POR VALIDAR

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA OFICINA DE ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN - RED PRESTACIONAL REBAGLIATI

M02 PRESTACIONES DE SALUD

GRADO	CARGO	NOMBRE Y APELLIDOS	FIRMA
Validado por	Jefa de Oficina	Dra. Evangelina Santos Reyes	
Validado por			

HOJA DE CONTROL DE CAMBIOS

N°	ITEMS	DESCRIPCION DEL CAMBIO	VERSION	FECHA DE VIGENCIA

INDICE

1. OBJETIVO DEL DOCUMENTO 5
2. FINALIDAD 5
3. ALCANCE 5
4. BASE LEGAL 5
5. VIGENCIA 6
6. DEFINICIONES Y TERMINOS 6
7. CONSIDERACIONES 8
8. ASPECTOS GENERALES 10
8.1 ALINEAMIENTO DE LOS PROCESOS CON EL MAPA DE PROCESOS NIVEL 0 Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y OPERATIVOS. 11
8.2 DIAGRAMA DE BLOQUES - PROCESOS 12

9. MATRIZ CLIENTE PRODUCTO 13
10. MATRIZ DE RESPONSABILIDADES 14

11. INVENTARIO DE PROCESOS 15
12. PROCEDIMIENTOS - DESCRIPCIÓN 16
(FICHAS DE PROCEDIMIENTOS, MODELADOS DE LOS PROCESOS, INDICADORES DE GESTIÓN, FICHAS DE RIESGOS)
13. FACTORES CRÍTICOS 29
14. OPORTUNIDAD DE MEJORA 29
15. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 29

1. OBJETIVO DEL DOCUMENTO

Determinar los procesos y procedimientos relacionados a la Gestión de la Oficina de Atención de Hospitalización, a fin de que este documento técnico sea considerado como lineamiento que orienten y proporcionen criterios técnicos en la Red Prestacional Rebagliati, con el propósito de propiciar la eficiencia en la gestión institucional y contribuir en la satisfacción de los asegurados.

2. FINALIDAD

Fortalecer el sistema de Atención de Hospitalización de la Red Prestacional Rebagliati, el cual permitirá contribuir en el cumplimiento de los objetivos institucionales.

3. ALCANCE

Los procesos y procedimientos del presente manual son de aplicación y cumplimiento de todo el personal de la Oficina de Atención de Hospitalización y de la Red Prestacional Rebagliati.

4. BASE LEGAL

4.1 Ley Nº 26842, Ley General de Salud y modificatoria.

4.2 Ley Nº 27056. Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD) y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N" 002-99-TR y modificatoria.

4.3 Ley Nº 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo Nº 009-97-SA y modificatorias; ampliatorias y complementarias.

4.4 Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública, modificada por Ley Nº28496.

4.5 Decreto Supremo Nº 040-2014-PCM que aprueba el Reglamento General de la Ley Nº 30057, Ley del Servicio Civil.

4.6 Ley N° 27669, Ley del Trabajo de la Enfermera (o)

4.7 Proyecto de Ley N° 6474-202. Presentación de Ley que modifica la Ley N° 27669, Ley del Trabajo de la Enfermera (o)

4.8 Acuerdo de Consejo Directivo N° 4-3 ESSALUD-2020 de fecha 06 de febrero de 2020, se aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2020 – 2024 del Seguro Social de Salud – EsSalud.

4.9 Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 019 GCPS-ESSALUD-2020, aprobar, el Documento Técnico: “Implementación del Trabajo Remoto para el Personal Asistencial de EsSalud” y modificatorias, ampliatorias y complementarias.

4.10 Resolución de Presidencia del Consejo Directivo N° 00016-2019/CEPLAN/PCD. Modificar la sección la sección 6 de la Guía para el Planeamiento Institucional.

4.11 Resolución de Gerencia General N° 973 GG-ESSALUD-2019, que aprueba el documento técnico de gestión “Mapa de Macroprocesos del Seguro Social de Salud – ESSALUD”

4.12 Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 125-PE-ESSALUD-2018, que aprueba el Reglamento de Organización Funciones de la Red Prestacional Rebagliati

4.13 Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 254-PE-ESSALUD-2017, que aprueba el Manual de Perfiles de Puestos – MPP de EsSalud.

4.14 Resolución de Gerencia General N° 227-GG-ESSALUD-2019, que aprueba la Directiva de Gerencia General N° 004-GCPP-ESSALUD-2019, “Directiva para la Implementación de la Gestión por Procesos del Seguro Social De Salud – EsSalud”

4.15 Resolución de Gerencia General Nº 1806-GG-ESSALUD-2017, que aprueba la Directiva Nº 002-GG-ESSALUD-2017, "Normas para la Formulación, Aprobación, Publicación y Actualización de Directivas en ESSALUD".

4.16 Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 58 GCPS-ESSALUD-2016, que aprueba la Directiva N° 009 GCPS- ESSALUD- 2016, "Normas para la elaboración del Manual de Procedimientos Asistenciales en el Seguro Social de Salud – ESSALUD".

4.17 Resolución de Gerencia General N° 1008-GG-ESSALUD-2014, que aprueba la Directiva de Gerencia General Nº 012-GG-ESSALUD-2014, "Programación de las Actividades Asistenciales de los Profesionales y No Profesionales del Seguro Social de Salud – ESSALUD" y modificatorias; ampliatorias y complementarias.

4.18 Resolución de Gerencia General N° 245 GG-ESSALUD-2010, que aprueba la Directiva N° 006 GG-ESSALUD-2010, "Directiva para la Formulación y Evaluación del Requerimiento de Recursos Humanos Asistenciales en ESSALUD".

5. VIGENCIA

El presente manual tiene vigencia hasta la modificación en la estructura organizacional y/o funciones de la Oficina de Atención de Hospitalización de la Red Prestacional Rebagliati.

6. DEFINICIONES Y TERMINOS.

- **ACCIÓN ESTRATÉGICA:** Conjunto de actividades ordenadas que contribuyen al logro de un objetivo estratégico y que involucran el uso de recursos. Asimismo, cuentan con unidad de medida y meta física determinada. Permiten articular de manera coherente e integrada con otras acciones estratégicas el logro de los objetivos estratégicos.
- **ACTIVIDAD:** conjunto de procesos u operaciones mediante los cuales se genera valor al utilizar los insumos, dando lugar a un producto determinado.
- **ACTIVIDAD ASISTENCIAL:** Conjunto de acciones específicas asistenciales que coadyuvan y optimizan la atención y bienestar del paciente. Lo realizan profesionales de la salud y personal asistencial capacitado, según asignación de funciones, considerando además nivel de resolución complejidad del Centro Asistencial.
- **ACTO MÉDICO:** Conjunto de acciones o disposiciones que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica y en el cumplimiento estricto de sus deberes y funciones. El acto médico es de exclusiva competencia y responsabilidad del médico y debe estar sustentado en un Historia Clínica veraz y suficiente que contenga las prácticas y procedimientos aplicados al usuario de los servicios de salud para resolver el problema de salud diagnosticado y comprende los registros de obligación institucional a fin de ser susceptible de auditorías internas y externas del Acto del Profesional de Salud.
- **AUTOGENERADO:** Es la identificación en formato alfanumérica del asegurado de la institución el cual se sigue usando en el Sistema de Gestión Hospitalaria (SGH).
- **AYUDA AL DIAGNÓSTICO EN EMERGENCIA:** Conjunto de examen, pruebas que se ejecutan para ayudar a los médicos o profesionales de salud a conocer más sobre el estado de salud del paciente.
- **CENTRO QUIRÚRGICO.** Ambiente físico compuesto por salas quirúrgicas, ambiente para enfermeras, ambiente para la jefatura y ambientes de apoyo.
- **CONSENTIMIENTO INFORMADO**: Es la conformidad expresa del paciente o de su representante legal cuando el paciente está imposibilitado de hacerlo(por ejemplo, menores de edad, pacientes con discapacidad mental o estado de inconciencia, u otro), con respecto a su atención médica quirúrgica o algún procedimiento, en forma libre, voluntaria, y consciente, después qué el médico o profesional de salud competente que realizará el procedimiento le ha informado de la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos colaterales y efectos adversos, así como los beneficios, lo cual debe ser registrado y firmado en un documento, por el paciente o su representante legal y el profesional responsable de la atención
- **CONSULTORIOS MÉDICOS FUNCIONALES:** Son los ambientes físicos utilizados en varios

turnos de atención.

