveedores de servicios que la integran.

Por consiguiente, para la representación gráfica de procesos asistenciales partimos del nivel 1.

#### *Arquitectura nivel 1.*

Representación del proceso integral en su conjunto.

Este nivel corresponde a la representación gráfica de un proceso de atención concreto, por ejemplo la Diabetes, el Cáncer de Mama, la Fractura de Cadera, la Catarata.

Al tratarse de procesos integrados, consistiría en la representación global del proceso en su flujo por los diferentes proveedores de la organización y, por tanto, figurarán los distintos niveles asistenciales implicados en la atención.

### *Arquitectura nivel 2.*

Representación de los subprocesos.

Una vez diseñado el esquema gráfico del conjunto de actividades que componen el proceso (Nivel 1), el segundo paso consiste en profundizar un poco más en estos grupos de actividades. Se trata de responder a la pregunta ¿qué hacemos? pero más detalladamente que en el nivel 1.

Este nivel necesita generalmente de varios esquemas gráficos que representan los diferentes subprocesos en los que se puede descomponer el proceso integrado que se está representando.

La amplitud y características de estos subprocesos no mantienen una regla definida, sino que dependen de las peculiaridades propias de cada proceso.

### *Arquitectura nivel 3.*

Es un modelo de representación gráfica práctico en el que se desglosan las actividades de un proceso, a la vez que se muestra la persona que desarrolla la actividad.

Es ya una representación gráfica a través del diagrama de flujos, y puede detallarse más mostrando, en la parte superior, los tiempos de ejecución o el lugar en el que se realiza la actividad o se entrega el servicio.

Cada una de las casillas de este diagrama puede contener, a su vez, otro esquema de Flujograma lineal, y así sucesivamente hasta el último nivel de detalle al que se requiera llegar.

Suele servirse de los siguientes iconos, aunque puede utilizarse indistintamente cualquier tipo de medio gráfico que ayude a la interpretación del diagrama.<sup>12</sup>

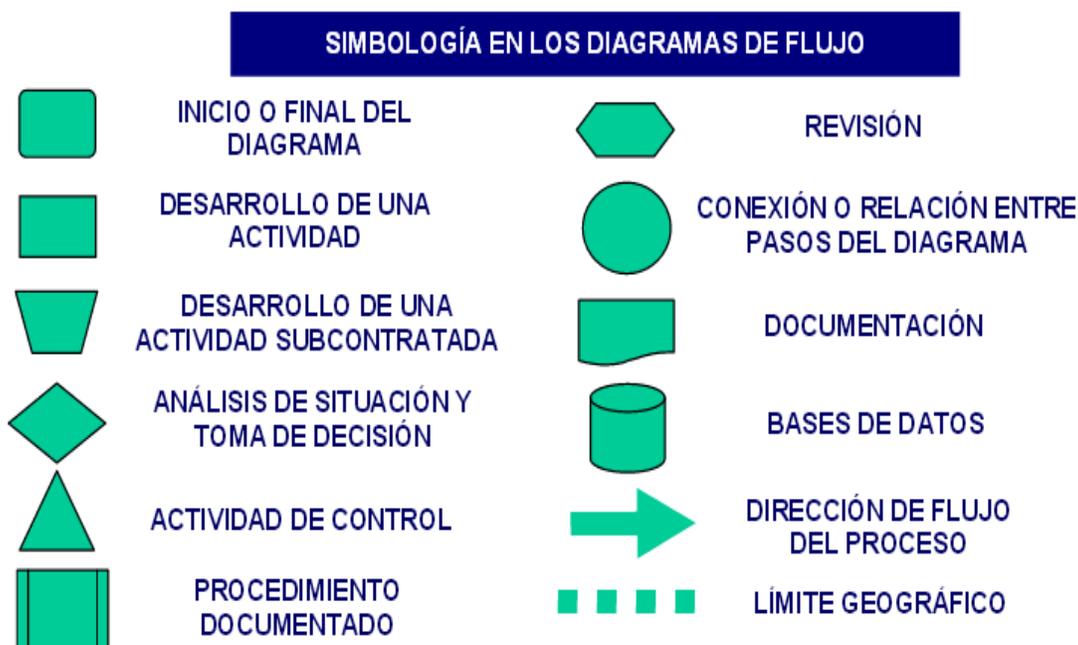


Figura 2 Simbología en los diagramas de flujo

#### Arquitectura nivel 4.

Es la representación operativa de la vía organizativa relacionada con la secuencia temporal en el abordaje del paciente.

En este punto, el equipo de trabajo determinaría, según el proceso previamente definido, la entrega de servicios: la información y el tipo de gestiones que los distintos profesionales en cada nivel de atención proporcionarían al paciente en los diversos momentos previstos en su atención.

#### PEPSU<sup>13</sup>

<sup>12</sup> Fundación Iberoamericana para la Gestión de la Calidad. [www.fundibeq.org](http://www.fundibeq.org) [http://www.fundibeq.org/opencms/export/sites/default/PWF/downloads/gallery/methodology/tools/diagrama\\_de\\_flujo.pdf](http://www.fundibeq.org/opencms/export/sites/default/PWF/downloads/gallery/methodology/tools/diagrama_de_flujo.pdf)

<sup>13</sup> Dirección Regional de Salud de Cusco. Plan de Mejora de Procesos. Perú. 2005. 19 pp.

Esta herramienta es útil para definir el inicio y el fin del proceso al facilitar la identificación de sus proveedores, entradas, subprocessos, salidas y usuarios.

Las siglas PEPSU representan:

Proveedores:

Entidades o personas que proporcionan las entradas como materiales, información y otros insumos. En un proceso puede haber uno o varios proveedores, ya sea interno(s) o externo(s).

Entradas:

Son los materiales, información y otros insumos necesarios para operar los procesos. Los requisitos de las entradas deben estar definidos, y se debe verificar que las entradas los satisfacen. Pueden existir una o varias entradas para un mismo proceso.

Proceso:

Un proceso es un conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultado.

Bajo el título "Proceso" de la herramienta PEPSU se registran los subprocessos que conforman el proceso que se está definiendo.

La **matriz interfuncional de un proceso**, es un instrumento muy útil para analizar la denominada física del proceso, con el objetivo de su mejora. Para ello se debe:

- a) Identificar desconexiones e interfaces.
- b) Transformar el "como es" en "cómo debería ser" (rediseño).
- c) Eliminación de etapas innecesarias.
- d) Realización de actividades en orden diferente, sobre todo analizar aquellas que pueden ser realizadas en paralelo.
- e) Posibilidades de automatización.
- f) Etapas en donde pueden utilizarse ordenadores para transmitir información.
- g) Eliminar aprobaciones o revisiones múltiples.
- h) Combinar actividades relacionadas.

Procedimiento para la elaboración de mapas de procesos: <sup>8</sup>

1. Definición del proceso.

2. Identificación de actividades y tareas.

3. Tipo de mapa o enfoque. Los diagramas ASIS son ideales en este paso, por su posibilidad de representar actividades y conexiones tal como suceden en la realidad operativa. Los mapas IDEFO con un detalle superior podrían ser el comienzo para entender los procesos compuestos por varios subprocesos y sus conexiones, de manera que se tenga en cuenta el efecto de la mejora en otros procesos y sus relaciones. Si el proceso analizado es de alto contacto y el objetivo que se persigue es registrar los momentos de contacto del cliente con la organización y en ellos dedicar los esfuerzos de gestión, pues el ciclo de servicio puede ser muy útil.

4. Diagrama y documentación. Este paso comprende:

- a) Entrevistas con ejecutantes del proceso.
- b) Mostrar las actividades que realmente ocurren.
- c) Documentar sobre errores o fallas que se cometen en el proceso.
- d) Determinar riesgos y puntos críticos de control.
- e) Inventario de momentos de verdad.
- f) Protocolos (prácticas clínicas, variabilidad), normas.
- g) Tiempo del ciclo.
- h) Costos.
- i) Flujo informativo.

5. Revisión.

6. Detectar oportunidades de mejora.

**La calidad basada en la Gestión de las Actividades (ABQ).** Consiste en la optimización de cada una de las actividades que componen el proceso con el fin de conseguir un resultado óptimo, tanto para el usuario, como para los profesionales implicados y los restantes grupos interesados en el servicio. Para ello, se analiza cada una de las actividades que componen el proceso y se seleccionan aquellas que son críticas o claves para la obtención de resultados, expresados estos como características de salud, de satisfacción y de coste.

El análisis de las actividades permite identificar aquellas que son significativas de una organización para establecer de forma clara, concisa y descriptiva las tareas que se llevan a cabo en la misma, determinando además los costes afectos a las mismas y evaluar la forma en que éstas se ejecutan.

La excelencia es la integración eficaz de las actividades dentro de todas las unidades de una Organización, que conduce a mejorar continuamente la oferta de productos y/o servicios que satisfagan al cliente interno y externo.

La excelencia se debe mantener en la Organización a lo largo del tiempo mediante la mejora continua de todas las actividades de la misma, incluyendo, no solo la actividad asistencial y de investigación y docencia sino también otras no asistenciales que deben ser igualmente analizadas.

El ABQ Calidad Basada en la Gestión de las Actividades, debe ser entendido como un entorno dentro del cual se analizan dos vertientes o dimensiones:

- Gestión de las propias actividades (ABM).
- Costes de las mismas (ABC).

### **Gestión Basada en las Actividades. ABM (Activity Based Management)**

La evaluación y gestión de las actividades permite valorar si el trabajo está hecho y cómo se ha llevado a cabo y sirve de base para aplicar la mejora continua. La gestión de actividades puede ser entendida como un sistema de gestión global de los procesos que orientan el contenido general de la organización sanitaria, teniendo como objetivo conseguir la Excelencia de la misma. Esta forma de gestión a través de las actividades que tienen lugar en la organización para cada proceso, recibe la denominación de ABM (Activity Based Management): Gestión Basada en las Actividades. Se trata de analizar el porqué, es decir, identificar la causa o el origen que determina la existencia de cada actividad y el cómo se realiza.

### **El sistema de costes basado en actividades (ABC, Activity Based Costing).**

La finalidad de este método es la gestión de las actividades, que clasifica atendiendo al valor añadido que generan, posibilitando realizar análisis de mejora continua en la organización atendiendo a sus dos dimensiones: coste y proceso. La dimensión coste contiene información sobre recursos, actividades y objetos de coste identificando las actividades que suponen consumo de recursos y el valor que añaden al producto. Sirve de apoyo a la evaluación económica y a las operaciones de una organización.

### **La gestión por procesos y la mejora continua de la calidad**

Una innovación o cambio puede ser:

- Un cambio marginal, con mejoras en tareas y operaciones elementales de trabajo.
- Cambios para mejorar la organización de forma incremental, a través de sistemas de gestión de la calidad total (FQM).
- Innovaciones radicales, con reestructuración o simplificación de procesos.

Para la reingeniería de procesos, se aconseja la participación de expertos en este tipo de proyectos. La reingeniería de procesos se sitúa en el nivel más alto de mejora, y exige la implantación de un sistema de organización por procesos. Si lo que se pretende es una innovación radical será necesario implantar la Dirección por Procesos.

En las actuaciones a emprender por parte de una organización para dotar de un enfoque basado en procesos a su sistema de gestión, se pueden agregar en cuatro grandes pasos: 1º La identificación y secuencia de los procesos. 2º La descripción de cada uno de los procesos. 3º El seguimiento y la medición para conocer los resultados que obtienen. 4º La mejora de los procesos con base en el seguimiento y medición realizado. La adopción de este enfoque siguiendo estos cuatro pasos no sólo facilita el entendimiento del mismo de cara a un sistema basado en las normas de la familia ISO 9000 del 2000.

### **Marco Legal de la gestión por procesos**

En el marco del Plan de Gobierno está el proceso de construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud que supone una profunda reforma definida dentro de veinticinco estrategias que conjuga ocho ejes en su primera fase, a saber:

- a) Construcción de la Red Integrada de Servicios de Salud del MINSAL.
- b) Recursos humanos en salud como piedra angular del sistema.
- c) Respuesta a la demanda de medicamentos y vacunas.
- d) Instauración del Foro Nacional de Salud.
- e) Construcción de un Sistema Nacional de Emergencias Médicas.
- f) Desarrollo de un Sistema Único de Información Estratégica.
- g) Articulación progresiva con el ISSS y otros prestadores públicos de salud.
- h) Creación del Instituto Nacional de Salud y fortalecimiento de la Red de Laboratorios.

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

En el año de 2016 en el Hospital Nacional Nuestra Señora de Fátima nace la idea de iniciar la gestión por procesos, definiendo los procesos de atención en algunos lugares.

La Gestión por procesos está respaldado por un conjunto de disposiciones legales, que parte de las atribuciones que le confiere la Ley No. 41/83 de la Salud Pública, que estableció en los principios básicos para la regulación de las relaciones sociales en el campo de la salud pública con el fin de contribuir a garantizar la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el restablecimiento de la salud, la rehabilitación social de los pacientes y la asistencia social. Esta ley dedica un espacio al tratamiento de la información en su ciclo de vida y uso, en cuanto a la Estadística en el Capítulo 1, Artículos 6, así como sobre la Información Científico-Técnica y otras informaciones en otros artículos, que se especifican en mayor detalle en el Reglamentado aprobado por el Decreto Ley 139/88, en cumplimiento del cual se han establecido un conjunto de resoluciones, normas y regulaciones que organizan la captación del dato sanitario, su procesamiento, flujo, análisis y presentación a través de los Sistemas de Información Estadísticos (SIE) y su uso

científico-técnico, en función de la toma de decisiones en general, ya sea investigativa, operativa, táctica o estratégica, en el marco de la dirección o del ámbito de la profesión.

Se incluyen en la Base legal para conformar la gestión por procesos, las disposiciones y regulaciones estatales, como son el Decreto Ley 281/2011 la Resolución 60/2011 de la Contraloría General de la República y otras que disponen, rigen y complementan su implementación y ejecución.

### **3.3. Calidad en los Servicios de Salud**

El diccionario de la Real Academia Española define el concepto de calidad como “la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie”. Esta definición muestra las dos características esenciales del término. De un parte, la subjetividad de su valoración: de otra, su relatividad. No es una cualidad absoluta que se posee o no se posee, sino un atributo relativo: se tiene más o menos calidad.

Centrándose en el producto, el término calidad se entiende como un concepto relativo no ligado solamente a aquél, sino más bien el binomio producto/cliente. Constituye un modo de ser del bien o servicio: en consecuencia, es subjetivo y distinto según el punto de vista de quien la ofrece y de quien la consume.

En la literatura especializada hay numerosas definiciones. Todas ellas se han formado en función tanto de las características del bien o servicio como de la satisfacción de las necesidades y exigencias del consumidor.

La calidad es:

El grado de satisfacción que ofrecen las características del producto con relación a las exigencias del consumidor.

El conjunto de especificaciones y características de un producto o servicio referidas a su capacidad de satisfacer las necesidades que se conocen o presuponen (ISO 9004-2).<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Universidad Nacional de México. Infomed. S.f.

<http://www.facmed.unam.mx/emc/computo/infomedic/presentac/modulos/ftp/documentos/calidad.pdf>

Todo producto, bien o servicio, tiene dos maneras como puede percibirse su nivel de calidad: “calidad técnica y calidad funcional”. La primera se refiere al cumplimiento de todos los requisitos indispensable que se desarrollan acordes con lo estrictamente científico (cumplimiento de protocolos de atención) y la segunda es conocida “manera de cómo es brindado el servicio” (como la persona recibe el servicio).<sup>15</sup>

### **3.3.1 Componentes de la Calidad Asistencial**

Según Donabedian, son tres los componentes de la calidad asistencial a tener en cuenta.

El componente técnico, el cual es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos.

Por otra parte, el componente interpersonal, el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general.

Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual.

Finalmente, el tercer componente lo constituyen los aspectos de confort, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable.

A partir de este análisis numerosos autores han postulado las dimensiones que abarca la calidad, siendo la clasificación más conocida la de H. Palmer que incluye:

- a) Efectividad: Capacidad de un determinado procedimiento o tratamiento en su aplicación real para obtener los objetivos propuestos.
- b) Eficiencia: La prestación de un máximo de unidades comparables de cuidados por unidad de recursos utilizada.

---

<sup>15</sup> Otero, Jaime. Infodir. S.f. 2002. [www.sld.cu/galerias/doc/sitios/infodir/que\\_es\\_calidad\\_en\\_salud.doc](http://www.sld.cu/galerias/doc/sitios/infodir/que_es_calidad_en_salud.doc)

c) Accesibilidad: Facilidad con que puede obtenerse la asistencia frente a barreras económicas, organizativas, culturales, etc.

d) Aceptabilidad: Grado de satisfacción de los usuarios respecto a la atención.

e) Competencia profesional: Capacidad del profesional para la mejor utilización de sus conocimientos a fin de proporcionar cuidados y satisfacción a los usuarios.<sup>16</sup>

Según el Instituto de Medicina de los Estados Unidos, la seguridad adquiere el sentido de evitar lesiones o daños a los pacientes, producidos por una atención sanitaria que pretende ayudarles. La efectividad se refiere a la provisión de servicios, basada en el conocimiento científico, a todos los que pueden beneficiarse y abstenerse de proveer servicios a aquellos que no se beneficiaran de los mismos. El paciente como centro hace referencia a la atención sanitaria que establece una cooperación entre los profesionales de la salud, los pacientes y cuando sea oportuno la familia para asegurar que las decisiones que se toman respetan al paciente, sus necesidades y sus preferencias. La accesibilidad, coordinación y continuidad están relacionadas con la obtención de la atención necesaria, minimizando los retrasos innecesarios.<sup>17</sup>

Entonces podemos decir que es importante medir la satisfacción de nuestros usuarios en las instituciones de salud, ya que dicha información permite a nuestros pacientes poder realizar elecciones informadas, los pacientes poseen pocos conocimientos sobre normativas y estándares de calidad que deben cumplirse en las instituciones de salud, más sin embargo toman en cuenta consejos de familiares, amigos, experiencias previas para poder escoger un centro de salud para ser atendidos, entre otros factores que podemos también citar está la accesibilidad geográfica de la institución, instalaciones y equipos, comodidad y seguridad del paciente. Otras de las bondades de conocer en las instituciones la satisfacción de nuestro usuarios es que permite que el clínico pueda mejorar la atención que presta, facilitarle decisiones acerca del tipo de atención que debe mantenerse y la que debe

---

<sup>16</sup> Suñol, Rosa. Fundación Donavedian. S.f. 2014. [http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa\\_sunol.pdf](http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf)

<sup>17</sup> Organización para la Excelencia de Salud. OES. S.f. 2014. <http://www.cgh.org.co/temas/dimensionesdecalidad.php>

ser mejorada o eliminada dentro de los procesos de la atención. Existen muchas aproximaciones para medir la calidad de la atención sanitaria.

Todas ellas poseen ventajas e inconvenientes, y algunas funcionan mejor en ciertos ámbitos que en otros.

Para evaluar la calidad es necesario basarse en tres ámbitos diferenciados: estructura, proceso y resultado.

De forma sintética se podría afirmar que:

-La calidad estructural hace referencia a las características del sistema sanitario.

-La calidad del proceso se refiere a las actividades que desempeñan los profesionales.

-La calidad de los resultados está relacionada con la salud de los pacientes.

Aunque el fin último de los servicios sanitarios radique en conseguir buenos resultados, la utilización de medidas no suele ser la forma más efectiva para alcanzar ese fin, debido a causas técnicas, por lo tanto a menudo se utilizan las medidas de estructura y de proceso.

**1. Calidad Estructural.** La calidad estructural está relacionada con las características del sistema, las cuales afectan a su capacidad para alcanzar las necesidades de los pacientes y de las comunidades a las que atiende. Estas características incluyen:

a) Características de los profesionales

b) Características organizativas

c) Características estructurales.

**2. Calidad del Proceso.** La calidad del proceso está relacionada con lo que los clínicos hacen por sus pacientes y con qué nivel de calidad lo hace, tanto desde un punto de vista técnico como interpersonal.

Dentro de la calidad del proceso podemos hablar de Calidad del proceso Técnico y calidad interpersonal.

Se habla de calidad del producto del proceso desde el punto de vista técnico cuando se realiza las decisiones adecuadas en el diagnóstico y en el tratamiento y, por otro lado, la atención se presta con la capacitación y las habilidades necesarias.

El primer punto se mide, generalmente, mediante la evaluación de la adecuación o del cumplimiento de los estándares profesionales.

Las habilidades de los profesionales son más difíciles de evaluar directamente. Esta evaluación se puede realizar por medio de la elaboración de una lista de indicadores de calidad que describan un proceso de atención que debe cumplirse en determinado tipo de paciente o circunstancia clínica.

Los indicadores deben basarse en estándares que, a su vez, deben encontrarse en la bibliografía, ser establecidos por organizaciones profesionales o ser definidos por paneles de expertos.

**3. Calidad Interpersonal.** La calidad interpersonal está referida a una atención prestada con respeto y de forma humana, de modo que se adecue a las preferencias de los pacientes. En este apartado se incluyen aspectos como la información que el clínico proporcione al paciente con el fin de que este pueda tomar decisiones informadas o para que se sienta implicado en las principales decisiones de su asistencia. Generalmente se evalúa mediante las encuestas que se realizan a los pacientes.

#### **4. Resultados**

La medición del resultado es probablemente el enfoque intuitivamente más atractivo para el control de la calidad. Los tres tipos de resultados principales son:

- a) El estatus clínico.
- b) El estatus funcional
- c) La satisfacción de los pacientes.

##### ***Estatus clínico***

El estatus clínico abarca los resultados biológicos de la enfermedad, tales como el funcionamiento de los sistemas orgánicos. Los profesionales sanitarios han utilizado

tradicionalmente el estatus clínico para determinar el éxito o el fracaso de un tratamiento.

### ***Estatus funcional***

Las medidas del estatus funcional evalúan como se afecta la capacidad del individuo para participar en actividades físicas, cognitivas y sociales. Cuando se combinan las medidas del estatus funcional con el sentimiento general de bienestar del paciente suele hacerse referencia a la medición de la calidad de vida relacionada con la salud.

### ***Satisfacción del Paciente.***

La satisfacción del paciente hace referencia al modo en que este se siente, teniendo en cuenta la atención recibida.

Una limitación de la medición de la satisfacción hace que los pacientes no siempre puedan valorar si la atención fue adecuada o técnicamente buena.

Las investigaciones no han permitido encontrar una relación consistente entre la satisfacción de los pacientes y la calidad técnica de la atención.

Obviamente, un médico amable puede prestar una atención técnicamente incorrecta. Además la satisfacción de los pacientes puede variar según las expectativas que se tengan.

Por ejemplo, algunos pacientes que tengan antecedentes personales con respecto a problemas de accesibilidad (Por ejemplo, tiempos de espera) pueden mostrarse especialmente satisfechos cuando finalmente son atendidos por un médico independientemente del nivel de calidad con que fue prestado el servicio.

Aunque la satisfacción de los pacientes es muy importante (un paciente satisfecho tiene más probabilidades de tomarse adecuadamente los antibióticos prescritos o de volver a las visitas de seguimiento), no debe considerarse como la única medida de calidad de la atención.

Posteriormente a lo expuesto podríamos afirmar que cualquier servicio accesible, efectivo, eficiente, adecuado, continuado, respetuosos, satisfactorio, centrado en el paciente, tiene elevadas probabilidades de ser un servicio de gran calidad.

Según los enfoques conceptuales de Donabedian, se reconoce que la satisfacción del usuario deber ser incluida en las evaluaciones del aseguramiento de la calidad,

como un atributo de un cuidado de calidad; como un legítimo y deseable resultado, dado que la atención en salud no puede ser de alta calidad a menos que el usuario esté satisfecho.

Teóricamente también se partirá de considerar las bases conceptuales y metodológicas sobre la calidad de la atención, del modelo desarrollado por Donabedian, el cual propone un análisis de la calidad a partir de tres dimensiones - estructura, procesos y resultados.

Este esquema supone que los resultados realmente son consecuencia de la atención proporcionada, lo cual implica que no todos los resultados puedan ser fácil y exclusivamente imputables a los procesos, y no todos los procesos dependerán directa y unívocamente de la estructura.

Con base en lo anterior, se desprende el análisis de la satisfacción de los usuarios, vista como un indicador de la dimensión de resultado, a partir del cual se puede obtener la opinión acerca de los aspectos de la estructura (comodidades, instalaciones físicas, organización), el proceso (procedimientos y acciones realizadas en la consulta y en los trámites) y el resultado (cambios en el estado de salud y la percepción general de la atención recibida).

El concepto de calidad, aplicado a la atención médica, hace referencia a la capacidad que con distinto grado puede tener una organización o un acto concreto de la asistencia sanitaria para satisfacer las necesidades de los consumidores de servicios de salud.

La calidad puede referirse a diferentes aspectos de la equidad de una organización: el producto o servicio, el proceso, la producción o sistema de prestación del servicio o bien, entenderse como una corriente de pensamiento que impregna a toda una empresa.

La relación entre calidad y costes y la financiación pública de la mayoría de los sistemas sanitarios obligan hacer mención a los conceptos básicos de la economía de la salud (eficacia, efectividad, eficiencia y equidad) y a exponer los diversos análisis de evaluación económica de la asistencia sanitaria.

El concepto de calidad ha evolucionado a lo largo de los años y dado lugar a que tanto lo referente a su función como a su ámbito y objeto de control hayan variado y hasta nuestros días, cuando la calidad se configura como un modelo de gestión y un estilo de dirección implantado en las organizaciones líderes.

Según la OMS<sup>18</sup>: la calidad de la asistencia sanitaria es “Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”.

Las dimensiones implícitas en esta definición responden a tres criterios complementarios:

- a) Criterio técnico. Aplica la ciencia y la tecnología médica y otras ciencias de la salud a un problema sanitario individual, de forma que se maximicen los beneficios y se minimicen o no se incrementen los riesgos.
- b) Criterio interpersonal. Regula la interacción social y psicológica entre el cliente y el profesional y considera el grado de autonomía y responsabilidad del usuario frente al grado de dependencia que genera la actividad asistencial. Significa encontrar el equilibrio en la interacción empresa-cliente.
- c) Criterio económico. Supone la distribución y utilización racional de los recursos disponibles a fin de conseguir los objetivos propuestos, lo cual obliga a establecer previamente preferencias.

Calidad y coste son dos factores inseparables.

La atención insuficiente, excesiva, innecesaria o ineficaz origina un coste de calidad y, en consecuencia, una disminución de la calidad de la asistencia.

---

<sup>18</sup> Organización Mundial de la Salud. Evaluación de los Programas de Salud, Normas Fundamentales. Ginebra: OMS 1981: 31 – 39

Existen diferentes planteamientos sobre la forma de abordar la calidad de atención en los servicios.

Lo que no puede definirse desde el punto de vista exclusivo de un actor del sistema de salud. Cada uno de ellos paciente, trabajador, asegurador o entidad rectora- tiene una percepción diferente, que, sin contradecir y estando de acuerdo con la de los demás, hace énfasis en aquel o aquellos determinantes que más valora.

Para el paciente, por ejemplo, aspectos tales como la amabilidad y disponibilidad de tiempo de los empleados prestadores de servicios de salud, las características físicas del sitio en donde recibe la atención, el tiempo que transcurre entre el momento en que solicita el servicio y efectivamente lo recibe, los resultados y las complicaciones del proceso, son características que puede evaluar fácilmente y determinan la valoración de la calidad.

Por el contrario, la idoneidad del empleador y el nivel de actualización de la tecnología empleada durante su atención, son aspectos que no puede evaluarse.

Para el empleado prestador de los servicios de salud, la valoración de la calidad se soporta en los aspectos que podríamos denominar científicos, técnicos y tecnológicos involucrados en el proceso, tales como experiencia de los profesionales y tecnología disponible.

Para la entidad que presta el servicio, la eficiencia, es decir, la relación entre el costo de cualquier intervención y su efectividad para evitar la enfermedad o para recuperar la salud, es la característica que más valora.

### **3.3.2 Evolución de la Calidad en Salud.**

Durante la edad media surgen mercados con base en el prestigio de la calidad de los productos, se popularizó la costumbre de ponerle marca y con esta práctica se desarrolló el interés de mantenerse una buena reputación.

A fines del siglo XIX y durante las tres primeras décadas del siglo XX el objetivo es producción.

A lo largo de la historia el término calidad ha sufrido numerosos cambios que conviene reflejar cuanto a su evolución histórica.

**Concepto de calidad de atención.** Continuamente se habla del término de calidad, por lo que es importante tener claro a que hace referencia este concepto.

Existen numerosos autores cuyos aportes fueron utilizados para mejorar la calidad, dicho concepto se aborda mediante las diferentes perspectivas, entre ellos están:

### **3.3.2.1 JOSEPH JURAN:<sup>19</sup>**

Es el pionero de la calidad, según Juran la calidad tiene múltiples significados, pero existen dos que no sólo nos ayudan a planificar la calidad, sino que también sirven para planificar la estrategia empresarial Calidad.

Se refiere a la ausencia de deficiencias que adopta la forma de: Retraso en las entregas, fallos durante los servicios, facturas incorrectas, cancelación de contratos de ventas, etc. Calidad es adecuación al uso.

Juran considera que la calidad consiste en dos conceptos diferentes, pero relacionados entre sí: una forma de calidad está orientada a los ingresos, y consiste en aquellas características del producto que satisfacen necesidades del consumidor y, como consecuencia de eso producen ingresos.

En este sentido, una mejor calidad generalmente cuesta más.

Una segunda forma de calidad estaría orientada a los costes y consistiría en la ausencia de fallas y deficiencias.

En este sentido, una mejor calidad generalmente cuesta menos.

Juran identifica los componentes de la revolución de la calidad en Japón de la siguiente manera:

1. Los directivos de más alto nivel se hicieron cargo de la administración para lograr Calidad.
2. Capacitaron a toda la jerarquía en los procesos de la gestión de calidad
3. Intentaron mejorar la calidad a un ritmo revolucionario.

---

<sup>19</sup> Juran JM. Conceptos básicos. En manual de control de calidad. Barcelona 1990.cap.2

4. Le dieron participación a la mano de obra.
5. Agregaron metas de calidad en el plan empresarial.

### **El enfoque de Juran para el Mejoramiento de la Calidad**

En la lista de prioridades de Juran, el mejoramiento de la calidad ocupa un primer lugar. En este sentido, ha elaborado una propuesta estructurada que expuso por primera vez en su libro *Managerial Breakthrough* (Idea revolucionaria de administración), en 1964.

Esta propuesta incluye una lista de responsabilidades no delegables para los altos ejecutivos:

1. Crear una conciencia de la necesidad y oportunidad para el mejoramiento.
2. Exigir el mejoramiento de la calidad; incorporarlo a la descripción de cada tarea o función.
3. Crear la infraestructura: instituir un consejo de la calidad, seleccionar proyectos para el mejoramiento, designar equipos, proveer facilitadores.
4. Proporcionar capacitación acerca de cómo mejorar la calidad.
5. Analizar los progresos en forma regular.
6. Expresar reconocimiento a los equipos ganadores.
7. Promocionar los resultados.
8. Estudiar el sistema de recompensas para acelerar el ritmo de mejoramiento.
9. Mantener el impulso ampliando los planes empresariales a fin de incluir las metas de mejoramiento de la calidad.

Según Juran, la mayor oportunidad de mejoramiento – tanto tiempo descuidado – estriba en los procesos empresariales.

### **La propuesta de Juran para la Planificación de la Calidad**

Juran también ha identificado un proceso global para la planificación a fin de alcanzar las metas de calidad:

1. Identificar a los consumidores. Todo aquel que pueda ser impactado es un

consumidor potencial, ya sea externo o interno.

2. Determinar las necesidades del consumidor.
3. Crear características de producto que puedan responder a las necesidades de los consumidores.
4. Crear procesos que sean capaces de fabricar las características del producto en las condiciones operativas.
5. Transferir los procesos a las áreas operativas.

Juran piensa que la planificación de la calidad debería dar participación a aquellos que serán directamente afectados por el plan. Además, los planificadores deberían entrenarse en el uso de las herramientas y los métodos modernos para la planificación de la calidad.

### **La Propuesta de Juran para el Control de la Calidad**

En este sentido, Juran sigue el conocido circuito de retroalimentación:

1. Evaluar la *performance* real.
2. Compararla con la meta.
3. Tomar medidas sobre la diferencia.

Juran promueve la delegación del control a los más bajos niveles posibles en la organización, cediendo la responsabilidad del autocontrol a los trabajadores. También promueve la capacitación de los trabajadores en la búsqueda de información y su análisis, a fin de permitirles tomar decisiones sobre la base de los hechos.

### **Juran y la Gestión de la Calidad Total (GCT)**

Es un firme defensor de la GCT. La define como una colección de ciertas actividades relacionadas con la calidad:

1. La calidad llega a formar parte del plan de toda alta dirección.

2. Las metas de calidad se incorporan al plan empresarial.
3. Las metas ampliadas derivan del *benchmarking*: el énfasis está puesto en el consumidor y en la competencia; existen metas para el mejoramiento anual de la calidad.
4. Las metas se despliegan a los niveles de acción.
5. La capacitación se lleva a cabo a todos los niveles.
6. La medición se efectúa en cada área.
7. Los directivos analizan regularmente los progresos con respecto de las metas.
8. Se reconoce la *performance* superior.
9. Se replantea el sistema de recompensas.

### **Los Puntos de vista de Juran acerca de la participación del trabajador**

Juran tiene una poco favorable opinión de las campañas para exhortar a los empleados a resolver los problemas de calidad de las compañías. Constató hace algunas décadas que más del 85 por ciento de los problemas de calidad se originaban en los procesos directivos.

Juran estima que el Sistema Taylor, que consiste en separar la planificación de la ejecución, se ha vuelto obsoleto a causa de la mucha más amplia formación y capacitación del trabajador. Esta evolución ha hecho posible delegar a los trabajadores algunas funciones que antes llevaban a cabo los planificadores y supervisores. Considera que el sistema Taylor debería ser reemplazado, y promueve la experimentación con varias opciones como: equipos de trabajadores auto controlados, autoinspeccionados, autosupervisados y autodirigidos.

Por otro lado, cree que los equipos autodirigidos llegarán a ser muy probablemente los principales sucesores del sistema Taylor.

Según Juran, ciertas prácticas que eran importantes en el pasado se deberían someter a un cambio profundo:

1. El ciclo de desarrollo de un producto debería ser reducido a través de la planificación participativa, la ingeniería conjunta y la capacitación de los planificadores en los métodos y herramientas de la administración para lograr calidad.

