



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN

**ANÁLISIS Y PROPUESTA DE MEJORA
DE LOS PROCESOS PRESTACIONALES
Y ADMINISTRATIVOS DEL CENTRO DE
SALUD SANTA CLOTILDE-CSSC,
MICRO-RED NAPO, LORETO**

**TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

BELÉN NATALÍ CUSTODIO MONTESINOS

LIMA - PERÚ

2020

JURADOS DE TESIS

DR OSWALDO LAZO GONZALES

PRESIDENTE

MG. HERNAN GARCIA CABRERA

VOCAL

MG. ALBERTO FERNANDEZ BRINGAS

SECRETARIO

ASESOR

Dr. Luis Fernando Llanos Zavalaga

DEDICATORIA

A mis padres, quienes han apoyado incondicionalmente mi crecimiento personal y profesional.

Al Centro de Salud Santa Clotilde por brindarme la oportunidad de trabajar de la mano con su equipo en beneficio de los pacientes.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, a mi asesor y a todo el equipo de trabajo del Centro de Salud Santa Clotilde por su colaboración en la presente investigación.

CONTENIDO

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
2.1 Pregunta de investigación	5
3. JUSTIFICACIÓN	6
4. OBJETIVOS	7
a. General	7
b. Específico	7

CAPÍTULO II

5. MARCO TEÓRICO	8
5.1 Sobre la estructura organizaciones	8
5.2 Sobre la evolución de principios y técnicas o modelados de gestión... 10	
5.3 Sobre el modelo de gestión por procesos	11
5.4 Factores de éxito de un proceso: la gestión de las operaciones	16
5.5 Priorización de procesos	19
5.6 Metodología de solución de problemas y mejora continua	20

CAPÍTULO III

6. METODOLOGÍA.	25
6.1 Tipo de estudio	25
6.2 Población / Diseño muestral	25
6.3 Dimensiones de análisis	26
6.4 Técnicas e instrumentos	27
6.5 Plan de trabajo	27

6.6 Plan de análisis	30
6.7 Consideraciones éticas	33

CAPÍTULO IV

7. RESULTADOS	34
7.1 Identificación de los procesos del CSSC (AS IS).	34
7.2 Priorización de procesos	99
7.3 Análisis de los procesos priorizados	100
7.4 Propuesta de mejora en base al análisis (TO BE)	106
8. DISCUSIÓN	120
9. CONCLUSIONES	125
10. RECOMENDACIONES	128
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	129

Lista de siglas

- CS: Centro de Salud
- CSSC: Centro de Salud Santa Clotilde
- DIRESA: Dirección Regional de Salud
- TQM: Total Quality Management
- PDCA: Plan, Do, Check, Act
- BPM: Business Process Management
- DMAIC: Define, Measure, Analyze, Improve, Control
- ROF: Reglamento de Organización y Funciones
- FASPA: Facultad de Salud Pública y Administración en Salud
- ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible
- PESEM: Plan Estratégico Sectorial Multianual
- CIGS: Comisión Intergubernamental de Salud
- MINSA: Ministerio de Salud del Perú
- CIEI: Comité Institucional de Ética en Investigación
- RENIPRESS: Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
- UPSS: Unidad Productora de Servicios de Salud
- CRED: Control de Crecimiento y Desarrollo
- DNI: Documento Nacional de Identidad
- FUA: Formato Único de Atención
- SIS: Seguro Integral de Salud
- EsSalud: Seguro Social de Salud del Perú
- HC: Historia Clínica

- SERUMS: Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud
- HIS: Health Information System
- SIEN: Sistema de Información del Estado Nutricional del Niño < de 5 años
- IVAA: Inspección visual con ácido acético
- ETS: Enfermedad de Transmisión Sexual
- DIREMID: Dirección Regional de Medicamentos, Insumos y Drogas
- RRHH: Recursos Humanos
- SUSALUD: Superintendencia Nacional de Salud
- ILPES: Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social
- CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe
- ONU: Organización de las Naciones Unidas

RESUMEN

La poca solidez de la estructura organizacional en establecimientos del sector salud y la ausencia de estandarización de sus procesos afectan en mayor medida a los establecimientos que se encuentran en zonas de difícil acceso en el interior del país; por lo que es importante conocer el cómo se desarrollan las atenciones en dichos establecimientos. Por ello, se planteó analizar los procesos prestacionales y administrativos del Centro de Salud Santa Clotilde en Iquitos. La ejecución de esta investigación inició con la identificación de todos los procesos del centro de salud en mención, bajo la metodología AS IS, luego se priorizaron los procesos esenciales para su posterior análisis, y se culminó con una propuesta de mejora (TO BE); todo esto validado junto con el personal del establecimiento. En total se identificaron 28 procesos de 12 diferentes áreas, entre asistenciales y administrativas; de los cuales se priorizaron los del área de admisión, emergencia, consulta ambulatoria, hospitalización, laboratorio y farmacia. Los principales hallazgos fueron la falta de directrices estratégicas del establecimiento, la diferencia de lo establecido por normativas sanitarias y la situación real del desarrollo de procesos en las regiones, y la duplicidad de actividades dentro de un mismo proceso.

Palabras clave: estructura organizacional, estandarización de procesos, as is, to be, priorización.

ABSTRACT

The weaknesses of the organizational structure in the health sector and the lack of standardized processes affects mostly those health facilities located in areas with limited accessibility nationwide; for this reason, it is important to know how health care is provided in these institutions. This study clinical and administrative processes at the Santa Clotilde Health Center at Iquitos. We study began identifying all the processes at the health center under the AS IS methodology, then prioritized the essential processes for subsequent analysis, and culminated with an improvement proposal (TO BE); all of this was validated with the health center staff. A total of 28 processes were identified in 12 different areas, between clinical and administrative ones, prioritizing those in the areas of admission, emergency, outpatient care, hospitalization, laboratory, and pharmacy. The main results were the lack of strategic guidelines for the health facility, the difference between what is established by health regulations and the real situation of the development of processes in the regions, and the duplication of activities in the same process.

Keywords: organizational structure, process standardization, as is, to be, prioritization.

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente, el sector salud en nuestro país presenta ciertas deficiencias, entre ellas, la poca solidez de la estructura organizacional en los establecimientos de salud, lo cual no permite optimizar la gestión de recursos ni la ejecución adecuada de los procesos dentro del sistema de salud. Esta deficiencia se acrecienta en los establecimientos del interior del país, en las zonas más alejadas, y quien se ve más afectada es la población adscrita a dichos establecimientos; que en su mayoría son del primer nivel de atención.

Una práctica que debería aplicarse al sector en mención es la estandarización de procesos ya que además de ser una herramienta que proporciona una ventaja competitiva, conlleva a conocer cada detalle de los procesos y a definir los indicadores con los que se medirán. Uno de los principales beneficios de la estandarización es que al reconocer todas las partes de un proceso se puede identificar las actividades que se encuentren duplicadas y rediseñar el proceso, de tal manera que se disminuye la duplicidad.

A lo largo de este estudio se identificó la falta de estandarización de procesos asistenciales y administrativos; por lo que surge la necesidad de conocer cómo se desarrollan los mismos, ya que el Centro de Salud Santa Clotilde, establecimiento seleccionado para realizar el estudio, es el de mayor capacidad resolutive de toda la Micro-Red y por lo tanto el de mayor demanda.

El método Kaizen se enfoca en personas y estandarización de procesos, por lo que está basado en dos principales pilares, los equipos de trabajo y la ingeniería industrial; la cual contribuye significativamente en la mejora de los procesos productivos. Por lo tanto, es una herramienta organizacional que permite que la participación de los equipos de trabajo o colaboradores impacten en el desarrollo de la organización y por ende en la mejora de los procesos de la misma.

El presente trabajo de investigación tiene por objetivo describir cómo se desarrollan los procesos prestacionales y administrativos del Centro de Salud Santa Clotilde, perteneciente a la Micro-Red Napo en Loreto, verificar si estos se encuentran alineados a los objetivos del establecimiento e identificar las dificultades más significativas; y en base a ello realizar una propuesta de mejora.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Hoy en día el mercado está caracterizado por su alto dinamismo y competitividad, lo que obliga a las instituciones a responder con rapidez para mantener su posición en el mercado y mantener o mejorar su situación financiera; es por esto que las empresas están en la constante búsqueda de tener una ventaja que las distinga de las demás, una ventaja competitiva. Asimismo, trabaja en sus fortalezas internas para agregar valor al cliente y este pueda percibir la diferenciación.(1) Sin embargo, esta mirada cambia cuando nos centramos en una institución pública que brinda servicios a usuarios que pueden no tener una segunda opción, por lo que no tiene que competir con otras entidades para mantenerse en el mercado y a su vez no tiene como principal objetivo generar mayores beneficios económicos; en su lugar debe gestionar de la mejor manera posible todos los recursos que posea y centrarse únicamente en brindar el mejor producto o servicio a sus usuarios. Para lograr ello, es necesario que las instituciones tengan una adecuada estructura organizacional; la cual esté alineada a sus objetivos y funciones, sea establecida coherentemente entre sus componentes y no se modifiquen elementos sin antes evaluar sus consecuencias.(2)

La estructura organizacional en el sector salud es de suma importancia para que tanto usuarios internos como externos de los establecimientos de salud sean beneficiados, en los últimos años la gestión por procesos ha sido una de las prácticas más utilizadas en el sector, ya que permite la mejora continua de los diversos procesos de la institución e indica cuáles son las herramientas con las que se cuenta para dicha mejora; de esta manera se busca incrementar la eficiencia y calidad de las prestaciones ofrecidas a los usuarios.(3,4)

La actual situación de salud en el Perú viene acompañada de múltiples deficiencias, una de ellas y quizá la más importante; es la poca solidez de la estructura organizacional, lo que origina que no se pueda ejecutar una adecuada gestión de recursos y procesos dentro del sistema de salud. A consecuencia de esta deficiencia, quien resulta más perjudicada es la población atendida en los establecimientos públicos de las diferentes regiones del Perú y más aún, la población beneficiaria de los establecimientos ubicados en zonas alejadas de las ciudades; ya que en estas se concentran las principales barreras geográficas, económicas, organizacionales y culturales; impidiendo que la población pueda acceder a los servicios de salud.(5)

Para afrontar dichas barreras y mejorar las condiciones de equidad, acceso, financiamiento, eficiencia y calidad de las atenciones para la población, se incluyó la descentralización como parte de la agenda política nacional, con el fin de acercar el gobierno al ciudadano; a partir de ese momento se promulgaron distintas leyes que impulsaron y normaron este proceso; lo cual originó tres niveles de gobierno: nacional, regional y local. Esto implicó la transferencia de funciones, responsabilidad y administración de los recursos al nivel regional y/o local.(6) Asimismo, en lo que respecta al sector salud se reconocieron a las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) como las únicas autoridades en cada Gobierno Regional y cómo las encargadas de la organización administrativa del sector en su ámbito. (7)

Pese al esfuerzo político de traspasar funciones y competencias administrativas, hay regiones en las que no ha sido suficiente para mejorar la estructura organizacional del sector en mención (5); por esta razón se necesitan de iniciativas de evaluación y mejora para brindar una mejor atención al usuario. Una de las regiones que cuentan con más problemas en el sector salud, por su amplia extensión es Loreto. La DIRESA Loreto, cuenta con 8 redes y 35 Micro-Redes, siendo una de ellas la Micro-Red Napo que está

ubicada orillas del río con el mismo nombre y cuenta con 14 establecimientos de salud a su cargo, esta micro-red pertenece a la Dirección de Red de Salud de Maynas Periferia.

(8) El Centro de Salud Santa Clotilde – CSSC por su alta demanda se ha convertido en la cabeza de la mencionada Micro-Red y junto a sus puestos de salud, funcionan bajo un convenio firmado entre el Vicariato Apostólico “San José del Amazonas” y el MINSA, a través de la Dirección Regional de Salud – DIRESA de Loreto; por parte del Vicariato, quien se encarga de la administración es la Asociación Civil Pango.

Por otro lado, se ha identificado la ausencia de estandarización de los procesos implicados en las diferentes atenciones de salud del país, tanto en los procesos asistenciales en los que el paciente y/o usuario está inmerso, como en los administrativos; por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

2.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo se desarrollan los procesos prestacionales y administrativos del Centro de Salud Santa Clotilde de la Micro-Red Napo en Loreto? y ¿Cuál sería la propuesta de mejora?

3. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se desarrolla ante la necesidad de analizar y evaluar cómo es que se desarrollan los procesos prestacionales y administrativos del Centro de Salud Santa Clotilde (CSSC), el cual es el centro con mayor demanda de atenciones y el de mayor capacidad resolutive de toda la Micro-Red Napo en Loreto; de tal manera que se verifique que dichos procesos estén alineados a los objetivos de la institución y se pueda identificar, junto al personal del centro de salud, las principales dificultades y demoras que se presentan en su desarrollo; práctica que está pobremente implementada en los servicios rurales. Asimismo, se justifica debido a que en búsquedas bibliográficas previas no se ha encontrado mayor literatura ni normativas que validen el desarrollo de los procesos que se llevan a cabo en un establecimiento de salud.

Por otro lado, esta investigación y la propuesta de mejora que parta de ella; serán de gran utilidad para optimizar los procesos del centro de salud, logrando una atención más eficiente y oportuna para los pacientes del CSSC.

4. OBJETIVOS

a. General

Describir los procesos prestacionales y administrativos (as is), y realizar una propuesta de mejora de los procesos (to be) en el Centro de Salud Santa Clotilde de la Micro-Red Napo, Loreto.

b. Específicos

- Identificar los procesos prestacionales y administrativos del Centro de Salud Santa Clotilde de la Micro-Red Napo, Loreto.
- Identificar los principales problemas percibidos por los colaboradores del Centro de Salud Santa Clotilde de la Micro-Red Napo, Loreto.
- Analizar los procesos priorizados a partir de los problemas identificados
- Elaborar una propuesta de mejora en base al análisis previo.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 Sobre la estructura organizacional

La estructura organizacional se entiende como la mejor disposición de las áreas o departamentos de una institución de acuerdo a sus objetivos y estrategias, a su vez comprende la interrelación que existe entre dichas áreas y cómo estas se encuentran agrupadas. Mayormente se puede visualizar de manera resumida a través del organigrama, una representación gráfica que tiene como objetivo mostrar orden de mando y las relaciones de autoridades con todos los demás departamentos que conforman la institución. (9)

La importancia de la estructura organizacional radica en que la institución debe aprovecharla para adquirir una ventaja competitiva, a través de la adecuada organización de los recursos y capacidades con los que se cuentan; para de esta manera lograr mejores resultados. Es importante mencionar que, para mejorar los resultados de una empresa, no solo basta con poseer todos los recursos necesarios, sino la manera en que estos coordinan, se organizan y logran relacionarse para el desarrollo de un mismo objetivo. Por esta razón la estructura organizacional se considera como un recurso que contribuye a la administración y coordinación de los recursos disponibles para mejorar sus productos o servicios y satisfacer de la mejor manera la demanda de los usuarios; consiguiendo que esto pueda ser considerado como una ventaja competitiva.(10)

Existen modelos clásicos de agrupamiento departamental, como el agrupamiento funcional; que congrega a todos los colaboradores que realicen la misma función o aporten los mismos conocimientos para que respondan a un determinado supervisor. También se encuentra el agrupamiento divisional, que reúne a los trabajadores en base a lo que producen para la organización, es decir todas las personas que se requieran para

producir determinado objeto; que incluya personal de ventas, operaciones y marketing, están a cargo de un mismo ejecutivo. Asimismo, se tiene al agrupamiento multifocal; en el que una organización adopta al mismo tiempo dos o más alternativas de grupos estructurales, se conoce también como matriciales o híbridas. Por último, se considera al agrupamiento horizontal; en el cual los colaboradores están organizados en torno a procesos y flujos, lo cual permite ofrecer un mayor valor al cliente (11)

A pesar de que la teoría moderna administrativa esté basada en el principio que no existe una estructura particular que sea la mejor, Mintzberg señala cinco componentes básicos que toda estructura organizacional debe tener identificados: (2)

- a. **Núcleo de Operaciones:** Conocido también como el corazón de la empresa, puesto que está conformado por los miembros de la organización que se encargan directamente de la producción de los bienes y/o servicios.
- b. **Línea Media:** Se encuentra conformada por los mandos intermedios y es la conexión entre la gerencia o alta dirección y el área de operaciones.
- c. **Ápice Estratégico:** Denominado como la alta dirección, donde quienes lo conforman tienen la obligación de supervisar el cumplimiento de los objetivos y velar por el correcto funcionamiento de la organización.
- d. **Staff de Apoyo:** Está conformado por todas las unidades o áreas que prestan servicios indirectamente a toda la institución pero que no están incluidos dentro de la corriente operacional.
- e. **Tecnoestructura:** Constituida por analistas cuya principal función consiste en la toma de decisiones y en dar asesoramiento a las unidades que realizan las tareas o acciones fundamentales de la organización, pero no están directamente inmersos en el flujo de trabajo. Por otro lado, la tecnoestructura no solo debe ser vista como el

área decisora de la , sino más bien como una estructura capaz de trabajar y dar soporte a todas las demás áreas de la organización.

Por otro lado, Mintzberg también identifica 3 mecanismos básicos de coordinación del trabajo que toda organización debe tener presente para regular la actividad y comportamientos dentro de la misma.(2)

- a. Adaptación mutua:** Implica coordinar el trabajo a través de la comunicación efectiva informal, entre todos los colaboradores.
- b. Supervisión directa:** Su necesidad se hace más evidente en las organizaciones de gran tamaño, donde se demandan mecanismos de gestión y control sobre los procesos realizados.
- c. Normalización:** Referida al establecimiento de normas y reglas del trabajo, lo cual posibilita la ausencia de los dos mecanismos mencionados anteriormente, puesto que dichas normas generan estandarización, racionalización y organización previa de las actividades laborales.

Una vez definidos los cinco componentes básicos de toda estructura organizacional y los mecanismos de coordinación, surge la interrogante de cómo estos se interrelacionan y funcionan en conjunto (2); para lo cual han surgido distintos de modelos de gestión, desde los años cincuenta.

5.2 Sobre la evolución de principios y técnicas o modelos de gestión

Las técnicas y modelos de gestión han variado enormemente con el paso de los años, en un inicio (años cincuenta) se basaban únicamente en los presupuestos de tesorería y previsión del gasto; otorgándole una excesiva orientación interna. Diez años después, la gestión se centró únicamente en la planificación de la producción impulsada por el desarrollo del marketing en Estados Unidos. Para la segunda mitad de los años setenta

nace el concepto de planificación estratégica, la cual era realizada por especialistas internos y/o externos a la organización; pero sin la participación de los cuadros directivos. En el momento de la planificación se deducía que todas las ideas y estrategias que plantearan serían posibles de aplicar a la organización y desarrollarlas exitosamente; sin embargo, los planificadores en ese tiempo sólo tomaban en cuenta el entorno o factor externo a la organización, sin considerar las limitaciones o debilidades que podía presentar la organización internamente. En conclusión, la planificación establecía con claridad lo que se tenía que hacer; sin embargo, al momento de la ejecución aparecían diversas interrogantes y limitaciones de cómo realizarlo.

A finales de la década de los ochenta, emerge el concepto de dirección estratégica la cual busca aprovechar las oportunidades del mercado y desarrollar sostenidamente ventajas competitivas, es decir; aprovechar las oportunidades externas haciendo uso de sus recursos internos, es en esta etapa, donde los directivos empiezan a participar dentro del pensamiento estratégico; lo cual hizo posible la mirada interna y externa antes mencionada.

En los años noventa se toma como nueva técnica de gestión a la calidad, en la que se deposita la mayor atención al cliente y se basa principalmente en la mejora continua de procesos, por lo que se busca que todo el personal tenga una activa participación. Asimismo, surge la idea que lo único constante es el cambio; por lo que se introduce el concepto de gestión del cambio. (12)

5.3 Sobre el modelo de gestión por procesos

La gestión por procesos surge como una técnica de gestión que tiene como protagonista al usuario y atiende a las incertidumbres del entorno competitivo; su enfoque principal

está orientado a la mejora continua de procesos, por lo que es sumamente importante que todo el personal de la institución esté involucrado.

Al estar orientado a la mejora continua, analiza de inicio a fin los procesos de las organizaciones; buscando eliminar las deficiencias relacionadas a la duplicidad de actividades o al uso ineficiente de recursos. Adicionalmente, promueve la coordinación y trabajo conjunto entre diferentes áreas a fin de simplificar actividades que impidan la agilización de un proceso. (13)

Este modelo de gestión también es considerado como un conjunto de conocimientos y herramientas para facilitar el diseño del proceso teniendo en cuenta los recursos disponibles, los elementos del entorno, la definición de los actores y la transferencia de información de parte de todo el equipo(13); ello orientará todos los esfuerzos realizados a los objetivos de la institución y a los usuarios, con el fin de satisfacer todas sus necesidades; en esta técnica los procesos son definidos como el norte de los esfuerzos de mejora que inducirán mayor eficiencia y calidad en las actividades de la organización. Para que esto pueda tener un resultado exitoso y sea un modelo de gestión sostenible en la empresa, es necesario que haya una gobernanza de procesos en la organización; es decir, que hayan políticas que apoyen al funcionamiento óptimo de los procesos y tengan las facilidades, para que estos se lleven a cabo sin problema alguno. Asimismo, es de suma importancia que los procesos respondan a los objetivos y responsabilidades, tanto de la alta dirección como de las diferentes áreas o departamentos; dichos objetivos a su vez, deben estar alineados al desarrollo estratégico de organización y por ende a la misión y visión de la misma.

Por otro lado, este sistema de gestión tiene al proceso inmerso en un contexto de red de procesos y se indica que la mayor cantidad de los errores o fallas son propiciadas debido

a la existencia de procesos o actividades que son ineficientes o ineficaces, por lo que se busca constantemente su eficiencia y mejora. (12)

Como ya se mencionó, esta técnica de gestión busca integrar los objetivos y estrategias de la organización, así lo confirma la ABPMP (Association of Business Process Management Professionals, y además indica que correlaciona dichas estrategias y objetivos con las necesidades y expectativas que tienen los usuarios finales del producto o servicio; centrándose en los procesos de extremo a extremo (end-to-end), lo cual permite tener una gestión integral de los procesos que se desarrollan en la organización. La ABPMP también señala que la esencia de la gestión por procesos es “la orquestación controlada de actividades a través de múltiples funciones de negocio”. (14)

Esta concepción planteada por la ABPMP de centrarse en los procesos de extremo a extremo o end-to-end permite lo siguiente: identificar la integración de diferentes áreas en el desarrollo de los procesos; identificar las deficiencias, retrasos, actividades duplicadas y oportunidades de mejora; y por último, definir a lo largo del proceso los responsables de cada actividad. (14)

Asimismo, la ABPMP señala que los beneficios de esta técnica de gestión se reflejan en cuatro dimensiones: empresa, clientes, gestión y actores. En lo que respecta a la empresa los beneficios se traducirán en mejora continua, agilidad de respuesta frente a los cambios o problemas que se presenten, la optimización de recursos, la simplificación de procesos; y por tanto, el incremento de la calidad en los productos o servicios ofrecidos. Para el caso de los clientes, tendrán una mayor satisfacción y mejor experiencia con la organización; para la administración los beneficios se darán a través de la optimización de recursos, mejor rendimiento en sus procesos productivos, menor cantidad de problemas, así como en la creación de valor que parte de las mejoras propuestas. Por

último, el beneficio para los actores de los procesos será la seguridad en su desarrollo y la visión integral de los procesos en conjunto. (14)

En el caso de las instituciones sanitarias, estas se estructuran por departamentos en donde cada uno cuenta con sus respectivas funciones; resultando en una estructura matricial, donde recursos humanos y materiales se organizan para trabajar por un fin. En este modelo de gestión, para cada función se tiene asignado un jefe que tiene autoridad sobre todas las personas de su departamento; lo cual origina que el personal reconozca dos jefes al mismo tiempo, uno de la parte funcional y otro relacionado a la línea jerárquica del organigrama, lo cual resulta en un doble flujo de autoridad produciendo dificultades en la labor asistencial. Por ello, surge la necesidad de crear nuevos modelos de gestión que vayan acorde a los objetivos y metas de una institución sanitaria, es aquí donde se evidencia la importancia de un modelo de gestión por procesos en el sector salud, pues este tiene como fin abordar los problemas de los usuarios de una manera integral. (15)

Como ya se mencionó, este modelo trata de establecer ventajas competitivas, a través de la mejora continua de los diversos procesos de la organización; por esta razón es necesario diferenciar el sistema de gestión por funciones del sistema de gestión por procesos, ya que esto último cuenta con múltiples opciones y herramientas de mejora. (12)

Se define como proceso al conjunto de actividades que se relacionan entre sí para lograr un determinado fin y en su transcurso, transforman elementos de entrada en un producto o servicio, el cual genera un valor intrínseco para los usuarios. (12)

Tabla N° 1: Diferencia entre gestión por funciones y gestión por procesos

GESTIÓN POR FUNCIONES	GESTIÓN POR PROCESOS
Departamentos especializados	Procesos con valor añadido
Departamento de forma organizativa	Forma natural para organizar el trabajo
Jefes funcionales	Responsables de los procesos
Jerarquía – control	Autonomía – autocontrol
Burocracia – formalismo	Flexibilidad – cambio – innovación
Toma de decisiones centralizada	Toma de decisiones participativa
Información jerárquica o vertical	Información compartida
Coordinación vertical	Coordina el equipo
Mando por control	Mando por excepción, apoyo
Cumplimiento por desempeño	Compromiso sin resultados
Eficiencia: Productividad	Eficacia: Competitividad
Mejoras de alcance limitado	Alcance amplio – transfuncional

Fuente: Pérez JA. Gestión por procesos. 2012

Se entiende como mapa de procesos a la forma gráfica de representar las actividades relacionadas dentro de una organización, mostrándolas de una manera sistémica y dando una visión general del funcionamiento de la organización. Los procesos se clasifican en tres tipos: estratégicos, clave y de soporte. (12)

- **Estratégicos** → Procesos por los cuales la institución define sus objetivos y desarrolla estrategias establecidas, suelen ser de mediano y largo plazo.
- **Operativos o Clave** → Procesos que desarrollan la actividad propia de la empresa para obtener un producto final o servicio prestado. En este último caso el contacto directo con el usuario permite, al mismo tiempo, que se desarrolle el proceso.
- **De Soporte** → Procesos que sirven de apoyo a los procesos operativos.

5.4 Factores de éxito de un proceso: la gestión de las operaciones

Se entiende a la administración de operaciones como el conjunto de actividades que se relacionan y trabajan coordinadamente para crear valor en forma de bienes o servicios. En una organización donde el producto final son los servicios, la función de producción puede no ser tan evidente. Ello no significa que sea menos importante; pues en un servicio la producción se da al mismo tiempo que el cliente o usuario lo adquiere y esto no permite llevar a cabo un control de calidad previo al consumo del servicio. Por esta razón, se deben establecer los procesos más adecuados para cada situación; mediante la planificación e instauración de procesos definidos y controlados que permitan prevenir errores en el proceso de producción del servicio.(13)

Como ya se mencionó para la creación de estos servicios es necesario transformar los recursos iniciales, y mientras esta transformación se realice con mayor eficiencia; se dice que nuestro proceso será más productivo y tendremos un mayor valor agregado. Es por esta razón que se puede ver a la administración de operaciones del proceso como una ventaja competitiva, puesto que a través de esta se pueden cumplir ciertos objetivos como lo son la diferenciación, el bajo costo y la respuesta.(16)

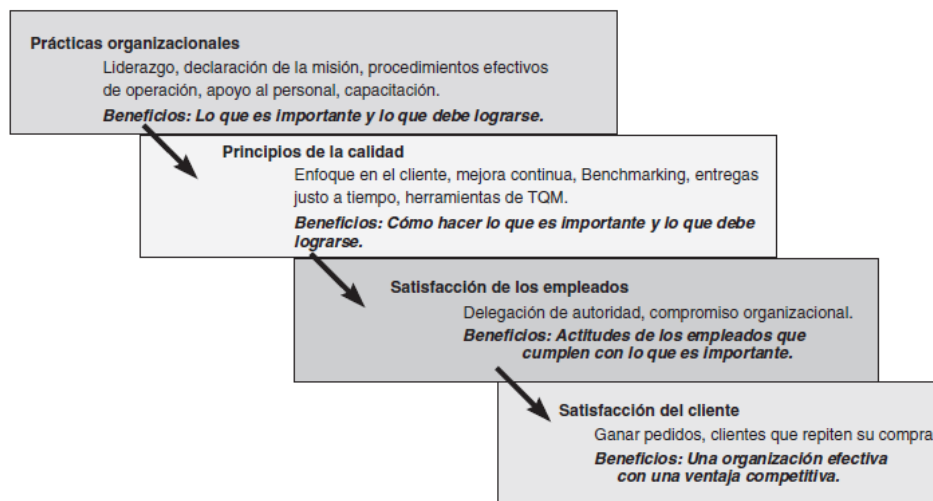
Calidad en las operaciones del proceso

Heizer define a la calidad como la capacidad que tiene un bien o servicio para satisfacer todas las necesidades y gustos de los usuarios, y la señala como un instrumento para mejorar las operaciones; también indica que la presencia o ausencia de esta afecta e involucra a toda la organización y no solo a los clientes y actores internos, sino también a los proveedores; y a todo aquel relacionado al proceso de producción.(16) Asimismo, resalta que un punto importante de la calidad es que, para la construcción de esta, es

necesario que toda la organización esté involucrada, que exista un entorno organizacional que la promueva, y que el esfuerzo realizado por la organización para que todos sus colaboradores se comprometan; esté orientado al objetivo de maximizar la calidad.

La gestión de la calidad total o Total Quality Management (TQM) es entendida como una estrategia de gestión que busca satisfacer las necesidades y expectativas de todos los grupos de interés de la organización, teniendo en cuenta el concepto de eficiencia en la utilización de recursos (13) y que centra todo su esfuerzo para dirigir a la organización a la excelencia, además en este concepto entra también el término de mejora continua; el cual comprenderá personas, proveedores, materiales y procesos de la organización para incrementar su productividad y la satisfacción del usuario. (16, 17)

Gráfico N° 1: Flujo de las actividades necesarias para lograr TQM



Fuente: Heizer, J. y Render, B. Principios de Administración de Operaciones. 2009

Diagramación del proceso

Para que se pueda llevar a cabo una adecuada administración de procesos y TQM, es necesario empezar con los mapas de procesos, los cuales representan gráficamente todos los procesos que se realizan en la organización y las interrelaciones de estos para visualizar como trabajan en conjunto para el logro de la misión y los objetivos esperados

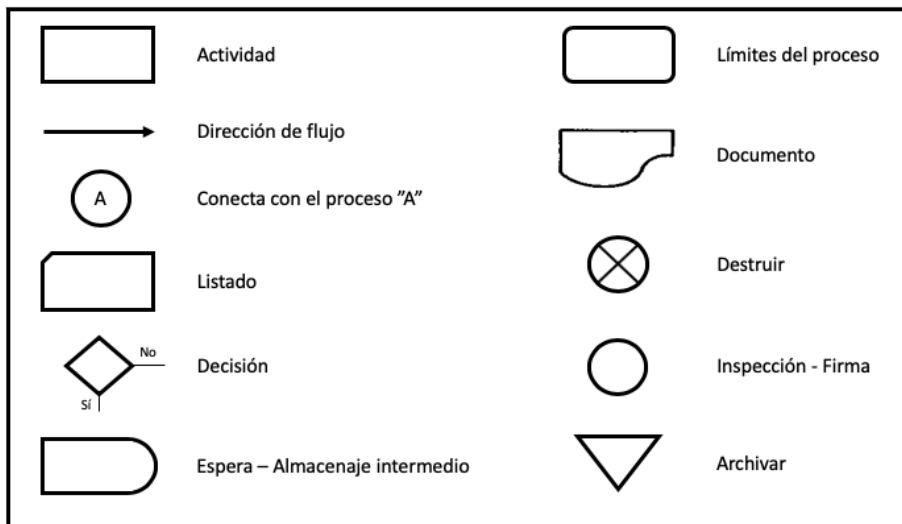
(13). Luego, se trabaja con los diagramas de flujo, herramienta que permite diseñar, analizar y rediseñar los procesos. Por otro lado, otra herramienta utilizada para una mejor administración de operaciones es el diagrama de procesos, en el cual se utilizan símbolos y se toma en cuenta el tiempo utilizado y la distancia; para que se puedan analizar de manera objetiva y estructurada las actividades que conforman un determinado proceso. Este diagrama centra su atención en las actividades que agreguen valor al proceso y a las que no, busca eliminarlas; por lo que su objetivo es reducir el desperdicio y aumentar el porcentaje de valor agregado. (16)

- **Diagramas de flujo o flujogramas**

Como ya se mencionó, esta herramienta de diagramación permite diseñar, analizar y rediseñar los procesos, además de simplificar la representación gráfica de los mismos. Esto se logra a través de la disposición de bloques o cuadros junto con líneas interconectadas que facilitan su comprensión.

Las principales ventajas de esta herramienta radican en que permite visualizar la secuencia de pasos o actividades de determinado proceso, y las áreas involucradas en cada una de estas, además del responsable. (12)

Gráfico N° 2: Símbolos ANSI “American National Standards Institutes”



Fuente: Pérez Fernández. de Velasco JA. Gestión por Procesos. 2012.

5.5 Priorización de procesos

Según Harvey, el primer paso para mejorar un proceso es identificar el objetivo general, posterior a esto se debe determinar los indicadores o métricas que están relacionadas a este mismo objetivo; estos dos pasos previos se realizan para llegar a la elaboración de una lista con los procesos potenciales que tengan impacto en los indicadores mencionados, y por ende en el objetivo a lograr; todo esto resulta en una priorización de los procesos. (18)

Según Varela-Lema y col. se establecen 8 dominios críticos y ciertos criterios para la priorización de intervenciones sanitarias, los cuales fueron identificados a través de una revisión exhaustiva de la literatura existente, así como de los enfoques y criterios que manejan las agencias de evaluación.(19) En lo que respecta a la priorización, específicamente de procesos, se adaptan 6 dominios críticos de los que menciona el artículo y una cantidad menor de criterios; considerando que solo se han seleccionado los que aplican para establecer procesos prioritarios.

