

MINISTERIO DE SALUD

MANUAL DE PROCESOS EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA



San Salvador, septiembre de 2014



Ministerio de Salud
Viceministerio de Políticas de Salud
Dirección de Regulación y Legislación en Salud



Viceministerio de Servicios de Salud
Dirección Nacional de Hospitales

MANUAL DE PROCESOS EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

San Salvador, El Salvador, septiembre de 2014.

FICHA CATALOGRÁFICA.

2014 Ministerio de Salud.

Todos los derechos reservados. Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra, siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial.

Es responsabilidad de los autores técnicos de éste documento, tanto su contenido como los cuadros, diagramas e imágenes.

La documentación oficial del Ministerio de Salud, puede ser consultada a través de:
<http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

1ra. Edición y Distribución.

Ministerio de Salud

Viceministerio de Políticas de Salud

Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 2202 7000

Página oficial: <http://www.salud.gob.sv>

Diseño de proyecto gráfico:

Diagramación:

Impreso en El Salvador por:

El Salvador. Ministerio de Salud. Viceministerio de Políticas de Salud. Viceministerio de Servicios de Salud. Dirección de Regulación y Legislación en Salud. Dirección Nacional de Hospitales. San Salvador, El Salvador. C.A. "MANUAL DE PROCESOS EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA".

AUTORIDADES

**DRA. ELVIA VIOLETA MENJIVAR
MINISTRA DE SALUD**

**DR. JULIO OSCAR ROBLES TICAS
VICEMINISTRO DE SERVICIOS DE SALUD**

**DR. EDUARDO ESPINOZA FIALLOS
VICEMINISTRO DE POLÍTICAS DE SALUD**

EQUIPO TÉCNICO

| | |
|---|--|
| Dr. Julio O. Robles Ticas Dr. Igor Castro Dra. Andrea Chacón de Gutiérrez Dr. Mauricio Salazar Marroquín | Dirección Nacional de Hospitales |
| Dr. Víctor Odmaro Rivera Martínez Licda. Carmen Elena Moreno | Dirección de Regulación y Legislación en Salud |
| Ing. Roberto Rodas | Hospital Nacional de la Mujer |
| Dr. Roberto Monzote | Asesor OPS |

COMITÉ CONSULTIVO

| | |
|---|---|
| Dr. Enso Walter González , Director Hospital Nacional “Francisco Meléndez” de Ahuachapán | Dr. Jorge Alberto Melgar , Director Hospital Nacional “Nuestra Señora de Fátima” de Cojutepeque |
| Dr. Luis Enrique Fuentes , Director Hospital Nacional “Dr. Jorge Mazzini Villacorta”, de Sonsonate. | Dra. Eva María Orellana Chacón , Directora Hospital Nacional “Santa Gertrudis”, de San Vicente. |
| Dra. Katia Josefina Henríquez , Directora Hospital Nacional “Dr. Arturo Morales”, de Metapán. | Dr. Francisco Pineda , Director Hospital Nacional “Santa Teresa”, de Zacatecoluca. |
| Dr. Ramón Antonio Abrego , Director Hospital “San Juan de Dios”, de Santa Ana. | Dra. Xiomara Hildebrandía Argueta Bermúdez , Directora Hospital Nacional “Dr. José Luis Saca”, de Ilobasco. |
| Dr. Walter Ernesto Flores , Director Hospital Nacional de Chalchuapa. | Dra. Rosa América Hernández Reyes , Directora Hospital Nacional de Sensuntepeque. |
| Dr. Reynaldo Cornejo Reyes , Director Hospital Nacional “Dr. Luis Edmundo Vásquez”, de Chalatenango. | Dr. Yeerles Luis Ramírez Henríquez , Director Hospital Nacional “San Rafael” de La Libertad. |
| Dr. Carlos Enrique Girón Sorto , Director Hospital Nacional de Nueva Concepción. | Dra. Ana Beatriz Sandoval de Bolaños , Directora Hospital Nacional de Suchitoto. |
| Dra. Juana Fidelina López de Córtez , Directora Hospital Nacional de Jiquilisco. | Dr. Carlos Elías Portillo Lazo , Director Hospital Nacional “San Pedro”, de Usulután. |
| Dr. Alvaro Hugo Salgado Roldán , Director Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom. | Dr. Alfredo Enrique González , Director Hospital Nacional “Dr. Jorge Arturo Mena”, de Santiago de María. |
| Dr. Roberto Sánchez Ochoa , Director Hospital Nacional de la Mujer. | Dra. Mayela del Socorro Carballo Portillo , Directora Hospital Nacional “Monseñor Oscar Arnulfo Romero Galdámez”, de Ciudad Barrios. |
| Dr. Mauricio Ventura Centeno , Director Hospital Nacional “Rosales”. | Dr. Jesús Portillo López , Director Hospital “Dr. Juan José Fernández”, de Zacamil. |
| Dra. Antonieta del Carmen Peralta Santamaría , Directora Hospital Nacional de Nueva Guadalupe. | Dr. José Manuel Pacheco Paz , Director Hospital Nacional “San Juan de Dios”, de San Miguel. |
| Dr. Raúl Roberto Castillo Durán , Director Hospital Nacional de Neumología y Medicina Familiar “Dr. José Antonio Saldaña”. | Dr. Arturo Carranza Rivas , Director Hospital Nacional de Psiquiatría “Dr. José Molina Martínez”. |
| Dra. Ana Elda Guevara Varela , Directora Hospital Nacional “Dr. Héctor Antonio Hernández Flores”, de San Francisco Gotera. | Dra. Flor de María Fagoaga de Ochoa , Directora Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima. |
| Dr. Carlos René Fernández , Director Hospital Nacional “Enfermera Angélica Vidal de Najarro”, de San Bartolo. | Dr. Nelson Antonio Fuentes Cordero , Director Hospital Nacional de La Unión. |

| | |
|---|---|
| Hospital Nacional de Ahuachapán Dr. Lució Isaí Sermeño | Hospital Nacional de Cojutepeque Dra. Flor de María Palma |
| Hospital Nacional de Sonsonate Dr. Manuel Ernesto Valdés Dr. Mauricio Rafael Chiquillo Licda. Sandra Padilla de Ruano | Hospital Nacional de San Vicente Dra. Ana Rosario Pérez Dra. Marta Julia Gavidia Licda. Ana Carlota de Navarrete Licda. Roxana de Gochez |
| Hospital Nacional de Metapán Dr. Neil Edwin Castellanos | Hospital Nacional de Zacatecoluca. Dr. Carlos Martínez Lazo. Dr. Mario Alvarado Ramos Licda. Concepción Roque de Guevara |
| Hospital Nacional de Ilobasco Dra. Luz Margarita Fernández | |
| Hospital Nacional de Santa Ana Dr. Jorge Jiménez Dr. Marlon Shi Dra. Julia Méndez de Rodríguez Licda. María Antonieta Jovel Licda. María Eugenia de Payes Licda. Roxana Mejía | Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom Dr. José del Tránsito Benítez Cabrera Dra. Eneida de González Dra. Jacqueline Alas Dra. Margarita Aquino Dr. Luis Meléndez Licda. de Cerrato Licda. Digna de Rosa |
| Hospital Nacional de Chalchuapa Dr. Jaime Cisneros Dra. Marisol Vargas González Licda. Cecilia Urrutia | Hospital Nacional de Sensuntepeque Dr. Benjamín Pérez Granados |
| Hospital Nacional de Chalatenango. Dr. Edgar Hernández G. | Hospital Nacional San Rafael Dr. Roberto Franklin Huezo Cáceres Dr. Oscar Antonio Rivera Pleitez Licda. Ruth Aparicio Rosales |
| Hospital Nacional de Nueva Concepción Dra. Idania Henríquez de Landaverde | Hospital Nacional de Suchitoto Dr. Edgardo Enrique Estevez |
| Hospital Nacional de Jiquilisco. Dr. Pedro Alfonso Lemus Cárcamo | Hospital Nacional de Usulután Dr. Miguel A. Manzano. |
| Hospital Nacional Saldaña Dra. Amanda Alonzo de Rodríguez | Hospital Nacional de Santiago de María. Dr. Carlos Aguirre |
| Hospital Nacional de la Mujer Dr. Efraín Portillo Dra. Mirna Roldán de Rivas Dra. Ingrid Hernández Dr. Eduardo Manfredo Abrego Licda. Ana Celia Aguilar de Espino Licda. Luz Marina de Guidos Lic. Rubén Antonio Deodanes | Hospital Nacional de Ciudad Barrios Dr. Fernando A. Loewner Dra. Beatriz Iliana Rosales Guevara Licda. Albertina de Díaz |
| | Hospital Nacional de Gotera. Dr. Edwin Anibal Alfaro Villatoro |
| Hospital Nacional Rosales Dr. Ramón Rivera Mejía Dr. Carlos Godínez Dr. Rafael Méndez Minervini Dr. Mynor Martínez Licda. Zolia Gloria de Gómez Licda. Transito Mejia Licda. Patricia de Ibañez Licda. Gloria Lone Licda. Deyna Marisel de Flores | Hospital Nacional Zacamil. Dra. Katuska Alvayero Dr. Mario Francisco Planas Licda. Nelly Villalobos Licda. Edith Matilde Amaya |
| | Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima Dra. Ruth Elizabeth Gómez Dra. Flor de María Fagoaga de Ochoa Licda. Ana Caballero |
| Hospital Nacional de Nueva Guadalupe Dr. Paul Zaun Dr. José Adalberto Sánchez Díaz Licda. Caridad Portillo | Hospital Nacional de San Miguel Dr. Carlos Gilberto Torres Peñalba Dra. Mireya Yamileth Salazar Licda. María Esperanza Melgar de Reyes |
| Hospital Nacional San Bartolo Dr. Arturo Torres Dr. José Alfredo Cruz Ruiz Licda. Leticia de Hernández | Hospital Nacional de Soyapango Dra. Rocío Orellana Licda. Marta Cortez |

Índice

| | |
|--|----|
| Introducción..... | 9 |
| I. Objetivos del Manual..... | 10 |
| Objetivo General..... | 10 |
| II. Marco legal y de referencia | 11 |
| Carta Iberoamericana de la calidad en la Gestión Pública - junio 2008..... | 11 |
| III. Determinación de los procesos misionales o claves..... | 12 |
| IV. Definición de las relaciones entre procesos claves o esenciales..... | 15 |
| V. Descripción de los procesos clave | 17 |
| VI. Disposiciones finales..... | 43 |
| VII. Vigencia..... | 44 |



MINISTERIO DE SALUD



ACUERDO No. 698

EL ÓRGANO EJECUTIVO EN EL RAMO DE SALUD

CONSIDERANDO:

- I. Que de conformidad al Art. 42 Numeral 2 del Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo, se establece la potestad de la Titular de esta Secretaría de Estado, para emitir instrumentos técnicos en materia de salud;
- II. Que Código de Salud dispone en el Art. 195 que corresponde al Ministerio establecer las normas generales para coordinar y unificar los procedimientos que han de seguir todos los establecimientos públicos de asistencia médica a fin de evitar duplicidad y dispersión de esfuerzos;
- III. Que la Política Nacional de Salud 2009 2014 en su Estrategia 9: Política Hospitalaria. establece que se debe regular e incrementar la eficacia, eficiencia y calidad de los niveles secundario y terciario (hospitales) como componente relevante de la red integrada de servicios del Sistema Nacional de Salud; y,

POR TANTO: en uso de sus facultades legales, ACUERDA emitir el siguiente:

“MANUAL DE PROCESOS EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA”

I.Introducción

El presente Manual de procesos de atención hospitalaria, es un documento que contiene la información básica de las actividades indispensables que deben ejecutarse para la realización y cumplimiento de las funciones asignadas a las instituciones que brindan servicios hospitalarios a la población salvadoreña.