2. Es necesario replantear las relaciones con el proveedor. La cantidad de proveedores debería ser reducida. Es necesario establecer una relación de cooperación con los vendedores seleccionados, sobre la base de una confianza mutua.

La actitud antagónica tradicional debería ser suprimida. Se debería ampliar la duración de los contratos.

3. La capacitación debería estar orientada a los resultados antes que a los medios. El propósito fundamental de la capacitación debería ser el cambio de conducta más que la formación.

Por ejemplo, los cursos de mejoramiento de la calidad tendrían que estar precedidos por la asignación a un proyecto específico. Por tanto, la misión de la capacitación estribaría en ayudar al equipo a completar el proyecto.

La trilogía de Juran: Ayuda administrar la calidad

**1.-Planificación de la calidad.** Suministra a las fuerzas operativas los medios para producir productos que puedan satisfacer las necesidades de los clientes, productos tales como facturas, contrato de ventas, llamadas de asistencia técnica y diseños nuevos, etc.

**2.-Fuerzas operativas.** Su trabajo es producir el producto. Si esto se hace mal se vuelve crónico porque así está planeado.

**3.-Control de calidad.** El logro de la calidad requiere el desempeño de varias actividades identificadas de calidad.

### **3.3.2.2 EDWARDS DEMING.**

Estadístico considerado el padre de la calidad moderna. Vivió la evolución de la calidad en Japón y de esta experiencia a inicios de los años cincuenta desarrolló un modelo de calidad basado en los 14 pasos tales como:

- a) Crear constancia en el propósito de mejorar el producto y el servicio.
- b) Adoptar la nueva filosofía.
- c) Dejar de depender de la inspección masiva.
- d) Acabar con la práctica de adjudicar contrato basándose solo en el precio.
- e) Instituir la capacidad en el trabajo
- f) Mejorar continuamente y por siempre el sistema de producción y servicio.
- g) Instituir el liderazgo.
- h) Desterrar el temor.
- i) Derribar las barreras que hay entre las áreas de apoyo.
- j) Eliminar los slogans y las metas para las fuerzas laborales.
- k) Eliminar las cuotas numéricas.
- l) Eliminar las barreras que impiden el sentimiento de orgullo por hacer un buen trabajo.
- m) Establecer un vigoroso programa de educación y entrenamiento
- n) Tomar medidas para lograr la transformación.

La Calidad ha de mirarse como una filosofía Orientada al producto, orientada al proceso, orientada al sistema, orientada al hombre, orientada a la sociedad, orientada al costo, orientada al cliente.<sup>20</sup>

Es importante mencionar que las instituciones realizan todos los esfuerzos para brindar un servicio de calidad, lo cual se mide complaciendo los gustos y necesidades del usuario externo, de manera que el servicio ofrecido por los empleados de la entidad pueda exceder las expectativas de los mismos, pero medir la calidad se encuentra en manos del cliente, quien es el que recibe el servicio y si el mismo no valora de manera positiva, no puede hablarse de calidad.

### **3.3.2.3. PHILIP CROSBY.**

*Calidad es “ajustarse a las especificaciones”* Propuso el programa de 14 pasos llamado cero defectos y también que la calidad está basada en cuatro principios:

- a) La calidad es cumplir con los requisitos.
- b) El sistema de la calidad es la prevención.
- c) El estándar de realización es cero defectos.
- d) La medida de la calidad es el premio del incumplimiento.

La calidad puede ser específicamente cuantificada y utilizada para mejorar los resultados de la empresa, como consecuencia de éstos principios la administración a través de la calidad se convierte en una estrategia imprescindible. El énfasis se acentúa en la prevención y no en la inspección.

La meta es el éxito del cliente mediante el cumplimiento de los requisitos a tiempo, desde la primera vez y todo el tiempo.

El objetivo fundamental de la calidad como filosofía empresarial y de toda organización, es satisfacer las necesidades del consumidor.

---

<sup>20</sup> McGraw- Hill , Gestión de calidad y competitividad

El concepto de calidad es siempre un binomio producto/cliente y por ello siempre debe de tomarse en cuenta las necesidades del usuario. Trabajar con calidad en diseñar, producir y servir un bien o servicio que sea útil, lo más económico posible y satisfactorio para las personas usuarias.

Para que el producto sea satisfactorio es necesario que cumpla con ciertas características o calidades y estas son: la calidad demandada, la diseñada y la realizada.

El producto o servicio tiene mayor grado de calidad, a medida que estas tres calidades son más concordantes, cuando no coinciden, las consecuencias son:

1. Si la calidad demandada no se diseña o no se realiza, se genera una insatisfacción del usuario.
2. Si la calidad diseñada no se realiza o no es demandada el coste es mayor y la calidad es innecesaria e insuficiente.
3. Si la calidad realizada no es la diseñada ni la demandada, aumenta el esfuerzo y la calidad es innecesaria o puede no llegar al nivel solicitado.<sup>21</sup>

La importancia de la función calidad a lo largo del tiempo ha pasado por diversas fases en un principio predominó el criterio de calidad mínima, preocupados como estaban por proveer lo máximo posible.

Este modo de pensar dio lugar a que los productos fueran de baja calidad, no se practicaba el control de calidad o tuviera escasa relevancia. Posteriormente se incorporó las actividades industriales, el control de calidad basado en la organización científica del trabajo practicándose el control por la inspección al final del proceso, más tarde se introdujo el control estadístico del proceso.

De acuerdo con Amaya 2006 la calidad de la atención de la salud se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios de aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones

---

<sup>21</sup> Crosby PB. La calidad no cuesta. México: CECSA, McGraw- Hill. 1987.

asistenciales en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

También es referida como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.<sup>22</sup>

Si se define calidad desde el punto de vista del usuario, podemos decir que es la relación entre percepción y expectativa.

Todos los seres humanos poseemos valores, deseos y estados de ánimo. Todas estas variables influyen en la creación de expectativas personales.

La expectativa es lo que se espera recibir, lo que se espera que suceda. Mientras la percepción es lo que nuestros sentidos captan de la realidad.

En un determinado momento, se hace una confrontación entre lo que se percibe y la expectativa que se tiene.

Para el usuario, la calidad de la atención depende principalmente de su interacción con el profesional de salud, de atributos tales como el tiempo de espera, la privacidad, la accesibilidad de la atención, así como lo básico, que obtengan el servicio que procuran recibir.

### **3.3.3 Evaluación de la calidad de servicio**

La evaluación tiene cuatro componentes: identificar, cuantificar, valorar y comparar. en consecuencia, uno de los pasos iniciales para evaluar la calidad asistencial es medirla, pero se puede aspirar a medir algo tan intrínsecamente cualitativo, que se conoce incorpora juicios de valor, sin caer en la subjetividad Healy nos facilita la tarea definiendo la evaluación de la calidad como la comparación de una situación previamente determinada como deseable, con la realidad, el análisis de los motivos de discrepancia y la sugerencia de los cambios necesarios para evitarla, comprobando posteriormente su eficacia.<sup>23</sup>

---

<sup>22</sup> Amaya, C. (2006) La calidad de salud, un compromiso de todos, revista de ciencia y tecnología para la salud visual y color, N° 007

<sup>23</sup> Healy S. Health Care Quality Assurance. Terminology. *Int. J. Health Care Quality Assurance*. 1988; 1: 20-31.

“De acuerdo con Varo 1994, las dimensiones de la calidad asistencial son:

**a) Eficacia.** Algunos autores la definen como la relación entre los objetivos previstos y los conseguidos en condiciones ideales o experimentales.

**b) Eficiencia.** Relación entre el impacto real de un servicio o programa y su coste de producción.

Un servicio es eficiente si consigue el máximo logro con el mínimo número de recursos posible, o con los recursos disponibles.

**c) Eficiencia clínica.** Está subordinada a la actuación del profesional, que no debe emplear recursos innecesarios.

**d) Accesibilidad.** Facilidad con que se obtienen, en cualquier momento, los servicios sanitarios, a pesar de posibles barreras económicas, geográficas, de organización, psíquicas y culturales.

**e) Disponibilidad.** Grado en que los servicios sanitarios se hallan en estado operativo, la disponibilidad incluye la accesibilidad.

**f) Calidad científico-técnica.** Nivel de aplicación de los conocimientos y la tecnología disponible en la actualidad (actualización constante y formación continuada).

**g) La satisfacción del cliente.** Grado de cumplimiento de sus expectativas en cuanto a la atención recibida y sus resultados.

Incluye la satisfacción con la organización, la asistencia recibida, los profesionales y los resultados de la atención sanitaria.

**h) Cooperación del paciente.** Grado en que el paciente cumple el plan de atención; depende de la relación que se establece entre el paciente y el profesional.

Es un componente de gran importancia en la atención médica ambulatoria

**i) Continuidad.** Tratamiento del paciente como un todo en un sistema de atención integrado.

Los servicios deben ser continuos y coordinados para que el plan de cuidados de un paciente progrese sin interrupciones.

j) Competencia profesional. Capacidad del profesional de utilizar plenamente sus conocimientos en su tarea de proporcionar salud y satisfacción a los usuarios. Se refiere tanto a la función operacional como a la relacional, tanto del profesional sanitario como de la organización.

k) Seguridad. Balance positivo de la relación riesgo-beneficio.”<sup>24</sup>

Por lo tanto, se puede decir que calidad en salud es “el grado en el cual los servicios de salud establecidos para las personas, la familia y la comunidad en su conjunto, garantizan un acceso oportuno, continuo, brindándose de manera ética, con eficiencia, eficacia, efectividad, equidad, seguridad, integridad y calidez.

#### **3.3.4 La calidad asistencial en salud.**

Cuando evaluamos la calidad de la asistencia, contemplaremos a un tiempo elementos de la estructura, del proceso y de los resultados y para ello nada mejor que recurrir a indicadores que nos ayudarán a objetivar lo subjetivo.

La garantía de calidad promueve la confianza, mejora la comunicación y fomenta una comprensión más clara de las necesidades y las expectativas de la comunidad. Si los proveedores no ofrecen servicios de calidad, no lograrán granjearse la confianza de la población y las personas recurrirán al sistema de salud únicamente cuando estén en extrema necesidad de atención curativa.

Tal situación es especialmente desafortunada en los países en desarrollo, en donde la atención preventiva para salvar vidas depende de la voluntad de la participación de las comunidades.

Los esfuerzos de garantía de calidad también ofrecen a los trabajadores de salud una oportunidad de sobresalir, con lo cual, aumenta la satisfacción laboral y el respeto de la comunidad.

Las graves restricciones de recursos limitan la capacidad que tienen los sistemas de atención de salud de la mayoría de los países en desarrollo de ofrecer aumentos de

---

<sup>24</sup> Varo, J. (1994) Gestión Estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Díaz de santos, S.A España: disponible en [www.Netsalud.s.cr/ms/ministe/reforme.htm](http://www.Netsalud.s.cr/ms/ministe/reforme.htm)

suelo y progreso profesional como premio por el buen desempeño; pero estos no son siempre necesarios para mejorar la calidad.

### **Dimensiones de la Calidad en Atención en Salud**

La calidad es un concepto integral y polifacético. Los expertos en calidad generalmente reconocen varias dimensiones diferentes de la calidad que varían en importancia según el contexto en el cual tiene lugar un esfuerzo de garantía de la misma.

Las actividades pertinentes pueden encarar una o más variedades de dimensiones tales como competencia profesional, acceso a los servicios, eficacia, satisfacción del cliente, aceptabilidad de los servicios, eficiencia, continuidad, seguridad o comodidades. Un problema de calidad puede tener más de una dimensión, y estas proporcionan un marco útil porque le sirven al equipo de salud para analizar y definir sus problemas y calcular la medida en la que cumplen con sus propias normas de programa.<sup>25</sup>

*Competencia profesional.* La competencia profesional se refiere a la capacidad y al desempeño de las funciones de los grupos de salud, del personal administrativo y del personal de apoyo. Por ejemplo, para que haya competencia profesional en los servicios prestados por los trabajadores de salud de un pueblo, esa persona debe tener la capacidad y los conocimientos necesarios para realizar las tareas, lo que debe hacer en forma uniforme y precisa (desempeño real). La competencia profesional se relaciona con la ejecución de las pautas y normas para el ejercicio de la profesión y realización en términos de fiabilidad, precisión, confiabilidad y uniformidad. Esta dimensión es pertinente tanto para los servicios clínicos como no-clínicos. Para los grupos de salud, comprende las técnicas relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento así como la capacidad de suministrar asesoramiento efectivo en salud y establecer una buena relación con el paciente. La competencia administrativa profesional exige idoneidad en supervisión, capacitación y solución de problemas.

---

<sup>25</sup> Juran JM. Edición en castellano: Juran y la planificación para la calidad. Madrid: Díaz de Santos, 1990.

Para la OMS la Competencia Profesional” Capacidad del profesional de utilizar plenamente sus conocimientos en su tarea de proporcionar salud y satisfacción a los usuarios. Se refiere a la función operacional y a la relacional, tanto del profesional sanitario como de la organización” <sup>26</sup>

*Acceso a los servicios.* El acceso implica la eliminación de las barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios de atención de salud. Esta dimensión de calidad comprende barreras de índole geográfica, económica, social, organizacional, cultural o lingüística. El acceso geográfico incluye los medios de transporte, la distancia, el tiempo de viaje y cualquier otra barrera física que impida al cliente recibir atención.

El económico se refiere a la accesibilidad de los productos y servicios ofrecidos a los clientes. El social o cultural se relaciona con la aceptabilidad de los servicios ofrecidos, teniendo en cuenta los valores culturales y las actitudes locales.

El organizacional se refiere a la medida en que la organización de servicio es conveniente para los posibles clientes; las horas de atención de las clínicas y los sistemas de turnos, el tiempo de espera y la modalidad de la presentación de servicios son ejemplos de cómo la organización de estos últimos pueden crear barreras para el uso de los mismos.

Por ello la accesibilidad es la facilidad con que se obtienen, en cualquier momento, los servicios médicos a pesar de las barreras antes mencionadas, además de considerar la posibilidad de obtener los servicios en el lugar y momento que lo necesita, en suficiente cantidad y a un coste razonable.

Incluye el proceso sistemático de información acerca de cómo obtener la asistencia médica.

*Capacidad instalada.* Se refiere a la disponibilidad de infraestructura necesaria para producir determinados bienes o servicios hospitalarios.

---

<sup>26</sup> Organización Mundial de la Salud. Evaluación de los programas de salud. Norma fundamentales. Ginebra: OMS, 1981: 31-39.

Su magnitud es una función directa de la cantidad de producción que puede suministrarse.

En todo sistema de producción o de prestación de servicios se requiere de una dotación de recursos físicos, humanos, tecnológicos, bienes raíces, maquinaria y equipos, para poder procesar la materia prima e insumos relacionados hasta transformarla en producto terminado o servicios prestados.

Esa cantidad de infraestructura constituye la capacidad instalada y, como es obvio, una mayor infraestructura conduce a mayor capacidad instalada y, por supuesto, mayor cantidad esperada de producción y de satisfacción del usuario al que se le presta el servicio.<sup>27</sup>

*Disponibilidad.* Grado en que los servicios sanitarios se hallan en estado operativo. Como regla general, los cuidados médicos deben estar disponibles cuando se necesiten durante el ciclo de vida del paciente y cuando surja cualquier necesidad.

*Calidad científico-técnica.* Grado de aplicación de los conocimientos y tecnología médicos disponibles.

*Eficacia.* La calidad de los servicios de salud depende de la eficacia de las normas de presentación de servicios y de la orientación clínica. La eficacia es una dimensión importante en la calidad en el ámbito central donde se define las normas y especificaciones.

*Aceptabilidad.* Incluye dos dimensiones.

a) *Satisfacción del cliente.* Grado de cumplimiento de sus expectativas en cuanto a la atención recibida y los resultados de la misma. Incluye la satisfacción con la organización, la asistencia recibida, los profesionales y los resultados de la atención sanitaria.

La dimensión de satisfacción del usuario se refiere a la relación entre proveedores y clientes, entre administradores y proveedores de servicios de salud y entre el equipo

---

<sup>27</sup> DOCUMENTOS PLANNING Por: Carlos Alberto Mejía Cañas Consultor / Gerente N° 130, disponible en [www.planning.com.co](http://www.planning.com.co)

de servicios de salud y la comunidad. Las buenas relaciones interpersonales contribuyen a la eficacia de la asesoría prestada en materia de salud y al establecimiento de una buena relación general de los pacientes. Dicha relaciones son las que producen confianza y credibilidad, y se demuestran por medio del respeto la confidencialidad, la cortesía, la comprensión y compenetración.

*b) Cooperación del paciente.* Grado en que el paciente cumple el plan de atención. Depende de la relación que se establece entre el paciente y el profesional. Es un componente de gran importancia en la atención médica ambulatoria.

*La manera de escuchar y comunicarse* es también un aspecto importante. Los servicios de salud se pueden prestar de una manera profesionalmente competente, pero si las relaciones interpersonales no son adecuadas, se corre el riesgo de que la atención sea menos eficaz.

*Eficiencia.* Relación entre el impacto real de un servicio y su coste de producción.

La eficiencia de los servicios de salud es una dimensión importante en la calidad dado que los recursos de atención de salud son generalmente limitados. Los servicios eficientes son los que suministran atención más óptima al paciente y a la comunidad, es decir, suministran el mayor beneficio dentro de los recursos con los que se cuenta. La eficiencia exige que los proveedores de salud eviten suministrar atención innecesaria o inapropiada y que la atención deficiente que se da como resultado de normas inefectivas se minimice o se elimine. La atención deficiente, además de ocasionar riesgos innecesarios e incomodidades al paciente, a menudo es cara y toma mucho tiempo corregirla. Dos maneras de mejorar la calidad serian eliminar el derroche y evitar los errores al mismo tiempo en que reducen los costos.

*Continuidad.* Tratamiento del paciente como un todo en un sistema de atención integrado. La continuidad implica que el cliente puede recibir la serie completa en servicio de salud que necesita sin interrupciones, suspensiones ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico o tratamiento. Los servicios deben ofrecerse en forma constante. Además, el cliente debe tener acceso a la atención rutinaria y

preventiva de un proveedor que conozca su historia clínica para poder derivarlo oportunamente a servicios especializados, cuando corresponda.

*Seguridad.* La seguridad, como dimensión de calidad, implica la reducción de riesgos, infecciones, efectos colaterales perjudiciales u otros peligros que pudieran relacionarse con la prestación de los servicios. La seguridad constituye una preocupación de todos los miembros del grupo de salud así como la del paciente. El sistema de salud tiene la responsabilidad de asegurar que los servicios se presten con un mínimo de riesgo. Balance positivo de la relación beneficios/riesgos.

*Comodidades.* Las comodidades se refieren a las características de los servicios de salud que no están directamente relacionadas con la eficacia clínica, pero que acrecientan la satisfacción del cliente y su deseo de volver al establecimiento para recibir atención médica en el futuro.

Las comodidades también son importantes porque pueden influir en las expectativas que tienen el paciente y la confianza que se siente con relación a otros aspectos del servicio o producto.

Las comodidades a menudo se relacionan con el aspecto físico del establecimiento, el personal y los materiales; así como las comodidades físicas, la limpieza y la privacidad.<sup>28</sup> Para evaluar hay que comprender la organización y sus procesos, de modo que su fin último es mejorar la capacidad que tiene la organización de ajustarse a las necesidades de sus usuarios.

En definitiva, la finalidad general de la evaluación es tomar decisiones de cambio y mejora a lo largo de un proceso, consecuentemente una evaluación debe proporcionar información creíble y útil, que permita incorporar la experiencia adquirida en la implementación de decisiones.

Miranda y otros (2007), indica que las dimensiones y/o atributos de la calidad de un servicio, son los factores que utilizan los consumidores para valorar la atención que reciben.

---

<sup>28</sup> Grupo de Trabajo SEMES- Insalud Calidad en los servicios de urgencias. Indicadores de calidad. Emergencia2001; 13:60-65

De los cuáles se mencionan:

*Capacidad de respuesta.* La organización debe mostrar una clara disposición a atender y dar un servicio, con su personal deseoso de agradar.

Si la organización comete un error, debe reaccionar de forma diligente y rápida.

*Comprensión.* Se refiere a los esfuerzos por conocer al cliente y sus necesidades con una atención personalizada.

*Comunicación.* La organización debe informar al cliente en un lenguaje claro y mostrar capacidad para escucharle, prestando atención a sus dudas y sugerencias.

*Cortesía.* Atención, consideración, respeto y amabilidad del personal que trata al cliente.

*Credibilidad.* Veracidad y honestidad en el servicio que se provee que permita que el cliente confíe en el personal que lo atiende.

Elementos tangibles. Apariencia de las instalaciones, consultorios, equipos, personal y materiales de comunicación. <sup>29</sup>

### **3.4 Evaluación de los servicios**

La evaluación de la calidad de los servicios de salud inició en las primeras décadas del siglo XX (Bronfman, López, Magis-Rodríguez, Moreno-Altamirano y Rutstein, 2003), y a partir de la segunda mitad de ese siglo se convirtió en una herramienta indispensable en la transformación de los sistemas de salud, respondiendo a los reclamos de eficiencia técnica y responsabilidad social de sus servicios. Recientemente fue aceptado que la calidad de la atención sea evaluada desde la perspectiva de los pacientes, constituyendo así un importante elemento en el desarrollo de los servicios de salud (Ramírez, Nájera, Nigenda, 1998; Rahmqvist, 2001; Drain, 2001). <sup>30</sup>

“De acuerdo con Donabedian 1993, los servicios de salud deben, además de ser técnicamente efectivos y económicamente eficientes, ser convenientes, aceptables y

---

<sup>29</sup> Miranda Francisco y otros (2007). Introducción a la Gestión de la Calidad. Primera Edición. Delta Publicaciones. Madrid. España.

<sup>30</sup> Gutiérrez Quintanilla, José Ricardo. Servicios de salud Pública en San Salvador. Diseño de instrumento de medición, 2009. ISBN 978-9992321-60-7. Diseño de biblioteca.utec.edu.sv.8080/jspui/bitstream.pdf. pág. 13

agradables para el usuario. En 1966 introdujo los conceptos de estructura, proceso y resultado, que constituyen el paradigma dominante de evaluación de la calidad de la atención en la salud”.<sup>31</sup>

En este sentido, es el paciente y sus familiares quienes, en última instancia, deciden si el servicio proporcionado responde a sus necesidades y expectativas. Según dice Vargas “la evaluación constituye una parte esencial del proceso de planificación, que tiene como objetivo medir, controlar y dar seguimiento a los resultados obtenidos con las actividades desarrolladas en un periodo definido y analizar los factores que condicionaron el éxito total o parcial de los mismos.

Desde esta perspectiva, permite tomar medidas correctivas oportunamente durante la ejecución del programa de atención integral y además, sirve para actualizar el diagnóstico, al permitir el conocimiento de las variaciones de la demanda y la oferta de los servicios de salud, así como de sus factores condicionantes”.

La organización de las Naciones Unidas (ONU), define a la evaluación como “el proceso encaminado a determinar sistemática y objetivamente la pertinencia, eficiencia, eficacia e impacto de todas las actividades a la luz de sus objetivos.

Se trata de un proceso organizado para mejorar las actividades todavía en marcha y ayudar a la administración en la planificación, programación y toma de decisiones futuras.”<sup>32</sup>

### **3.4.1 Atributos de la Calidad de la Atención en Salud.**

Como resultado Malangón (2000), acota que para evaluar la calidad de la atención es importante, tener en cuenta los atributos que caracterizan una buena atención de la salud. Las cuales se definen a continuación:

*Oportunidad.* Corresponde a la satisfacción de las necesidades de salud en el momento requerido, utilizando los recursos apropiados de acuerdo con las características y severidad de cada caso.

---

<sup>31</sup> Donabedian A. Evaluación de la calidad de las atenciones médicas. OPS/OMS, editoras. Investigaciones sobre servicios de salud (Publicación Científica)

<sup>32</sup> Vargas Fuentes, Mauricio. Gerencia de Servicios de salud. Instituto centroamericano de salud Pública (ICAP). Costa Rica pág. 12

*Continuidad.* Se refiere a la aplicación, en secuencia lógica de las acciones que correspondan a cada una de las etapas del proceso de la atención, bajo la responsabilidad de un equipo de salud.

*Suficiencia e integridad.* Provisión suficiente y oportuna de los recursos requeridos para atender las necesidades de salud de forma integral, en sus aspectos de promoción, prevención, curación, recuperación y rehabilitación.

*Racionalidad lógico científico.* Utilización del saber médico y la tecnología disponible para atender los problemas de salud, aplicando los criterios del enfoque lógico y óptimo.

*Racionalidad lógico científico.* Utilización del saber médico y la tecnología disponible para atender los problemas de salud, aplicando los criterios del enfoque lógico y óptimo.

*Satisfacción del usuario y del proveedor.* Complacencia del usuario con la atención recibida, con los prestadores de los servicios y con los resultados de la atención. Así mismo, la satisfacción de los proveedores con las condiciones laborales y el medio ambiente en el cual se desempeñan.

*Efectividad.* Es el grado máximo de mejoramiento de la salud que es posible alcanzar con la mejor atención disponible.

*Eficiencia.* Es la capacidad de reducir al máximo los costos de la atención sin reducir significativamente el grado de mejoramiento de la salud.

*Optimización.* Es el balance entre los costos y los beneficios de la atención en salud.

*Aceptabilidad.* Es la conformidad de la atención global con los deseos y expectativas de los pacientes y sus familiares. Incluye aspectos relativos con la accesibilidad, relación médico paciente.

*Legitimidad.* Es la conformidad con los principios éticos, valores, normas, regulaciones y leyes que rigen la comunidad.

*Equidad.* Es la conformidad con los principios que rigen la justa distribución del cuidado de la salud.<sup>33</sup>

Se puede decir que la evaluación de los servicios de salud es una de las mayores responsabilidades de los gestores y es un elemento fundamental de desarrollo económico, por lo que todas las estructuras sociales y políticas deberían, de alguna forma, garantizar, por una parte, la seguridad social y, por otra parte, el derecho a la protección a la salud de toda la población.

La evaluación de un servicio por parte de un usuario es muy difícil, ya que no se trata de un bien tangible donde se pueden observar sus atributos como son: color, estilo, forma, precio, ajuste, tacto, dureza, olor entre otros.

En contraste en el servicio se ponen en relieve sus cualidades de experiencia, facilidad de manejo, lo silencioso y el trato personal; las cuales solo pueden ser valoradas después de prestado el servicio o durante su consumo y de acuerdo a las características particulares de los clientes.

De acuerdo a la complejidad del término *servicio*, vale la pena profundizar en este concepto:

### **Servicio.**

Kotler y Armstrong (1989), citados por Seto (2004), definen el servicio como “Una actividad o un beneficio que una parte puede ofrecer a otra la cual es esencialmente intangible, y no resulta en la posesión de alguna cosa”.<sup>34</sup>

El servicio al cliente está constituido por todas las acciones que realiza la empresa para aumentar el nivel de satisfacción de sus clientes.

### **3.4.2 Características de los servicios**

Seto (2004) las define de la siguiente manera:

---

<sup>33</sup> Malangón y otros (2000). Administración Hospitalaria. Editorial Medica Internacional. Bogotá-Colombia

<sup>34</sup> Hernández y otros (2006). Metodología de la investigación. Editorial McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A de C.V. (3º, Ed.). D.F. México.

**Intangibilidad.** Es la imposibilidad de apreciar los servicios, antes de su adquisición, lo cual produce que los resultados no puedan ser medidos, comprobados y verificados para asegurar su calidad antes de la atención.

**Inseparabilidad.** Se refiere a la simultaneidad de la producción y el consumo del servicio. Existe una relación directa entre el empleado y el cliente, ya que el servicio se produce y consume en el mismo momento y lugar.

**Variabilidad.** El resultado del servicio depende de quien lo presta, quien lo recibe cuando y donde. Tanto el proveedor como el cliente forman parte del proceso afectando el resultado final de la prestación del servicio, por lo cual es difícil estandarizar.<sup>35</sup>

Es necesario que las instituciones prestadoras de salud definan cuales son los procedimientos a seguir en la prestación del servicio, para así intentar eliminar cierto grado de variabilidad. Y debe de ser capaces de mostrar elementos que ayuden a proyectar la naturaleza y la calidad del servicio ofrecido, debido a que el servicio para el usuario es algo intangible; se deben considerar aspectos como, imagen de las instalaciones, la apariencia física del personal de interno, la amabilidad con la que se recibe al usuario, entre otras, todos estos son elementos que pueden ayudar al usuario a que visualice los servicios ofrecidos.

Así mismo es importante que todas las instituciones tengan presente que el usuario interno como el usuario externo representan un papel importante en la tangibilización del servicio.

### **3.4.3 Sistema Nacional de Salud**

Según decreto No. 442. La Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, a considerando:

I. Que de conformidad al Art. 1 de la Constitución, El Salvador reconoce a la persona humana como el origen y el fin de la actividad del Estado, que está organizado para la consecución de la justicia, de la seguridad jurídica y del bien común; asimismo,

---

<sup>35</sup> Seto Pamies Dolors, (2004). De la calidad de servicio a la fidelidad del cliente. Primera edición. Editorial Esic. Madrid. España

reconoce como persona humana a todo ser humano desde el instante de la concepción; en consecuencia, es obligación del Estado asegurar a los habitantes de la República, el goce de la libertad, la salud, la cultura, el bienestar económico y la justicia social.

II. Que conforme al Art. 65 de la Constitución, la salud de los habitantes constituye un bien público, correspondiendo al Estado y a las personas velar por su conservación y restablecimiento.

El Estado determinará la Política Nacional de Salud y que además controlará y supervisará, su ejecución.

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

IV. Que la salud es un derecho fundamental del ser humano, que debe entenderse de manera integral como la resultante de la interacción dinámica de distintos factores Bio-Psico-Sociales, económicos, el medio ambiente, el agua en calidad y cantidad suficiente, el estilo de vida y el sistema de atención sanitaria.

V. Que el Estado de El Salvador se encuentra en un proceso evolutivo de reforma integral del sector salud, cuya finalidad es lograr la consolidación de un sistema integrado que funcione basado en los principios de solidaridad y equidad; por lo que es necesario dar pasos que impulsen la adopción de acciones concretas que redunden en resultados palpables de beneficios a la población en el área de salud.

IX. Qué asimismo, es necesario que dicho Sistema cuente con la efectiva rectoría de la Secretaría de Estado encargada del Ramo de Salud.<sup>36</sup>

Por lo tanto el Estado de El Salvador DECRETA la siguiente:

#### LEY DE CREACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

---

<sup>36</sup> [www.salud.gob.sv/servicios/](http://www.salud.gob.sv/servicios/) Sistema Nacional de Salud/Descargas de Ministerio de salud: MINSAL: El Salvador RSS. Ley, Reglamento y Políticas Nacional del Sistema Nacional de Salud.

Art. 1.- Créase el Sistema Nacional de Salud de El Salvador, en adelante SNS o “el Sistema”, que estará constituido por un conjunto de instituciones que forman parte de la administración pública interrelacionadas e integradas en su funcionamiento, de manera armónica y sistematizada y cuya finalidad es elaborar y ejecutar políticas públicas que garanticen el derecho a la salud de la población. El Sistema funcionará de forma armónica estableciendo mecanismos de coordinación para implementar políticas de prevención y de intervención, tendientes a incrementar, preservar, mantener y recuperar la salud de las personas, familias, comunidades y la población de todo el territorio nacional; así como para cumplir todas las funciones que le corresponden al Sistema de Salud, sin delegar las responsabilidades del Estado.  
Miembros del SNS y Colaboradores.

Art. 2.- Son miembros del Sistema Nacional de Salud:

- a) El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y sus dependencias,
- b) El Instituto Salvadoreño del Seguro Social,
- c) El Ministerio de la Defensa Nacional, en lo concerniente a sanidad militar,
- d) El Fondo Solidario para la Salud,
- e) El Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos, y
- f) El Ministerio de Educación, en lo concerniente a Bienestar Magisterial.

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 social 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. Asimismo el Sistema Nacional de Salud cuenta con las siguientes potestades, entre las que se mencionan:

- a) Formular la Política Nacional de Salud bajo la coordinación del ente rector.

b) Realizar todas las acciones necesarias para la implementación de un modelo de atención con énfasis en atención primaria de salud con enfoque preventivo.

c) Definir metas de cobertura de la población y estrategias para su implementación.

d) Realizar las acciones y estrategias necesarias para brindar a la población prevenciones garantizadas que defina el Sistema en cada nivel de atención.<sup>37</sup>

De lo anterior el sistema nacional de salud puede ser público, privado y mixto. Los sistemas públicos de salud van dirigidos a satisfacer las necesidades de salud de la población, los privados tienen como principal fin el lucro.

No obstante, en algunos países con sistemas socialdemócratas, tal como es el caso de la gran mayoría de los países europeos, así como algunos de Norteamérica (como Canadá) el servicio público de salud es global, universal y no subsidiario.

En los servicios privados, la salud tiende a verse como una mercancía. Dado que su fin es el lucro y los inversionistas necesitan recuperar e incrementar sus inversiones, estos servicios son los más caros y, por ende, en la gran mayoría de los países sobre todo de los denominados subdesarrollados como el nuestro, solo un 5-10 % de la población tiene acceso económico a este tipo de servicios.

Contrariamente a lo que el común de la gente piensa, el mayor coste de este tipo de servicios no es necesariamente garantía de una mejor calidad de la atención.

En tanto que los de esquema mixto representan un componente de seguridad social de trabajadores cuyos alcances se establecen en sus contratos de trabajo (es decir, que se organizan y operan con recursos tanto del Estado como de empresas privadas y de los trabajadores).

### **3.4.5 La Calidad de las Unidades de Hospitalización.**

---

<sup>37</sup> Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud.

[http://www.salud.gob.sv/servicios/descargas/documentos/funcownload/362/chk,8eaa73ce21790f28cdb871a87eb8585d/no\\_html,1/](http://www.salud.gob.sv/servicios/descargas/documentos/funcownload/362/chk,8eaa73ce21790f28cdb871a87eb8585d/no_html,1/)

Existen al menos dos formas de orientar las actividades de calidad asistencial. En la primera se refiere con la expresión Garantía de Calidad, lo que se busca es inspeccionar la actividad asistencial para comprobar que se cumplen o no estándares que previamente se han establecido como nivel de calidad deseable.

La segunda perspectiva, denominada Mejora Continua de la Calidad Asistencial (MCCA), <sup>38</sup> considera que los problemas de calidad se generan en casi todos los casos por problemas en la propia organización del trabajo.

