



UNIVERSIDAD DEL BÍO BÍO
FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES

REDISEÑO DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS QUE PERMITAN REDUCIR EL
TIEMPO DE PERMANENCIA DE LOS USUARIOS EN LA LISTA DE ESPERA DE
CONSULTAS DE ESPECIALIDAD TRAUMATOLÓGICA NO GES EN EL HOSPITAL DE
SAN CARLOS

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN DIRECCIÓN DE EMPRESAS

AUTOR: ALICIA DEL CARMEN CONTRERAS VIELMA

PROFESOR GUIA: ALEX IVÁN MEDINA GIACOMOZZI

2016
CHILLÁN - CHILE

Contenido	
Resumen:	2
Capítulo 1: Problema y objetivo de la investigación	3
1.1.- justificación de la investigación	3
1.2.- El problema a investigar:.....	4
1.3.- Propósito y objetivos:.....	6
1.3.1.- General:	6
1.3.2.- Específicos:.....	6
Capítulo 2: Marco teórico	7
2.1.- Revisión de literatura y marco teórico conceptual	7
2.2.- Aspectos normativos.....	10
2.3.- Caracterización descriptiva del sujeto de la investigación	12
Capítulo 3: Metodología:.....	16
3.1.- Tipo de estudio	18
3.2.- Fuentes de Información	18
3.3.- Métodos de recolección de la información	18
Capítulo 4: Resultados.....	20
4.1.- Identificación y caracterización descriptiva de los procesos actuales y análisis de hallazgos de la situación actual.....	20
4.2.- Identificación de nodos críticos y construcción de diagramas de flujo.	23
4.3.- Rediseño procedimientos mediante diagramas de flujos.....	28
4.4.- Rediseños de funciones administrativas	30
4.5.- Diseño de guías administrativas	36
Capítulo 5: Conclusiones	61
Capítulo 6: Recomendaciones	64
Bibliografía.....	66
Anexos	67
Anexo N°1: Formulario N°1 Registro de actividades	67
Anexo N° 2: Formulario N° 2 Secuencia de actividades	68
Anexo N° 3: Formulario N° 3 Sucesión de actividades	69
Anexo N° 4: Diagrama de flujo simbología ASME.....	74
Anexo N° 5: Metodología ASME y su significado	70
Anexo N° 6: Formato para definir los manuales de procedimiento.....	77

Resumen:

El Hospital de San Carlos ha planteado como uno de sus desafíos el resolver el alto tiempo de espera de las consultas de especialidad, ya que el tiempo que transcurre desde que se ingresa una solicitud de interconsulta hasta la resolución de ésta va en directa relación con la insatisfacción usuaria. Esta realidad se enfrentó rediseñando los procesos administrativos en el departamento de gestión del usuario para reducir el tiempo de permanencia de los usuarios en la lista de espera de especialidad traumatológica no GES en el Hospital de San Carlos. Para ello se identificaron los nudos críticos del proceso administrativo para lograr una propuesta de rediseño de éstos, mediante una metodología de rediseño de procesos, esto implicó el diseño de diagramas de flujo, que permitieron reducir el tiempo de espera entre las distintas etapas del proceso, lo que fue coherente con los objetivos sanitarios 2011-2020 y los compromisos de gestión definidos para la disminución de tiempos de espera para consultas de especialidad e intervenciones quirúrgicas.

Capítulo 1: Problema y objetivo de la investigación

1.1.- Justificación de la investigación

Las altas listas de espera tanto de consultas como de intervenciones quirúrgicas es una problemática frecuente en los servicios de salud en Chile debido a la alta demanda de pacientes en espera y la poca o nula existencia de procesos formales estandarizados y herramientas de apoyo para su gestión, seguimiento y control.

La escasez de recursos, el aumento de las expectativas de los usuarios, el envejecimiento de la población, los avances tecnológicos en la medicina y los mayores niveles de educación de la población han generado mayores demandas de la población sobre los sistemas de atención de salud.

En el objetivo estratégico definido para mejorar la calidad de la atención de salud en un marco de respeto de los derechos de las personas en la estrategia nacional de salud (ENS 2011 – 2020) se ha fijado como meta la disminución de las listas de espera, como “aumentar a 90% la proporción de servicios de salud con adecuada razón de resolución de listas de espera excesivamente prolongadas, fijando para el año 2010 un 21%, para el año 2015 un 52% y para el año 2020 un 90%.

Considerando esta meta de impacto, el Ministerio de Salud, en adelante MINSAL propone que en los próximos 10 años se realicen estrategias orientadas a mejorar: la capacidad y distribución de oferta sanitaria, la gestión clínica de la demanda y la gestión y desempeño del sistema.

El MINSAL a través de los compromisos de gestión para el año 2015, según se señala en las orientaciones para la planificación y programación en red año 2015, documento de la Subsecretaría de Redes Asistenciales ha definido además el tiempo de espera por atención, a la “oportunidad con la cual las personas en espera, reciben la atención requerida de consulta o intervención quirúrgica”, señalando un cambio de enfoque centrado en el “número de usuarios en espera” a “tiempos de espera individuales”.

Estos antecedentes confirman la necesidad del análisis en la lista de espera de especialidad traumatológica no GES en cuanto al rediseño de los procesos administrativos que se utilizan para asegurar la continuidad en la atención de los pacientes a través de las distintas etapas que se desarrollan en el establecimiento, previos a la realización de la intervención quirúrgica, rediseñando los procesos

administrativos que permitan reducir el tiempo de permanencia de los usuarios en la lista de espera traumatológica no GES de consultas en el Hospital de San Carlos.

Los establecimientos de salud se han organizado tradicionalmente por estructuras sobre la base de departamentos o unidades organizacionales que dificultan la orientación hacia el usuario.

La gestión por procesos, o a través de flujos definidos, permite evaluar el cómo realizamos las actividades e ir descartando actos supernumerarios que no agregan valor al objetivo, así como, ir detectando los nudos críticos e identificar las oportunidades de mejora, separar las actividades y analizarlas en detalle para entenderlos y modificar los que nos parecen inadecuados.

1.2.- El problema a investigar:

La elección del rediseño de los procesos se basa en el alto volumen de pacientes en lista de espera de consultas no GES en el Hospital de San Carlos, que al corte del 31 de junio del 2015 alcanza a 16.322 pacientes, donde 11.010 son consultas de especialidad, 1.173 son de la especialidad de traumatología, 3.897 son consultas odontológicas y 1.415 son de intervenciones quirúrgicas que en promedio esperan hasta tres años en su resolución para pasar a las otras listas de espera, que son las listas de espera ocultas, de exámenes e imagenología y procedimientos (Hospital de San Carlos, 2015).

El Hospital de San Carlos actualmente ha tratado de resolver las listas de espera a través de bases de datos provenientes de un registro centralizado a nivel provincial, denominado repositorio nacional de lista de espera (RNLE) que se consideran como bases de datos iniciales, y que a través del sistema Sinetsur, sistema disponible en Hospital, les permiten realizar las respectivas agendas para las especialidades que dispone el establecimiento.

Las agendas de horas de los pacientes que están en las listas de espera para las distintas especialidades se realizan en base a procedimientos no estandarizados, sin el seguimiento formal de los pacientes en el tránsito entre las distintas listas de espera, ni con la existencia de manuales que pudieran describir el proceso de gestión de la demanda. El ingreso de nuevos pacientes a la lista de espera para la gestión de los nuevos cupos, llamadas SIC, solicitudes de interconsultas, se realiza con tantos criterios como funcionarios se destinan para dicha función con instrucciones dadas informalmente

en base a las contingencias del día a día, no existiendo criterios establecidos como únicos para la asignación de cupos por especialidad.

Las atenciones en box deben quedar registradas en un instrumento denominado hoja diaria, que al no existir un sistema de registro informático en box asociada a la atención del profesional correspondiente, conlleva a otros errores para la organización, como el subregistro de prestaciones en un sistema estadístico que van ligados a la cuantificación de la producción del establecimiento.

Con estos antecedentes se establece la siguiente pregunta de investigación: ¿Si se mejora la gestión de procesos administrativos, es posible reducir el tiempo de permanencia de los usuarios en la lista de espera de especialidad traumatológica no GES? y se plantea la siguiente hipótesis: La mejora en la gestión de los procesos administrativos permite una reducción del tiempo de espera de los usuarios que se encuentran en la lista de espera de especialidad traumatológica no GES del Hospital de San Carlos.

1.3.- Propósito y objetivos:

1.3.1.- General:

Rediseñar los procesos administrativos que permitan reducir el tiempo de permanencia de los usuarios en la lista de espera de especialidad traumatológica no GES en el Hospital de San Carlos.

1.3.2.- Específicos:

1.3.2.1.- Construir los diagramas de flujo del proceso administrativo para representar la situación actual del proceso que genera el retraso de atención de especialidad traumatológica no GES en el Hospital de San Carlos.

1.3.2.2.- Identificar los nudos críticos en el proceso administrativo que genera el retraso de atención de especialidad traumatológica no GES en el Hospital de San Carlos.

1.3.2.3.- Diseñar nuevos diagramas de flujo del proceso de atención que permitan reducir el tiempo de espera en la atención de especialidad traumatológica no GES en el Hospital de San Carlos que integren las mejoras propuestas.

1.3.2.4.- Diseñar las funciones administrativas de las unidades que intervienen en el proceso que genera el retraso de atención de especialidad traumatológica no GES en el Hospital de San Carlos.

1.3.2.5.- Diseñar una guía administrativa de las unidades que intervienen en el proceso que genera el retraso de atención de especialidad traumatológica no GES en el Hospital de San Carlos.

Capítulo 2: Marco teórico

2.1.- Revisión de literatura y marco teórico conceptual

La mayor parte de la literatura especializada se ha centrado en el análisis de las distintas formas de priorización de las listas de espera y no en la disminución de los tiempos de espera. Se ha detectado, que no existen estudios que aborden un análisis de los procesos administrativos que permitan una disminución de los tiempos desde que generan las solicitudes de interconsultas desde la atención primaria hasta la resolución de estas listas, durante todo el proceso de atención hasta el alta del paciente.

A nivel internacional, el estudio de Vila y Garrote (2003) señala que “Cualquier estrategia de actuación frente a las listas de espera debe partir del análisis inicial de las causas que las motivan, dimensionando y/o descartando, en primer lugar, los posibles problemas estructurales, para centrarse, a continuación, en las limitaciones de la capacidad de oferta”.

Así también Álvarez y Abad (2003) señala que “a pesar de que los sistemas sanitarios han adoptado diferentes medidas para hacer frente al problema de las listas de espera, éstas persisten. El fracaso de algunas de esas medidas se debe, principalmente, a fallos a la hora de detectar el origen multifactorial de las listas y, por tanto, a la hora de definir un abordaje coordinado e integral que, muchas veces, involucra a diferentes niveles del sistema sanitario”.

Asimismo Letelier (2013) indica que "con enfoque en los nodos críticos evidentes, en todo el proceso de la gestión interna de este establecimiento conduciendo o manejando la lista de espera, es necesario protocolizar los procesos internos de tipo administrativos, estandarizando los tiempos máximos de espera de la solicitud en cada etapa, con indicadores de seguimiento y resultados junto a alertas, aspectos monitorizados por el equipo de calidad local y/o de control de gestión, en esta línea se recomienda que dichos indicadores estén ingresados a las metas sanitarias o de gestión del establecimiento indicando expresamente unidades o departamentos y profesionales responsables, que permitan efectivamente movilizar las acciones diarias a la resolución efectiva de la lista de espera, junto con la motivación por parte de los equipos gestores hacia los equipos operativos tanto médicos como administrativos".

Por otra parte, analizando la forma de enfrentar la resolución del problema a investigar, Niebel y Freivalds (2004) señala que “el ingeniero de métodos usa técnicas

adecuadas para realizar un mejor trabajo en menor tiempo” y describe los pasos principales en un programa de ingeniería de métodos desde seleccionar el proyecto, obtener y presentar datos, analizarlos, presentar e instalar el método, desarrollar el análisis del trabajo hasta el seguimiento. Señala además que la ingeniería de métodos es el análisis sistemático a fondo de todas las operaciones directas e indirectas con el fin de implementar mejoras que permitan que el trabajo se desarrolle más fácilmente, en términos de salud y seguridad para el trabajador, y permite que éste se realice en menor tiempo con una menor inversión por unidad.

Dado que se realizará una intervención en una unidad de trabajo de un establecimiento de salud, será necesario generar confianza, y en este ámbito Cook (2004) señala que una de las principales metas de la gestión es crear un entorno en el cual los empleados estén dispuestos y puedan compartir sus ideas con su superior inmediato, por lo que la metodología empleada generará esa instancia de conversación que permita mejorar los procesos en la unidad bajo estudio.

Walton (2004) señala que la calidad no proviene de la inspección, sino en la mejora en el proceso y con instrucción se pueden reclutar trabajadores para que participen en esta mejora, así también menciona que se deben derribar las barreras entre las áreas, ya que muchas veces no laboran como equipo para resolver o prever los problemas y que las metas de un departamento pueden causar problemas al otro.

Paralelamente la guía para la elaboración de diagramas de flujo del año 2009 elaborada por el Ministerio de Planificación, Mideplan de Costa Rica, ha definido que una de las ventajas de los diagramas de flujo es que “permiten identificar los problemas y las oportunidades de mejora del proceso. Se identifican los pasos redundantes, los flujos de los reprocesos, los conflictos de autoridad, las responsabilidades, los cuellos de botella y los puntos de decisión.

Según menciona un análisis realizado por el MINSAL a través de la estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios 2011 – 2020, señala que en Chile, se han implementado diversas estrategias durante estos últimos años para resolver las listas de espera, una de ellas en la línea de fortalecimiento del recurso humano, dirigida a mejorar la capacidad y distribución de la oferta, a través de la formación y contratación de especialistas y los diplomados de resolutivez. Otra línea de inversión fue en equipamiento e infraestructura; y otras implementadas por el FONASA, como el programa de reducción de brechas en prestaciones. También se han desarrollado estrategias enfocadas a la resolución del problema en el corto plazo, como la del tipo

“Plan de 90 días” que se llevó a cabo en diciembre 2008. Estas líneas han ido enfocadas al aumento de la oferta del sector público, pero la limitante de los sistemas de información y de los modelos de atención no se han visualizado como parte de un proceso continuo del proceso de atención, sólo se han visualizado modelos centrados en la atención clínica como un suceso independiente y no formando parte la atención integral. De esta forma un usuario al ingresar al sistema hospitalario desde la atención primaria permanece en una lista de espera de primeras consultas, posteriormente permanece en otras lista como citas se le realizan, una lista para la citación del especialista, tras el diagnóstico otra lista para procedimientos, otra para exámenes de laboratorio o de imagenología, otra para intervenciones quirúrgicas previo al pase operatorio, si requiere ser visto por médico internista o cardiólogo previo a una cirugía.

Complementando lo anterior, se ha mencionado que el orden administrativo debe involucrar diferentes aspectos para el logro de sus metas, destacando lo siguiente: como primer objetivo su visión debe estar dirigido al cliente; segundo como eje de la gestión administrativa, debe orientarse a los procesos; tercero como elemento de investigación competitiva, debe involucrar al benchmarking; cuarto debe tomar a la información como materia prima para la toma de decisiones y el trabajo administrativo; quinto como herramientas de trabajo, debe tener presente a las nuevas tecnologías de información y como sexto y último factor al análisis del valor agregado como elemento de definición de lo que se debe o no hacer, por lo que el trabajo que se aborda va en la línea correcta (Champy, 1996).

