



INSTITUTO SALVADOREÑO
DEL SEGURO SOCIAL

VERSIÓN PÚBLICA

Este documento es una versión pública, en el cual únicamente se ha omitido la información que la Ley de Acceso a la Información Pública (LAIP), define como confidencial, entre ello, los datos personales de las personas naturales" (Arts. 24 y 30 de la LAIP y artículo 6 del lineamiento No. 1 para la publicación de la información oficiosa.

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL

**MANUAL DE PROCESOS
OTORGAR ATENCIÓN AMBULATORIA
(CONSULTA EXTERNA)**

Noviembre de 2022



NOMBRE DEL PROCESO: OTORGAR ATENCIONES AMBULATORIAS (CONSULTA EXTERNA)

DEPENDENCIA: SUB DIRECCIÓN DE SALUD

CONTENIDO

1.	PERSONAL QUE PARTICIPÓ EN LA REVISIÓN DEL MANUAL	3
2.	HOJA DE APROBACIÓN	3
3.	MARCO LEGAL	4
4.	VIGENCIA	4
5.	ESTRUCTURA DEL PROCESO	5
6.	FICHA DEL PROCESO.....	6
7.	FICHA DE RIESGOS DEL PROCESO	9
8.	FICHAS DE INDICADORES DEL PROCESO	13
CAPÍTULO II. CONTENIDO DEL MANUAL		26
1.	NORMAS GENERALES DEL PROCESO	26
2.	LISTADO DE PROCEDIMIENTOS INCLUIDOS	28
2.1.	OTORGAR CITA MÉDICA.	29
	NORMAS DEL PROCEDIMIENTO.....	29
	DIAGRAMA DE FLUJO	30
2.2.	CONFIRMAR CITA MÉDICA	31
	NORMAS DEL PROCEDIMIENTO.....	31
	DIAGRAMA DE FLUJO	32
2.3.	PREPARAR PACIENTE Y EXPEDIENTE CLÍNICO PARA CONSULTA MÉDICA.	33
	NORMAS DEL PROCEDIMIENTO.....	33
	DIAGRAMA DE FLUJO	34
2.4.	PROPORCIONAR ATENCIÓN MÉDICA A PACIENTE (MEDICINA GENERAL O ESPECIALIDAD)	35
	NORMAS DEL PROCEDIMIENTO.....	35
	DIAGRAMA DE FLUJO	36
2.5.	COMPLEMENTAR DOCUMENTACIÓN Y DESPACHAR AL PACIENTE	37
	NORMAS DEL PROCEDIMIENTO.....	37
	DIAGRAMA DE FLUJO	38
3.	REGISTRO DE ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTOS	39



NOMBRE DEL PROCESO: OTORGAR ATENCIONES AMBULATORIAS (CONSULTA EXTERNA)

DEPENDENCIA: SUB DIRECCIÓN DE SALUD




PERSONAL QUE PARTICIPÓ EN LA REVISIÓN DEL MANUAL

NOMBRE	PUESTO	DEPENDENCIA
Elaboración Versión 2.0		
[Redacted]	[Redacted]	Clínica Comunal San Antonio
[Redacted]	[Redacted]	Unidad Médica Ilopango
[Redacted]	[Redacted]	Unidad Médica Ilopango
[Redacted]	[Redacted]	Clínica Comunal Costa Rica
[Redacted]	[Redacted]	Consultorio de Especialidades
[Redacted]	[Redacted]	Consultorio de Especialidades
[Redacted]	[Redacted]	Unidad Médica Santa Tecla
[Redacted]	[Redacted]	Departamento de Normalización
Dra. Silvia G. Mendoza de Ayala	Jefa de Departamento	Departamento de Normalización
Dr. Fernando Alfonso Cabrera	Jefe Sección	Sección Redes
Dr. Edwin Roberto Salmerón Hernández	Jefe de Departamento	Departamento de Monitoreo y Gestión de RIIS
Elaboración Versión 3.0		
[Redacted]	[Redacted]	Departamento de Normalización
[Redacted]	[Redacted]	Departamento de Monitoreo y Gestión de RIIS
[Redacted]	[Redacted]	Departamento de Enfermería
Inga. Alicia B. Azucena Martínez	Jefa Sección	Sección Desarrollo y Gestión de Procesos
Manual versión 2.0 elaborado por:		
[Redacted]	[Redacted]	Sección Desarrollo y Gestión de Procesos
[Redacted]	[Redacted]	Sección Desarrollo y Gestión de Procesos
Manual versión 3.0 elaborado por:		
[Redacted]	[Redacted]	Sección Desarrollo y Gestión de Procesos
Ficha de indicadores elaborada por:		
[Redacted]	[Redacted]	Sección Fortalecimiento y Mejora Continua

HOJA DE APROBACIÓN

 Licda. Renata de Vásquez Jefe de Departamento Gestión de Calidad Institucional	 Dr. Edwin Roberto Salmerón Hernández Subdirector de Salud	 Licda. Rosa Alba Quinteros de Garcia Jefa Unidad de Desarrollo Institucional
Revisó	Autorizó	Oficializó

	NOMBRE DEL PROCESO: OTORGAR ATENCIONES AMBULATORIAS (CONSULTA EXTERNA)
	DEPENDENCIA: SUB DIRECCIÓN DE SALUD

MARCO LEGAL

Para la elaboración de este manual se ha considerado el marco legal vigente en la Institución, el cual se detalla a continuación:

- **NORMAS TÉCNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS PARA EL ISSS MAYO 2014**
 - ✓ **CAPÍTULO PRELIMINAR REGLAMENTO DE NORMAS TÉCNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS**
 - Definición del Sistema de Control Interno Art. 2
 - Objetivos del Sistema de Control Interno Art. 3
 - Responsables del Sistema de Control Interno Art. 5
 - ✓ **CAPÍTULO III NORMAS RELATIVAS A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL**
 - Documentación, Actualización y Divulgación de Políticas y Procedimientos Arts. 42, 43, 44, 45
 - Definición de Políticas y Procedimientos de Autorización y Aprobación Arts. 46, 47
 - Definición de Políticas y Procedimientos sobre Diseño y Uso de Documentos y Registros Arts. 48 y 49
 - ✓ **CAPÍTULO V NORMAS RELATIVAS AL MONITOREO**
 - Monitoreo Sobre la Marcha Art. 84
- **NORMA PARA LA ATENCIÓN POR RIESGO EN LA CONSULTA EXTERNA DEL ISSS.**
- **NORMA REFERENCIA, RETORNO E INTERCONSULTA ISSS.**
- **LINEAMIENTOS PARA EL MONITOREO Y EVALUACION DEL PROCEDIMIENTO REFERENCIA, RETORNO E INTERCONSULTA ISSS.**

VIGENCIA

El presente Manual de Proceso **Otorgar Atenciones Ambulatorias (Consulta Externa)** entrará en vigencia a partir de la fecha de su divulgación y sustituye a todos los documentos afines que han sido elaborados previamente.



NOMBRE DEL PROCESO: OTORGAR ATENCIONES AMBULATORIAS (CONSULTA EXTERNA)

DEPENDENCIA: SUB DIRECCIÓN DE SALUD

ESTRUCTURA DEL PROCESO

Macroproceso

Otorgar atención integral a la salud

Proceso

Otorgar atenciones ambulatorias

Procedimientos

1. Otorgar cita médica.

2. Confirmar cita médica

3. Preparar paciente y expediente clínico para consulta médica

4. Proporcionar atención médica a paciente (medicina general o especialidad)

5. Complementar documentación y despachar al paciente



NOMBRE DEL PROCESO: OTORGAR ATENCIONES AMBULATORIAS (CONSULTA EXTERNA)

DEPENDENCIA: SUB DIRECCIÓN DE SALUD

FICHA DEL PROCESO

FICHA TÉCNICA DEL PROCESO

IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO	
Nombre	Otorgar atención ambulatoria (consulta externa).
Objetivo	Otorgar atención ambulatoria a los pacientes que lo solicitan considerando los derechos y deberes.
Alcance	Comprende desde la solicitud de atención médica ponderada, concertada o programada hasta el despachado del paciente.
Dueño / Propietario	Jefatura del área quién ejecuta y tiene la responsabilidad directa del proceso de otorgar atención médica ambulatoria.

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

Proveedor	Entrada	Procedimientos	Salida	Usuario/Cliente
- Paciente. - Médico (que genera referencia, retorno o consulta subsecuente)	- Documento de identificación. - Hoja de Referencia y Retorno. - Control de Otorgamiento de cita. (para agendar cita subsecuente). - Solicitud de interconsulta, evaluación preoperatoria, referencia a odontología general y procedimientos. - Certificado de cesantía.	Otorgar cita médica.	- Control de Otorgamiento de cita. - Atención Ponderada (cupos por hora)	- Recepcionista. (Cita programada). - Personal de enfermería.
- Paciente - Recepcionista	- Documento de identificación. - Control de otorgamiento de cita.	Confirmar cita médica	Agenda médica actualizada en sistema (Control de cita Subsecuente.)	Personal enfermería o colaborador clínico.
- Paciente. - Archivist/Recepcionista.	- Hoja de Referencias y Retorno - Exámenes de diagnóstico - Control de otorgamiento de cita. - Agenda médica - Expediente clínico	Preparar paciente y expediente clínico para consulta médica.	- Expedientes ordenados. - Pacientes ubicados.	Médico y todo profesional de la salud.



NOMBRE DEL PROCESO: OTORGAR ATENCIONES AMBULATORIAS (CONSULTA EXTERNA)

DEPENDENCIA: SUB DIRECCIÓN DE SALUD

Proveedor	Entrada	Procedimientos	Salida	Usuario/Cliente
- Enfermera/ colaborador clínico.	- Expedientes ordenados por agenda médica. - Pacientes ubicados.	Proporcionar atención médica a paciente (medicina general y especialidad)	- Expediente actualizado. - Documentación resultante de consulta médica. - Censo diario de consulta con información complementaria. - Censo de procedimiento con información complementaria.	- Secretaria/ Personal de enfermería/colaborador clínico.