- **CONSULTORIOS MÉDICOS FÍSICOS:** Son los ambientes físicos utilizados destinados a brindar la atención médica.
- **ENFERMERA CIRCULANTE**: es la enfermera que realiza procedimientos generales y específicos de enfermería establecidos en el cuidado integral del paciente y es la enfermera no estéril y que verifica que la intervención, paciente y material quirúrgico sean los correspondientes al acto quirúrgico.
- **CALIDAD:** Conjunto de atributos o características de un bien o servicio que califica su aptitud para satisfacer las necesidades de sus usuarios. Para evaluarla se utilizan como referencia estándares referidos a oportunidad, accesibilidad, precisión y continuidad en la entrega del servicio, comodidad y cortesía en la atención, entre otros.
- **DEMANDA DE SERVICIOS:** Es el número de atenciones de salud o prestaciones solicitadas por los asegurados en un determinado período.
- **EFICIENCIA:** Es la relación entre los insumos o recursos empleados y los resultados o productos alcanzados.
- **EFICACIA:** Es el grado y el plazo que se logran los efectos y los resultados previstos.
- **ENTORNO:** Porción de la realidad que puede afectar al sistema o ser afectada por éste. Se llama también ambiente.
- **EPIDEMIOLOGÍA:** Es el estudio de la distribución y de los determinantes de los estados o acontecimientos relacionados con la salud de determinadas poblaciones y la aplicación de este estudio al control de los problemas de salud. La información epidemiológica, principalmente aquella que define los riesgos individuales de la población y/o del entorno físico ha sido la esencia de la salud pública, y ha servido de base a las actividades de prevención de la enfermedad.
- **ESCENARIO:** Es la descripción de una situación futura. Se construye sobre el conjunto de variables estratégicas y refleja un comportamiento futuro de las mismas, permitiendo reconocer los riesgos y oportunidades.
- **ESTRATEGIA:** Es el conjunto de pasos y pautas que define una organización o institución para cumplir con su misión y alcanzar sus objetivos, buscando maximizar sus ventajas y minimizar sus desventajas competitivas.
- **EVALUACIÓN:** Se refiere al proceso de determinar el mérito, valor, calidad o beneficio de un producto o resultado de algo.
- **FORMATO DE SOLICITUD DE SALA:** Documento que se emite a través del sistema informático para solicitar una sola quirúrgica al departamento de Anestesiología por parte de los médicos o profesionales de la salud y que es visado por los jefes de servicios.
- **HISTORIA CLÍNICA:** Documento médico legal, obligatorio y confidencial, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los procedimientos ejecutados por el equipo de salud que intervienen en la atención del paciente. Este documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente, padres, responsables legales o los acompañantes cuando el paciente es menor de edad, o en los casos previstos por ley pueda darse físicamente el original o la copia fedateada, o mediante un registro electrónico.
- **HORAS DISPONIBLES:** Número de horas del personal disponibles para realizar las prestaciones de salud y actividades asistenciales, según el periodo de referencia (para el caso mensual) del Centro Asistencial.
- **HORAS REQUERIDAS:** Número de horas personal que se requieren en el periodo de referencia, para realizar las prestaciones de salud y actividades asistenciales programadas o estimadas para dicho periodo.

- **IDENTIFICACIÓN SEGURA DEL PACIENTE:** es el proceso mediante el cual se verifica que el paciente es quien dice ser, este proceso se inicia con el registro correspondiente y posterior colocación de un brazalete o pulsera de identificación que contendrá los datos
- **INDICADOR:** Es una medida asociada a una característica del resultado, del bien y servicio, del proceso y del uso de los recursos; que permite a través de su medición en periodos sucesivos y por comparación con el estándar establecido, evaluar periódicamente dicha característica y verificar el cumplimiento de los objetivos planificados.
- **INDICADOR DE SALUD:** Es una característica de un individuo, población o entorno susceptible de medición (directa o indirecta) y que puede utilizarse para describir uno o más aspectos de la salud de un individuo o población (calidad, cantidad y tiempo)
- **INSUMO:** Es el bien, servicio y/o información que será transformado en el proceso en producto (bienes o servicios).
- **JEFE DE GUARDIA:** Es el médico encargado de coordinar o dirigir funcionalmente las actividades administrativas y asistenciales de la atención de pacientes durante el turno programado. En el caso de Servicios de Emergencia será el especialista del servicio.
- **MÉDICO TRATANTE:** Es el médico que inicia tratamiento o determina un procedimiento médico o quirúrgico, o lo modifica, dejando constancia escrita de el/los actos médicos que se realicen en atención del paciente.
- **LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGIA SEGURA**: Formato de verificación que busca disminuir los eventos adversos asociados a la atención de pacientes en sala de operaciones y recuperación de los establecimientos de salud.
- **PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL:** Actividad médica para diagnóstico o tratamiento, en la que pueden complementariamente participar otros trabajadores asistenciales, como el personal de enfermería que cuando no constituye parte de la Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia, requiere ser programada. Ejemplo: Electroencefalografía, Endoscopía, Prueba de Esfuerzo, entre otros.
- **PROGRAMACIÓN ASISTENCIAL:** Es la formulación ordenada de las actividades asistenciales elaborada por el Jefe de Servicio o quien haga sus veces, para cumplimiento de las metas del Establecimiento de Salud.
- **REGISTRO:** Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.
- **RENDIMIENTO:** Es el indicador que relaciona la cantidad de prestaciones promedio realizadas por un trabajador en una unidad de tiempo.
- **RIESGO:** Es un evento desfavorable que no ha ocurrido aún, y de ocurrir puede afectar negativamente el cumplimiento de los objetivos estratégicos, siempre que no se tomen decisiones para disminuir o anular su efecto.
- **SALUD:** Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia sino, incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos.
- **SALUD PÚBLICA:** La salud pública es un concepto social y político destinado a mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de las poblaciones mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria.
- **SEGUIMIENTO:** Mecanismo para evaluar regularmente la situación del programa, observando si las actividades se llevaron a cabo, como fueron planeadas y se dieron los resultados esperados.
- **SUPERVISIÓN:** Proceso Administrativo en inspección, apoyo y vigilancia que persigue el desarrollo y cumplimiento de las actividades según responsabilidad del personal respectivo según normas vigentes y lineamientos institucionales. La supervisión facilita la toma de

decisiones y el mejoramiento de la calidad de la atención de Enfermería en el que el Supervisado interactúan permanentemente.

- **UNIDAD DE REQUERIMIENTO:** Es un grupo ocupacional identificado y una especialidad de dicho grupo (si aplica) de un Centro Asistencial determinado que se constituye en un recurso para producir prestaciones y sobre el cual se formula el requerimiento.

7. CONSIDERACIONES

7.1 El presente Manual de Procesos y Procedimientos de la **Oficina de Atención de Hospitalización** está sujeto a modificaciones, mejoras y desarrollo con mayor detalle y/o actualizaciones, debido a que los procesos son siempre dinámicos en su desarrollo y por lo cual este importante documento debe ser considerado como una primera versión.

7.2 Los procesos considerados en este Manual son los más importantes de la **Oficina de Atención de Hospitalización** llamados como procesos misionales, estratégicos y de soporte o apoyo.

7.3 El presente Manual de Procesos y Procedimientos se basa en la Directiva de Gerencia General N° 004-GCPP-ESSALUD-2019, “Directiva para la Implementación de la Gestión por Procesos del Seguro Social De Salud – EsSalud” el cual se indica en Resolución de Gerencia General N° 227-GG-ESSALUD-201.

