

Modelo de Gestión Hospitalaria

[Proyecto MSH/ULAT Honduras, Componente de Descentralización]

[Septiembre 2012]

Palabras Clave:

[Modelo; Gestión; Hospitalaria; Procesos; Resultados; Guía; Instrumentación; Recursos; Conducción; Servicios; Salud; Definición de Funciones; Organización; Sistemas; Organizacional; Estructura Funcional; Desempeño; Procedimientos; Demanda; Población; Proceso Metodológico; Implementación.]

Key Words:

Hospital Management, Definition of functions, systems, process methodology

This report was made possible through support provided by the US Agency for International Development, under the terms of [The United States Agency for International Development (USAID) under the USAID/Honduras] Number [AID-522-C-11-000001]. The opinions expressed herein are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views of the US Agency for International Development.

Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud
Management Sciences for Health
Tegucigalpa M.D.C.
Honduras C.A.
Telephone: (504) 2235-5919
www.msh.org



**SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE REDES DE SERVICIOS
DEPARTAMENTO DE HOSPITALES**

MODELO DE GESTIÓN HOSPITALARIA

Hospitales eficientes, gestionados por resultados con Calidad.

SEPTIEMBRE 2012



"La elaboración de este documento ha sido posible gracias al generoso apoyo del Pueblo de los Estados Unidos de América a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El contenido del mismo es responsabilidad de la "Secretaría de Salud de Honduras" y no necesariamente refleja el punto de vista de la USAID o del Gobierno de los Estados Unidos".

Índice del Contenido

| Cap. | TEMAS | Pág. |
|------|--|------|
| I | Presentación | 2 |
| II | Introducción | 3 |
| III | Antecedentes | 4 |
| IV | Marco Político y Legal | 5 |
| V | Marco Conceptual | 12 |
| | V.1. Conceptos Básicos | 13 |
| | V.2. Modelo Nacional de Salud y Gestión Hospitalaria. | 14 |
| | V.3. Enfoque Sistémico y de Gestión por Procesos | 14 |
| | V.4. Enfoque de Gestión por Resultados. | 15 |
| VI | Modelo de Gestión Hospitalaria (MGH) | 17 |
| | VI -1. Generalidades del MGH | 17 |
| | VI -2. Organización de la Gestión Hospitalaria | 20 |
| | VI-2.1 Mesogestión Hospitalaria | 22 |
| | A. Sistemas para la Gestión de la Conducción | 22 |
| | B. Sistemas para la Gestión de los Recursos | 34 |
| | VI-2.2 Microgestión Hospitalaria: <i>Gestión de la Atención</i> | 51 |
| VII | Financiamiento del Modelo de Gestión Hospitalaria | 84 |
| VIII | Sistema de Información Gerencial: <i>una herramienta indispensable</i> | 89 |
| IX | Implementación e implicaciones del Modelo de Gestión Hospitalaria | 92 |
| X | BIBLIOGRAFIA | 96 |
| XI | ANEXOS | 98 |

I. Presentación

¿Podrías decirme, por favor, qué camino debo seguir para salir de aquí? - Esto depende en gran parte del sitio al que quieras llegar, dijo el Gato. No me importa mucho el sitio, respondió Alicia. Entonces tampoco importa mucho el camino que tomes, le contestó el Gato.
LEWIS CARROL

La gestión de los hospitales públicos de Honduras, ha identificado el “sitio donde quiere llegar”, esto implica desde la perspectiva gerencial, que los equipos de conducción cuentan ahora, con la guía para cumplir la Misión Hospitalaria delegada y con una mayor posibilidad de dar respuestas a las necesidades de salud de la población, que acude en busca de servicios.

Este modelo plantea un cambio en las condiciones de trabajo, ofrece nuevas oportunidades para la Gestión de los Recursos; su implementación parte de la negociación de las metas, la calidad y el costo de la producción. En adelante, se enfrentarán las dificultades con mejores probabilidades de éxito, se tratarán con “nuevas terapias” los problemas y barreras que no han permitido hacer los cambios necesarios en los diferentes niveles de la gestión hospitalaria.

La inapelable justificación de implementar este modelo se fundamenta en la realidad de optimizar con eficiencia los recursos con que se cuenta para la administración hospitalaria, que aun siendo calificados como “insuficientes”, son tan importantes que consumen cerca del 67% del presupuesto nacional en Salud. Se fundamenta además, en la responsabilidad del sistema, y el derecho de las y los usuarios, a ser considerados, “el eje central del modelo de gestión”, a encontrar satisfacción y resultados positivos en los procesos de atención, a percibir que tienen un mejor y más amplio acceso a los servicios y que estos cubren sus necesidades de Salud.

El *Modelo de Gestión Hospitalaria* ofrece respuestas a las quejas y sugerencias de gestores/as comprometidas que con sus experiencias han identificado, de una u otra manera la mayoría de lineamientos contenidos en este documento; lineamientos y directrices que deben ser asumidos para provocar los cambios que resolverán las necesidades administrativas sentidas y contribuirán en el incremento en el acceso y la calidad de los servicios de salud.

El *Modelo de Gestión Hospitalaria* debe ser visto como un **instrumento** absolutamente **técnico**, diseñado para enfrentar la problemática de los hospitales. No obstante, para lograr el éxito esperado con su implementación, deben cumplirse dos condiciones fundamentales: la primera es que el *Modelo de Gestión Hospitalaria* debe ser despojado de cualquier consideración *no técnica*, que lo sujete e impida su desarrollo. La segunda condición es que debe considerarse una **herramienta técnica de uso cotidiano**, de perfeccionamiento continuo, un instrumento que todo el personal, sin excepción, lo conozca, lo consulte, lo cuestione constructivamente y lo impulse hasta su completa adopción.

II. Introducción

En la *Política de Reordenamiento Hospitalario, Honduras 2002 – 2006*, se establece como política número seis “Elaborar y actualizar la normativa técnica que regula la organización y funcionamiento de la red Hospitalaria”, el presente documento representa el proceso de implementación de esta política.

El “*Marco Conceptual Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud 2009*” establece que para armonizar la provisión de los servicios de salud en todo el territorio nacional, e incrementar el acceso con calidad y eficiencia, se implementarán gradualmente procesos de descentralización y desconcentración de los recursos. Como instrumento de separación de funciones la SESAL, entre otras cosas, se “*profundizará la autonomía de la gestión de las redes de salud intermunicipales y los hospitales*”¹

La evaluación de la implementación de los “*Lineamientos y Directrices del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria*”, demuestra avances en la conducción hospitalaria; en el fortalecimiento del flujo de la información y en la toma de decisiones; no obstante, presenta evidencias, de que la gestión de los recursos humanos y la administración de los suministros críticos, son cuellos de botellas importantes, y que deben ser resueltos para hacer diferencia en los resultados y el cumplimiento de la Misión designada a las unidades hospitalarias; como una tarea clave para la efectividad de la gestión hospitalaria, y en consecuencia de las redes de servicios de salud.

Otorgar mayor nivel de decisión y atribuciones administrativas y técnicas a los equipos que realizan la gestión hospitalaria, sobre los Recursos humanos, financieros y suministros, implica un desafío normativo importante y un esfuerzo de control especial. Para esto, se han analizados los enfoques, metodologías y procesos, que incorporados en instrumentos de relacionamiento, garanticen una gestión hospitalaria con transparencia en la administración y rendición de cuentas, tanto a instancias rectoras, como a la sociedad organizada y a la población en general. En este sentido, el Modelo contempla nuevas formas de organizar los procesos de producción de servicios, y de las formas de auto – monitoreo, supervisión, evaluación y auditoría social.

El *Modelo de Gestión Hospitalaria* está estructurado bajo el *Enfoque Sistémico de Gestión por procesos en base a resultados con calidad*. Señala requerimientos por parte del Nivel Central como ente rector/normativo y del Nivel de Región Departamental como ente que opera las regulaciones; describe como pilares fundamentales a la mesogestión o gestión hospitalaria, y a la microgestión o Gestión Clínica, y destaca sus cambios operacionales. Finalmente, describe los entendimientos necesarios para su implementación y desarrollo en cuanto al financiamiento y el relacionamiento con el ente financiador.

¹Documento Marcopolo: “Marco Conceptual Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud 2009” página 55.

III. Antecedentes

El Sistema de Salud de Honduras, y en particular las instituciones que proveen los servicios, se ven enfrentados a una serie de dificultades que limitan la equidad, eficiencia y la calidad de los servicios que prestan a la población. En ese sentido, la Secretaría de Salud desde el nivel central, con el afán de reducir el impacto de esas deficiencias, sobre todo en el sistema hospitalario, ha venido realizando varios esfuerzos, a fin de promover cambios, que se traduzcan en servicios eficientes para la población beneficiaria. Entre ellos destacamos los siguientes:

La ejecución del *Proyecto de Reorganización Institucional y Extensión de los Servicios Básicos de Salud* (PRIESS) 2002-2006, que impulsó el programa de modernización de la gestión hospitalaria, cuya intervención se orientó a mejorar la capacidad de gestión en 12 hospitales, a través de la mejora en procesos de organización y el desarrollo de un programa de capacitación y de inversión en equipo e infraestructura.

La “**Política de Reordenamiento Hospitalario, Honduras 2002 – 2006**”, establece ocho (8) políticas, cuyo contenido establecen cambios esenciales para modificar los resultados de la gestión hospitalaria. Entre ellas, la política número seis, “Manejo Técnico – Normativo” se describe como: “*Elaborar y actualizar la normativa técnica que regula la organización y funcionamiento de la red Hospitalaria*”. Con el presente Modelo de Gestión Hospitalario, se inicia el proceso de operativización de esta política. En el apartado de marco conceptual se amplía sobre este documento oficial de la SESAL.

En el Marco de RAMNI, se implementan *Los lineamientos y directrices para el Reordenamiento de la Gestión hospitalaria*, mediante acuerdo ministerial 201 del 16 de enero del 2009, el cual introduce cambios importantes para mejorar los procesos de gerencia, no solo para la alta gerencia, sino también para los niveles intermedios de gerencia como ser Departamentos y Servicios.

Además de estas iniciativas y con el afán de dar mejores respuestas a la población, la Secretaría de Salud ha venido impulsando un proceso de Reforma con estrategias definidas, a fin de promover cambios en los esquemas actuales de entrega de servicios de salud, en todos sus niveles, que se fundan en el proceso de descentralización de la gestión.

En el *primer nivel de atención, a partir del año 2004*, se vienen desarrollando experiencias de gestión descentralizada con resultados positivos, en la *red de servicios de salud*. En el segundo nivel se han emitido decretos legislativos que otorgan la gestión descentralizada, a dos hospitales de atención especializada: El hospital “*María de Especialidades Pediátricas*”, con sede en Tegucigalpa, y el Hospital de *Quemados y Cirugía Pediátrica “Ruth Paz”*, con sede en San Pedro Sula. Estas instituciones introducen un nuevo modelo de relación para la gestión y provisión de servicios de salud, sin perder su carácter de propiedad pública; son gestionados por fundaciones con criterios establecidos en relación a la separación de funciones, en el grado de autonomía de su gestión proveedor-financiador y en la evaluación de su gestión, *buscando con esta propuesta, optimizar los recursos y sobre todo mejorar la calidad y el acceso a los servicios que ofrecen*.

IV. Marco Político y Legal

- *Objetivos de Desarrollo del Milenio*²

El Estado de Honduras es signatario de la Declaración del Milenio, en la que se establecen ocho Objetivos referentes a la erradicación de la pobreza, la educación primaria universal, la igualdad entre los géneros, la Mortalidad Infantil, la Mortalidad Materna, el avance del VIH/SIDA y el sustento del medio ambiente. Cada Objetivo se divide en una serie de metas, un total de 18, cuantificables mediante 48 indicadores concretos a cumplirse al año 2015.

Entre los títulos de los ocho objetivos, los que tienen vinculación directa con la gestión hospitalaria son:

- ✓ *Objetivo 4:* Reducir la mortalidad infantil. Se trata de Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de cinco años.
- ✓ *Objetivo 5:* Mejorar la salud materna. Plantea reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna y lograr el acceso universal a la salud reproductiva.
- ✓ *Objetivo 6:* Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

Los avances en términos de acceso a los servicios de salud, y reducción de los indicadores de los objetivos 4, 5 y 6, que incluyen la Mortalidad Materna y de menores de cinco años, *son importantes, pero no suficientes* para alcanzar las metas planteadas para diciembre de 2015. Estos avances, tampoco se corresponden con los recursos económicos invertidos, que en gran parte han sido obtenidos de la cooperación internacional por donaciones y préstamos.

En este sentido, los hospitales como unidades de salud con el mayor porcentaje de recursos presupuestarios de la Secretaría de Salud, adquieren un doble compromiso en términos del cumplimiento de los objetivos o metas de desarrollo del milenio, el primero la reducción directa de la Mortalidad de Madres y Niños, ya que es en estas instituciones en donde ocurren, la mayor cantidad de fallecimientos, y que muchos de ellos son evitables.

El segundo, superar el estado de la gestión actual, cuyos procesos evaluativos la califican de ineficiente, inefectiva y de poca calidad. Estos retos se asumen con este nuevo modelo de gestión hospitalaria, cuya implementación debe facilitar el cumplimiento de las metas comprometidas.

² <http://www.un.org/millenniumgoals/>

- **Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública**³

Aprobada por la X Conferencia Iberoamericana de Ministros de Administración Pública y Reforma del Estado. San Salvador, El Salvador, 26 y 27 de junio de 2008. Adoptada por la XVIII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno. San Salvador, El Salvador, del 29 al 31 de octubre de 2008. (Resolución No. 25 del "Plan de Acción de San Salvador")

Se inscribe en la propuesta adecuar el funcionamiento de las Administraciones Públicas iberoamericanas para garantizar que sean instrumentos útiles, efectivos y confiables al servicio de sus respectivas sociedades. En tal sentido, la Carta Iberoamericana vincula la calidad en la gestión pública con dos propósitos fundamentales de un buen gobierno democrático:

1. Toda gestión pública debe estar *referenciada a la satisfacción del ciudadano*, ya sea como usuario o beneficiario de servicios y programas públicos, o como legítimo participante en el proceso formulación, ejecución y control de las políticas públicas bajo el principio de corresponsabilidad social;
2. La gestión pública tiene que *orientarse para resultados*, por lo que debe sujetarse a diversos controles sobre sus acciones, suponiendo entre otras modalidades la responsabilidad del ejercicio de la autoridad pública por medio del control social y rendición periódica de cuentas.

Resulta particularmente relevante, el reconocimiento que se hace en esta Carta Iberoamericana del derecho de los ciudadanos a una *gestión pública de calidad*, estableciéndose unos contenidos mínimos que pueden ser incrementados por los ordenamientos jurídicos nacionales. La importancia de este reconocimiento es el consecuente empoderamiento a los ciudadanos iberoamericanos que les permita exigir a sus Administraciones Públicas la mejora continua de la gestión pública en su propio beneficio, así como participar directamente en ella.

La Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública persigue los objetivos siguientes:

- a. Promover un enfoque común en Iberoamérica sobre la calidad y la excelencia en la gestión pública, que integre las distintas perspectivas políticas y técnicas que se encuentran presentes en los diversos niveles y sectores de las Administraciones Públicas de la región.
- b. Conformar un cuerpo de principios y orientaciones que sirvan de referencia a las diferentes Administraciones Públicas de los Estados iberoamericanos en la formulación de políticas, planes, modelos y mecanismos que permitan la mejora continua de la calidad de su gestión pública.
- c. Proponer la adopción de instrumentos que incentiven la mejora de la calidad en la gestión pública, que sean flexibles y adaptables a los diferentes entornos de las Administraciones Públicas iberoamericanas y a sus diversas formas organizativas.

³ Texto en formato PDF en www.clad.org/documentos/declaraciones/carta-iberoamericana-de-calidad-en-lagestion-publica

- d. Servir como guía para el diseño, regulación, implantación, desarrollo, mejora y consolidación de planes de calidad y excelencia en la gestión pública, que le permitan a las diferentes Administraciones Públicas de los Estados iberoamericanos potenciar sus capacidades y utilizarlas plenamente para acometer los retos y desafíos del desarrollo integral de sus respectivas sociedades y lograr el bienestar de sus ciudadanos.

*Principios Inspiradores de una Gestión Pública de Calidad*⁴. Algunos de los principios establecidos en la carta, son los siguientes:

1. Principio de servicio público
2. Transparencia y participación ciudadana
3. Principio de acceso universal
4. Principio de continuidad en la prestación de servicios
5. Principio de responsabilización
6. Principio de evaluación permanente y mejora continua

- ***Visión de País 2010 – 2038 y Plan de Nación 2010- 2022***⁵

En enero de 2010, se presentó al congreso Nacional de la República de Honduras, el documento que contiene la “Visión de País 2010 – 2038 y Plan de Nación 2010- 2022. En este documento se presenta una Visión de País que contiene los objetivos y metas de prioridad nacional para el período 2010 – 2038. Un plan de Nación que cubre la primera fase (2010 – 2022) de la Visión de País, que contiene lineamientos estratégicos, objetivos e indicadores para los próximos tres períodos gubernamentales, y una matriz de 58 indicadores que contiene las metas a alcanzar en cada período gubernamental.

Para desarrollar el Plan de Nación se establecen once (11) lineamientos estratégicos, entre ellos, vinculante con el Modelo de Gestión Hospitalaria, se puede señalar el *lineamiento estratégico No.3* sobre la “*Reducción de la pobreza, generación de activos e igualdad de oportunidades*”, que en sus intervenciones incorpora, *Impulsar el Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Visión de País y el Plan de Nación* con un enfoque en resultados. El Gobierno de Honduras desarrollará la administración por resultados basados en sistemas de Seguimiento, Monitoreo y Evaluación (SME). De esta forma se asegurará que el gasto social se traduzca en una reducción perceptible de la pobreza. La *gerencia por resultados permitirá una mayor transparencia y rendición de cuentas* hacia la ciudadanía, *contar con información para realizar una reorganización institucional que haga más eficiente la acción gubernamental* con base en impactos, una mayor eficiencia en la asignación de presupuestos y la introducción de incentivos adecuados para mejorar la gestión.

⁴ Buscar detalles de estos principios en www.clad.org/documentos/declaraciones/carta-iberoamericana-de-calidad-en-lagestion-pública.

⁵ República de Honduras Visión de País 2010 – 2038 y Plan de Nación 2010- 2022

Así también, con relación al control y reducción de los efectos negativos de la problemática de salud actual y como parte de la misión hospitalaria, el Lineamiento estratégico No.5: *“Salud, como fundamento para la mejora de las condiciones de vida”*, se establece para el año 2022, haber cumplido las metas de salud establecidas en la Estrategia de Reducción de la Pobreza, los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la Visión de País, sin que existan grandes diferencias en la calidad de atención suministrada en los subsistemas de salud. Habrá logrado cumplir entre las principales metas, para este lineamiento estratégico: 1) Reducir a la mitad las tasas de mortalidad infantil y en niños menores de 5 años; 2) Disminuir no más de 20% la incidencia de desnutrición en menores de 5 años; 3) Reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes. Entre otras.

- ***Política de Descentralización del Estado para el Desarrollo***⁶

El diez de agosto de 2012, se publicó en La Gaceta diario oficial de la República de Honduras, el Decreto Ejecutivo PCM 021-2012, en el que el Presidente de la República aprueba la *“Política de Descentralización del Estado para el desarrollo”*, cuya promulgación se basa en los objetivos y lineamientos estratégicos de la Visión de País y el Plan de Nación 2010 - 2038.

El segundo de los Objetivos Específicos planteados en la política es: *“impulsar y profundizar la descentralización del Estado, así como la Modernización, unidad y eficiencia del Estado; mediante la transferencia de competencias y recursos acorde con el Modelo para la descentralización del Estado y alineado al diseño en el marco de la Visión de País y Plan de Nación, para ampliar el acceso, cobertura y abastecimiento de los servicios públicos”*.

Para la aplicación de esta política, debe tenerse por **concepto de descentralización**: *“Modalidad de intervención del Estado, mediante la cual este transfiere competencias, autoridad y recursos a los municipios de forma gradual, progresiva, ordenada, responsable y en el marco de las prioridades y disposiciones establecidas en los planes de descentralización, así como en la Visión de País y Plan de Nación, para fortalecer el poder de decisión de sus poblaciones en función de sus intereses comunes, mejorar la inclusión social, facilitar el acceso de su población a los servicios públicos, redistribuir el ingreso nacional en el territorio de forma equitativa, y lograr el desarrollo local, municipal, departamental, regional y nacional”*

Esta política, expresamente clasifica las modalidades de intervención del Estado para la prestación de Servicios Públicos: *“Para la aplicación del concepto de descentralización se reconocen las siguientes modalidades: Descentralización, Intervención Directa, Desconcentración, Delegación, Concesión, Co – gestión y Tercerización”*; y luego define cada una de ellas. (Ver anexos)

⁶ Secretaría de Interior y Población.- “Política de Descentralización del Estado para el Desarrollo” La Gaceta, Diario Oficial de la República de Honduras. No.32895. Decreto Ejecutivo PCM 021-2012, del 10 de agosto de 2012. Tegucigalpa, Honduras.

A manera de “Lineamientos generales y Medidas de Política”, señala expresamente la necesidad, los pasos y las modalidades para lograr la “[Transformación legal del Marco Regulatorio para la descentralización del Estado](#)”. Otro de los Lineamientos, que trata de asegurar que los efectos esperados puedan llevarse a cabo, es “[Descentralización con Participación Ciudadana, Gobernabilidad y Transparencia](#)”, que incorpora en la gestión local medidas tales como. “Establecer e institucionalizar el Plan Anual de Auditorías Financieras, Operativas y de Sistemas; Auditorías de Recursos Humanos, Económicos y Materiales, en ambos niveles de gobierno”. También entre estas medidas, incluye la tarea de “Elaborar los Manuales de Auditoría Social Comunitaria”.

La Política establece que “los [Criterios y Requisitos para la Descentralización](#)” son: a) la distribución y asignación de competencia entre los dos niveles de gobierno; b) la asignación de los recursos asociados a la transferencia de competencias; c) la transferencia de competencias hacia los municipios; d) los criterios preliminares para determinar la factibilidad de descentralizar competencias; y e) los que se deben considerar para formular, evaluar y acreditar los modelos de descentralización de competencias y los aspectos generales a considerar la formulación y acreditación de modelos de descentralización de competencias”

En cuanto al “[Alineamiento de la Política de Descentralización del Estado para el Desarrollo con La Visión de País y el Plan de Nación](#)”, la política establece en el “[A2: Descentralización de los Servicios Públicos, Salud, Educación, Seguridad](#)” el vínculo directo con las metas de salud, enmarcando el “[Lineamiento estratégico No.5: Salud como fundamento para la mejora de las condiciones de vida](#)” con los que se presentan los indicadores de este instrumento de proyección social, entre los que destacan: Tasa de Mortalidad en menores de 5 años; Tasa de Mortalidad Materna; incidencia de casos de Malaria/Dengue; Tasa de incidencia de casos de enfermedades infecciosas asociadas a condiciones materiales de vida y Porcentaje de prescripciones médicas totalmente atendidas en hospitales del estado, entre otros.

- [Políticas hospitalarias](#)

El Nivel Central estableció un marco estratégico – táctico que define las Política de reordenamiento hospitalario, Honduras, 2002 – 2006, compuesta por ocho políticas, como ser:

1. Descentralización y Desarrollo Local: Delegar la toma de decisiones técnico - administrativo necesarias desde el Nivel Central hasta el nivel local (hospital) para acercar la solución a los problemas.
2. Desarrollo Gerencial: La capacidad de los Directores y Jefes de Unidades y Departamentos debe tener un desarrollo óptimo acorde a las exigencias del hospital.
3. Mejoramiento de los Recursos Humanos: Desarrollo e implementación de la gestión desconcentrada de los recursos humanos.
4. Financiamiento, equipo y estructura: Manejo y uso adecuado de los recursos financieros existentes y desarrollar nuevas formas de captación. Asegurar el manejo, uso adecuado de los insumos, equipos e infraestructura.

5. Articulación de la Red: Fortalecer la articulación de los hospitales con el resto de la Red, a fin de que la población tenga acceso oportuno a servicios de salud con una capacidad resolutive de acuerdo a las necesidades.
6. Manejo Técnico – Normativo: Elaborar la normativa técnica que regula la organización y el funcionamiento de la Red hospitalaria.
7. Sistema de Información: Los hospitales contarán con un sistema de información integrado e integral que permita el proceso racional y continuo de toma de decisiones para el fortalecimiento gerencial y la vigilancia epidemiológica hospitalaria.
8. Provisión de Servicios: Mejorar la cobertura, el acceso, la equidad, la calidad y la eficiencia en los servicios de salud.

El presente documento constituye el proceso de operativización de la política número seis (6)

- **“Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud- 2009”.**
(“Marcopolo”).

La construcción del Modelo de Gestión Hospitalario, parte de definiciones políticas y técnicas dictadas por la SESAL, de manera especial, las que emanan del Acuerdo Ministerial # 629 del 27 de febrero 2009, que aprueba el **Marco Conceptual, Político y Estratégico de La Reforma del Sector Salud (“Marcopolo”)**, estableciendo el fortalecimiento del rol rector y la separación de las funciones sustantivas de la Secretaría de Salud (*Financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios*); a través de un proceso efectivo y acelerado de **descentralización administrativa** y el fortalecimiento del rol rector de la Secretaría de Salud.

Como instrumento de separación de funciones la SESAL, entre otras cosas, “profundizará la autonomía de la gestión de las redes de salud intermunicipales y los hospitales”⁷

El Marcopolo, también considera el desarrollo de las acciones pertinentes en el largo plazo, sobre la adjudicación de las funciones de rectoría de aseguramiento y financiamiento a otros actores institucionales, que deberán crearse.

- **Sistema Nacional de Calidad y la Política de Calidad**

La Secretaría de Salud consecuente con el mandato de Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma, publica en la Gaceta No. 32,574 del 22 de Julio de 2011, la **“Política de Calidad del Sistema Nacional de Calidad de Salud”**, instrumento de elevada importancia para el Gestión Hospitalaria por cuanto establece los Componentes, Actores, Mecanismos, y Estrategias para la implementación del Sistema Nacional de Calidad en Salud. Además, define las prioridades del Sistema de Calidad y las implicaciones de su implementación.

La Política Nacional del Sistema de Calidad establece dos grandes componentes para el SNCS:

⁷Documento Marcopolo: “Marco Conceptual Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud 2009” página 55.

La normalización y Reglamentación técnica y la Vigilancia.

La normalización: es la actividad colectiva encaminada a dar soluciones a situaciones repetitivas, que provienen fundamentalmente del campo científico o técnico, y que consiste en la elaboración, difusión y aplicación de **NORMAS TÉCNICAS**.

La Reglamentación técnica: es una disposición de carácter obligatorio que contiene medidas legislativas y/o administrativas, y que ha sido aprobada y publicada por un órgano legal que tenga los poderes necesarios al efecto. Un reglamento puede hacer obligatoria cualquier norma hasta entonces voluntaria.

La Vigilancia de la Calidad (VC): Es el proceso de medición y verificación, mediante el cual, un producto, equipo, tecnología, proceso, persona, institución, servicio o sistema, es evaluado con respecto a una norma técnica o reglamento.

- **Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria (RGH).**

Los lineamientos y Directrices para el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria (**RGH**) publicados mediante el Acuerdo Ministerial No. 201 del 16 de Enero del año 2009, plantean un abordaje integrado y el diseño instrumental de estrategias que fortalecen la gestión de las unidades hospitalarias de la red de servicios de salud. Su concepción se fundamenta en los resultados del diagnóstico de la situación acerca de la gestión de las estrategias hospitalarias expresadas en RAMNI^{8,9}. El propósito de su implementación es contribuir al cumplimiento de los objetivos de RAMNI, de las Políticas de Reordenamiento Hospitalario y del proceso de Reforma del Sector Salud.

El **RGH** generaliza su implementación a inicios de 2009, en base a dos líneas específicas de intervención: la primera una “**Reorganización Orgánica – funcional**” en los tres niveles de la conducción hospitalaria; que incluye cambios organizativos, ampliación de funciones; definición de relaciones de coordinación entre los niveles; rediseño sistemático de flujos de información y la utilización de una serie de instrumentos que permitan operar tales cambios.

La segunda, la “**Rendición de Cuentas**”, en la que, dos instancias (*El departamento de Hospitales y la Subsecretaría de Redes*), tienen que establecer mecanismos de retroalimentación inmediata a los hospitales, con “abordajes técnico operativos”, y coordinación con otras instancias del Nivel Central para “apoyar en la identificación de estrategias y soluciones”, y para “retroalimentar e instruir a los directores de los hospitales en aquellas áreas que se observan débiles”.

El Reordenamiento de la gestión hospitalaria se implementa entonces, en el marco de la reforma, bajo los lineamientos de RAMNI, con el objetivo de enfrentar de manera transitoria

⁸ “*Directrices y lineamientos para el reordenamiento de la gestión hospitalaria*” - 2009. Página 11 (último párrafo de la introducción)

⁹ RAMNI: Política Nacional para la “*Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez*”

las deficiencias encontradas en el diagnóstico realizado a las unidades hospitalarias, en el marco de implementación de RAMNI que describen, entre otras, la siguiente problemática¹⁰:

- ✚ Multiplicidad y desorden en el manejo de indicadores establecidos por las diferentes estrategias a nivel de los hospitales.
- ✚ Falta de análisis y de toma de decisiones.
- ✚ Falta de asesoría y ordenamiento en el flujo de la información generada.
- ✚ Desarticulación entre los hospitales y las Unidades Técnico Normativas, en la ejecución de diferentes estrategias.
- ✚ Información desactualizada e inconsistente.
- ✚ Uso limitado de la información.

La evaluación de la implementación del **RGH**, realizada para identificar mejoras y fortalecer la Gestión Hospitalaria, en las unidades hospitalarias que continuarán con una dependencia jerárquica centralizada, expone como conclusiones generales:

- ✓ El Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria ha contribuido a establecer una cultura de levantamiento de datos, uso de indicadores e instancias que analizan y toman decisiones en tres niveles de la gestión hospitalaria.
- ✓ Se debe organizar un plan de intervención que permita impulsar una segunda etapa enfocada en fortalecer la calidad del análisis y el uso de la información vinculada a la Gestión Hospitalaria, que conduzca al cumplimiento de las Misiones de cada hospital.

Pero entre las conclusiones específicas esta evaluación deja evidencias de que la problemática de la Gestión de Recursos Humanos, financieros y de los Suministros y Compras requiere de procesos de descentralización, si es que se pretende cumplir con la Misión Hospitalaria con Calidad y Eficiencia.

V. Marco Conceptual

El Modelo de Gestión Hospitalaria tiene como objetivo mejorar la eficacia, eficiencia y calidad de los servicios hospitalarios que se brindan a la población, asegurando la participación social en la gestión y el control de los mismos, todo con la finalidad de contribuir con el objetivo del Sistema de Salud, de asegurar servicios con equidad, calidad y mejorando el acceso a los servicios de salud a la población, especialmente la más vulnerable y excluida.

Con el propósito de contribuir al entendimiento del diseño del Modelo de Gestión Hospitalaria, a continuación se desarrollan cuatro entendimientos del Marco Conceptual y Normativo:

- ✓ Conceptos Básicos

¹⁰¹⁰ Directrices y Lineamientos para el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria páginas: 13, 14, 15 y 16.

- ✓ Modelo de Salud y la Gestión Hospitalaria.
 - Características de los Hospitales.
 - Clasificación y Tipificación de los Hospitales.
- ✓ Enfoque Sistémico de Gestión por Procesos.
- ✓ Gestión por Resultados.

V.1 Conceptos Básicos

Descentralización entendida como la transferencia de autoridad y responsabilidad de funciones públicas desde el gobierno central hacia niveles sub nacionales o hacia otras instituciones (Rondinelli et al. 1983).

La “Política de Descentralización Territorial para el Desarrollo”, elaborada por la Secretaría del Interior y Población, define la Descentralización (Transferencia) de Competencias, como la culminación de un proceso mediante el cual el Estado, oficialmente por medio de las secretarías de estado y de las instituciones descentralizadas por funciones, transfiere a los municipios, responsable e irreversiblemente, una o determinadas funciones cuya titularidad ejerce.

Así mismo, la Política de Descentralización Territorial para el Desarrollo, a fin de orientar la gestión y prestación de servicios públicos, identifica las siguientes modalidades como opciones a considerar en la transferencia de competencias para brindar servicios públicos de forma descentralizada:

- **Intervención Directa:** La titularidad y el ejercicio de las competencias atribuidas a las entidades del gobierno central o de los gobiernos municipales, son ejecutadas en su totalidad por éstas y sin intervención de personas naturales o jurídicas externas.
- **Desconcentración:** La titularidad y el ejercicio de las competencias atribuidas a las entidades del gobierno central, son trasladadas a otros órganos administrativos jerárquicamente dependientes de aquellas, para lo cual se les dota de independencia funcional, administrativa o incluso financiera, conservando aquel, el ejercicio de la titularidad del servicio.
- **Delegación:** La entidad pública del nivel de gobierno competente, encarga a un gobierno municipal, en su caso; a una mancomunidad; comunidad; organizaciones de la empresa privada o de la sociedad civil; o, a otros órganos administrativos jerárquicamente subordinados a éste, la prestación de servicios públicos, conservando la autoridad y titularidad sobre los mismos, siendo responsable de los actos del delegado.
- **Concesión:** La entidad pública del nivel de gobierno competente, cede la operación, aprovechamiento o usufructo de un servicio o bien público por subasta, a personas naturales o jurídicas externas, casi siempre por una contraprestación económica que satisfaga a ambas partes. Si bien el servicio o el bien mantienen su carácter público y por

tanto su regulación, su gestión o administración se rige por las regulaciones del ámbito privado.

Aplicado al proceso de Reforma de la Secretaría de Salud, la **Descentralización** es la estrategia que hace operativa la separación de funciones entre el rector y los proveedores de servicios de salud, dado que, con la descentralización se busca que el Sistema de Salud en su conjunto adquiera la capacidad de respuesta eficaz, eficiente, oportuna y organizada, que la situación de salud y sus factores condicionantes demanden.

Este Modelo de Gestión Hospitalaria establece delegar la **toma de decisiones sobre quien realiza la Gestión**, lo que implica que el gestor debe decidir responsablemente sobre el uso de los recursos del hospital, esto incluye los recursos financieros, humanos, materiales, físicos y tecnológicos.

V.2 Modelo Nacional de Salud y la Gestión Hospitalaria.

El Modelo Nacional de Salud establece los fundamentos para organizar la gestión hospitalaria, para ello define: los Niveles de la Atención, la clasificación de las unidades hospitalarias, la guía para la gestión por resultados y la conceptualización del financiamiento.

- **Características de los Hospitales:** Según lo establecido en el Modelo Nacional de Salud, los hospitales conforman dentro de la red de servicios *el Segundo Nivel de Atención*, y se caracterizan por:

- ✓ Ofertar servicios de salud, los 7 días durante las 24 horas, con capacidad de hospitalización y atención quirúrgica en cualquiera de sus modalidades: atención de urgencias, consulta externa, hospital de día, hospital sin paredes, internación, cirugía ambulatoria, general, mayor y especializada, etc.
- ✓ Ser una unidad transitoria que por referencia o urgencia médica brinda continuidad a la atención en red y garantiza el seguimiento posterior de la atención, rehabilitación y recuperación de la salud, a través de referencia a una atención complementaria y/o a un nivel superior.

- **Clasificación y Tipificación de los Hospitales**

El Componente de Atención del Modelo Nacional de Salud, que actualmente se encuentra en fase de diseño, establecerá las Definiciones, características generales y distintivas, la oferta y los recursos humanos mínimos necesarios de los hospitales de la red.

V.3 Enfoque Sistémico de Gestión por Procesos

Las Funciones esenciales, roles y responsabilidades de cada hospital, (según su categorización) determinan los *Sistemas Organizacionales* que deben implementarse. Para cada SISTEMA se

establece una Misión y una Visión Propia, basados en la función que con el Sistema se desea cumplir. Cada Sistema se estructura de varios PROCESOS, los que se desarrollan mediante una serie de PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES y TAREAS concatenadas en una secuencia lógica diagramable. Los PROCESOS tienen en su esencia el desarrollo de PRODUCTOS, de ahí la frase “*Todo Proceso tiene producto y Todo producto tiene un Proceso*”, los productos pueden ser tangibles o intangibles.

Se reconoce la existencia de Sistemas que son estrictamente necesarios desarrollar, independientemente del tipo de organización que se trate. Otros sistemas se organizan según la especificidad o especialidad que tenga la institución.

La adopción del *enfoque Sistémico de Gestión por procesos* en los hospitales se inicia con la reflexión sobre cuáles Sistemas deben conformar la estructura organizacional del hospital, es decir, identificar los Sistemas que permitirán lograr la Misión y la Visión del Hospital, aquellos que permitirán ejecutar las funciones sustantivas y propias de cada hospital, de tal forma que cada uno, según su complejidad pueda establecer su propia Estructura Sistémica.