Tabla N° 2: Dominios y criterios para la priorización de procesos de salud

Dominio	Criterios
Contexto Global	<ul style="list-style-type: none">- Mandato y misión del sistema sanitario- Alineación con normativa y ámbito- Prioridades globales- Alineación líneas prioritarias/estrategias- Aspectos políticos
Necesidad de la intervención	<ul style="list-style-type: none">- Gravedad o condición clínica- Tamaño población (demanda)

Resultados esperados / Resultados en salud / Adecuación	<ul style="list-style-type: none"> - Beneficios en salud - Eficacia y efectividad
Tipo de beneficio / Tipo de servicio	<ul style="list-style-type: none"> - Beneficios preventivos - Beneficios terapéuticos individuales
Consecuencias económicas / Impacto económico	<ul style="list-style-type: none"> - Costes médicos - Costo/efectividad/beneficio
Prioridades, ética y justicia / Equidad / Asequibilidad para el individuo	<ul style="list-style-type: none"> - Accesibilidad de la población - Equidad general - Prioridades poblacionales - Acceso/accesibilidad - Poblaciones vulnerables

Fuente: Adaptado y modificado de Varela L, Atienza G, López M. Priorización de intervenciones sanitarias.

5.6 Metodologías de solución de problemas y mejora continua

Metodología PDCA

Conocido también como “Ciclo de Shewhart”, su autor, o como el “Ciclo de Deming”, por ser su impulsor más reconocido. Sus siglas, en inglés, se refieren a las siguientes cuatro actividades: Plan-Do-Check-Act. (20) Según Jean Harvey, el ciclo PDCA es la mejor metodología y la más utilizada en el mundo de los negocios para la mejora continua de los procesos de cualquier organización. (18)

La aplicación del ciclo PDCA es un medio para que las organizaciones y los equipos de trabajo evalúen el desarrollo de sus procesos internos, además es una herramienta poderosa para la resolución de problemas y por consiguiente para la mejora de los

procesos; pues define el problema en cuestión, analiza su relevancia, sus causas potenciales y planifica posibles soluciones, para posteriormente implementarlas y verificar si lo propuesto resulta en la mejora del proceso. (21, 22)

Metodología Kaizen o de Mejora Continua

Kaizen es una palabra de origen japonés, que proviene de dos vocablos: “kai” y “zen”, los cuáles significan cambio y para mejorar, respectivamente; por lo que se traduce en “cambio para mejorar” o “mejoramiento continuo”. Esta metodología fue propuesta por el japonés, Masaaki Imai; un teórico organizacional y consultor de gestión, especializado en temas relacionados a la calidad. Kaizen se enfoca en las personas y en la estandarización de procesos, por lo que está basado en dos principales pilares, los equipos de trabajo y la ingeniería industrial; la cual contribuye significativamente en la mejora de los procesos productivos. Por lo tanto, es una herramienta organizacional que permite que la participación de los equipos de trabajo o colaboradores impacten en el desarrollo de la organización y por ende en la mejora de los procesos de la misma. (20, 23)

Otro de los enfoques de esta metodología, es la eliminación del desperdicio o mudas, como Masaaki Imai lo llama, pues considera que esto logrará mejorar la calidad de los procesos y los productos finales obtenidos. (23)

Metodología Business Process Management – BPM para el Modelado “as is” y “to be”

Hoy en día, gracias a la constante evolución de la gestión, se considera a los procesos como un activo esencial para el desarrollo de toda institución, por lo que estas deben adaptarlos, mejorarlos e integrarlos constantemente; a través de procedimientos que

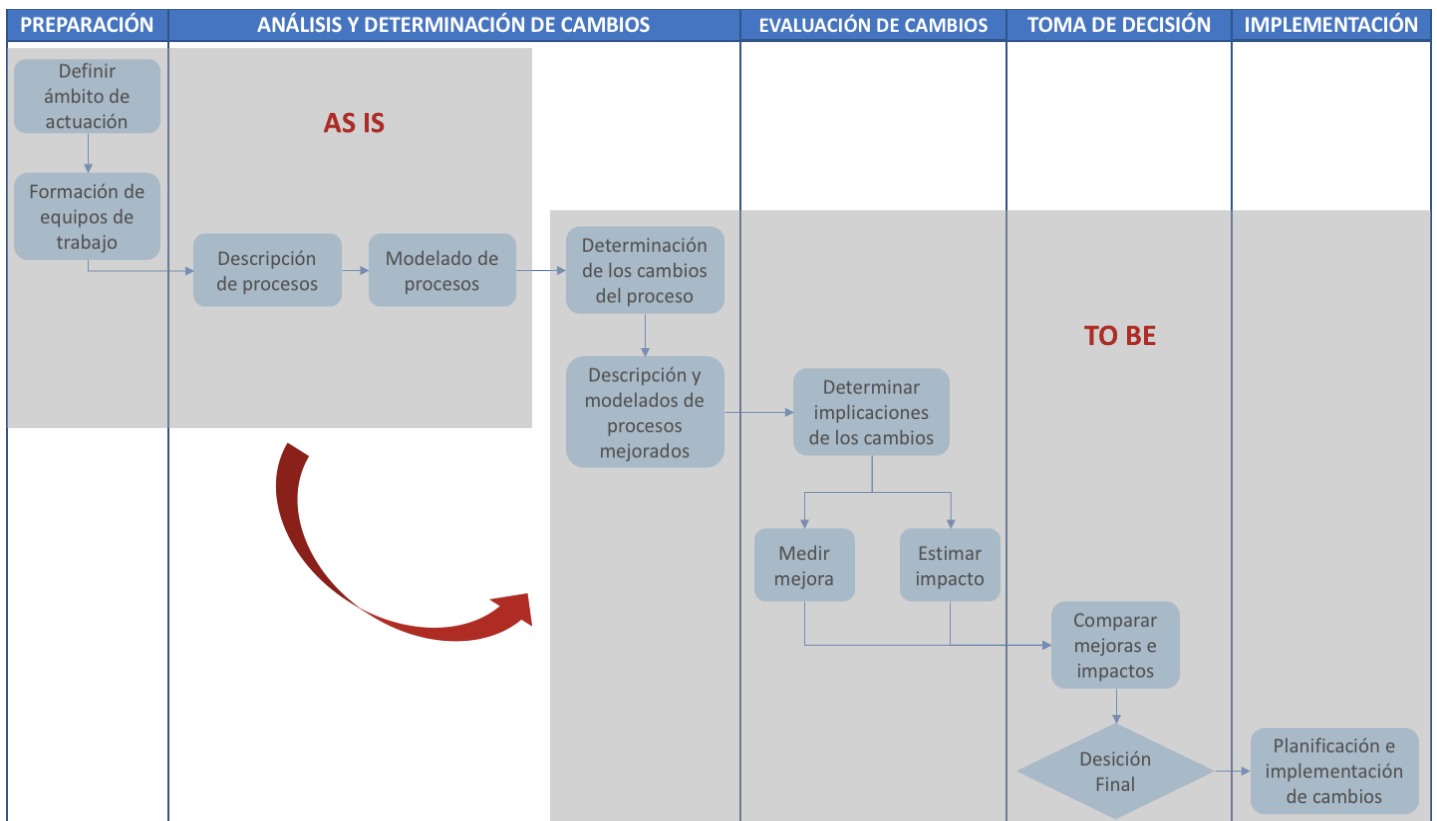
propicien una mayor productividad, que respondan frente a los cambios del entorno y que permitan una mejor comunicación con los actores relacionados a la institución. Por esta razón, muchas instituciones han decidido regirse bajo el BPM – Business Process Management, el cual busca la eficiencia de procesos a través de una gestión sistemática de los mismos; la que permitirá integrar, optimizar, monitorear y documentar de manera continua. (24)

La metodología BPM es vista como un conjunto de herramientas que incorporan las tecnologías de información para la mejora de los procesos, buscando su mayor eficiencia y eficacia, y una mayor agilidad; entendida como la mejora en la capacidad de adaptación antes los posibles cambios en una institución. Esta metodología consta de diversas fases que en su desarrollo permitirán la descripción, análisis, evaluación y el modelado de los procesos llevados a cabo en la organización; para luego elaborar los modelos AS IS, que responden a cómo están los procesos en la actualidad, y los modelos TO BE que son los que se desean lograr a futuro. Para ello, se proponen cuatro etapas: (24, 25, 26)

- a. Análisis y determinación de cambios: en esta primera fase se establecen las bases para analizar los diversos procesos, se describe el presente de la organización y en base a ello se modelan los procesos. Posteriormente, se analizan los procesos y se determinan los cambios que se consideran necesarios para poder representarlos gráficamente.
- b. Evaluación de cambios: en esta segunda fase, se evalúan las implicancias que puedan tener los cambios propuestos y se estima la mejora y el impacto de esta en los procesos de la organización, comparando el modelo AS IS, el cual se obtuvo en la primera fase, con el modelo TO BE, luego de haber evaluado y cuantificado los cambios.

- c. Toma de decisión: luego de haber determinado y evaluado los cambios propuestos, se podrá decidir si el modelo TO BE es provechoso para la organización.
- d. Implementación: la última fase se basa en la planificación de acciones para lograr la situación deseada en el modelo TO BE.

Gráfico N° 4: Etapas para el desarrollo de los modelos AS IS y TO BE



Fuente: Adaptado de Navarrete y Cruz (2010)

Método DMAIC

Conocido también como método Six Sigma, DMAIC se basa en instauración de un proyecto estructurado y responde a las siglas en inglés: Define, Measure, Analyze, Improve, Control. (26)

- a. Definir el problema** → es la etapa inicial donde se identificará y evaluará los posibles proyectos con potencial de mejora. Una vez seleccionados, se organiza y capacita al equipo de trabajo asignándole la respectiva prioridad; acorde a los criterios de “grado de dificultad de ejecución” e “impacto sobre el grado de satisfacción del cliente”.
- b. Observar y medir el problema** → en esta segunda etapa, lo fundamental para medir el proceso es la caracterización del proceso; identificando los requisitos del cliente, las variables de resultado, y todos los factores que perjudican el desarrollo del proceso y las variables claves de los mismos. Posterior a la fase de caracterización, se pasará a definir el sistema de medición y finalmente se medirá el proceso.
- c. Analizar el problema** → el equipo de trabajo analiza los resultados de la medición del proceso, tomándose en cuenta los últimos registros de medición y los resultados históricos; esto permitirá la comprobación o no de la hipótesis sobre las probables relaciones causa-efecto. En esta etapa, el equipo podrá confirmar cuáles son las variables clave de entrada que afectan realmente a las variables de respuesta del proceso.
- d. Actuar sobre las causas** → Se busca determinar la relación causa-efecto para predecir, mejorar y optimizar el desarrollo del proceso estudiado
- e. Estudiar resultados y estandarizar las mejores prácticas** → la última etapa se basa en esquematizar y registrar los controles para asegurar en un futuro, que lo conseguido tras las mejoras y cambios implementados se mantenga.

6. METODOLOGÍA

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio cualitativo observacional descriptivo de evaluación rápida. El diseño de estudio es un análisis y diseño de procesos.

6.2 POBLACIÓN / DISEÑO MUESTRAL

Basados en el principio de saturación teórica, se consideró una muestra mínima de tres expedientes a analizar para el diagnóstico de cada proceso y subproceso administrativo y prestacional.

Los procesos a describir fueron los procesos que se desarrollan diariamente en el centro de salud. A continuación, se muestra el listado de los procesos que se han modelado:

Procesos Prestacionales	Procesos Administrativos
<ul style="list-style-type: none">• Admisión• Hospitalización• Emergencia / Urgencia• Análisis clínicos/Laboratorio• Consulta externa• Atención obstétrica• CRED• Atención en farmacia• Referencias• Telemedicina	<ul style="list-style-type: none">• Administración de Personal (RRHH)• Compra de bienes y servicios• Mantenimiento y reparación de equipos• Estadística e Informática

6.3 DIMENSIONES DE ANÁLISIS

NOMBRE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INSTRUMENTO
Procesos prestacionales	Conjunto de procesos que generan valor a la institución.	Procesos referidos a la atención o prestación directa del paciente.	Cualitativa	Modelado de los procesos, observación y entrevistas a colaboradores.
Procesos directivos y administrativos		Procesos que establecen las políticas y estrategias, además de brindar servicios de información y recursos a los procesos prestacionales.	Cualitativa	
Disponibilidad de recursos	Recursos disponibles con los que se cuenta para el desarrollo de los procesos.	<ul style="list-style-type: none"> • Personal disponible • Disponibilidad de medicamentos 	Cualitativa	Entrevistas y revisión de documentos
Calidad de los procesos	Conjunto de propiedades inherentes que permite caracterizarlo y valorarlo.	Puntaje en encuesta de satisfacción de paciente y colaboradores sobre los procesos modelados en Escala de Likert.	Cualitativa	Encuesta breve a las personas que estén inmersas en determinado proceso en un día.
Percepción de los colaboradores	Impresión que se tiene sobre el desarrollo de los procesos.	Testimonio sobre la experiencia individual de cada colaborador	Cualitativa	Entrevistas con colaboradores.

6.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

DIMENSIONES	INSTRUMENTO	TÉCNICAS
Procesos prestacionales y administrativos	Modelado de los procesos	A través de flujogramas o diagramas de flujo.
	Observación	-
	Entrevistas al personal	Entrevista semi-estructurada referida al desarrollo de los procesos del CSS.
Uso de Recursos	Entrevistas al personal	Entrevista semi-estructurada referida a la cantidad de personal, disponibilidad de medicamentos e insumos, y utilización de equipos.
	Revisión de documentos	Obtención de datos de fuentes primarias, a través de la revisión del ROF, cuadro de asignación de personal, stock de medicamentos e insumos, e indicadores de gestión del CSSC; para identificar el grado de utilización de los recursos.
Calidad de los procesos	Encuestas	Aplicación de una encuesta breve a las personas que estén inmersas en determinado proceso (colaboradores y usuarios) durante un día, para conocer su opinión acerca del modelado de los procesos .
Percepción de los colaboradores	Entrevistas con los colaboradores.	Entrevista semi-estructurada referida a la percepción que tiene el personal de los procesos del CSSC.

6.5 PLAN DE TRABAJO

Aprobación del protocolo de investigación. Se solicitó inicialmente la autorización de la Facultad de Salud Pública y Administración – FASPA.

Autorización del CSSC. Se solicitó la autorización de la Asociación Civil Pango, quienes administran todos los puestos y centros de salud de la Micro-red; y a través de Pango se obtuvo la autorización tanto del Vicariato Apostólico “San José del Amazonas”, como del Centro de Salud Santa Clotilde.

Revisión y aprobación del Comité Institucional de Ética. Se enviaron todos los documentos correspondientes al Comité de Ética en Investigación para su evaluación y aprobación.

PARTE I

Luego de obtenerse la aprobación del Comité Institucional de Ética, se inició con la presente investigación:

a. Identificación de los procesos del CSSC (AS IS)

i. Descripción y relevamiento de información de las directrices estratégicas.

Referido al marco del Vicariato Apostólico “San José del Amazonas”, de la Asociación Civil Pango y al del Centro de Salud Santa Clotilde.

ii. Mapeo de macro procesos (estratégicos, operativos y de soporte).

Consistió en la identificación y definición de los procesos estratégicos, operativos y de soporte que se llevan a cabo en el Centro de Salud Santa Clotilde.

iii. Identificación y modelado de procesos y sub procesos.

Una vez identificados los macro procesos, se pasó a identificar los procesos y sub procesos de cada uno de ellos y de todas las áreas y servicios del Centro de Salud Santa Clotilde; posterior a la identificación, se modelaron a través de diagramas de flujo. Esta actividad se realizó bajo el método de observación, así como de entrevistas con los trabajadores del Centro de Salud, en un inicio se tenía pensado entrevistar a 15 personas, una por cada uno de los procesos tentativos a modelar; sin embargo, en las visitas al CSSC se encontró que no todos los procesos tentativos propuestos se desarrollaban, así como la existencia de procesos adicionales. Asimismo, se identificó que una persona podía tener a cargo y/o desarrollar más de un proceso; por todo ello, los entrevistados fueron 12 trabajadores. Adicional a las entrevistas, se realizó una revisión documentaria, considerando 3 expedientes como mínimo

para cada uno de los procesos, para luego trabajar bajo el principio de saturación teórica; el cual determinará el momento en que se debe finalizar la revisión al no hallar nuevos datos en los siguientes expedientes.

b. Validación del personal de salud del AS IS. Una vez finalizado el proceso de modelado de los procesos del CSSC, se procedió a validarlo con el personal del mismo centro para verificar que el diagnóstico sea correcto.

c. Priorización de procesos. Posterior a la identificación y validación de todos los procesos, se procedió a identificar los principales problemas percibidos por los colaboradores del CSSC y a priorizar los procesos en base a ello; esta información se obtuvo a partir de las entrevistas realizadas al personal. En un inicio se tenía pensado también, encontrar informes o documentos oficiales del CSSC donde se expongan los principales problemas o limitaciones del mismo; sin embargo, el último informe de gestión es del año 2016 y en este solo se hace una presentación de la Micro-Red.

Adicionalmente, esta fase de la investigación, se basó en el modelo de priorización de intervenciones sanitarias publicado en la revista de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración; y se consideraron los siguientes dominios y criterios: prioridades globales y poblaciones, así como aspectos políticos y alineación con las estrategias

d. Análisis de los procesos priorizados. Una vez priorizados los procesos y seleccionados con los que se trabajaría, se realizó la medición de ciertas variables de los procesos; para ello se consideró el tiempo, la percepción de los colaboradores y los recursos en cada uno de los procesos a analizar.

PARTE II

- e. Propuesta de mejora en base al análisis (TO BE).** Luego de haber realizado el análisis de los procesos priorizados del Centro de Salud Santa Clotilde y haber identificado los principales problemas, se procedió a la elaboración de una propuesta de mejora junto con el personal del CS.
- f. Validación de la propuesta de mejora.** La propuesta de mejora, al igual que el análisis diagnóstico, fue validada con el personal del CSSC en un proceso de consenso para su aprobación final.

Adicionalmente, se aplicó una encuesta breve a 45 personas, de los cuales 12 correspondían a los trabajadores del CSSC, entrevistados inicialmente durante el modelado de los procesos, y las otras 30 personas, fueron pacientes del CSSC; considerando 2 por cada proceso modelado.

6.6 PLAN DE ANÁLISIS

El modelado de los procesos y los diagramas de flujo que resultaron de la recolección de información, tanto de la fase inicial, modelo as is; como de la propuesta de mejora, to be, han sido trabajados dentro del software de uso libre: Bizagi Modeler.

La priorización de los procesos fue realizada de acuerdo a la identificación de los principales problemas que afronta el CSSC, información obtenida durante las entrevistas con el personal y como ya se mencionó; también se consideraron los siguientes dominios y criterios del modelo de priorización de intervenciones sanitarias:

Tabla N° 3: Dominios y criterios utilizados para la priorización de procesos de salud del Centro de Salud Santa Clotilde

Dominio	Criterios
Contexto Global	<ul style="list-style-type: none"> - Prioridades globales - Alineación con estrategias - Aspectos políticos
Prioridades, ética y justicia / Equidad / Asequibilidad para el individuo	<ul style="list-style-type: none"> - Prioridades poblacionales - Poblaciones vulnerables

a. Prioridades Globales:

Objetivos de Desarrollo Sostenible (2015-2030)

El objetivo N° 3 de los ODS corresponde a Salud y Bienestar, y en este tratan la salud desde diferentes grupos poblacionales, dos de ellos: salud materna y salud infantil, para los cuales se reducir la tasa de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100,000 nacidos vivos, reducir la mortalidad neonatal a 12 por cada 1,000 nacidos vivos, y reducir la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1,000 vivos; para lograr todo ello se priorizan las atenciones a estos grupos poblacionales, como: atención prenatal, parto institucional, planificación familiar, controles mensuales del recién nacido y aplicación de las vacunas correspondientes según esquema de vacunación. (27,28)

b. Alineación con estrategias y prioridades poblacionales y políticas:

Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) 2016-2021- Salud

En este documento se establecen las necesidades y demandas de salud de la ciudadanía: salud materno infantil, enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles y

urgencias/emergencias. La primera necesidad establecida tiene como variables al nivel de mortalidad materna y el de mortalidad neonatal; y se ve reflejada en el primer objetivo del PESEM “Mejorar la salud de la población”, el cual tiene dentro de sus acciones estratégicas: reducir la mortalidad materna y neonatal, y reducir la desnutrición infantil y anemia.

El PESEM establece una ruta estratégica para todas las acciones planteadas, en el caso del objetivo “Mejorar la salud de la población” tiene como primera prioridad la reducción de mortalidad materna e infantil y como segunda, la reducción de desnutrición infantil y anemia. (29)

XXVIII Reunión Ordinaria de la Comisión Intergubernamental de Salud (CIGS)

En esta, la titular del MINSA destacó los 3 objetivos del sector salud hacia el bicentenario: protección de la primera infancia; la cual incluye la lucha contra la anemia y vacunación, atención integral al adulto mayor, y humanización de la salud. (30)

Política Nacional Multisectorial de salud 2019-2030

En setiembre del 2019, el MINSA presentó las prioridades para la presente política, estas fueron: disminuir la anemia infantil en menores de 6 a 35 meses de edad con enfoque preventivo, brindar atención de calidad, oportuna y con capacidad resolutiva, y humanizar la atención en salud. (31)

c. Poblaciones vulnerables: Defensoría del Pueblo

La Defensoría del Pueblo, identifica diversos grupos poblacionales de especial protección, entre los cuales se encuentran niños, adolescentes, y mujeres; para los niños y adolescentes se enfocan en violencia física y/o sexual, menores en situación de

abandono, trata de menores, estado nutricional y de salud de los niños, etc. En el caso de las mujeres, velan porque existan condiciones de igualdad, atención a las mujeres en casos de violencia familiar y sexual, así como el cuidado de la salud materna.

Por último, la propuesta de mejora también fue validada por los trabajadores del CSSC que fueron entrevistados inicialmente, en esta reunión se presentó la priorización realizada y las propuestas de cambio a los procesos; de los cuales surgieron algunas recomendaciones por parte del personal, las cuales se tomaron en cuenta para la versión final de la propuesta. (32)

6.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación cuenta con la aprobación del Comité Institucional de Ética para Humanos - CIEI para su realización. Asimismo, se diseñaron consentimientos informados, los cuales también contaban con la previa aprobación del Comité Institucional de Ética para Humanos – CIEI antes de ser aplicados a los entrevistados o a toda persona incluida dentro del estudio por alguna participación, a quienes se les explicó detalladamente la investigación, sus objetivos y procedimientos del mismo, y tuvieron el derecho de decidir libremente si deseaban participar o no.

Este proyecto no ha implicado ningún riesgo adicional para sus participantes pues se respetó la confidencialidad de la información brindada en las entrevistas con el personal.

7. RESULTADOS

7.1 IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS DEL CSSC (AS IS)

7.1.1 Descripción y relevamiento de información de las directrices estratégicas

Descripción del establecimiento

- **La Organización**

El Centro de Salud Santa Clotilde (CSSC) pertenece a la Micro Red Napo, la cual es la autoridad en salud a nivel de los distritos del Napo y Torres Causana, en el departamento de Loreto. Esta Micro Red tiene a su cargo 14 establecimientos de salud de primer nivel de atención distribuidos en establecimientos I-1, I-2 y I-4, todo ellos pertenecen a la Dirección de Red de Salud Maynas Periferia.

Dichos establecimientos funcionan bajo el “Convenio de Cooperación Interinstitucional entre la Dirección Regional de Salud de Loreto y el Vicariato Apostólico de San José del Amazonas para la dirección y administración del Centro de Salud Santa Clotilde y la Micro Red Napo Río Napo, Maynas, Loreto - Perú”. El Vicariato cuenta con el apoyo de dos Congregaciones Religiosas y tiene a la Asociación Civil “PANGO” como ente ejecutor de las acciones para la ampliación y administración de los servicios de salud y mejor funcionamiento de la Micro Red.

Una de las principales razones por las que se firma este convenio es por la disponibilidad de recursos internacionales y locales por medio de la Iglesia Católica con más de 30 años de servicio continuo en Santa Clotilde, los cuales benefician a esta población; en su mayoría de extrema pobreza y altamente dispersa.

Todas las atenciones que se brindan en Santa Clotilde y los demás puestos de salud son de carácter preventivo, promocional y recuperativo; y están dirigidas a todos los

beneficiarios del SIS, población sin seguro y afiliados a EsSalud que hayan realizado su transferencia al ser el único establecimiento en la zona.

El Centro de Salud Santa Clotilde, es cabecera de la Micro Red Napo y Centro Referencial local del río Napo; por lo que tiene la responsabilidad de coordinar y supervisar a los otros 13 establecimientos de salud de los distritos Napo y Torres Causana. Asimismo, es el centro con mayor capacidad resolutive y por ende es el que presenta mayor demanda.

El Centro de Salud Santa Clotilde es considerado para el Ministerio de Salud como un establecimiento de salud estratégico, lo cual significa que debería poder atender hasta el 85% de las necesidades de atención en salud de la población sin que tengan que ser evacuados a hospitales regionales o establecimientos de mayor capacidad resolutive, los cuales están ubicados en las ciudades. Para lograr ello el Ministerio de Salud estableció como prioridad política el fortalecimiento de la atención primaria y mejora del acceso a los servicios de salud, de tal manera que se mejore la capacidad resolutive de los establecimientos de salud denominados estratégicos.

De acuerdo al Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS), el Centro de Salud Santa Clotilde está categorizado como un establecimiento II-1; categoría que fue solicitada y actualizada en el 2014, ya que anteriormente era un establecimiento con categoría I-4, sin embargo, por su responsabilidad como centro de referencia para los otros 13 establecimientos de salud, se decidió solicitar la categoría II-1(e) Obstétrica. Con esta recategorización, el establecimiento debería tener, según Norma Técnica de Salud “Categorías de Establecimientos del Sector Salud” NTS N° 021-MINSA, las siguientes 12 Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS): Consulta externa, emergencia, hospitalización, centro obstétrico, farmacia, patología clínica (laboratorio clínico), centro

quirúrgico, medicina de rehabilitación, diagnóstico por imágenes, centro de hemoterapia y banco de sangre, nutrición y dietética, y central de esterilización; sin embargo, solo cuenta con las seis primeras ya que el centro de salud presenta grandes limitaciones relacionadas a la ubicación geográfica, la disponibilidad de espacio y la asignación de recursos.

- **Instalaciones**

El terreno donde se encuentra ubicado el Centro de Salud Santa Clotilde es posesión del Vicariato Apostólico San José del Amazonas y está inscrito como “Puesto de Misión Santa Clotilde”.

En el convenio interinstitucional firmado, el Vicariato pone a disposición de la DIRESA el terreno, las edificaciones dentro del mismo y los equipos de su propiedad, para el funcionamiento y uso exclusivo del Centro de Salud Santa Clotilde y los demás establecimientos de la Micro Red.

El Centro de Salud Santa Clotilde cuenta con los siguientes ambientes para la atención: admisión, triaje, CRED, emergencia/urgencia, toma de muestras, sala de parto, odontología, obstetricia, medicina general, psicología, hospitalización/observación y farmacia.

Es importante mencionar que el distrito y por lo tanto el centro de salud, no cuenta con fluido eléctrico permanentemente, el horario disponible es por las mañanas de 5:30 am a 1 pm y vuelve a partir de las 6 pm hasta las 10 pm; esto, impacta en las actividades que se llevan a cabo en el establecimiento por lo que para algunas de ellas hay procesos diferenciados según el horario, como es en el caso de admisión y emergencia/urgencia, a otros como laboratorio, los retrasa y deben esperar que vuelva el fluido eléctrico para analizar muestras o entregar resultados.

- **Recursos**

Según el convenio interinstitucional firmado entre la DIRESA y el Vicariato, la DIRESA realiza las transferencias de fondos del Seguro Integral de Salud y programas estratégicos de acuerdo con las transferencias del Gobierno Regional al SIS; asimismo, asigna un presupuesto para el mantenimiento y supervisión de los establecimientos de salud de la Micro red Napo.

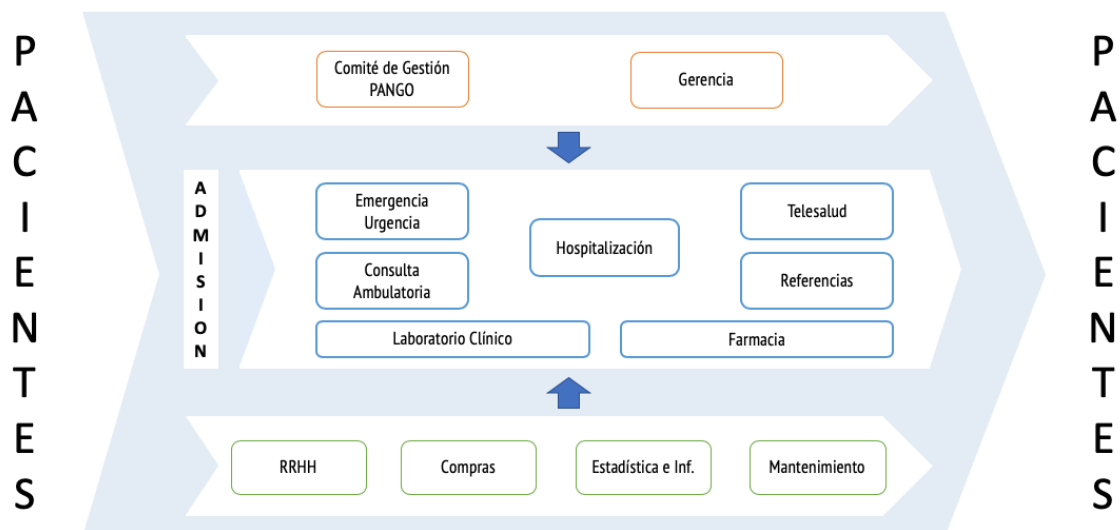
Por otro lado, ingresan recursos provenientes de EsSalud por las atenciones brindadas a los asegurados que hayan hecho su transferencia de atención al Centro de Salud Santa Clotilde.

Adicionalmente, otra fuente de ingreso sumamente importante, son los recursos que destinan el Vicariato y PANGO a la Micro Red, debido a que estas dos cuentan con apoyo internacional y local de diversas asociaciones.

Respecto a las directrices estratégicas del centro de salud y/o de la Micro Red, no se encontraron documentos ni informes que las establezcan; el único documento a la fecha es un informe de gestión del año 2016 en el que se describe al Centro de Salud Santa Clotilde y a todos los demás establecimientos de la Micro Red.

7.1.2 Mapeo de macro procesos

Consistió en la identificación y definición de los procesos estratégicos, operativos y de soporte que se llevan a cabo en el Centro de Salud Santa Clotilde:



7.1.3 Identificación y modelado de procesos y sub procesos

7.1.3.1 Procesos Prestacionales

a) Admisión

Cuenta con dos personas que trabajan directamente en el área y una adicional que pertenece al área de obstetricia, la cual se ubica en admisión para derivarlas directamente al área correspondiente. Cada una de ellas cuenta con una computadora donde ingresa información y puede revisar la base de datos del centro de salud. En este espacio también se encuentra el archivo de Historias Clínicas.

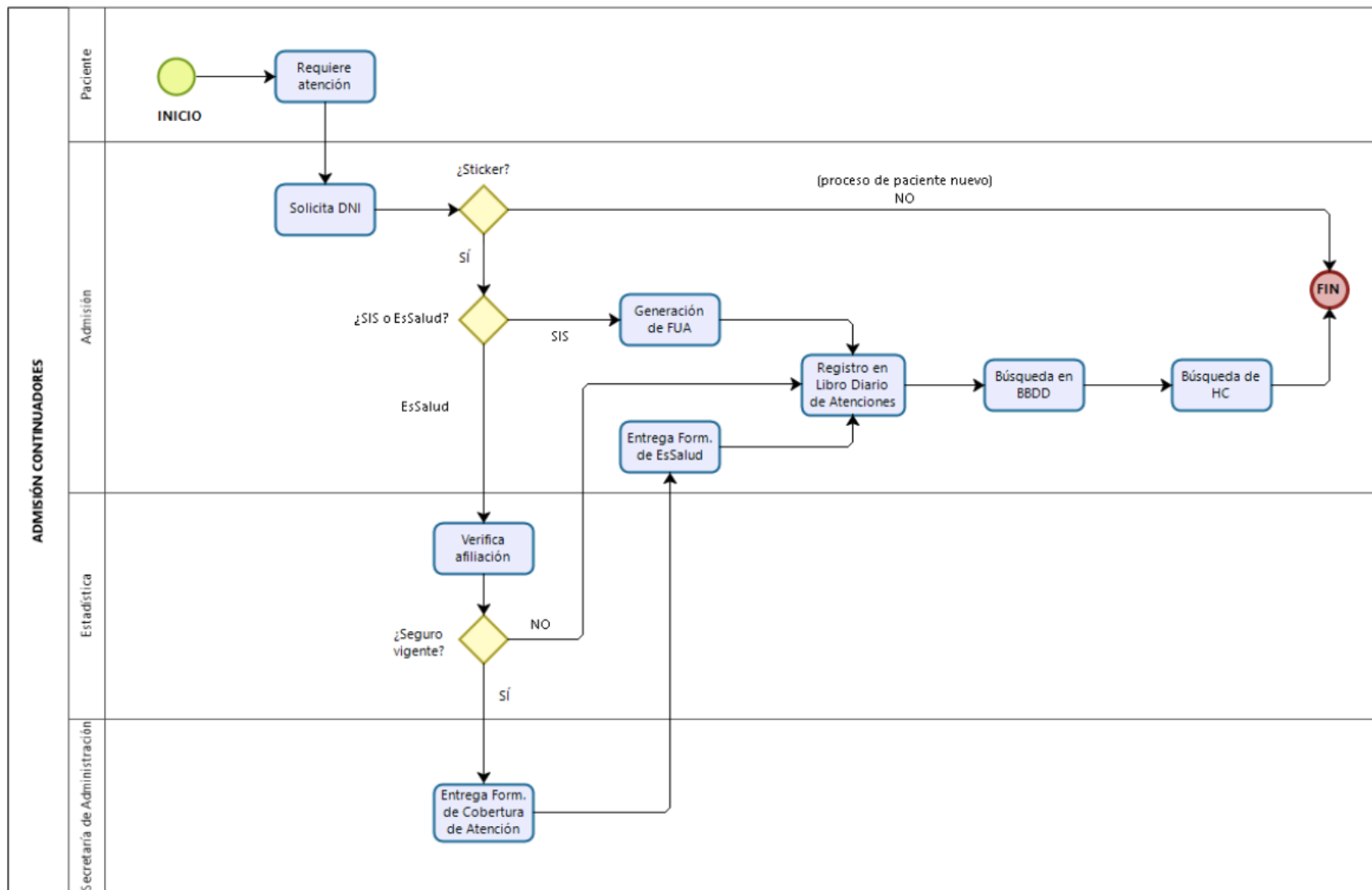
En esta área se identificaron dos procesos, uno para los pacientes que ya han recibido atención alguna en el centro de salud y se encuentran en la base de datos que maneja admisión y el segundo proceso, cuando es un paciente que llega por primera vez al establecimiento.