El manual incluye además las unidades administrativas que regularmente intervienen en los procesos de atención, logística y apoyo, precisando su responsabilidad y participación. Además se encuentra registrada la información básica referente al funcionamiento durante la prestación de los servicios hospitalarios, facilitando las labores de auditoría, de evaluación y control interno y propiciando un escenario apropiado para el desarrollo de círculos de mejora continua.

También nos da a conocer de manera integral, la operatividad de cada proceso clave o esencial en el funcionamiento del hospital, con los siguientes apartados:

- Propósito, alcance y políticas de cada proceso.
- Descripción de cada proceso catalogado como esencial.
- Flujograma o carta de proceso.
- Documentos de referencia y registros.
- Control de cambios y actualizaciones del procedimiento.

En espera que sea de utilidad para los gerentes de cada una de las dependencias de los hospitales, enmarcados en el impulso de la Reforma de Salud en El Salvador.

I. Objetivos del Manual

Objetivo General

Proporcionar una descripción de la secuencia de actividades que deben realizarse para el cumplimiento de las funciones conferidas a cada institución hospitalaria de la red, enfocándose en los procesos hospitalarios claves, con el fin de la homogenización de procesos e identificación de oportunidades que mejoren los métodos de trabajo, a través de acciones lógicas y secuenciales, para la atención con calidad y eficiencia a las personas que solicitan la atención.

Objetivos Específicos

1. Determinar las actividades para la consecución de las funciones que se le han asignado, detectando las medidas que se requieren para la implementación, modificación o corrección de las mismas, tomando como base el análisis de las actividades principales y los resultados obtenidos.
2. Mejorar la productividad mediante el análisis de la forma o secuencia en que se realizan las actividades o tareas, identificando las necesidades de capacitación o desarrollo, para alcanzar la eficacia, eficiencia o modificación de las actividades para el aumento de la productividad.
3. Evaluar la productividad y efectividad de los procesos de atención, facilitando las auditorías operativas que permitan la detección de desviaciones en cuanto al desarrollo de las actividades definidas para cada función.
4. Contar con la herramienta idónea para la inducción de nuevo personal en el quehacer hospitalario, describiendo los procesos y actividades a realizar dentro de las funciones asignadas.

II. Marco legal y de referencia

Carta Iberoamericana de la calidad en la Gestión Pública – junio 2008

- Los órganos y entes públicos orientarán sus actividades al desarrollo de una estrategia en términos de procesos, basada en datos y evidencias, definiendo objetivos, metas y compromisos a alcanzar. La adopción de una gestión por procesos permite la mejora de las actividades de la Administración Pública orientada al servicio público y para resultados. A los efectos de la calidad en la gestión pública, los procesos constituyen una secuencia ordenada de actividades, interrelacionadas, para crear valor añadido.
- La gestión por procesos en la Administración Pública debe tener en cuenta que el ciudadano es el eje fundamental de la intervención pública, lo cual requiere adoptar enfoques y diseñar los procesos de prestación del servicio desde la perspectiva del ciudadano, usuario o beneficiario, y no desde la perspectiva de la Administración Pública.
- La dirección estratégica supone un enfoque flexible, que se anticipa y adapta a las necesidades de la sociedad. Permite analizar y proponer soluciones, para orientar a la Administración Pública a una visión u horizonte en un plazo determinado. Dicha visión de futuro supone dotarla de capacidad para dar respuesta a los requerimientos de las diferentes partes interesadas. Para ello, los órganos y entes de la Administración Pública desarrollarán políticas, estrategias, planes, objetivos, metas, estructuras, sistemas y procesos críticos orientados a la consecución de los objetivos.
- La dirección estratégica se basa en el ciclo de mejora: establecimiento de objetivos y planificación, desarrollo de forma sistemática y a través de procesos de las actuaciones planificadas, comprobación de los resultados obtenidos con respecto a los objetivos establecidos y adaptación continua de la planificación estratégica. La repetición sucesiva del ciclo de mejora permite alcanzar la mejora continua de la calidad del servicio al ciudadano y, por ende, una Administración Pública en transformación y actualizada.

La gestión por procesos implica el desarrollo de las actuaciones siguientes:

- a. La identificación de los requerimientos, necesidades y expectativas, de los diferentes destinatarios de las prestaciones y servicios públicos, así como de otros posibles grupos de interés.
- b. La identificación de todos los procesos necesarios para la prestación del servicio público y la adecuada gestión de la organización: procesos clave u operativos, de apoyo a la gestión y estratégicos; lo que se denomina mapa de procesos.
- c. La definición del objetivo de cada uno de los procesos, así como de los beneficios que aporta a los grupos de interés a los que va dirigido.

- d. La definición secuencial detallada y precisa de las diferentes actividades que componen el proceso o procedimiento concreto, para el cumplimiento de los diferentes requerimientos, y en su caso su diagrama.
- e. La definición de las obligaciones, así como de las autoridades y directivos encargados.
- f. La definición de indicadores que permitan la medición y control del desarrollo de la marcha adecuada del proceso.
- g. La definición y desarrollo de un sistema de gestión que permita el seguimiento, evaluación y mejora continua de la calidad de los procesos, y la prestación del servicio.
- h. La implantación de sistemas de gestión normalizados o estandarizados.

La mejora de la normatividad persigue el establecimiento de un marco normativo sencillo que facilite la eficacia, eficiencia, agilidad y adaptabilidad de los procesos y procedimientos, y, por ende, la mejora en la prestación del servicio a los ciudadanos, así como la productividad nacional.

Código de Salud.

El Código de Salud establece en " El Art. 195.- El Ministerio establecerá las normas generales para coordinar y unificar los procedimientos que han de seguir todos los establecimientos públicos de asistencia médica a fin de evitar duplicidad y dispersión de esfuerzos".

Política Nacional de Salud 2009 2014.

Estrategia 9: Política Hospitalaria. Regular e incrementar la eficacia, eficiencia y calidad de los niveles secundario y terciario (hospitales) como componente relevante de la red integrada de servicios del Sistema Nacional de Salud.

Línea de acción 9.4: Mejorar la capacidad gerencial de los cuadros directivos de los hospitales como condición para el funcionamiento eficaz y eficiente de los servicios hospitalarios; institucionalizando y generalizando la implantación de un Sistema de información gerencial que facilite la toma de decisiones.

III. Determinación de los procesos claves o esenciales.

Los procesos pueden ser clasificados en función de varios criterios; sin embargo la clasificación más común hace referencia a procesos estratégicos, claves y de apoyo. Dentro del ámbito de los servicios de salud, los procesos claves son los que se encuentran directamente relacionados a la atención médica del paciente. Para el presente Manual se identifican los procesos claves siguientes:

Tabla 1: Cuadro analítico funcional para la identificación de los procesos

| No. | FUNCIONES | ÓRGANOS QUE INTERVIENEN | PRODUCTO ESPERADO | PROCESOS |
|-----|---|--|---|---|
| 1 | Atender consultas externas correspondientes al nivel de resolución hospitalaria | -ESDOMED (Admisión de pacientes) -Consulta externa (Selección) -Consulta externa (Atención de consulta) -Medios diagnósticos -Citas | Alta de consulta externa, referencia o retorno | - Proceso de atención de consulta externa hospitalaria |
| 2 | Atender patologías por métodos quirúrgicos según el nivel resolutivo de cada hospital | -Consulta externa (manejo de cirugía ambulatoria) -Sala de operaciones -Servicios de hospitalización -Medios diagnósticos -ESDOMED (Admisión de pacientes) | Alta con seguimiento temporal en consulta externa o retorno | -Proceso de programación quirúrgica y sala de operaciones |
| 3 | Brindar cuidados y atención de hospitalización a pacientes con morbilidad | -Servicios de hospitalización -Medios diagnósticos -ESDOMED (Admisión de pacientes) | Alta con seguimiento temporal en consulta externa o retorno | Proceso de atención en servicios de hospitalización |
| 4 | Brindar atención de emergencias | Unidad de Emergencia | Atención oportuna del paciente | Proceso de atención de emergencias |

FUENTE: Dirección Nacional de Hospitales, Ministerio de Salud, agosto de 2013.

Determinación de la relación entre los procesos y los requerimientos funcionales y otros requisitos

En este apartado se define y cualifica el nivel de relación que cada proceso seleccionado tiene al enfrentarse contra las funciones y requerimientos de los hospitales. Como regla usual se define que cada función general debe ser atendida con por lo menos un proceso de gestión y a su vez, estos procesos afecta directa o indirectamente a todas las funciones o requerimientos identificados.

Para establecer estas relaciones se definen los siguientes criterios:

Tabla 2: Criterios para establecer relación entre procesos y requerimientos funcionales

| No. | Definición | Símbolo |
|-----|---|---------|
| 1 | El proceso se ha definido específicamente para atender una función o requerimiento específico, su nivel de relación es el más alto. | ● |
| 2 | El proceso interviene de forma indirecta con la función o requerimiento. La relación es necesaria para la correcta operatividad del proceso | ◎ |
| 3 | El proceso tiene una relación leve con la función o procedimiento. La relación generalmente surge como consecuencia de las actividades de ejecución del proceso | ○ |

FUENTE: Dirección Nacional de Hospitales, Ministerio de Salud, agosto de 2013.