Otra mirada en la gestión de procesos es vista como una herramienta encaminada a conseguir los objetivos de calidad total, procurando asegurar en forma rápida, ágil y sencilla el abordaje de los problemas de salud desde una visión centrada en el paciente, en las personas que prestan los servicios y en el proceso asistencial en sí mismos. En este sentido, supone el cambio de la organización basado en la implicación de las personas para mejorar los resultados de la misma; un cambio que trata de construir una nueva realidad, no de destruir la anterior (Paneque, 2002).

Con estos antecedentes y considerando la misión del establecimiento “Entregar atención de salud a los usuarios de la red asistencial de Ñuble, para mantener y recuperar la salud de las personas, con acciones confiables y de excelencia, utilizando eficientemente sus recursos”, se debe centrar la mirada en el usuario, gestionando las listas de espera con otros criterios, que no sólo sean los tiempos de espera, sino también en aspectos administrativos con la utilización de metodologías y herramientas de apoyo a

la gestión de procesos internos que conlleven a mejorar el tránsito expedito de los pacientes por los diferentes procesos del establecimiento como partes de una red.

2.2.- Aspectos normativos

Al analizar los aspectos normativos, un documento de lectura obligatoria es la norma técnica para el registro de las listas de espera, N° 118 que menciona definiciones claves para conocer el proceso. Este manual expone definiciones básicas como por ejemplo consulta médica, especialidades médicas, consulta nueva, consulta repetida.

Algunas definiciones necesarias de explicitar son las siguientes:

Listas de espera: Con carácter genérico, se define como lista de espera al conjunto de personas que en un momento dado se encuentran en espera de ser atendidas para una consulta de especialidad médica u odontológica, para un procedimiento o prueba diagnóstica o para una intervención quirúrgica programada, solicitada por un profesional médico u odontólogo autorizado en la red y teniendo documentada tal petición.

Tiempo de espera: El tiempo de espera de un paciente, en el contexto de esta norma técnica se define como el tiempo transcurrido entre la fecha de entrada a la lista y la fecha de salida de ella; en fórmula corresponde a la diferencia de días entre ambas fechas. Se deberá entender como fecha de entrada, a la fecha en la cual se indicó la realización de la atención, es decir, una evaluación de especialidad, una intervención quirúrgica o un determinado procedimiento; y como fecha de salida, aquella en la cual se realizó la atención, o se identificó alguna de las otras causales de salida.

Base de datos lista de espera: Se define al repositorio nacional de lista de espera, RNLE, como el “almacén de datos orientado a un determinado ámbito, integrado, no volátil y variable en el tiempo, que ayuda a la toma de decisiones en la entidad en la que se utiliza” es un sistema que debe ser utilizado en las direcciones de los servicios de salud y en los Hospitales autogestionados que permite obtener y consolidar los datos de listas de espera que son utilizados en los sistemas de información de agenda y referencia-contrarreferencia de los establecimientos de la red asistencial, en el caso del Hospital de San Carlos en Sinetsur. El RNLE se carga a través de un sistema que se accede a través del siguiente link: <http://10.8.136.147/RLE.Web/Login.aspx>

Uno de los insumos más importantes para la posterior gestión clínica en los establecimientos, es mantener actualizada y disponible la información sobre la demanda

total generada entre los distintos niveles de atención, poniendo un especial énfasis en la referencia y contrarreferencia desde APS. En este sentido, cada nodo de atención que genera una demanda establecida será responsable de mantener actualizada y disponible la información de sus usuarios ingresados al registro de espera de atenciones.

Esta norma define un conjunto mínimo básico de datos, que corresponde a un conjunto de datos con estándares de registro y codificación clara y acordada, que permite la implementación del seguimiento de listas de espera, con registros consolidables a nivel local y nacional contemplados en el RNLE.

Los datos se enfocan a dos dimensiones de información, datos de entrada y datos de salida. Para cada una de ellas, se especifica el estándar utilizado, el formato, la unidad de medida y la obligatoriedad.

Con respecto a la obligatoriedad del registro, existen dos tipos de campos: los obligatorios, que permiten identificar al usuario, la atención y el establecimiento responsable, y los no obligatorios que tienen la finalidad de complementar la información del usuario para lograr una buena gestión dentro de los establecimientos. La totalidad de los campos mínimos son 37, siendo 25 los obligatorios, y 12 los no obligatorios. Dentro de los campos obligatorios se encuentran: servicio de salud, rut y dígito verificador, nombre, primer apellido, segundo apellido, fecha de nacimiento, sexo, previsión, Prais, región, sospecha diagnóstica ó confirmación diagnóstica, fecha de entrada, establecimiento origen, establecimiento destino, tipo de prestación, prestación MINSAL, prestación establecimiento, causal de salida, fecha de salida, establecimiento que otorgó la atención.

Otro de los aspectos normativos que se deben analizar es el manual de organización interno del departamento para el análisis de la lista de espera, dicho manual data del año 2009, denominándose “Manual de organización sección médica y estadística (SOME) Hospital de San Carlos”, que presenta objetivos, la estructura administrativa, la descripción de funciones y la descripción de los cargos. En él se señala que hay una encargada, administrativo, de ingreso de listas de espera/operativo, donde en las actividades del cargo se señala entre otras las siguientes:

- Ingreso de interconsultas a lista de espera: que señala que debe efectuar ingreso de todas las interconsultas generadas en el Hospital de San Carlos en el sistema Anita del Hospital de Chillán.

- Ingreso de citas a lista de espera: Debe ingresar en el sistema Anita las citas de interconsultas generadas en el Hospital de San Carlos y también las citas resueltas en el mismo, correspondientes a la micro-red (consultorios de San Carlos, San Fabián, San Nicolás y San Gregorio).

De acuerdo a este manual puede observarse que para aspectos de la lista de espera, sólo se menciona el ingreso de datos, pero no el proceso de gestión de estas por las distintas unidades participantes.

2.3.- Caracterización descriptiva del sujeto de la investigación

El servicio de orientación médica y estadística, en adelante SOME, es una unidad que depende de la subdirección de recursos físicos y financieros, cuyo funcionamiento fue aprobado por el Ministerio de Salud a través de la Resolución Exenta N° 926 del 14.06.1989 con el manual de procedimientos que establece normas relativas a la admisión de pacientes, recaudación, estadística y otras disposiciones relativas a la atención de los usuarios. El reglamento orgánico de los servicios de salud aprobado por D.S. N° 42 del 09.02.1986 disponía que en todos los establecimientos existiría un SOME que dentro de los objetivos estaba velar por la expedita, racional y oportuna admisión, referencia y atención de los usuarios que concurran al establecimiento, facilitando la realización de los procesos y trámites asistenciales y administrativos correspondientes.

Con la reforma del sector salud, la Ley N°19.937 de 2004, de autoridad sanitaria, separó las funciones de salud pública de las de prestación de servicios, lo que significó la creación de dos subsecretarías -de Salud Pública y de Redes Asistenciales- y a nivel territorial, el traspaso de las funciones de salud pública desde los servicios de salud a las secretarías regionales ministeriales.

Al interior de los servicios de salud, definidos como gestores de redes, la ley creó la figura de los hospitales autogestionados en red. La Ley de autoridad sanitaria estableció en el año 2008 una lista de 59 hospitales, vigentes en la actualidad, que podrían postular a la categoría de autogestionados en red (EAR). Entre los años 2005 y 2007, once cumplieron, donde el Hospital de San Carlos no estaba en dicha nómina dado su incumplimiento, por las condiciones establecidas en el instrumento de evaluación.

De acuerdo a lo establecido en la Ley, los hospitales restantes entrarían en régimen EAR a partir del 01 de enero del 2009. Antes del cumplimiento del plazo, el Ministerio de Salud declaró que los hospitales no se encontraban preparados para

enfrentar la condición de EAR y convino con el parlamento el aplazamiento de un año para la entrada en vigencia de esta disposición. Simultáneamente, se comprometió la realización de un programa de acompañamiento para esos hospitales, el que no quedó plasmado, dado el cambio de directivos de un periodo a otro.

Siguiendo el compromiso establecido con el parlamento, el ministerio desarrolló un programa de acompañamiento de hospitales y convocó a desarrollar propuestas de trabajo en ese marco. El programa puso foco en los hospitales rezagados y distribuyó tipos de acompañamiento de acuerdo a los perfiles de necesidades diagnosticados, uno de los cuales se orientó a la autogestión hospitalaria en red. Las competencias centrales para la autogestión en red son:

- Desarrollo de la cartera de servicios: Esta, que es una tarea a la que necesariamente concurriría en algún momento el gestor de red, por ejemplo aprobando las grandes inversiones, es una tarea central del hospital, dinámica, que debe realizarse en función de los recursos disponibles y del desarrollo posible de las especialidades. Su frontera es la máxima capacidad resolutive antes de pasar al nivel de atención siguiente y su piso es la máxima capacidad resolutive del nivel anterior.
- Gestión de la referencia y la contrareferencia: Dimensión operacional de la autogestión en red y, al mismo tiempo, más específica. Se debe definir, mantener y administrar la forma y condiciones en que los pacientes son derivados a las especialidades y contraderivados para continuar sus tratamientos y controles en el origen. Esto es asunto de gran sensibilidad para los pacientes y para los tratantes, que impone una férrea disciplina de la información, del manejo de las agendas médicas, de la oportunidad de las altas, de la pertinencia en las derivaciones, de la formación y de la continuidad de los cuidados.
- Gestión de las listas de espera: Conocer y gestionar las listas de espera es indispensable para la gestión del hospital, pero implica un ordenamiento que toca distintos ámbitos del quehacer hospitalario, que deben funcionar bien y coordinadamente. Tal coordinación redundará en que las listas sean fuente de retroalimentación, se ordenen, se prioricen y se acorten y, al mismo tiempo, que quienes esperan reciban respuestas confiables y materializables dentro de plazos razonables.

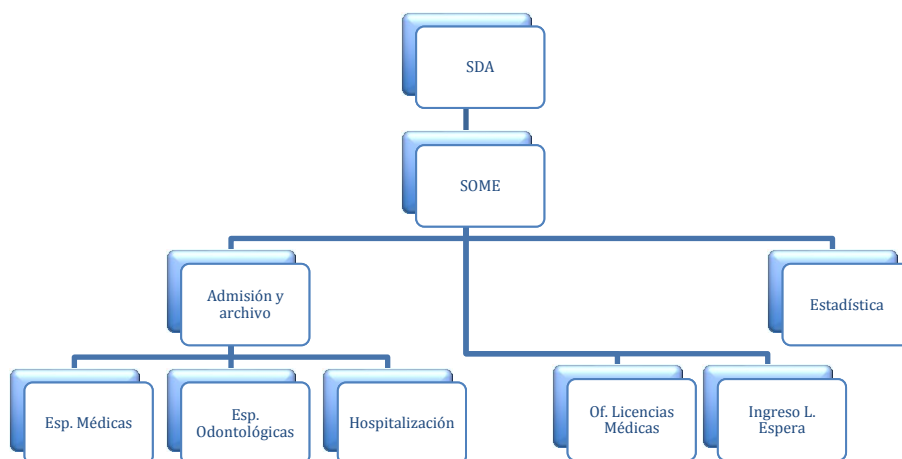
Los hospitales autogestionados en red que gestionen bien estas tres competencias esenciales habrán conseguido operar apropiadamente en el modelo de red asistencial cerrada y lo harán en la tranquilidad de que sus usuarios no migrarán en busca de alternativas porque estarán satisfechos. El buen funcionamiento de la red cerrada es el

elemento de cambio principal frente a las restricciones para elección de prestadores y servicios.

Ante estos profundos cambios contenidos en la reforma, esta unidad, SOME, permanecía estancada, ya que no se desarrollaron sistemas que permitieran gestionar adecuadamente las listas de espera.

El organigrama de esta unidad es el que se señala a continuación:

Figura N° 1: Organigrama SOME Hospital San Carlos, desde mayo 2009



Fuente:Manual de organización sección orientación médica y estadística, SOME, Hospital de San Carlos, mayo 2009.

La institución se encuentra regulada en el Título IV del DFL N° 1, de 2005, de Salud, artículos 31 y siguientes y en el Capítulo II del Decreto Supremo N° 38, de 2005, de Salud. Sin perjuicio de ello, como establecimiento de salud dependiente del Servicio de Salud, se rigen supletoriamente por las normas del Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, DS N° 140 del 24.09.04.

El D.S. N° 38 del 2005 como reglamento orgánico de los establecimientos de salud de menor complejidad y de los establecimientos de autogestión en red que señala en su artículo 18, letra e) que el establecimiento deberá “contar con un sistema de registro y gestión de listas de espera y cumplir con las metas de reducción acordadas con el Servicio respectivo” y en el artículo 26, letra e) que se deberá “cumplir las metas de registro y reducción de listas de espera que se hubieren convenido con el Director del Servicio o el Subsecretario de Redes Asistenciales, según corresponda, para lo que se requerirá un informe del director del servicio correspondiente, salvo en los casos de los establecimientos que formen parte de la red asistencial de alta especialidad”.

En cuanto a las facultades dadas a los directores de establecimiento en el ámbito de desarrollo organizacional está:

a) Dirigir la ejecución de los programas y acciones de salud y coordinar, asesorar, inspeccionar y controlar todas las dependencias del establecimiento.

b) Diseñar y elaborar un plan de desarrollo del establecimiento.

c) Organizar internamente el establecimiento y asignar las tareas correspondientes.

Capítulo 3: Metodología:

La metodología para el rediseño consistió en un estudio de investigación no experimental de diseño transversal descriptivo sobre los procesos administrativos en el Servicio de orientación médica y estadística, SOME utilizando fuentes de información primarias, secundarias y métodos de recolección de información. El registro y análisis de datos contiene los siguientes pasos:

a) Seleccionar la unidad de trabajo en el cual se hizo el estudio: El estudio consideró como sujeto de investigación al Servicio de orientación médica y estadística, SOME del Hospital de San Carlos, integrantes que fueron reunidos para informarles del inicio de esta investigación con la finalidad de invitar a un proceso de investigación que generó un espacio de conversación colaborativo que permitió adherencia, trabajo en equipo, y sentido de pertenencia con las mejoras que se propongan en el mediano plazo.

En estas instancias se aplicó el formulario N° 1, que permitió registrar las actividades que se realizan, dicho formulario se encuentra en el anexo N° 1. Con las preguntas ¿qué se hace?, ¿por qué se hace?, y ¿cómo lo hace? se determinó el propósito de la actividad, lo que fue posible recabar con dicho formulario. Con la columna frecuencia se pudo recopilar información para conocer la sucesión o el orden que ocupa cada actividad dentro de la secuencia.

b) Registrar toda la información referente al método actual: En esta etapa se registró la información en base al formulario N°2 donde cada integrante plasmó la información requerida, que dio cuenta de los procesos que se realizan. En este formulario se registraron los procesos, tanto de entrada como de salida de cada uno de los integrantes de la unidad. Con la información recabada se elaboraron los diagramas de proceso y flujo actual.

Posteriormente, con estos insumos, a través de un check list que se aplicó en terreno a la unidad sujeto de esta investigación, con las preguntas ¿dónde lo hace? y ¿por qué lo hace en ese lugar?, se determina el lugar en que se realiza cada actividad.

c) Examinar críticamente lo registrado: Para esta etapa se consideró pertinente utilizar la técnica de consulta o examinar con espíritu crítico mediante el análisis sucesivo de cada actividad a una serie sistemática y progresiva de preguntas preliminares en busca del propósito, el lugar, sucesión, persona y medios de ejecución buscando la justificación de cada respuesta, las preguntas que se pueden utilizar son: qué se hace, por qué se hace, dónde lo hace, cuándo se hace, entre otras, para lograr eliminar secuencias innecesarias, combinar o reordenar el orden del flujo y simplificar el proceso.