El Modelo de Gestión Hospitalaria, es un modelo enfocado a resultados, y organizado por Procesos con Calidad, que plantea de manera general, que las funciones o momentos propios de la Gestión, como ser: *Planificación, Organización, Dirección, Coordinación y Control* se desarrollan de forma horizontal en todos los sistemas organizacionales. Tales funciones son desarrolladas en la Gestión global hospitalaria por determinados Sistemas. Por ejemplo: El Sistema de Planificación a través de sus procesos desarrolla la Planificación Hospitalaria; sin embargo, todos los sistemas incluyen de forma horizontal su momento de Planificación.

V.4 Enfoque de Gestión por Resultados

Se trata de un enfoque cuyo propósito es incrementar la eficacia y el impacto de las políticas institucionales, hace énfasis en la responsabilidad que las y los funcionarios deben asumir como equipos, por presentar los resultados de su actuación. Se incorpora como el eje técnico transformador de la gestión hospitalaria en el marco de implementación del proceso de Reforma, su finalidad es contribuir a mejorar la productividad con calidad y la eficiencia en la utilización de los recursos, con la perspectiva de elevar la condición de salud de la población.

Con la implantación de este enfoque, se introduce a la gestión de los hospitales, una serie de metodologías y herramientas técnicas, para lograr consistencia entre los objetivos estratégicos y los resultados establecidos en los planes operativos del hospital.

Los resultados pueden ser de Corto, de Mediano y de Largo Plazo. Los resultados de Corto plazo, conocidos como “Productos” se establecen en el Plan Operativo Anual; y los resultados

de Mediano y largo plazo (efectos e impactos respectivamente) son definidos en el Plan Estratégico del hospital. Todo resultado de las Unidades de Salud de la SESAL es establecido por el ente rector en base a procedimientos técnicos que se originan del perfil epidemiológico y a la complejidad y tipo del establecimiento. La meta a alcanzar con sus estándares de calidad y costo son negociados anualmente con el ente financiador en base a la capacidad instalada y los recursos financieros disponibles.

El enfoque de gestión por resultados se caracteriza por la adecuación flexible de los recursos, sistemas de gestión y estructura de responsabilidades, a un conjunto de resultados estratégicos y operativos precisos, definidos y dados a conocer con anticipación, posibles de cumplir en un período de tiempo establecido. Dichos resultados son negociados con el ente financiador, asumidos mediante un instrumento de relacionamiento entre el financiador y el Gestor/Proveedor, monitoreados y evaluados según lo establecido en él mismo.

La Gestión por Resultados se puede sintetizar de la siguiente manera:

1. Planificación por Resultados;
2. Organización por Resultados;
3. Dirección por Resultados;
4. Coordinación por Resultados y
5. Control por Resultados.

La Gestión se dirige hacia las 4 “M” de Deming:

1. “M” Mano de Obra. Los Recursos Humanos
2. “M” Materiales. Recursos Materiales e insumos necesarios.
3. “M” Máquinas. Equipamiento e infraestructura
4. “M” Métodos. Políticas, Normas, Protocolos, Manuales y Guías.

A estas 4 “M”, se agrega de Manera especial la gestión de los Recursos Financieros.

Figura No.1 Esquema de la Gestión por Resultados



VI. Modelo de Gestión Hospitalaria (MGH):

VI.1 Generalidades del Modelo de Gestión Hospitalaria

Concepto de Modelo de Gestión Hospitalaria

El Modelo de Gestión Hospitalaria, se define como *la forma explícita de organizar, dirigir y administrar unidades hospitalarias del sector público, fundamentando su diseño en principios de equidad, eficiencia, calidad, sostenibilidad y participación ciudadana, a través de diferentes instrumentos innovadores.* La nueva modalidad de gestión que se plantea para los hospitales es un medio para lograr el **objetivo central del sistema de salud**, que pretende asegurar a la población acceso a servicios de salud con calidad, con equidad en el financiamiento, eficiencia en la producción y participación ciudadana en su gestión.

Características del Modelo de Gestión Hospitalaria:

- Eficiente. Persigue vincular de forma clara el volumen de producción de servicios, sus costos reales y el financiamiento; otorgándole a los gestores la responsabilidad de organizar el proceso productivo y el aprovisionamiento de los insumos siguiendo métodos modernos de gestión.
- Gestión sistémica por procesos. La conducción del hospital en un ambiente de mayor autonomía exige una reorganización institucional, partiendo de la redefinición de la misión y visión del hospital y redefiniendo sus sistemas organizacionales y procesos para enfocarlos al usuario, la calidad y la responsabilidad de los profesionales, aplicando el enfoque sistémico y de gestión por procesos.
- Calidad técnica y percibida. El hospital abordará ambas vertientes para asegurar el desarrollo de una cultura de la calidad en el cumplimiento de su misión; enfocando la calidad técnica a todas las funciones que realiza el hospital a través de los procesos rediseñados sujetos de medición y mejora continua mediante el monitoreo de indicadores de entrada, procesos y resultados. La calidad percibida determinada por la satisfacción del usuario y vinculada con el trato hacia este, también será sujeta de seguimiento para identificar todas las oportunidades de mejora para alcanzar un usuario satisfecho.
- Transparencia en la gestión. La utilización de recursos públicos con una delegación en la toma de decisiones sobre su uso, impone a los gestores de servicios de salud establecer procesos bien diseñados de uso y aplicación de recursos con controles de gestión expeditos, que le permitan a todos los niveles gerenciales del hospital rendir cuentas sobre los resultados y utilización de los recursos ante los órganos contralores del estado y las instancias de control social.
- Flexibilidad en la gestión de recursos. El Modelo de Gestión Hospitalario también reconoce que los hospitales analizarán su propio contexto, su complejidad de servicio

y las condicionantes externas para organizar la gestión interna, adecuando los lineamientos establecidos en el Componente de Gestión del Modelo de Nacional de Salud, a la necesidad particular o específica de la Red de usuarios de los servicios del hospital.

- Relacionamiento cuasi contractual. El financiador y el gestor de la provisión de servicios mediante un instrumento de relacionamiento, que puede ser convenio, contrato o compromiso de gestión, según la figura jurídica del gestor; acuerdan, la entrega de un financiamiento a cambio de unos resultados en salud, medidos a través de indicadores de productividad, calidad y costos de producción, entre otros.

Principios que fundamentan el Modelo de Gestión Hospitalaria:

- Modelo de Gestión financiado con recursos públicos. El financiamiento público es uno de los elementos tutelares del estado para asegurar el derecho al acceso a servicios de salud a sus ciudadanos. El Modelo Nacional de Salud en su componente de financiamiento establece el régimen de aseguramiento subsidiado para la población pobre del país con fondos públicos, y cuyas prestaciones son brindadas por organizaciones que la Secretaría de Salud financia para este propósito.
- El usuario como eje central del modelo de Gestión. El rediseño de los sistemas organizacionales será orientado a satisfacer las necesidades del usuario final, tanto en los requerimientos técnicos mínimos, como en las necesidades percibidas.
- Gestión de la organización orientada a resultados. Los recursos son asignados por el rector y utilizados por el hospital con una clara definición de los productos definidos por el rector en base a las prioridades y necesidades de salud que son financiadas y los grupos de población beneficiaria.
- Desarrollo local. La Secretaría de Salud para la implementación del modelo de gestión hospitalaria, reconoce la presencia de diferentes organizaciones con experiencia y capacidad de gestión en el ámbito local, que representan las opciones para la identificación y desarrollo de la competencia del gestor para la provisión de servicios.
- Más cercano a la población. Producto de la decisión política de acercar la toma de decisiones al nivel local mediante la descentralización de la gestión, se incluye la participación de diferentes instituciones y organizaciones sociales en el órgano de gobierno del hospital, quienes además de participar en los procesos de planificación, podrán ejercer control social de la gestión del hospital mediante auditorías, encuestas de satisfacción y otras que se consideren pertinentes.

Roles y Responsabilidades del Hospital en la Red de Servicios de Salud

Roles del Hospital en la Red de Servicios

- *Rol asistencia clínica a las y los usuarios:*
 - Brindar asistencia clínica y educación en salud a la población.
- *Rol de coordinación con la Red de servicios*

- Actuar como centro de referencia y respuesta para los servicios de su área de adscripción.
- Coordinar para brindar asistencia y apoyo / orientación técnico y clínico-asistencial a equipos locales y de los establecimientos de salud de sus áreas de adscripción.
- Coordinar los procesos de docencia, capacitación y entrenamiento a equipos locales y de los establecimientos de salud de sus áreas de adscripción.
- *Rol Docente y de Investigación*
 - Elaborar, y desarrollar planes de Docencia y capacitación tanto para personal en formación como para el personal formado.
 - Elaborar y desarrollar procesos de docencia y capacitación para los establecimientos de salud y personal comunitario organizado en sus áreas de adscripción.
 - Elaborar y desarrollar planes de investigación y tesis para el personal en formación que se presente al hospital.
 - Elaborar y desarrollar jornadas anuales de investigación orientadas a resolver la problemática de salud y enfermedad del área geográfica de influencia del hospital.
 - Investigación clínica operativa de aspectos de interés.
- *Rol Gerencial*
 - Planificación, organización y control del proceso productivo de servicios del hospital y su mejora continua.
 - Negociación y gestión de contratos con el ente financiador – rector, entre otros.
 - Rendición de cuentas sobre los resultados alcanzados y los recursos utilizados.
 - Evaluación de la satisfacción de los usuarios internos y externos y la mejora continua.

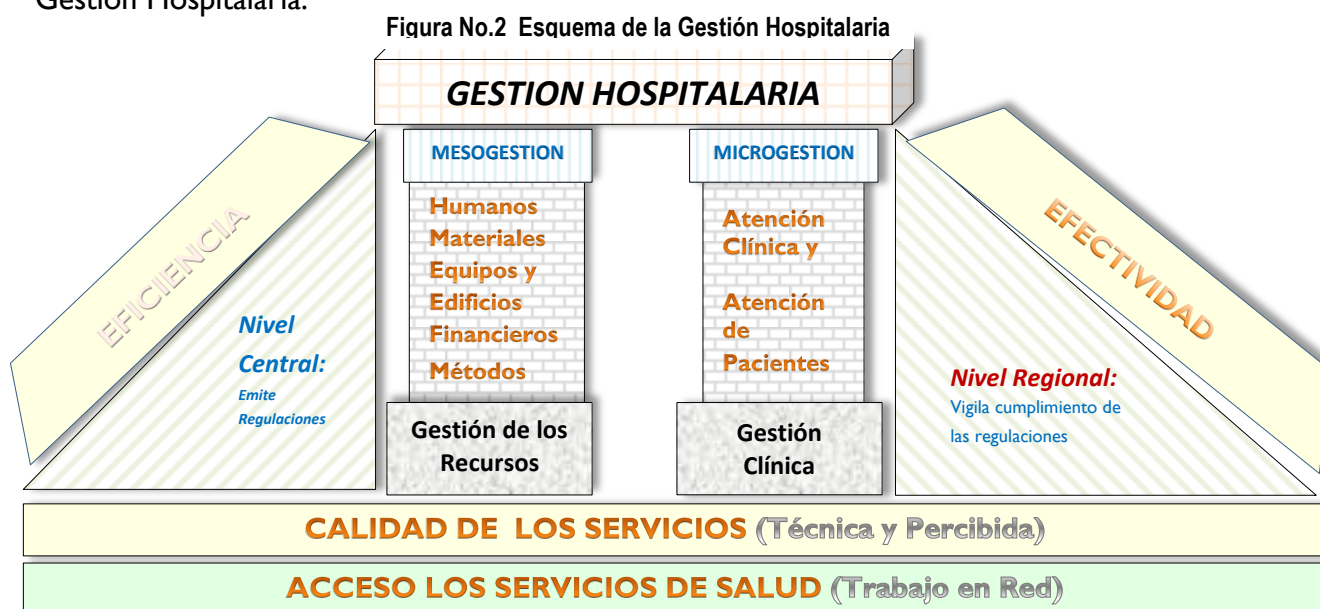
Responsabilidades del hospital:

- Implementar continuamente procesos de satisfacción de los usuarios/as por los servicios recibidos.
- Lograr los objetivos pactados en el convenio de gestión.
- Generar una cultura institucional de gestión con calidad.
- Delegar responsabilidades de Gestión a profesionales del hospital.
- Lograr el empoderamiento de los equipos de trabajo en cada proceso que desarrollan.
- Avanzar en los resultados de implementación del rediseño organizacional.
- Establecer un trabajo en red de servicios de salud garantizando la atención y recuperación de la salud de la población a través de mecanismos eficaces.
- Garantizar que la comunidad organizada participe en la gestión hospitalaria.

VI.2 Organización de la Gestión Hospitalaria

El Modelo de Gestión Hospitalaria descansa en dos pilares fundamentales: (1) *La Mesogestión ó Gestión Hospitalaria*, y (2) *La Microgestión o Gestión Clínica - Asistencial*. Ambos pilares introducen acciones innovadoras que persiguen como objetivos la calidad, efectividad y eficiencia en la red de servicios del Sistema de Salud, para responder a la misión establecida para el Segundo Nivel de Atención.

La Gestión Hospitalaria se realiza de forma armónica dentro de una red, establecida mediante criterios normativos para responder a las necesidades de salud de una Población. En este sentido, es indispensable considerar que ineludiblemente las instancias Rectora/Normativa (Nivel Central) y la Instancia de Región Sanitaria Departamental que operativiza la regulación realizan procesos de Macrogestión, consecuentes al rol que el Marco Político Estratégico de la Reforma establece. A continuación un esquema que sintetiza los conceptos y relaciones de la Gestión Hospitalaria:



Para la implementación y desarrollo del Modelo de Gestión Hospitalaria, se requiere de responsabilidades que deben ser asumidas con compromiso y eficacia por los niveles de la Gestión Rectora y Conductora: el Nivel Central y Nivel Región Sanitaria Departamental, a continuación un esbozo de tales responsabilidades:

Nivel central de la SESAL:

- Definir el grado de Descentralización de la Gestión de los Recursos Hospitalarios

- Definir el *instrumento de relacionamiento de la Gestión*, como la herramienta mediante la cual se vinculan los recursos financieros a la producción de servicios y sus características de calidad, costo y productividad.
- Definir el sistema de costo estándar prospectivo de los productos hospitalarios, acorde con el Conjunto Garantizado de Prestaciones establecidos en el Modelo Nacional de Salud.
- Establecer las diferentes formas de pago que pueden utilizarse, para fines de pago a sus proveedores de servicios de salud para la población asegurada bajo el régimen subsidiado.
- Establecer los criterios técnicos que los hospitales deben adoptar y adaptar para la elaboración de su política de recuperación de fondos, en el proceso de prestación de servicios a los diferentes tipos de usuarios clasificados según los regímenes de financiamiento establecidos en el Modelo Nacional de Salud.
- Negociar anualmente a través de un instrumento de relacionamiento, las metas de productos y sus indicadores de calidad y costo, el monitoreo y la evaluación de los resultados, así como los desembolsos del financiamiento acordado.
- Establecer los mecanismos de desembolso del financiamiento que se utilizará para la gestión, los cuales estarán determinados por el tipo de relacionamiento que para la gestión de la provisión de servicios se adopte.

Nivel de Región Sanitaria Departamental (RSD)

- Conducir la organización y gestión de los recursos en base a las necesidades de la población asignada territorialmente.
- Coordinar con la(s) red(es) y/o hospitales circunvecinos cuya población le demande servicios hospitalarios.
- Ajustar el conjunto garantizado de prestaciones que ofrecerá el Hospital, como un eslabón más de la red de servicios, de acuerdo a las necesidades y recursos disponibles.
- Establecer la priorización de los problemas de salud y la focalización de los recursos financieros para alcanzar los resultados establecidos por el rector financiador.
- Realizar el monitoreo de los indicadores y aprobar los desembolsos para el hospital.

VI-2.1 Mesogestión o Gestión Hospitalaria de la Conducción y de los Recursos

En este Modelo se define la “Gestión Hospitalaria” como *la función horizontal que atraviesa todos los sistemas organizacionales con “momentos” de planificación, organización, dirección, coordinación y control*, que son conducidos por la alta dirección del hospital; Momentos que a su vez, hacen parte de los procesos diseñados y establecidos para los sistemas que han de organizarse en el hospital.

La “**Mesogestión**” o **Gestión Hospitalaria** está organizada en dos grupos de sistemas, el primero es el **grupo de Sistemas de la Conducción** que incluyen: *El Sistema de Conducción, el Sistema de Planificación, el Sistema de Información Gerencial, el Sistema de Gestión con Calidad y el Sistema de Control de la Gestión.*

El segundo grupo de sistemas, requiere de una especial atención, ya que para este modelo concentra la porción medular de la Gestión. Es un **grupo de Sistemas encargados de la Gestión de los Recursos**, conformado por los cinco Sistemas Organizacionales más importantes en términos de decisiones, instrumentación legal y técnica necesaria para *asegurar el éxito de este Modelo de Gestión Hospitalaria*. Estos, que representan el 20% de todos los Sistemas del hospital, controlan el 80% de los recursos para la producción de servicios, (80/20) estos son: *Sistema de Desarrollo del Talento Humano, Sistema de Logística y Suministros, Sistema de Mantenimiento de Equipos y Edificios, Sistema de Gestión Financiera y el Sistema de Servicios Generales*

A. Sistemas para la Gestión de la Conducción

Estos sistemas agrupan los Procesos, Procedimientos, Actividades y Tareas necesarias para realizar la organización, alineamiento y armonización entre los *Sistemas de Gestión de Recursos* y los *Sistemas de la Gestión de la Atención de los Pacientes*. Dentro de este grupo de sistemas están:

- A1 Sistema de Conducción.
- A2 Sistema de Planificación por Resultados.
- A3 Sistema de Información Gerencial.
- A4 Sistema de Gestión con Calidad.
- A5 Sistema de Control de la Gestión.

A continuación se desarrolla cada uno de ellos:

A1 Sistema de Conducción

El Sistema de Conducción es implementado por un equipo de recursos humanos que tienen las capacidades y el propósito de *conducir estratégica y tácticamente al hospital, tendrá que liderar los procesos de diseño y dirigir los planes estratégicos y operativos, para la optimización de los procesos, la*

*organización y utilización eficiente de los recursos disponibles, con la finalidad de alcanzar las metas, resultados y productos contenidos en los **instrumentos de relacionamiento de la Gestión**.* Instrumentos que constituyen la clave del cambio en la gestión hospitalaria, que vinculan los recursos financieros con la calidad, costo y productividad, todo en un contexto de trabajo en una Red Integrada de Servicios de Salud.

El Modelo de Gestión Hospitalaria, se sustenta en un marco legal y normativo que plantea un hospital con capacidad de decisión y competencias descentralizadas, lo que significa que se otorga a las instancias hospitalarias definidas para la conducción: las funciones y capacidades técnicas y administrativas de planificación, dirección, ejecución y control de los recursos presupuestarios asignados de forma directa al hospital.

Organización de la Conducción Hospitalaria

Para el Modelo de Gestión Hospitalaria, se establecen tres niveles de actuación:

1. **Conducción Estratégica:** La conducción estratégica del hospital estará bajo la responsabilidad de una *Instancia Colegiada que dirigirá el hospital y el/la Gerente General* quien será responsable de implementar las políticas y decisiones estratégicas del hospital.
2. **Conducción Táctica:** Constituida por *instancias de dirección* responsables de la Gestión de los Sistemas que desarrollan los procesos operativos. Estas instancias realizan una gestión importante, jugando roles de decisión, y de coordinación entre la Gerencia General y los Sistemas operativos del hospital.
3. **Conducción Operativa:** La ejercen las y los Gestores de los Sistemas de la Microgestión, la gestión de la atención clínica y asistencial, dedicados a desarrollar con calidad los procesos, procedimientos y actividades misionales del hospital necesarios para la atención directa de pacientes, familiares y público en general.

El equipo encargado de este sistema debe garantizar el alineamiento de la organización hacia la consecución de logros, en tal sentido, *conducirá los acuerdos de gestión hacia lo interno del hospital*, los cuales se deberán suscribir anualmente con gerentes de los Departamentos de Gestión Clínica. En dicho acuerdo, se establecerán también, por parte de la Gerencia General, las diferentes acciones administrativas que se le delegarán al nivel de la Microgestión o Gestión Clínica del hospital.

Áreas funcionales del Sistema de la Conducción: El Sistema de la conducción se organiza en las siguientes áreas funcionales:

1. Dirección y Control de la conducción.
2. Conducción Hospitalaria.
3. Operaciones especiales de la conducción.

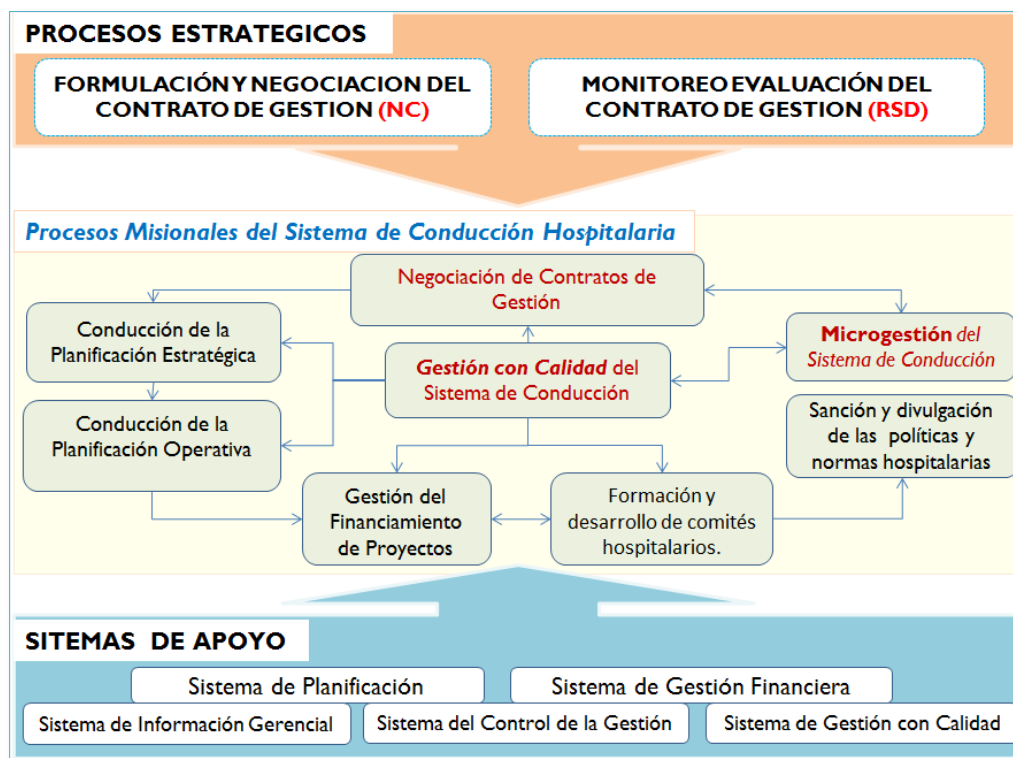
Estructura básica de procesos para la implementación del Sistema de la Conducción Hospitalaria

Si bien, la mayoría de las actividades de este Sistema de la Conducción Hospitalaria, de una u otra forma se han venido realizando, los procesos y sus procedimientos en la integración Sistémica deben considerarse nuevos. Además, la conducción del desarrollo de estos procesos se realizada por la instancia colegiada como órgano de gobierno del hospital, y ella Gerente General, con sus equipos de trabajo.

Los siguientes deben considerarse *procesos básicos*¹¹ del Sistema de la Conducción Hospitalaria:

1. Sanción y divulgación de las políticas y normas propias del hospital.
2. Conducción de la Planificación operativa
3. Conducción de la Planificación Estratégica
4. Conducción del Plan de Inversiones.
5. Negociación de Contratos de Gestión
6. Formación y desarrollo de comités hospitalarios.
7. Gestión con Calidad del Sistema de Conducción Hospitalaria
8. Microgestión del Sistema de Conducción Hospitalaria

Figura No.3 Mapa del Sistema de Conducción



¹¹ *Procesos Básicos*: Son los procesos mínimos exigibles para conformar el Sistema. No se puede excluir ninguno. Sin embargo, con base a criterios técnicos podrían incluirse otros.

Instrumentos necesarios para implementar el Sistema de Conducción Hospitalaria:

1. *Guía para la elaboración del Plan de Comunicación del cambio externo e interno*
2. *Guía de clasificación y tipificación de Hospitales*
3. *Guía e Instrumentos para la implementación de la categorización/tipificación de Hospitales.*
4. *Guía de Capacidad Resolutiva de Hospitales*
5. *Guía para la elaboración de los acuerdos o compromisos de la gestión clínica*
6. *Guía para el monitoreo, supervisión y evaluación de los acuerdos de la gestión clínica.*
7. *Guías para elaboración de Políticas hospitalarias y Reglamentos internos*
8. *Guía para la Organización y funcionamiento de la conducción Hospitalaria*
9. *Guía de Mecanismos de Pago para los productos del Hospital.*
10. *Guía para la Gestión con Calidad*
11. *Guía para la Microgestión*
12. *Lineamientos para la Negociación de Contratos de Gestión*
13. *Guía para la formación y desarrollo de comités hospitalarios.*

A2 Sistema de Planificación por resultados

El sistema de planificación es implementado por un equipo con las capacidades y el propósito de: formular, organizar y desarrollar las políticas, planes, prioridades y objetivos de la institución en función de los objetivos y políticas nacionales de salud, orientando y asegurando su implementación a través de la concertación y movilización de actores sociales e instituciones en apoyo de los mismos. La función principal de este sistema es la Planificar los recursos (*talento humano, materiales, tiempo, recursos financieros, tecnología, etc*) a fin de garantizar el desarrollo ágil, completo y de calidad de los procesos de producción de los servicios de salud para obtener los productos/resultados de corto, mediano y largo plazo.

El proceso de **Planificación Operativa por Resultados** de este Sistema, es el proceso más importante de la Gestión Hospitalaria, Desde la perspectiva del Enfoque Sistémico representa el eslabón que inicia la cadena de procesos para organizar el funcionamiento del hospital. *En la Planificación Operativa* la acción fundamental, es el cambio de una “*planificación de actividades*” (*de ejecución sin metas*) por una *Planificación por Resultados y Productos*; una Planificación eficiente que en este Modelo de Gestión Hospitalaria se negocia con el nivel rector – financiador, a través de un instrumento de relacionamiento.

Una característica deseada para ejecutar con éxito este proceso, es *liderazgo sólido*, visionario, que estimule a todos los miembros de la organización, hacia una nueva forma de planificar las acciones y los recursos, con interés de obtener resultados y/o productos con calidad; de satisfacer las necesidades de la población usuaria.

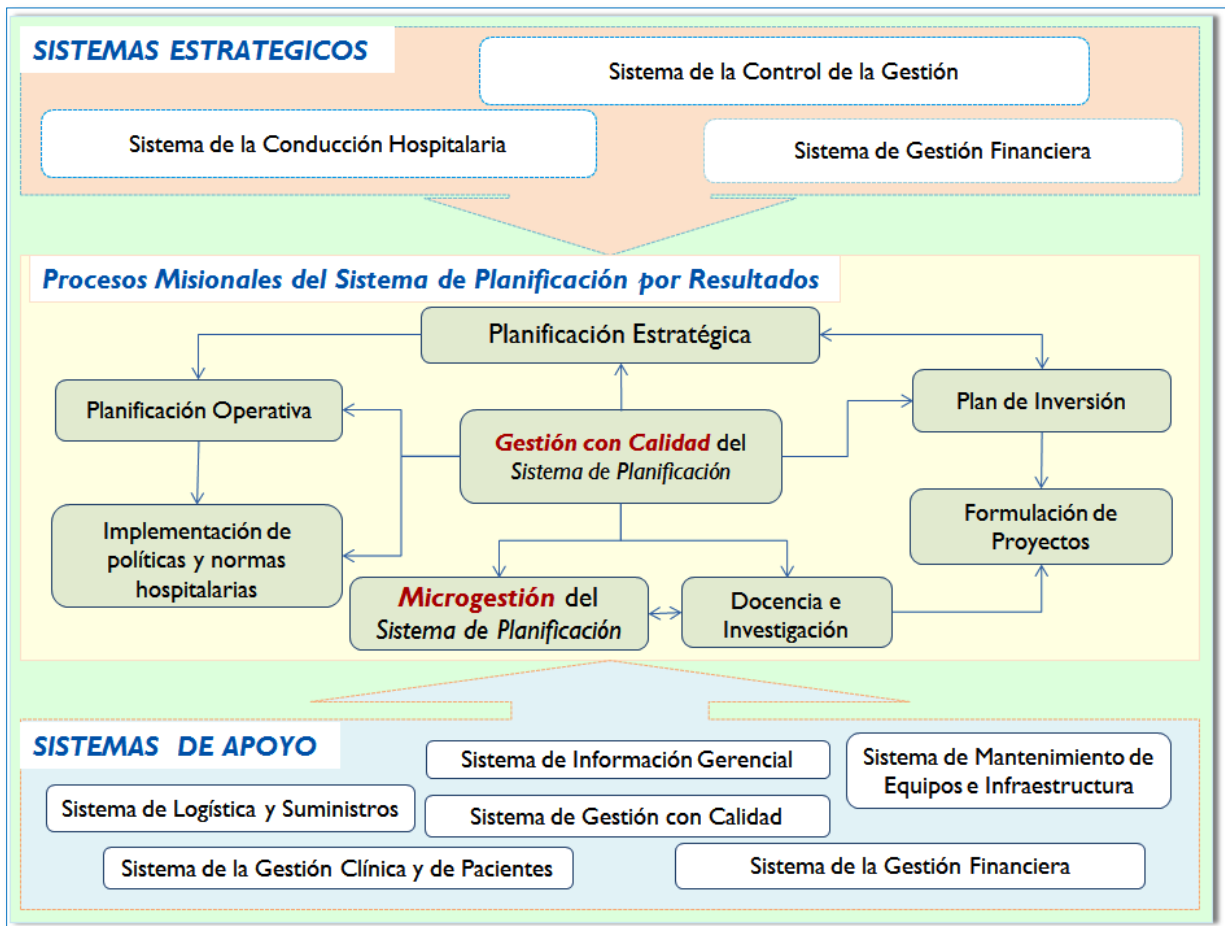
Áreas funcionales del Sistema de Planificación por Resultados: El Sistema de la Planificación por resultados se organiza en las siguientes áreas funcionales:

1. Planificación
2. Operaciones especiales de la Planificación
3. Gestión del Sistema de Planificación

Los siguientes deben considerarse *procesos básicos*¹² del Sistema de **Planificación por Resultados:**

1. Planificación Estratégica
2. Planificación operativa
3. Plan de Inversiones
4. Implementación de Normas y políticas Hospitalarias
5. Elaboración de flujos, protocolos y guías de atención – Gestión
6. Formulación de Proyectos
7. Microgestión del Sistema de Planificación por Resultados
8. Gestión con Calidad del Sistema de Planificación por Resultados.

Figura No.4 Mapa del Sistema de Planificación por Resultados



¹² *Procesos Básicos:* Son los procesos mínimos exigibles para conformar el Sistema. No se puede excluir ninguno. Sin embargo, Con base a criterios técnicos podrían incluirse otros.

Instrumentos necesarios para implementar el Sistema de Planificación por Resultados:

1. *Manual Metodológico para la elaboración e implementación de la Planificación Estratégica y la Planificación Operativa por Resultados.*
2. *Guía para elaborar y gestionar planes de Inversión y formulación de proyectos.*
3. *Guía para la elaboración de flujos, protocolos y guías de atención – Gestión.*
4. *Guía para la Gestión con Calidad.*
5. *Guía para la Microgestión.*
6. *Manual para Planificar y Organizar el Sistema de Planificación por Resultados.*

A3 Sistema de Información gerencial.

El Sistema de Información Gerencial del Hospital es implementado por un equipo de personas competentes y comprometidas con la misión de recolectar, validar, procesar, analizar y almacenar información, cuyas cualidades esenciales son oportunidad, confiabilidad y consistencia. Los *productos del Sistema son informes* que satisfacen las demandas de usuarios/as en la toma de decisiones, tanto para la conducción, como en la docencia e investigación.

La construcción de una nueva etapa de Gestión Hospitalaria, que facilite los cambios esperados y las diferencias en cuanto a Productividad, Calidad, Eficiencia y Control del hospital, está condicionada por la *disponibilidad de un sistema de información ágil y confiable para la toma de decisiones oportunas*. Cabe aclarar que la automatización del sistema no es la respuesta completa a los requerimientos de oportunidad, veracidad y consistencia de la información. Para esto, se requiere de un cambio de actitud de las personas que producen, colectan, validan, analizan y utilizan la información, equipos humanos que deben preocuparse y ocuparse por la calidad de la información, ya que son quienes controlan las entradas de los procesos automatizados.

La implementación del Modelo de Gestión Hospitalaria, en esta fase que prima la *optimización de los Procesos* para fortalecer la gestión hospitalaria, propicia el mejor momento para la configuración del Sistema de Información Gerencial(SIG), por tanto, el equipo de conducción y todo el personal, deben condicionar y aportar en su diseño, de tal forma que sea *completo y flexible e incorpore la información suficiente*, para la construcción y seguimiento de los estándares e indicadores de calidad, productividad y costo, de tal manera que, efectivamente el SIG constituya la piedra angular del cambio.

Áreas funcionales del Sistema de Información Gerencial

El Sistema de Información Gerencial se organiza en las siguientes áreas funcionales:

1. Producción de la información
2. Utilización de la Información
3. Gestión del Sistema

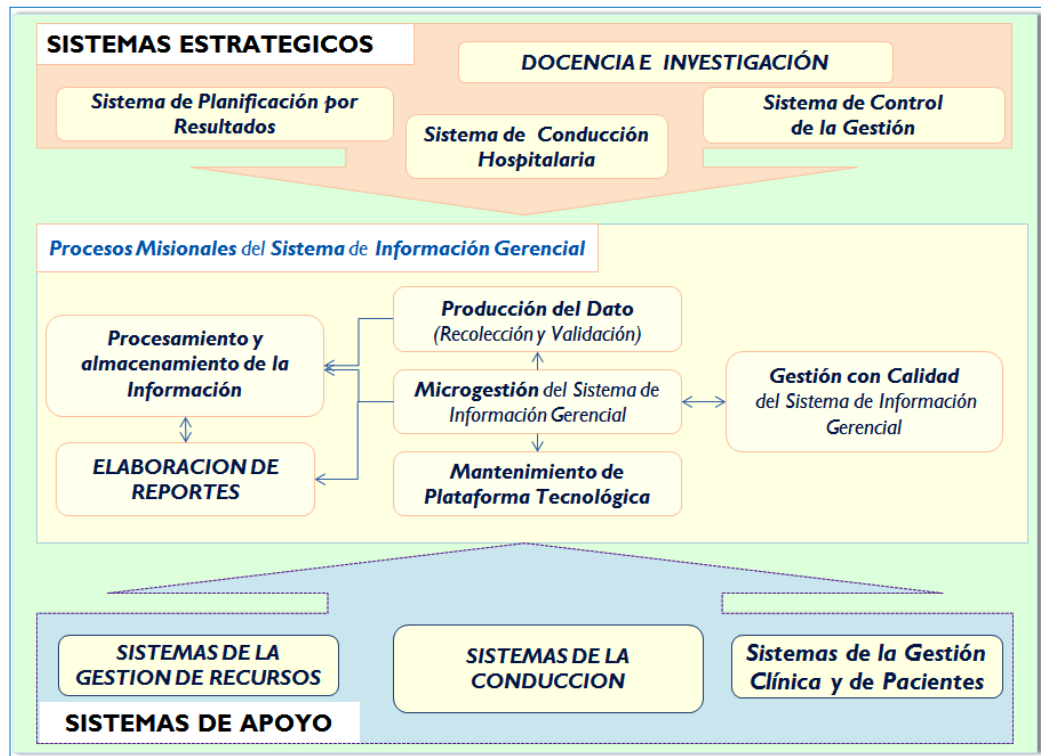
A continuación se enlistan *los procesos básicos¹³ del Sistema de Información Gerencial* definidos por el Modelo de Gestión Hospitalaria:

1. Producción del Dato (recolección y validación)
2. Procesamiento y almacenamiento de la información
3. Elaboración de reportes
4. Mantenimiento de Plataforma Tecnológica
5. Microgestión del Sistema de Gestión de Información Gerencial
6. Gestión de la Calidad del Sistema de Información Gerencial.

Instrumentos necesarios para implementar el Sistema de Información Gerencial:

1. Plataforma tecnológica (Software, Hardware, Internet y Sistemas de Redes)
2. Guía para la organización y funciones del Sistema de Información Gerencial.
3. Guía de usuarios para la implementación del Sistema de Información hospitalario.
4. Guía para la Documentación administrativa.
5. Guía para la Documentación asistencial.
6. Guía para la elaboración de flujos, protocolos y guías de atención – Gestión.
7. Guía para la Gestión con Calidad del Sistema de información gerencial.
8. Guía para la Microgestión del Sistema de Información Gerencial.