Considerando los criterios anteriores se define las siguientes relaciones:

Tabla 3. Relaciones entre procesos definidos.

| FUNCIONES | Atender consultas externas correspondientes al nivel de resolución hospitalaria | Atender patologías por métodos quirúrgicos según el nivel resolutivo de cada hospital | Brindar cuidados y atención de hospitalización a pacientes con morbilidad hospitalaria |
|--|---|---|--|
| PROCESOS | | | |
| Proceso de atención de consulta externa hospitalaria | ● | ⊙ | ● |
| Proceso de Programación quirúrgica y sala de operaciones | ⊙ | ● | ⊙ |
| Proceso de atención en servicios de hospitalización | ⊙ | ● | ● |
| Proceso de Atención en la Unidad de Emergencia | ⊙ | ⊙ | ● |

FUENTE: Dirección Nacional de Hospitales, Ministerio de Salud, agosto de 2013.

Estructuración de los procesos

La estructuración de los procesos consiste básicamente en definir cuál es el objetivo, el área de influencia y la naturaleza de cada proceso. La definición de esta información es necesaria para establecer el principio y el fin de cada proceso, así como para establecer excepciones, y resultado esperado. La estructuración de los procesos seleccionados se presenta en la tabla siguiente:

Tabla 4: Estructuración de los procesos hospitalarios.

| PROCESOS | | PROPÓSITO /OBJETIVO GENERAL | NATURALEZA | ÁREA DE INFLUENCIA | OBSERVACIONES |
|----------|--|---|-------------|-------------------------------------|---------------|
| N. | NOMBRE | | | | |
| 1 | Proceso de atención de consulta externa hospitalaria | Implementar y estandarizar la organización de los procesos médico(a)s asistenciales en todos los hospitales de la red | Asistencial | Las cuatro categorías hospitalarias | --- |
| 2 | Proceso de Programación quirúrgica y sala de operaciones | | Asistencial | Las cuatro categorías hospitalarias | --- |
| 3 | Proceso de atención en servicios de hospitalización | | Asistencial | Las cuatro categorías hospitalarias | --- |

| | | | | | |
|---|--|--|-------------|-------------------------------------|-----|
| 4 | Proceso de Atención en la Unidad de Emergencia | | Asistencial | Las cuatro categorías hospitalarias | --- |
|---|--|--|-------------|-------------------------------------|-----|

FUENTE: Dirección Nacional de Hospitales, Ministerio de Salud, agosto de 2013.

IV. Definición de las relaciones entre procesos claves o esenciales

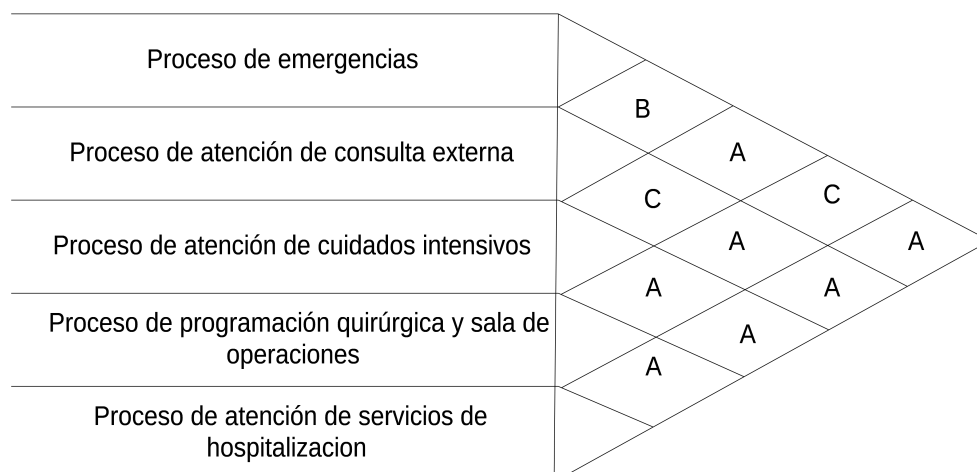
En este apartado se definen las relaciones entre los diferentes procesos esenciales identificados, para ello se hace uso de la simbología descrita en el cuadro a continuación:

Tabla 5: Relaciones entre los procesos claves definidos.

| No. | Definición de criterios de relación | Símbolo |
|-----|--|---------|
| 1 | Los procesos se relacionan de forma directa, existe una relación de dependencia entre ambos para lograr la atención completa del paciente | A |
| 2 | Los procesos se relacionan eventualmente, Es una relación beneficiosa pero no indispensable o se trata de una relación ocasional que involucra excepciones | B |
| 3 | Se establece una baja relación entre los procesos. En condiciones ideales no deberían existir relaciones de dependencia. | C |

FUENTE: Dirección Nacional de Hospitales, Ministerio de Salud, agosto de 2013.

Esquema 1: Ejemplo de esquema de relación de procesos esenciales.

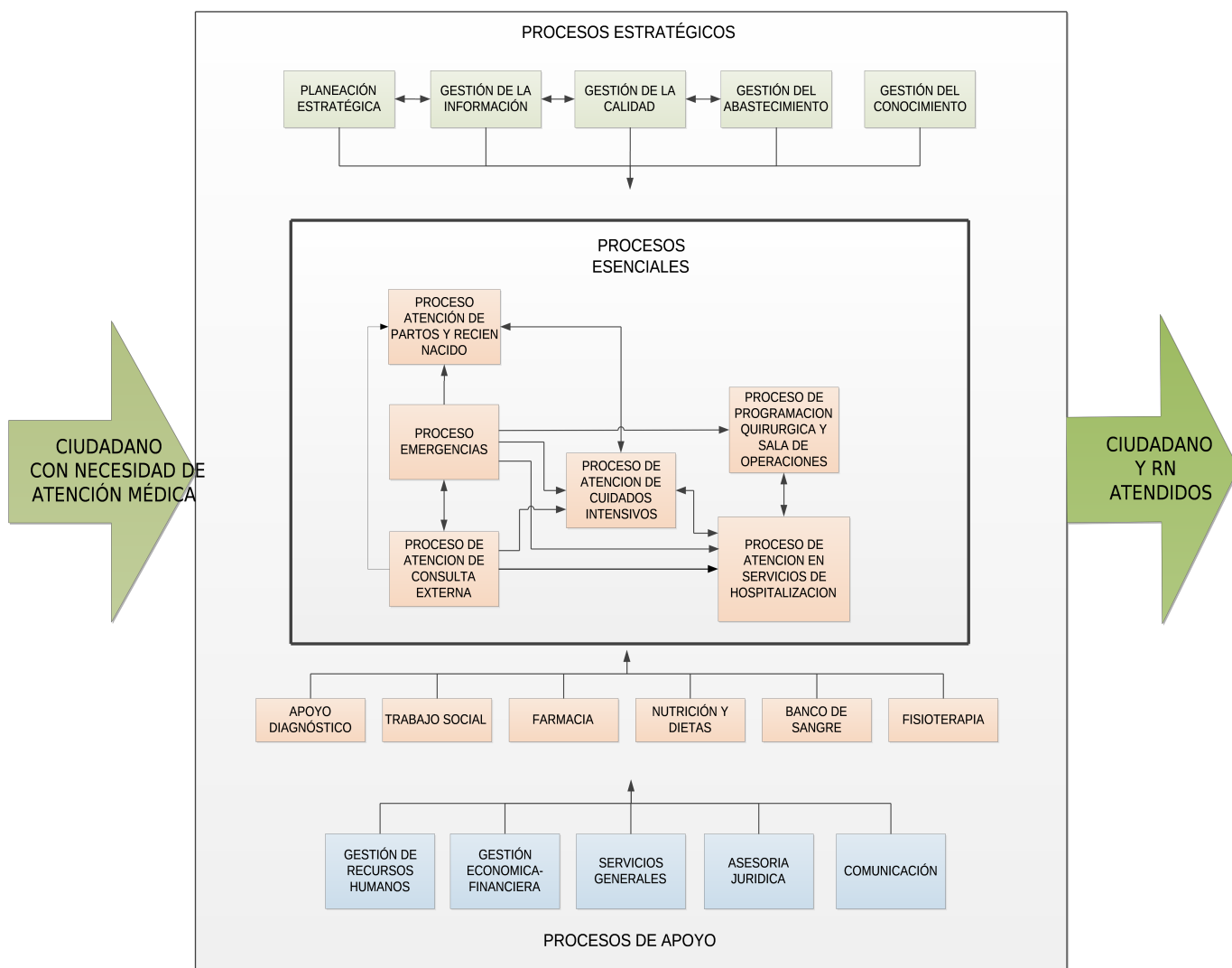


FUENTE: Dirección Nacional de Hospitales, Ministerio de Salud, agosto de 2013.

Una vez definidos los criterios de relación y realizado el análisis de relaciones correspondiente, se procede a esquematizar el mapa de procesos que define la atención hospitalaria.

Cabe aclarar que el mapa de procesos establecido se hace considerando un “hospital tipo” en el que se incluye el más alto nivel de complejidad. Esto se define de esa manera ya que a partir de ello deben hacerse las adecuaciones según sea el caso de cada institución. A continuación se presenta el mapa de procesos definido:

Esquema 2: Mapa de procesos.



FUENTE: Dirección Nacional de Hospitales, Ministerio de Salud, agosto de 2013.

V. Descripción de los procesos clave

La descripción de cada proceso consiste en la descripción de cada fase del mismo, concretizado en una matriz que incluye la actividad y su descripción así como la unidad administrativa responsable y el resultado esperado. Además, se acompaña de una carta de flujo de proceso, sus documentos de referencia, registros y ficha para el control de cambios y actualización del proceso.

A continuación se hace la descripción de cada uno de los procesos.

PROCESO DE ATENCIÓN DE CONSULTA EXTERNA HOSPITALARIA

Propósito

Implementar y estandarizar la organización del proceso de atención de consulta externa en todos los hospitales de la red pública, para facilitar la gestión de la atención brindada y propiciar un escenario de mejora continua.

Alcance

El alcance del proceso se clasifica como “sectorial”, debido a que para su adecuada operatividad deben intervenir diversos actores de la red de atención, para lo que se vuelve necesaria la coordinación entre diferentes instituciones y unidades administrativas.