- Médico y todo profesional de la salud	- Documento de identificación. - Expediente clínico actualizado - Documentos complementarios resultantes de la consulta médica	Completar documentación y despachar al paciente.	- Documentación completa (Recetas médicas, incapacidades, otros) y registros de control. - Registro diario de consulta ambulatoria y atenciones integrales de salud (Censo). - Complemento de Censo de Procedimientos. - Expedientes ordenados con agenda médica. - Expediente múltiple (falso). (generado cuando el expediente sea enviado a otro servicio.	- Áreas de salud. - Áreas administrativas.
---	--	--	--	---

CONTROL DEL PROCESO

Puntos de control	Procedimiento Otorgar cita médica. N. 1: Verificar derecho de atención. N. 5: Analizar caso y realizar gestiones.
	Procedimiento Confirmar cita médica. N. 1: Verificar derecho de atención. N. 3: Analizar caso y realizar gestiones.
	Procedimiento Preparar paciente y expediente clínico para consulta médica. N/A
	Procedimiento Otorgar atención médica a paciente (medicina general y especialidad). N/A
	Procedimiento Complementar documentación y despachar al paciente. N/A



NOMBRE DEL PROCESO: OTORGAR ATENCIONES AMBULATORIAS (CONSULTA EXTERNA)

DEPENDENCIA: SUB DIRECCIÓN DE SALUD

EVIDENCIAS DEL PROCESO

Registros	Procedimiento Otorgar cita médica. R1 Agenda Actualizada (confirmación de cita agenda médica) o cupo por hora (ponderada)
	Procedimiento Confirmar cita médica. R1 Agenda Actualizada (confirmación de cita agenda médica)
	Procedimiento Preparar paciente y expediente clínico para consulta médica. R1 Signos vitales y medidas antropométricas y anotarlos en expediente clínico
	Procedimiento Otorgar atención médica a paciente (medicina general y especialidad). R1 Expediente clínico actualizado.
	Procedimiento Complementar documentación y despachar al paciente. R1 Documentos resultante de la consulta con información complementaria (recetas, incapacidades, referencia, retornos e interconsultas, boletas de exámenes, entre otros) R2 Libros de control de registros (incapacidades, recetas de barbitúricos, referencia y retorno, programas (planificación familiar, salud mental, etc.) entre otros) R3 Informe diario de consulta externa y emergencia (Censo completo) R4 Censo de Procedimientos (completo) R5 Agenda médica con acuse de recibido por archivo. R6 Expediente múltiple (falso) (si aplica)

EVIDENCIAS DEL PROCESO

Documentos	Procedimiento Otorgar cita médica. D1 Documento de identificación (DUI, Tarjeta de afiliación y carnet de minoridad) D2 Control otorgamiento de cita. D3 En caso que aplique: Hoja de referencia, retorno e interconsulta, Control seguimiento de cita (para agendar cita subsecuente), solicitud de interconsulta, evaluación preoperatoria, referencia a odontología general y procedimientos.
	Procedimiento Confirmar cita médica. D1 Documento de identificación (DUI, Tarjeta de afiliación y carnet de minoridad). D2 Control otorgamiento de cita.
	Procedimiento Preparar paciente y expediente clínico para consulta médica. D1 Control otorgamiento de cita. D2 Expediente clínico. D3 Exámenes de diagnóstico (si aplica)
	Procedimiento Otorgar atención médica a paciente (medicina general y especialidad). D1 Expediente Clínico. D2 Exámenes de diagnóstico (si aplica) D3 Referencia, retorno e interconsulta (si aplica)
	Procedimiento Complementar documentación y despachar al paciente. D1 Expediente clínico. D2 Documentos resultantes de la consulta (recetas, incapacidades, referencia, retornos e interconsulta, boletas de exámenes, entre otros)



NOMBRE DEL PROCESO: OTORGAR ATENCIONES AMBULATORIAS (CONSULTA EXTERNA)

DEPENDENCIA: SUB DIRECCIÓN DE SALUD

RECURSOS MÍNIMOS PARA LA EJECUCIÓN Y CONTROL DEL PROCESO

Recursos y Tecnología

Tipo	Responsable
Equipo informático (PC, impresora), teléfono, sistema informático	Jefe de medicina
Equipo médico para la atención	Jefe de medicina

Personas

- Médicos generales, médicos especialistas y profesionales de la salud
- Enfermeras generales, enfermeras con especialidad, auxiliares de enfermería
- Camilleros, motoristas de ambulancia
- Recepcionistas, colaboradores clínicos, secretarías
- Auxiliares de servicio

FICHA DE RIESGOS DEL PROCESO

FICHA DE RIESGO DE PROCESO

COD. RF – S - 013

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO

Proceso/ Subproceso	Otorgar atenciones ambulatorias (Consulta externa)
Objetivo	Otorgar atención médica ambulatoria a los pacientes que lo solicitan considerando los derechos y deberes.

Causas	Riesgo	Descripción	Consecuencia Potencial
<ul style="list-style-type: none"> - Manejo inadecuado de la agenda médica. - Horas médico insuficientes para atender la demanda de la consulta médica. - Bajo rendimiento del personal médico. - Incumplimiento de Norma para la Atención por Riesgos en la Consulta Externa del ISSS - Programación de policonsulta (más de tres consultas) - Falta de recurso médico especialista 	<p>Incumplimiento en la programación de citas a 30 días de especialidad de primera vez.</p>	<p>Incumplimiento en la programación citas de especialidad de primera vez, por lo cual se prolonga la atención a los pacientes que requieren consulta médica de especialidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Exponer al paciente a complicaciones mayores en su salud. - Insatisfacción del usuario. - Retraso en la continuidad de la atención. - El incumplimiento en los plazos de especialidad de primera vez por la falta de acceso oportuno.



NOMBRE DEL PROCESO: OTORGAR ATENCIONES AMBULATORIAS (CONSULTA EXTERNA)

DEPENDENCIA: SUB DIRECCIÓN DE SALUD

Causas	Riesgo	Descripción	Consecuencia Potencial
<ul style="list-style-type: none"> - Falta de monitoreo y depuración de la agenda médica de los especialistas por comités locales y Dirección local. - No cumplimiento de Norma Referencia, Retorno e Interconsulta del ISSS 	<p>Incumplimiento del retorno de pacientes de consulta de especialidad a consulta de menor nivel de complejidad.</p>	<p>Se incumple el retorno de pacientes de especialidad a consulta externa de menor complejidad, generando atraso en liberación de cupos para pacientes de primera vez.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - No se habilitan cupos para pacientes en las consultas de especialidad para la atención oportuna de primera vez, exponiéndolo a riesgos en la salud. - Genera una demanda no real de las diferentes especialidades por no retornar a los pacientes estables.
<ul style="list-style-type: none"> - Inadecuada gestión de la agenda médica. - Necesidad de más tiempo por parte del personal médico de pacientes por primera vez (diagnóstico complicado, poli medicado, procedimientos, otros). - Falta de monitoreo efectivo por parte de los directores locales a los rendimientos del personal médico, a fin de identificar las causas e implementar estrategias para mejorar el indicador. - Utilización de horas médico asignadas a otras actividades distintas de la consulta externa (actividades administrativo, otros). - Ausentismos de pacientes a las citas programadas de consulta médica (citas prolongadas, busca otro centro de atención, olvido del paciente, entre otros). 	<p>Incumplimiento de metas programadas en las horas para consulta.</p>	<p>El bajo rendimiento de metas programadas del personal médico, prolonga la espera en atención de los pacientes en la consulta externa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Complicaciones de salud de los pacientes. - Insatisfacción del usuario. - Sub-utilización del recurso médico
<ul style="list-style-type: none"> - Requerimientos de expedientes clínicos al área de Admisión y Registros Médicos, sin seguir el proceso normado para la consulta externa. - Incumplimiento de la normativa del expediente clínico. - Pacientes que confirman la cita en el área de Admisión y Registros Médicos y posteriormente se retira sin recibir la consulta. 	<p>Inconsistencia entre cantidad de pacientes censados y los registrados en el sistema de agenda médica centralizada.</p>	<p>Inconsistencia entre cantidad de pacientes censados contra los registros en el sistema de agenda médica, no se cuenta con información real en los sistemas del ISSS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La falta de registro de pacientes en el sistema de Agenda Médica Centralizada, expone al otorgamiento de atención médica de pacientes, sin verificar el derecho a atención. - No se cuentan con la información real y completa, para la toma de decisiones y captura de datos estadísticos de forma más eficiente.



NOMBRE DEL PROCESO: OTORGAR ATENCIONES AMBULATORIAS (CONSULTA EXTERNA)

DEPENDENCIA: SUB DIRECCIÓN DE SALUD

ANÁLISIS DE RIESGO INHERENTE

Probabilidad:	Impacto:	PROBABILIDAD	IMPACTO			Zona de riesgo aceptable. Asumir el riesgo	Zona de riesgo tolerable. Asumir el riesgo; Reducir	Zona de riesgo moderado. Reducir; Evitar					
			Baja	Bajo	Medio				Alto				
			Baja (1)	Bajo (1)	1				2	3	Zona de riesgo tolerable (50%). Reducir el riesgo; Compartir	Zona de riesgo moderado. Reducir el riesgo; Compartir; Eliminar	Zona de riesgo importante. Reducir el riesgo; Compartir; Evitar
			Media (2)	Medio (2)	2				4	6	Zona de riesgo moderado (+50%). Reducir el riesgo; Compartir	Zona de riesgo importante. Reducir el riesgo; Compartir; Eliminar	Zona de riesgo inaceptable. Reducir el riesgo; Compartir; Eliminar
Alta (3)	Alto (3)	3	6	9									

Riesgo	Probabilidad	Impacto	Resultado	Zona de riesgo
Incumplimiento en la programación de citas a 30 días de especialidad de primera vez.	3	3	9	Zona de riesgo inaceptable. Reducir el riesgo; Compartir; Eliminar
Incumplimiento del retorno de pacientes de consulta de especialidad a consulta de menor nivel de complejidad.	3	3	9	Zona de riesgo inaceptable. Reducir el riesgo; Compartir; Eliminar
Incumplimiento de metas programadas para consulta externa	2	3	6	Zona de riesgo importante. Reducir el riesgo; Compartir; Evitar
Inconsistencia entre cantidad de pacientes censados y los registrados en el sistema de agenda médica centralizada.	1	1	1	Zona de riesgo aceptable. Asumir el riesgo

ACCIONES DE CONTINGENCIA

Riesgo	Acciones de mejora	Fecha de inicio	Fecha de terminación
Incumplimiento en la programación de citas a 30 días de especialidad de primera vez.	<ul style="list-style-type: none"> Conformación del equipo de intervención de agenda médica. Ejecución y cumplimiento Norma para la Atención por Riesgos en la Consulta Externa del ISSS por la Dirección local Gestionar la formación o contratación de médico especialista 	A partir de la fecha de oficialización.	Hasta tres años.
Incumplimiento del retorno de pacientes de consulta de especialidad a consulta de menor nivel de complejidad	<ul style="list-style-type: none"> Directores locales y CLECAS deberán monitorear y evaluar constantemente el retorno de los pacientes, para que se cumplan los criterios de retorno. Ejecución y cumplimiento de Norma de Referencia, Retorno e Interconsulta del ISSS. Cumplimiento por parte de los CLECAS, de los Lineamientos para el Monitoreo y Evaluación del Procedimiento de Referencia, Retorno e Interconsulta del ISSS. 		

**NOMBRE DEL PROCESO: OTORGAR ATENCIONES AMBULATORIAS (CONSULTA EXTERNA)****DEPENDENCIA: SUB DIRECCIÓN DE SALUD**

Riesgo	Acciones de mejora	Fecha de inicio	Fecha de terminación
Incumplimiento de metas programadas en las horas para consulta	<ul style="list-style-type: none">• Reforzar el monitoreo por parte de los directores locales y sus delegados del personal médico.• Segregación de horas médico para consulta médica, procedimientos y actividades administrativas.	A partir de la fecha de oficialización.	Hasta tres años.
Inconsistencia entre cantidad de pacientes censados y los registrados en el sistema de agenda médica centralizada	<ul style="list-style-type: none">• Los servicios de admisión y registro médicos o archivo clínico registren en el sistema de agenda médica centralizada todos los pacientes que pasan consulta (citado, a condición o sobre cupo)• La administración local deberá implementar mecanismos para la confrontación mensual entre informes diarios de consulta externa y registros ingresados en el sistema de agenda médica.• Cumplimiento de la Normativa del Expediente Clínico por parte de la administración local.• Priorizar la Implementación del expediente electrónico en todos los centros de atención.		
Observaciones			



NOMBRE DEL PROCESO: OTORGAR ATENCIONES AMBULATORIAS (CONSULTA EXTERNA)

DEPENDENCIA: SUB DIRECCIÓN DE SALUD

FICHAS DE INDICADORES DEL PROCESO

FICHA DE INDICADOR DEL PROCESO		CÓD: FI - S - 013
Proceso:	OTORGAR ATENCIÓN AMBULATORIA	
Clasificación:	Responsable del proceso:	
Misional	Jefe de Consulta Externa	
Fecha de elaboración:	Versión:	
16/12/2020	1.0	

PERFIL DEL INDICADOR	
Nombre:	1. TIEMPO PROMEDIO PARA LA ATENCIÓN DE LA CONSULTA EXTERNA.
Objetivo:	Medir el tiempo promedio en el que los pacientes reciben la atención de su consulta médica programada, en un determinado centro de atención de forma mensual.
Responsable:	Jefe de la Consulta Externa.
Reportado a:	Director del Centro de Atención.