Así, sólo una pequeña parte es atribuible a factores individuales, e incluso en estos casos en los que hay personas en la raíz de los problemas, casi siempre lo que subyace es un defecto de formación, falta de claridad en los objetivos, o un problema de dirección.

Con este método se trata de buscar problemas reales o potenciales para resolverlos mediante cambios en la organización, y de esta manera crear oportunidades para la mejora de la calidad asistencial.

Para la implantación de la MCCA supone la aplicación de una metodología planeada:

- 1) Debe participar el personal de todos los niveles de la organización en el proceso de identificación y resolución de los problemas asistenciales.
- 2) Los problemas y sus soluciones deben orientarse hacia la satisfacción de los pacientes, que son los beneficiarios finales de la asistencia.
- 3) Deben utilizarse herramientas y metodología específicas, como la estadística, para cuantificar los problemas y el grado de resolución de los mismos.
- 4) Se debe entrenar en metodología de calidad al personal que participará de forma activa en el proceso.

El resultado a largo plazo de la puesta en marcha de un proceso de MCCA es una transformación cultural en la organización, que afectará a cómo se realizan todos los procedimientos, así como al pensamiento y la conducta de las personas que participan en el proceso asistencial.

---

<sup>38</sup> Carmen Concenjo. Febrero 1997. Evaluar la calidad Asistencial en los servicios de Urgencias. Emergencias vol.9, enero-febrero 1997

Cuando se contempla como una herramienta de gestión en el Servicio de Hospitalización, la mejora de la calidad asistencial es un proceso que debe ser integrado en el resto de las actividades del servicio.

Son buenas recomendaciones en este sentido:

- 1) Debe evaluar básicamente los aspectos más relevantes del proceso asistencial.
- 2) Las actividades de calidad deben concretarse en el tiempo y en la forma en que se van a desarrollar dentro de la jornada laboral.
- 3) La Mejora Continua de la Calidad Asistencial del servicio debe reflejarse por escrito.
- 4) Todos los miembros del equipo de hospitalización (médicos, enfermeras, personal auxiliar, administrativos) deben estar informados de forma comprensible.

## IV. DISEÑO METODOLÓGICO

### TIPO DE ESTUDIO

Se realizó una investigación de tipo observacional, descriptiva, transversal con un enfoque cuantitativo, obteniendo resultados a partir de la incorporación de una gestión hospitalaria por procesos en el servicio. **Observacional** porque se observaron, midieron y analizaron determinadas variables, sin ejercer un control directo de la intervención. **Descriptivo** porque especificó las propiedades importantes de las personas y los grupos que fueron sometidos a análisis; se evaluaron diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno y se seleccionó cada una de ellas independientemente. De **Campo**, porque permitió estudiar una situación para diagnosticar necesidades y problemas a efecto de aplicar con fines prácticos; y se desarrolló en la institución que presenta el problema. **Transversal** porque se realizó en el periodo de febrero a julio del año 2017. Es un estudio con enfoque **cuantitativo** porque se obtuvo un panorama completo del fenómeno, recolectando la información más significativa, encontrando una perspectiva más amplia y profunda de la gestión por procesos a través del análisis estadístico de los resultados de las encuestas realizadas a los empleados, así como de los aportes brindados por las jefaturas en las mesas de trabajo.

### ÁREA DE ESTUDIO

Hospital Nacional “Nuestra Señora de Fátima”

### UNIVERSO

El universo lo constituyó el 100% del personal que labora en el servicio de Medicina Interna.

Para los usuarios Externos se aplicó la fórmula de poblaciones finitas, tomando como base el número de egresos hospitalarios del mes de enero del corriente.

## MUESTRA

Los datos se obtuvieron de los usuarios internos y externos del Servicio de Medicina Interna, tomando en consideración los múltiples factores que se tienen en el servicio entre los que se pueden mencionar, distintos horarios de atención, tanto diurno como nocturno, la cantidad de personal disponible en el área. Tomando como muestra los usuarios ingresados al servicio y que se les brindó la atención y el personal que provee el servicio; con un muestreo mixto para la selección de la cantidad de personas sujetos de la investigación.

Para los usuarios Internos la muestra estuvo formada por el 100 % del personal del servicio de la siguiente forma: 1 Médico Especialista Jefe, 2 Médicos Residentes, 1 Enfermera Jefe de enfermería, 6 Auxiliares de enfermería y 4 enfermeras generales, para hacer un total de 14 encuestados.

Para el cálculo de la muestra de usuarios externos ingresados en el servicio se utilizó la fórmula de población finita de acuerdo a lo siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 p x q x N}{d^2 (N - 1) + Z^2 p x q}$$

Donde:

n: tamaño de la muestra

Z: Nivel de confianza = 1.96

p: probabilidad del éxito

q: probabilidad del fracaso

N: Universo

D: error de estimación

**Reemplazando:**

Z=1.96 (95%)

$$P= 0.5$$

$$q =0.5$$

$$N =85$$

$$d =0.05 (5\%)$$

**Sustituyendo valores tenemos:**

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 85}{0.05^2 \times (85-1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{3.84 \times 0.25 \times 85}{0.0025 \times (84) + (3.84 \times 0.25)}$$

$$n = \frac{81.6}{0.21 + 0.96}$$

$$n = \frac{81.6}{1.17}$$

$$n = 69.74 = 70$$

n= 70 Es la muestra para Usuarios Externos ingresados al servicio.

## **TÉCNICA**

- a) Encuesta a usuario Interno : Se aplicó una serie de preguntas previamente elaboradas con ítems cerrados a 14 recursos cuya labor afecta directa o indirectamente el funcionamiento del servicio de Medicina Interna y de la institución en general, conociendo sus necesidades y su aplicación en la gestión por procesos.
- b) Encuesta de satisfacción a usuario externo: se realizaron encuestas a 70 usuarios del servicio de hospitalización de medicina interna en el periodo del estudio.
- c) Talleres: se realizaron mesas de trabajo con jefaturas de Medicina Interna y

Jefaturas del Hospital Nacional “Nuestra Señora de Fátima” que tienen relación directa e indirecta con éstos, realizando análisis de los procesos relacionados con el funcionamiento del servicio de Medicina Interna.

## **INSTRUMENTOS**

Para la recolección de la información se utilizaron los instrumentos:

- a) Guía de preguntas dirigidas que exploró el grado de conocimiento y experiencia sobre la implementación de la gestión por procesos en el Hospital Nacional “Nuestra Señora de Fátima”.
- b) Guía de preguntas para estudio y mejora del servicio de Hospitalización de Medicina Interna.
- c) Mesa de Trabajo para gestión por procesos.
- d) Revisión documental de normativa regulatoria vigente.

## **PROCEDIMIENTO**

Se solicitó a la Dirección de Hospital Nacional “Nuestra Señora de Fátima” la autorización para realizar el estudio. Se presentó el protocolo del trabajo a realizar a la Dirección, División Médica y las Jefaturas correspondientes.

Se conformó un Equipo de Trabajo para establecer un programa que incluyó las siguientes actividades: Selección del Equipo de Trabajo, Captación de información para mapa de procesos, Elaboración del mapa de macro procesos y matriz de interrelaciones, Inventario de procesos, Descripción de Organigrama del Hospital Nacional “Nuestra Señora de Fátima”, Mapas de procesos funcionales, Valoración de procesos claves, Elaboración de los procesos, Definición de indicadores y Nombramiento de propietarios.

Se establecieron mesas de trabajo con las jefaturas involucradas directa e indirectamente con el funcionamiento del servicio de medicina interna.

Se recolectaron datos estadísticos de la institución, incluyendo una encuesta al 100 % del personal médico y de enfermería del servicio, sobre su nivel de conocimiento e implementación de la gestión por procesos.

La Encuesta exploró los conocimientos y experiencia sobre la Gestión por Procesos en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Nuestra Señora de Fátima; con un total de quince preguntas: Datos generales, apreciación sobre la evaluación global de la institución, exploración de Conocimientos de Gestión, Estructura Organizativa del Servicio y Análisis situacional del servicio.

Así mismo se realizó una encuesta de satisfacción para usuarios externos que utilizaron los servicios de hospitalización de medicina interna.

Dentro de los criterios de inclusión el paciente debió estar consciente al momento de su alta, ser mayor o igual a 18 años y que deseara participar con la encuesta.

Dicha encuesta estaba formada por 16 preguntas evaluando la satisfacción del usuario externo sobre la atención recibida en hospitalización.

Se establecieron mesas de trabajo con jefaturas involucradas directa e indirectamente con el funcionamiento del servicio de medicina.

Las áreas participantes fueron la División Médica, Jefe Médico del Servicio de Medicina y Jefe de Enfermería del servicio de Medicina.

Además se realizó identificación de los procesos, identificación del marco estratégico, definición del mapa de procesos, análisis y priorización de proceso, aplicación y control de procesos y mejora continua de los mismos.

Lo anterior fue evaluado por las mesas, en la que cada uno formuló su propuesta de implementación.

En las reuniones de trabajo se presentaron los avances y se unificaron los criterios obtenidos en las reuniones con cada jefatura.

Posteriormente se procedió al procesamiento de la información, tabulación de encuestas dirigidas al personal y usuarios externos, incluyendo la observación y los resultados de las reuniones efectuadas con las jefaturas involucradas en el proceso; posteriormente se elaboraron los gráficos y finalmente se presentaron los hallazgos para la redacción del documento final.

Para los resultados, los datos se graficaron en tablas estadísticas simples con sus porcentajes, gráficas y otras.

Posteriormente el equipo investigador formulo la propuesta técnica basándose en estos resultados.

### **ASPECTOS ÉTICOS**

Para la investigación no se requirió consentimiento informado de los pacientes, únicamente el deseo de participar en la investigación, se les notifico que la información era totalmente confidencial, se respetó la opinión vertida por el usuario, así como la información obtenida se ha utilizado con fines educativos, para ser incorporada en la implementación de una gestión por procesos en el servicio de medicina y así contribuir a la calidad de atención hacia los usuarios externos.

### **PLAN DE ANÁLISIS.**

La información se obtuvo a través de un cuestionario estructurado, que se aplicó a personal de la institución.

Posteriormente se revisó y se digito en el programa Excel 2010.

Se calcularon porcentajes, se construyeron tablas y gráficos, los resultados se socializaron con la Dirección Hospitalaria y posteriormente con cada uno de los jefes de área.

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Operacional	Indicadores	Valores	Escala	Técnica
Factores Directos.	Los factores directos son todos aquellos que dependen del servicio que brinda la atención. Estos son: 1. Recurso humano. 2. Información al usuario.	Preguntas relacionadas de encuesta al usuario externo 1,2,3,4,5	Excelente Buena Regular Mala	Escala de Likert	Encuesta de satisfacción de usuario interno y externo.
Factores Indirectos	Los factores indirectos son todos aquellos que no dependen del servicio que brinda la atención: 1. Infraestructura	Preguntas relacionadas de encuesta al usuario externo : 6,7	Excelente Buena Regular Mala	Escala de Likert	Encuesta de satisfacción de usuario interno y externo.
Procesos estratégicos	Procesos que están relacionados con la Dirección.	Preguntas relacionadas de encuesta al usuario interno: 1, 2, 3, 4, 5, 6,7.	Preguntas de múltiple escoge.	Escala de Likert	Encuesta de satisfacción de usuario interno y externo.
Procesos claves	Procesos relacionados con la prestación del servicio.	Preguntas relacionadas de encuesta al usuario interno: 8, 9, 10,11.	Preguntas de múltiple escoge.	Escala de Likert	Encuesta de satisfacción de usuario interno y externo.
Procesos de Apoyo	Procesos que dan apoyo a los procesos operativos, aportándoles los recursos necesarios	Preguntas relacionadas de encuesta al usuario interno: 12, 13, 14, 15.	Preguntas de múltiple escoge.	Escala de Likert	Encuesta de satisfacción de usuario interno y externo.
Ingreso Hospitalario	Conjunto de actividades que se aplican de forma individualizada al paciente en la Unidad de hospitalización.	Preguntas relacionadas de encuesta al usuario externo: 8,9	Muy bien Bien Regular Mal	Escala de Likert	Encuesta de satisfacción de usuario externo.
Entorno de la atención	Conjunto de actividades a realizar para el proceso de atención.	Preguntas relacionadas de encuesta al usuario externo: 10,11.	Muy bien Bien Regular Mal	Escala de Likert	Encuesta de satisfacción de usuario externo.
Atención brindada	Actividades encaminadas al restablecimiento de la salud.	Preguntas relacionadas de encuesta al usuario externo: 12, 13, 14, 15,16.	Muy bien Bien Regular Mal	Escala de Likert	Encuesta de satisfacción de usuario externo.

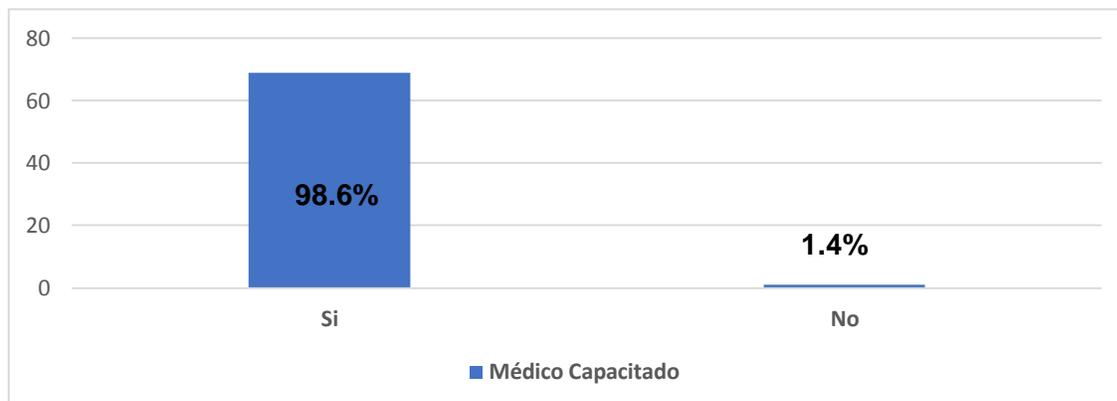
## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

### GUÍAS DE MESAS DE TRABAJO

VARIABLE	INDICADORES	OPERACIONALIZACIÓN	CATEGORIZACIÓN O DIMENSIONES	DEFINICIÓN
Identificación de los procesos	Procesos identificados y caracterizados	Discusión con jefaturas de cada uno de los pasos en el proceso de atención.	Conceptualización de los procesos.	Procesos identificados en la atención de pacientes.
Identificación del marco estratégico	Marco estratégico definido	Discusión con jefaturas sobre documentos regulatorios en el proceso de atención	Enumeración y revisión de cada uno de los documentos regulatorios.	Documentos normativos que regulan la actividad médica.
Definición del mapa de procesos	Mapa de procesos elaborado	Elaboración conjunta del mapa de procesos.	Engranaje de cada uno de los procesos involucrados.	Mapa de procesos de la atención médica.
Análisis y priorización de procesos	Procesos analizados y priorizados	Definir y priorizar procesos de mayor impacto en la calidad de atención institucional (supervisión, reorganización, inversión).	Cada uno de los procesos sometidos a análisis y priorización.	Procesos analizados y categorizados por prioridad.
Aplicación y control de procesos	Planificación de aplicación y control de procesos	Discusión con equipo de trabajo sobre metodología de aplicación y control de procesos.	Métodos para aplicación y control.	Metodología de aplicación y control de procesos.
Mejora continua de los procesos.	Planificación de mejora continua de procesos	Discusión de proyectos para mejora continua de procesos.	Discusión, análisis, abordaje de problemas de los procesos de atención.	Proyectos de mejora de procesos.

## V. RESULTADOS

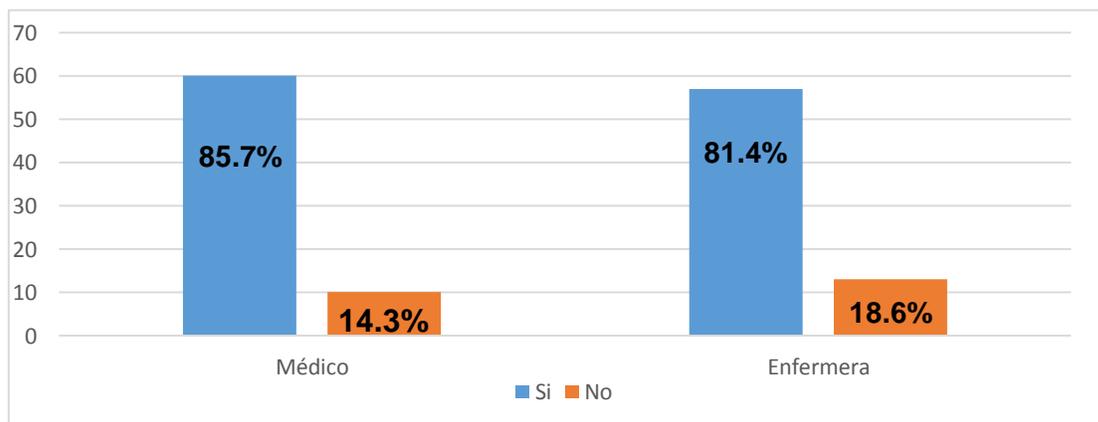
**Gráfico 1.** Competencia Técnica de los Médicos.



Fuente: Encuesta de Satisfacción de usuario externo. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" Cojutepeque. Febrero a Julio 2017

De los usuarios externos entrevistados el 98.6% consideran que los médicos del servicio de Medicina Interna, si están capacitados para brindarles atención y resolver sus problemas de salud y solo el 1.4% considera que el médico no tiene capacidad técnica para resolver su problema de salud.

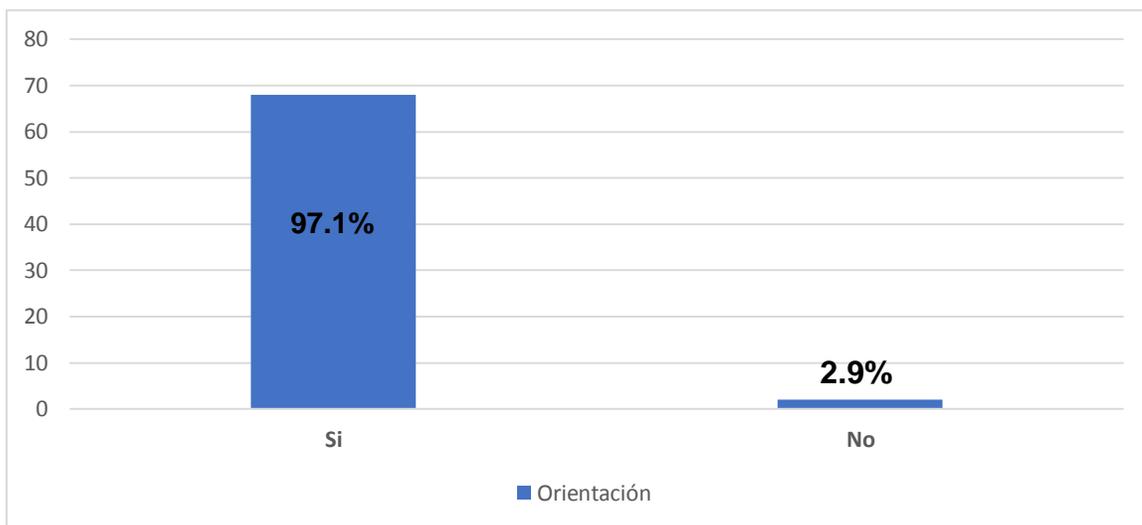
**Gráfico 2.** Accesibilidad a la información por personal médico y de enfermería



Fuente: Encuesta de Satisfacción de usuario externo. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" Cojutepeque. Febrero a Julio 2017

De los usuarios externos entrevistados, manifestaron que hay accesibilidad para solicitar información acerca de su condición de salud, tanto al personal médico como a enfermería, siendo una mínima diferencia entre ambas disciplinas, el médico con un mayor porcentaje (85.7%) y enfermería (81.4%).

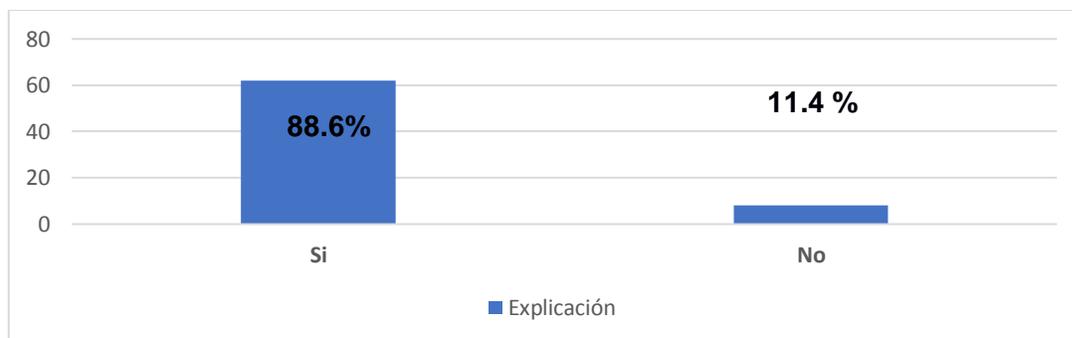
**Gráfico 3. Educación al usuario sobre tratamiento farmacológico brindado**



Fuente: Encuesta de Satisfacción de usuario externo. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional “Nuestra Señora de Fátima” Cojutepeque. Febrero a Julio 2017

Se observa que el 97.1% de los usuarios externos si recibieron educación farmacológica acerca de los medicamentos indicados para su tratamiento, sin embargo hay un pequeño porcentaje de 2.9 que no recibieron la educación.

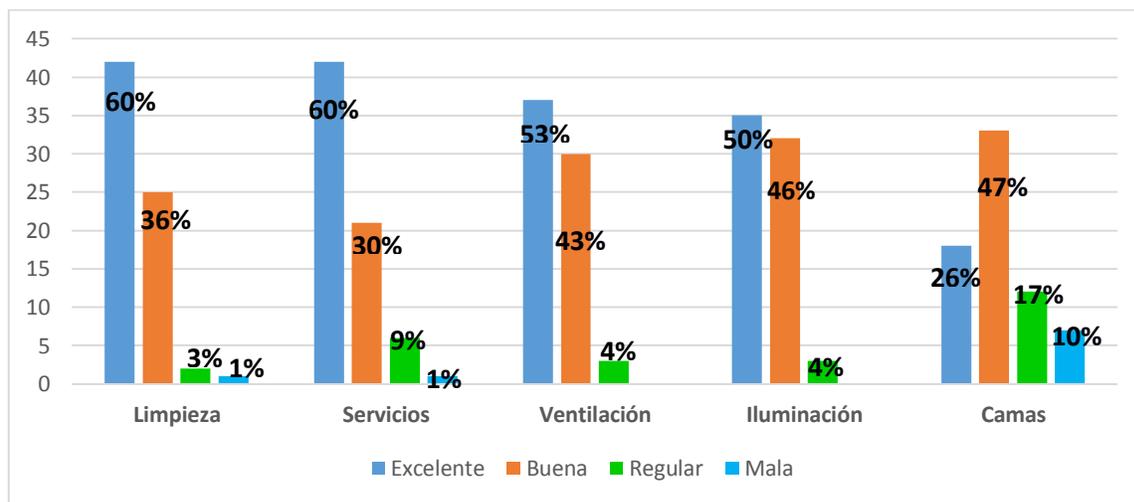
**Gráfico 4. Información al Usuario sobre Procedimientos en el Servicio**



Fuente: Encuesta de Satisfacción de usuario externo. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional “Nuestra Señora de Fátima” Cojutepeque. Febrero a Julio 2017.

Del total de usuarios entrevistados, el 88.6% respondieron que si les explicaron los pasos y procedimientos a seguir, durante su estancia en el servicio de Medicina; sin embargo hay un 11.4% que no tuvo esa oportunidad.

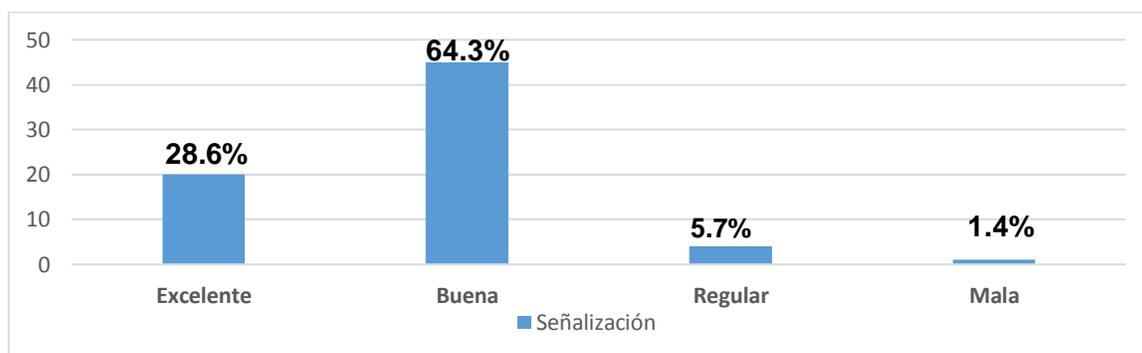
**Grafica 5. Características Físicas del Servicio de Medicina Interna.**



Fuente: Encuesta de Satisfacción de usuario externo. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" Cojutepeque. Febrero a Julio 2017

A los usuarios externos se les solicito evaluar su satisfacción con las condiciones físicas del servicio de medicina, se evidencio que calificaron el orden y limpieza general del servicio, limpieza de los sanitarios, ventilación e iluminación en su mayoría satisfactoriamente como excelente y bueno. Con relación a las camas la gran mayoría la calificaron como bueno y un 17% como regular y 10% malas.

**Gráfico 6. Señalización del Servicio de Medicina Interna**

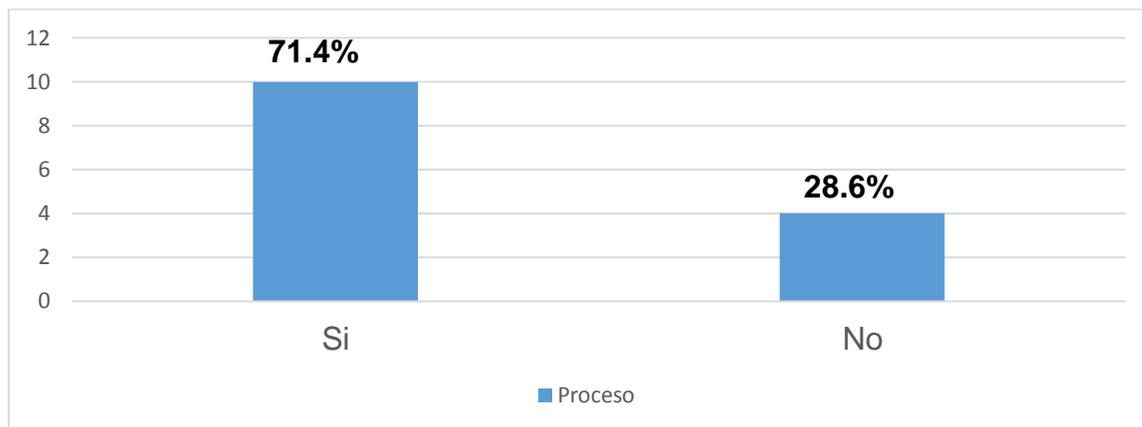


Fuente: Encuesta de Satisfacción de usuario externo. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" Cojutepeque. Febrero a Julio 2017

Del total de usuarios externos entrevistados, calificaron a la señalización en el servicio de Medicina como Excelente 28.6%, buena 64.3%, regular 5.7% y

1.4% mala; es decir que en general en el servicio se trata de que el usuario este bien informado acerca de la ubicación de los espacios físicos.

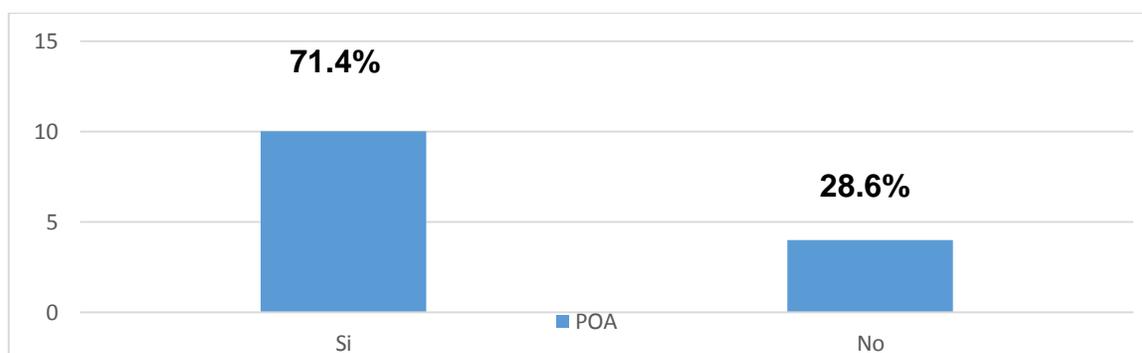
**Gráfico 7.** Conocimiento del usuario interno sobre concepto de Proceso



Fuente: Encuesta sobre conocimiento y experiencia sobre la Gestión por procesos y la calidad de atención a usuarios internos. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional “Nuestra Señora de Fátima” Cojutepeque. Febrero a Julio 2017

De los usuarios internos entrevistados del servicio de Medicina Interna, el 71.4% respondieron que si conocen que es el concepto de proceso y el 28.6% no conocían exactamente el concepto; sin embargo si tienen noción acerca de las diferentes actividades directivas que se realizan en el servicio.

**Gráfico 8.** Existencia de Plan Operativo Anual (POA)

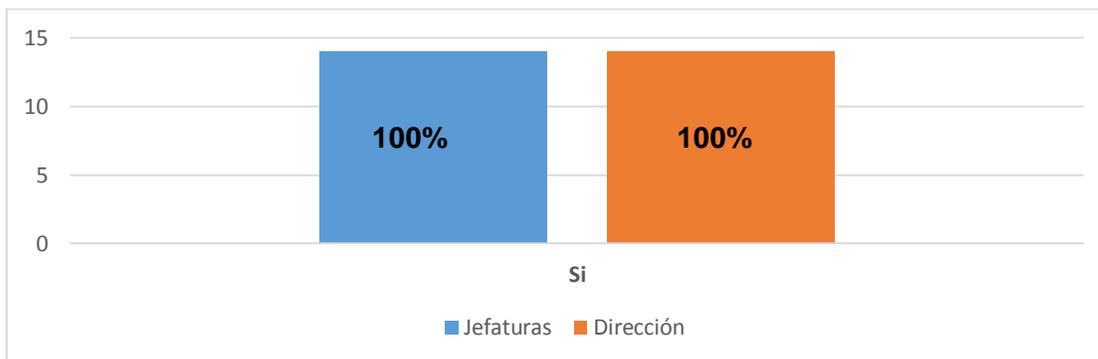


Fuente: Encuesta sobre conocimiento y experiencia sobre la Gestión por procesos y la calidad de atención a usuarios internos. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional “Nuestra Señora de Fátima” Cojutepeque. Febrero a Julio 2017.

El 71.4% de los usuarios entrevistados respondieron que el servicio de medicina interna si cuenta con una POA, que les favorece para su funcionamiento; sin embargo existe un 28.6% que no sabe que cuentan con POA, lo que se vuelve un

reto para las jefaturas, de socializarla con todo el personal, que constituye parte de los procesos de planificación estratégica.

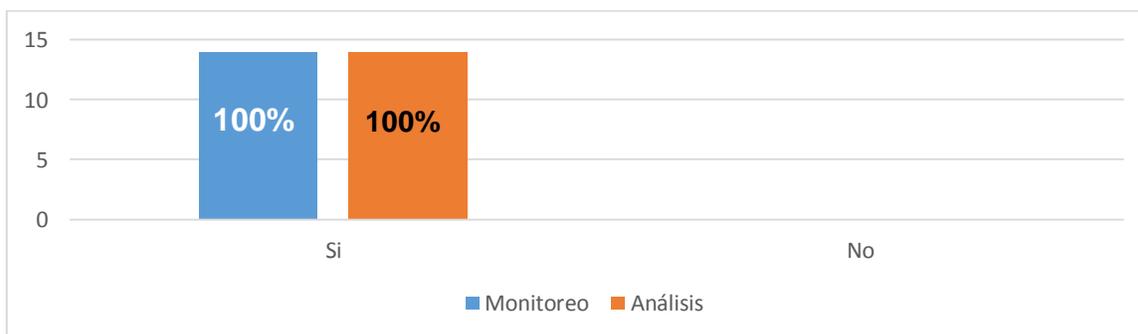
**Gráfico 9.** Evaluación del Funcionamiento del servicio de Medicina Interna



Fuente: Encuesta sobre conocimiento y experiencia sobre la Gestión por procesos y la calidad de atención a usuarios internos. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional “Nuestra Señora de Fátima” Cojutepeque. Febrero a Julio 2017.

El 100% de los usuarios internos respondieron que las jefaturas del área de Medicina Interna, así como la Dirección del hospital, realizan evaluación y monitoreo de las diversas actividades que se realizan en el área, tanto de la parte asistencial como administrativa, lo que es bueno porque facilita el funcionamiento del servicio, siendo esta actividad parte de los procesos estratégicos del servicio.

**Gráfico 10.** Evaluación de Estándares de Calidad en servicio de Medicina

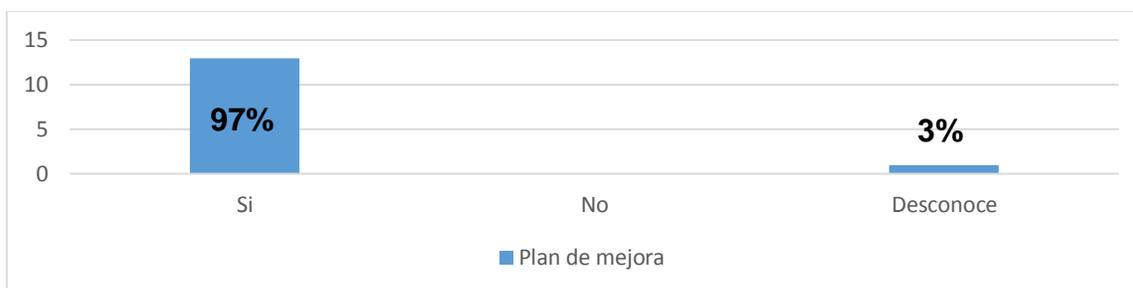


Fuente: Encuesta sobre conocimiento y experiencia sobre la Gestión por procesos y la calidad de atención a usuarios internos. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional “Nuestra Señora de Fátima” Cojutepeque. Febrero a Julio 2017.