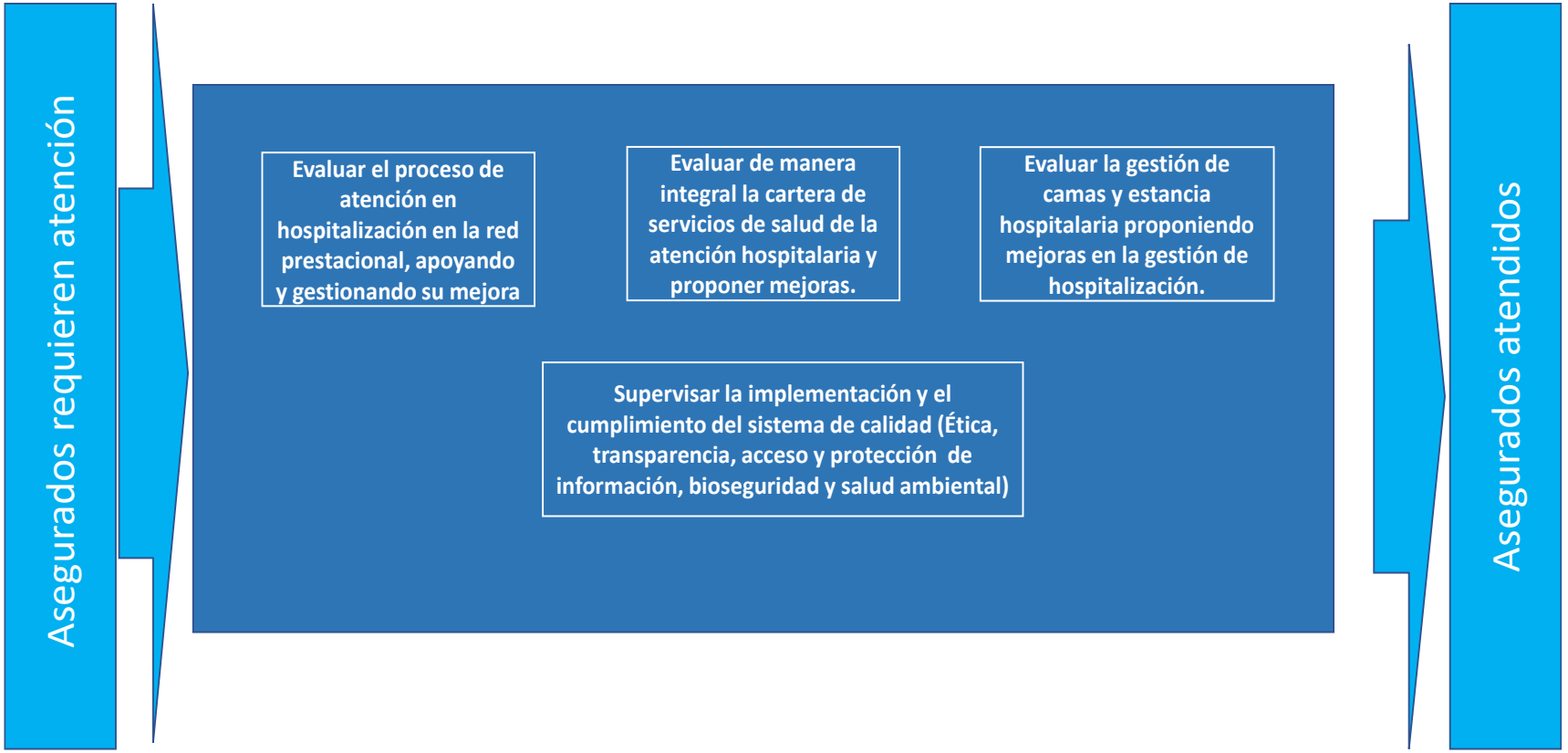
8. ASPECTOS GENERALES

8.1 ALINEAMIENTO DE LOS PROCESOS CON EL MAPA DE PROCESOS NIVEL 0 Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y OPERATIVOS

Objetivo Estratégico PEI		Acciones Estratégicas Institucionales		MACRO PROCESO VINCULADO	INDICADOR DE ALINEAMIENTO
OE1	Proteger Financieramente las Prestaciones que se brindan a los Asegurados garantizando una gestión eficiente de los recursos	AEI 1.1	Gestión oportuna y eficiente de los recursos para financiar los servicios institucionales	E01 Gestión de Planificación Estratégica. M01 Gestión de Aseguramiento en Salud S02 Gestión Financiera E03 Gestión de Riesgos S01 Gestión Logística M02 Prestaciones de Salud E04 Gestión de Calidad E02 Modernización M03 Prestaciones Sociales M04 Prestaciones Económicas E06 Control Interno	Ratio de deuda respecto al Presupuesto Índice de siniestralidad por tipo de Seguro Variación de la tasa de retorno de inversiones financieras respecto al periodo anterior Porcentaje de dispensación de medicamentos respecto al total prescrito Variación del gasto asistencial de las personas atendidas en situación de afiliación indebida o por fuera de su cobertura de salud Porcentaje de Gasto administrativo respecto al Presupuesto total
		AEI 1.2	Manejo eficiente de los gastos institucionales		
OE2	Brindar a los asegurados acceso oportuno a prestaciones integrales y de calidad acorde a sus necesidades	AEI 2.1	Mejorar el modelo de atención integral diferenciado por ciclo de vida, con asegurados empoderados en sus derechos y deberes.	M02 Prestaciones de Salud M03 Prestaciones Sociales M04 Prestaciones Económicas M01 Gestión de Aseguramiento en Salud S04 Gestión Jurídica E04 Gestión de Calidad E02 Modernización E03 Gestión de Riesgos S02 Gestión Financiera S01 Gestión Logística S08 Gestión de Proyectos de Inversión S07 Gestión de Tecnologías de Información y comunicación S03 Gestión de Capital Humano	- Satisfacción del usuario - Porcentaje de cumplimiento de la cartera de servicios preventivos según norma técnica o protocolo nacional establecido - Porcentaje de cumplimiento de adherencia alta a las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (GPC) o protocolo establecido - Diferimiento en Consulta Externa en centros asistenciales del primer nivel - Adherencia al registro de eventos relacionados a la seguridad del paciente - Porcentaje de atenciones de emergencia de prioridad IV y V - Porcentaje de referencia no pertinentes - Porcentaje de Contrarreferencias - Diferimiento de citas en procedimientos de apoyo al diagnóstico en Radiología y Ecografía - Porcentaje de equipamiento operativo de Resonador, Tomógrafo, Equipo de Rayos X,
		AEI 2.2	Estándares de calidad alineados a las expectativas y necesidades de los asegurados		
		AEI 2.3	Articulación efectiva de la red inter e intrainstitucional al servicio del asegurado		
		AEI 2.4	Servicios disponibles para brindar atenciones con oportunidad y calidad a los asegurados.		
		AEI 2.5	Recurso humano disponible,		

		AEI 2.6	competente y eficientemente distribuido. Prevención de la vulnerabilidad y gestión de desastres	E01 Gestión de Planificación Estratégica S06 Gestión de Seguridad Integral, Emergencias y desastres E06 Control Interno	Ecógrafo, Endoscopio - Porcentaje de personal evaluado - Ratio médica x10000 asegurados - Porcentaje de ausentismo laboral (en horas) - Porcentaje de riesgos en IPRESS de mayor vulnerabilidad
OE3	Impulsar la transformación digital y la gestión para resultados centrada en los asegurados logrando modernizar la institución	AEI 3.1 AEI 3.2 AEI 3.3 AEI 3.4	Implementación de procesos para la separación de funciones según la Ley AUS Implementación de Sistemas Interoperables, que brinden información confiable y oportuna para tomar decisiones en la institución Gestión institucional articulada con enfoque de resultados y centrada en el asegurado Desempeño ético y empático de los colaboradores en la institución	E01 Gestión de Planificación Estratégica E02 Modernización S07 Gestión de Tecnologías de Información y comunicación S08 Gestión de Proyectos de Inversión S05 Gestión Documental - M01 Gestión de Aseguramiento en Salud - E05 Gestión de Imagen Institucional - E06 Control Interno - E04 Gestión de Calidad S03 Gestión de Capital Humano - E03 Gestión de Riesgos	- Porcentaje de procesos implementados en el marco de la separación de funciones - Porcentaje de sistemas clave interoperables - Porcentaje de procesos que son soportados por sistemas clave interoperables - Porcentaje de aplicativos implementados en nube - Ratio de indicadores clave de gestión obtenidos por algoritmos automatizados, en los Procesos misionales - Índice de percepción de buen trato en los servicios - Índice de clima laboral