CARACTERIZACIÓN DEL INDICADOR	
Unidad de medida	Ámbito de desempeño:
Minutos	Calidad
Expresión matemática:	
$\frac{\text{Sumatoria de tiempos invertidos por los pacientes observados después de la confirmación de la cita médica y la entrega de la documentación resultante de la consulta médica en el mes}}{\text{Número de pacientes observados en el mes}}$	
Observaciones:	El tiempo será medido desde que el paciente ha confirmado su cita médica, hasta que el usuario es despachado por la enfermera de la clínica con toda la documentación resultante de la consulta médica. Para obtener el tiempo promedio se podrá tomar una muestra de mediciones representativa de pacientes en un mismo mes calendario, las cuales podrán ser tomadas en diferentes días y horas de dicho mes.
Representación gráfica: (Si aplica)	
Gráfico de líneas o de barras	

RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN	
Frecuencia de medición:	Frecuencia de reporte:
Mensual - muestral	Mensual
Fuente de información:	Metodología de procesamiento de la información:
Hoja de registro de tiempos	Hoja de cálculo de Excel
Responsable de la información:	Responsable del procesamiento:
Auxiliar de enfermería, recepcionista, secretaria, colaborador clínico, ejecutivos de atención al usuario o quien designe el Jefe de Consulta Externa	Jefe de consulta externa



NOMBRE DEL PROCESO: OTORGAR ATENCIONES AMBULATORIAS (CONSULTA EXTERNA)

DEPENDENCIA: SUB DIRECCIÓN DE SALUD

NIVELES DE REFERENCIA							
Referencia: (Inicial, internacional, estándares)	Criterio de desempeño:					Acciones de Mejora:	
INICIAL	EXCELENTE	CONSULTA MÉDICA DE PRIMERA VEZ	CONSULTA MÉDICA GENERAL	HOSPITALES POLICLÍNICOS	Hasta 120 minutos	Mantener las buenas prácticas ejecutadas.	
				UNIDADES MÉDICAS	Hasta 120 minutos		
				CLÍNICAS COMUNALES	Hasta 90 minutos		
		CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA	CONSULTORIO DE ESPECIALIDADES/HOSPITALES POLICLÍNICOS	Hasta 120 minutos			
			UNIDADES MÉDICAS	Hasta 120 minutos			
			CLÍNICAS COMUNALES	No Aplica			
	CONSULTA MÉDICA SUBSECUENTE	CONSULTA MÉDICA GENERAL	HOSPITALES POLICLÍNICOS	Hasta 120 minutos			
			UNIDADES MÉDICAS	Hasta 120 minutos			
			CLÍNICAS COMUNALES	Hasta 90 minutos			
		CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA	CONSULTORIO DE ESPECIALIDADES/HOSPITALES POLICLÍNICOS	Hasta 120 minutos			
			UNIDADES MÉDICAS	Hasta 120 minutos			
			CLÍNICAS COMUNALES	No Aplica			
	BUENO	CONSULTA MÉDICA DE PRIMERA VEZ	CONSULTA MÉDICA GENERAL	HOSPITALES POLICLÍNICOS	Entre 121 minutos y 150 minutos	Implementar acciones preventivas que eviten la aparición de problemas en el proceso.	
					UNIDADES MÉDICAS		Entre 121 minutos y 150 minutos
					CLÍNICAS COMUNALES		Entre 91 minutos y 120 minutos
			CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA	CONSULTORIO DE ESPECIALIDADES/HOSPITALES POLICLÍNICOS	Entre 121 minutos y 150 minutos		
				UNIDADES MÉDICAS	Entre 121 minutos y 150 minutos		
				CLÍNICAS COMUNALES	No Aplica		
		CONSULTA MÉDICA SUBSECUENTE	CONSULTA MÉDICA GENERAL	HOSPITALES POLICLÍNICOS	Entre 121 minutos y 150 minutos		
				UNIDADES MÉDICAS	Entre 121 minutos y 150 minutos		
				CLÍNICAS COMUNALES	Entre 91 minutos y 120 minutos		
			CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA	CONSULTORIO DE ESPECIALIDADES/HOSPITALES POLICLÍNICOS	Entre 121 minutos y 150 minutos		
				UNIDADES MÉDICAS	Entre 121 minutos y 150 minutos		
				CLÍNICAS COMUNALES	No Aplica		
NECESITA MEJORAR	CONSULTA MÉDICA DE PRIMERA VEZ	CONSULTA MÉDICA GENERAL	HOSPITALES POLICLÍNICOS	Más de 150 minutos	Intervenir el proceso con acciones correctivas que eliminen las causas raíces que originan los problemas.		
				UNIDADES MÉDICAS		Más de 150 minutos	
				CLÍNICAS COMUNALES		Más de 120 minutos	
		CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA	CONSULTORIO DE ESPECIALIDADES/HOSPITALES POLICLÍNICOS	Más de 150 minutos			
			UNIDADES MÉDICAS	Más de 150 minutos			
			CLÍNICAS COMUNALES	No Aplica			
	CONSULTA MÉDICA SUBSECUENTE	CONSULTA MÉDICA GENERAL	HOSPITALES POLICLÍNICOS	Más de 150 minutos			
			UNIDADES MÉDICAS	Más de 150 minutos			
			CLÍNICAS COMUNALES	Más de 120 minutos			
		CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA	CONSULTORIO DE ESPECIALIDADES/HOSPITALES POLICLÍNICOS	Más de 150 minutos			
			UNIDADES MÉDICAS	Más de 150 minutos			
			CLÍNICAS COMUNALES	No Aplica			

**NOMBRE DEL PROCESO: OTORGAR ATENCIONES AMBULATORIAS (CONSULTA EXTERNA)****DEPENDENCIA: SUB DIRECCIÓN DE SALUD****PERFIL DEL INDICADOR**

Nombre:	2. TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA OBTENER CONSULTA PROGRAMADA DE PRIMERA VEZ.
Objetivo:	Determinar de forma mensual, el promedio en días calendario que el paciente tiene que esperar para acceder a la consulta, desde el día en que le es programada la cita médica hasta el día que pasará su consulta médica de primera vez.
Responsable:	Jefe de Consulta Externa.
Reportado a:	Director del Centro de Atención.

CARACTERIZACIÓN DEL INDICADOR

Unidad de medida	Ámbito de desempeño:
Días calendario	Calidad
Expresión matemática:	
$\frac{\text{Sumatoria de los días calendario acumulados entre la fecha de solicitud de la cita y la fecha de programación de la consulta médica de primera vez}}{\text{Número de pacientes observados de primera vez en un mes}}$	
Observaciones:	Medir el promedio de días calendario que transcurren entre la fecha de obtención de la cita médica de primera vez y la fecha otorgada para pasar la consulta médica programada. Dicha medición deberá realizarse cada mes. Los criterios de desempeño variarán según la especialidad de que se trate.
Representación gráfica: (Si aplica)	
Gráfico de líneas o de barras	

RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

Frecuencia de medición:	Frecuencia de reporte:
Mensual	Mensual
Fuente de información:	Metodología de procesamiento de la información:
Sistema de Agenda Médica	Sistema de Agenda Médica
Responsable de la información:	Responsable del procesamiento:
Jefe de Registros Médicos	Jefe de consulta externa

NIVELES DE REFERENCIA

Referencia: (Inicial, internacional, estándares)	Criterio de desempeño:	Acciones de Mejora:
Inicial	Excelente: Hasta 30 días según categoría de riesgo	Mantener las buenas prácticas ejecutadas.
	Bueno: Entre 31 días y 90 días según categoría de riesgo.	Implementar acciones preventivas que eviten la aparición de problemas en el proceso.
	Necesita mejorar: Más de 90 días según categoría de riesgo.	Intervenir el proceso con acciones correctivas que eliminen las causas raíces que originan los problemas.



NOMBRE DEL PROCESO: OTORGAR ATENCIONES AMBULATORIAS (CONSULTA EXTERNA)

DEPENDENCIA: SUB DIRECCIÓN DE SALUD

PERFIL DEL INDICADOR

Nombre:	3. PORCENTAJE DE RENDIMIENTO DE LA CONSULTA AMBULATORIA.
Objetivo:	Determinar el porcentaje de consultas efectivas realizadas del total de consultas programadas en un mes.
Responsable:	Jefe de Consulta Externa.
Reportado a:	Director del Centro de Atención.

CARACTERIZACIÓN DEL INDICADOR

Unidad de medida	Ámbito de desempeño:
Consultas médicas	Eficacia
Expresión matemática:	
$\frac{\text{Total de consultas realizadas en el mes}}{\text{Total de consultas programadas en el mes}} \times 100$	
Observaciones:	El indicador persigue obtener la proporción de las consultas efectivamente otorgadas versus las consultas previamente programadas.
Representación gráfica: (Si aplica)	
Gráfico de líneas o de barras	

RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

Frecuencia de medición:	Frecuencia de reporte:
Mensual	Mensual
Fuente de información:	Metodología de procesamiento de la información:
Sistema de Agenda Médica	Sistema de Agenda Médica
Responsable de la información:	Responsable del procesamiento:
Jefe de Registros Médicos	Jefe de consulta externa

NIVELES DE REFERENCIA

Referencia: (Inicial, internacional, estándares)	Criterio de desempeño:	Acciones de Mejora:
Inicial	Excelente: Mayor o igual a 90% de consultas	Mantener las buenas prácticas ejecutadas.
	Buena: Mayor o igual a 80% y menos de 90% de consultas	Implementar acciones preventivas que eviten la aparición de problemas en el proceso.
	Necesita mejorar: Menos de 80% de consultas.	Intervenir el proceso con acciones correctivas que eliminen las causas raíces que originan los problemas.



NOMBRE DEL PROCESO: OTORGAR ATENCIONES AMBULATORIAS (CONSULTA EXTERNA)

DEPENDENCIA: SUB DIRECCIÓN DE SALUD

PERFIL DEL INDICADOR

Nombre:	4. RENDIMIENTO PROMEDIO DE CONSULTAS POR HORA MÉDICO.
Objetivo:	Determinar el número de consultas realizadas por hora médico invertida en el mes.
Responsable:	Jefe de Consulta Externa.
Reportado a:	Director del Centro de Atención.