A continuación, se detalla el proceso de admisión de pacientes continuadores:

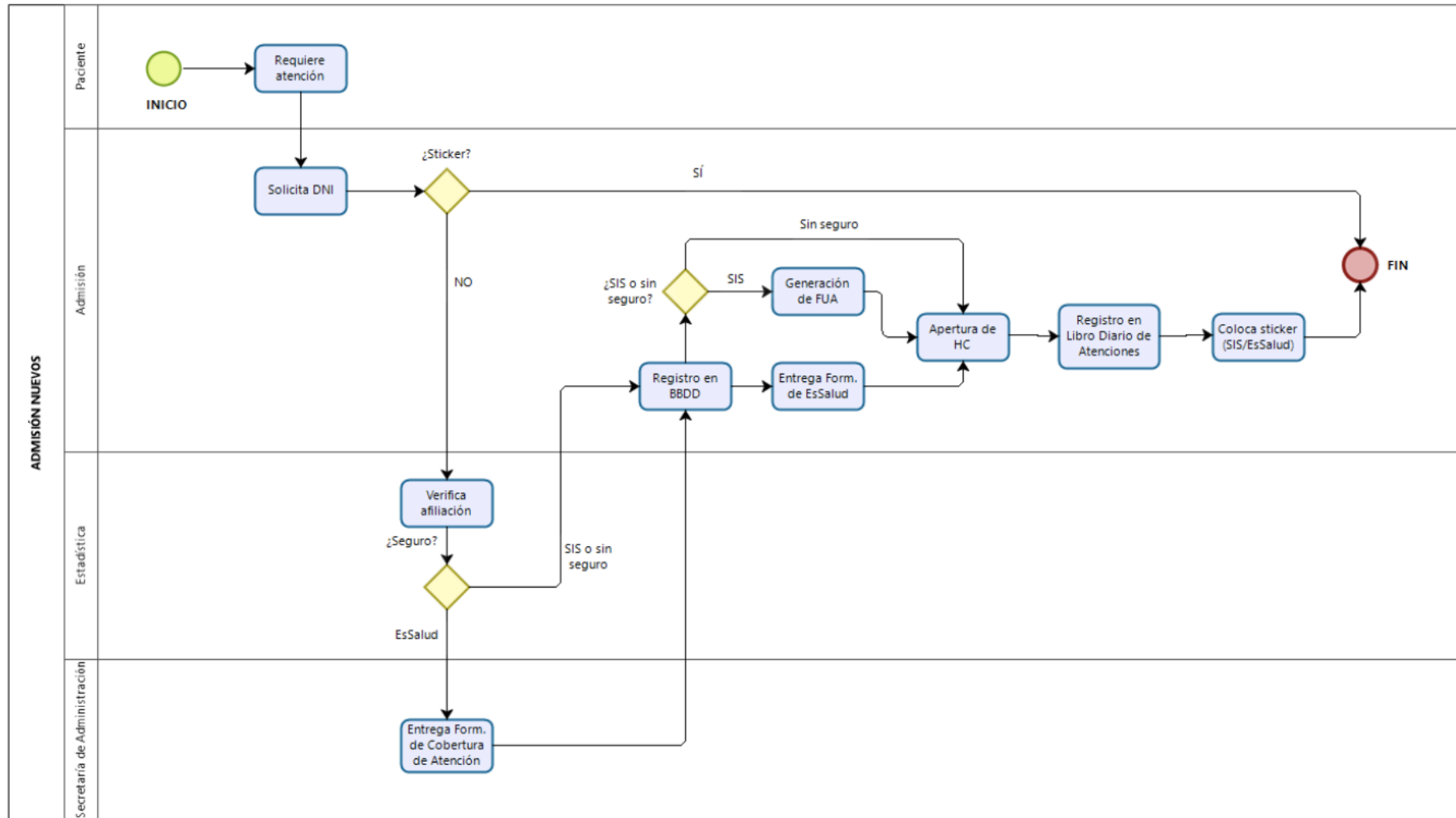
El proceso inicia cuando el paciente llega al Centro de Salud Santa Clotilde y requiere de atención ambulatoria, el personal de admisión le solicita su DNI para verificar si

cuenta con el sticker de identificación colocado por el mismo centro, esto se da para el caso de los pacientes que han tenido previamente alguna atención en el establecimiento y permite identificar si el paciente tiene SIS o EsSalud, evitando demoras al buscar en las bases de datos; en el caso que el DNI no tenga ningún sticker se le considera como nuevo. Si el paciente está asegurado al SIS, procederán con la generación del Formato Único de Atención (FUA); si es EsSalud, el paciente será derivado al área de estadística e informática en administración para verificar que su afiliación esté vigente, de ser así, le brindarán el Formato de Cobertura de Atención para que lo entregue en admisión; en caso su seguro ya no esté vigente, no se generará ningún formato de atención adicional.

Posterior a la verificación de la afiliación, proceden a llenar todos los datos del paciente en el libro diario de atenciones, tanto en físico como en Excel; y luego realizan la búsqueda de Historia Clínica, para lo cual ingresan a la base de datos de pacientes atendidos en el centro de salud, verifican su número de Historia Clínica y posterior a ello en el archivo. Una vez se cuente con la HC, una de las personas de admisión es responsable de llevarla área de triaje para que continúe con el flujo habitual de atención.



A continuación, se detalla el flujo para pacientes nuevos:



Para el caso de los pacientes nuevos, cuando admisión corrobora que no tiene ningún sticker que identifique que es asegurado de SIS o EsSalud, lo deriva directamente a estadística e informática para que verifique si cuenta con seguro o no, luego de ello retorna a admisión con la indicación que le haya dado estadística (SIS, EsSalud, sin seguro), en caso de ser EsSalud se le entrega el Formato de Cobertura de Atención, y es en admisión donde se registra el paciente por primera vez. Si el paciente es del SIS, se genera el FUA; si es EsSalud brinda el Formato que le dieron en estadística y si es un paciente que no cuenta con ningún seguro, no se genera ningún formulario adicional. Luego de ello, se apertura una nueva historia clínica para el paciente, se registra la atención en el libro diario (físico y Excel) y por último se le coloca el sticker correspondiente (SIS/EsSalud).

Las principales dificultades de este proceso corresponden a la cantidad de personal, ya que para la demanda que presenta el centro de salud es insuficiente; generando descontento entre los pacientes. Según lo referido por el personal de esta área, los días más críticos son los lunes ya que se acumulan las atenciones del fin de semana. Adicional a ello, otro de los problemas es la ausencia de fluido eléctrico a partir de las 2 pm ya que no se pueden utilizar las computadoras, verificar afiliación, verificar número de HC, entre otros. Asimismo, el registro de pacientes nuevos luego que regresan del área de estadística e informática, genera congestión y alarga el tiempo de espera de los pacientes.

Otro de los problemas del área se da con los pacientes no asegurados ya que al no tener sticker, en admisión se les considera como nuevos sin verificar previamente en la base de datos de pacientes atendidos y se les deriva al área de estadística e informática para la verificación de su afiliación, al corroborar que no tienen ningún seguro, se les envía nuevamente a admisión con esa indicación para que puedan ser

registrados y se les abre una HC, sin embargo, sucede que muchas veces ese paciente ya había tenido atenciones previas en el centro de salud y por lo tanto ya tenía historia clínica.

b) Emergencia/Urgencia

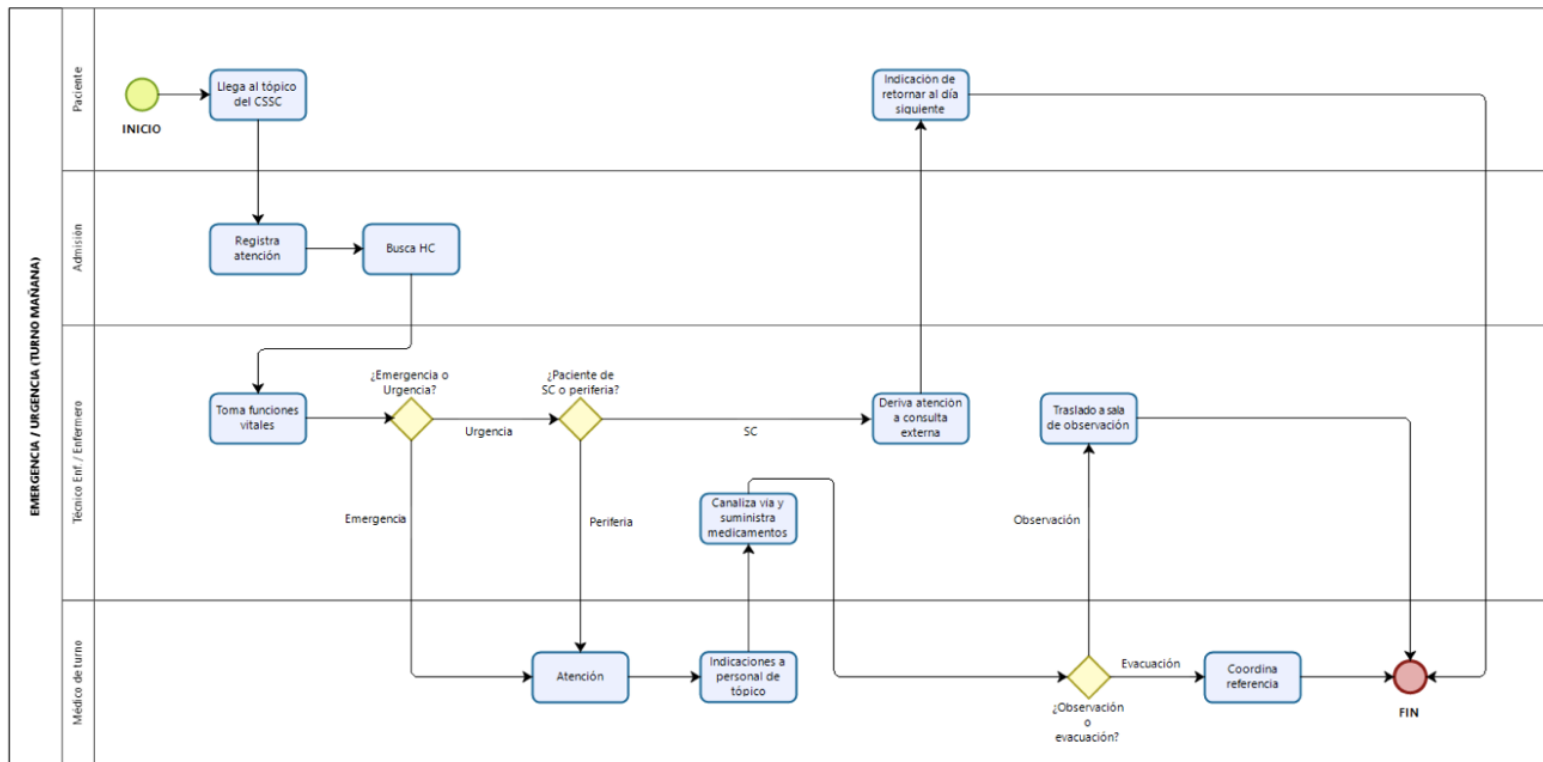
El Centro de Salud Santa Clotilde a pesar de estar categorizado como un establecimiento II-1e, no cuenta con una emergencia con todo el equipamiento y personal debido ni con la capacidad resolutoria esperada para su nivel; pues debido a los recursos limitados, realmente opera como un tópico de urgencia.

Las atenciones son brindadas en el tópico del establecimiento el cual está equipado con una camilla y lámpara quirúrgica, y cuenta permanentemente con un técnico de enfermería quien brinda inicialmente la atención a los pacientes. Adicionalmente, de requerirse, cuenta con otro técnico de enfermería de apoyo del área de hospitalización.

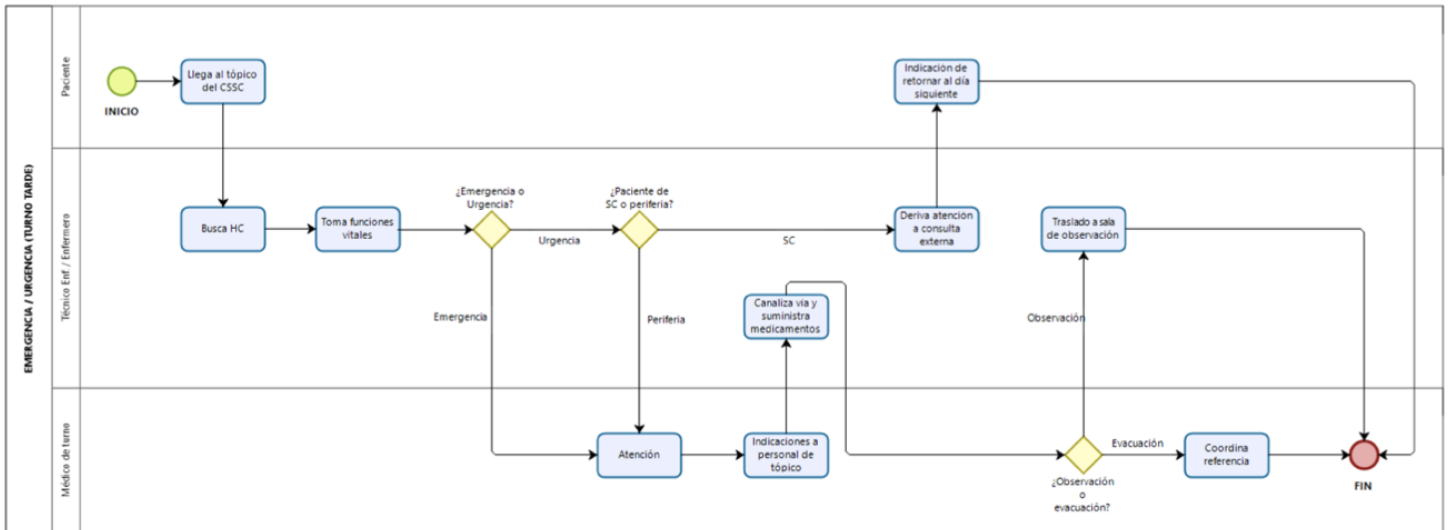
El proceso inicia cuando el paciente ingresa al tópico del centro de salud y es atendido por el técnico de enfermería, quien al mismo tiempo que toma las funciones vitales, deriva al familiar o pide apoyo de otro personal del establecimiento para que registren su atención, realicen el proceso de admisión habitual y puedan enviar su historia clínica, posterior a las funciones vitales y la evaluación inicial, el personal de turno evalúa si la atención corresponde a una urgencia o emergencia; de ser el primer caso, se le atiende inmediatamente solo si no vive en Santa Clotilde y ha venido de otra comunidad, pero si vive en el mismo distrito, será derivado a consulta externa; si es una emergencia, se comunica al médico de turno para que pueda evaluar al paciente. Una vez evaluado, el médico brinda indicaciones al personal del área, quien canalizará la vía o suministrará los medicamentos recetados; adicional a ello, deberá definir si el

paciente requiere permanecer en observación o si necesita ser trasladado de emergencia a la ciudad de Iquitos (referencia de emergencia), si es que debe ser trasladado, se gestiona su referencia y coordina con la empresa de transporte.

En el centro de salud, ningún paciente es hospitalizado directamente luego de haber sido atendido por emergencia, exceptuando los casos de partos programados; primero deberá estar 12 horas en observación y si en ese curso de tiempo no evoluciona favorablemente, se queda hospitalizado, de lo contrario se gestiona el alta.



En el caso de las atenciones que ingresan a partir de las 2 pm, al no haber fluido eléctrico y no poder realizar el proceso de admisión completo, el técnico de enfermería es quien busca directamente la historia clínica y continua con el proceso ya explicado.



Uno de los principales problemas se da en el proceso de admisión de los pacientes y el registro de su atención, ya que el área de emergencia se concentra únicamente en la atención pero muchas veces no queda registro de esta en la HC ni en el libro de atenciones diarias; debido a que el paciente ha llegado solo o su familiar/acompañante no fue orientado con el proceso que se debía seguir. Esta dificultad es mayor aún por las tardes ya que no se puede verificar si tiene seguro o no, y es el mismo técnico quien debe realizar la búsqueda de HC, registro en el libro diario de atención (físico). Adicionalmente, el área identifica que la poca disponibilidad de médicos puede retrasar la atención ya que el centro de salud solo cuenta con dos médicos, uno de ellos normalmente se encuentra en consulta externa y el otro en hospitalización/emergencia.

c) Consulta Ambulatoria

Esta incluye las atenciones por consulta externa, control del crecimiento y desarrollo (CRED) y obstetricia.

Consulta Externa

Incluye las áreas de medicina general, psicología y odontología.

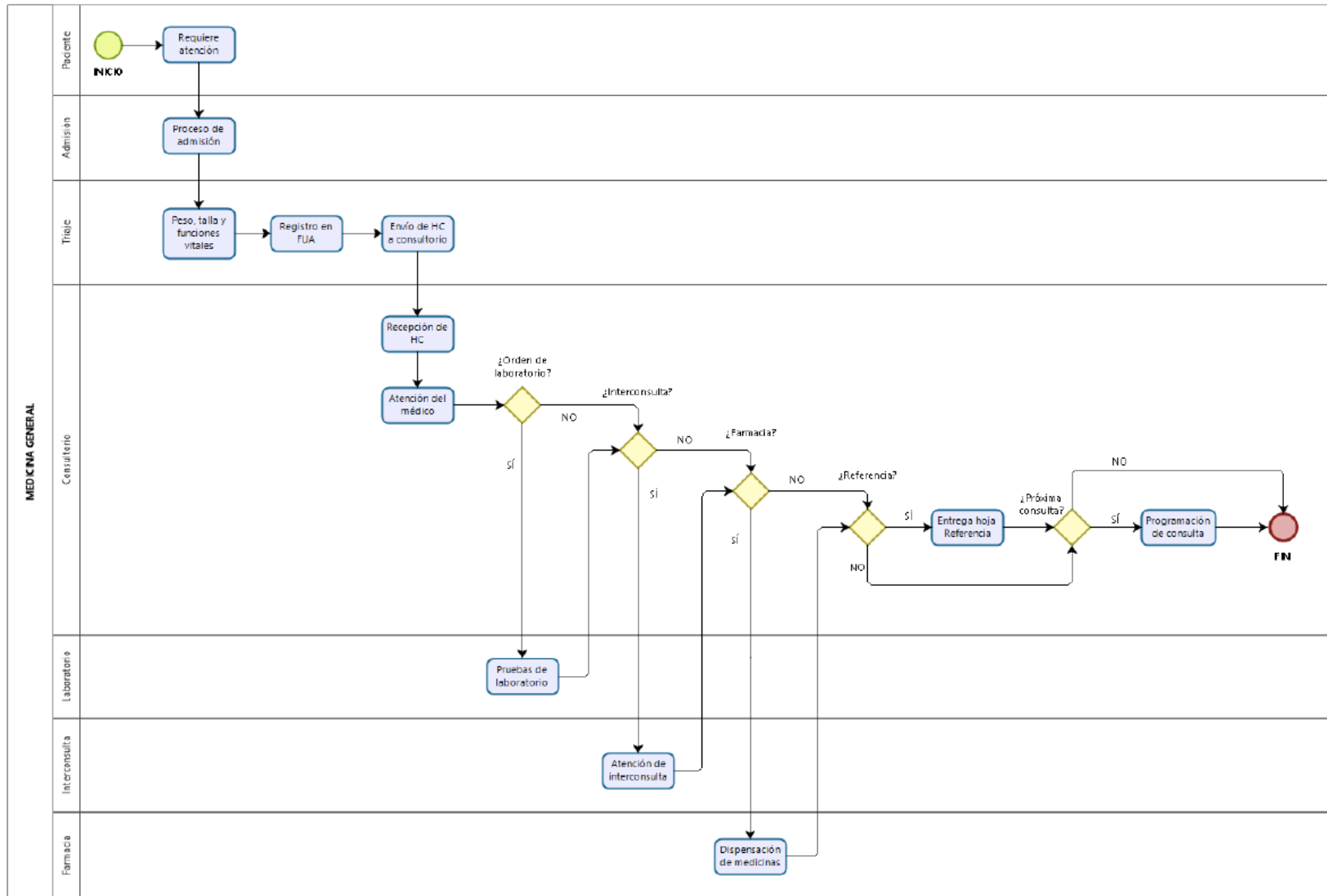
○ Medicina General

El área de medicina general cuenta con una habitación dividida por cortinas en cuatro ambientes, los cuales son destinados para la atención médica; sin embargo, de los cuatro solo se utiliza uno debido a que el establecimiento solo cuenta con dos médicos, los cuales se turnan para atender en consultorio y hospitalización/ emergencia. Cuando no se terminan con las atenciones durante la mañana, por las tardes puede haber atención de los dos médicos si la demanda así lo requiere, esto únicamente se da si es que el segundo médico no ha salido a periferia, si no ha llevado de emergencia algún paciente referido a Iquitos y si el área de hospitalización no tiene más de dos hospitalizados.

El proceso de atención en medicina general es común para todas las atenciones de consulta externa, se inicia en admisión con el proceso previamente detallado, se deriva a triaje y posterior a ello llega al consultorio. En el consultorio el médico de turno realiza la atención y de acuerdo a ello deriva al paciente al área de laboratorio, farmacia o indica que requiere una interconsulta con alguna de las otras dos áreas de consulta externa (psicología u odontología); asimismo, puede darse el caso que el médico considere necesario una atención más especializada en un establecimiento de mayor capacidad resolutive, por lo que le proporciona al paciente una hoja de referencia, la cual tiene validez por un mes; si el paciente no ha logrado viajar en esos 30 días, se gestiona con él para emitir otra referencia antes de su viaje. En su mayoría, la razón por la que demoran en viajar a Iquitos es el aspecto económico.

En el caso que otra área requiera una interconsulta de medicina general, el paciente será enviado directamente sin tener que pasar por triaje o admisión nuevamente y el área solicitante será la encargada de llevar la HC del paciente a medicina general para que pueda recibir la atención.

El principal problema identificado por el personal es el reducido número de médicos disponibles para toda la extensión de la Micro Red, ya que el único establecimiento de salud que cuenta con médicos es el Centro de Salud Santa Clotilde, por lo que la mayoría de atenciones se concentran en dicho establecimiento.



○ **Psicología**

Esta área cuenta únicamente con una persona, quien corresponde al Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud (SERUMS) y por lo tanto rota cada año.

Dentro del área pueden darse tres subprocesos:

- Atención programada
- Interconsulta
- Brigadas (periferia)

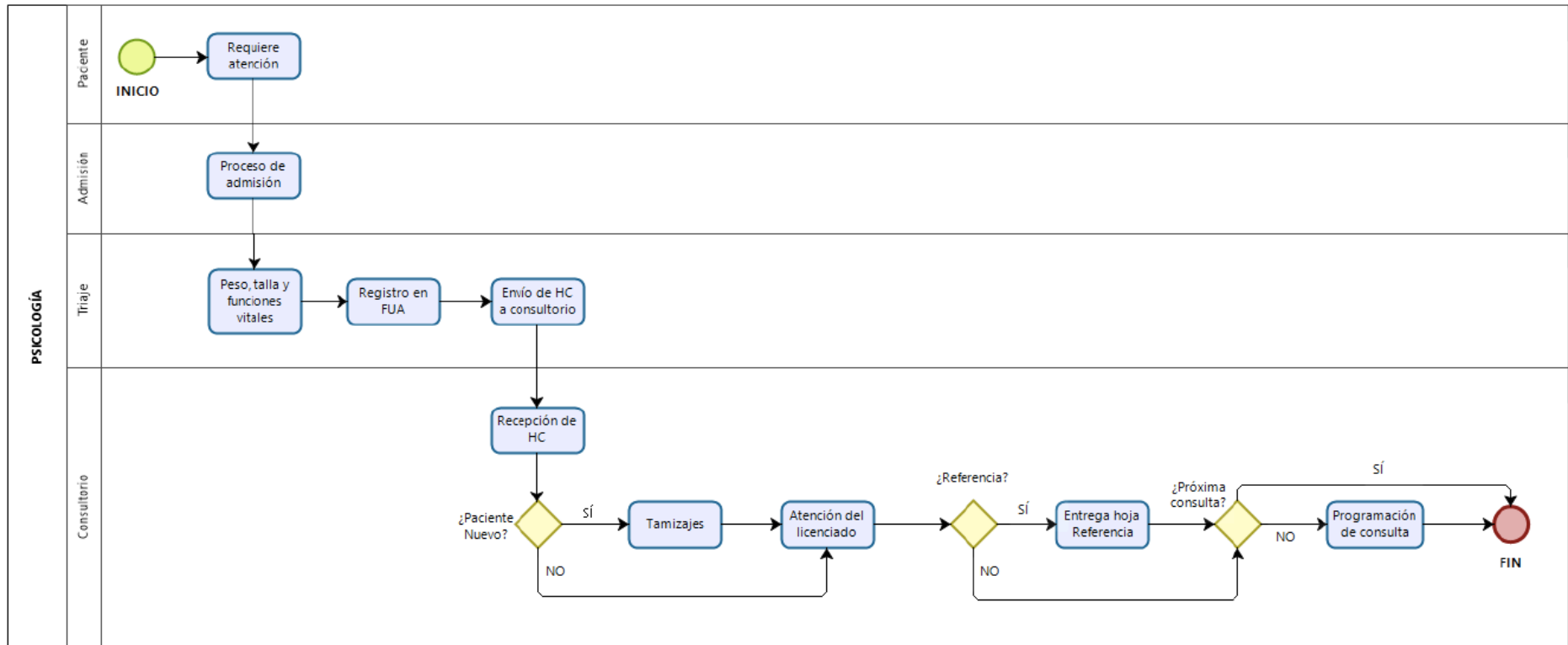
A continuación se describirá el proceso de atención programada:

Como ya se mencionó, el inicio de la atención es el mismo para todas las atenciones de consulta externa; el paciente pasa por admisión, luego triaje y finalmente llega al consultorio.

Una vez que llega al consultorio, el licenciado debe verificar si es un paciente nuevo o continuador; si es nuevo, se le debe realizar el tamizaje de violencia basado en género, prevención y/o detección de depresión, y alcohol y drogas; si es continuador se deberá verificar la última fecha del tamizaje ya que estos se realizan una vez al año. Luego de ello se procede con el motivo de la atención y de ser necesario se programa la próxima cita.

Para el subproceso de interconsulta, ya no es necesario que el paciente pase nuevamente por admisión ni triaje, el área que lo deriva comunica directamente al licenciado sobre la necesidad de evaluación por parte de psicología y lleva su historia clínica; de ser una emergencia, brinda la atención inmediata, sino respeta el turno de los pacientes programados.

Si el paciente de interconsulta tiene SIS, se genera otra FUA correspondiente a la atención de psicología.



El último subproceso son las salidas a periferia a través de las brigadas, estas salidas no son propias de psicología, sin embargo, se aprovecha cuando alguna otra área se programa. Mayormente se sale junto con las brigadas para seguimiento de CRED, de atención materno perinatal o campañas de vacunación; estas salidas como mínimo se dan una vez al mes y se aprovecha para darle el seguimiento a los pacientes que viven en comunidades alejadas y no acuden a sus citas programadas o para realizar tamizajes.

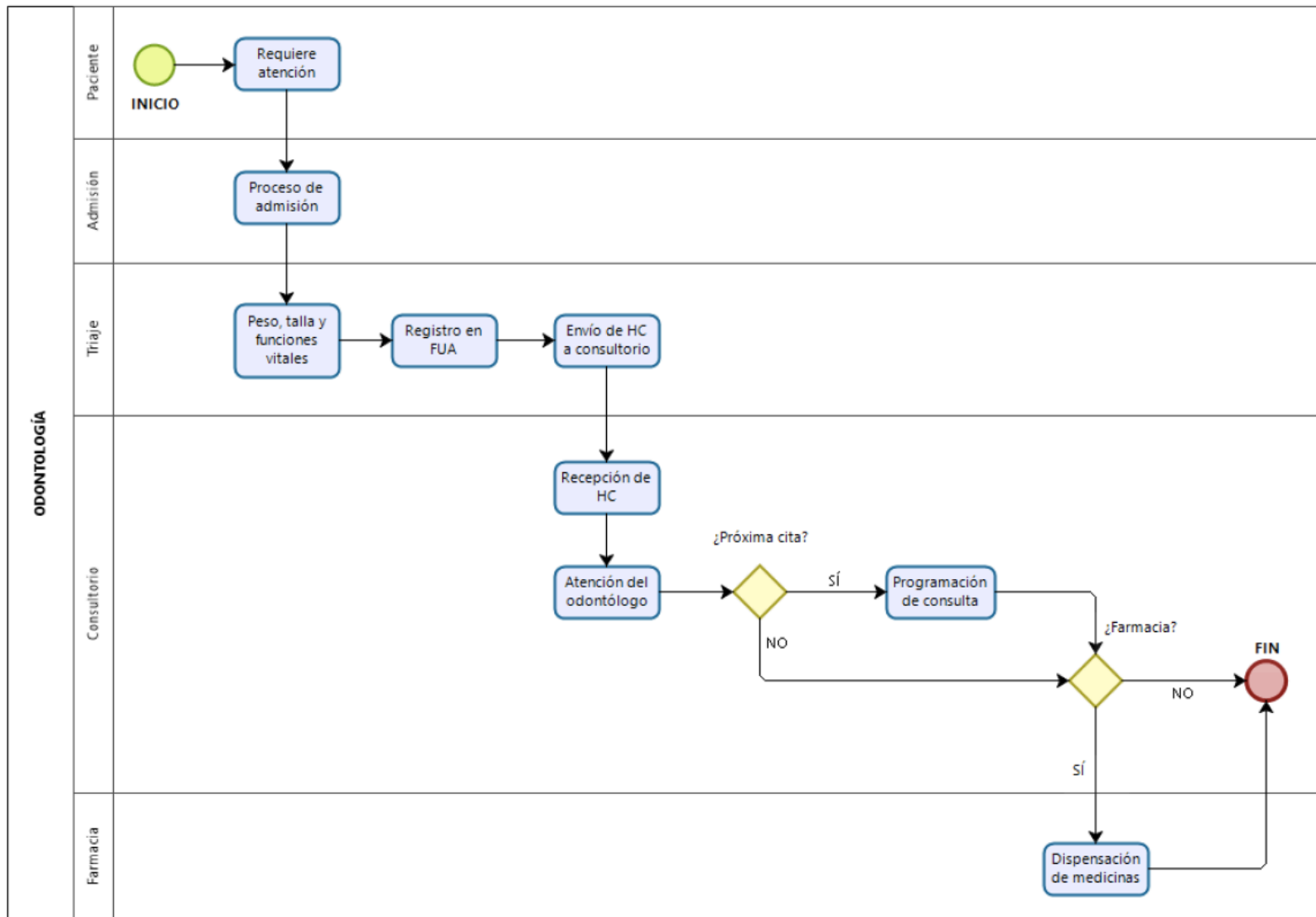
La principal dificultad que refiere el personal es la nula asignación presupuestal para salud mental en el país, ya que debería destinarse un presupuesto específico para realizar salidas a periferia con mayor frecuencia y no depender de la programación de otras áreas. Adicional a ello, es la falta de personal, ya que el único establecimiento que brinda atención psicológica, de los 14 que pertenecen a la Micro Red, es el Centro de Salud Santa Clotilde.

○ **Odontología**

El equipo de atención está conformado por dos personas, un odontólogo de SERUMS y un profesional contratado por PANGO. Ambos atienden en un consultorio equipado con dos sillas odontológicas y un escritorio. Dentro de esta área se dan dos subprocesos:

- Atención programada
- Interconsulta

A continuación, se describirá el proceso de atención programada:



Como ya se mencionó, antes de que el paciente llegue al consultorio, deberá pasar por las áreas de admisión y triaje; luego de ello, se brinda la atención y el profesional determina si se debe programar una próxima cita; finalmente, si el paciente requiere recoger algún medicamento es derivado a farmacia o de lo contrario se de por terminado el proceso.

Para el caso de las interconsultas, el paciente será derivado directamente al consultorio y el área que solicita su atención será la responsable de hacer llegar su historia clínica. Si el paciente es afiliado al SIS, se genera otra FUA.

Unos de los principales problemas para las atenciones de consulta externa es la demora en el área de triaje, lo cual retrasa la mayoría de atenciones; ya que desde que la historia clínica del paciente pasa a triaje hasta que es llevada al consultorio donde recibirá la atención, pueden pasar hasta dos horas. También se identificaron problemas con las historias clínicas y FUAs (solo SIS) de los pacientes atendidos, ya que no se lleva ningún control sobre quien tiene estos documentos y menos cuando se generan interconsultas y es el mismo profesional de la salud quien lleva la historia a la otra área; esto ocasiona que muchas veces las HC no regresen al archivo, ni los FUAs u otros formularios lleguen a estadística e informática para su registro.