Con la información de las etapas anteriores se aplicó además el formulario N° 3, que se encuentra en los anexos. Este formulario permitió ir realizando las preguntas ¿cuándo se hace? y ¿por qué se hace en ese momento?, lo que visualizó la sucesión o el orden que ocupa cada actividad dentro de la secuencia.

Con la información del formulario N°1, N°2, N°3 y check list se construyó el diagrama de flujo de la situación actual, utilizando la simbología american society of mechanical engineers (sociedad americana de ingenieros mecánicos) ASME, que permitió determinar, entre otros, los pasos supernumerarios. El formato de este diagrama de flujo se muestra en el anexo N° 4.

d) Idear el método propuesto: Con el proceso anterior terminado, se siguió con la misma técnica de consulta, pero con las preguntas de fondo que permitió determinar si era posible mejorar el proceso o flujo empleado, su factible reemplazo, optimizar la sucesión, la utilización de las personas y/o medios indicados. En esta etapa se realizaron las preguntas qué más podría hacerse y qué se debería hacer, dónde, cuándo, quién y cómo. En esta etapa se realizó además una lista de comprobación como herramienta de supervisión y de mejora continua, con preguntas dicotómicas como parte de una lista de chequeo.

e) Definición del nuevo método. En esta etapa se elaboraron los diagramas de flujo mejorados donde se consignaron por escrito las normas de ejecución o un manual de instrucciones con todos los detalles que permita ser consultado posteriormente. Que dé cuenta de una gestión por proceso rediseñando los flujos actuales. La gestión por procesos podrá coexistir con la administración jerárquico-funcional, asignando responsables en los procesos claves, haciendo posible una gestión en línea funcional generadora de valor para el usuario y por lo tanto con una mayor satisfacción.

f) Para la aplicación de este método y de sus etapas se realizaron reuniones de trabajo, con los funcionarios y funcionarias del departamento en estudio, en un trabajo en equipo donde primó una mentalidad abierta y capacidad de escucha para que el clima de trabajo no se tornara tenso y no fracasara la búsqueda de información. Como grupo experto se consideró siempre la participación del jefe del departamento y las jefaturas de secciones y eventualmente la jefatura superior, la subdirectora de gestión del cuidado del establecimiento, para ir evaluando los hallazgos encontrados en cada una de las sesiones de trabajo.

g) Estas actividades se planificaron con la duración de 90 minutos.

3.1.- Tipo de estudio

El estudio aplicado fue una investigación no experimental de diseño transversal o transeccional descriptivo sobre los procesos administrativos para reducir el tiempo de permanencia de los usuarios en las listas de espera de especialidad traumatológica no GES en el Hospital de San Carlos, cuyo sujeto de investigación es el servicio de orientación médica y estadística, SOME, del Hospital de San Carlos.

3.2.- Fuentes de información

Primarias:

3.2.1.-Funcionarios que participan en el proceso de gestión en el servicio de orientación médica y estadística, SOME.

3.2.2.- Subdirección de recursos físicos y financieros

3.2.3.- Subdirección de gestión del cuidado

Secundarias:

Material Impreso:

- MINSAL
 - Orientaciones para la planificación y programación en red año 2015, documento de la Subsecretaría de redes asistenciales.
 - Normas: Repositorio de registro nacional de lista de espera.

3.3.- Métodos de recolección de la información

3.3.1.- Entrevista estructurada a través de instrumentos elaborados

La entrevista estructurada se basó en una serie de preguntas predeterminadas que se realizaron en las sesiones de trabajo. Estas preguntas facilitaron la unificación de conceptos para definir cada una de las actividades que constituyen los procesos.

3.3.2.- Encuesta de observación estructurada

La encuesta de observación estructurada, debidamente validada, tanto en su contenido como en su significado, consistió en la aplicación de cada uno de los formularios construidos que fueron llenados por cada uno de los integrantes del departamento en estudio.

3.3.3.- Encuesta de observación participante:

Esta etapa consistió en la aplicación de las mismas preguntas diseñadas en los formularios creados y que fueron aplicadas mediante la observación en el lugar de trabajo de los funcionarios y funcionarias integrantes del servicio de orientación médica y estadística, SOME.

3.3.4.- Análisis de documentos aplicados

El análisis de los documentos consistió en el estudio de la información recopilada en las reuniones de trabajo y en la aplicación de los instrumentos elaborados que fueron la base para construir los diagramas de flujo tanto del proceso actual como de la situación propuesta.

3.3.5.- Mediciones e Indicadores

Se elaboraron algunos indicadores de resultados que midan aspectos relacionados con las finalidades y las misiones del departamento en relación a la lista de espera como:

% de SIC, Solicitudes de interconsultas, ingresadas antes de 48 horas.

Capítulo 4: Resultados

4.1.- Identificación y caracterización descriptiva de los procesos actuales y análisis de hallazgos de la situación actual

Se describe a continuación una breve descripción en actividades operacionales, en especial en la admisión que se brinda para la atención de los usuarios en la asignación de horas que tiene directa relación con las listas de espera. En la unidad de admisión existen seis ventanillas independientes entre sí. Se realizan registros estadísticos y citaciones manuales. Se cuenta con un kardex para verificar antecedentes. También está disponible el sistema ANITA, sistema informático liderado por el hospital base, Hospital Clínico Herminda Martín, cuya principal utilización es para la asignación de números correlativos para la creación de historias clínicas, así como de consulta de datos de los usuarios, principalmente teléfonos. Con esta forma de trabajo se producen muchas fallas y errores que son solucionados tardíamente desde el nivel central, a través de visitas de profesionales informáticos en terreno, provenientes de la dirección del servicio de salud, quienes están validados para reanudar su funcionamiento. Este proceso puede tardar más de 24 horas. Como plan alternativo, se cuenta con cuadernos, donde se lleva un registro con correlativos para asignar números internos a las nuevas fichas clínicas creadas.

Cada admisionista es responsable de los horarios e indicaciones de especialidades médicas, procedimientos y horas agendables de otros profesionales tales como enfermeros, nutricionista, psicólogos, tecnólogos, odontólogos, otorgadas en el establecimiento, debiendo ser supervisados periódicamente por las jefaturas del departamento de SOME y admisión.

Al realizar actividades individuales y sin un flujo determinado existe desconocimiento por parte de los otros funcionarios de la unidad. Es una dificultad adicional, los reemplazos en caso de ausentismo en cada función, dificultando el cumplimiento de los requerimientos de cada especialidad, así como de las indicaciones antes de citar, preparaciones de pacientes, entre otros.

Muchas veces esta forma de trabajo causa colapso por la demanda en alguna de las especialidades más demandadas, a la hora de abrir las agendas para la asignación de cupos.

Además, diariamente, cada funcionario debe entregar en la unidad de archivo sus hojas diarias de pacientes agendados, solicitando en forma paralela las fichas clínicas respectivas. Luego de ser revisadas, se cotejan los datos para evitar errores en la numeración solicitada versus la entregada, se preparan carpetas para ser entregadas a los TENS, técnicos de nivel superior, del CAE, Consultorio Adosado de Especialidades, quienes las retiran y entregan en admisión diariamente una vez terminada la atención.

Los funcionarios que realizan la función de admisión resuelven consultas espontáneas para tramitar Interconsultas, controles, exámenes u otra consulta sobre sus atenciones, sufren una sobrecarga de actividades, que al ausentarse de las ventanillas, se produce un desmedro de dicha atención.

Con el sistema SINETSUR, se facilita en parte el proceso, en la creación de fichas manuales y en algunas estadísticas. Pero coexiste la utilización de ambos sistemas ANITA y SINETSUR, en especial para el traspaso de datos de los usuarios. No todas las estadísticas ni citas se pueden obtener del sistema, así es que también se llevan registros de forma manual.

Para el trabajo de cierre en este sistema existe un funcionario, dependiente de admisión, que realiza las rebajas de atenciones. Este funcionario además debe realizar el registro de las SIC, solicitudes de interconsultas, las solicitudes de exámenes y las inscripciones quirúrgicas, en los distintos sistemas de la red, tanto de derivación interna como de la externa, generando un gran desfase en la información por el volumen a registrar, por lo tanto las escasas listas de espera están totalmente desactualizadas.

Los admisionistas de ventanillas son seis, al responder a consultas de los usuarios sobre la especialidad a cargo, no pueden entregar información transversal o de las otras ventanillas, ya que les es desconocida, porque sólo el encargado de cada especialidad es quien las conoce.

Por otra parte, en el año 2013 a 2014 se incorpora la función de call center, que funciona en forma discontinua en relación al presupuesto disponible por programas especiales.

Cabe hacer notar que, el documento de derivación que alimenta la lista de espera de especialidades es la solicitud de interconsulta, SIC. Las interconsultas provienen habitualmente de tres fuentes, que se señalan a continuación:

- a) APS, son las generadas en la atención primaria: cesfam, postas, sapu, cecof.
- b) CAE, son las generadas internamente por los especialistas del mismo hospital,
- c) AP, son las solicitudes de interconsulta generadas en la unidad de urgencia

Cada una de estas derivaciones se realiza a través de los sistemas informáticos Sinetsur y módulo lista de espera, MLE a las distintas especialidades que resuelve el establecimiento.

El flujo de las interconsultas en las listas de espera se realiza en varios formatos. El primer formato, en el periodo 2010 hasta los primeros meses del año 2015, se asignaban horas a las SIC ingresadas en el sistema, donde cada admisionista de las seis ventanillas es responsable de dar curso y completar la agenda disponible; el criterio utilizado era citar a los pacientes ubicables, es decir sólo se les da hora a los pacientes de las SIC con información telefónica.

Otro formato utilizado, es el de asignar horas a los centros de APS, método que consiste en dar cupos disponibles en agenda a la APS, así cada admisionista envía correo con un número de cupos, en horarios disponibles y los cesfam asignan estos cupos a pacientes, priorizados con criterios propios tales como prioridad del médico de APS, o los más fáciles de ubicar, u otros.

Con este método completan lo que alcanzan, quedando cupos disponibles, que provocan la pérdida de horas. Se entregan también nóminas de pacientes del RNLE, para ser citadas, pero no se logra rebajar todo lo que hay en espera, tampoco es monitoreado este proceso por el responsable de los registros. Paralelamente se realiza la estrategia de llamada, citaciones y extensión horaria para regular esta situación, pero no se ve reflejada en la disminución de la LE. Todo esto implica una mala gestión en la resolución de las listas de espera.

En el proceso ocurren varios eventos que implican demora, por ejemplo se constata que una gran cantidad de horas ejecutadas y asignadas en las distintas especialidades, no fueron rebajadas en los años 2010 al 2014, engrosando la LE. Para este análisis se debe realizar revisión de fichas en el caso de las asignadas, porque se desconoce si el paciente asistió o no.

Lo que a su vez lleva a otros dos procesos, citar los NSP e informar las ejecutadas para realizar la rebaja en las LE, lo que conlleva a revisar uno a uno los casos. Se desconoce la razón del por qué admisión no realizó las rebajas en el sistema y por qué el encargado de registros no lo visualizó en su momento, estimando que es por la brecha de recurso humano de esta unidad y la sobrecarga de procesos manuales que realizan a diario. Actualmente en el SOME se trabaja en ello, pero es un proceso lento. Se espera abordar toda la LE de consultas 2013 antes de finalizar el año en curso, ya que la LE quirúrgica 2012 de resolvió en su integridad.

Otro hallazgo importante en el registro de la lista de espera, es el relacionado a la normativa establecida en el RNLE en cuanto a que se establece que el registro debe realizarse en los hospitales autogestionados, pero este registro aún no se ejecuta en el Hospital de San Carlos, duplicando un proceso, que conlleva a obtener una base de datos del sistema Sinetsur, para adaptar esa base en forma manual para remitirse a la Dirección del Servicio de Salud, en donde se encuentra el proceso centralizado. Este registro se encuentra con las siguientes características:

- Planillas con consultas nuevas de especialidades o de intervención quirúrgica en planillas Excel.
- Sistema de archivadores clasificados según criterios de gestión locales, alfabéticos, especialidad, hospital de destino, origen de la derivación, etc.
- Sistemas de información paralelo en access como desarrollo propio, con estándares locales por ausencia de definición del nivel central.

4.2.- Identificación de nodos críticos y construcción de diagramas de flujo.

Para concretar la identificación de los nodos críticos se realizaron cuatro reuniones de trabajo ampliadas con el total de funcionarios de SOME, teniendo una duración de 90 minutos cada una. Estas se realizaban los días viernes en la jornada de la tarde, oportunidad donde se analizaban los resultados de los formularios de la metodología, remitidos previamente a cada uno de los integrantes vía correo electrónico para su elaboración. Se realizaron 8 reuniones de trabajo con las jefaturas intermedias con la finalidad de revisar en conjunto los avances y analizar tanto los quiebres como las posibles mejoras; estas reuniones en su mayoría también fueron realizadas los días viernes en la jornada de la tarde.

Al aplicar los formularios se podía apreciar las abismantes diferencias entre las respuestas de los integrantes del equipo, pudiendo identificar quiebres mucho más serios que sólo la elaboración de los flujos de los procesos. Además se realizaron 6 visitas a los puestos de trabajo en terreno para analizar los procesos efectuados por los integrantes del equipo. También se realizaron reuniones internas entre las jefaturas intermedias y los integrantes del equipo, en las que no participó el investigador, pero su objetivo era buscar criterios comunes para responder a los formularios planteados.

Con lo anterior se puede concluir que para dar respuesta al objetivo del estudio: Construir los diagramas de flujo del proceso administrativo para representar la situación

actual del proceso que genera el retraso de atención de especialidad traumatológica no GES en el Hospital de San Carlos, los nodos críticos identificados son diversos, ya que están en distintos ámbitos, en las brechas de recursos humanos y sus competencias, en la infraestructura del edificio que los alberga y en los procesos. Se identifican a continuación los que se relacionan en directa relación con las listas de espera:

- 1.- Sistemas informáticos paralelos que no conversan entre sí. Se utilizan bases de datos del RNLE, Anita, Sinetsur y el MLE, que se exportan y alimentan en forma manual. Utilizando como fuente de actualización las rebajas de horas realizadas por las admisionistas. Esto no sólo enlentece la forma de trabajo, sino que además induce a errores y desfases en la digitación de datos para ingresar las SIC, que es la fuente posterior de las listas de espera. Lo que hace indispensable el pensar en un sistema informático único e integrador del proceso.
- 2.- Falta de autonomía en el establecimiento para cargar la información actualizada al RNLE. Actualmente es un trabajo supernumerario, ya que el mismo proceso se realiza en el Hospital y en el Servicio de Salud Ñuble por no contar con la validación para utilizar el sistema, provocando retrasos de aproximadamente 45 días.
- 3.- Asignación de horas en las agendas sin vincular las SIC de la lista de espera, rebajando el sistema RNLE, inflando la lista de Espera.
- 4.- Gran cantidad de horas de agenda ejecutadas y otras sólo asignadas en las distintas especialidades, que no fueron rebajadas en los años 2010 al 2014.
- 5.- La unidad, SOME no cuenta con un manual de procedimientos actualizado para definir un proceso único.
- 6.- Pasos supernumerarios que se desarrollan en base a procedimientos no estandarizados y con distintos criterios, lo que dificulta definir el flujo actual, ya que no existen flujos uniformes en los procesos de agenda ni de gestión de las listas de espera.
- 7.- El departamento no trabaja como equipo para resolver o prever los problemas que se le presentan a diario, se presentan conflictos de autoridad y no es clara la responsabilidad de cada integrante.
- 8.- La unidad de Archivo, carece de espacio para la creciente demanda de usuarios, generando, entre otros, deterioro de las Historias Clínicas, hacinamiento, extravío, lentitud en los procesos, sobrecarga del recurso humano a cargo de la mantención de las Historias clínicas.