Figura No.5 Mapa del Sistema de Información Gerencial

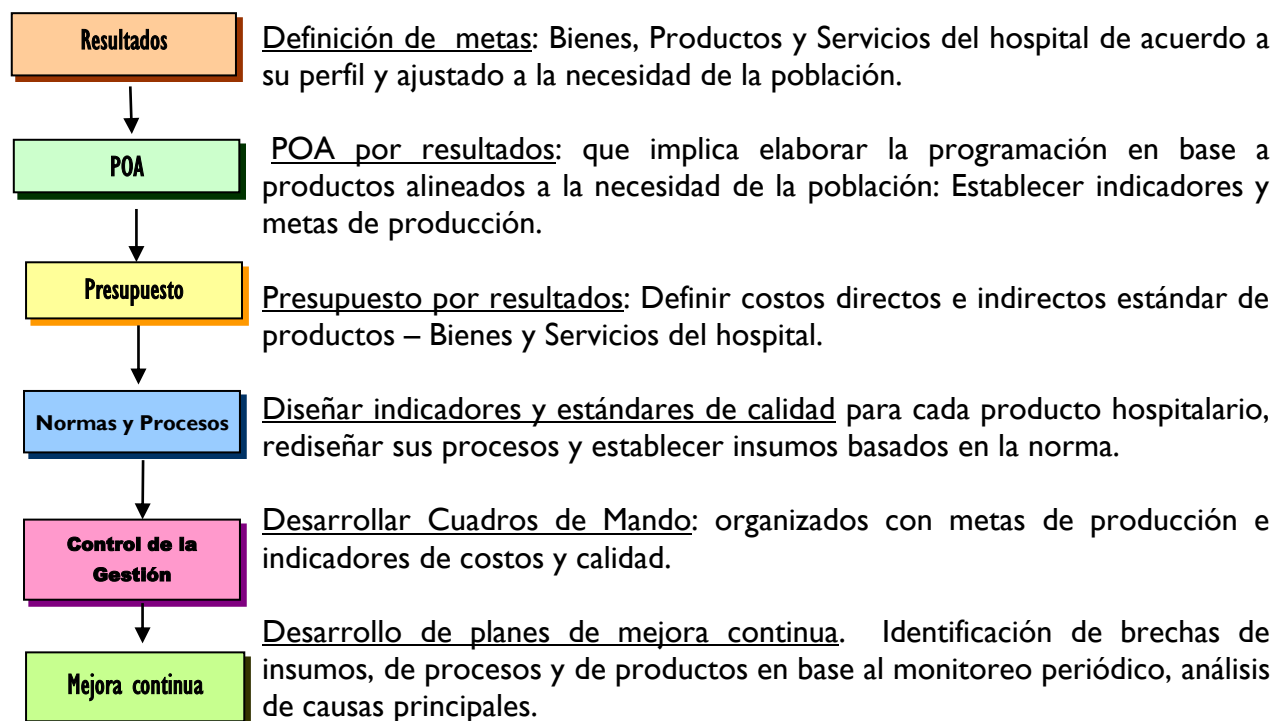


¹³ Procesos Básicos: Son los procesos mínimos exigibles para conformar el Sistema. No se puede excluir ninguno. Sin embargo, Con base a criterios técnicos podrían incluirse otros.

A4 Sistema de Gestión con Calidad

Las organizaciones que trabajan enfocadas a lograr resultados, organizan al Sistema de Gestión con Calidad para que funcione en forma horizontal, es decir transversal a todos los sistemas organizacionales y sus procesos de trabajo, fortaleciendo los procesos de auto monitoreo, evaluación de desempeño e incentivación a los equipos de trabajo, a fin de impulsar el desarrollo de una cultura de la calidad.

Gráficamente el enfoque de la gestión con calidad en los hospitales se aborda de la siguiente manera:



La *Política Nacional de Calidad en Salud*, establece como prioridades del Sistema de Calidad, cuatro elementos fundamentales y prioritarios para la implantación de la calidad en el sistema de salud:

1. Habilitación de los proveedores;
2. Certificación de los recursos humanos;
3. Procesos de mejora continua a nivel de los proveedores; y
4. Desarrollo de un sistema de información sobre la calidad que registre los indicadores, estándares, resultados de la monitorización de la mejora continua y sus resultados.

Para que esta política se aborde en un enfoque de gestión por resultados, todos los niveles de gestión del Sistema de Salud, deben desarrollar las funciones y procesos que les corresponde:

– El nivel Central (Rector)

- ✓ Estable las normas de licenciamiento, los criterios mínimos de habilitación de un hospital para ofrecer seguridad al usuario.

- ✓ Define los Estándares de calidad y costos para cada uno de los productos hospitalarios según nivel de resolución, e incorporados en los instrumentos de relacionamiento del gestor y el financiador.
 - ✓ Elabora y garantiza la Normalización y los instrumentos para la realización de las auditorías de mejora continua de la calidad.
- *El Nivel de Región Sanitaria Departamental*
- ✓ Debe implementar un proceso permanente de vigilancia del cumplimiento de los procesos establecidos en la Política Nacional de Calidad y normados por el ente rector.
 - ✓ Desarrollar programas de capacitación para el personal de las redes para facilitar la aplicación de herramientas de la mejora continua de calidad.
 - ✓ Establecer el cuadro de mando de indicadores que requiere la RSD para determinar la calidad de servicios que está recibiendo la población del territorio departamental.
- *El Nivel Hospitalario: Mesogestión.* El *Sistema de Gestión con Calidad* se organiza en las siguientes **áreas funcionales**:
1. Gestión con Calidad
 2. Utilización de los Resultados de la Gestión con Calidad
 3. Gestión del Sistema de Calidad

En los hospitales el *Sistema de Gestión con Calidad* se organiza en *dos niveles de actuación*, que conjugan de forma sistémica la expresión transversalidad, desde el nivel de la conducción o Mesogestión; y la horizontalidad a nivel operacional, en la microgestión (atención).

A continuación se enlistan los *procesos básicos*¹⁴ definidos por el Modelo de Gestión Hospitalario para el *Sistema de Gestión con calidad*:

1. Organización de la Gestión con Calidad.
 2. Planes de Mejora Continua de la Calidad.
 3. Monitoreo y Evaluación de los Planes de Mejora Continua de la Calidad.
 4. Uso de la Información (Toma de decisiones, socialización de Resultados y Benchmarking).
 5. Microgestión del Sistema de Calidad
 6. Gestión con Calidad
- *El Nivel Hospitalario: Microgestión – Operacionalización en todos los sistemas*
- La calidad en sus dos grandes expresiones (técnica y percibida) se materializa en el quehacer del hospital, en los procesos misionales de la gestión de la atención, tanto en la Microgestión clínica, como en la atención de los pacientes y usuarios/os. Esto se expresa, a través del enfoque sistémico de gestión por procesos, cuando establece que *todos los sistemas*

¹⁴ *Procesos Básicos: Son los procesos mínimos exigibles para conformar el Sistema. No se puede excluir ninguno. Sin embargo, Con base a criterios técnicos podrían incluirse otros.*

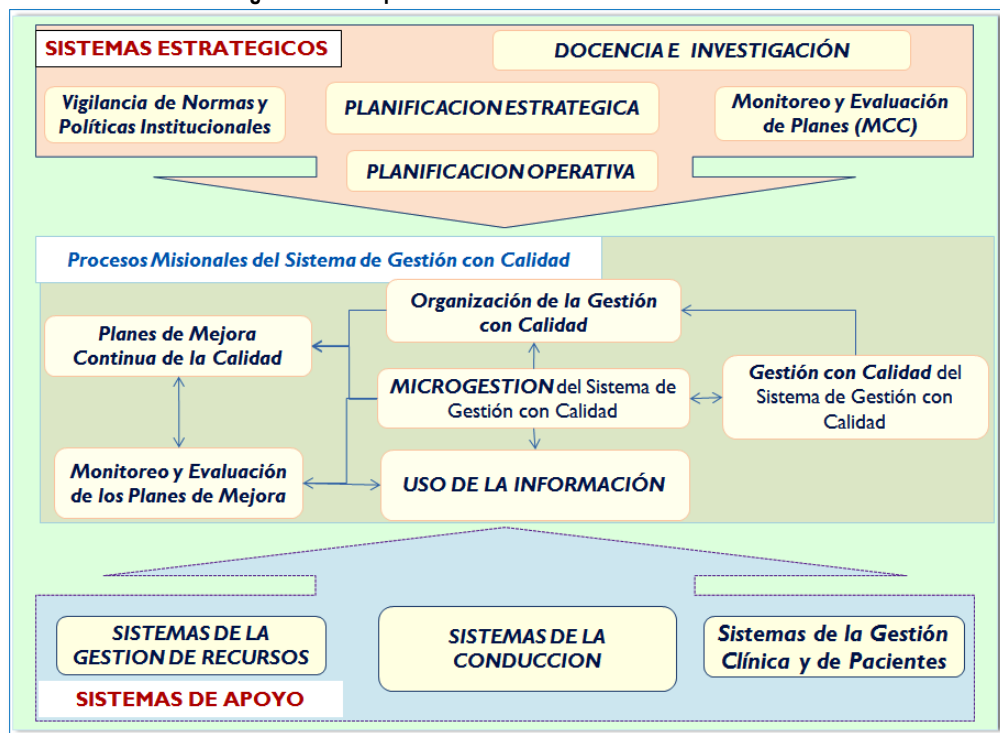
hospitalarios, sin excepción, deben incluir un proceso de “gestión con calidad” donde se ejecutarán los siguientes procedimientos:

1. Organización de la gestión con calidad.
2. Identificación y análisis de brechas.
3. Análisis de Causas.
4. Elaboración de Planes de Mejora Continua de la Calidad.
5. Monitoreo de Planes de Mejora Continua de la Calidad.

Instrumentos necesarios para implementar el Sistema de Gestión con Calidad:

1. Normas de Atención de los Procesos para la obtención de los Productos Hospitalarios.
2. Política de Calidad del hospital.
3. Flujos, protocolos y guías de para la atención y/o la Gestión.
4. Guía para la elaboración e implementación de los Objetivos Estratégicos de Calidad
5. Guía para la organización y funcionamiento del Comité y los Equipos de Mejora Continua de la Calidad (de la Conducción y de los Sistemas Operativos)
6. Guía de organización y funciones del Sistema del Sistema de Gestión con Calidad.
7. Guía para la implementación de los Procesos de Gestión con Calidad.
8. Guía para la Gestión con Calidad del Sistema de Calidad
9. Guía para la Microgestión del Sistema de Calidad.
10. Guía para la Habilitación de las instalaciones de los proveedores de Salud
11. Guía para el auto - monitoreo del cumplimiento de las normas de habilitación.
12. Guía para el análisis de la información y la toma de decisiones hospitalarias
13. Guía para la elaboración y utilización de los tableros de indicadores (Procesos y Productos) y los cuadros de mando.

Figura No.6 Mapa del Sistema de Gestión con Calidad



A5 Sistema de Control de la Gestión

El sistema de control de la gestión está enfocado a monitorear y medir el grado de cumplimiento de los objetivos programados y el desempeño de la gestión del hospital, para el cumplimiento de metas y asegurar el auto – monitoreo y la preparación para enfrentar con éxito los procesos de rendición de cuentas tanto internos como externos.

El sistema de control de la gestión en el hospital tendrá como objetivos primordiales:

- Suministrar al Sistema de Conducción Hospitalaria los resultados claves de la gestión, en relación con las metas de producción y resultados establecidos.
- Lograr un mejoramiento progresivo de la productividad, eficiencia y eficacia del Hospital.

El Modelo de Gestión Hospitalaria se orienta a resultados, por tanto, articula la planificación con el presupuesto y con la producción de los servicios de salud. El Sistema de Control de la Gestión está obligado a asegurar que los resultados se obtengan en las condiciones, tiempo, calidad y con los costos previstos. Para este efecto, el Sistema de Control de la Gestión combinará dos tipos de información, la Económica – Financiera y la de Producción Asistencial a través de diferentes mecanismos y herramientas que facilitarán su misión sistémica.

El Sistema de Control de la Gestión será efectivo en tanto la Macrogestión (*Nivel Central y de la Región Sanitaria Departamental*) y la conducción hospitalaria garanticen los siguientes aspectos:

1. Condiciones para que se identifiquen y utilicen los estándares de calidad de los productos y procesos hospitalarios, así como los indicadores de productividad, eficiencia y costo.
2. Las normativas que requieren los equipos humanos para desarrollar todos los procesos y; los instrumentos claves para dar seguimiento, controlar y mejorar continuamente el desempeño institucional.
3. Contar con un Sistema de Información oportuno, confiable y que genere reportes útiles para el análisis de la información y la Toma de Decisiones pertinente a la Gestión hospitalaria. La información debe ser solo aquella que resulte relevante y ser correcta.
4. Implementación de metodologías y momentos sistemáticos y efectivos de coordinación, supervisión, monitoreo y evaluación de las metas, productos y procesos establecidos.

Se han definido para el control de la gestión los siguientes *mecanismos para el control de la gestión*:

1. Reuniones de seguimiento (*Del Consejo Consultivo y del órgano de gobierno*)
2. Reuniones con las *Direcciones y Departamentos (por sistemas y procesos)*
3. *Jornadas técnicas – científicas*
4. *Auditorías internas*
 - *Auditoria médicas.*
 - *Auditoria de la atención al usuario.*
 - *Auditorias financieras y contables.*

- Auditoría financiera y administrativa.
5. Auditorías Externas:
- Son las auditorías a realizarse por los entes contralores del estado
 - Auditorías de control social a través de la Red nacional de Auditores Sociales.

Áreas funcionales del Sistema de Control de la Gestión:

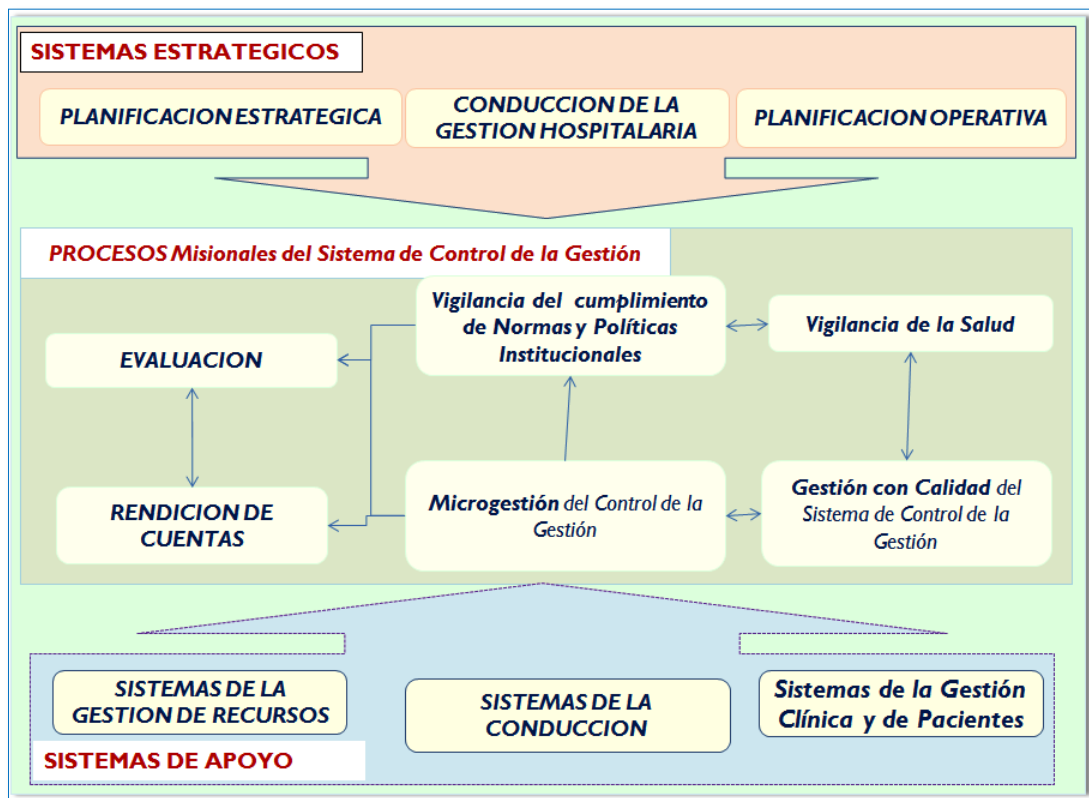
El Sistema de Control de la Gestión se organiza en las siguientes áreas funcionales:

1. Monitoreo y Evaluación
2. Rendición de Cuentas
3. Gestión del Sistema de Control

A continuación se enlistan los *procesos básicos*¹⁵ definidos por el Modelo de Gestión Hospitalario para el *Sistema de Control de la Gestión*

1. Vigilancia del cumplimiento de normas y Políticas Institucionales
2. Vigilancia de la Salud (Bioseguridad y Alerta Respuesta)
3. Evaluación
4. Rendición de Cuentas
5. Microgestión del Sistema de Control
6. Gestión con Calidad del Sistema de Control.

Figura No.7 Mapa del Sistema de Control de la Gestión



¹⁵ Procesos Básicos: Son los procesos mínimos exigibles para conformar el Sistema. No se puede excluir ninguno. Sin embargo, Con base a criterios técnicos podrían incluirse otros.

Instrumentos necesarios para implementar el Sistema de Control de la Gestión:

1. *Manual para la implementación y Uso del Cuadro de Mando Gerencial*
2. *Guía de implementación y utilización de Tableros de Indicadores para los equipos de trabajo.*
3. *Manual para la organización y funciones del Sistema de Control de la Gestión.*
4. *Guía de preparación para las Auditorías Externas e Internas*
5. *Guía de preparación para las auditorías sociales.*
6. *Guía para la Gestión con Calidad del Sistema de Control.*
7. *Guía para la Microgestión del Sistema de Control.*
8. *Guía metodológica para la supervisión capacitante de los procesos y procedimientos de todos los sistemas hospitalarios.*

B. Sistemas para la Gestión de los Recursos

La Gestión de recursos por resultados es una función que realiza la alta gerencia del hospital, a través de los momentos de la gestión ya definidos, que permean los sistemas responsables de asegurar la dotación de los recursos necesarios para que se brinden los servicios hospitalarios y se satisfagan las necesidades de los usuarios.

La gestión por resultados plantea como un valor intrínseco al mismo, la delegación total de los procesos en el nivel hospitalario para que la toma de decisiones sea congruente con los resultados o productos planteados, de tal manera que los responsables de proveer los servicios de salud sean los que decidan sobre la mejor combinación de los mismos para alcanzar los productos, en la cantidad deseada y con las características acordadas. Estos Sistemas son:

- B.1 *Sistema de Desarrollo del Talento Humano*
- B.2 *Sistema de Logística y Suministros*
- B.3 *Sistema de Mantenimiento de Equipos y Edificios*
- B.4 *Sistema de Gestión Financiera*
- B.5 *Sistema de Servicios Generales*

A continuación se describen los aspectos específicos de los Sistemas Gestión de los Recursos Hospitalarios:

B.1 Sistema de Desarrollo del Talento Humano

El Sistema de Desarrollo del Talento Humano es conducido e implementado por un equipo de personas capacitadas y comprometidas con el desarrollo de políticas de Recursos Humanos que

guíen la actuación del desempeño y el rendimiento del talento humano, mediante acciones innovadoras de capacitación y motivación para contribuir con la Misión, los objetivos y las metas institucionales.

Es un desafío para la conducción del *Sistema de Desarrollo del Talento Humano* establecer una cultura de autorregulación individual y colectiva, la filosofía de la calidad y el equilibrio financiero, para lo cual se debe inspirar a los equipos de trabajo con incentivos vinculados al rendimiento.

La esencia del cambio del Modelo de Gestión Hospitalaria para el *Sistema de Desarrollo del Talento Humano* consiste en gestionar los valores, actitudes y aptitudes, conocimientos y habilidades y adaptarlos a las exigencias de la demanda en un clima organizacional favorable para todos los actores en los distintos niveles del hospital.

Constituyen factores de éxito en los resultados del *Sistema de Desarrollo del Talento Humano*, que deben asumirse como responsabilidades en los diferentes niveles de la Gestión Hospitalaria, los siguientes:

Del Nivel Rector / Nivel Central – técnico normativo:

1. Establecer las políticas de gestión de los recursos humanos, los estándares mínimos para la dotación de personal a nivel hospitalario, y los dispositivos normativos que contienen los mecanismos de regulación de los profesionales de salud que laboran en los centros hospitalarios.
2. Asegurar el cumplimiento de las normas legales de contratación, desarrollo de competencias y el sistema de remuneración del personal por acuerdo o permanente que labora en el hospital.

Del nivel Región Sanitaria Departamental – Gestor de la Red

1. Identificar las brechas de los recursos humanos en el proceso de planificación territorial en los hospitales de su ámbito a través de los procesos de planificación territorial conducida por este nivel.
2. Promover la implementación de mecanismos de concertación y negociación en las relaciones laborales en los hospitales.
3. Definir las estrategias para promover y vigilar la aplicación de procesos de desarrollo de recursos humanos, la medición del clima organizacional y las evaluaciones de desempeño con procesos de mejora.

Nivel Hospitalario

a.- Mesogestión – Conducción:

1. Desarrollar procesos eficientes de planificación, administración, desarrollo, control y evaluación de los recursos humanos. El proceso de planificación debe partir con el análisis

de las necesidades de salud, del cálculo de la demanda actual y la esperada, y las estimaciones presupuestarias que implicará el proceso de contratación de los nuevos recursos que se estimen necesarios para cubrir la demanda, todo ello, en el contexto de las políticas nacionales e institucionales.

2. Seleccionar a los aspirantes a laborar en el hospital con apoyo de un comité de selección y promoción del personal, que se regirá por los *manuales de procedimientos y un reglamento que establece de manera precisa los criterios y la actuación del comité*. El personal directivo será seleccionado por el órgano de gobierno de acuerdo con los criterios y perfiles establecidos para estos cargos.
3. Desarrollar procesos de contratación de personal, con mayor discrecionalidad en la toma de decisiones sobre el perfil y cantidad de personal a contratar, considerando los recursos financieros disponibles y los resultados que se pretenden alcanzar. Para tal efecto, se plantea un enfoque innovador de contratación que permita optimizar los recursos humanos, adecuándolos a las necesidades de prestación del servicio conforme a las necesidades de salud de la población usuaria.

b.- Microgestión – Gestión de los procesos hospitalarios:

1. Desarrollar los procesos básicos de planificación, administración, desarrollo, control y evaluación de los recursos humanos en los servicios para promover la conformación de equipos completos en número y en aptitudes para lograr las metas en calidad y cantidad.

Modalidades de contratación:

1. *Personal en plazas permanentes:* El personal contratado por acuerdo permanente conserva su estatus económico y laboral con el régimen que establece la Ley de Servicio Civil.
2. *Personal por Contrato:* Modalidad útil para completar la disponibilidad de Recursos Humanos requeridos, adicional al recurso contratado mediante planilla para completar los equipos por cada proceso y sistema. La contratación regulada mediante el código de trabajo establece las siguientes modalidades:
 - *Contrato por tiempo indefinido.*
 - *Contrato por tiempo limitado.*
 - *Contratos para obra o servicios determinados*
3. *Contratación de grupos médicos* mediante una relación contractual entre el Hospital y otro tipo de organización especializada de médicos y otros técnicos como ser: asociaciones civiles, empresas privadas, etc.

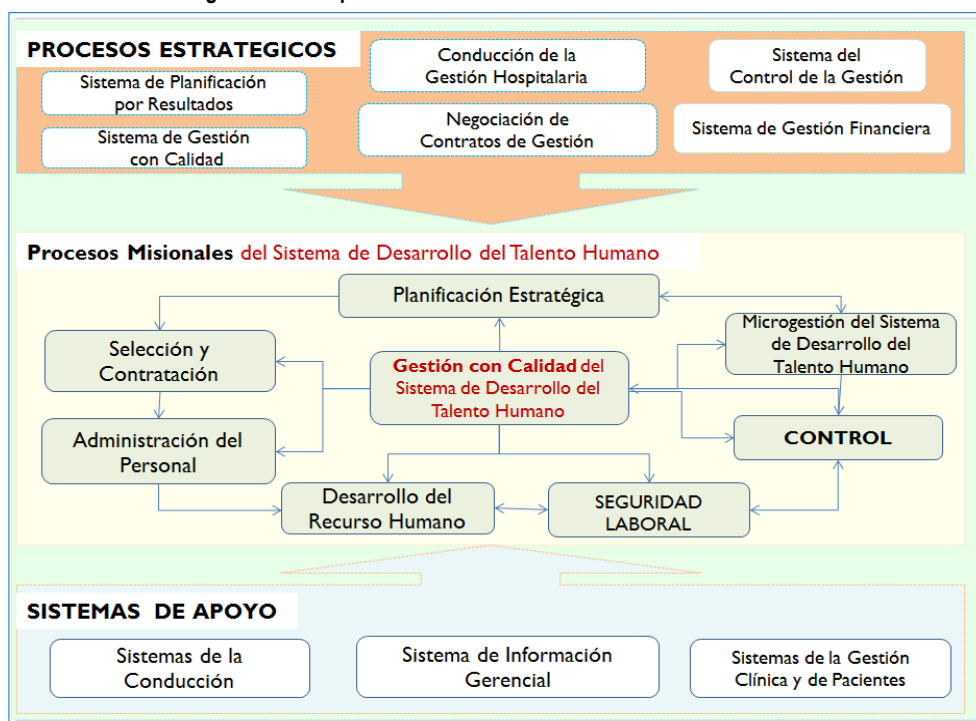
Áreas funcionales del **Sistema de Desarrollo del Talento Humano**: las áreas funcionales de este sistema son:

1. Gestión del Recurso Humano
2. Atención y Seguimiento al Recurso Humano
3. Gestión del Sistema de Recursos Humanos

A continuación se enlistan los **procesos básicos**¹⁶ definidos por el Modelo de Gestión Hospitalario para el **Sistema de Desarrollo del Talento Humano**:

1. *Planificación Estratégica*
2. *Selección y Contratación*
3. *Administración del Personal*
4. *Desarrollo del Recurso Humano*
5. *Seguridad Laboral*
6. *Control*
7. *Microgestión del Sistema de Desarrollo del Talento Humano*
8. *Gestión Con Calidad del Sistema de Desarrollo del Talento Humano*.

Figura No.8 Mapa del Sistema de Desarrollo del Talento Humano



Instrumentos necesarios para implementar el **Sistema de Desarrollo del Talento Humano**:

1. *Guía para la Selección y Contratación de los Recursos humanos.*
2. *Reglamento interno hospitalario.*
3. *Manuales de inducción para el personal de nuevo ingreso.*

¹⁶ *Procesos Básicos: Son los procesos mínimos exigibles para conformar el Sistema. No se puede excluir ninguno. Sin embargo, Con base a criterios técnicos podrían incluirse otros.*

4. *Política Hospitalaria de Incentivos.*
5. *Ley de Servicio Civil, Código del trabajo y su reglamento.*
6. *Guías para la Supervisión y Evaluación del Desempeño de los Recursos Humanos.*
7. *Manual de Métodos y Técnicas de Capacitación.*
8. *Guía para la elaboración del Perfil de Seguridad Laboral.*
9. *Guía para el Desarrollo y evaluación del Clima Organizacional.*
10. *Manual para la Organización y funciones del Sistema de Desarrollo del Talento Humano.*
11. *Guía para la Gestión con Calidad del Sistema de Desarrollo del Talento Humano.*
12. *Guía para la Microgestión del Sistema de Desarrollo del Talento Humano.*

B.2 Sistema de Logística y suministros

El sistema de logística y suministros en un ambiente de gestión por resultados en las unidades hospitalarias cobra gran importancia, dado que el proceso de brindar servicios de salud a los usuarios, demanda la disponibilidad de insumos para apoyo diagnóstico, medicamentos y el funcionamiento del recurso cama con toda la logística adecuada para un servicio de calidad y confort.

El proceso de Planificación Operativa Anual por Resultados, que establece las metas de producción anual con sus estándares de calidad y costo, implica la *elaboración de una programación de insumos, equipos, servicios y recursos* que sirve de base para la estimación del presupuesto anual de operaciones.

El Sistema Logística y Suministros está regulado por Las *Disposiciones de Presupuesto de Ingresos y Gastos Anual y por la Ley de Contratación del Estado*, que en el artículo 23 establece que previo al inicio de una contratación el ente responsable deberá contar con estudios, diseños o especificaciones generales y técnicas de la necesidad a satisfacer, así como, la *programación total de las estimaciones presupuestarias*.

Lo anterior plantea un desarrollo particular a nivel de las unidades hospitalarias, a fin de disponer de una estructura organizacional con todos sus procesos y procedimientos diseñados para asumir la globalidad de los procesos de adquisición, dado que, actualmente realizan parte del proceso de licitación y contratación de suministro de bienes y servicios, pues dicha función ha sido desarrollada por la Gerencia Administrativa del nivel central, como legalmente está establecido. Los Hospitales tienen alguna experiencia acumulada en la realización de compras menores por lo cual requieren perfeccionar los procedimientos para elaborar su plan de adquisición anual, los procesos de adquisición y la administración de sus inventarios mediante técnicas modernas y con soporte informático.

▪ *Modalidades de compras y Procedimientos de compra de bienes y servicios*

La *Ley de Contratación del Estado* y las *Disposiciones Generales de Presupuesto de ingresos y egresos de la República*, establecen las modalidades de contratación y los procedimientos a realizarse

para las compras de bienes y contratación de servicios, los cuales están determinados por los montos financieros de las compras, cuyos techos son establecidos anualmente en el instrumento de aprobación del presupuesto anual del gobierno. Así mismo, está establecido en las Disposiciones de Presupuesto que en la primera quincena del mes de enero, todas las instituciones públicas están obligadas a publicar el *plan anual de compras y contrataciones* (PACC) en el Sistema Honducompras, estableciéndose como un requisito para que se realicen los procesos de contratación y compras.

Así mismo, deberá cumplirse lo establecido en relación al uso del pliego de condiciones autorizados por la ONCAE para todas las licitaciones públicas y privadas que se realicen y lo referente al registro en el módulo de contratos de Honducompras, a más tardar 30 días después de la suscripción. (*en contratos sujetos a la Ley de Contratación del Estado*).

Dado que, el hospital podrá operar mediante fuentes de financiamiento combinadas (*del Gobierno Central y de venta de servicios a terceros como IHSS y otras aseguradoras*), El Modelo de Gestión Hospitalaria establece *los tipos de compras según el mecanismo de aprobación*, las que se podrán realizar con la finalidad de incorporar las realidades complejas del hospital, respecto a la dotación de suministros para la provisión de servicios.

- *Compras Presupuestadas*. Es la contratación y adquisición de bienes y servicios de uso corriente, contemplados en el plan de adquisiciones del *presupuesto anual aprobado*. Se realizan utilizando los procesos y procedimientos de licitaciones públicas y privadas, contratación directa, compra por catálogo electrónico o compra corporativa, según el monto de la compra, como lo dispuesto en las regulaciones establecidas para todo el gobierno.
 - *Compras Extraordinarias*. Son las que tienen por objeto dotar al hospital de bienes y servicios que no están contemplados en el plan de adquisiciones y el presupuesto anual de gasto operativo aprobado por el órgano de gobierno del hospital, pero que por su naturaleza son necesarias adquirir para que contribuyan con el alcance de los resultados del hospital.
 - *Compras por Emergencia*. Es la adquisición de bienes o contratación de servicios que deberán efectuarse cuando se presentan *situaciones de emergencia* que pongan en riesgo la continuidad de la prestación de los servicios del hospital.
 - *Compras Directas por cotización*. Son todas aquellas adquisiciones de bienes o la contratación de servicios de mantenimiento y reparación de los equipos, que se realizarán directamente a un único proveedor, representante o distribuidor exclusivo.
- *Regulación de Procesos y requisitos para las compras de bienes (materiales y equipos)*

La Instancia de conducción administración - *Financiera*, junto con la Gerencia General emitirá el *Reglamento Interno de Compras* sujeto a aprobación del órgano de gobierno, en el cual se establecerán todas las regulaciones internas para las compras del hospital sin contravenir la Ley de Contratación del Estado, su Reglamento, la Ley Orgánica de Presupuesto, su Reglamento y las Disposiciones Generales de Presupuesto de Ingresos y Gastos Anuales.

El Reglamento Interno de Compras deberá establecer entre otros, la organización y funcionamiento del *Comité de Apoyo Técnico de Compras* del hospital, la organización de las comisiones de evaluación de procesos de licitación y las disposiciones de sujeción al *Código de Ética Institucional*. En el *Reglamento Interno de Compras* se establece la cuantía o el monto de las compras No Presupuestadas y su mecanismo de aprobación interno.

▪ *Regulación de Procesos y requisitos para la contratación de servicios. (no incluye servicios de consultorías)*

La gestión y funcionamiento de una serie de servicios de apoyo, como limpieza, lavandería, seguridad o vigilancia, alimentación o dietas, mantenimiento de equipo y de edificios, resulta *en unos casos deficiente, por falta de especialización, capacitación o* experiencia técnica del personal encargado. El Modelo de Gestión Hospitalaria brinda la opción a las instancias de conducción hospitalaria, para estos casos, de tomar la decisión de “externalizar” o gestionar mediante outsourcing dichos servicios. Para lo cual, es indispensable realizar un proceso de análisis técnico y económico para tomar la decisión de externalizar, hacer las provisiones incorporando en el presupuesto de gasto de la institución el monto estimado del costo de la contratación y posteriormente desencadenar el proceso de contratación de dichos servicios.

Entre las principales acciones a realizar para facilitar la toma de decisión para externalizar un servicio, tenemos:

- Hacer una identificación de los servicios o actividades susceptibles o potencialmente externalizables.
- Identificar la existencia o disponibilidad de oferentes en el mercado nacional sobre el servicio susceptible de externalizar.
- Buscar información sobre los potenciales oferentes para valorar las capacidades del mismo, como ser: su experiencia de trabajo brindando el tipo de servicio, posición actual en el mercado, solvencia técnica y económica e incidencia de su capacidad de respuesta en caso de una decisión positiva de seleccionarle como proveedor externo del servicio para el hospital.
- Deberán establecerse muy claramente los resultados que se esperan alcanzar, formas de revisión y ajuste de precios, el costo total del aprovisionamiento de los servicios por este mecanismo, la consideración de servicios adicionales, la transferencia de activos, medidas de supervisión, control y evaluación del proceso de la provisión de servicios, entre otros aspectos.
- Determinación de los costos reales de la producción interna.
- Determinación de los costos de externalización.
- Si la comparación de costos y calidad de la producción interna y externa no supera la prueba entonces se debe tomar la decisión.

Una vez tomada la decisión de externalizar un determinado servicio del hospital y de disponer de la asignación presupuestaria para contratar los servicios de forma externalizada, se procede a realizar las siguientes actividades:

- Elaboración de los términos de referencia que servirán de base para el proceso de adquisición y la gestión posterior del contrato.
- Organización del comité evaluador de las propuestas técnicas y económicas.

- Elaboración del pliego de condiciones para la licitación y el cumplimiento de los requerimientos establecidos en la Ley de Contratación del Estado y Las Disposiciones Generales de Presupuesto vigentes.
- Una vez finalizado el proceso de adquisición mediante la firma del contrato por la Instancia de Gobierno del Hospital, se inicia el proceso de ejecución del mismo para la provisión del servicio y es aquí donde concurre la participación de varias unidades del hospital, realizando: (1) La supervisión y certificación de la provisión y calidad de los servicios que brinda el contratante, (2) El pago de los servicios como lo acordado en el contrato y (3) La subsanación de cualquier problema que surja en la ejecución del mismo.

- *Gestión de almacenes*

El control de las existencias de materiales consumibles y de bienes o activos fijos, forma parte de la cadena de procesos del sistema de logística y suministros del hospital para asegurar el abastecimiento en cantidad, calidad y oportunidad, a fin de que los servicios hospitalarios no se interrumpan ni se vean afectados en su calidad y costo por la falta de los insumos necesarios. La integración de las fases del proceso de logística y la coordinación con otros procesos administrativos a través de la adecuada segregación de actividades entre pedidos -recepción, recepción – Contabilidad y contabilidad-pago.

El medicamento como insumo vital en la prestación de servicios de salud, requiere de un abordaje de forma expresa y dada la problemática de abastecimiento que enfrenta frecuentemente el hospital y la inversión financiera que se realiza para su adquisición, se plantea el abordaje de cuatro aspectos principales:

- *La programación de necesidades de medicamentos.* Se realizará en la **Planificación por Resultados en base a metas de Productos.**
- *Establecimiento de normas sobre los patrones de prescripción* Es necesario establecer un comité de Farmacia Terapéutica o un equipo interdisciplinario, el cual determinará con base en evidencias científica, normas y protocolos, los patrones de prescripción para las enfermedades más frecuentes, que según las metas por productos guíe la cantidad real de medicamentos a comprar.
- *Las condiciones de compra de medicamentos.* Es necesario establecer los posibles escenarios que se pueden emplear en función del suministro de medicamentos al hospital: (i) la compra de medicamentos y administración por el hospital, lo cual requiere la formalización de la organización responsable de llevar adelante los procesos de licitación de acuerdo a la Ley de Contratación del Estado y su Reglamento y la capacitación de los funcionarios para realizar los procedimientos de compra, manejo en almacén y farmacia, (ii) Licitación de precios realizada por una instancia central (SESAL y/o ONCAE) basada en la programación hospitalaria, y sobre la base de precios del contrato global, el hospital realiza sus compras periódicas; (iii) y/ o la subrogación del servicio de farmacia a un tercero para medicamentos especiales o específicos.