Operativización

- El personal de portería debe ser constantemente instruido sobre los procesos de atención vigentes para brindar información clara y precisa a quien lo solicite.
- Deben respetarse las instrucciones dispuestas en los diferentes instrumentos emitidos y adoptados por el Ministerio de Salud, así como los acuerdos relativos al funcionamiento de la RIISS y la reformas de salud en general.
- Los hospitales deben buscar los mecanismos necesarios para reducir el tiempo de espera de la atención de citas médicas por referencia, para ello deben buscar los mecanismos de vigilancia permanente de este indicador.
- La elaboración y manipulación de los expedientes clínicos y todos sus formularios deben cumplir con los requerimientos dispuestos en la Norma Técnica de Estadísticas y Documentos médicos de Establecimientos de Salud.
- El médico(a) de consulta debe atender a cada paciente citado dedicándole el tiempo suficiente para brindar una atención de calidad, para lo cual la consulta externa del hospital, debe definir estos tiempos según cada caso.
- No debe propiciarse la atención de consulta subsecuente innecesaria. Cada hospital debe buscar los mecanismos para vigilar y controlar dicha práctica.
- Los exámenes de laboratorio se programan en función de la fecha de próxima cita. El médico(a) tratante debe tomar en cuenta el tiempo requerido para procesar los exámenes indicados antes de definir la fecha de las consultas subsecuentes.
- La fecha en que se entregan los resultados de exámenes de laboratorio no debe exceder la fecha de la próxima cita médica.
- La cita subsecuente debe asignarse en el cupo más próximo a la fecha indicada por el médico(a) tratante, propiciando el menor tiempo de espera.

- El hospital debe establecer los mecanismos necesarios para que la respuesta de exámenes de laboratorio esté disponible en el expediente clínico al momento de la consulta médica sin intervención del paciente.
- Para la atención del paciente según sea el caso, se debe hacer uso de las Guías clínicas respectivas.
- La derivación de los pacientes a los diferentes centros de atención de la red de salud debe hacerse según los Lineamientos de Referencia, Retorno e interconsulta en las RIISS.

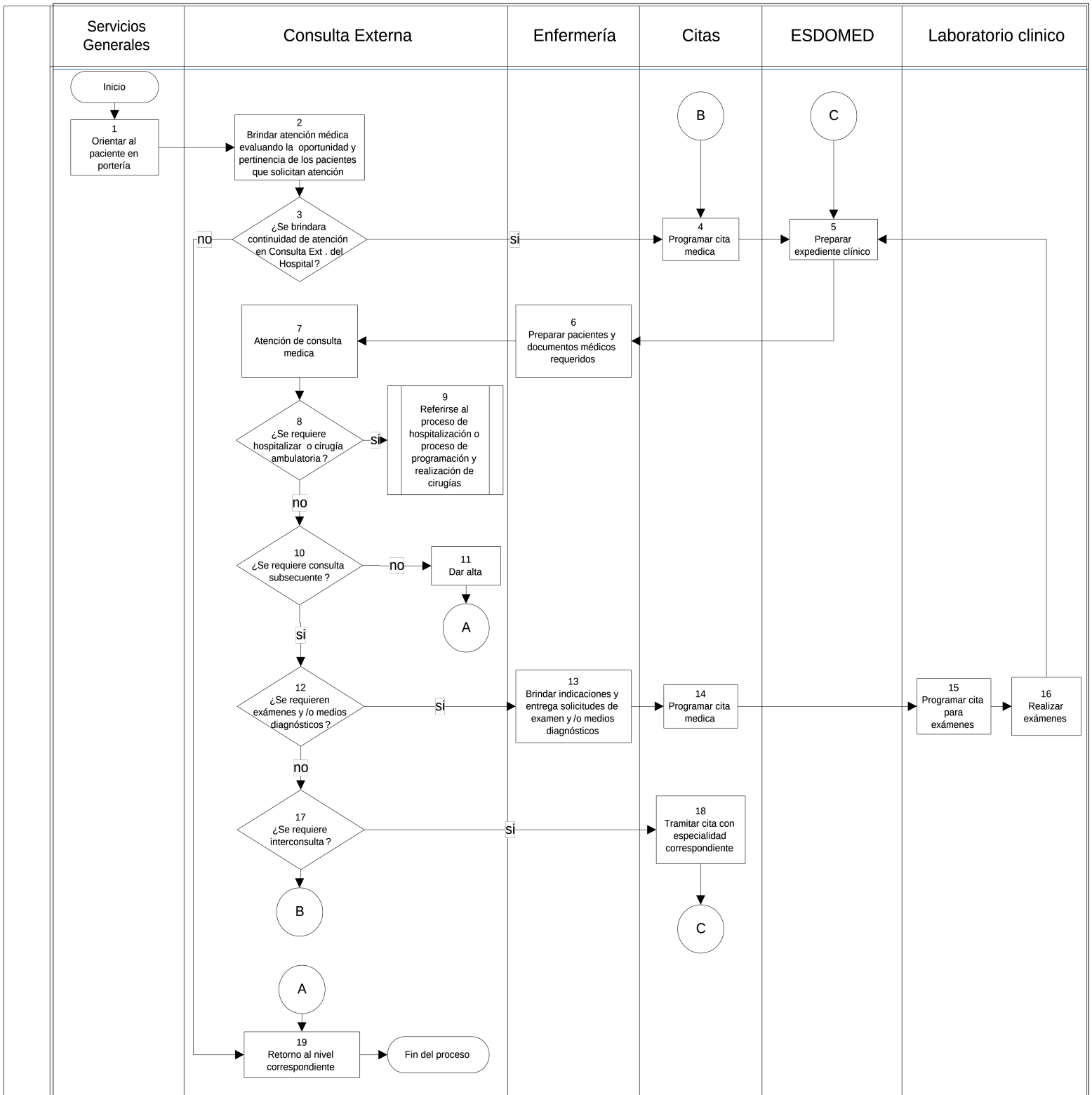
Tabla 6: Descripción del proceso

| No . | Secuencia de Actividades | Descripción de la actividad | Responsable | Resultado esperado |
|-------------|---|--|--------------------------------------|--|
| 1 | Orientar al paciente en portería | El personal de portería orienta de forma clara hacia adonde debe dirigirse el paciente para recibir la atención solicitada | Servicios Generales | Orientación del(la) paciente |
| 2 | Evaluar la oportunidad y pertinencia de las referencias | El médico(a) de selección de consulta externa evalúa al paciente y define su pertinencia | Consulta Externa | Valoración de la complejidad de atención requerida |
| 3 | ¿Paciente requiere atención en Consulta Externa del Hospital? | En caso de si requerir la atención ver paso 4 en caso de no requerirla ir al paso 19 | Consulta Externa | -- |
| 4 | Programar cita | El personal del área de citas identifica el cupo más próximo para atender la demanda de cada especialidad y brindara cita | Citas | Programación de consulta medica |
| 5 | Preparar expediente clínico | El personal de admisión de pacientes de consulta externa pone a disposición el expediente clínico físico o electrónico, requerido para la atención de cada cita programada | Estadística y Documentos médicos(as) | Expediente clínico disponible |
| 6 | Preparar paciente y documentos médicos | El personal de enfermería prepara al paciente y documentos médicos requeridos para brindar la consulta | Personal enfermería | Paciente preparado y con documentación requerida para recibir atención |
| 7 | Atención de consulta | El médico(a) tratante a quien se le asigno la cita, atiende al paciente en el consultorio dispuesto para ello | Consulta externa | Plan de manejo |
| 8 | ¿Se requiere hospitalizar o cirugía ambulatoria? | En caso de requerirse hospitalización o cirugía ver paso 9, en caso contrario ver paso 10 | Consulta Externa | --- |
| 9 | Referirse al proceso de hospitalización o proceso de programación y realización de cirugías según corresponda | Según procesos seleccionado | --- | Hospitalización / Cirugía |
| 10 | ¿Se requiere consulta subsecuente? | En caso de requerirse consulta subsecuente ver paso 12, en caso contrario ver paso 11 | Consulta Externa | --- |

| No . | Secuencia de Actividades | Descripción de la actividad | Responsable | Resultado esperado |
|-------------|--|---|---------------------|---|
| 11 | Dar alta y retornar al nivel correspondiente | El médico(a) tratante instruye al paciente sobre su estado de salud y brinda la documentación de referencia o retorno según corresponda | Consulta Externa | Alta de consulta externa hospitalaria |
| 12 | ¿Se requieren exámenes y /o medios diagnósticos? | En caso de requerirse, ver paso 13, en caso contrario ver paso 17 | Consulta Externa | --- |
| 13 | Brindar indicaciones | El personal de enfermería brinda indicaciones al paciente y entrega solicitud de exámenes y/o medios diagnósticos | Enfermería | Paciente debidamente informado por personal de enfermería |
| 14 | Programar cita médica | El personal del área de citas identifica el cupo más próximo a la fecha indicada | Citas | Programación de consulta médica subsecuente |
| 15 | Programar cita para exámenes | El laboratorio asigna cita para exámenes tomando en consideración la fecha de cita | Laboratorio Clínico | Programación de cita para exámenes |
| 16 | Realización de exámenes | El laboratorio clínico toma y procesa las muestras correspondientes a los exámenes indicados | Laboratorio Clínico | Respuesta de examen |
| 17 | ¿Se requiere interconsulta? | En caso de requerirse ver paso 18, caso contrario ver paso 4 | Consulta Externa | --- |
| 18 | Tramitar cita con especialidad correspondiente | El personal del área de citas identifica el cupo más próximo para ser visto por la especialidad solicitada | Citas | Programación de consulta médica en la especialidad solicitada |
| 19 | Retorno al nivel correspondiente | El médico(a) de selección brinda información al paciente y emite documentación de referencia o retorno | Consulta Externa | Reorientación del paciente |

FUENTE: Dirección Nacional de Hospitales, Ministerio de Salud, agosto de 2013.

Esquema 3: Diagrama de flujo del proceso



FUENTE: Dirección Nacional de Hospitales, Ministerio de Salud, agosto de 2013.

Instrumentos técnico jurídicos de Referencia

| |
|---|
| DOCUMENTO |
| Carta Iberoamericana de la calidad en la gestión publica |
| Lineamientos técnicos para la referencia, Retorno e interconsulta en las RIISS |
| Guías Clínicas |
| Norma Técnica para los Departamento de Estadística y Documentos médicos de Establecimientos de Salud |
| Lineamientos técnicos para la mejora continua de la calidad |
| Estrategias para la mejora continua de la calidad |

Tabla 7: Fuentes de verificación a utilizar en el proceso

| Nombre | Descripción | Tiempo de conservación | Responsable de conservación | Código |
|--|---|-------------------------|-----------------------------|-----------------|
| Registro diario de pacientes de Consulta externa | Es el documento oficial utilizado por ESDOMED para recopilar la información diaria de pacientes atendidos en Consulta externa | Según normativa ESDOMED | ESDOMED | No aplica |
| Expediente clínico | Historia clínica de atención de pacientes | Según normativa ESDOMED | ESDOMED | No. De registro |
| Registro de citas medicas | Agendas de consulta médica ya sea en medios físicos o informáticos | | | |

FUENTE: Dirección Nacional de Hospitales, Ministerio de Salud, agosto de 2013.