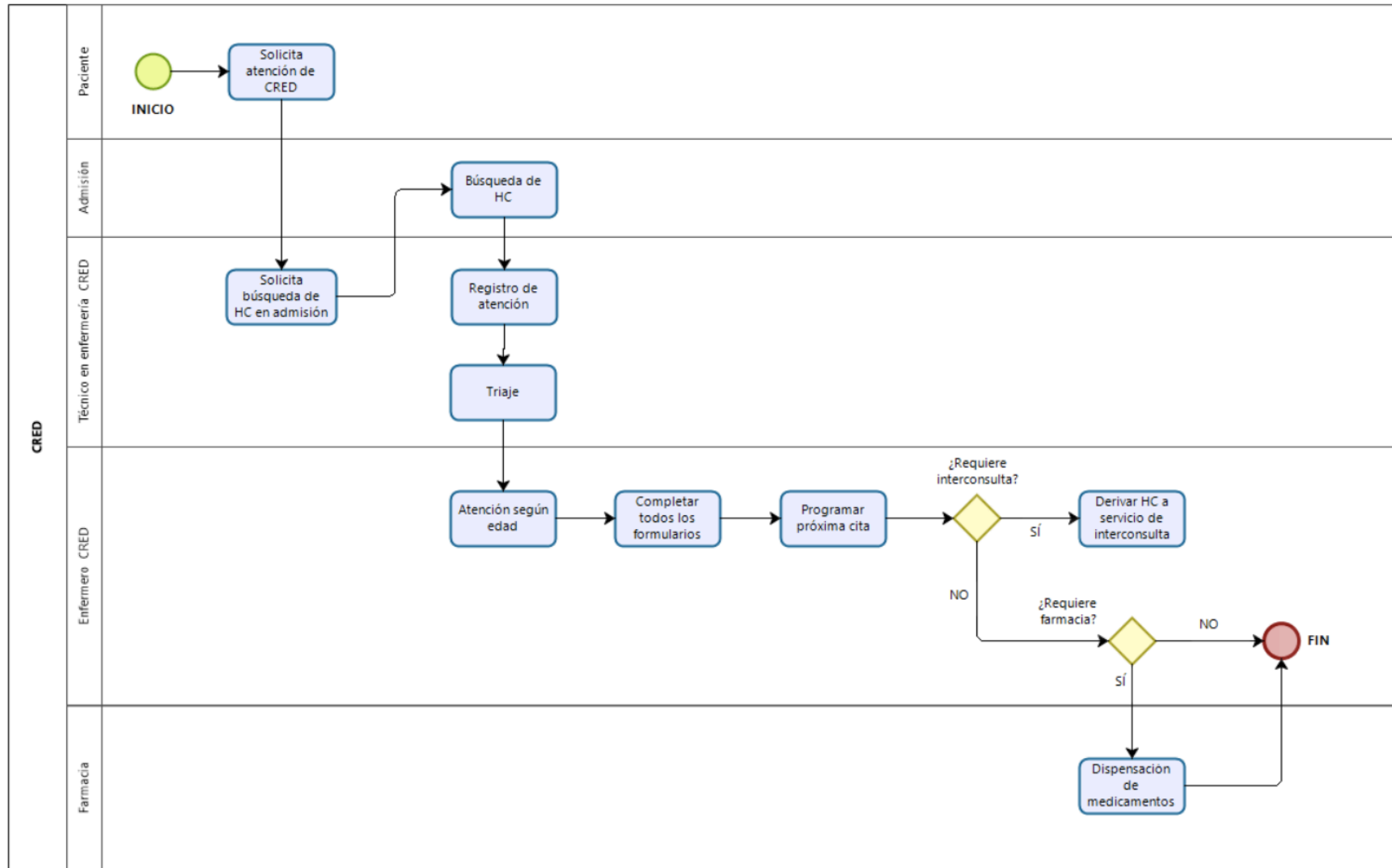
Control del Crecimiento y Desarrollo (CRED)

Esta área cuenta con 4 personas, 3 de ellos enfermeros quienes realizan la atención del CRED y un técnico de enfermería de apoyo. El ambiente destinado para la atención es una habitación con tres escritorios donde se ubican los licenciados, el técnico de apoyo

se encuentra ubicado en un escritorio fuera del lugar de atención. Al igual que otras áreas, se desarrollan dos procesos:

- Atención en el establecimiento de salud
- Campañas extramurales

A continuación, el detalle de la atención en el establecimiento de salud:



El proceso de atención inicia cuando la madre, padre o apoderado del menor llegan al centro de salud para ser atendidos; este proceso a diferencia de los demás, es el único que no pasa por admisión y va de frente al área de CRED donde fuera del ambiente de atención se ubica un personal técnico de enfermería quien maneja un cuaderno de seguimiento y citas programadas, registra las atenciones, se encarga de las Historias Clínicas y realiza el triaje de los pacientes. Posterior a ello, pasa a la atención por parte de los licenciados, quienes brindan la atención por edad del paciente, incluyendo vacunas y suplementos nutricionales según corresponda. Paralelamente, van completando todos los formularios requeridos por el Ministerio de Salud (FUA, HIS, SIEN y Libros de seguimiento), antes de finalizar la atención, se programa la siguiente atención en el cuaderno de citas, el cual permite llevar un seguimiento de los niños y recién nacidos atendidos; este cuaderno de citas permite anticipar el proceso de búsqueda de la historia clínica por parte del personal técnico de apoyo. Finalmente, de requerir una interconsulta, se deriva a las áreas correspondientes (Medicina General, Odontología o Psicología). Como proceso interno del área, los licenciados guardan una fotocopia de la FUA generada, con el fin de tener un registro de la atención.

El otro subproceso que se lleva a cabo son las campañas extramurales, estas se realizan como mínimo una vez al mes y consta de la salida de parte del equipo de atención a las diferentes comunidades de la extensión de la Micro Red, con el fin de darle seguimiento a los pacientes que no acuden a sus citas programadas y la realización de campañas de vacunación.

El principal problema referido es la poca cantidad de personal, pues las tres personas que atienden no se dan abasto para satisfacer toda la demanda. El personal refiere que el tiempo que deberían tomarse por atención es de 45 minutos, sin embargo, por la alta demanda deben recortar el tiempo y brindar una atención de no más de 20 minutos, lo

cual no permite brindar una atención con la calidad deseada. Adicionalmente, indican que muchas veces no cuentan con Vitamina A ni Sulfato de Zinc para los menores; también comentaron que no cuentan con suficientes equipos y con los que cuentan están obsoletos.

Otro de los problemas identificados es la demora en la búsqueda de HC de los pacientes que llegan a atenderse, porque si bien es cierto se tiene un cuaderno de citas y con eso se puede anticipar la búsqueda, son muy pocas las personas que cumplen con venir el día que se indica. El proceso cuando llega un paciente es pedirle su DNI e ir a admisión a solicitar la búsqueda en la base de datos para que puedan indicarle su número de HC, pero muchas veces esto demora ya que el personal de admisión se encuentra ocupado registrando las demás atenciones.

Adicionalmente, se revisaron dos normas técnicas relacionadas a la población que pasa por atención del CRED: Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal y Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño menores de 5 años. En la primera se identificaron dos diferencias significativas respecto a lo establecido por la norma, para la atención neonatal en seguimiento, y la forma en que se desarrolla los procesos en el centro de salud:

- Se indica que deben darse cuatro atenciones en los primeros 28 días de vida, una primera atención luego de las 48 horas de alta y las tres siguientes en las próximas semanas (una por semana). En el caso de Santa Clotilde, son muy pocas las madres que llevan a sus menores hijos a estos 4 primeros controles, del total de los recién nacidos en el centro de salud, solo el 10% acudiría a esos cuatro primeros controles completos, y corresponden a familias que viven en la misma comunidad; porque de lo contrario es muy difícil que retornen cuatro

veces en un mismo mes. Para el caso de las madres que no han dado a luz en el centro de salud es poco probable que lleven al recién nacido a los controles del primer mes; lo llevan en caso el menor tenga algún malestar o ellos noten alguna anormalidad.

- También se establece que cuando las familias viven a más de 3 horas del establecimiento de salud, el personal encargado deberá realizar las visitas domiciliarias al paciente; sin embargo, como ya se ha venido explicando el principal limitante es el presupuesto, por lo que los enfermeros a cargo del proceso solo pueden salir una vez al mes a las diferentes comunidades, sin embargo, en su mayoría estas salidas corresponden a campañas de vacunación y el tiempo no es suficiente para realizar los controles, ya que son salidas de un día. Además, de realizar algunos controles, no llegan a abarcar a toda la población que necesitaría las visitas domiciliarias.

Respecto a la segunda norma técnica, referida específicamente al CRED, se halló que la principal diferencia se encontraba en la periodicidad de los controles, ya que estos no se cumplen en su totalidad por las razones explicadas anteriormente; accesibilidad para las familias que no viven en la comunidad, disponibilidad de presupuesto, temas culturales, entre otros. Asimismo, se establecen las visitas domiciliarias para los pacientes que no acudan a sus controles, sin embargo, por aspectos presupuestales y de recursos humanos estas visitas solo se realizan una vez al mes y se aprovecha de realizar campañas de vacunación.

Otra diferencia importante, es la relacionada al espacio físico del área ya que en la norma se establece que para lograr una adecuada atención, los consultorios deben medir como mínimo 17m², sin embargo en el centro de salud se tienen 3 consultorios en una misma habitación sin ninguna separación ni privacidad, lo cual, según lo

conversado con el personal; dificulta la creación de espacios de confianza. Adicionalmente, otra dificultad que se presenta es el no contar con espacios para realizar las sesiones demostrativas de preparación de alimentos nutritivos con insumos de la región, ni las sesiones de estimulación temprana; tal y como se establece en la norma técnica.

Obstetricia

El área está conformada por dos obstetras, uno contratado por la DIRESA y el segundo contratado por PANGO; ambos atienden en una habitación equipada con dos escritorios. Adicionalmente, cuenta con un personal técnico que se ubica en admisión para captar a las pacientes que solicitan atención de obstetricia y derivarlas directamente.

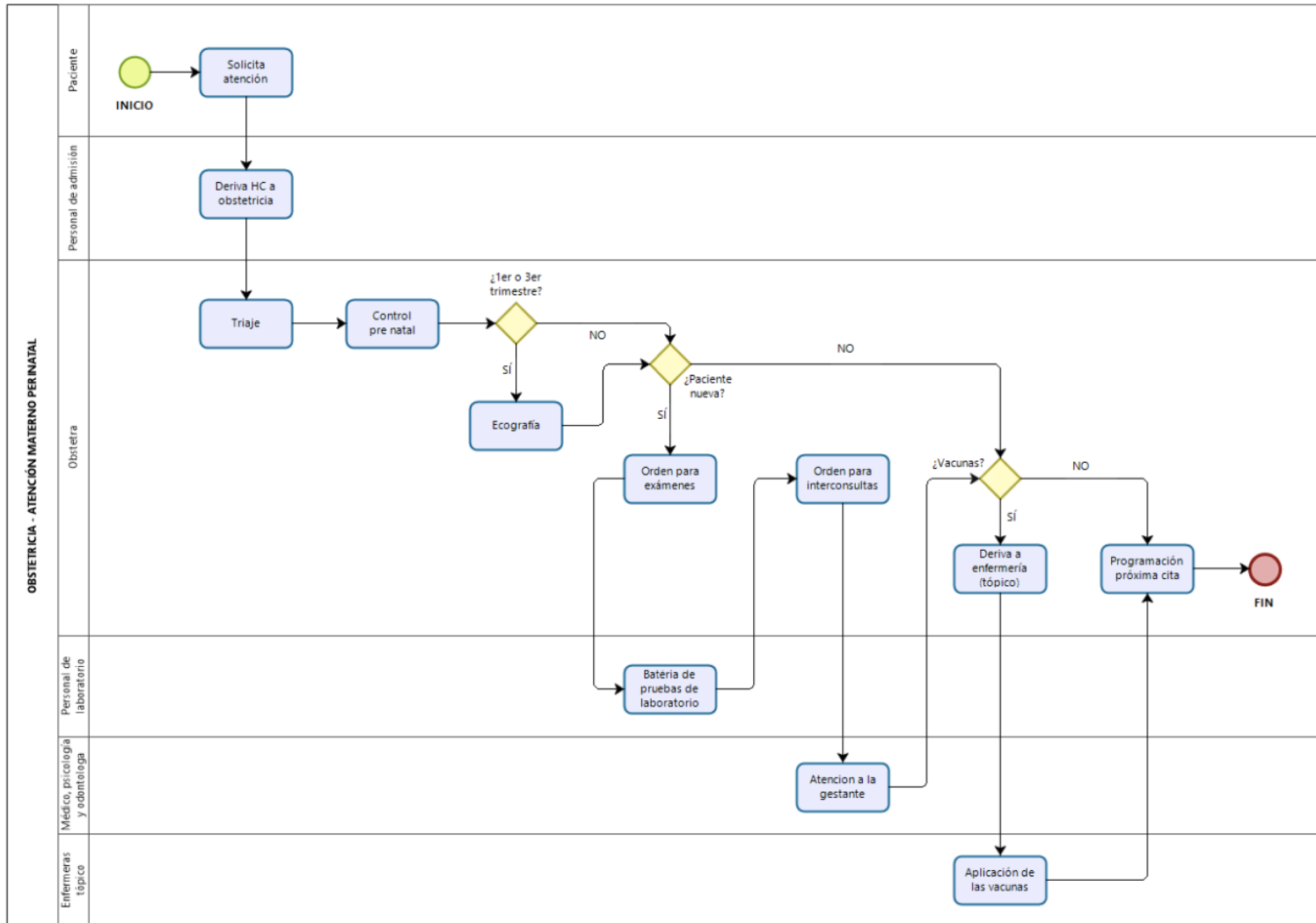
El proceso inicia cuando la paciente llega al centro de salud y pasa por el proceso habitual de admisión, es ahí donde la técnica de enfermería capta a la paciente y la deriva directamente a obstetricia.

Una vez que llega al área, los mismos obstetras realizan su triaje en el mismo lugar, de tal manera que se agiliza el proceso y se evite el tiempo de espera por el que pasan los pacientes cada vez que son pesados y tallados por el área específica de triaje.

Luego del triaje, la paciente puede recibir dos tipos de atenciones; lo que se traduce en dos subprocesos:

- Atención pre-natal
- Planificación Familiar

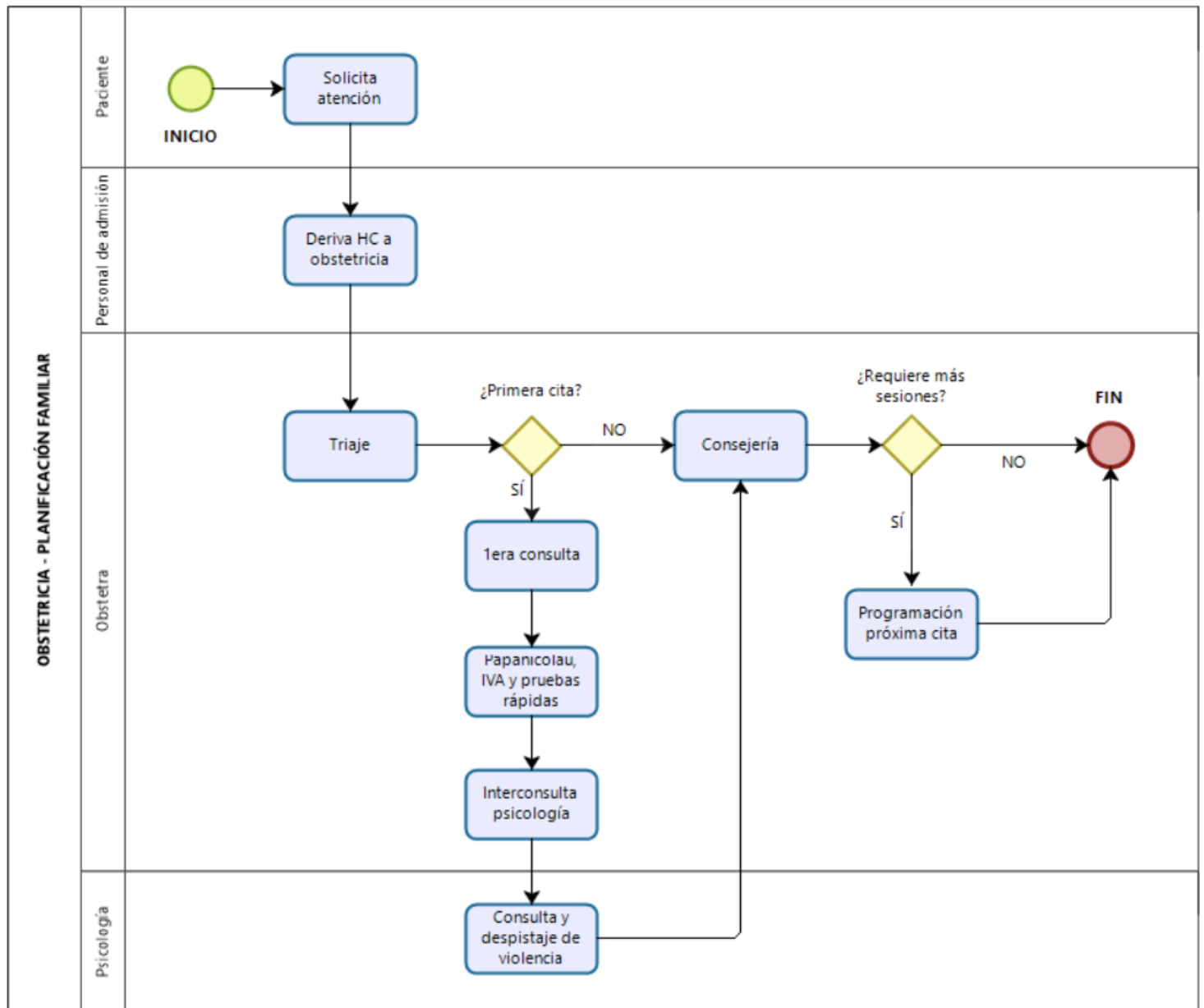
A continuación, se detalla la atención materno-perinatal:



Luego de pasar triaje, se da propiamente la atención pre natal a la gestante y si está en el primer o último trimestre, se le toma la ecografía; lo siguiente dependerá si es una paciente nueva, si es primera atención; la obstetra le dará una orden de laboratorio a la gestante para que se realice la batería de exámenes correspondientes, así como las órdenes de interconsulta a medicina general, psicología y odontología; cabe resaltar que en el Centro de Salud Santa Clotilde la atención del paquete integral a la gestante se brinda el mismo día que inicia, para que no sea un problema regresar al día siguiente o los dos días al establecimiento. Luego de haber pasado las interconsultas, la paciente retorna al área de obstetricia y verifican si corresponde la aplicación de vacunas, según la semana de gestación; de no corresponder se programa la próxima cita y se da por finalizado el proceso de atención materno perinatal.

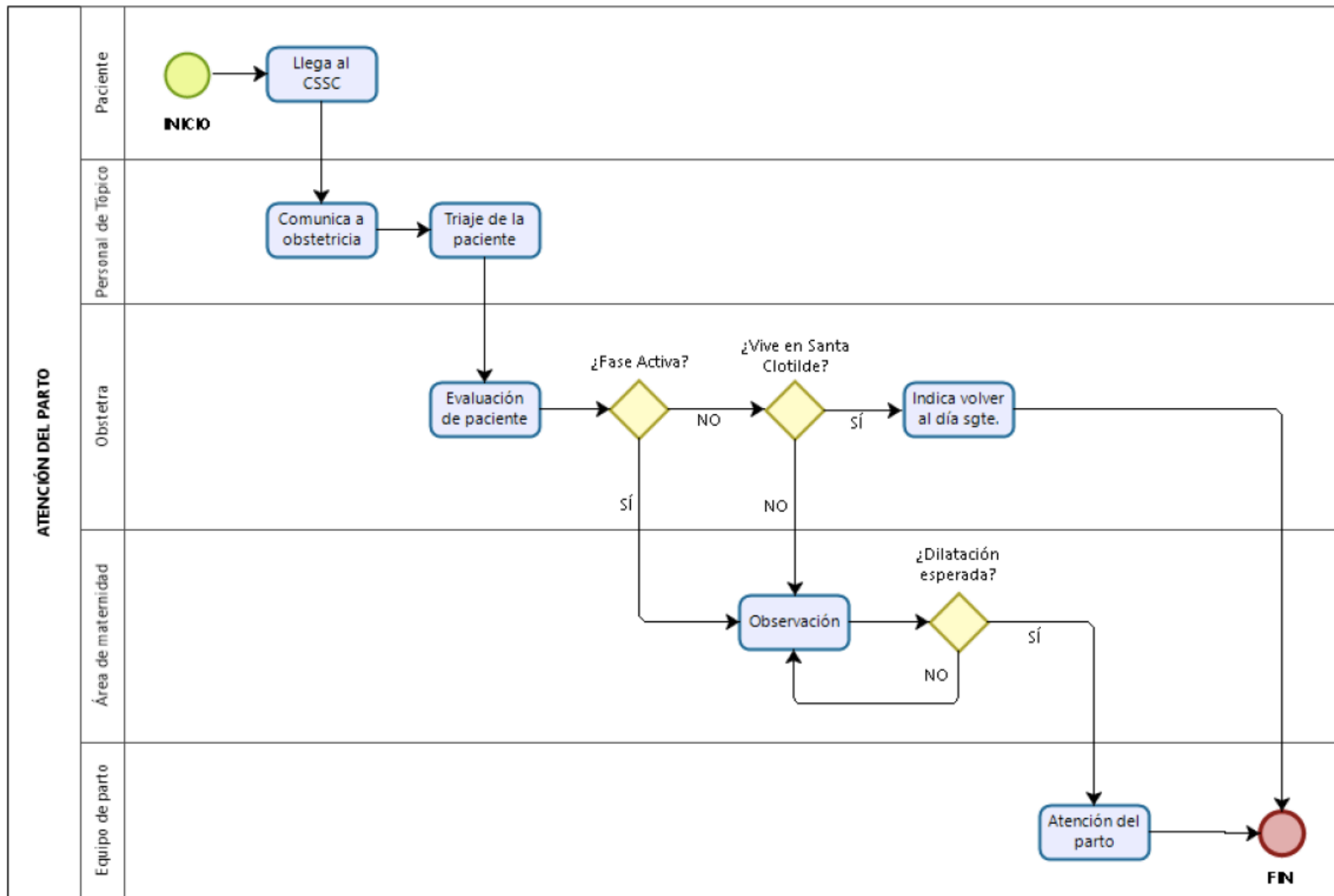
El segundo proceso que se desarrolla en el área es la atención de planificación familiar, en esta el proceso dependerá si es paciente nueva o continuadora; en caso sea la primera consulta, se le realizará el Papanicolau, la inspección visual con ácido acético (IVAA) y las pruebas rápidas de ETS, luego de ello será derivada a psicología a través de una interconsulta, donde se le realizará el despistaje de violencia basada en género, finalizada la atención psicológica la paciente retornará donde la obstetra para que le brinde la consejería correspondiente y se determinará si requiere más sesiones; en caso la paciente solicite una próxima atención o la obstetra lo considere necesario se programará una siguiente consulta y se dará por culminado el proceso de atención.

Para las pacientes que ya han recibido una primera atención, pasarán directamente a la consejería.



Otro de los procesos a cargo del área es la atención de partos, la cual puede darse de dos maneras: cuando se programa la fecha del parto y cuando la gestante llega al centro de salud de emergencia.

A continuación, se detalla el proceso de atención del parto programado:



El proceso inicia cuando la gestante llega al centro de salud y se dirige directamente al tópicos que es el área de emergencia/urgencia, donde el personal de turno realiza el triaje de la paciente y comunica a la obstetra. Cuando es un parto programado, no es necesario que la paciente ingrese primero por admisión ya que la obstetra al tener agendado esa atención ya ha solicitado la HC de la paciente previamente y ha registrado su atención. Una vez que es evaluada por la obstetra, se determina si la gestante se encuentra en fase activa o no; en el caso de sí encontrarse en trabajo de parto, la gestante es derivada al área de maternidad para monitoreo hasta que haya dilatado lo suficiente y pueda dar a luz; de no encontrarse en fase activa se le pide que regrese al día siguiente, solo si es que vive en Santa Clotilde, si es de periferia igual ingresa al área de maternidad para realizarle seguimiento. Una vez que la gestante es trasladada a la sala de parto, el equipo de recepción del recién nacido se conforma por: médico, obstetra, enfermero y personal técnico de enfermería.

Para el caso de la atención de las gestantes que ingresan por emergencia, se sigue el proceso habitual del área ya explicado y según ello la gestante pasa directamente a la sala de parto.

El principal problema que refirió el personal fue la poca cantidad de personal para el nivel de demanda que presenta el Centro de Salud Santa Clotilde y en general la Micro Red, ya que, en los 14 establecimientos de salud, solo se cuentan con tres obstetras. Adicionalmente, se identificó que el hecho que los obstetras tengan que realizar el triaje ellos mismos, ocasionaba que algunas veces no se realice o se haga a la mitad o al finalizar la atención; y no al inicio como debería ser.

Por otro lado, se contrastaron los procesos que se llevan a cabo en el área con lo establecido por la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna.

En primer lugar, la norma técnica establece que la atención de la salud materna debe darse en tres momentos clave: la atención prenatal, la atención natal o al momento del parto y la atención postnatal o atención del puerperio. En el centro de salud, el departamento de obstetricia tiene como meta lograr cubrir estos tres momentos de atenciones; sin embargo, debido a la escasez de recursos humanos deben priorizar las atenciones; por lo que se enfocan en las dos primeras, esta decisión también fue tomada debido a que es muy difícil que las gestantes asistan puntualmente a sus controles, y más aún a los controles postnatales pues para ellas una vez que dan a luz el proceso de seguimiento ha terminado y consideran más importantes los controles del recién nacido. Otra de las razones por las que no acuden a sus controles es la dificultad que tienen para llegar al centro de salud, pues para el caso de las gestantes y/o madres que no son de la comunidad solo pueden llegar por el río y muchas veces no tienen la disponibilidad económica para comprar combustible o pagar el transporte.

Un aspecto importante que no se llega a cumplir en su totalidad, son las definiciones de puérpera atendida y puérpera controlada; pues como ya se detalló luego de dar a luz no consideran importantes los controles postnatales. Puérpera atendida se considera cuando ha recibido una atención ambulatoria dentro de los primeros siete días luego de haber salido de alta, este indicador solo se considera para las madres que son de la comunidad, pues para las demás es muy difícil que retornen dentro de la misma semana. Puérpera controlada es un indicador que no se puede medir en Santa Clotilde ya que se refiere a la madre que, tenido su segundo control postnatal, ha recibido suplemento de hierro y ha tenido un control de hemoglobina a los 30 días de haber dado a luz, y como ya se explicó anteriormente, no se ha logrado que las pocas madres consideradas como puérperas atendidas, acudan a recibir una segunda atención.

Respecto a la atención prenatal, indica que la primera debe darse idealmente antes de la semana catorce de gestación, esto muchas veces no se cumple ya que las gestantes llegan al centro de salud con más de 5 meses de embarazo, una medida que se implementó para captar tempranamente los embarazos y hacerles el adecuado seguimiento fue que el personal de CRED y psicología, que usualmente salen en campañas y/o hacen visitas a periferie, detecten nuevos embarazos y las deriven al centro de salud explicándoles la importancia de estas atenciones; esta es una labor que debería corresponder al área de obstetricia, sin embargo, no se cuenta con los recursos humanos ni económicos para poder hacer estas visitas.

Otro aspecto que no llega a cumplirse en las atenciones brindadas en Santa Clotilde son las sesiones de estimulación prenatal y/o psicoprofilaxis obstétrica, ya que no se cuenta con el espacio ni el personal suficiente para que pueda dictar estas sesiones. Asimismo, otro aspecto a destacar es que las gestantes y sus familias no consideren importantes estas actividades y por lo tanto no acudirían al centro de salud para recibirlas; ya que de por sí es difícil que reconozcan la importancia de los controles prenatales.

En la norma también se establece que en el caso una gestante no acuda a su control programado después de 72 horas de vencida la cita, el personal debe efectuar una visita domiciliaria; sin embargo, como ya se explicó esto no es posible porque de salir una de las personas del área solo se quedaría una para consulta externa y/o emergencias y no sería suficiente para todas las atenciones del centro; y también se tiene la limitante presupuestal para efectuar dichas visitas. Asimismo, las visitas domiciliarias se relacionan con la estrategia de búsqueda activa que establece la norma para captar a todas las gestantes de la comunidad, lo cual, como ya se explicó se trata de cumplir a través del personal de CRED y/o psicología.

Por otro lado, también indica que todas las gestantes deben de recibir como mínimo 6 atenciones prenatales, de las cuales la primera o segunda, deberá ser realizada por un médico gineco-obstetra o un médico cirujano; no obstante, en el centro de salud todos los controles son efectuados por obstetras y solo hay participación del médico cirujano en caso haya alguna complicación o únicamente interviene en el momento del parto. Además, son muy pocas las gestantes que reciben 6 controles prenatales, ya que la mayoría llega al centro de salud con 5 o más meses de gestación.

La presenta norma técnica, establece diversos parámetros para la atención prenatal reenfocada, la cual define como la evaluación de la madre y el feto antes de los dos meses y medio de gestación. Indica que la primera atención no debería durar menos de 40 minutos y los siguientes controles, no menos de 25; sin embargo, esto no puede ser posible por la alta demanda de atenciones del centro al haber únicamente 3 obstetras para 14 establecimientos de la Micro Red, de los cuales 2 se encuentran en Santa Clotilde, y adicionándole que es una zona con alto porcentaje de embarazos; por ello, todas las atenciones suelen durar 15 o 20 minutos como máximo.

También señala todos los suplementos que la gestante debe consumir durante su embarazo, iniciando por el ácido fólico hasta la semana 13, luego con el ácido fólico + hierro a partir de la semana 14 y el calcio a partir de la semana 20; sin embargo, en Santa Clotilde solo se les brinda ácido fólico. A partir de la semana 28, indica que debería tomarse la segunda batería de pruebas de laboratorio; pero como se detalló en el proceso, en el centro de salud estas solo aplican para gestantes nuevas, debido a la falta de recursos.

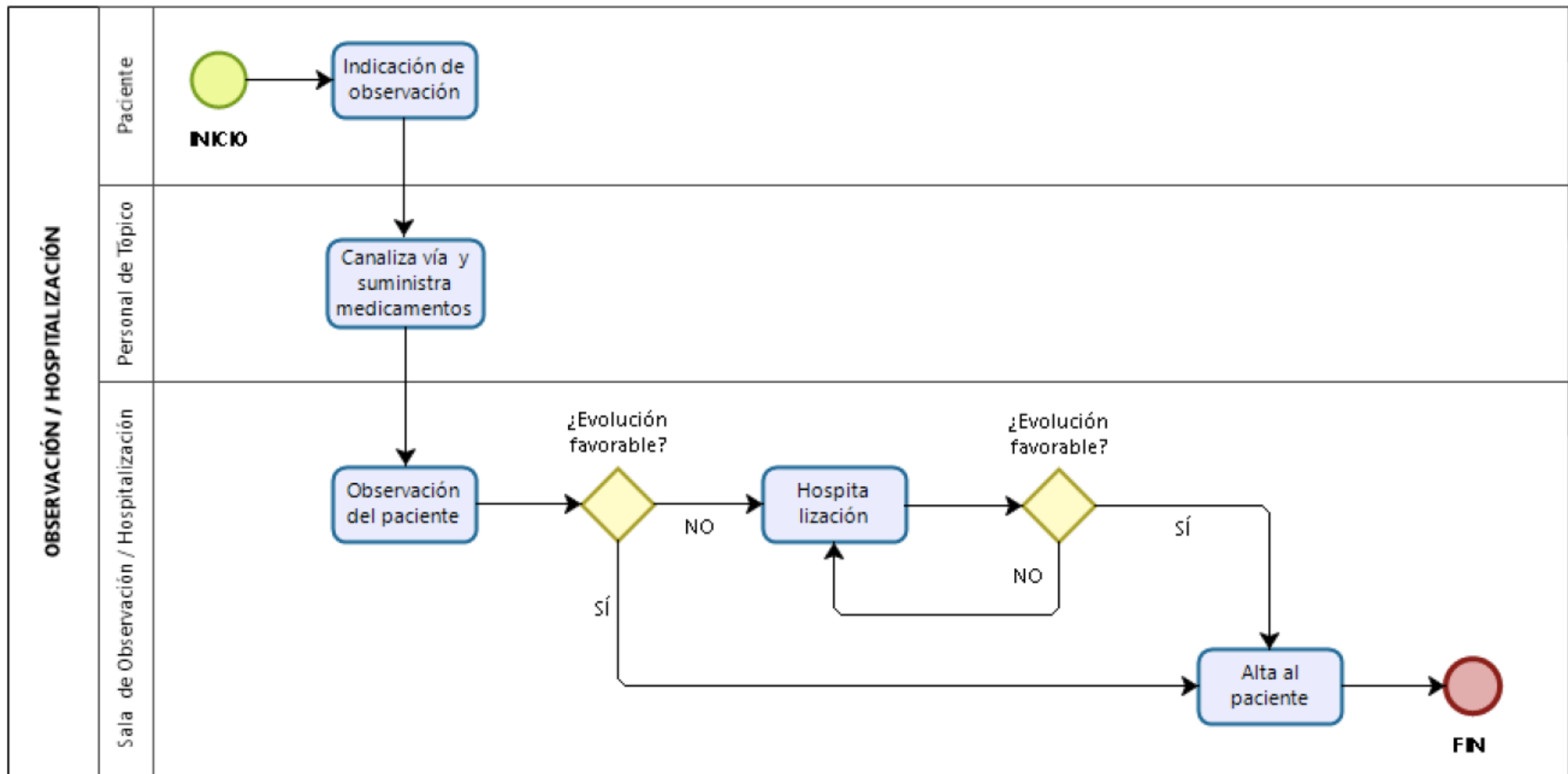
d) Hospitalización/Observación

La sala de hospitalización/observación cuenta con dos camas destinadas para observación, tres camas y dos cunas para hospitalización pediátrica y 19 camas (10 hombres y 9 mujeres) para la hospitalización de adultos. Adicionalmente, hay 2 camas de maternidad ubicadas en un cuarto privado dentro de la misma área; y lo mismo para el caso de los pacientes del área de infectología. El personal a cargo de esta área es el médico de turno, y un enfermero o técnico de enfermería, según disponibilidad. Para que un paciente sea hospitalizado o se encuentre en observación (máximo 12 horas), hay dos entradas; por consulta externa o por emergencia.

En caso que en la consulta el médico o personal de salud comunique al paciente que debe permanecer en observación u hospitalización, antes de ingresar al área, el paciente será derivado a tópico para que el personal de turno le pueda colocar la vía y/o seguir las demás indicaciones que haya precisado el profesional de la salud. Luego de haber pasado por tópico ingresa a la sala de observación donde es evaluado constantemente para ver su evolución, en caso esta sea favorable dentro de las 12 horas de ingreso; el paciente sale de alta, de lo contrario ingresa a la sala de hospitalización. De ingresar por emergencia, se mantiene el proceso ya explicado correspondiente a dicha área.