- *La integración de los consumos de medicamentos.* Es necesario instrumentar un procedimiento para administración de recetas a fin de conocer los consumos reales y costos asociados e integrar los planes de adquisición futuros.

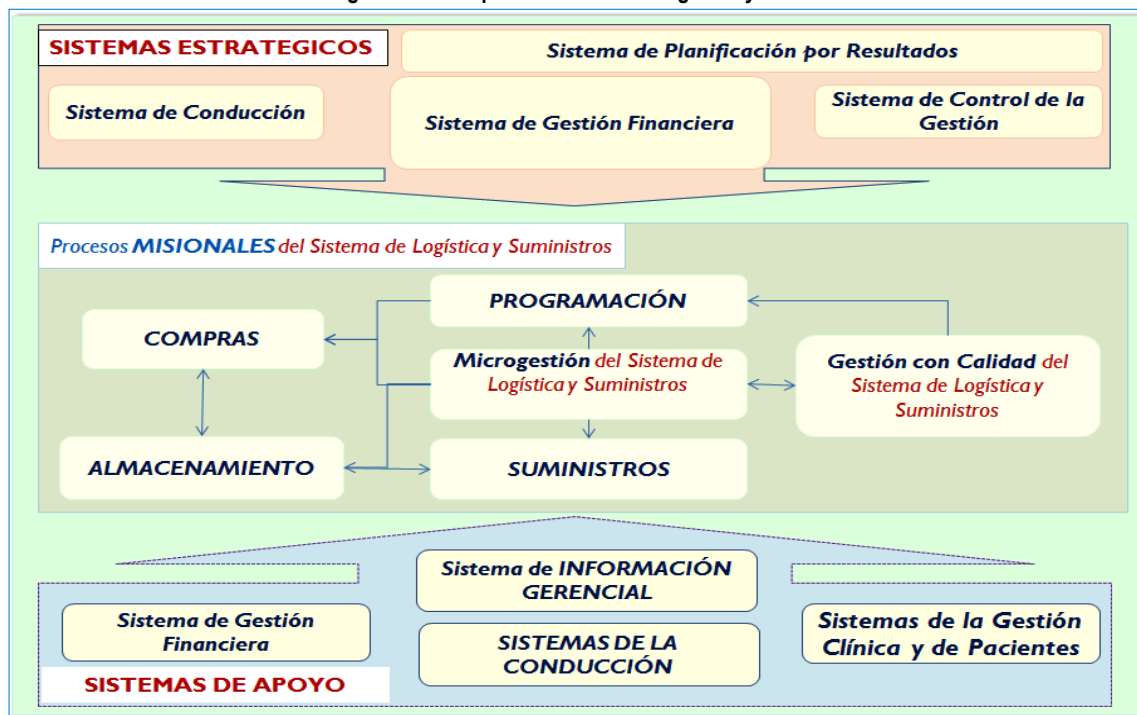
Áreas funcionales del Sistema de Logística y suministros: El Sistema de Logística y suministros se organiza en las siguientes áreas funcionales:

1. Programación y Compras de suministros
2. Almacenamiento y distribución de suministros
3. Gestión con calidad del Sistema de Logística y Suministros
4. Microgestión del Sistema de logística y Suministros

A continuación se enlistan los *procesos básicos*¹⁷ definidos por el Modelo de Gestión Hospitalario para el *Sistema de Logística y Suministros*:

1. Programación.
2. Compras.
3. Almacenamiento.
4. Suministros.
5. Microgestión del Sistema de Logística y Suministros.
6. Gestión con calidad del Sistema de Logística y Suministros.

Figura No.9 Mapa del Sistema de Logística y Suministros



¹⁷ *Procesos Básicos:* Son los procesos mínimos exigibles para conformar el Sistema. No se puede excluir ninguno. Sin embargo, Con base a criterios técnicos podrían incluirse otros.

Instrumentos necesarios para implementar el Sistema de Logística y Suministros:

1. Ley de Contratación del Estado y Su Reglamento.
2. Disposiciones Generales de Presupuesto Anual de la República.
3. Código de Ética Institucional.
4. Manual de Adquisiciones
5. Manual de Organización y Funciones del Comité de Compras.
6. Manual de procedimientos para la recepción de las compras de bienes y de consumibles.
7. Manuales de codificación, etiquetado y control de bienes. *(conforme a las regulaciones establecidas por Sistema de Administración Financiera del Estado).*
8. Reglamento Interno de Compras.
9. Reglamento para la prescripción y dispensa de medicamentos controlados.
10. Guía de Auditoría de Farmacia.
11. Guía para la dotación y control de los suministros de reposición periódica.
12. Guía de procedimientos para elaborar el plan de adquisición anual.
13. Guía Metodológica para el control de existencias y rotación de inventarios.
14. *Guía para la organización y conservación de los inventarios.*
15. Guía Metodológica para la gestión de stocks de seguridad de los insumos críticos y los mecanismos para la reposición oportuna.
16. Guía de procedimientos de solicitudes de abastecimiento interna y reabastecimiento externo mediante las compras.
17. Normas de almacenamiento de acuerdo al tipo de productos.
18. Tecnología de códigos de barra para el control de ingresos y salidas del almacén.
19. *Manual para la Organización y funciones del Sistema de Logística y Suministros.*
20. *Guía para la Gestión con Calidad del Sistema de Logística y Suministros.*
21. *Guía para la Microgestión del Sistema de Logística y Suministros*

B.3.- Sistema de Mantenimiento y Conservación de Equipos y Edificios

El *Sistema de mantenimiento y conservación de equipos y edificios* está integrado por un conjunto de procesos, procedimientos, actividades y tareas desarrolladas por un equipo con la aptitud requerida para conservar los inmuebles, equipos, instalaciones, herramientas y otros bienes hospitalarios, y mantenerlos en condiciones de funcionamiento seguro, eficiente y económico.

El Modelo de Gestión Hospitalaria establece que el equipo que gestiona el Sistema de Mantenimiento y Conservación de Equipos y Edificios deberá desarrollar *Planes de Mantenimiento Preventivo, Correctivo y Predictivo.*

El Modelo de Gestión Hospitalaria contempla la posibilidad de externalizar los procesos de este Sistema, condicionado por la falta de recursos humanos especializados en el campo, sobre todo en biomédica, que garanticen el adecuado mantenimiento de los equipos médicos hospitalarios. En este sentido, el equipo conductor de este Sistema deberá prepararse y contar

con instrumentos para la supervisión, monitoreo y la evaluación del cumplimiento adecuado del contrato externalización del servicio, y la obtención de los resultados/Productos pactados.

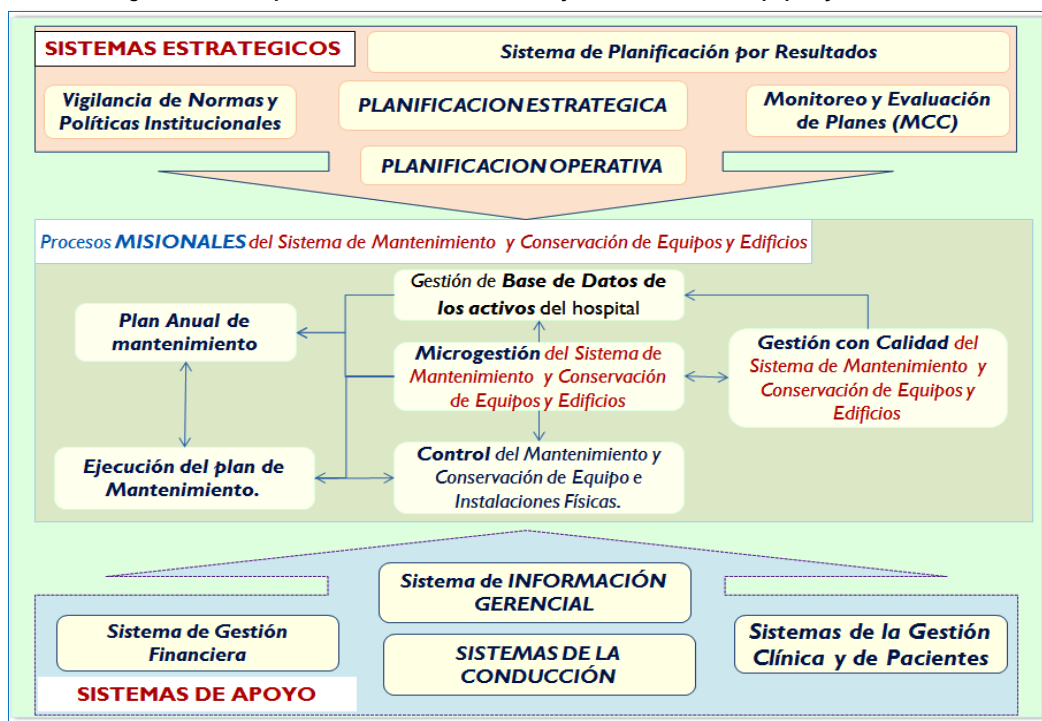
Áreas funcionales del *Sistema de Mantenimiento y Conservación de Equipos y Edificios*:

1. Planificación del Mantenimiento y conservación de equipo hospitalarios
2. Ejecución de planes de mantenimiento y conservación del Equipo e instalaciones hospitalarias.
3. Supervisión y evaluación de las obras del mantenimiento del equipo e inmueble hospitalario.
4. Microgestión con Calidad del Sistema de Mantenimiento y Conservación de equipos y edificios.

A continuación se enlistan los *procesos básicos*¹⁸ definidos por el Modelo de Gestión Hospitalario para el *Sistema de Mantenimiento y conservación de equipos y edificios*:

1. Gestión de base de datos de los activos del hospital
2. Plan Anual de mantenimiento
3. Ejecución del plan de Mantenimiento.
4. Control del Mantenimiento y Conservación de Equipo e Instalaciones Físicas.
5. Microgestión del Sistema de Mantenimiento y Conservación de Equipos y Edificios.
6. Gestión con Calidad del Sistema de Mantenimiento y Conservación de Equipos y Edificios.

Figura No.10 Mapa del Sistema Mantenimiento y Conservación de Equipos y Edificios



¹⁸ Procesos Básicos: Son los procesos mínimos exigibles para conformar el Sistema. No se puede excluir ninguno. Sin embargo, Con base a criterios técnicos podrían incluirse otros.

Instrumentos necesarios para implementar el Sistema de Mantenimiento y Conservación de Equipos y Edificios:

- 1. Guía para la elaboración, implementación y control de los Planes de Mantenimiento Preventivo, Predictivo y Correctivo. (Incluyendo base de datos del Sistema de Mantenimiento en sus tres modalidades)*
- 2. Base de Datos de Bienes Nacionales.*
- 3. Guía para Contratación de Servicios Externos (Términos de Referencia y Control del contrato)*
- 4. Manual para la Organización y funciones del Sistema de Mantenimiento y conservación de equipos y edificios.*
- 5. Guía para la Gestión con Calidad del Sistema de Mantenimiento y conservación de equipos y edificios.*
- 6. Guía para la Microgestión del Sistema de Mantenimiento y conservación de equipos y edificios.*

B.4 Sistema de Gestión Financiera

Los retos para asumir el cambio que plantea la gestión por resultados en el sistema de gestión financiera en los hospitales, están referidos especialmente a *vincular la producción con el costo*, medido a través de los *productos claramente establecidos y sus estándares de calidad, costo y productividad*.

Para introducir en la gestión hospitalaria esta innovación se establecen las responsabilidades que asumen los diferentes niveles institucionales de gestión, así:

Nivel central de la SESAL, define los elementos *Rectores y de dirección estratégica en el área de gestión financiera*:

- La naturaleza jurídica que deberían adoptar los gestores de los hospitales para desarrollar este modelo, promoverá que dichas instituciones adquieran mayores facultades de gestión, pero con financiamiento y patrimonio otorgado por el Estado. Dicha disposición establecida en el *Marco Político y Estratégico de la Reforma*, no restringe la facultad delegada al hospital de obtener recursos adicionales para asegurar mayor y mejor calidad y eficiencia en la prestación de sus servicios.
- La SESAL establecerá la regulación para conducir la relación del hospital con terceros pagadores para ofrecer acceso a servicios de salud a los beneficiarios del régimen contributivo o privado, conforme a la capacidad instalada del hospital; contribuyendo a la eficiencia del sistema, mediante la integración de los prestadores en su ámbito poblacional, tal como lo establece el Modelo Nacional de Salud.
- Establecer un instrumento de relacionamiento de la Gestión, como la herramienta mediante la cual se vinculan los recursos financieros a la producción de servicios y sus características de calidad, costo y productividad.

- La adopción de un sistema de costo estándar prospectivo de los productos hospitalarios, definidos por el ente rector para cada tipo de hospital, según el Conjunto Garantizado de Prestaciones del mismo.
 - Establecer las diferentes formas de pago que pueden utilizarse, para fines de pago a sus proveedores de servicios de salud para la población asegurada bajo el régimen subsidiado. Para los asegurados de otros regímenes, el hospital negociará los costos y formas de pago con las instituciones aseguradoras (IHSS, privados y otros).
 - Establecer criterios técnicos que los hospitales deben observar en la elaboración de su política de tarifas de cobro (Fondos Recuperados) para los usuarios asegurados mediante el régimen subsidiado.
 - Negociar anualmente a través de un instrumento de relacionamiento, las metas de productos y sus indicadores de calidad y costo, el monitoreo y la evaluación de resultados, así como los desembolsos del financiamiento acordado.
 - Determinar mecanismos de desembolsos que utilizará el financiador, para la gestión de la provisión de servicios que se adopte, siendo estos, entre otros los siguientes: (i) modalidad de transferencia presupuestaria vinculada a las metas de productos y su costo, (ii) Desembolso por cuota presupuestaria vía presupuesto (SIAFI).
- *Nivel Región Departamental*
- Conducir en la Red de Servicios, el ajuste del conjunto garantizado de prestaciones que será ofrecido por el Hospital, como un eslabón más de la red de servicios.
 - Establecer la priorización de los problemas de salud y la focalización de los recursos financieros para alcanzar los resultados establecidos por el rector financiador, en el proceso de planificación territorial específicamente en la elaboración de los planes operativos la RSD en conjunto con sus Redes de servicios incluyendo el hospital.
 - Realizar el monitoreo de los indicadores y aprobar los desembolsos para el hospital.
- *Nivel Hospital*
- Cada centro de costo establecido en el hospital elaborará su presupuesto de gasto de acuerdo a su plan operativo anual, el cual es sujeto de un proceso de análisis, discusión y aprobación con las instancias de dirección del hospital.
 - Concluida la fase de trabajo a lo interno de los centros de costos, se elaborará el presupuesto anual de ingresos y gastos, basados en las metas de productos planificadas y sus costos de producción para negociar con el financiador; así mismo, elabora su flujo de caja en base a los planes de adquisición, pago de nómina y otros gastos planificados.

- Establece un proceso de contabilidad analítica para determinar sus costos de producción, y de contabilidad patrimonial para el control financiero y patrimonial. La implementación de un sistema de contabilidad analítica requiere la definición y estructura del sistema que utilizarán, definición de los centros de costos del hospital, el ordenamiento y establecimiento del circuito de datos económicos y asistenciales, definición de los criterios de imputación primaria y secundaria de costos y el cálculo del costo por unidad de gestión y por actividad, así como la decisión respecto a la herramienta informática a utilizar, entre otros.
- El Órgano de Gobierno del hospital deberá aprobar la propuesta de Plan Operativo Anual por Resultados – Presupuesto del hospital, para que, en base a este, se negocie el alcance del convenio de gestión financiado por la Secretaría de Salud.
- Elaborará la *política de fijación de tarifas* para los diferentes servicios, según la condición de aseguramiento del paciente y la vía de acceso utilizada para obtener los servicios del hospital, observando los criterios técnicos establecidos por la Secretaría de Salud.
- En función del contexto propio y de su estructura de costo de producción, el hospital analizará la forma de pago que le puede asegurar un adecuado flujo de caja que le permita hacerle frente a las obligaciones de gastos fijos y variables según la producción, así como la previsión para el estímulo a la calidad y el desempeño. Este planteamiento debe incorporarse en la negociación del convenio de financiamiento a realizarse por el Órgano de Gobierno del hospital con la Secretaría de Salud.
- Este Modelo de Gestión Hospitalaria contempla la relación con “terceros pagadores” para buscar nuevos esquemas de financiamiento complementarios al financiamiento público, lo cual será reglamentado al interior de cada hospital y sujeto a aprobación por parte de la Órgano de Gobierno del mismo. Se entiende como terceros pagadores todos aquellos organismos públicos y/o privados con capacidad y voluntad de pago por los servicios que le requieran al hospital para la atención de sus beneficiarios.
- El hospital instrumentará legal, técnica y administrativamente los diferentes mecanismos que le permitirán incrementar su patrimonio y generar mayores ingresos.

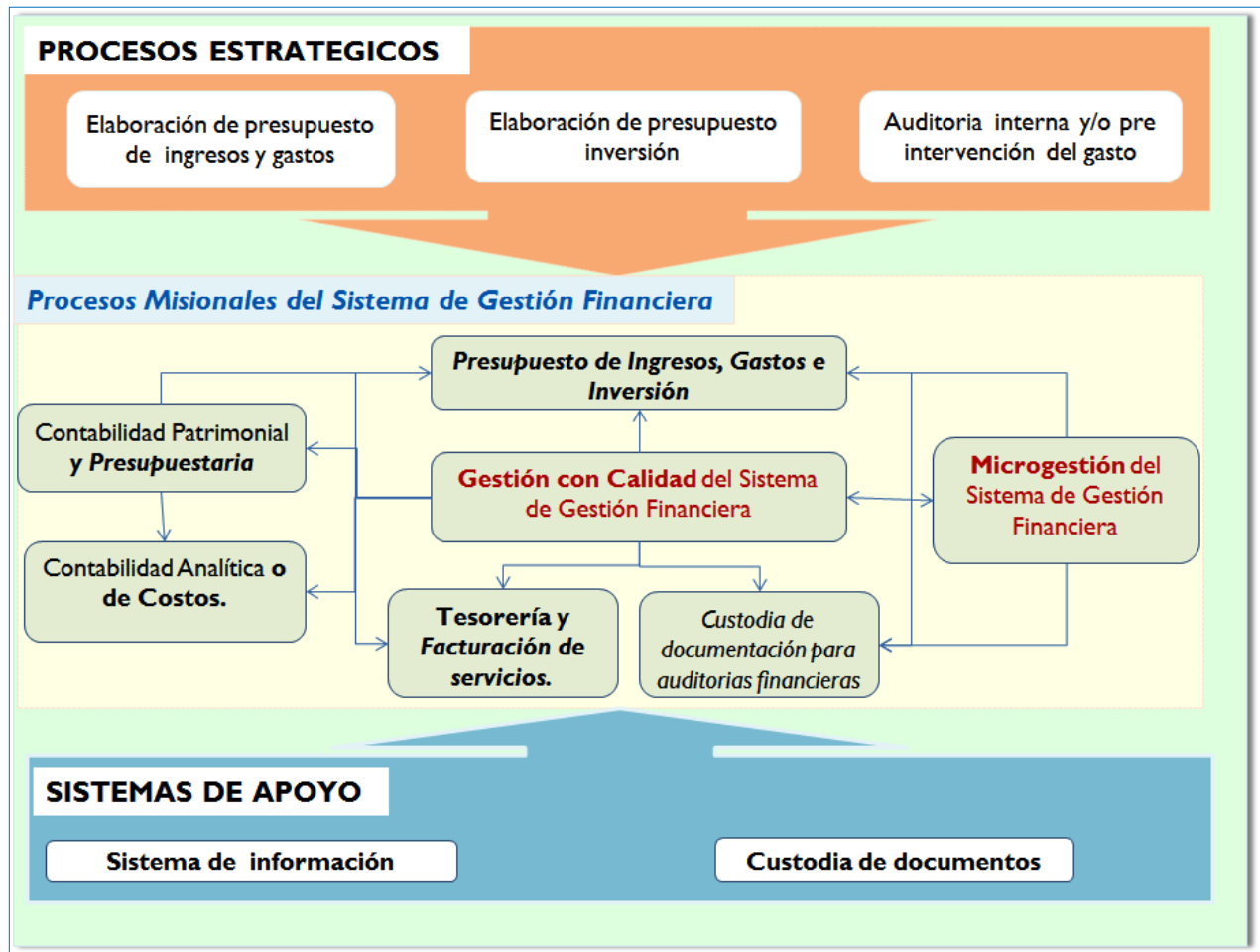
Áreas funcionales del Sistema de Gestión Financiera: El Sistema de Gestión Financiera se organiza en las siguientes áreas funcionales:

1. Planificación de las necesidades de recursos financieros
2. Disponibilidad y utilización de los recursos financieros para adquirir bienes y servicios
3. Registros de transacciones financieras y de consumo de bienes y servicios en la producción y reportes de datos financieros para la rendición de cuentas.
4. Microgestión con Calidad del Sistema de Gestión Financiera.

A continuación se enlistan los *procesos básicos*¹⁹ definidos por el Modelo de Gestión Hospitalario para el *Sistema de Gestión Financiera*:

1. Presupuesto de Ingresos, Gastos e Inversión.
2. Contabilidad Patrimonial y Presupuestaria.
3. Contabilidad Analítica o de Costos.
4. Tesorería y Facturación de servicios.
5. Custodia de documentación para auditorías financieras.
6. Microgestión del Sistema de Gestión Financiera.
7. Gestión con Calidad del Sistema de Gestión Financiera.

Figura No.11 Mapa Procesos del Sistema de Gestión Financiera



Instrumentos necesarios para implementar el Sistema de Gestión Financiera:

1. Software para llevar los Procesos de Contabilidad.
2. Guía de Recuperación de Costos con protección a pobres
3. Guía para desarrollar el proceso de Contabilidad Analítica o de Costos.

¹⁹ *Procesos Básicos*: Son los procesos mínimos exigibles para conformar el Sistema. No se puede excluir ninguno. Sin embargo, Con base a criterios técnicos podrían incluirse otros.

4. *Guía para la elaboración de Presupuestos y Gestión Financiera.*
5. *Guía para organización y control del Proceso de Tesorería y Facturación*
6. *Política de fijación de tarifas para fondos recuperados.*
7. *Reglamento de Fondos Recuperados*
8. *Guía para establecer las tarifas de cobros a terceros pagadores*
9. *Ley Orgánica de Presupuesto*
10. *Guía para la elaboración de Planes Estratégicos y del POA – Presupuesto por Resultados.*
11. *Manual para la Organización y funciones del Sistema de Gestión Financiera.*
12. *Guía para la Gestión con Calidad del Sistema de Gestión Financiera*
13. *Guía para la Microgestión del Sistema de Gestión Financiera*

B5. Sistema de Servicios Generales.

En el Modelo de Gestión Hospitalaria, el Sistema de Servicios Generales es conducido e implementado por un equipo de personas capacitadas y comprometidas con procesos orientados a garantizar la *Seguridad, la administración del transporte hospitalario y los suministros energéticos* dando soporte a todos de los Sistemas del Hospital, tanto de la administración, como de la atención clínica y de usuarios en general.

Este Sistema requiere de mucha atención por parte de los equipos conductores, puesto que, sus procesos y procedimientos requieren un análisis minucioso de tipo Costo – Beneficio, en la fase de optimización, ya que son susceptibles a formar parte de la cartera de procesos de externalización u Outsourcing. En la actualidad, no se pueden desarrollar estos procesos con calidad, seguridad y la eficiencia requerida, ya que resulta difícil encontrar recursos humanos preparados y con experiencia para hacerse cargos de estas áreas, por tanto, la contratación de empresas existentes con responsabilidad y mayores garantías podría ser una opción, al menos en las primeras etapas de implementación del Modelo de Gestión Hospitalaria. Aunque debería tomarse esta situación como un elemento de la Planificación Estratégica para identificar las formas de desarrollo de recursos humanos propios o de alguna manera adscritos al hospital.

Áreas funcionales del Sistema de Servicios Generales: El Sistema de Servicios Generales se organiza en las siguientes áreas funcionales:

1. Seguridad
2. Transporte
3. Suministros energéticos
4. Microgestión con calidad del Sistema de Servicios Generales

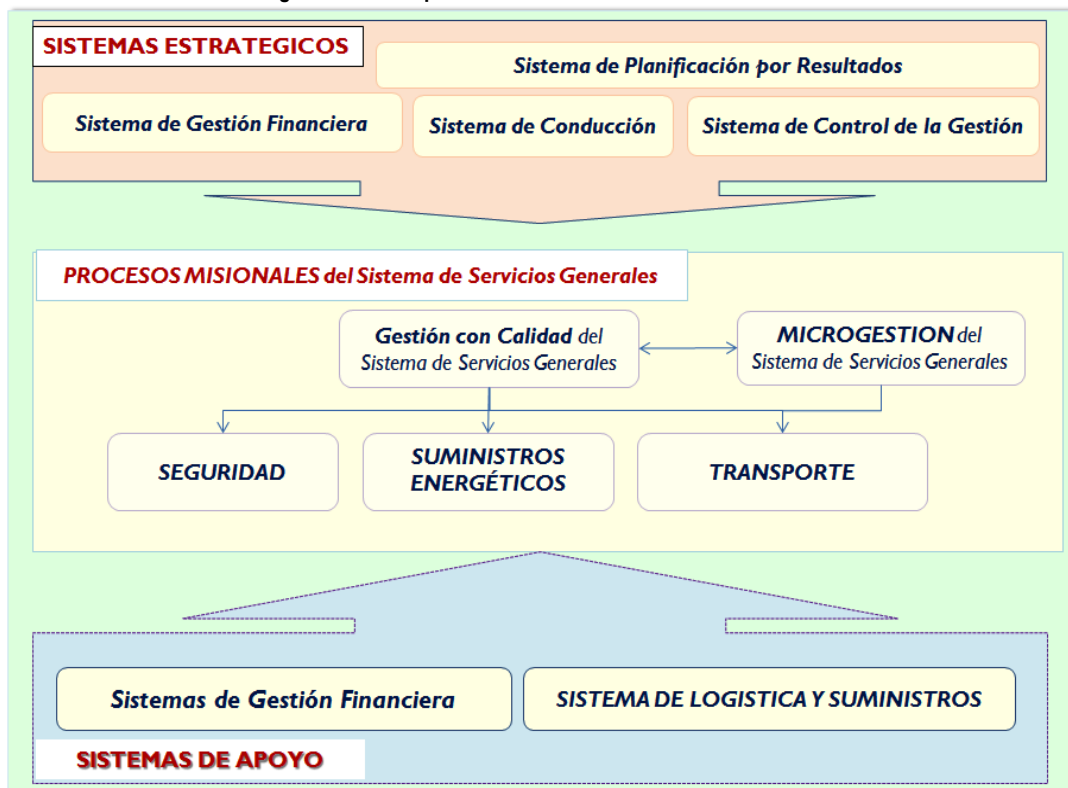
A continuación se enlistan los *procesos básicos*²⁰ definidos por el Modelo de Gestión Hospitalario para el *Sistema de Servicios Generales*:

1. Seguridad de Pacientes, Visitantes y Bienes.
2. Administración del Transporte Hospitalario. (Flota)
3. Suministros energéticos.
4. Microgestión del Sistema de Servicios Generales
5. Gestión con Calidad del Sistema de Servicios Generales.

Instrumentos necesarios para implementar el Sistema de Servicios Generales:

1. Manual de Seguridad de Pacientes y Visitantes.
2. Reglamento para el uso transporte hospitalario
3. Guía para la administración del Transporte Hospitalario (de Flotas)
4. Guía para Controlar los procesos de Seguridad de Bienes del Hospital
5. Manual para la ejecución de los Procedimientos de los Suministros energéticos.
6. Manual para la Organización y funciones del Sistema de Servicios Generales
7. Guía para la Gestión con Calidad del Sistema de Servicios Generales
8. Guía para la Microgestión del Sistema de Servicios Generales

Figura No.12 Mapa del Sistema de Servicios Generales



²⁰ *Procesos Básicos*: Son los procesos mínimos exigibles para conformar el Sistema. No se puede excluir ninguno. Sin embargo, Con base a criterios técnicos podrían incluirse otros.

VI-2.2 Microgestión o Gestión de la Atención Hospitalaria (Gestión Clínica y de Pacientes)

El Modelo de Gestión Hospitalaria clasifica la atención a los pacientes en dos tipos: la atención clínica, y la atención de pacientes (no clínica). Esta categorización se orienta a operativizar los cambios que el proceso de Reforma requiere como características que el Modelo de Gestión Hospitalaria, como ser: “ágil y eficiente”; “más cercano a la Población”; “asegurando que el estado tutele el derecho al acceso”, entre otras. La finalidad es alcanzar mayores niveles de satisfacción y eficiencia, resultados que deben justificar la implementación de este nuevo modelo.

Para organizar la gestión hospitalaria con el Enfoque Sistémico, se ha incorporado como guía la *ruta de atención que siguen los y las pacientes*, por esto, se presenta de inicio, al *Sistema de Gestión de Pacientes*, luego se ordenan los *sistemas de la atención clínica*, enlazados con los sistemas de apoyo diagnóstico y apoyo terapéutico, y coloca el Sistema de Hostería, que de entre los sistemas de apoyo, permite mejorar la calidad de atención del paciente hospitalizado. Finalmente se incorpora a la gestión clínica el Sistema de Docencia e Investigación Científica, orientado a fortalecer la calidad de atención a través de la docencia y la investigación.

Atención de usuarias y usuarios en el Modelo de Gestión Hospitalaria

Desde que se tiene historia, las instituciones de cuidados sanitarios han tenido que desarrollar dos tipos de cuidados para atender el estado de salud de las y los enfermos. En esta dinámica, se observan los cuidados clínicos y los cuidados de apoyo a la atención médica.

Los avances tecnológicos y de la investigación científica han perfeccionado la atención clínica, y los avances tecnológicos e informáticos han facilitado el desarrollo cada vez más impresionante de los cuidados de apoyo, sean de apoyo clínico diagnósticos como el laboratorio y la imagenología, o de apoyo terapéutico, representado por el arsenal farmacéutico.

Se agregan a estos cuidados, un par de sistemas que hasta el momento han estado “ocultos” en la gerencia de los hospitales públicos, pero, que en los hospitales privados caminan a la vanguardia, son los servicios de apoyo técnico de Hostería y de Gestión de Pacientes. Estos sistemas constituyen la gran diferencia en países desarrollados con excelentes procesos de gestión, que incorporan avances tecnológicos e informáticos para lograr mejores niveles de eficiencia y eficacia, pero principalmente de satisfacción y respuesta a las necesidades de las y los usuarios/as, a quienes se deben.

Se establece pues, que la atención hospitalaria en este modelo se clasifica en dos tipos:

1. **La atención Clínica:** representa la *Función Misional* del hospital, es la atención directa a la salud della usuaria/a, en la que participan e interactúan los equipos de salud integrados por toda la gama de profesionales que realizan el abordaje diagnóstico y terapéutico con la finalidad de

alcanzar el producto final del sistema hospitalario, personas sanas, personas recuperadas en salud, personas con su problema resuelto o en vías de resolución.

Los sistemas que contienen los procesos de la atención clínica son:

1. Sistema de Atención Ambulatoria
2. Sistema de Hospital de Día
3. Sistema de Atención Quirúrgica
4. Sistema de Internamiento No quirúrgico
5. Sistema de Atención Obstétrica.

2. **Atención de pacientes (no clínica).** Esta atención se realiza por un grupo de sistemas, procesos, actividades y tareas, complementarias a la atención clínica, y necesarias para realizar el registro de la información, el diagnóstico, el tratamiento, la alimentación y una serie de acciones que repercuten en la calidad de la atención percibida por las y los usuarios internos y externos del hospital. Este tipo de atención incluye desde el punto de vista sistémico, los servicios de apoyo diagnóstico, terapéutico, la Gestión de pacientes, hostería y otro grupo de servicios de apoyo técnico que complementan la atención a la población.

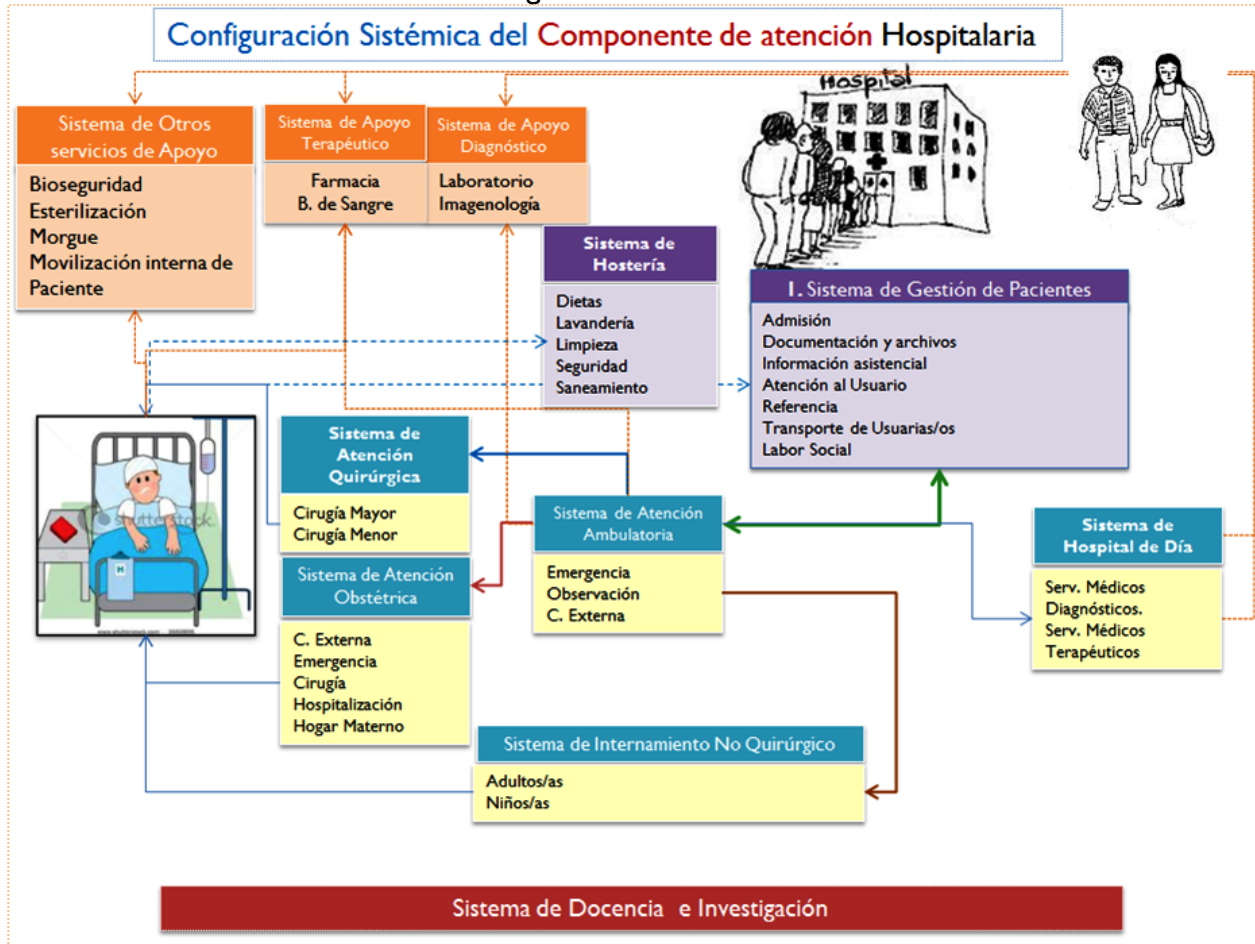
Los procesos que desarrollan este tipo de atención Hospitalaria, están organizados en los siguientes sistemas:

1. Sistema de Gestión de Pacientes
2. Sistema de Apoyo Diagnóstico
3. Sistema de Apoyo Terapéutico
4. Sistema de Otros Servicios de Apoyo Técnico
5. Sistema de Hostería
6. Sistema de Docencia e Investigación Científica.

Atención hospitalaria según el enfoque sistémico de gestión por procesos en base a resultados con Calidad.

A continuación, de forma esquemática se presenta una “ruta de la atención” que reciben las y los pacientes dentro del hospital, de acuerdo con el orden de los Sistemas que ofrecen los servicios. En el gráfico se observa que Sistema de Gestión de Pacientes es el primero que entra en contacto con el paciente, a través del proceso de admisión y documentación clínica.

Figura No.13



La “*ruta de la atención hospitalaria*” puede ser tan variada como el número de personas que acuden a diario a las instalaciones hospitalarias; Para ordenar la presentación de los Sistemas de la Atención, se toma como referente el ordenamiento en que los sistemas entran en contacto con las y los pacientes, como ser:

1. Admisión - documentación y archivo clínico: *Sistema de Gestión de Pacientes*.
2. Consulta externa o de urgencia: *Sistema de Atención Ambulatoria*.
3. Exámenes de Laboratorio o Imagenología: *Sistema de Apoyo Diagnóstico*.
4. Recetas de Medicamentos: *Sistema de Apoyo Terapéutico*
5. Embarazo y Parto: *Sistema de Atención Obstétrica*
6. Hospitalización: *Sistema de Internamiento no quirúrgico* y *Sistema de Hostería*
7. Cirugías: *Sistema de Atención Quirúrgica*.
8. Procedimientos ambulatorios: *Sistema de Hospital de Día*.
9. Alta y referencia a otras unidades o instancias de la red. *Sistema de Gestión de Pacientes*.
10. En los casos de fallecimiento Morgue: *Sistema de Otros servicios de Apoyo técnico*.