Tabla 8: Control de cambios y actualizaciones de los Procesos

| No. | Fecha de registro anterior | Descripción del cambio |
|-----|----------------------------|------------------------|
| 1 | | |
| | Fecha de modificación | |
| | | |
| No. | Fecha de registro anterior | Descripción del cambio |
| 2 | | |
| | Fecha de modificación | |
| | | |
| No. | Fecha de registro anterior | Descripción del cambio |
| 3 | | |
| | Fecha de modificación | |
| | | |
| No. | Fecha de registro anterior | Descripción del cambio |
| 4 | | |

FUENTE: Dirección Nacional de Hospitales, Ministerio de Salud, agosto de 2013.

PROCESO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA Y SALA DE OPERACIONES

Propósito

Implementar y estandarizar la organización del proceso de programación y realización de cirugías en todos los hospitales de la red pública, para facilitar la gestión de la atención de patologías por métodos quirúrgicos según el nivel resolutivo de cada hospital y propiciar un escenario de mejora continua.

Alcance

El alcance del proceso se clasifica como "institucional", debido a que para su adecuada operatividad deben intervenir diversos actores de la red de la institución, para lo que se vuelve necesaria la coordinación entre diferentes unidades administrativas.

Operativización

- El médico(a) tratante debe garantizar considerando la categoría hospitalaria y clasificación ASA del paciente que se cuente con las evaluaciones preoperatorias necesarias para programar el evento quirúrgico.
- Según el caso del paciente, se debe hacer uso de las Guías clínicas de atención correspondiente.
- Todo paciente, según la categoría hospitalaria y su clasificación ASA, debe recibir una evaluación anestésica por anestesiólogo o anestesista según cada caso y como mínimo un día antes en la consulta externa.
- Para el caso de la cirugía electiva ambulatoria, la enfermera de la cirugía ambulatoria o consulta externa recibe al paciente, le brinda orientación, la ropa hospitalaria con la que entrará al quirófano, y lo conducirá a la sala de operaciones.
- El departamento de ESDOMED es el responsable de propiciar la disponibilidad del expediente clínico, así como de la actualización de los datos generales del paciente y su evento quirúrgico.
- En el caso de los pacientes que ingresan a un servicio de hospitalización previo a la cirugía programada, el personal de enfermería es el responsable de cumplir las indicaciones pre quirúrgicas indicadas en el expediente.
- El personal médico hospitalario y de enfermería del centro quirúrgico es el responsable de monitorear los signos vitales y factores de riesgo post operatorios durante el tiempo de recuperación previo al traslado o alta del paciente.
- Al identificarse una complicación o alteración postquirúrgica se debe notificar inmediatamente al personal médico.
- El médico(a) tratante debe brindar orientación al paciente sobre su estado de salud y los cuidados post operatorios necesarios para su recuperación.

- El personal de enfermería es responsable de brindar orientación y educación a los usuarios.
- En el caso de ser necesario el traslado de paciente al nivel superior y no sea posible movilizarlo por falta de capacidad instalada, el médico(a) tratante, y/o anestesiólogo son los encargados del seguimiento del paciente hasta su traslado.

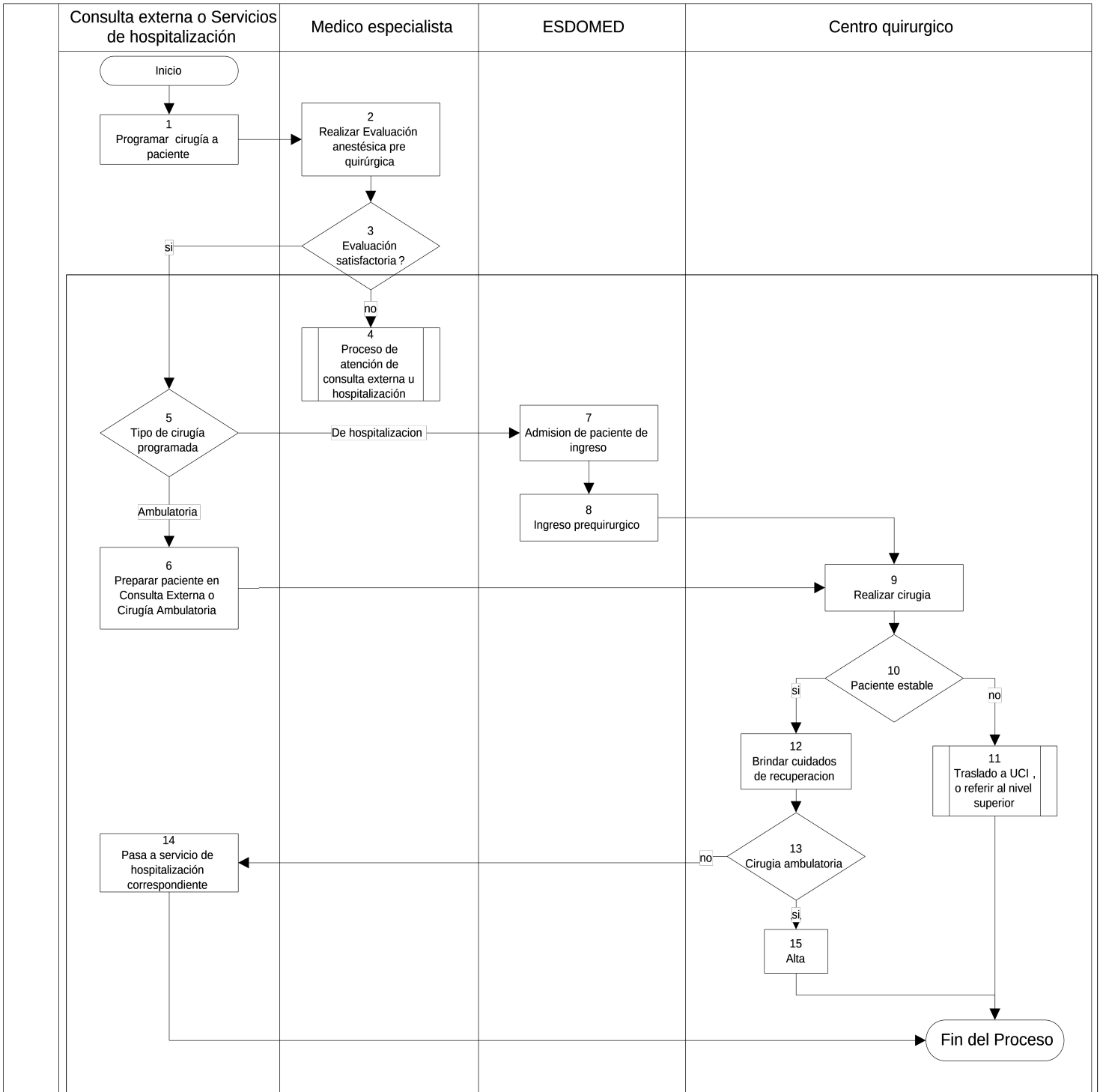
Tabla 9: Descripción del proceso

| No . | Secuencia de Actividades | Descripción de la actividad | Responsable | Resultado esperado |
|-------------|--|---|---|--|
| 1 | Programar cirugía a paciente | El médico(a) tratante define la fecha y hora de realización de la cirugía en base a la disponibilidad de recursos y la complementación de las evaluaciones necesarias. | Consulta externa, emergencia y servicios de hospitalización | Definición de fecha, hora y responsable de la cirugía. |
| 2 | Realizar evaluación anestésica | Se realiza evaluación anestésica por anestesista o anestesiólogo, considerando la clasificación ASA de cada paciente. | Medico Técnico anestesista | Reducción de riesgos quirúrgicos. |
| 3 | Evaluación anestésica satisfactoria? | En caso de obtenerse una evaluación anestésica no satisfactoria, ver paso 4, en caso de obtenerse resultados satisfactorios ver paso 5. | Medico tratante | Reducción de riesgos quirúrgicos. |
| 4 | Referirse al proceso de atención de consulta externa u hospitalización | El paciente que resulte con evaluaciones no satisfactorias, debe manejarse en consulta externa u hospitalización según sea el caso con la finalidad de mejorar su condición y reprogramar su cirugía. | --- | Reducción de riesgos quirúrgicos. |
| 5 | Tipo de cirugía programada? | En caso de tratarse de una cirugía ambulatoria ver paso 6 en caso de tratarse de una cirugía para hospitalización ver paso 7. | Consulta externa, emergencia y servicios de hospitalización | --- |
| 6 | Preparar paciente en consulta externa o Cirugía ambulatoria | La enfermera de la consulta externa o cirugía ambulatoria recibe al paciente, le brinda orientación, ropa hospitalaria con la que entrará al quirófano, y lo conduce a sala de operaciones. | Enfermería | Paciente orientado y preparado para pasar a quirófano. |
| 7 | Registrar datos de admisión de pacientes | EL personal de ESDOMED realiza el registro para ingreso del paciente. | ESDOMED | Registro de ingreso hospitalario. |

| | | | | |
|----|---|--|-----------------------------|---|
| 8 | Ingresar paciente previo a cirugía | El paciente es recibido en el servicio de hospitalización. | Hospitalización | Paciente ingresado previo a realizar cirugía. |
| 9 | Realizar cirugía | Paciente es sometido al acto quirúrgico. | Centro quirúrgico | Paciente operado satisfactoriamente. |
| 10 | Paciente estable? | Si el paciente no se encuentra estable durante o posterior a su cirugía ir al paso 11. Si el paciente permanece estable ver paso 12. | Médico(a) tratante | --- |
| 11 | Traslado a UCI, o referir al nivel superior | En caso de ser necesario los pacientes inestables serán manejados en las unidades de cuidado crítico, o deberán ser referidos al nivel superior. | Médico(a) tratante | --- |
| 12 | Brindar cuidados de recuperación en sala de operaciones | El personal médico y de enfermería brindan cuidados pos operatorios. | Centro quirúrgico | Paciente preparado para traslado al servicio final o alta |
| 13 | La cirugía es ambulatoria? | Si la cirugía realizada se clasifica como ambulatoria ver paso 15, si se requiere hospitalización ver paso 14 | --- | --- |
| 14 | Hospitalización post quirúrgica | En servicio de hospitalización se cumplen las indicaciones post operatorias y cuidados de enfermería. | Personal de hospitalización | Recuperación satisfactoria |
| 15 | Alta | Brindar orientación y documentación correspondiente de referencia, retorno u otros. | Médico(a) tratante | Egreso del paciente |

FUENTE: Dirección Nacional de Hospitales, Ministerio de Salud, agosto de 2013.