- 9.- Desintegración de la parte clínica de la administrativa, ya que por la cantidad de errores hay una disputa continua, tanto por solucionar como para generar las explicaciones cuando se presentan.
- 10.- No existe claridad de las funciones que debe realizar cada integrante de la unidad, cumpliendo una labor automatizada y sin análisis, principalmente ejecutando asignación de tareas encomendadas diariamente.
- 11.- Las condiciones ambientales como la temperatura y el hacinamiento del lugar de trabajo son agentes físicos que influyen en los estados de ánimo de los trabajadores, y sin duda inciden proporcionalmente en la cantidad de errores.
- 12.- Rotación de funcionarios por ausentismo por Licencias médicas. Rotación que sin una buena instrucción por falta de manuales de procedimientos afectan en los resultados.
- 13.- Constitución histórica de la unidad, con funcionarios con mal desempeño en la organización que obliga a la aplicación de medidas disciplinarias contempladas en el estatuto administrativo.
- 14.- Discontinuidad de actividades claves del proceso por falta de financiamiento como el funcionamiento de call center.
- 15.- Asignación de horas en la agenda sin ser vinculadas a las SIC, que conlleva a que estos pacientes sigan apareciendo en LE y por ende abultando a ésta.
- 16.- SIC pendientes a partir del año 2010 sin cursar, que involucra la obligación de revisar fichas caso a caso.

Cabe señalar que al aplicar el formulario N° 1 de la metodología, a todos los funcionarios de la unidad, se pudo constatar que no existe una claridad de que las funciones que desarrollan son parte de un proceso dentro de la gestión de la lista de espera, muchos indicaban que la atención de público era una de sus funciones, pero no entendían que eso era parte de una consulta espontánea y no parte del proceso de gestión de la resolución de la lista de espera. Se aplicó dos veces este formulario, para darles tiempo de identificar las tareas realizadas.

Para la construcción del flujograma actual, no fue posible su construcción desde un etapa inicial hasta una etapa final, ya que considerando que la investigadora era parte de la Dirección del establecimiento, argumentaban más etapas del proceso para complejizar sus funciones y sentirse indispensables dentro de la organización. A continuación se muestra el flujograma actual diseñado del proceso de gestión de las listas de espera, desde la obtención de las bases de datos del RNLE hasta el egreso del

paciente de la lista de espera. Este flujograma lo ejecutan individualmente como unidades que no se relacionan entre sí y no en forma lineal con todas las unidades participantes para dar una mirada integral al proceso con la intervención de todos los integrantes de éste, dificultando analizar la participación de cada individuo dentro del proceso.

Figura Nº 2: Flujograma Depuración Lista de espera de Consultas

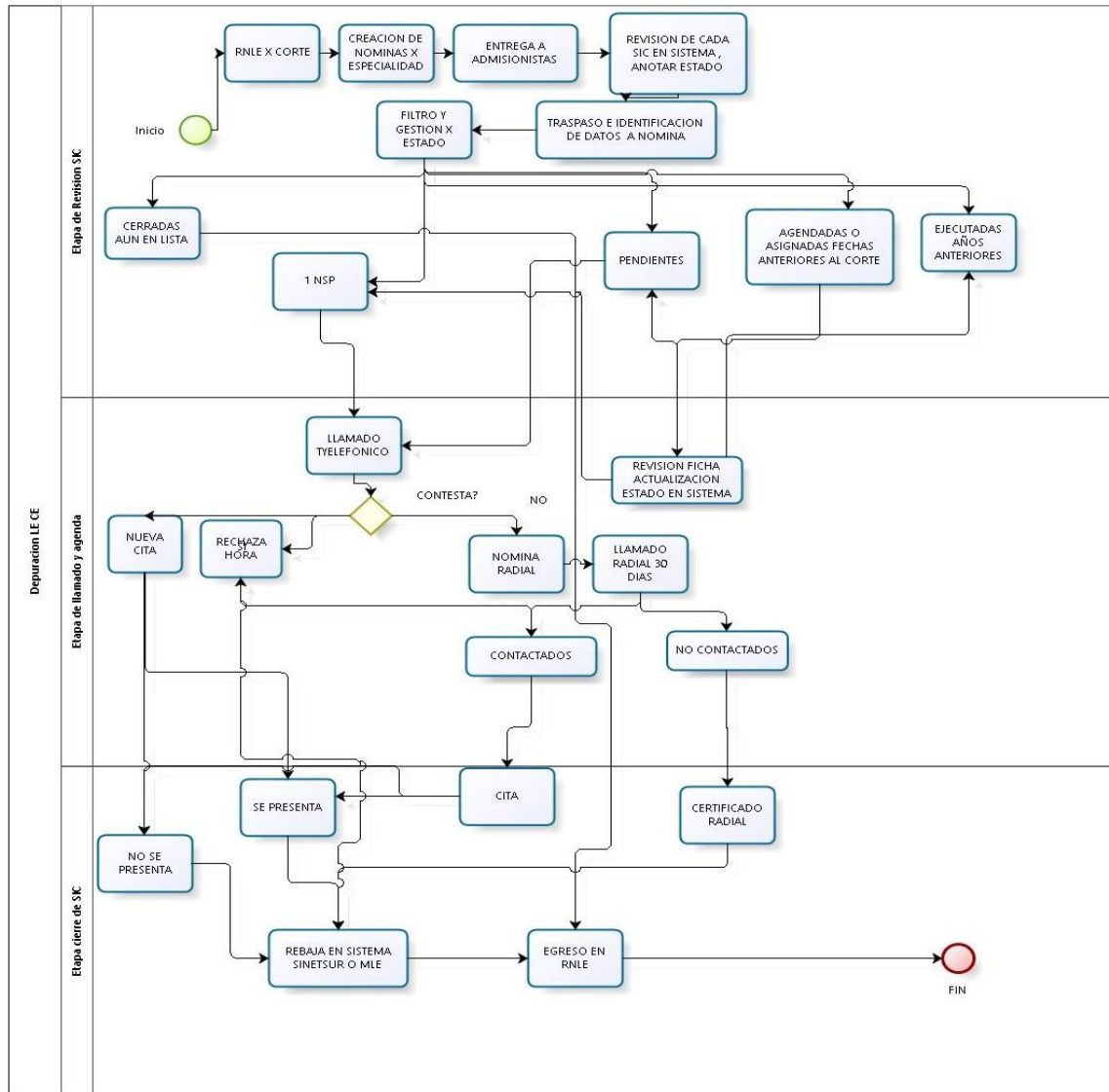
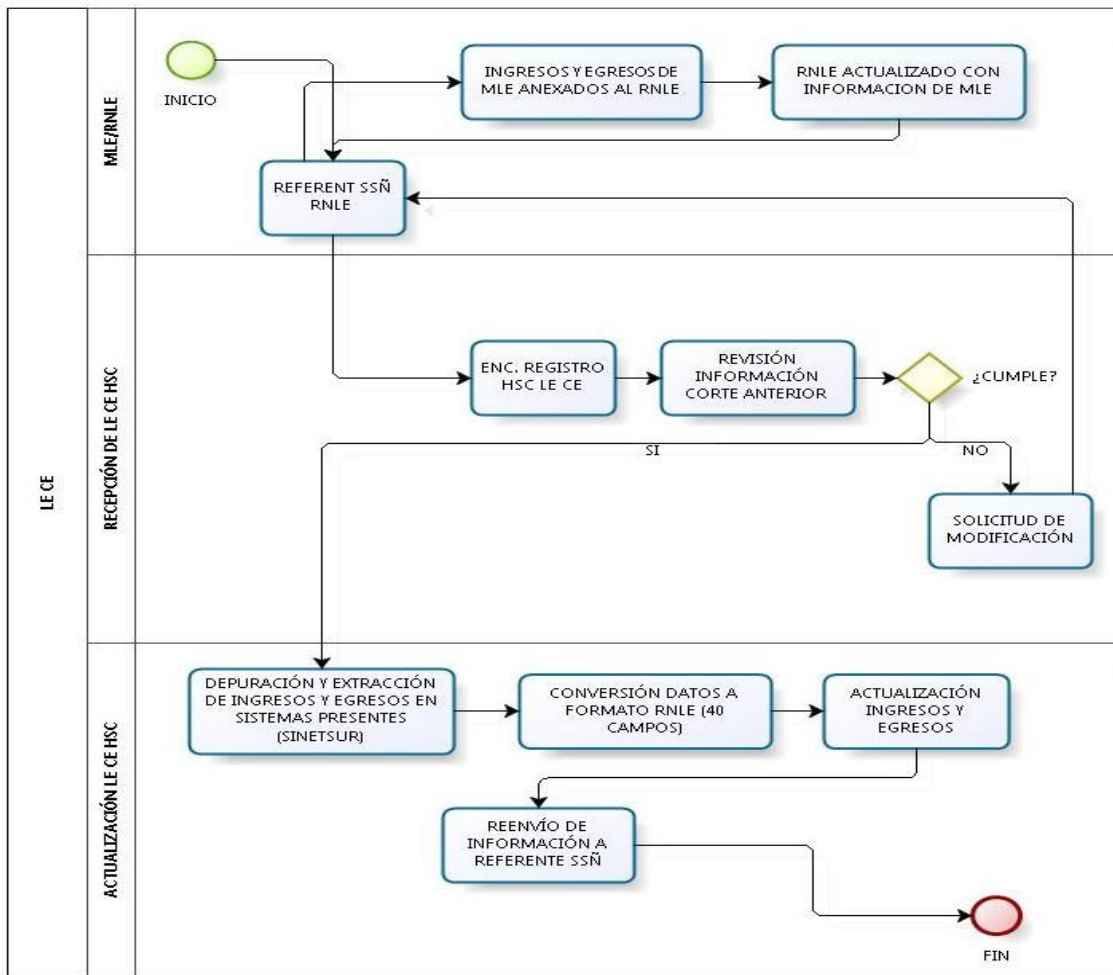


Figura N° 3: Flujoograma Actualización Lista de espera de Consultas



4.3.- Rediseño procedimientos mediante diagramas de flujos

Para realizar el diseño del nuevo diagrama de flujo del proceso de atención que permita reducir el tiempo de espera en la atención de especialidad de traumatología no GES en el Hospital de San Carlos que integren las mejores propuestas como parte del tercer objetivo específico, se efectuó en las reuniones de trabajo con las jefatura intermedias del departamento SOME, utilizando cuatro de las ocho reuniones contempladas.

En la definición de este rediseño fue necesario tener una mirada integral del departamento, pensando en toda la línea de producción que ejecutan y así se llegó a la definición de cuatro grandes líneas de trabajo, esta definición fue complejamente visualizada por las jefaturas de la unidad, al estar enfocados en la producción y no en el usuario, pero en el análisis se llega a un consenso para determinar estos cuatro grandes productos, que representan y definen los procesos que cada integrante del departamento debe ejecutar.

Los cuatro grandes productos se definen como:

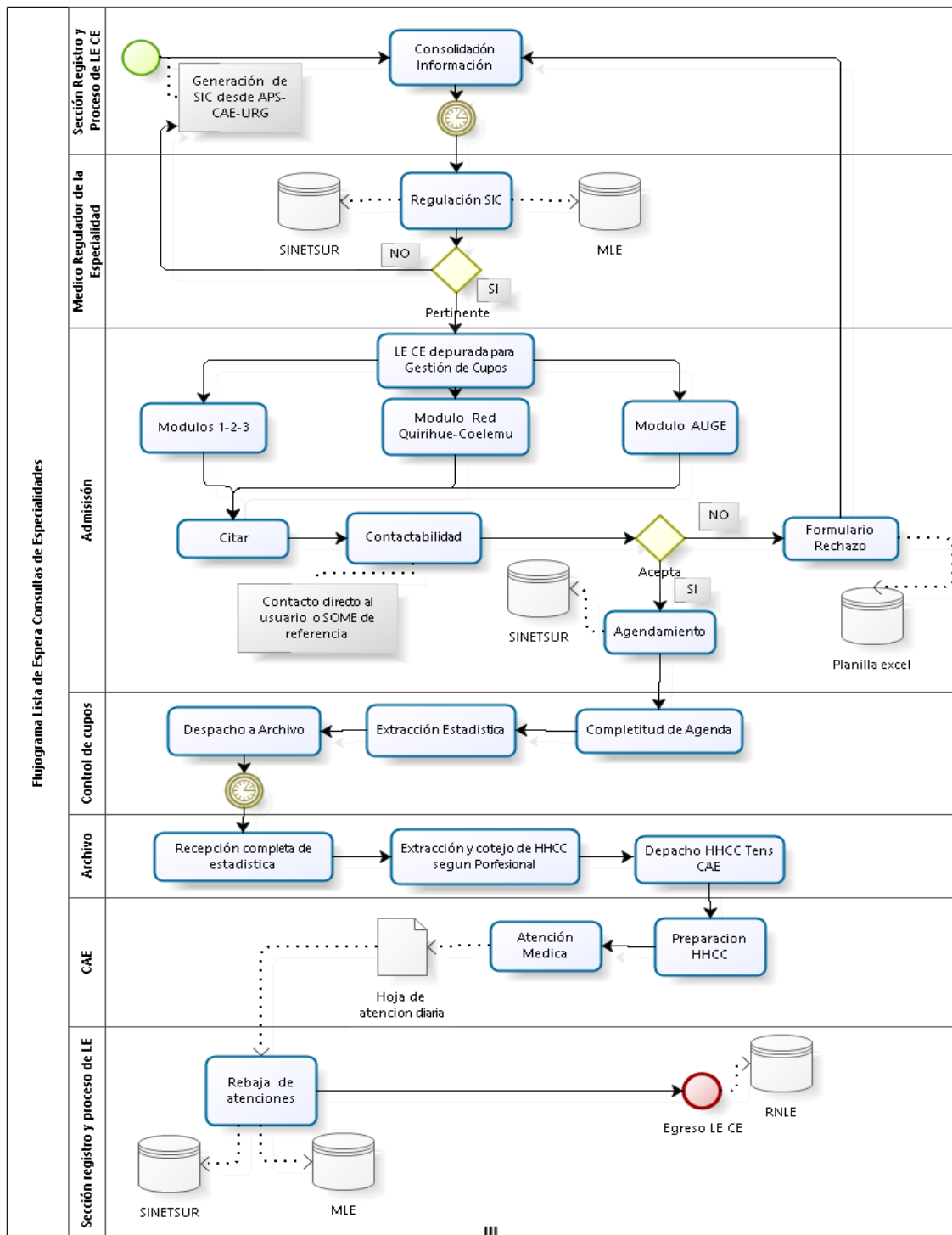
- Gestión lista de espera de consultas de especialidad
- Gestión de lista de espera de intervenciones quirúrgicas
- Gestión de listas de espera de procedimientos
- Gestión de convenios y servicios licitados.

Considerando el presente estudio, se logra definir el diagrama de flujo para la gestión de lista de espera de consultas de especialidad, que se muestra en la figura N° 4, en ésta se muestra claramente las unidades participantes en los procesos involucrados, desde la creación de las SIC, hasta que el paciente es egresado de la lista de espera.

Este diagrama, como se mencionó recientemente incorpora las unidades participantes y logra tener una mirada unidireccional del proceso y no en forma parcializada e individualista en el análisis de las listas de espera, que se utilizaban antes de la intervención.

Cabe señalar que este flujograma necesariamente requiere de la definición de un manual de procedimiento asociado, lo que es analizado en los capítulos siguientes.