CARACTERIZACIÓN DEL INDICADOR

Unidad de medida	Ámbito de desempeño:
Consultas por hora médico	Eficiencia
Expresión matemática:	
$\frac{\text{Total de consultas realizadas en el mes}}{\text{Total de horas médico invertidas en el mes}}$	
Observaciones:	Conocer el rendimiento en términos de consultas otorgadas por cada hora médico contratada. Dependerá de la especialidad de que se trate.
Representación gráfica: (Si aplica)	
Gráfico de líneas o de barras	

RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

Frecuencia de medición:	Frecuencia de reporte:
Mensual	Mensual
Fuente de información:	Metodología de procesamiento de la información:
Encargado de Estadística local	Hoja de cálculo de Excel
Responsable de la información:	Responsable del procesamiento:
Jefe de Consulta Externa	Jefe de Consulta Externa o de la Especialidad

NIVELES DE REFERENCIA

Referencia: (Inicial, internacional, estándares)	Criterio de desempeño:	Acciones de Mejora:
Inicial	Excelente: Mayor o igual a 5 consultas por hora médico, o según el estándar de cada especialidad o centro de atención	Mantener las buenas prácticas ejecutadas.
	Bueno: Mayor o igual a 4 y menos de 5 consultas por hora médico, o según el estándar de cada especialidad o centro de atención	Implementar acciones preventivas que eviten la aparición de problemas en el proceso.
	Necesita mejorar: Menos de 4 consultas por hora médico, o según el estándar de cada especialidad o centro de atención	Intervenir el proceso con acciones correctivas que eliminen las causas raíces que originan los problemas.

**NOMBRE DEL PROCESO: OTORGAR ATENCIONES AMBULATORIAS (CONSULTA EXTERNA)****DEPENDENCIA: SUB DIRECCIÓN DE SALUD****PERFIL DEL INDICADOR**

Nombre:	5. PORCENTAJE DE CITAS O CONSULTAS PROGRAMADAS NO REALIZADAS.
Objetivo:	Medir el porcentaje de citas programadas anuladas o consultas programadas no realizadas por diferentes causas en el mes.
Responsable:	Jefe de Consulta Externa.
Reportado a:	Director del Centro de Atención.

CARACTERIZACIÓN DEL INDICADOR

Unidad de medida	Ámbito de desempeño:
Citas programadas anuladas o consultas programadas no realizadas	Eficacia
Expresión matemática:	
$\frac{\text{Número de citas programadas anuladas o consultas programadas no realizadas en el mes}}{\text{Número de citas programadas en el mes}} \times 100$	
Observaciones:	Las citas programadas anuladas o consultas programadas no realizadas incluyen las que el paciente anuló por su propia iniciativa, por inasistencia del médico, por disposición del centro de atención, por disposición de las autoridades superiores, por disposición del gobierno, por causas de fuerza mayor o por caso fortuito.
Representación gráfica: (Si aplica)	
Gráfico de líneas o de barras	

RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

Frecuencia de medición:	Frecuencia de reporte:
Mensual	Mensual
Fuente de información:	Metodología de procesamiento de la información:
Sistema de Agenda Médica	Hoja de cálculo de Excel
Responsable de la información:	Responsable del procesamiento:
Jefe de Registros Médicos	Jefe de Consulta Externa

NIVELES DE REFERENCIA

Referencia: (Inicial, internacional, estándares)	Criterio de desempeño:	Acciones de Mejora:
Inicial	Excelente: Hasta 10% de citas programadas anuladas o consultas programadas no realizadas	Mantener las buenas prácticas ejecutadas.
	Bueno: Más de 10% hasta 20% de citas programadas anuladas o consultas programadas no realizadas en el mes	Implementar acciones preventivas que eviten la aparición de problemas en el proceso.
	Necesita mejorar: Más de 20% de citas programadas anuladas o consultas programadas no realizadas en el mes	Intervenir el proceso con acciones correctivas que eliminen las causas raíces que originan los problemas.



NOMBRE DEL PROCESO: OTORGAR ATENCIONES AMBULATORIAS (CONSULTA EXTERNA)

DEPENDENCIA: SUB DIRECCIÓN DE SALUD

PERFIL DEL INDICADOR

Nombre:	6. PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE CITAS PROGRAMADAS.
Objetivo:	Medir el porcentaje de pérdida de citas programadas causadas por la inasistencia del paciente en el mes.
Responsable:	Jefe de Consulta Externa.
Reportado a:	Director del Centro de Atención.

CARACTERIZACIÓN DEL INDICADOR

Unidad de medida	Ámbito de desempeño:
Citas programadas perdidas por inasistencia del paciente	Eficacia

Expresión matemática:

$$\frac{\text{Número de citas programadas perdidas por inasistencia del paciente en el mes}}{\text{Número de citas programadas en el mes}} \times 100$$

Observaciones: Las citas programadas perdidas por causa de la inasistencia del paciente, se entenderán a todas aquellas en las que el paciente no anuló ni confirmó su asistencia a la cita, por lo tanto, su cupo se le puede asignar a otro paciente que espera pasar consulta el mismo día de la cita perdida.

Representación gráfica: (Si aplica)

Gráfico de líneas o de barras

RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

Frecuencia de medición:	Frecuencia de reporte:
Mensual	Mensual
Fuente de información:	Metodología de procesamiento de la información:
Sistema de Agenda Médica	Hoja de cálculo de Excel
Responsable de la información:	Responsable del procesamiento:
Jefe de Registros Médicos	Jefe de Consulta Externa

NIVELES DE REFERENCIA

Referencia: (Inicial, internacional, estándares)	Criterio de desempeño:	Acciones de Mejora:
Inicial	Excelente: Hasta 20% de Citas programadas perdidas por inasistencia del paciente	Mantener las buenas prácticas ejecutadas.
	Bueno: Más de 20% hasta 30% de Citas programadas perdidas por inasistencia del paciente	Implementar acciones preventivas que eviten la aparición de problemas en el proceso.
	Necesita mejorar: Más de 30% de Citas programadas perdidas por inasistencia del paciente	Intervenir el proceso con acciones correctivas que eliminen las causas raíces que originan los problemas.



NOMBRE DEL PROCESO: OTORGAR ATENCIONES AMBULATORIAS (CONSULTA EXTERNA)

DEPENDENCIA: SUB DIRECCIÓN DE SALUD

PERFIL DEL INDICADOR

Nombre:	7. PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS DE CONSULTA EXTERNA.
Objetivo:	Medir el grado de satisfacción en el que el paciente califica la prestación del servicio de la consulta externa en el año.
Responsable:	Jefe de la Consulta Externa.
Reportado a:	Director del Centro de Atención.

CARACTERIZACIÓN DEL INDICADOR

Unidad de medida	Ámbito de desempeño:
Satisfacción del paciente	Calidad/Percepción
Expresión matemática:	
$\frac{\text{Número de pacientes con opinión de satisfecho o muy satisfecho del servicio prestado de la consulta externa en el año}}{\text{Número de pacientes entrevistados en el año}} \times 100$	
Observaciones:	Para este indicador deberá solicitarse el apoyo del área de Atención al Usuario para que se levante en el año, al menos una encuesta de satisfacción a los usuarios de la consulta externa, y en la que se les pregunte si se siente muy satisfecho, satisfecho, poco satisfecho o insatisfecho. Donde las primeras dos valoraciones servirán para el cálculo del indicador.
Representación gráfica: (Si aplica)	
Gráfico de líneas o de barras	

RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

Frecuencia de medición:	Frecuencia de reporte:
Anual	Anual
Fuente de información:	Metodología de procesamiento de la información:
Encuesta de Satisfacción	Hoja de cálculo de Excel o Sistema para procesamiento de encuestas
Responsable de la información:	Responsable del procesamiento:
Jefe de Atención al Usuario	Jefe de Atención al Usuario

NIVELES DE REFERENCIA

Referencia: (Inicial, internacional, estándares)	Criterio de desempeño:	Acciones de Mejora:
Inicial	Excelente: Al menos 75% de satisfacción del paciente	Mantener las buenas prácticas ejecutadas.
	Buena: Al menos 50 %, pero menos del 75% de satisfacción del paciente	Implementar acciones preventivas que eviten la aparición de problemas en el proceso.
	Necesita mejorar: Menos del 50% de satisfacción del paciente	Intervenir el proceso con acciones correctivas que eliminen las causas raíces que originan los problemas.



NOMBRE DEL PROCESO: OTORGAR ATENCIONES AMBULATORIAS (CONSULTA EXTERNA)

DEPENDENCIA: SUB DIRECCIÓN DE SALUD

PERFIL DEL INDICADOR

Nombre:	8. PORCENTAJE DE RECLAMOS POR USUARIOS DE LA CONSULTA EXTERNA.
Objetivo:	Medir la proporción de pacientes que presentan algún tipo de reclamo por el servicio prestado.
Responsable:	Jefe de la Consulta Externa.
Reportado a:	Director del Centro de Atención.

CARACTERIZACIÓN DEL INDICADOR

Unidad de medida	Ámbito de desempeño:
Reclamos de usuarios	Calidad
Expresión matemática:	
$\frac{\text{Número de reclamos presentados por los pacientes en el año}}{\text{Número de pacientes atendidos en el año}} \times 100$	
Observaciones:	Los reclamos de los usuarios pueden ser de cualquier tipo, lo importante de la medición será el observar la frecuencia con que evolucionan los mismos en el tiempo, de tal forma que se busque que dicha frecuencia tienda a disminuir, sino a desaparecer.
Representación gráfica: (Si aplica)	
Gráfico de líneas o de barras	

RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

Frecuencia de medición:	Frecuencia de reporte:
Anual	Anual
Fuente de información:	Metodología de procesamiento de la información:
Hoja de reclamos	Hoja de cálculo de Excel
Responsable de la información:	Responsable del procesamiento:
Jefe de Atención al Usuario	Jefe de Atención al Usuario

NIVELES DE REFERENCIA

Referencia: (Inicial, internacional, estándares)	Criterio de desempeño:	Acciones de Mejora:
Inicial	Excelente: Hasta 10% de reclamos de usuarios	Mantener las buenas prácticas ejecutadas.
	Bueno: Más de 10% hasta 15% de reclamos de usuarios	Implementar acciones preventivas que eviten la aparición de problemas en el proceso.
	Necesita mejorar: Más del 15% de reclamos de usuarios	Intervenir el proceso con acciones correctivas que eliminen las causas raíces que originan los problemas.



NOMBRE DEL PROCESO: OTORGAR ATENCIONES AMBULATORIAS (CONSULTA EXTERNA)

DEPENDENCIA: SUB DIRECCIÓN DE SALUD

PERFIL DEL INDICADOR

Nombre:	9. PORCENTAJE DE RECETAS PRESCRITAS CON ERRORES O INCOMPLETAS.
Objetivo:	Medir la proporción de recetas prescritas que presentan errores de llenado o que no se llenaron de forma completa en el mes.
Responsable:	Jefe de Consulta Externa.
Reportado a:	Director del Centro de Atención.

CARACTERIZACIÓN DEL INDICADOR

Unidad de medida	Ámbito de desempeño:
Recetas prescritas	Eficiencia

Expresión matemática:

$$\frac{\text{Número de recetas prescritas con errores o llenadas de forma incompleta en el mes}}{\text{Número de recetas prescritas en el mes}} \times 100$$

Observaciones:

El servicio de consulta externa deberá llevar un registro de todas aquellas recetas prescritas que presenten errores o estén incompletas en su llenado y que sean devueltas al servicio emisor. Se excluyen las recetas que desde el punto de vista médico sean técnicamente improcedentes o las que por un mal manejo se dañen físicamente.

Representación gráfica: (Si aplica)

Gráfico de líneas o de barras

RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

Frecuencia de medición:	Frecuencia de reporte:
Mensual	Mensual
Fuente de información:	Metodología de procesamiento de la información:
Registros de Enfermería, Estadística, Trabajo Social	Hoja de cálculo de Excel
Responsable de la información:	Responsable del procesamiento:
Jefe de Consulta Externa, Jefe de Enfermería	Jefe de Consulta Externa

NIVELES DE REFERENCIA

Referencia: (Inicial, internacional, estándares)	Criterio de desempeño:	Acciones de Mejora:
Inicial	Excelente: Hasta 15% de recetas prescritas.	Mantener las buenas prácticas ejecutadas.
	Buena: Más de 15%, hasta 25% de recetas prescritas.	Implementar acciones preventivas que eviten la aparición de problemas en el proceso.
	Necesita mejorar: Más de 25% de recetas prescritas.	Intervenir el proceso con acciones correctivas que eliminen las causas raíces que originan los problemas.