Esquema 4: Diagrama de flujo del proceso



FUENTE: Dirección Nacional de Hospitales, Ministerio de Salud, agosto de 2013.

Instrumentos técnicos Jurídicos de referencia

| DOCUMENTO |
|---|
| Carta Iberoamericana de la calidad en la gestión pública |
| Lineamientos Técnicos para Cirugía mayor ambulatoria |
| Guías Clínicas de Atención |
| Lineamientos técnicos para la referencia, Retorno e interconsulta |
| Norma Técnica de Estadísticas y Documentos Médicos de Establecimientos de Salud. |
| Lineamientos técnicos de mejora continua de la calidad en los hospitales de las RIIS. |
| Estrategias para la mejora continua de la calidad |

Tabla 10: Fuentes de Verificación a utilizar en el proceso

| Nombre | Descripción | Tiempo de conservación | Responsable de conservación |
|--------------------------------|--|-------------------------|-----------------------------|
| Libros de registro de cirugías | Es el libro, documento o registros electrónicos en donde el médico(a) cirujano anota las cirugías realizadas | Según normativa ESDOMED | ESDOMED |
| Expediente clínico | Historia clínica de atención de pacientes | Según normativa ESDOMED | ESDOMED |

FUENTE: Dirección Nacional de Hospitales, Ministerio de Salud, agosto de 2013.

Tabla 11: Control de cambios y actualizaciones del proceso

| No. | Fecha de registro anterior | Descripción del cambio |
|-----|----------------------------|------------------------|
| 1 | | |
| | Fecha de modificación | |
| | | |
| No. | Fecha de registro anterior | Descripción del cambio |
| 2 | | |
| | Fecha de modificación | |
| | | |
| No. | Fecha de registro anterior | Descripción del cambio |
| 3 | | |
| | Fecha de modificación | |
| | | |
| No. | Fecha de registro anterior | Descripción del cambio |
| 4 | | |

FUENTE: Dirección Nacional de Hospitales, Ministerio de Salud, agosto de 2013.

PROCESO DE ATENCIÓN EN SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN

Propósito

Implementar y estandarizar la organización del proceso de atención en los servicios de hospitalización en todos los hospitales de la red pública, para facilitar la gestión de la atención de según el nivel resolutivo de cada hospital y propiciar un escenario de mejora continua.

Alcance

El alcance del proceso se clasifica como "institucional", debido a que para su adecuada operatividad deben intervenir diversos actores de la red de salud, para lo que se vuelve necesaria la coordinación entre diferentes unidades administrativas.

Operativización

- Cada hospital debe establecer los mecanismos necesarios para registrar y validar los datos de ingreso hospitalario según lo definido en la Norma técnica de Estadísticas y Documentos Médicos de Establecimientos de Salud.
- El personal de enfermería debe garantizar que el paciente sea ubicado en su unidad de acuerdo a las indicaciones médicas.
- En caso de ser necesario el médico(a) de staff hace una evaluación inmediata de cada paciente que lo amerite al momento del ingreso, para ello la enfermera responsable debe dar aviso de tal necesidad.
- El médico(a) de staff es el responsable de establecer los planes de manejo y evaluar la evolución del paciente.
- Según el caso del paciente, se debe hacer uso de las Guías clínicas de atención correspondiente.
- Debe cumplirse con todos los requisitos de documentación y registro relacionados al ingreso, estancia y egreso de hospitalización.

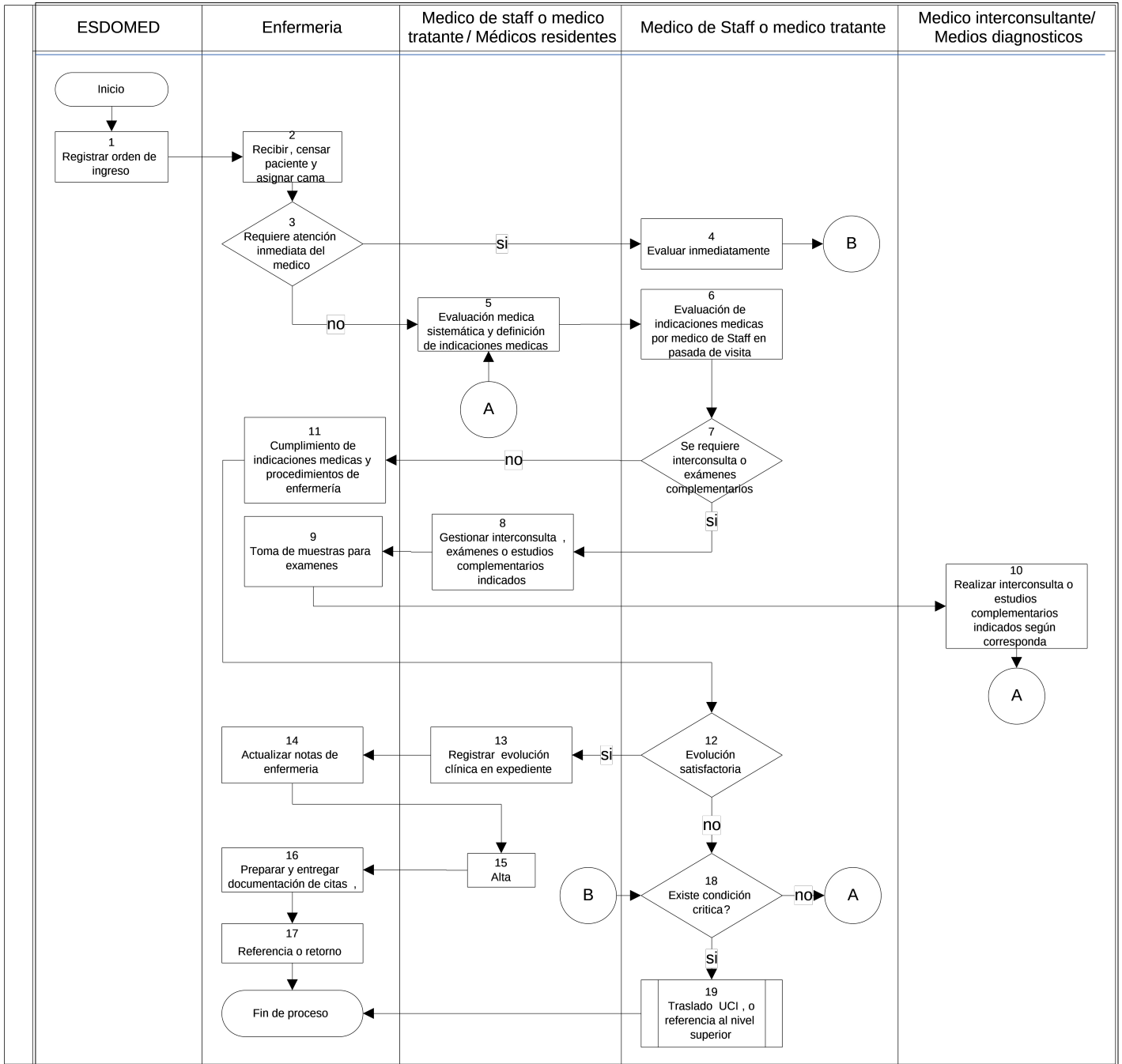
Tabla 12: Descripción del proceso

| No . | Secuencia de Actividades | Descripción de la actividad | Responsable | Resultado esperado |
|-------------|--|--|----------------------------------|--|
| 1 | Registrar orden de ingreso | El encargado de admisión de pacientes registra los datos necesarios del ingreso hospitalario en los sistemas de registro correspondientes. | ESDOMED | Registros de ingreso actualizados |
| 2 | Recibir paciente y asignar cama | Se recibe el paciente en el servicio de destino cumpliendo los requisitos documentales de registro y se asigna una cama censable.(Procedimiento de ingreso). | Enfermería | Paciente encamado |
| 3 | ¿Se requiere atención inmediata del médico(a)? | Si el paciente requiere atención inmediata ver paso 4 en caso contrario ver paso 5. | Enfermería | --- |
| 4 | Evaluación inmediata y definición de indicaciones medicas | Si el paciente requiere atención médica inmediata, enfermería da aviso al médico(a) de mayor jerarquía para que este evalúe al paciente y defina un manejo inmediatamente. | Enfermería Médico(a) de staff | Atención inmediata en hospitalización y definición de plan de manejo inmediato |
| 5 | Evaluar sistemáticamente y definir indicaciones medicas | El médico(a) a cargo evalúa al paciente durante el cumplimiento de su rutina diaria en el servicio de hospitalización definiendo la condición clínica del paciente y las indicaciones médicas. | Médico de staff o residentes | Definición del plan de manejo |
| 6 | Evaluar indicaciones medicas por medico de staff en pasada de visita | El médico(a) de staff a cargo evalúa junto a los agregados y/o residentes el plan de manejo establecido durante la rutina de pasada de visita. | Medico(a) de staff | Plan de manejo validado y establecido |
| 7 | ¿Se requiere interconsulta o exámenes complementarios? | El médico(a) de staff decide la necesidad de apoyo diagnostico, si es si, ver paso 8, si no lo requiere ver paso 11. | Médico(a) de staff | --- |
| 8 | Gestionar interconsulta o exámenes complementarios | Según la condición clínica del paciente y a criterio del médico(a) tratante se debe solicitar la participación de médicos(as) de otra especialidad, y /o exámenes complementarios. | Médico(a) de staff Enfermería | Solicitud de apoyo diagnostico realizado |
| 9 | Tomar muestras | El personal de enfermería toma muestra para exámenes indicados. | Enfermería | Muestras para exámenes tomadas |

| No. | Secuencia de Actividades | Descripción de la actividad | Responsable | Resultado esperado |
|-----|--|---|--|--|
| 10 | Realizar interconsulta o exámenes indicados según corresponda | Es la evaluación por el médico(a) interconsultante y /o la realización y obtención de resultados de exámenes complementarios. | Médico(a) interconsultante Servicios de apoyo diagnóstico | Cumplimiento de indicaciones médicas proporcionadas en interconsulta y/o en base a análisis de resultados de exámenes complementarios. |
| 11 | Cumplir indicaciones medicas y procedimientos de enfermería | La enfermera a cargo de la unidad debe cumplir las indicaciones médicas. | Enfermería | Cumplimiento del plan de manejo |
| 12 | Paciente evoluciona satisfactoriamente? | En caso de tenerse una evolución satisfactoria ver paso 13, en caso contrario ver paso 18. | Médico(a) de Staff | --- |
| 13 | Registrar evolución clínica en expediente | Deben actualizarse todas las anotaciones relacionadas a la evolución clínica del paciente y todos los registros propios del servicio. | Médico(a) de Staff o residente | Cumplimiento de requisitos documentales |
| 14 | Actualizar notas de enfermería | El personal de enfermería actualiza las notas correspondientes en el expediente. | Enfermería | Expediente de paciente actualizado |
| 15 | Alta | Brindar a paciente orientación sobre su patología y finalización de tratamiento de forma ambulatoria (según el caso) así como medidas de autocuidado. | Médico(a) de Staff o residente. Enfermería | Paciente estable y en condiciones de alta |
| 16 | Preparar y entregar documentación de citas, referencia o retorno | Enfermera entrega y explica documentación de alta. | Enfermería | Cumplimiento de requisitos documentales |
| 17 | Explicar Referencia o Retorno | El personal de enfermería orienta al paciente sobre la importancia de cumplir la referencia o retorno, según corresponda. | Enfermería | Paciente orientado sobre importancia referencia-retorno |
| 18 | Existe condición crítica? | En caso de determinarse una condición inestable ver paso 19, en caso contrario ver paso 5. | Médico de Staff | --- |
| 19 | Traslado a UCI, o referencia al nivel superior | Manejo de paciente crítico. | Médico de Staff | Manejo adecuado del paciente |