La principal dificultad comentada es la escasez de personal, ya que solo se cuenta con un enfermero o un técnico de enfermería para atender a todos los hospitalizados. Otra de las dificultades identificadas se da cuando el paciente recibe la indicación de permanecer hospitalizado mientras es evaluado por consulta externa, luego de ello es derivado a tópico para que le suministren la vía y el personal de tópico o emergencia es quien comunica al área de hospitalización/observación, en este flujo se originan

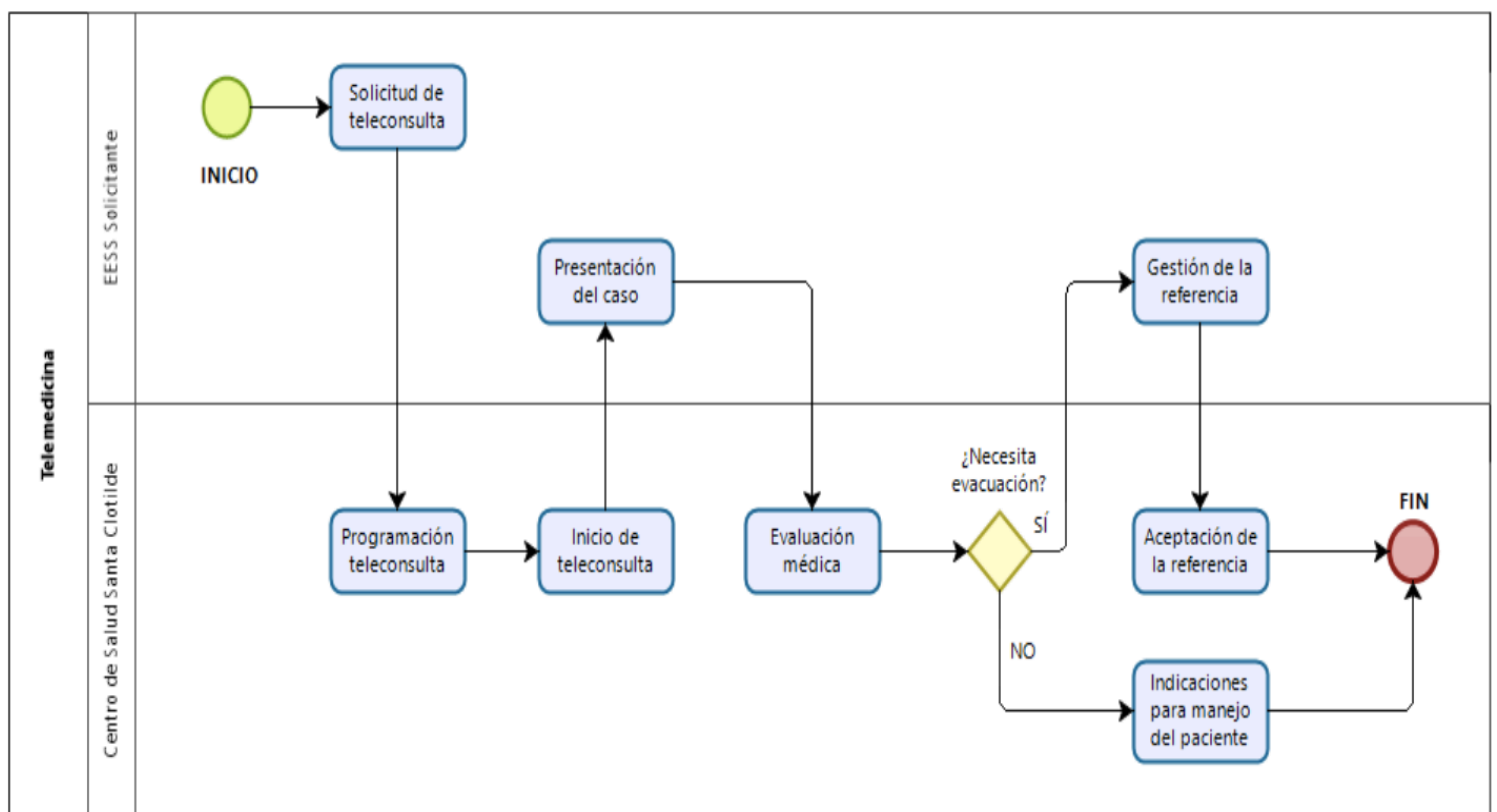
demoras ya que muchas veces el profesional de salud que indicó el ingreso a hospitalización/ observación está ocupado atendiendo a los demás pacientes y no puede dar todas las indicaciones o a detalle al técnico de emergencia y por ello se retrasa en ingresar a la sala de hospitalización/observación.



e) Telemedicina

Esta área está a cargo de los médicos del centro de salud, y está a disposición de los otros 13 establecimientos de la Micro Red. Cuando uno de los 13 establecimientos tiene un paciente que no puede estabilizar o presenta un cuadro clínico particular, se comunica por teléfono con alguno de los médicos de turno del Centro de Salud Santa Clotilde para coordinar la teleconsulta; una vez iniciada el establecimiento solicitante presenta el caso en consulta y el equipo médico de Santa Clotilde lo evalúa y de ser el caso indica la evacuación de emergencia del paciente, de no requerir una referencia se brindan las indicaciones correspondientes para la mejoría del paciente y se da por finalizado el proceso.

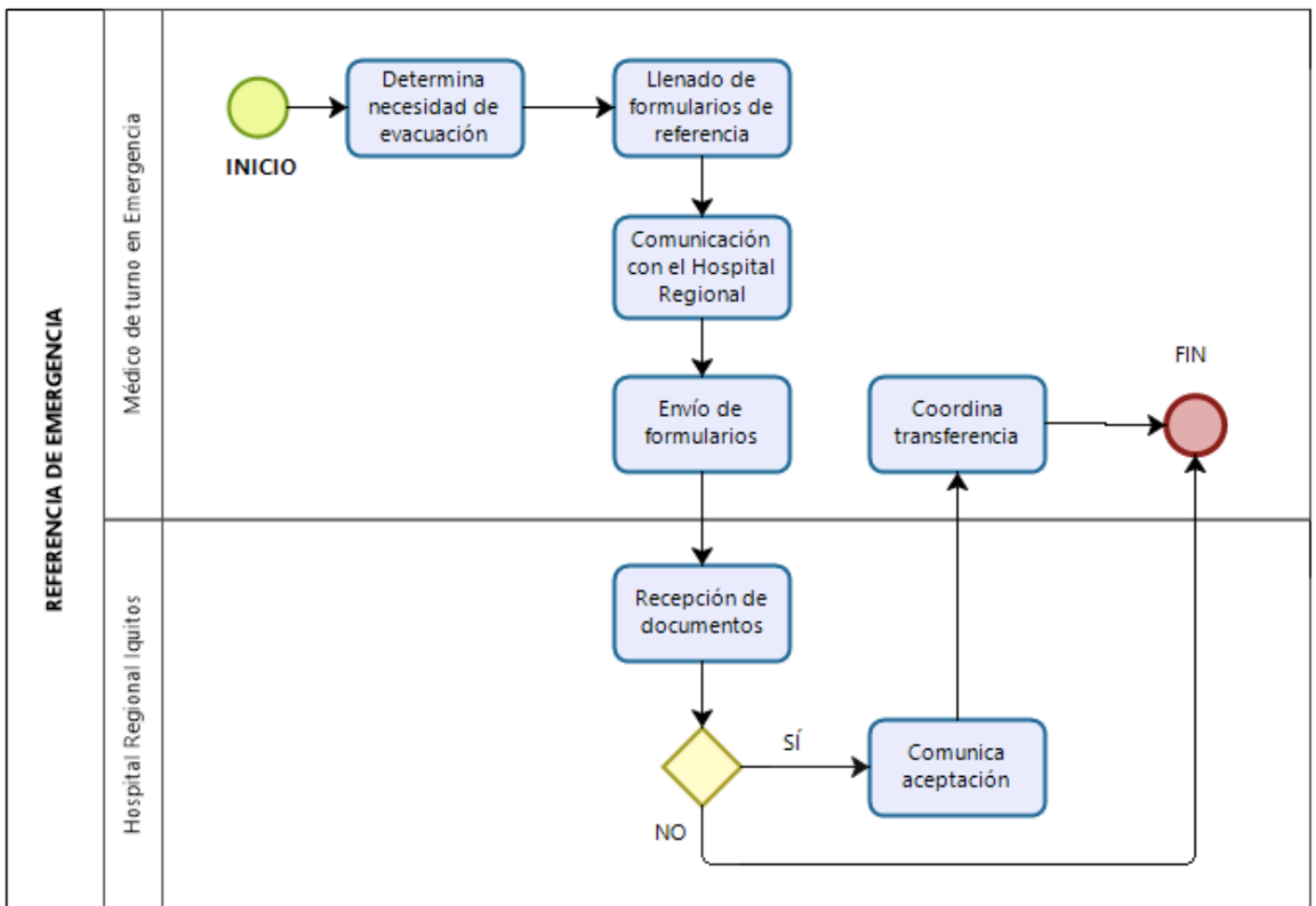
También en esta área se realizan teleconsultas desde el Centro de Salud Santa Clotilde hacia la ciudad de Iquitos o algún otro establecimiento de Lima.



f) Referencia de emergencia

Se da cuando un paciente debe ser transferido a otro establecimiento de mayor complejidad para que su estado de salud no se vea perjudicado, el encargado de este proceso es el médico de turno.

Las referencias en Santa Clotilde, se coordinan con el Hospital Regional de Iquitos, a quien le comunican cada vez que un paciente requiere ser evacuado y ellos aceptan o no la referencia. Una vez la referencia haya sido aceptada, el médico de turno completa todos los formatos requeridos y se coordina el transporte desde Santa Clotilde a Iquitos.



g) Laboratorio clínico

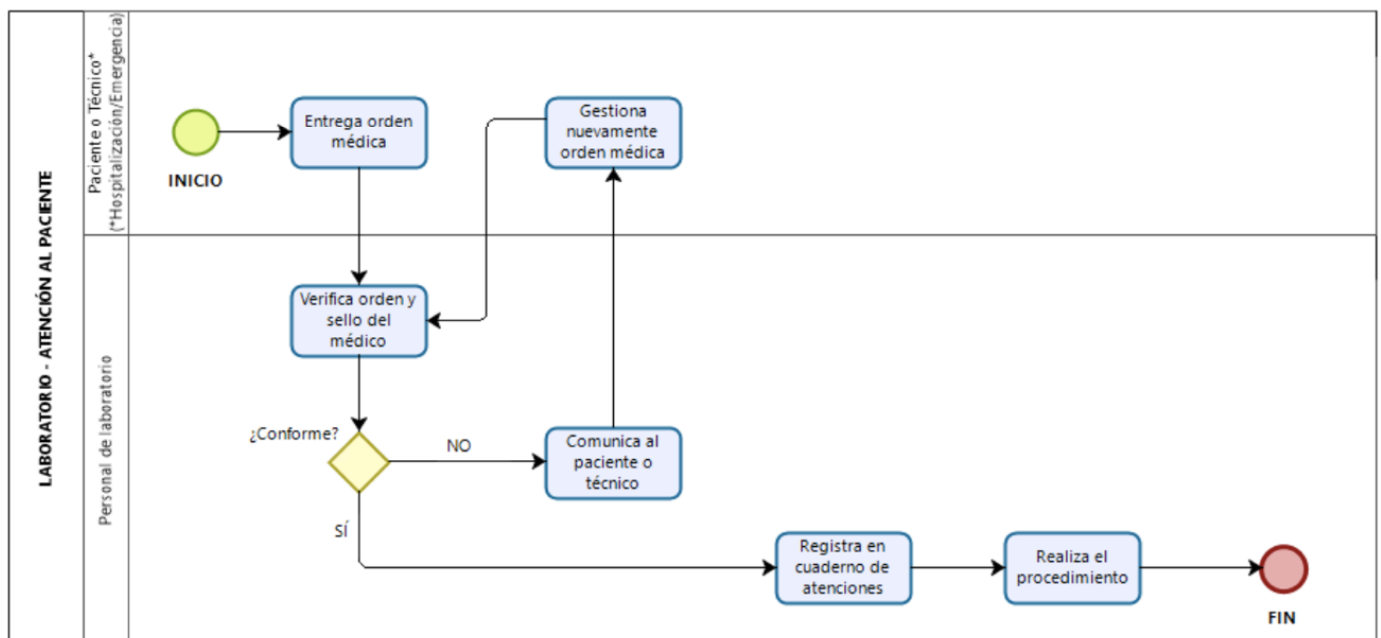
El equipo de trabajo consta de tres personas, uno de ellas encargada únicamente de la toma de muestras y las otras dos se encargan del procesamiento de dichas muestras y emisión del informe con los resultados.

Esta área cuenta con tres subprocesos claramente diferenciados:

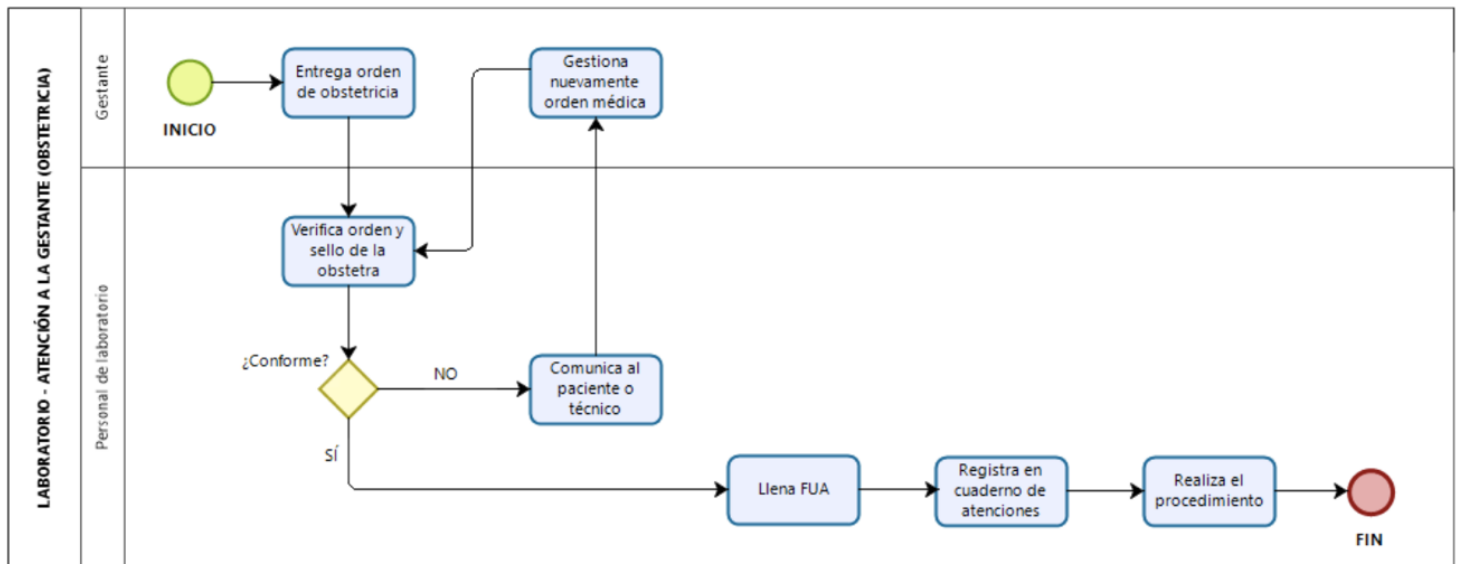
- Atención al paciente
- Atención a la gestante
- Análisis de muestras y entrega de resultados

A continuación, se detalla la atención al paciente:

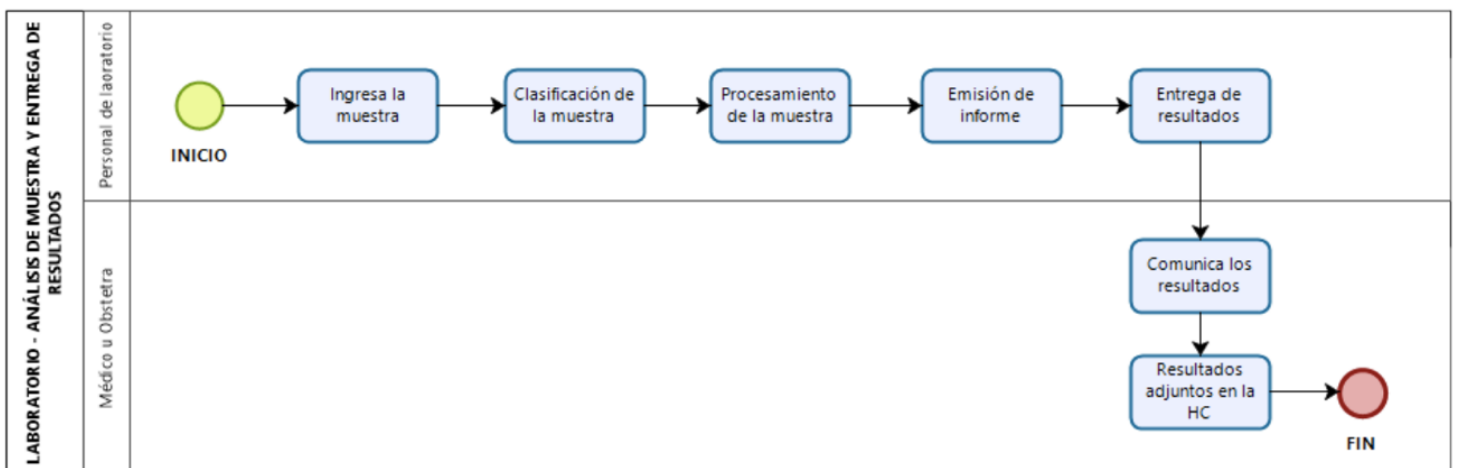
El paciente, o el técnico de enfermería en caso el paciente esté siendo atendido en emergencia o se encuentre hospitalizado, entregará la orden médica al personal de laboratorio; quien verificará que cuente con el sello y firma del médico solicitante y la orden no tenga una vigencia mayor a 30 días. De estar conforme, el personal de laboratorio registra la orden médica en el cuaderno de atenciones propio del área y procede a realizar el procedimiento.



Para el caso de las gestantes, el procedimiento es el mismo; a diferencia que la orden es firmada y sellada por el personal obstetra mas no por el médico. De esta conforme con la orden, previo al registro en el cuaderno de atenciones, se genera un FUA por la atención prestada como batería de pruebas de laboratorio a la gestante.



El último subproceso del área de laboratorio clínico es el análisis de las muestras y la entrega de los resultados al médico u obstetra, según lo hayan solicitado.



Una vez que se toma la muestra, esta ingresa al laboratorio y es clasificada para su posterior análisis por hematología, parasitología, bioquímica o inmunología; luego viene el procesamiento de la muestra y con los resultados se emite el informe de laboratorio, el cual deberá ser entregado al profesional de la salud solicitante y se deberá adjuntar una copia a la historia clínica del paciente.

El principal problema expresado por el área es el no contar con fluido eléctrico permanentemente ya que a partir de la 1 pm no pueden analizar ninguna muestra y deben esperar a las 6 pm para terminar de entregar los últimos resultados analizados.

Otro de los problemas identificados se da en la atención a las gestantes ya que se genera el FUA y muchas veces estos formatos no llegan al área de estadística e informática para su registro.

h) Farmacia

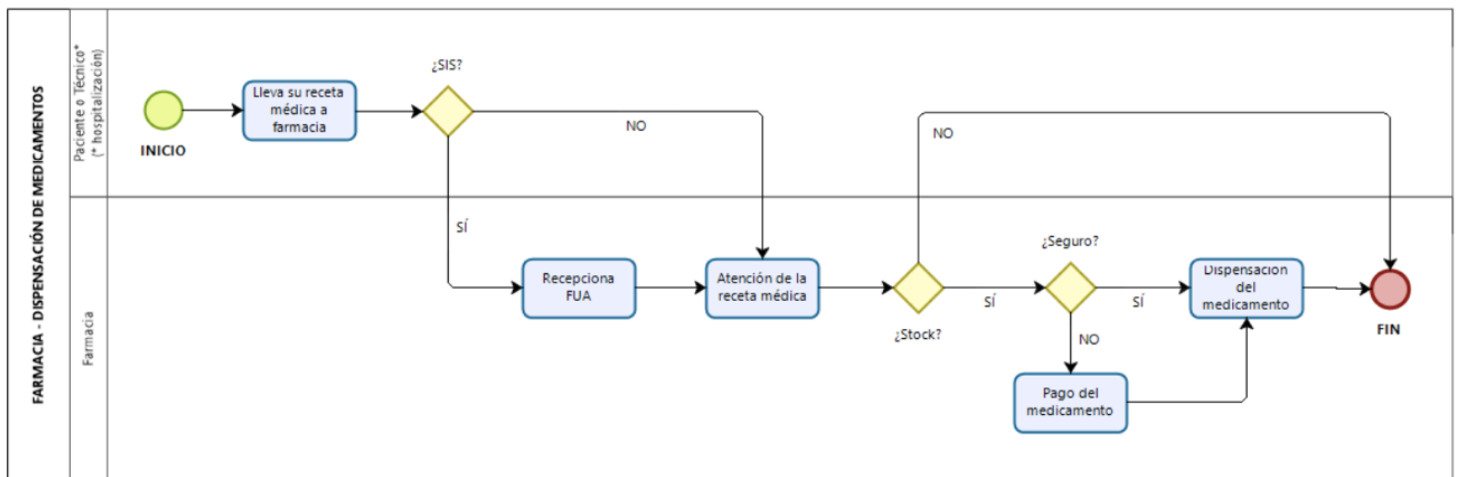
Es un área clave no solo para el centro de salud si no para toda la comunidad, ya que es el único establecimiento autorizado para vender medicamentos. El equipo de trabajo está conformado por tres personas, dos químicos farmacéuticos y un personal técnico; el horario de atención es de 8 am a 2 pm.

En esta área se desarrollan tres procesos clave:

- Dispensación de medicamentos
- Requerimiento mensual de medicamentos
- Atención del requerimiento y recepción de medicamentos

A continuación se detalla la dispensación de medicamentos:

El paciente, o el técnico de enfermería en caso el paciente esté siendo atendido en emergencia o se encuentre hospitalizado, entregará al químico la receta médica. De ser un paciente con SIS, deberá recepcionar la FUA y posterior a ello la atención del contenido de la receta; verificando que el medicamento se encuentre en stock. Si es un paciente que no cuenta con ningún tipo de seguro, deberá realizar el pago en la misma área, para luego finalizar el proceso con la dispensación de medicamentos.

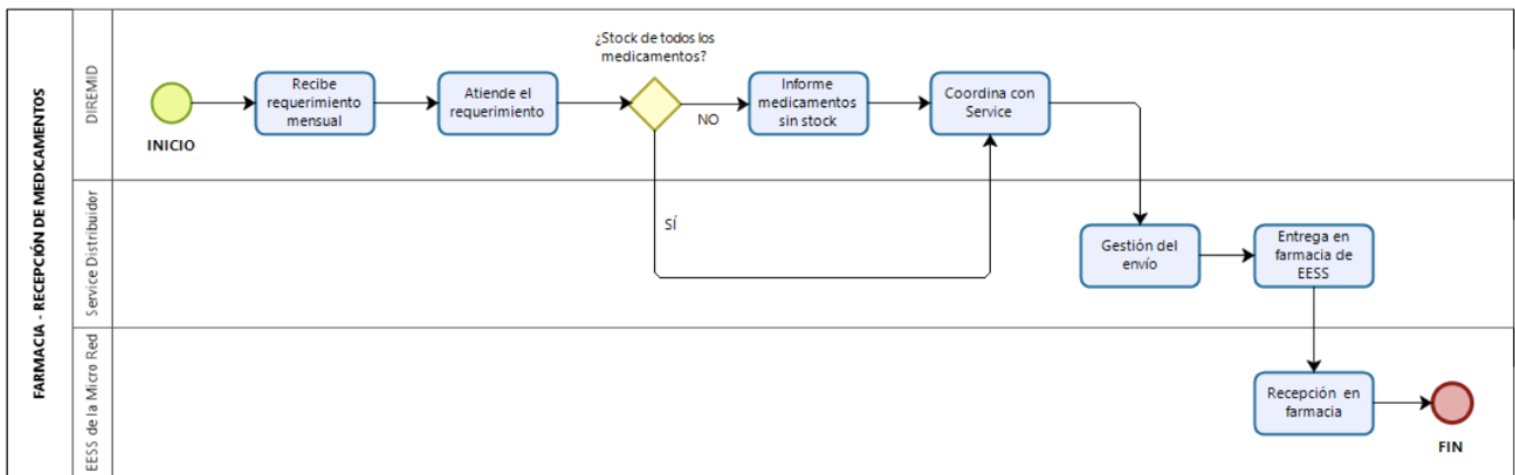


Para el caso de la formulación del requerimiento mensual, el personal de farmacia revisa el stock de medicamentos con el que se cuenta y analiza el consumo promedio de los últimos 3 meses, y en base a ello se elabora el requerimiento del Centro de Salud Santa Clotilde. Adicionalmente, al ser Santa Clotilde el centro de cabecera de la Micro-Red, es el encargado de remitir a DIREMID todos los requerimientos de los otros 13 establecimientos; por lo que todos los 20 de cada mes los demás centros y/o puestos de salud envían vía correo electrónico su respectivo requerimiento y es el Químico Farmacéutico encargado de la farmacia quien revisa los reportes enviados, de estar conformes emite su aprobación; de lo contrario se comunican con la farmacia del establecimiento para levantar dicha observación. Una vez aprobados todos los requerimientos, el personal de farmacia procede a realizar un consolidado en Excel

para la aprobación y visto bueno final por parte del Químico Farmacéutico a cargo de la farmacia y de la Gerencia General; para luego enviar dicho documento a DIREMID vía correo electrónico y en físico, dichos envíos deben realizarse antes del 5 de cada mes.

Por último, para el proceso de atención de requerimiento y recepción de medicamentos, es DIREMID quien recibe el requerimiento y de acuerdo a su stock realiza el envío de medicamentos, para los casos de los medicamentos con los que no cuenta, emite un informe de la razón por la cual no está enviando dichos medicamentos. Para el envío hacia los establecimientos de salud, DIREMID terceriza el servicio con una empresa distribuidora que se encarga que los medicamentos lleguen a las farmacias de cada uno de los 14 establecimientos de la Micro Red.

Para el caso del Centro de Salud Santa Clotilde, todos los pedidos se reciben en la farmacia del establecimiento y pasan al almacén de la misma área.



La principal dificultad identificada por el equipo de farmacia es el desabastecimiento de medicamentos debido a que DIREMID no envía parte del requerimiento y en el informe que emiten solo señalan que no cuentan con stock; por lo que el Centro de Salud Santa Clotilde, a través de PANGO, tiene que gestionar la compra de estos medicamentos de manera externa.

Por otro lado, en el proceso de atención y dispensación de medicamentos, donde el paciente debe llevar su receta y el FUA; en algunas ocasiones no lleva el Formato y este se extravía y por lo tanto no se registra.

7.1.3.2 Procesos Administrativos

Al inicio de la investigación se tenía pensado diagramar 8 procesos administrativos que fueron incluidos en la lista tentativa de procesos a modelar, sin embargo, luego de entrevistar al personal y observar los procesos en el centro de salud, hubo 4 que no se pudieron identificar ya que no estaban establecidos ni tenían personal que se encargara de estos; los procesos no encontrados fueron los siguientes: distribución, almacenamiento, atención de quejas y reclamos y gestión de historias clínicas.

Para el caso de distribución, no hay ninguna actividad relacionada a esto ya que las compras que se realizan no siempre envían a los otros establecimientos de la Micro Red y de hacerlo, son envíos ocasionales en los que solo los envían en el deslizador o peke peke, y para el caso de los medicamentos es un proceso del área de farmacia y está a cargo del service de la DIREMID quien lleva los medicamentos hasta la farmacia de cada establecimiento.

En lo referido a almacenamiento no se ha definido ningún almacén como tal y tampoco se ha establecido ningún flujo de trabajo, lo más cercano a este es el cuarto donde se guarda el material de limpieza pero no llega a ser almacén ya que son los productos que se están usando en el momento, y no se cuenta con stock para las semanas o meses siguientes, sino que todos los materiales se van comprando según la necesidad. En el caso de farmacia, el área maneja su propio almacén donde reciben los medicamentos enviados por la DIREMID y los procesos establecidos son la revisión de fecha de vencimiento y el stock para el requerimiento mensual.

Para el proceso atención de quejas y reclamos, tampoco hay ningún proceso definido y es porque tampoco ocurren, en las entrevistas con el personal de admisión, administración y algunas otras áreas asistenciales refirieron que en ciertas ocasiones los pacientes han

expresado su malestar por el tiempo de espera pero nunca han presentado una queja formalmente o solicitado el Libro de Reclamaciones; por lo que tampoco hay nadie designado como responsable del proceso.

Por último, para el caso de la gestión de historias clínicas no hay un área o persona responsable, al encontrarse todas las HC en admisión se considera como parte del área; sin embargo, admisión solo busca y envía la historia a triaje, mas no hace seguimiento al movimiento de este documento, pues es la última área que recibe la historia clínica quien la retorna al archivo de admisión.

a) Administración de Personal - RRHH

La oficina de RRHH se encuentra ubicada en el área de administración del centro de salud, está a cargo de una sola persona, la cual tiene dos procesos a su cargo:

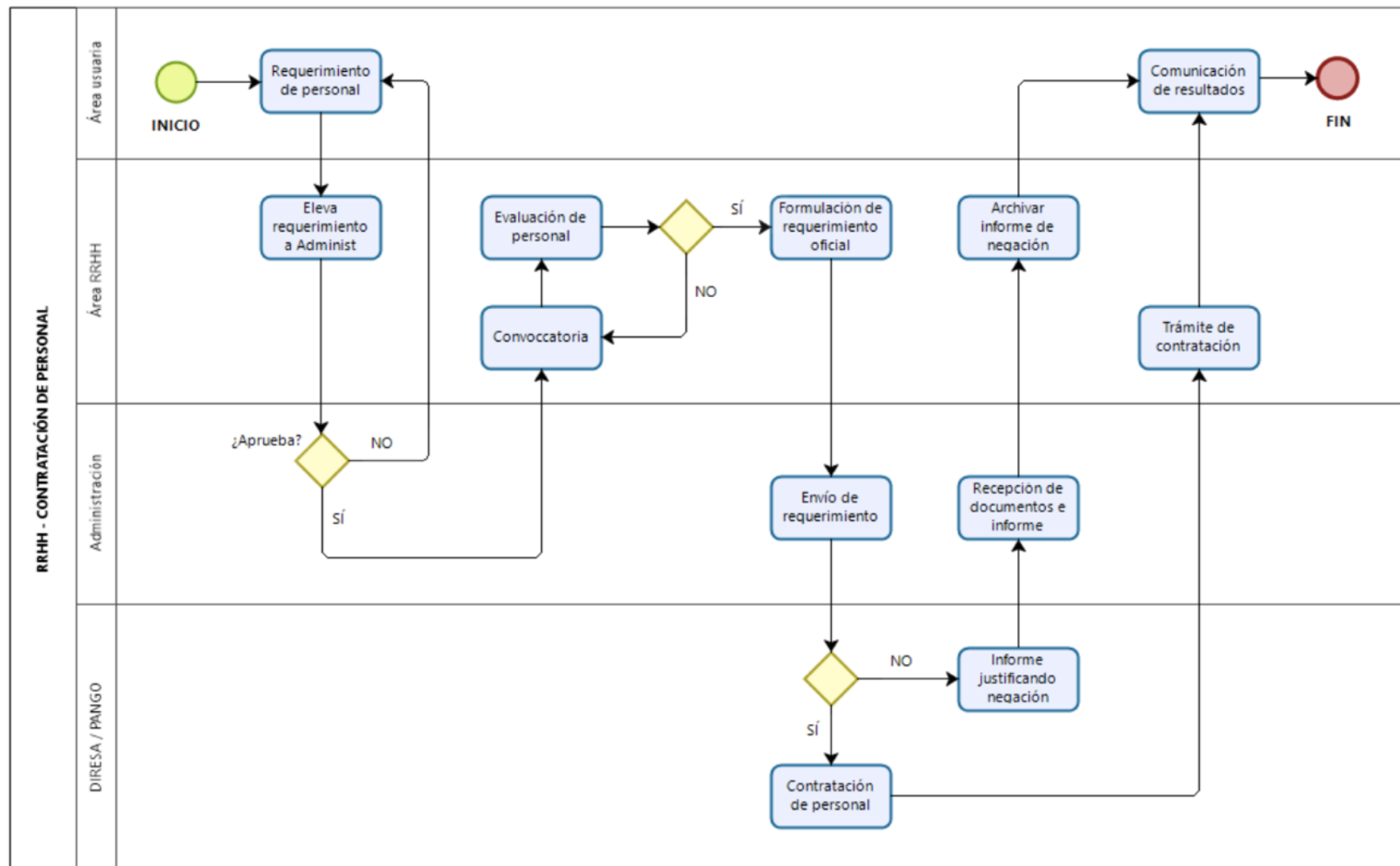
- Contratación de personal
- Movimiento de personal

A continuación se detallará el proceso de contratación de personal:

Este se inicia con el requerimiento del área que necesite una persona más en su equipo y dicha necesidad se encuentre debidamente sustentada, el encargado de presentar la solicitud es el jefe o responsable del área para que la oficina de RRHH pueda elevar el requerimiento a la Gerencia General.