I. Sistema de Gestión de Pacientes

El Modelo de Gestión Hospitalaria plantea la necesidad de realizar cambios sustanciales en el *proceso asistencial*. La mayor cantidad de estos cambios serán implementados a través del **Sistema de Gestión de Pacientes**, que será el *encargado de desarrollar, implementar y dinamizar estrategias que permitan orientar y preparar al paciente desde antes que ingrese al hospital; garantizarle agilidad, seguridad y satisfacción durante su estancia hospitalaria (sea por asistencia ambulatoria o por internamiento); y propiciarle, de regreso a su comunidad, una atención integral en red de servicios*, apegada al principio de continuidad del Modelo Nacional de Salud.

El desafío es lograr establecer el paradigma de que las y los usuarios del hospital *tienen necesidades de salud*, y que estas, en conjunto con sus necesidades económicas, los condicionan para lograr un acceso oportuno a su atención. Dada esta situación, el Modelo de Gestión Hospitalaria, plantea la implementación de este sistema que implica la reorganización de procesos y procedimientos, para conocer y atender estas necesidades, desde el hogar y en su tránsito por la red de servicios de Salud, lo que redundará en la eficiencia, transparencia y eficacia de la gestión hospitalaria.

Áreas funcionales del Sistema de Gestión de Pacientes: El Sistema de Gestión de Pacientes se organiza en las siguientes áreas funcionales:

1. Gestión de la información
2. Acceso y continuidad de los servicios hospitalarios
3. Satisfacción de Usuarios.
4. Microgestión con Calidad del Sistema de Gestión de Pacientes

Los siguientes deben considerarse los **procesos básicos**²¹ *implementar el Sistema de Gestión de Pacientes:*

1. Admisión y documentación clínica
2. Gestión de Pacientes
3. Información Asistencial
4. Atención al Usuario
5. Labor o Trabajo Social
6. Referencia y Respuesta
7. Microgestión del Sistema de Gestión de Pacientes
8. Gestión con Calidad del Sistema de Gestión de Pacientes

A continuación se realiza una breve descripción de los procesos, por tratarse del sistema en que los cambios hacen diferencia:

- I. **Admisión y documentación clínica:** constituido por un equipo encargado de registrar y propiciar un flujo de seguimiento a la información clínica - asistencial de las y los pacientes

²¹ *Procesos Básicos: Son los procesos mínimos exigibles para conformar el Sistema. No se puede excluir ninguno. Sin embargo, Con base a criterios técnicos podrían incluirse otros.*

que constituyen la población atendida y por atender en el hospital, en todas las modalidades de atención hospitalaria, y en la interacción con los otros niveles de atención. Se encarga además, de organizar y custodiar los expedientes clínicos, garantizar la codificación clínica y generar informes vinculados para los diferentes niveles.

Uno de los procedimientos que deben ser incorporados en este proceso, debe incluir la incorporación de la identidad de la persona, de tal manera que se pueda hacer vínculo e identificación del usuario donde pudiera ser atendido (niveles) y además sirva para identificar al usuario según el régimen de aseguramiento al que esté adscrito.

2. Gestión de pacientes: es llevado por un equipo que tiene como objetivo *organizar y gestionar el flujo de pacientes por los distintos servicios que el hospital ofrece*. Esto tiene como expresión práctica, *la organización de la demanda de las urgencias, de las consultas externas, de los servicios de hospitalización, y de la programación quirúrgica*. Este proceso requiere de guías claras y esfuerzos de comunicación efectiva entre los integrantes del equipo, que deberá desarrollar con eficiencia procedimientos claves como la *Gestión de Citas, la Gestión de camas, la Programación quirúrgica*, entre otros.

Para lo cual, se deberá establecer un Comité de Gestión de Pacientes, coordinado por el personal del Sistema de Gestión de Pacientes e integrado por personal clave. Este comité se encargará de planificar, organizar, dar seguimiento y controlar los Procedimientos de Gestión de Citas, Gestión de Camas, Gestión de la Programación Quirúrgica y la Lista de Espera, entre otros.

Este proceso debe necesariamente incluir procedimientos novedosos como la organización de las citas de las consultas externas a través de horarios escalonados. El recordatorio y/o confirmación de la cita vía telefónica. El recordatorio vía telefónica o través de internet de las actividades preoperatorias para el internamiento en casos quirúrgicos, o la realización de especiales. Etc.

3. Información asistencial: El equipo a cargo de este proceso cumple con el objetivo de *tomar la información asistencial registrada, para consolidarla y elaborar los reportes de la producción asistencial y de cuantos elementos influyen en ella, todo como insumo para la toma de decisiones*. Se trata de generar cuanto informe sea necesario para contribuir en la gestión hospitalaria. La agilidad de este proceso dependerá de los instrumentos y del Sistema de Información establecido en el hospital. Lo deseado es que se cuente con un Sistema de Información automatizado, ágil, oportuno y confiable. Cuyo procedimiento esencial sea el de *Controlar la calidad de la información a nivel de fuentes, captura, circuitos, mantenimiento y actualización de conceptos y definiciones*.

Entre otros procedimientos, además de estos, el equipo encargado de este proceso, debe establecer coordinación con todos los servicios del hospital, para la compilación de datos. Debe analizar la información para medir y evaluar la actividad hospitalaria, tanto a través de productos intermedios, como finales. Debe elaborar y difundir información sistemática e informes a demanda.

4. Atención al usuario: El equipo encargado de este proceso es responsable de desarrollar e implementar procedimientos orientados a facilitar el contacto directo entre el usuario y sus familiares con todas las instancias, servicios, unidades y procesos administrativos y asistenciales del hospital, eliminando todas las barreras existentes. Para ello *desarrollará procedimientos de monitoría y evaluación de la satisfacción del usuario, de las quejas, reclamos, sugerencias y recomendaciones; a través de encuestas de satisfacción y de la implementación de planes de mejora continua.*

Además, este equipo realizará procedimientos de información a usuarios y público en general, sobre la cartera de servicios del hospital y sus normas básicas de funcionamiento, tareas de coordinación con otros centros para la asistencia a un determinado paciente.

5. Labor o Trabajo Social: el equipo de producción encargado de este proceso realizará procedimientos que facilitarán:
- La *implementación de estudios socioeconómicos* para garantizar la equidad en el acceso a los servicios hospitalarios, de toda la población usuaria que requiera *exoneración*, o que deba entregar una contribución solidaria para financiar la entrega de servicios con calidad, calidez y confort. Procurando una gestión hospitalaria transparente.
 - La colaboración con los *pacientes que dados de alta presenten dificultades sociales* para su movilización o traslado a su casa u otra unidad de salud.
 - La agilización de los *trámites por fallecimiento en situaciones de problemática social* (búsqueda de familiares, inhumaciones municipales, etc).
 - La orientación para la tramitación de documentación de acuerdo a los programas vigentes.
 - Etc.

6. Referencia y respuesta: El equipo responsable de este proceso garantiza la adecuada ejecución de procedimientos vinculados al registro de todas las referencias, el análisis de las causas de referencia, la evaluación de la calidad de las referencias recibidas, la creación o identificación de espacios o instancias para analizar periódicamente las tendencias de los procesos de referencia. Este equipo, *cumplirá y promoverá el cumplimiento de la norma de Referencia y Respuesta*, adaptándola a la realidad del hospital.

Este proceso incluye procedimientos de conducción en la elaboración y/o actualización de protocolos y/o guías, para definir claramente los procesos de traslados de pacientes, los criterios para determinar cuándo es el momento oportuno para realizar la referencia y el traslado hacia una unidad con mayor nivel de resolución.

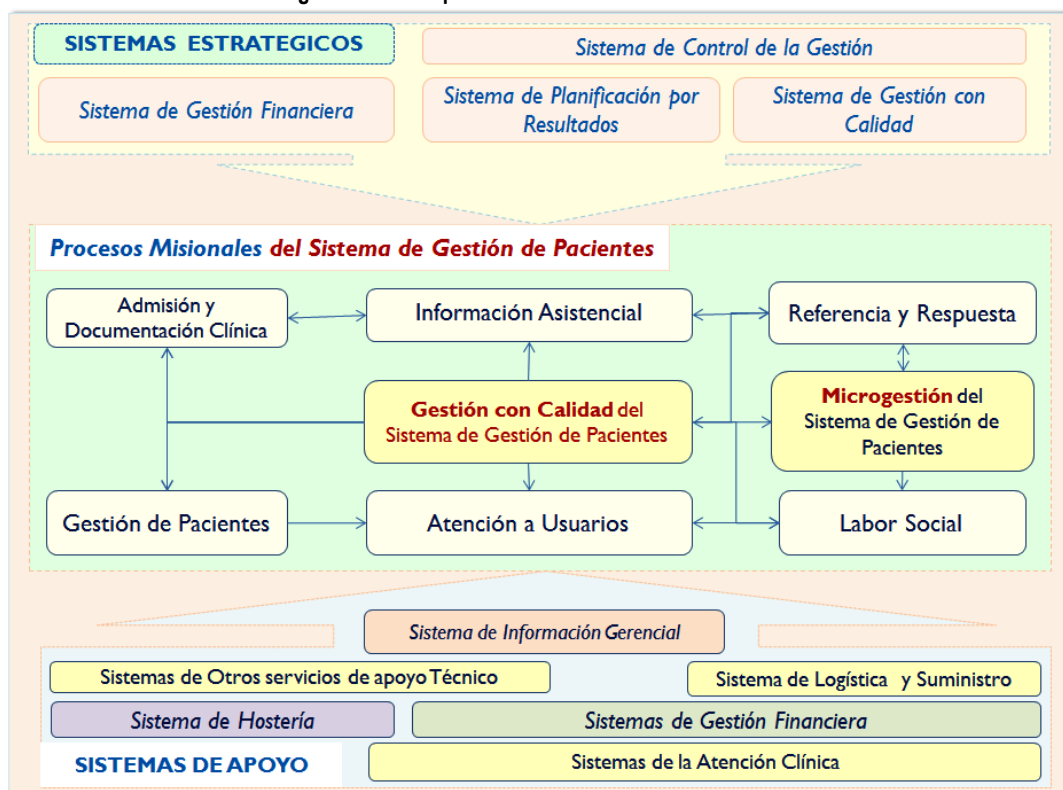
El Sistema de Gestión de Pacientes establece las tareas para realizar “respuestas” a todas las personas referidas, pero también, conduce la *realización y registro de todas las “referencias” para pacientes* que hayan llegado espontáneamente al hospital, de tal manera que, es el garante del principio de Continuidad establecido en el Modelo Nacional de Salud.

El proceso de Referencia y Respuesta debe complementarse siempre con un procedimiento establecido en todos los Procesos de los Sistemas de la Atención Clínica, que condiciona el alta del paciente. Se trata de la *realización obligatoria siempre de una referencia hacia donde el paciente debe ser atendido*. Sea para procesos de promoción, prevención, recuperación o rehabilitación integral de la Salud.

Finalmente, este proceso incluye el análisis de los registros y las tendencias de las referencias recibidas y las referencias realizadas, lo cual requerirá implementar actividades cuyas tareas facilitarán la presencia de los/as especialistas médicas y de otras profesiones, en el Primer Nivel de Atención, sea para la atención directa de la población (en las US o en la comunidad) o de educación continua a profesionales, técnicos y/o colaboradores voluntarios de salud.

7. Microgestión y Gestión con Calidad del Sistema: Para implementar estos procesos la conducción del Sistema de Gestión de Pacientes desarrollará los mismos procedimientos que para los demás Sistemas. Por tanto, en la instrumentación del Modelo, se debe garantizar una guía que permita desarrollar sus procedimientos, actividades y tareas, que será la misma para todos los sistemas.

Figura No.14 Mapa del Sistema de Gestión de Pacientes



Instrumentos necesarios para implementar el Sistema de Gestión de Pacientes:

1. *Manual del Proceso de Referencia y Respuesta*
2. *Protocolos para la referencia y respuesta de las condiciones y necesidades de salud más frecuentes.*
3. *Normas de atención clínica (todos los procesos de la gestión clínica)*
4. *Norma del Expediente Clínico*
5. *Guía de Recuperación de Costos con protección a pobres.*
6. *Guías de Exoneración de Pacientes*
7. *Manual de organización y funciones del Comité de Gestión de Pacientes*
8. *Guía para la Gestión de la Programación Quirúrgica y la Lista de Espera*
9. *Guía para la Gestión de Camas*
10. *Guía para la Gestión de Citas*
11. *Conjunto garantizado de Prestaciones (y Productos) que brinda el hospital*
12. *Manual de Organización y Funciones para el Sistema de Gestión de Pacientes*

2. Sistema de Atención Ambulatoria

El término «**atención de salud ambulatoria**» alude a los individuos y organizaciones que dispensan servicios de salud personal en régimen extra hospitalario. La tendencia de hoy es concentrar en los hospitales **sólo las enfermedades de alta complejidad**. Todo lo demás, atención y control de patologías comunes, labores de prevención, realización de exámenes e intervenciones menores, es hecho en centros de atención primaria.

El concepto de Atención Ambulatoria que aplica en este Modelo de Gestión Hospitalaria, se relaciona a la atención de personas cuyo motivo de consulta no requiere de la gestión de hospitalización (Internamiento o encamamiento).

En este sentido, **Áreas funcionales del Sistema de Atención Ambulatoria:** El Sistema de Atención Ambulatoria se organiza en las siguientes áreas funcionales:

1. *Emergencias*
2. *Observación de pacientes*
3. *Consulta Externa*
4. *Microgestión con Calidad*
5. *Docencia e Investigación*

Los siguientes deben considerarse los **procesos básicos**²² para implementar el Sistema de Atención Ambulatoria:

²² *Procesos Básicos: Son los procesos mínimos exigibles para conformar el Sistema. No se puede excluir ninguno. Sin embargo, Con base a criterios técnicos podrían incluirse otros.*

1. Atención de urgencias de personas adultas y adolescentes.
2. Atención de urgencias pediátricas.
3. Atención de consultas externas de especialidades No quirúrgicas para adultos/as y adolescentes.
4. Atención de consultas externas de especialidades quirúrgicas para adultos/as y adolescentes.
5. Atención de consultas externas pediátricas.
6. Atención de consultas externas de especialidades quirúrgicas pediátricas.
7. Microgestión de la Atención Ambulatoria.
8. Gestión con Calidad de la Atención Ambulatoria.
9. Docencia e Investigación en el Sistema de Atención Ambulatoria.

Todos los procesos clínicos incluyen como procedimiento final actividades y tareas para garantizar la referencia y respuesta.

La definición de los productos centrados en el/la usuario/a se han redactado de tal manera que se humanice la atención de los servicios y se motive con el monitoreo y la evaluación la identificación de personas atendidas, en el anexo No.3

Figura No.15 Mapa del Sistema de Atención Ambulatoria



Instrumentos necesarios para implementar el Sistema de Atención Ambulatoria:

Con la finalidad de Optimizar los procesos que componen este Sistema, se deberá diseñar, revisar y/o actualizar e implementar el uso de una serie de instrumentos, de manera tal que no falten normas, lineamientos, guías o manuales para realizar con precisión los procedimientos, actividades y tareas identificadas en cada uno de los procesos. En este sentido, a continuación se presenta la lista de instrumentos mínimamente necesarios:

1. Lineamientos para la organización del Servicio de Emergencia y Observación
2. Lineamientos para la organización del Servicio de Consulta Externa.
3. Lineamientos o directrices para el Triage de pacientes.
4. Protocolos para la atención de las principales urgencias de Medicina Interna
5. Protocolos para la atención de las principales urgencias de Cirugía
6. Protocolos para la atención de las principales urgencias de Ortopedia y traumatología
7. Normas para la atención de las urgencias materno – neonatal
8. Formatos de recolección de información normados para el servicio de emergencia, observación y consulta externa.
9. Normativa y formatos para el Proceso de Referencia y Respuesta.
10. Libros para el registro de pacientes atendidos en observación.
11. Formatos de solicitud de exámenes de laboratorio, rayos “X” e imagenología.
12. Lineamientos y normativas e instrumentos para el automonitoreo de la calidad del Departamento.
13. Lineamientos y normativas e instrumentos para la supervisión del desempeño del personal del Departamento
14. Lineamientos y normativas e instrumentos para el automonitoreo de la eficiencia del Departamento.
15. Lineamientos, normativas e instrumentos para la coordinación del Departamento de producción Clínica con los departamentos de Apoyo, y demás instancias hospitalarias.

3. Sistema de Servicios Diagnósticos

El Sistema de Servicios Diagnósticos se conforma por una serie de procesos que tienen como finalidad colaborar con el personal clínico para acercarse el diagnóstico más apropiado del paciente, base para establecer el abordaje terapéutico adecuada, que facilitará el restablecimiento y curación del o la paciente.

Los Procesos del **Sistema de Servicios Diagnósticos** han sido sujeto con mayor esfuerzo técnico – científico, y del avance la informático, por tanto en los últimos 30 años se han presentado avances tan importantes que la metodología ha pasado de las radiografía a las resonancias magnética en el tema de la imagenología, y de los exámenes de laboratorio sencillo hasta la identificación y cultivos de lo virus en el laboratorio clínico.

Si bien los avances tecnológicos son importantes, todavía por su elevado costo, no están al alcance de la mayoría de los hospitales de tipo I, y en estos hospitales el sistema se orienta a tres procesos, para trascender a múltiples procesos a los hospitales nacionales e institutos especializados.

Áreas funcionales del Sistema de Servicios Diagnósticos:

1. Laboratorio Clínico
2. Servicios de Imagenología
3. Microgestión con Calidad del Sistema de Servicios Diagnósticos
4. Docencia e Investigación del Sistema de Servicios Diagnósticos

Los siguientes deben considerarse los **procesos básicos**²³implementar el Sistema de Servicios Diagnósticos:

1. Laboratorio clínico: Bacteriología, Química Sanguínea,
2. Servicios de imagenología, que incluye: Rayos “X” convencional, pruebas con medios de contraste, fluoroscopia, Ultrasonido General y Ultrasonido Obstétrico. Tomografía Axial Computarizada y Resonancia Magnética.
3. Laboratorio de anatomopatología clínica
4. *Microgestión con Calidad del Sistema de Servicios Diagnósticos*
5. *Gestión con Calidad del Sistema de Servicios Diagnósticos*
6. *Docencia e Investigación del Sistema de Servicios Diagnósticos*

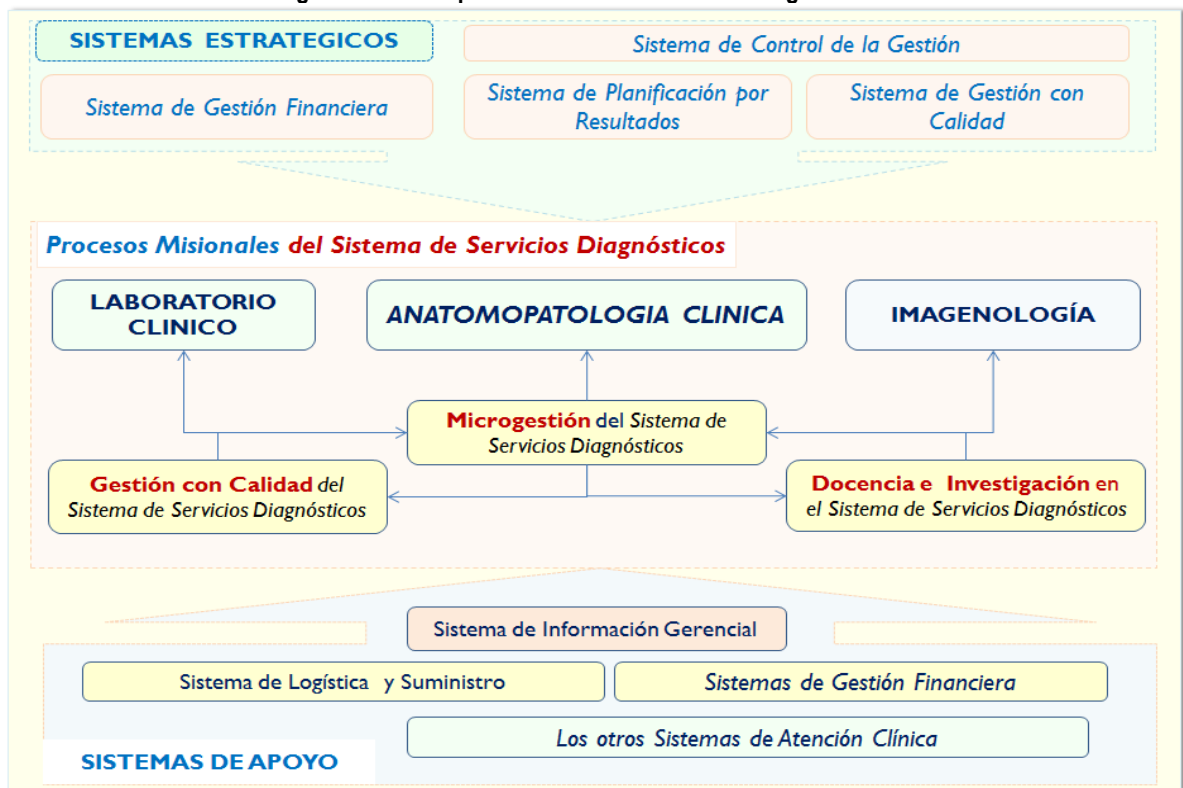
En hospitales de mayor nivel de resolución constituyen procesos de este sistema: los Estudios de hemodinámica y fisiología cardiaca, los estudios de fisiología pulmonar, de neurotransmisión, las pruebas Psicométricas, Estudios de inmunología y alergología, entre otros.

²³ *Procesos Básicos: Son los procesos mínimos exigibles para conformar el Sistema. No se puede excluir ninguno. Sin embargo, Con base a criterios técnicos podrían incluirse otros.*

Los equipos que realizarán los procesos del Sistema de Servicios Diagnósticos requerirán de los siguientes instrumentos:

1. Reglamento y Normas de servicio de Laboratorio Clínico.
2. Reglamento y Normas de servicio de Imagenología.
3. Lineamientos para la organización del Servicio de Laboratorio Clínico.
4. Lineamientos para la organización del Servicio de Imagenología
5. Protocolo de instrucción para la realización de los exámenes o pruebas más frecuentes de Laboratorio Clínico.
6. Protocolo de instrucción para la realización de los exámenes o pruebas más frecuentes de imagenología.
7. Formatos para la solicitud e informe del respectivo en examen en cada departamento.
8. Libro de registro diario de la productividad por tipo de examen
9. Formatos de consolidación de información de productividad mensual/trimestral/anual
10. Instrumentos para el automonitoreo de la calidad del Laboratorio Clínico.
11. Instrumentos para el automonitoreo de la calidad de imagenología.
12. Instrumentos para la supervisión del desempeño del personal del Imagenología
13. Instrumentos para la supervisión del desempeño del personal del Laboratorio Clínico.
14. Instrumentos para el automonitoreo de la eficiencia de los servicios diagnósticos.
15. Guía para la evaluación del desempeño del Sistema de Servicios Diagnósticos.

Figura No.16 Mapa del Sistema de Servicios Diagnósticos



4. Sistema de Apoyo Terapéutico

El Sistema de Apoyo Terapéutico tiene como finalidad contribuir a la recuperación y restauración de la salud de las y los usuarios atendidos en los diferentes servicios clínicos de la unidad hospitalaria y del sistema de salud.

Las **Áreas funcionales del Sistema de Apoyo Terapéutico son:**

1. Farmacia
2. Banco de Sangre
3. Microgestión del Sistema de Apoyo Terapéutico
4. Docencia e Investigación del Sistema de Apoyo Terapéutico

El Sistema de Apoyo Terapéutico se organiza por un conjunto de procesos que están disponibles en los hospitales dependiendo del nivel de resolución que tiene. *A continuación se presentan los **procesos básicos**²⁴ para implementar el Sistema de Apoyo Terapéutico:*

1. Farmacia
2. Banco de Sangre
3. Radioterapia.
4. Microgestión del Sistema de Apoyo Terapéutico
5. Gestión con Calidad del Sistema de Apoyo Terapéutico
6. Docencia e Investigación del Sistema de Apoyo Terapéutico

1. Farmacia

El proceso de Farmacia es el responsable de establecer los mecanismos para garantizar la correcta adquisición y distribución de los medicamentos a los pacientes atendidos en el hospital, además del control administrativo y técnico sobre los medicamentos y productos afines con el fin de garantizar la eficiencia, eficacia y calidad en la entrega de los servicios.

▪ **Medicamentos e insumos para la atención médica.**

Los procesos de abastecimiento de insumos y servicios de productos farmacéuticos son relevantes en la atención médica. Por una parte, establecen las premisas para que los médicos cuenten con los insumos a utilizarse en la mejora y en el mantenimiento de las condiciones de salud de los usuarios; y por otra parte, definen las acciones de surtimiento y flujo de medicamentos e insumos desde su adquisición, almacenamiento, prescripción, preparación, dispensación y administración al paciente.

Tres elementos deben ser considerados al instrumentar y coordinar las acciones de abasto, surtimiento a usuarios y vinculación con el servicio de farmacia intrahospitalaria: (i) Política de

²⁴ *Procesos Básicos: Son los procesos mínimos exigibles para conformar el Sistema. No se puede excluir ninguno. Sin embargo, Con base a criterios técnicos podrían incluirse otros.*

Medicamentos e insumos para la salud, (ii) Esquema de suministro o aprovisionamiento, (iii) Mecanismo de Gestión del servicio de farmacia.

Cada hospital debe de definir su *Política interna de medicamentos e insumos para la salud* con base en: Las normas que regulan el otorgamiento de medicamentos a los pacientes y el esquema de suministro o abasto de medicamentos que utilice el hospital.

Su establecimiento tiene que enfocarse a los servicios e intervenciones que ofrece el hospital, a la protocolización de las principales enfermedades, a la adhesión del cuadro básico de medicamentos establecido por la Secretaría de Salud y la utilización de bio-equivalentes, entre otros.

Esquema de suministro de medicamentos. Para disponer físicamente de los medicamentos en el hospital es necesario contar con un esquema de suministro, que entre otros aspectos, considere la oportunidad, calidad y economía de escala en la compra. También, es necesario establecer políticas internas del hospital, requerimientos y servicios normalizados que los proveedores deben seguir para entregar los medicamentos de acuerdo con la norma aplicable y bajo el esquema de contratación establecido para la compra de este insumo. El plan de recepción de los medicamentos comprados debe considerar el resurtido y la facturación mensual de pago como un respaldo importante al proceso productivo del hospital para asegurar eficiencia y calidad de servicio.

- *Distribución de medicamento*, ésta debe realizarse de manera directa desde el proveedor o proveedores al hospital (justo a tiempo), de acuerdo a un plan elaborado desde la contratación. La solicitud de surtido de los medicamentos lo realiza el hospital para eliminar los canales de distribución tradicionales provenientes del almacén central o almacenes Regionales.
- *Almacenamiento y la administración de los inventarios*, las políticas a observar son: establecer niveles para inventarios máximos, mínimos y de seguridad (cobertura); el costo implícito por manejo de inventarios en hospital, debe ser analizado, mejorado y establecido. Los tiempos de resurtido por parte de proveedores, así como los de consumo promedio esperado, deben ser considerados en la definición de niveles para el inventario de seguridad.
- *Reposición de Inventarios*, se buscará la integración de solicitudes de distribución, validadas por parte del servicio de farmacia, de acuerdo a los inventarios de dosis unitarias, soluciones o medicamentos controlados. La reposición de medicamentos e insumos, debe corresponder a los consumos y debe asociarse con el mantenimiento de un inventario óptimo y suficiente para cubrir la demanda interna del hospital en todo momento.

Dentro del Sistema de Apoyo Terapéutico, el proceso de farmacia de los hospitales, requiere de un equipo de recursos humanos que se organicen a para desarrollar procedimientos complejos que requieren de aspectos técnicos de esta especialidad, pero además, que resguarden con transparencia, la prescripción, almacenamiento y dispensa de los medicamentos, entre estos se señalan: *mecanismos de Solicitud, almacenamiento y conservación del*

medicamento, tanto para la atención directa de los pacientes, como la remisión a los servicios de hospitalización y de procedimientos quirúrgicos o de emergencia. *La Dispensación del medicamento a pacientes externos*, debería tener formas de automatización para que desde el momento en que se realiza la prescripción en cualquier ambiente de la atención, en red el equipo de farmacia conozca los requerimientos y proceda al despacho y descargo con seguridad.

En la *Dispensación de medicamentos a pacientes hospitalizados* se deben fortalecer las medidas de control de medicamentos, en los casos de pacientes que por diferentes circunstancias no lo utiliza. Como alta, fuga, fallecimiento, etc. Los procedimientos para la *actualización de inventarios* que actualmente se realizan deben ser automatizados para lograr mayores niveles de *control técnico y administrativo*.

2. Banco de Sangre y hemoderivados

El proceso de banco de sangre es el responsable de organizar todas las actividades que corresponden para la captación, procesamiento, almacenamiento y suministro de la sangre, y sus derivados, en el hospital y las unidades integradas a la red de Salud, según los convenios internos establecidos y la norma nacional del nivel central para la gestión de este insumo.

Los equipos que ejecutan el proceso de Banco de Sangre en el hospital, están comprometidos en incrementar la iniciativa y creatividad para la *Captación de las unidades de sangre*. Utilizando los protocolos establecidos para la atención y *Preparación del donante*, implementado las medidas mínimas para la satisfacción de éstos, y las máximas precauciones para el *Procesamiento del producto*.

En la ejecución del proceso de Banco de Sangre, son procedimientos que requieren el perfeccionamiento y seguimiento dinámico y sistemático, la *Recepción de solicitud de las necesidades Sangre o de otros derivados* y la *Entrega de las unidades* para su aplicación en la(s) persona(s) que la(s) requiere(n), ya que por un lado su administración en casos de urgencia puede requerir de aspectos de investigación para identificar la oportunidad del despacho y su aplicación. Por otro, servirán para la comprobación del seguimiento de accidentes, reacciones colaterales o complicaciones en el uso de la sangre y/o sus derivados.

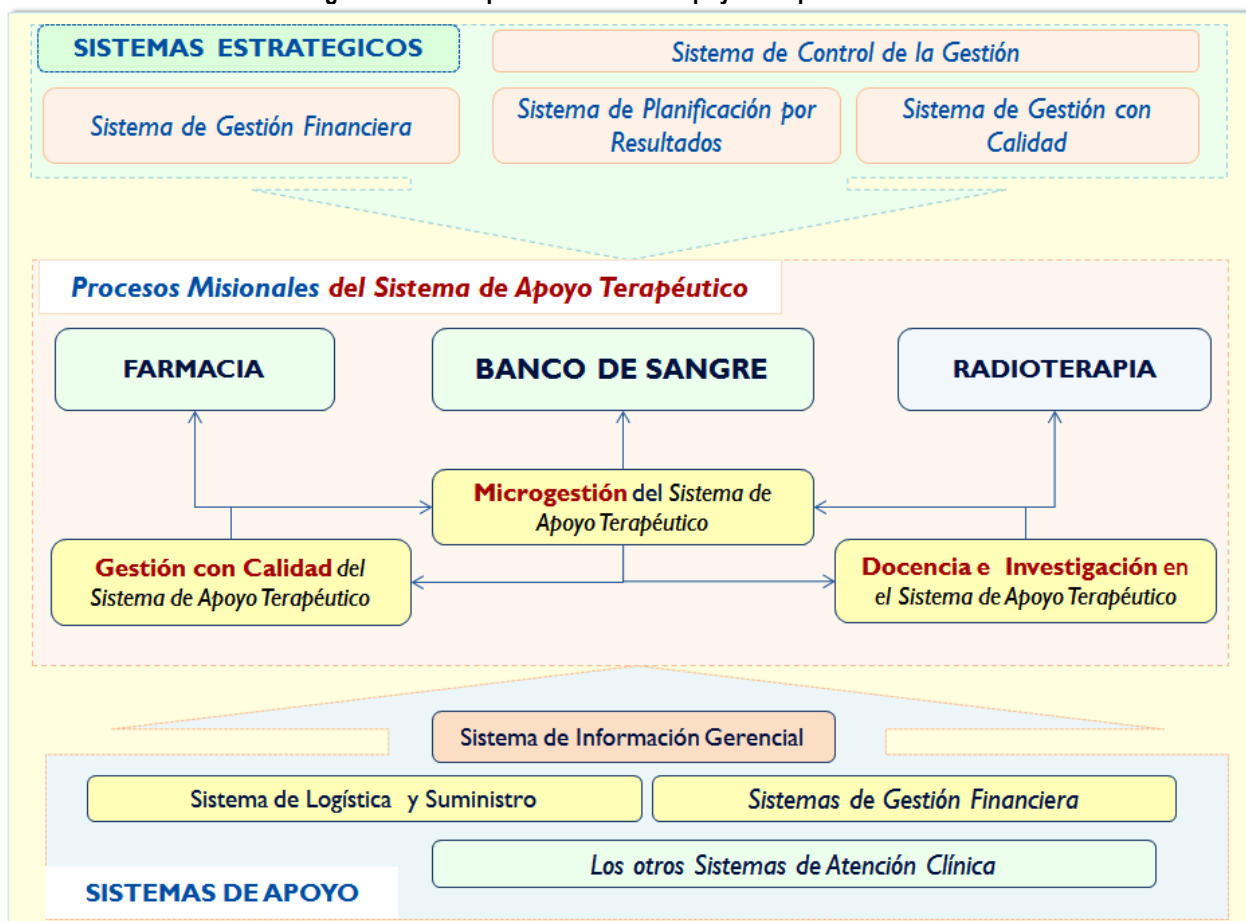
3. Radioterapia

El proceso de radioterapia, como un instrumento terapéutico, aplicado de forma oportuna, representa una opción de esperanza en la sobrevivencia de los y las pacientes diagnosticados con cáncer. Por el costo de los equipos y el cuidado por la seguridad que los equipos de radiación requieren, este proceso está confinado a una disponibilidad a centros especializados nacionales; de manera general este proceso, se ejecuta en instituciones nacionales, y se dispone en unidades de prestación de servicios de salud de cobertura nacional, con niveles de tipificación de instituto.

Desde la perspectiva de la gestión, implica planificación, organización, y verificación de las actividades que se requieren para la realización e interpretación de las pruebas que hacen el diagnóstico de las enfermedades oncológicas, y su estadio que establece el requerimiento de ofrecer la radiación como la mejor alternativa del arsenal de opciones para las y los pacientes.

Son procedimientos necesarios de exaltar en el proceso de gestión del tratamiento con radioterapia, la *Recepción de la solicitud* del tratamiento, que requiere de una confirmación minuciosa de los procedimientos que llevaron a la decisión de indicar esta terapia. La observación del cumplimiento del protocolo establecido para la *Realización del tratamiento* de radioterapia, el *Seguimiento pos procedimiento*, y las dinámicas establecidas para el *Control y evaluación* de la ejecución de los procedimientos técnicos.

Figura No.17 Mapa del Sistema de Apoyo Terapéutico



Instrumentos necesarios para que los equipos de este sistema desarrollen los procesos definidos:

1. Lineamientos para la organización del Sistema de Apoyo Terapéutico.
2. Normas y Reglamentos de farmacia.
3. Lineamientos y directrices para el automonitoreo de la calidad de los procesos de Farmacia.

4. *Instrumentos para la supervisión del desempeño del personal del Farmacia*
5. *Normas y Reglamentos de Banco de Sangre.*
6. *Protocolo de instrucción para la realización de los exámenes o pruebas más frecuentes de Banco de Sangre.*
7. *Formatos para la solicitud de Banco de Sangre.*
8. *Registro diario y consolidados de productividad Banco de Sangre y Radioterapia.*
9. *Lineamientos y directrices para el automonitoreo de la calidad de los procesos de Banco de Sangre.*
10. *Instrumentos para la supervisión del desempeño del personal del Banco de Sangre*
11. *Norma y Reglamento de Radioterapia*
12. *Protocolo de instrucción para la realización de los procedimientos de Radioterapia.*
13. *Lineamientos y directrices para el automonitoreo de la calidad de los procesos de Radioterapia.*
14. *Instrumentos para la supervisión del desempeño del personal de Radioterapia.*
15. *Lineamientos para la evaluación del desempeño del Sistema de Apoyo Terapéutico.*

5. Sistema de Atención Obstétrica

El Sistema de «**Atención Obstétrica**» es un sistema, identificado de manera especial para los hospitales de Honduras, considerando que el binomio madre niño representa un grupo de atención especial, por su alta vulnerabilidad, reflejada en los deteriorados indicadores de Mortalidad Materna y Neonatal, que ameritan la concentración de recursos y esfuerzos de manera especial, como una prioridad, que en efecto el estado establece.