El 100% del personal del servicio, respondieron que se realiza monitoreo y evaluación de los estándares de calidad en el servicio de Medicina (indicaciones

médicas, nota de evolución, caídas de pacientes). Al realizar el análisis de los estándares, requiere compromiso de las jefaturas para identificar debilidades y elaborar planes de mejora, formando parte de los procesos estratégicos.

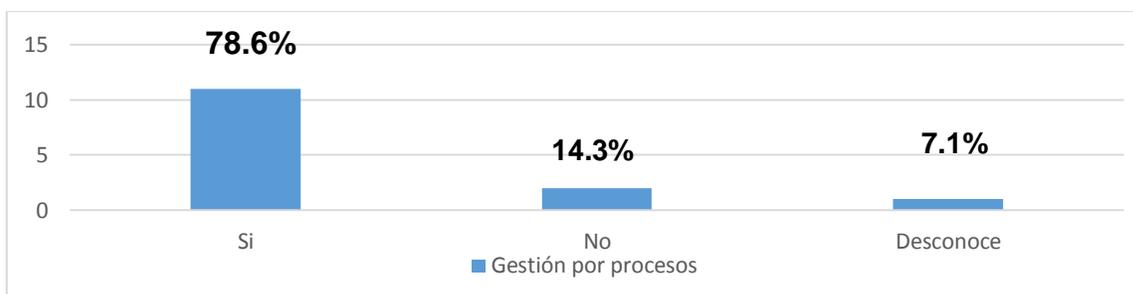
**Gráfico 11.** Elaboración de Planes de Mejora en servicio de Medicina



Fuente: Encuesta sobre conocimiento y experiencia sobre la Gestión por procesos y la calidad de atención a usuarios internos. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional “Nuestra Señora de Fátima” Cojutepeque. Febrero a Julio 2017.

Los usuarios internos en un 97% respondieron que si sabían que el servicio de Medicina cuenta con planes de mejora de acuerdo a resultados de estándares de calidad y monitoreos por parte de las jefaturas; sin embargo el 3% respondió que desconocía si se contaban con ellos, convirtiéndose en un reto para las jefaturas en socializar con todo su personal, a fin de que todos participen en la ejecución de planes de mejora y lograr satisfacción de los usuarios.

**Gráfico 12.** Percepción de la Aplicación de Gestión por Procesos

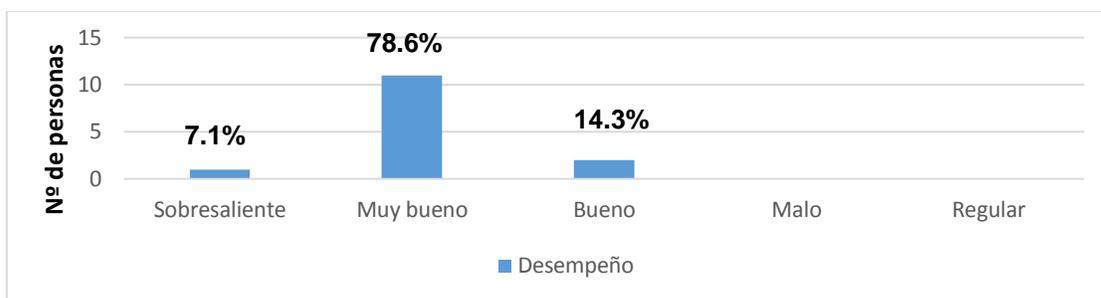


Fuente: Encuesta sobre conocimiento y experiencia sobre la Gestión por procesos y la calidad de atención a usuarios internos. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional “Nuestra Señora de Fátima” Cojutepeque. Febrero a Julio 2017

El 78.6% de los usuarios internos consideran que la aplicación de la Gestión por procesos mejoraría el funcionamiento del servicio y la atención de los pacientes que

ingresan al servicio, el 14.3% refieren que no funcionarían y el 7.1% desconocen el concepto. Esto es importante para que el personal se convierta en un ente participativo en la ejecución de planes de mejora.

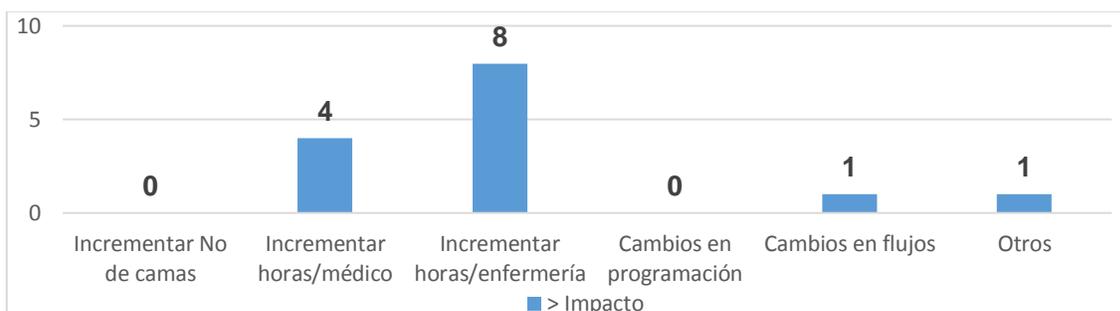
**Gráfico 13.** Desempeño institucional del servicio de Medicina Interna



Fuente: Encuesta sobre conocimiento y experiencia sobre la Gestión por procesos y la calidad de atención a usuarios internos. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" Cojutepeque. Febrero a Julio 2017.

El 78.6% de los usuarios calificaron el desempeño actual del servicio en muy bueno, 7.1% sobresaliente y 14.3% bueno. Considerando que el funcionamiento general del servicio es adecuado, evidenciado a través de la ejecución de las actividades que diariamente se realizan, esto se concretiza efectivamente en la resolución de problemas de salud de los que ingresan.

**Gráfico 14.** Implementación de Medidas para Mejorar el Servicio de Medicina

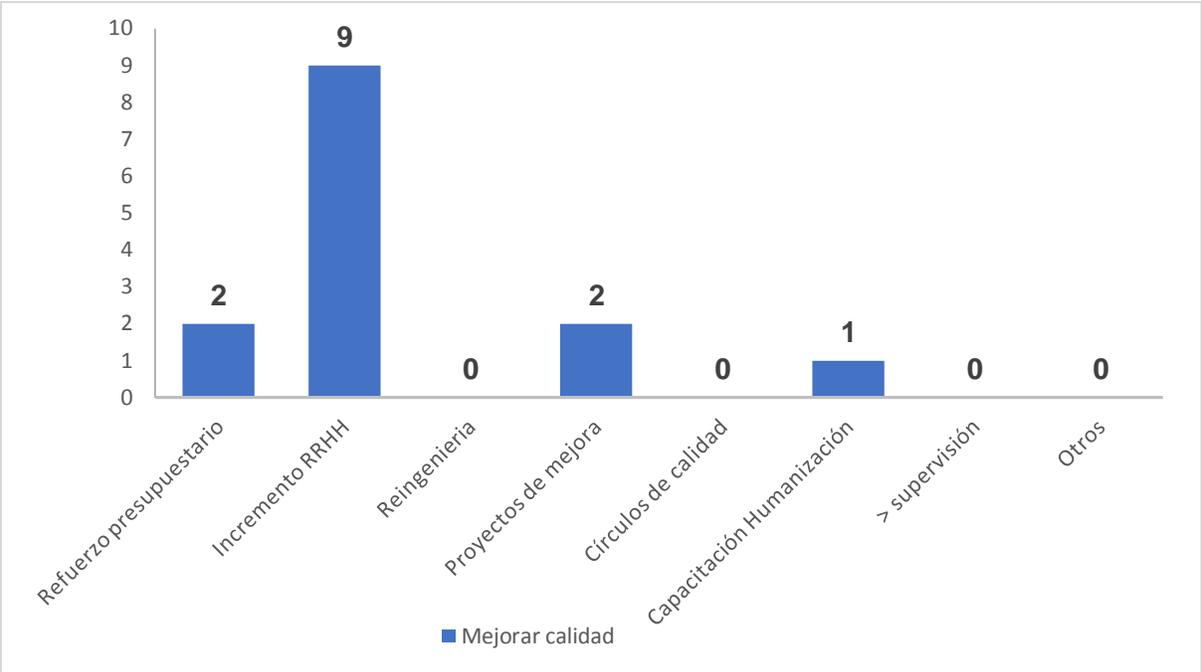


Fuente: Encuesta sobre conocimiento y experiencia sobre la Gestión por procesos y la calidad de atención a usuarios internos. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" Cojutepeque. Febrero a Julio 2017.

Los entrevistados consideraron que las medidas de mayor impacto para incrementar los resultados positivos, en el servicio sería en un 57% incrementar horas contratadas de enfermería, por el déficit de recursos existentes, un 29% contratación

de horas médico únicamente cuentan con 3 horas de especialista, generando ocasionalmente demora en la atención del usuario; 7% consideran que los cambios de flujos de entradas y salidas de pacientes es la medida más procedente y un 7% respondió otras medidas (análisis de atención). Al implementar estas medidas se estaría contribuyendo a hacer más eficiente los procesos de atención directa al usuario.

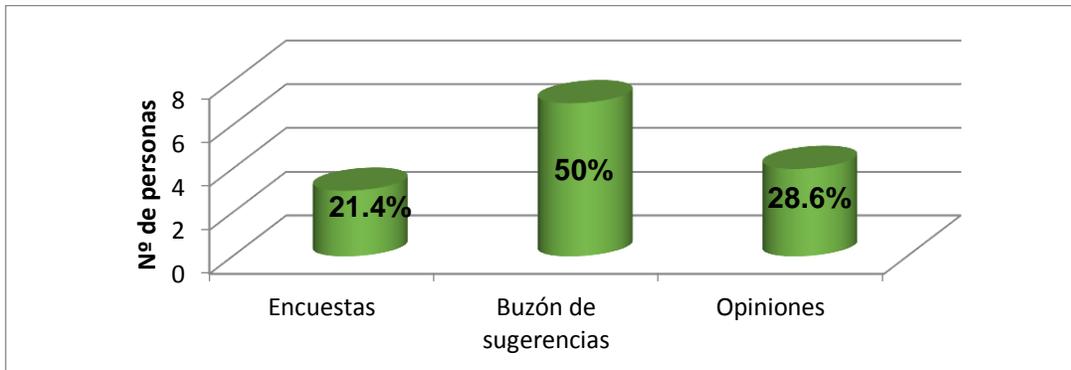
**Gráfico 15.** Medidas para Mejorar la Calidad de Atención del Servicio de Medicina.



Fuente: Encuesta sobre conocimiento y experiencia sobre la Gestión por procesos y la calidad d atención a usuarios internos. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional “Nuestra Señora de Fátima” Cojutepeque. Febrero a Julio 2017

El 64.3% de los usuarios consideran que la medida de mayor impacto para mejorar la calidad de atención del servicio es la contratación de recursos humanos, debido a la limitante tanto de médicos como enfermeras y saturación de pacientes, lo que pone en riesgo la calidad de atención, en especial cuando se tienen pacientes gravemente enfermos, que demandan mayor tiempo del personal, seguido de un refuerzo presupuestario y proyectos de mejora ambas medidas con un 14.3% y solo un 7.1% considera que sería la capacitación sobre humanización al personal.

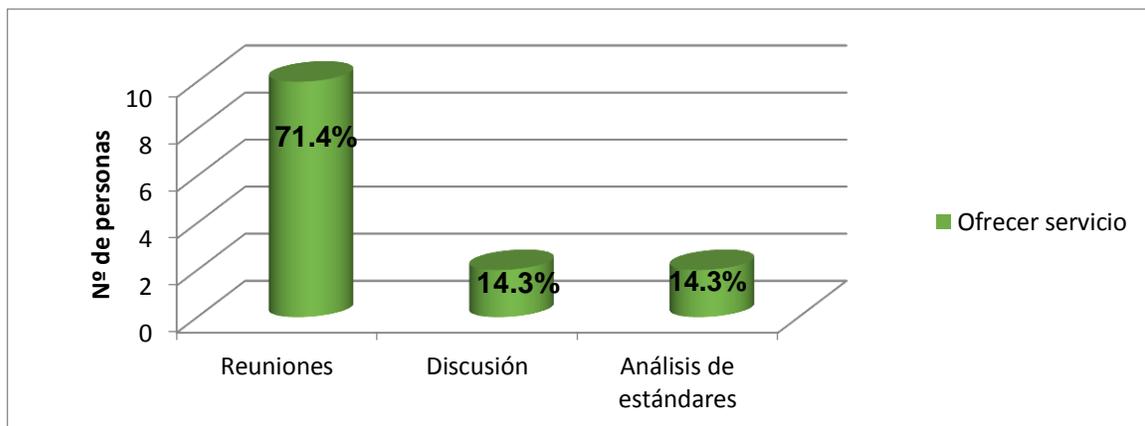
**Gráfico 16.** Conocimiento de satisfacción de usuarios externos en Medicina.



Fuente: Encuesta sobre conocimiento y experiencia sobre la Gestión por procesos y la calidad d atención a usuarios internos. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" Cojutepeque. Febrero a Julio 2017.

El 50% de los entrevistados consideran que a través del buzón de sugerencias se puede dar a conocer a los empleados el grado de satisfacción de los pacientes, un 21.4% encuestas de satisfacción y un 28.6% las opiniones verbales emitidas por los usuarios durante la atención en el servicio de medicina. La comunicación de resultados al personal del servicio es fundamental, ya que es la evaluación de todos los procesos del área.

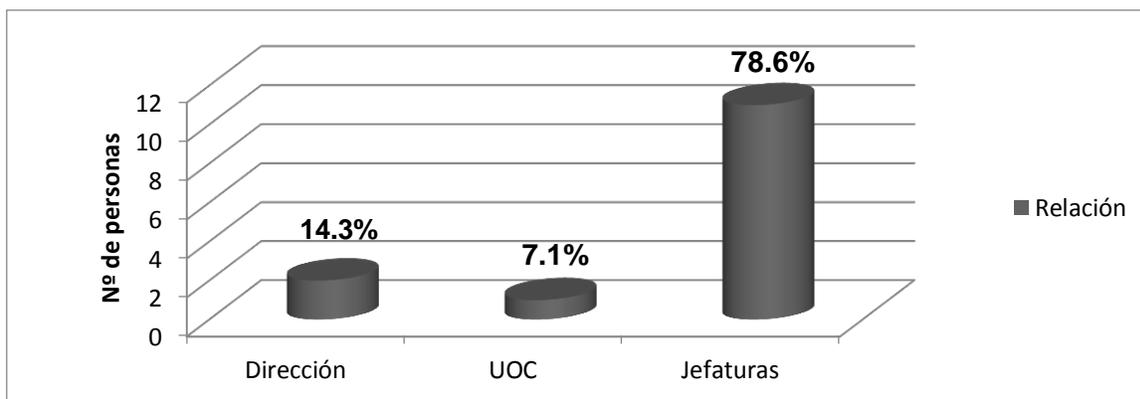
**Gráfico 17.** Comunicación de necesidades de usuarios al Personal del Servicio de Medicina



Fuente: Encuesta sobre conocimiento y experiencia sobre la Gestión por procesos y la calidad d atención a usuarios internos. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" Cojutepeque. Febrero a Julio 2017

De los entrevistados el 71.4% manifestaron que la manera de cómo transmitir a los empleados las necesidades que el usuario manifiesta, es a través de reuniones periódicas con el personal, la discusión de los problemas por disciplina y el análisis de estándares de calidad, ambos con 14.3%. La retroalimentación del personal acerca de las necesidades de los usuarios, se convierte en un insumo importante para identificar debilidades presentadas a lo largo de los procesos de atención, que incluye lo relacionado a los servicios de apoyo.

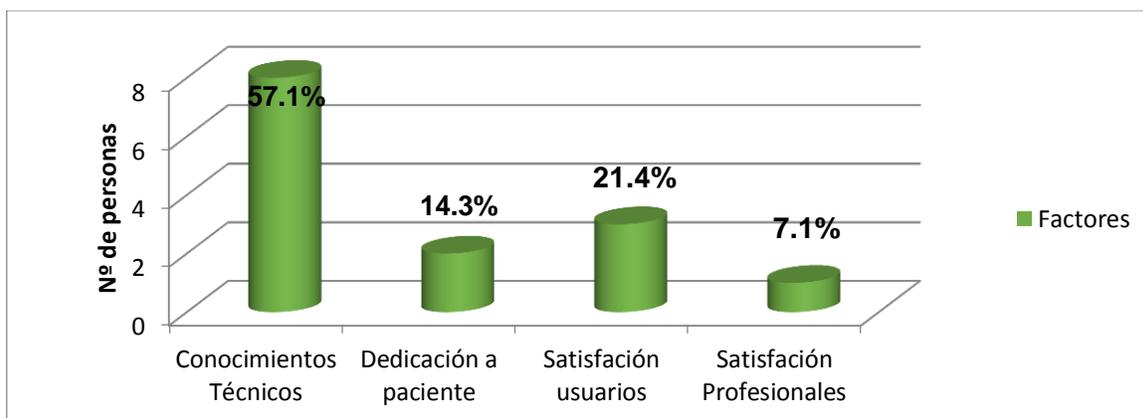
**Gráfico 18.** Relación entre estructura organizativa del Hospital y calidad de los Servicios.



Fuente: Encuesta sobre conocimientos y experiencia sobre la gestión por procesos y la calidad de atención a usuarios interior en el servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional “Nuestra Señora de Fátima” Cojutepeque. Febrero a Julio 2017.

La mayoría de entrevistados (78.6%) opinaron que la relación que hay entre ambas instancias es a través de las jefaturas, un 14.3% opinaron que es a través de la Dirección y un 7.1% a través de UOC. Es decir que a través de estas dos áreas, se articulan los diferentes procesos existentes en el servicio de medicina, desde los procesos estratégicos, atención directa y atención de apoyo.

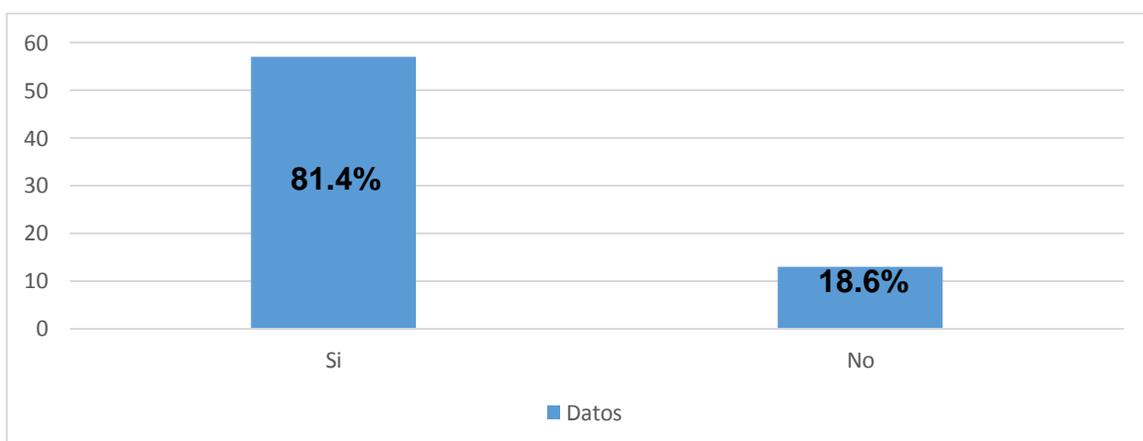
**Gráfico 19.** Factores determinantes en la calidad del servicio de Medicina.



Fuente: Encuesta sobre conocimiento y experiencia sobre la Gestión por procesos y la calidad de atención a usuarios internos. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" Cojutepeque. Febrero a Julio 2017.

Del total de entrevistados el 57.1% respondieron que los factores que consideran determinantes en la calidad de atención brindada en el servicio de Medicina Interna son los conocimientos técnicos, un 14.3% opinaron que la dedicación a los pacientes, el 21.4% que la satisfacción de los usuarios y un 7.1% que la satisfacción de los profesionales.

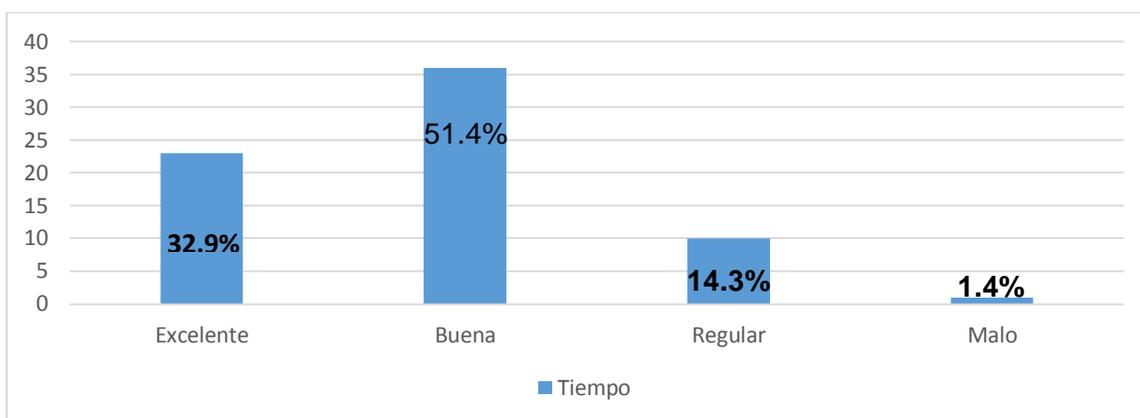
**Gráfico 20.** Información Clínica disponible en Expediente Clínico al momento de Atención Médica.



Fuente: Encuesta de Satisfacción de usuario externo. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" Cojutepeque. Febrero a Julio 2017

El 81.4% de los usuarios refirieron que el médico contaba con su información en el expediente clínico para agilizar su atención y un 18.6% percibieron que el médico no contaba con sus datos en el expediente, lo que genera una atención inadecuada. El conocimiento del médico acerca de la historia del paciente durante el proceso de ingreso, es importante para lograr la satisfacción del usuario.

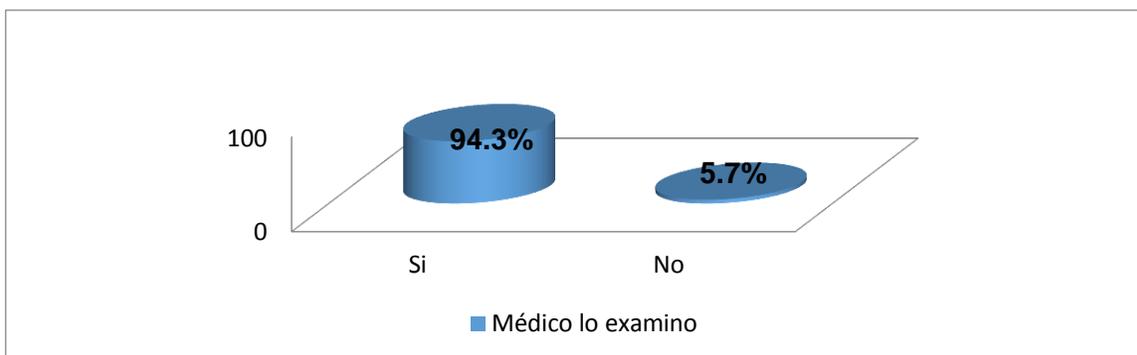
**Gráfico 21.** Evaluación de tiempo de atención médica al usuario externo del Servicio de Medicina.



Fuente: Encuesta de Satisfacción de usuario externo. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" Cojutepeque. Febrero a Julio 2017.

Del total de entrevistados el 51.4% consideran bueno el tiempo utilizado para la atención médica, el 32.9% excelente, un 14.3% como regular y un 1.4% como malo. La percepción del usuario interno a cerca del tiempo en que el médico atiende al paciente, es importante para formular un plan de diagnóstico y tratamiento, que permitan contribuir a la recuperación de la salud de los usuarios externos.

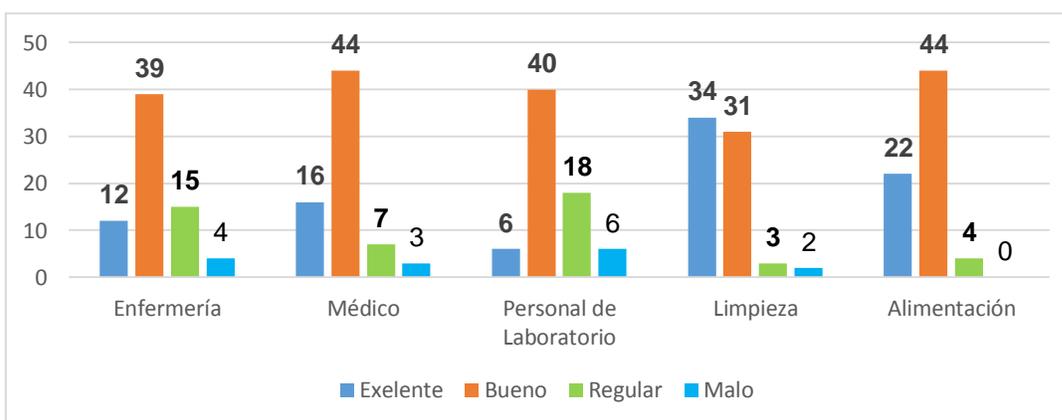
**Gráfico 22.** Evaluación Clínica por Médico durante Estancia Hospitalaria



Fuente: Encuesta de Satisfacción de usuario externo. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional “Nuestra Señora de Fátima” Cojutepeque. Febrero a Julio 2017

El 94.3% de los usuarios del servicio de medicina interna confirmaron que el médico si los examino durante su estancia hospitalaria, sin embargo el 5.7% respondió que no fue examinado por el médico. Siendo un factor determinante para lograr la satisfacción del usuario, el tiempo que el médico utiliza para la realización del examen físico de los pacientes.

**Gráfico Nº 23.** Evaluación de atención brindada por los Profesionales del Servicio de Medicina.



Fuente: Encuesta de Satisfacción de usuario externo. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional “Nuestra Señora de Fátima” Cojutepeque. Febrero a Julio 2017

De los usuarios externos entrevistados, evaluaron la atención de los diferentes profesionales de salud, con los que tuvieron contacto durante su estancia hospitalaria.

El 56% dijo que la atención del personal de enfermería fue buena, 23% excelente, un 21% la calificó como regular y 6% como mala.

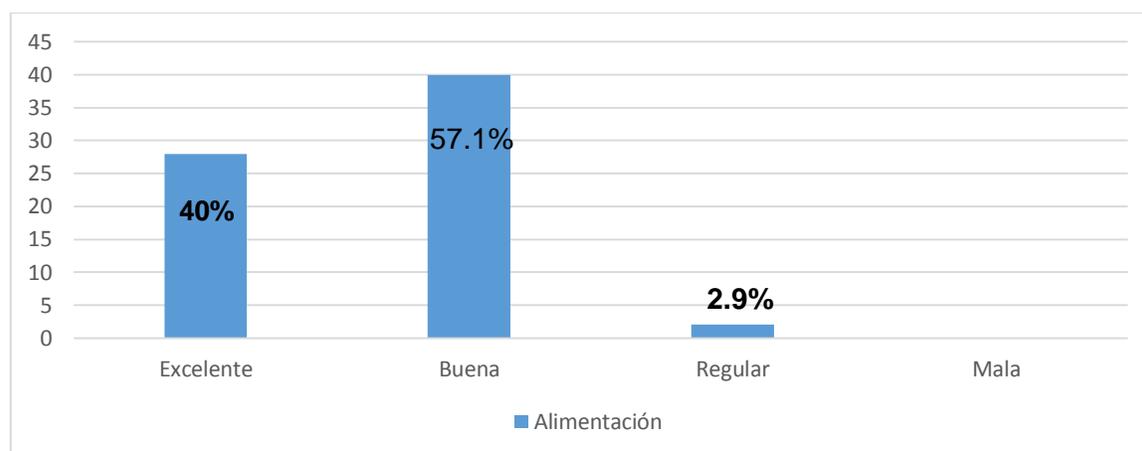
El 63% manifestaron que la atención brindada por los médicos fue buena, 23% excelente, 10% regular y un 4% mala.

Con relación al personal de laboratorio lo calificaron en un 57% como bueno, 26% regular y un 6% malo (lo que se convierte en una oportunidad de mejora en el proceso de atención de Laboratorio clínico).

Al personal de servicio de limpieza lo catalogaron como excelente en un 49%, 44% bueno, 4% regular y 3% mala. Al personal de alimentación y dietas lo evaluaron en un 63% como bueno, 31% excelente y 6% regular, siendo este el personal mejor evaluado.

La satisfacción del usuario con la atención brindada por el profesional de salud, contribuye a agilizar el proceso de atención y recuperación de los usuarios.

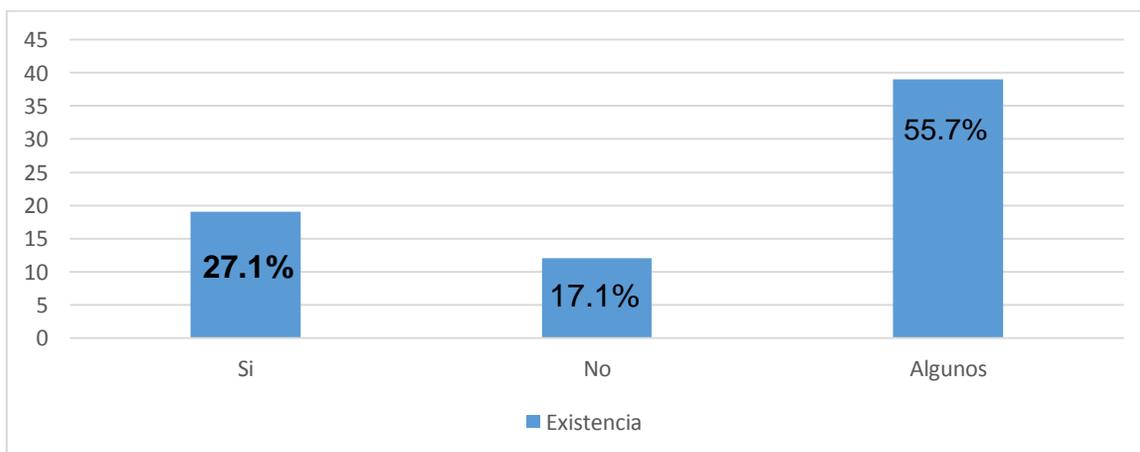
**Gráfico N° 24.** Evaluación de la Satisfacción por la Alimentación



Fuente: Encuesta de Satisfacción de usuario externo. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" Cojutepeque. Febrero a Julio 2017

Los usuarios externos encuestados consideraron que la alimentación brindada durante su estancia hospitalaria fue buena en un 57.1%, otros la calificaron como excelente en un 40% y regular en un 2.9%, ninguno la calificaron como mala. Siendo este rubro uno de los mejores evaluados por los usuarios, lo que satisface a las autoridades de la institución.

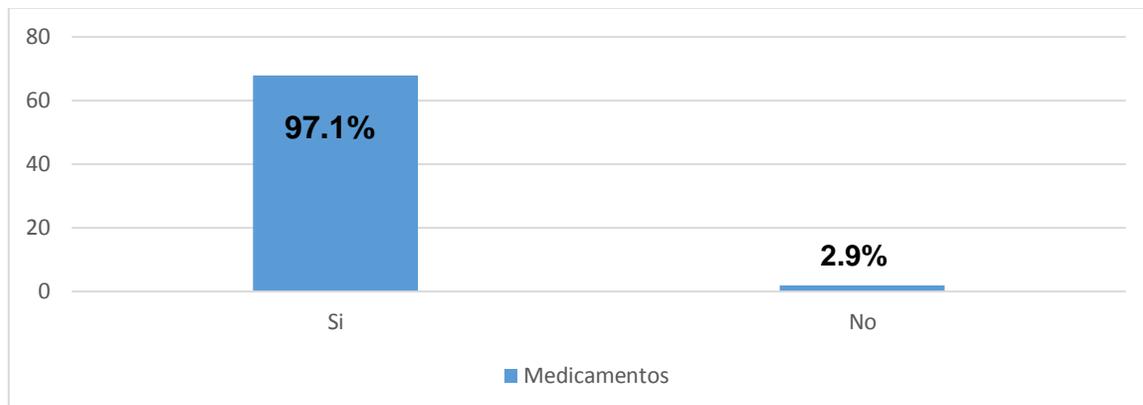
**Gráfico 25.** Disponibilidad de Medicamentos en Farmacia del Hospital.



Fuente: Encuesta de Satisfacción de usuario externo. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" Cojutepeque. Febrero a Julio 2017

Del total de usuarios entrevistados, afirmaron que el 27.1% de los medicamentos prescritos por el médico, sí estaban disponibles para su dispensación en farmacia del hospital, el 17.1% respondió que no se encontraron y el 55.7% manifestó que solo algunos medicamentos se encontraban en farmacia, lo que genera insatisfacción del usuario, porque debe comprar los medicamentos. Siendo este rubro uno de los más críticos, ya que se debe garantizar la existencia de medicamentos para facilitar el restablecimiento de la salud de los usuarios.

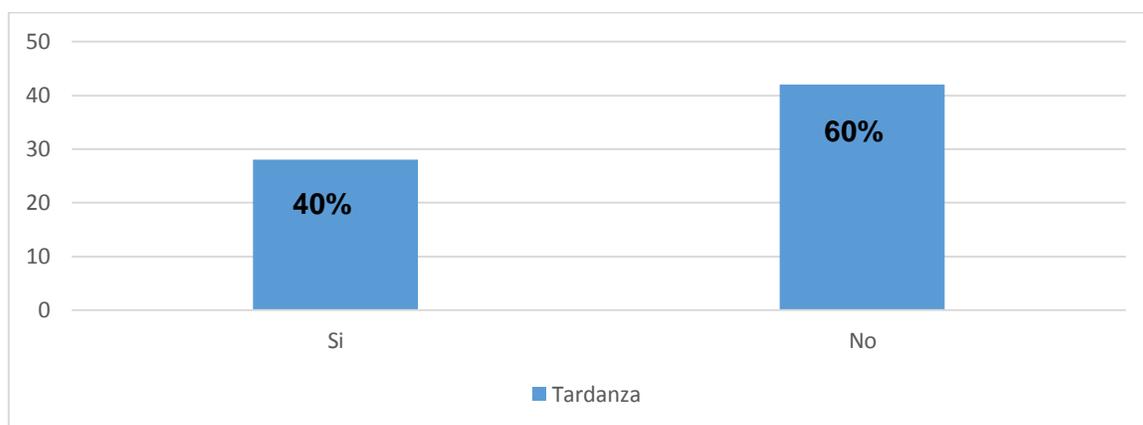
**Gráfico 26.** Efectividad de los medicamentos prescritos en el servicio de Medicina.