8.2 DIAGRAMA DE BLOQUES - PROCESOS



9. MATRIZ CLIENTE-PRODUCTO

CLIENTE / PRODUCTO		[Proceso evaluado] Evaluar el proceso de atención en hospitalización en la red prestacional, apoyando y gestionando su mejora	[Rendimiento de camas evaluadas] Evaluar la gestión de camas y estancia hospitalaria en la Red Hospitalaria proponiendo mejoras en la gestión de hospitalización	[Sistema de Calidad supervisada] Implementar y supervisar el cumplimiento del sistema de calidad (Ética, transparencia, acceso y protección de información, bioseguridad y salud ambiental) en la atención de hospitalización de la Red prestacional
INTERNO	Gerencia de Red Prestacional	X	X	X
	Oficina de Atención Quirurgica	X	X	X
	Servicios del HNERM	X	X	X
	IPRESS de la Red	X	X	X
EXTERNO	Asegurado-Paciente			X
	SUSALUD	X	X	X
	MINSA			

10.MATRIZ DE RESPONSABILIDADES

PROCESOS / ÁREA SERVICIOS	Evaluar el proceso de atención en hospitalización en la red prestacional, apoyando y gestionando su mejora	Evaluar la gestión de camas y estancia hospitalaria en la Red Hospitalaria proponiendo mejoras en la gestión de hospitalización	Implementar y supervisar el cumplimiento del sistema de calidad (Ética, transparencia, acceso y protección de información, bioseguridad y salud ambiental) en la atención de hospitalización de la Red prestacional
Gerencia de Red Prestacional	A,I	A,I	A,I
Oficina de Atención de Hospitalización	R	R	R
Servicios del HNERM	C	C	C
IPRESS de la Red	C	C	C

R: *Responsible* / Responsable. Es el que se encarga de hacer la tarea o actividad.

A: *Accountable* / Persona a cargo. Es la persona que es responsable de que la tarea esté hecha. No es lo mismo que la R, ya que no tiene porqué ser quien realiza la tarea, puede delegarlo en otros. Sin embargo, si es quien debe asegurarse de que la tarea sea haga, y se haga bien.

C: *Consulted* / Consultar. Los recursos con este rol son las personas con las que hay consultar datos o decisiones con respecto a la actividad o proceso que se define.

I: *Informed* / Informar. A estas personas se las informa de las decisiones que se toman, resultados que se producen, estados del servicio, grados de ejecución…

Todas las filas tienen que tener **una y solo una A**, **al menos una R**, y pueden tener **ninguna o varias C o I**.

Un mismo recurso puede tener varios roles, por ejemplo, ser responsable y persona a cargo de la tarea (RA).

(

11 NVENTARIOS DE LOS PROCESOS

Código Nivel 0	Proceso de Nivel 0	Código Nivel 1	Proceso Nivel 1	Código Nivel 2	Procesos Nivel 2	Código Nivel 3	Procesos Nivel 3
M02	Prestaciones de Salud	M02.xx	Gestión de la Oficina de Atención de Hospitalización de la Red Prestacional Rebagliati	M02.xx.01	Evaluación, coordinación y mejoras	M02.xx.01.01	Evaluar el proceso de atención en hospitalización en la red prestacional, apoyando y gestionando su mejora
						M02.xx.01.02	Evaluar la gestión de camas y estancia hospitalaria en la Red Hospitalaria proponiendo mejoras en la gestión de hospitalización
				M02.xx.02	Control y seguimiento	M02.01.02.01	supervisar la implementación y el cumplimiento del sistema de calidad (Etica, transparencia, acceso yprotección de información, bioseguridad y salud ambiental)

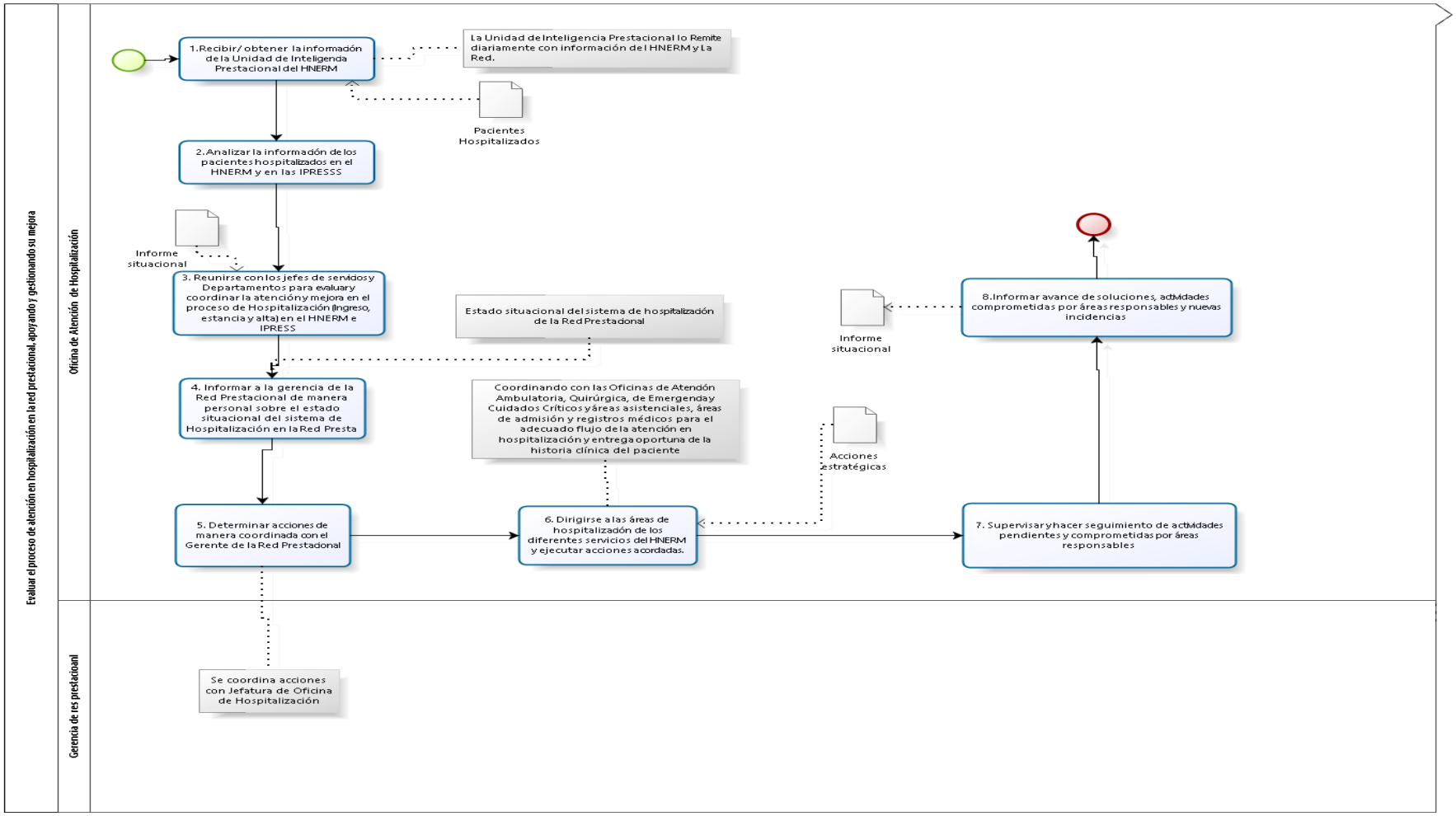
12. PROCEDIMIENTOS-DESCRIPCION

Ficha de Procedimiento:

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO						
Nombre	Evaluar el proceso de atención en hospitalización en la red prestacional, apoyando y gestionando su mejora					
Objetivo	Lograr que la hospitalización de los pacientes se ejecute oportunamente incrementando la accesibilidad, reduciendo las estancias hospitalarias y otros indicadores relacionados con la satisfacción del usuario y la oportunidad de la atención					
Alcance	Inicio: Revisión de información remitida por la unidad de gestión de la información estratégica Fin: Informe de estado situacional a Gerente de Red Prestacional coordinando soluciones.					
Proveedor	**Entrada**		**Descripción de Actividades**		**Salidas**	**Destinatario de los bienes y servicios**
			Lista de Actividades	**Ejecutor**		
Unidad de Inteligencia Prestacional-UIP del HNERM	Informe sobre pacientes Hospitalizados de la UIP	1	Recibir / obtener la información de la Unidad de Inteligencia Prestacional.	Jefatura de la Oficina Oficina de Atención de Hospitalización	Información obtenida sobre pacientes hospitalizados y otros temas afines.	Jefatura de la Oficina Oficina de Atención de Hospitalización
Jefatura de la Oficina Oficina de Atención de Hospitalización	Información obtenida sobre pacientes hospitalizados y otros temas afines.	2	Analizar la información de los pacientes hospitalizados en el HNERM y en las IPRESS	Jefatura de la Oficina Oficina de Atención de Hospitalización	Información situacional	Jefatura de la Oficina Oficina de Atención de Hospitalización
Jefatura de la Oficina Oficina de Atención de Hospitalización	Información situacional	3	Reunirse con los jefes de servicios y Departamentos para evaluar y coordinar la atención y mejora en el proceso de Hospitalización (Ingreso, estancia y alta) en el HNERM e IPRESS	Jefatura de la Oficina Oficina de Atención de Hospitalización	Estado situacional del sistema de hospitalización de la Red Prestacional	Jefatura de la Oficina Oficina de Atención de Hospitalización
Jefatura de la Oficina Oficina de Atención de Hospitalización	Estado situacional del sistema de hospitalización de la Red Prestacional	4	Informar a la gerencia de la Red Prestacional de manera personal sobre el estado situacional del sistema de Hospitalización en la Red Prestacional	Jefatura de la Oficina Oficina de Atención de Hospitalización	Gerencia Informada	Gerente de Red Prestacional