El Sistema de Atención Obstétrica en el hospital, se conforma de equipos de trabajo encargados de dar respuestas a las necesidades de salud de las mujeres y sus recién nacidos durante el período de la Maternidad, desde que inicia el embarazo, hasta que la mujer egresa en su estado puerperal, e incluye la atención del recién nacido sano y la remisión inmediata del recién nacido complicado a la sala de internamiento no quirúrgico.

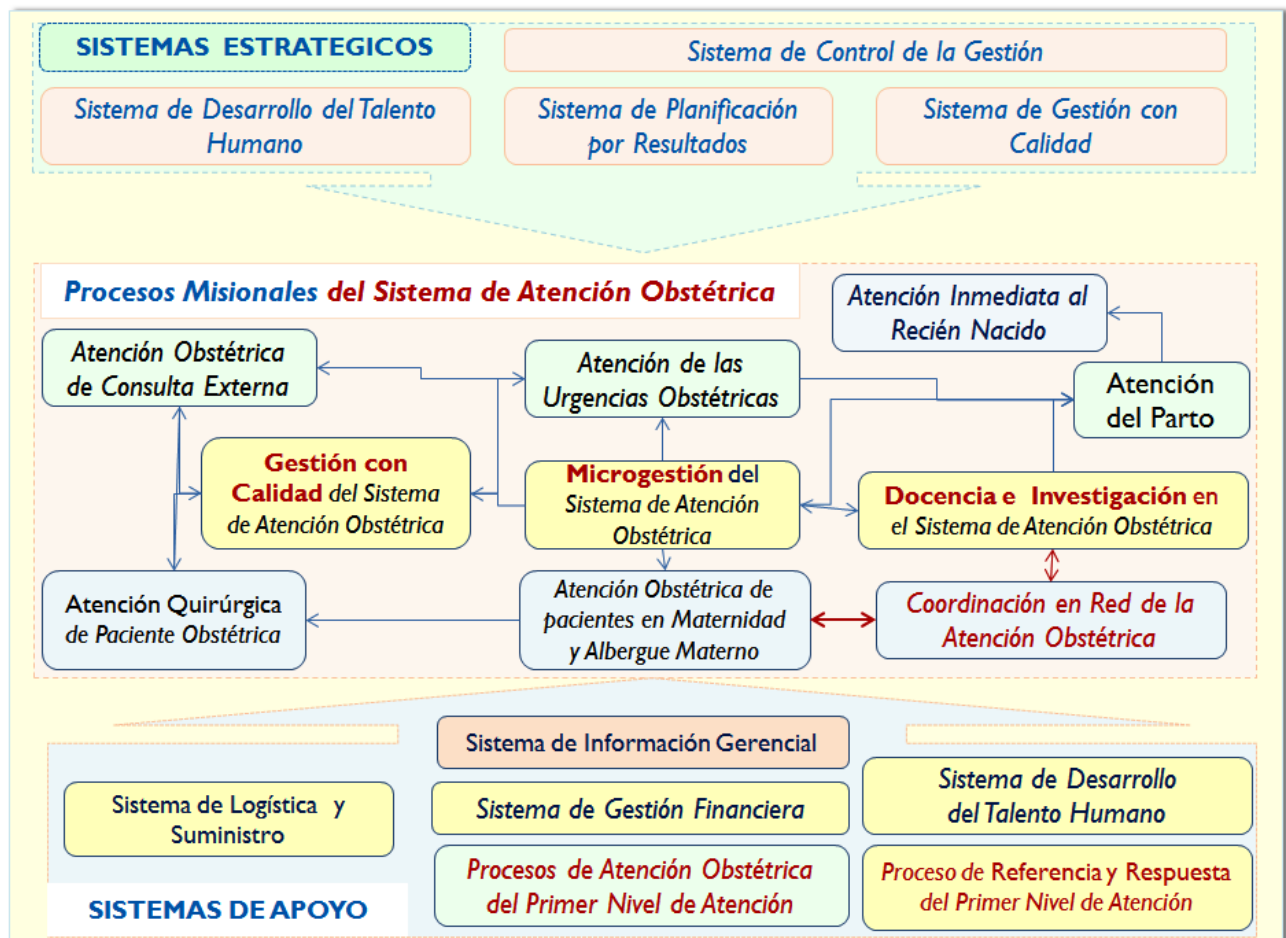
Las **Áreas funcionales del Sistema de Atención Obstétrica**: El Sistema de Atención Obstétrica se organiza en las siguientes áreas funcionales:

1. Consulta Externa de Obstetricia
2. Emergencia Obstétrica
3. Programación y ejecución quirúrgica de obstetricia
4. Labor y Partos
5. Maternidad y atención obstétrica a usuarias del Hogar Materno (*si corresponde*)
6. Microgestión con calidad del Sistema de Atención Obstétrica.
7. Docencia e Investigación del Sistema de Atención Obstétrica

Los siguientes deben considerarse los **procesos básicos**²⁵ implementar el Sistema de Atención Obstétrica:

1. Atención Obstétrica de consulta externa
2. Atención de las Urgencias Obstétricas
3. Atención de Parto
4. Atención Inmediata al Recién Nacido
5. Atención Obstétrica Quirúrgica
6. Atención Obstétrica de Pacientes de Maternidad y del Albergue Materno
7. Coordinación con la otras instancias de la Red en materia de Atención Obstétrica
8. Docencia e Investigación en la Atención y/o Gestión Obstétrica.
9. Microgestión del Sistema de Atención Obstétrica
10. Gestión con Calidad del Sistema de Atención Obstétrica

Figura No.18 Mapa del Sistema de Atención Obstétrica



²⁵ Procesos Básicos: Son los procesos mínimos exigibles para conformar el Sistema. No se puede excluir ninguno. Sin embargo, Con base a criterios técnicos podrían incluirse otros.

En su actuación en red, el *Sistema de Atención Obstétrica debe reconocer y ampliar los procesos de atención obstétrica de consulta externa, de docencia y de investigación hacia las unidades de atención primaria*, llegando hasta la coordinación, capacitación e investigación a nivel comunitario.

En este mismo sentido, los equipos de producción del Sistema de Atención obstétrica, deben participar en el proceso de referencia y respuesta, registrando las **referencias recibidas** por los servicios y la referencia de usuarias a otras instancias de la Red. Es importante considerar estas tareas como **procedimientos indispensables e infaltables**, y considerarlos como evidencias del trabajo en red. El equipo conductor del Sistema de Atención Obstétrica deberá implementar los procesos necesarios, desde de la Microgestión, para asegurar en este nuevo modelo de gestión, *el procedimiento, las actividades y tareas de referencia y respuesta*, como el eje novedoso que contribuirá a impulsar en buena parte los cambios esperados.

Son Instrumentos necesarios para que los equipos del Sistema de Atención Obstétrica desarrollen los procesos definidos:

1. Lineamientos o directrices para el Triage de las pacientes obstétricas.
2. Normas de Atención Materno – Neonatales.
3. Protocolos para la atención de las principales urgencias de Obstetricias
4. Formatos de recolección de información normados para el Departamento Mujer y Niñez.
5. Normativa y formatos para el proceso de Referencia y Respuesta.
6. Libros de registros de pacientes atendidos en Departamento de Mujer y Niñez
7. Formatos de solicitud de exámenes de laboratorio, rayos “X” e imagenología.
8. Lineamientos y normativas e instrumentos para el automonitoreo de la calidad del Departamento.
9. Lineamientos y normativas e instrumentos para la supervisión del desempeño del personal del Departamento
10. Lineamientos y normativas e instrumentos para el automonitoreo de la eficiencia del Departamento.
11. Lineamientos, normativas e instrumentos de **coordinación** de este Departamento de producción Clínica con los demás departamentos de Apoyo, y demás instancias hospitalarias.
12. Guía para la evaluación del desempeño del Sistema de Atención Obstétrica.

6. Sistema de Internamiento No quirúrgico

El Sistema de «**Internamiento No Quirúrgico**» se encarga de uno de los elementos tradicionales y más importantes de los hospitales, la hospitalización, el internamiento de aquellas personas que por la complejidad de su padecimiento, ameritan permanecer en el

hospital y ser objetos de asignación de una cama. La tendencia de hoy día, a nivel mundial, es reducir los días de hospitalización y la utilización de camas en la mayor proporción posible, esto se ha venido logrando con los avances tecnológicos de los procesos de diagnóstico y tratamiento, así como también, en ampliación en las modalidades de atención, seguimiento y rehabilitación, tanto en las unidades de salud de primer nivel, como en la comunidad.

El Sistema de Internamiento NO quirúrgico debe ser gestionado a través de los departamentos y unidades relacionadas a las especialidades en las que no se ingresa al paciente para procedimientos quirúrgicos, tradicionalmente Medicina Interna y las sub especialidades que de ella derivan.

Las **Áreas funcionales del Sistema de Internamiento No Quirúrgico**: El Sistema de Internamiento No Quirúrgico se organiza en las siguientes áreas funcionales:

1. Internamiento No quirúrgico para adultos/as.
2. Internamiento No quirúrgico para niños/as.
3. Microgestión con calidad del Sistema de Internamiento No Quirúrgico.
4. Docencia e Investigación del Sistema de Internamiento No Quirúrgico.

Los siguientes deben considerarse los **Procesos básicos**²⁶ para implementar el Sistema de Internamiento NO Quirúrgico:

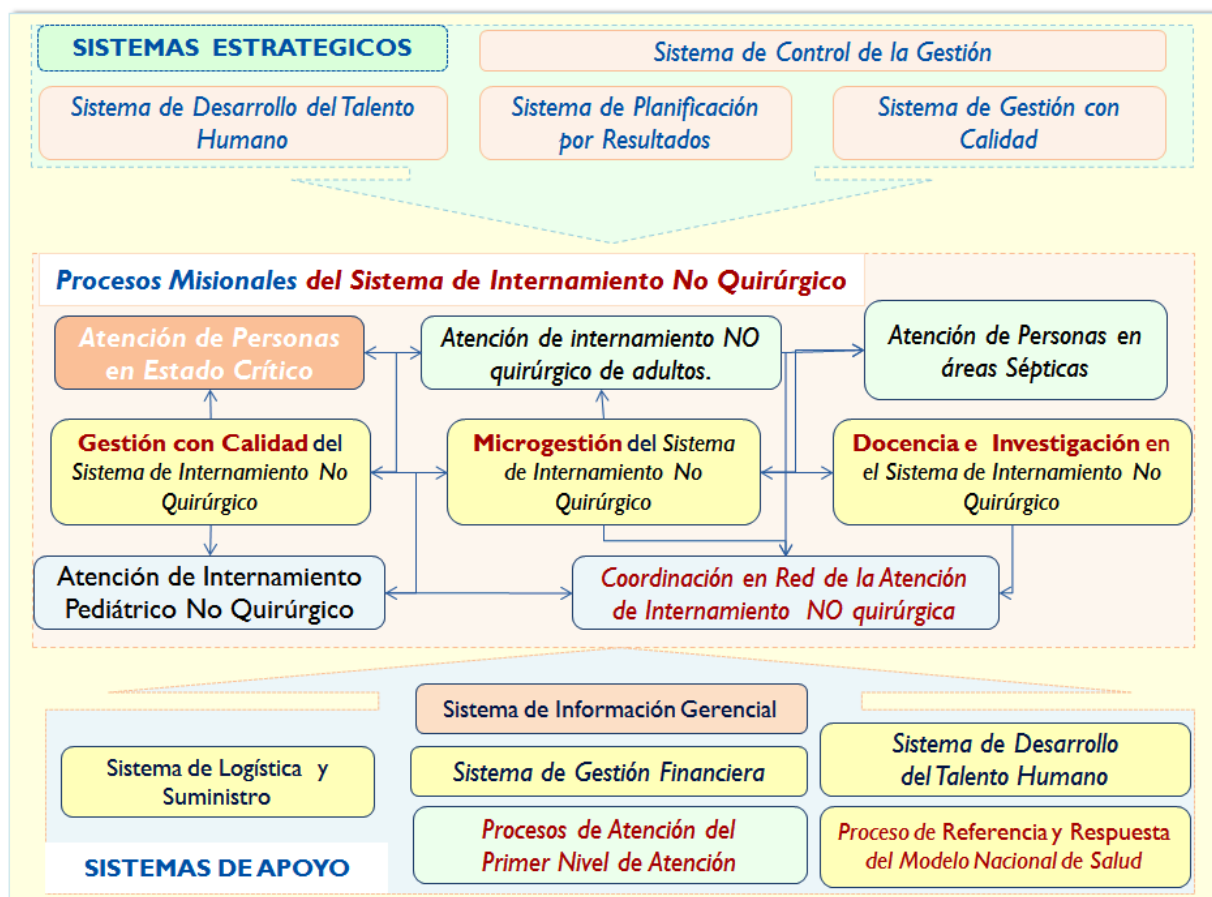
1. Atención de internamiento NO quirúrgico de adultos.
2. Atención de internamiento Pediátrico.
3. Atención de internamiento de personas en estado Críticos (Para estabilización y envío a hospitales con unidades especializadas como UCI, UTI, UTC, Etc.)
4. Atención de internamiento de personas en áreas sépticas o infectadas.
5. Atención de internamiento de personas en condiciones especiales (ej. Cólera, etc)
6. Coordinación con la otras instancias de la Red (para la Atención de Patologías de Internamiento No Quirúrgico)
7. Docencia e Investigación en la Atención de Internamiento No Quirúrgico
8. Gestión con calidad del Sistema de Internamiento No Quirúrgico.
9. Microgestión del Sistema de Internamiento No Quirúrgico.

En su actuación en red, el **Sistema de Internamiento NO quirúrgico** debe reconocer y ampliar los procesos de atención de consulta externa, de docencia y de investigación hacia las unidades de atención primaria, llegando hasta la coordinación, capacitación e investigación a nivel comunitario. Los equipos de producción del Sistema de Internamiento No Quirúrgico,

²⁶ *Procesos Básicos: Son los procesos mínimos exigibles para conformar el Sistema. No se puede excluir ninguno. Sin embargo, Con base a criterios técnicos podrían incluirse otros.*

deben dar respuesta a las **referencias recibidas** por los servicios y la referencia de usuarias/usuarios a otras instancias. En este Modelo de Gestión Hospitalaria la referencia y la respuesta son **Procedimientos indispensables e infaltables**, se debe tener como evidencia del trabajo en red, de la atención bajo el principio de continuidad. El equipo de conducción del Sistema de Internamiento No Quirúrgico deberá considerar todos los momentos de la Microgestión para garantizar que en todos los procesos se realicen las tareas del procedimiento de Referencia y Respuesta.

Figura No.19 Mapa del Sistema de Internamiento No Quirúrgico



Son instrumentos necesarios para que los equipos del Sistema de Internamiento No Quirúrgico desarrollen los procesos definidos:

1. Manual de Organización y Funciones del Sistema de Internamiento No Quirúrgico
2. Lineamientos para la organización de los Servicios de Medicina Interna y subespecialidades.
3. Lineamientos para la organización del Servicio de Consulta Externa.
4. Protocolos para la atención de las principales urgencias de Medicina Interna
5. Formatos de recolección de información normados para el servicio de Internamiento No quirúrgico.

6. Normativa y formatos para el Proceso de Referencia y Respuesta.
7. Libros para el registro de pacientes atendidos en internamiento no quirúrgico y en sala de infectados/sépticos.
8. Manual de Procedimientos a pacientes en la atención de internamiento No quirúrgico (*aplicación de sondas nasogástricas, sondas vesicales, venodisección, abordaje yugular, etc*)
9. Formatos de solicitud de exámenes de laboratorio, rayos “X” e imagenología.
10. Lineamientos y normativas e instrumentos para el automonitoreo de la calidad del Sistema de Internamiento No Quirúrgico
11. Lineamientos y normativas e instrumentos para la supervisión del desempeño del personal del *Sistema de Internamiento No Quirúrgico*
12. Lineamientos y normativas e instrumentos para el automonitoreo de la eficiencia del *Sistema de Internamiento No Quirúrgico*
13. Guía para la Microgestión con Calidad del *Sistema de Internamiento No Quirúrgico*
14. Guía para la evaluación del desempeño del Sistema de Internamiento No Quirúrgico.

7. Sistema de Atención Quirúrgica (SAQ)

El Sistema de Atención Quirúrgica desarrolla productos, de importancia por la complejidad y el costo de los procedimientos que se realizan de sus subespecialidades, la programación quirúrgica constituye un serio problemas en términos de satisfacción de la población, que valora, la respuesta de los hospitales ante patologías quirúrgicas, por esto, es importante, establecer y destacar las actividades de información y educación, referencia y respuesta, que se realicen en este sistema, así como también la resolución de largas listas de espera y la mora quirúrgica, que generalmente sufren las y los pacientes. Se pretende impulsar iniciativas en la gestión de pacientes para que el sistema de atención quirúrgica desarrolle procesos ágiles y aceptables en el funcionamiento en red.

En su actuación en red, el **Sistema de Atención quirúrgica** debe reconocer y ampliar los procesos de promoción, prevención y atención de las patologías quirúrgicas, vinculándolas a los procesos de docencia y de investigación, con involucramiento de las unidades de atención primaria, llegando hasta la coordinación del personal de salud comunitario.

Los Equipos de Producción del Sistema de Atención Quirúrgica, deben ofrecer respuestas a las todas las **referencias recibidas** por las otras instancias de la Red. Este Modelo considera, como **procedimientos indispensables e infaltables**, las referencias y respuestas que el Hospital realice a los otros niveles de atención de la red de servicios, todos los cuales deben ser registrados, y de manera específica el equipo deberá realizar uso de los diferentes momentos de la microgestión para lograr que estos procedimientos se cumplan.

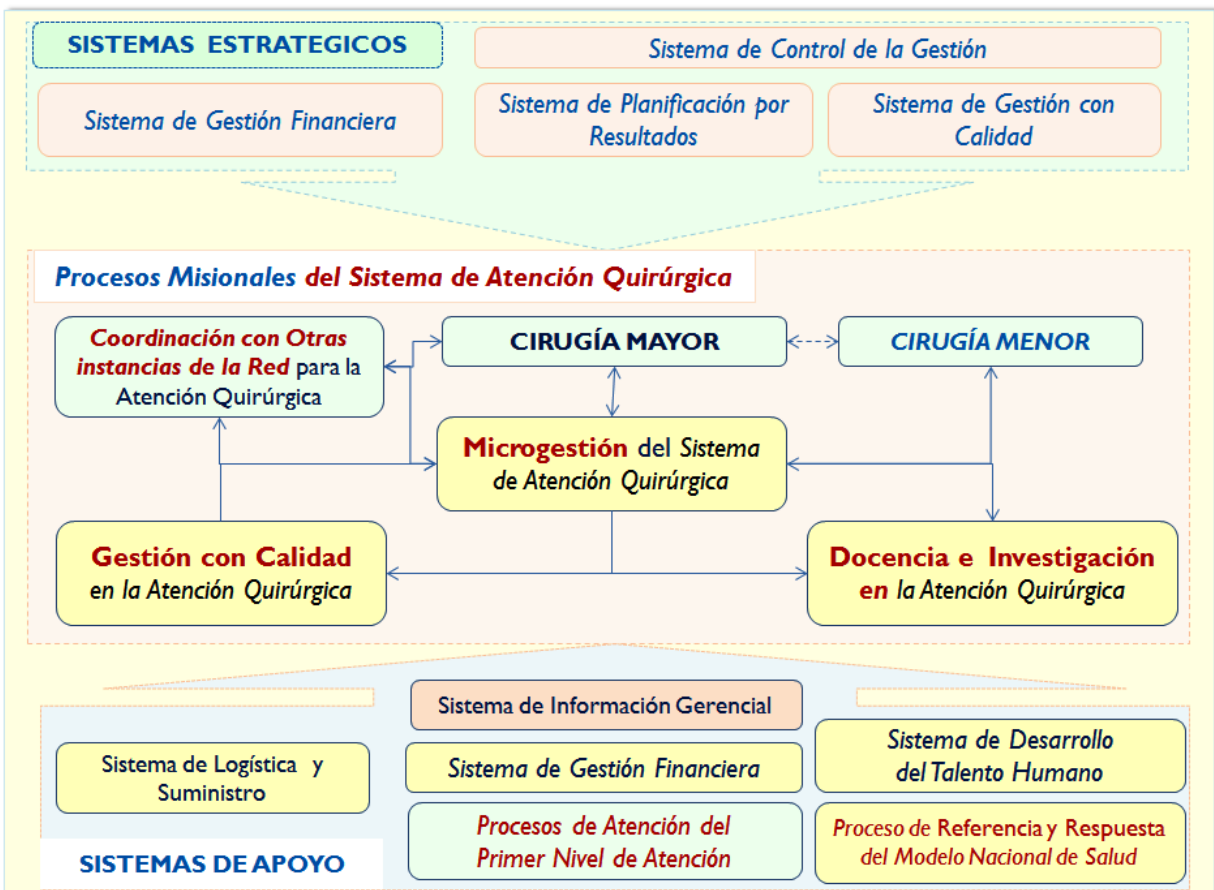
Las **Áreas funcionales del Sistema de Quirúrgica**: El Sistema de Atención Quirúrgica se organiza en las siguientes áreas funcionales:

1. Atención Quirúrgica.
2. Microgestión con Calidad del Sistema de Atención Quirúrgica.
3. Docencia e Investigación del Sistema de Atención Quirúrgica.

Los siguientes deben considerarse los **Procesos básicos**²⁷ para implementar el Sistema de Atención Quirúrgica:

1. Cirugía Mayor.
2. Cirugía Menor.
3. Coordinación con Otras Instancias de la Red para la Atención Quirúrgica
4. Microgestión del Sistema de Atención Quirúrgica.
5. Gestión con Calidad del Sistema de Atención Quirúrgica
6. Docencia e Investigación en la Atención Quirúrgica

Figura No.20 Mapa del Sistema de Atención Quirúrgica



²⁷ Procesos Básicos: Son los procesos mínimos exigibles para conformar el Sistema. No se puede excluir ninguno. Sin embargo, Con base a criterios técnicos podrían incluirse otros.

Para la implementación del *Sistema de Atención Quirúrgica* se requerirá de los siguientes *instrumentos*:

1. Manual de Organización y Funciones del Sistema de Atención Quirúrgica
2. Lineamientos para la organización de los Servicios de Cirugía, Ortopedia y otras especialidades o subespecialidades quirúrgicas, si las hubiere.
3. Lineamientos para la organización del Servicio de Consulta Externa Quirúrgica.
4. Protocolos para la atención de las principales urgencias de Cirugía y especialidades o subespecialidades quirúrgicas.
5. Protocolos para la atención de las principales urgencias de Ortopedia y traumatología
6. Manual de Procedimientos de Cirugía Menor.
7. Manual de Procedimientos de Cirugía Mayor. (general y especialidades)
8. Formatos de recolección de información normados para la atención quirúrgica de internamientos y de consulta externa.
9. Normativa y formatos para el Proceso de Referencia y Respuesta.
10. Libros para el registro de pacientes atendidos en Cirugía
11. Formatos de solicitud de exámenes de laboratorio, rayos “X” e imagenología.
12. Lineamientos y normativas e instrumentos para el automonitoreo de la calidad del Sistema de Atención Quirúrgica.
13. Lineamientos y normativas e instrumentos para la supervisión del desempeño del personal del Sistema de Atención Quirúrgica.
14. Lineamientos y normativas e instrumentos para el automonitoreo de la eficiencia del Sistema de Atención Quirúrgica.
15. Lineamientos, normativas e instrumentos para la coordinación del Sistema de Atención Quirúrgica con los otros sistemas de Apoyo y las demás instancias hospitalarias.
16. Guía para la evaluación del desempeño del Sistema de Atención Quirúrgica.

8. Sistema de Hospital de día

El Sistema de Hospital de Día conceptualmente se entiende como el sistema que permite atender a personas en las que se programa su atención en un internamiento menor a un día. Se pueden atender en esta modalidad, a personas para una atención para procedimientos diagnósticos (como procedimientos diagnóstico endoscópicos, biopsias, etc) o terapéuticos, de cualquier especialidad: medicina interna, pediatría (oncología, hematología, Nefrología, etc) cirugía (cirugía menores, cirugías mayores por laparoscopia)

Las *Áreas funcionales del Sistema de Hospital de Día*: El Sistema de Hospital de Día se organiza en las siguientes áreas funcionales:

1. Atención Médica Diagnóstica y Terapéutica.

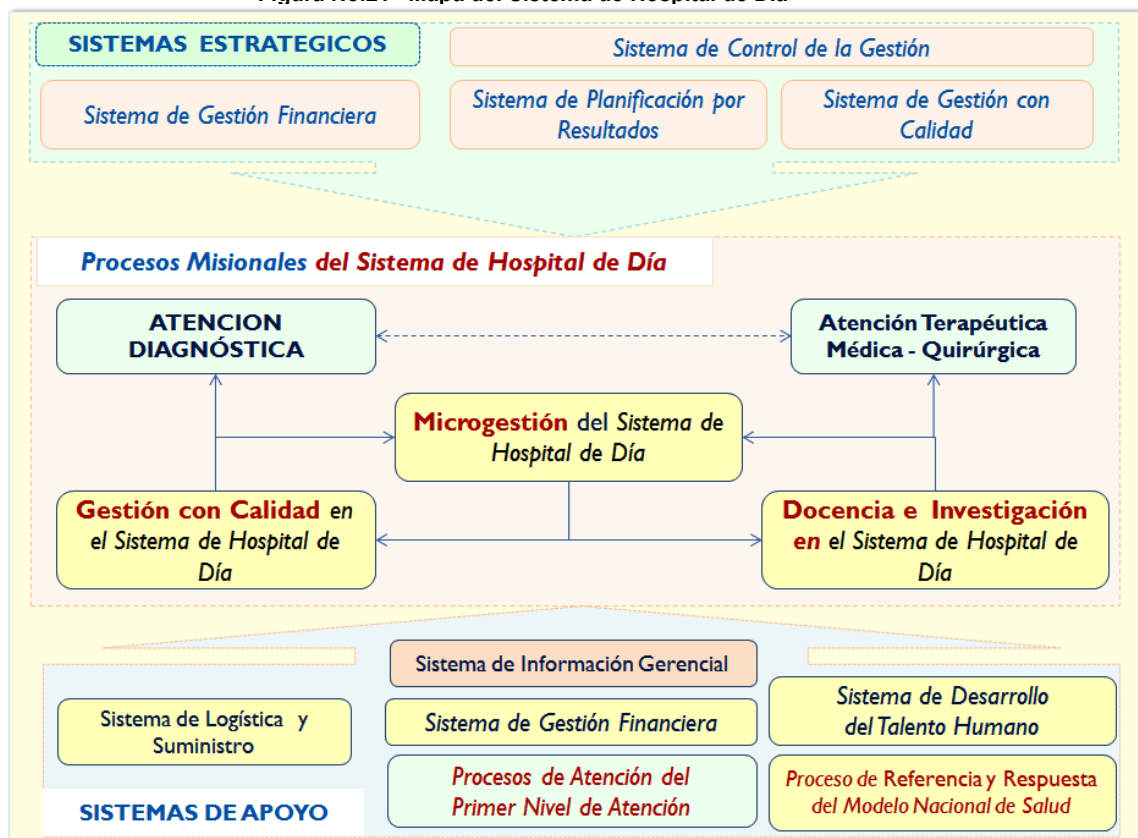
2. Atención Médico - Quirúrgica.
3. Microgestión con Calidad del Sistema de Hospital de Día.
4. Docencia e Investigación del Sistema de Hospital de Día

Los siguientes deben considerarse los **Procesos básicos**²⁸ para implementar el Sistema del Sistema de Hospital de Día:

1. Atención Diagnóstica (Médica – Quirúrgica).
2. Atención Terapéutica (Médico – Quirúrgica).
3. Gestión con Calidad del Sistema de Hospital de Día
4. Microgestión del Hospital de Día
5. Docencia e Investigación en la Atención de Hospital de día

Las Respuestas a las **referencias recibidas** de personas para la atención en los procesos de este sistema, así como, las referencias de usuarias/usuarios a otras instancias de la Red se consideran en el Modelo de Gestión Hospitalaria como **procedimientos indispensables e infaltables**. Constituyen evidencias del trabajo en red; el equipo de conducción del sistema deberá utilizar las estrategias posibles de Microgestión para lograr su cumplimiento.

Figura No.21 Mapa del Sistema de Hospital de Día



²⁸ Procesos Básicos: Son los procesos mínimos exigibles para conformar el Sistema. No se puede excluir ninguno. Sin embargo, Con base a criterios técnicos podrían incluirse otros.

El equipo que encargado de elaborar los productos del **Sistema de Hospital de Día** *requerirá de los siguientes instrumentos:*

1. Guía para la Organización y Funciones del Sistema de Hospital de Día
2. Lineamientos para la organización de la Modalidad de atención Hospital de día.
3. Protocolos de las principales indicaciones para la atención en la Modalidad de Hospital de día.
4. Protocolos para la atención de las complicaciones más frecuentes en la Modalidad de Hospital de día.
5. Manual de Procedimientos de Cirugía Menor.
6. Manual de Procedimientos de Cirugía Mayor. (general y especialidades)
7. Manual de los procedimientos más frecuentes a través de Endoscopia diagnóstica/terapéutica.
8. Formatos de recolección de información normados para la atención en la modalidad Hospital de día.
9. Normativa y formatos para el Proceso de Referencia y Respuesta.
10. Libros para el registro de pacientes atendidos en Hospital de día.
11. Formatos de solicitud de exámenes complementarios y de gabinete.
12. Lineamientos, normativas e instrumentos para el automonitoreo de la calidad del Departamento.
13. Lineamientos, normativas e instrumentos para la supervisión del desempeño del personal del Departamento
14. Lineamientos y normativas e instrumentos para el automonitoreo de la eficiencia del Departamento.
15. Lineamientos, normativas e instrumentos para la coordinación del Sistema de Hospital de Día con las demás instancias hospitalarias.
16. Guía para la evaluación del desempeño del Sistema de Hospital de Día.

9. Sistema de Hostería

El Modelo de Gestión Hospitalaria plantea el concepto de hostería con un enfoque innovador trascendiendo, de realizar tareas aisladas para atender requerimientos de las salas y servicios, a desarrollar un Sistema de Hostería, con Procesos y Estrategias tendientes a garantizar, una estancia agradable, humanizada y de confort a los usuarios durante su estadía en el centro Hospitalario. Esto implica que los servicios de las *Alimentación, Ropería y Limpieza, se organizarán en un sistema que realiza la planificación y reorganización de las actividades introduciendo mecanismos de control y de mejora continua de la calidad buscando la eficiencia en la gestión y la satisfacción de los usuarios.*

En base a estudios de costo – beneficio y capacidades locales, durante la optimización de los procesos, el hospital podría realizar la externalización de uno o más de los procesos con que opera este Sistema.

Las **Áreas funcionales del Sistema de Hostería:** El Sistema de Hostería se organiza en las siguientes áreas funcionales:

1. Dietética y Nutrición
2. Lavandería.
3. Limpieza y desinfección
4. Microgestión con Calidad del Sistema de Hostería.

El Sistema de Hostería se compone de los siguientes **procesos** enfocados a brindar confort y satisfacción al usuario.

1. Alimentación y Nutrición
2. Lavandería y Ropería
3. Limpieza
4. Microgestión del Sistema de Hostería.
5. Gestión con calidad del Sistema de Hostería

1. Alimentación y Nutrición

El proceso de alimentación y Nutrición será responsable de planificar, dirigir y supervisar, controlar y evaluar el tratamiento dieto - terapéutico del paciente hospitalizado teniendo en cuenta la evaluación clínica, diagnóstico patológico, necesidades nutricionales y hábitos alimentarios, con acciones tendientes a la recuperación del paciente y al mantenimiento y mejoría del estado nutricional.

Los Procedimientos de este proceso incluyen: dotación y manejo de productos alimenticios, programación de dietas y evaluación de los servicios de dieto-terapia y suministro de dietas.

2. Lavandería y Ropería

El proceso de ropería planifica, organiza y dirige todas las actividades relacionadas con la provisión de ropa higiénicamente limpia, a los diferentes servicios del hospital.

El trabajo se deberá realizar de acuerdo con los procedimientos y las normas técnicas establecidas, en los plazos estipulados, y en óptimas condiciones ambientales y de seguridad. El objetivo es garantizar la prestación de un servicio con calidad y eficiencia en la confección, lavado, desinfección y distribución de la ropa hospitalaria.

Los procedimientos de lavandería incluyen recolección, clasificación, pesado, lavado, planchado y desecho de ropa de acuerdo a normas. Se preparan y almacenan paquetes que se entregan de

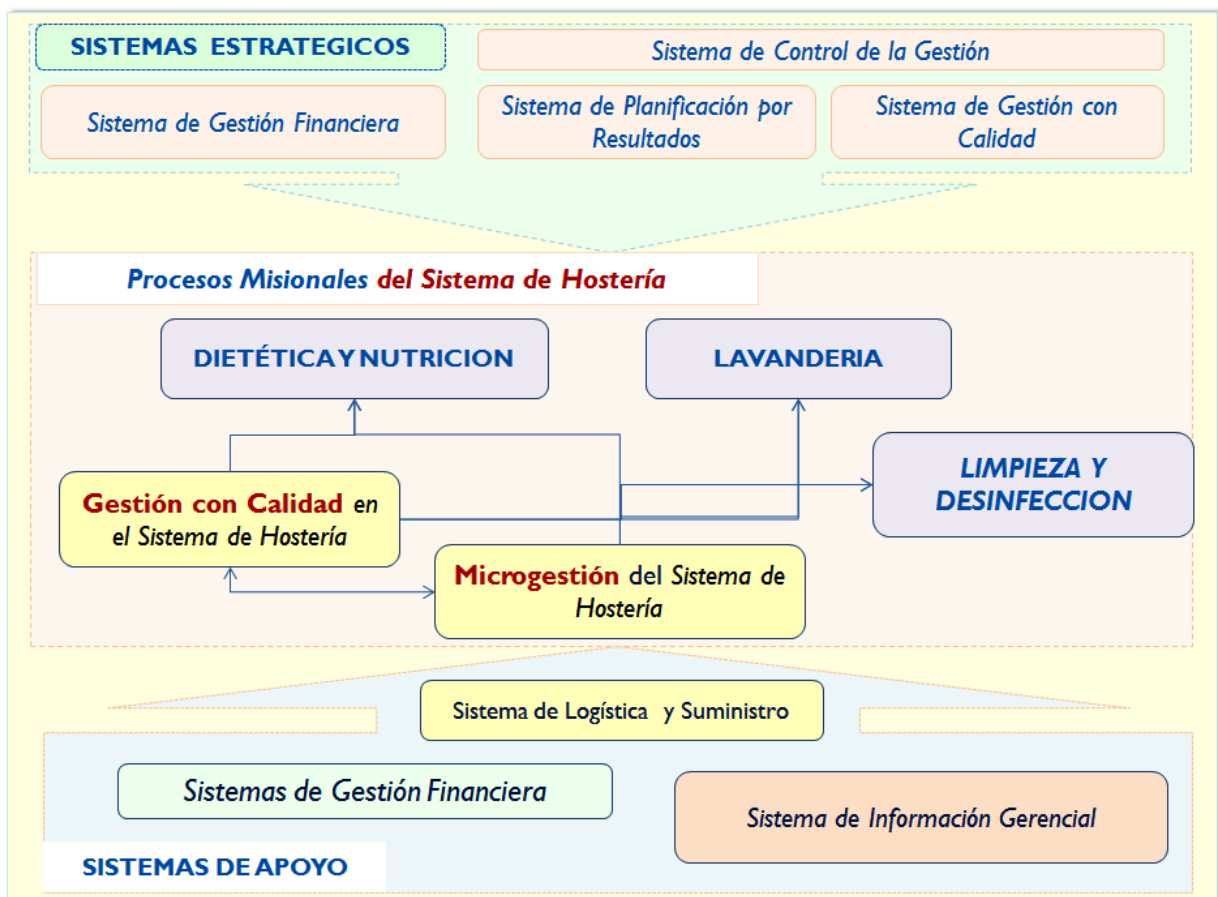
acuerdo a programación y solicitudes, cumpliendo la normativa de sustitución. Otros servicios que complementan esta labor incluyen la confección de ropa y reparaciones menores.

2 Limpieza.

El proceso de limpieza planifica, organiza, dirige y controla todas las actividades relacionadas con la limpieza y desinfección de las áreas internas y externas del hospital, mediante procedimientos técnicos que contribuyen a brindar la seguridad del paciente y del recurso humano que labora en el hospital.

Este proceso deberá ser objeto de planificación y ejecución diaria del servicio de limpieza en todas las áreas del hospital. Se deberán programar periódicamente los insumos y materiales; Los métodos y la distribución del personal serán objetos de supervisión cuando el servicio sea externalizado. El control de la efectividad de las tareas se deberá realizar diariamente conforme a las normas establecidas por el hospital.

Figura No.22 Mapa del Sistema de Hostería



10. Sistema de Otros servicios de Apoyo Técnico

El Sistema de Otros servicios de Apoyo Técnico está conformado por una serie de procesos necesariamente requeridos en el desarrollo de las actividades de la atención clínica, pero que no caben en los aspectos relacionados a diagnóstico y tratamiento clínico.