NOMBRE DEL PROCESO: OTORGAR ATENCIONES AMBULATORIAS (CONSULTA EXTERNA)

DEPENDENCIA: SUB DIRECCIÓN DE SALUD

PERFIL DEL INDICADOR

Nombre:	10. PORCENTAJE DE INCAPACIDADES EMITIDAS CON ERRORES O INCOMPLETAS.
Objetivo:	Medir la proporción de incapacidades prescritas que presentan errores en su llenado o que no se llenaron de forma completa en el mes.
Responsable:	Jefe de Consulta Externa.
Reportado a:	Director del Centro de Atención.

CARACTERIZACIÓN DEL INDICADOR

Unidad de medida	Ámbito de desempeño:
Incapacidades prescritas	Eficiencia
Expresión matemática:	
$\frac{\text{Número de incapacidades prescritas con errores o llenadas de forma incompleta en el mes}}{\text{Número de incapacidades prescritas en el mes}} \times 100$	
Observaciones:	El servicio de consulta externa deberá llevar un registro de todas aquellas incapacidades prescritas que presenten errores o estén incompletas en su llenado y que sean devueltas al servicio emisor.
Representación gráfica: (Si aplica)	
Gráfico de líneas o de barras	

RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

Frecuencia de medición:	Frecuencia de reporte:
Mensual	Mensual
Fuente de información:	Metodología de procesamiento de la información:
Registros de Enfermería y Registros de Trabajo Social	Hoja de cálculo de Excel
Responsable de la información:	Responsable del procesamiento:
Jefe de Consulta Externa	Jefe de Consulta Externa

NIVELES DE REFERENCIA

Referencia: (Inicial, internacional, estándares)	Criterio de desempeño:	Acciones de Mejora:
Inicial	Excelente: Hasta 10% de incapacidades prescritas	Mantener las buenas prácticas ejecutadas.
	Buena: Más de 10%, hasta 15% de incapacidades prescritas.	Implementar acciones preventivas que eviten la aparición de problemas en el proceso.
	Necesita mejorar: Más de 15% de incapacidades prescritas.	Intervenir el proceso con acciones correctivas que eliminen las causas raíces que originan los problemas.

**NOMBRE DEL PROCESO: OTORGAR ATENCIONES AMBULATORIAS (CONSULTA EXTERNA)****DEPENDENCIA: SUB DIRECCIÓN DE SALUD****PERFIL DEL INDICADOR**

Nombre:	11. PORCENTAJE DE BOLETAS DE EXÁMENES, PRUEBAS O ESTUDIOS PRESCRITOS CON ERRORES O INCOMPLETOS.
Objetivo:	Medir la proporción de boletas de exámenes, pruebas o estudios prescritos que presentan errores en su llenado o que no se llenaron de forma completa.
Responsable:	Jefe de Consulta Externa.
Reportado a:	Director del Centro de Atención.

CARACTERIZACIÓN DEL INDICADOR

Unidad de medida	Ámbito de desempeño:
Boletas de exámenes, pruebas o estudios prescritos	Eficiencia
Expresión matemática:	
$\frac{\text{Número de boletas de exámenes, pruebas o estudios prescritos con errores o llenados de forma incompleta en el mes}}{\text{Número de boletas de exámenes, pruebas o estudios prescritos en el mes}} \times 100$	
Observaciones:	El servicio de consulta externa deberá llevar un registro de todas aquellas boletas de exámenes, pruebas o estudios prescritos que presenten errores o estén incompletos en su llenado y que sean devueltos al servicio emisor.
Representación gráfica: (Si aplica)	
Gráfico de líneas o de barras	

RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

Frecuencia de medición:	Frecuencia de reporte:
Mensual	Mensual
Fuente de información:	Metodología de procesamiento de la información:
Registros de Enfermería, Trabajo Social, Radiología e Imágenes, Laboratorio Clínico, Encargado de entrega de boletas para compra de servicios	Hoja de cálculo de Excel
Responsable de la información:	Responsable del procesamiento:
Jefe de Consulta Externa	Jefe de Consulta Externa

NIVELES DE REFERENCIA

Referencia: (Inicial, internacional, estándares)	Criterio de desempeño:	Acciones de Mejora:
Inicial	Excelente: Hasta 10% de boletas de exámenes, pruebas o estudios prescritos.	Mantener las buenas prácticas ejecutadas.
	Bueno: Más de 10%, hasta 15% de boletas de exámenes, pruebas o estudios prescritos.	Implementar acciones preventivas que eviten la aparición de problemas en el proceso.
	Necesita mejorar: Más de 15% de boletas de exámenes, pruebas o estudios prescritos.	Intervenir el proceso con acciones correctivas que eliminen las causas raíces que originan los problemas.



NOMBRE DEL PROCESO: OTORGAR ATENCIONES AMBULATORIAS (CONSULTA EXTERNA)

DEPENDENCIA: SUB DIRECCIÓN DE SALUD

PERFIL DEL INDICADOR

Nombre:	12. PORCENTAJE DE REFERENCIAS/RETORNOS CON ERRORES O INCOMPLETAS.
Objetivo:	Medir la proporción de Referencias/Retornos prescritos que presentan errores en su llenado o que no se llenaron de forma completa.
Responsable:	Jefe de Consulta Externa.
Reportado a:	Director del Centro de Atención.

CARACTERIZACIÓN DEL INDICADOR


Unidad de medida	Ámbito de desempeño:
Referencias/Retornos prescritos	Eficiencia
Expresión matemática:	
$\frac{\text{Número de Referencias/Retornos prescritos con errores o llenados de forma incompleta en el mes}}{\text{Número de Referencias/Retornos prescritos en el mes}} \times 100$	
Observaciones:	El servicio de consulta externa deberá llevar un registro de todas aquellas Referencias/Retornos prescritos que presenten errores o estén incompletos en su llenado y que sean devueltos al servicio emisor.
Representación gráfica: (Si aplica)	
Gráfico de líneas o de barras	

RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

Frecuencia de medición:	Frecuencia de reporte:
Mensual	Mensual
Fuente de información:	Metodología de procesamiento de la información:
Registros de Enfermería, Encargado de entrega de Referencias/Retornos	Hoja de cálculo de Excel
Responsable de la información:	Responsable del procesamiento:
Jefe de Consulta Externa	Jefe de Consulta Externa

NIVELES DE REFERENCIA

Referencia: (Inicial, internacional, estándares)	Criterio de desempeño:	Acciones de Mejora:
Inicial	Excelente: Hasta 10% de Referencias/Retornos prescritos.	Mantener las buenas prácticas ejecutadas.
	Bueno: Más de 10%, hasta 15% de Referencias/Retornos prescritos.	Implementar acciones preventivas que eviten la aparición de problemas en el proceso.
	Necesita mejorar: Más de 15% de Referencias/Retornos prescritos.	Intervenir el proceso con acciones correctivas que eliminen las causas raíces que originan los problemas.

	NOMBRE DEL PROCESO: OTORGAR ATENCIONES AMBULATORIAS (CONSULTA EXTERNA)
	DEPENDENCIA: SUB DIRECCIÓN DE SALUD

CAPÍTULO II. CONTENIDO DEL MANUAL

NORMAS GENERALES DEL PROCESO

1. La categoría de un paciente será: cotizante, beneficiario de cotizante, pensionado, beneficiario de pensionado, beneficiario de empleado, cesante y beneficiaria embarazada cesante.
2. La dirección local, administración o la persona designada deben verificar la correcta administración de las diferentes agendas, además la dirección local debe nombrar el equipo de intervención de la agenda médica.
3. Para otorgar servicios de salud, se solicitará al derechohabiente únicamente el siguiente documento, según cada caso detallado en tabla:

DUI (mayores de 18 años)	Tarjeta de afiliación	Carné de minoridad (entre 12 y 17 años ambas edades inclusive)	Certificado Único de Cesantía
<ul style="list-style-type: none"> • Trabajador(a) activo(a). • Atleta de alto rendimiento*. • Beneficiario(a). • Pensionado(a). 	<ul style="list-style-type: none"> • Extranjeros (Trabajador activo, atleta de alto rendimiento*, beneficiario(a), Pensionado). • Niños(as) menores de 12 años. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajador(a) activo(a). • Atleta de alto rendimiento. • Beneficiario(a). 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajador (a) cesante • Beneficiaria embarazada

Además, para solicitar cita médica se requerirá los documentos detallados a continuación (según aplique):

- Contraseña de otorgamiento de citas (en caso de pérdida o extravío, al momento de la consulta se debe verificar en el sistema e imprimir nuevamente).
- Solicitud de interconsulta, evaluación preoperatoria, referencia a odontología general y procedimientos.
- Hoja de referencia, retorno e interconsulta.

Atención de trabajadores cesante

4. Tiene derecho a la prestación de salud para trabajadores cesantes, el trabajador activo que ha quedado cesante y su beneficiaria embarazada, quien tendrá derecho a prestación de maternidad que incluye control prenatal, parto (si aplica) y a los 7 días inscripción temprana puerperal y del recién nacido, en la que el médico debe entregar referencia para seguir sus controles en el centro asistencial del Ministerio de Salud.



NOMBRE DEL PROCESO: OTORGAR ATENCIONES AMBULATORIAS (CONSULTA EXTERNA)

DEPENDENCIA: SUB DIRECCIÓN DE SALUD

5. La cobertura del servicio médico para los trabajadores cesantes aplica para una especialidad; siempre y cuando el trabajador esté en control por la misma previo a la cesantía y que incluye las evaluaciones necesarias para su tratamiento y las complicaciones de la morbilidad por esta misma causa.
6. El médico tratante debe referir al trabajador cesante a Trabajo Social (donde no exista Trabajo Social debe enviarlo al designado por Dirección Local) para realizar su trámite y obtener el Certificado Único de Cesantía emitido por Sección Acreditación de Derechos central y sucursales administrativas.
7. Cuando el paciente en calidad de trabajador cesante adolezca de dos o más enfermedades no relacionadas, el médico tratante debe orientarlo con el fin de asesorarlo para seleccionar la especialidad por la cual se quedará en control en el ICSS y dará referencia por la o las otras especialidades a un Centro de Salud del Ministerio de Salud u otro Centro que el paciente disponga, las cuales serán autorizadas por el Director Local o su designado.
8. El médico tratante previa revisión del expediente clínico, debe asesorar al trabajador cesante sobre la especialidad por la que debería quedar en control en el ICSS y debe registrar en el expediente clínico y en el formulario dicha asesoría colocando su nombre, firma, sello y centro de atención.
9. Cada vez que el paciente solicite una cita subsecuente, se presente a sus citas, le realicen procedimientos médicos quirúrgicos, diagnósticos o terapéuticos, retire medicamento o se presente a la emergencia en su periodo de cesantía debe, presentar su DUI y Certificado Único de Cesantía el cual siempre debe ser devuelto al trabajador cesante.
10. Cuando el paciente se presenta a recepción del centro de atención y la recepcionista, enfermera, trabajo social, colaborador clínico o a quien se delegue, detecta que está pronto a vencerse el año de atención al que tiene derecho, debe informar al médico que es la última consulta del paciente. El médico debe emitir una referencia para que continúe su tratamiento en un Centro de Atención del Ministerio de Salud o al centro privado al que desee ser referido, la cual será entregada al paciente y registrada en expediente clínico.
11. Cuando el trabajador cesante presente complicaciones de la enfermedad por la que está siendo tratado en la especialidad médica autorizada y necesite la atención de otras especialidades médicas relacionadas, el médico debe elaborar una referencia de acuerdo a lo establecido en la Norma de Referencia y Retorno institucional o la



NOMBRE DEL PROCESO: OTORGAR ATENCIONES AMBULATORIAS (CONSULTA EXTERNA)

DEPENDENCIA: SUB DIRECCIÓN DE SALUD

solicitud de interconsultas necesarias, a fin de dar una atención integral a la enfermedad del paciente.