Fuente: Encuesta de Satisfacción de usuario externo. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" Cojutepeque. Febrero a Julio 2017.

El 97.1% de los usuarios entrevistados del servicio de Medicina Interna consideran que los medicamentos prescritos por el médico si solucionarán sus problemas de salud por los cuales consulto en este ingreso y solo un 2.9% manifestaron que no, lo que puede inferirse en congruencia con la competencia del usuario interno.

**Gráfico 27.** Percepción de Demora en la Atención

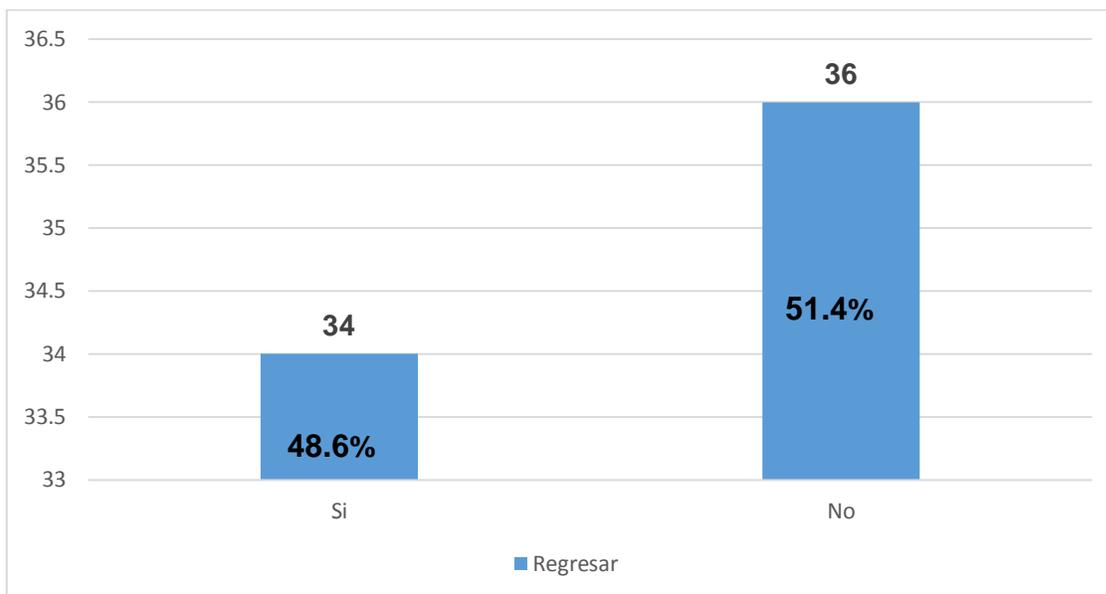


Fuente: Encuesta de Satisfacción de usuario externo. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" Cojutepeque. Febrero a Julio 2017

El 60% de las personas entrevistadas afirmaron que no percibieron tardanza en la atención durante su estancia en el servicio de medicina; sin embargo el 40% manifestaron que si percibieron tardanza, debido a saturación del

servicio, convirtiéndose este rubro en una oportunidad de mejora en la atención.

**Gráfico 28.** Reingreso al Servicio de Medicina Interna por la misma causa.



Fuente: Encuesta de Satisfacción de usuario externo. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" Cojutepeque. Febrero a Julio 2017

De los usuarios encuestados el 51.4% respondió que no han tenido que regresar al servicio de medicina por la misma causa, lo que se infiere en la efectividad de la atención en el servicio; pero el 48.6% si ha tenido que reingresar por la misma causa, lo que es congruente con los usuarios de patologías crónicas como hipertensión, diabetes mellitus y hepatopatías que son las primeras causas de egreso del servicio.

## VI. DISCUSIÓN

Entre las características demográficas de los setenta usuarios externos encuestados, que estuvieron ingresados en el servicio de Medicina Interna durante el período de Febrero a Junio 2017, se encontró que las edades más frecuentes fueron entre 30 a 49 años en un 53% y mayor de 60 años en un 31%, el sexo predominante fue el femenino con 62.9% y el estado civil predominante fue casado con un 47.1% (33). La ocupación más frecuente de los usuarios fue ama de casa con un 32.8% (23) y el nivel educativo más frecuente fue la primaria con un 51.4% (36).

De acuerdo a los hallazgos encontrados en los encuestas referentes a la identificación de factores directos que favorecen o dificultan la atención por procesos en el servicio de Medicina, se identificó que los usuarios perciben que el personal médico tiene competencia técnica para resolver su problema de salud en el servicio de medicina (98.6%), otro factor favorable es que hay apertura de parte de los profesionales (médico y enfermera) para responder a las inquietudes que los usuarios tengan a cerca de su problema de salud, con mayor porcentaje de parte del personal médico (98.6%), con el personal de enfermería la apertura en un poco más baja (85.7%), probablemente por la rotación de personal de esta disciplina.

Consideramos que la accesibilidad a brindar información facilita la comprensión y adhesión al tratamiento indicado por parte del usuario como de sus familiares.

Otro de los factores favorables es que se brinda información al usuario sobre los medicamentos que van a recibir (97.1%), jugando un papel importante el personal de enfermería en este aspecto. Uno de los factores menos favorables es la orientación al usuario sobre los pasos a seguir y procedimientos a realizar durante su estancia en el servicio de medicina (88.6%), lo que puede generar confusión en el usuario, siendo este rubro en el que se puede mejorar en el área, al contar con un documento que contenga detalle paso a paso de los diferentes procesos de atención que se realizan en el área, siendo una guía para el usuario interno como externo.

Entre los factores indirectos evaluados que favorecen o dificultan los procesos de atención, están los relacionados con las características físicas del servicio, las cuales proporcionan comodidad debido a la infraestructura semi nueva del hospital. Se evaluó el orden y limpieza general, así como la limpieza de sanitarios, las cuales fueron catalogadas por los usuarios externos con un 60% como excelente ambos rubros. Los otros factores evaluados fueron la ventilación con un 50% (excelente) y la iluminación con un 46% (buena), estos aspectos son importantes para la comodidad del usuario.

El último de los factores evaluados fueron las camas de hospitalización, que tuvieron una calificación de 47% como buena, lo que favorece otro espacio de mejora, debido a que la mayoría de camas, por el uso constante ya no cuentan con barandales en óptimas condiciones y otras los colchones son muy firmes.

Entre las principales características demográficas de los usuarios internos entrevistados, se encontró que el 21% correspondía a personal médico (1 especialista y 2 médicos generales) y un 79% personal de enfermería (5 licenciadas y 6 auxiliares de enfermería). La mayoría del personal tenía entre 1 a 10 años de trabajo (57.1%), con relación al grado de escolaridad se tuvo un 42.9% para estudios universitarios y no universitarios.

Para poder implementar una gestión por procesos en el servicio de Medicina Interna, es importante primero identificar qué es lo que el personal del área conoce acerca de esta temática, es así que se hicieron algunas preguntas exploratorias, dirigidas a dicho personal.

Entre los procesos estratégicos identificados por el usuario interno fueron el conocimiento sobre el concepto de proceso, encontrando que solo el 71.4% del personal poseen dicho conocimiento, especialmente el que tiene mayor tiempo de laborar en el hospital, siendo interesante que los jefes del servicio tanto médico y enfermera, si tienen claro dicha estrategia. Dentro de los procesos estratégicos se encuentra todo lo relacionado con la gerencia de una institución, que incluye aspectos como organización, planificación y evaluación de las actividades; es por eso que preguntamos algunos aspectos indirectos relacionados con estos procesos,

tales como si el personal tenía conocimiento de la programación anual operativa, siendo interesante que un 28.6% no conocen que el servicio cuenta con una programación anual, a pesar de que cada año la Dirección solicita la elaboración de dicho documento en conjunto de las jefaturas con el personal técnico y que cada trimestre solicita evaluación de la misma.

Se identificó que el 100% de los usuarios internos si tienen conocimiento de que existen procesos de monitoreo y evaluación de parte de las jefaturas del servicio de Medicina y la Dirección del hospital; así como monitoreo y evaluación de los estándares de calidad. Sin embargo no todos conocen que existen planes de mejora en el área, lo que puede inferirse en que es necesario que se mejore la comunicación de parte de las jefaturas hacia el personal técnico.

También se exploraron aspectos relacionados con los procesos claves del servicio, consideramos necesario conocer la percepción del usuario interno acerca de considerar la gestión por procesos como una alternativa para mejorar los procesos de atención en el servicio de medicina, obteniendo un 78.6% de aceptación, lo que es un factor favorable, ya que se contaría con la disponibilidad del usuario interno al momento de la implementación de la gestión por procesos. Así también la mayoría de los usuarios internos evaluaron el desempeño del servicio como muy bueno, ya que cumplen con la ejecución de las diferentes actividades establecidas para la atención directa del usuario, tales como recepción de un paciente al momento de su ingreso, la evaluación médica diaria durante la pasada de visita, el establecimiento de un plan de cuidados de enfermería, tratamiento médico, así como los estudios diagnósticos y de seguimiento. Ala vez se exploró cuáles eran las medidas que consideraban como de mayor impacto para incrementar los resultados en el servicio, identificando la necesidad de incrementar la contratación de recursos humanos de enfermería, así como la medida que consideran de mayor impacto para mejorar la calidad de atención de los usuarios del servicio de Medicina en un 64.3% dijeron que era el incremento de recursos humanos. Estos recursos humanos son necesarios para fortalecer los procesos claves del servicio de medicina, los cuales están relacionados con la atención directa del usuario.

Dentro de los procesos de apoyo se encuentran todo lo relacionado con la coordinación con las diferentes áreas que brindan atenciones a los usuarios derivados de una indicación médica. Según la encuesta de usuarios internos se identificó que el personal del servicio de medicina interna, conoce el grado de satisfacción del usuario interno a través del buzón de sugerencias (50%), así también el personal considera que la manera como mejor se transmiten las necesidades del usuario al personal es a través de las reuniones periódicas con el personal (71.4%), así como la relación que existe entre la estructura organizativa del hospital y la calidad de los servicios que prestan es a través de las jefaturas (78.6%).

Un dato relevante es que el personal interno considera que el factor determinante para la calidad del servicio de medicina son los conocimientos técnicos del personal (57.1%); todos estos aspectos son importantes para la implementación de los procesos de apoyo.

Nuestra investigación también tenía como objetivo evaluar la satisfacción del usuario externo, en relación a esta temática un 81.4% de los usuarios externos encuestados refirieron que el médico contaba con su expediente clínico al momento de su consulta, afirmando que el personal de salud hace uso de este documento en los procesos de atención.

A pesar de los pocos recursos médicos y de enfermería que tiene el hospital los usuarios manifestaron en un 84.3% que el tiempo de espera fue excelente y bueno, es decir que implementan estrategias para agilizar los proceso de atención.

La atención recibida por parte de los médicos en el servicio, fue percibida por el usuario satisfactoriamente, debido a que en un 94.3% manifestaron haber sido examinados por el médico, esto genera confianza y fortalece la relación médico – paciente, generando confianza y empatía con el personal de salud. La atención por parte de personal médico y de enfermería fue considerada buena en un 63% y 56% respectivamente. Es satisfactorio encontrar que un 85.7% de los pacientes están satisfechos con la atención brindada.

Con los servicios de apoyo el usuario manifestó que un 65.7% se siente satisfecho con la atención, en cuanto a la limpieza de las instalaciones un 92.9% la consideraron excelente y buena, la alimentación brindada la consideraron en un 94.3% como excelente y buena.

La Institución según los resultados obtenidos se puede evidenciar que están trabajando en mejorar la calidad de la atención de los usuarios especialmente en la prestación de los servicios que ofrece.

Uno de los problemas que los usuarios identificaron fue el abastecimiento de medicamentos, un 27.51% respondió que sí cuentan con los medicamentos, un 55.7% algunos medicamentos y un 17.1% ningún medicamento, esto repercute en la calidad de atención, ya que los usuarios consideran que los medicamentos en un 97.1% van a solventar los problemas de salud.

Entre los factores que favorecen o dificultan la gestión por procesos, se identificaron como factores directos a la competencia técnica del médico, la accesibilidad a la información sobre la salud del usuario, orientación al usuario sobre su tratamiento, procedimientos y atenciones que se realizan en el servicio.

Los factores indirectos que favorecerían la implementación de gestión por procesos son las características físicas adecuadas del servicio que ofrece confort al usuario.

Los usuarios identificaron la buena señalización que existe en el área de hospitalización. Se identificó que existe confianza de parte del paciente al personal médico, pues los usuarios manifestaban que consideran en su mayoría que el personal médico está capacitado para atender su problema de salud.

Existe empatía con el usuario, se identificó que tanto el personal de enfermería y médico están brindando la información al usuario sobre su tratamiento a seguir.

El personal del servicio de Medicina Interna no tiene conocimientos claros sobre la gestión por procesos, aunque si consideran que su implementación mejoraría la realización de los diferentes procesos que se realizan en el servicio, especialmente los procesos claves.

Se puede evidenciar que hay limitantes en el Servicio de Medicina Interna ya que no cuentan, con procesos debidamente detallados y estandarizados; lo que facilitaría y mejoraría los diferentes procesos de atención directa; por lo tanto se requiere fortalecer el servicio con recurso humano, pero especialmente hacer una reestructuración del servicio.

El personal de salud conoce que su desempeño está siendo evaluado mediante monitoreo y evaluaciones así como de estándares de calidad.

Los Trabajadores de Salud identificaron que un determinante de calidad en la prestación de los servicios es mejorar las competencias técnicas del personal.

Existe tardanza en los procesos de atención que se brindan en el servicio, debilidades en la evaluación clínica al alta de los pacientes pues se identificó que buen número de pacientes vuelve al servicio por la misma patología atendida.

Las Jefaturas deben propiciar espacio para el conocimiento de Instrumentos de Gestión como la POA pues el personal desconoce de este instrumento y de planes de mejora que se realizan en el servicio.

La población evalúa en la mayoría de los casos como buena la atención brindada por el personal del hospital y por lo tanto están satisfechos con la atención.

Cuentan como servicio de Medicina Interna, con lo básico para la atención y satisfacción del usuario; sin embargo deben mejorar la disponibilidad de medicamentos para brindar una atención oportuna y completa al usuario que lo solicita.

El flujo de entrada y salida de pacientes es una de las áreas donde la gestión por procesos genera cambios importantes, y los encuestados lo han expresado como punto importante.

Es aquí donde se realizan pasos cruciales para la adecuada preparación y manejo, y donde muchas veces se detectan situaciones que pueden solventarse y evitar dificultades en el ingreso de un paciente al servicio.

Una parte importante de los encuestados respondió que la gestión por procesos sería favorable para el funcionamiento del servicio; y aunque muchos no establecieron la justificación a su respuesta, sí se encuentran observaciones que hacen referencia al involucramiento de las autoridades en conocer las deficiencias que afronta el Servicio de Medicina Interna.

Un porcentaje considerable dice desconocer en qué consiste la gestión por procesos. Esto sería un punto muy importante a considerar si se planifica implementar este tipo de gestión, porque es necesario el conocimiento y convencimiento de todos los involucrados.

Las encuestas de opinión de los empleados dan un diagnóstico general de la situación hospitalaria y específica del área. El empleado no está ajeno a la problemática en el funcionamiento, reflejada sensiblemente en su opinión de la limitada disponibilidad de insumos y recurso humano. Para establecer un plan de gestión por procesos deben tomarse estos insumos para su adecuada intervención.

En cada una de las sesiones, y aprovechando la conformación del Comité de Gestión de las jefaturas, se obtuvieron opiniones diversas de jefaturas involucradas y algunos operativos para conocimiento de los procesos actuales, así como la mejor definición de los mismos y la elaboración de toda su estructura. Se tomaron en cuenta los ejes de análisis tales como diagnóstico actual del servicio, recursos humanos e infraestructura.

Se pudo constatar la preparación, el conocimiento y el convencimiento que tienen las jefaturas de hacer una reingeniería, detectando áreas problemáticas prioritarias en la organización y disponibilidad de recurso humano, la preparación inapropiada de los pacientes y las limitantes que se tienen en insumos y equipo biomédico.

Se hace ver que el mayor compromiso y conocimiento administrativo de las jefaturas de cada especialidad le darán herramientas para que la gestión local sea efectiva y se transmita a las autoridades las necesidades sensibles para su resolución.

Las mesas de trabajo aportaron insumos adicionales valiosos que corresponden a la estructura general del plan de implementación de gestión por procesos. Los insumos recabados son de mucha importancia para el diagnóstico y la elaboración de la propuesta técnica, teniendo que considerar que la misma complejidad hospitalaria hace necesaria el involucramiento multidisciplinario.

La aplicación técnica es limitada, aunque se tiene conocimiento por parte de algunas jefaturas, la experiencia en gestión por procesos es escasa.

Sin embargo, los resultados resaltan que se debe adquirir la experiencia y obtener la asesoría externa para su implementación.

También, la sistematización electrónica del proceso de atención es muy incipiente; existe limitada aplicación del sistema informático inclusive en áreas donde ya existe, es un factor que limita asegurar el éxito de la gestión por procesos, que requiere inversión en capacitación técnica, asegurar el sistema óptimo para su implementación, establecerse la asesoría y la supervisión externa en la institución que no tiene la experiencia previa.

Es importante corregir al corto plazo las debilidades operativas detectadas, para iniciar el proceso de elaboración e implementación de la gestión por procesos.

Es necesaria la concientización de las diferentes jefaturas sobre la importancia de la implementación de la gestión de procesos como un mecanismo que contribuya a incrementar la mejora sustancial en la atención al usuario que necesita ingreso al servicio, conlleve a mejorar su calidad de atención a los usuarios y socializar el proceso con otros actores de la institución que asegure el nivel de conocimiento y las competencias necesarias para su éxito.

El involucramiento al personal operativo en su construcción, con la finalidad de generar un empoderamiento hacia el proceso, participando en su definición, caracterización, identificación de subprocesos, indicadores, metas y mejora continua es esencial para su implementación.

## VII. CONCLUSIONES

1. La Gestión por Procesos en el Servicio de Medicina Interna es factible en su implementación y enfoque gerencial, cuenta con fundamentos adecuados para el trabajo de la calidad.
2. En la organización actual del trabajo en el Servicio de Medicina Interna se encuentra dificultad en la priorización sistemática, baja exactitud en la clasificación de los procesos y un incipiente sistema de organización de los procesos.
3. El trabajo actual se organiza de la manera tradicional, centrada en un orden jerárquico y con resultados definidos según funciones. No hay un manejo interdisciplinario centrado en el paciente con un enfoque prioritario a su satisfacción.
4. En los procesos estratégicos del funcionamiento del Servicio de Medicina Interna se detectan fallos que permiten la falta de disponibilidad o escasez de insumos médicos y la insuficiente formación y experiencia técnicas en el campo de gestión hospitalaria.
5. Los factores directos implicados con la atención en el servicio son el recurso humano interno especializado, la infraestructura, el flujo interno establecido para el paciente. Los factores indirectos son las políticas de salud, las líneas estratégicas institucionales, los servicios de apoyo, los insumos necesarios, entre otros.
6. Entre los obstáculos para la atención ágil de los pacientes es frecuente encontrar fallos en los subprocesos de factores indirectos, tales como: Preparación inadecuada de pacientes, falta de material o equipo, problemas indirectos con el recurso humano.
7. No existe una definición, caracterización, identificación de subprocesos, nombramiento de responsable e indicadores de cada uno de los procesos implicados

en la atención de pacientes. Esto dificulta el libre flujo de entrada y salida de los pacientes, con su consecuente insatisfacción.

8. En el Hospital Nacional Nuestra Señora de Fátima se cuenta con un plan estratégico que define entre sus políticas una conducción hospitalaria consensuada y orientada al logro de objetivos y metas dirigidas al paciente.

Además, una política de atención al paciente con efectividad y calidad. Esto fundamenta la necesidad de reingeniería organizacional que asegure el cumplimiento de estas políticas.

9. La falta de objetivos comunes entre las directrices de la gestión por procesos y algunas áreas como la Dirección, las Jefaturas y el personal operativo, le quitan importante potencial al desarrollo del flujo informativo. Deben integrarse y a través de esa sinergia, se suplirán las carencias enumeradas.

10. Existen barreras organizacionales internas y falta de concatenación interdisciplinaria. No hay unidad supervisora y asesora que valide los objetivos conseguidos.

11. El paciente que es atendido en el servicio se enfrenta ante la necesidad de recibir servicios o atenciones de diferentes disciplinas que cumplen procesos aislados y que dejan vacíos en los enlaces necesarios para un producto común, se centran en subproductos y no en resultados finales centrados en el paciente.

12. La gestión por procesos es una forma innovadora de reorganización del trabajo, su principal justificación es la factibilidad costo-efectiva que mejoraría e inclusive resolvería algunos problemas actuales que se presentan, tales como: flujos de entrada de usuarios, demora en los procesos de atención, duplicación de actividades, etc.

## VIII. RECOMENDACIONES

Según los resultados de la investigación y en congruencia con las conclusiones, se recomienda:

### **Al Ministerio de Salud y a la Dirección Nacional de Hospitales:**

1. Apoyar el refuerzo presupuestario, la asesoría y la supervisión externa para la elaboración, implementación y seguimiento de la gestión por procesos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Nuestra Señora de Fátima.

### **A la Dirección Institucional y Mesas de Trabajo:**

1. Identificar asignar y responsable sobre proceso global: uno de los pasos más importantes al interior de las mesas es la identificación y designación de los roles, principalmente el de responsable del proceso.

2. Reuniones efectivas: la mesa de trabajo debe instalar las prácticas de Gestión de Procesos y lograr estabilizar el proceso e impulsar mejoras, desarrollar un trabajo colaborativo que comprometa a sus integrantes, documenten sus desarrollos, creen nuevas formas de trabajo, encuentren soluciones a las contingencias y den cuenta sobre actividades realizadas.

3. Evaluar los escenarios: el monitoreo y la supervisión son necesarias en la planificación de capacidades sobre procesos afectados por eventos eternos.

4. Administración en base a procesos: es necesario que el Hospital Nacional Nuestra Señora de Fátima, dentro de su administración tenga un enfoque orientado a los procesos, pues es el control del desenvolvimiento de los procesos son los que permiten cumplir con los requerimientos de sus usuarios y ofrecerles cada vez mejores servicios con calidad.

### **A la División Médica:**

1. Reforzar conocimientos administrativos en gestión por procesos por parte de las jefaturas involucradas y hacer partícipes a los funcionarios de las áreas operativas.

2. Capacitar y reforzar los conocimientos administrativos en gestión por procesos de las jefaturas involucradas.

3. Facilitar toda la información pertinente y generar las condiciones óptimas para la implementación de la gestión por procesos, socializando el proceso a otras jefaturas directamente relacionadas con el paciente ingresado al servicio. Deben fortalecerse los sistemas electrónicos de información, asegurar su alimentación y conocimiento por todo el personal, principalmente de las jefaturas, para su análisis, discusión y planificación de proyectos de mejora.

**A las Jefaturas del Servicio de Medicina Interna:**

1. Generar motivación y confianza en el personal de las distintas áreas sobre los beneficios de la implementación de la gestión por procesos, brindarles componentes de gestión para involucrarlos en la nueva organización del trabajo.

2. Hacer partícipe a los operativos y establecer mecanismos para obtener información sobre la satisfacción de los usuarios; de ser posible, incorporar periódicamente a representantes de sociedad civil en reuniones de análisis y discusión del funcionamiento del servicio, para fortalecer los proyectos de mejora y obtener una valoración integral de los resultados.

**A las Jefaturas Médicas, de Enfermería y de Servicios de Apoyo:**

1. Asegurar la supervisión de todas las áreas de trabajo, principalmente lo que respecta a la preparación de pacientes, decisiones quirúrgicas, gestión de recursos e insumos. Establecer los mecanismos de enlace interdisciplinarios para el logro de objetivos comunes centrados en la satisfacción de los usuarios.

**A todo el Personal Operativo:**

1. Involucrarse en la gestión por procesos, desde su elaboración y todas las fases subsecuentes, generando compromiso, empoderamiento y sentido de responsabilidad. Generar interés y tomar papel activo en la adquisición de conocimientos en gestión por procesos, para su elaboración, aplicación, evaluación y mejora continua.

## **IX. PROPUESTA TÉCNICA.**

### **Implementación del proceso de atención de pacientes del Servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Nuestra Señora de Fátima Cojutepeque.**

#### **I. INTRODUCCION**

El funcionamiento del Servicio de Medicina Interna no solo depende de estar adecuadamente equipado y con el personal calificado, ya que esto no garantiza la eficiencia del servicio. Está claro que la medición de calidad brindada en cualquier establecimiento de salud es difícil, pues este tipo de instituciones prestan “servicios” por lo tanto el resultado de la atención no se puede medir cuantitativamente. Hemos considerado la necesidad de realizar un mapeo del proceso de admisión, estancia y egreso del paciente, realizando un diagnóstico de los mismos y en base a esto proponer a la Dirección Hospitalaria una Propuesta Técnica siguiendo la misión y visión de la Institución.

La Gestión por Procesos nace en el ámbito puramente empresarial, siendo definido como: una colección de actividades que toman una o más entradas de diferentes tipos y generan una salida la cual tiene un determinado valor para el cliente. Según la Organización Mundial de la Salud, un Proceso en Salud es un conjunto de actividades de trabajo interrelacionadas que se caracteriza por requerir ciertos insumos y tareas particulares que implican valor agregado con miras a obtener ciertos resultados.

Dentro de los resultados obtenidos en general los usuarios manifiestan estar satisfechos con la atención que se les ha brindado en el servicio de medicina interna, esto no implica que no se pueda continuar mejorando los procesos de atención para el usuario y lograr mayor satisfacción, así mismo el personal conoce cuál es la mayor debilidad durante el proceso de atención y están en la disposición de poder adoptar e implementar medidas que satisfagan las necesidades de los usuarios.

Como todo proceso, nuestro objetivo es mejorar la calidad de la atención en los diferentes procesos que actualmente se están brindando.

La Política Nacional de Salud en su estrategia novena referente a la Política Hospitalaria establece que le corresponde al Ministerio de Salud regular e incrementar la eficacia, eficiencia y calidad de los niveles secundario y terciario (hospitales) como componente relevante de la Red Integrada de Servicios del Sistema Nacional de Salud.

Hace énfasis en la necesidad de establecer prioridades de recursos humanos, equipamiento y suministros con base en un diagnóstico de la red hospitalaria. El primer eje de la Reforma de Salud referente a las Redes Integrales e Integradas de los Servicios de Salud enuncia el refuerzo de los tres niveles de atención para asegurar la respuesta a la demanda de salud de la población.

Para esos logros también se requiere mejorar la capacidad gerencial de los cuadros directivos de los hospitales como condición para el funcionamiento eficaz y eficiente de los servicios hospitalarios; institucionalizando y generalizando la implantación de un Sistema de Información Gerencial que facilite la toma de decisiones.

### **CONTENIDO DE LA PROPUESTA.**

La siguiente propuesta fue elaborada con el propósito de facilitar y orientar al personal de salud sobre el Proceso de Atención que reciben los usuarios siguiendo un orden lógico y el cual pueda ser estandarizado para todos los pacientes, así mismo pueda ser medido y evaluado por las Jefaturas con el fin último de mejorar la prestación de servicios. Se ha elaborado un mapa de procesos que parte de la evaluación del Ingreso, el Ingreso del paciente, procesos diagnósticos, tratamiento y el egreso del paciente, posteriormente se construyeron las actividades a realizarse en cada proceso con sus respectivos responsables y áreas de aplicación.

## **II. OBJETIVOS DE PROPUESTA TECNICA.**

### **Objetivo General:**

Implementación del proceso de atención de pacientes que ingresan al servicio de medicina Interna.

### **Objetivos Específicos:**

1. Proporcionar a los usuarios servicios más eficientes y oportunos para el pronto restablecimiento de su salud.
2. Satisfacción del usuario interno y externo del servicio de Medicina Interna.
3. Incrementar la eficiencia del Servicio de Medicina Interna a través de la gestión por procesos.
4. Mejorar la respuesta a la demanda de servicios médicos y consecuentemente la satisfacción de los usuarios.
5. Incrementar el conocimiento e involucramiento de la gestión por procesos por parte de jefaturas y empleados operativos, incrementar sus competencias y satisfacción laboral secundarias a una mejor definición de procesos y tareas.

## **III. A QUIEN VA DIRIGIDO**

**Servicio de Medicina Interna del Hospital “Nuestra Señora de Fátima”**

## **IV. EJES DE IMPLEMENTACION**

La mejora en la eficiencia del Servicio de Medicina demanda una reingeniería por procesos, lo cual implica el abandono de antiguos procedimientos y la búsqueda de trabajos que agreguen valor al servicio o producto, así como organizar la institución alrededor de los procesos.

### **Tres niveles estructurales:**

- a. **El Personal:** Capacidades y motivaciones. Quienes conducen la reingeniería, es muy importante lograr su concientización y motivación.
- b. **Actividades:** Todas aquellas acciones necesarias para la implementación de los procesos.
- c. **Técnicas y Herramientas:** Tomadas de experiencias en otras instituciones y países, presentando una gama de opciones y resultados.

## **V. COMO SE VA A IMPLEMENTAR.**

La siguiente propuesta se implementara en cuatro fases:

PRIMERA FASE: Elaboración del Mapa de Procesos, con el personal médico y de enfermería del servicio de Medicina Interna.

SEGUNDA FASE: Socialización de la propuesta a la Dirección Hospitalaria y con el resto del personal Hospitalario.

TERCERA FASE: Implementación de la Propuesta Técnica.

CUARTA FASE: Supervisión y seguimiento a la implementación de la Propuesta Técnica.

### **Etapas:**

**a. Arranque:** Se procederá a trabajar en la sensibilización del personal del Servicio de Medicina Interna del Hospital para que se logre la aceptación del nuevo modelo de trabajo y el compromiso adquirido. Requiere el convencimiento, el conocimiento exhaustivo y la aceptación de las implicaciones que tiene para la organización.

Es necesario el compromiso de Dirección y Jefaturas, alineados con la Política Ministerial. Es pertinente la coordinación entre la División Médica, Jefe de

Departamento de Medicina, Jefe de Enfermería, División de Diagnóstico y Apoyo, entre otros.

**b. Factor humano del cambio:** Requiere la preparación del personal para afrontar los cambios de manera optimista. Se debe formalizar un equipo de trabajo, comunicar e involucrar a toda la organización, formar al personal en las tareas y preparar a los empleados y a la estructura organizativa en los cambios que se van a producir.

**c. Análisis de los procesos de la organización:** Se describen y desarrollan los planes de actuación en cuanto a los análisis cuantitativos y cualitativos del estado actual según su evaluación y supervisión de los procesos en los diferentes estadios por los que pasa un proceso desde su implementación.

La metodología incorpora las técnicas, herramientas y la descripción de las áreas involucradas; así como, los recursos y cómo se realiza la incorporación de éstos en la implementación.

El análisis conlleva cuatro subetapas: Establecer prioridades de los procesos a cambiar, analizar los procesos de la organización, orientar a la organización en la formulación de tareas por procesos y desarrollar una metodología con objeto de implantar los conceptos de reingeniería.

**d. Implantación del cambio:** Se evalúan los procesos de la organización y se realizan los preparativos necesarios para desarrollar el cambio.

**e. Supervisión y evaluación de la implementación:** Se estructura en establecer sistemas de evaluación y seguimiento, ser consciente de que el ámbito es dinámico y comentar y transmitir los logros alcanzados y la necesidad de continuar.

**f. Mejora continua:** Se establece la cultura de análisis y planificación de proyectos de mejora continua del funcionamiento del servicio.

## VI. ACTIVIDADES

**a) Equipos de trabajo.** El equipo inicial debe ser el Comité del Servicio de Medicina Interna, el cual debe coordinar acciones con Comité de Ética y Bioética de Investigación. Además, se deben coordinar acciones conjuntas en las reuniones administrativas periódicas de cada área involucrada en el funcionamiento del servicio.

**b) Selección de pacientes.** La población a beneficiar son los usuarios del servicio de medicina, a través de un funcionamiento más eficiente y ágil para su atención.

**c) Monitoreo del cumplimiento y resultados para realizar ajustes.** También deben definirse los indicadores de cumplimiento, los resultados esperados y la planificación de proyectos de mejora.

## VII. COMPONENTES.

### Procesos

**Para la identificación inicial de los procesos se correlacionan las necesidades o expectativas con los procesos requeridos para suplirlas.**

- a. Necesidades o expectativas
- b. Procesos identificados

### IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS:

El Mapa de Procesos (ver anexo) ofrece una visión general del sistema de gestión; representa los procesos, procedimientos, actividades y tareas que componen el sistema institucional, así como las principales relaciones de coordinación.

## **CLASIFICACIÓN DE LOS PROCESOS:**

Estratégicos, claves y de apoyo (ver anexo).

1. **Procesos estratégico o de gestión:** Permiten definir, desarrollar, implementar y desplegar las estrategias y objetivos de la institución; son genéricos, comunes y afectan a la mayor parte de la institución.
2. **Procesos claves:** Añaden valor al usuario o inciden directamente en su satisfacción o insatisfacción.  
Representan la razón de ser de la institución, dirección, departamento o unidad, el objeto principal de actividad e intervienen en la misión de la institución, pero no necesariamente en la visión.
3. **Procesos de apoyo:** Permiten la operación de la institución y apoyan a uno o más procesos claves.

### **PROCESOS ESTRATÉGICOS:**

- **Aplicación de Documentos Ministeriales:** Política Nacional de Salud, Reforma de Salud, Reglamento General de Hospitales.
- **Aplicación de Documentos Institucionales:** Normas Técnicas de Control Interno, Plan Estratégico, Plan Operativo Anual Institucional, Plan Operativo Anual del Servicio de Medicina Interna, Manual de Organización y Funciones, Manual de Procedimientos de Medicina Interna.
- **Gestión de calidad.**
- **Gestión de recursos e insumos médicos.**
- **Atención al usuario.**

### **PROCESOS CLAVES:**

- Entrada a Recepción de Emergencia: Ingreso y preparación inicial.
- Ingreso de paciente.
- Procedimientos Diagnósticos.
- Tratamiento.