Las **Áreas funcionales del Sistema de Otros servicios de Apoyo Técnico** son:

1. Bioseguridad.
2. Esterilización y Central de Equipo.
3. Morgue
4. Movilización interna de pacientes
5. Microgestión con Calidad del Sistema de Otros servicios de Apoyo Técnico

Los siguientes deben considerarse los **Procesos básicos**²⁹ para implementar el Sistema de Otros servicios de Apoyo Técnico:

1. Bioseguridad
2. Esterilización y central de equipo
3. Servicios de morgue
4. Movilización interna de pacientes
5. Gestión con Calidad del Sistema de Otros Servicios de Apoyo Técnico.
6. Microgestión del Sistema de Otros Servicios de Apoyo Técnico.

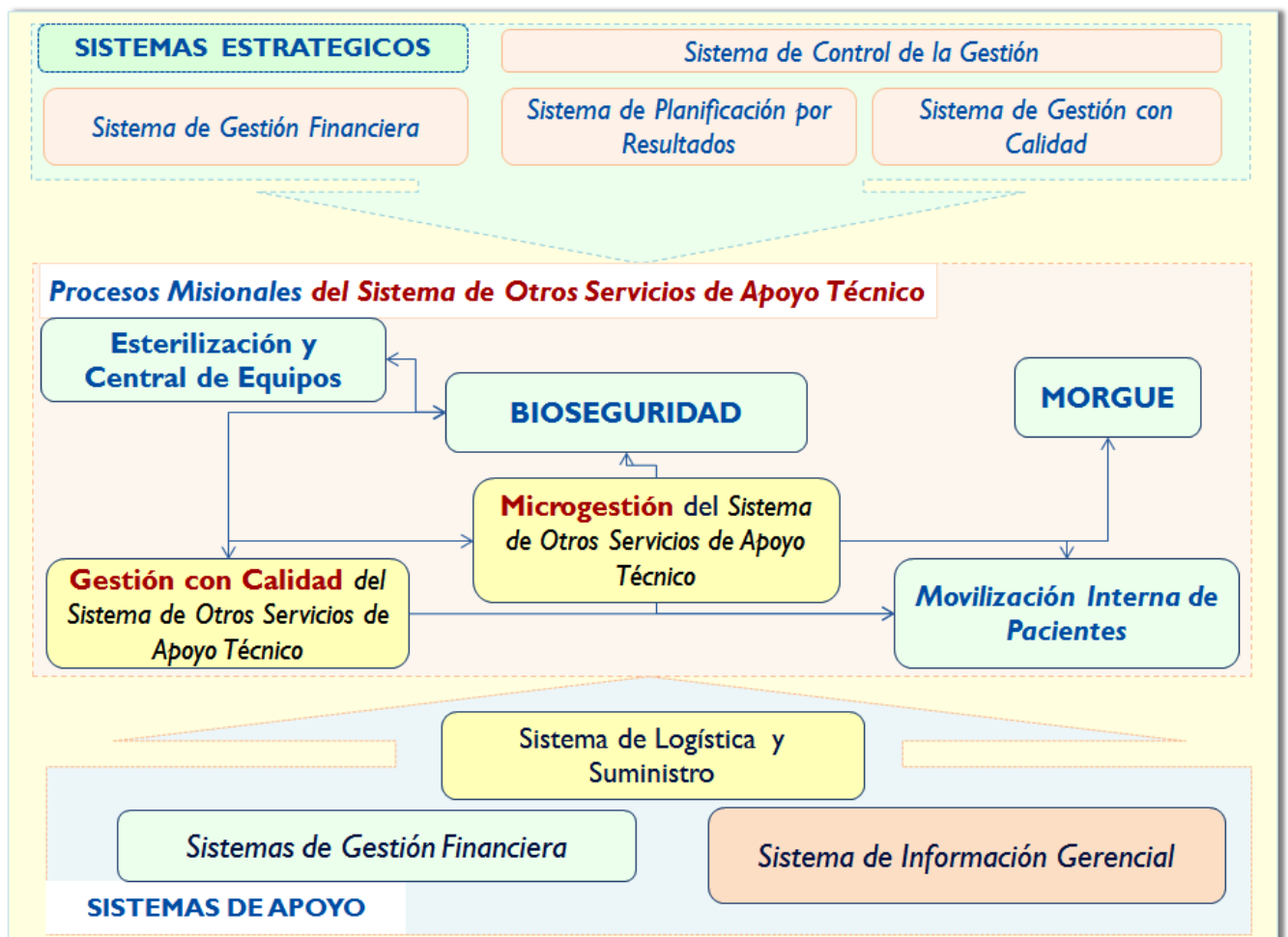
Requerirá de los siguientes instrumentos:

1. Normas de Bioseguridad hospitalaria.
2. Manual de Organización y Funciones del Comité de Bioseguridad.
3. Manual de Organización y procedimientos para los servicios de Morgue
4. Lineamientos y normativas para la Organización y funcionamiento de la Esterilización y La Central de Equipos.
5. Manual de organización del Comité de Bioseguridad.
6. Guía para la organización y manejo de casos sépticos.
7. Instrumentos de registros, seguimiento y control para implementar las normas de bioseguridad
8. Lineamientos y normativas para la implementación de los Procedimientos de Bioseguridad.
9. Protocolos para el manejo de los Cadáveres.
10. Formatos de recolección de información normados para la bioseguridad, esterilización y central de equipos, morgue y movilización interna de pacientes.

²⁹ *Procesos Básicos: Son los procesos mínimos exigibles para conformar el Sistema. No se puede excluir ninguno. Sin embargo, Con base a criterios técnicos podrían incluirse otros.*

11. Lineamientos, normativas e instrumentos para el automonitoreo de la calidad de los procesos de Bioseguridad, Esterilización, Movilización Interna de Pacientes y Morgue.
12. Lineamientos, normativas e instrumentos para la supervisión del desempeño del personal de los encargados de Bioseguridad, Esterilización, Movilización Interna de Pacientes y Morgue
13. Lineamientos y normativas e instrumentos para el automonitoreo de la eficiencia de los procesos de Bioseguridad, Esterilización, Movilización Interna de Pacientes y Morgue.
14. Guía para la evaluación del desempeño del Sistema de Otros servicios de Apoyo Técnico

Figura No.23 Mapa del Sistema de Otros Servicios de Apoyo Técnico



II. Sistema de Docencia e Investigación Científica

Sistema conducido por un equipo dedicado a gestionar procesos docencia e investigación científica, cuyo propósito es, por un lado, *finalizar del proceso de educación técnica y/o universitaria de los recursos humanos en formación, ejecutando planes integrales de docencia en coordinación con las instituciones formadoras de recursos en salud, colegios o gremios y, con el nivel rector de la secretaría de salud; y por otro, desarrollar procesos sistemáticos de investigación científica con todo el personal hospitalario, estableciendo planes estratégicos y operativos de investigación científica, enfocados en las necesidades de salud de la población y las expectativas de desarrollo integral del hospital.*”

La Docencia y la Investigación Científica están identificadas como Roles o Funciones esenciales de los hospitales; en su trabajo, tanto como ente científico, y como miembro de una red de servicios de salud, que responde a la problemática de comportamientos, costumbres y hábitos culturales, como también a las repercusiones en términos Morbilidad y Mortalidad.

Con la implementación de este nuevo sistema, se sienten las bases para el abordaje interdisciplinario y multidisciplinario de los problemas condicionantes del estado de salud de la población adscrita al área de influencia del Hospital. Esto debe constituirse como eje de la formulación, ejecución y desarrollo de las actividades de docencia y de los proyectos de investigación. En este sentido, los productos de este Sistema deben contar con atributos científicos, que contengan indistintamente aspectos clínicos casuísticos o estadísticos, administrativos o epidemiológicos, gerenciales o de satisfacción de usuarios, monográficos o experimentales, etc.

Áreas funcionales del Sistema de Docencia de Investigación Científica: El Sistema de Docencia e Investigación Científica se organiza en las siguientes áreas funcionales:

1. Docencia
2. Investigación
3. Microgestión con Calidad del Sistema de Docencia e Investigación Científica

Los siguientes deben considerarse los **Procesos básicos**³⁰ para implementar el Sistema de Docencia de Investigación Científica:

1. Evaluación y Coordinación de la Docencia e Investigación Científica.
2. Planificación y Organización de la docencia y la actividad investigativa.
3. Seguimiento de los procesos Docencia e Investigación científica.
4. Ejecución de las actividades docentes y de las investigaciones.
5. Jornadas Científicas Hospitalarias.

³⁰ *Procesos Básicos: Son los procesos mínimos exigibles para conformar el Sistema. No se puede excluir ninguno. Sin embargo, Con base a criterios técnicos podrían incluirse otros.*

6. Gestión con Calidad del Sistema de Docencia e Investigación Científica
7. Microgestión del Sistema de Docencia e Investigación Científica

Figura No.24 Mapa del Sistema de Docencia e Investigación Científica



Para fines de conceptualización en este Modelo de Gestión Hospitalaria, se deben separar y diferenciar con claridad dos términos que suelen entenderse como sinónimos: *Docencia y Capacitación*. **Docencia** en los hospitales debe entenderse como un proceso sistemático, planificado, organizado y consensuado con las universidades, y que permite dar continuidad al pensum académico de jóvenes profesionales y técnicos todavía en formación. En cambio, la **Capacitación** debe considerarse como un instrumento que utiliza el Sistema de Desarrollo del Talento Humano del hospital, como una estrategia para fortalecer los conocimientos, actitudes, habilidades, destrezas y desempeño del personal que trabajando en el hospital, ya ha concluido su período de formación.

El proceso de “*Evaluación y Coordinación de la Docencia e Investigación Científica*” debe ser desarrollado periódicamente, con una frecuencia anual, y contiene dos momentos: *El primero en el hospital*, el cual en su inicio, en términos de resultados de un proceso evaluativo obtenga

calificaciones muy bajas, ya que no se ha venido realizando, pero que se debe perfeccionar en los años subsiguientes, y que incluye procedimientos importantes como identificar al conductor/a de este sistema en el marco de la estructura hospitalaria, también, la organización de un comité hospitalario para la Docencia e Investigación, que además de ser propuesto, debe de ser consensuado y/o aprobado por las autoridades universitarias.

El segundo momento debe realizarse con las instancias rectoras de estas dos grandes funciones del sistema de salud (Docencia e Investigación); Este momento, se corresponderá con procesos que “Conectan” el quehacer de los tres actores principales de este proceso, como ser: la SESAL, las Universidades y el Hospital(es); Sin embargo, por tratarse de un proceso nuevo, se debe esperar, que no se haya previsto en las dos instancias rectoras. Por tanto, el equipo o comité encargado de desarrollar este proceso deberá realizar inicialmente las convocatorias o consultas, a estas autoridades, para que en delante se responsabilicen de conducir este proceso.

Cabe señalar, en términos de homologar las ideas, que para este proceso, *el objeto medular del propósito es la formación de médicos/as, odontólogos/as, enfermeras/los y demás profesionales que llegan a los hospitales en carácter de cumplir un “Servicio Social”*. Es preciso considerar que, el objetivo es contribuir con una “producción universitaria”, de alta calidad; hecho que es una responsabilidad compartida, ya que este hecho se refiere a “Profesionales Inferis”, que también son “trabajadores becarios” de la SESAL, y “Pupilos” de los médicos especialistas que laboran en los hospitales. Los recursos en formación deben ser agentes que contribuyen con los mejores resultados de la Misión Hospitalaria y Universitaria, y que su “ubicación” por los hospitales, deje de ser vista como factores de riesgo, o barreras³¹ en el proceso de la atención.

Instrumentos necesarios para implementar el Sistema de Docencia e Investigación Científica

- 1. Lineamientos y normativas para la Organización y Desarrollo del Sistema de Docencia de Investigación científica.*
- 2. Guía para la Elaboración y Evaluación de Planes Anuales y Estratégicos de Docencia e Investigación Científica*
- 3. Manual de Procesos y Procedimientos del Sistema de Docencia e Investigación científica.*
- 4. Manual para Facilitadores de la Docencia de recursos practicantes y/o en Servicio Social Guía para la organización del Comité de Docencia e Investigación Científica Hospitalaria.*
- 5. Guía para la elaboración de Protocolos y Proyectos de Investigación Científica*
- 6. Guía para la Organización, Ejecución y Evaluación de Jornadas Científicas Hospitalarias.*
- 7. Manual de Metodologías para la Docencia y la Investigación Científica*
- 8. Manual para la ejecución de investigaciones operativas en hospitales*
- 9. Lineamientos, normativas e instrumentos para el automonitoreo de la calidad de los procesos de Investigación Científica.*

³¹ Evaluación del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria. 2009 – 2011. SESAL – ULAT 2012

10. *Lineamientos, normativas e instrumentos para la supervisión del desempeño de los integrantes del Comité de Docencia e Investigación Científica.*
11. *Lineamientos, normativas e instrumentos para el automonitoreo de la eficiencia de los procesos de Investigación Científica.*
12. *Guía para la evaluación del desempeño del Sistema.*
13. *Guía para la Gestión con Calidad del Sistema de Docencia e Investigación Científica.*
14. *Guía para la Microgestión del Sistema de Docencia e Investigación Científica.*

VII. Financiamiento del Modelo de Gestión Hospitalaria:

La Planificación del recurso financiero para la Red Hospitalaria, con este nuevo Modelo de Gestión, cambia de manera muy importante, ya que el presupuesto se establecerá en base a metas de producción, estándares de calidad y costos e incentivos del cumplimiento de acuerdos negociados. Por tanto, el reto es, utilizar y fortalecer herramientas que aseguren el procesamiento de información confiable y oportuna, para el análisis de los costos de producción y su estructura en cuanto a costos fijos y variables, directos e indirectos.

El conocimiento de los detalles sobre la composición del financiamiento de la Red hospitalaria del país en cuanto a sus fuentes y usos, es parcial, dado que el registro contable del recurso financiero utilizado en el proceso productivo, solamente procesa la información sobre los gastos del presupuesto nacional. El Modelo de Gestión Hospitalaria, mediante la instrumentación y capacitación de los equipos humanos del Sistema de Gestión Financiera y la instrumentación y automatización de los procesos, asume el reto de gestionar, todas las fuentes de financiamiento de los servicios hospitalarios, y de manera especial, la contribución que realizan usuarias y usuarios por cuota de recuperación, las donaciones por diferentes fuentes, y los ingresos por venta de algunos servicios a terceros pagadores, si hubiere capacidad excedente.

a. Fuentes del Financiamiento

La organización de las fuentes de financiamiento de los Servicios de Salud, en esta etapa de Reforma del Sector Salud y del estado mismo, está centrada en la búsqueda de mayor eficiencia, acceso y calidad, con una tendencia a la descentralización paulatina de la gestión de los recursos financieros; como se manda en los lineamientos y directrices generales del documento Marco Político y Estratégico de la Reforma, y en el Modelo de Nacional de Salud (MNS), ambos, instrumentos que guían la implementación de un esquema de aseguramiento en salud para toda la población, mediante tres regímenes: Subsidiado, Contributivo y Privado.

Para el financiamiento de las redes de servicios de salud y de manera especial de los hospitales, se observan como fuentes:

- (i) *Tesoro Nacional*, mediante un presupuesto anual, hasta el momento centralizado para los hospitales, que a partir de este modelo y de forma gradual, se descentralizará bajo condicionamientos establecidos en instrumentos de relacionamiento, y leyes vigentes en esta materia.
- (ii) *Contribución de usuarias y usuarios*, que según su clasificación dentro de los tres regímenes de aseguramiento arriba señalados, serán exonerados o aportarán, una cuota de recuperación técnicamente establecida, para el costo de los servicios que se requieran.
- (iii) *Recursos provenientes de la cooperación externa* que recibe la Secretaría de Salud,
- (iv) *Donaciones* en especie (equipos, medicamentos y materiales), y
- (v) *Ingresos por provisión de servicios* a beneficiarios del IHSS y/u otros actores en el territorio.

Para implementar los Procesos de Recuperación de Costos, y con base en los regímenes financieros establecidos, se realizará todo un proceso técnico que permita de manera ágil identificar al usuario/a en cuanto al régimen al que pertenece, y según el tipo de servicios a recibir, automáticamente y/o con la ayuda de trabajadores sociales, se le hará saber la cantidad de recursos con los que deberá contribuir. Los hospitales deberán atender estrictamente la normativa que para este fin establecerá el ente rector, incorporando de manera oportuna y transparente la información y los recursos al Sistema Gerencial de la Información.

La implementación de procedimientos de recuperación de costos, debe tener como objetivos, por un lado, cumplir con el principio de solidaridad establecido en el Modelo Nacional de Salud, por otro y de manera consecuente, reducir los índices de exclusión de la poblaciones más necesitadas; además alcanzar mayores niveles de eficiencia, calidad y oportunidad de la oferta hospitalaria, todo lo que requerirá, de implementar procesos de control y seguimiento, que garanticen la transparencia y los resultados esperados.

Cada hospital, conducido por la Gestión Regional Departamental, podrá identificar de manera creativa otras fuentes de financiamiento de los servicios, cuyos procedimientos de forma general deberán ser definidos por el ente rector, entre los que figuran: Costos compartidos a través de donaciones de entidades privadas, costos compartidos con ONG's, donantes, con otras regiones en el estudio de la atención a poblaciones vecinas, etc.

Las fuentes de financiación identificadas por cada uno de los regímenes, son las siguientes:

El régimen subsidiado se financia a través de:

- ✓ Las asignaciones del presupuesto general de la República proveniente de impuestos generales y específicos.
- ✓ Los ingresos obtenidos de la venta de servicios a seguros de salud privados o al IHSS.

- ✓ Las donaciones, aportes, subvenciones y demás recursos financieros que reciba de personas naturales o jurídicas, públicas o privadas provenientes del extranjero, bajo las previsiones de la Ley General de Presupuesto de la República de Honduras.
- ✓ Los recursos del crédito externo.
- ✓ Donaciones del sector privado a la Secretaria de Salud (*Responsabilidad social empresarial*).
- ✓ Ingresos recuperados (gasto de bolsillo) regulados y reglamentados por la Secretaria de Salud
- ✓ Ingresos obtenidos de las municipalidades.
- ✓ Ingresos obtenidos en especies por la participación de la comunidad.

El régimen contributivo se financia mediante las siguientes fuentes:

- ✓ Las cotizaciones pagadas por patronos del sector privado.
- ✓ Las cotizaciones pagadas por el trabajador.
- ✓ El aporte obligatorio del Estado.
- ✓ Las cotizaciones pagadas por las dependencias del gobierno central, las entidades descentralizadas, desconcentradas, autónomas y semiautónomas, incluyendo las municipalidades en su condición de patronos.
- ✓ Primas pagadas al IHSS bajo la modalidad de sector reformado.
- ✓ Las utilidades de las inversiones o rendimientos financieros de los depósitos en la banca.
- ✓ El producto de las multas y recargos establecidos por la ley del seguro social y su reglamento.
- ✓ Los bienes muebles e inmuebles y recursos que por otras disposiciones legales se generen a favor del seguro social.
- ✓ Las herencias, legados y donaciones a favor del seguro social.
- ✓ Las subvenciones o subsidios y aportes que otorgare el Estado.
- ✓ Venta de servicios.

Los recursos del régimen privado provienen de los propios usuarios, familiares, empresas e instituciones que incluyen:

Usuarios individuales:

- ✓ Seguro privado individual (Los copagos y cuotas moderadoras enteradas por sus afiliados y beneficiarios).
- ✓ Pagos directos.

Usuarios colectivos:

- ✓ Empresas e instituciones que garantizan a sus empleados beneficios adicionales a los establecidos por el ente rector y la Ley de Seguridad Social para el régimen contributivo obligatorio a través de las modalidades de copagos y post pagos.
- ✓ Venta de servicios a instituciones públicas.
- ✓ Reinversión en salud.

- ✓ Los rendimientos financieros que se obtengan por el manejo de sus excedentes de liquidez.
- ✓ Donaciones privadas

En todos los casos estas fuentes corresponden a las definidas por el ente rector en el Modelo Nacional de Salud y su aplicación será de acuerdo a los criterios y normativas definidas para tal fin.

b. Asignación del Financiamiento:

A efectos de implementar una Gestión por Resultados, la Secretaría de Salud establece en el Modelo de Nacional de Salud un mecanismo de asignación de costos prospectivos, en función de los Productos establecidos y las metas negociadas con los hospitales, los que deben satisfacer la demanda de servicios de la población, basados en criterios establecidos por el ente rector, como ser:

- ✓ El conjunto garantizado de prestaciones por tipo y complejidad del hospital (establecidos en el Modelo Nacional de Salud).
- ✓ La definición de clara de los productos sanitarios del hospital según el conjunto garantizado de prestaciones (*ver Tablas de Productos en anexos 3 y 4*)
- ✓ La definición de los Costos Prospectivos de los productos sanitarios que el ente rector designe para el hospital (según cada proceso de los sistemas hospitalarios identificados).
- ✓ Definición de las unidades relativas de producción para tener una referencia de costos y estimación de recursos, en tanto los hospitales desarrollan un sistema de contabilidad analítica.

Tomando como base estas definiciones, cada uno de los hospitales debe realizar los procesos para

- ⇒ Estimar la cantidad de productos sanitarios a producir en el período para el cual se está programando.
- ⇒ Una actualización periódica de la definición de sus productos, costos de producción y volumen.
- ⇒ Implementar herramientas de información para el registro de la producción y sus costos asociados.

Actualmente y en ausencia de un proceso protocolizado de producción de servicios en los hospitales se puede recurrir a una estimación de costos en base al consumo promedio de recursos por unidad tipo de producto. Así mismo, cada hospital deberá establecer los criterios y mecanismos para asignar recursos vinculados a las metas programadas y que se integran en los compromisos de gestión.

c. Mecanismo de Pago:

Las formas de pago que se promueven en un ambiente de gestión por resultados, favorecen e introducen incentivos en el desempeño de los proveedores de servicios de salud; siendo la Secretaría de Salud el ente modulador del financiamiento, es el responsable de definir los mecanismos de pago con las cuales se va a iniciar el cambio, para trascender de una asignación de un presupuesto de gasto histórico, hacia la asignación de recursos financieros en base a metas de productos y sus estándares (estándares de productividad, calidad y costo).

La implementación de un mecanismo de financiamiento por resultados, requiere de un instrumento de relacionamiento que vincule las metas de producción y la financiación correspondiente, con eje en el Sistema de Información Gerencial y de Gestión Clínica que trascienda la información puramente estadística; dado que se requiere conocer el desempeño del hospital mediante la monitorización de una serie de estándares de calidad y productividad por cada unidad de producción o centro de costo.

Para iniciar la implementación del Modelo de Gestión Hospitalaria se utilizará un *método de pago por Unidad Relativa de Valor (URV), por unidad de programación o producto hospitalario*. Con la instrumentación del Modelo Nacional de Salud y del Modelo de Gestión Hospitalaria, serán revisados y ajustados los instrumentos, lineamientos, directrices de los entendimientos actuales a la luz de los elementos conceptuales del componente de financiamiento del Modelo Nacional de Salud, lo que permitirá *desarrollar sistema de costeo de servicios propios en cada hospital*.

La *Política de Descentralización Territorial para el Desarrollo (del gobierno central)* establece que las competencias transferidas y todos los aspectos relacionados al ejercicio de su titularidad se precisan a través de Leyes del Poder Ejecutivo o en su defecto se establecen en los Convenios de Gestión de Transferencias Descentralizadas o en los Convenios de Delegación de Competencias.

Toda transferencia o delegación de competencias deberá ser necesariamente acompañada de los recursos financieros, técnicos, materiales y humanos directamente vinculados a los servicios transferidos, para asegurar su continuidad y eficiencia

d. Rendición de Cuentas:

El Modelo de Gestión Hospitalaria basa su operacionalización en instrumentos de relacionamiento que incluyen taxativamente los mecanismos para la rendición de cuentas, en la que no se podrá separar la producción pactada expresada en Metas con la calidad de los productos y los costos negociados.

El Registro del ingreso y gasto de los hospitales públicos, exigirá establecer la normativa para incorporar a las estimaciones de presupuesto anual, los ingresos por todas las fuentes

identificadas y en el momento de la ejecución, registrar todos los egresos de gastos por las diferentes fuentes. Será también exigible que los hospitales además de llevar la contabilidad presupuestaria, incorporen un sistema de contabilidad patrimonial que les permita una mejor toma de decisiones en la gestión del hospital. Así mismo, en un ambiente de gestión por resultados la evaluación del uso del recurso financiero se realizará vinculándola con los resultados de productos, calidad y costo de servicio acordado en el instrumento de relacionamiento, para lo cual los hospitales deberán implementar un método y herramienta de contabilidad de costo de los servicios producidos.

VIII. **Sistema de Información Gerencial del MGH:** una herramienta indispensable:

Para la implementación del Modelo de Gestión Hospitalaria, se requiere como condición *indispensable*, la utilización de un Sistema de información que facilite información de Oportuna y de alta Calidad. Es una utopía pensar que se podrá construir una nueva etapa en el funcionamiento de los hospitales, *en la que puedan observarse verdaderos cambios, que hagan diferencia en cuanto a Productividad, Calidad, Eficiencia y Control*, si no se establece un sistema de información robusta, ágil y confiable para la toma de decisiones oportunas.

La implementación del Sistema de Información requiere de la disponibilidad de un programa especial, de un software y del uso base de datos, diseñadas para este fin. No obstante, la Gestión Hospitalaria requiere de información confiable y oportuna; para ello, se precisa además de un cambio de actitud de todo el personal hospitalario, en cuanto al registro, cuidado, calidad y utilización de la información. Se requiere de una cultura de aportar para la calidad de información, desde el/la conserje, hasta el/la directora/a ejecutivo/a; desde el equipo de seguridad hasta el equipo de quirófanos. Todos deben aportar para contar con formatos de registros, sean manuales o computarizados, que recolecten, almacenen, procesen y utilicen información de Alta Calidad; para desarrollar una gestión transparente, eficiente y confiable.

El Nivel Central de la Secretaría de Salud, establece que el Sistema de Información Hospitalario, debe tener un componente modular para conectarse con la red de servicios hospitalarios, que recojan los procesos, procedimientos, productos y resultados que bajo los principios de continuidad e integralidad, se pueda ensamblar con la información de las unidades de la red, y pueda ascender en un proceso de consolidación a nivel regional y Central. Pero además debe contar con un componente que permita dar seguimiento a los Sistemas, Productos, Procesos, Procedimientos, Actividades y Tareas, con indicadores y estándares de Calidad, Productividad y Eficiencia según los términos que se fijen en los instrumentos de gestión (*Relacionamiento*) propios del hospital, y de aquellos que por la naturaleza del modelo se establecen con los diferentes nivel e instituciones del Sistema de Salud.

El proyecto ULAT – USAID / MSH, en el proceso de asistencia técnica a la Secretaría de Salud ha elaborado una *“Guía general para el establecimiento de Sistemas de Información en los hospitales públicos de Honduras”*. Se trata de un documento que tiene por finalidad *“describir las normas prácticas que pueden ser usadas por profesionales de la salud y de sistemas de información al emprender actividades técnicas relacionadas con el análisis de requisitos y la especificación técnica de las aplicaciones informáticas”*. Se espera que la aplicación de los conceptos y recomendaciones señalados en este documento contribuyan a la toma de decisiones en lo referente al diseño, la adquisición y la implementación de sistemas y tecnología de información a todos los niveles de los ámbitos administrativo y clínico de los hospitales públicos del país.

Para la implementación de un Sistema de Información Hospitalario Integrado, el documento plantea tres *“Componentes estratégicos”*, y desarrolla los detalles de catorce (14) *“factores críticos de éxito”*, los que a continuación se presentan³²:

Figura No.25 Componentes estratégicos y factores críticos de éxito para la implementación de un Sistema de Información Hospitalario Integrado



El documento describe los nueve componentes³³ del desarrollo, implantación y operación de la Tecnología informática.

³² Tomado del "Plan Estratégico y Características Funcionales de los Sistemas de información Hospitalarios para el Sector Público de Honduras". "Guía general para el establecimiento de Sistemas de Información en los Hospitales Públicos de Honduras"

Figura No.26

Los nueve componentes del desarrollo, la implantación y la operación de TI son:



Además, en él se presentan las *características funcionales de los Sistemas de Información Hospitalarios* para hospitales públicos de Honduras, los *Módulos requeridos*, las *características funcionales genéricas de las aplicaciones* y las *características funcionales genéricas del sistema*.

Según esta guía los módulos requeridos para desarrollar el Sistema de Información Hospitalario: 1.- *Logística de atención a pacientes*; 2.- *Gestión de datos clínicos*; 3.- *Operación de servicios de apoyo técnico de diagnóstico y tratamiento*; 4.- *Operación de servicios de apoyo técnico de población y ambiente*; y 5.- *Administración y gestión de recursos*.

Presenta como características funcionales genéricas del Sistema (tecnológicas): • Búsqueda de registros de pacientes mediante pesquisa fonética, Pantallas accionadas por menú, Mecanismo flexible de creación de pantalla, Capacidad de edición de pantallas, Contraseñas, niveles de acceso y mecanismos de privilegio, Impresión o reimpresión de tarjetas o etiquetas con código de barras; Seguimiento de dictado mecanografiado, edición, examen, etc; Integración con otros módulos; y Comunicación de mensajes.

Se orienta la consulta y utilización de este documento considerándolo un insumo muy útil para desarrollar un Sistema de información, que se ajuste a las necesidades del Modelo de Gestión, con enfoque sistémico de gestión por procesos con calidad.

³³ Tomado del "Plan Estratégico y Características Funcionales de los Sistemas de información Hospitalarios para el Sector Público de Honduras". "Guía general para el establecimiento de Sistemas de Información en los Hospitales Públicos de Honduras"

IX. Implementación e implicaciones del Modelo de Gestión Hospitalaria

IX.1- Guía para la implementación del Modelo de Gestión Hospitalaria.

Para asumir las implicaciones relacionadas con la *instrumentación del proceso*, el *desarrollo del rediseño organizacional* de los sistemas hospitalarios, y el *fortalecimiento de las competencias y destrezas de los profesionales* que conducen los procesos hospitalarios, la Secretaría de Salud paralelamente ha elaborado una *Guía para la implementación del Modelo de Gestión Hospitalaria, con Enfoque Sistémico de Gestión por Procesos con Calidad y basada en resultados*.

Esta Guía es un instrumento metodológico cuya utilidad se destina a los equipos conductores de los hospitales, a continuación una breve descripción de los pasos de la guía:

Paso 1.- *Identificación de los Sistemas Organizacionales para los Hospitales.*

Para lograr la identificación de los Sistemas Organizacionales, se tiene que realizar un proceso metodológico de revisión y redefinición de las Misión y Visión Hospitalaria con base en lo que el Marco Político y Estratégico de la Reforma que orienta el desarrollo hospitalario. Revisadas la Misión y Visión de los hospitales, se procede a la redefinición de los Roles y funciones Generales del Hospital. A partir de los cuales, se identifican los Sistemas que los hospitales requieren para realizar las funciones generales y se determinan los procesos en base a los productos que idealmente deben garantizarse por cada sistema.

Paso 2.- *Documentación de los Procesos que actualmente desarrollan los hospitales.*

En este paso se utilizan una serie de instrumentos que están diseñados para obtener por cada proceso de todos los sistemas hospitalarios, un diagnóstico que incluye: los pasos, procedimientos, actividades, tareas, responsables, tiempos, disponibilidad de políticas y normativas que condicionan la ejecución de los Procesos por cada Sistema que desarrolla el hospital, de acuerdo a su tipo y nivel de complejidad.

Son actividades que se realizan para desarrollar este paso, visitas de coordinación con el personal del hospital, Visitas de observación del desarrollo de los procesos, incluyendo seguimiento a la ruta en la atención clínica, recopilación de documentación de las normativas, instrumentos y guías para el desarrollo de los procesos.

El producto de este esfuerzo es un documento diagnóstico de la situación en cuanto al funcionamiento de cada proceso, por cada uno de los sistemas hospitalarios identificados. El cual se expresa en formas de Flujogramas por cada proceso y se resume en las fichas de documentación.

Paso 3.- *Evaluación del desempeño de cada Sistema*

Este paso se desarrolla utilizando herramientas diseñadas para identificar los factores críticos del desempeño de los procesos, los cuales son redactados identificando una o más dimensiones de la calidad establecidas, pero ajustadas a cada proceso. Se procede luego a una evaluación cualitativa, con al menos una escala de cinco niveles, que determina el nivel de desempeño, y que además permite identificar los aspectos críticos que se deben mejorar y obtener como valor agregado las propuestas de mejoras para cada factor crítico, según ha sido evaluado.

Paso 4.- *Definición de Áreas funcionales, la Misión, Visión y el Perfil y de Cada Sistema.*

Se parte de un análisis técnico para establecer las funciones fundamentales de cada sistema y posteriormente definir las áreas funcionales, Con base a las áreas funcionales de manera participativa se conduce al colectivo encargado del sistema y sus procesos, a la construcción de una Misión, una Visión y el perfil de cada sistema organizacional, según las exigencias de mejoramiento o de cambio, lo que condiciona y prepara para la optimización de cada Proceso.

Paso 5.- *Optimización de Procesos de Cada Sistema.*

Como un valor agregado a la identificación de las áreas funcionales, la evaluación del desempeño del Sistema, y la definición estratégica de la Misión, Visión y perfil de los sistemas, se identifican aquellos procesos, procedimientos, actividades y tareas que no agregan valor, aquellas que están demás, aquellas que hacen falta y se Optimizan los procesos, los cuales deben ser observados bajo los siguientes enfoques metodológicos:

1. Mejora Continua
2. Reingeniería
3. Benchmarking
4. Outsourcing
5. Outplacement

La optimización de procesos optimizado conduce a la configuración de una nueva estructura de los procesos y procedimientos de cada sistema.

Paso 6.- *Identificación de Cargos y definición de la estructura funcional y organizacional.*

Se procede a la elaboración de los Flujogramas de los procesos ya optimizados, y en cada procedimiento, paso, actividad o tarea se van identificando y elaborando un inventario de los Cargos que se requieren para su desarrollo óptimo. Esto permite definir y elaborar la Estructura funcional y Organizacional del Hospital.

Paso 7.- *Elaboración de descriptores y Perfiles de cargos.*

La elaboración de los Descriptores se relaciona al establecimiento del cargo como tal, definiendo en que sistema y proceso debe participar y las atribuciones específicas en los

procesos que participan. En la elaboración de los Perfiles, se realiza la descripción del Cargo, de los requisitos mínimos, y de las características personales que el cargo requiere.

Paso 8.- *Definición de Normas de desempeño de los procesos en cada Sistema Organizacional.*

A partir de la identificación de Factores Críticos, se definen las normas que se requieren, y los estándares por procesos y/o procedimientos, tanto de la calidad como de productividad y eficiencia. Dando paso a la identificación y definición de los Indicadores. Para finalizar con la elaboración de una propuesta Tablero de Mando para el Monitoreo del desempeño de los Sistemas.

Paso 9.- *Elaboración del Plan de Implementación de la reorganización hospitalaria*

La elaboración del Plan de implementación, incluye los siguientes pasos:

- 1.- *Identificación de requerimientos para poner en marcha los sistemas, procesos y procedimientos.*
- 2.- *Ajuste al diseño para responder a las realidades políticas y financieras.*
- 3.- *Definición de la ruta crítica para la implementación de los cambios por sistema y el plan a detalle.*
- 4.- *Conformación de equipos para la implementación.*
- 5.- *Redacción del Plan de implementación*

IX.2.- Implicaciones de la gestión autónoma hospitalaria.

La Autonomía de la Gestión Hospitalaria representa la operación de un nuevo modelo de gestión de los recursos asignados al hospital para la provisión de servicios de salud, que establece una forma diferente de planificar, organizar y gestionar el proceso productivo, y de monitorear y evaluar el cumplimiento de resultados acordados con el financiador, expresados en los instrumentos contractuales.

La Autonomía de Gestión Hospitalaria y su ámbito de actuación se determinada por las funciones que legalmente les sean transferidas a los hospitales para la provisión de los servicios de salud; siendo el marco Jurídico de la Administración Pública y las disposiciones que el rector de la salud emita para este fin, las que determinarán el grado de descentralización que los hospitales podrán ejercer. Son implicaciones que trae consigo el modelo de Gestión autónoma, a considerarse como fases o requisitos para su implementación:

1. Un Proceso de **comunicación y socialización del cambio** con los diferentes actores institucionales y no institucionales, para generar el apoyo requerido.
2. **Instrumentación del proceso** de separación de funciones mediante la incorporación de los compromisos, convenios, contratos de gestión o contratos-programas, como instrumentos de relacionamiento entre el financiador y el gestor de la provisión de servicios de salud.
3. Desarrollar del **rediseño organizacional de los sistemas y procesos** del hospital.