Jefatura de la Oficina Oficina de Atención de Hospitalización	**Estado situacional del sistema de hospitalización de la Red Prestacional**	**5**	**Determinar acciones de manera coordinada con el Gerente de la Red Prestacional**	**Jefatura de la Oficina Oficina de Atención de Hospitalización**	**Acciones y estrategias a ejecutar**	**Jefatura de la Oficina Oficina de Atención de Hospitalización**
Jefatura de la Oficina Oficina de Atención de Hospitalización	**Acciones y estrategias a ejecutar**	**6**	**Dirigirse a las áreas de hospitalización de los diferentes servicios del HNERM y ejecutar acciones acordadas.** (***Coordinando con las Oficinas de Atención Ambulatoria, Quirúrgica, de Emergencia y Cuidados Críticos y áreas asistenciales, áreas de admisión y registros médicos para el adecuado flujo de la atención en hospitalización y entrega oportuna de la historia clínica del paciente)***	**Jefatura de la Oficina Oficina de Atención de Hospitalización**	**Área o servicio de hospitalización evaluada in situ y apoyada**	**Jefatura de la Oficina Oficina de Atención de Hospitalización**
Jefatura de la Oficina Oficina de Atención de Hospitalización	**Acciones acordadas**	**7**	**Supervisar y hacer seguimiento de actividades pendientes y comprometidas por áreas responsables**	**Jefatura de la Oficina Oficina de Atención de Hospitalización**	**Acciones acordadas supervisadas**	**Jefatura de la Oficina Oficina de Atención de Hospitalización**
Jefatura de la Oficina Oficina de Atención de Hospitalización	**Acciones ejecutadas y pendientes acordadas con áreas responsables**	**8**	**Informar avance de soluciones, actividades comprometidas por áreas responsables y nuevas incidencias. (FIN)**	**Jefatura de la Oficina de Atención Quirúrgica**	**Informe situacional**	**Gerencia de Red Prestacional**
Indicadores	• **Promedio del tiempo de espera para ser hospitalizado el paciente** • **Porcentaje de pacientes reprogramados para ser hospitalizados (comparado con los estándares internacionales)**					
Registros	**Cuadro de estado situacional sobre hospitalización en el HNERM y la Red Prestacional Actualizada por la jefatura de la Oficina de Atención de Hospitalización y presentado periódicamente al Gerente de la Red Prestacional)**					

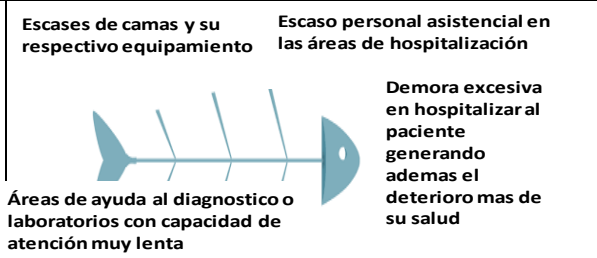
Diagrama de Flujo:



Powered by bizagi Modeler

Ficha de indicadores

FICHA DE INDICADOR	
Nombre del Proceso	**Evaluar el proceso de atención en hospitalización en la red prestacional, apoyando y gestionando su mejora**
Nombre Indicador	**Promedio del tiempo de espera para ser hospitalizado el paciente**
Descripción del Indicador	**Indicador que se obtiene de sumar los días de espera por cada paciente y evaluarlo sobre la cantidad de pacientes.**
Objetivo del Indicador	**Conocerla cantidad de días en promedio que tiene que esperar un paciente para poder ser hospitalizado**
Forma de Cálculo	**(Número de pacientes / Sumatoria de la cantidad de días de espera por cada paciente)X100 %**
Fuentes de Información	**Reporte emitido por la unidad de inteligencia prestacional del HNERM**
Periodicidad de Medición	**Mensual**
Responsable de Medición	**Jefatura de la Oficina de Atención Quirúrgica**
Meta	**<= 120 días de espera**

FICHA DE RIESGOS			
NOMBRE DEL PROCESO		Macroproceso (Nivel 0)	Prestaciones de Salud
		Proceso (Nivel 1)	Gestión de la Oficina de Atencion de Hospitalización
		Subproceso (Nivel 2)	Evaluación y coordinación de mejoras
		Procedimiento	Evaluar el proceso de atención en hospitalización en la red prestacional, apoyando y gestionando su mejora
		Actividad	Supervisar y hacer seguimiento de actividades pendientes y comprometidas por áreas responsables
OBJETIVO DEL PROCESO		Descripción	Lograr que la hospitalización de los pacientes se ejecute oportunamente incrementando la accesibilidad, reduciendo las estancias hospitalarias y otros indicadores relacionados con la satisfacción del usuario y la oportunidad de la atención
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS			
3.1	TIPO DE RIESGO	Operativo	
3.2	CODIFICACIÓN		
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Demora excesiva en hospitalizar al paciente generando ademas el deterioro mas de su salud	
3.4	CAUSAS GENERADORAS	Causa Nº 01	Escases de camas y su respectivo equipamiento
		Causa Nº 02	Escaso personal asistencial en las áreas de hospitalización
		Causa Nº 03	Áreas de ayuda al diagnostico o laboratorios con capacidad de atención muy lenta
		Causa Nº 04	
	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto	
		Diagrama de Flujo de Procesos	(Se muestra en la sección Modelado de procesos)

VALORACIÓN DE RIESGO							
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA				IMPACTO		
	Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo			Análisis	Análisis Cualitativo	
	Muy Baja	0.1			Muy Bajo	0.05	
	Baja	0.3			Bajo	0.10	
	Moderada	0.5			Moderado	0.20	
	Alta	0.7	0.7		Alto	0.40	0.4
	Muy Alta	0.9			Muy alto	0.80	
	Alta		0.70		Alto		0.40
4.2	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO						
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x	0.280	Prioridad del Riesgo		Alta		