- Egreso Hospitalario.

### **PROCESOS DE APOYO:**

- Equipamiento y preparación de cama hospitalaria.
- Limpieza y desinfección de cama.
- Preparación de equipo e instrumental médico.
- Preparación de ropa del usuario.
- Preparación de hemoderivados. (si es necesario)
- Disponibilidad de medicamentos e insumos médicos.
- Manejo apropiado de desechos Bioinfecciosos

### **LISTA DE PROCESOS**

Proceso N° 1: Documentos Ministeriales: Política Nacional de Salud, Reforma de Salud, Reglamento General de Hospitales.

Proceso N° 2: Documentos institucionales: Normas Técnicas de Control Interno, Plan Estratégico, Plan Operativo Anual Institucional, Plan Operativo Anual de Sala del Servicio de Medicina Interna, Manual de Organización y Funciones, Manual de Procedimientos del Servicio de Medicina Interna.

Proceso N° 3: Gestión de calidad.

Proceso N° 4: Gestión de recursos e insumos médicos.

Proceso N° 5: Atención al usuario.

Proceso N° 6: Entrada a recepción de la Emergencia y/o Consulta Externa. Ingreso y preparación

inicial.

Proceso N° 7: Traslado al Servicio de Medicina Interna.

Proceso N° 8: Acto Medico

Proceso N° 9: Recuperación en el servicio

Proceso N° 10: Disponibilidad de medicamentos e insumos médicos para el Alta Hospitalaria

## **SISTEMA DE GESTIÓN DE FLUJO DE TRABAJO**

Para ello se requiere la participación de Especialistas Informáticos en procesos de Workflow. Estos proporcionan los servicios requeridos para la automatización de procesos. Estos sistemas se caracterizan por los siguientes componentes funcionales:

- Modelado y representación de los procesos de flujo de trabajo y sus actividades constituyentes.
- Selección de los procesos para su activación, en respuesta a un pedido del usuario o a sucesos claves.
- Programación de las actividades para los agentes y tareas resultantes.
- Monitorización y adaptación de los procesos de ejecución.

Estos sistemas tienen una colección de plantillas que codifican los modelos de procesos para problemas relevantes. Las plantillas son conjuntos de tareas o actividades a ser emprendidas o más abstractamente como colecciones de restricciones sobre actividades permitidas. Las plantillas se seleccionan en función de las tareas actuales y las condiciones del entorno. Pueden personalizarse para un rango de situaciones a través de una apropiada inicialización de variables. Es

necesario conocer y definir los diferentes mecanismos para asegurar que la implementación de la gestión por procesos tenga un respaldo documental e informático apropiado.

Herramientas para la gestión del flujo de trabajo:

- Diagrama de relaciones de proceso: Es una herramienta que ayuda a analizar un proceso y sus pasos. Permite alcanzar una visión de conjunto sobre cada una de las etapas y sus relaciones entre sí. En un proceso, visualiza la interrelación de cada uno de los pasos para el objetivo común.
- Diagrama interdisciplinario de proceso: En el diagrama interdisciplinario o interfuncional se identifican los diferentes subprocesos y las disciplinas que interactúan e interrelacionan para el cumplimiento de los requisitos del cliente y por los cuales es necesario transitar para realizar un producto o servicio. Se hace necesario para coordinar acciones en tiempo y espacio de diferentes disciplinas, principalmente cuando se encuentran obstáculos durante la ejecución que son ajenos a la resolución al área en la que se desempeña el responsable del proceso.
- Flujograma de procesos: Permite la correcta identificación de actividades, facilita su comprensión, permite el acercamiento y coordinación, disminuye la complejidad y favorece la accesibilidad. Define la secuencia lógica de los procesos en la atención, se esquematiza en el diagrama de macroprocesos. Es la herramienta más útil para el análisis de los procesos, planeación y ejecución de planes de mejora.

Estas herramientas son útiles en la definición de los procesos, clasificación y mapeo de los mismos. Al definir y caracterizar cada uno de los procesos se identifican los pasos que dan un valor agregados.

## **VIII. ESTRATEGIAS DE LA PROPUESTA.**

1. Humanización: Proyecto de humanización dirigido a todo el personal que labora en la institución.
2. Gestión clínica: Capacitación a las jefaturas y seguimiento por parte del Consejo de Gestión.
3. Planes de cuidados: Establecer protocolos y guías de manejo específicas, su monitoreo y mejora.
4. Modelo asistencial. Definición del modelo clínico asistencial con énfasis en la medicina preventiva según lineamiento del Ministerio de Salud.
5. Calidad y procesos. Política institucional de calidad asistencial.
6. Investigación y docencia. Programa de educación médica continua dirigido a todo el personal.
7. Imagen institucional. Campaña de mejora de la imagen institucional, sentido de pertenencia a la institución.
8. Cartera de servicios e integración de centros de gestión. Definición y divulgación de cartera de servicios institucional.
9. Equipamientos. Gestión para la adquisición y mantenimiento de equipos necesarios.
10. Espacios. Adecuación de infraestructura y espacio físico.
11. Recursos humanos. Gestión de recursos humanos.
12. Modelo de comunicación y participación. Estrategias de participación multidisciplinaria y comunitaria.

## **IX. SEGUIMIENTO.**

Posterior a la implementación de la gestión de procesos, se inicia el proceso de seguimiento; para lo cual se conforma un equipo multidisciplinario, el cual actuará a través de una planificación y un cronograma de actividades.

El equipo multidisciplinario establece herramientas para el seguimiento de la implementación de la gestión por procesos:

1. Análisis de estadísticas e indicadores hospitalarios.
2. Supervisión y monitoreo de estándares de calidad.
3. Establecimiento de ciclos de mejora de la calidad.
4. Evaluación, análisis y proyectos de mejora de procesos de Comité de Medicina Interna.
5. Auditoría interna.

La Dirección, con el apoyo del Consejo de Gestión, Comité de Auditoría Médica, Comité de Medicina Interna, Unidad de Calidad, establece mesas de trabajo para analizar el impacto a través de los indicadores de gestión y hospitalarios y generar proyectos y recomendaciones según los resultados.

Estos resultados deben compartirse con el Comité Nacional de Calidad para ser discutidos en la Dirección Nacional de Hospitales y valorar su implementación en todos los hospitales de la red nacional.

## **X. RESULTADOS ESPERADOS.**

La implementación de la gestión por procesos supone la coordinación multidisciplinaria que lleve la definición y mejora de cada uno de los pasos que implica la atención del paciente que necesite un ingreso hospitalario.

Al implementar este proyecto se espera:

- Alinear las estrategias institucionales con la Política de Salud.
- Fortalecer las competencias gerenciales de las jefaturas involucradas y coordinar sus acciones para la consecución de objetivos comunes.
- Tener los procesos de atención definidos y caracterizados, lo cual estandariza el trabajo, maximiza la utilización de recursos, mejora eficacia y eficiencia en la atención.
- Involucrar al personal a todo nivel para el convencimiento, ejecución, desarrollo y evaluación de la reingeniería de los procesos.
- Establecer el mecanismo de evaluación y elaboración continua de proyectos de mejora en el servicio.

- Rendir informe a las autoridades institucionales y ministeriales, compartir la experiencia con otros hospitales de la región.
- Verificar el cumplimiento analizando indicadores médicos, etc. Al hacer la comparación de los datos antes y después de la implementación de la gestión por procesos se mide el impacto de la medida.
- Las acciones quedan sujetas a supervisión externa por parte del Comité Nacional de Calidad Ministerial.

## IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud. Reglamento General de Hospitales. El Salvador.
2. Ministerio de Salud. Manual de Organización y Funciones del Hospital Nacional “Nuestra Señora de Fátima” Cojutepeque. Diciembre 2012. Página 3, 8.
3. Sescam. Gestión por procesos. Servicio de Calidad de la Atención Sanitaria. Toledo 2002, página 3, 5-6, 7-8, 13-14,15-16
4. Euskalit. Fundación Vasca para la Excelencia. Calidad Total: Principios y Modelos de Gestión. Certificación ISO. País Vasco. 2011. 18 pp.
5. Beltrán Sanz, Jaime; Carmona, Miguel; Carrasco, Remigio. Guía para una Gestión basada en procesos. Andalucía 2002, página 14
6. Lennerts, K.; Abel, J. Step-by-step process analysis for hospital facility management. An insight into the OPIK research project. Emerald group publishing. Alemania. 2003. 12 pp.
7. Cardoen, B; Demeulemeester, E. Operating room planning and sheduling: A literature review. Bélgica. 2008, página 44.
8. Martínez, F.; Ospina, H. Procesos, Guía didáctica y módulo. Fundación Universitaria Luis Amigo. Colombia. 2008. 202 pp.
9. Harders, M.; Malangoni, M.; Weight, S. Improving operating room efficiency through process redesign. Surgery 2006; 140:509-16. USA. 2006
10. Paneque, P. Gestión por procesos en el sistema sanitario público de Andalucía. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. España. 2002. 27 pp.
11. Hernández, A.; Medina, A. Criterios para la elaboración de mapas de procesos. Particularidades para los servicios hospitalarios. Cuba. 2009. 7 pp.
12. Fundación Iberoamericana para la Gestión de la Calidad. [http://www.fundibeq.org/opencms/export/sites/default/PWF/downloads/gallery/methodology/tools/diagrama\\_de\\_flujo.pdf](http://www.fundibeq.org/opencms/export/sites/default/PWF/downloads/gallery/methodology/tools/diagrama_de_flujo.pdf)
13. Dirección Regional de Salud de Cusco. Plan de Mejora de Procesos. Perú. 2005. 19 pp.

14. Universidad Nacional de México. Infomed.
15. Otero, Jaime. Infodir. 2002  
www.sld.cu/galerias/doc/sitios/infodir/que\_es\_calidad\_en\_salud.doc
16. Suñol, Rosa. Fundación Donavedian. S.f.  
2014[http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa\\_sunol.pdf](http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf)
17. Organización para la Excelencia de Salud. OES. 2014 s.f.
18. Organización Mundial de la Salud. Evaluación de los Programas de Salud, Normas Fundamentales. Ginebra: OMS 1981: 31 – 39
19. Juran JM. Conceptos básicos. En manual de control de calidad. Barcelona 1990.cap.2
20. Mc Graw-Hill. Gestión de calidad y competitividad
21. Crosby PB. La calidad no cuesta. México: CECOSA, McGraw- Hill. 1987.
22. Amaya, C. (2006) La calidad de salud, un compromiso de todos, revista de ciencia y tecnología para la salud visual y color, N° 007.
23. Healy S. Health Care Quality Assurance. Terminology. *Int. J. Health Care Quality Assurance*. 1988; 1: 20-31.
24. Varo, J. (1994) Gestión Estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Díaz de santos, S.A España: disponible en [www.Netsalud.s.cr/ms/ministe/reforme.htm](http://www.Netsalud.s.cr/ms/ministe/reforme.htm)
25. Juran JM. Edición en castellano: Juran y la planificación para la calidad. Madrid: Díaz de Santos, 1990.
26. Organización Mundial de la Salud. Evaluación de los programas de salud. Norma fundamentales. Ginebra: OMS, 1981: 31-39.
27. Documentos Planning Por: Carlos Alberto Mejía Cañas Consultor / Gerente N° 130, disponible en
28. Grupo de Trabajo SEMES- Insalud Calidad en los servicios de urgencias. Indicadores de calidad. *Emergencia* 2001; 13:60-65
29. Miranda Francisco y otros (2007). Introducción a la Gestión de la Calidad. Primera Edición. Delta Publicaciones. Madrid. España

30. Gutiérrez Quintanilla, José Ricardo. Servicios de salud Pública en San Salvador. Diseño de instrumento de medición, 2009. ISBN 978-9992321-60-7. Diseño de biblioteca. utec.edu.sv.8080/jspui/bitstream.pdf. pág. 13
31. Donabedian A. Evaluación de la calidad de las atenciones médicas. OPS/OMS, editoras. Investigaciones sobre servicios de salud (Publicación Científica)
32. Vargas Fuentes, Mauricio. Gerencia de Servicios de salud. Instituto centroamericano de salud Pública (ICAP). Costa Rica pág. 12
33. Malangón y otros (2000). Administración Hospitalaria. Editorial Medica Internacional. Bogotá-Colombia
34. Hernández y otros (2006). Metodología de la investigación. Editorial McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A de C.V. (3º, Ed.). D.F. México.
35. Seto Pamies Dolors, (2004). De la calidad de servicio a la fidelidad del cliente. Primera edición. Editorial Esic. Madrid. España
36. Sistema Nacional de Salud/Descargas de Ministerio de salud: MINSAL: El Salvador RSS. Ley, Reglamento y Políticas Nacional del Sistema Nacional de Salud.
37. Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud. [http://www.salud.gob.sv/servicios/descargas/documentos/funcownload/362/chk,8eaa73ce21790f28cdb871a87eb8585d/no\\_html,1/](http://www.salud.gob.sv/servicios/descargas/documentos/funcownload/362/chk,8eaa73ce21790f28cdb871a87eb8585d/no_html,1/)
38. Carmen Concenjo. Febrero 1997. Evaluar la calidad Asistencial en los servicios de Urgencias. Emergencias vol.9, enero- febrero 1997.

**X ANEXOS**





## ANEXO 2



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR



MAESTRIA EN GESTION HOSPITALARIA

ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTOS Y EXPERIENCIA SOBRE LA GESTION POR PROCESOS Y LA CALIDAD DE ATENCIÓN A USUARIOS INTERNOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL “NUESTRA SEÑORA DE FATIMA” COJUTEPEQUE, FEBRERO A JULIO 2017

La aplicación del instrumento es con fines académicos. Es de carácter interno y confidencial. Agradeceremos su participación

**Objetivo: Determinar el grado de conocimiento y experiencia de la gestión por procesos y la calidad de atención del personal de salud que sean insumos para el funcionamiento del Servicio de Medicina Interna.**

Fecha: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Datos generales

### 1. Área de Trabajo:

Especialista		Residente		Enfermera Auxiliar		Enfermería		Ayudante enfermería	
Ayuda Limpieza		Técnico en Anestesia		Laboratorista		Técnico Rayos X		Otro	

### 2. Años de laborar en la Institución

Menos de 1 año		1-10 años		Más de 10 años	
----------------	--	-----------	--	----------------	--

### 3. Escolaridad:

Education Básica		Media,		Superior no Universitaria		Universitaria,		Postgrado	
------------------	--	--------	--	---------------------------	--	----------------	--	-----------	--

1. ¿Conoce usted que es un proceso?

a. Si

b. No

2. ¿Cuenta el servicio con una Programación Anual Operativa?

a. Si

- b. No
  - c. Desconoce
3. ¿Realizan las Jefaturas del Servicio evaluación de área?
- a. Si
  - b. No
  - c. Desconoce
4. ¿La Dirección Hospitalaria realiza monitoreo y evaluación del área?
- a. Si
  - b. No
  - c. Desconoce
5. ¿Realizan monitoreo de estándares de Calidad?
- a. Si
  - b. No
  - c. Desconoce
6. ¿Realizan análisis de sus estándares de calidad?
- a. Si
  - b. No
  - c. Desconoce
7. ¿Cuentan con planes de mejora?
- a. Si
  - b. No
  - c. Desconoce
8. ¿Considera usted que la gestión por procesos, mejoraría el funcionamiento y la atención de los pacientes que reciben la atención en el servicio de medicina interna?
- a. Si
  - b. No
  - c. Desconozco en que consiste la gestión por procesos
9. ¿En general como califica usted el desempeño actual del Servicio?
- a. Sobresaliente
  - b. Muy Bueno
  - c. Bueno
  - b. Malo
  - C. Regular
10. ¿Cuál sería la medida de mayor impacto para incrementar los resultados del servicio?
- a. Incrementar número de camas
  - b. Incrementar horas contrato/ médico internista

- c. Incrementar horas contrato/enfermería
- d. Cambios en forma de programación
- e. Cambios en flujo de entrada y salida de pacientes
- f. Otros

11. ¿Cuál sería la medida de mayor impacto para mejorar la calidad de atención de los usuarios del servicio de medicina interna?

- a. Refuerzo presupuestario
- b. Incremento de recursos humanos
- c. Reingeniería de la gestión
- d. Proyectos de mejora continua
- e. Establecimientos de círculos de calidad
- f. Capacitación sobre humanización al personal
- g. Mayor supervisión
- h. Otros

12. ¿Cómo conocen los empleados el grado de satisfacción de los pacientes del servicio de medicina?

- a. A través de encuestas de satisfacción de las áreas
- b. A través del buzón de sugerencias
- c. A través de opiniones verbales vertidas por el usuario

13. ¿Cómo se trasmite a los empleados la necesidad de ofrecer un servicio de calidad al usuario?

- a. En reuniones periódicas con Jefaturas y el personal
- b. Discusión de los problemas por disciplinas
- c. Por los análisis de estándares de calidad que posteriormente se dan a conocer al empleado

14. ¿Cuál es la relación que hay entre la estructura organizativa del hospital y la calidad de los servicios que presta el servicio de medicina?

- a. A través de la Dirección
- b. A través de la UOC
- c. A través de las jefaturas

15. ¿Qué factores cree que son determinantes en la calidad del servicio?

- a. Conocimientos técnicos
- b. Satisfacción de los usuarios
- c. Satisfacción de los profesionales

### ANEXO 3

#### TABLAS

**Tabla 1:** Competencia Técnica de Médicos

Competencia técnica médica	Frecuencia	Porcentaje
Si	69	98.6%
No	1	1.4%
Total	70	100%

Fuente: Encuesta de Satisfacción de usuario externo. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" Cojutepeque. Febrero a Julio 2017

**Tabla 2:** Accesibilidad a la Información por Personal Médico y Enfermería

Accesibilidad a la información	Médico	Porcentaje	Enfermera	Porcentaje
Si	60	85.7	57	81.4%
No	10	14.3	13	18.6%
Total	70	100	70	100%

Fuente: Encuesta de Satisfacción de usuario externo. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" Cojutepeque. Febrero a Julio 2017

**Tabla 3:** Educación al Usuario sobre Tratamiento Farmacológico brindado.

Educación al usuario sobre tratamiento farmacológico	Frecuencia	Porcentaje
Si	68	97.1%
No	2	2.9%
Total	70	100%

Fuente: Encuesta de Satisfacción de usuario externo. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" Cojutepeque. Febrero a Julio 2017

**Tabla 4:** Información al usuario sobre procedimientos en el servicio

Información sobre procedimientos en el servicio	Frecuencia	Porcentaje
Si	62	88.6%
No	8	11.4%
Total	70	100%

Fuente: Encuesta de Satisfacción de usuario externo. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" Cojutepeque. Febrero a Julio 2017

**Tabla 5:** Características físicas del servicio de Medicina Interna.

Características físicas de servicio de MI	E	%	B	%	R	%	M	%	Total
Orden y Limpieza General	42	60%	25	36%	2	3%	1	1%	70
Limpieza de Servicios	42	60%	21	30%	6	9%	1	1%	70
Ventilación	37	53%	30	43%	3	4%	0	0	70
Iluminación	35	50%	32	46%	3	4%	0	0	70
Camas	18	26%	33	47%	12	17%	7	10%	70

Fuente: Encuesta de Satisfacción de usuario externo. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" Cojutepeque. Febrero a Julio 2017

**Tabla 6:** Señalización del servicio de Medicina Interna.

Señalización	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	20	28.6%
Bueno	45	64.3%
Regular	4	5.7%
Mala	1	1.4%
Total	70	100%

Fuente: Encuesta de Satisfacción de usuario externo. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" Cojutepeque. Febrero a Julio 2017

**Tabla 7:** Conocimiento del usuario interno sobre concepto de proceso.

Conoce que es proceso	Frecuencia	Porcentaje
Si	10	71.4%
No	4	28.6%
Total	14	100%

Fuente: Encuesta sobre conocimiento y experiencia sobre la Gestión por procesos y la calidad de atención a usuarios internos. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" Cojutepeque. Febrero a Julio 2017.

**Tabla 8:** Existencia de Programación Anual Operativa

Cuenta con plan operativo	Frecuencia	Porcentaje
Si	10	71.4%
No	4	28.6%
Total	14	100%

Fuente: Encuesta sobre conocimiento y experiencia sobre la Gestión por procesos y la calidad de atención a usuarios internos. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" Cojutepeque. Febrero a Julio 2017.

**Tabla 9:** Evaluación del funcionamiento de Medicina Interna

Evaluación por Jefaturas/Dirección	Si	Porcentaje	No	Porcentaje	Total
Jefatura	14	100%	0	0	14
Dirección	14	100%	0	0	14

Fuente: Encuesta sobre conocimiento y experiencia sobre la Gestión por procesos y la calidad de atención a usuarios internos. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" Cojutepeque. Febrero a Julio 2017.

**Tabla 10:** Monitoreo y análisis de estándares de calidad

Monitoreo/Análisis estándares	Si	Porcentaje	No	Porcentaje	Total
Monitoreo	14	100%	0	0	14
Análisis	14	100%	0	0	14

Fuente: Encuesta sobre conocimiento y experiencia sobre la Gestión por procesos y la calidad de atención a usuarios internos. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" Cojutepeque. Febrero a Julio 2017.

**Tabla 11:** Elaboración de planes de mejora.

Planes de mejora	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	93%
No	0	0%
Desconoce	1	7%
Total	14	100%

Fuente: Encuesta sobre conocimiento y experiencia sobre la Gestión por procesos y la calidad de atención a usuarios internos. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" Cojutepeque. Febrero a Julio 2017.

**Tabla 12:** Percepción de la aplicación de Gestión por procesos.

Aplicación de Gestión por procesos	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	78.6%
No	2	14.3%
Desconoce	1	7.1%
Total	14	100%

Fuente: Encuesta sobre conocimiento y experiencia sobre la Gestión por procesos y la calidad de atención a usuarios internos. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" Cojutepeque. Febrero a Julio 2017.

**Tabla 13:** Desempeño Institucional del Servicio de Medicina Interna.

Desempeño del servicio	Frecuencia	Porcentaje
Sobresaliente	1	7.1%
Muy bueno	11	78.6%
Bueno	2	14.3%
Malo	0	0%
Regular	0	0%
Total	14	100%

Fuente: Encuesta sobre conocimiento y experiencia sobre la Gestión por procesos y la calidad de atención a usuarios internos. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" Cojutepeque. Febrero a Julio 2017.

**Tabla 14:** Medida de Mayor Impacto para Incrementar resultados.

Medida para incrementar resultados	Frecuencia	Porcentaje
Incrementar número de camas	0	0%
Incrementar horas contrato/médico internista	4	28.6%
Incrementar horas contrato/enfermería	8	57.1%
Cambios en forma de programación	0	0%
Cambios en flujo de entrada y salida de pacientes	1	7.1%
Otros (análisis de atención)	1	7.1%
Total	14	100%

Fuente: Encuesta sobre conocimiento y experiencia sobre la Gestión por procesos y la calidad de atención a usuarios internos. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" Cojutepeque. Febrero a Julio 2017

**Tabla 15:** Medida para mejorar la calidad de atención en servicio de Medicina Interna

Medida para mejorar calidad	Frecuencia	Porcentaje
Refuerzo presupuestario	2	14.3%
Incremento de recursos humanos	9	64.3%
Reingeniería de la gestión	0	0%
Proyectos de mejora continua	2	14.3%
Establecimientos de círculos de calidad	0	0%
Capacitación sobre humanización al personal	1	7.1%
Mayor supervisión	0	0%
Otros	0	0%
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta sobre conocimiento y experiencia sobre la Gestión por procesos y la calidad de atención a usuarios internos. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" Cojutepeque. Febrero a Julio 2017.

**Tabla 16:** Satisfacción de Usuario Externo en Servicio de Medicina Interna

Satisfacción del usuario	Frecuencia	Porcentaje
A través de las encuestas de satisfacción de las áreas	3	21.4%
A través del buzón de sugerencias	7	50%
A través de opiniones verbales vertidas por el usuario	4	28.6%
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta sobre conocimiento y experiencia sobre la Gestión por procesos y la calidad de atención a usuarios internos. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" Cojutepeque. Febrero a Julio 2017

**Tabla 17:** Comunicación de necesidades de usuarios al personal de Medicina Interna.

Comunicación de necesidades del usuario	Frecuencia	Porcentaje
Reuniones periódicas con el personal	10	71.4%
Discusión de los problemas por disciplinas	2	14.3%
Por los análisis de estándares de calidad que posteriormente se dan a conocer al empleado	2	14.3%
Total	14	100%

Fuente: Encuesta sobre conocimiento y experiencia sobre la Gestión por procesos y la calidad de atención a usuarios internos. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" Cojutepeque. Febrero a Julio 2017

**Tabla 18:** Relación entre Estructura Organizativa del Hospital y Calidad de los servicios

Relación entre estructura organizativa y servicio	Frecuencia	Porcentaje
A través de la Dirección	2	14.3%
A través de la UOC	1	7.1%
A través de las jefaturas	11	78.6%
Total	14	100%

Fuente: Encuesta sobre conocimiento y experiencia sobre la Gestión por procesos y la calidad de atención a usuarios internos. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" Cojutepeque. Febrero a Julio 2017

**Tabla 19:** Factores Determinantes en la Calidad del Servicio de Medicina Interna.

Determinantes de calidad	Frecuencia	Porcentaje
Conocimientos técnicos	8	57.1%
La dedicación al paciente	2	14.3%
Satisfacción de los usuarios	3	21.4%
Satisfacción de los profesionales	1	7.1%
Satisfacción de la organización	0	0%
Total	14	100%

Fuente: Encuesta sobre conocimiento y experiencia sobre la Gestión por procesos y la calidad de atención a usuarios internos. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" Cojutepeque. Febrero a Julio 2017

**Tabla 20:** Información Clínica disponible en Expediente Clínico al momento de Atención Médica.

Información clínica disponible en expediente clínico	Frecuencia	Porcentaje
Si	57	81.4%
No	13	18.6%
Total	70	100%

Fuente: Encuesta de Satisfacción de usuario externo. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" Cojutepeque. Febrero a Julio 2017

**Tabla 21:** Evaluación de Tiempo de Atención Médica.

Tiempo de atención médica	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	23	32.9%
Bueno	36	51.4%
Regular	10	14.3%
Mala	1	1.4%
Total	70	100%

Fuente: Encuesta de Satisfacción de usuario externo. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" Cojutepeque. Febrero a Julio 2017

**Tabla 22:** Examen Clínico por Médico

Examen clínico por médico	Frecuencia	Porcentaje
Si	66	94.3%
No	4	5.7%
Total	70	100%

Fuente: Encuesta de Satisfacción de usuario externo. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" Cojutepeque. Febrero a Julio 2017

**Tabla 23:** Evaluación de Atención brindada por los Profesionales en el Servicio de Medicina Interna

Atención brindada por	E	%	B	%	R	%	M	%	T
Médico	16	23%	44	63%	7	10%	3	4%	70
Enfermera	12	17%	39	56%	15	21%	4	6%	70
Laboratorio	6	8.5%	40	57%	18	26%	6	8.5%	70
Limpieza	34	49%	31	44%	3	4%	2	3%	70
Alimentación	22	31%	44	63%	4	6%	0	0%	70

Fuente: Encuesta de Satisfacción de usuario externo. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" Cojutepeque. Febrero a Julio 2017

**Tabla 24:** Evaluación de la Alimentación

Evaluación de Alimentación	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	28	40%
Bueno	40	57.1%
Regular	2	2.9%
Mala	0	0%
Total	70	100%

Fuente: Encuesta de Satisfacción de usuario externo. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" Cojutepeque. Febrero a Julio 2017

**Tabla 25:** Disponibilidad de Medicamentos en Farmacia del Hospital

Disponibilidad de medicamentos en farmacia	Frecuencia	Porcentaje
Si	19	27.1%
No	12	17.1%
Algunos	39	55.7%
Total	70	100%

Fuente: Encuesta de Satisfacción de usuario externo. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" Cojutepeque. Febrero a Julio 2017

**Tabla 26:** Efectividad de los Medicamentos indicados en el Servicio de Medicina Interna

Medicamentos solucionan su problema de salud	Frecuencia	Porcentaje
Si	68	97.1%
No	2	2.9%
Total	70	100%

Fuente: Encuesta de Satisfacción de usuario externo. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" Cojutepeque. Febrero a Julio 2017

**Tabla 27:** Percepción de Demora en la Atención

Percepción de tardanza	Frecuencia	Porcentaje
Si	28	40%
No	42	60%
Total	70	100%

Fuente: Encuesta de Satisfacción de usuario externo. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" Cojutepeque. Febrero a Julio 2017

**Tabla 28:** Reingreso al Servicio de Medicina Interna por la misma causa.

Reingreso	Frecuencia	Porcentaje
Si	34	48.6%
No	36	51.4%
Total	70	100%

Fuente: Encuesta de Satisfacción de usuario externo. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" Cojutepeque. Febrero a Julio 2017

## ANEXO 4

### SIMBOLOGÍA EN LOS DIAGRAMAS DE FLUJO

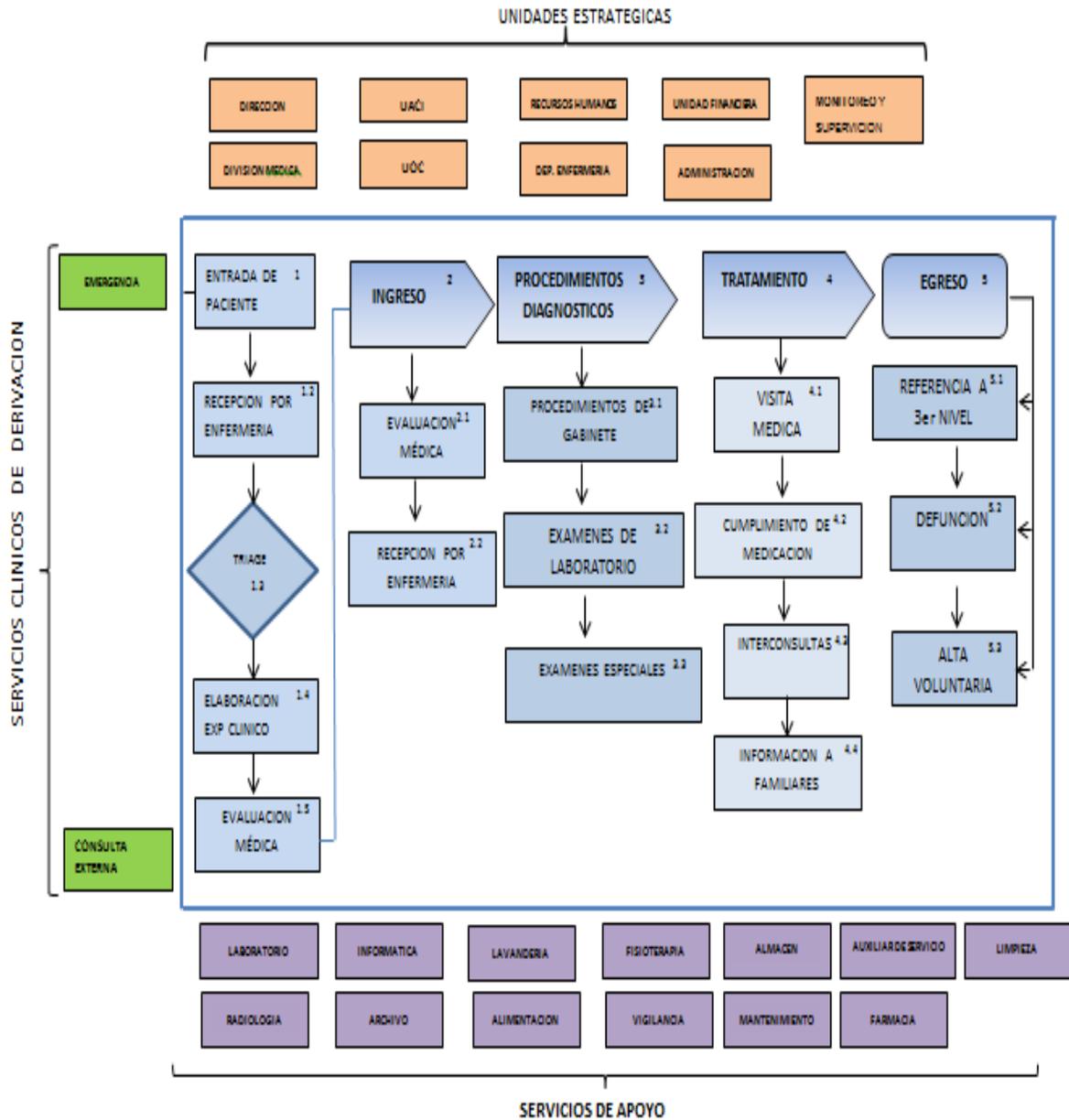
#### SIMBOLOGÍA EN LOS DIAGRAMAS DE FLUJO

	INICIO O FINAL DEL DIAGRAMA		REVISIÓN
	DESARROLLO DE UNA ACTIVIDAD		CONEXIÓN O RELACIÓN ENTRE PASOS DEL DIAGRAMA
	DESARROLLO DE UNA ACTIVIDAD SUBCONTRATADA		DOCUMENTACIÓN
	ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y TOMA DE DECISIÓN		BASES DE DATOS
	ACTIVIDAD DE CONTROL		DIRECCIÓN DE FLUJO DEL PROCESO
	PROCEDIMIENTO DOCUMENTADO		LÍMITE GEOGRÁFICO

# ANEXO 5

## MAPA DE PROCESO

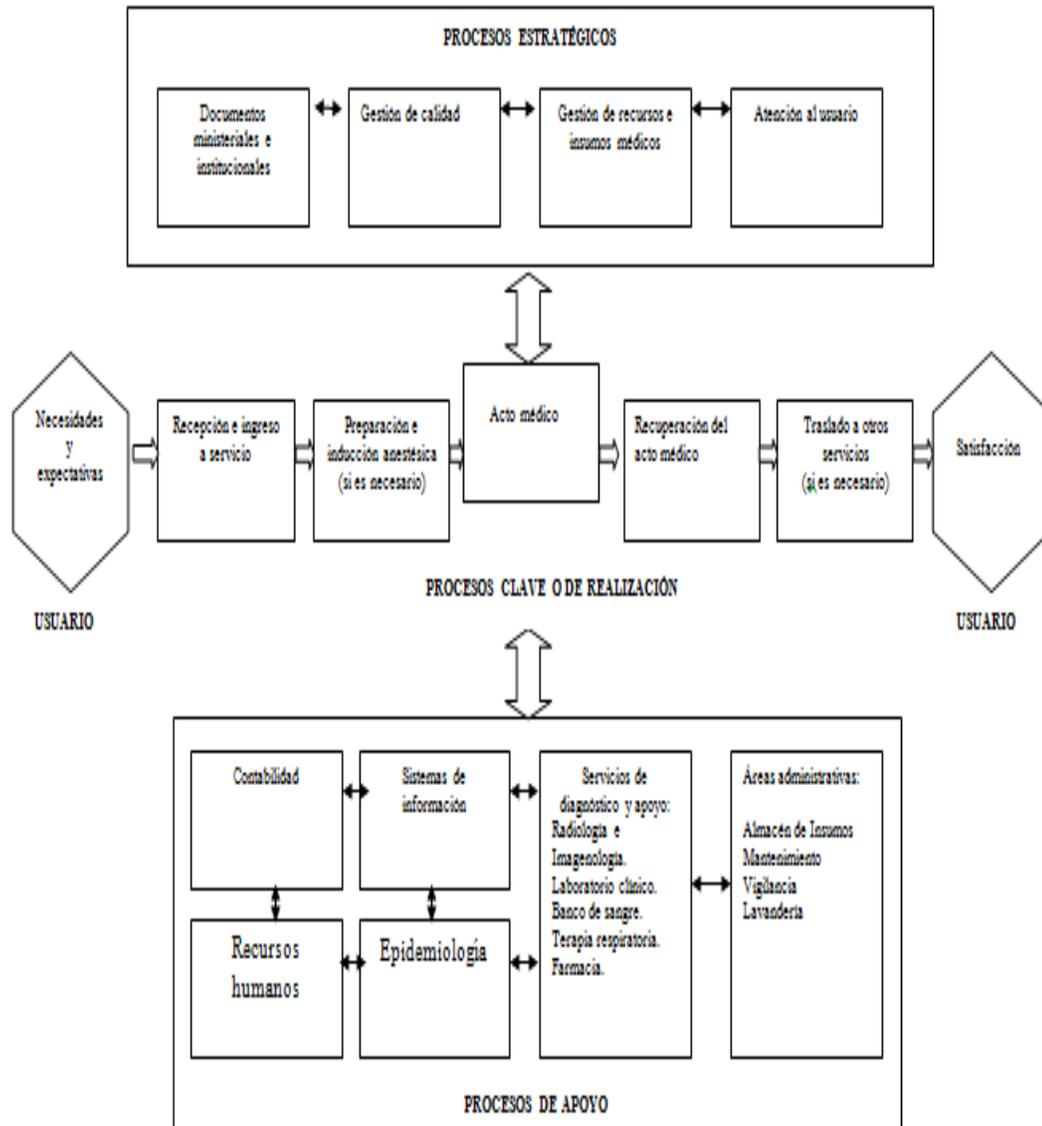
### PROCESOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA



## ANEXO 6

### MAPA DE PROCESOS

#### CLASIFICACIÓN DE PROCESOS EN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE HOSPITAL NACIONAL "NUESTRA SEÑORA DE FATIMA"



## ANEXO 7

### DESCRIPCION DEL MAPA DE PROCESOS.

#### 1. Entrada de paciente.

Proceso:1 Ingreso Subproceso: 1.1 Recepción por enfermería Área encargada: Unidad de Emergencia ,Consulta Externa Responsable: Personal de enfermería del área, Jefe de enfermería del área.				
ACTIVIDAD	AREA	RESPONSABLE	DOCUMENTACION	COMENTARIO
1.1.1 Toma de signos vitales por parte de enfermería en sala de espera de Unidad de Emergencia	Sala de espera 1 Unidad de Emergencia	Jefe de Enfermería de Unidad de Emergencia	Hoja de elección de TRIAGE de pacientes	Todo paciente previo evaluación de su TRIAGE debe tener monitoreo de sus signos vitales.