12. La recepcionista, enfermera, colaborador clínico o a quien se delegué, debe colocar el sello de "Paciente en Calidad de Trabajador Cesante" a la referencia del paciente o a la solicitud de interconsulta.
13. Para autorizar la referencia o interconsulta emitida, el Director del Centro de Atención o a quien él delegue, debe verificar si está relacionada con la patología por la que está siendo tratado en la especialidad autorizada; debe firmar y sellar en el espacio correspondiente del Certificado Único de Cesantía y notificar a la Sección Acreditación de Derecho para su correspondiente registro.
14. El Director del Centro de Atención o a quien él delegue no debe autorizar la referencia o interconsulta emitida, si la especialidad no esté relacionada a la patología por la que está siendo tratado en la especialidad autorizada y solicitará al médico tratante emitir la referencia a un Centro de Atención del Ministerio de Salud o al centro privado que éste desee para el tratamiento de la nueva enfermedad.
15. Si el trámite es autorizado, el paciente debe presentarse a Recepción del Centro al cual ha sido referido y entregará la referencia o la solicitud de interconsulta autorizada, DUI y el Certificado Único de Cesantía con la nueva especialidad autorizada y se le otorgará la cita solicitada.
16. Una vez el paciente ha finalizado la atención de especialidad para la que había sido referido, el médico encargado de esta atención debe completar la hoja de referencia y retorno y regresar al paciente para continuar su atención con el médico que originó la referencia o interconsulta y le indicará que debe obtener una nueva cita en el Centro de Atención que originó la referencia o interconsulta en caso que no tenga cita previa.

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS INCLUIDOS

1. Otorgar cita médica.
2. Confirmar cita médica.
3. Preparar paciente y expediente clínico para consulta médica.
4. Proporcionar atención médica a paciente (medicina general o especialidad).
5. Complementar documentación y despachar al paciente.



NOMBRE DEL PROCESO: OTORGAR ATENCIONES AMBULATORIAS (CONSULTA EXTERNA)

DEPENDENCIA: SUB DIRECCIÓN DE SALUD

OTORGAR CITA MÉDICA.

NORMAS DEL PROCEDIMIENTO

1. El personal de recepción / designado por la dirección del centro /equipo de intervención de agenda médica designado por la dirección del centro de atención deben otorgar consulta o cita médica con base a las modalidades de: ponderada, concertada o programada, tal como lo define la Norma para la Atención por Riesgo en la Consulta Externa del ISSS.
2. El personal de recepción / designado por la dirección del centro /equipo de intervención de agenda médica deben gestionar su oportunidad de cita en el sistema, considerando el nivel de riesgo clínico priorizado por médico o enfermera. Posteriormente se otorgando cita ponderada o concertada.
3. Cuando el personal de recepción o designado por la dirección hayan agotado los medios para solventar un problema el cual no permita otorgar cita por no contar con la información correcta deben de apoyarse con el área correspondiente¹ exponiendo el caso para realizar las gestiones necesarias y resolver dicha problemática, de no ser resuelta agotando las gestiones a nivel institucional, el área a la cual se delegó expondrán los motivos del rechazo.
4. El personal encargado de las áreas correspondientes podrán confirmar el derecho de atención médica a través de la OVISSS en "[Confirmación del Derecho de Salud](#)"²

Cita vía telefónica.

5. En los centros de atención del Instituto que se otorguen cita vía telefónica, se debe proporcionar el número de documento que corresponda (ver norma general 3). Una vez agendada la cita médica, se debe informar al paciente: la fecha, hora de la consulta, nombre del médico que lo atenderá y el número de la cita.
6. Además, se debe informar al paciente que el número de cita otorgado no corresponde al cupo de atención del día de la consulta, sino que solamente es el correlativo en el sistema.

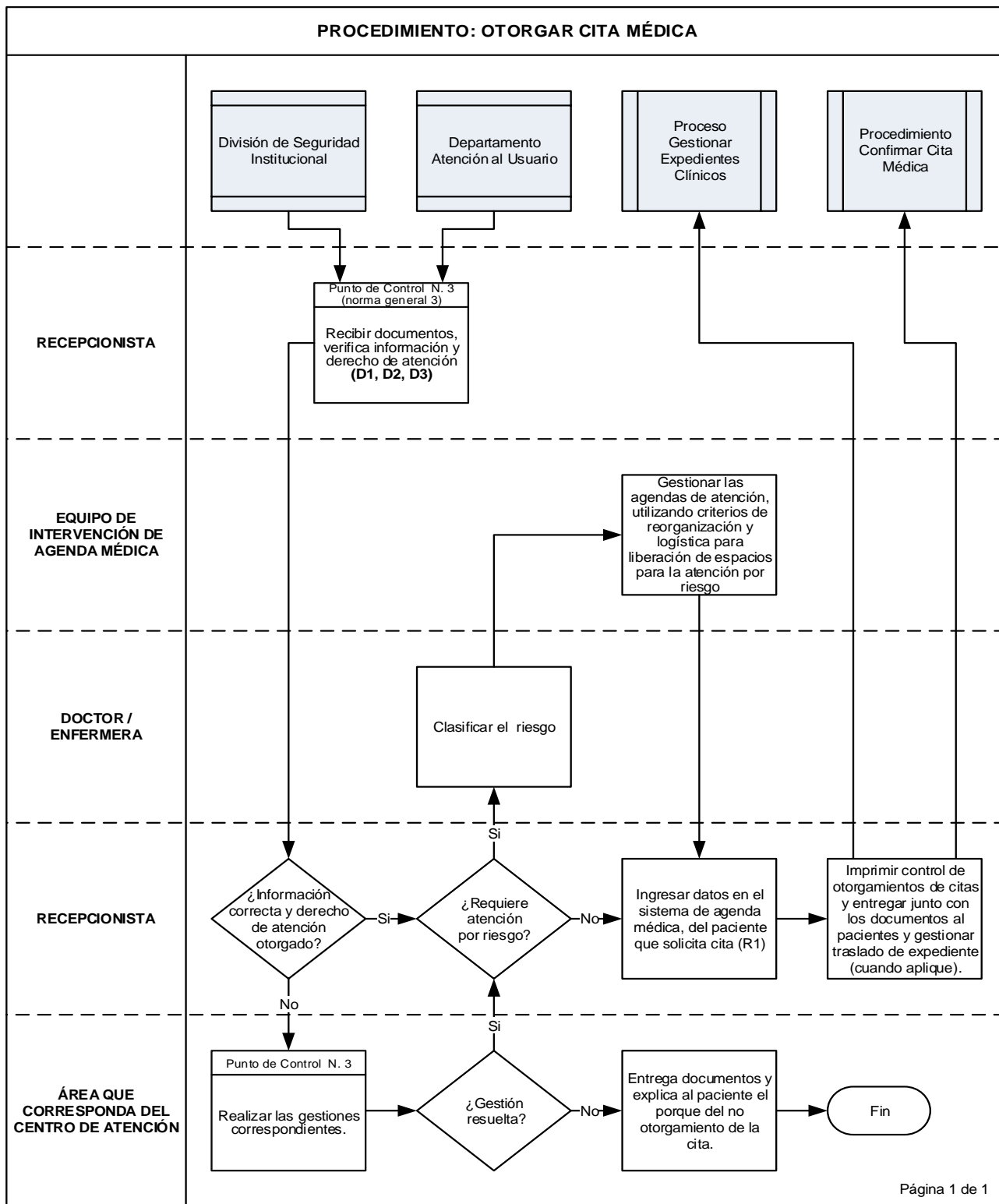
¹ Las areas correspondientes podran ser Trabajo Social, Punto Seguro, Recepción, Administracion/Direccion local, Jefatura del area, entre otros.

² Vinculo de OVISSS / Confirmación del Derecho de Salud:

https://oviss.s.gov.sv/ofivi/web/index.jspx?_afLoop=566126275497619&_afWindowMode=0&_adf.ctrl-state=zl6d1fq39_4



DIAGRAMA DE FLUJO





NOMBRE DEL PROCESO: OTORGAR ATENCIONES AMBULATORIAS (CONSULTA EXTERNA)

DEPENDENCIA: SUB DIRECCIÓN DE SALUD

CONFIRMAR CITA MÉDICA

NORMAS DEL PROCEDIMIENTO

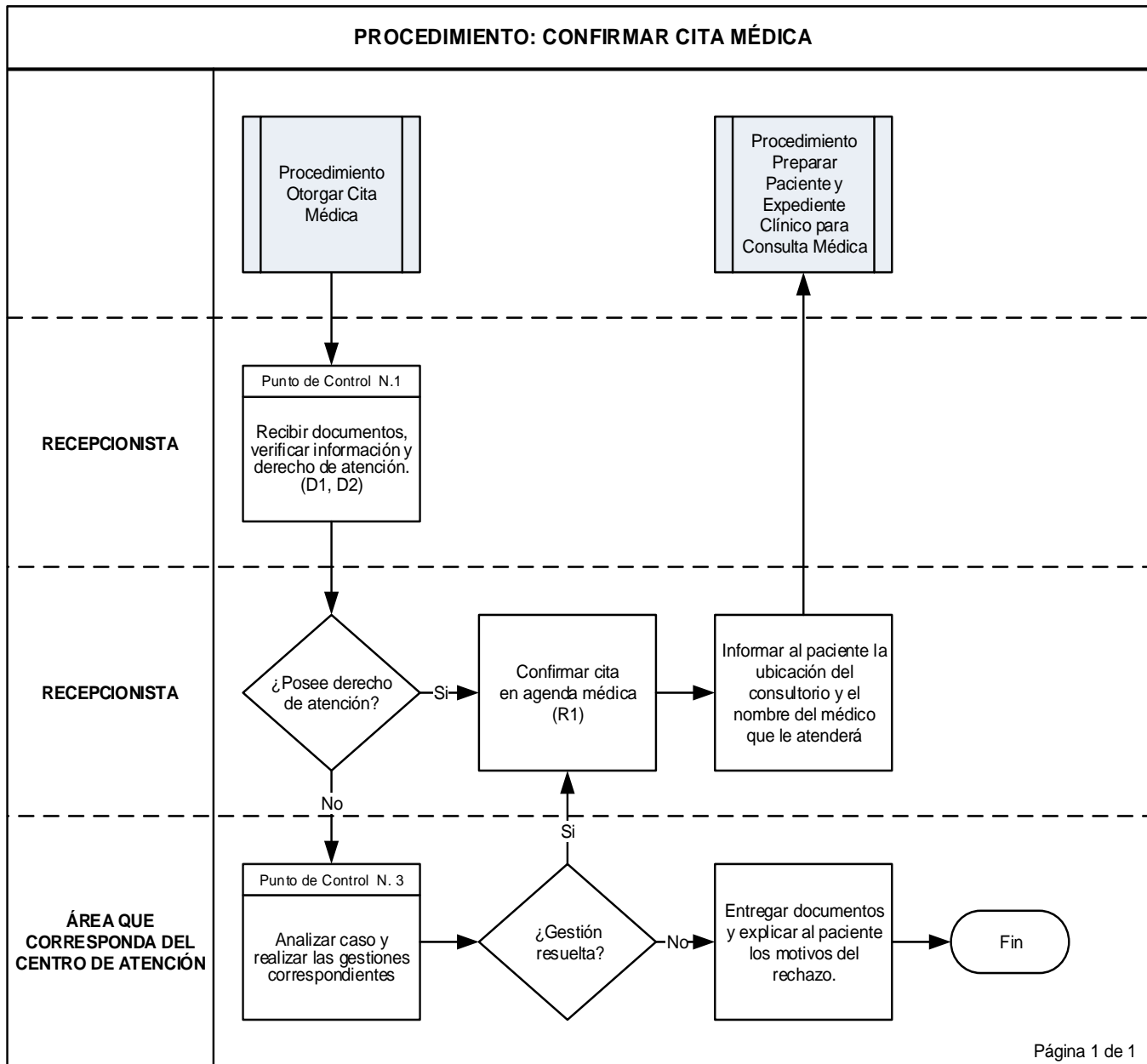
1. El personal de recepción debe recibir del paciente el documento de identidad correspondiente y el control de otorgamiento de cita, confirmando la asistencia del paciente en el sistema, verificando documentación (ver norma general 3) y derecho de atención.
2. Cuando el otorgamiento de la cita médica se haya realizado vía telefónica, el recepcionista debe preguntar al paciente el número de la cita asignada, al momento de ingresar en el sistema.
3. Cuando no se pueda confirmar la cita médica, por no contar con la documentación o información correcta y la recepción haya agotado los medios para solventar el problema, se debe apoyar con el área correspondiente exponiendo el caso para realizar las gestiones necesarias y resolver dicha problemática, de no ser resuelto agotando las gestiones a nivel institucional, el área a la cual se delegó expondrán los motivos del rechazo.