Figura N° 4: Flujograma Gestión de Lista de Espera de Consultas de Especialidad



4.4.- Rediseños de funciones administrativas

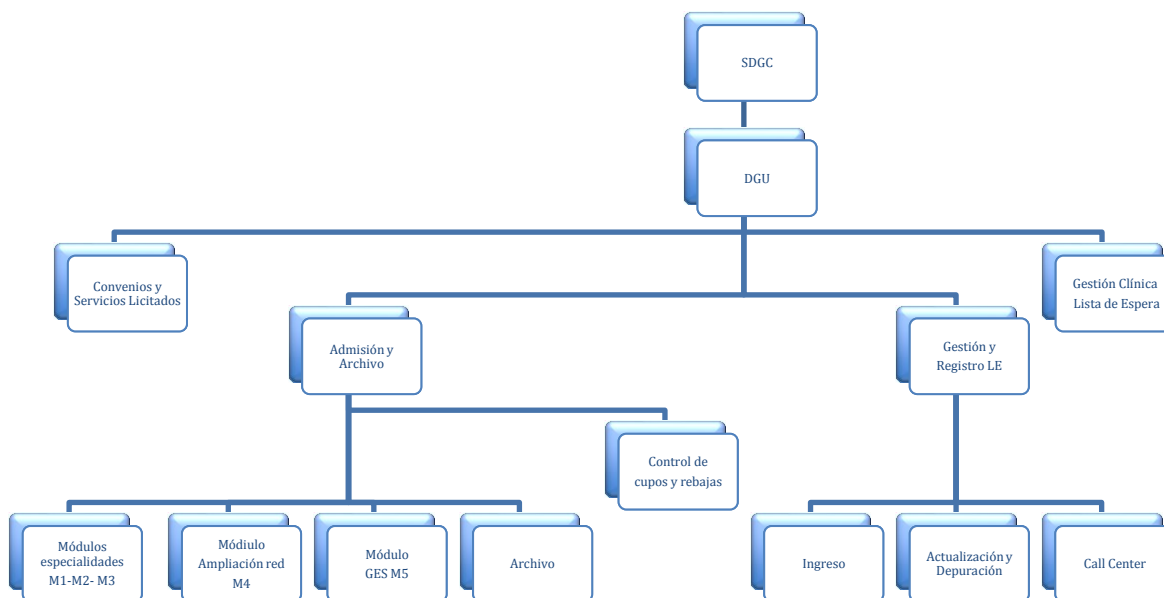
Para el rediseño de funciones administrativas de las unidades que intervienen en el proceso que genera el retraso de atención de especialidad traumatológica no GES en el Hospital de San Carlos, como otro de los objetivos planteados dentro del estudio se propone un modelo mecánico, ya que la formalización permite la documentación, así como la centralización y la jerarquización también propicia el control que en este departamento se instala como una nueva función para la actualización y depuración de las listas de espera.

Como resultado de los hallazgos de la presente investigación se propone un nuevo enfoque para la unidad centrado en el usuario, con dependencia directa desde la subdirección de gestión del cuidado, y que su denominación sea departamento de gestión del usuario, DGU, que puede realizarse al tener el establecimiento la categoría de hospital autogestionado.

La departamentalización como modelo organizacional que se propone, no es por funciones, sino por productos o servicios que se entienden son procesos. Cada recuadro agrupa a todos los funcionarios que tienen relación con ese proceso.

Se propone como nuevo diseño organizacional el siguiente:

Figura N° 5: Propuesta Organigrama Funcional DGU, Hospital San Carlos



Lo importante de esta propuesta es el cambio de modelo de gestión con un nuevo enfoque centrado en el usuario, dado que tendrá una mirada del cuidado de la salud y el bienestar de los seres humanos basado en las necesidades de las personas al depender de la subdirección de gestión del cuidado y no de la subdirección de recursos físicos y financieros, que tenía una prioridad centrada en la cantidad de producción en relación a la programación de prestaciones. Esta propuesta se basa además en lo dispuesto en la normativa que rige a los hospitales autogestionados, en el DS 38, que en su artículo 23 señala que el Director del establecimiento podrá diseñar la estructura organizacional, de acuerdo a políticas y normas técnicas que imparte al efecto el Ministerio de Salud, asimismo el artículo 18 letra e) indica que el establecimiento debe contar con un sistema de registro y gestión de listas de espera y cumplir con las metas de reducción acordada con el Servicio de Salud.

Esta organización incorpora nuevas funciones tanto para ordenar el funcionamiento, así como para abordar la brecha de recursos humanos para funciones básicas que requieren permanencia en el tiempo, dado el alto de volumen de información y de procesos que son necesarios mantener, hasta no contar con un sistema informático integrador.

El Departamento de gestión del usuario, DGU, debe estar cargo de un profesional del área clínica, con experiencia en gestión. Y debe contar con dos secciones operativas, la Sección admisión y archivo, y la Sección gestión y registro de LE, a las que se le incorporan mejoras en algunos de los procesos.

La **Sección admisión y archivo** se propone se organice en tres módulos de especialidades, con dos admisionistas por módulo, fusionándose las actividades que eran individuales. Los tres módulos, será una división organizacional de especialidades o profesionales que se agrupen en un orden que responde a una lógica de la oferta: el módulo 1 resolvería la especialidad de ginecología y obstetricia, las especialidades de odontología e imagenología. El módulo 2, pediatría, medicina interna, cirugía adulto, profesionales no médicos; el módulo 3, traumatología, oftalmología, dermatología, otorrinolaringología, cirugía Infantil, neurología Infantil y otros profesionales no médicos de estas especialidades. La asignación de horas para exámenes básicos como electrocardiograma y tomas de muestras serán asignados por los tres módulos.

Cuando se presenten ausencias o contingencias, los reemplazos serán monitoreados por el integrante presente del módulo. Se distribuirán las funciones, de manera que se pueda dar cumplimiento a la atención de público que acude espontáneamente y a los que soliciten horas de procedimientos, controles, exámenes, e interconsultas.

Se propone además la asignación de un administrativo exclusivo que realice la extracción de hojas diarias y control de cupos (función que realizaban los admisionistas), alertar a los admisionistas en completar todas las agendas. Con reportes diarios para solicitar en la unidad de archivo la extracción de las fichas respectivas. Una vez extraídas las historias clínicas, debe realizar el cotejo verificando se despachen el 100% de ellas, todo esto antes de ser retiradas de archivo por los TENS que preparan los pacientes para las distintas especialidades, estos últimos son los encargados de esta función dependiente del CAE. Esta incorporación permitirá liberar a los admisionistas de esta función para que no abandonen sus puestos de trabajo y con ello no descuiden la atención de los usuarios consultantes. Con esta estrategia se pretende se obtenga una gestión oportuna de las horas y permitirá entregar las historias clínicas para la atención. Este administrativo también deberá realizar el registro de las hospitalizaciones de los pacientes que tengan esta indicación desde la urgencia y desde gestión quirúrgica.

Se recomienda incorporar además otra función, exclusiva para rebajar atenciones diarias de consultas en el sistema informático Sinetsur, controles, procedimientos y exámenes para entregarlas oportunamente al DIG, Departamento de Información para la gestión, dato que representa la producción diaria del CAE, permitiendo conocer los egresos por atenciones realizadas, NSP y otras causas. Pudiendo ser extraídas e informadas por el encargado de LE oportunamente en cada corte. Además tendrá la función de cargar las SIC en los sistemas de la red, deberá realizar seguimiento y monitoreo de estas y de los cambios de estado de las SIC realizados por los reguladores de HCHM, asegurando que lo que se deriva y que genera lista de espera estén depuradas y no cuentan con observaciones de no pertinencia por falta de antecedentes; en caso de tener observaciones deberá solicitar al profesional que deriva la corrección de estos datos y con eso reingresar la SIC.

Con la incorporación de la nueva Red Quirihue – Coelemu, como política pública institucional, se debe sumar a la dotación una funcionaria TENS, técnico de nivel superior, quien deberá coordinar las agendas de la red realizando asignación de horas, rebaja de lista de espera, coordinación y otras actividades de apoyo. Debe mantener

permanente coordinación telefónica y por correo electrónico con los integrantes de la Red. Realizar el monitoreo diario de las consultas de urgencia de estos establecimientos en la especialidad de traumatología y asignar horas oportunamente. También estará encargada de revisar y asignar horas en la agenda de oftalmología en la especialidad de oculoplastia.

Se debe mantener la admisionista exclusiva y capacitada en GES, que administre y asigne horas dispuestas para casos GES de primeras consultas, controles, exámenes, procedimientos y otros requerimientos oportunamente para dar cumplimiento a las garantías de los problemas de salud resueltos en el establecimiento. También debe otorgar información a los usuarios sobre sus garantías y sus citas.

Se recomienda además que la asignación de cupos sea coherente con la lista de espera, como una función permanente del establecimiento, y no como se está realizando. Ya no se deberán dar cupos a la APS en forma directa, recomendándose retomar todo lo pendiente, sugiriéndose implementar las siguientes medidas:

- Que la asignación de las horas y el llamado de pacientes sea realizado únicamente por admisión. Debiendo dejar registro de cada caso, a qué paciente o familiar se notificó, señalando fecha y responsable de la llamada.
- Se deben completar los bloques de todas las agendas.
- Se realiza una revisión de casos para rebajar la LE, por las distintas causales que corresponden a cada SIC ingresada en la LE de especialidades.
- Se elaboró plan radial para ubicar pacientes, ya que con esta estrategia se pueden egresar definitivamente los pacientes que presentan 2 NSP y actualizar aún más la LE.

La Sección gestión y registro de LE: se deberá encargar de la gestión de la información de listas de espera de especialidades, quirúrgica y de procedimientos, así mismo será responsable de la depuración de éstas, y la entrega de informes permanentes de su estado. Operativamente realizará consolidados de ingresos y egresos por cortes, lo que consiste en extraer de los sistemas disponibles, la información y configurarla según requerimiento ministerial antes de ser informada al servicio de salud para su carga en el RNLE.

Supervisar las funciones administrativas de registro, monitoreo y seguimiento de la LE de consultas, Intervenciones quirúrgicas y procedimientos manteniendo actualizada la información a modo de que esté disponible para la toma de decisiones. Para la lista espera, se recomienda contar con tres funcionarios, uno que se encargue de registros de

ingresos y egresos de la lista espera ambulatoria, otro administrativo de ingresos y egresos quirúrgicos y un administrativo de ingresos y egresos de procedimientos.

Con todas estas propuestas el encargado de registros suministra la base de datos de RNLE mensualmente a la encargada de admisión, donde se procesará la información, se separarán las IC por especialidad en nóminas y se entregarán a cada ventanilla responsable, admisionistas de esa especialidad. Quienes deberán revisar uno a uno los pacientes según antigüedad, agendando en las horas dispuestas en agenda para LE.

Por otra parte se deberán ir cerrando los casos de los pacientes de las SIC que rechazan la atención y otros ya resueltos que no se han actualizado, ya que los cortes de la información del RNLE no es actualizada en línea.

Estas nóminas deben contener las observaciones descritas por los admisionistas de pacientes llamados, agendados o que rechazan la atención. Nómina que debe contener obligatoriamente los siguientes datos: fecha llamada, fecha citación, números telefónicos a los que se llamó y a quien se contactó.

Los rechazos y otras observaciones deberán ser entregadas a encargada de agenda quien cargará los datos en la base del corte enviado por encargado LE. Con estas observaciones digitalizadas, se enviará a encargado de registro quien realizará el cruce y cotejo de las agendadas que asistieron. También las que fueron rebajadas por las distintas causas, elaborará la nómina de pacientes que ya han tenido dos citaciones, para ser citadas vía radial y egresarlas definitivamente de la LE.

Esto permitirá enviar la información depurada al servicio de salud para la actualización de egresos en RNLE. También, luego de las rebajas se podrán definir los NSP, los casos que no se presentan del periodo y se volverán a asignar horas a estos casos. La información depende de cortes y de horas futuras para asignar, por lo que hay un desfase en la información de al menos 45 días.

Por otra parte se sugiere que en este departamento se integre en forma estable la unidad de call center, con tres funcionarios cuya principal función debe ser el llamado de confirmación de las distintas horas asignadas a los usuarios por las admisionistas. Esta función deberá ser permanente, mientras se instale un sistema informático de contactabilidad automática que pudiese reducir de 3 a 2 funcionarias en una primera etapa, las que podrán apoyar a admisión en el llamado de listas de espera en situaciones de contingencia, en ausencia de admisionistas o cuando existan agendas adicionales, u otras actividades que irán en apoyo a la rebaja o actualización de listas de espera como llamados, recitaciones, entre otros.

Se sugiere además que el responsable de la unidad de gestión y registro de lista de espera debe ser un profesional del ámbito informático, considerando la falta de competencias de las personas que componen esta unidad para cruzar las bases datos y actualizar el RNLE.

Se propone además que los convenios de resolutivez realizados con la red asistencial sigan estando bajo la responsabilidad del jefe del futuro DGU, con una funcionaria encargada de la asignación y citación de pacientes a resolver en los distintos convenios, consolidación e informe de datos del número de prestaciones realizadas y usuarios atendidos, a través de la modalidad institucional y de extensión de horas, a esta función se sugiere denominar convenios y servicios licitados.

Debe tener respaldo de todos los registros que involucran el pago de servicios realizados por el establecimiento, así como de las compras de servicios como scanner y otros. Realizar el cotejo y reporte de las prestaciones además del registro en LE de procedimientos apoyando a lista de espera.

Otra unidad que se recomienda se incorpore es la de **Gestión clínica de lista de espera** que debe estar a cargo de una profesional enfermera para que realice el seguimiento de los pacientes y asegure su control dependiendo de la complejidad de la patología, según la indicación médica; con esta función se otorga la continuidad de los procesos en función de los pacientes, y se da la continuidad hasta su alta, teniendo como insumo el análisis de la ficha clínica.


Con esta incorporación además se debería potenciar el departamento con la incorporación de funcionarios profesionales, dado que los integrantes de este departamento son sólo administrativos no pudiendo tomar decisiones de orden técnico ni de complejidad.

4.5.- Diseño de Guías administrativas

Para abordar el último objetivo y diseñar una guía administrativa de las unidades que intervienen en el proceso que genera el retraso de atención de especialidad traumatológica no GES en el Hospital de San Carlos, es necesario precisar que muchos de los problemas que existen en la unidad y que fueron enunciados anteriormente, conllevan a deficiencias que ponen en riesgo el brindar de buena forma los servicios a los usuarios y si no existe una normativa o un procedimiento, los errores se incrementan diariamente. En la práctica, varios de los procesos que se realizan son producto de la costumbre, la tradición o de la ocurrencia, existiendo diversidad de maneras de brindar un mismo servicio. Al no existir un mecanismo para transmitir el conocimiento de un funcionario a otro, implica dedicar largas horas al entrenamiento de nuevos funcionarios, ya que estos no cuentan con una herramienta práctica que les muestre los pasos básicos para ejecutar las labores.

Todo esto se puede solucionar con la realización de manuales administrativos que permitan registrar y transmitir en forma ordenada y sistemática la información de la unidad que servirá como medio de comunicación y coordinación entre los funcionarios del nuevo departamento, DGU. Este manual o guía permitirá solucionar problemas de falta de comunicación adecuada en la cadena de mando en todos los niveles jerárquicos institucionales, ya que proporcionará a los funcionarios un medio de recibir instrucciones e informaciones, de estudiarlas metódicamente y analizarlas en detalles para su aplicación.

Se propone utilizar como guía el manual de organización que contenga los aspectos que se explicitan en el siguiente modelo, el que para cada acápite incluye la descripción para el perfecto llenado. Este documento tendrá que ser validado por la Dirección del establecimiento, así como por la Dirección del Servicio de Salud Ñuble, pero sin duda constituye un buen elemento para ser utilizado no sólo para esta unidad, sino para el resto de la organización, dando cumplimiento además a las exigencias como establecimiento hospitalario autogestionado.