Proceso:1 Ingreso Subproceso: 1.2.TRIAGE Área encargada: Unidad de Emergencia ,Consulta Externa Responsable: Médico Especialista, Residente.				
ACTIVIDAD	AREA	RESPONSABLE	DOCUMENTACION	COMENTARIO
1.2.1 Realización de TRIAGE por médico de mayor Jerarquía	Consultorio de TRIAGE	Jefe de Unidad de Emergencia	Censo de TRIAGE	El médico que realiza TRIAGE asigna prioridad de atención, de acuerdo a lineamientos de TRIAGE Hospitalario de MINSAL. En esta evaluación el medico indica exámenes de laboratorio y/o gabinete necesarios para su atención médica. Entrega al paciente su hoja de TRIAGE y asigna color según prioridad para seguir al siguiente paso. Para el caso de Máxima Urgencia será en máxima donde se llenara hoja

				de TRIAGE y debe registrarse en censo de diario de TRIAGE.
Proceso:1 Ingreso Subproceso: 1.3 Elaboración del expediente clínico Área encargada: Unidad de Emergencia ,Consulta Externa , Estadística Responsable: Personal de Estadística, Personal de Enfermería.				
ACTIVIDAD	AREA	RESPONSABLE	DOCUMENTACION	COMENTARIO
1.3.1 Elaboración de Expediente clínico	ESDOMED	Jefe de ESDOMED	Expediente elaborado	Para el caso de máximas urgencias personal de ESDOMED tomara datos en máxima Urgencia.

Proceso:1 Ingreso Subproceso: 1.4 Evaluación médica inicial. Área encargada: Unidad de Emergencia ,Consulta Externa Responsable: Médico Especialista , Residente				
ACTIVIDAD	AREA	RESPONSABLE	DOCUMENTACION	COMENTARIO
1.4.1 Atención Medica	Unidad de Emergencia a Consulta Externa	Jefe de Medico de Unidad de Emergencia, Consulta Externa, Jefe de División Médico – Quirúrgica, Jefe de Residentes.	Expediente clínico	El medico evalúa necesidad de Hospitalización, para lo cual es requisito: historia clínica de medicina Interna, indicaciones Médicas, boleta de exámenes, recetas y boletas de exámenes especiales. Adema sebera consignarse si se necesita un cuarto de aislado o si el ingreso es para delicados.
1.4.2 Realización de la interconsulta	Unidad de Emergencia	Jefe de Medico de Unidad de Emergencia, Médicos Residentes.	Expediente Clínico	El Staff acude a la emergencia, para revisar el expediente, realizar una revisión clínica del paciente y el residente encargado da una historia clínica con los principales hallazgos que contribuyen a la petición de interconsulta. El

				Residente encargado del caso, revisa las recomendaciones que escribió el Staff, da cumplimiento a estas, traslada a hoja de indicaciones médicas, se realizan los procedimientos si hubiere antes del traslado.
1.4.3 Traslado de paciente al servicio de Hospitalización Medicina Interna.	Unidad de Emergencia, Consulta Externa	Enfermera y auxiliar de servicio.	Expediente Clínico	<p>La enfermera encargada, constatará que las recomendaciones del Staff se cumplan y que todos los accesos venosos, catéteres, etc. estén funcionando. Así mismo, la enfermera se encargará que el expediente esté completo, las placas y estudios complementarios esté completos y listos para el traslado. Deberá informar al servicio la necesidad de un cuarto e aislamiento, cama de cubículo de delicados y si existe la necesidad de oxígeno suplementario.</p> <p>La auxiliar del servicio se encargará de que la camilla o el medio de transporte del paciente estén listo y asistirá a la enfermera durante el traslado.</p>
1.4.5 Nota de enfermería de entrega de paciente al servicio	Unidad de Emergencia, Consulta Externa	Enfermera que traslada a paciente	Expediente Clínico	Enfermera que traslada paciente deberá dejar nota en expediente clínico del estado del paciente, de cómo se entrega al servicio de hospitalización, de eventualidades presentadas y deberá dejar constancia en las indicaciones medica del cumplimiento de medicamentos.

## 2. Ingreso.

Proceso:2 Ingreso				
Subproceso: 2.1 Evaluación médica.				
Área encargada: Unidad de Emergencia ,Consulta Externa				
Responsable: Médico Especialista , Residente				
ACTIVIDAD	AREA	RESPONSABLE	DOCUMENTACION	COMENTARIO
2.1.1. Verificación de Signos Vitales y estabilidad del paciente a su llegada al servicio.	Servicio de Medicina Interna	Enfermera y/o Residente	Hoja de Signos Vitales	El residente y el o la enfermera a cargo del paciente verificarán el estado hemodinámico al momento del ingreso del paciente.
2.1.2. Presentación del Médico Staff y/o Residente al paciente y/o familiar acompañante	Servicio de Medicina Interna	Staff y/o Residente	Expediente Clínico	El médico Staff y/o el residente que se encuentra en la unidad se identifica adecuadamente con el paciente y/o familiares, diciendo su nombre, cargo y describiendo de forma rápida cual será el abordaje inicial del paciente.
2.1.3. Revisión de historia, diagnóstico y tratamiento recibido del lugar de procedencia.	Servicio de Medicina Interna	Staff y/o Residente	Expediente Clínico	Se realiza una evaluación del expediente clínico y del paciente, con el objetivo de brindar la mejor atención al usuario.
2.1.4. Historia Clínica de Ingreso de	Servicio de Medicina Interna.	Medico Residente de	Expediente Clínico	Se deberá realizar una historia clínica de ingreso con el objetivo de verificar la veracidad de los datos tomados en el

paciente.		planta.		servicio de procedencia, indagar antecedentes personales contributivos.
2.1.5. Realización del Examen Físico	Servicio de Medicina Interna	Staff y/o Residente	Expediente clínico	Se procede a realizar el examen físico adecuado, completo y más detallado si es posible. Si se identifica un nuevo hallazgo contributivos se agregará en la historia clínica.
2.1.6. Revisión de Exámenes de Laboratorio y de Gabinete.	Servicio de Medicina Interna	Staff y/o	Servicio de Medicina Interna	Esta actividad se genera si el paciente trae consigo o se reportan los exámenes indicados en el servicio de procedencia. Estos serán básicos para tomar decisiones terapéuticas. Si no hay exámenes reportados, se obviará esta actividad y se esperará a que más adelante lo sean. Sin embargo, el residente se encarga de que los mismos sean reportados lo antes posible.

<p>Proceso: 2 Ingreso  Subproceso: 2.2 Recepción por Enfermería  Área encargada: Personal de enfermería de Medicina Interna.  Responsable: Enfermería</p>				
ACTIVIDAD	AREA	RESPONSABLE	DOCUMENTACION	COMENTARIO
2.2.1. Verificación de Signos Vitales y estabilidad del paciente.	Servicio de Medicina Interna	Enfermera y/o Residente	Hoja de Signos Vitales.	El residente y el o la enfermera a cargo del paciente verificarán el estado hemodinámico al momento del ingreso del paciente.

2.2.2. Presentación del Personal de Enfermería	Servicio de Medicina Interna	Enfermera	Expediente Clínico	La enfermera recibe al paciente, quien viene acompañado por la enfermera de aquel servicio. La enfermera se presenta formalmente con el paciente y/o con el familiar acompañante.
2.2.3. Revisión del paciente y funcionamiento de sondas, venoclisis, tubos, ect.	Servicio de Medicina Interna	Enfermera	Expediente Clínico	La enfermera inspecciona completamente al paciente a su llegada al servicio, esto incluye la verificación del buen funcionamiento y colocación de sondas, tubos, catéteres, etc. Verifica fechas de toma de venoclisis, Aplicación de los 10 correctos. Verifica además la existencia de úlceras por decúbito. En el caso de presentarse algún inconveniente deberá notificar a la enfermera que lleva el paciente para solventar el problema identificado.
2.2.4. Entrega de pertenencias personales	Servicio de Medicina Interna	Enfermera	Hoja de entrega de pertenencias personales	Como parte del protocolo establecido, la enfermera entrega las pertenencias del paciente en base a formulario ya establecido en lineamiento de TRIAGE para resguardo de estas.
2.2.5. Revisión de Expediente clínico	Servicio de Medicina Interna	Enfermera	Expediente Clínico	La enfermera revisa que el expediente contenga: Hoja de identificación de datos, hoja de historia clínica, hoja de signos vitales, Indicaciones médicas, boletas de exámenes de laboratorio y de gabinete, hojas de interconsultas, exámenes tomados como radiografías y EKG, etc. Hojas de vigilancia llenas. Hoja de COTEFAR.

2.2.6. Asignación y colocación del paciente en su Unidad.	Servicio de Medicina Interna	Enfermera que entrega paciente en servicio, auxiliar de servicio y Enfermera que recibe a paciente.	Expediente clínico	La enfermera del servicio como la proveniente del servicio de donde es derivado el paciente junto con el auxiliar llevan al paciente a su cama y Una vez colocado, se cumplen las medidas generales como respaldo, decúbitos, etc.
2.2.7. Revisión de cumplimiento de indicaciones Médicas	Servicio de Medicina Interna	Enfermera del servicio de procedencia y enfermera de servicio de Medicina Interna.	Expediente Clínico.	Ambas enfermeras deberán verificar el cumplimiento y horarios de los medicamentos, verifica que las recetas contengan la cantidad necesaria de medicamentos para cubrir las 24 horas, se verifica los medicamentos que aún no han sido cumplidos y que deberán cumplirse en el servicio, exámenes tanto de laboratorio y de gabinete pendientes y que se encuentren las ordenes de exámenes y de interconsultas realizadas.
2.2.8. Realización de la nota de ingreso.	Servicio de Medicina Interna	Enfermera de Servicio de Hospitalización.	Expediente Clínico	La nota de recibo de paciente deberá contener los diagnósticos y el estado en el que se recibe el paciente. Se deberá dejar constancia si existe algún problema trascendental durante la entrega.
2.2.9. Elaboración de Tarjetas de Indicaciones Médicas	Servicio de Medicina Interna	Enfermera de Servicio de Hospitalización.	Expediente Clínico	Se elaborara una tarjeta la cual deberá estar rotulada con letra legible, y contener nombre completo, edad y No de expediente, esa tarjeta contendrá los horarios de cumplimiento de medicamentos orales, parenterales y cuidados

				del paciente .Deberán revisarse durante la entrega de turno y mantenerse actualizadas.
2.2.10. Colocar Reporte de Exámenes en hojas especiales y resguardo de radiografías.	Servicio de Medicina Interna	Enfermera de Servicio de Hospitalización.	Expediente Clínico	La enfermera ordena los exámenes de laboratorio y los pega en hoja asignada para tal fin, además coloca radiografías al pie de paciente y mantiene el resguardo de estas. En caso que el paciente se movilice de cama deberá garantizar el traslado de dichas placas a la nueva cama asignada.

### 3. Procedimientos Diagnósticos.

<b>Proceso: 3 Procedimientos diagnósticos</b> <b>Subproceso: 3.1 Proceso de Exámenes de Gabinete</b> <b>Actividad: 3.1.1. Toma de radiografía. Área encargada: Servicio de Medicina Interna</b> <b>Responsable: Enfermería, Médico Residente, Técnico en Radiología, Auxiliar de Servicio.</b>				
ACTIVIDAD	AREA	RESPONSABLE	DOCUMENTACION	COMENTARIO
3.1.1. Indicación de radiografía por medico Staff y/o Residente.	Medicina Interna	Médico Staff y/o Residente	Expediente Clínico	El Medico indica el estudio en la hoja de las indicaciones médicas y llena completamente la orden del estudio. Para el caso de Radiografías portátiles será el personal de enfermería la encargada de informar al técnico de rayo x del estudio.
3.1.2. Traslado del paciente al área de radiología	Medicina Interna	Auxiliar de Servicio.	Orden de estudio	El auxiliar de servicio traslada al paciente en silla de rueda o camilla a radiología para la toma del examen. Si el paciente se encuentra delicado, deberá ser acompañado por médico residente .Se deberá coordinar con el técnico de radiología el momento oportuno para su traslado.
3.1.3.Reci-bo	Servicio	Técnico en	Boleta	El técnico tomara el estudio del

de paciente en área de Radiología	de Radiología	Radiología	de exámenes de gabinete , Libro de recepción.	paciente, verificando los datos de la boleta.
3.1.4. Traslado del paciente de radiología hacia el Servicio de Medicina	Servicio de Radiología	Auxiliar de Servicio	Expediente clínico	El paciente es llevado al servicio de medicina en su silla o camilla.
3.1.5. Envío de Auxiliar de Servicio a retiro de radiografía	Servicio de Medicina Interna	Auxiliar de Servicio	Datos del paciente	La enfermera solicita al Auxiliar de servicio recoja el estudio.
3.1.6. Entrega de radiografía a personal de enfermería	Servicio de Medicina Interna	Auxiliar de Servicio	Expediente clínico	El Auxiliar de Servicio hace entrega de la radiografía a enfermera encargada de recibirla.
3.1.7. Colocación de radiografía en Unidad de Paciente	Servicio de Medicina Interna	Enfermería	Expediente Paciente Radiografía	La enfermera encargada coloca la radiografía en el depósito para ello colocado en la unidad del paciente.

<p>Proceso: 3 .Procedimientos diagnósticos  Subproceso: 3.1 Proceso de Exámenes de Gabinete  Actividad: 3.1.2. Toma de Gases Arteriales  Área encargada: Servicio de Medicina interna.  Responsable: Personal de Anestesia , Médico Residente ,Staff</p>				
ACTIVIDAD	AREA	RESPONSABLE	DOCUMENTACION	COMENTARIO
3.1.2.1. Indicación de la prueba diagnóstica de gabinete por Médico Encargado	Servicio de Medicina Interna	Personal de Anestesia , Médico Residente , Staff	Expediente clínico , Indicaciones Medicas	El Medico indica el estudio.

3.1.2.2 Llenado de la boleta de la prueba de gabinete	Servicio de Medicina Interna	Médico Encargado	Boleta de exámenes	El médico llena la boleta correspondiente, llena los datos personales junto el número de expediente asignado al paciente. Al final, firma y sella dicha boleta.
3.1.2.3. Preparación de jeringa para toma de muestra	Servicio de Medicina Interna	Personal de Anestesia , Médico Residente , Staff	Boleta de exámenes	Personal de laboratorio, Residente o Médico Staff prepara con heparina (de acuerdo a protocolo institucional) la jeringa que utilizará para tomar la muestra.
3.1.2.4. Preparación del área de punción y toma de la muestra.	Servicio de Medicina Interna	Personal de Anestesia , Médico Residente , Staff	Boleta de exámenes	El terapeuta o médico, prepara con adecuada asepsia y antisepsia el lugar seleccionado para la punción. Realiza la punción y extrae la muestra.
3.1.2.5. Procesamiento de la muestra en el gasómetro.	Servicio de Medicina Interna	Personal de Anestesia , Médico Residente , Staff	Boleta de exámenes	El Terapeuta o médico, procesan la muestra en el gasómetro. Deja registro el libro de toma de prueba.
3.1.2.6 Colocación de la boleta con el resultado en el expediente	Servicio de Medicina Interna	Personal de enfermería.	Boleta de exámenes	La enfermera pega el resultado del examen en el expediente del paciente.

<p>Proceso: 3 Procedimientos diagnósticos  Subproceso: 3.1 Proceso de Exámenes de Gabinete  Actividad: 3.1.3. Toma de Electrocardiograma  Área encargada: Servicio de Medicina Interna  Responsable: Enfermería, Médico Residente, Medico Staff.</p>				
ACTIVIDAD	AREA	RESPONSABLE	DOCUMENTACION	COMENTARIO
3.1.3.1. Indicación de la prueba diagnóstica de gabinete por Médico Encargado	Servicio de Medicina Interna	Médico Residente, Medico Staff, Personal de enfermería.	Expediente.	El médico encargado indica en la hoja de indicación del paciente la prueba.
3.1.3.2. Verificar el funcionamiento	Servicio de Medicina Interna	Jefe de Enfermería	Mantenimiento preventivo	El electrocardiógrafo debe de mantenerse conectado a la fuente de energía

nto adecuado del aparato			de los equipos.	permanentemente para mantenerlo cargado y que no sea necesario conectarlo al momento de tomar un EKG.
3.1.3.3. Toma del Electrocardiograma	Servicio de Medicina Interna	Médico Residente	Expediente Paciente con indicaciones actualizadas	Médico Residente toma el examen.
3.1.3.4. Colocación del electrocardiograma en el expediente del paciente.	Servicio de Medicina Interna	Personal de Enfermería	Expediente Paciente y Electrocardiograma	Personal de enfermería pega el estudio en el expediente clínico.

<p>Proceso: 3 Procedimientos diagnósticos  Subproceso: 3.2 Exámenes de laboratorio.  Actividad: 3.2.1. Toma de Exámenes de Hematología y Química .Área encargada:  Laboratorio Clínico  Responsable: Personal de laboratorio</p>				
ACTIVIDAD	AREA	RESPONSABLE	DOCUMENTACION	COMENTARIO
3.2.1.1. Indicación de la prueba diagnóstica por Médico Encargado	Servicio de Medicina Interna	Médico Encargado	Indicaciones Medicas Solicitud de Examen debidamente rotulado.	El Staff y residente encargados del paciente indican en la hoja de indicaciones del paciente.
3.2.1.2. Envío de Solicitudes de Exámenes a Laboratorio Clínico	Servicio de Medicina Interna	Personal de Enfermería. Auxiliar de Servicio	Envío de Boletas en conjunto con libro de entrega de solicitudes de exámenes.	El Auxiliar del servicio lleva ordenes de laboratorio, las que deberán ser recibidas por personal de laboratorio contra entrega de boletas y libro.
3.2.1.3. Punción a paciente.	Laboratorio Clínico	Personal de laboratorio clínico	Muestra tomada	El personal de laboratorio se presenta al servicio para realizar la toma de muestra al paciente.
3.2.1.4. Procesamiento de la muestra.	Laboratorio clínico	Personal de laboratorio clínico	Informe de resultado	Personal de laboratorio realiza el reporte de resultado del estudio.

3.2.1.5. Traslado de resultado de la prueba al servicio de medicina Interna.	Servicio de Medicina Interna	Auxiliar de servicio	Informe de resultado. Libro de entrega de resultados.	El Auxiliar de servicio recoge los resultados y son entregados al personal de enfermería.
3.2.1.6. Colocación del resultado en Expediente del Paciente.	Servicio de Medicina Interna	Personal de enfermería	Informe del estudio pegado en expediente clínico.	Personal de enfermería coloca el resultado en el cuadro del paciente e informa al médico del resultado.

Proceso: 3 Procedimientos diagnósticos  
Subproceso: 3.3 Proceso de Exámenes Especiales  
Actividad: 3.3.1. Toma de Ultrasonografía. (USG) Área encargada: Unidad de Medicina Interna  
Responsable: Enfermería, médico residente, médico Staff, Ultrasonografía, y Auxiliar de Servicio.

ACTIVIDAD	AREA	RESPONSABLE	DOCUMENTACION	COMENTARIO
3.3.1.1 Indicación de la prueba diagnóstica por Médico Encargado	Servicio de Medicina Interna	Médico Encargado	Expediente Paciente con Historia Clínica e Indicaciones actualizadas	El Staff y residente encargados del paciente indican en la hoja de indicaciones del paciente.
3.3.1.2 Llenado de la boleta de la prueba.	Servicio de Medicina Interna	Médico Residente	Boleta de toma de USG	El Residente llena la hoja de toma de USG con todos los datos allí requeridos. Médico residente presenta al paciente a medico radiólogo quien deberá informar si tiene cupo para el estudio.
3.3.1.3. Traslado del paciente al servicio de Radiología.	Servicio de Medicina Interna	Auxiliar del Servicio	Boleta de toma de USG	El paciente es trasladado para el estudio al servicio de radiología
3.3.1.4. Toma de USG	Servicio de Radiología	Medico Radiólogo	Informe del estudio	El auxiliar de Servicio deberá esperar el resultado del estudio y trasladar a paciente a su servicio.

3.3.1.5. Colocación del resultado de la USG en Expediente del Paciente	Servicio de Medicina Interna	Personal de enfermería	Informe del estudio	Personal de enfermería coloca el resultado en el cuadro del paciente e informa al médico del resultado.
---	------------------------------	------------------------	---------------------	---

<p>Proceso: 3 Procedimientos diagnósticos  Subproceso: 3.4 Proceso de Exámenes Especiales  Actividad: 3.4.1. Toma de TAC, Endoscopia Área encargada: Unidad de Medicina Interna  Responsable: Enfermería, médico residente, médico Staff, Personal de Transporte, Jefe de Médicos Residente, Supervisora de Turno.</p>				
ACTIVIDAD	AREA	RESPONSABLE	DOCUMENTACION	COMENTARIO
3.4.1.1 Indicación de la prueba diagnóstica por Médico Encargado	Servicio de Medicina Interna	Médico Encargado	Expediente e Historia Clínica e Indicaciones actualizadas	El Staff y residente encargados del paciente indican en la hoja de indicaciones del paciente.
3.4.1.2 Llenado de la boleta de la prueba.	Servicio de Medicina Interna	Médico Residente	Boleta de toma de Estudio con visto bueno de la subdirección.	El Residente llena la hoja de solicitud con todos los datos requeridos.. Médico residente presenta a paciente a hospital de tercer nivel para solicitar cita para dicho estudio.
3.4.1.3. Traslado del paciente a hospital de realización del estudio.	Servicio de Medicina Interna	Jefe de Médicos Residentes, Jefe de turno, Supervisora de turno, Jefe de transporte.	Boleta de toma de USG	Medico Jefe de Residentes, Supervisora de Turno y Jefe de Transporte coordinan transporte y personal que acompaña la referencia.

#### 4. Tratamiento.

Proceso: 4. Tratamiento				
Subproceso: 4.1 Visita Médica y Colocación de Indicaciones				
Área encargada: Servicio de Medicina Interna				
Responsable: Médico Staff y Residente				
ACTIVIDAD	AREA	RESPONSABLE	DOCUMENTACION	COMENTARIO
4.1.1.Pasada de visita	Servicio de Medicina Interna	Staff y Residente	Expediente Paciente	Médico Residente durante la pasada de visita presenta de manera integral los casos a medico Staff , estudios realizados y respuestas , plan de tratamiento iniciado desde la Unidad de Emergencia .Durante la visita médica se realizara revisión del expediente clínico y el examen físico del paciente .
4.1.2 Puesta de Indicaciones médicas.	Servicio de Medicina Interna	Staff y Residente	Expediente Paciente	El Médico residente pone las indicaciones durante la visita médica, las cuales deberán ser avaladas mediante firma y sello de médico especialista. Las indicaciones deben ser claras con letra legible. Deben contener la fecha y hora. La prescripción médica debe ser clara tanto para la dosis de medicamento a cumplir como la vía de cumplimiento del medicamento.
4.1.3. Elaboración de receta y boletas.	Servicio de Medicina Interna	Staff y Residente	Expediente Paciente	El residente elabora la receta y boletas correspondientes, esto incluye las recetar de COTEFAR las cuales deben estar llenas.

Proceso: 4. Tratamiento  
 Subproceso: 4.2 Cumplimiento de Medicación  
 Área encargada: Servicio de Medicina Interna  
 Responsable: Enfermera

ACTIVIDAD	AREA	RESPONSABLE	DOCU- MENTA- CION	COMENTARIO
4.2.1 Revisar hoja de indicaciones médicas	Servicio de Medicina Interna	Enfermera	Expediente Paciente, Indicaciones	La enfermera asignada revisa las indicaciones actualizadas y realiza la tarjeta de cumplimiento de medicamentos orales y parenterales.
4.2.2. Elaboración / Actualización de Tarjetas de medicamentos.	Servicio de Medicina Interna	Enfermera	Expediente Paciente Indicaciones	La enfermera realizara la tarjeta de cumplimiento de medicamentos oral y parenteral de forma clara y letra legible. Deberá actualizar dicha tarjeta las veces necesarias.
4.2.3. Preparación de medicamentos.	Servicio de Medicina Interna	Enfermera	Tarjeta de Medicamentos	La enfermera inicia la preparación de las dosis de medicamentos, siguiendo los protocolos establecidos de preparación de medicamentos orales y parenterales.

Proceso: 4 Tratamiento  
 Subproceso: 4.3 Interconsultas  
 Área encargada: Servicio de Medicina Interna  
 Responsable: Médico Staff, Médico Residente, Médico Interconsultante.

ACTIVIDAD	AREA	RESPONSABLE	DOCUMENTACION	COMENTARIO
4.3.1 Indicación de la interconsulta.	Servicio de Medicina Interna	Médico Encargado	Expediente Clínico Y Hoja de indicaciones.	El médico Staff y/o Residente, en base a los hallazgos clínicos y patológicos indican la interconsulta como parte de la evaluación y tratamiento del paciente con alguna especialidad .
4.3.2 Elaboración de la hoja de interconsultas.	Servicio de Medicina Interna	Médico Encargado	Expediente Clínico	El médico residente realiza llenado de la boleta de interconsulta con datos generales del paciente y los diagnósticos del mismo especificando el motivo de la interconsulta.
4.3.3 Entrega de la interconsulta a Médico especialista que realizara la interconsulta.	Servicio de Medicina Interna	Auxiliar de Servicio	Expediente Clínico	Personal de enfermería entrega a auxiliar de servicio boleta de interconsulta para ser entregada a médico especialista.
4.3.4 Evaluación del paciente por el médico especialista interconsultado.	Servicio de Medicina Interna	Médico Interconsultante	Expediente Clínico	Medico Staff evalúa integralmente al paciente dejando constancia de dicha evaluación en el expediente clínico. Además deberá dejar en la hoja de indicaciones médicas el tratamiento propuesto a seguir.
4.3.5. Seguimiento subsecuente del caso por médico especialista	Servicio de Medicina Interna	Médico Interconsultante	Expediente Clínico	De requerir seguimiento el paciente por dicha especialidad, se deberá dejar constancia de dicho seguimiento en el expediente clínico.

Proceso: 4. Tratamiento  
 Subproceso: 4.4 Información a familia de Paciente  
 Área encargada: Servicio de Medicina Interna  
 Responsable: Médico Staff y Residente

ACTIVIDAD	AREA	RESPONSABLE	DOCUMENTACION	COMENTARIO
4.4.1. Reunión con familiares del paciente	Servicio de Medicina Interna	Médico Encargado	Expediente Clínico	Durante el periodo de visita a pacientes por parte de familiares el Residente o Staff a cargo del paciente reúne a los familiares junto al paciente o si lo amerita, lleva a los familiares a un sitio adecuado para conversar acerca del estado de salud del paciente.
4.4.2 Petición de consentimiento informado y firma	Servicio de Medicina Interna	Médico Encargado	Expediente Paciente y Hoja de Consentimiento Informado	Si es necesario realizar algún procedimiento o iniciar algún tratamiento que conlleve cualquier tipo de riesgo, el médico explica detalladamente la indicación, método, riesgos y beneficios que el mismo presenta y se pide a familiares que tomen una decisión y se firme el consentimiento informado.

## 5. Egreso Hospitalario

Proceso: 5 Egreso				
Subproceso: 5.1 Referencia al Tercer Nivel				
Área encargada: Servicio de Medicina Interna				
Responsable: Médico Staff, Médico Residente y Personal de Enfermería				
ACTIVIDAD	AREA	RESPONSABLE	DOCUMENTACION	COMENTARIO
5.1.1 Identificación de Motivo de Referencia	Servicio de Medicina Interna	Médico Encargado	Expediente Clínico	El médico encargado identifica algún proceso patológico o necesidad de algún procedimiento diagnóstico o terapéutico que no se puede tratar o realizar en el Hospital.
5.1.2. Llamada a Hospital de Tercer Nivel	Servicio de Medicina Interna	Médico Encargado	Expediente Clínico	El médico Staff / Residente, realiza presentación del caso a Médico de Tercer nivel según área de correspondencia.
5.1.3. Elaboración de nota de referencia a tercer nivel.	Servicio de Medicina Interna	Médico Encargado	Expediente Clínico	El médico residente elabora la nota de referencia con los detalles pertinentes, los cuales serán revisado y aprobados por el Staff encargado del paciente.
5.1.4. Preparación de paciente por enfermera encargada	Servicio de Medicina Interna	Enfermera encargada	Expediente. Nota de enfermería	La enfermera encargada realiza la preparación del paciente, constatando que todos los procedimientos concernientes al cuidado del paciente se hayan cumplido, así como, los accesos venosos, sondas, catéteres, etc., estén funcionantes. Realiza una nota de enfermería describiendo los procedimientos y condiciones del paciente.
5.1.5. Informe de traslado de paciente a Enfermera Supervisora, Jefe de Médicos Residentes, Jefe de turno	Servicio de Medicina Interna	Médico y enfermera Encargado	Expediente clínico	La enfermera y medico encargado informan a Jefatura de Residentes (Horas Hábiles) Supervisora de Enfermería y Jefe de turno del traslado de paciente quienes coordinaran con Jefe de transporte o Motorista el traslado del paciente, además deberán coordinar el personal que acompaña.
5.1.6. Traslado del	Servicio de Medicina	Médico y enfermera	Expediente	Paciente es trasladado en ambulancia con personal

paciente en Ambulancia	Interna	Encargado	clínico con nota	capacitado hacia tercer nivel.
5.1.7. Entrega del paciente en Hospital de Tercer nivel	Servicio de Medicina Interna	Médico y enfermera Encargado	Expediente clínico Con nota	El médico y/o enfermera encargado que acompaña al paciente presenta el caso al médico del hospital de tercer nivel y le entrega la nota de referencia.