FUENTE: Dirección Nacional de Hospitales, Ministerio de Salud, agosto de 2013.

Esquema 5: Diagrama de flujo del proceso



FUENTE: Dirección Nacional de Hospitales, Ministerio de Salud, agosto de 2013.

Instrumentos Técnico Jurídicos de Referencia

| |
|---|
| DOCUMENTO |
| Carta Iberoamericana de la calidad en la gestión pública |
| Lineamientos técnicos para la referencia, Retorno e interconsulta en las RISS |
| Guías Clínicas de Atención |
| Norma Técnica de Estadísticas y Documentos Médicos de Establecimientos de Salud. |
| Lineamientos técnicos de mejora continua de la calidad en los hospitales de las RISS. |
| Estrategias para la mejora continua de la calidad |

Tabla 13: Fuentes de verificación a utilizar en el proceso

| Nombre | Descripción | Tiempo de conservación | Responsable de conservación |
|--------------------------|---|-------------------------|-----------------------------|
| Censo diario de paciente | Es el registro de los paciente ingresados por cada día y su permanencia en el servicio de hospitalización | Según normativa ESDOMED | ESDOMED |
| Expediente clínico | Historia clínica de atención de pacientes | Según normativa ESDOMED | ESDOMED |

FUENTE: Dirección Nacional de Hospitales, Ministerio de Salud, agosto de 2013.

Tabla 14: Control de cambios y actualizaciones del Proceso

| No. | Fecha de registro anterior | Descripción del cambio |
|-----|----------------------------|------------------------|
| 1 | | |
| | Fecha de modificación | |
| | | |
| No. | Fecha de registro anterior | Descripción del cambio |
| 2 | | |
| | Fecha de modificación | |
| | | |
| No. | Fecha de registro anterior | Descripción del cambio |
| 3 | | |
| | Fecha de modificación | |
| | | |
| No. | Fecha de registro anterior | Descripción del cambio |
| 4 | | |

FUENTE: Dirección Nacional de Hospitales, Ministerio de Salud, agosto de 2013.

PROCESO DE ATENCIÓN DE LA UNIDAD DE EMERGENCIA

Propósito

Implementar y estandarizar la organización del proceso de atención de la Unidad de Emergencia en todos los hospitales de la red pública, para facilitar la gestión de la atención brindada y propiciar un escenario de mejora continua.

Alcance

El alcance del proceso se clasifica como “sectorial”, debido a que para su adecuada operatividad deben intervenir diversos actores de la red de atención, para lo que se vuelve necesaria la coordinación entre diferentes instituciones y unidades administrativas.

Operativización

- No debe negarse el acceso a ninguna persona que manifieste su necesidad de atención en la Unidad de Emergencia.
- Toda persona que de alguna forma manifiesta su necesidad de atención en la unidad de emergencia debe ser evaluada por personal médico.
- El profesional que evalúa a las personas al momento de su arribo en ambulancia u otro vehículo al parqueo del servicio de emergencia debe ser un profesional capacitado en triage, a fin de determinar el nivel de complejidad que pudieran presentarse.
- Es el responsable de realizar el triage quien defina el tiempo de atención al paciente.
- En caso que sea llevado a la emergencia del hospital, una persona fallecida, debe dejarse evidencia de la condición del paciente, solventando requisitos legales y operativos.
- Las evaluaciones clínicas deben ser de acuerdo a Guías Clínicas oficiales.
- Los destinos posibles del paciente estabilizado podrán ser: partos, cuidados intensivos, hospitalización, sala de operaciones o referido a un centro de mayor complejidad.
- Si el médico(a) tratante en la unidad de emergencia, decide según la evaluación realizada al paciente, que este amerita manejo médico, el servicio destino puede ser el área de observación u hospitalización, según caso particular.
- El(la) paciente fallecido(a) debe ser trasladado a la morgue.
- En caso de referencia se utiliza, los Lineamientos de Referencia Retorno e interconsulta en las RIIS.

- La jefatura de la Unidad es la responsable de velar por que se cuenten con los insumos y medicamentos necesarios para la atención oportuna de los(as) pacientes.

Tabla 15: Descripción del proceso

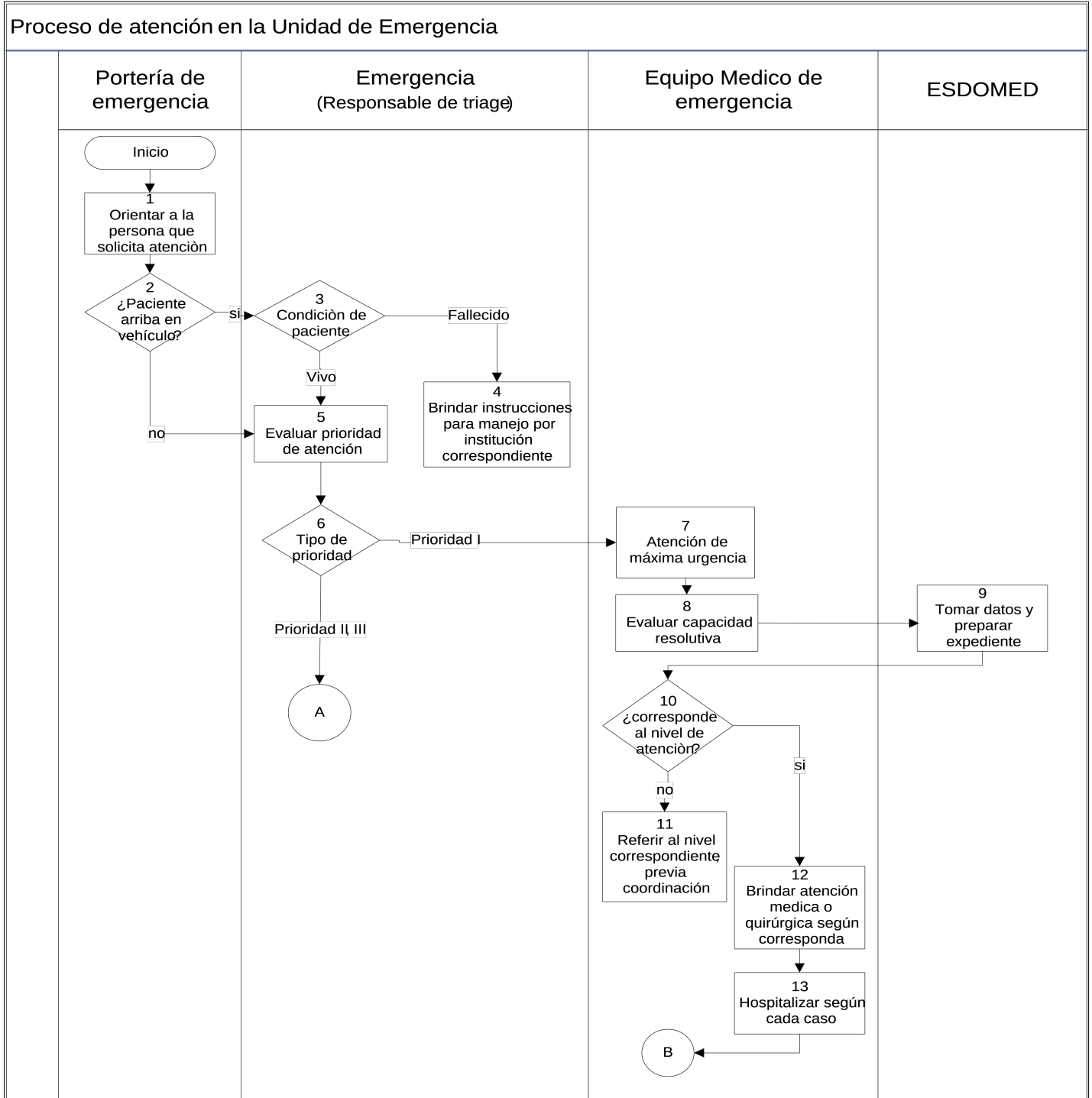
| No . | Secuencia de Actividades | Descripción de la actividad | Responsable | Resultado esperado |
|-------------|--|--|--|--|
| 1 | Orientar al paciente en portería | El personal de portería orienta de forma clara hacia adonde debe dirigirse el paciente para recibir la atención solicitada. | Servicios Generales | Orientación del paciente |
| 2 | El paciente arriba en Vehículo? | El profesional responsable de realizar el triage evalúa la condición del paciente. | El profesional responsable de realizar el triage | --- |
| 3 | Condición del paciente | Si el paciente se encuentra fallecido ver paso 4, si se encuentra vivo, ver paso 5. | El profesional responsable de realizar el triage | --- |
| 4 | Manejo del cadáver | Se deben brindar las instrucciones para manejo del cadáver por la institución correspondiente. | El profesional responsable de realizar el triage | Manejo adecuado del cadáver |
| 5 | Evaluar prioridad de atención | El profesional responsable de realizar el triage define la prioridad de atención del paciente. | El profesional responsable de realizar el triage | Establecer la prioridad de atención del paciente |
| 6 | Tipo de Prioridad | Si el profesional responsable de realizar el triage define que es Prioridad I, pase al paso 7, si es Prioridad II o III pase al paso 14 | El profesional responsable de realizar el triage | --- |
| 7 | Pasa atención en Máxima Urgencia | El equipo médico de emergencia atiende a paciente en máxima urgencia, | Unidad de Emergencia | Atención adecuada del paciente |
| 8 | Evaluar si el paciente corresponde al nivel de atención del hospital | El equipo médico de emergencia atiende a paciente en máxima urgencia, y evalúa la capacidad resolutive del hospital a fin de decidir si el paciente corresponde al nivel hospitalario o debe ser referido al nivel superior. | Unidad de Emergencia | Decisión si el paciente continuará siendo atendido en la institución, o debe ser referido al nivel superior. |
| 9 | Toma de datos y preparar expediente | El personal de ESDOMED toma datos para elaborar expediente, este paso debe ser simultaneo con el paso 8. | ESDOMED | Expediente elaborado |
| 10 | ¿El paciente corresponde al nivel de atención del hospital? | Si el paciente no corresponde al nivel hospitalario ver paso 11, de lo contrario ver paso 12 | Equipo médico de emergencia | _____ |