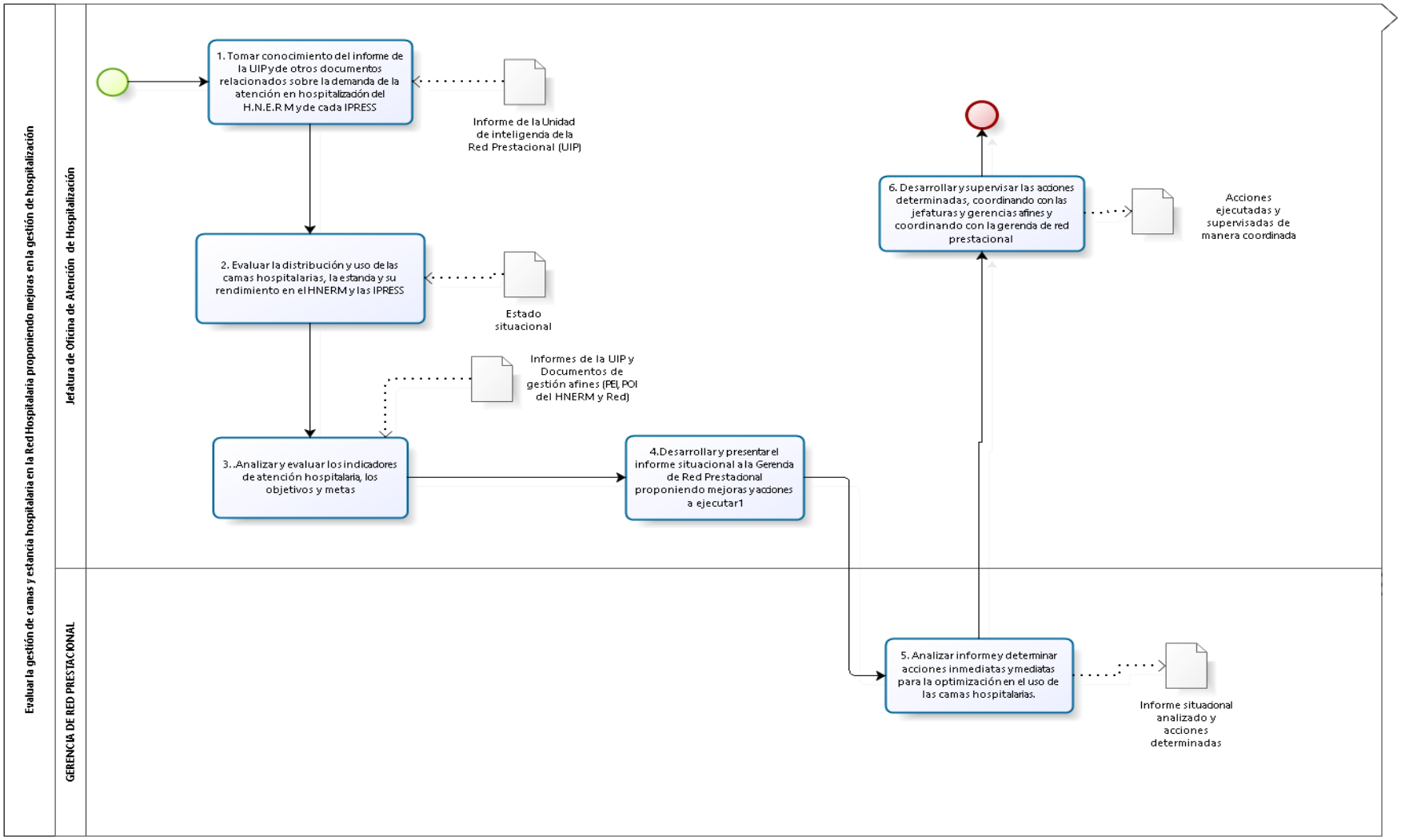
RESPUESTA A LOS RIESGOS					
5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar riesgo	
		Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo	
5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado transferir el riesgo)	Oficina / Dirección			
5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	NO APLICA			
5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Embalsamiento en aumento			
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Mejorar la gestión de las camas hospitalarias y adquisición de nuevas con su respectivo equipamiento fisico y de personal.			

FICHA DE PROCEDIMIENTO

FICHA DE PROCEDIMIENTOS					
Nombre	Evaluar la gestión de camas y estancia hospitalaria en la Red Hospitalaria proponiendo mejoras en la gestión de hospitalización				
Objetivo	Optimizar la distribución, uso y rendimiento de las camas hospitalarias				
Alcance	Inicio: Se inicia con la toma de conocimiento de información del Informe de la UIP y documentos afines. Fin: Ejecución de acciones programadas				
Proveedor	**Entrada**	**Descripción de Actividades**		**Salidas**	**Destinatario de los bienes y servicios**
		Lista de Actividades	**Ejecutor**		
Unidad de Inteligencia Prestacional	Informe de la Unidad de inteligencia de la Red Prestacional (UIP)	1.Tomar conocimiento del informe de la UIP y de otros documentos relacionados sobre la demanda de la atención en hospitalización del H.N.E.R M y de cada IPRESS	Jefatura de la Oficina de Atención de Hospitalización	Estado situacional conocido	Jefatura de la Oficina de Atención de Hospitalización
Jefatura de la Oficina de Atención de Hospitalización	Estado situacional	2.Evaluar la distribución y uso de las camas hospitalarias, la estancia y su rendimiento en el HNERM y las IPRESS	Jefatura de la Oficina de Atención de Hospitalización	Camas hospitalarias evaluadas en uso, distribución y rendimiento	Jefatura de la Oficina de Atención de Hospitalización
Servicios de HNERM-IPRESS	Informes de la UIP, de IPRESS, PEI, POI del HNERM y Red	3.Analizar y evaluar los indicadores de atención hospitalaria, los objetivos y metas	Jefatura de la Oficina de Atención de Hospitalización	Objetivos e indicadores analizados	Jefatura de la Oficina de Atención de Hospitalización
Servicios de HNERM-IPRESS	Objetivos e indicadores analizados	4.Desarrollar y presentar el informe situacional a la Gerencia de Red Prestacional proponiendo mejoras y acciones a ejecutar	Jefatura de la Oficina de Atención de Hospitalización	Informe situacional presentado	Jefatura de la Oficina de Atención de Hospitalización
Red Prestacional	Informe situacional presentado	5. Analizar informe y determinar acciones inmediatas y mediatas para la optimización en el uso de las camas hospitalarias.	Gerencia de Red Prestacional	Informe situacional analizado y acciones determinadas-	Gerencia de Red Prestacional
Red Prestacional	Informe situacional analizado y acciones determinadas	6. Desarrollar y supervisar las acciones determinadas, coordinando con las jefaturas y gerencias afines y coordinando con la gerencia de red	Jefatura de la Oficina de Atención de Hospitalización	Acciones ejecutadas y supervisadas de manera coordinada	Gerencia de Red Prestacional - Jefatura de la Oficina de Atención Quirúrgica
Indicadores	Días de estancia hospitalaria.				
Registros	Informes de evaluación				

DIAGRAMA DE FLUJO:

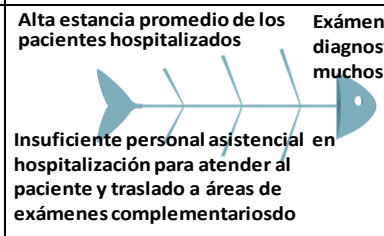
MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA OFICINA DE ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN - RED PRESTACIONAL REBAGLIATI



Powered by bizagi Modeler

Nombre del Proceso	**Evaluar la gestión de camas y estancia hospitalaria en la Red Hospitalaria proponiendo mejoras en la gestión de hospitalización**
Nombre Indicador	**Cantidad de días de estancia hospitalaria**
Descripción del Indicador	**Se obtiene de la diferencia entre los días-cama disponibles y los días cama ocupada, entre el total de egresos en un mismo periodo**
Objetivo del Indicador	**Conocer la efectividad en la estancia hospitalaria**
Forma de Cálculo	**(Número de días de cama disponible – número de días de cama ocupada / total de ingresos en un mismo periodo)**
Fuentes de Información	**Reporte emitido por la unidad de inteligencia prestacional del HNERM**
Periodicidad de Medición	**Mensual**
Responsable de Medición	**Jefatura de la Oficina de Atención de Hospitalización**
Meta	**Disminución progresiva con respecto al mes anterior y de acuerdo a estándares internacionales**

FICHA DE RIESGOS			
NOMBRE DEL PROCESO		Macroproceso (Nivel 0)	**Prestaciones de Salud**
		Proceso (Nivel 1)	**Gestión de la Oficina de Atención de Hospitalización**
		Subproceso (Nivel 2)	**Evaluación y coordinación de mejoras**
		Procedimiento	**Evaluar la gestión de camas y estancia hospitalaria en la Red Hospitalaria proponiendo mejoras en la gestión de hospitalización**
		Actividad	**Desarrollar y supervisar las acciones determinadas y coordinadas**
OBJETIVO DEL PROCESO		Descripción	**Optimizar la distribución, uso y rendimiento de las camas hospitalarias**
		Ubicación (Departamento, Ciudad,	**Lima, Lima, Jesús María**

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS			
3.1	**TIPO DE RIESGO**	Operativo	
3.2	**CODIFICACIÓN**		
3.3	**DESCRIPCIÓN DEL RIESGO**	**Disminución del Rendimiento de uso de las camas quirúrgicas**	
3.4	**CAUSAS GENERADORAS**	Causa Nº 01	**Alta estancia promedio de los pacientes hospitalizados**
		Causa Nº 02	**Exámenes de ayuda al diagnostico o auxiliares con muchos días de espera.**
		Causa Nº 03	**Insuficiente personal asistencial en hospitalización para atender al paciente y traslado a áreas de exámenes complementarios**
		Causa Nº 04	
	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto	
		Diagrama de Flujo	(Se muestra en la sección Modelado de procesos)