	Manual de Organización Nombre de la Unidad Hospital de San Carlos	Código: MO
		Edición:
		Fecha:
		Página:
		Vigencia:


Manual de Organización

Nombre de la Unidad

Hospital de San Carlos


Código Identificación	MO
Número Edición	Primera
Fecha Elaboración	
Fecha Revisión	
Vº Bueno OCSP	

Elaborado Por:	Revisado Por:	Aprobado Por:
Fecha:	Fecha:	Fecha:

	Manual de Organización Nombre de la Unidad Hospital de San Carlos	Código: MO
		Edición:
		Fecha:
		Página:
		Vigencia:

INDICE


Portada.....	Pág. 1
Índice.....	Pág. 2
Introducción.....	Pág. 3
Glosario.....	Pág. 3
Reseña histórica de la unidad.....	Pág. 3
Misión y objetivos.....	Pág. 3
Marco normativo.....	Pág.
Servicios que proporciona la unidad.....	Pág.
Diagrama organizacional de la unidad.....	Pág.
Descripción de puestos de trabajo.....	Pág.
Dotación de la unidad.....	Pág.
Correcciones.....	Pág.
Anexos.....	Pág.

	Manual de Organización Nombre de la Unidad Hospital de San Carlos	Código: MO
		Edición:
		Fecha:
		Página:
		Vigencia:

GLOSARIO

TERMINO	DEFINICION

Anotar los términos de aplicación exclusiva en la unidad y realizar su definición o significado del término.

	Manual de Organización Nombre de la Unidad Hospital de San Carlos	Código: MO
		Edición:
		Fecha:
		Página:
		Vigencia:

RESEÑA HISTORICA DE LA UNIDAD

Origen:


Describir de manera breve el origen de la unidad, incluyendo las fechas de creación y publicaciones oficiales relacionadas. Ejemplo: El D.S. N° 38 del 2005 como reglamento orgánico de los establecimientos de salud de menor complejidad y de los establecimientos de autogestión en red que señala en su artículo 18, letra e) que el establecimiento deberá “contar con un sistema de registro y gestión de listas de espera y cumplir con las metas de reducción acordadas con el Servicio respectivo” y en el artículo 26, letra e) que se deberá “cumplir las metas de registro y reducción de listas de espera que se hubieren convenido con el Director del Servicio o el Subsecretario de Redes Asistenciales, según corresponda, para lo que se requerirá un informe del Director del Servicio correspondiente, salvo en los casos de los Establecimientos que formen parte de la red asistencial de alta especialidad”.

Las atribuciones o facultades asignadas en su origen fueron:

Transcribir sus atribuciones o facultades asignadas al momento de su creación.

En su origen estaba conformada(o) por:

Describir de manera breve las áreas que la (o) conformaban al momento de su creación.


	Manual de Organización Nombre de la Unidad Hospital de San Carlos	Código: MO
		Edición:
		Fecha:
		Página:
		Vigencia:

Actualmente está integrada(o) por:

Describir de manera breve, las áreas que la (o) conforman en la actualidad.

Las principales modificaciones en la estructura organizacional en su historia han sido:

De manera breve, redactar las principales modificaciones que ha sufrido su estructura orgánica y el número de puestos registrados en la estructura, producto de las modificaciones mencionadas. Nota: La reseña histórica deberá ser breve y contener los elementos esenciales para identificar su trascendencia a través de los cambios sustanciales que se van dando en su estructura y cambio organizacional.

	Manual de Organización Nombre de la Unidad Hospital de San Carlos	Código: MO
		Edición:
		Fecha:
		Página:
		Vigencia:

MISION Y OBJETIVOS

Misión

Transcribir la misión de la unidad a la que pertenece el manual de organización. Es importante recordar que ésta se refiere a la razón de ser de la unidad y responde a las siguientes preguntas:


- a) ¿Qué hace la unidad administrativa?
- b) ¿Para qué lo hace, a través de qué?
- c) ¿Quiénes son los usuarios de sus productos o servicios que proporciona?

Objetivo general

Transcribir el objetivo general

Objetivos específicos

Redactar los objetivos específicos alineando éstos al objetivo general establecido en el programa anual de la unidad.

	Manual de Organización Nombre de la Unidad Hospital de San Carlos	Código: MO
		Edición:
		Fecha:
		Página:
		Vigencia:

MARCO NORMATIVO

Documentos Jurídico-administrativos
<p>En los aspectos normativos se debe considerar los documentos jurídico-administrativos conforme a la siguiente jerarquía: Leyes, reglamentos, decretos, otras disposiciones, etc.</p>

SERVICIOS QUE PROPORCIONA LA UNIDAD

<p>1.- Los servicios en la administración pública son procesos administrativos o técnicos para la resolución de los asuntos de competencia exclusiva de la unidad administrativa, tomando como base su marco normativo y la razón de ser de la misma. Por su naturaleza genérica, es conveniente excluir aquellos servicios que son comunes a las unidades, por ejemplo: control de gestión, atención a solicitudes, mensajería, entre otros. Responde a las siguientes preguntas: ¿Qué información proporciona la unidad?. ¿Qué trámites internos y externos tiene bajo su responsabilidad?. ¿Qué programas o proyectos son su responsabilidad?</p>
2.-
3.-
4.-
5.-
6.-
7.-
..



	Manual de Organización Nombre de la Unidad Hospital de San Carlos	Código: MO
		Edición:
		Fecha:
		Página:
		Vigencia:

DIAGRAMA ORGANIZACIONAL DE LA UNIDAD

<p>Representar gráficamente la estructura orgánica de la Unidad.</p>
--

DESCRIPCIÓN DE LOS PUESTOS

<p>Nombre del puesto: Se recomienda anotar el nombre del puesto a describir. El orden de descripción, deberá iniciar con el titular de la Unidad y continuar hacia los niveles inferiores de los puestos de estructura. Ejemplo: Jefe Departamento gestión del usuario.</p>	
Objetivo general del puesto	Escribir el Objetivo general del puesto
Funciones	Anotar las funciones encomendadas al puesto.
Relaciones internas y/o externas	Escribir el tipo de relaciones internas y/o externas, explicando brevemente con que áreas o puestos tiene relación.
Nº de puestos existentes	Cantidad de personas en ese puesto
Ubicación física del puesto	Lugar físico donde se desarrolla la actividad
Nivel de escolaridad	Nivel educacional mínimo para desarrollar la función
Experiencia	Cantidad de años mínimos de experiencia para desarrollar la función
Capacidades	Conocimiento, competencias técnicas y psicológicas para desarrollar la función
Aspectos personales	Cualidades para el puesto, ejemplo actitud positiva, facilidad para la comunicación.

	Manual de Organización Nombre de la Unidad Hospital de San Carlos	Código: MO
		Edición:
		Fecha:
		Página:
		Vigencia:

DOTACIÓN DE LA UNIDAD

NOMBRE DEL PUESTO	CANTIDAD	ESTAMENTO	CALIDAD CONTRACTUAL

Correcciones

Corrección	Fecha	Descripción de Modificación	Publicado en	N° documento


Por otra parte en forma conjunta al manual de organización es necesario implementar manuales de procedimientos para definir claramente el rediseño de los procesos administrativos que se han ido implementando para que exista claridad en las modificaciones de funciones y de los procesos. Estos manuales deben contener el detalle de las funciones que se ejecutan en este departamento, con las descripciones de las actividades que deben seguirse en la elaboración de sus funciones.

Considerando que el Hospital de San Carlos es un establecimiento que se encuentra acreditado mediante el cumplimiento de los estándares mínimos fijados por el MINSAL, se propone utilizar el mismo formato de protocolos que utiliza el establecimiento para los protocolos clínicos, ya que la base normativa de estos protocolos es la norma internacional ISO 9001. Lo anterior ya que la acreditación permite asegurar que las personas que concurran al establecimiento, además de recibir las prestaciones AUGE, se les garantice que la atención que se otorga cuenta con estándares y protocolos establecidos que aseguran la calidad de la atención de los pacientes y, a su vez, permiten minimizar los errores de procedimiento y en paralelo las ISO 9001, del año 2008 son la base del sistema de gestión de la calidad, ya que es una norma internacional que se centra en todos los elementos de administración de calidad con los que una empresa debe contar para tener un sistema efectivo que le permita administrar y mejorar la calidad de sus productos o servicios. Por lo tanto la misma normativa se recomienda sea la que se implemente para los procesos administrativos, cuyo formato se adjunta en el Anexo N° 6.

Como parte de las sugerencias se definieron cuatro procedimientos que se denominaron como básicos para este departamento, los que se mencionan a continuación, siendo los mismos los que fueron definidos para la definición de flujos administrativos:

- Gestión lista de espera de consultas de especialidad.
- Gestión de lista de espera de intervenciones quirúrgicas
- Gestión de listas de espera de procedimientos
- Gestión de convenios y servicios licitados.


Se muestra a continuación el procedimiento de gestión de lista de espera de consultas de especialidad, es que es aplicado para todas las especialidades del establecimiento.

	Manual de Procedimiento de Gestión de Lista de Espera de Consulta de Especialidad Hospital de San Carlos	Código: MP-DGU 001
		Edición: Primera
		Fecha: Marzo 2016
		Vigencia: Marzo 2019

**Manual de Procedimiento de
Gestión de Lista de Espera de
Consulta de Especialidad
Hospital de San Carlos**


Código Identificación	MP- DGU - 001
Número Edición	Primera
Vº Bº Control de Gestión	

Elaborado por: Luís Gatica Pinilla Lorena Sanchez Castillo Rodrigo Mora Orellana Depto. DGU	Revisado por: Ivonne Guzmán SDGC	Aprobado por: Alicia Contreras Vielma Directora Hospital de San Carlos
Fecha	Fecha	Fecha

	Manual de Procedimiento de Gestión de Lista de Espera de Consulta de Especialidad Hospital de San Carlos	Código: MP-DGU 001
		Edición: Primera
		Fecha: Marzo 2016
		Vigencia: Marzo 2019

Índice

1.- Objetivo	49
2.- Alcance.....	49
3.- Responsable de Ejecución	49
4.- Documentación de Referencia.....	49
5.- Definiciones o Glosario.....	49
6.- Desarrollo de los Procesos descritos en el Diagrama de Flujo	50
Introducción.....	50
6.1- Gestión y Procesos de listas de espera	51
6.2- Regulación SIC por médico especialista.	52
6.3- Admisión	52
6.4-Control de Cupos.....	54
6.5-Archivo	54
6.6- CAE.....	54
6.7- Registro de atenciones de LE CE en sistemas informáticos.....	55
7.- Distribución.....	55
8.- Responsabilidad del Encargado.....	55
9.- Registro.....	55
10.-Flujograma Lista de Espera Consulta Nueva de Especialidad.....	56
11.- Indicador:	57
Anexo N°1.....	58
Correcciones.....	59

	Manual de Procedimiento de Gestión de Lista de Espera de Consulta de Especialidad Hospital de San Carlos	Código: MP-DGU 001
		Edición: Primera
		Fecha: Marzo 2016
		Vigencia: Marzo 2019

1.- Objetivo

Establecer el flujo de atención de los usuarios derivados al Hospital de San Carlos a través de una solicitud de interconsulta para recibir una atención de especialidad desde que ingresa a la lista de espera hasta que egresa de ella.

2.- Alcance

El presente manual de procedimiento es aplicable a todo el personal que tenga responsabilidad o participe en el proceso de gestión de lista de espera de CE del Hospital de San Carlos. En el HSC esta función está centralizada en el Departamento de gestión del usuario.

3.- Responsable de ejecución

Departamento de gestión del usuario (DGU) del Hospital de San Carlos.

4.- Documentación de referencia

Segunda Edición “Protocolo de manejo de ficha clínica única e individual”, Hospital de San Carlos, año 2012

5.- Definiciones o glosario

Acuse: Colilla con datos de respaldo (anexa al cartón que justifica salida HHCC).

AGENDA: Unidad que administra los cupos de atención médica de especialista

AP: Asistencia pública o unidad de urgencia.

APS: Atención primaria en salud

CAE: Consultorio adosado de especialidades.

CE: Consulta especialidad

CECOSF: Centro comunitarios de salud familiar

CTE: Control especialidad


DAU: Datos de atención de urgencia.

Egreso: procedimiento en el cual un usuario sale de la lista de espera

Ficha: Instrumento en que se registra la historia médica de una persona. Podrá crearse manualmente, siempre que asegure la conservación y adecuada confidencialidad de la información en ella contenida.

DGU: Departamento de gestión del usuario.

HHCC: Historia clínica.

	Manual de Procedimiento de Gestión de Lista de Espera de Consulta de Especialidad Hospital de San Carlos	Código: MP-DGU 001
		Edición: Primera
		Fecha: Marzo 2016
		Vigencia: Marzo 2019

Hospitalización: se denomina a la acción de realizar el ingreso a un servicio clínico con uso de cama clínica.

HSC: Hospital de San Carlos.

Ingreso: Primer registro que genera un lugar en la lista de espera

Informe Diario: Nómina automática de pacientes agendados

IPD: Informe del proceso diagnóstico.

IQ: intervención quirúrgica

LE: Lista de espera

MODULO: se designa al lugar donde se atiende de forma presencial a los usuarios y se otorgan o agendan cupos.

MLE: Sistema informático, módulo lista de espera

RAYEN: Sistema informático en el sector municipal de salud en la provincia de Ñuble,

RNLE: Repositorio nacional de lista de espera

RRHH: Recurso humano

SIC: Solicitud de interconsulta.

SINETSUR: Sistema informático en el que se efectúa la creación de HHCC y el manejo de agendas médicas y profesionales

SOME: Sección orientación médica y estadística.

TENS: Técnico nivel superior


Titular: Paciente a quien corresponden los datos contenidos en la historia clínica

Usuario: Persona natural que requiere atención en el Hospital de San Carlos.

6.- Desarrollo de los Procesos descritos en el Diagrama de Flujo

Introducción

El procedimiento de generación y creación de la SIC se avala en la necesidad de contar con un instrumento único y fidedigno que permita conocer el motivo de derivación de los usuarios hacia el HSC de forma unipersonal, asignado a cada paciente una SIC por cada motivo de salud que requiera ser atendido en nivel de especialidad, en el cual se registre y conserven todas las acciones y prestaciones otorgadas en el origen, fundamento diagnóstico.

	Manual de Procedimiento de Gestión de Lista de Espera de Consulta de Especialidad Hospital de San Carlos	Código: MP-DGU 001
		Edición: Primera
		Fecha: Marzo 2016
		Vigencia: Marzo 2019

El origen está compuesto por tres actores en los que al usuario se le otorga su primera atención en salud, ocasión que genera una SIC: APS, AP, CAE

APS: Registra la SIC en RAYEN, enviándolas internamente a los sistemas Sinetsur Y MLE

AP y CAE: Tanto la AP como el CAE envían a los usuarios a entregar las SIC a la sección de admisión, donde son recibidas por los funcionarios que deben completar los datos básicos de: nombres, apellidos, fecha de nacimiento, cédula de identidad, domicilio, teléfono, entregando un comprobante al usuario, con los detalles de la SIC que contiene:

- Fecha de recepción
- Destino o especialidad
- Nombre de quien recibe


Los funcionarios del DGU son responsables de registrar en sistema SINETSUR el total de las SIC recibidas diariamente alimentando la lista de espera de consultas nuevas de especialidad.

6.1- Gestión y procesos de listas de espera

Gestión de procesos de la lista de espera se encarga de la coordinación para la resolución de las LE de CE, que debe resolver el HSC. Velando por la integridad, disponibilidad y confidencialidad de la información, garantizando la seguridad de los datos y de la información generada por el establecimiento.