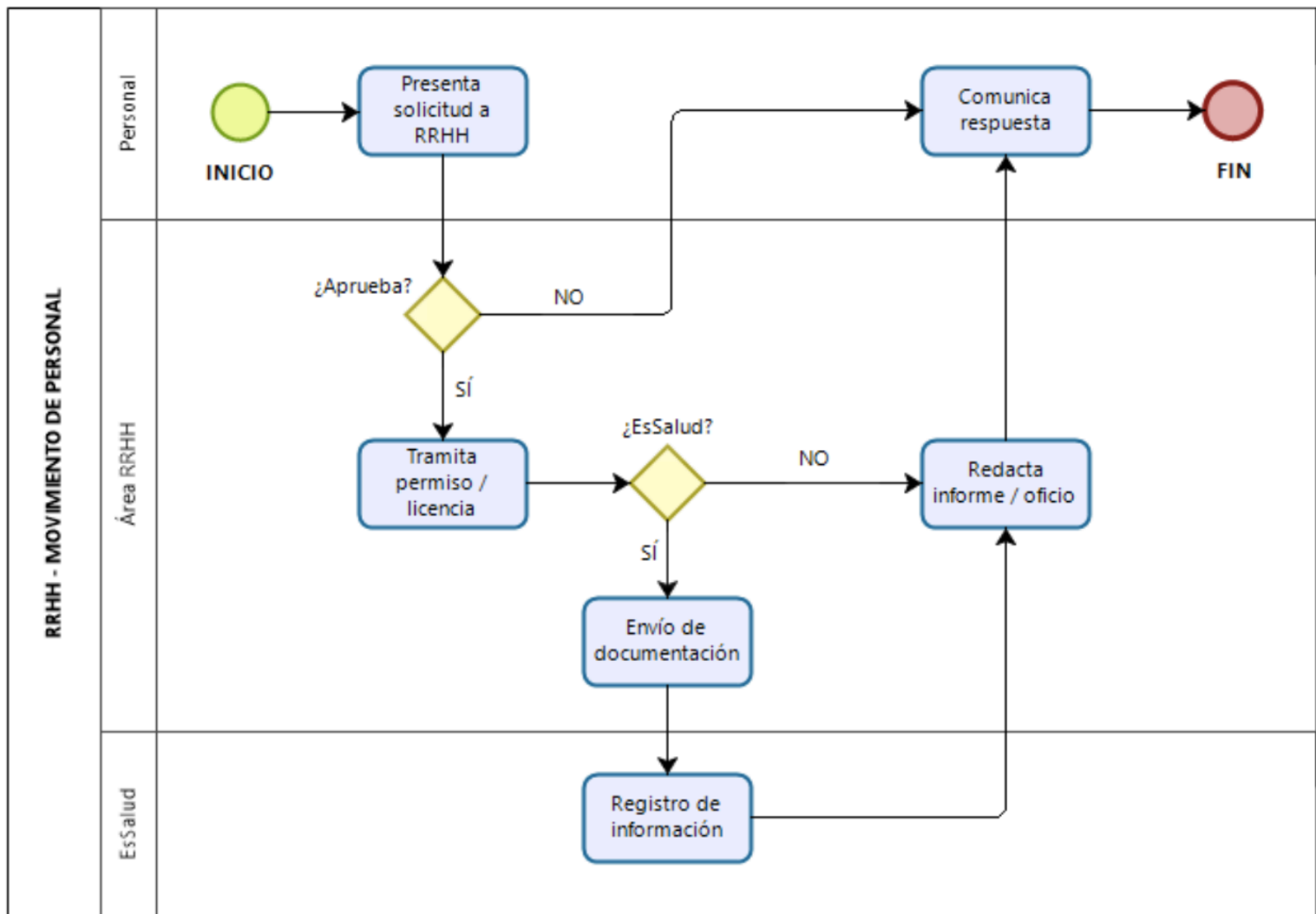
En el caso la solicitud sea aprobada por la Gerencia General, el área de RRHH procede con la convocatoria para la plaza disponible; si no se aprueba se devuelve el requerimiento al área solicitante.

A todas las personas que se presentan a la convocatoria, se les entrevista y evalúa en un día de trabajo; una vez seleccionada al candidato final, se formula el requerimiento oficial, el cual deberá ser enviado por la Gerencia General a la DIRESA o a PANGO, según corresponda. Serán ellos finalmente quienes evaluarán la posibilidad de contratar o no a una persona más, de resultar positiva la evaluación, se comunicará a la Gerencia General y al área de RRHH para que se inicie con el proceso de contratación; en el caso la solicitud sea denegada, tanto la DIRESA como PANGO, deberán emitir un informe justificando la decisión.



Para el caso del proceso de movimiento de personal, el personal debe presentar su solicitud a RRHH con la debida anticipación; para el caso de permiso por cumpleaños es con 3 días de anticipación y para vacaciones o licencia de maternidad debe ser con 30 días de anticipación como mínimo. Una vez se presenta la solicitud, RRHH evalúa y decide aprobarla o no, en caso no se apruebe el permiso se comunica al personal. De aprobarse su solicitud, RRHH envía la documentación a EsSalud si es que corresponde.

En caso un personal tenga que salir por emergencia del centro de salud, se emite un memorándum de desplazamiento.



La principal dificultad comentada por el área fue la poca disponibilidad de personal para todas las áreas del centro de salud, lo cual genera muchas veces sobrecarga de trabajo y descontento entre el personal.

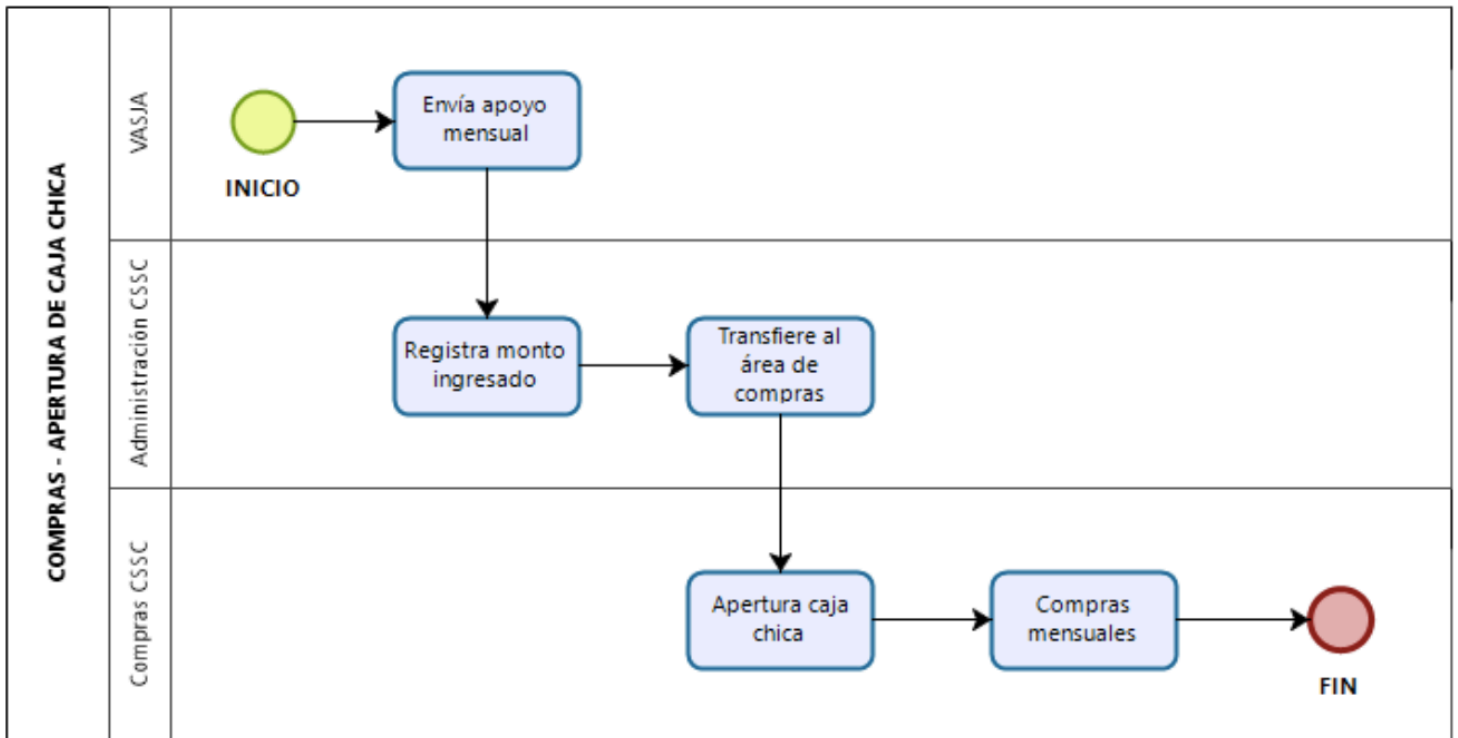
Uno de los problemas identificados en el proceso de contratación de personal es que las autorizaciones finales son luego de haber realizado el proceso de selección y en el caso que no autoricen la contratación, la persona a cargo de recursos humanos y el área solicitante invirtieron tiempo en vano.

b) Compras de bienes y servicios

El área de compras también se encuentra ubicada en el área de administración del centro de salud y está a cargo de la misma persona de RRHH, dentro de compras se desarrollan cuatro procesos:

- Apertura de caja chica
- Compras menores (caja chica)
- Rendición de caja chica
- Compras mayores

A continuación se detalla el proceso de apertura de caja chica:



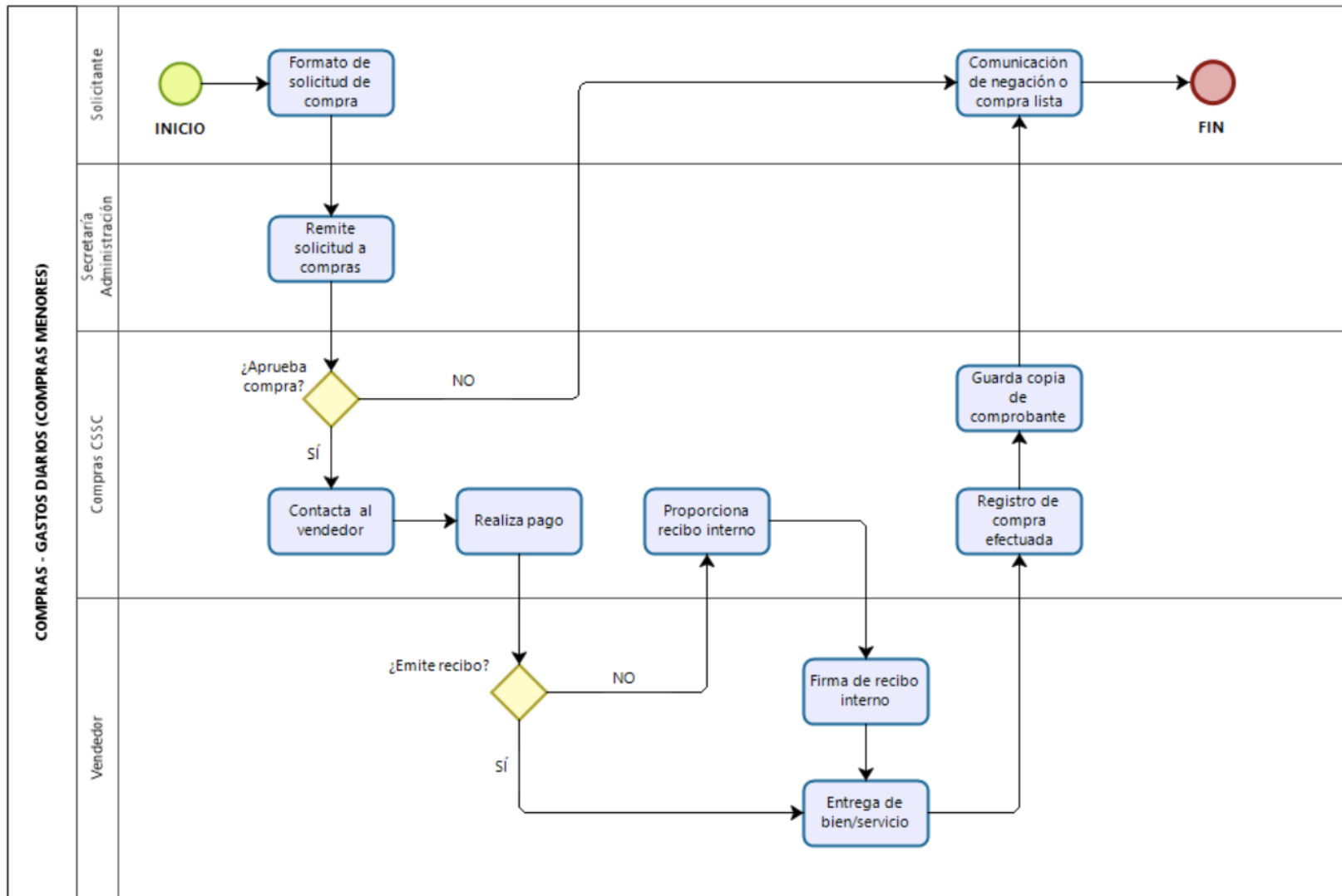
El proceso se inicia los primeros días de cada mes cuando el Vicariato Apostólico envía los S/ 2,000.00 a la administración del centro de salud, una vez recibido el monto la administración lo registra y lo deriva al área de compras quien es la responsable de las compras menores que se efectúan con este apoyo monetario del Vicariato. El área de compras es quien apertura la caja chica del centro de salud todos los meses y a partir de esa fecha se efectúan los gastos necesarios.

El siguiente proceso que se desarrolla en el área son las compras menores, que corresponden a las compras con dinero de la caja chica que se recibe todos los meses.

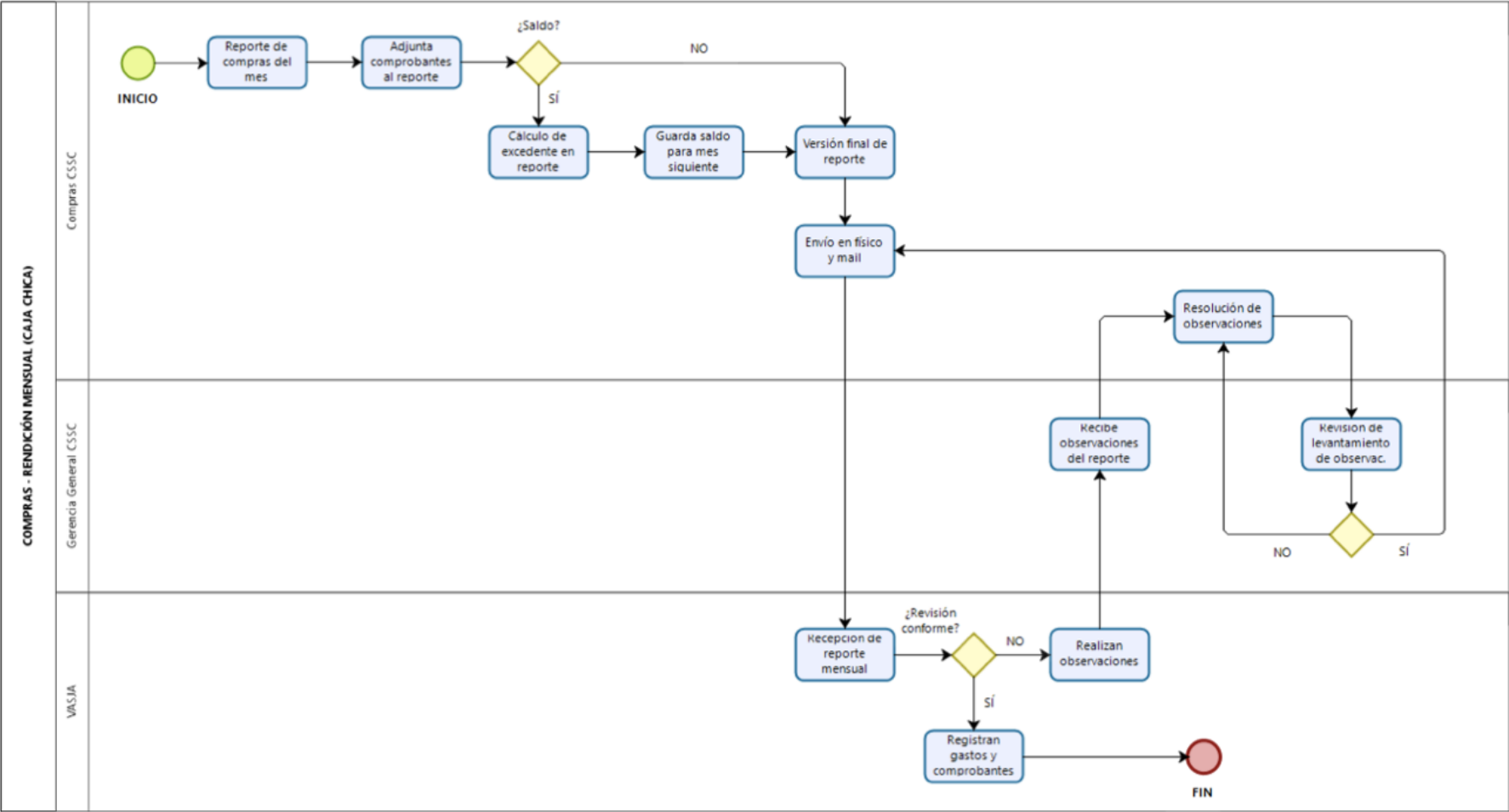
Este se inicia cuando el área solicitante presente su formato de solicitud de compra en la secretaría de administración, la cual se encarga de derivarlas al área de compras.

Una vez el área de compras tiene la solicitud y evalúa la compra; de no ser factible o no se considere necesario se comunica al área solicitante, pero en el caso se apruebe

la compra, se contacta al vendedor y se efectúa el pago correspondiente; por lo que el vendedor deberá emitir un recibo a nombre del Centro de Salud Santa Clotilde, en caso no tuviera, el centro de salud le solicita firmar un recibo interno para que quede constancia del monto gastado. Luego de haber sido entregado el bien o servicio adquirido, el área de compras deberá registrar el gasto y guardar el comprobante de pago; para finalizar el proceso se deberá comunicar al área solicitante que la compra ya fue efectuada.



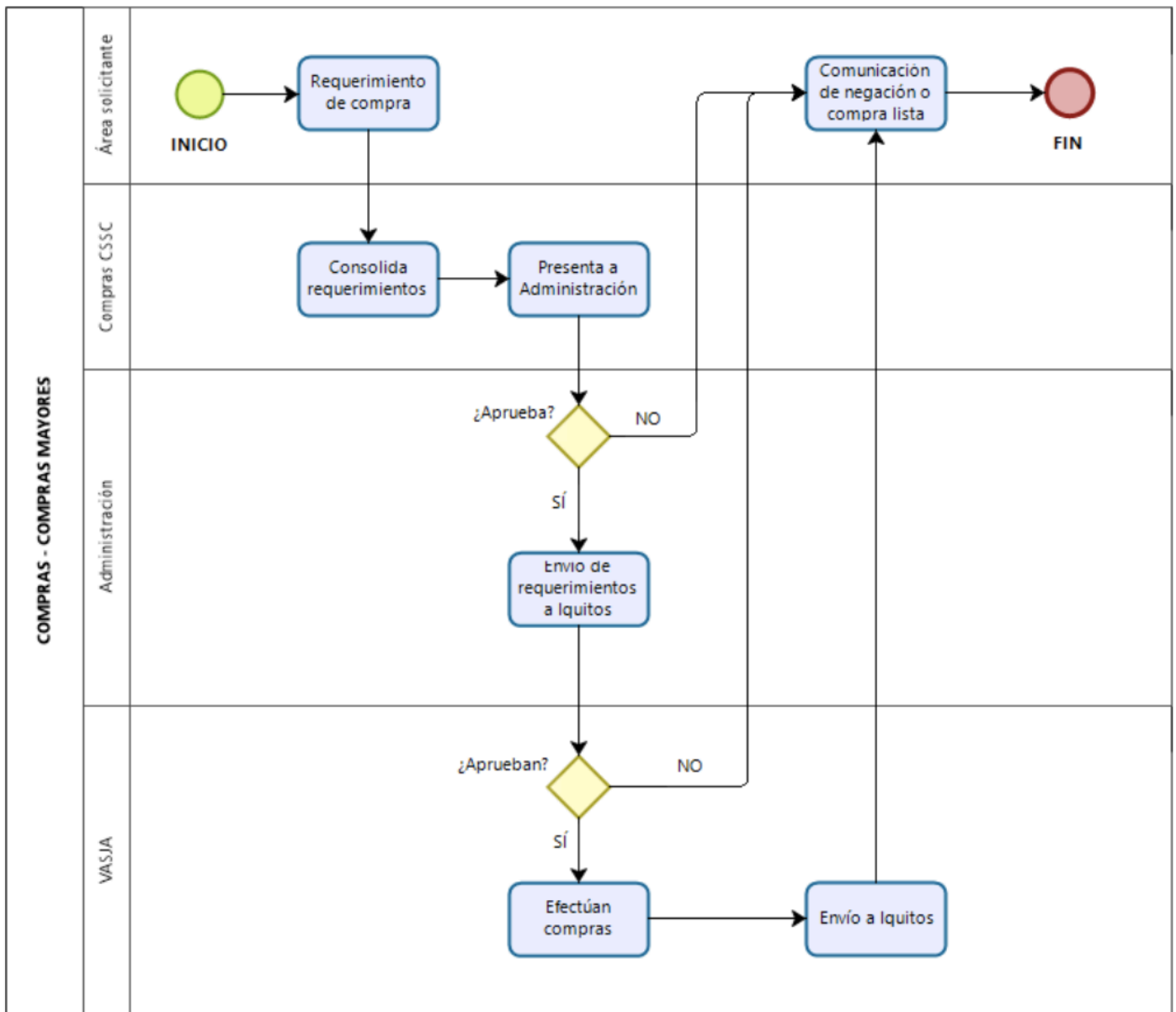
El siguiente proceso es el de rendición mensual de la caja chica, el cual se detalla a continuación:



Este se realiza todos los fines de mes, cuando el área de compras emite el reporte de las compras efectuadas con los S/ 2,000.00 de la caja chica, para ello elabora un informe con todas los gastos registrados y adjunta los comprobantes de pago que sustenten dichos gastos, en caso quede algún saldo del monto transferido será precisado en el reporte y se guardará dicho saldo para el mes siguiente; con ello se procede a la emisión del reporte final de la rendición de caja chica, el cual es enviado en físico y vía correo electrónico al Vicariato Apostólico en Iquitos donde es revisado por su equipo de contabilidad. De estar conforme la rendición, proceden a registrar los gastos y comprobantes correspondiente, pero en el caso tengan alguna observación, devuelve el reporte a la Gerencia General del centro de salud para que junto con el área de compras puedan subsanar dichas observaciones.

Uno de los problemas identificados en la rendición de la caja chica, es que muchas veces el reporte es devuelto u observado por contabilidad del Vicariato por errores mínimos y es ahí donde recién pasa a revisión de la Gerencia General del centro de salud, esto se podría evitar si previo al envío del reporte final, se comparte con la Gerencia para que sea un primer filtro de revisión.

El último proceso del área es el de compras mayores, el cual se inicia de la misma manera que el de compras menores, con solicitudes de compra, las cuales son consolidadas por el área y enviadas a la administración para su revisión y aprobación; una vez aprobadas se envían al Vicariato Apostólico en Iquitos para la aprobación final, donde se efectuará la compra y se enviará posteriormente al centro de salud. En caso la administración o el Vicariato decidan no aprobar las solicitudes, deberán emitir un informe justificando su decisión, el cual será comunicado al área solicitante.



El principal problema identificado por el área es la poca disponibilidad presupuestal que brinda la DIRESA, ya que si no contarán con los S/2.000,00 de caja chica enviados por el Vicariato no podrían solucionar problemas o satisfacer necesidades que se presentan día a día. Asimismo, se indicó que el área administrativa tampoco cuenta con suficiente personal, ya que en su mayoría una persona tiene dos áreas a su cargo y no necesariamente de un tema de su expertise.

c) Mantenimiento y reparación de equipos

Esta área también se encuentra ubicada en la oficina de administración y esta conformada por una persona, la cual se encarga de toda la Micro Red.

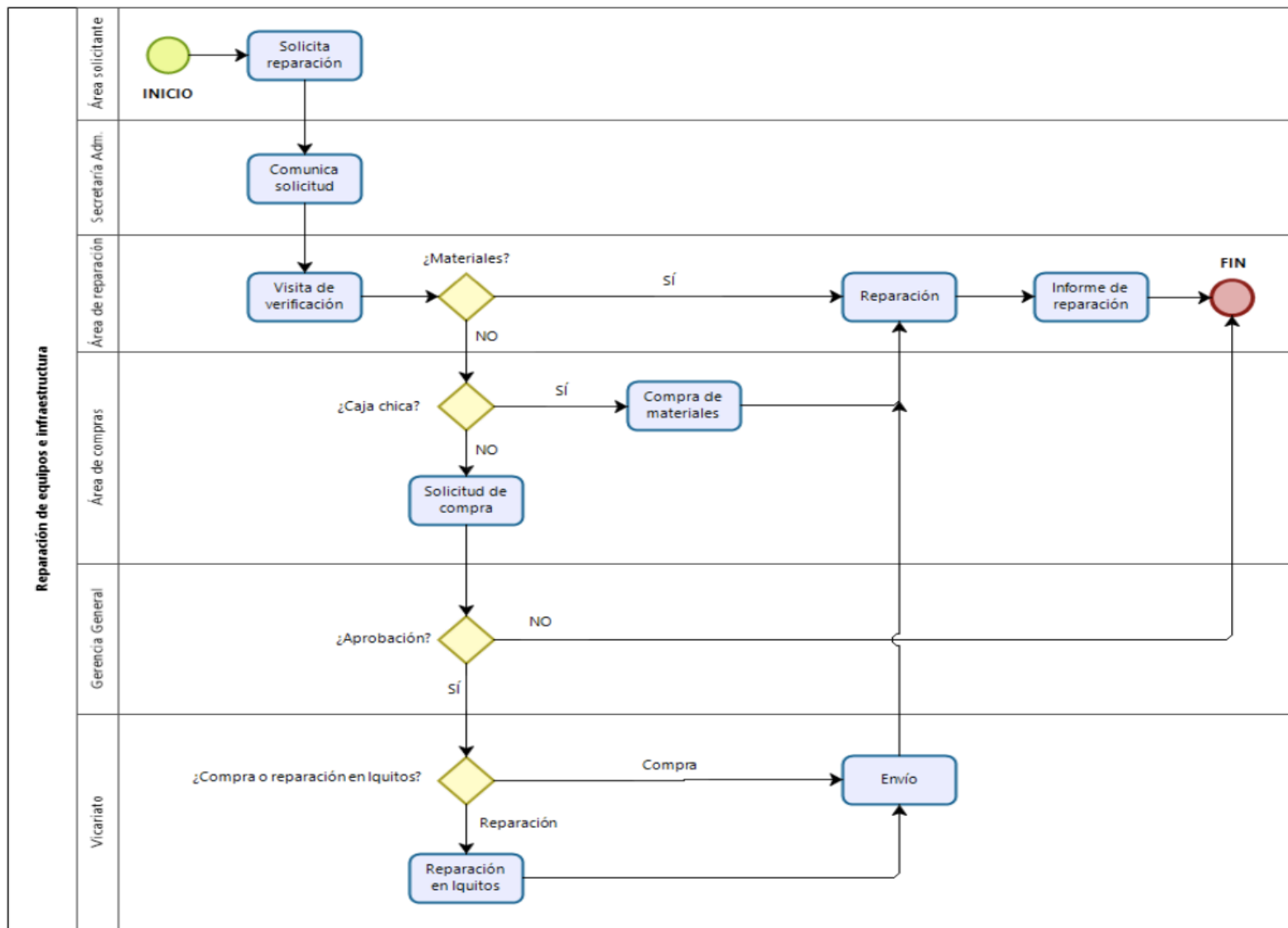
Los procesos que se desarrollan dentro del área son los siguientes:

- Reparación de equipos/infraestructura/mobiliario
- Mantenimiento de la cadena de frío e internet
- Desarrollo de proyectos de mantenimiento/reparación

El proceso principal es el de reparación de equipos/infraestructura/mobiliario y se inicia cuando determinada área del centro de salud solicita alguna reparación, escribiéndolo en el cuaderno ubicado en la secretaría de administración; quien comunica al encargado de esta nueva solicitud. Una vez comunicada la solicitud, realiza una primera visita de verificación para evaluar el estado y los materiales que se requieren, si es que cuentan con los materiales se efectúa la reparación inmediatamente, de lo contrario realizan la solicitud a la administración para que pueda escalarlo al Vicariato; esto se da cuando no cuentan con los materiales y la compra no se efectuará con la caja chica mensual o cuando no se puede reparar en el mismo centro y debe enviarse a Iquitos. Una vez efectuada la reparación, el encargado del área emite un reporte detallado sobre su labor.

En el caso haya una solicitud de alguno de los otros 13 establecimientos de la Micro Red se brinda orientación por teléfono o través de videollamadas, en caso no se pueda solucionar y la reparación sea de suma urgencia, se viaja a la comunidad donde está ubicado el centro de salud que solicita la reparación; pero estos casos son muy pocos comunes ya que normalmente no se cuentan con los recursos suficientes para acudir

a cada llamada, y este se convierte en el principal problema ya que solo se cuenta con una persona en el área para toda la Micro Red.



El siguiente proceso es el de mantenimiento de la cadena de frío e internet, este se realiza anualmente a los 14 establecimientos de salud de la Micro Red y se inicia con la programación de las visitas, una vez que el encargado se encuentra en el establecimiento procede a realizar el mantenimiento correspondiente y luego de ello pruebas y revisiones adicionales, tanto a las conexiones de internet como a la cadena de frío, para detectar alguna falla. Posterior a esto, se reúne con el encargado del centro para que este pueda trasladarle sus dudas y/o comentarios sobre el funcionamiento de los equipos en general y en caso haya alguna reparación posible de realizar se hace en ese mismo momento, de lo contrario se coordina para una siguiente visita de ser posible o para el envío de los materiales. Cuando el encargado vuelve a Santa Clotilde, elabora un reporte luego de cada visita realizada.

El principal problema en este proceso es la poca comunicación entre establecimientos, ya que muchas veces el encargado llega al establecimiento y recién ahí le informan sobre fallas o averías de algún equipo y en ese momento no tiene los materiales para repararlo, lo cual se pudo prever si lo comunicaban previamente; esto es un problema bastante grande ya que la probabilidad de que se pueda programar una próxima visita es muy escasa debido a la falta de recursos, las distancias entre distritos y la dificultad de accesibilidad para llegar a los establecimientos. Cuando sucede esto, se opta por realizar el envío de materiales y el establecimiento que requiere la reparación busca alguna persona del distrito que pueda efectuar el trabajo y se cubre el servicio con la caja chica, de no ser posible esta opción; se tiene que esperar a que la persona encargada de mantenimiento pueda ir nuevamente al establecimiento.

El último proceso que se realiza en el área es el desarrollo de proyectos de mantenimiento/reparación de los establecimientos de la Micro Red, el cual se inicia cada vez que el encargado de mantenimiento realiza las visitas anuales de la cadena

de frío e internet a cada uno de los 14 establecimientos de la Micro Red y habla con el encargado de dicho puesto de salud, es ahí

evalúa y ve la necesidad de un proyecto de reparación grande o de alguna reparación que no pueda ser manejada dentro de compras menores; por lo que deberá armar un proyecto y presentarlo ante gerencia, la misma que deberá revisarlo y de considerarlo viable lo elevará a Comité de Gestión para su aprobación final; la cual dependerá principalmente de la disponibilidad presupuestal.

El principal problema de este proceso nuevamente es el bajo nivel de comunicación entre los establecimientos de salud con Santa Clotilde, ya que la mayoría de veces se necesita la formulación de un proyecto porque se tienen muchas reparaciones por realizar en un establecimiento o porque la magnitud de una falla o problema se ha ido incrementando por no reportar inicialmente el problema.

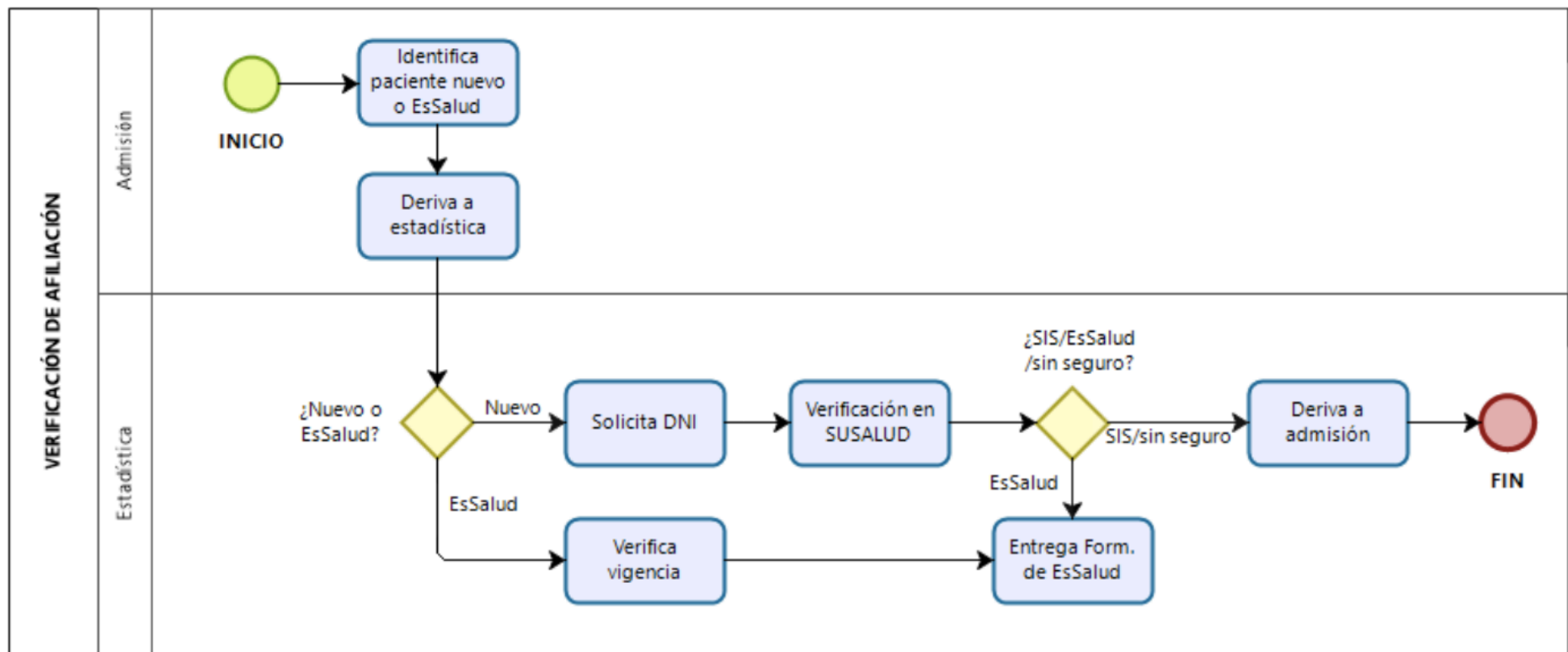
d) Estadística e Informática

Esta área se encuentra ubicada en la oficina de administración y cuenta con dos digitadores quienes realizan tres funciones principalmente:

- Verificación de la afiliación de los pacientes en SIS o EsSalud
- Registro de las atenciones en el sistema de información HIS MINSA
- Recepción de FUAs (Formato Único de Atención)

El primer proceso es el verificación de la afiliación a SIS o EsSalud, el cual se inicia en admisión y se da por dos razones; la primera, cuando el paciente es nuevo en el centro de salud y admisión no tiene registro de su información en la base de datos que manejan ni tiene historia aperturada; o la segunda, cuando el paciente es de EsSalud

y tiene el sticker en su DNI que identifica a los asegurados del seguro social. Si es un paciente nuevo se solicita su DNI para verificar en el portal de SUSALUD si cuenta con algún tipo de seguro, si cuenta con EsSalud se le entrega el Formato de Cobertura de Atención para que lo presente en admisión, y si cuenta con SIS o no tiene seguro se le comunica y se le pide que regrese a admisión indicando ello. Si es un paciente que tiene el sticker correspondiente a EsSalud, se procede a verificar si su seguro se encuentra vigente y de ser así se le entrega el Formato de Cobertura de Atención, para que luego regrese a admisión.