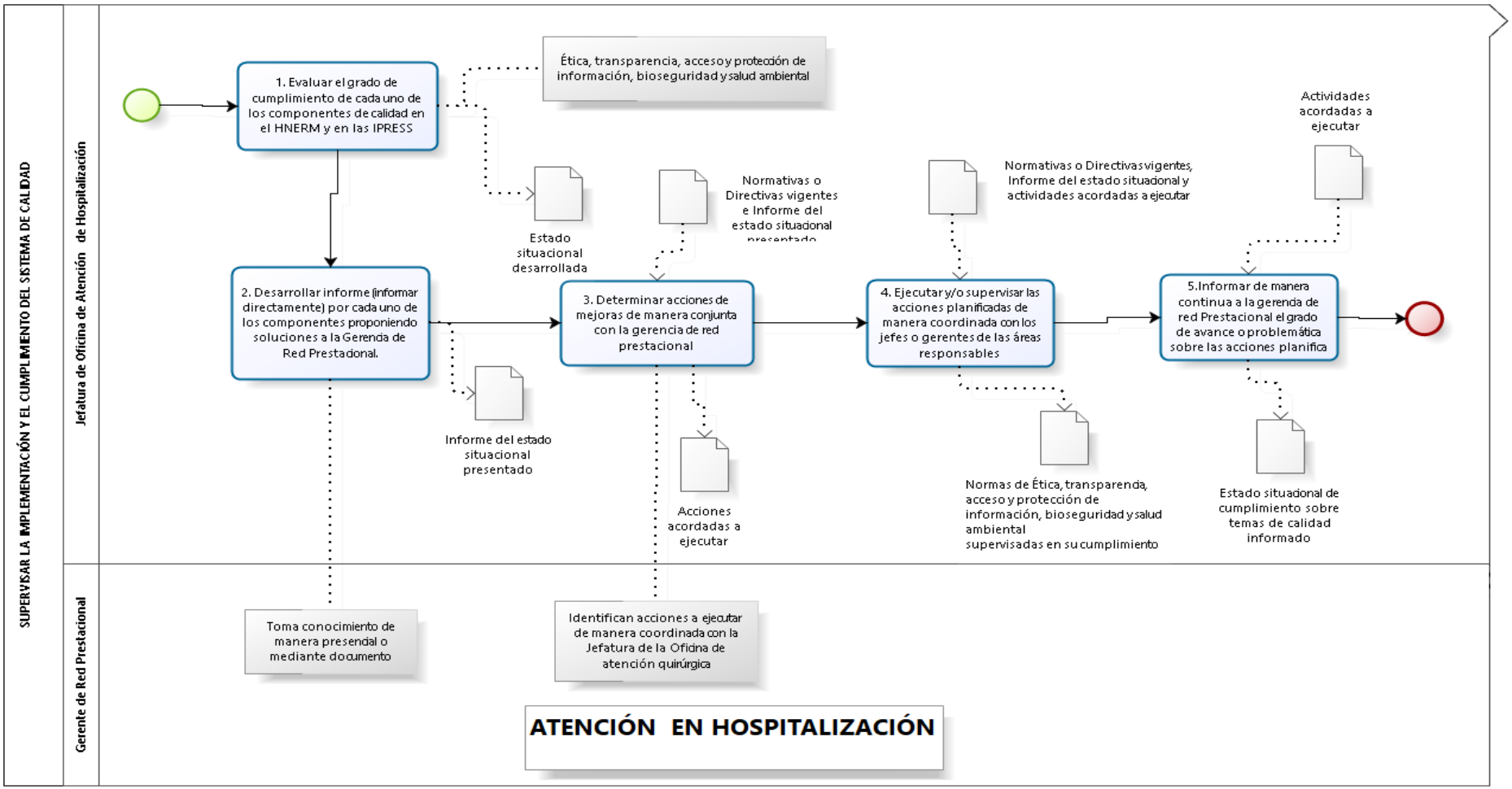
VALORACIÓN DE RIESGO							
4.1	**PROBABILIDAD DE OCURRENCIA**				**IMPACTO**		
	Análisis Cualitativo	**Análisis Cuantitativo**			**Análisis**	**Análisis Cualitativo**	
	Muy Baja	**0.1**			**Muy Bajo**	**0.05**	
	Baja	**0.3**			**Bajo**	**0.10**	
	Moderada	**0.5**			**Moderado**	**0.20**	**0.20**
	Alta	**0.7**	**0.7**		**Alto**	**0.40**	
	Muy Alta	**0.9**			**Muy alto**	**0.80**	
	Alta		**0.70**		**Moderada**		**0.20**
4.2	**PRIORIZACIÓN DEL RIESGO**						
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x impacto	**0.140**	**Prioridad del Riesgo**		**MODERADA**		

RESPUESTA A LOS RIESGOS					
5.1	**ESTRATEGIA**	Mitigar Riesgo	**X**	Evitar riesgo	
		Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo	
5.2	**RIESGO ASIGNADO A** (Solo después de haber marcado transferir el riesgo)	Oficina / Dirección			
5.3	**CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO**	NO APLICA			
5.4	**ALERTAS DE RIESGO** (SEÑALES DE AVISO)	**Lentitud en la repotenciación de personal asistencial a las áreas de hospitalización**			
5.5	**RESPUESTA AL RIESGO**	**Coordinar directamente con la gerencia o funcionario de la alta dirección para acelerar el ingreso de nuevo personal asistencial.**			

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	**Implementar y supervisar el cumplimiento del sistema de calidad (Ética, transparencia, acceso y protección de información, bioseguridad y salud ambiental) en la atención de hospitalización de la Red prestacional**				
Objetivo	**Supervisar y Controlar de manera continua las actividades de la Red Prestacional en busca de una atención segura y dentro de los parámetros de calidad para los asegurados que buscan la atención ene hospitalización..**				
Alcance	**Inicio: Evaluación del cumplimiento de cada uno de los componentes del sistema de calidad (Ética, transparencia, acceso y protección de información, bioseguridad y salud ambiental)** **Fin: Informe situacional y propuestas de mejoras**				
Proveedor	**Entrada**	**Descripción de Actividades**		**Salidas**	**Destinatario de los bienes y servicios**
		Lista de Actividades	**Ejecutor**		
Premisa 1.- El conjunto de actividades que se describen deben ser considerados como subprocesos y cuyo desarrollo se debe de considerar como la actualización del presente documento. **Premisa 2.- Las actividades o subprocesos de supervisión y control se deben ejecutar de manera continua**					
Minsa, EsSalud, HNERM	**Directivas vigentes para la implementación y cumplimiento sobre Ética, transparencia, acceso y protección de información, bioseguridad y salud ambiental**	**1.Evaluar el grado de cumplimiento de cada uno de los componentes de calidad en el HNERM y en las IPRESS** (mediante verificación presencial y en base a información obtenida : informes, reportes)	**Jefatura de la Oficina de Atención de Hospitalización**	**Estado situacional desarrollada**	**Jefatura de la Oficina de Atención de Hospitalización**
Jefatura de la Oficina de Atención de Hospitalización	**Informe sobre estado situacional**	**2. Desarrollar informe (informar directamente) por cada uno de los componentes proponiendo soluciones a la Gerencia de Red Prestacional.** *(Ética, transparencia, acceso y protección de información, bioseguridad y salud ambiental)*	**Jefatura de la Oficina de Atención de Hospitalización**	**Informe del estado situacional presentado**	**Gerencia de Red Prestacional**
Jefatura de la Oficina de Atención de Hospitalización	**Normativas o Directivas vigentes e Informe del estado situacional presentado**	**3. Determinar acciones de mejoras de manera conjunta con la gerencia de red prestacional.** Acciones a ejecutar en el HNERM y cada IPRESS con el apoyo y coordinación de cada uno de los jefes o gerentes responsables involucrados.	**Jefatura de la Oficina de Atención de Hospitalización**	**Acciones acordadas a ejecutar**	**Jefatura de la Oficina de Atención de Hospitalización**