Se realiza actualización, consolidación y validación de la información tanto de egresos como ingresos por corte programados que se almacenan en el RNLE. Esta actividad es constante y permanente del universo de pacientes en espera, es subida al RNLE (egresos e ingresos) así como la emisión de todo informe estadístico asociado a los resultados de la gestión realizada en cada corte

El proceso consiste en acciones realizadas por el encargado de esta sección quien realiza supervisión y monitoreo de los registros en bases de datos de las LE de CE operativamente. Se realiza accediendo a los reporte de LE CE para lo cual se utiliza el sistema Sinetsur y MLE. Donde se deben seguir los siguientes pasos:

	Manual de Procedimiento de Gestión de Lista de Espera de Consulta de Especialidad Hospital de San Carlos	Código: MP-DGU 001
		Edición: Primera
		Fecha: Marzo 2016
		Vigencia: Marzo 2019

En sistema propiamente tal se consideran los criterios internos “INTERCONSULTA”, “INFORMES”, “EVALUACIONES POR CORTE”. “TIPO DE SELECCION”: INGRESOS o EGRESOS (según se requiera) “PARAMETROS”: Fecha correspondiente al rango solicitado, corroborar que estén los 40 campos o condiciones solicitadas por el RNLE. Se obtienen reportes por periodo de corte, se corrobora que los egresos enviados en el periodo anterior hayan sido rebajados de la base de datos del RNLE; se cruzan las bases de datos antigua y nueva de cada corte. Una vez actualizada, depurada y consolidada la información se envía a la sección Admisión donde se procede a citar.

6.2- Regulación SIC por médico especialista.

Entre todo el proceso de carga y egresos de la LE CE, existe un proceso clínico administrativo intermedio, que consiste en la regulación de la pertinencia en la derivación. En la cual el médico regulador señala la pertinencia de la SIC y si ésta contiene la información necesaria para ser evaluado en nivel de especialidad.

El médico regulador Ingresa a sistema informático, con una clave habilitada para su especialidad a regular. Busca las SIC derivadas y enviadas y las lee en el sistema.

Si están pertinentes las acepta y deja disponibles para agendar, también agrega comentarios en el caso de si se debe redireccionar a otra especialidad.

Si no contiene lo necesario, será devuelta por no pertinencia, realizando en la observación del sistema, el motivo por lo que no se acepta la SIC.


Le corresponde en este caso a la APS el reintegro manteniendo la fecha inicial de la derivación.

6.3- Admisión

Con la LE CE depurada en sistemas Sinetsur Y MLE, además de las bases de datos paralelas, se procede a asignar cupos a las SIC.

La asignación es realizada en el sistema Sinetsur por los módulos de atención dependientes del DGU los que tienen especialidades distribuidas de la siguiente manera:

- **Módulo atención uno (1)** especialidades de: ginecología, odontología, imagenología
- **Módulo atención dos (2)** especialidades de: pediatría, cirugía adultos, medicina
- **Módulo atención tres (3)** especialidades de: otorrinolaringología, oftalmología, dermatología, cirugía Infantil, neurología Infantil, traumatología.

	Manual de Procedimiento de Gestión de Lista de Espera de Consulta de Especialidad Hospital de San Carlos	Código: MP-DGU 001
		Edición: Primera
		Fecha: Marzo 2016
		Vigencia: Marzo 2019

- **Módulo admisión de la Red.** Asigna cupos programados en todas las especialidades que están designadas a los usuarios de la Red Quirihue- Coelemu.
- **Módulo GES.** Asigna cupos para todas las especialidades de los usuarios GES que se resuelven en HSC.

Además en esta etapa se conocen las LE asignadas a cada módulo según corresponde y se procede a asignar cupos en los bloques dispuestos por agenda con horarios y cupos definidos. Los cupos se distribuyen bajo los criterios de prioridad clínica o urgencias y antigüedad.

Se contacta al usuario en forma centralizada desde el HSC vía telefónica.


Se informa al usuario:

- Día y hora de su cita
- Especialidad en la que está siendo citado, identificando el nombre del médico que realizara la atención
- Se le indica la documentación que debe retirar antes de su atención y presentar
- Se le indica donde debe presentarse físicamente Box de atención, dirección.

Una vez que el usuario confirma y acepta la hora, se procede a agendar; en el caso que el usuario rechace la hora, por causas tales como:

- Realizada en extrasistema
- Realizada por otra modalidad como convenios de resolutivez de APS
- No desea realizarse la atención

El funcionario debe realizar el llenado de un documento de rechazo de atención con los datos de identificación del usuario (anexo 1).

	Manual de Procedimiento de Gestión de Lista de Espera de Consulta de Especialidad Hospital de San Carlos	Código: MP-DGU 001
		Edición: Primera
		Fecha: Marzo 2016
		Vigencia: Marzo 2019

6.4- Control de cupos

Previamente habiendo sido citados los usuarios que confirmaron asistencia y habiendo completado todos los cupos disponibles para asignar a SIC. Se procede a extraer esta información desde SINETSUR generando reportes que se denominan hojas de atención diaria.

Las hojas de atención diaria contienen la información del usuario: cantidad de usuarios citados y número de historias clínicas.

Luego lleva a la unidad de archivo estos reportes para solicitar la extracción de las HHCC para la atención.

6.5-Archivo

Recibe los reportes diarios entregados por control de cupos.

Procede a extraer individualmente las historias clínicas, dejando respaldo de cada una en las estanterías dispuestas para el almacenamiento del las HHCC.

Luego de extraer el total de las HHCC solicitadas se procede a cotejar con el informe diario que género la solicitud, se firma y timbra como completo por parte del funcionario de la unidad.


Se deja en carpetas individualizadas que se entregan a los funcionarios TENS del CAE designados para cada especialista.

Luego se realiza la recepción de las carpetas y los informes diarios de los usuarios ya atendidos, realizando cotejo del 100% de las HHCC.

Archivo, una vez recepcionados todos los informes diarios realiza la entrega a registros de LE CE

6.6- CAE

Los TENS del CAE, retiran las carpetas correspondientes a la especialidad que tienen designadas 1 hora antes del término de su jornada, previo a la atención de los usuarios para la función denominada *preparación de pacientes*, que consiste en:

	Manual de Procedimiento de Gestión de Lista de Espera de Consulta de Especialidad Hospital de San Carlos	Código: MP-DGU 001
		Edición: Primera
		Fecha: Marzo 2016
		Vigencia: Marzo 2019

- Preparar la documentación interna previa a la atención de los usuarios que debe ir en cada HHCC.
- Controlar signos vitales a los pacientes el mismo día, previo a la atención médica y dejar registro de esto en la HHCC.
- Ordenar y cotejar todas las HHCC luego de la atención por el especialista
- Entregar las HHCC y los reportes diarios en la Unidad de Archivo con el 100% de los informes.

6.7- Registro de atenciones de LE CE en sistemas informáticos.

Administrativo retira los informes diarios de Archivo.

Realiza las rebajas de las atenciones diarias en los sistemas SINETSUR Y MLE. Señalando como **ejecutada** la actividad si el usuario se presentó **a la atención** que había confirmado y como No Se Presenta si no asistió (NSP). Dos inasistencias reiteradas son causal de egreso de la LE CE.

Gestión de procesos de LE CE extrae la información de los sistemas y carga el RNLE cerrando la SIC si corresponde por la causal de atención realizada.

7.- Distribución


- SSÑ
- Dirección y subdirecciones del HSC
- Servicios del HSC
- Jefe CAE

8.- Responsabilidad del Encargado

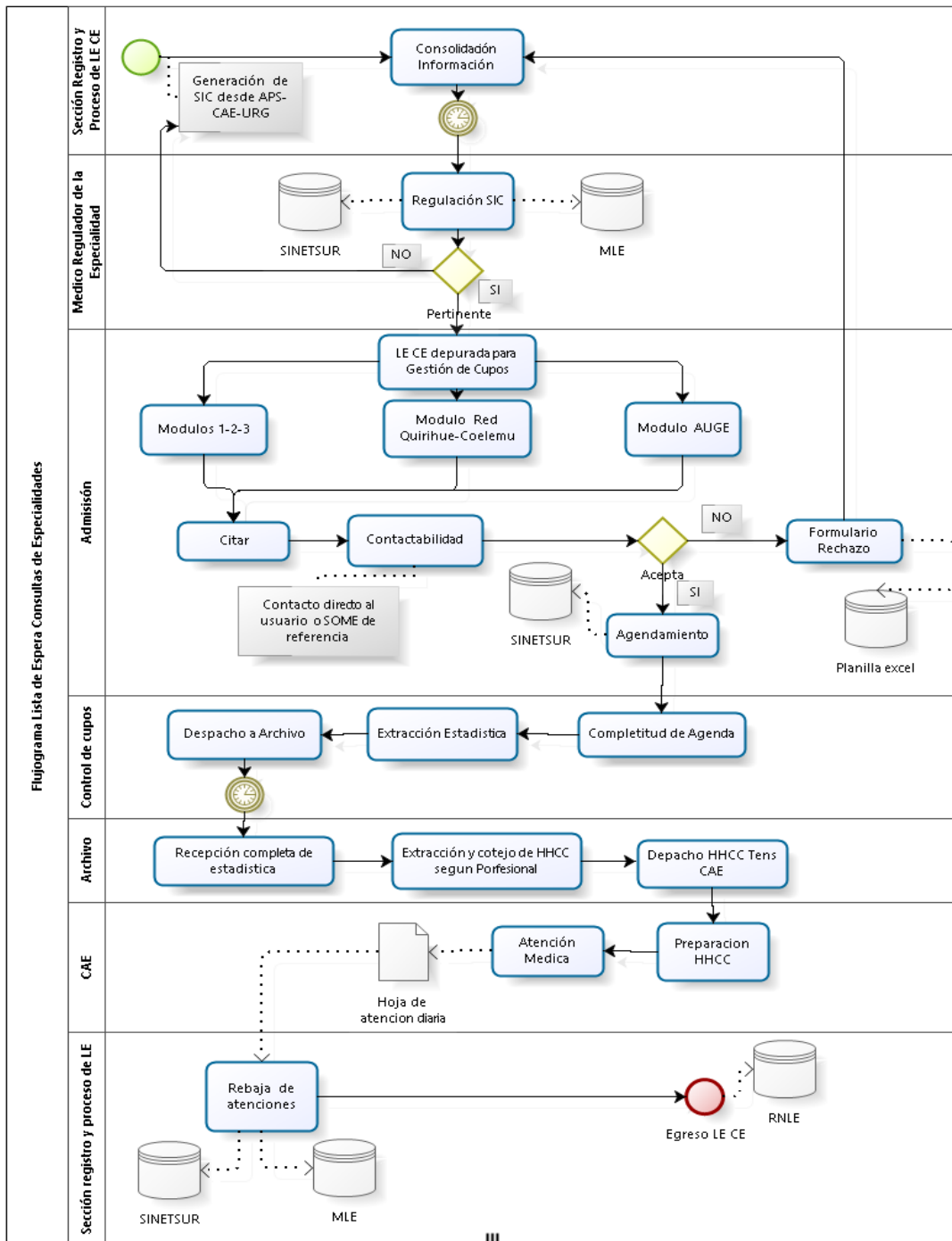
El profesional a cargo o responsable de velar por el cumplimiento del documento, además de efectuar y proponer modificaciones que en la práctica se precise, será la jefe de admisión junto con Jefe de DGU.


9.- Registro

El producto final del procedimiento realizado queda registrado en el repositorio nacional de lista de espera (RNLE)

	Manual de Procedimiento de Gestión de Lista de Espera de Consulta de Especialidad Hospital de San Carlos	Código: MP-DGU 001
		Edición: Primera
		Fecha: Marzo 2016
		Vigencia: Marzo 2019

10.-Flujograma Lista de Espera Consulta de Especialidad.




	Manual de Procedimiento de Gestión de Lista de Espera de Consulta de Especialidad Hospital de San Carlos	Código: MP-DGU 001
		Edición: Primera
		Fecha: Marzo 2016
		Vigencia: Marzo 2019

11.- Indicador:

- % de disminución del promedio días de espera de CE al 31/12/16


Definición Indicador	Es un indicador que busca medir el porcentaje de disminución de la LE de CE tomando como base el promedio al 31/10 del año anterior, que es de 297 días.
Tipo de Indicador	de resultado
Fórmula	$\left(\frac{\text{Prom. días espera CE al corte} - \text{Prom. días espera CE 31/12 año actual}}{\text{Promedio días espera de CE al 31/10 año anterior}} \right) \times 100$
Estándar (Umbral)	<= 8%(equivalente a una disminución de 24 días o más)
Definición de Términos	Promedio días espera de CE al 31/12/16: se obtendrá de los datos del RNLE Promedio días espera de CE al 31/10/15: es de 297 según el RNLE
Criterios	Las fechas de corte designados por el MINSAL para el cálculo del promedio días espera de CE
Justificación	Dar atención oportuna a los pacientes que solicitan un CE, evita un deterioro en la satisfacción usuaria, calidad de vida y una alteración del pronóstico. Además disminuye el gasto en salud debido a complicaciones derivadas de la espera.
Fuente de Información	RNLE
Periodicidad	Trimestral
Responsable	SDGC – Jefe DGU – Jefe Admisión

	<p align="center">Manual de Procedimiento de Gestión de Lista de Espera de Consulta de Especialidad Hospital de San Carlos</p>	Código: MP-DGU 001
		Edición: Primera
		Fecha: Marzo 2016
		Vigencia: Marzo 2019

Anexo N°1

**Respaldo de causales de egreso administrativo listas de espera
Hospital de San Carlos**

Establecimiento	Hospital de San Carlos
Nombre paciente en lista de espera	
Rut paciente en lista de espera	
Especialidad y Cirugía en espera	
Fecha del contacto telefónico	
Hora del contacto	
Nombre de la persona contactada	
Teléfono de la persona contactada	
Causal de salida. Utilizar el nombre correcto de la causal de salida	
Motivo del rechazo	
Nombre y cargo de la persona que realizó el contacto	
Firma de la persona que realizó el contacto	

	Manual de Procedimiento de Gestión de Lista de Espera de Consulta de Especialidad Hospital de San Carlos	Código: MP-DGU 001
		Edición: Primera
		Fecha: Marzo 2016
		Vigencia: Marzo 2019

Correcciones

Corrección	Fecha	Descripción de Modificación	Publicado en	Nº documento

Para la implementación de estos manuales también se recomienda crear un sistema de codificación que contenga la siguiente estructura:

Tipo Manual	Unidad	Correlativo
MO: Manual de organización MP: Manual de procedimiento	DGU: Depto. Gestión del Usuario DIG: Depto. Información para la Gestión FIN: Depto. Finanzas RRH: Recursos humanos	De 001 a 099

Se recomienda en la unidad, una abreviación de tres caracteres y no los códigos establecidos de las unidades para facilitar la búsqueda y su elaboración; y que el correlativo vaya de 1 en 1, para cuantificar el total creado por unidades. Así los manuales de procedimiento de esta unidad tendrán los siguientes códigos:

Manual de Procedimiento	Código
Gestión lista de espera de consultas de especialidad	MP – DGU - 001
Gestión de lista de espera de intervenciones quirúrgicas	MP – DGU - 002
Gestión de listas de espera de procedimientos	MP – DGU - 003
Gestión de convenios y servicios licitados.	MP – DGU - 004

Con esta base de información se recomienda en el futuro tener estos disponibles en una intranet, para facilitar el acceso a toda la organización, para evitar que estos se transformen en letra muerta para la organización, donde no sólo se cuente con estos manuales, sino con todos los formularios, normas, leyes, decretos que son obligatorias en una institución pública como esta. Y se realice un sistema de gestión integral.