| No . | Secuencia de Actividades | Descripción de la actividad | Responsable | Resultado esperado |
|-------------|--|---|-----------------------------|--|
| 11 | Referir al nivel correspondiente | Si se determina que el paciente no corresponde al nivel hospitalario, referir al nivel correspondiente una vez se encuentre estabilizado el paciente y previa coordinación. | Unidad de Emergencia | Paciente estabilizado y referido al nivel hospitalario correspondiente |
| 12 | Brindar atención médica o quirúrgica según corresponda | Según cada caso, se brinda al paciente tratamiento médico o quirúrgico, según corresponda. | Equipo médico de emergencia | Atención oportuna y adecuada del paciente |
| 13 | Hospitalizar | Según la atención brindada, hospitalizar en el área correspondiente. | Equipo médico de emergencia | Atención adecuada del paciente |
| 14 | Realizar evaluación médica | Una vez definido que el paciente es Prioridad II o III, se debe brindar una evaluación médica. | Equipo médico de emergencia | Evaluación médica completa |
| 15 | Se necesitan exámenes y/o interconsulta médica? | Son necesarios para el paciente exámenes de apoyo diagnóstico y /o interconsulta médica, si es <u>Si</u> ver paso 16, si es <u>No</u> ver paso 18. | Unidad de emergencia | |
| 16 | Gestión de exámenes y/o Interconsulta médica | Se debe realizar la gestión para la toma y realización de exámenes de apoyo diagnóstico y/o interconsulta médica. | Unidad de emergencia | Exámenes y/o interconsulta médica realizadas |
| 17 | Reevaluar con resultados de exámenes y/o interconsulta | Una vez se tenga el resultado de exámenes y/o interconsulta médicas indicadas reevaluar caso de paciente. | Unidad de emergencia | Reevaluación médica |
| 18 | El paciente amerita manejo quirúrgico? | Definir si el manejo de resolución de patología es quirúrgico, si es <u>Si</u> ver paso 19, si es <u>NO</u> , ver paso 21 | Unidad de emergencia | --- |
| 19 | Tomar datos y preparar expediente | El(la) técnico(a) de ESDOMED toma datos y prepara expediente. | ESDOMED | Expediente disponible |
| 20 | Preparar paciente y trasladar | Una vez definido el manejo del paciente, el personal de enfermería lo prepara y traslada al servicio o unidad hospitalaria correspondiente según cada caso. | Unidad de emergencia | Paciente en servicio o unidad correspondiente |
| 21 | El paciente amerita manejo médico. | Definir si el manejo de resolución de patología es médico, si es <u>Si</u> ver paso 22, si es <u>NO</u> ver paso 24 | Unidad de emergencia | --- |

| | | | | |
|----|--|--|----------------------|---|
| 22 | Tomar datos y preparar expediente | El técnico de ESDOMED toma datos y prepara expediente | ESDOMED | Expediente disponible |
| 23 | Preparar paciente y trasladar | Una vez definido el manejo del paciente, el personal de enfermería lo prepara y traslada al servicio o unidad hospitalaria correspondiente según cada caso. | Unidad de emergencia | Paciente en servicio o unidad correspondiente |
| 24 | El paciente no amerita manejo médico ni quirúrgico | Si el paciente según la evaluación realizada no amerita para la resolución de su patología tratamiento médico, ni quirúrgico, debe ser referido a consulta externa correspondiente o al nivel de atención correspondiente. | Unidad de emergencia | Derivación oportuna de paciente. |

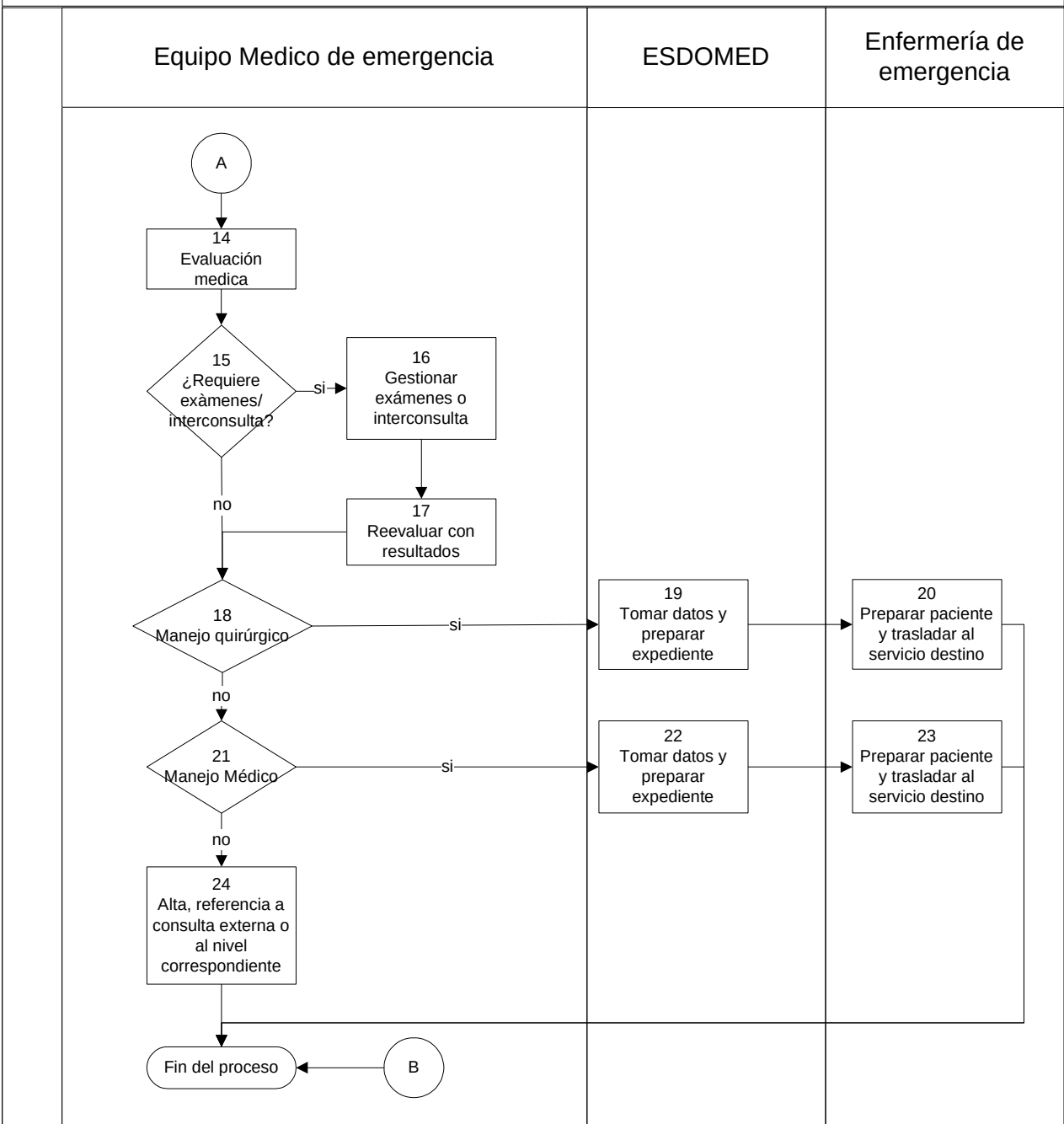
FUENTE: Dirección Nacional de Hospitales, Ministerio de Salud, agosto de 2013.

Esquema 6: Diagrama de flujo del proceso



FUENTE: Dirección Nacional de Hospitales, Ministerio de Salud, agosto de 2013.

Proceso de atención en la Unida de Emergencia (continuación)



FUENTE: Dirección Nacional de Hospitales, Ministerio de Salud, agosto de 2013.

Instrumentos técnico jurídicos de Referencia.

| |
|---|
| DOCUMENTO |
| Carta Iberoamericana de la calidad en la gestión pública |
| Lineamientos técnicos para la referencia, Retorno e interconsulta en las RISS |
| Guías Clínicas de Atención |
| Norma Técnica de Estadísticas y Documentos Médicos de Establecimientos de Salud. |
| Lineamientos técnicos de mejora continua de la calidad en los hospitales de las RISS. |
| Estrategias para la mejora continua de la calidad |

Tabla 16 : Fuentes de verificación a utilizar en el proceso

| Nombre | Descripción | Tiempo de conservación | Responsable de conservación |
|--------------------------|---|-------------------------------|------------------------------------|
| Censo diario de paciente | Es el registro de los paciente ingresados por cada día y su permanencia en el servicio de hospitalización | Según normativa ESDOMED | ESDOMED |
| Expediente clínico | Historia clínica de atención de pacientes | Según normativa ESDOMED | ESDOMED |

FUENTE: Dirección Nacional de Hospitales, Ministerio de Salud, agosto de 2013.

VI. Disposiciones finales

A. Sanciones por el incumplimiento

Todo incumplimiento al presente manual, será sancionado de acuerdo a lo prescrito en las Leyes administrativas pertinentes.

B. De lo no previsto

Lo que no esté previsto en el presente manual, se debe resolver a petición de parte, por medio de escrito dirigido al Titular de esta Cartera de Estado, fundamentando la razón de lo no previsto técnica y jurídicamente.

VII. Vigencia

El presente manual entra en vigencia a partir de la fecha de su oficialización por parte de la Titular.

San Salvador, a los veintidós días del mes de septiembre de dos mil catorce.



Elvia Violeta Menjivar
Ministra de Salud