Jefatura de la Oficina de Atención de Hospitalización	**Normativas o Directivas vigentes, Informe del estado situacional y actividades acordadas a ejecutar**	4. **Ejecutar y/o supervisar las acciones planificadas de manera coordinada con los jefes o gerentes de las áreas responsables.**	**Jefatura de la Oficina de Atención de Hospitalización**	**Normas de Ética, transparencia, acceso y protección de información, bioseguridad y salud ambiental supervisadas en su cumplimiento**	**Jefatura de la Oficina de Atención de Hospitalización**
Jefatura de la Oficina de Atención de Hospitalización	**Actividades acordadas a ejecutar**	**5.Informar de manera continua a la Gerencia de Red Prestacional el grado de avance o problemática sobre las acciones planificadas**, .	**Jefatura de la Oficina de Atención de Hospitalización**	**Estado situacional de cumplimiento sobre temas de calidad informado**	**Gerencia de Red Prestacional**
Indicadores	**Porcentaje de cumplimiento del sistema de Calidad (***Ética, transparencia, acceso y protección de información, bioseguridad y salud ambiental*				
Registros	**Informes de control o supervisión**				

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA OFICINA DE ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN - RED PRESTACIONAL REBAGLIATI



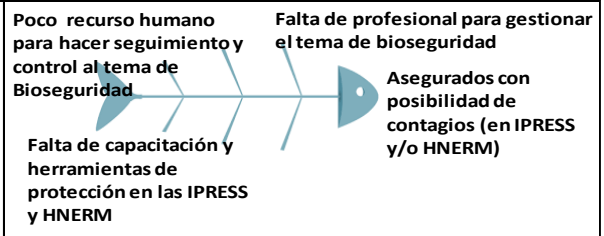
Nombre del Proceso	**Implementar y supervisar el cumplimiento del sistema de calidad (Ética, transparencia, acceso y protección de información, bioseguridad y salud ambiental) en la red prestacional**
Nombre Indicador	**Porcentaje de cumplimiento del sistema de Calidad *(Ética, transparencia, acceso y protección de información, bioseguridad y salud ambienta)***
Descripción del Indicador	**Mide el grado de cumplimiento del sistema de calidad en lo referente a Ética, transparencia, acceso y protección de información, bioseguridad y salud ambiental**
Objetivo del Indicador	**Conocer el grado de cumplimiento en lo referente a Ética, transparencia, acceso y protección de información, bioseguridad y salud ambiental para hacer los ajustes y mejoras necesarias que permita dar seguridad, transparencia y facilidad de acceso a los usuarios**
Forma de Cálculo	**Encuestas que reflejen el grado de satisfacción del asegurado y/o usuarios(buena, mala, aceptable) (los cuales pueden ser por IPRESS y HNERM)**
Fuentes de Información	**Información emitida por los asegurados o usuarios**
Periodicidad de Medición	**Trimestral**
Responsable de Medición	**Jefatura de la Oficina de Atención de Hospitalización**
Meta	**Permisible el grado de satisfacción de “Buena y aceptable”**

EsSalud

FICHA DE RIESGOS

NOMBRE DEL PROCESO		Macroproceso (Nivel 0)	Prestaciones de Salud
		Proceso (Nivel 1)	Gestión de la Red Prestacional
		Subproceso (Nivel 2)	Evaluación, coordinación y mejoras
		Procedimiento	Implementar y supervisar el cumplimiento del sistema de calidad (Ética, transparencia, acceso y protección de información, bioseguridad y salud ambiental) en la red prestacional
		Actividad	Ejecutar y/o supervisar las acciones planificadas de manera coordinada con los jefes o gerentes de las áreas responsables.
OBJETIVO DEL PROCESO		Descripción	Supervisar y Controlar de manera continua las actividades de la Red Prestacional en busca de una atención segura y dentro de los parámetros de calidad para los asegurados.
		Ubicación (Departamento, Ciudad,	Lima, Lima, Jesús María

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

3.1	TIPO DE RIESGO	Operativo	
3.2	CODIFICACIÓN		
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Asegurados con posibilidad de contagios (en IPRESS y/o HNERM)	
3.4	CAUSAS GENERADORAS	Causa Nº 01	Poco recurso humano para hacer seguimiento y control al tema de Bioseguridad
		Causa Nº 02	Falta de capacitación y herramientas de protección en las IPRESS y HNERM
		Causa Nº 03	Falta de profesional para gestionar el tema de bioseguridad
	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto	
		Diagrama de Flujo	(Se muestra en la sección Modelado de procesos)

VALORACIÓN DE RIESGO

4.1

PROBABILIDAD DE OCURRENCIA				IMPACTO		
Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo			Análisis	Análisis Cualitativo	
Muy Baja	0.1			Muy Bajo	0.05	
Baja	0.3			Bajo	0.10	
Moderada	0.5	0.5		Moderado	0.20	0.20
Alta	0.7			Alto	0.40	
Muy Alta	0.9			Muy alto	0.80	
Baja		0.50		Moderado		0.20

4.2

PRIORIZACIÓN DEL RIESGO

Puntuación del Riesgo = Probabilidad x impacto	0.100	Prioridad del Riesgo	MODERADA

RESPUESTA A LOS RIESGOS

5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar riesgo	
		Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo	
5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado transferir el riesgo)	Oficina / Dirección			
5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	NO APLICA			
5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Capacitación y sociabilización deficiente en tema de bioseguridad			
Convencer a	RESPUESTA AL RIESGO	Coordinar con el área de Imagen Institucional capacitaciones y sociabilizaciones, debiendo sejecutar supervisiones periodicas.			

13. FACTORES CRITICOS

En base a la revisión y análisis de los procesos, se puede determinar los siguientes procesos críticos que son calificados como tal en base a lo evidenciado en su evaluación de riesgo y registrado en su respectiva ficha.

13.1 Evaluar el proceso de atención en hospitalización en la red prestacional, apoyando y gestionando su mejora

El flujo que debe seguir el paciente desde su ingreso , estancia y alta en la Atención de Hospitalización debe ejecutarse oportunamente incrementando la accesibilidad, reduciendo las estancias hospitalarias y otros indicadores relacionados con la satisfacción del usuario y la oportunidad de la atención, lo cual no se viene cumpliendo en la GRP dentro de los parámetros normales que establece los organismos de salud.

13.2 Evaluar la gestión de camas y estancia hospitalaria en la Red Hospitalaria proponiendo mejoras en la gestión de hospitalización

Este proceso tiene como objetivo principal optimizar la distribución, uso y rendimiento de las camas hospitalarias en el HNERM y las IPRESS de la Red, lo cual se viene logrando de manera paulatina pero debido a los embastes de la pandemia ese objetivo se ve afectando en su logro.

14.OPORTUNIDAD DE MEJORA

Entre las oportunidades de mejoras identificadas para la Oficina de Atención de Hospitalización:

- La capacidad operativa de la Oficina debe ser repotenciado con la contratación de más profesionales y así poder mejorar la gestión y apoyo en las IPRESS.
- Permitir el ingreso de practicantes de las universidades para ayudar en la gestión de la Oficina.
- Adquirir y capacitar en su uso de nuevas herramientas de gestión y control que permite evaluar el comportamiento de los procesos y hacer proyecciones para poder tomar decisiones que ayuden en la atención a los pacientes.
- La Red debe de contar con el apoyo de una Pre-estancia hospitalaria que ayudara a una mejor atención a los asegurados antes de ser hospitalizados y que el flujo dentro del proceso mejore en su eficiencia.

15. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

14.1 Por todo lo analizado, revisado y expuesto se puede concluir que el escaso recurso humano influye negativamente en las actividades de la Oficina, más aún cuando su ámbito de actividad y gestión alcanza a todas las IPRESS y que a la fecha la emergencia sanitaria en la que vivimos influye negativamente para una buena gestión.

RECOMENDACIONES

Por lo descrito anteriormente se recomienda:

- Contar con un Hospital de Pre-estancia en la Red que lo podría haber sido el Hospital Angamos, pero que hoy en día por el tema de la Pandemia no se puede

lograr.

- Mejorar la atención de ayuda al diagnóstico, porque es el cuello de botella en el proceso de hospitalización, dado que su atención es aún lenta e insuficiente lo que repercute en el aumento de la estancia del paciente en los servicios.
- Mejorar los procesos de la Oficina agregándole innovación y cambios agiles, los cuales se puede lograr en convenio con las universidades, en donde existe un gran potencial de talento humano con gran conocimiento y dispuesto a ponerlos en práctica.

--&&--