NOMBRE DEL PROCESO: OTORGAR ATENCIONES AMBULATORIAS (CONSULTA EXTERNA)

DEPENDENCIA: SUB DIRECCIÓN DE SALUD

DIAGRAMA DE FLUJO





NOMBRE DEL PROCESO: OTORGAR ATENCIONES AMBULATORIAS (CONSULTA EXTERNA)

DEPENDENCIA: SUB DIRECCIÓN DE SALUD

PREPARAR PACIENTE Y EXPEDIENTE CLÍNICO PARA CONSULTA MÉDICA.

NORMAS DEL PROCEDIMIENTO

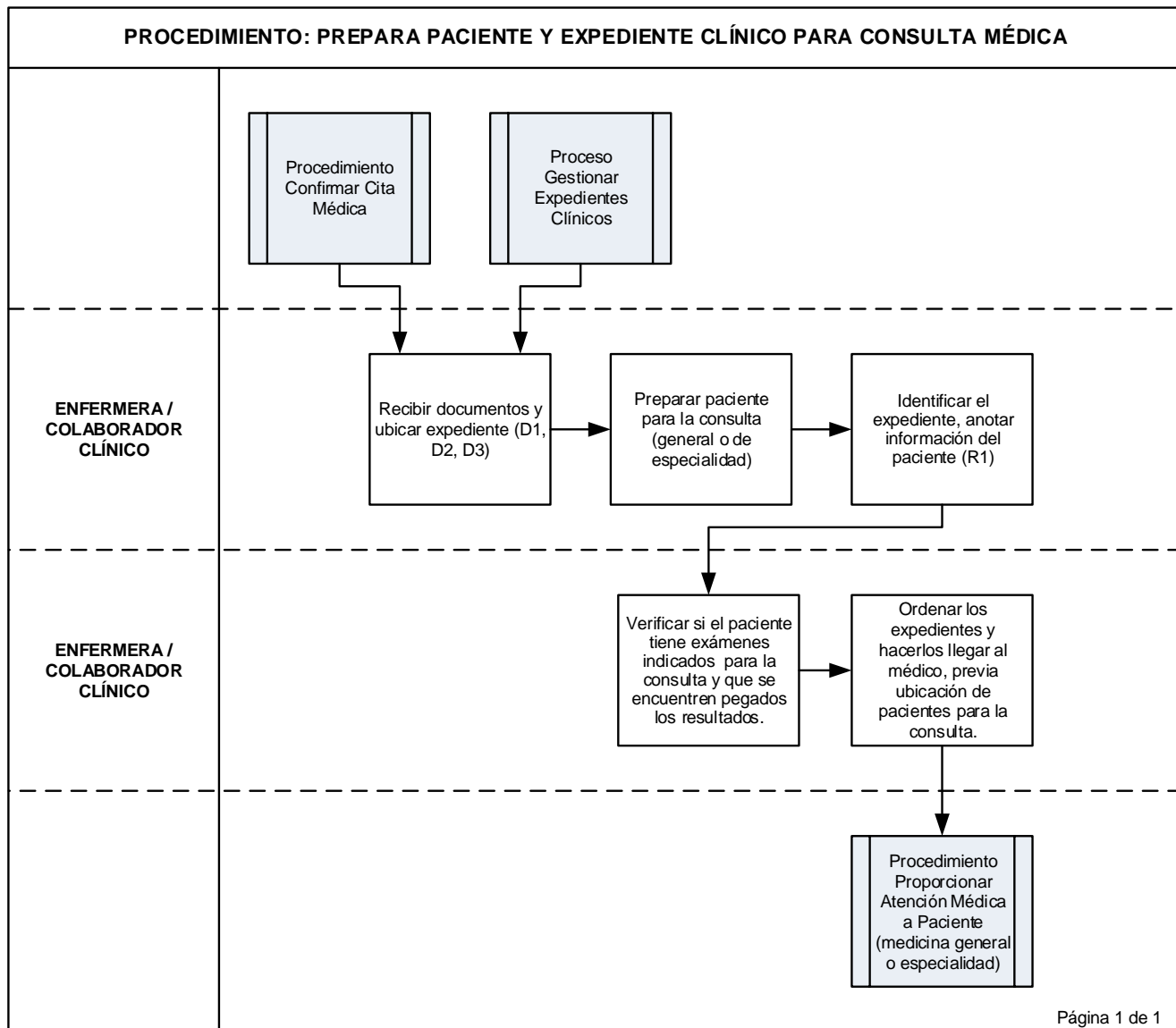
1. El personal de enfermería o colaborador clínico deben recibir los expedientes clínicos de los pacientes citados para consulta, un día hábil antes de la misma, según agenda médica y verificar que estén todos los expedientes de dicha agenda, en caso de que faltase uno o varios expedientes, notificar al archivo clínico para su búsqueda, con el fin de no interferir con la oportuna atención de los pacientes.
2. El personal de enfermería o colaborador clínico encargado de otorgar atención a los pacientes por cita ponderada (demanda espontánea) deben ubicar al paciente de acuerdo al riesgo clínico que presente según la evaluación médica
3. El personal de enfermería o colaborador clínico deben preparar y ordenar el equipo e instrumental y material médico; requeridos para la consulta médica.
4. El personal de enfermería o colaborador clínico deben identificar al paciente solicitándole los documentos respectivos, anexándolos a la carátula del expediente, antes de su consulta.
5. El personal de enfermería debe tomar signos vitales (temperatura, presión arterial, oximetría de pulso, entre otros) y medidas antropométricas (peso, talla, perímetro abdominal) según corresponda y ser anotados en el expediente clínico.
6. El personal de enfermería o colaborador clínico deben verificar en el expediente clínico si le indicaron al paciente exámenes de diagnóstico en la consulta previa. En caso de tener exámenes pendientes y no tenerlos anexos en el expediente, se debe preguntar al paciente si este los posee; de ser así, debe solicitárselos para anexarlos a dicho expediente antes de la consulta, de lo contrario solicitar al área de archivo clínico para que ellos realicen las gestiones para obtener dichos exámenes.
7. El personal de enfermería o colaborador clínico deben revisar que los expedientes clínicos contengan las hojas de evolución identificadas y los últimos exámenes si posee; además de señalar, fechar y sellar la hoja de la consulta del día.



NOMBRE DEL PROCESO: OTORGAR ATENCIONES AMBULATORIAS (CONSULTA EXTERNA)

DEPENDENCIA: SUB DIRECCIÓN DE SALUD

DIAGRAMA DE FLUJO





NOMBRE DEL PROCESO: OTORGAR ATENCIONES AMBULATORIAS (CONSULTA EXTERNA)

DEPENDENCIA: SUB DIRECCIÓN DE SALUD

PROPORCIONAR ATENCIÓN MÉDICA A PACIENTE (MEDICINA GENERAL O ESPECIALIDAD)