El segundo proceso es el de registro de atenciones en HIS-MINSA, el cual se da únicamente para los pacientes afiliados al SIS e inicia cuando los profesionales de la salud llenan la hoja HIS en papel. Si es un paciente que debe recoger medicamentos, se le envía con el FUA y hoja HIS a farmacia, donde recepcionarán estos formatos y al finalizar el turno los llevarán al área de estadística e informática para que la hoja HIS pueda ser digitada en el sistema de información HIS MINSA. Si la atención no requiere dispensación de medicamentos, es el último profesional que tiene la historia clínica del paciente quien remite las hojas HIS y FUA generadas al área de estadística e informática para su digitación. Una vez que la hoja HIS llega al área inician el registro de la información.

Para el caso del último proceso relacionado al registro de los Formatos Únicos de Atención (FUA), es el mismo flujo que las hojas HIS.

7.2 PRIORIZACIÓN DE PROCESOS

Esta fase de la investigación también fue compartida con el personal entrevistado inicialmente para conocer su opinión, y se pudo identificar que deseaban que todos los procesos fueran priorizados; tanto los asistenciales como los administrativos sin distinción. Sin embargo, según los cinco criterios analizados del modelo de priorización de intervenciones sanitarias, y teniendo en cuenta que las políticas de estado priorizan el componente materno infantil; se seleccionaron los procesos que están relacionados a la atención prenatal, a la atención del recién nacido y del menor de 5 años, los cuales son:

Procesos priorizados del Centro de Salud Santa Clotilde	
• Admisión	• CRED
• Emergencia	• Obstetricia
• Consulta Externa	• Laboratorio
• Hospitalización	• Farmacia

7.3 ANÁLISIS DE LOS PROCESOS PRIORIZADOS

A partir de lo señalado en la descripción de los procesos y lo establecido por las Normas Técnicas relacionadas a los procesos priorizados, se ha realizado el respectivo análisis para cada uno:

a) Admisión

Se ha considerado este proceso ya que es el punto de inicio de todas las atenciones que se brindan en el centro de salud, y se han identificado 3 puntos críticos:

- El primero, relacionado con los pacientes que no tienen sticker en su DNI y por lo tanto los consideran como pacientes nuevos; enviándolos a estadística e informática para verificar su afiliación a SIS o EsSalud y su posterior registro. El hecho de no revisar si el DNI ya se encuentra registrado en la base de datos que tiene admisión genera muchas veces pasos adicionales innecesarios, demoras en la atención evitables y lo que es peor duplicidad de información, ya que al considerarlos como nuevos se registra por segunda vez en la base de datos y se apertura una nueva historia clínica; sin embargo, la mayoría de veces no es que el paciente sea nuevo sino que es un paciente registrado y que ya cuenta con una historia clínica abierta pero al no tener ni SIS ni EsSalud no se le ha colocado los sticker identificadores.

- Otro de los problemas, también está relacionado al registro de los pacientes en la base de datos del centro de salud, esta base de datos es manejada únicamente por admisión. Actualmente, cuando un paciente es considerado como nuevo, se le deriva al área de estadística e informática para que verifiquen si tiene seguro o no y regrese a admisión con esta información para que procedan a registrarlo; sin embargo, esta práctica puede traer muchas complicaciones, por ejemplo: que el paciente no recuerde lo que se le indicó sobre su seguro, que dé una información diferente a la indicada ya sea voluntaria o involuntariamente, y lo que es más crítico; generar demoras adicionales en la cola de espera de admisión mientras se ingresan todos los datos del paciente.

El siguiente punto crítico, sigue estando relacionado al tiempo de espera de los pacientes en el área de admisión, ya que parte de su proceso implica registrar la atención en el libro diario de atenciones; de este, existe el cuaderno en físico y la versión en Excel. Actualmente, se registran en ambos con el paciente esperando en la ventanilla, y el hecho de registrar la atención en los dos formatos son actividades que hacerla dos veces, una en físico y otra en digital, no genera valor alguno; sino más bien genera duplicidad de información innecesaria y además causa incomodidad por el tiempo que demora completar todos los campos del registro a mano y digitar nuevamente los datos en la computadora; para luego de ello recién buscar su historia clínica.

b) Emergencia

Se ha considerado este proceso ya que muchas veces las gestantes ingresan por emergencia para dar a luz o por alguna otra complicación, de igual manera que los niños menores de 5 años.

El principal punto crítico de este proceso es el registro de la atención, debido a que el técnico o enfermero de turno cuando ingresa el paciente se concentra únicamente en su atención, dejando de lado el proceso de admisión del paciente que debería realizarse a la par; por ello al revisar el libro de atenciones diarias, tanto el físico como la versión en Excel, no se encuentran registros de atenciones por emergencia; y hay ocasiones en las que la atención tampoco queda plasmada en la historia clínica del paciente ya que si el paciente es atendido y dado de alta inmediatamente, cuando el personal de enfermería se desocupa para poder buscar su HC o indicar el registro del paciente, ya no se cuenta con su DNI para tomar sus datos. Esta problemática es más frecuente con los pacientes que llegan solos y/o por las tardes, ya que en dicho horario no hay personal de admisión que pueda apoyar el registro, ni luz para para buscar en la base de datos de la computadora el número de historia clínica, y tampoco se encuentra la persona de estadística e informática que pueda verificar si tiene o no seguro y en el caso de EsSalud si está vigente.

c) Consulta Externa

Esta incluye las atenciones de medicina general, psicología y odontología; las cuales pueden ser requeridas tanto por las gestantes como por los infantes y además forman parte de las interconsultas requeridas como primera atención prenatal y del CRED.

Para este proceso de atención, se han identificado dos puntos críticos:

- El principal es la demora en el triaje, proceso previo a la atención en consultorio y luego de la admisión; en este se genera una gran congestión ya que deben medir, pesar y tomar la presión arterial de la mayoría de pacientes que reciben atención en el centro de salud (exceptuando obstetricia y CRED que lo realizan en su misma área) y colocarlos tanto en la HC como en los respectivos

formularios de atención; dependiendo si el paciente tiene seguro SIS o EsSalud. Una vez terminado el triaje, la historia clínica del paciente debería pasar inmediatamente al consultorio; sin embargo, al no contar con una persona destinada a esta tarea el mismo personal de triaje lleva las HC a los respectivos consultorios, pero para esto espera que se acumulen 15 o más historias; esto último ocasiona que en algunas ocasiones los médicos estén disponibles para atender al paciente y este se encuentre fuera del consultorio pero no puede atenderlo porque no cuenta con su HC en ese momento.

- El siguiente punto crítico es la no trazabilidad de la historia clínica del paciente ni de los formularios en caso sea del SIS o EsSalud, al no haber ningún proceso establecido de gestión de historia clínica o de archivo, nadie lleva un control de los movimientos de estos documentos y esto se complica aún más cuando los pacientes requieren interconsultas y los mismos profesionales trasladan la HC; esto origina que las historias puedan permanecer en los consultorios sin que nadie lo note y que el FUA y formulario de EsSalud no llegue a mano de los digitadores.

d) Hospitalización

Este es un proceso que también puede estar involucrado en las atenciones obstétricas y/o prenatales y las atenciones del menor.

La principal problemática radica en el flujo de ingreso del paciente cuando este se da por consulta externa, ya que una vez se le ha comunicado al paciente que debe permanecer en el establecimiento, se le deriva a tópico para que puedan canalizarle una vía y se le brinda las indicaciones a la persona que esté de turno; sin embargo, estas suelen ser muy generales por la premura del médico para continuar atendiendo

a los demás pacientes, y es el técnico de tópico o emergencia quien debe comunicar el caso clínico y las indicaciones al médico de turno en hospitalización. Lo que sucede en diversas ocasiones es que el personal de tópico no transmite toda la información necesaria al médico de hospitalización o este requiere información adicional del médico que lo examinó; en ambos casos, deben esperar que el médico que atendió al paciente se desocupe para poder realizarle las consultas pertinentes. El principal problema de este flujo es la no comunicación entre el médico que se encuentra en consultorio y el de turno en hospitalización.

e) CRED

El principal punto crítico de este proceso se genera porque la base de datos de pacientes está centralizada únicamente en admisión y ninguna otra área tiene acceso a esta, en el caso de CRED los pacientes no pasan por la admisión general sino que se registran directamente en el área de atención con la técnica encargada, esto aligera de cierta manera la espera; sin embargo, también trae algunas complicaciones como lo son la búsqueda de historia clínica, ya que si bien es cierto las citas son programadas y podrían buscarse con anticipación, son muy pocas las madres que acuden con sus niños en la fecha indicada. Por esta razón, cada vez que llega un paciente la técnica solicita su DNI para registrar la atención y anotar el número de documento para luego acudir a admisión y solicitar que se busque dicho número en la base de datos para que puedan brindarle el número de historia clínica; no obstante, el personal de admisión siempre se encuentra ocupado por lo que genera demoras en el flujo de atención; ya sea si el personal de admisión detiene su labor para realizar la búsqueda o si el personal de CRED espera que admisión se descongestione.

f) Obstetricia

El proceso de atención en esta área difiere de la mayoría de los del centro de salud, puesto que una vez que la paciente pasa admisión es derivada inmediatamente por la técnica del área a obstetricia, quien se encarga también de llevar su historia clínica; para que no tengan que hacer la espera del triaje general. Sin embargo, en este proceso es donde se ha identificado el principal punto crítica, ya que de por sí los obstetras tienen el tiempo muy corto para las atenciones por la alta demanda, incluso menos del tiempo mínimo establecido según norma técnica, y este tiempo se acorta más si es que deben realizar el triaje ellos mismos a la paciente; esto ha ocasionado que en ciertas ocasiones no se talle, pese ni se tome la presión arterial, o se haga a la mitad de la consulta y no al inicio como está establecido.

Los datos obtenidos del triaje son de suma importancia para el seguimiento de la gestante, por lo que por ningún motivo se deberían dejar de tomar.

g) Laboratorio

El principal problema detectado se da en la atención a las gestantes, al momento de realizarles su batería de exámenes de laboratorio; ya que es la única atención que genera un FUA en el área, y muchas veces este documento no llega a estadística e informática para su registro porque no hay ningún proceso establecido sobre el tratamiento y/o flujo de los formularios generados a partir de la atención; por lo tanto nadie le hace seguimiento.

h) Farmacia

El problema surge en el proceso de dispensación de medicamentos, cuando el médico u otro personal de salud prescribe algún medicamento y/o suplemento y el paciente debe solicitarlo en farmacia; para lo cual le dan su receta y el FUA para que lo

entregue en farmacia, sin embargo, hay veces en las que el paciente olvida entregar el formulario o se le extravía; ocasionando una pérdida de información al no registrar lo descrito en el FUA.

7.4 PROPUESTA DE MEJORA EN BASE AL ANÁLISIS (TO BE)

a) Admisión

En el proceso de admisión, conjuntamente, se identificaron 5 oportunidades de mejora:

- A los pacientes que no cuenten con ningún sticker en el DNI, lo cual indica que no tienen ni SIS ni EsSalud, antes de considerarlos como nuevos y derivarlos a estadística para la verificación en SUSALUD, se verifique si están registrados en la base de datos y figuran como pacientes sin seguro; todo esto para evitar que se les aperture innecesariamente una segunda historia clínica y se genere doble de registro e información.

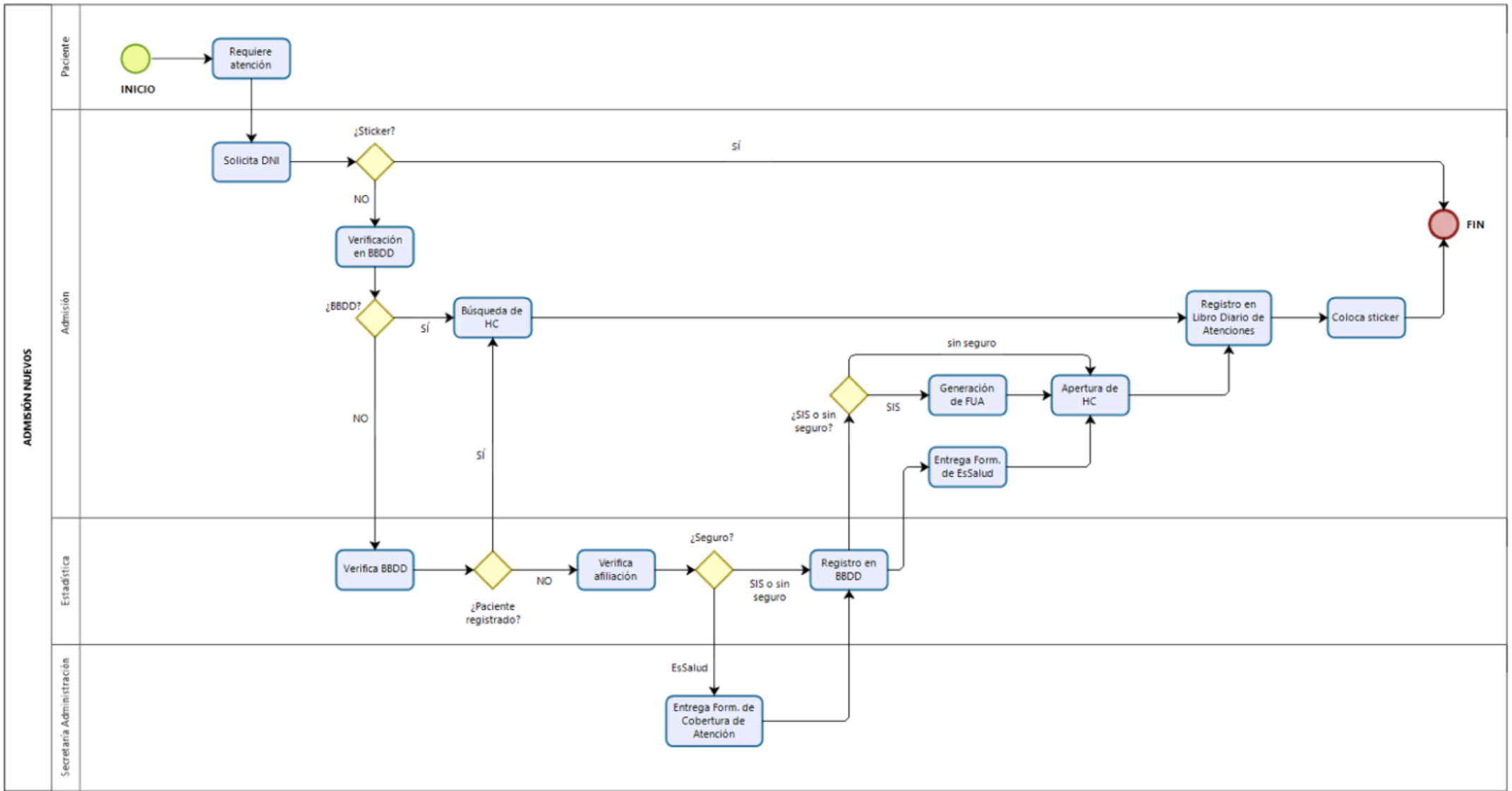
El factor limitante en esta propuesta sería el corte de fluido eléctrico por las tardes, ya que la base de datos se maneja en un documento de Excel y por lo tanto no se podría realizar esta verificación.

- Una segunda solución al problema de duplicidad es que admisión comparta la base de datos de todos los atendidos en el centro de salud, de tal manera que sino realizaron el primer filtro de constatar si la persona ya se encuentra registrada como paciente sin seguro, estadística pueda corroborar esta información antes de verificar su afiliación a algún subsistema de salud y en caso no tener derivarlo para un nuevo registro no necesario. Esta propuesta de mejora también implica la modificación de uno de los procesos que realiza el

área de estadística. En este caso, de igual manera, la limitación sería el corte de luz en el horario de la tarde.

- Una tercera propuesta para este mismo proceso, se daría con los pacientes que ya se ha confirmado que no han recibido ninguna atención previa en el centro de salud y por lo tanto no están registrados en la base de datos; para ellos luego de haber aperturado la historia clínica y registrado la atención, se podría colocar un sticker que identifique a los pacientes sin seguro y se evitaría todo el tiempo adicional de búsqueda tanto en admisión como en estadística.
- Otra propuesta para la reducción de tiempos de espera en el área de admisión es que se redistribuyan las tareas de registro de pacientes en la base de datos, actualmente si admisión considera que el paciente es nuevo lo deriva a estadística para que revise su afiliación y de ahí retorne para registrarlo lo cual incrementa el tiempo de atención de los pacientes en espera ya que el registro en la base de datos toma de 5 a 10 minutos; por ello se propone que no sea admisión quien registre los pacientes nuevos sino que en la misma área de estadística donde se ha verificado la afiliación o no del paciente, se proceda a registrarlo ya que estadística no es un área que se encuentre frecuentemente congestionada. Asimismo, sería ideal que esta base de datos migre a un formato de hojas de cálculo en Drive para que admisión pueda tener la información actualizada en tiempo real para aperturar la HC; respecto a la limitación del fluido eléctrico por las tardes y por tanto la no disponibilidad de la red wifi del centro de salud, no habría problema alguno ya que el registro de pacientes nuevos se da en su mayoría por las mañanas que son los horarios de atención de consultas, en el caso haya algún registro por la tarde sería únicamente de emergencia y se regularizaría al día siguiente.

- La última propuesta también está ligada a la reducción de tiempo de espera en la cola de admisión, ya que como se indicó en la descripción del proceso, el personal debe registrar la atención en dos formatos (digital y cuaderno en físico) lo cual genera una demora que se puede evitar y/o reducir; para ello se propone que solo se complete uno de ellos con el paciente en ventanilla y luego de terminado el turno de atención en admisión (12pm) el cual culmina 2 horas antes del horario laboral establecido, se regularice el llenado de estos formatos. En un inicio se propuso que se elimine uno de ellos y se tenga un solo registro de atenciones diarias, sin embargo, indicaron que era necesario ambos por la limitación del fluido eléctrico en determinados horarios.



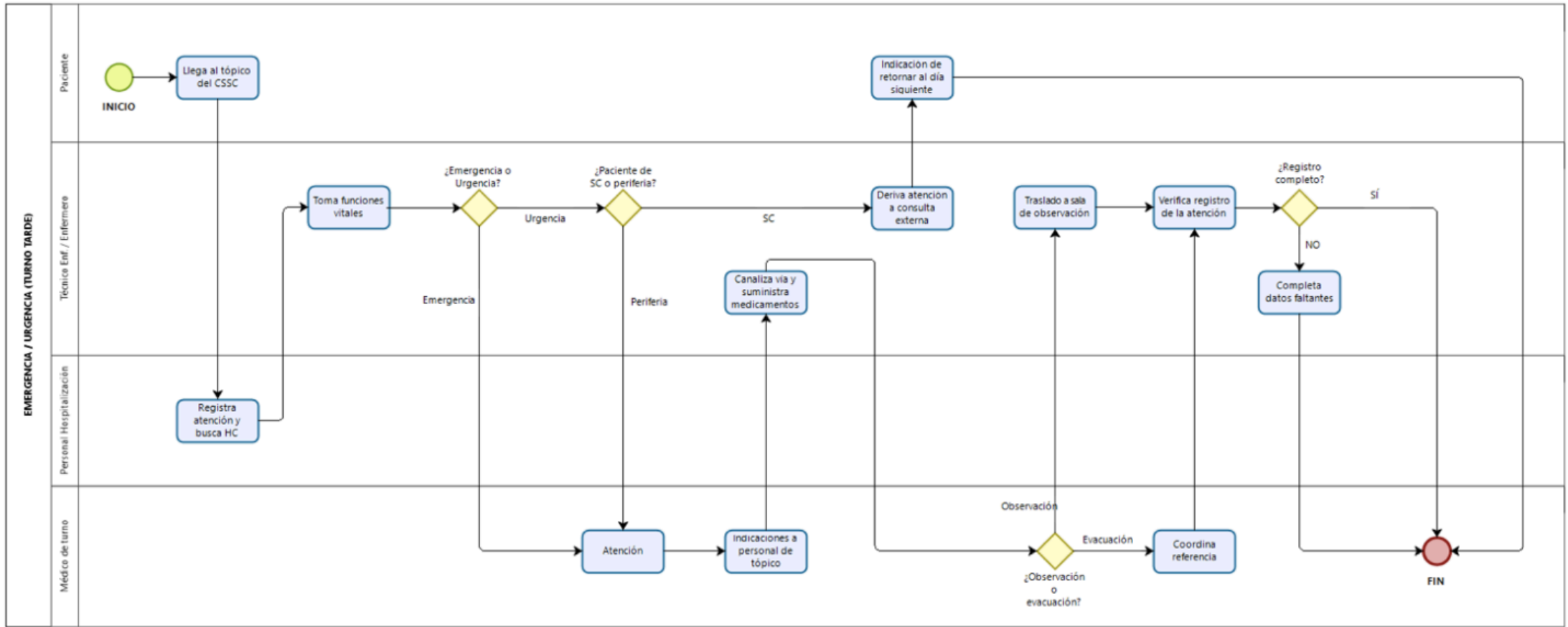
b) Emergencia

De acuerdo a lo señalado anteriormente, el problema con las atenciones de emergencia se da porque no todas son registradas, principalmente las del turno tarde; para ello se propone dos medidas para modificar el proceso:

- La primera es que se designe al técnico de turno en hospitalización como personal de apoyo para la admisión y/o registro del paciente de emergencia; en caso el paciente se encuentre acompañado, guíe a la persona en el proceso a seguir y de estar solo el paciente, pueda realizar el proceso por este. Esta propuesta fue aceptada por los trabajadores ya que dicho técnico no suele tener tanta carga laboral y es la única persona disponible y cercana al área de emergencia.

La principal limitante en esta propuesta consta de la aprobación de dirección médica y gerencia, ya que si bien es cierto el personal de turno en hospitalización no suele tener una carga laboral alta; el hecho que deje su posición para apoyar a otra área igual implica un riesgo. En este caso, la mejor solución sería que una persona adicional pudiera apoyar en este proceso, sin embargo, teniendo en cuenta la restricción presupuestal y de personal del centro de salud, se considera inviable esta opción.

- La siguiente medida propuesta es que el técnico de turno en emergencia, luego de estabilizar al paciente y seguir las indicaciones del médico, verifique que se haya registrado la atención del paciente y que esta también se encuentre en la HC, esta medida sería un paso adicional antes de finalizar el proceso de atención de emergencia.



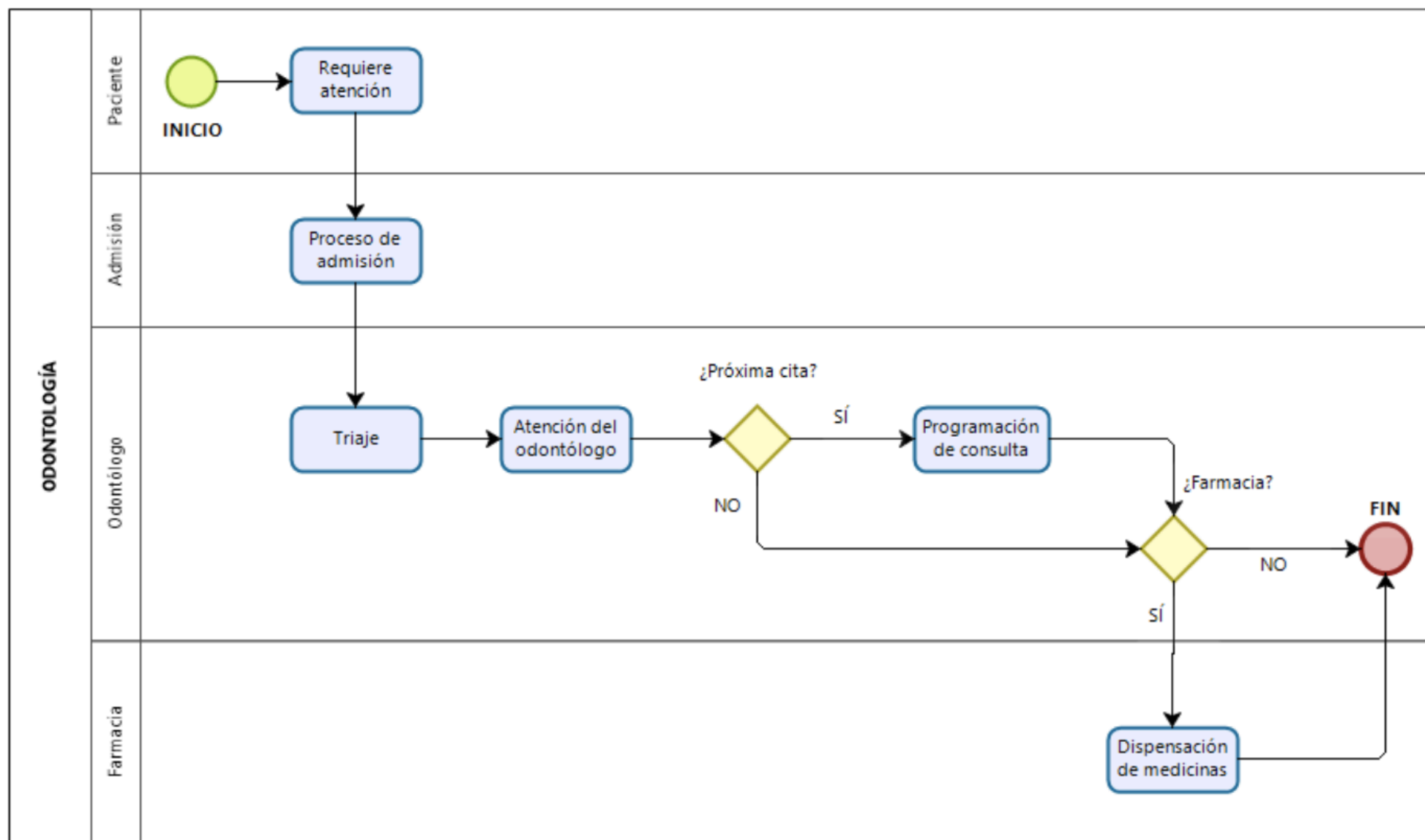
c) Consulta Externa

Para el caso de consulta externa, ya se identificó que el principal problema es el tiempo que transcurre entre que el paciente pasa por triaje y que la historia clínica llega al consultorio, para ello se han encontrado dos alternativas de solución:

- Debido a que la demora se da principalmente porque no hay quien pueda llevar las historias al consultorio de los profesionales de la salud, se propone que ellos mismos (medicina general, psicología y odontología) vayan a recoger las HC luego de terminada una atención. Esta propuesta también fue aprobada por todo el personal ya que no solo se disminuiría el tiempo de espera al paciente, lo cual se traduce en una mejor atención, sino que también permitiría que todo el personal pueda culminar todas las atenciones antes de las 2 pm (horario laboral establecido).
- La siguiente propuesta es específica para el servicio de odontología, ya que es un área que no tiene congestión de pacientes por lo que se podría realizar el triaje en la misma área; de tal manera que reducen el tiempo de espera para los pacientes de odontología y disminuye la cantidad de pacientes en el triaje general, agilizando las atenciones. En este caso, admisión en vez de derivar las historias clínicas a triaje las llevaría directamente a odontología.

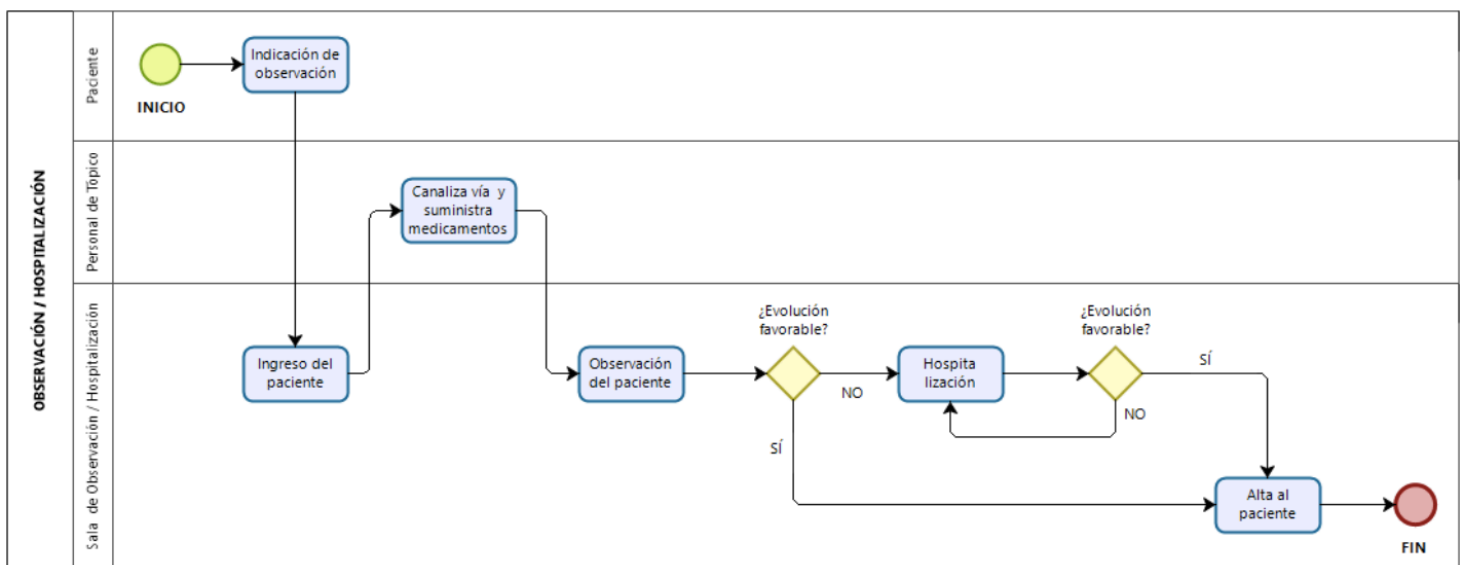
Para poder implementar esta propuesta de mejora sería necesario adquirir una balanza, un tallímetro y un tensiómetro; los cuales son necesarios para realizar el triaje de los pacientes. Sin embargo, cuando surgió esta propuesta indicaron que si realizaban la solicitud a gerencia explicando los motivos y que esto disminuiría la congestión en el área de triaje; se podría solicitar la compra a través de Pango, dado que es una compra menor.

Otros de los problemas es el no saber dónde quedan las historias clínicas al finalizar el turno, por lo que se propuso implementar un proceso de gestión de HC para que todo el personal que interactúa con pacientes y por lo tanto con sus historias, al finalizar el turno las lleven al área de admisión donde se encuentra el archivo y firmen un cuaderno donde se verificaría cuántas historias se está dejando y de qué pacientes; esto se corroboraría con las personas que estuvieron de turno determinado día, por lo que en el cuaderno debería haber el mismo número de personas que estuvieron de turno y la cantidad total de HC con la cantidad de atenciones registradas en los libros diarios.



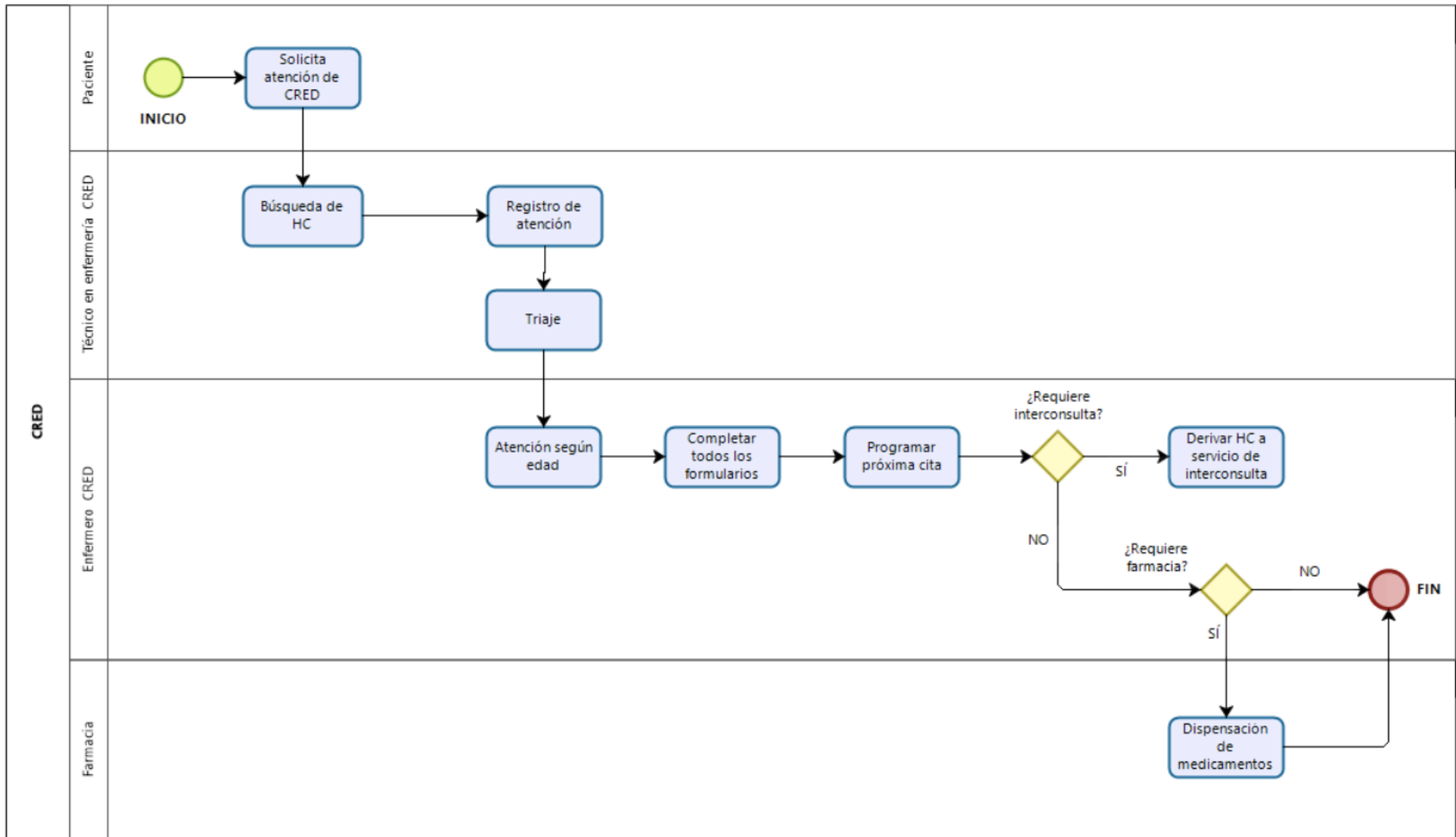
d) Hospitalización

Para el caso de hospitalización, el problema se presenta por un tema de comunicación al momento que un paciente de consulta externa ingresa a hospitalización; el cambio propuesto es en el flujo de comunicación, en el actual se realiza entre el profesional que brinda la atención y el técnico de emergencia; sin embargo, se ha identificado que no se comprende en su totalidad o por el apuro el médico no comparte toda la información. Por todo ello se propone que cuando corresponda un ingreso de consulta externa, la comunicación sea entre el profesional que atendió y el médico de turno en hospitalización, para que luego de esto, el segundo médico brinde las indicaciones en tóxico para suministrarle la vía y/o medicamentos indicados.