Capítulo 5: Conclusiones

Hay muchos factores que inciden en el abordaje de la lista de espera, que permitan reducir el tiempo de permanencia de los usuarios en la lista de espera de especialidad traumatológica no GES en el Hospital de San Carlos que no sólo se centran en el proceso, sino en aspectos administrativos de gestión. Para ello se realiza una propuesta de rediseño de los procesos administrativos en el departamento SOME, para lo cual se sugiere además un cambio en la estructura organizacional con dependencia directa desde la subdirección de gestión del cuidado, trasladándose desde la subdirección de recursos físicos y financieros, proponiendo un enfoque centrado en el usuario, y no en la producción. La propuesta de organización sugiere además que ciertas funciones sean considerados en procesos de selección como profesionales y no administrativos como hasta ahora.

En la construcción de los diagramas de flujo del proceso administrativo para representar la situación actual, se aplicaron instrumentos creados para este fin que permitieron evaluar el cómo se realizan las actividades e ir descartando actos supernumerarios que no agregaban valor al objetivo, evidenciándose que existe una baja claridad en las funciones que desarrollan y no se percibe que forman parte de un proceso dentro de la gestión de la resolución de la lista de espera.

La identificación de los nudos críticos en el proceso administrativo fue la base para otorgar una propuesta de rediseño de éstos, el análisis sistemático a fondo de todas las operaciones directas e indirectas logra implementar mejoras para que el trabajo se desarrolle más fácilmente permitiendo que éste se realice en menor tiempo con una menor inversión por unidad. En esta etapa se constatan múltiples criterios como funcionarios existentes, con instrucciones dadas informalmente en base a las contingencias diarias, principalmente por problemas estructurales, que fundamenta la necesidad de protocolizar los procesos internos de tipo administrativos por lo que mediante la metodología aplicada, se logra definir el diseño del diagrama de flujo del proceso de atención, que permite reducir el tiempo de espera entre las distintas etapas del proceso.

Para diseñar las funciones administrativas de las unidades que intervienen en el proceso que genera el retraso de atención de especialidad traumatológica no GES en el Hospital de San Carlos, se constata que las agendas de horas de los pacientes que están

en las listas de espera para las distintas especialidades se realizan en base a procedimientos no estandarizados, sin el seguimiento formal de los pacientes en el tránsito entre las distintas listas de espera, ni con la existencia de manuales que pudieran describir el proceso de gestión de la demanda, es por ello que se define el manual de organización propuesto que viene a ordenar los problemas detectados y se transforma en una guía administrativa de las unidades que intervienen en el proceso que genera el retraso de atención de especialidad traumatológica no GES en el Hospital de San Carlos.

Cabe hacer notar que muchos de los problemas que se manifiestan para el abordaje de la lista de espera es la sobrecarga de atención de público y algunos de los quiebres en los procesos tienen que ver con problemas que genera el CAE, Consultorio Adosado de Especialidades, ya que la poca oportunidad en que entregan la oferta médica para programar las agendas congestionan la atención y producen entorpecimiento en los procesos continuos, ya que se debe destinar, gran parte de la jornada a realizar recitaciones y nuevas agendas.

Sin duda el enlentecimiento del proceso tiene que ver principalmente en que este establecimiento fue postergado y no priorizado en su desarrollo informático, lo que se traduce que se cuente con dos subsistemas donde se debe realizar doble registro, lo que por la falta de competencias del recurso humano incide en la cantidad de errores y procesos que se desarrollan a repetición para la corrección de estos.

Se recomienda en forma prioritaria informatizar la unidad, para llegar a realizar no sólo el proceso de agenda, control y seguimiento de la lista de espera, sino también el registro en box y llegar a la ficha médica electrónica.

En resumen, se puede concluir que el rediseño de los procesos administrativos permiten reducir el tiempo de permanencia de los usuarios en la lista de espera de especialidad traumatológica no GES en el Hospital de San Carlos, siempre que el personal que administre el proceso conozca el procedimiento a ejecutar y que tenga claridad que es parte de él y que cumple un rol fundamental para el desarrollo continuo del proceso que asegure su continuidad. Asimismo es necesario concluir y destacar que mejorando la gestión de procesos administrativos en la lista de espera de especialidad traumatológica no GES, es posible abordar las listas de espera de las otras

especialidades del establecimiento, ya que es posible extrapolarlo ya que el proceso administrativo es el mismo, sólo van cambiando los exámenes intermedios, que son distintivos de cada especialidad.

Capítulo 6: Recomendaciones

En la actualidad las listas de espera se han transformado en un problema de salud pública difícil de solucionar y que este estudio tampoco resuelve, pero es una contribución para el Hospital de San Carlos la implementación de las recomendaciones y estrategias que se realizan en base a los análisis efectuados durante el periodo de estudio, y que se enumeran a continuación:

- 1.- Se recomienda una nueva estructura organizacional con la profesionalización de algunas unidades las que quedaron establecidas en el organigrama propuesto, lo que sin duda permitirá el seguimiento de los procesos con una mirada asistencial y no administrativa, con la creación de la Unidad de Gestión Clínica de Listas de Espera, así como de la profesionalización de la Unidad de control de cupos que permitirá la administración de la agenda con mayor priorización según la condición de los pacientes. Asimismo el cambio de dependencia del Departamento debe permanecer bajo la tuición de la Subdirección de Gestión del Cuidado y no de la Subdirección de Recursos Físicos y Financieros.
- 2.- Se recomienda elaborar el Manual de Organización con el formato propuesto, no sólo como un instrumento obligatorio por la planificación estratégica ni como establecimiento autogestionado, sino como una contribución a las relaciones con las distintas unidades para facilitar el tránsito expedito de los pacientes por las distintas unidades de la organización.
- 3.- Dado que el ingreso de nuevos pacientes a la lista de espera para la gestión de los nuevos cupos, llamadas SIC, solicitudes de interconsultas, se realiza con tantos criterios como funcionarios se destinan para dicha función con instrucciones dadas informalmente se elaboró el Manual de Procedimiento de Gestión de Lista de Espera de Consulta de Especialidad del Hospital de San Carlos, lo que sin duda contribuye a minimizar los errores en el proceso por la falta de instrucción.
- 4.- Dada la realidad nacional de la oferta limitada de horas médicas de especialidades en el sector público, que está siendo abordada con la política de pública del actual gobierno con la formación de nuevos especialistas, que tardará aproximadamente de tres a cuatro años, se sugiere mantener los programas de refuerzo para la compra de servicio para resolver en forma conjunta con las horas institucionales las lista de especialidades con más días de espera.

5.- Sin duda el problema más serio que tiene este establecimiento dado el volumen de información que deben manejar es el no contar con un sistema de informático único, que permita facilitar y dar fluidez a los procesos. Ya que los dobles registros, la pérdida de información, la exportación de datos de un sistema a otro, sólo contribuye a enlentecer el proceso y a seguir cometiendo errores que sólo perjudican a los usuarios. Se recomienda informatizar las unidades en el más breve plazo para evitar todas las pérdidas de información y asegurar el seguimiento de los pacientes.

6.- Se recomienda además compartir estos resultados con la comunidad como una forma de tomar conciencia en el propio cuidado de su salud y en la prevención de las enfermedades, ya que el aumento de la esperanza de vida y el cambio en el perfil epidemiológico conllevan a generar más demanda por servicios de atención, que aunque con refuerzos de más especialistas y con nuevos hospitales no resolverá el término de las listas de espera, ya que más oferta médica, genera más demanda transformándose en una espiral sin fin.

Bibliografía

- 1.- Vila, J.M.; y Garrote, C. (2003). Gestión de la lista de espera y de la actividad de los servicios quirúrgicos. España
- 2.- Álvarez, B.; Abad, G. (2003). Modelos alternativos de gestión de las listas de espera en sanidad: aplicación al Servicio Galego de Saúde. España
- 3.- Letelier A. (2013). Situación y abordaje de lista de espera en el centro de referencia de salud Maipú. Chile
- 4.- Niebel B.W., Freivalds A. (2004). Ingeniería Industrial. Metodos estándares y diseño del trabajo. México: Alfaomega.
- 5.- Cook M. (2004). Coaching Efectivo. Mc Graw Hill.
- 3.- Walton M., (2004). El Método Deming en la práctica. Colombia. Norma.
- 5.- Champy J. (1996). Reingeniería de la dirección : el imperativo del nuevo liderazgo. Madrid. Díaz de Santos
- 6.- Mideplan, Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. (2009). Guía para la Elaboración de Diagramas de Flujo. Costa Rica
- 7.- Paneque, P. (2002). Gestión por proceso en el sistema sanitario público de Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud.

Anexos

Anexo N°1. Formulario N°1

Registro de Actividades

En el siguiente formulario usted podrá registrar todas las actividades que realiza a diario en función de la lista de espera de consultas de la especialidad de traumatología. Es necesario que señale todas las funciones, incluso las que le parezcan muy obvias.

Observaciones

- 1.- Para las actividades que realiza señale una breve descripción
- 2.- En la columna frecuencia señale si es diaria, semanal, mensual, indique la cantidad de veces. Ejemplo 4 VD, 1VS. 3VM.

Formulario N° 1 Registro de Actividades. ¿Qué se hace? y ¿por qué se hace?, ¿cómo lo hace?				
Fecha:				
Nombre Funcionario:				
Nombre de la Función:				
Actividades	Descripción	¿Por qué se hace?	¿Cómo lo hace?	Frecuencia

Anexo N° 2:

Formulario N° 2:

De las actividades que se identificaron en la sesión pasada, se le solicita indicar el proceso previo y el proceso siguiente y las personas o personas que lo realizan

Formulario N° 2 Secuencia de Actividades		
Fecha:		
Nombre Funcionario:		
Nombre de la Función:		
Actividad 1	Actividad Predecesora	Responsable
	Actividad Sucesora	Responsable
Actividad 2	Actividad Predecesora	Responsable
	Actividad Sucesora	Responsable

Anexo N° 3:

Formulario N° 3:








Formulario N° 3 Sucesión de actividades		
Fecha:		
Nombre Funcionario:		
Nombre de la Función:		
Actividad 1	Cuándo se hace?	Por qué se hace en ese momento?
Actividad 2	Cuándo se hace?	Por qué se hace en ese momento?





Anexo N° 4: Diagrama de Flujo simbología ASME

Diagrama de Flujo Simbología ASME

Hospital San Carlos		Proceso:										
Unidad	Departamento Gestión del Usuario					Descripción	Tiempos (horas)					Distancia (Mts)
N° Act												
1												
2												
3												
....												


Anexo N° 5: Metodología ASME y su significado

Simbología ASME		
Símbolo	Significado	Utilización
	Origen	Para identificar el paso previo que da origen al proceso, este paso no forma en sí parte del nuevo proceso.
	Operación	Indica las principales fases del proceso, método o procedimiento. Hay una operación cada vez que un documento es cambiado intencionalmente en cualquiera de sus características.
	Inspección	Indica cada vez que un documento o paso del proceso se verifica, en términos de: la calidad, cantidad o características. Es un paso de control dentro del proceso. Se coloca cada vez que un documento es examinado.
	Transporte	Indica cada vez que un documento se mueve o traslada a otra oficina y/o funcionario.
	Demora	Indica cuando un documento o el proceso se encuentra detenido, ya que se requiere la ejecución de otra operación o el tiempo de respuesta es lento.
	Almacenamiento	Indica el depósito permanente de un documento o información dentro de un archivo. También se puede utilizar para guardar o proteger el documento de un traslado no autorizado.
	Almacenamiento temporal	Indica el depósito temporal de un documento o información dentro de un archivo, mientras se da inicio el siguiente paso.

	<p>Decisión</p>	<p>Indica un punto dentro del flujo en que son posibles varios caminos alternativos.</p>
	<p>Líneas de flujo</p>	<p>Conecta los símbolos señalando el orden en que se deben realizar las distintas operaciones.</p>
	<p>Actividades combinadas Operación y Origen</p>	<p>Las actividades combinadas se dan cuando se simplifican dos actividades en un solo paso. Este caso, esta actividad indica que se inicia el proceso a través de actividad que implica una operación.</p>
	<p>Actividades combinadas Inspección y Operación</p>	<p>Este caso, indica que el fin principal es efectuar una operación, durante la cual puede efectuarse alguna inspección.</p>

Fuente: Guía Diagramas de Flujo, Mideplan

Anexo N° 6: Formato para definir los manuales de procedimiento

	Nombre del Procedimiento Hospital de San Carlos	Código: MP
		Edición:
		Fecha:
		Página:
		Vigencia:

Nombre del Procedimiento Hospital de San Carlos

Código Identificación	MP
Número Edición	Primera
Fecha Elaboración	
Fecha Revisión	
Vº Bueno OCSP	

Elaborado Por:	Revisado Por:	Aprobado Por:
Fecha:	Fecha:	Fecha:

	Nombre del Procedimiento Hospital de San Carlos	Código: MP
		Edición:
		Fecha:
		Página:
		Vigencia:

Índice

Portada.....	Pág. 1
Índice.....	Pág. 2
Objetivo.....	Pág. 3
Alcance.....	Pág. 3
Responsable de ejecución.....	Pág. 3
Documentación de referencia.....	Pág. 3
Definiciones o glosario.....	Pág.
Desarrollo.....	Pág.
Distribución.....	Pág.
Responsabilidad del encargado.....	Pág.
Registro.....	Pág.
Flujograma.....	Pág.
Indicador.....	Pág.
Correcciones.....	Pág.
Anexos.....	Pág.

	Nombre del Procedimiento Hospital de San Carlos	Código: MP
		Edición:
		Fecha:
		Página:
		Vigencia:

1.- Objetivo:

- Describir de manera clara el “Porque” y el “Que” del documento (Que actividades y procesos se están evaluando o modificando y para que).
- Debe ser entendido y entendible por todos los involucrados y quienes manejan el documento.

2.- Alcance:

- Indicar tanto las áreas clínicas, como las situaciones donde el documento debe ser aplicado, debiendo señalar excepciones.

3.- Responsable de Ejecución

Debe indicar los Profesionales Responsables de ejecutar actividades descritas en el documento.

4.- Documentación de Referencia:

- Debe mencionar la reglamentación aplicable usada para elaborar el documento. Y además aquellos que se deben usar durante la ejecución de los pasos.
- En guías clínicas deben ir recomendaciones con medicina basada evidencias (MBE).

5.- Definiciones o glosario:

- Significado de términos técnicos usados si se considera necesario.

	Nombre del Procedimiento Hospital de San Carlos	Código: MP
		Edición:
		Fecha:
		Página:
		Vigencia:

6.- Desarrollo

- **Inicio del Procedimiento:** Actividad que da inicio al procedimiento.
- **Desarrollo del Procedimiento:** Como se realiza el procedimiento, paso a paso, nombrando documentos utilizados y actividades a efectuar.
- **Término del Procedimiento:** Se debe explicar el resultado de la ejecución del procedimiento

7.- Distribución:

- Se deben señalar Área clínica que quedará con copia de documentos, en OFICYSP, y si corresponde Dirección del Hospital

8.- Responsabilidad del Encargado:

- Se debe indicar el Profesional (Cargo) responsable de velar el cumplimiento del documento, además de efectuar y proponer modificaciones que en la práctica se precise.

9.- Registro:

- Donde queda consignada la actividad o procedimiento realizado.

10.- Flujograma:

- Debe presentarse de manera gráfica la Secuencia de cómo serán ejecutados los pasos y los registros que deben elaborarse.

	Nombre del Procedimiento Hospital de San Carlos	Código: MP
		Edición:
		Fecha:
		Página:
		Vigencia:

11.- Indicador:

- Característica a medir, y que relaciona la descripción del procedimiento con la observación registrada de cómo se ejecuta el procedimiento.

Definición Indicador	
Tipo de Indicador	
Dimensión	
Fórmula	
Estándar (Umbral)	
Definición de Términos	
Criterios	
Justificación	
Fuente de Información	
Periodicidad	
Responsable	