Proceso: 5 Egreso  
Subproceso: 5.2 Defunción  
Área encargada: Servicio de Medicina Interna  
Responsable: Médico Staff, Médico Residente y Enfermería

ACTIVIDAD	AREA	RESPONSABLE	DOCUMENTACION	COMENTARIO
5.2.1 Confirmación de defunción de paciente	Servicio de Medicina Interna	Médico Staff / Médico Residente o	Expediente de Paciente	El médico constata mediante los signos vitales la defunción del paciente y deja nota en expediente.
5.2.2 Elaboración de la nota médica de paro cardiorrespiratorio.	Servicio de Medicina Interna	Médico Staff / Médico Residente o	Expediente de Paciente	El médico elabora una nota en el expediente clínico, describiendo todos los procedimientos y maniobras que se realizaron para la reanimación, así como la cantidad y tipo de medicamentos utilizados y la duración de las maniobras. Así mismo, escribe la hora de inicio de maniobras como la hora en la que se da por fallecido. Traslada a las indicaciones médicas los medicamentos que se cumplieron.
5.2.3. Preparación del cuerpo para trasladarlo a la Morgue	Servicio de Medicina Interna	Personal de enfermería	Expediente de Paciente	La enfermera encargada, junto al auxiliar de servicio siguen protocolo establecido para retiro de catéteres, sondas, tubo orotraqueal y otros dispositivos, así mismo se constata que el cuerpo esté limpio sin secreciones o desechos fisiológicos. Se colocan apósitos en los orificios y se envuelve en una sábana o bolsa especial para ello.
5.2.4. Llenado del	Servicio de Medicina	Médico Staff / Médico	Expediente	El médico residente llena los literales correspondientes según

registro de defunción.	Interna	Residente o	de Paciente	protocolo de la Hoja de Registro de Defunción”, esta actividad se realiza inmediatamente después de declarar al paciente por fallecido.
5.2.5. Llenado de la hoja de ingreso y egreso	Servicio de Medicina Interna	Médico Staff / Médico Residente o	Expediente de Paciente	El residente llena los literales correspondientes exigidos para pacientes fallecidos descritos en la hoja de ingreso y egreso y posteriormente lo firma y sella.
5.2.6. Traslado y entrega del cuerpo a la Morgue	Morgue	Auxiliar de Servicio.	Libro de registro de la morgue	El cuerpo es trasladado a la morgue con su respectiva identificación la cual es verificada por el vigilante que recibe el cadáver.
5.2.7. Información a familiares de paciente	Servicio de Medicina Interna	Médico Staff / Médico Residente	Expediente de Paciente	El personal médico informara de la defunción a familiares de pacientes, en caso de ausencia de ellos será a través de trabajo social en hora hábiles y durante los turnos con supervisora de turno quien deberá de informar vía telefónica a los familiares de paciente.

<b>Proceso: 5 Egreso</b> <b>Subproceso: 5.3 Alta de paciente</b> <b>Área encargada: Servicio de Medicina Interna</b> <b>Responsable: Staff , Médico residente y Enfermería</b>				
ACTIVIDAD	AREA	RESPONSABLE	DOCUMENTACION	COMENTARIO
5.3.1. Alta de paciente	Servicio de Medicina Interna	Médico Staff / Médico Residente	Expediente de Paciente	El medico informa al paciente y familiares del alta, explica el plan de tratamiento a seguir .para los casos de alta exigida se deberá informar y orientar al familiar y paciente sobre complicaciones de exigir el alta. El medico deberá llenar la papelería correspondiente y ya normada para el alta exigida.
5.4.2. Preparación de recetas	Servicio de Medicina Interna	Médico Staff / Médico Residente	Recetas	Las recetas deben tener dos nombres y dos apellidos, No de registro y edad, la prescripción debe ser clara con letra legible y la posología y vía de administración correcta.

5.2.3. Solicitud de citas en consulta externa para seguimiento	Servicio de Medicina Interna	Médico Staff / Médico Residente  Personal de enfermería.  Auxiliar de servicio	Solicitud de citas	El medico realiza solicitud de cita para la consulta externa en formato ya establecido, personal de enfermería entrega a auxiliar de servicio solicitudes para tramitar citas en Selección de consulta externa.
5.2.4 Llenado de hoja de referencia /retorno 1 / retorno2	Servicio de Medicina Interna	Médico Staff / Médico Residente	Servicio de Medicina Interna	El médico residente realiza la hoja de referencia /retorno 1/retorno2 en el cual se explica de forma detallada el tratamiento recibido y plan de seguimiento a seguir.
5.2.5. Información, orientación, entrega de recetas y de toda la documentación.	Servicio de Medicina Interna	Personal de enfermería	Expediente clínico	Personal de enfermería brinda todas las recomendaciones de acuerdo a patología de paciente, entrega recetas, citas y hoja de referencia /retorno 1 / retorno 2, además debe garantizar que el paciente y acompañante haya comprendido toda la información.

## ANEXO 8

### GESTION POR PROCESOS

**PROCESO N° 1: Documentos Ministeriales: Política Nacional de Salud, Reforma de Salud, Reglamento General de Hospitales.**

**A. DEFINICIÓN Y PEPSU:**

<b>DEFINICIÓN:</b> Es el marco regulatorio que dicta las grandes líneas de funcionamiento, en la que catalogo el tipo de atención a brindar de acuerdo a la complejidad del hospital y tomando de base la capacidad instalada en recurso humanos, infraestructura e insumos médicos.	
<b>MISIÓN DEL PROCESO:</b> Que el paciente a su ingreso reciba una atención de acuerdo a la normativa vigente y minimice errores humanos por variabilidad en la atención al usuario.	
<b>PROVEEDORES:</b>	Personal MINSAL que labora en los hospitales de la red pública nacional
<b>ENTRADAS:</b>	Usuario externo que demanda un ingreso al servicio de medicina, que proviene de la red pública de hospitales o del primer nivel de atención.
<b>PROCESOS</b> (subprocesos, procedimientos, actividades):	Usuario externo que demanda un ingreso hospitalario, que de acuerdo a su patología; proviene de la consulta externa o de la emergencia; a quien se le programara un ingreso al servicio aplicando la normativa vigente.
<b>SALIDAS:</b>	Usuario externo que se le da alta de acuerdo a normativa oficial y en base a la capacidad resolutive del centro
<b>USUARIOS:</b>	Paciente que fue referido por hospital de Segundo Nivel o del primer nivel de atención

**RESPONSABLE DEL PROCESO:**

Personal de que labora en el servicio de medicina interna

**B. CARACTERÍSTICAS DE USUARIOS, OPERACIONES Y NECESIDADES:**

<b>CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS:</b>	Pacientes usuarios MINSAL o ISSS referidos de hospitales del segundo nivel de o de UCSF. Usuarios del sistema público de salud. Variabilidad en condición socioeconómica, educativa y cultural. Generalmente un nivel socioeconómico bajo con nivel educativo bajo o intermedio.
<b>OPERACIONES</b> (tiempo de ciclo, frecuencia, recurrencia, estacionalidad, picos, etc.)	Se realiza traslado de todos los pacientes usuarios, que pueden provenir del área de emergencia o consulta externa.
<b>NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS</b>	Necesidad de satisfacción de su demanda de servicios médicos. Usuarios esperan asistencia de calidad, oportuna, eficiente y eficaz.

**C. DEFINICIÓN DE INDICADORES**

INDICADORES	UNIDAD DE MEDIDA	META	PERIODICIDAD DE EVALUACIÓN	RESPONSABLE
SATISFACCIÓN DE USUARIOS	% DE SATISFACCIÓN (cualitativa)	Satisfacción mayor de 90 %	SEMESTRAL	Jefatura de áreas involucradas en la atención del paciente

Porcentaje de cumplimiento y aplicabilidad de la normativa oficial	Evaluación cuantitativa (sistema de puntaje)	Superior al 80%	Bimensual	Jefatura de áreas involucradas en la atención del paciente
Porcentaje de atenciones médicas no acordes al nivel de complejidad del centro hospitalario	Evaluación cuantitativa (sistema de puntaje)	Superior al 80%	Bimensual	Jefatura de áreas involucradas en la atención del paciente
Número de monitoreos por parte del área de calidad para verificación de cumplimiento de norma	Evaluación cuantitativa (sistema de puntaje)	Superior al 80%	Bimensual	Jefatura de áreas involucradas en la atención del paciente

**PROCESO N° 2: Documentos institucionales: Normas Técnicas de Control Interno, Plan Estratégico, Plan Operativo Anual Institucional, Plan Operativo Anual del Servicio de Medicina Interna, Manual de Organización y Funciones, Manual de Procedimientos de Medicina Interna.**

**A. DEFINICIÓN Y PEPSU:**

Es la programación local, en la que se plasma metas de tipo cuantitativa, las cuales se realizarán de acuerdo a la población programática; tomando de base la capacidad instalada en recurso humanos, infraestructura e insumos médicos.	
MISIÓN DEL PROCESO: Que el paciente reciba una atención de acuerdo a la normativa vigente y minimice errores humanos por variabilidad en la atención al usuario y de acuerdo a la capacidad resolutoria de la institución.	
PROVEEDORES:	Personal que labora en el Servicio de Medicina Interna del Hospital "Nuestra Señora de Fátima"
ENTRADAS:	Usuario externo que demanda un ingreso médico, que proviene de las áreas de emergencia y consulta externa.
PROCESOS (subprocesos, procedimientos, actividades):	Usuario externo que fue ingresado de acuerdo a su patología que proviene de la consulta externa o de la emergencia: lo anterior aplicando la normativa vigente institucional.
SALIDAS:	Usuario externo con alta de acuerdo a normativa oficial y en base a la capacidad resolutoria del centro
USUARIOS:	Paciente quien fue trasladado de las áreas de emergencia y consulta externa.

**RESPONSABLE DEL PROCESO:**

Personal de que labora en el servicio de medicina interna

**B. CARACTERÍSTICAS DE USUARIOS, OPERACIONES Y NECESIDADES:**

CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS:	Pacientes usuarios MINSAL o ISSS referidos de hospitales del segundo nivel de o de UCSF. Usuarios del sistema público de salud. Variabilidad en condición socioeconómica, educativa y cultural. Generalmente un nivel socioeconómico bajo con nivel educativo bajo o intermedio.
OPERACIONES (tiempo de ciclo, frecuencia, recurrencia, estacionalidad, picos, etc.)	Se realiza traslado de todos los pacientes usuarios, que pueden provenir del área de emergencia o consulta externa.
NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS	Necesidad de satisfacción de su demanda de servicios médicos. Usuarios esperan asistencia de calidad, oportuna, eficiente y eficaz.

### C. DEFINICIÓN DE INDICADORES

INDICADORES	UNIDAD DE MEDIDA	META	PERIODICIDAD DE EVALUACIÓN	RESPONSABLE
SATISFACCIÓN DE USUARIOS	% DE SATISFACCIÓN (cualitativa)	Satisfacción mayor de 90 %	Semestral	Jefatura de áreas involucradas en la atención del paciente
Porcentaje de cumplimiento de calendario de reuniones administrativas para dar a conocer metas realizadas	Evaluación cuantitativa (sistema de puntaje)	Superior al 80%	Mensual	Jefatura de áreas involucradas en la atención del paciente
Numero de reuniones de seguimiento para el cumplimiento del plan de mejora definido.	Evaluación cuantitativa (sistema de puntaje)	Superior al 80%	Semanal	Jefatura de áreas involucradas en la atención del paciente quirúrgico

### PROCESO N° 3: Gestión de calidad.

#### A). DEFINICIÓN Y PEPSU:

Fomentar la articulación más óptima, efectiva y eficiente de los diferentes actores involucrados en los procesos de atención médica realizados en el servicio de medicina interna	
MISIÓN DEL PROCESO: Construir una estructura organizativa optima, efectiva y eficiente, que sea responsable de velar por la interrelación de actores involucrados en un proceso medico a realizarse en el servicio	
PROVEEDORES:	Jefaturas de áreas involucradas en la atención directa a los pacientes en el servicio de Medicina Interna
ENTRADAS:	Usuario externo que demanda un ingreso hospitalario, que proviene de las áreas de emergencia y consulta externa.

PROCESOS (subprocesos, procedimientos, actividades):	Usuario externo a ser ingresado de acuerdo a su patología proviene de la consulta externa o la emergencia; lo anterior aplicando la normativa vigente institucional.
SALIDAS:	Usuario externo con alta de acuerdo a normativa oficial y con una gestión entre los diferentes actores de calidad y con calidez.
USUARIOS:	Paciente atendido con calidad y calidez; quien se traslada de las áreas de hospitalización.

RESPONSABLE DEL PROCESO:

Jefaturas de áreas involucradas en la atención del servicio de medicina interna
---

B). CARACTERÍSTICAS DE USUARIOS, OPERACIONES Y NECESIDADES:

CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS:	<p>Pacientes usuarios MINSAL o ISSS</p> <p>Usuarios del sistema público de salud.</p> <p>Variabilidad en condición socioeconómica, educativa y cultural. Generalmente un nivel socioeconómico bajo con nivel educativo bajo o intermedio.</p>
OPERACIONES (tiempo de ciclo, frecuencia, recurrencia, estacionalidad, picos, etc.)	Se realiza traslado de todos los pacientes usuarios, que pueden provenir del área de emergencia o consulta externa.
NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS	<p>Necesidad de satisfacción de su demanda de servicios médicos.</p> <p>Usuarios esperan asistencia de calidad, oportuna, eficiente y eficaz.</p>

C). DEFINICIÓN DE INDICADORES

INDICADORES	UNIDAD DE MEDIDA	META	PERIODICIDAD DE EVALUACIÓN	RESPONSABLE
SATISFACCIÓN DE USUARIOS	% DE SATISFACCIÓN (cualitativa)	Satisfacción mayor de 90 %	Semestral	Jefatura de áreas involucradas en la atención del paciente
Porcentaje de cumplimiento de la programación de actividades.	Sistema de puntaje y actas de reuniones	Superior al 80%	Mensual	Jefatura de áreas involucradas en la atención del paciente
Numero de reuniones para socialización del	Evaluación cuantitativa (sistema	Superior al	Mensual	Jefatura de áreas involucradas en la

cumplimiento de actividades con énfasis en la detección de los problemas que obstaculizan el proceso.	de puntaje) y actas de reuniones	80%		atención del paciente
---	----------------------------------	-----	--	-----------------------

**PROCESO N° 4: Gestión de recursos e insumos médicos.**

**A). DEFINICIÓN Y PEPSU:**

Fomentar la articulación más óptima, efectiva y eficiente de los recursos humanos e insumos médicos disponibles para la realización de procesos médicos en el servicio	
MISIÓN DEL PROCESO: Construir una estructura organizativa óptima, efectiva y eficiente, que garantice el mayor aprovechamiento de los recursos humanos e insumos médicos disponible en un ingreso medico a realizarse en el servicio de medicina interna	
PROVEEDORES:	Jefaturas y personal operativo de áreas involucradas en la atención directa a los pacientes en el servicio de medicina interna.
ENTRADAS:	Usuario externo que demanda un ingreso hospitalario, que proviene de las áreas de emergencia y consulta externa, la cual dispone de recursos humanos e insumos médicos asignados de acuerdo a la intervención a ejecutar.
PROCESOS (subprocesos, procedimientos, actividades):	Usuario externo a ser ingresado en el servicio de acuerdo a su patología proviene de la consulta externa o de la emergencia; lo anterior aplicando la normativa vigente institucional y los recursos disponibles.
SALIDAS:	Usuario externo con alta de acuerdo a normativa oficial con evento médico finalizado y con uso eficiente de recursos humanos e insumos médicos
USUARIOS:	Paciente atendido con calidad y calidez; quien se traslada a las áreas de emergencia y consulta externa.

**RESPONSABLE DEL PROCESO:**

Jefaturas de áreas y personal operativo del servicio de medicina interna

**B). CARACTERÍSTICAS DE USUARIOS, OPERACIONES Y NECESIDADES:**

CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS:	Pacientes usuarios MINSAL o ISSS Usuarios del sistema público de salud. Variabilidad en condición socioeconómica, educativa y cultural. Generalmente un nivel socioeconómico bajo con nivel educativo bajo o intermedio.
OPERACIONES (tiempo de ciclo,	Se realiza traslado de todos los pacientes usuarios, que pueden provenir

frecuencia, recurrencia, estacionalidad, picos, etc.)	del área de emergencia o consulta externa.
<b>NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS</b>	Necesidad de satisfacción de su demanda de servicios médicos. Usuarios esperan asistencia de calidad, oportuna, eficiente y eficaz.

**C). DEFINICIÓN DE INDICADORES**

INDICADORES	UNIDAD DE MEDIDA	META	PERIODICIDAD DE EVALUACIÓN	RESPONSABLE
SATISFACCIÓN DE USUARIOS	% DE SATISFACCIÓN (cualitativa).	Satisfacción mayor de 90 %	SEMESTRAL	Jefatura de áreas involucradas en la atención del paciente
Porcentaje de abastecimiento de insumos médicos para los ingresos hospitalarios.	Sistema de puntaje y actas de reuniones.	Superior al 80%	Mensual	Jefatura de áreas involucradas en la atención del paciente
Numero de gestiones realizadas por las jefaturas de forma oportuna solicitando insumos médicos que presenten desabastecimiento.	Sistema de puntaje y memorandos de gestiones realizadas.	100% sobre insumos desabastecidos.	Según necesidad	Jefatura de áreas involucradas en la atención del paciente

**PROCESO N° 5: Atención al usuario.**

**A). DEFINICIÓN Y PEPSU:**

Proporcionar una atención optima, efectiva y eficiente a los usuarios que demandan ingresos hospitalarios en el servicio de medicina interna	
MISIÓN DEL PROCESO: Construir una estructura organizativa optima, que brinde una atención optima, efectiva y eficiente; a través del mayor aprovechamiento de los recursos humanos e insumos médicos disponibles.	
PROVEEDORES:	Jefaturas y personal operativo de áreas involucradas en la atención directa a los pacientes en el servicio de medicina interna
ENTRADAS:	Usuario externo que demanda un ingreso hospitalario que proviene de las áreas de emergencia y consulta externa, la cual debe garantizar una atención de calidad y calidez.
PROCESOS (subprocesos, procedimientos, actividades):	Usuario externo ingresado quien recibirá una atención de calidad y sin sufrir demoras en el proceso.
SALIDAS:	Usuario externo con alta médica de acuerdo a normativa oficial con evento médico finalizado, quien ha recibido una atención de calidad. con uso eficiente de los recursos asignados
USUARIOS:	Paciente atendido con calidad y calidez; quien se traslada a las áreas de emergencia y consulta externa.

RESPONSABLE DEL PROCESO:

Jefaturas de áreas y personal operativo del servicio de medicina interna

B). CARACTERÍSTICAS DE USUARIOS, OPERACIONES Y NECESIDADES:

CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS:	Pacientes usuarios MINSAL o ISSS Usuarios del sistema público de salud. Variabilidad en condición socioeconómica, educativa y cultural. Generalmente un nivel socioeconómico bajo con nivel educativo bajo o intermedio.
OPERACIONES (tiempo de ciclo, frecuencia, recurrencia, estacionalidad, picos, etc.)	Se realiza traslado de todos los pacientes usuarios, que pueden provenir del área de emergencia o consulta externa.
NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS	Necesidad de satisfacción de su demanda de servicios médicos. Usuarios esperan asistencia de calidad, oportuna, eficiente y eficaz.

C). DEFINICIÓN DE INDICADORES

INDICADORES	UNIDAD DE MEDIDA	DE	META	PERIODICIDAD DE EVALUACIÓN	RESPONSABLE
SATISFACCIÓN DE USUARIOS	% SATISFACCIÓN (cualitativa)	DE	Satisfacción mayor de 90 %	SEMESTRAL	Jefatura de áreas involucradas en la atención del paciente
Número de atenciones realizadas en la que se brindó una atención de calidad.	Guías de monitoreos con sistema de puntaje.	DE	Superior al 80%	Bimensual	Jefatura de áreas involucradas en la atención del paciente
Número de atenciones en la que hay incumplimiento y no se brindó atención de calidad.	Guías de monitoreos y sistema de puntaje.	DE	Inferior al 10% sobre atenciones programadas para el periodo a evaluar	Mensual	Jefatura de áreas involucradas en la atención del paciente

**PROCESO N° 6: Entrada a recepción de la Emergencia y/o Consulta Externa: Ingreso y preparación inicial.**

A). DEFINICIÓN Y PEPSU:

Punto de encuentro de la Emergencia y/o Consulta Externa con los servicios de hospitalización en la que el usuario inicia su preparación médica previa a su ingreso	
MISIÓN DEL PROCESO: Fomentar una recepción de pacientes sin demora con la finalidad de garantizar un ingreso hospitalario exitoso y de acuerdo a la normativa vigente.	
PROVEEDORES:	Jefaturas y personal operativo responsables de la recepción e ingreso de

	pacientes al servicio de medicina interna.
ENTRADAS:	Usuario externo que demanda un ingreso hospitalario, que proviene de las áreas de emergencia y consulta externa, quien en la recepción es indispensable verificar el cumplimiento de normativa de preparación del paciente
PROCESOS (subprocesos, procedimientos, actividades):	Usuario externo a ser ingresado al servicio, quien cumple al 100% requisitos de ingreso.
SALIDAS:	Usuario externo con alta de acuerdo a normativa oficial con requisitos médicos cumplidos y finalizados; quien ha recibido una atención de calidad y calidez.
USUARIOS:	Paciente atendido con calidad y calidez; quien se traslada a las áreas de emergencia y consulta externa.

RESPONSABLE DEL PROCESO:

personal operativo y coordinadores del área de recepción en el servicio de medicina interna

B). CARACTERÍSTICAS DE USUARIOS, OPERACIONES Y NECESIDADES:

CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS:	Pacientes usuarios MINSAL o ISSS Usuarios del sistema público de salud. Variabilidad en condición socioeconómica, educativa y cultural. Generalmente un nivel socioeconómico bajo con nivel educativo bajo o intermedio.
OPERACIONES (tiempo de ciclo, frecuencia, recurrencia, estacionalidad, picos, etc.)	Se realiza traslado de todos los pacientes usuarios, que pueden provenir del área de emergencia o consulta externa.
NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS	Necesidad de satisfacción de su demanda de servicios médicos. Usuarios esperan asistencia de calidad, oportuna, eficiente y eficaz.

C). DEFINICIÓN DE INDICADORES

INDICADORES	UNIDAD DE MEDIDA	META	PERIODICIDAD DE EVALUACIÓN	RESPONSABLE
SATISFACCIÓN DE USUARIOS	% DE SATISFACCIÓN (cualitativa)	Satisfacción mayor de 90 %	Semestral	Jefatura de áreas involucradas en la atención del paciente
Número de ingresos hospitalarios realizados oportunamente con cumplimiento de requisitos de ingreso	Guías de monitoreos con sistema de puntaje.	Superior al 80%	Mensual	Jefatura de áreas involucradas en la atención del paciente

**PROCESO N° 7: Traslado al Servicio de Medicina Interna**

**A). DEFINICIÓN Y PEPSU:**

Desplazamiento de usuario al área médica asignada a partir de diagnóstico médico	
MISIÓN DEL PROCESO: Fomentar un ingreso medico sin demora de acuerdo a proceso estandarizado.	
PROVEEDORES:	Personal operativo encargado de traslado al paciente al servicio
ENTRADAS:	Usuario externo que demanda un ingreso hospitalario, que proviene de las áreas de emergencia y consulta externa, quien debe ser trasladado al servicio de medicina interna
PROCESOS (subprocesos, procedimientos, actividades):	Usuario externo a ser ingresado al servicio de medicina interna, quien cumple requisitos de ingreso definidos y se traslada al servicio
SALIDAS:	Usuario externo llevado sin demora en su traslado a servicio asignado.
USUARIOS:	Paciente atendido con calidad y calidez; quien fue ingresado sin demora y pasa al área de recuperación.

**RESPONSABLE DEL PROCESO:**

Personal operativo responsable del traslado al servicio asignado

**B). CARACTERÍSTICAS DE USUARIOS, OPERACIONES Y NECESIDADES:**

CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS:	Pacientes usuarios MINSAL o ISSS Usuarios del sistema público de salud. Variabilidad en condición socioeconómica, educativa y cultural. Generalmente un nivel socioeconómico bajo con nivel educativo bajo o intermedio.
OPERACIONES (tiempo de ciclo, frecuencia, recurrencia, estacionalidad, picos, etc.)	Se realiza traslado de todos los pacientes usuarios, que pueden provenir del área de emergencia o consulta externa.
NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS	Necesidad de satisfacción de su demanda de servicios médicos. Usuarios esperan asistencia de calidad, oportuna, eficiente y eficaz.

**C). DEFINICIÓN DE INDICADORES**

INDICADORES	UNIDAD DE MEDIDA	DE	META	PERIODICIDAD DE EVALUACIÓN	RESPONSABLE
SATISFACCIÓN DE USUARIOS	%	DE	Satisfacción mayor de 90 %	Semestral	Jefatura de áreas involucradas en la atención del paciente
Número de ingresos realizados sin demora	Guías de monitoreos con sistema de puntaje.	de	Superior al 80%	Mensual	Jefatura de áreas involucradas en la atención del paciente

**PROCESO N° 8: Acto Medico.**

**A). DEFINICIÓN Y PEPSU:**

Iniciación de proceso médico a partir de diagnóstico médico establecido	
MISIÓN DEL PROCESO: Verificar un proceso médico limpio y sin riesgo al paciente.	
PROVEEDORES:	Personal Médico responsable del proceso a realizar.
ENTRADAS:	Usuario externo que demanda un ingreso hospitalario, a cargo de recurso medico capacitado de acuerdo a procedimiento a realizar.
PROCESOS (subprocesos, procedimientos, actividades):	Usuario externo a ser ingresado de acuerdo a recurso medico capacitado.
SALIDAS:	Usuario externo con alta sin complicaciones por medico capacitado.
USUARIOS:	Paciente atendido sin demora e inicia su recuperación.

**RESPONSABLE DEL PROCESO:**

Personal médico responsable del manejo de la patología

**B). CARACTERÍSTICAS DE USUARIOS, OPERACIONES Y NECESIDADES:**

CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS:	Pacientes usuarios MINSAL o ISSS Usuarios del sistema público de salud. Variabilidad en condición socioeconómica, educativa y cultural. Generalmente un nivel socioeconómico bajo con nivel educativo bajo o intermedio.
OPERACIONES (tiempo de ciclo, frecuencia, recurrencia, estacionalidad, picos, etc.)	Se realiza traslado de todos los pacientes usuarios, que pueden provenir del área de emergencia o consulta externa.
NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS	Necesidad de satisfacción de su demanda de servicios médicos. Usuarios esperan asistencia de calidad, oportuna, eficiente y eficaz.

**C). DEFINICIÓN DE INDICADORES**

INDICADORES	UNIDAD DE MEDIDA	META	PERIODICIDAD DE EVALUACIÓN	RESPONSABLE
SATISFACCIÓN DE USUARIOS	% DE SATISFACCIÓN (cualitativa)	Satisfacción mayor de 90 %	Semestral	Jefatura de áreas involucradas en la atención del paciente

Número de atenciones realizadas en la hora asignada con cumplimiento de protocolos oficiales.	Guías de monitoreo con sistema de puntaje.	Superior al 80%	Mensual	Jefaturas médicas y personal operativo involucrado.
---	--	-----------------	---------	---

**PROCESO N° 9: Recuperación en el Servicio**

**A). DEFINICIÓN Y PEPSU:**

<b>DEFINICIÓN:</b> Recuperación del paciente en área asignada	
<b>MISIÓN DEL PROCESO:</b> Que el paciente desarrolle oportuna y apropiadamente su recuperación.	
<b>PROVEEDORES:</b>	Personal de enfermería responsable de unidad médica.
<b>ENTRADAS:</b>	Paciente con Atención médica realizada con indicaciones para cumplimiento de medicamentos.
<b>PROCESOS (subprocesos, procedimientos, actividades):</b>	Colocación de indicaciones por médico de staff o residente de la especialidad. Proporcionar información pertinente a paciente según sea el caso. Adecuación de ropa de paciente. Elaboración de nota de enfermería donde se dispone el avance de recuperación del paciente. Cumplimiento de indicaciones médicas. Reporte de eventualidades o anomalías según sea el caso. Evaluación, definición y consignación escrita en expediente de recuperación médica
<b>SALIDAS:</b>	Paciente con adecuada evolución inmediata y con recuperación médica
<b>USUARIOS:</b>	Paciente Ingresado.

**RESPONSABLE DEL PROCESO:**

Personal de enfermería responsable de unidad de recuperación.

**B). CARACTERÍSTICAS DE USUARIOS, OPERACIONES Y NECESIDADES:**

<b>CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS:</b>	Pacientes usuarios del hospital a quienes se les realizó una atención médica Usuarios del sistema público de salud. Variabilidad en condición socioeconómica, educativa y cultural. Generalmente un nivel socioeconómico bajo con nivel educativo bajo o intermedio.
<b>OPERACIONES (tiempo de ciclo, frecuencia, recurrencia, estacionalidad, picos, etc.)</b>	Se realiza recuperación del usuario

NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS	Necesidad de satisfacción de su demanda de servicios médicos. Usuarios esperan asistencia de calidad, oportuna, eficiente y eficaz.
--	--

C). DEFINICIÓN DE INDICADORES

INDICADORES	UNIDAD DE MEDIDA	META	PERIODICIDAD DE EVALUACIÓN	RESPONSABLE
SATISFACCIÓN DE USUARIOS	% DE SATISFACCIÓN (cualitativa)	Satisfacción mayor de 90 %	Semestral	Jefatura de enfermería del servicio
TIEMPO DE RECUPERACIÓN (desde que se brinda la atención médica en el servicio hasta su recuperación)	Días	Según Indicadores Hospitalarios	Mensual	Jefatura de enfermería del servicio

**PROCESO 10: Disponibilidad de medicamentos e insumos médicos y Alta Hospitalaria**

A). DEFINICIÓN Y PEPSU:

DEFINICIÓN:	Disponibilidad de medicamentos e insumos médicos necesarios para el alta hospitalaria
MISIÓN DEL PROCESO:	Contar con los medicamentos e insumos médicos necesarios para la realización apropiada del manejo médico del paciente.
PROVEEDORES:	Farmacia e insumos médicos.
ENTRADAS:	Atenciones programadas a realizarse en servicio.
PROCESOS (subprocesos, procedimientos, actividades):	Preparación por parte de farmacia y almacén de insumos para el despacho de medicamentos e insumos médicos necesarios cuando el paciente sea dado de alta.
SALIDAS:	Atención médica realizada con la disponibilidad y/o cumplimiento de medicamentos o insumos médicos.
USUARIOS:	Pacientes usuarios del servicio de medicina interna.

RESPONSABLE DEL PROCESO:

Personal médico responsable del servicio.

B). CARACTERÍSTICAS DE USUARIOS, OPERACIONES Y NECESIDADES:

CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS:	Pacientes usuarios del Hospital a quienes se les realiza una atención médica.  Usuarios del sistema público de salud.  Variabilidad en condición socioeconómica, educativa y cultural.
----------------------------------	--

	Generalmente un nivel socioeconómico bajo con nivel educativo bajo o intermedio.
OPERACIONES (tiempo de ciclo, frecuencia, recurrencia, estacionalidad, picos, etc.)	Preparación por parte de farmacia y almacén de insumos para el despacho de medicamentos e insumos médicos necesarios para el alta médica del paciente.
NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS	Cumplimiento o disponibilidad oportuna y eficiente de medicamentos e insumos médicos según indicación médica a pacientes usuarios del servicio

C). DEFINICIÓN DE INDICADORES

INDICADORES	UNIDAD DE MEDIDA	META	PERIODICIDAD DE EVALUACIÓN	RESPONSABLE
% de Reingresos de pacientes en menos de 72 horas	% DE REINGRESOS	DEACUERDO A ESTANDARES DE CALIDAD	Mensual	Jefatura de Servicio de Medicina Interna

## ANEXO 9

### ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

<b>DIGESTYC:</b>	Dirección de Estadística y Censos.
<b>ESDOMED:</b>	Estadística y Documentos Médicos
<b>FOSALUD:</b>	Fondo Solidario para la Salud
<b>HNNSFC:</b>	Hospital Nacional “Nuestra Señora de Fátima” Cojutepeque
<b>INFOCA:</b>	Información Y orientación al Usuario.
<b>ISO:</b>	Organización Internacional de Normalización
<b>LACAP:</b>	Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública.
<b>MCC:</b>	Mejora Continua de la Calidad
<b>MINSAL:</b>	Ministerio de Salud
<b>POA:</b>	Plan Anual Operativo
<b>RIISS:</b>	Red Integral e Integrada de los Servicios de Salud.
<b>SIBASI:</b>	Sistema Básico Integrado
<b>SIDA:</b>	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
<b>SIMMOW:</b>	Sistema de Morbimortalidad en línea.
<b>TAR:</b>	Terapia antiretroviral
<b>UACI:</b>	Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional
<b>UFI:</b>	Unidad Financiera Institucional.
<b>UOC:</b>	Unidad Organizativa de la Calidad.
<b>UCSF:</b>	Unidad Comunitaria de Salud Familiar
<b>VIH:</b>	Virus de Inmunodeficiencia Humana.

## **ANEXO 10**

### **GLOSARIO**

#### **Aseguramiento de la Calidad:**

Parte de la gestión de la calidad orientada a proporcionar confianza en que se cumplirán los requisitos de la calidad.

#### **Calidad:**

Grado en que el conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.

#### **Control de la Calidad:**

Parte de la gestión de la calidad orientada al cumplimiento de los requisitos de la calidad.

#### **Cliente:**

Organización o persona que recibe un producto / servicio.

**Diseño:** Conjunto de procesos que transforma los requisitos en características especificadas o en la especificación de un producto, proceso o sistema.

#### **Eficacia:**

Extensión en la que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.

#### **Eficiencia:**

Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.

#### **Estructura de la organización:**

Disposición de responsabilidades, autoridades y relaciones entre el personal.

#### **Gestión:**

Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización.

**Gestión de la Calidad:**

Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo a la calidad.

**Infraestructura:**

Sistema de instalaciones, equipos y servicios necesarios para el funcionamiento de una organización.

**Mejora de la Calidad:**

Parte de la gestión de la calidad orientada a aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos de la calidad.

**Mejora continua:**

Actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos.

**Objetivo de la Calidad:**

Algo ambicionado, o pretendido, relacionado con la calidad

**Oportunidad de mejora:**

Diferencia detectada en la organización, entre una situación real y una situación deseada. La oportunidad de mejora puede afectar a un proceso, producto, servicio, recurso, sistema, habilidad, competencia o área de la organización.

**Organización:**

Conjunto de personas e instalaciones con una disposición de responsabilidades, autoridades y relaciones.

**Política de la Calidad:**

Intenciones globales y orientación de una organización relativas a la calidad tal como se expresan formalmente por la alta dirección.

**Proceso:**

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

**Procedimiento:**

Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.

**Proveedor:**

Organización o persona que proporciona un producto o servicio.

**Proyecto:**

Proceso único consistente en un conjunto de actividades coordinadas y controladas con fechas de inicio y finalización, llevadas a cabo para lograr un objetivo conforme con requisitos específicos, incluyendo las limitaciones de tiempo, costo y recursos.

**Satisfacción del cliente:**

Percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos.

**Sistema de Gestión:**

Sistema para establecer la política y los objetivos y para lograr dichos objetivos.

**Sistema de Gestión de la Calidad:**

Sistema de gestión para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad.

**Valores:**

Los conceptos y expectativas que describen el comportamiento de las personas de la organización y determinan todas sus relaciones.

**Visión:** Declaración en la que se describe cómo desea ser la organización en el futuro.