4. **Aprobación política y presupuestaria de los cambios** que el rediseño organizacional ha implicado en términos de Estructura de puestos y salarios.
5. **Desarrollo e implementación de herramientas técnicas y normativas** para incorporar estos enfoques al quehacer diario del hospital.
6. **Desarrollo de competencias de los profesionales** que laboran en el hospital para asumir una nueva cultura de organización y evaluación del desempeño de los Sistemas Organizaciones.
7. **Implementación de un Sistema de información** en al área asistencial y administrativa financiera que le permita al hospital disponer de datos para el seguimiento de su cuadro de mando y la realización de la toma de decisiones basada en evidencia.
8. **Formación de personal en cargos gerenciales con capacidad de concertación política** y en nuevos conocimientos, habilidades y actitudes para actuar con competencia y responsabilidad en la toma de decisiones.
9. **Diseño e implementación de nuevos mecanismos de pago y asignación financiera** para las acciones de salud.
10. **Implementación de un sistema de seguimiento y evaluación físico financiero** de la gestión descentralizada.
11. **Monitoreo sistemático del proceso de descentralización** y el estudio de las lecciones aprendidas.
12. **Incorporación de un control social efectivo** de la gestión, a fin de empoderar a la población en la vigilancia de sus derechos ciudadanos.

X. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Beltrán Sanz Jaime, Carmona Calvo Miguel, Carrasco Remigio; Rivas Miguel; Tejedor Fernando. **“Guía para una Gestión Basada en Procesos”**. Instituto Andaluz de Tecnología. Andalucía, España. 2020. <http://www.centrosdeexcelencia.com/dotnetnuke/Portals/0/guiagestionprocesos.pdf>

Berman Peter, OMS. **“Organización de la atención de salud ambulatoria: un determinante decisivo del desempeño de los sistemas de salud en los países en desarrollo”** *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78 (6): 791–802.

Centro Latino Americano de Administración para el Desarrollo **“Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública”** Adoptada por la XVIII Cumbre Iberoamericana, El Salvador, octubre de 2008. www.clad.org/documentos/declaraciones/carta-iberoamericana-de-calidad-en-lagestion-publica

Colindres, Héctor A. **“Guía para la Reorganización Institucional” – “Modernizing health institutions in Latin America”** Management Sciences for Health, 2007. Cambridge, MA, USA.

Dirección de Servicios de Salud. Ministerio de Salud del Perú. **“Modelo de Gestión Hospitalaria. Documento de Trabajo – Técnico”**. http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/gestion-hospi/29102009_anteproyecto_2009.pdf.

Elola Somoza F.J., Buxaderas Juega L., Espinoza R., Roma I. Rodríguez J. **“La implantación del Modelo CORE en el Nuevo Hospital “El Milagro”**, Salta (Argentina) Premio Profesor Barea, 3ª Edición 2004.

Equipo Descentralización – Hospitales ULAT – 2; Secretaría de Salud. **“Evaluación del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria”** Proyecto USAID – MSH. Tegucigalpa, Honduras A.C. Agosto de 2012.

HONDUSALUD (Colectivo de ONGs). **“Modelo de Salud de Honduras: Estrategia Nacional de Atención Comunitaria”**. Tegucigalpa, Honduras. Abril de 2010.

República de Honduras.- **“Ley de Contrataciones del Estado”** La Gaceta, Diario Oficial. No.29583. DECRETO No.74-2001. Tegucigalpa, Honduras. 29 de Junio de 2001.

Secretaría de Interior y Población.- **“Política de Descentralización del Estado para el Desarrollo”** La Gaceta, Diario Oficial de la República de Honduras. No.32895. Decreto Ejecutivo PCM 021-2012, del 10 de agosto de 2012. Tegucigalpa, Honduras.

Secretaría de Salud de Honduras.- **“Directrices y Lineamientos para el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria”**, 16 de Enero de 2009, Tegucigalpa, Honduras. América Central.

Secretaría de Salud de Honduras.- **“Manual de Organización y Funciones de las Regiones Sanitarias”** Documento de Trabajo - Tegucigalpa, Honduras A.C. 2012.

Secretaría de Salud de Honduras.- **“Ley del Sistema Nacional de la Calidad”** La Gaceta Diario Oficial de la República de Honduras. No. 32,562. Tegucigalpa, Honduras A.C. 8 de Julio de 2011.

Secretaría de Salud de Honduras.- **“Marco Conceptual Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud 2009”**, Marzo de 2009, Tegucigalpa, MDC. Honduras. América Central.

Secretaría de Salud de Honduras.- **“Política de Calidad del Sistema Nacional de Calidad de Salud”** Gaceta Diario Oficial de la República de Honduras. No. 32,574, Tegucigalpa, Honduras A.C. 22 de Julio de 2011.

Secretaría de Salud de México **“Innovaciones en Gestión Hospitalaria en México: el caso de los hospitales regionales de Alta Especialidad/HRAE”** Primera edición. Ciudad de México, México Octubre de 2006

Temes José Luis y Cols. **“GESTION HOSPITALARIA”** Tercera Edición. Editorial Mc Graw Hill. Interamericana. - Editorial Valrealty. Madrid España 2002.

Thomann Beatriz, Dra. **“Crear una unidad de Gestión Clínica en un servicio hospitalario es un desafío para todos sus profesionales porque implica adquirir una actitud de autoevaluación”** Auditoría de la Gestión. Abril 2009.

ULAT – I; Proyecto Secretaría de Salud - USAID – MSH. **“Plan Estratégico y Características Funcionales de los Sistemas de información Hospitalarios para el Sector Público de Honduras”**. “Guía general para el establecimiento de Sistemas de Información en los Hospitales Públicos de Honduras”. Tegucigalpa, MDC. Honduras. Octubre de 2010

United Nations web site **“Metas del Milenio”**: <http://www.un.org/millenniumgoals/>

ANEXOS

Anexo I. Abreviaturas, Siglas y Sigloides

| | |
|------------|--|
| IHSS: | Instituto Hondureño de Seguridad Social. |
| MARCOPOLO: | Marco Conceptual Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud 2009 |
| MCC: | Mejora Continua de la Calidad |
| MGH: | Modelo de Gestión Hospitalaria |
| MNS: | Modelo Nacional de Salud |
| MSH: | Management Sciences for Health |
| NC: | Nivel Central |
| ODM: | Objetivos de Desarrollo del Milenio |
| ONCAE: | Oficina Normativa de Contratación y Adquisiciones del Estado. |
| ONG,s | Organizaciones No Gubernamentales. |
| PACC: | Plan Anual de Compras y Contrataciones. |
| POA: | Planificación Operativa Anual |
| PRIESS: | Proyecto de Reorganización Institucional y Extensión de Servicios Básicos de Salud. 2002 – 2006. |
| RAMNI: | Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez |
| RGH: | Lineamientos y Directrices del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria |
| RSD: | Región Sanitaria Departamental |
| SAA: | Sistema de Atención Ambulatoria |
| SAO: | Sistema de Atención Obstétrica |
| SAO: | Sistema de Apoyo Terapéutico |
| SAT: | Sistema de Atención Obstétrica |
| SAQx: | Sistema de Atención Quirúrgica. |
| SESAL: | Secretaría de Salud de Honduras. |
| SCG: | Sistema de Control de la Gestión. |
| SCH: | Sistema de la Conducción Hospitalaria |
| SDeIC | Sistema de Docencia e Investigación Científica |
| SDTH: | Sistema de Desarrollo del Talento Humano |
| SGcC: | Sistema de Gestión con Calidad |
| SGF: | Sistema de Gestión Financiera |
| SGP: | Sistema de Gestión de Pacientes |
| SH: | Sistema de Hostería |
| SHD: | Sistema de Hospital de Día |
| SIAFI: | Sistema de Información Administrativo Financiero Integral |
| SIG | Sistema de Información Gerencial |
| SINoQx: | Sistema de Internamiento No Quirúrgico |
| SLyS: | Sistema de Logística y Suministro |
| SMEyE: | Sistema de Mantenimiento de Equipos y Edificios |
| SNCS: | Sistema Nacional de Calidad en Salud. |

SSD: Sistema de Servicios Diagnósticos
SSG: Sistema de Servicios Generales
SPR: Sistema de Planificación por Resultados
VC: Vigilancia de la Calidad
ULAT: Proyecto de Unidad Local de Asistencia Técnica MSH/USAID
UPA: Unidad Ponderada Asistencial
UPEG-SS Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión de la Secretaría de Salud
US: Unidad de Salud.
USAID: United State Agency for International Development.
VIH/SIDA: Virus de la Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida.

Anexo 2.- GLOSARIO de TERMINOS

Autonomía: Potestad que dentro de un Estado tienen municipios, provincias, regiones u otras entidades, para regirse mediante normas y órganos de gobierno propios. Condición de quien, para ciertas cosas, no depende de nadie. (*Diccionario de la RAE*)

Autonomía de la gestión: Poder otorgado por el estado a una institución, para el desarrollo pleno de su capacidad gerencial, en el ejercicio de esta actividad, para cumplir más eficaz y eficientemente con los objetivos estratégicos que le asigna el estado.

Autonomía de Gestión hospitalaria. Es un proceso mediante el cual los hospitales deciden responsablemente la adquisición o enajenación de productos, el ejercicio de los recursos propios, su estructura administrativa y los niveles de remuneración del personal cuya fijación no sea competencia de otras instancias, para cumplir más eficaz y eficientemente con los objetivos estratégicos que le asigna el ente Rector.

Descentralización. Es el proceso mediante el cual el estado, oficialmente por medio de la Secretaría de Estado y de las instituciones descentralizadas por funciones, transfiere a los municipios, responsable e irreversiblemente, una o determinadas funciones o competencias cuya titularidad ejercerá el municipio, siempre manteniendo la función normativa la entidad central. Es además un requerimiento de la transferencia de competencias, el traspaso de los activos e inventarios, asociados a la prestación del servicio; la asunción de los pasivos vinculados a los mismos una vez descentralizado y saneado previamente por la entidad central; así como el financiamiento de los gastos e inversiones que se requieran para la prestación del servicio. (*Política de Descentralización para el desarrollo del estado*)

Desconcentración. Es una modalidad, donde la titularidad, y el ejercicio de las competencias atribuidas a las entidades del gobierno central o de los gobiernos municipales, son trasladadas a otros órganos administrativos jerárquicamente dependientes de aquella, para lo cual se les dota de independencia funcional, administrativa o incluso financiera, conservando aquel, el ejercicio de la titularidad del servicio, ésta solo se efectuará solamente si no lesiona los principios de subsidiariedad o autonomía municipal. (*Política de Descentralización para el desarrollo del estado*)

Delegación. Es una modalidad, en la cual la entidad pública del nivel de gobierno competente, encarga al gobierno municipal en su caso; comunidad; a una mancomunidad; organizaciones de la empresa privada o de la sociedad civil; o, a otros órganos administrativos jerárquicamente subordinados a éste, la prestación de servicios públicos, conservando la autoridad y titularidad sobre las mismas, siendo responsables de los actos del delegado. (*Política de Descentralización para el desarrollo del estado*)

Devolución: Es el estado más avanzado en el proceso de descentralización, pues implica la transferencia de funciones y recursos a los niveles más bajos de decisión. Se busca reforzar las competencias a nivel local a fin de que los gobiernos locales puedan asumir exitosamente estas nuevas responsabilidades que podrían ser de orden financiero, así como las de ejecutar proyectos y programas de desarrollo local.

Intervención directa: Es una modalidad, donde la titularidad y el ejercicio de las competencias atribuidas a las entidades del gobierno central o de los gobiernos municipales, son ejecutadas en su totalidad por éstas y sin intervención de personas naturales o jurídicas externas. *(Política de Descentralización para el desarrollo del estado)*

Co - gestión: Cuando la entidad pública del nivel de gobierno competente, vía convenio o contrato produce y/u opera conjuntamente con una persona jurídica externa privada (empresa privada, empresas sociales y de gestión comunitaria), servicios de interés público, compartiendo costos y beneficios. *(Política de Descentralización para el desarrollo del estado)*

Concesión: Es una modalidad mediante la cual, la entidad pública del nivel de gobierno competente, cede la operación, aprovechamiento o usufructo de un servicio o bien público por subasta, a personas naturales o jurídicas externas, casi siempre por una contraprestación económica que satisfaga a ambas partes. Si bien el servicio o bien mantienen su carácter público y por tanto su regulación, su gestión o administración se rige por las regulaciones del ámbito privado. *(Política de Descentralización para el desarrollo del estado)*

Compromiso de gestión: Es el instrumento legal de relacionamiento, en el proceso de delegación de la función de la provisión de los servicios de salud y su gestión, que se suscribe entre la instancia de conducción política y el ente gestor de las unidades que proveen servicios, en el que se establecen las obligaciones y responsabilidades de cada una de las instancias suscriptoras en relación a la definición de los resultados que se desean obtener en el periodo de programación correspondiente, el modelo de gestión a aplicar para obtenerlos, así como la forma y flujo del financiamiento que sustentara el mismo.

Convenios de gestión: Es el instrumento legal suscrito entre la Secretaría de Salud y las organizaciones constituidas conforme ley, en el proceso de reasignación de la función de la provisión de los servicios de salud y su gestión, por medio del cual se establecen las obligaciones y responsabilidades de cada una de las instancias suscriptoras en relación a la ejecución de la función del gestor de la provisión de los servicios de salud que le fue reasignada, definiéndoles los términos para la administración de los establecimientos de salud y la asignación de los recursos para la realización de las actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades y recuperación de la salud según nivel de complejidad, definidas en la cartera de servicios.

Modalidad de gestión público – social: Presupone la participación de las organizaciones distintas a la Secretaría que han desarrollado o pueden desarrollar capacidades y experiencias en los campos de la gestión y/o la provisión de servicios de salud (mancomunidades, asociaciones comunitarias y fundaciones constituidas por patronatos de base comunitaria).
La modalidad de gestión público – público: Consistirá en dotar de autonomía de gestión a unidades pertenecientes a la misma institución requiriendo para ello la definición y creación formal de la entidad específica que deberá asumir la responsabilidad de la conducción del hospital.

Modelo de Gestión. Es la forma como se organizan y combinan los recursos con el propósito de cumplir las políticas, objetivos y regulaciones

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

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

Proceso: Es un conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados. ISO 9000 2000. En este proceso de transformación se debe aportar valor al tiempo que se ejerce un control sobre el conjunto de las actividades.

Participación Ciudadana: Es un proceso por medio del cual la sociedad civil, en función de la densidad de su capital social e influencia, comparten el control de las iniciativas de desarrollo y las decisiones políticas sobre los recursos que los afectan convirtiéndose en un instrumento de empoderamiento y movilización de la gente como actores y supervisores de su propio desarrollo.

Rendición Cuentas: Es el resultado deseado de un proceso permanente sustentado en la base de un contrato social que contiene definición de obligaciones, especificación de reglas, de resultados esperados, de indicadores de cumplimiento, y la definición de instrumentos y en donde se confieren y aceptan derechos, las partes adquieren responsabilidades y los gobernantes están obligadas a informar o por lo menos a poner a su disposición, la información sobre las acciones por realizar y en todo caso sobre las actuaciones realizadas

Política Nacional de Descentralización Territorial para el Desarrollo Local, es el instrumento marco que orienta a la gestión pública y es de carácter permanente y obligatorio para el gobierno central y los gobiernos municipales, elegidos y legitimados mediante el voto directo de los ciudadanos registrados en el censo de su respectiva circunscripción.

Tercerización: Es un acto en virtud del cual, cualquiera de las entidades de los dos niveles de gobierno (Central y Municipal), mediante sus estructuras administrativas competentes, contratan a personas naturales o jurídicas externas, en una fase, proceso o etapa, de uno o de todos los procesos del ciclo de gestión pública (planeación, presupuestación, ejecución, seguimiento, monitoreo, evaluación) para que le presten los servicios que antes prestaba por sí mismo. (*Política de Descentralización para el desarrollo del estado*)

Anexo 3. Tabla de Productos del MGH componente de conducción y gestión de recursos

| SISTEMAS | PROCESOS | PRODUCTOS |
|---|--|--|
| De la Conducción | | |
| 1 Sistema de Conducción Hospitalaria (SCH) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Negociación de Contrato de la Gestión 2. Conducción de la Planificación Estratégica 3. Conducción de la Planificación Operativa por Resultados 4. Gestión del Financiamiento de Proyectos 5. Formación y Desarrollo de Comités hospitalarios 6. Sanción y Divulgación de políticas y normas hospitalarias. 7. Gestión con Calidad del Sistema de Conducción Hospitalaria 8. Microgestión del Sistema de Conducción Hospitalaria. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Contrato de Gestión negociado y aprobado 2. Plan Estratégico del hospital consultado (oportuna) 3. Plan Operativo por Resultados implementado 4. Proyectos con disponibilidad financiera 5. Comités Hospitalarios conformados y funcionando 6. Políticas hospitalarias socializadas 7. Planes de Mejora del SCH monitoreados 8. Tableros de indicadores del Sistema analizados mensualmente |
| 2 Sistema de Planificación por Resultados (SPR) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Planificación Estratégica 2. Planificación operativa 3. Plan de Inversiones 4. Implementación de Normas y políticas Hospitalarias 5. Elaboración de flujos, protocolos y guías de atención – Gestión 6. Formulación de Proyectos 7. Microgestión del Sistema de Planificación por Resultados 8. Gestión con Calidad del Sistema de Planificación por Resultados. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Plan Estratégico del hospital elaborado 2. Plan Operativo por Resultados elaborado 3. Plan Maestro de Inversiones elaborado 4. Políticas hospitalarias implementadas 5. Plan de elaboración de flujos, Guías y protocolos implementado 6. Proyectos planificados elaborados 7. Cuadro de Mando gerencial analizado oportunamente. 8. Planes de Mejora del SPR monitoreados oportunamente. |
| 3 Sistema de Información Gerencial (SIG) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Producción del Dato (recolección y validación) 2. Procesamiento y almacenamiento de la información 3. Elaboración de reportes 4. Mantenimiento de Plataforma Tecnológica 5. Microgestión del Sistema de Gestión con Calidad 6. Gestión de la Calidad del Sistema. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Reporte de Validación del Dato elaborado. 2. Bases de Datos Actualizadas. 3. Reportes del SIG elaborados oportunamente. 4. Plataforma Tecnológica Actualizada 5. Tablero de Indicadores del SIG analizado mensualmente 6. Planes de Mejora del SIG monitoreados mensualmente. |
| 4 Sistema de Gestión con Calidad (SGcC) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Organización de la Gestión con Calidad. 2. Planes de Mejora Continua de la Calidad. 3. Monitoreo y Evaluación de los Planes de Mejora Continua de la Calidad. 4. Uso de la Información (Toma de decisiones, socialización de Resultados y Benchmarking). 5. Microgestión del Sistema de Calidad 6. Gestión con Calidad | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sistema de Gestión con Calidad Planificado y Organizado. 2. Comité de Mejora Continua de la Calidad conformado y funcionando. 3. Reportes de Planes de Mejora Continua de la Calidad elaborados reflejan avances en los procesos implementados. 4. Decisiones tomadas en base a la información del SGcC son compartidas a través del Plan de Socialización y Benchmarking. 5. Tablero de Indicadores del SGcC analizado mensualmente 6. Planes de Mejora del SGcC monitoreados mensualmente. |
| 5 Sistema de Control de la Gestión (SCG) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilancia del cumplimiento de normas y Políticas Institucionales 2. Vigilancia de la Salud 3. Evaluación 4. Rendición de Cuentas 5. Microgestión del Sistema de Control 6. Gestión con Calidad del Sistema de Control. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Metas y Estándares Alcanzados 2. Procesos de Vigilancias ejecutados oportunamente 3. Informe de Evaluación de la Gestión Oportuno y de Calidad 4. Informe de auditoría externa y social elaborados oportunamente 5. Tablero de Indicadores del SCG analizado mensualmente 6. Planes de Mejora del SCG monitoreados mensualmente.. |

De los Recursos

| | | |
|---|--|---|
| 1 Sistema de Desarrollo del Talento Humano (SDTH) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Planificación Estratégica 2. Selección y Contratación 3. Administración del Personal 4. Desarrollo del Recurso Humano 5. Seguridad Laboral 6. Control 7. Microgestión del Sistema de Desarrollo del Talento Humano 8. Gestión Con Calidad del Sistema de Desarrollo del Talento Humano. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Plan Estratégico del Sistema de Desarrollo del Talento Humano Elaborado. 2. Personal de nuevo ingreso contratado por procesos hospitalarios. 3. Reglamento Interno del Hospital implementado oportunamente 4. Política de incentivos implementada oportunamente 5. Planes de Desarrollo del Talento Humano implementado 6. Plan de Seguridad Laboral implementado 7. Informes de Control del Personal elaborado 8. Tablero de Indicadores del SDTH analizado mensualmente 9. Planes de Mejora del SDTH monitoreados mensualmente.. |
| 2 Sistema de Logística y Suministros (SLyS) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Programación. 2. Compras. 3. Almacenamiento. 4. Suministros. 5. Microgestión del Sistema de Logística y Suministros. 6. Gestión con calidad del Sistema de Logística y Suministros. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Plan de Programación ejecutado oportunamente. 2. Plan de Compras monitoreado oportunamente. 3. Base de Datos de Almacén actualizada. 4. Informe de abastecimiento de Servicios oportuno. 5. Tablero de Indicadores del SLyS analizado mensualmente 6. Planes de Mejora del SLyS monitoreados mensualmente.. |
| 3 Sistema de Mantenimiento de Equipos y Edificios (SMEyE) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Gestión de base de datos de los activos del hospital 2. Plan Anual de mantenimiento 3. Ejecución del plan de Mantenimiento. 4. Control del Mantenimiento y Conservación de Equipo e Instalaciones Físicas. 5. Microgestión del Sistema de Mantenimiento y Conservación de Equipos y Edificios. 6. Gestión con Calidad del S Mantenimiento y Conservación de E y E. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Base de Datos de los activos del hospital actualizada 2. Plan Anual de mantenimiento elaborado 3. Informes oportunos del Plan de Mantenimiento elaborados. 4. Informes de Supervisión de los Procesos de Mantenimiento elaborados. 5. Tablero de Indicadores del SMEyE analizado mensualmente 6. Planes de Mejora del SMEyE monitoreados mensualmente.. |
| 4 Sistema de Gestión Financiera (SGF) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Presupuesto de Ingresos, Gastos e Inversión. 2. Contabilidad Patrimonial y Presupuestaria. 3. Contabilidad Analítica o de Costos. 4. Tesorería y Facturación de servicios. 5. Custodia de documentación para auditorías financieras. 6. Microgestión del Sistema de Gestión Financiera. 7. Gestión con Calidad del Sistema de Gestión Financiera. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Presupuesto general del Hospital 2. Informe anual de la Contabilidad Patrimonial y Presupuestaria 3. Informes trimestrales de la contabilidad analítica o de costos. 4. Informes mensuales de Tesorería y Facturación de Servicios 5. Custodia de documentación para auditorías financieras. 6. Tablero de Indicadores del SGF analizado mensualmente 7. Planes de Mejora del SGF monitoreados mensualmente.. |
| 5 Sistema de Servicios Generales (SSG) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Seguridad de Pacientes, Visitantes y Bienes. 2. Administración del Transporte Hospitalario. (Flota) 3. Suministros energéticos. 4. Microgestión del Sistema de Servicios Generales 5. Gestión con Calidad del Sistema de Servicios Generales. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Planes de Seguridad Implementados 2. Informes de la Gestión de Flotas elaborados y entregados Oportunos 3. Suministros energéticos ejecutados oportunamente. 4. Tablero de Indicadores del SSG analizado mensualmente 5. Planes de Mejora del SSG monitoreados mensualmente.. |

Anexo 4. Tabla de Productos del MGH Componente de Gestión Clínica y de Pacientes

| SISTEMAS | PROCESOS | PRODUCTOS |
|--|---|--|
| De la Atención Clínica y de Pacientes | | |
| 1 Sistema de Gestión de Pacientes | <ol style="list-style-type: none"> 1. Admisión y documentación clínica 2. Gestión de Pacientes 3. Información Asistencial 4. Atención al Usuario 5. Labor o Trabajo Social 6. Referencia y Respuesta 7. Microgestión 8. Gestión con Calidad del Sistema | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pacientes registrados admitidos por Consulta Externa 2. Pacientes registrados admitidos por emergencia 3. Personas referidas a una unidad de mayor resolución 4. Personas referidas a unidades de menor resolución 5. Personas referidas a la comunidad 6. Personas recibidas por referencia desde la comunidad 7. Personas recibidas por referencia desde US del Primer nivel de atención. 8. Personas con atención médica exonerada 9. Personas con examen de laboratorio exonerado 10. Personas con Ultrasonido exonerado 11. Persona con otros servicios exonerados (por tipo) 12. Programación anual realizada 13. Tablero de Indicadores del sistema analizado mensualmente. 14. Planes de Mejora Continua del sistema monitoreados mensualmente 15. Plan Operativo anual evaluado 16. Metas programadas alcanzadas |
| 2 Sistema de Atención Ambulatoria | <ol style="list-style-type: none"> 1. Atención de urgencias de personas adultas y adolescentes. 2. Atención de urgencias pediátricas. 3. Atención de consultas externas de especialidades No quirúrgicas para adultos/as y adolescentes. 4. Atención de consultas externas de especialidades quirúrgicas para adultos/as y adolescentes. 5. Atención de consultas externas pediátricas. 6. Atención de consultas externas de especialidades quirúrgicas pediátricas. 7. Microgestión de la Atención Ambulatoria. 8. Gestión con Calidad de la Atención Ambulatoria. 9. Docencia e Investigación en el Sistema de Atención Ambulatoria. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Persona atendida en condición de Urgencia 2. Adolescente atendido/a por una Urgencia 3. Niña / Niño atendido en condición de Urgencia 4. Persona atendida en consulta externa de especialidades No quirúrgicas. 5. Persona atendida en consulta externa de Cirugía General. 6. Niña / Niño atendido en consulta externa de Pediatría. 7. Niña / Niño atendido en consulta externa de Cirugía. 8. Adultos/as atendidas en observación 9. Niños/as atendidas en observación 10. Personas referidas a otras instancias de la red 11. Personas con respuesta a la instancia o nivel correspondiente (de las referidas) 12. Investigaciones realizadas en el área de atención ambulatoria hospitalaria. 13. Personas con Plan de Docencia de Atención Ambulatoria del Hospital desarrollado con éxito. 14. Programación anual realizada 15. Tablero de Indicadores del sistema analizado mensualmente. 16. Planes de Mejora Continua del sistema monitoreados mensualmente 17. Plan Operativo anual evaluado 18. Metas programadas alcanzadas |

| SISTEMAS | PROCESOS | PRODUCTOS |
|---|--|--|
| De la Gestión Clínica y de Pacientes | | |
| 3 Sistema de Servicios Diagnósticos | <ol style="list-style-type: none"> 1. Laboratorio clínico 2. Servicios de imagenología 3. Laboratorio de anatomopatología clínica 4. Estudios de hemodinámica y fisiología cardiaca 5. Estudios de fisiología pulmonar 6. Estudios de neurotransmisión 7. Estudios o Pruebas Psicométricas 8. Estudios de inmunología y alergología 9. Microgestión de los Servicios Diagnósticos. 10. Gestión con Calidad de los Servicios Diagnósticos. 11. Docencia e Investigación en el Sistema de Servicios Diagnósticos | <ol style="list-style-type: none"> 1. Exámenes de Laboratorio clínico realizados (Con las respectivas desagregaciones) 2. Radiografía convencionales realizadas 3. Radiografías con medios de contraste realizadas 4. Ultrasonidos obstétricos realizados 5. Ultrasonidos realizados (desagregados por áreas anatómicas) 6. Tomografía Axial Computarizada realizada 7. Resonancia Magnética realizada. 8. Investigaciones realizadas en el campo de los procesos de apoyo diagnóstico. 9. Programación anual realizada 10. Plan Operativo anual evaluado 11. Tablero de Indicadores del sistema analizado mensualmente. 12. Planes de Mejora Continua del sistema monitoreados mensualmente 13. Metas programadas alcanzadas |
| 4 Sistema de Apoyo Terapéutico | <ol style="list-style-type: none"> 1. Farmacia 2. Banco de Sangre y Hemoderivados 3. Radioterapia 4. Microgestión del Sistema de Apoyo Terapéutico 5. Gestión con Calidad del Sistema de Apoyo Terapéutico. 6. Docencia e Investigación del Sistema de Apoyo Terapéutico. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Recetas despachadas 2. Salas de Internamiento con Medicamento Entregado 3. Unidades de Sangre y Hemoderivados entregadas 4. Persona con Tratamiento de Radioterapia Realizado 5. Programación anual realizada 6. Tablero de Indicadores del sistema analizado mensualmente. 7. Planes de Mejora Continua del sistema monitoreados mensualmente 8. Plan Operativo anual evaluado 9. Metas programadas alcanzadas |
| 5 Sistema de Atención Obstétrica | <ol style="list-style-type: none"> 1. Atención Obstétrica de consulta externa 2. Atención de las Urgencias Obstétricas 3. Atención de Partos 4. Atención Inmediata al Recién Nacido 5. Atención Obstétrica Quirúrgica 6. Atención Obstétrica de Pacientes del Albergue Materno 7. Coordinación con la otras instancias de la Red en materia de Atención Obstétrica 8. Docencia e Investigación en la Atención y/o Gestión Obstétrica 9. Microgestión del Sistema de Atención Obstétrica 10. Gestión con Calidad del Sistema de Atención Obstétrica | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mujer atendida por consulta externa de obstetricia 2. Mujer atendida por una urgencia obstétrica 3. Mujer atendida por control prenatal 4. Mujer atendida por control Puerperal 5. Mujer atendida por parto eutócico simple. 6. Mujer atendida por parto distócico 7. Mujer atendida por Cesárea 8. Mujer atendida por Legrado 9. Mujer con cirugía de urgencia post parto/ post cesárea realizada. 10. Recién nacida/o sano egresado 11. Recién nacida/o complicado atendido. 12. Mujer con atención obstétrica y alojada en el albergue materno. 13. Embarazadas o Puerperas referidas a otras instancias de la red 14. Embarazadas o Puerperas con respuesta a la instancia o nivel correspondiente (de las recibidas como referidas) 15. Investigaciones realizadas en los procesos de Atención Obstétrica. 16. Personas con Plan Completo de docencia de la Atención Obstétrica desarrollado con éxito. 17. Tablero de Indicadores del sistema analizado mensualmente. 18. Planes de Mejora Continua del sistema monitoreados mensualmente 19. Programación anual realizada 20. Plan Operativo anual evaluado 21. Metas programadas alcanzadas |

| SISTEMAS | PROCESOS | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| De la Gestión Clínica y de Pacientes | | |
| 6 Sistema de Internamiento no Quirúrgico | <ol style="list-style-type: none"> Atención de internamiento NO quirúrgico de adultos Atención de internamiento Pediátrico (Excluido los Neonatos) Atención de internamiento de personas en estado Críticos Atención de internamiento de personas en salas sépticas o infectadas. Atención de internamiento de personas en condiciones especiales Coordinación con la otras instancias de la Red para la Atención de Patologías de Internamiento No Quirúrgico Docencia e Investigación en la Atención de Internamiento No Quirúrgico Microgestión del Sistema de Internamiento No Quirúrgico Gestión con Calidad del Sistema de Internamiento No Quirúrgico | <ol style="list-style-type: none"> Persona atendida en internamiento No quirúrgico. Niños/as atendidas en internamiento pediátrico Persona atendida en Unidad de Cuidados especiales Persona atendida en salas sépticas/infectadas. Personas atendidas por especialidad o subespecialidad habilitada en el hospital. Personas referidas a otras instancias de la red Investigaciones realizadas en los temas de internamiento No quirúrgico. Personas con Plan Docencia del Sistema de Internamiento No Quirúrgico del Hospital desarrollado con éxito. Programación anual realizada Plan Operativo anual evaluado Metas programadas alcanzadas Tablero de Indicadores del sistema analizado mensualmente. Planes de Mejora Continua del sistema monitoreados mensualmente |
| 7 Sistema de Atención Quirúrgica | <ol style="list-style-type: none"> Cirugía Mayor. Cirugía Menor. Microgestión del Sistema de Atención Quirúrgica. Gestión con Calidad del Sistema de Atención Quirúrgica Docencia e Investigación en la Atención Quirúrgica | <ol style="list-style-type: none"> Paciente pediátrico egresado/a con cirugía menor realizada. Persona adulta egresada con cirugía mayor realizada. Paciente pediátrico egresado/a con cirugía mayor realizada. Personas referidas a otras instancias de la red Personas con respuesta a la instancia o nivel correspondiente Personas atendidas por subespecialidad quirúrgica disponible en el hospital. Investigaciones realizadas en temas de Cirugía General, de especialidades o subespecialidades. Personas con Plan docente del Sistema de Atención Quirúrgica del Hospital desarrollado (con éxito). Programación anual realizada Plan Operativo anual evaluado Metas programadas alcanzadas Tablero de Indicadores del sistema analizado mensualmente. Planes de Mejora Continua del sistema monitoreados mensualmente |

| SISTEMAS | PROCESOS | PRODUCTOS |
|---|--|---|
| De la Gestión Clínica y de Pacientes | | |
| 8 Sistema de Hospital de Día | <ol style="list-style-type: none"> 1. Atención Diagnóstica. 2. Atención Terapéutica Médico - Quirúrgica. 3. Coordinación con las otras instancias de la Red en materia de Atención de día. 4. Gestión con Calidad del Sistema de Hospital de Día 5. Microgestión del Hospital de Día 6. Docencia e Investigación en la Atención de Hospital de día | <ol style="list-style-type: none"> 1. Personas atendidas en servicios diagnósticos modalidad hospital de día. 2. Personas atendidas en servicios terapéuticos (médicos y/o quirúrgicos) en modalidad hospital de día. 3. Personas referidas a otras instancias de la red. 4. Personas con respuesta a la instancia o nivel correspondiente. 5. Investigaciones realizadas en temas concernientes a la atención o gestión del Sistema de Hospital de día 6. Personas con Plan docente del Sistema de Hospital de día aprobado. 7. Personas atendidas en servicios diagnósticos modalidad hospital de día. 8. Personas atendidas en servicios terapéuticos (médicos y/o quirúrgicos) en modalidad hospital de día. 9. Personas referidas a otras instancias de la red. 10. Personas con respuesta a la instancia o nivel correspondiente. 11. Investigaciones realizadas en temas concernientes a la atención o gestión del Sistema de Hospital de día 12. Programación anual realizada 13. Plan Operativo anual evaluado 14. Metas programadas alcanzadas 15. Tablero de Indicadores del sistema analizado mensualmente. 16. Planes de Mejora Continua del sistema monitoreados mensualmente |
| 9 Sistema de Hostería | <ol style="list-style-type: none"> 1. Alimentación y Nutrición 2. Lavandería y Ropería 3. Limpieza 4. Microgestión del Sistema de Hostería. 5. Gestión con calidad del Sistema de Hostería | <ol style="list-style-type: none"> 1. Raciones servidas a pacientes 2. Raciones servidas al personal 3. Libras o Kilogramos de Ropa lavadas 4. Número y tipo de piezas de ropa planchadas 5. Ambientes limpios (Metros cuadrados de superficie limpia) 6. Programación anual realizada 7. Plan Operativo anual evaluado 8. Metas programadas alcanzadas 9. Tablero de Indicadores del sistema analizado mensualmente. 10. Planes de Mejora Continua del sistema monitoreados mensualmente |

| SISTEMAS | PROCESOS | PRODUCTOS |
|--|--|---|
| De la Gestión Clínica y de Pacientes | | |
| 10 Sistema de Otros Servicios de Apoyo Técnico | <ol style="list-style-type: none"> 1. Bioseguridad 2. Esterilización 3. Transporte Interno de pacientes 4. Morgue | <ol style="list-style-type: none"> 1. Plan de bioseguridad desarrollado. 2. Paquetes esterilizados Entregados. 3. Pacientes movilizados internamente. 4. Cadáveres atendidos en la Morgue. 5. Programación anual realizada 6. Plan Operativo anual evaluado 7. Metas programadas alcanzadas 8. Tablero de Indicadores del sistema analizado mensualmente. 9. Planes de Mejora Continua del sistema monitoreados mensualmente |
| 11 Sistema de Docencia e Investigación | <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación y Coordinación de la Docencia e Investigación Científica. 2. Planificación y Organización de la docencia y la actividad investigativa. 3. Organización y Seguimiento de los procesos Docencia e Investigación científica. 4. Ejecución de las actividades docentes y de las investigaciones. 5. Jornadas Científicas Hospitalarias. 6. Microgestión del Sistema de Docencia e Investigación Científica 7. Gestión con Calidad del Sistema de Docencia e Investigación Científica | <ol style="list-style-type: none"> 1. Plan anual de Docencia e Investigación científica elaborado con indicadores de calidad. 2. Comité de Docencia e Investigación Científica organizado y funcionando con Indicadores de Calidad y Eficiencia. 3. Jornadas de Investigación Científica hospitalaria anual realizada 4. Plan de investigaciones ejecutado con criterios de calidad. 5. Biblioteca de Investigaciones científicas del hospital organizada y funcionando. 6. Tablero de Indicadores del Sistema de Docencia e Investigación analizados mensualmente. 7. Planes de Mejora Continua monitoreados periódicamente. 8. Programación anual realizada 9. Plan Operativo anual evaluado 10. Metas programadas alcanzadas |

ANEXO 5. – Esquema de la Organización Sistémica del Modelo de Gestión Hospitalaria