NORMAS DEL PROCEDIMIENTO

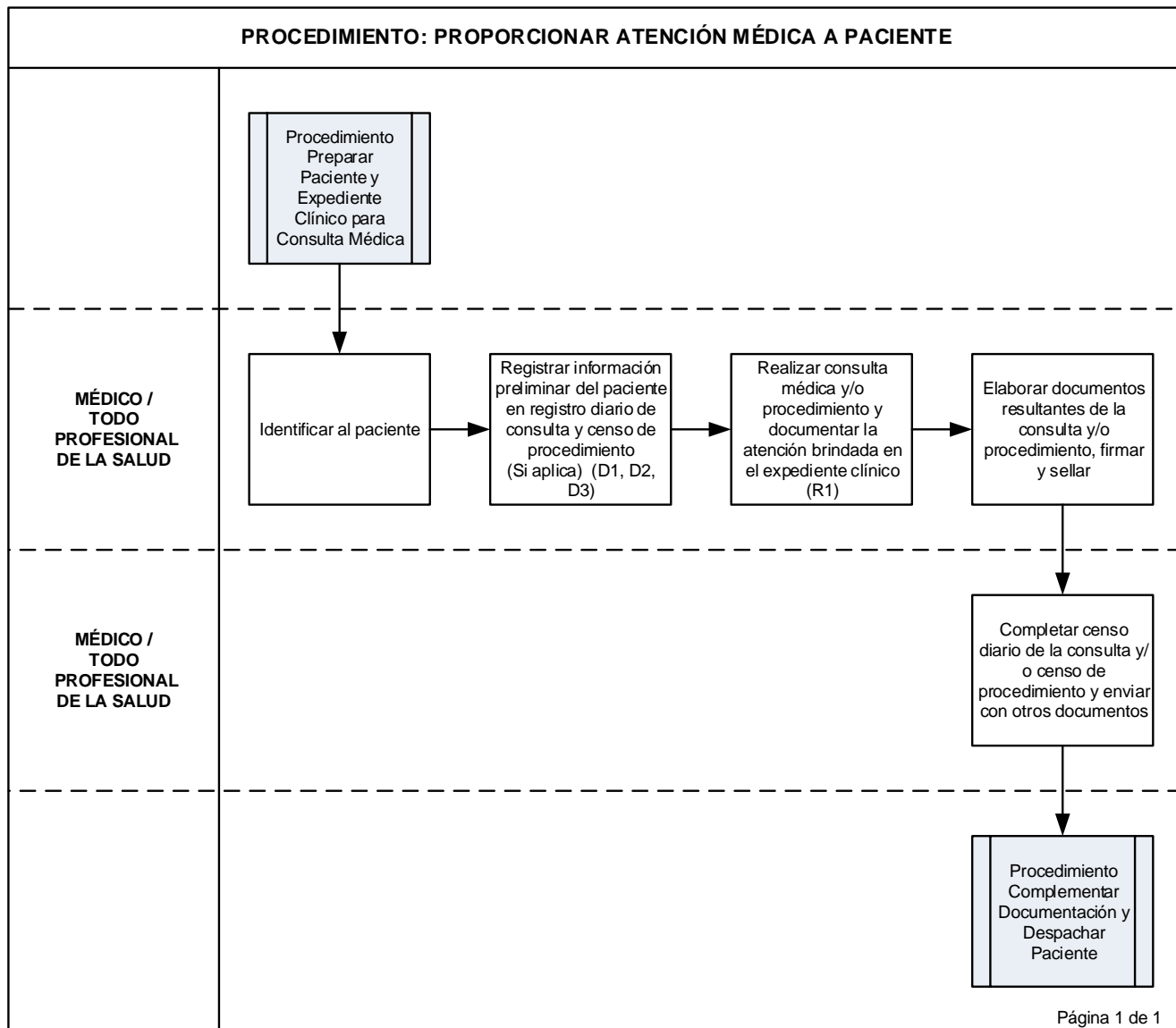
1. El médico y todo profesional de la salud deben de identificar al paciente antes de iniciar la consulta, el cual llamará en el desarrollo de la misma por su nombre completo, mostrando en todo momento trato respetuoso y buena comunicación con el paciente.
2. El médico y todo profesional de la salud deben mantener siempre una actitud de servicio, serenidad y tranquilidad, necesarias para ofrecer su atención en las mejores condiciones, además de ser atento y mostrándose interesado por la patología presentada por el paciente. Si por algún motivo se necesita otra opinión se acudirá a la interconsulta médica con el fin de determinar el diagnóstico más apropiado al paciente.
3. El médico y todo profesional de la salud deben cumplir con la documentación regulatoria para ejercer la atención correspondiente.
4. El médico y todo profesional de la salud deben, al finalizar la consulta, explicar al paciente el diagnóstico realizado, detallando con claridad y lenguaje adecuado las indicaciones médicas y cuidados que deberá tener, dejando constancia escrita de la información brindada en la hoja de evolución u hoja de programa respectivo.
5. El médico y todo profesional de la salud deben tener en cuenta los derechos y deberes del paciente, así como toda la normativa institucional y aspectos legales vigentes.
6. El médico y todo profesional de la salud deben anotar de forma legible toda la información que corresponda, en la documentación resultante de la consulta médica: expediente clínico, Registro Diario de Consulta Ambulatoria y Atenciones Integrales de Salud (censo médico), censo de procedimientos y otros documentos producto de la consulta; los cuales deben ser entregados al paciente y otras áreas, según corresponda.
7. El médico que emita una referencia, retorno o interconsulta, debe cumplir lo establecido en la Norma de Referencia, Retorno e Interconsulta (vigente).
8. En los casos que el médico y todo profesional de la salud involucrado identifiquen la necesidad de preparar a un paciente para cirugía (por el diagnóstico o riesgo potencial), deben verificar en la consulta externa que el expediente clínico contenga los requisitos necesarios y completos (según normativas vigentes), incluyendo el formulario de consentimiento informado para ingreso, procedimiento o intervención quirúrgicas para evitar contratiempos.



NOMBRE DEL PROCESO: OTORGAR ATENCIONES AMBULATORIAS (CONSULTA EXTERNA)

DEPENDENCIA: SUB DIRECCIÓN DE SALUD

DIAGRAMA DE FLUJO





NOMBRE DEL PROCESO: OTORGAR ATENCIONES AMBULATORIAS (CONSULTA EXTERNA)

DEPENDENCIA: SUB DIRECCIÓN DE SALUD

COMPLEMENTAR DOCUMENTACIÓN Y DESPACHAR AL PACIENTE

NORMAS DEL PROCEDIMIENTO

1. Colaborador clínico, secretaria, personal de enfermería, recepcionista, o a quien se delegue, deben completar los documentos y registros resultantes de la consulta médica, los cuales serán entregados al paciente y otras áreas institucionales, según corresponda.
2. Colaborador clínico, secretaria, personal de enfermería, recepcionista o a quien se delegue, deben explicar al paciente las indicaciones de todos los procesos resultantes de la consulta médica.
3. Colaborador clínico, secretaria, personal de enfermería o a quien se delegue, deben ordenar posterior a la consulta los expedientes clínicos por agenda médica; además se agregará y anotará en dicha agenda los expedientes de consulta a demanda (sin cita previa).
4. Colaborador clínico, secretaria, personal de enfermería o a quien se delegue deben en los casos de envío de expedientes a otros servicios colocará el expediente múltiple (falso) en agenda médica. Posteriormente se entrega dicha agenda médica completa junto con los expedientes clínicos y se obtendrá el acuse de recibo en el original por parte de archivo clínico.

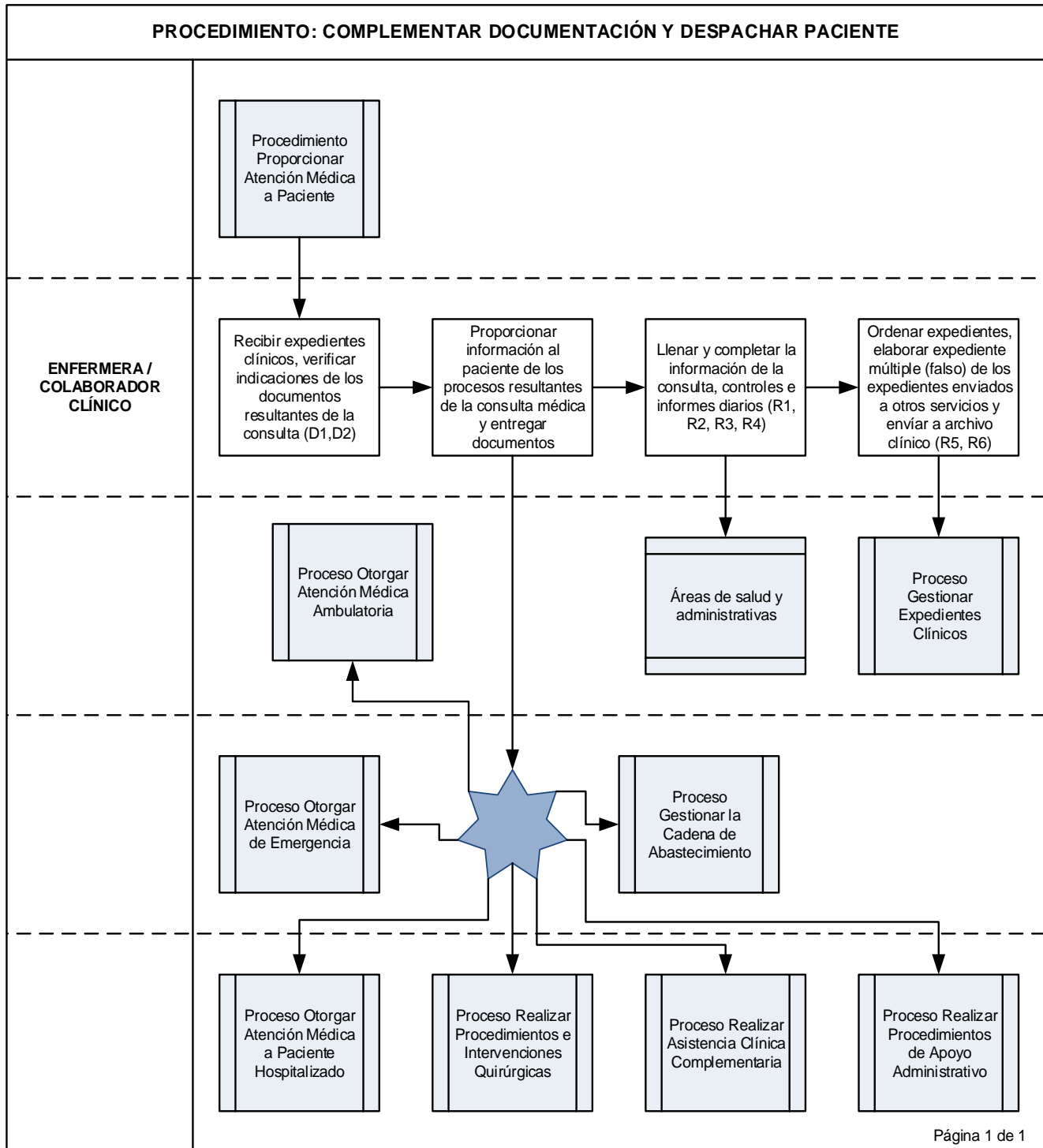



NOMBRE DEL PROCESO: OTORGAR ATENCIONES AMBULATORIAS (CONSULTA EXTERNA)

DEPENDENCIA: SUB DIRECCIÓN DE SALUD

DIAGRAMA DE FLUJO

PROCEDIMIENTO: COMPLEMENTAR DOCUMENTACIÓN Y DESPACHAR PACIENTE



	NOMBRE DEL PROCESO: OTORGAR ATENCIONES AMBULATORIAS (CONSULTA EXTERNA)
	DEPENDENCIA: SUB DIRECCIÓN DE SALUD

REGISTRO DE ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTOS

VERSIÓN 2.0

CREACIÓN DEL DOCUMENTO:

Solicitado por	Elaborado por	Aprobado por
Acuerdo D. G. N° 2003-05-0859	Departamento Desarrollo Institucional	Encargado Proceso Centros de Atención ISSS
Fecha: Mayo-2003	Fecha: Noviembre 2003	Fecha: Noviembre 2003

REGISTROS DE ACTUALIZACIONES:

Solicitado por	Elaborado por	Aprobado por	VERSIÓN
División de Desarrollo y Planificación Institucional	Departamento Desarrollo Institucional	Dr. José Eduardo Avilés Flores (MNYP. Hospitales Oct. 2008) Dr. Guillermo González García (MNYP. Unidades Médicas Abril 2008 y Clínicas comunales Julio 2007)	1.0
Fecha: Julio 2007	Fecha: Abril 2008	Fecha: Abril 2008	

Solicitado por	Elaborado por	Aprobado por	VERSIÓN
Unidad de Desarrollo Institucional	Departamento Desarrollo Institucional	Sub-Dirección de salud	2.0
Fecha: Febrero 2021	Fecha: Febrero 2021	Fecha: Febrero 2021	

MODIFICACIÓN: Se unifica el proceso de Consulta Externa de los Manuales de Normas y Procedimientos de Clínicas Comunales julio 2007 y Unidades Médicas abril 2008, actualizándolo con sus respectivas normas y procedimientos, que integra los tres niveles de atención y denominándolo como: Manual de Proceso Otorgar atención ambulatoria (Consulta Externa).

Solicitado por	Elaborado por	Aprobado por	VERSIÓN
Unidad de Desarrollo Institucional	Departamento Desarrollo Institucional	Sub-Dirección de salud	3.0
Fecha: Junio 2022	Fecha: Octubre 2022	Fecha: Noviembre 2022	

MODIFICACIÓN: Se modifican las normas generales 1 y 3 agregándole al trabajador Cesante y su beneficiaria embarazada. Se agregan normas relacionadas a la atención del trabajador cesante y su beneficiaria embarazada en las normas generales de la 4 a la 17 en las páginas 26, 27 y 28. Esta actualización deja sin efecto la "NORMATIVA PARA LA ATENCIÓN MEDICA A TRABAJADORES EN CALIDAD DE CESANTES FEBRERO 2017" y sustituye al Manual de Proceso Otorgar atenciones ambulatorias_Febrero 2021.