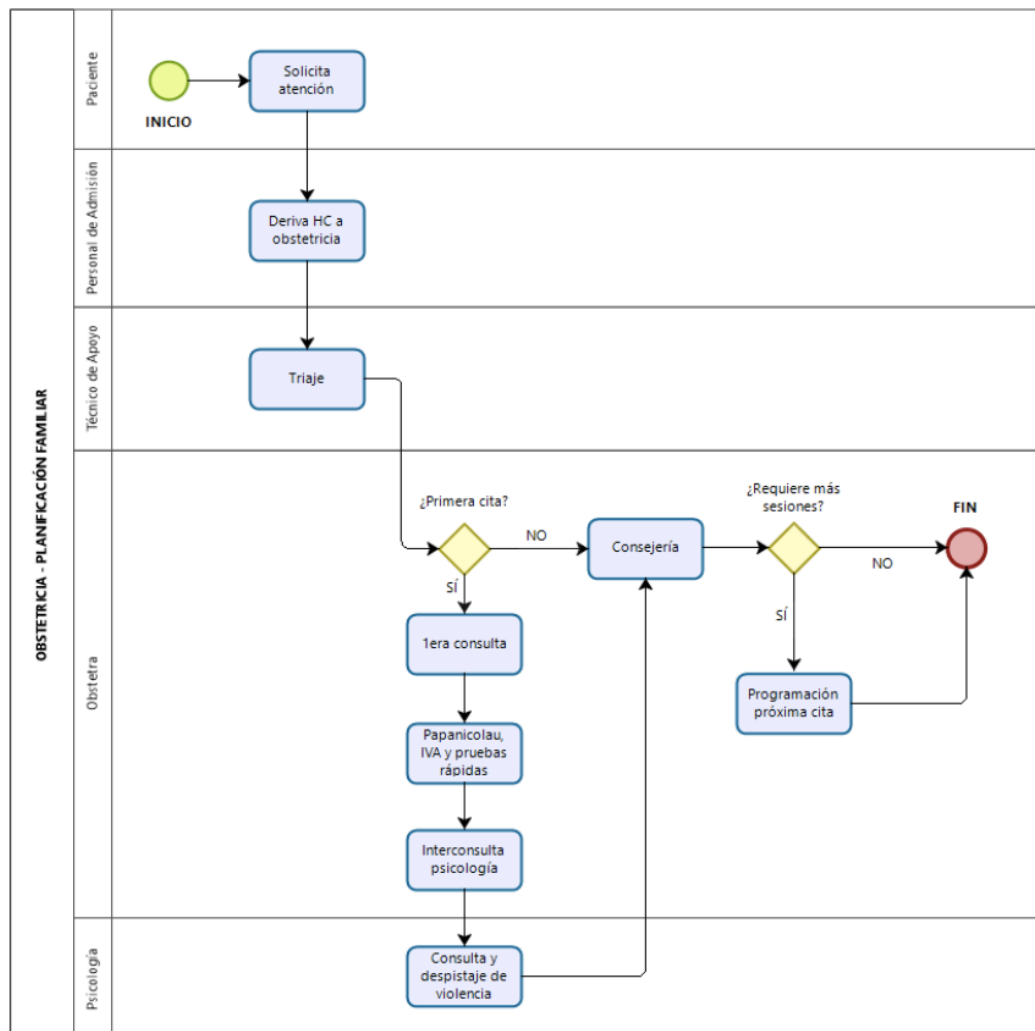
e) CRED

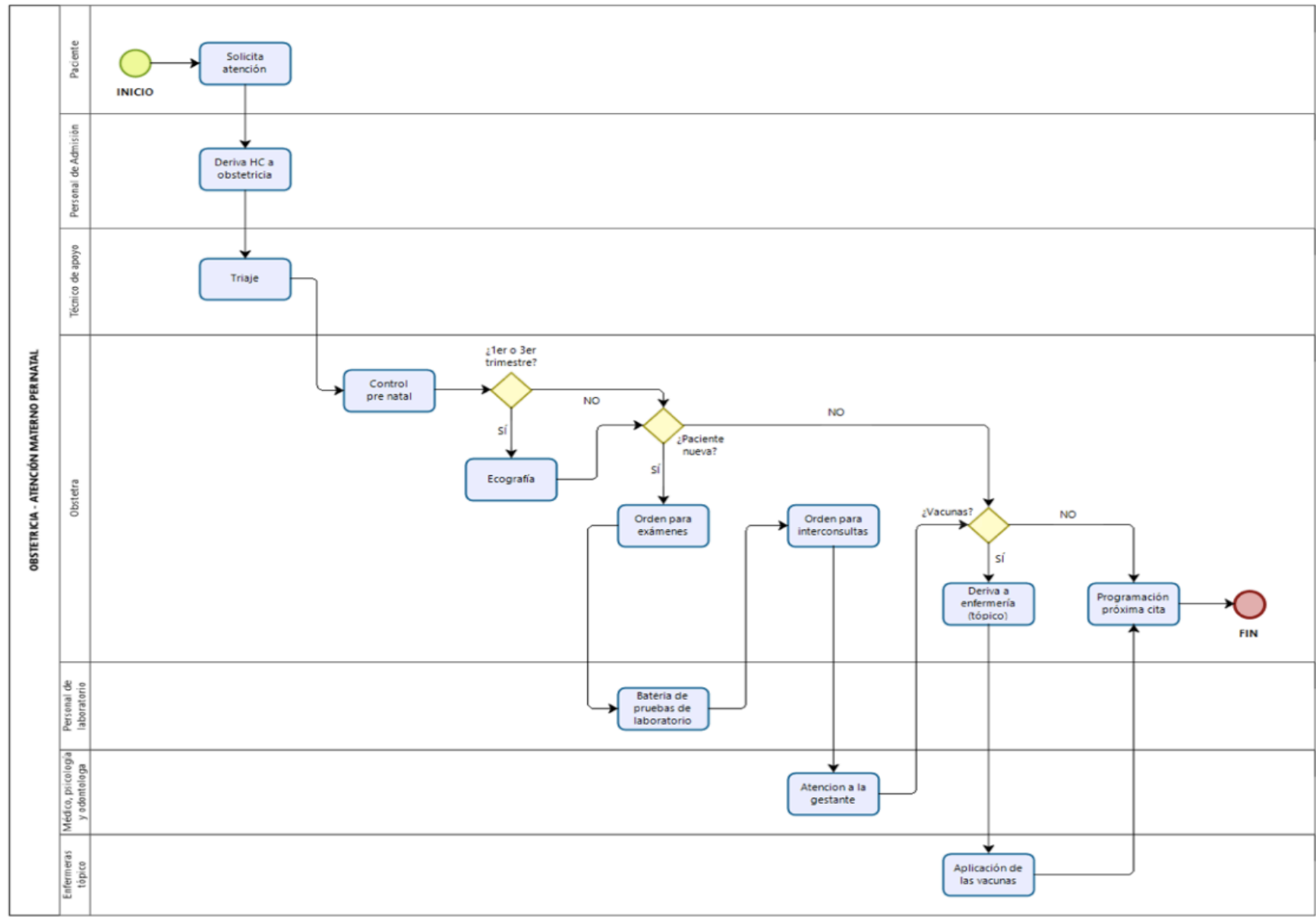
Para el proceso de atención del CRED también se propone que admisión comparta la base de datos donde se encuentran todos los pacientes que han recibido al menos una atención en el establecimiento, de esta manera se modificaría el flujo actual y la misma técnica del área podría corroborar el número de HC e ir a buscarla inmediatamente sin tener que esperar que el personal de admisión se dé un espacio.



f) Obstetricia

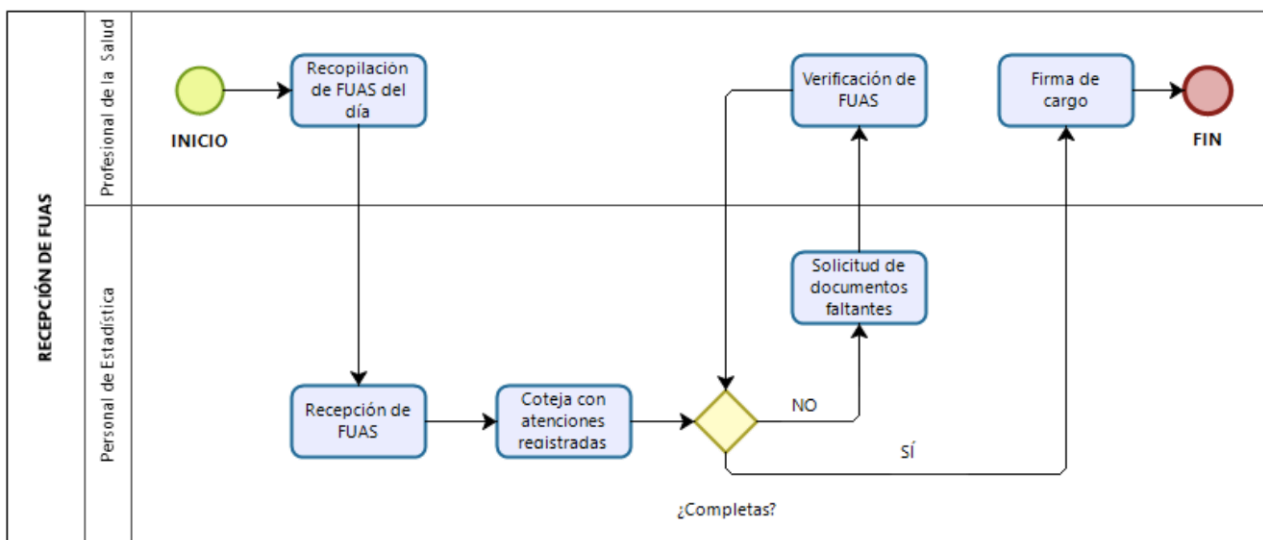
Como ya se ha señalado, la principal dificultad en las atenciones de obstetricia es la congestión del área; para ello se ha propuesto reorganizar su modelo de atención, actualmente el área cuenta con una técnica ubicada en admisión que deriva a las pacientes y sus historias clínicas directamente a obstetricia sin tener que pasar por el triaje general, esto se hace para disminuir los tiempos de espera; sin embargo, a quienes se les sobrecarga el trabajo es a los obstetras ya que tienen que realizar el triaje de todas las pacientes. Por esto, se propone que la técnica ubicada en admisión regrese al área de obstetricia y sea la encargada del triaje, además de tener que ir a buscar cada 10 minutos las HC de las pacientes que llegan a consulta, y que sea el personal de admisión quienes las derive directamente.





g) Laboratorio

El problema en esta área se relaciona con la atención de las gestantes, ya que es por la única atención que se generan FUAS, los cuales muchas veces no llegan al área estadística e informática; por ello se ha pensado establecer un proceso que indique la obligatoriedad de llevar las FUAS al finalizar el día o a primera hora del día siguiente; este proceso formaría parte de los que se llevan a cabo en el área de estadística.



h) Farmacia

Para farmacia sucede lo mismo que en laboratorio ya que hay ocasiones en las que el paciente llega a farmacia sin el FUA para hacer el desacaro; por lo que también se ha propuesto establecer que las FUAS no sean entregadas a los pacientes sino que el personal que brinda la atención al finalizar su turno lleve los FUAS a farmacia, para de esta manera evitar pérdidas de estos formularios.

8. DISCUSIÓN

Durante el desarrollo de la investigación se identificó la ausencia de directrices, planes de trabajo y demás documentos de gestión que el Centro de Salud Santa Clotilde debería tener como hoja de ruta para el desarrollo y mejoramiento de sus actividades. Según Idalberto Chiavenato (33), se ha demostrado que las organizaciones que emplean una planificación estratégica, es decir, el establecimiento de planes, definición de estructura, procesos internos y objetivos; logran un mejor desempeño frente a las que no lo realizan. Asimismo, el Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES) (34) de la CEPAL-ONU, señala que para las organizaciones, la planificación estratégica sirve como herramienta de gestión para la toma de decisiones que les permite lograr la mayor eficiencia, eficacia y calidad en los bienes y/o servicios que la organización provee; pues se trata de formular, definir y priorizar objetivos para establecer cursos de acción o estrategias que permitan conseguir los objetivos propuestos.

Por todo esto, se puede indicar que el CSSC sin objetivos identificados a corto y a largo plazo, sin una estructura organizacional definida, sin indicadores, y sin funciones establecidas; no tiene cómo medir y/o evaluar su gestión y tampoco puede tener la certeza que se esté brindando una atención eficiente y de calidad a los usuarios, lo cual debería ser uno de los objetivos fundamentales de todo establecimiento de salud. La ausencia de todos estos elementos tampoco permite conocer si los procesos se están desarrollando de la manera más óptima posible y si los recursos están siendo gestionados de la mejor manera. Por todo ello, se requiere establecer una estructura organizacional que esté alineada a la gestión por procesos, lo cual permitiría que se pueda evaluar constantemente los procesos y los recursos implicados en cada uno de ellos; para verificar su uso eficiente o en todo caso identificar los puntos de mejora, dado que como se ha explicado en la sección del marco teórico, este es un modelo de gestión que analiza los procesos a detalle

y se centra en su mejora continua. Es importante mencionar que para que este sea un modelo de gestión exitoso y esta nueva estructura organizacional sea lo suficientemente sólida, se formulen políticas y directrices que respalden el desarrollo óptimo de los procesos, y que se puedan dar las facilidades para la implementación de estos cambios y mejoras. Para lograr ello, se debería aprovechar la particularidad del funcionamiento del Centro de Salud Santa Clotilde y la Micro-Red Napo, dado que su administración se encuentra a cargo del Vicariato y la asociación civil Pango; lo cual sería una oportunidad para una organización y administración con mayor autonomía y flexibilidad al momento de realizar cambios o tomar decisiones, frente al manejo usual que tienen las instituciones públicas, caracterizados por tener una estructura organizacional muy jerárquica y rígida.

Asimismo, se ha podido evidenciar la gran diferencia que existe entre lo que se establece en las normas técnicas analizadas y la realidad de los procesos que se llevan a cabo en este centro de salud; por ello, se realizó una búsqueda en la literatura actual sobre investigaciones que señalen que las directivas sanitarias no se adecúan a la realidad nacional, y se obtuvo como resultado una búsqueda sin éxito al no encontrarse ningún estudio que respalde o rechace este postulado; sin embargo, en la presente investigación se ha podido comprobar que un centro que cuenta con apoyo externo, como es el caso de los establecimientos de la Micro Red Napo, a quienes el Vicariato Apostólico y la Asociación Civil Pango brindan soporte en la gestión y financiamiento, tampoco puede llegar a cumplir todo lo establecido por la normativa. Esto podría indicar que las demás Micro Redes y/o Redes que no necesariamente cuentan con apoyo externo, podrían estar en la misma situación o en una peor que Santa Clotilde; por ello, la necesidad de la gestión por procesos en los establecimientos de salud públicos, de la capacitación a su personal administrativo y de reconocer la importancia de una gestión en salud.

Adicionalmente, se ha identificado duplicación de procesos en ciertas áreas, como es el caso de admisión al momento de registrar la atención en los libros diarios de atención en los cuales se lleva la contabilización de cuántas personas son atendidas y en qué servicios, como ya se explicó en el análisis de este proceso, hay dos versiones de este libro, una en físico donde el personal de admisión completa a mano los datos del paciente y su atención y la otra es en un documento de Excel donde digita la misma información; como ya se comentó esto no agrega ningún valor al proceso general, sino más bien generan demoras que podrían ser evitadas, causan incomodidad en los usuarios por los largos tiempo de espera, originan procesos largos y tediosos para los pacientes y/o sus familiares y lo que es peor aún; se corre el riesgo de generar duplicidad de información, pues si se repite una misma acción a lo largo de un proceso cabe la posibilidad que se registre dos veces la misma data, esto se pudo ver también al momento que llega un paciente que no cuenta con los stickers que colocan para identificar SIS o EsSalud y no se verifica si el DNI ya está registrado en la base de datos, lo cual genera que se envíe al usuario a otra área para que lo registren como paciente nuevo sin considerar que este paciente ya pueda estar registrado como paciente sin seguro; de ser el caso, se tendría dos registros de una misma persona y se habrían aperturado dos HC innecesariamente. Si se manejaran indicadores en el centro de salud, sería perjudicial que parte de la data esté duplicada pues, reflejaría información no certera; y la toma de decisiones en base a dichos indicadores no sería la adecuada, lo cual podría en riesgo la gestión del establecimiento. Una forma de reducir el riesgo de información duplicada y eliminar los pasos que no agregan valor al proceso, según Dumas en su libro “Fundamentals of Business Process Management” (35), es la gestión por procesos; ya que supervisa de cerca cada uno de los procesos de la organización para asegurar su adecuado desarrollo, garantizando el uso eficiente de

recursos, la reducción de tiempos de ejecución y eliminación de procesos que no añaden valor.

Otro de los hallazgos en esta investigación, está relacionado a la cantidad de personal con el que cuenta el centro de salud, este al ser limitado, conlleva a que las personas adapten los procesos; ya sea simplificando, omitiendo o eliminando partes de estos para lograr culminarlos, pues en la mayoría de casos en Santa Clotilde, una persona está a cargo de más de un proceso de atención. Esto último, se da principalmente en los procesos administrativos donde una persona se tiene que encargar de dos áreas distintas, sin que necesariamente dichas dos áreas sean de su total manejo y conocimiento. Según un artículo publicado en la Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública (36), el déficit de personal es considerado como uno de los factores que impide brindar una atención eficaz, pues muchas veces este déficit origina que los familiares del paciente suplan funciones del personal de salud; en el 2016 se estimó que había una brecha de casi 50000 profesionales, viéndose más afectadas las zonas más pobres del país. Es importante precisar que esta cifra no considera al personal técnico, el cual cumple una función primordial en el flujo de atención de los pacientes y más aún si se trata de establecimientos de primer nivel de atención ubicados en zonas de difícil acceso; para ellos, se estima que la brecha es aún mayor.

El último punto a destacar está relacionado con las acciones que genera el personal del centro de salud para optimizar los procesos, como es en el caso del proceso de admisión, en el que colocan stickers en los DNIs de los pacientes para poder diferenciar su tipo de seguro de salud y agilizar la atención en esta área; sin embargo, desde un aspecto legal esta acción no está permitida ya que lo único que se puede añadir a los documentos de identidad son los hologramas de votación. Tal como lo indican Villalbí et al. (37), los establecimientos de salud deben ajustar sus funciones con los recursos disponibles,

considerando el contexto en el que se encuentran; por lo que las organizaciones van adaptando sus actividades y/o procesos de acuerdo a los problemas o demandas sociales que se presenten, es por ello que muchas veces el personal de salud en regiones donde no se cuenta con todos los insumos y/o recursos necesarios debe generar acciones o adaptar procesos que no necesariamente tengan un respaldo legal o permitido, pero que lo hacen para que las atenciones y los pacientes no se vean perjudicados.

Por otro lado, se han identificado dos principales limitaciones, la primera; relacionada a la intencionalidad de observar los procesos a modelar, que en un inicio se habían considerado 15 procesos a modelar y por lo tanto 15 personas, al menos una por cada proceso; sin embargo, la realidad de recursos humanos en el centro de salud obliga a que una persona tenga que llevar dos o más procesos. De igual manera, se determinó 15 procesos tentativos para la observación y descripción, no obstante, la realidad muestra que hay procesos clave que no están implementados ni definidos, como es en el caso de atención de quejas y reclamos y la gestión de historias clínicas y/o archivo.

La siguiente limitación corresponde a la metodología y plan de trabajo del estudio, ya que el modelo de estudio será replicable para futuras investigaciones; sin embargo, los resultados y propuestas de mejora que partan de esta investigación no serán posibles de extrapolar debido a la realidad diferente de cada lugar, centro de salud, redes de salud, entre otras. En este punto también se debe mencionar que una de las principales razones por las que estos resultados no serán extrapolables se debe a que la Micro Red estudiada cuenta con apoyos y financiamiento adicional respecto a las demás redes de salud.

9. CONCLUSIONES

De los ocho procesos priorizados y analizados surgieron catorce propuestas de mejora, siendo el proceso de admisión el que tuvo mayor cantidad de formulaciones; dos de las propuestas constaron en añadir una actividad previa a considerar un paciente como nuevo, la tercera fue añadir un distintivo a los pacientes que no tenían ningún tipo de seguro para que su identificación pueda ser rápida como en el caso de los pacientes de SIS o EsSalud, la cuarta propuesta constó de trasladar la responsabilidad del registro de pacientes nuevos al área de estadística; considerando que es un área menos congestionada que admisión, y la última de las propuestas estuvo relacionada a eliminar la duplicidad de actividades, lo cual retrasaba el tiempo de atención. En el proceso de consulta externa se consideraron las siguientes propuestas de mejora; las dos primeras, referidas a una reasignación de funciones para agilizar la atención y la tercera propuesta consistió en definir un proceso de gestión de HC. Para el caso de la atención en emergencia, se propuso el apoyo de otra área para garantizar el reporte de las atenciones y también se sugirió añadir una actividad al proceso para verificar que se registre la información en la HC. Respecto a hospitalización y obstetricia las propuestas estuvieron orientadas a reasignar responsabilidades, como el ingreso de pacientes a hospitalización y el triaje a las gestantes. Para la atención de CRED se propuso que admisión pudiera compartir la base de datos, de tal manera que la búsqueda de HC no dependiera de ellos y el personal de CRED pueda agilizar la atención. Por último, para laboratorio y farmacia, la propuesta consistió en definir un proceso para el tratamiento de FUAS y otros formularios de reporte.

Es importante mencionar que para todas las propuestas de mejora planteadas se ha tenido en cuenta las limitaciones del establecimiento; por lo que en ellas no se ha

incluido la contratación de personal ni la solicitud de mayor asignación presupuestal. Sin embargo, un factor externo es el hecho que el distrito no cuenta con fluido eléctrico por las tardes y esto sí afectaría a dos de las propuestas realizadas, únicamente en este horario.

Otro aspecto importante es que las normas técnicas actuales no estandarizan los procesos de atención, si bien es cierto existen normativas para los diferentes grupos poblacionales, estas únicamente definen y describen las atenciones, además de señalar los indicadores con los que se medirán los resultados; sin embargo, no se propone una pauta básica para que estas atenciones puedan ser realizadas atenciones, por lo que cada región, Red, micro Red y establecimiento de salud definen y realizan dichos procesos de diferentes maneras, dependiendo de los recursos con los que cuentan. Asimismo, no solo existe la necesidad de dar una pauta de cómo deberían realizarse estos procesos, sino que debe tomarse en cuenta tanto a los procesos asistenciales como a los administrativos que se desarrollen para brindar dichas atenciones, porque actualmente en las normas técnicas solo se hace referencia a los procesos asistenciales en los que está inmerso el paciente, sin considerar que los procesos administrativos son fundamentales para que puedan llevarse a cabo los demás procesos.

De la revisión de las normas técnicas existentes no se evidencia que estas definiciones de atención sean validadas a nivel regional según localidad, pues en su contenido no consideran factores externos como accesibilidad, distancia, disponibilidad de recursos, interculturalidad, entre otros. De todos los mencionados los que mayor impacto tienen son la disponibilidad de recursos y la accesibilidad, porque usualmente estos dos factores son pensados únicamente desde el lado del paciente y/o usuario, y esto se refleja en los documentos técnicos actuales porque la mayoría indica que si los pacientes no pueden acudir al establecimiento de salud o su lugar de residencia

está muy alejado, es el personal de salud quien debe acudir para brindarle la atención; sin embargo, muchas veces esto no es posible debido a la falta de recursos asignados. Por otro lado, desde la perspectiva de los operadores del sistema de salud, se identificó que no existe práctica previa de la priorización de procesos; debido a que al momento de revisar junto con el personal entrevistado del centro de salud Santa Clotilde, indicaron que todos los procesos debían ser priorizados. Si bien es cierto si existe la necesidad y oportunidad de mejorar la mayoría de los procesos del establecimiento, se debe ir realizando progresivamente según la priorización.

10. RECOMENDACIONES

- A nivel del Ministerio de Salud, existe la necesidad de establecer una pauta mínima de los procesos requeridos para las atenciones definidas en las Normas Técnicas existentes, de tal manera que estos puedan ser adaptados por cada región según sus recursos disponibles y los factores limitantes externos que pudieran presentar.
- Asimismo, reconocer la importancia del modelo de gestión por procesos, así como el análisis y priorización de los mismos, para lograr un adecuado desarrollo estratégico que permita cumplir con los objetivos planteados para cada establecimiento o institución de salud, teniendo en cuenta las diferentes realidades y limitaciones de cada región del país.
- Debería darse la importancia debida a la estandarización de procesos y una orientación y/o capacitación a todo el personal administrativo de los establecimientos de salud públicos, debido a que serán ellos quienes lideren estos cambios e implementación de mejoras.
- A nivel de la Micro Red Napo, deberían establecerse una hoja de ruta para los próximos años, identificando cuáles son los objetivos que quieren cumplir y cuáles serán las actividades que realizarán para ello. Asimismo, es importante que se formulen políticas que respalden la gestión por procesos como modelo de gestión, de tal manera que se pueda establecer una gobernanza de procesos en la organización que apoye estos cambios y mejoras.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agha S, Alrubaiee L. Effect of Core Competence on Competitive Advantage and Organizational Performance. *International Journal of Business and Management*. 2012;7(1):192-204.
2. Mintzberg H. La estructura de las organizaciones. Grupo Planeta; 1988. p. 41-94.
3. Moracho Ó. Gestión por procesos en el Hospital de Zumárraga y Modelo Europeo de Excelencia: gestión y evaluación de la mejora continua. *Revista de Calidad Asistencial*. 2000; 15(3): 142-50.
4. Nariño AH, Rivera DN, León AM, León MM. Inserción de la gestión por procesos en instituciones hospitalarias. Concepción metodológica y práctica. *Revista de Administración*. 1 de octubre de 2013;48(4):739-56.
5. Lazo Gonzáles O, Alcalde Rabanal J, Espinosa-Henao O. El Sistema de Salud en el Perú. CMP. Lima, Perú: Editores Médicos Especializados REP S.A.C.; 2016. p. 27-34.
6. Congreso de la República. Ley de Bases de la Descentralización [Internet]. Lima, Perú. 2002. Disponible en:
[http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/B24C5FDB311A9EAF05257B8300648EAF/\\$FILE/27783.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/B24C5FDB311A9EAF05257B8300648EAF/$FILE/27783.pdf)
7. Ministerio de Salud, MINSA. RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 405-2005/MINSA [Internet]. Lima, Perú. 2005. Disponible en:
www.propuestaciudadana.org.pe/sites/default/files/norma.../405-2005_MINSA.doc
8. Dirección Regional de Salud - DIRESA Loreto. Análisis de Situación de Salud de Loreto 2010 [Internet]. Iquitos, Perú. 2011. Disponible en:
<http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/ASIS-regiones/Loreto/Loreto2010.pdf>

9. Vertice Books. Estructuras Organizativas. Primera Edición. España: Ed. E-Learning; 2007. p. 1-14.
10. Claver-Cortés E, Pertusa-Ortega EM, Molina-Azorín JF. Estructura organizativa y resultado empresarial: un análisis empírico del papel mediador de la estrategia. Cuadernos de Economía y Dirección de la Empresa. 1 de enero de 2011;14(1):2-13.
11. Daft RL. Teoría y Diseño Organizacional. X Edición. Cengage Learning; 2011. p. 101-27.
12. Pérez Fernández de Velasco JA. Gestión por Procesos. Quinta edición. Madrid: ESIC Editorial; 2012.
13. Universidad Miguel Hernández de Elche. Máster en Dirección Médica y Gestión Clínica, Módulo 8, Gestión Clínica 1: Gobierno Clínico, Tema 3: La gestión por procesos en instituciones sanitarias [Internet]. Elche, España. Disponible en: http://calite.umh.es/data/docs/110/Gestion_procesos.pdf
14. Benedict T, Bilodeau N, Vitkus P, Powell E, Morris D, Scarsig M, et al. BPM CBOK Version 3.0: Guide to the Business Process Management Common Body of Knowledge. Association of Business Process Management Professionals (ABPMP); 2013.
15. Rojas González AA. Modelos de gestión por procesos integrados en salud. Santa Cruz de la Palma. Ene. [Internet]. 2014; 8(3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2014000300008&lng=es
16. Heizer J, Render B. Principios de Administración de Operaciones VII Edición. México: Pearson Educación; 2009.
17. Porter A. Operations Management. Albert Porter & Ventus Publishing ApS; 2009. p. 20-3.

18. Harvey J. *Managing Service Delivery Processes: Linking Strategy to Operations*. American Society for Quality – ASQ, Quality Press; 2006. p. 173-9.
19. Varela-Lema L, Atienza-Merino G, López-García M. Priorización de intervenciones sanitarias. Revisión de criterios, enfoques y rol de las agencias de evaluación. *Gaceta Sanitaria*. 2017;31(4):349-57.
20. Carro Paz R, González Gómez D. *Administración de la Calidad Total*. Mar del Plata: Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, Universidad Nacional del Mar de Plata; 2006. p. 11-24.
21. Gift R, Kinney C. *Today's Management Methods: A Guide for the Healthcare Executive*. Chicago, USA: American Hospital Publishing; 1996. p. 209–222.
22. Sanchis R, Poler R, Ortiz A. Técnicas para el Modelado de Procesos de Negocio en Cadenas de Suministro. *Información tecnológica*. 2009;20(2): 29-40.
23. Suárez-Barraza MF, Miguel-Dávila JÁ. Encontrando al Kaizen: un análisis teórico de la mejora continua. *Pecvnia Rev Facultad de Ciencias Económicas Empresariales, Universidad Nuevo León*. 1 de diciembre de 2008; 7:285-311.
24. Díaz Piraquive FN. Gestión de procesos de negocio BPM (Business Process Management), TICs y crecimiento empresarial. ¿Qué es BPM y cómo se articula con el crecimiento empresarial?. *Revista Universidad & Empresa*. 2008;7(15):151-76.
25. Navarrete R, Lario F. Propuesta de una Metodología de BPM para el Modelado AS IS y TO BE de Procesos de Negocio de Bioseguridad (Terrorismo Alimentario), dentro del Contexto de la Cadena de Suministro. *4th International Conference on Industrial Engineering and Industrial Management*; 2010:258-67
26. Hitpass B. *Business process management (BPM): Fundamentos y Conceptos de Implementación*. Santiago de Chile: BPM Center; 2012. p. 24-35.

27. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>
28. Naciones Unidas. Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
29. Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN). Plan Estratégico Sectorial Multianual PESEM – Salud (2016 – 2021). [Internet]. Lima, Perú. Disponible en: https://www.ceplan.gob.pe/documentos/_plan-estrategico-sectorial-multianual-pesem-salud-2016-2021/
30. Organización Panamericana de la Salud OPS Perú. XXVIII Reunión Ordinaria de la Comisión Intergubernamental de Salud [Internet]. Lima, Perú. 10 de mayo de 2019. Disponible en: https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=4294:xxviii-reunion-ordinaria-de-la-comision-intergubernamental-de-salud&Itemid=0
31. Ministerio de Salud. Minsa presentó prioridades de la Política Nacional Multisectorial de salud 2019-2030 [Internet]. Lima, Perú. 17 de setiembre de 2019. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/51043-minsa-presento-prioridades-de-la-politica-nacional-multisectorial-de-salud-2019-2030>
32. Defensoría del Pueblo. Grupos de especial protección. [Internet]. Lima, Perú. Disponible en: <https://www.defensoria.gob.pe/category/grupo-de-especial-proteccion/>
33. Chiavenato I. Planeación estratégica: Fundamentos y aplicaciones. 2ª ed. México: Mc Graw Hill. 2011. p. 25-34.

34. Armijo M. Manual de Planificación Estratégica e Indicadores de Desempeño en el Sector Público. [Internet]. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES). Disponible en:
https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/5/39255/30_04_MANUAL_COMPLETO_de_Abril.pdf
35. Dumas M, La Rosa M, Medling J, Reijers H, Fundamentals of Business Process Management. Springer; 2013. p. 1-6.
36. Soto A. Barreras para una atención eficaz en los hospitales de referencia del Ministerio de Salud del Perú: atendiendo pacientes en el siglo XXI con recursos del siglo XX. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2019;36(2):304-11.
37. Villalbí J, Borrell C, Macía M, Subirana T, López MJ, Portaño S, et al. Adaptación de los servicios de una organización de salud pública a la disminución de los recursos. Gaceta Sanitaria. 2017;31(3):242-5.